

VDPP • RUNDBRIEF

15. Jahrgang

6 / 2003

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
57 INHALT

**Mitgliederversammlung
2003 in Bremen**

Kriegserklärungen

Beitragssatzsicherungsgesetz

Positivliste

EDITORIAL

Liebe Leserinnen und Leser,

einmal wieder erreicht euch der Rundbrief mit mehrmonatiger Verspätung. Solange die Redaktion keine Verstärkung erhält, können wir leider auch nicht versprechen, dass dies sich verbessern wird.

Bei dieser Ausgabe trat für die Redaktion erschwerend hinzu, dass meine Freundin schwer erkrankt war, und dass deshalb die Arbeit für mehr als zwei Monate liegen blieb.

Die zugesandten Beiträge, Bilder etc., die in diesem hastig zusammengestellten Heft fehlen, sollen in der nächsten Ausgabe erscheinen.

Ansonsten hoffe ich, dass wir uns alle zur MV in Bremen treffen. Die Teilnahme ist auch kurzfristig möglich, diesmal braucht niemand zu befürchten, gegen seinen oder ihren Willen in den Vorstand gewählt zu werden.

Viel Spaß beim Lesen,

Jürgen Große
(für die Redaktion)

*Redaktionsschluss für den VDPP-Rundbrief Nr. 58:
31. August 2003*

INHALT

Grußwort des Vorstands Bernd Rehberg	3	Stellungnahme zur Positivliste Thomas Schulz	17
Stellungnahme des VDPP zum Beitragssatzsicherungsgesetz	3	VDPP-Finanzbericht 2002 Udo Ament	18
Antwort der SPD-Bundestagsfraktion	6	VDPP-Finanzplan 2002 Udo Ament	20
Kriegserklärungen Gerd Dieckvoß	7	DOKUMENTATION	
VORSTANDSPROTOKOLLE		Genomforschungsnetz startet durch Jan Pehrke	21
Vorstand 4. 9. 2002 Thomas Schulz	9	GMG - Schritt in die richtige Richtung	23
Vorstand 16. 10. 2002 Uschi Blöcker	10	Rürup-Kommission will Patienten zur Kasse bitten	24
Vorstand 11. 12. 2002 Uschi Blöcker	11	Interview vom April 2003	25
Vorstand 25./26. 1. 2003 Uschi Blöcker	12	Interview vom März 2003	28
Gedanken zu Beamten und Sozialversicherungen Thomas Schulz	13	Kampfmaßnahmen der KBV	29
TERMINE	14	Wir Ärztinnen und Ärzte sind bereit ein Jahr auf Einkommenssteigerungen zu verzichten	30
Arzneimittelversorgung Sicherstellen	15	Medikamente für die Dritte Welt	31

IMPRESSUM

Herausgeber: Verein Demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten e. V., Fleming-Apotheke, Grindelallee 182, D-20144 Hamburg, Telefon / Fax: (0 40) 45 87 68, E-Mail: geschaeftsstelle@vdpp.de, URL: <http://www.vdpp.de>
Bankverbindung: Postbank Berlin, BLZ 100 100 10, Konto 200 47 - 105

Redaktion: Jürgen Große (verantwortlich), Thomas Hammer, *Bildredaktion:* Dr. Thomas Schulz
Redaktionsanschrift: Jürgen Große, Mesterfeld 17, D-22523 Hamburg, Telefon: (0 40) 5 70 45 75 und (01 72) 4 01 95 41, Fax: (0 40) 5 70 45 75, E-Mail: redaktion@vdpp.de

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

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

Grußwort des Vorstands

Liebe Rundbriefleserinnen und -leser!

Ein Grußwort – ein Grußwort zu schreiben als Apotheker, als Chef, im März 2003 ist so leicht und doch auch so schwer!

Wenn ihr diesen Rundbrief in den Händen haltet, werden die ersten "Wahrheiten", die ersten Zahlen, die Realität brutal zugeschlagen haben. Selbst der letzte Chef und der allerletzte Mitarbeiter wird erkennen: "Oha, verdammt, es ist wirklich passiert." Der Kelch mit der bitteren Suppe, der in den letzten 10 Jahren immer wieder von den Chefs, von den Unternehmern, von der Apothekenlobby heraufbeschworen wurde, aber immer an uns existenzbedrohend vorbeigerumpelt ist, hat Halt gemacht und beginnt unerbittlich in uns hineinzulaufen! In Hamburg eine freie PTA-Stelle und 20 Bewerber!

Sieben Millionen Unterschriften – ein Nichts.

Bei Umfragen in der Beliebtheitskala immer auf einem der ersten Plätze – so wertvoll wie ein Flatus!

Und glaubt mir: die rot-grüne Regierung weiß genau, was das BSSichG für die Apotheken bedeutet – "ich bin doch nicht blöd". Wir sind nicht das Wählerpotential der SPD und

unser gewerkschaftlicher Organisationsgrad bewegt sich deutlich um 0 %. Tagtäglich Hunderte, Tausende von Gesprächen - und in den Printmedien massenhafte Artikel, in Fernsehdokumentationen und Talkshows nur ein Thema, die Ungerechtigkeit des BSSichG gegenüber den Apotheken? Nichts da, es gibt nur Ärzte und Ärzte und Krankenhäuser – Apotheken gibt es in diesem Deutschland nicht. Seit dem 20. Dezember 2002 habe ich nur eine Nachricht gehört, in der auf die Apothekensituation ehrlich und objektiv eingegangen wurde!

Aber sagt selber: ist das wirklich verwunderlich? An jeder Ecke eine Apotheke. Apotheken, die sich gegenseitig in die Schaufenster sehen können. Apothekensterben? Wo bis zum 20. Dezember 2002? 1970 gab es auf 100.000 westliche Einwohner 18 Apotheken, heute sind es gesamtdeutsch 28. *Und die Lohnnebenkosten müssen runter. Das ist die Wahrheit.*

Qualifizierte Beratung, die Apotheke "um

die Ecke", Versorgung der Alten und Schwachen mit Arzneimitteln *und* Zuwendung, sich kümmern um die Bettlägerigen - das alles ist zu vernachlässigen, wenn es um die Senkung der Arbeitskosten geht.

Ein Schweißtropfen tropft auf mein Papier, ich hebe mein Kopf und mein Blick streicht über die von gleißender Sonne beschienenen Savanne Namibias – so trocken und ausgeleugt wie meine Visionen über eine sonnenbeschienene Zukunft unseres Gesundheitswesens.

Euer Bernd Rehberg

P.S.: Damit keine falsche Scham aufkommt, ich habe meinen Namibia-Urlaub im November 2002 gebucht!



Stellungnahme des VDPP zum Entwurf des Beitragssatzsicherungsgesetzes (BSSichG)

Der Verein Demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten (VDPP) nimmt nicht nur zu einigen Problemen des BSSichG (ehemals Vorschaltgesetz) Stellung, sondern problematisiert einige grundlegende Fragestellungen für eine bevorstehende Reform des Gesundheitswesens.

Der VDPP ist über die Pläne des BSSichG für Einsparungen bei der Arzneimittelversorgung entsetzt. Die Schätzungen der Bundesvereinigung

Deutscher Apothekerverbände (ABDA), dass die geplanten zusätzlichen den gesetzlichen Krankenkassen zu gewährenden Abschläge bzw. die Erhöhungen bestehender Abschläge für die durchschnittliche Apotheke zu Einkommensverlusten von ca. 50.000 Euro führen würden, sind von der Größenordnung her durchaus nicht übertrieben. Dies würde bedeuten, dass der "Sparbeitrag" je Apotheke mehr als das 25fache dessen betrüge, was

man meint, Arztpraxen an ausbleibender Honorarerhöhung zumuten zu dürfen.

Diese Beträge werden kurzfristig zu massivem Personalabbau in deutschen Apotheken führen. Mittelfristig wird es auch zu einem Apothekensterben kommen, das die wohnortnahe Versorgung der Bevölkerung gefährdet, die derzeit noch mit hohem Engagement durchgeführt wird. Auch hier sind die Schätzungen der

ABDA leider nicht unrealistisch, die von ca. 20.000 Entlassungen ausgehen. Dies wird zwangsläufig zu einer enorm verstärkten Belastung des verbleibenden Apothekenpersonals führen. Damit wird die ordnungsgemäße Arzneimittelversorgung in Deutschland gefährdet, vom Ausbleiben notwendiger Verbesserungen (Qualitätssicherung etc.) ganz zu schweigen.

Der VDPP hat sich in der Vergangenheit auch für solche Reformen der Arzneiversorgung ausgesprochen, die für die Apotheken mit Einnahmeverlusten entsprechend ihrem Wertschöpfungsanteil verbunden waren, z. B. für die Einführung einer Positivliste oder für die Einbeziehung auch von patentgeschützten Arzneimitteln in die Festbetragsregelung. Die jetzigen Sparpläne belasten die Apotheken aber in einem Ausmaß, das nicht mehr verkraftbar ist.

Es ist davon auszugehen, dass die Arzneimittelhersteller versuchen werden, ihren Sparanteil durch Mengenausweitungen und durch die Preisgestaltung bei Neueinführungen zu kompensieren. Der pharmazeutische Großhandel hat eine ausreichende Marktmacht, um seinen Sparanteil, der im übrigen mehr als das Doppelte seiner jährlichen Gewinne ausmacht, durch Rabattkürzungen auf die Apotheken abzuwälzen. Realistischerweise ist deshalb davon auszugehen, dass fast die gesamten tatsächlichen Einsparungen von den Apotheken getragen werden.

Der VDPP spricht sich deshalb dafür aus, auf die übereilte Einführung des BSSichG zu verzichten. Grundsätzlich lehnt der VDPP eine Beteiligung auch der Apotheken an notwendigen Einsparungen nicht ab, nur darf diese Beteiligung die Apotheken nicht in einem absolut überproportionalen Ausmaß belasten. Die Ausgabensteigerungen dieses Jahres (2002) im Arzneimittelbereich haben bei den Apotheken zu keinem Anstieg des Rohgewinns geführt, ihr Wertschöpfungsanteil ist durch die Erhöhung des Zwangsrabatts von 5 % auf 6 % relativ und in absoluten Zahlen bereits gesunken. Die Steigerung der Arzneimittelausgaben um 11 % im Jahre 2001 hatte 2001 bei

den Apotheken zu einer Steigerung des Rohgewinns um 7 % geführt, dies ist ein Folge der degressiven Arzneimittelpreisverordnung.

Ein eventueller Sparbeitrag der Apotheken in dieser Höhe würde erreicht, wenn die Maßnahmen des BSSichG für Apotheken und pharmazeutischen Großhandel auf ca. 25 % des im Gesetzentwurf vorgesehenen begrenzt würden. Dabei wären Lohnsteigerungen, Mieterhöhungen etc. nicht berücksichtigt, die Apotheken blieben deutlich überproportional an den Einsparungen beteiligt. Derartige Einsparungen bedürften einer zeitlichen Begrenzung auf höchstens ein Jahr, bis z. B. die Positivliste griffe, die die Apotheken ihrem Wertschöpfungsanteil entsprechend belastete.

Positivliste, aut-idem und Festbeträge

Die Positivliste ist lange überfällig. Sie gehört zu den ältesten Forderungen des VDPP. Die Positivliste ist zuerst eine Maßnahme zur Qualitätssicherung und -verbesserung der Arzneimittelversorgung der Bevölkerung. Einsparungen der Verordnungs-kosten dürfen erst in zweiter Linie Beachtung finden, da sonst diese wichtige Regelung als "Billigmedizin" diffamiert werden könnte.

