

VDPP • RUNDBRIEF

19. Jahrgang

6 / 2007

Mitteilungen des Vereins demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten



Unsere Ziele:

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

- unabhängig
- überparteilich
- patientenorientiert

RB aus dem
67 INHALT

**MV 8. - 10. Juni 2007
in Hannover**

**Wettbewerb im
Gesundheitswesen**

**Abbot behindert Zugang zu
AIDS-Medikamenten**

EDITORIAL

Liebe Leserinnen und Leser,

dieser Rundbrief, den ihr in den Händen haltet, ist nicht der dickste, wohl aber der schnellste seit Jahren, wenn man den Zeitabstand zur letzten Ausgabe berücksichtigt. Und wir denken, dass wir eine Erscheinungsfrequenz von vier Ausgaben im Jahr auch weiterhin durchhalten können.

Auf dem Titel seht ihr drei „Nanas“ (Foto: Jürgen Götzke), Skulpturen von Niki de Saint Phalle, von denen einige in Hannover am Leineufer stehen.

Hannover hat aber noch viel mehr zu bieten, so wird in ein paar Tagen dort die Mitgliederversammlung des VDPP stattfinden. Auch wer sich bis jetzt noch nicht angemeldet hat, kann selbstverständlich noch kurzfristig teilnehmen.

Viel Spaß beim Lesen wünscht
das Redaktionsteam

*Redaktionsschluss für den
VDPP-Rundbrief Nr. 68:
30. September 2007*

IMPRESSUM

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

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

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

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

INHALT

Grußwort des Vorstands		TERMINE	12
Bernd Rehberg	3		
Wettbewerb im Gesundheitswesen		DOKUMENTATION	
Florian Schulze	4	Wahltarife nützen Gesunden	
Monologisieren mit Birgitt Bender		vdää	13
Thomas Schulz	7	Zugang zu AIDS-Medikamenten nicht behindern	
BUCHBESPRECHUNGEN		difäm	14
Wenn ich reise, lese ich – wenn ich lese, reise ich		Abbot behindert Zugang	
Regina Schumann	7	Appell an Abbot	
„Eine einzige Tablette“		difäm	15
Regina Schumann	8	Bei Arzneimittelwerbung – Aufgepasst!	
Finanzbericht 2006		GPSP	18
G. Meiburg/J. Große	9	Gesundheitsdienste keine Angelegenheit des Marktes	
Finanzplan 2007 (Entwurf)	10	GUE/NGL	19
Vorstandssitzung 10. 3. 2007		Vergnaud report – Some questions and answers	
Uschi Blöcker	11	Klaus Dräger	19

Grußwort des Vorstands

Liebe Leserinnen und Leser,

ist es nicht herrlich: Die Sonne scheint vom blauen Himmel und es hat endlich geregnet. Die Hobbygärtner und die Bauern hüpfen vor Freude von einem Bein aufs andere. Ich weiß allerdings nicht, ob die AOK-Funktionäre auch vor Freude über ihre Rabattverträge mit der Pharmaindustrie von einem Bein aufs andere hüpfen?! Vollmundig haben sie versichert: „Die Belieferung mit unseren Vertragsfirmen wird problemlos erfolgen. Das sind renommierte Firmen, die europaweit agieren und sicher lieferfähig sein werden!“ Ja, ja, nix war es. Bis Juni haben wir jetzt Zeit, ohne Regresse, vorrätige Alternativen abgeben zu dürfen.

beliefern. Donnerstagnachmittag, 16 Uhr. Es kommen 20 Rezepte. PTA und PKA suchen die Medikamente schnell zusammen, der Ap-probierte überprüft, die PKA liest die Rezepte in den Computer ein. Und natürlich – der streikt und piept. Dieses Medikament und jenes Arzneimittel darf nicht für diese und nicht für jene Krankenkasse abgegeben werden! Also die alten Packungen zurück ins Warenlager und die neuen beim Großhandel bestellt. Anruf im Altenheim bei den betroffenen PatientInnen, dass sie leider ihr bekanntes Medikament nicht bekommen können, weil ihre Krankenkasse Rabattverträge mit anderen Herstellern geschlossen hat und wir verpflichtet sind, nun diese Medikamente abzugeben.

Aber leider, leider – der Großhändler hat diese Medikamente nicht am Lager, die Firma ist nicht lieferfähig. Die zurückgelegten Medikamente wieder heraus aus dem Lager und aufs Rezept, Rezepte neu bedrucken und jetzt noch die PatientInnen anrufen und ihnen erklären, dass sie nun doch ihre bekannten Medikamente bekommen.

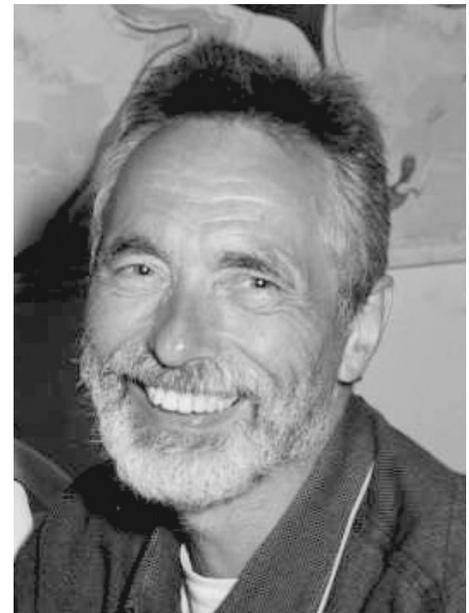
Welcher ältere Patient begreift das denn noch! Da zählt nur noch das Vertrauen in den „Hausapotheker“. Wenn der das sagt, dann wird das schon so seine Richtigkeit haben! Aber was kümmert das die Funktionäre am grünen Tisch, oder gar Frau Gesundheitsministerin Schmidt. Die „Präsenz-apothekerin“ vor Ort soll es einmal wieder richten. Aber gerade die wird ja nun in ihrer Existenz abgezockt. Diese beiden Telefongespräche mit den Patienten – ja glaubt ihr denn wirklich, eine Aktiengesellschafts-apothekerin, die die Dividenden ihrer Aktionäre sichern soll, wird noch das Personal und die Zeit haben, sich derart intensiv um die alten Patienten kümmern zu können! So sieht das in der Praxis, aus und ich

kann euch versichern, da hüpfet keiner vor Freude von einem Bein auf das andere!

Es gibt vielleicht eine kleine verschworene Gruppe von Apothekerinnen und Apothekern, die hüpfen noch. Die gehören zum VDPP, und die hüpfen, weil sie sich auf die Mitgliederversammlung in Hannover am 8. bis 10. Juni freuen. Spannend wird es am Sonntag, wenn wir mit Magdalena Linz, mit Dr. Gerd Matern (BApÖD) und mit Christian Weber (Forum Leipzig) über das Referat von Ingeborg Simon diskutieren, über ihren verlorenen Prozess zur Demokratisierung der ABDA. Gibt es doch noch Konsequenzen und Möglichkeiten für die Zukunft eines demokratischeren Apothekenwesens? Und es wird am 10. November 2007 in Berlin ein Herbstseminar geben: Über den Mythos Wettbewerb im Gesundheitswesen.

Der VDPP bewegt sich, Katja Lorenz treibt uns als Vorstandsreferentin voran und die Berliner Mitglieder unterstützen sie tatkräftig – danke!

Bernd Rehberg
(für den Vorstand des VDPP)



VDPP- Mitgliederversammlung 2007

8. – 10. Juni 2007



Hanns-Lilje-Haus
Knochenhauerstraße 33
30150 Hannover

Diese Unverschämtheit muss man sich einmal auf der Zunge zergehen lassen: Z. B. ein Altenheim ist zu

Wettbewerb im Gesundheitswesen

Eine Einstimmung auf das Herbstseminar 2007

von Florian Schulze

Nicht erst seit dem „Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung“, also der Gesundheitsreform 2007, kann die Frage nach Sinn und Unsinn von Konkurrenz bei der Versorgung kranker und alter Menschen als Gretchenfrage bei der Gestaltung des Gesundheitswesens gelten.

Die Grenze zwischen den Befürwortern und Gegnern zieht sich quer durch die politischen Lager und gesellschaftlichen Gruppierungen. Was für die Einen nach Besitzstandswahrung der Leistungserbringer klingt, bedeutet für die Anderen Unabhängigkeit, um im Sinne der Patienten entscheiden zu können. Umgekehrt ist der Ruf nach mehr Wettbewerb für die Einen *das* Mittel für Effizienzsteigerung und damit auch für die dauerhafte Bezahlbarkeit des gegenwärtigen Systems, für die Anderen in erster Linie der Weg hin zu einer Kommerzialisierung und Entmenschlichung des größten Marktes Deutschlands.

Beide Seiten werfen sich gegenseitig doppelbödiges Argumentation und unethisches Handeln vor, und auch den Betroffenen, Patienten wie Leistungserbringern, fällt es vielfach schwer, den Überblick über Argumente und Konzepte zu behalten.

Welche Hoffnungen verbinden sich mit der (weiteren) Verschärfung des Wettbewerbs?

Grundsätzlich sind sich die meisten Akteure einig, dass Wettbewerb wichtig ist, um die Flexibilität innerhalb eines so riesigen Systems wie dem des Gesundheitswesens gewährleisten zu können. Wahlmöglichkeiten für Patienten und Kunden, also Wettbewerb um diese, sowie weit reichende Rechte gegenüber Ärzten, Therapeuten, Apothekern etc. und damit Sanktionsdruck

sind essentiell, um die Patienten im Mittelpunkt des Geschehens ansiedeln zu können.

Monopolistische Strukturen werden im Allgemeinen als nicht geeignet angesehen, um Effizienz und Qualität zu optimieren; bei Staatsmonopolen, wie einer möglichen Einheitskasse, ist zumindest das linke Lager geteilter Meinung, allerdings scheinen sich auch hier viele von der Idee abzuwenden.

Differenzen treten ebenso zu Tage, wenn es um die Parameter des Wettbewerbs geht. Soll es ein Wettbewerb um Qualität oder um kostengünstigere Leistungen sein? Geht es um bestmögliche Versorgung der Bevölkerung oder doch in erster Linie darum, die Lohnnebenkosten, also Personalkosten für die Arbeitgeber, zu senken? Unbestritten stellen finanzielle Schwierigkeiten eines schlecht wirtschaftenden Krankenhauses, eines nachlässig diagnostizierenden Arztes oder einer ausschließlich eigennützig beratenden Apotheke sinnvolle Korrekturen dar, doch geht es darum wirklich?

Es wird kaum bestritten, dass die letzte Gesundheitsreform vor allem zur Senkung der GKV-Kosten auf den Weg gebracht wurde, auch wenn die pausenlos vom BMG hervorgehobenen versorgungsorientierten Neuerungen wie die Krankenversicherungspflicht und das damit einhergehende Rückkehrrecht in die GKV, das neue Impfrecht oder das Rehabilitationsrecht nicht vergessen werden dürfen.

Da mit dem Thema „Wettbewerb im Gesundheitswesen“ wahrscheinlich Bücher gefüllt werden können, möchte ich mich im Folgenden vor allem mit der Frage auseinandersetzen, ob die Sparorgien, die Leistungskürzungen, der geforderte Preiswettbewerb unter den Leistungsträgern, der meiner Meinung

nach immer auch negative Auswirkungen auf die Versorgungsqualität haben muss, im Gesundheitssystem wirklich notwendig sind.

Brauchen die GKV wirklich zu viel Geld?

Die Befürworter einer Wettbewerbsstärkung stützen ihre Argumentation häufig auf die Notwendigkeit, veränderten Rahmenbedingungen begegnen zu müssen. So z. B. Ulla Schmidt auf dem Deutschen Ärztetag im Mai 2006: „Die Erweiterung der Europäischen Union und die Globalisierung in Richtung Asien und Amerika haben den Wettbewerbsdruck auf die deutsche Wirtschaft und auf die deutschen Sozialsysteme einschließlich der Krankenversicherung dramatisch erhöht. Die ökonomische Stagnation mit niedrigen Wachstumsraten vor allem bei Löhnen und Gehältern führen das Gesundheitssystem in eine strukturelle Finanzkrise, weil seine Finanzierung fast ausschließlich am Faktor Arbeit hängt.“ (Quelle: http://www.die-gesundheitsreform.de/presse/irb/reden/2006/060523_rede_schmidt_aerztetag.html)

Ebenso häufig werden der sog. demographische Wandel und Mehrkosten aufgrund des medizinischen Fortschritts bemüht, tiefe Einschnitte in das System der GKV mit exorbitant steigenden Kosten zu begründen.

Besieht man sich die Ausgabensituation der GKV im Kontext der gesamtwirtschaftlichen Lage, kommt man allerdings zu einer anderen Bewertung.

Unbestreitbar sind die Kosten der GKV fast kontinuierlich gestiegen. Die nachfolgende Tabelle zeigt allerdings, dass die Bundesrepublik (West) von 1980 bis 1998 einen konstanten Anteil von ca. 6 % ihres BIP für die Versorgung der GKV-

Versicherten verwendet. Die Schwankungen werden weniger von den GKV-Ausgaben als vom zyklischen Wachstum des BIP bestimmt. Bei hohen Wachstumsraten

des BIP geht der GKV-Anteil zurück, bei niedrigen ist es umgekehrt.

Der Einzelwert von 1998 (5,86 %) liegt um 0,02 Prozentpunkte über

dem Wert von 1980. Das sind die zwei Zehntausendstel, um die es bei allen Sparplänen geht und die gern mit „Kostenexplosion“ beschrieben werden.

Anteil der GKV-Ausgaben am Brutto-Inlandsprodukt 1980 – 1998 (alte Bundesländer¹)

Jahr	GKV	BIP	BIP-Wachstum [%] ²	GKV-BIP [%]
1980	85.956	1.472.040		5,84
1981	92.203	1.534.970	4,3	6,01
1982	92.676	1.588.090	3,5	5,84
1983	95.898	1.668.540	5,1	5,75
1984	103.526	1.750.890	4,9	5,89
1985	108.704	1.823.180	4,1	5,96
1986	114.061	1.925.290	5,6	5,92
1987	118.930	1.990.480	3,4	5,97
1988	128.059	2.095.980	5,3	6,11
1989	123.241	2.224.440	6,1	5,54
1990	134.238	2.426.000	9,1	5,53
1991	151.634	2.647.600	9,1	5,73
1992	167.850	2.813.000	6,2	5,97
1993	166.092	2.840.500	1,0	5,84
1994	178.463	2.962.100	4,3	6,02
1995	190.289	3.049.800	3,0	6,18
1996	196.392	3.112.300	2,0	6,29
1997	191.683	3.202.600	2,9	5,98
1998 ³	195.066	3.329.000	3,9	5,86

¹ Aus Vergleichsgründen nur alte Bundesländer

² In Prozent des Vorjahres

³ Letztes verfügbares Jahr für getrennte BIP-Werte der alten Bundesländer (Quelle: Daten des Gesundheitswesens, Ausgabe 1999)

Nach Berechnungen des Sachverständigenrates zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (Jahresbericht 2006/2007) weist der GKV-Anteil am BIP einen leichten Anstieg von 6,1 % 1980 (Westdeutschland) auf 6,4 % 2005 (inkl. neue Bundesländer) auf (Anstieg 4,9 % in 25 Jahren). Diese Erhöhung ist in erster Linie auf relativ starke Anstiege in den Jahren nach der Wiedervereinigung zurückzuführen. Im selben Zeitraum hat sich der durchschnittliche Beitragssatz nach Zahlen der DAK von 11,2 % auf 14,2 % erhöht (Anstieg 24,6 %). Ein Anstieg von 4,9 % steht ei-

nem Anstieg von 24,6 % gegenüber, und das bei sinkenden Realeinkommen und nichtsdestoweniger Verschuldungen der meisten Kassen.

Wie kommt es, dass sich die GKV in einer Finanzierungskrise befindet, wenn doch prozentual vom erwirtschafteten Geld nicht mehr aufgewendet werden muss als früher?

Die Antwort ist meines Erachtens in der veränderten Einnahmestruktur der GKV zu suchen, der keine der vielen gesetzlichen Neuerungen zur Modernisierung des Gesundheits-

wesens Rechnung getragen hat. Die ursprünglich paritätische Beteiligung an den Kosten der GKV verteilt sich durch die Einführung und Erhöhung von Zuzahlungen inzwischen 60 zu 40 zu Lasten der Arbeitnehmer.

Da nun aber die Lohnquote, also der Anteil der Löhne und Gehälter am Volkseinkommen (und damit einhergehend auch die Quote der GKV-Einnahmen am BIP), von 72 Prozent im Jahre 2001 auf 67 Prozent im Jahre 2005 gesunken ist und damit der Anstieg des Lohnniveaus (brutto) weit hinter dem An-

stieg des Volkseinkommens (0,7 % versus 4,38 % 2004 - 2006) hinterherhinkt, kann der Einbruch auf der Einnahmenseite der GKV nicht verwundern. Zum Vergleich: In den USA sind die Reallöhne (also Nettolöhne abzüglich Inflation, Kaufkraftindikator) in den letzten Jahren um 20 % gestiegen, in Schweden und Großbritannien gar um 25 %, Deutschland ist der einzige Industriestaat, in dem sie gefallen sind.

Wenn einbezogen wird, dass gerade hohe Löhne und Gehälter mittels der PKV vielfach aus dem Solidarprinzip ausgeklinkt werden, wird die einseitige Belastungsverteilung noch deutlicher: Gutverdienern wird die Minimierung ihres Anteils an der Finanzierung der Solidargemeinschaft leicht gemacht. Oder anders herum: je kleiner der Geldbeutel, desto größer der prozentuale Anteil an der GKV. Oder: Artikel 14 des Grundgesetzes („Eigentum verpflichtet. Sein Gebrauch soll zugleich dem Wohle der Allgemeinheit dienen.“) findet hier keine Anwendung.

Die aktuelle Wettbewerbsdebatte kommt mir vor diesem Hintergrund fast zynisch vor. Auf der einen Seite

- Erhöhung / Einführung von Zahlungen, die als lohnunabhängige und zudem von Arbeitnehmern allein zu entrichtende Abgaben grundsätzlich unsozial sind,
- Leistungsausschlüsse von medizinisch notwendigen Leistungen,

wie z. B. Thrombozytenaggregationshemmer zur Infarktprophylaxe,

- die Beitragssatzerhöhungen der GKV und Sparauflagen, die z. B. Krankenhäuser dazu zwingen, Ärzte und Krankenschwestern zu Bedingungen arbeiten zu lassen, die in einem VW-Werk undenkbar wären,
- sinkende (!) Realeinkommen der abhängig Beschäftigten in Deutschland und damit prozentual sinkende GKV-Einnahmen,

Auf der anderen Seite

- immense, allerdings nicht sozialversicherungspflichtige Kapitaleinkünfte, in großen Teilen hohe Gewinne bei mittleren und großen Unternehmen (ebenfalls nicht sozialversicherungspflichtig)
- eine Koalition, die - ebenso wie die schwarz-gelbe und die rot-grüne vor ihr - auch in der neunten Gesundheitsreform seit 1992 nicht versucht hat, die Einnahmesituation der GKV auf eine Basis zu stellen, die die tatsächliche Vermögens- und Wertschöpfungssituation in Deutschland widerspiegelt.

Nun, so weit ist alles klar und leicht zu durchschauen. Oder doch nicht? Ist das doch zu einfach? Wir, aus der Berliner Regionalgruppe, möchten weiter einsteigen in die Debatte, alle Seiten zu Wort kommen lassen und natürlich auch andere Aspekte der Wettbewerbsdebatte, et-

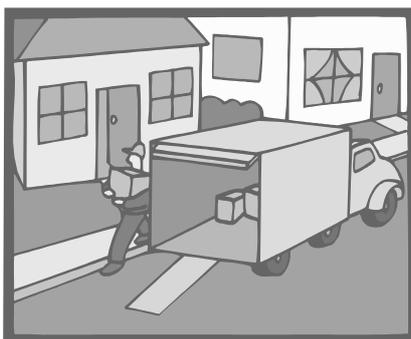
wa die Auswirkungen einer Zulassung von Mehr- und Fremdbesitz von Apotheken beleuchten.

Dazu haben wir einige kenntnisreiche Referenten und Mitdiskutanten eingeladen:

- Prof. Gerd Glaeske, Apotheker, Professor für Arzneimittelversorgungsforschung am Institut für Sozialpolitik an der Universität Bremen, Mitglied des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, „Rotes Tuch“ und VDPP-Mitglied,
- Prof. Jens-Uwe Niehoff, ehem. Direktor des Instituts für Sozialmedizin und Epidemiologie an der Charité und nach Gastprofessuren in den USA beim Medizinischen Dienst der Krankenversicherung Berlin-Brandenburg e. V. für strategische Grundsatzfragen zuständig. Seit 2005 arbeitet er als Hochschullehrer und in freier Praxis als Analyst und Berater und ist Herausgeber mehrerer sozialmedizinischer und Public-Health-Standardwerke,
- Dr. Stefan Etgeton, Referent für Gesundheit bei der Verbraucherzentrale Bundesverband e.V., und
- Lutz Tisch, Geschäftsführer Recht der ABDA ist angefragt.

Also haltet euch den 10. November für das Herbstseminar in Berlin frei.

Bei Umzug, Änderungen der Telefon- oder Kontonummer oder Wechsel des Internetanbieters ...



... bitte immer auch an die Mitteilung an den VDPP denken. Seit Februar gibt es z. B. wieder den Newsletter „VDPP-aktuell“. Wer diesen noch nicht lesen konnte, hat der Geschäftsstelle entweder keine oder nicht die aktuelle E-Mail-Adresse zukommen lassen! Es geht aber nicht nur um die Vergrößerung des E-Mail-Verteilers,

sondern – vor allem – um die Vermeidung unnötiger Arbeit für Gudrun Meiburg in unserer Geschäftsstelle (wenn die Post zurückkommt und Einzugsermächtigungen oder Daueraufträge ihre Gültigkeit verloren haben). Anruf, E-Mail oder Fax genügen!

Vielen Dank!

Monologisieren mit Birgitt Bender

von Thomas Schulz

Als Mitglied bei den Grünen in Berlin arbeite ich in der Landesarbeitsgemeinschaft (LAG) Gesundheit und Soziales mit. Am 25. April 2007 war Birgitt Bender zu einem bundespolitischen Abend eingeladen, es sollte um aktuelle Fragen der Gesundheitspolitik gehen.