Die Positivliste darf nicht in letzter Minute durch Lobbyistenaktivität verwässert werden, wie das bei der prinzipiell gut gemeinten Aut-idem-Regelung vorgeführt wurde. Dort wurde in letzter Minute das "untere Preis Drittel" eingeführt, und nun herrscht Chaos in der Umsetzung. Die ApothekerInnen können ihre Kompetenz im Umgang mit dem Arzneimittel nicht einbringen, die Generikahersteller ändern 14-täglich die Preise um einige Cent, die Softwarefirmen bauen für die ÄrztInnen gleich das automatische Durchkreuzen der aut-idem-Erlaubnis ein. Eine Bereinigung der Lagerhaltung und wirtschaftliche Entlastung für die Apotheke war daher nicht möglich. Der Zwangsrabatt an die Krankenkassen war aber vorsorglich von 5 % auf 6 % erhöht worden. Diese Erhöhung wird natürlich bleiben, selbst

wenn kein Mensch mehr an das gescheiterte Experiment Aut-idem erinnert werden möchte.

Der VDPP setzt sich stattdessen für einen Ausbau der grundsätzlich bewährten Festbetragsregelung ein. Insbesondere soll diese auch (wieder) für patentgeschützte Pseudoinnovationen, die sog. Me-too-Arzneimittel, gelten.

Zwangsrabatte

Einige Worte zu den geplanten Erhöhungen der Zwangsrabatte. Die Apothekenpreisbildung funktioniert bekanntermaßen über eine Mischkalkulation. Dazu reguliert die Arzneimittelpreisverordnung die Preise. Verträge mit den Krankenkassen legen fest, wie viel diese den Apotheken erstatten müssen. Oft genug, z. B. bei Inhalationsgeräten, Inkontinenzprodukten, Anus-praeter-Artikeln oder Impfstoffen, kann die Apotheke froh sein, wenn sie den Einkaufspreis plus Mehrwertsteuer erhält. Hohe Naturalrabatte bei Direkteinkäufen gehören in der Mehrheit der Vergangenheit an. Unter dem Strich gewähren die Apotheken den Krankenkassen mit 6 % bereits jetzt mehr Rabatt, als sie von Großhandel und Industrie erhalten.

Das geplante Eintreiben der Rabatte von Großhandelsseite und pharmazeutischer Industrie ist nicht Aufgabe der öffentlichen Apotheke. Die Apotheke stellt die Versorgung der Bevölkerung mit qualitativ hochwertigen Arzneimitteln sicher, Verwaltungsaufgaben und Geldeintreibung für die GKV sind nur gegen ein angemessenes Honorar durchzuführen.

Bei den vom pharmazeutischen Großhandel den Apotheken gewährten Rabatten handelt es sich nicht um anrühige Surplusprofite, die die Apotheken zusätzlich zu dem ihnen eigentlich zukommenden Wertschöpfungsanteil erhielten, sie sind vielmehr seit Jahrzehnten von der AMPVO gewollter Bestandteil der - verglichen mit anderen Branchen nicht übertriebenen - Handelsspanne der Apotheken. Die jährlich veröffentlichten Statistiken über Umsätze und Erträge der Apotheken enthalten bereits diese Rabatte, sie sind im

Resultat deutlich niedriger als der der GKV gewährte Zwangsrabatt. Die im BSSichG vorgesehenen Maßnahmen für den pharmazeutischen Großhandel würden sich auf diese Rabatte in drastischer Weise auswirken.

Abgesehen davon, dass alle vorgesehenen Rabatte auch auf der Wertschöpfungsstufe der Apotheken greifen, ist davon auszugehen, dass die Großhändler, die insgesamt jährlich Gewinne von weniger als der Hälfte der für sie vorgesehenen 600 Millionen Euro haben, ihren Sparanteil über Rabattkürzungen auf die Apotheken abwälzen werden. Bei bundesweit vier oder fünf marktbeherrschenden Großhändlern, regional sind dies oft nur zwei oder drei, ist es noch nicht einmal unwahrscheinlich, dass die Großhändler auch ihren Wertschöpfungsanteil am Sparanteil der Industrie auf die Apotheken abwälzen werden.

Mehrwertsteuersatz

Nun lenken die neuen Abschlüsse den Blick davon ab, das bislang der Finanzminister als Hauptprofiteur der Arzneimittelpreise wieder einmal ungeschoren davongekommen ist: In Deutschland wird noch der volle Mehrwertsteuersatz von 16 % auf Medikamente erhoben. Damit setzt sich Deutschland deutlich ab von anderen Staaten der EU, in denen ermäßigte Sätze gelten. Besonders unglaublich wird die Argumentation der Bundesregierung natürlich dann, wenn die Regelungen in anderen EU-Staaten als Argumentationshilfe für die Einführung von derzeit in Deutschland verbotenen Versandapotheken genutzt werden, aber im Falle einer Reduzierung der Mehrwertsteuer ignoriert werden.

Nacht-, Feiertags- und Rezepturhonorare, Arzneimittelpreise

Eine kostendeckende Honorierung der Nachtdienst- und Feiertagsversorgung ist überfällig, auch hier hat eine Anpassung an EU-übliche Honorare zu erfolgen. Rezepturen sind dem Arbeits- und Zeitaufwand entsprechend zu honorieren, anderenfalls kann solch eine unwirtschaftliche Zusatzleistung in Zukunft nicht mehr erbracht werden.

Wenn Notdienste angemessen honoriert werden, wenn in der Rezeptur zumindest kostendeckende Zuschläge eingeführt werden, und wenn im unteren – häufig besonders beratungsintensiven - Preisbereich die Zuschläge angemessen erhöht würden, dann könnte man über Senkungen der Zuschläge bei hochpreisigen Arzneimitteln nachdenken. Dies würde ebenfalls zu einer nicht unerheblichen Entlastung der GKV führen.

Verbesserung der Einnahmesituation der GKV

Der VDPP lehnt es ab, die gesetzliche Krankenversicherung als "Verschiebebahnhof" für sachfremde öffentliche Ausgaben zu missbrauchen. Weiterhin setzt sich der VDPP für die Einbeziehung der gesamten Bevölkerung, also auch von Beamten und Selbständigen in die GKV ein.

Es gibt letztlich keine Kostenexplosion im Gesundheitswesen, wenn man seinen Anteil am Bruttosozialprodukt betrachtet, sondern vielmehr ein Zusammenschrumpfen der Lohnquote und damit eine anteilmäßige Steigerung der nur auf sie bezogenen Krankenkassenausgaben. Deshalb ist eine Einbeziehung sämtlicher Einkünfte in die Krankenkassenfinanzierung zu fordern.

Einheitskrankenkasse

Unklar bleibt weiterhin die Notwendigkeit so vieler verschiedener Krankenkassen. Die Aufgabe der gesetzlichen Krankenversicherung ist klar und eindeutig, ein "Wettbewerb" völlig überflüssig und kontraproduktiv. Einige der Verzerrungen, die durch diesen "Wettbewerb" entstehen, müssen derzeit mit großem Aufwand in Form von Kompensations- und Unterstützungszahlungen ausgeglichen werden. Dies ist pure Geldvernichtung, dieses Geld könnte sinnvoll genutzt werden. Unserer Meinung nach ist eine gesetzliche Krankenversicherung vollkommen ausreichend. Es würden dann eine Reihe von hochprofitablen und überflüssigen Posten in der Krankenkassenverwaltung wegfallen. Zur Kontrolle dieser Einheitskasse sind auf

regionaler Ebene demokratisch gewählte Vertreterversammlungen, die sich ausschließlich aus den Versicherten rekrutieren, einzurichten. Als weitere Kontrollorgane sind Ombudsgremien zu installieren, die den Versicherten einen schnellen Schutz vor Übergriffen der Krankenkassenbürokratie gewähren.

Ärzte-Hopping und Chip-Karte

Auf der PatientInnenseite muss wieder zu den Regelungen zurückgekehrt werden, die noch vor 10 Jahren galten: ÄrztInnenwechsel im Quartal - mit den entstehenden Folgekosten (wie z.B. Arzthonorare und Mehrfachverordnungen und -untersuchungen) - dürfen nur in begründeten Ausnahmefällen erfolgen. Aus dem Alltag sind viele Fälle bekannt und können benannt werden, wo PatientInnen durch intensives Praxis-Hopping erhebliche und nicht zu rechtfertigende Mehrkosten verursachen.

Die Chipkarte ist mit Daten zu Praxisbesuchen, Diagnosen und Medikamenteneinnahmen zu vervollständigen, um die Sicherheit der PatientInnen zu erhöhen (Verringerung von Arzneimittelwechselwirkungen, Vermeidung von überflüssigen diagnostischen Maßnahmen). Selbstverständlich muss dies freiwillig erfolgen. Ebenso selbstverständlich muss die Zustimmung zur Speicherung eine relevante Reduzierung der Beiträge zur Folge haben.

Die Zeit für halbherzige Flickschustereien ist vorbei. Nach Meinung des VDPP müssen alle Seiten angemessen an einer grundlegenden Reform im Gesundheitswesen beteiligt werden und sich am Erhalt der solidarisch aufgebauten GKV beteiligen. Das betrifft auch und insbesondere den Staat (mit der Mehrwertsteuer und der Krankenversicherung der Beamten). Es muss jetzt ernsthaft versucht werden, das Gesundheitssystem im Interesse aller Beteiligten zu reformieren.

Dr. Thomas Schulz
Jürgen Große
Bernd Rehberg
(für den Vorstand des VDPP)

Antwort der SPD-Bundestagsfraktion auf unsere Stellungnahme zum BSSichG

Von: Bärbel Zynda [mailto:zynda@spdfraktion.de]
Gesendet: Dienstag, 3. Dezember 2002 12:52
An: tschulz1@gwdg.de Betreff: Ihre Mail

Sehr geehrte Damen und Herren,

vielen Dank für Ihr Schreiben. Aufgrund der Vielzahl der Zuschriften, die uns zu diesem Thema täglich erreichen, ist es mir zu meinem Bedauern nicht möglich, Ihnen einen persönlichen Brief zu schreiben.

Im folgenden möchte ich Ihnen hiermit unseren Standpunkt erläutern. Sie befürchten, dass das Arzneimittelparapaket, das Bundesregierung und Koalition im Beitragssatzsicherungsgesetz geschnürt haben, die Existenz der Apotheken gefährdet. Diese Sorge ist nach meiner Einschätzung nicht begründet.

Die globale Konjunkturabkühlung hat auch auf unserem Arbeitsmarkt und in unseren Sozialsystemen tiefe Spuren hinterlassen. Der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) geht es deshalb nicht gut. Sie wird am Jahresende 2002 ein Defizit in der Größenordnung von 1,5 Milliarden Euro aufweisen. Diese Unterdeckung beruht zum einen darauf, dass die Einnahmen hinter den Prognosen zurückgeblieben sind. Zum anderen sind bestimmte Ausgaben überproportional gestiegen.

Besonders ausgeprägt waren und sind die Ausgabenzuwächse bei den Arzneimitteln. Es ist davon auszugehen, dass sich die Arzneimittelausgaben der Krankenkassen im Zeitraum 2000 bis 2002 je Mitglied um 15 Prozent erhöhen. Im Jahr 2001 sind die GKV-Arzneimittelausgaben um 2,2 Milliarden Euro gestiegen, für das Jahr 2002 ist mit einem weiteren Ausgabenzuwachs von etwa einer Milliarde Euro rechnen.

Der Arzneimittelsektor kann und muss daher einen Beitrag zur Stabili-

sierung der GKV-Finzen leisten. Das Beitragssicherungsgesetz legt den pharmazeutischen Herstellern ein Einsparopfer von 420 Millionen Euro auf, der Pharmagroßhandel wird mit 600 Millionen Euro zur Konsolidierung herangezogen, die Apotheken mit 350 Millionen Euro.