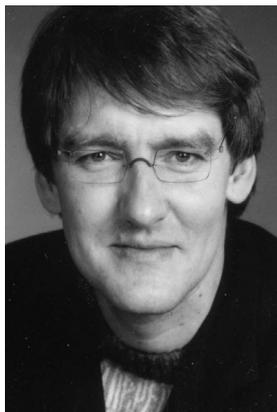
der LAG oberflächlich und teilweise ausschweifend ab. So äußerte Frau Bender im Rahmen der Diskussion zur Prävention Verständnis für jede Frau, die nicht zur Brustkrebsvorsorge gehen würde.

Unter den anwesenden Ärzten sorgte das für

Irritation. Das Thema Tabak wurde angesprochen und auch hier zeigte sich Frau Bender nicht auf dem Stand der aktuellen Diskussion. Das Thema Arzneimittel rückte näher aber leider, leider war die Zeit dann schon abgelaufen und so musste Frau Bender

die LAG verlassen. Die Veranstaltung hatte mich inzwischen so angeödet, dass es mir zu dem Zeitpunkt egal war, ob Frau Bender zu dem Thema noch ein weiteres Politikerstatement von 90 Sekunden Länge ablässt oder in China ein Sack Reis platzt.

Vorgesehen waren zwei Stunden. Mit einer halben Stunde Verspätung kam Frau Bender und begann mit einem Monolog, der nach einer halben Stunde von einem Mitglied kurzzeitig mit der Frage nach Fragemöglichkeiten unterbrochen wurde. Frau Bender monologisierte noch weitere 10 Minuten, danach handelte sie verschiedene Fragen aus



Grundsätzlich stelle ich mir die Frage, wo bei den Grünen eigentlich inhaltliche Diskussionen ablaufen? Der Prozess der Meinungsbildung geht jedenfalls nicht mehr von der Basis aus sondern wird von den Bundespolitikern vorgegeben. Meine Mitgliedschaft in dieser 08/15-Partei werde ich überdenken.

BUCHBESPRECHUNGEN

Wenn ich lese, reise ich – wenn ich reise, lese ich

von Regina Schumann

Vor der Reise lese ich Bücher, die mich auf die Reise und das Reiseland einstimmen, die mir helfen die Reiseroute festzulegen. Während der Reise lese ich oft Belletristik, die im Reiseland spielt. Nach der Reise Bücher, auf die ich während meiner Reise aufmerksam wurde. Die folgenden Bücher habe ich während meiner letzten Reisen nach Ost und West gelesen, ob mir die Reise im Kopf gereicht hätte?

„The Brooklyn Follies“¹ von Paul Auster

Paul Auster, der Ehemann von Siri Hustvedt (siehe VDPP-Rundbrief 12/2004) wurde mit New York Trilogy² berühmt – Pflichtlektüre für jeden Big Apple Besucher. 2005 erschien „The Brooklyn Follies“, ein sehr persönlicher Roman, der ein

paar Monate aus dem Leben von Nathan, einem alternden Mann, der als Familienvater gescheitert ist, erzählt. Das unerwartete Auftauchen seiner Großnichte Lucy bringt seinem und dem Leben seines Neffen Tom eine unerwartete Wendung. Wie das geschieht, wird eher beiläufig erzählt. So wie das Leben dahinfließt, so entwickeln sich neue Beziehungen. Unerwartete Begegnungen öffnen neue Horizonte. Nathan und auch Tom finden (neue) Partnerinnen. Auster beschreibt einen kleinen Kosmos in Brooklyn. Der Leser wird mit Liebe, Begierde, Scham und Tod konfrontiert. Die Charaktere des Romans werden auch in ihren Unzulänglich-



keiten liebevoll beschrieben. Der letzte Morgen, den der Roman beschreibt, ist ein klarer, strahlender Septembertag – der Tag, an dem für die New Yorker der Himmel sein Unschuld verlieren wird. Nichts mehr wird so sein wie zuvor. Wird es danach noch Geschichten von Paul Auster aus Brooklyn/New York City geben?

„The Quiet American“³ von Graham Greene

Seine Unschuld hat der Himmel nicht für, sondern durch US-Amerikaner schon früher verloren – spätestens in den fünfziger Jahren mit dem Koreakrieg und dann im Vietnamkrieg. Der Roman von Greene erzählt eine Episode des Indochinakrieges. Ein US-Amerikaner, angestellt bei einer Wohltätigkeitsorganisation in Saigon, mischt sich ein, versucht den Lauf des Krieges zu beeinflussen. Sein englischer Reporterfreund fühlt sich dagegen nur als Beobachter des Krieges. Er greift nicht ein, auch nicht, als er könnte. Auch (oder gerade?) seinen Freund lässt er durch Untätigkeit in eine Falle gehen und bekommt dadurch seine vietnamesische Geliebte zurück. Die Kriegsberichterstattung als neutraler Job, der Kriegsberichterstatte ein passiver Mann. Wohltätigkeitsorganisationen als Interessensvertreter, ihr Mitarbeiter als aktiv Handelnder. Gibt es Freundschaft im Krieg? Wer ist gut, wer ist böse, wer hat recht? Nach der Lektüre traue ich mir keine Antwort auf diese Fragen zu.



„Catfish and Mandala“⁴ von Andrew X. Pham

Eine Aufarbeitung ganz anderer Art hat Andrew X. Pham gewagt. 1978 als Kind mit seinen Eltern aus Vietnam geflohen und in den USA aufgewachsen, sucht er fast 20 Jahre später seine Wurzeln. Unter extremsten Umständen, mit dem Fahrrad vom Süden in den Norden fahrend, schlägt er sich mit minimalen Geldmitteln durch das arme, korrupte Land. Von Ruhr geplagt, oft übers Ohr gehauen, manchmal nur knapp Misshandlungen entkommen, findet er doch auch immer wieder Menschen, die ihm weiterhelfen. Der Prozess seiner Annäherung an Vietnam ist schmerzhaft und lang, auch für mich als Leserin.

Seit Phams Reise 1996/97 hat sich Vietnam sehr stark entwickelt, ist ein kleiner Tigerstaat geworden, seit diesem Jahr WTO-Mitglied, voller

junger, ehrgeiziger Menschen, die nur eins wollen – Wohlstand und Frieden – vielleicht auch noch persönliches Glück in einer Kleinfamilie. Sind die Menschen nicht überall auf der Welt gleich?

Regina Schumann war 2005 sechs Tage in Brooklyn, New York City, und 2006/2007 auf einer Rundreise durch Vietnam.

¹ Die Brooklyn-Revue. Rowohlt, Reinbek 2006. ISBN 978-3-498-00066-0

² Die New York-Trilogie. Rowohlt, Reinbek 1989. ISBN 3-499-12548-X

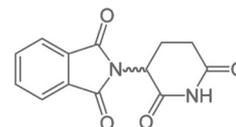
³ Der stille Amerikaner. dtv-Verlag, München 2005, ISBN 3-423-13129-2

⁴ Mond über den Reisfeldern - Auf den Spuren meiner Familie durch Vietnam. Goldmann Verlag, München 2003, ISBN 3-442-15717-6

„Eine einzige Tablette“

So heißt ein Fernsehfilm des WDR über den Contergan-Fall Anfang der 60er Jahre. Man könnte auch titeln: „Die Macht der Pharmafirmen“. Denn welche anderen Unternehmer oder gar Privatpersonen könnten es sich leisten, sich erst jahrelang der Verantwortung für ihr Handeln zu entziehen und dann auch noch einen Film über die damaligen Ereignisse an der Aussendung zu hindern.

Zum Glück scheint es jetzt so, als wenn die zuständigen Gerichte auch in der Hauptsache die Sendung des Fernsehfilms gestatten werden (siehe Berichterstattung in der taz vom 11.04.2007). Ich finde es bedenklich, dass sich schon bei der Produktion die Kläger (Firma und ehemaliger Opferanwalt) durchsetzen konnten und zahlreiche Stellen des Drehbuchs nicht oder geändert umgesetzt wurden.



Ich bin jedenfalls auf diesen Film gespannt und bin nicht sicher, ob Grünenthal richtig beraten wurde, gegen die Aussendung zu klagen. Eine bessere Werbung für den Film hätte sich der WDR gar nicht wünschen können!

Gedanken von Regina Schumann

Finanzbericht 2006

von Gudrun Meiburg und Jürgen Große

	Ist 2006	Ist 2005	Index (2005 = 100)	Plan 2006	Index (Plan = 100)
Einnahmen:					
Beiträge	11012,61	11183,27	98,5	10800,00	102,0
Spenden	0,00	90,93	0,0	100,00	0,0
Zinsen	163,58	106,44	153,7	110,00	148,7
Verkauf Rundbrief (Abos)	0,00	0,00		40,00	0,0
Summe Einnahmen	11176,19	11380,64	98,2	11050,00	101,1
Ausgaben:					
Mitgliederversammlung	303,38	1213,73	25,0	1000,00	30,3
Seminare	0,00	70,00	0,0	1000,00	0,0
Projekte	0,00	0,00		1000,00	0,0
Spenden	1500,00	1000,00	150,0	2000,00	75,0
Öffentlichkeitsarbeit	165,88	294,76	56,3	7000,00	2,4
Vorstand	240,00	188,19	127,5	500,00	48,0
Rundbrief	<i>davon</i> 1670,93	523,64	319,1	1000,00	167,1
<i>Redaktionshonorare</i>	<i>0,00</i>	<i>0,00</i>		<i>0,00</i>	
<i>Druck</i>	<i>1373,43</i>	<i>349,04</i>	<i>393,5</i>	<i>650,00</i>	<i>211,3</i>
<i>Versand</i>	<i>297,50</i>	<i>174,60</i>	<i>170,4</i>	<i>350,00</i>	<i>85,0</i>
Geschäftsstelle	<i>davon</i> 4633,87	4475,15	103,5	4700,00	98,6
<i>Personalkosten</i>	<i>3262,47</i>	<i>3000,00</i>	<i>108,7</i>	<i>3200,00</i>	<i>102,0</i>
<i>Sachkosten</i>	<i>1371,40</i>	<i>1475,15</i>	<i>93,0</i>	<i>1500,00</i>	<i>91,4</i>
Regionalgruppen	0,00	0,00		300,00	0,0
Verschiedenes	85,00	160,00	53,1	300,00	28,3
Summe Ausgaben	8599,06	7925,47	108,5	18800,00	45,7

Vermögensentwicklung:

Einnahmen 2006	11176,19
Ausgaben 2006	8599,06
Überschuss	2577,13
Vermögen 1. 1. 2006	25443,86
Korrektur	0,00
Vermögen 31. 12. 2006	28020,99

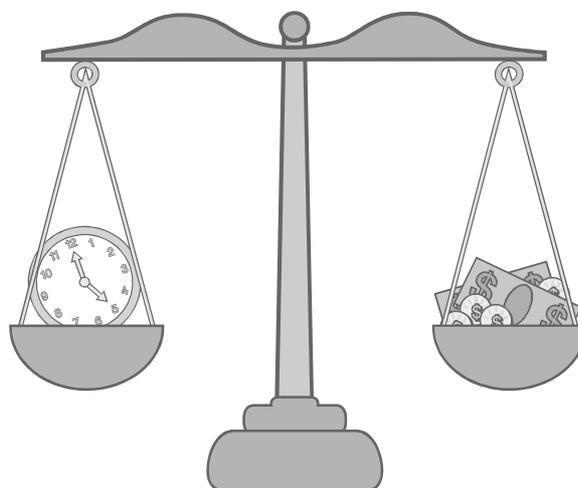
Vermögensaufteilung:

Vermögen 31. 12. 2006	28020,99
davon Kasse	116,96
Postgiro	1476,81
EDV	1,00
GLS-Bank Festgeld 1	11282,04
GLS-Bank Festgeld 2	3071,03
Postbank Festgeld	12073,15
Außenstände	0,00

Finanzplan 2007

(Entwurf des Vorstands)

	Plan 2007	Plan 2006	Index (Plan 2006 = 100)	Ist 2006	Index (Ist 2006 = 100)
Einnahmen:					
Beiträge	11000,00	10800,00	101,9	11012,61	99,9
Spenden	100,00	100,00	100,0	0,00	
Zinsen	400,00	110,00	363,6	163,58	244,5
Verkauf Rundbrief (Abos)	40,00	40,00	100,0	0,00	
Summe Einnahmen	11540,00	11050,00	104,4	11176,19	103,3
Ausgaben:					
Mitgliederversammlung	1000,00	1000,00	100,0	303,38	329,6
Seminare	1000,00	1000,00	100,0	0,00	
Projekte	0,00	1000,00	0,0	0,00	
Spenden	1000,00	2000,00	50,0	1500,00	66,7
Öffentlichkeitsarbeit	8500,00	7000,00	121,4	165,88	5124,2
Vorstand	500,00	500,00	100,0	240,00	208,3
Rundbrief	<i>davon:</i> 2800,00	1000,00	280,0	1670,93	167,6
<i>Redaktionshonorare</i>	1000,00	0,00		0,00	
<i>Druck</i>	1400,00	650,00	215,4	1373,43	101,9
<i>Versand</i>	400,00	350,00	114,3	297,50	134,5
Geschäftsstelle	<i>davon:</i> 4800,00	4700,00	102,1	4633,87	103,6
<i>Personalkosten</i>	3300,00	3200,00	103,1	3262,47	101,2
<i>Sachkosten</i>	1500,00	1500,00	100,0	1371,40	109,4
Regionalgruppen	300,00	300,00	100,0	0,00	
Verschiedenes	100,00	300,00	33,3	85,00	117,6
Summe Ausgaben	20000,00	18800,00		8599,06	232,6



Protokoll der Vorstandssitzung vom 10. März 2007 in Hamburg



Anwesend: Bernd Rehberg, Uschi Blöcker, Thomas Schulz; für die Geschäftsstelle: Gudrun Meiburg; als Gäste: Katja Lorenz und Jürgen Große

Beginn: 14 Uhr 25

TOP 1: Wahl von Versammlungsleiter/In und Protokollführer/In

Leitung: Thomas Schulz
Protokoll: Uschi Blöcker

TOP 2: Genehmigung der Tagesordnung

Die Tagesordnung wurde genehmigt.

TOP 3: Protokoll der letzten Vorstandssitzung vom 16.12. 2006 in Hamburg

Das Protokoll wurde mit einer Änderung in TOP 10 genehmigt.

TOP 4: Beschlusskontrolle

TOP 8: Katja Lorenz ist als Vorstandsreferentin ab 1.01.2007 eingestellt worden und hat ihre Arbeit aufgenommen.

TOP 10: Thomas S. hat eine Anfrage an die PZ und die DAZ wegen unterbliebener Veröffentlichungen

unserer Stellungnahmen ausgearbeitet, die jetzt abgeschickt werden sollen. Er hat seinen Vorschlag noch einmal verlesen und er wurde ohne Änderung für gut befunden.

TOP 5: Bericht aus der Geschäftsstelle

Der VDPP kann wieder ein neues Mitglied aus Berlin begrüßen.

Ein Mitglied ist ausgetreten, Katja will noch einmal Kontakt aufnehmen und nach den Gründen fragen.

Alle Abrechnungen sind herausgegangen und es wurde auch bezahlt. Ein Abo wurde gleichzeitig gekündigt.

Für 2006 sind alle Mitgliedsbeiträge – bis auf zwei – eingegangen.

Die Abrechnung für die MV in Berlin (Juni 2006) hatte ein **Minus von 237,38 €** ergeben. Inzwischen ist noch eine Rechnung eingegangen, so dass sich das Minus auf **303,38 € erhöht hat**.

Am 12.03.2007 findet eine Betriebsprüfung des VDPP von der Knappschaft statt.

Für die Festschrift anlässlich von Ulrike Fabers Geburtstag, die dem VDPP in einigen Exemplaren gespendet wurde, wird eine Sachspendenquittung ausgestellt.

Am 8.3.2007 erhielt die Geschäftsstelle eine Antwort vom Bundesvorstand der Grünen, Reinhard Bütikofer, auf unseren Brief vom 3.11.2006 zur Kritik an der Aufhebung des Fremd- und Mehrbesitzverbotes.

TOP 6: Bericht der Referentin

1. Kontakt mit dem Bundesverband der Pharmaziestudenten Deutschlands.

2. VDÄÄ – Kontakt.

3. VDPP- aktuell ist wieder erschienen und es wird ein monatliches update angepeilt.

4. Kontakt mit Forum Leipzig und Frau Marquard.

5. „Zaunpfahlbrief“ ist überarbeitet und nach kleinen Änderungen liegt jetzt die endgültige Fassung vor.

6. DAMA-Stellungnahme liegt vor und kann diskutiert werden.

7. Katja bittet um Mitteilung der Urlaubszeiten der Vorstandsmitglieder, da sie sonst häufig ohne Antwort dasteht.

8. Sie bittet um Vorschläge, was im VDPP-aktuell erscheinen soll.

Zu Katjas weiteren Aufgaben sollen gehören:

a) Tagesordnung für die Vorstandssitzung verschicken (mit TOPs)

b) Weitergabe von Infos an die Bearbeiterinnen der Internetseite zu Aktualisierung

c) (Beitragsordnung und Einzugsformular sollen auch auf die Homepage).

d) Kontakte zu den Regionalgruppen pflegen

e) Fachschaften Pharmazie in Hamburg und Berlin noch einmal über unsere Existenz informieren

f) Einladungen zur MV bearbeiten und auch an andere Verbände schicken.

TOP 7: **Kassenbericht**

26.000 Euro sind als Festgeld angelegt. 3700 Euro befinden sich zur Zeit auf dem Girokonto.

Der Kassenbericht für die MV ist fertig und Gudrun wartet auf Terminvorschläge für die Kassenprüfung von Jürgen und Thomas H..

Die Rechnungen der Referentin sollen unter Öffentlichkeitsarbeit/Referentin verbucht werden.

TOP 8: **Bericht aus den Regionen**

Hamburger treffen sich weiterhin regelmäßig in Abstand von zwei oder manchmal vier Wochen. Tagespolitik und spezielle Apothekenprobleme werden diskutiert.

Berlin: Treffen zurzeit monatlich, meist privat. Es sind zurzeit ca. 12 bis 15 aktive Leute dabei. (Glückwunsch!)

Die Kammerwahlen stehen an und am 14.03.07 ist Stimmenaushaltung. (Kleiner Exkurs in die Wahlinterna!)

TOP 9: **Aktuelle Gesundheitspolitik**

Der Vorschlag von Herrn Bütikofer mit Biggi Bender einen Gesprächstermin zu vereinbaren wird aufgegriffen und Thomas S. wird sich mit Jürgen absprechen.

Vorerst wird Katja einen Antwortbrief formulieren (an beide).

Thomas nimmt Teil an der Sitzung der Landesarbeitsgemeinschaft Gesundheit der Berliner Grünen.

DAMA-Einrichtungsgesetz: Unsere Stellungnahme soll spätestens am 15.03.2007 abgeschickt werden, wenn Rückmeldung von U. Hagemann erfolgt ist.

Katja meldet sich für den 21.03.2007 zur Anhörung an.

TOP 10: **Seminarplanung 2007**

Bisher keine Ideen und Vorschläge.

TOP 11: **MV 2007**

8./9./10. Juni in Hannover

Einladung muss bis Ende April erfolgen.

Frau Linz oder ein Referent der BAK sollen eingeladen werden. Katja entwirft ein Einladungsschreiben.

Vorstandswahlen: Thomas S. und Bernd stellen sich wieder zur Wahl. Ein drittes Vorstandsmitglied muss gefunden werden.

Sitzungsleitung und ProtokollführerInnen müssen noch festgelegt werden.

TOP 12: **Rundbrief**

Ist auf dem Laufenden und wenn Bernd das Grußwort geschrieben hat, geht er in die Endmontage zu Anfang April.

www.stamm.de hat um ein Rundbriefexemplar gebeten, das von Gudrun geschickt wird.

TOP 13: **Verschiedenes**

Thomas S. berichtet von der MV des Forums Leipzig.

Auf der Website sollte es auch einen Hinweis auf unsere MV im Juni geben. Ebenso im nächsten VDPP-aktuell.

Nächste Vorstandssitzung:
19.05.2007, 14 Uhr in Berlin

Protokoll: Uschi Blöcker



TERMINE

Regionalgruppe Berlin

Die nächsten Treffen der Regionalgruppe Berlin finden am Montag, dem 16. Juli, und am Montag, dem 17. September 2007 statt. Der Ort liegt noch nicht fest und ist 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: 13. und 27. Juni, 11. und 25. Juli 2007.



Regionalgruppe Hessen

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

VDPP-Vorstand

Die nächste Vorstandssitzung wird am Freitag, dem 8. Juni 2007 um 20 Uhr in Hannover im Hanns-Lilje-Haus stattfinden.

VDPP-MV 2007

Die Mitgliederversammlung 2007 wird vom 8. bis 10. Juni 2007 im Hanns-Lilje-Haus, Knochenhauerstraße 33, 30150 Hannover, stattfinden.

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

DOKUMENTATION

Wahltarife nützen Gesunden – auf Kosten der Kranken

Wahltarife höhlen das Solidarprinzip in der Gesetzlichen Krankenversicherung aus



Zum 1. April trat die neue Gesundheitsreform in Kraft. Der Verein Demokratischer Ärztinnen und Ärzte hat wiederholt seine Kritik am GKV-Wettbewerbstärkungsgesetz betont. Ein spezieller Punkt soll hier noch einmal herausgegriffen werden: Nicht erst 2009, wie vielfach beruhigend geschrieben, werden die ersten Regelungen in Kraft treten. Wesentliche Änderungen werden sofort greifen.

Die gesetzlichen Kassen bieten ab Montag, den 2. April, Wahl- und Sondertarife für ihre Versicherten an. Zwischen 600 und 900 Euro pro Jahr soll sparen können, wer keine oder nur bestimmte Leistungen der Kassen in Anspruch nimmt. Das sind immerhin 10 – 20 Prozent des Jahresbeitrags. Damit höhlt die große Koalition in Berlin das Solidarsystem der gesetzlichen Krankenversicherung weiter aus. Dieses System beruhte darauf, dass jeder Versicherte zahlt, was er finanziell kann, und bekommt, was er medizinisch braucht. Die Gesunden und Jungen zahlen solidarisch für die Kranken und Alten, zu denen sie im Alter vielleicht auch gehören werden.