Die Apotheken können diese Last schultern. Allein ihr GKV-Rohertrag wird sich im Jahr 2002 voraussichtlich auf sechs Milliarden Euro belaufen. Dieser Betrag macht rund 75 Prozent bis 80 Prozent des Gesamtrohertrages der Apotheken aus. Hinzu kommen die Erlöse aus der Abgabe von Medikamenten an Versicherte anderer Kostenträger und aus der Selbstmedikation sowie dem Verkauf des sonstigen Apothekensortiments (Beispiele: Kosmetika, Diätprodukte). Jede Apotheke büßt bei 21.592 Betrieben (Stand: 31.12.2000) durchschnittlich 16.210 Euro ein. Die Leistungsfähigkeit der Apotheken wird damit nicht überfordert.

Die Bundesvereinigung der Deutschen Apothekerverbände (ABDA) vertritt die Auffassung, dass der Pharmagroßhandel seinen Beitrag zur Konsolidierung der GKV-Finzen komplett auf die Apotheken überwälzen werde. In diesem Fall verringerte sich der Rohertrag der Apotheken (Durchschnittswert laut ABDA: 78.000 Euro) um 44.000 Euro. Die ABDA prognostiziert, dass die Apotheker dann bis zu 20.000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter entlassen.

Dieses Szenario ist aus meiner Sicht unrealistisch:

Die Arzneimittelpreisverordnung räumt dem pharmazeutischen Großhandel eine Handelsspanne von rund zwölf Prozent ein. Im Jahr 2001 haben die Pharmagroßhändler einen

Erlös von ungefähr zwei Milliarden Euro erzielt. Davon haben sie 1,1 Milliarden Euro (Quelle: ABDA) als Natural- und Barrabatte an die Apotheken weitergereicht

An dieser Situation wird sich meines Erachtens nur wenig ändern. Ich rechne damit, dass der Großhandel lediglich einen geringen Teil des ihm zugedachten Einsparopfers von 600 Millionen Euro durch Rabattstreichungen oder -kürzungen auf die

Apotheken überwälzen wird. Denn das Beitragssatzsicherungsgesetz greift nicht in die Marktstrukturen ein. Der Pharmagroßhandel ist wie alle Unternehmen bestrebt, möglichst hohe Gewinne zu erzielen. Rabatte an die Apotheker ver-

ringern indes seinen Gewinn. Es spricht deshalb alles dafür, dass der Großhandel derzeit gegenüber den Apothekern keine oder nur geringe Spielräume besitzt, seine Gewinne durch Streichung oder Kürzung von Rabatten zu erhöhen. Diese Kräfteverteilung bleibt unberührt. Außerdem können Apotheken ihre Marktmacht durch Bündelung ihrer Nachfrage mit dem Ziel verstärken, ihre jetzigen Einkaufskonditionen zu bewahren.

Ich kann und will gleichwohl nicht gänzlich ausschließen, dass die eine oder andere Apotheke wegen des Sparpakets nicht mehr konkurrenzfähig ist. Ich kann und will gleichfalls nicht mit Bestimmtheit ausschließen, dass es vereinzelt zu Entlassungen kommt. Ich bin aber sicher, dass es weder ein Massensterben von Apotheken gibt noch Massenentlassungen von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern bevorstehen.

Mit freundlichen Grüßen
Im Auftrag

Bärbel Zynda



Kriegserklärungen

von Gerd Dieckvoß

Im Zusammenhang mit der geplanten VDPP-Reise nach Kuba stieß ich auf folgendes Zitat:

"... Heute stehen wir einem Feind gegenüber, der auf allen Gebieten mächtig ist, nur nicht was Moral und Ideen anbelangt; der weder Botschaften noch eine Lösung für die großen politischen und sozioökonomischen Probleme hat, die auf der Welt von heute lasten ..." (Fidel Castro, 2001, zitiert nach Wolfgang Schneider (Hg.) in: "Kuba libre. Eine Insel spielt nicht mit". Konkret Texte 31).

Was dies mit den Auswirkungen des BSSichG zu tun hat, wird hoffentlich im Folgenden deutlich werden, ebenso, dass es sich hier weniger um eine tiefschürfende Analyse, als um die sehr persönliche Meinung aus eigener Betroffenheit handelt, die nicht beansprucht, ohne Polemik auszukommen.

Unter der Überschrift: *Kriegserklärung an die Apotheken* berichtet die PZ (Nr. 46, S. 75 f) über die Mitgliederversammlung des Landesapothekerverbandes Niedersachsen und den dort erfolgten Auftritt des gesundheitspolitischen Referenten der SPD-Bundestagsfraktion, Peter Schmidt. Mit hochrotem Kopf und grimmiger Entschlossenheit (so jedenfalls auf dem zum Artikel gehörenden Foto) machte dieser die anwesenden ApothekerInnen mit dem Credo nun auch der Gesundheits- und Sozialpolitik bekannt: *"Wettbewerb ist nun mal nichts anderes als schöpferische Zerstörung. An diese Spielregel werden wir uns alle gewöhnen müssen"*.

Gern würde ich solchen Experten die breite Spur der Zerstörung, die dieses "Spiel" beispielsweise im Hamburger Stadtteil Sülldorf, in dem ich als Apothekenleiter arbeite, bereits hinterlassen hat, vorführen: Heute gibt es dort keine Post, keinen Schlachter, kein Fischgeschäft und keinen einzigen Lebensmitteleinzelhändler mehr. Etliche Ladenlokale

stehen leer und warten auf einen todesmutigen Nachfolger, eher aber auf den Verfall. Die "Kreativität" beschränkt sich auf einen eilig hochgezogenen Lidl-Markt, in dem eine Person an der Kasse sitzt, eine weitere Ware in die Regale räumt, also ein beschäftigungspolitisches Ödland. Ich kann mir nicht vorstellen, dass unsere Wettbewerbsideologen den Zusammenhang einer solchen Entwicklung mit dem hohen Grad der Arbeitslosigkeit nicht sehen. Hier wäre jedenfalls ein dankbares Feld, eins der "Geheimnisse" ihrer Entstehung, also auch einen wichtigen Grund für die leeren Kassen der Krankenkassen, zu studieren (ein anderer sind die fast 29 Mrd. , die den Krankenkassen seit 1995 durch politische Eingriffe entzogen wurden. Siehe: "IKK Hamburg aktuell", 4/2002, S.13). Was bleibt, ist im Wesentlichen die Zerstörung und mit ihr das Bedauern darüber, dass wenigstens ein Teil der Sozialdemokratie zum Sozialdarwinismus übergelaufen ist. Noch einmal Originalton Gesundheitsreferent Schmidt: Es ist *"völlig klar, dass kleinere Apotheken stärker betroffen sind und möglicherweise nicht überleben werden"*. Also kein Wort mehr davon, dass einmal auch gestaffelte Abschlüsse nach Umsatzgrößen im Gespräch waren.

Wenn sich an einem solcherart unattraktiven Standort wie oben beschrieben, an dem es auch an Arztpraxen mangelt, die Sülldorfer Apotheke bislang behaupten konnte, beweist dies den Wunsch nach einer wohnortnahen Arzneimittelversorgung, kommt also durchaus einer "Abstimmung mit den Füßen" gleich. Natürlich können Politiker die Bedingungen so verändern, dass dieses Bedürfnis nicht länger eingelöst werden kann, in der Hoffnung, die Betroffenen werden sich mit der neuen Realität arrangieren, ähnlich wie sie Streckenstilllegungen und Schließungen im Gefolge der Bundesbahn- und Postprivatisierung

schluckten, ohne zu revoltieren, schon deswegen, weil alles schön scheinbar geschah und immer nur einen Teil der Bevölkerung traf. Ich sehe auch keinen Widerspruch darin, die Privatisierung vormals öffentlicher Einrichtungen und die Beseitigung selbständig geführter kleiner Apotheken gleichermaßen anzugreifen, denn selbst die kleinste erfüllt noch einen öffentlichen Auftrag, was einem wenigstens dann von der Behörde bescheinigt wird, wenn man seine Öffnungszeiten nur um einen Nachmittag verkürzen will.

Selbst bei einer versuchten Abstraktion vom Eigeninteresse als Apotheker, was naturgemäß nur unvollkommen möglich ist, kann ich beim BSSichG auch nicht den Anflug übergeordneter sozialer Gerechtigkeit erkennen. Die Pharma-Hersteller werden den ihnen auferlegten Rabatt (bis Ende 2004 befristet!) zwar murrend und mit den üblichen Drohungen verbunden relativ unbeschadet wegstecken, der Großhandel verrechnet ihn mit seinen uns gewährten Abschlägen, die ein fester Bestandteil unserer Kalkulation waren (pietätvoll wurde die Mitteilung erst nach Weihnachten versandt). Im Apothekenwesen dagegen, an dessen Horizont sich Ketten abzeichnen beginnen, in die sich jeder einkaufen kann, der nur über genügend Kapital verfügt, entsteht neue ökonomische Macht, die dazu neigt, vermeintliche Politikgestalter an langer Leine zapfeln zu lassen. Diese haben zwar die Möglichkeit, uns mit einem "Autidem-Krüppel" zu verhöhnen, dem Beharren auf einem unsinnigen und keine Krankenkasse rettenden Versandhandel zu provozieren, nun auch mit "kreativer Vernichtung" zu drohen, zeigen aber auch ihre eigene Schwäche, indem sie das fehlende Geld bei den schwächsten Gliedern im Gesundheitswesen holen. Andere, durchaus kapitalistische Länder, gehen näher an die Wurzeln der Misere, wenn sie die Hersteller zur Offenlegung ihrer Preiskalkulationen

zwingen.

Wenn sich in einer solchen Situation eins unserer Vereinsmitglieder als "pharmakologisches Schoßhündchen" der Ministerin präsentiert (PZ Nr. 49, S.18), muss ein solcher Auftritt hämisch wirken und fällt wohl auch nicht zufällig mit einer Reihe von Meldungen zusammen (zu der auch die Verbreitung von Statistiken über satte Apothekengewinne zählt), die belegen sollen, dass unsere Funktion nicht unserem Einkommen entspricht. Daran mag sogar einiges richtig sein, doch weitgehend unverschuldet, denn nach wirklich ernsthaften Alternativen sehe ich weit und breit keine Nachfrage in der Politik. So werden mit den im "Handbuch Selbstmedikation" ausgesprochenen Bewertungen in etlichen Apotheken zwar "offene Türen eingerannt", ein solches Werk bleibt aber auch Handwerkelei, solange der Verdienst nicht vom Arzneimittelverkauf abgekoppelt wird.

Referent Schmidt hätte auch, nachdem er Wettbewerb, wie oben zitiert, als "schöpferische Zerstörung" wirken sah, zur Überwindung dieser Systemerscheinung, die mehr zerstört als schöpft, aufrufen können. Doch, jenseits von Schaukämpfen, hält der Polit-Chor seine Reihen fest geschlossen, die gleichlautenden Texte sind verteilt, Mehrstimmigkeit ist nicht gefragt, das Lied von Wettbewerb und Wirtschaftsliberalität wird immer schriller intoniert. Dieses Programm scheint manchem Mitsänger wahrscheinlich deswegen so unabänderlich, weil ein erster Versuch, sozialistische Kontrapunkte im Geschichtsablauf zu setzen, in großen Teilen der Welt vorerst gescheitert ist. Bei 35 000 Jahren *Homo sapiens sapiens* verliert ein 73 Jahre währendes Experiment und sein

unrühmliches Ende jedoch den Anschein von Endgültigkeit. Schon werden wir wieder zu Zeugen, diesmal offenbar davon, wie auch der überlebenden (und überlebten?) Wirtschaftsordnung streckenweise die Luft ausgeht. Natürlich zeigt sich die Kurzatmigkeit zuerst im Sozialsystem, weil dort weniger abgeworfen wird, als Mittel zum Funktionieren erforderlich sind. Aber auch hier, so meinen einige, hilft Privatisierung: Den Zuschlag erhält im Verlustfalle beispielsweise mittels "Selbstbeteiligung" der Einzelne.