Jetzt soll weniger zahlen, wer gesund bleibt, oder besser: wer es schafft, seinen notwendigen Arztbesuch ins nächste Jahr zu verschieben. Da die Kassen letztlich alle Leistungen aus einem Topf zahlen,

ist klar, dass wenn die einen, die Gesunden, weniger zahlen, die anderen, die Kranken, mehr werden zahlen müssen. Sicher nicht morgen, aber langfristig werden sich die Grundtarife wegen der Sondertarife verteuern. Diese neue Regelung bedeutet eine Abkehr vom solidarischen Versicherungsprinzip der gesetzlichen Krankenkassen.

Die Patienten müssen sich in Zukunft überlegen, ob sie zum Arzt gehen oder ob sie nicht doch lieber die Rückerstattung (verharmlosend Bonus genannt, also Belohnung dafür, sich nicht behandeln zu lassen) in Anspruch nehmen wollen. Die Jungen und Gesunden werden verdienen. Ein Arztbesuch, wenn er sich dann nicht vermeiden lässt, aber kann unter Umständen dem Patienten sehr teuer kommen, da er nicht in den Genuss der Rückerstattung kommt.

Wohlgemerkt, auch wir sind der Ansicht, dass oft zu früh und zu häufig zum Arzt gegangen wird und dass viele Probleme auch ohne ärztliche Hilfe gelöst werden können. Aber viele Patienten und gerade die sozial schwachen werden nur schwer zwischen notwendigem und überflüssigem Arztgang unterscheiden können und unter finanziellem Druck auch einmal auf einen notwendigen Arztkontakt verzichten.

Finanzieller Druck ist ein untaugliches Erziehungsinstrument für gesundheitsbewusstes Verhalten. Nicht nur die kranken Versicherten werden unter dieser Regelung leiden, auch auf die Kassenärzte kommt noch mehr Bürokratie zu. Es

wird schwierig, im neuen Tarifschuss die Orientierung zu behalten.

Sie müssen die verschiedenen Tarife – angeblich sollen bis zu 30 verschiedene Tarife pro Kasse angeboten werden! – kennen, in ihrer EDV dokumentieren und genau wissen, ob nicht ein im letzten Quartal ausgestelltes Rezept für den Patienten mehrere hundert Euro Verlust bedeuten kann. Und schließlich wird der Verwaltungsaufwand der Kassen steigen. Die Regierung tut alles, damit die Verwaltungskosten der gesetzlichen Kassen bald die bei den Privatkassen übliche 20-Prozent Marke übersteigt. Es fragt sich, ob der Abbau der bisherigen solidarischen gesetzlichen Krankenversicherung noch aufzuhalten ist.

Der freie Markt ruft auch auf dem Gebiet der solidarischen Kostenabsicherung im Krankheitsfall.

Prof. Wulf Dietrich
(Vorsitzender vdää),
4. April 2007



VDÄÄ
Geschäftsstelle
Nadja Rakowitz

Kantstraße 10
63477 Maintal
Telefon 06181 – 432 348

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

Zugang zu Aidsmedikamenten nicht behindern:

Appell von Nichtregierungsorganisationen an Pharmafirma Abbott

Trotz zahlreicher internationaler Proteste rückt die Pharmafirma Abbott nicht von ihrer Entscheidung ab, die Zulassung von sieben neuen Medikamenten, davon eines zur HIV/Aids-Behandlung, für Thailand zurückzuziehen. Damit stellt Abbott den Zugang von vielen Tausend Aidspatienten/-innen zur verbesserten adäquaten Behandlung in Frage. Daher fordern Nichtregierungsorganisationen weltweit und zehn Organisationen bundesweit Ärztinnen und Ärzte auf, zu prüfen, ob sie Vertreterinnen und Vertreter der Firma Abbott weiterhin empfangen und anstelle von Abbott-Markenpräparaten generische Alternativen verordnen möchten. Über die Vorgehensweise der Praxen wird die Firma Abbott durch entsprechende Erklärungen unterrichtet.

Die Auftaktaktion zum bundesweiten Appell an Abbott findet am 26. April 2007, dem internationalen Tag des geistigen Eigentums (World Intellectual Property Day) um 13:00 Uhr auf dem Platz vor der Beethovenhalle Bonn, Wachsbleiche 16 statt. Ziel: Die Firma Abbott, die am 27. April in Chicago ihre Jahreshauptversammlung abhält, zum Einlenken bezüglich Thailand zu bewegen.

In Thailand werden derzeit weniger als ein Viertel der 580.000 Menschen, die mit HIV infiziert sind, mit anti-retroviralen Medikamenten behandelt. Immer mehr Menschen benötigen die kostspieligen Präparate der zweiten Generation – aber weder die Aidskranken selbst noch die Regierung können sie finanzieren. Deshalb erwirkte Thai-



land Zwangslizenzen gegen drei Hersteller von Medikamenten, um die Kosten durch günstigere Generika drastisch senken zu können. Zwangslizenzen sind als Schutzrechte ausdrücklich nach Welthandelsrecht erlaubt, sie ermöglichen die preisgünstigere Herstellung oder den Import von patentgeschützten Medikamenten.

Als Reaktion auf die Zwangslizenzen zog die Firma Abbott im März die bereits beantragte Zulassung von sieben neuen Präparaten in Thailand zurück. Dies betrifft u. a. die neue hitzestabile Tablettenversion von Kaletra® Aluvia®. Sie ist einfacher als das bisher verwendete Kaletra® einzunehmen und kann auch

dort eingesetzt werden, wo es keine Kühlmöglichkeiten gibt. Diese neue Tablette sollte ursprünglich im Sommer in Thailand verfügbar werden. Albert Petersen, Leiter der Difäm-Arzneimittelhilfe: „Dies ist ein deutliches Signal der Abstrafung durch Abbott – und warnt andere Länder, keinesfalls dem Beispiel von Thailand zu folgen. Aber da die thailändische Regierung mit der Zwangslizenz legal handelte, ist der von der Firma ausgeübte Druck auf die dortige Regierung nicht hinnehmbar.“

Sofort nach Bekanntgabe der Rücknahme neuer Zulassungsanträge durch Abbott begann ein weltweiter Protest von Aidsverbänden, ärztlichen Organisationen und Nicht-Regierungsorganisationen in Thailand, den USA und anderen Ländern, die Abbott zum Einlenken aufforderten. Dies veranlasste die Firma, den Preis dieses Aidspräparates zu senken. Aber laut Aussage der Initiatoren des Appells geht diese Zusage nicht weit genug. Denn Abbott nahm den Druck auf die thailändische Regierung, die Zwangslizenz aufzuheben, nicht zurück!

Tübingen, 24. April 2007

Der Appell wird getragen von:

Aktionsbündnis gegen AIDS, action medeor, BUKO-Pharma-Kampagne, Difäm, medico international, MEZIS e. V., Misereor, Internationale Ärzte für die Verhütung des Atomkrieges – Ärzte in sozialer Verantwortung (IPPNW), Verein demokratischer Ärztinnen und Ärzte, Verein demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten.

Difäm –
Gesundheit in der Einen Welt
Deutsches Institut für
Ärztliche Mission e. V.
Paul-Lechler-Str. 24,
D-72076 Tübingen
Tel: 0049-(0)7071-206-512,
Fax: 0049-(0)7071-206-510
Internet: www.difaem.de



Abbott behindert Zugang zu Medikamenten in Thailand!

*Aber: Zwangslizenzen sind legal
und dienen dem Menschenrecht auf Gesundheit!*

**Wichtige Informationen für Ärztinnen und Ärzte, die
> Vertreterinnen und Vertreter der Firma Abbott empfangen
> Abbott-Präparate verordnen**

Abbott muss Blockade gegen Thailand aufgeben

Seit November 2006 vergibt die thailändische Regierung drei Zwangslizenzen: Efavirenz (Sustiva® bzw. Stocrin® von Merck), Clopidogrel (Plavix® von BMS/Sanofi-Aventis), Lopinavir/Ritonavir (Kaletra® von Abbott).

Zwangslizenzen sind als Schutzrechte ausdrücklich nach Welthandelsrecht erlaubt und ermöglichen die preisgünstigere Herstellung von patentgeschützten Medikamenten. Sie haben das Ziel, das Menschenrecht auf Gesundheit mit dem Recht auf Schutz des geistigen Eigentums in Einklang zu bringen. Dies bestätigte auch die Direktorin der Weltgesundheitsorganisation WHO, Frau Margarete Chan, in einem offenen Brief an die thailändische Regierung. Zwangslizenzen wurden allerdings bisher von wirtschaftlich ärmeren Ländern wegen der Komplexität des Verfahrens kaum eingesetzt. **Deshalb sieht sich die thailändische Regierung bei ihren jetzigen Maßnahmen ausdrücklich auch in der Vorreiterrolle für andere Staaten.**

Wenn nach einigen Jahren die Umstellung der HIV-PatientInnen auf Medikamente der zweiten Generation erfolgen muss, steigen in wirtschaftlich armen Ländern die Kosten auf das etwa Fünffache (im günstigen Fall). Im Fall von Thailand sind die Kosten auf das etwa 22-fache gestiegen – unerreichbar für viele PatientInnen, nicht finanzierbar durch die Regierungsprogramme.

In Thailand sind 580.000 Menschen mit dem HI-Virus infiziert, etwa 110.000 stehen unter Behandlung.

Mit folgenden unten angeführten Einsparungen konnte man in Thailand durch die Zwangslizenzen rechnen. Preisangaben: Zeitpunkt der Vergabe der Zwangslizenzen November 2006 und Februar 2007

Medikament	Preis in US-\$. Februar 2007	Preis Generikum in US-\$	Einsparmöglichkeit/Jahr in Thailand in US-\$
Kaletra ®: z.Z. werden damit in Thailand 8.000 PatientInnen behandelt	500 pro Jahr und PatientIn für Least Developed Countries (LDCs), 2200 für Thailand in der Gruppe mit niedrigem und mittlerem Einkommen (MDCs)	1470 USD pro PatientIn pro Jahr	5,8 Millionen
Stocrin®: z. Z. werden damit in Thailand 8.000 PatientInnen behandelt	520 pro Jahr und PatientIn	240 pro Jahr und PatientIn	2,24 Millionen
Plavix®, 30.000 werden damit in Thailand behandelt, 300.000 würden es benötigen	2,06 / Tablette	0,18 / Tablette	Diese Preisreduktion erschließt nun Zugang für ärmere Menschen über die Krankenversicherung (regierungsfinanziert)

Die vergünstigten Präparate kommen ausschließlich über einen „zweiten Markt“, nämlich über Regierungsprogramme, all denjenigen zugute, die bisher keinen Zugang hatten. Thailand setzt durch die Anwendung des Rechtes auf Zwangslizenzen das Menschenrecht auf Zugang zu unentbehrlichen Medikamenten um.

Die etwa 20 Prozent der thailändischen Bevölkerung (viele AusländerInnen), die nicht arm sind, können hohe Preise auf dem privaten Markt bezahlen. Hier sollen nach Willen der thailändischen Regierung die Originalanbieter auch weiter ihre Markenpräparate vertreiben.