In einer kalten Welt der gnadenlosen Konkurrenz hätte Solidarität und Gemeinsinn eigentlich keinen Platz. Offenbar ist das Bedürfnis hiernach und die Fähigkeit dazu aber nicht auszurotten, wie auch die Flutopferhilfe im letzten Jahr gezeigt hat. Auch wenn es um die Gesundheit geht, hört bei vielen Menschen der Spaß auf, und es sollte sich uns die Gelegenheit bieten, tatsächliche Alternativen im Gesundheitswesen mit einem höheren Anteil an öffentlicher Funktion, weniger Privatisierung, und im Gegenzug mehr staatlicher Fürsorge und Sicherheit für alle zu propagieren. Nur darin sehe ich auch den Sinn des VDPP, anderenfalls wäre ich im falschen Verein. Bei soviel technischer Fantasie ringsherum muss auch genügend Potenzial für gesell-

schaftspolitische vorhanden sein, mit Hilfe derer sich neue Utopien entwerfen lassen. Das ist natürlich leichter gesagt als im Detail gedacht, geschweige denn getan. Sollte es aber etwas zu tun geben, was Gerechtigkeit, Motivation, Sicherheit und Zukunft verspricht, will ich durchaus mit denen, die weniger haben, teilen.

Unsere Sorgen mögen tatsächlich gering sein angesichts des Szenarios, das sich für Anfang 2003 bietet: Die in Prinzipienlosigkeit geübte Sozialdemokratie (und ihr derzeitiger olivgrüner Appendix) wird kleinlaut vor den Amerikanern kuschen, die mit oder ohne Kriegserklärung losschlagen werden; der Nahe Osten wird in Flammen stehen, Ohnmacht und Demütigungen werden weiterhin den Nährboden für Attentate liefern. Wenigstens wird sich nicht länger der ganz gewöhnliche Imperialismus mit Globalisierungs-Geplapper schön reden lassen.

Sollte alles anders, jedenfalls besser kommen, möchte ich mich gern gerirt haben. So oder so komme ich auf die Einleitung zurück. Auch ohne die Erfahrungen, mit denen die VDPP-Gruppe aus der Karibik heimkehren wird, wünsche ich mir schon jetzt, vielleicht trotzig-beschwörend: Lang lebe das unabhängige Kuba!



Protokoll des VDPP-Vorstandstreffens vom 4. September 2002 in Hamburg

Anwesend: Jürgen Große, Thomas Hammer, Bernd Rehberg, Thomas Schulz
Nicht entschuldigt: Udo Ament
Gäste: Gudrun Meiburg, Renate Rathmann

Vorläufige Tagesordnung:

Top 1 Wahl von VersammlungsleiterIn und ProtokollführerIn

Versammlungsleiter: Thomas Hammer
Protokollführer: Thomas Schulz

Top 2 Genehmigung der Tagesordnung

Die Tagesordnung wurde genehmigt

Top 3 Protokoll des letzten Vorstandstreffens

Das Protokoll wurde mit wenigen Änderungen genehmigt

Top 4 Beschlusskontrolle

Die Liste der aktuellen Beitragseingänge wird diskutiert.

Das Telenet-Gesetz ist nach Auskunft von Jürgen Große nicht relevant für den VDPP.

Thomas Hammer hat mit Michael Höckel Kontakt aufgenommen, der sich kümmern wird.

Es wurde über Dorothea Hofferberth Kontakt hergestellt zu Ingeborg Simon, die bei attac mitarbeitet. Katja Lorenz soll den Kontakt zu "Frauen gegen Globalisierung" herstellen.

Jürgen Große wird sich um die beschleunigte Aktualisierung der Homepage kümmern.

Gudrun Meiburg berichtet vom Kontakt zu Gerd Glaeske in Vorbereitung der MV in Bremen.

Thomas Schulz hat zum Brainstorming im VDPP-aktuell aufgerufen. Die Kontaktaufnahmen im Vorfeld des Herbstseminars haben stattgefunden.

Top 5 Bericht aus der Geschäftsstelle

Keine neuen Entwicklungen seit der

letzten VS vor zwei Wochen.

Top 6 Kassenbericht

Es liegt nichts vor.

Top 7 Bericht aus den Regionen

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

Top 8 Herbstseminar 2002

Es wurden eine Reihe von potenziellen ReferentInnen diskutiert: Einführung soll von Andreas Wulff (medico international) erfolgen, dann soll jemand zur Situation in den USA referieren (Bernd wird Gerd Glaeske fragen).

"Tödlicher Patentschutz" wäre ein Thema für die BUKO-Pharmakampagne, Jürgen Große wird das klären.

"Arzneimittelfälschungen" soll vom German Pharma Health Fund vorgestellt werden, Thomas Schulz nimmt Kontakt auf.

Thomas S: hatte auch Winfried Beck vom VDÄÄ angemailt, der das Thema auf der VS des VDÄÄ im September diskutieren wollte.

Der TeilnehmerInnenbeitrag soll zwischen 30 und 40 liegen.

Wegen Abwesenheit von Thomas Hammer

und Bernd Rehberg werden Jürgen Große und Thomas Schulz um den

26./27. 9. 2002 die Umsetzung des Herbstseminars beschließen oder ggf. das

Herbstseminar absagen.

Top 9 Mitgliederversammlung 2003

Gudrun Meiburg hat die Vorbereitung mit Gerd Glaeske vorangetrieben. Als mögliche Referentin wird Ingrid Hehmeyer genannt, die zum Wehrauch im Jemen arbeitet und ggf. einen Vortrag halten könnte.

Top 10 Öffentlichkeitsarbeit/Rundbrief

Der RB wird im September erscheinen.

Top 11 Cubareise

Thomas und Jürgen Große berichten von Christiane Hefendehls Cuba-Reiseplänen. Eine Reihe von InteressentInnen habe sich bereits gemeldet. In den RB soll eine Ankündigung.

Top 12 Verschiedenes

Das nächste Regionalgruppentreffen in Hamburg wird am 18. 9. 2002 bei Uschi Blöcker stattfinden.

Die nächste VS wird am 16. 10. 2002 in Hamburg bei Bernd Rehberg stattfinden.

Ende der VS: 21.45 Uhr



Protokoll der Vorstandssitzung vom 16.10.2002

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

TOP 1:

Leitung: Thomas Hammer
Protokoll: Uschi Blöcker

TOP 2:

Die Tagesordnung wurde mit folgenden Änderungen genehmigt:

TOP 12: Kubareise

TOP 13: Bundestagswahl

TOP 14: Verschiedenes

TOP 3:

Das Protokoll des letzten Vorstandstreffens vom 4. September 2002 wurde mit minimalen Änderungen genehmigt.

Thomas H. bittet jedoch um Übertragung der Protokolle ca. 3 – 4 Wochen nach der Sitzung, bzw. früh genug, um sich noch vor der Besprechung damit befassen zu können.

TOP 4: **Beschlusskontrolle**

a) Säumige Beitragszahler sollen nach dem nächsten Treffen angesprochen werden.

b) Das Problem R. Weber in Kassel wurde diskutiert und ad acta gelegt. Gudrun Meiburg kontrolliert noch einmal die Rechnungen. Thomas Hammer kontaktiert noch einmal Michael Höckel.

c) Kontakte "Frauen gegen Globalisierung" wurden noch nicht hergestellt.

TOP 5: **Bericht aus der Geschäftsstelle**

a) Neues Zahlungserinnerungsformular soll erstellt werden, Gudrun arbeitet das unter Mithilfe von Uschi neu aus.

b) 1 Austritt ohne Begründung

c) Frage : Ab wann gilt die neue Beitragsregelung über 5 Euro pro Monat?

Für alle, die eine Abbuchungserlaubnis über den Mindestbetrag haben, wird ab 1.1.2003 auf diesen Betrag umgestellt. Bei allen anderen wird der Beitrag mit Faktor 1,95583 umgerechnet.

TOP 6: **Kassenbericht**

Es lag kein Kassenbericht vor, er ist aber für nächste Woche angekündigt. Thomas H.. bohrt nach.

TOP 7: **Bericht aus den Regionen**

Petra Kolle ist in den Kammervorstand Hamburg nachgerückt Es wäre schön, wenn sie bei uns ab und zu über die Arbeit dort berichtete. Vielleicht braucht sie auch von uns manchmal Rückenstärkung? Thomas H. fragt an.

Berlin aus 2. Hand: 2 Neue Interessenten an einer Mitgliedschaft, die bereits den neuen Rundbrief bekommen.

Die Regionalgruppe will sich auf ihrem morgigen Treffen mit Globalisierung befassen.

TOP 8: **Herbstseminar**

Am 1. Oktober 2002 waren zu wenig Referenten bereit vorzutragen, z.T. terminliche Gründe, deshalb wurde vorgeschlagen das Seminar auf Frühjahr 2003 zu verschieben.

Thomas Schulz versucht jetzt die Terminfindung mit 5 Referenten: BUKO, CBG, Prof. Schönhöfer, Medico, GPHF unter dem Thema : Verschiedene Aspekte der Globalisierung oder ähnlich.

Unsere Terminvorschläge: 15./16.2.2003, 22./23.2.2003, 29./30.3.2003, 5./ 6.4.2003 oder 12./13.4.2003. Natürlich in Hamburg.

Gudrun Meiburg kümmert sich um die Abbestellung des schon bestellten Raumes.

Thomas Schulz sagt im VDPP-Aktuell das Herbstseminar endgültig ab.

TOP 9: **Verbraucherzentrale**

Thomas Isenberg von der Verbraucherzentrale hat Jürgen Große kontaktiert und um Mitarbeit bei einer geplanten Untersuchung über die Aussagen von Beipackzetteln, die von IFAS durchgeführt wird, gebeten. Wir helfen gerne mit, Kontakte laufen über Jürgen.

TOP 10: **MV 2003**

Termin 20. – 22. Juni 2003

Unterbringung regeln Gerd G. und Gudrun M.

Räumlichkeiten und Catering besorgt Gerd G.

Referenten: Anfragen bei Ingeborg Simon, Ingrid Hehmeyer, Regina Schumann von Thomas S.

TOP 11: **Rundbrief**

Erschienen – Glückwunsch!

Bei genug Material erscheint der nächste. Bildqualität soll noch einmal mit der Druckerei besprochen werden.

VDPP-aktuell soll nächste Woche von Thomas S. abgeschickt werden.

Webseite: wird am Sonntag von Jürgen bearbeitet und aktualisiert. Die MV muss dort angekündigt werden

TOP 12: **KUBA**

Bisher ca. 10 Anmeldungen, Christiane ist im Februar dort und will alles organisieren.

Bis dahin sollen bei ihr Bitten und Programmvorschläge eingehen.

Termin: 8.-23.03.2003

VDPP-aktuell: Alle, die mitreisen möchten, sollen bis 1. November ihre Wünsche an Uschi oder Gerd mailen. Gudrun Meiburg weist alle, die sich schon angemeldet haben noch einmal extra darauf hin.

TOP 13: **Folgen der Bundestagswahl**

Kontakte zu Mitgliedern des Gesundheitsausschusses sollen wieder aufgenommen werden, evtl. per E-Mail. Gezielte Rundbriefverschiebung.

TOP 14: **Verschiedenes**

a) Pressemitteilung BUKO zum Werbeverbot

b) Einladung zur Hauptversammlung des VDÄÄ am 1.11.-3.11.2002

c) Einladung für den 26.10. von Thomas Wulf (medico international) zu einem Beratungs- und Aktionstreffen, das von attac veranstaltet wird, an Thomas Hammer. Thomas sagt persönlich ab und bedankt sich für das Interesse an uns.

d) Nächste Vorstandssitzung: 11.12.2002

e) Nächstes Regionaltreffen in Hamburg: 30.10.2002



Protokoll der Vorstandssitzung vom 11.12.2002

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

TOP 1: **Wahl von VersammlungsleiterIn und ProtokollführerIn**

Leitung: Thomas Hammer
Protokoll: Uschi Blöcker

TOP 2: **Genehmigung der Tagesordnung**

Die Tagesordnung wurde mit folgenden Zusätzen genehmigt:

TOP 12: Verschiedenes: a) Kubareise
b) Glühwein

TOP 3: **Protokoll des letzten Vorstandstreffens**

Das Protokoll des letzten Vorstandstreffens vom 16.10.2002 wurde mit minimalen Änderungen genehmigt, die Jürgen Große direkt einfügte (z.B. "ß" bei mehreren Eigennamen).

TOP 4: **Beschlusskontrolle**

- Säumige Beitragszahler werden erst nach dem Jahresabschluss angesprochen, das Zahlungserinnerungsformular ist in Arbeit.
- Alle Rechnungen zum Rundbrief wurden noch einmal kontrolliert, nie war ein Plakat in Rechnung gestellt. Gudrun M. spricht noch einmal mit Monika Gerth und Evelyn Seibert wegen des Plakates.
- Kontakte "Frauen gegen Globalisierung" wurden noch immer nicht hergestellt.
- Petra Kollé wurde von Thomas H. gefragt, ob sie mal wieder zur Regionalgruppe kommen würde, um z.B. aus dem Kammervorstand zu berichten. Sie bittet um Termin des Weihnachtssessens und wird vielleicht dort berichten.
- Thomas H. hat per E-Mail bei Andreas Wulf von medico international unsere Teilnahme an einer attac-Veranstaltung abgefragt.

TOP 5: **Bericht aus der Geschäftsstelle**

- Ein Austritt mit Kommentar per Fax
- Die Providerkosten für unsere Homepage betragen ab 2003 155 Euro / Jahr

TOP 6: **Kassenbericht**

Es lag wieder kein Kassenbericht vor, wurde auch nicht angekündigt. Udo wurde telefonisch angesprochen und will dann zur nächsten Vorstandssitzung, die auf ein Wochenende gelegt werden soll, wirklich erscheinen.

TOP 7: **Bericht aus den Regionen**

Berlin aus 2. Hand: Trifft sich weiter wie angekündigt.

Vertreter der Fraktion Gesundheit in Berlin haben unsere Stellungnahme zum Beitragssatzsicherungsgesetz lobend erwähnt.

TOP 8: **Aktuelle Gesundheitspolitik**

Unsere Stellungnahme zum Beitragssatzsicherungsgesetz, ausgearbeitet von Thomas Schulz und der Hamburger Regionalgruppe, wurde an alle Bundestagsfraktionen und an viele, sich mit Gesundheitsthemen befassende Abgeordnete, verschickt.

PZ, DAZ und andere Presse werden sie jetzt noch per Post erhalten. Am 3. Dezember hat die SPD-Fraktion per E-Mail geantwortet, Jürgen nimmt sich vor, noch einmal darauf zu antworten.

Es folgte eine ausgiebige Diskussion über Wettbewerb im Apothekenwesen, MwSt, Positivliste, Szenarien der nicht so fernen Zukunft.

Wie verhält sich das Programm des VDPP zum Beitragssatzsicherungsgesetz?

Für den Rundbrief sollen unterschiedliche Stellungnahmen erarbeitet werden. Vielleicht können auch von uns Vorschläge kommen zur Verbesserung der Einnahmesituation der GKV. (Beamte und GKV)

Fazit: Der Wind bläst uns ins Gesicht! Wir müssen Vorschläge für die Zukunft erarbeiten!

TOP 9 : **VDPP-Seminar**

22.Februar 2003, 10 Uhr 30, Curiohaus, Hamburg

5 Referenten sind eingeladen und haben zugesagt, Raumanmietung muss von Gudrun Meiburg noch festgeklopft werden. Einladungen werden von Thomas S. und Gudrun M. gestaltet und gemeinsam mit den Spendenquittungen verschickt. Gleichzeitig muss das Seminar auf unserer Website angekündigt werden. Thomas S. schlug eine Seminargebühr von 45 Euro vor, es wurde beschlossen, dass die Gebühr 30 Euro - ohne Mittagessen - betragen soll.

TOP 10: **Mitgliederversammlung 2003**

Ingeborg Simon wurde als Festrednerin gewonnen, ansonsten laufen die Vorbereitungen weiter über Gerd Glaeske und Gudrun Meiburg.

TOP 11: **Rundbrief / Öffentlichkeitsarbeit**

Die Homepage bedarf dringender Aktualisierung – Christiane wird von Jürgen noch einmal höflichst angestoßen. Thomas Schulz will ein VDPP-aktuell zum Jahreswechsel schreiben mit Seminarankündigungen und Aufruf zur Verfassung von Statements zu diesen schwierigen Zeiten.

TOP 12: **Verschiedenes**

- Organisation der Kubareise liegt in Christianes Händen und alle warten auf Bestätigung, Absage oder Zahlungsbefehl.
- Glühwein ist bereit

Weihnachtessen der Regionalgruppe Hamburg: 15. Januar 2003 beim Tiber, 20 Uhr 30.

Davor ab 19.30 Uhr zum Einstimmen ein Drink bei Gudrun Hahn.

Nächste Vorstandssitzung am 25./26.1.2003 mit telefonischer Zustimmung aus dem Odenwald. Nächstes Regionaltreffen in Hamburg 15.1.2003

Protokoll der Vorstandssitzung vom 25./26. 1. 2003

Anwesend: Bernd Rehberg, Thomas Schulz, Thomas Hammer, Jürgen Große, Udo Ament und als Gäste Gudrun Likus, Gudrun Meiburg, Uschi Blöcker
Beginn: 14 Uhr 30

TOP 1: Wahl von VersammlungsleiterIn und ProtokollführerIn
Leitung: Thomas Hammer
Protokoll: Uschi Blöcker

TOP 2: Genehmigung der Tagesordnung

Die Tagesordnung wurde mit folgenden Zusätzen genehmigt:
Ab 17 Uhr soll über TOP 8: "Aktuelle Gesundheitspolitik" diskutiert werden, noch nicht behandelte TOPs werden auf Sonntag verschoben.

TOP 3: Protokoll des letzten Vorstandstreffens

Das Protokoll des letzten Vorstandstreffens vom 11.12.2002 wurde mit minimalen Änderungen genehmigt, die Jürgen Große direkt einfügte. Seine Bitte an die Protokollschreiber: mit wenigen Einrückungen usw. auskommen, da dann für den Rundbrief nicht so viel geändert werden muss.

TOP 4: Beschlusskontrolle

- Zahlungserinnerungsformular ist erstellt und bereits in ca. 10 Fällen genutzt worden.
- Niemand erinnert sich an ein VDPP-Plakat – also muss eins erstellt werden, das z.B. bei Fachschaften ausgehängt werden kann. Inhalt solltet z. B. das Motiv v Rückseite des VDPP-Programms sein – allerdings Schrift besser lesbar in weiß auf blau. Format DIN A 2 mit Option auf Verkleinerung. *Bernd fragt Ulf Thomas und erbittet Kostenvorschlag.*
- Unsere Stellungnahme zum Beitragssatzsicherungsgesetz ist in DAZ und PZ veröffentlicht. Muss noch an Mabuse und den VDÄÄ- Rundbrief geschickt werden.
- Homepage wurde aktualisiert

TOP 5: Bericht aus der Geschäftsstelle

- VDPP hatte eine Betriebsprüfung durch die LVA Freie und Hansestadt Hamburg, deren Protokoll 7 Seiten

umfasst und als Ergebnis eine Nachzahlung von 16,75 Euro hatte.

- 1 Austritt aus Brandenburg wegen der allgemeinen wirtschaftlichen Lage der Apotheken. Daraus folgt, dass die Kontaktperson für Brandenburg auf der Rückseite des Rundbriefes geändert werden muss.
- Anmeldung zum Frühlingsseminar bis jetzt 13 Personen.
- Für die Mitgliederversammlung im Juni in Bremen müssen jetzt schon die Hotels vorreserviert werden. Gudrun M. ist tätig.*

TOP 6: Kassenbericht

Udo Ament legte den Kassenbericht 2002 vor, bei dem sich kaum Differenzen zwischen Plan und Realität erkennen ließen. Anzumerken war, dass zum ersten Mal keine Spenden erfolgt sind. Udo strebt für jedes Quartal einen Bericht an. Bei der MV im Juni wird der neue Plan vorgelegt. Einschätzung: Steigende Kosten – sinkende Mitgliedszahlen
Fazit: weniger Aktivitäten oder Erhöhung der Mitgliedsbeiträge
Die freiwillige Beitragsmehrzahlung ist verschwindend gering – Beitragsanpassung müsste angedacht werden.

Jürgen wird auf der MV im Juni den Finanzplan vorstellen, da Udo Urlaub gebucht hat.

TOP 7: Bericht aus den Regionen

In **Hamburg** fand eine sehr gelungene Jahresanfangssessen beim Tibeter statt mit vorherigem Aperitif bei Gudrun Hahn.

Berlin diskutierte die derzeitige Situation in den Berliner Apotheken mit Knebelung durch Großhandel, Banken ...

In **Hessen** trafen sich 5 Apotheker zur Diskussion des Beitragssatzsicherungsgesetzes (unser Unwort des Jahres).

TOP 8: Frühjahrsseminar

Technik: Laptop, Beamer, Ulf wird gebeten Powerpoint auf dem VDPP-Laptop zu installieren.
Thomas S. besorgt den Beamer.

TOP 8a: Aktuelle Gesundheitspolitik

Thomas S. hat uns allen im VDPP aktuell die neuesten Pressemeldungen lesegerecht serviert – es müssten sie nur alle lesen, um auf den neuesten Stand zu sein.

Der VDPP hat noch keine neuen Vorschläge erarbeitet, um damit an die Öffentlichkeit zu gehen. Das muss dringend erfolgen.

Verteiler per E-Mail:

alle Abgeordneten des Gesundheitsausschusses, Fachpresse, Tageszeitungen, befreundete Verbände, Apothekerkammern und Vereine als Brief: Gesundheitsministerium und Fraktionssprecher

Jürgen sammelt die Adressen und gibt sie an Thomas S. weiter.

Unterzeichner der verschiedenen Aktionen sollte möglichst immer die gleiche Person sein, um den Wiedererkennungswert zu erhöhen. Zur Zeit ist das der "geschäftsführende Vorstand": Wenn alle Zukunftspläne wirklich werden, könnte das ab Herbst auch Bernd Rehberg sein, der dann intensiv für den VDPP zur Verfügung steht.

Es folgte eine längere Diskussion über die **Einnahmeseite** der Krankenversicherungen:

Beitragsfinanzierung : Versicherter erwirbt einklagbare Rechte

Steuerfinanzierung: bei Einnahmerückgang erfolgt Leistungsrückgang

z. B. Tabaksteuer und Alkoholsteuer

Versicherungspflichtgrenze

Einbeziehung von Beamten und Selbstständigen

Einbeziehung von Zinsen und sonstigen Einnahmen

Einhelligkeit bestand nur in der Meinung, dass auch Beamte und Selbstständige in den gemeinsamen Topf einzahlen müssten.

Eine Positivliste, die dem VDPP noch nicht vorliegt, wird aller Wahrscheinlichkeit nach keine Kostendämpfung bewirken. Sie ist eher ein Instrument der Qualitätssicherung.

Die Diskussion der **Ausgabenseite** erfolgte am 26.01.03 ab 10.30 Uhr .

Termine: Vorstand 2. April 2003, 19 Uhr, Ort noch zu bestimmen
Regionalgruppe Hamburg: 5. Februar 2003 bei Uschi

Einige Gedanken zu Beamten und ihrer Einbeziehung in die Sozialversicherungen

von Thomas Schulz

Die Überlegungen zur Gesundheitsreform schießen ins Kraut. Im Augenblick scheint nichts undenkbar zu sein. Daher möchte ich den Blick auf einen - meiner Meinung nach - unhaltbaren Zustand richten: Die Sonderregelungen für Beamte und die Frage, wer eigentlich davon profitiert ...