Abbott droht der thailändischen Regierung

Die Firma Abbott gab Anfang März der thailändischen Regierung bekannt, dass die Firma in Zukunft keine neuen Präparate mehr in diesem Land registrieren wird. Faktisch wird also der thailändischen Bevölkerung der Zugang zu diesen Medikamenten verwehrt. Aktuell zog Abbott die bereits beantragte Zulassung von sieben Präparaten

zurück. Fatal ist, dass dies z.B. auch die neue hitzestabile Tablettenversion von Kaletra® betrifft (Aluvia®), auf welche die Aidskranken weltweit sehr warten. Sie ist einfacher einzunehmen und kann auch in Dörfern oder Slums eingesetzt werden, wo es keine Kühlmöglichkeiten gibt. Diese neue Tablette sollte ursprünglich im Sommer in Thailand verfügbar werden.

Da Abbott eine amerikanische Firma ist, ist zu befürchten, dass von dort Rücken-deckung für das Verhalten dieser Firma kommt und andere Pharmafirmen zu gleichem Verhalten ermutigt werden.

Medikamente haben eine besondere Bedeutung, deshalb sind Zwangslizenzen beim jetzt gültigen Welthandelsrecht ausdrücklich als Schutzrechte vorgesehen. Diese Sondermaßnahmen wurden international übereinstimmend beschlossen (Doha Deklaration 2001 der Welthandelsorganisation zu TRIPS). **Demnach ist das Verhalten der thailändischen Regierung legal.**

Die Firma Abbott ignoriert diese Sonderregelungen. Sie nimmt für sich in Anspruch, dass das Handelsrecht vor dem Menschenrecht gilt. Das kann nicht hingenommen werden, denn es nimmt den Tod der Menschen in Kauf, die sich die teuren Präparate nicht leisten können.

Druck der Zivilgesellschaft führt zu Teilerfolg

Sofort nach Bekanntgabe der Rücknahme neuer Zulassungsanträge durch Abbott begann ein weltweiter Protest von Aidsverbänden, ÄrztInnen-Organisationen, Nicht-Regierungsorganisationen in Thailand, USA und anderen Ländern, die Abbott zum Einlenken aufforderten. Dieses veranlasste die Firma, am **10. April 2007** den Preis für Kaletra® (alte und neue Version) auf 500 Dollar für arme Länder und 1.000 Dollar für Länder mit mittlerem Einkommen (wie Thailand) zu senken und zu der Zusage, die Registrierung für die neue Version (unter dem Namen Aluvia®) in Entwicklungsländern voranzutreiben.

Dieses Einlenken wird von ExpertInnen zivilgesellschaftlicher Gruppen als nicht ausreichend dargestellt, denn:

- a) Abbott nahm den Druck auf die thailändische Regierung nicht zurück
- b) Abbott erneuerte nicht die Anträge auf Registrierung neuerer Arzneimittel, wie Aluvia® in Thailand.

Die thailändische Regierung sieht, so wie die sie weltweit unterstützenden Organisationen, weiterhin die Nutzbar-machung generischer Alternativen als vordringliches Ziel an. Durch Konkurrenz wird der Preis weiter gesenkt und die lokale Herstellung gefördert. Fixierung auf einen Preis eines Herstellers führt immer zur Monopolisierung. Auf keinen Fall kann hingenommen werden, dass die Firma Abbott Thailand von der Verwendung neuerer Arzneimittel ausschließt.

In den letzten Wochen beteiligten sich viele Organisationen an weltweiten Aufrufen, die die Firma Abbott zum Umlenken in punkto Thailand aufforderten. Um dem Appell an Abbott zum Erfolg zu verhelfen, haben Organisationen der Entwicklungszusammenarbeit in Deutschland diese Kampagne initiiert.

Wir fordern Ärztinnen und Ärzte auf, den Appell an die Firma Abbott aktiv zu unterstützen.

Bitte helfen Sie mit, diesen Aufruf weiter zu verbreiten, unterschreiben Sie die beigefügte Erklärung an Abbott!

Mit freundlichen Grüßen



Albert Petersen, Leiter Difaem-Arzneimittelhilfe, 26. April 2007

Weitere Informationen: www.difaem.de oder per Email: petersen.amh@difaem.de
Difaem, Deutsches Institut für Ärztliche Mission e.V., Paul-Lechler-Str. 24, 72076 Tübingen,
info@difaem.de, www.difaem.de



**BUKO
Pharma-Kampagne**



medico international



Appell an die Firma Abbott

Damit die Menschen in Thailand Zugang zu unentbehrlichen Medikamenten haben, fordern wir die Firma Abbott auf:

- > **Registrieren Sie unverzüglich wieder neue Medikamente in Thailand!**
- > **Setzen Sie Ihr Versprechen um, dass die hitzebeständige Form von Kaletra (Aluvia) auch in Thailand umgehend verwendet werden kann!**
- > **Behindern Sie nicht weiter die thailändische Regierung, einen Preiswettbewerb mittels Generika durch Zwangslizenzen zu fördern, um Tausenden von Thailändern den Zugang zu lebensnotwendigen Medikamenten zu sichern.**
- [] **Bis diese Forderungen erfüllt sind, wird diese Praxis keine Produkte von Abbott verordnen, für die es generische Alternativen gibt.**

Wir werden u. a. verordnen:

- statt Klacid® (Abbott-Umsatz in Deutschland nach Arzneiverordnungsreport 2006: 35 Millionen Euro/Jahr) das Generikum Clarithromycin,
- statt Isoptin® (Abbott-Umsatz in Deutschland: 16 Millionen Euro/Jahr) das Generikum Verapamil,
- statt Erythrocin® und Paediathrocin® das Generikum Erythromycin,
- statt Eunerpan® (Abbott-Umsatz in Deutschland: 5,4 Millionen Euro/Jahr) das Generikum Melperon,
- statt Flutamid Kanold® das Generikum Flutamid,
- statt Striaton® das Generikum Levodopa/Cardidopa 4:1.

Bei allen anderen Arzneimitteln wird unsere Praxis genau überprüfen, ob die Verordnung mit Abbott-Präparaten notwendig ist.

- [] **Bis die Forderungen erfüllt sind, wird diese Praxis keine Referentinnen und Referenten der Firma Abbott mehr empfangen.**
- [] **Ich habe keinen Bezug zu Produkten der Firma Abbott, unterstütze aber die hier genannten Forderungen ausdrücklich.**

Praxisstempel, Datum, Unterschrift

Bitte schicken Sie das Original dieses Dokuments an die Abbottleitung Abbott GmbH & Co. KG, Geschäftsführung, Postfach 21 03, 65011 Wiesbaden, oder Fax 06122/58-1244 und eine Kopie an: Difäm-AMH, Paul-Lechler-Str. 24, 72076 Tübingen (Fax: 07071/ 27125)

Weitere Informationen: www.difaem.de oder per Email: petersen.amh@difaem.de
Difäm, Deutsches Institut für Ärztliche Mission e.V., Paul-Lechler-Str. 24, 72076 Tübingen,
info@difaem.de, www.difaem.de

Bei Arzneimittelwerbung – Aufgepasst!

Gute Pillen – Schlechte Pillen deckt Lug und Betrug in der Werbung auf.

Schneller gesund werden, oder gar nicht erst krank – wer möchte das nicht? Die Heilsbotschaften aus der Pharmabranche versprechen viel. Doch längst nicht alles wird auch gehalten. Die Verbraucherzeitschrift *Gute Pillen – Schlechte Pillen* deckt in der Rubrik „Werbung aufgepasst“ in jeder Ausgabe irreführende und falsche Aussagen von Herstellern auf.

GUTE PILLEN – SCHLECHTE PILLEN

Unabhängige Informationen zu Ihrer Gesundheit

Wir sind von Pharmawerbung umgeben. Über eine halbe Milliarde Euro gibt die Branche in Deutschland allein für Publikumswerbung aus. Viele Anzeigen strotzen nur so von falschen Versprechen und Irreführungen. Wesentliche Informationen über Risiken und tatsächlichen Nutzen werden hingegen einfach ausgeblendet.

Hier zwei Beispiele aus der GPSP-Rubrik „Werbung – Aufgepasst“:

- In der Bahn wird für ein Medikament mit dem Slogan „Entspannt unterwegs – ohne lästigen Harndrang“ geworben. Doch tatsächlich helfen die Kapseln Männern nicht besser als ein Plazebo. Auch die Aussage
- „Rein pflanzlich“ mag gut klingen, sagt aber weder etwas über die Wirksamkeit noch über die Verträglichkeit aus. Und dass es sich laut Werbung um ein „Qualitätspräparat“ handelt, ist ge-

naugenommen ein Witz. Schließlich muss jedes Arzneimittel gesetzlich vorgeschriebenen Qualitätsstandards genügen. (GPSP 1/2007)

- Besonders perfide sind verdeckte Formen der Arzneimittelwerbung, weil sie schwer zu durchschauen sind. In der aktuellen Ausgabe von GPSP (2/2007) wird die „Medical Tribune Gesundheit & Medizin“ analysiert. Diese kostenlose – als Beilage verbreitete – Zeitschrift gehört zu den raffiniertesten Medien der Beeinflussung. Anscheinend unabhängige Artikel im redaktionellen Teil berichten über die Behandlung von Krankheiten und weisen wie nebenbei auf bestimmte Medikamente hin. Die passende Werbung findet sich im gleichen Heft. Selbst das Werbeverbot für rezeptpflichtige Arzneimittel wird umgangen: Da wird im Artikel ein „segensreicher“ Wirkstoff erwähnt und ein

paar Seiten entfernt, taucht eine Anzeige des Herstellers entsprechender Präparate auf, genannt wird aber nur das Krankheitsbild. Oftmals wird parallel auf die Webseiten der Firma verwiesen, die weitere Informationen zur Medikamentenauswahl bereithält.

Gute Pillen – Schlechte Pillen bietet ein Kontrastprogramm zu offener und verdeckter Pharmawerbung. Die Zeitschrift berichtet alle zwei Monate unabhängig und werbefrei über die Behandlungsmöglichkeiten häufiger Erkrankungen, bewertet neue Arzneimittel und bietet Preisvergleiche. Hinter Gute Pillen – Schlechte Pillen steckt die Kompetenz von drei industrieunabhängigen Fachblättern.

Alle Ausgaben von „Werbung aufgepasst“ können kostenlos im Internet nachgelesen werden. www.gutepillen-schlechtepillen.de

Gute Pillen – Schlechte Pillen bietet herstellerunabhängige Informationen für die Gesundheit.

www.gutepillen-schlechtepillen.de

Sie ist ein Projekt der drei unabhängigen Arzneimittelzeitschriften *arznei-telegramm*, *DER ARZNEIMITTEL BRIEF* und *Pharma-Brief*.

Herausgeber: Gute Pillen, Schlechte Pillen - Gemeinnützige Gesellschaft für unabhängige Gesundheitsinformation mbH, Bergstr. 38A / Waserturm, 12169 Berlin, HRB 98731B Amtsgericht Berlin-Charlottenburg

Geschäftsführer: Wolfgang Becker-Brüser, Jörg Schaaber, Prof. Dr. Walter Thimme

Bankverbindung: Gesellschaft für unabhängige Gesundheitsinformation gGmbH., Konto-Nr: 121 988 Sparkasse Bielefeld (BLZ 48050161)

Redaktion:

August-Bebel-Str. 62
D-33602 Bielefeld Deutschland
Telefon +49-(0)521-60550
Telefax +49-(0)521-63789
gpsp@bukopharma.de

Gesundheitsdienste keine Angelegenheit des Marktes

Zur heutigen Abstimmung über die Entschließung des Europäischen Parlaments über „Die Konsequenzen des Ausschlusses der Gesundheitsdienste von der Richtlinie über Dienstleistungen im Binnenmarkt“ erklärt André Brie MdEP, Koordinator der Linksfraktion im Europäischen Parlament (GUE/NGL) im EP-Binnenmarktausschuss, dass Gesundheitsdienste keine Angelegenheit des EU-Binnenmarkts sind, sondern Teil der sozialen Sicherungssysteme.