Ich werde in meinem Beitrag zwei Aspekte unter die Lupe nehmen: Die Krankenversicherung "des Beamten" und die Altersversorgung "der Beamtin".

Zur Krankenversicherung

Beamte sind von der Pflichtmitgliedschaft in der GKV ausgenommen. Im Krankheitsfall übernimmt der Arbeitgeber ("Dienstherr" im Beamtendeutsch) bei einem alleinstehenden Beamten 50 % der anfallenden Kosten im Rahmen der "Beihilfe". Der Beihilfesatz steigt für den Ehepartner auf 70 % und für Kinder auf 80 %. Nach Pensionierung steigt der Beihilfeanteil für den Beamten auf 70%. Offensichtlich besteht hier eine Absicherungslücke. Diese Lücke hat der Beamte mit einem privaten Krankenversicherungsvertrag zu schließen.

Im Krankheitsfall erhält also die Beamtin die Rechnungen und schickt diese erst zur Beihilfe und dann zur PKV.

Was ist an diesem Verfahren unsozial und unsolidarisch?

Zuerst soll dies aus Sicht der Beamtin analysiert werden: Die Beamtin hat zwar eine Wahlmöglichkeit, er oder sie kann sich für eine freiwillige Mitgliedschaft in der GKV entscheiden, z.B. dann wenn eine Grunderkrankung vorliegt, die einen normalen Versicherungstarif in der PKV ausschließt. Oder wenn einer der Familienangehörigen sich in einem Gesundheitszustand befindet, der eine Versicherung in der PKV praktisch

unmöglich macht. Auch eine größere Familie mit mehr als drei Kindern führt zu erheblichen finanziellen Belastungen für die PKV ... In so einem Fall kann es für den Beamten günstiger sein sich für die freiwillige Mitgliedschaft in der GKV zu entscheiden. Diese freiwillige Mitgliedschaft kommt die Beamten horrend teuer, denn sie zahlen nicht nur den Arbeitnehmeranteil sondern auch den Arbeitgeberanteil! Der "Dienstherr" stellt sich nämlich auf den Standpunkt, dass mit seinem Beihilferecht alles bestens ist für den Beamten und somit keine Zahlungspflicht besteht.

Das sind keine Ausnahmen, der Staat entzieht sich in vielen Fällen seinen finanziellen Verpflichtungen gegenüber seinen Beschäftigten!

Ein kleine Verschiebung der Perspektive: Warum hält der Staat dieses archaische Beihilfesystem bei? Einfache Antwort: Es ist - derzeit noch - billiger! Der Staat spart durch dieses Verfahren riesige Summen an Krankenversicherungsbeiträgen! Es ist eigentlich unvorstellbar in unserem durchreglementierten Staat, dass der größte Arbeitgeber für einen erheblichen Anteil seiner Beschäftigten Sonderregelungen aufrecht erhält von denen gewerbliche Arbeitgeber träumen ... und die dem Gedanken einer solidarischen Krankenversicherungen diametral entgegengesetzt sind!

Die GKV könnte mit Sicherheit erheblich entlastet werden, wenn ALLE Beamte und Beamtinnen (und auch alle Abgeordneten) Mitglieder der GKV werden würden. Da diese Gedanken nun auch von Prof. Lauterbach verbalisiert wurden, können wir gespannt sein, was daraus wird. Denn die Schattenseite wäre eine entsprechende Erhöhung der Staatsausgaben und damit sofort anstehende Steuererhöhungen. Dies ließe sich aber durchrechnen, sodass der Normalverdiener einerseits durch eine spürbare Senkung des Kranken-

kassenbeitrages entlastet und andererseits durch eine Steuererhöhung (Mehrwertsteuer o.ä.) belastet werden würde.

Zusammenfassend lässt sich für den Bereich der Krankenversicherung sagen, dass der Staat durch die derzeit geltenden Beihilfe Regelungen massiv Geld einspart, was der GKV fehlt und damit eine schwere Auslöschung des Solidarprinzips darstellt.

Zur Altersversorgung

Noch viel peinlicher sieht die Situation für den Staat und seine verantwortlichen PolitikerInnen im Bereich der Altersversorgung aus: Im Gegensatz zur allgemeinen Wahrnehmung leisten und leisteten die Beamten schon seit Jahrzehnten ihren Beitrag zur Altersversorgung durch einen - im Vergleich zum Angestellten in der gleichen Gehalts- bzw. Besoldungsstufe - reduzierten Betrag des Bruttogehaltes. Hierbei ist allerdings festzuhalten, dass die immer noch geltende Absenkung um 7 oder 9 % (prüfen !) nicht mehr den aktuellen Gegebenheiten entspricht. Diese Absenkung stellt praktisch den Arbeitnehmeranteil dar. Dieser Arbeitnehmeranteil **müsste** mit einem entsprechenden Arbeitgeberanteil zurückgelegt werden für die Finanzierung der späteren Beamtenpension.

An dieser Stelle wird Irritation eintreten: Wer hat schon davon gehört, dass PolitikerInnen einen Zeithorizont überblicken, der über vier Jahre hinausgeht? Diese Rückstellungen, die eigentlich jeder sorgfältig wirtschaftende Mensch oder Betrieb aufbauen würde und müsste, gibt es natürlich nicht. Die "Ersparnis" durch Verbeamtung wird sowohl von den Stadtkämmerern als auch vom Bundesfinanzminister sofort zur Deckung akuter Lücken verbraten, wissend, dass die Belastung durch die Pensionslasten in eine - inzwischen nicht

mehr so - ferne Zukunft verlagert wird und zukünftige Generationen sich um die Erbringung der entsprechenden Gelder kümmern dürfen. Gegen dieses Finanzgebaren wirkt eine Firma wie EM-TV noch wie ein Muster an Seriosität!

Wie teuer ein Beamter wirklich ist wird in den seltenen Fällen offensichtlich, wenn er oder sie aus dem Beamtenverhältnis ausscheidet. An dem Tag muss der Bund (oder das Land oder die Kommune) den Beamten in der gesetzlichen Rentensicherung nachversichern, d.h. Arbeitgeber- und Arbeitnehmeranteil werden auf einen Schlag nachgezahlt. Bei mir wird das spätestens am 31. August 2006 passieren, da ich Beamter auf Zeit bin. Die Bundesrepublik

Deutschland wäre übrigens sofort zahlungsunfähig, wenn alle 1,7 Millionen Beamtinnen und Beamten ihre Ernennungsurkunden an einem Tag zurückgeben würden und sich nachversichern lassen würden. Man rechnet mal etwa 100.000 Euro Nachversicherungssumme pro Beamten, dann kämen wir auf 170 Milliarden Euro, die fällig würden ...

Um die Beamten davon abzuhalten wird bei der Nachversicherung übrigens nur der gesetzlich übliche Betrag gezahlt. Im Gegensatz zu den Sondersicherungen für die Angestellten im öffentlichen Dienst (VBL), die – bislang - vom öffentlichen Arbeitgeber allein bezahlt wurden, erfolgt für ausscheidenden Beamte keine Nachversicherung bei der VBL.

Das stellt eine erhebliche finanzielle Benachteiligung dar, sodass nicht mit einem massenhaften Ausscheiden der Beamten zu rechnen ist ...

Noch einige Klarstellungen zu einigen Schauermärchen über Beamte: Weihnachtsgeld: Pensionierte Beamte erhalten ein Weihnachtsgeld. Bei Rentnern ist das 13. Monatsgehalt bereits in die normale Rentenzahlung eingearbeitet ...

Steuern: Beamte versteuern ihre Pensionen. Rentner erhalten die Rente unversteuert.

Arbeitszeit: Angestellte im öffentlichen Dienst arbeiten 38,5 Stunden, Beamte arbeiten 40 Stunden, in Berlin sogar 42 Stunden.

Insgesamt zeigt die Finanzierung der Sozialleistungen der Beamten ein erschreckendes Maß an Unsolidität - ganz zu schweigen von der Absage an das Solidarprinzip unserer Sozialversicherungen. Echte Reformen würden die Finanzierungsschlampeereien (die völlig unabhängig von der jeweils verantwortlichen Regierungspartei sind) aus vergangenen Jahrzehnten offensichtlich machen und damit sofort viel mehr Geld erfordern. Es wird also weiter bei der Flickschusterei bleiben und jede(r) Politiker(in) wird hoffen, dass der Zusammenbruch der Sozialversicherungssysteme nicht in die eigene Regierungsverantwortung fallen wird ...



TERMINE

VDPP-Mitgliederversammlung 2003

20. - 22. Juni 2001 in Bremen, Zentrum für Sozialpolitik (ZES), Parkallee 39, 28209 Bremen. Die Teilnahme ist auch kurzfristig noch möglich.

Regionalgruppe Berlin

Die Regionalgruppe trifft sich an jedem 3. Donnerstag im Monat um 20 Uhr im Café Savarin, Kulmer Straße 17, 10783 Berlin. *Nächste Termine: 21. August, 19. September, 16. Oktober 2003.*

Regionalgruppe Hamburg

Die Regionalgruppe trifft sich alle zwei Wochen mittwochs um 20 Uhr (wenn gleichzeitig Vorstandstreffen ist: 19.00 Uhr) bei Bernd Rehberg, Brahmsallee 18, 20144 Hamburg. *Nächste Termine: 26. Juni, 9. und 23. Juli, 6. und 20. August 2003.*

Regionalgruppe Hessen

Die Treffen finden unregelmäßig meist in der Arche Nova, Kasseler Straße 1a, 60486 Frankfurt/M., gegenüber vom Westbahnhof, statt.

Die Termine sind jeweils bei Christl Trischler zu erfragen, Tel. (0 61 50) 8 52 34 (p), 8 19 19 (d), E-Mail heegbach-apotheke@t-online.de. *Das nächste Treffen findet am 16. Juli 2003 in Neu-Isenburg statt.*

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

Arzneimittelversorgung sicherstellen

Beschluss der Landeskongress 2002 der Jusos Bayern

Dieses Papier wurde uns von unserem Mitglied Ralph Deubner zugesandt. Ralph ist auch stellvertretender Landesvorsitzender der bayerischen Jungsozialisten. Es zeigt, dass es innerhalb der SPD durchaus auch noch andere Stimmen zur Arzneimittelversorgung gibt, als die, die wir leider immer wieder aus Berlin vernehmen müssen. Die Red.

Arzneimittel dienen in einem hohen Maße der Gesundheitsversorgung der Bürgerinnen und Bürger. Sie können bei richtigem Einsatz vor weiteren Erkrankungen schützen und können längere Krankenhausaufenthalte vermeiden helfen. Aus verschiedenen Gründen stehen gerade Arzneimittel oftmals im Mittelpunkt gesundheitspolitischer Diskussionen. Auch wir Jusos Bayern sehen hier Reformbedarf. Wichtige Punkte dabei sind insbesondere die Folgenden:

Positivliste / aut-idem

Der bundesdeutsche Arzneimittelmarkt ist mit weit über 50.000 verschiedenen Arzneimitteln einer der unüberschaubarsten. Die sogenannte "aut-idem-Regelung", die die Verschreibung eines Arzneistoffes zum Regelfall zu machen und Auswahl des speziellen Arzneimittels den Apotheken überlässt unterstützen wir daher. Es bleibt so unverändert dabei, dass Diagnosestellung und Entscheidung über die Maßnahmen den Ärzten und die Arzneimittelversorgung den Apotheken vorbehalten bleibt. Dies ist auch angesichts der pharmakologischen Ausbildung der Ärzte sinnvoll. So ist auch für Ärzte eine Erleichterung, sich auf die Behandlung der Patienten zu konzentrieren und nicht auf die Auswahl bestimmter Hersteller von Arzneimitteln. Und natürlich wird auf diesem Wege auch für eine Demokratisierung im Arzneimittelmarkt gesorgt, denn es wird seltener werden, dass Pharmahersteller "bei Fortbildungen in Davos den Ärzten ihre Präparate in den Rezeptblock diktieren". Die Auswahl des speziellen Arzneimittels muss

sich dabei primär am Preis orientieren und - eine genügend große Auswahl, was jedoch bei allen zahlenmäßig häufig bis sehr häufig verordneten Wirkstoffen der Fall ist, vorausgesetzt - im unteren Preisdrittel sich befinden. Unbenommen darf jedoch die Möglichkeit der Ärzte bleiben, in bestimmten Fällen auf der Abgabe eines speziellen Präparates zu bestehen.