Das Europäische Parlament hat erwartungsgemäß die Forderung seines Binnenmarktausschusses zurückgewiesen, die Gesundheitsdienste wieder in den Anwendungsbereich der Dienstleistungsrichtlinie hinein zu nehmen. Das ist gut so. Gesundheitsdienste gehören nicht in eine Richtlinie zur Liberalisierung des EU-Binnenmarktes.

Schlecht ist, dass die Mehrheit des Parlaments von der Kommission verlangt, die verschiedenen Einzelfallurteile des Europäischen Gerichtshofs zu Gesundheitsdiensten durch ein geeignetes EU-Instrument zu kodifizieren. Damit will die Mehrheit des Parlaments einen Kurs in der EU stärken, wonach die Gesundheitsdienste grundsätzlich dem Binnenmarkt- und Wettbewerbsrecht unterliegen sollen. Es verlangt „Klarstellungen“ zur Erstat-

tung von Behandlungskosten in einem anderen Mitgliedstaat, zum Begriff einer ‚unverhältnismäßigen Wartezeit‘ und eine sehr restriktive Definition von Krankenhausversorgung. Damit unterstützt das Parlament grundsätzlich die Positionen, welche die Kommission bereits in ihrem ursprünglichen Entwurf der Dienstleistungsrichtlinie in Bezug auf das Gesundheitswesen verankern wollte. Die Mehrheit des Parlaments will „Bolkestein durch die Hintertür“ – nunmehr durch einen EU-Gemeinschaftsrahmen für Gesundheitsdienste. Die Linksfraktion im Europäischen Parlament (GUE/NGL) hat deshalb diese Entschließung abgelehnt.

Die Europäische Kommission hat in ihrem Bericht über die Ergebnisse der öffentlichen Konsultation über „Gemeinschaftsmaßnahmen im Bereich der Gesundheitsdienstleistungen“ zwei verschiedene Optionen für die weitere Arbeit benannt: Entweder die „Aufnahme von Änderungen in den Verordnungen über die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit“ oder alternativ „eine neue Richtlinie über Gesundheitsdienstleistungen“.

Die Linksfraktion im Europäischen Parlament fordert Kommission und Rat auf, den ersten Weg zu gehen.

Die grenzüberschreitende Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten wird schon lange durch die EU-Verordnung zur Koordinierung der Sozialschutzsysteme (1408/71 bzw. jetzt 882/2004) geregelt. Dies muss auch weiter so bleiben, denn Gesundheit ist keine Ware und keine Angelegenheit von Markt und Wettbewerb. Alle vom Parlament angesprochenen Fragen – von der Übernahme der Behandlungskosten im EU-Ausland, der Vorabgenehmigung von Behandlungen im EU-Ausland und ihrer Modalitäten, der Definition unverhältnismäßiger Wartezeiten, zur Rechtshilfe bei Behandlungsfehlern bis hin zu einer Europäischen Charta der Patientenrechte können und müssen in diesem Rahmen behandelt und geklärt werden. Wir brauchen keine neue Richtlinie über Gesundheitsdienstleistungen, welche das alte „Bolkestein-Projekt“ nun in anderer Form vorantreibt.



Strasbourg, 23.05.2007

Pressemitteilung der Linkspartei. PDS im Europäischen Parlament in der Konföderalen Fraktion der Vereinigten Europäischen Linken/Nordische Grüne Linke (GUE/NGL)
www.guengl.eu
www.pds-europa.de

The (Vergnaud) IMCO Report on the Implications of the exclusion of Health Services from the Services Directive

Some Questions and Answers

By Klaus Dräger, GUE/NGL staff IMCO

This briefing will focus mainly on 2 issues: European wide patient mobility and whether a separate EU directive on health care could bring advantages for residents in the European Union.

I. Patient mobility

PSE, PPE and ALDE alike claim that patient mobility ‘in itself’ is a good thing

that we should support, e.g. as a persons right to look for the best available healthcare treatment throughout the European Union, thereby exercising their right to free movement.

If we had a social Europe, that is a socially oriented European Federation, there might be no problem with that at all. Then we would have a universal harmonized European System of Health

Insurance covering all residents within the European Union, and also providing for equal access and universal European quality standards for health care treatments independently where it takes place. So at least problems related to different quality standards in health care, different legislation as to which treatments would be financed by health insurance and different systems for covering the costs would be eliminated.

But this happens not to be the case in the European Union. Healthcare – as regards the tasks of organizing and monitoring health care delivery, defining quality standards, ensuring its funding through social security schemes or taxation, as well as safeguarding the health of the population – is within the national competence of the Member States, and national health systems are quite diverse. Article 152 ECT provides only for a complementary role of the European Union as regards initiatives on Public Health.

The current discussion on EU wide patient mobility takes place against the background of Member States' national health care 'reforms'. These aim at achieving 'financial sustainability', in most cases via cuts in health care spending, via introducing ever more market based instruments and competition in the provision of health care, and via promoting outsourcing, privatisation and public private partnerships in the provision of health care. There have also been 'reforms' of statutory health insurance schemes, often leading to a partial privatisation of health insurance, or to reducing the coverage of treatments, forcing patients to pay a growing part of treatments from their own pocket or to seek cover by 'supplementary health insurance schemes'. As result, the solidarity principle and redistribution in health care have been dramatically weakened.

Against this background, EU wide patient mobility is regarded by PPE, ALDE and many in the PSE (though not by the rapporteur Vergnaud herself) as a tool to make better use of scarce resources in health care, e.g. by allowing patients to seek treatment more easily abroad (or even sending them there) either because the home state health care system can not provide sufficient quality of treatment, or because the patients would have to wait too long for a proper treatment at home, or because they could get cheaper treatment elsewhere.

Against this narrow economizing view on patient mobility, our IMCO MEP's have argued that strengthening the *local care approach* is the better alternative to tackle shortcomings of the health care infrastructure concerning quality and to avoid waiting lists. This implicates that Member States must seek to improve their health care infrastructure instead of cutting it back or privatising it. Most patients – and especially those with lower incomes – need proper and high quality healthcare pro-

vision close to where they live, so that they can use their own language, understand what the treatment is about and what are the risks, have better access to consult experts on legal and treatment cost matters, stay embedded in their social environment (support from relatives and friends etc.), which all contributes to better health care outcomes. This is also the best means to provide equal access for all to high quality healthcare and to maintain equality within the provision of health care.

The local care approach does not go against sharing health care infrastructures in *border regions* – on the contrary. Many Member States have already established cooperation on such sharing either by bi- or multilateral agreements or via cooperation in the framework of the Euregios. Within that context, e.g. migrant or frontier workers and their relatives have equal access to healthcare infrastructures on both sides of the respective borders covered by their respective health insurance. This is very positive and should be further improved. But it does not need any kind of new EU legislation to be continued.

The local care approach also does not go against sharing health care infrastructures EU wide on treating *very rare diseases*. For this, there is already a network of *European reference centres* in place (which of course can be further improved). Access to treatment of this kind can be regulated via the already existing framework of regulation 883/2004 (formerly 1408/71) on the coordination of social protection schemes.

Otherwise, there are *two different tracks* for regulating patient mobility within the EU in place. The first and mainly used instrument is regulation 1408 on the *coordination of social protection schemes* 1408/71, now updated as regulation 883/2004. The second and only marginally used instrument is patient mobility based on the case law of the European Court of Justice since 1998 (from the Decker-Kohl judgment onwards). The ECJ judgments are based on the claim that *internal market regulation* applies also to health care (the right to chose health services and health products within the internal market, and also on the freedom to provide services, which in cases like health services can be combined with regulating the provision of these services by universal service and public service obligations).

Our IMCO MEP's argued that the provision of health care is a public good and should not be regulated by instruments relating to internal market regulation. Health care is part of the social protection infrastructure. Therefore, the appropriate instrument to tackle problems of patient mobility is the already existing regulation on the coordination of social protection schemes. All questions relating to assumption and payment of treatment costs, criteria for prior authorisation, on redress etc. can be regulated within that context.

For a more detailed overview of the differences of these two approaches and the problems that regulation on the basis of internal market rules does or could entail, see Appendix A at the end of this briefing.

II. EU-Directive on Health Services?

At the time when Parliament discussed and struggled about the Services Directive, the PSE justified the exclusion of health services from the scope of that directive with the same arguments as our group: health care is no issue to be regulated by an internal market directive, the existing instrument of regulation 1408/71 on the coordination of social protection schemes is the appropriate framework for addressing problems of patient mobility and so on.

Already the original draft of the Vergnaud Report abandoned this principled argument. The coordination of social security was nearly not mentioned as a tool to address these issues. (By the way, the ENVI and EMPL opinions were not much better in that respect). Instead, the draft report called on the Commission to 'clarify' certain issues by way of a legislative instrument or framework on health services: e.g. the definition of 'undue waiting time', the reimbursement of treatment costs, the definition of in-patient- and out-patient care, the distinction between social and health services (which in no way is within the competence of the Commission!), also including the distinction between health services and care services for the elderly etc. And this all without any reference to the already existing framework of regulation 1408/71 at all! On the contrary, in the IMCO vote also the PSE voted against our amendments in that respect.

Thus the original draft already took the approach to patient mobility and health care established by the ECJ judgements as its principal point of reference. As a

conclusion the draft report called for a directive on health services, a framework directive on SGEI's and a framework directive on social services.

How can we expect the Commission to react to the demand for a directive on health services? The Commission will say: "Thank you very much, this is exactly what we are planning to do. Our work programme 2007 already includes the project of a proposal for a legal framework on high quality health services for all." And the Commission will deliver the 'clarifications' that the report demands – just in the way as it had done in Articles 4.10 and 23 of the draft Bolkestein-Directive. So what is to be gained by supporting such an approach – if we only can expect to get the same content as in the Bolkestein-Directive now as "separate directive" on health care?

The IMCO report as adopted does not contain any more Vergnaud's original demands for a directive on health services and so on. Instead it calls for an appropriate instrument to 'codify' the ECJ case law, to provide a very restrictive definition of hospital care and so on. All in all, the 'internal market approach to health care' has been further strengthened by the IMCO final vote. This is why we should vote against it in the Plenary.

From a broader perspective, the demand for a directive on health services may be well intentioned. There are some trade union federations and also the Social Platform supporting this. But good intentions alone might not suffice to achieve also good results. The main question is: how could such a directive contribute to safeguard the provision of high quality healthcare on the basis of solidarity, redistribution, equity and equal access for all, without taking recourse to internal market regulation?

Firstly, there seems to be no sufficient legal base in the existing EC Treaty (e.g. Articles 16 and 152 ECT) to allow for this. In order to counter the internal market based ECJ case law, we would need to have a clarification in the Treaty that health care (and social services, SGI's, SGEI's and the non-profit-sector) are excluded from the rules on competition, the internal market, state aid and so on. But such a position was rejected in the IMCO vote by PPE, ALDE and PSE alike – only GUE/NGL and Greens were in favour.

Secondly, there could be an option to base a directive on health services on

internal market ECT-Articles and try to counterbalance the application of competition etc. rules by introducing strong universal service and public service obligations. But as we are talking about health care, what should be the 'universal service'? Isn't the provision also of extremely costly treatments part of the universal service, according to the principle of equal access and equal treatment for all regardless of their status or income? With the present political majorities in Parliament, Commission and Council, we could expect at best that such a debate would lead to directive on health care which is as 'balanced' as the Services Directive. It would be an adventurous undertaking if our group would follow such an approach.

Just note that in Vergnaud's explanatory statement she clearly takes position against the creation of an 'internal market in health care'. But in the report itself she did not, and PSE, ALDE and PPE voted our identical position down in the IMCO vote.

So finally, just to demand a 'directive on health services' may be well intentioned, but not lead to a good result. There is no good reason why our group should support such a very general and vague demand under present circumstances. The better alternative is to improve the already existing legislative instrument: the regulation on the coordination of social protection schemes, and its implementing regulation which is currently under discussion.

Appendix A

Patient Mobility – Social Protection or Internal Market Regulation

1. Patient mobility within the framework set by the coordination of social protection schemes

In the area of health care, the primary aim of social security coordination is to guarantee access to care in the state of residence for migrant workers and their dependants. Article 22 of Regulation 1408/71 (= Articles 19-20 in the new Regulation 883/2004) also provides avenues for statutory cover of treatment received outside the State of residence or affiliation. This access to cross-border care is subject to certain conditions:

– **Occasional care:** when temporarily in another Member State, a person is enti-

tled to care becoming necessary during their stay (e.g. as tourist, posted worker etc.). To prove her or his entitlement in the home Member State, the patient should submit her or his European Health Insurance Card (EHIC), which was introduced in 2004 following a decision by the Barcelona EU Summit of 2002.

– **Planned care:** Patients moving to another Member State specifically to obtain care need to gain prior authorization from their competent institution in their home state. This authorization, certified by an E112 form, must be given if the treatment is covered at home but cannot be provided there within medically justifiable time-limits. Under these rules for coordination, the patient is treated in the host Member State as if he or she was covered by the host statutory scheme. This means that the reimbursement conditions and tariffs of the state of treatment (= the country of destination) apply.

Financial compensation for the treatment delivered is exchanged between Member States either on the basis of real expenses billed or on a flat-rate basis in respect of all patients involved during one year. Some Member States also mutually waive claims between each other.

2. Patient mobility within the framework set by the case law of the European Court of Justice

Through a series of judgments, the European Court of Justice created an alternative basis for cover of cross-border care which is not based on the fundamental principle of free movement of persons but, rather, of goods and services, as set out in articles 30 and 49–50 of the EC Treaty. The Court's reasoning is based on the assumption that health care delivered to a patient outside his/her home state is an economic activity, irrespective of the type of care (inpatient or outpatient) or the type of system (reimbursement or in kind) that afterwards will reimburse its cost. The fact that national governments have retained responsibility for organizing their systems of social security and health care does not relieve them of the requirement to respect EU law in these fields. As a consequence, submitting coverage of a medical service to the condition of prior authorization when it is delivered in another Member State is considered as a hindrance to the principle of free movement. Otherwise, patients would be discouraged from seeking health care outside their state of affiliation.

The Court did, however, accept certain barriers to free movement. The Court considered that access to hospital services abroad could indeed be subject to pre-authorization, considering the importance for Member States to guarantee a rationalized, stable, balanced and accessible supply of hospital services at home through a system of planning and contracting.

Nevertheless, even then, authorization could only be refused if the same or equivalent effective treatment could be obtained without undue delay at home at a contracted institution. Regarding non-hospital services the Court did not accept any justification arising from the need to maintain a contracting system, as it did not expect any substantial increase in cross-border mobility to obtain outpatient services and since cover

would remain limited to the levels and conditions as defined by the home state.

These judgments have wide-ranging implications for the health systems of the Member States and gave rise to the High Level Reflection Process on patient mobility and health care developments in the European Union. The European Commission attempted to make its interpretation of the ECJ case law a part of the Services Directive (Article 23) and also to establish a definition of hospital care (Article 4.10) which then would be the reference for decisions on prior authorisation.

3. What about 'legal uncertainty'?

So it was the ECJ judgements which created the 'legal uncertainty' about which the mainstream groups in the

European Parliament are complaining about. As a result there are now two options for persons concerning health care treatment in another Member State: either they use the EHIC (or form 112 with its prior authorisation procedure), or they take the way opened by the ECJ case law. The first option is the one utilised by the vast majority of people engaging in patient mobility, the second only by a very tiny minority, and mostly concerning treatments on the fringes of health care systems such as stays at spas, cosmetic surgery or dentistry.

The differences between the two regulatory approaches (Co-ordination of social protection vs. internal market ECJ) are shown in Box 2 below.

Box 2

<p style="text-align: center;">Art. 19-20 EC Regulation 883/2004 (Free movement of persons)</p>	<p style="text-align: center;">Art. 23 draft Directive on Services in the Internal Market (Free movement of services and goods)</p>
<p>EHIC: care which becomes medically necessary during their stay: <i>if covered under the delivering-state system</i></p>	<p>Non-hospital health care: <i>if covered under the home-state system</i></p>
<p>E 112: prior authorization cannot be refused if: - treatment is covered in home state - treatment cannot be given within a medically justifiable time-limit</p>	<p>Hospital care: assumption cannot be refused if: - treatment is covered in home state - treatment cannot be given within a medically justifiable time-limit</p>
<p><i>„as if (s)he was affiliated in the state delivering treatment“</i> - Providing state tariff - Conditions and formalities of the delivering state</p>	<p><i>„as if (s)he was affiliated in the state delivering treatment“</i> - Not less than home state tariff - Same conditions and formalities apply as in home state</p>
<p>Financial settlement between states</p>	<p>Payment upfront – <i>ex post facto</i> reimbursement</p>

Source: European Observatory on Health Systems and Policies, Policy Brief "Cross-border Health Care in Europe", 2005

There are problems within both regulatory approaches. In the case of patient mobility within the framework of regulation 883/2004, e.g. that prior authorisation criteria or practice might be too restrictive, possibilities to challenge the decision of the statutory health insurance might take too long or might be too complicated etc. Issues such as procedures to seek redress when the treatment was wrong or harmful are complicated or unclear. Information on treatment methods, about which treatment is covered under the delivering-state system, about quality standards and patient rights in the delivering-state etc. might be insufficient. So there is need for improvements. But in principle, one could seek to resolve these existing problems within that framework, which

is social policy based. The implementing regulation to regulation 883/2004 is currently under discussion.

Patient mobility within the framework established by the ECJ case law would have been 'codified' by Article 23 of the Service Directive and one can expect that the Commission wants to 'codify' this further with its announced proposal on a legal framework for health services. This is also what the IMCO report as adopted seeks to achieve. Rather than 'complementing' the stipulations of regulation 883/2004, the COM (and IMCO's demands) would strengthen the internal market approach to health care based on the ECJ case law, and 'legal uncertainty' would in no way be eliminated.

4. Which problems does the internal market approach to patient mobility implicate?

The internal market approach implicates more serious problems. Firstly, it is based on the application of internal market provisions – which is contrary to our group's general position that the provision of universal high quality health care is a public good and should not be subject to internal market regulation.

Secondly, it could negatively affect the principles of equity and solidarity in health care systems. As the ETUC and others rightly point out, there is a danger that people 'go shopping around Europe' for health care. Patients actively seeking health care in another Member

State would be entitled to at least the reimbursement of their home state tariff for treatments (country of origin-principle concerning the covering of health care costs). So a German person e.g. could go bargain hunting to Hungary or other 'cheaper' countries for certain kinds of treatment. Hungarian specialists would try to 'attract' the richer foreign patients, increasing their income by charging more than the 'standard Hungarian price' for that treatment but less than the 'German' one. This could result both in driving up Hungarian treatment costs and creating shortages or waiting lists for the indigenous population.

On the other hand, a Portuguese person actively looking for a certain treatment in France might not be aware that the costs of that treatment in France are much higher than what she or he will get reimbursed from the Portuguese statutory health insurance. Thus there is much potential here for increasing inequality in health care. Note that according to the ECJ framework, the patient has to pay upfront from her or his own pocket, and gets only reimbursed later. Low-income persons could probably not afford to do this. In the social security coordination framework nobody is obliged to make upfront payments, the settlement of the costs of treatment is handled between the respective Member States. This is more advantageous for ordinary people.

The European Public Health Alliance rightly points out that there are other possible costs to be covered within the ECJ framework: travel costs, hotel stay, interpreters, legal advice etc., which people with low incomes can not af-

ford. Therefore this kind of patient mobility might mainly have advantages for people with higher incomes looking for the best kind of treatment available in Europe. Thus the question of "equal access" and again of equality is posed.

It could be answered by also covering the above mentioned costs of EU-wide patient mobility, in order create the conditions for equal access to high quality health care at EU level for low-income persons. But thus "equal access EU-wide" would become a driver for higher costs in health care – the reaction to this is easily foreseeable: establishing e.g. distinctions between 'basic care' and 'supplementary care' which should be covered by different types of 'basic' and 'supplementary' health insurance, or a tariff system enabling 'choice' within statutory health insurance.

The ECJ judgment on the *Freskot*-case (22/05/2003; C-355/00) points already in that direction. Here the ECJ argued that a system of **obligatory social protection** might run counter to the freedom to provide services to the extent that such obligatory schemes are not 'proportional', as statutory social protection schemes could cover only 'basic' risks and supplementary insurance could provide for specific risks complementary to covering the 'basic' ones. Thus the ECJ seems to favour the concept of an '**obligation to be insured**', which guarantees the freedom to provide services to the insurance companies supplying supplementary insurance covering risks above a 'minimum coverage' on market based approach. This has been the blueprint of the health insurance 'reform' in the Netherlands.

Imagine what it could mean if the principles of that ECJ judgement would be 'codified' by an EU-Directive on Health Services!

5. "More choice" for patients via increased EU-wide patient mobility?

The IMCO Report also claims that patient mobility will provide "more choice" for people. So who can be against "more choice" for patients? As Prof. Allyson Pollock rightly points out: "Choice implies marketing. Patients have to be persuaded to 'book and choose' a hospital other than the most convenient local one, so hospitals need to market their services. (...) Marketing and choice also mean that the state will have less and less control over the services it pays for, or whether they are effective and safe." (Pollock: NHS plc., London 2005, p. 252 – 253).

So finally, the claim that EU-wide patient mobility might be a good thing in itself may be a bit naïve. It depends very much on the actual state of health care systems and on how and in whose interest they are regulated. Against a background of massive cuts in health care spending, outsourcing, privatisations, of reducing the coverage of health insurance and outsourcing certain treatments to private or supplementary health insurance, a main driver for patient mobility is the insufficient quality of health care at home and increasing shortages regarding access to proper treatment (waiting lists). These can be better remedied by improving national health care systems, providing for a proper care infrastructure close to where people live.

**Der nächste VDPP-
Rundbrief erscheint
Anfang Oktober 2007.**

**Redaktionsschluss
ist am
30. September 2007.**



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
siehe Hessen

Bayern
siehe Hessen

Berlin

Dr. Regina Schumann
Halskestraße 4
12167 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
Geschäftsstelle
@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