Diese Regelung schafft nicht nur Kostenvorteile, die durch die konsequente Abgabe von Arzneimitteln aus dem unteren Preisdrittel zu Lasten der GKV entsteht. Sie stärkt ferner die Verantwortung der Apotheken in der Arzneimittelversorgung. Durch Verringerung der Lagerkosten in den Apotheken werden auch bei diesen finanzielle Einbußen, die durch Abgabe niedrigpreisiger Arzneimittel entstehen kompensiert.

Neben der aut-idem-Regelung trägt auch eine seit langem geplante Positivliste zur Bereinigung des Arzneimittelmarktes bei. Die bereits heute gültige Negativliste ist hierzu nur ein ungenügendes Instrument. Es sind heute noch zahlreiche Arzneimittel am Markt, die bereits vor der Einführung des Arzneimittelgesetzes (AMG) produziert wurden und aufgrund zahlreicher Übergangsregelungen und massiver Lobbyarbeit der Pharmaindustrie bis heute noch ohne Prüfung angewendet werden. Dieses Verfahren der "Nachzulassung" wurde bereits mehrfach von der EU gerügt, ein als verpflichtend geplanter Aufdruck auf die Verpackung dieser Arzneimittel, der auf diesen Status hinweist wurde im Sommer 2001 nach Klage einiger Pharmahersteller als nichtverpflichtende Maßnahme beurteilt. Auch werden Medikamente, deren Wirkung bis heute nicht als positiv bestätigt wurde zu Lasten der GKV verordnet und abgegeben.

Neben die Prüfung nach dem Arzneimittelgesetz hinsichtlich Qualität, Wirksamkeit und Unbedenklichkeit muss eine pharmakologisch-

pharmazeutische Prüfung treten, die die Vorteile eines (neuen) Arzneimittels gegenüber den bereits am Markt vorhandenen und deren Wirkung hinsichtlich des angestrebten Einsatzes beurteilt. Die Wirkung soll grundsätzlich durch eine zweiarmlige (bzw. der Vorteil durch eine dreiarmlige) doppelblinde randomisierte Studie erfolgen. Diese Vorteile können sich beispielsweise im Bereich einer breiteren Wirkung bei Antibiotika, eines günstigeren Profils von Nebenwirkungen, einer besseren Bioverfügbarkeit, oder anderem ergeben. Nur wenn sowohl Vorteile gegenüber anderen Arzneimitteln als auch die tatsächliche Wirkung nachgewiesen sind, werden die Kosten dieser Arzneimittel von den gesetzlichen Krankenversicherungen übernommen. Diese Prüfungen müssen sich auf alle Arzneimittel erstrecken. Eine Argumentation in der Art, dass sich manchen Arzneimitteln ein naturwissenschaftlicher Zugang zu deren Prüfung verschließt mag in einem religiösen Umfeld seine Berechtigung haben, nicht jedoch in einer aufgeklärten Gesellschaft.

Versandhandel

Das Bestellen von Arzneimitteln - z. Bsp. per Internet - mit anschließendem Versand scheint im ersten Moment deutliche Kostenvorteile zu bringen. Ähnliche Kostenvorteile können jedoch auch über die bereits erwähnte aut-idem-Regelung, also einen verstärkten Einsatz von Generika, realisiert werden. Auch muss über eine Veränderung der Preisstruktur bei Arzneimitteln nachgedacht werden. Ein Vorteil der Bestellung von Arzneimitteln via Internet ist sicherlich die Anonymität des Bestellenden, der sich nicht subjektiv quälenden Fragen seitens des Apothekenpersonals ausgesetzt fühlt. Auch sinkt hierbei die Schwelle, Arzneimittel zu ordern und einzunehmen, da quasi "im Vorbeigehen" Arzneimittel bestellt werden können.

Vorteile sehen wir in der Versorgung

chronisch Kranker, die ihre regelmäßig benötigten Arzneimittel ohne großen Aufwand von ihrer Apotheke erhalten können. Aus Gründen der Arzneimittelsicherheit - der Fall von "Lipobay" im vergangenen Jahr hat dies deutlich gezeigt - erachten wir es jedoch als nötiger denn je, dass die Informationen über eingenommene Arzneimittel gebündelt an einer Stelle vorliegen. Dies kann, wie die persönliche Erfahrung zeigt, in einer relativ kleinen und übersichtlichen Umgebung und durch persönlichen Kontakt besser geschehen als anonym im Großrechner. Eine Unterstützung durch entsprechende Software ist selbstverständlich erstrebenswert.

Jedoch lehnen wir einen grundsätzlichen Versand von Arzneimitteln ab. Wir erleben heute bereits im Bereich "gängiger" Internet-Artikel wie z. Bsp. Bücher, CDs oder Computer, dass eine wirksame Kontrolle der Händler - nicht zuletzt aufgrund der Internationalität des Internets - nicht möglich ist. Im Gegensatz zu den eben genannten Produkten sind Arzneimittel jedoch eine besondere Ware, die nicht "konsumiert" werden kann. Nach unserem humanitären Verständnis ist eine individuelle Beratung "face to face" weitaus wertvoller als ein Telefongespräch oder ein E-Mail-Kontakt. Hierbei müssen allerdings auch die Aufgaben der Apotheken neu und deutlicher gefasst werden, die Beratung und Aufklärung über die Anwendung von Arzneimitteln muss verstärkt gefordert werden, sich aber auch in der Honorierung deutlicher niederschlagen.

Auch droht bei einer Versorgung durch Versandhändler eine Monopolisierung des Arzneimittelmarktes. Bestrebungen in diese Richtung lassen sich bereits heute in den Ausrichtungen verschiedener Arzneimittel-Großhändler ausmachen. Eine marktbeherrschende Stellung von privatwirtschaftlichen Unternehmen in diesem sensiblen Bereich der Arzneimittelversorgung wollen und können wir Jusos nicht hinnehmen.

Daher befürworten wir eine begrenzte Lockerung des Versandhandelsverbotes von Arzneimitteln. Der Ver-

sand von Arzneimitteln durch Boten an chronische Kranke bringt Vorteile für alle Beteiligten am Gesundheitswesen, jedoch wird die nötige Arzneimittelsicherheit und die persönliche Verantwortung sichergestellt, wenn dies von der "Stamm-Apotheke" aus geschieht. Ebenso muss es ermöglicht werden, beispielsweise bettlägerigen Patienten die von ihnen benötigten Arzneimittel persönlich zu überbringen, jedoch soll dies ausschließlich durch pharmazeutisches Personal erfolgen.

Wir wehren uns ganz entschieden gegen Bestrebungen, hochpreisige Arzneimittel in den Versandhandel überzuleiten und den Apotheken den gesetzmäßigen Auftrag der "ordnungsgemäßen Arzneimittelversorgung" (u.a. flächendeckend, jederzeit, Belieferung aller Verschreibungen, Mitarbeit bei der Überwachung, Herstellung von Individual-Rezepturen,...) zu überlassen ohne ihnen die wirtschaftliche Grundlage zu gewähren.

Keine Werbung für verschreibungspflichtige Arzneimittel

Wir sehen die von der EU-Kommission angestrebte Lockerung der Werberichtlinien für Arzneimittel als bedenklich an, denn Werbung ist keine Information. Mit dem vorgeschobenen Argument der "Patienteninformation" droht der Patientenschutz ausgehöhlt zu werden und der Manipulation und Desinformation wird Vorschub geleistet. Bisher ist es verboten, für verschreibungspflichtige Medikamente direkt bei Patienten zu werben. Der Änderungsvorschlag der Europäischen Kommission will patientengerichtete Werbung für die Krankheiten AIDS, Diabetes und Asthma erlauben. Diese Art von Werbung ist bislang nur in den USA und Neuseeland zugelassen. Es ist zu befürchten, dass die schlechten Erfahrungen aus diesen Ländern auch in Europa Wirklichkeit werden könnten. In den USA sind die Kosten im Gesundheitswesen durch die Ausweitung der Medikamentenwerbung enorm gestiegen. Es wird fast ausschließlich für neue und teure Medikamente geworben, deren Mehrkosten in den wenigsten

Fällen mit einer verbesserten Therapie zu rechtfertigen sind. Arzneimittel unterliegen nicht aus einer Bevormundung des Patienten heraus der Rezeptpflicht, denn es handelt sich oft um kritische Wirkstoffe, bei denen Schaden und Nutzen sehr nahe beieinander liegen. Der sorgfältige Umgang mit Arzneimitteln ist oberstes Gebot des Verbraucherschutzes und Patientenwerbung widerspricht unserem Verständnis von Gesundheitsvorsorge.

Damit Patienten selbst etwas über sinnvolle Therapiemöglichkeiten herausfinden können, ist der Zugang zu unabhängigen Informationen notwendig. Neue Medikamente werden für sich selbst, wenn sie entscheidende therapeutische Fortschritte erzielen. Da nur wenige innovative Medikamente auf den Markt gebracht werden, will die Pharmaindustrie den Umsatz mit aggressiven Werbemethoden steigern. In den USA spielen dabei Lifestyle-Medikamente (z.B. das "Potenzmittel" Viagra oder Schlankheitsmittel) und "Scheininnovationen" wie das Rheumamittel Vioxx eine entscheidende Rolle. Die Strategie der PatientInnenwerbung erwies sich in den USA als sehr lukrativ und soll deshalb auch im weltweit zweitgrößten Arzneimittelmarkt Europa durchgesetzt werden. Die geplante Regelung dient als Türöffner für Pharmakonzerne, um eine generelle Zulassung von PatientInnenwerbung für rezeptpflichtige Medikamente durchzusetzen. Dieser Dammbbruch hätte weltweite Auswirkungen. Eine Lockerung der Werbebestimmungen in Europa hat negative Vorbildfunktion für die so genannte "Dritte Welt". Bei bekanntermaßen schwachen Kontrollbehörden und dem häufigen Fehlen unabhängiger Informationsquellen würde diese Art Werbung verheerende Folgen haben.

Preisgestaltung

Das heutige Preissystem bei Arzneimitteln beruht auf Aufschlägen auf den "Herstellerabgabepreis" der Arzneimittel. Das bedeutet, der Hersteller von Arzneimittel legt einen Preis fest, auf den der Arzneimittelgroß-

handel einen bestimmten Betrag aufschlägt und die Apotheken dann auf diesen so entstandenen Preis. Die Aufschläge sind gesetzlich geregelt, so dass bundesweit in jeder Apotheke gleiche Arzneimittel den gleichen Preis besitzen. Dieses Prinzip der einheitlichen Abgabepreise in allen Apotheken ist ein wichtiges Instrument, die Sicherheit der Arzneimittel zu gewährleisten. Es trägt Sorge dafür, dass kein Wettbewerb um möglichst "billige" Verkaufspreise der Arzneimittel stattfindet. Denn Arzneimittel sind eine andere Art von Waren als CDs oder Kochtöpfe und bedürfen der besonderen Sorgfalt von der Herstellung bis zur Anwendung.

Dieses Prinzip der Aufschläge auf den Herstellerabgabepreis führt jedoch auch zu der Situation, dass die Apotheke umso mehr einnimmt, je teurer das jeweils abgegebene Arzneimittel ist. Das heißt, um die wirtschaftliche Grundlage der Apotheken zu sichern, müssen diese eine Art Mischkalkulation haben, bei der ein höherer Aufwand (Beratung, Lagerhaltung etc.) als der Rohgewinn bei niedrigpreisigen Arzneimitteln durch eine höheren Rohgewinn bei hochpreisigen Arzneimitteln aufgefangen wird.

Auch wenn das Niveau der Arzneimittelpreis in Deutschland bezogen

auf die Tagesdosen und die Arbeitszeit, die nötig ist um den äquivalenten Betrag zu erarbeiten europaweit im unteren Bereich liegt, muss das Ziel einer optimierten Preisgestaltung, die genannten Schieflagen auszumerzen. Gerade im Hinblick auf die "aut-idem-Regelung" in Verbindung mit der Verpflichtung, preisgünstige Arzneimittel abzugeben, muss es die Dienstleistung der Apotheken sein, die honoriert wird und nicht das "über-den-Tisch-Schieben" einer möglichst teuren Packung. Selbstverständlich ist es, dass hierzu die Qualität der Beratung gesichert bzw. die Apotheke entsprechend zertifiziert sein muss.

Stellungnahme des VDPP zur Positivliste (Bundestags-Drucksache 15/800)

In Deutschland sind zur Zeit mehr als 40.000 Arzneimittel im Handel, von denen ein nicht unerheblicher Teil 24 Jahre nach Inkrafttreten des AMG immer noch nicht nachgelassen ist und damit ein Sicherheitsrisiko für den Patienten darstellt. Untersuchungen von Pharmakologen und Krankenkassen konnten für die vergangenen Jahre immer wieder auf Milliardenbeträge hinweisen, die von der GKV für Medikamente mit zweifelhafter Wirkung ausgegeben werden. Dieser Betrag und die dahinter stehenden AM-Verordnungen sind aus zwei Gründen bedenklich:

1. Auch wenn die Präparate keine oder zweifelhafte Wirkung haben, können sie immer noch Nebenwirkungen entfalten und dem Patienten schaden. Man kann NICHT sagen, wenn es schon nicht hilft, dann schadet es wenigstens nicht.
2. Das Geld für diese Medikamente steht für sinnvolle Therapieansätze nicht mehr zur Verfügung. Es wird mehr Geld von den Versicherten gefordert oder - noch schlimmer - behauptet, es können keine Medikamente zu Lasten der GKV verordnet werden.

Ein niedergelassener Arzt verschreibt etwa 1000 Arzneimittel und ist hier schon gefordert, wenn er sich über jedes Präparat ausreichende Kennt-

nisse aneignen will. Eine Positivliste, die therapeutisch sinnvolle Medikamente beinhaltet und NICHT eine Liste billiger Medikamente darstellt, würde eine Hilfe für die niedergelassenen Ärzte darstellen, sie wird von Teilen der Ärzteschaft schon lange gefordert.

Darüber hinaus kann die Positivliste für eine gewisse Qualitätssicherung in der Therapie sorgen, sie stellt keinen Eingriff in die Therapiefreiheit dar.

Eine Positivliste würde auch für die Apotheken die Lagerhaltung deutlich vereinfachen, da nicht mehr viele tausend Präparate vorrätig gehalten werden müssten, sondern im wesentlichen eine Konzentration auf die Medikamente der Positivliste stattfinden würde. Daraus DARF nicht der politische Kurzschluss abgeleitet werden, dass diese Vereinfachungen weitere Änderungen der Zwangsrate zur Folge haben könnten!

Unter der Aspekt der Qualitätssicherung begrüßt der VDPP prinzipiell die Einführung einer Positivliste!

Die vorgelegte Positivliste hat eine Reihe von substanziellen Mängeln: Nach unserem Verständnis ist es ein Unding, wenn Vertreter alternativer Therapierichtungen bei der Erstellung der Positivliste eine Sperrmino-

rität erhalten. Das stellt die Glaubwürdigkeit und Vermittelbarkeit dieser Liste in Frage.

Therapeutika der anderen Therapierichtungen müssen sich den gleichen Richtlinien beugen, die für Präparate der sog. Schulmedizin gelten. Ohne gut dokumentierte Wirksamkeit und Unbedenklichkeit haben diese Medikamente nichts auf einer Liste der GKV erstattungsfähigen Arzneimittel zu suchen.

Inhaltlich scheint die Positivliste an einigen Stellen unter Einsparungs- und nicht unter Qualitätsgesichtspunkten zusammengestellt zu sein: So werden z.B. bei systemisch anwendbaren Antimykotika nur die Substanzen Griseofulvin und Terbinafin genannt. Das ist aus zwei Gründen bedenklich: Im Gegensatz zu Itraconazol –das nicht aufgeführt ist – ist Griseofulvin deutlich schlechter wirksam. Zum anderen ist Griseofulvin ein Arzneistoff mit einem kritischen Sicherheitsprofil, der NICHT ohne Not lange Zeit angewandt werden sollte!

Der VDPP hält eine Positivliste für dringend erforderlich; die vorgelegte Positivliste muss unserer Meinung nach allerdings überarbeitet werden!

Dr. Thomas Schulz
(VDPP-Vorstand)

VDPP Finanzbericht 2002:

Teil 1

Vergleich mit Vorjahr
24. 01. 2003

	Ist (Euro)	Plan (Euro)	Index (2001 = 100)
Einnahmen:			
Beiträge	11 602,55	12 031,86	96,4
Spenden	115,20	149,86	76,9
Zinsen	144,40	159,34	90,6
EDV Geschäftsstelle	2 960,80	0,00	
Verkauf Rundbrief (Abos)	61,36	30,68	200,0
Summe Einnahmen	13 158,62	12 371,74	120,3
Ausgaben:			
Mitgliederversammlung	461,15	65,15	707,8
Seminare	0,00	0,00	
Projekte	0,00	0,00	
Spenden	0,00	511,29	0,0
Öffentlichkeitsarbeit	677,85	536,86	126,3
Vorstand	1 106,58	1 821,83	60,7
Rundbrief	1 593,76	870,67	183,0
davon Red. Honorare	0,00	0,00	
Druck	1 303,86	588,44	221,6
Versand	289,90	282,23	102,7
Geschäftsstelle	5 067,34	5 104,55	99,3
davon Personalkosten	3 911,00	3 700,62	105,7
Sachkosten	1 156,34	1 403,93	82,4
EDV Geschäftsstelle	2 960,80	0,00	
Abschreibung EDV s.o.	98,60	0,00	
Regionalgruppen	0,00	0,00	
Verschiedenes	304,54	245,42	124,1
Summe Ausgaben	13 158,62	13 158,62	143,7
Vermögensentwicklung:		Vermögensaufteilung:	
Einnahmen 2002	14 884,31	Vermögen 31.12. 2002	14 425,31
Ausgaben 2002	13 158,62	davon Kasse	234,05
Überschuss	1 725,69	Postgiro	4 533,28
Vermögen 01. 01. 2002	12 699,62	EDV	1 974,20
Korrektur	0,00	ex-Ökobank Festgeld 1	2 950,33
Vermögen 31.12. 2002	14 425,31	ex-Ökobank Festgeld 2	6 002,10
		ÖkoGeno Anteil	33,71
		Außenstände	-1 302,36

VDPP Finanzbericht 2002:

Teil 2

Vergleich mit Plan

23. 01. 2003

	Ist (Euro)	Plan (Euro)	Index (Plan = 100)
Einnahmen:			
Beiträge	11 602,55	11 800,00	98,3
Spenden	115,20	500,00	23,0
Zinsen	144,40	160,00	90,2
EDV Geschäftsstelle	2960,80	3 000,00	98,7
Verkauf Rundbrief (Abos)	61,36	90,00	33,3
Summe Einnahmen	13 158,62	15 550,00	95,7
Ausgaben:			
Mitgliederversammlung	461,15	100,00	461,1
Seminare	0,00	1 000,00	0,0
Projekte	0,00	0,00	
Spenden	0,00	1 000,00	0,0
Öffentlichkeitsarbeit	677,85	1 000,00	67,8
Vorstand	1 106,58	1 000,00	110,6
Rundbrief	1 593,76	4 500,00	35,4
davon Red. Honorare	0,00	1 000,00	0,0
Druck	1 303,86	2 500,00	52,2
Versand	289,90	1 000,00	29,0
Geschäftsstelle	5 067,34	6 000,00	84,5
davon Personalkosten	3 911,00	4 500,00	86,9
Sachkosten	1 156,34	1 500,00	77,1
EDV Geschäftsstelle	2 960,80	3 000,00	98,7
Abschreibung EDV s.o.	986,60	1 000,00	98,7
Regionalgruppen	0,00	250,00	0,0
Verschiedenes	304,54	250,00	121,8
Summe Ausgaben	13 158,62	19 100,00	68,9



VDPP Finanzplan 2002

	Plan 2002 (EUR)		Plan 2001 (EUR)		Ist 2001 (EUR)	
	EUR	DEM	EUR	Index	EUR	Index
Kapital:	2 000,00	3 911,66	2 130,38	93,9	0,00	
Zugang: EDV Gesch.stelle	3 000,00	5 867,49	2 556,46	117,3	0,00	
Abgang: Abschreibg. EDV	1 000,00	1 955,83	426,08	234,7	0,00	
Ergebnisse:						
Einnahmen:						
Beiträge	11 800,00	23 078,79	12 015,36	98,2	12 031,86	98,1
Spenden	500,00	997,91	265,87	188,1	149,86	333,6
Zinsen	160,00	312,93	153,39	104,3	159,34	100,4
Verkauf Rundbrief (Abos)	90,00	176,02	92,03	97,8	30,68	293,4
Summe Einnahmen	12 550,00	24 545,67	12 526,65	100,2	12 371,74	101,4
Ausgaben:						
Mitgliederversammlung	100,00	195,58	409,03	24,4	65,15	153,5
Seminare	1 000,00	1 955,83	102,26	977,9	0,00	
Projekte	0,00	0,00	0,00		0,00	
Spenden	1 000,00	1 955,83	1 022,58	97,8	511,29	195,6
Öffentlichkeitsarbeit	1 000,00	1 955,83	1 533,88	65,2	536,86	186,3
Vorstand	1 000,00	1 955,83	1 533,88	65,2	1 808,03	55,3
Rundbrief	4 500,00	8 801,24	4 345,98	103,5	870,67	20,0
davon Red. Honorare	1 000,00	1 955,83	1 022,58	97,8	0,0	
Druck	2 500,00	4 889,58	2 403,07	104,0	590,99	423,0
Versand	1 000,00	1 955,83	920,33	108,7	282,23	354,3
Geschäftsstelle	6 000,00	11 734,98	4 857,27	123,5	5 104,55	117,5
davon Personalkosten	4 500,00	8 801,23	3 323,40	135,4	3 700,62	121,6
Sachkosten	1 500,00	2 933,74	1 533,88	97,8	1 403,93	106,8
EDV Geschäftsstelle	3 000,00	5 867,49	2 556,46	117,3	0,0	
Regionalgruppen	250,00	488,96	255,65	97,8	0,0	
Verschiedenes	250,00	488,96	357,90	69,9	245,42	101,9
Summe Ausgaben	18 100,00	35 400,52	17 997,47	100,6	9 155,77	197,7



DOKUMENTATION

Medizin im Netz der Gen-Multis Genomforschungsnetz startet durch von Jan Pehrke

Die Entschlüsselung des menschlichen Erbguts im Rahmen des "Humane Genome Projects" war noch nicht einmal ansatzweise abgeschlossen, da verlangten BAYER & Co. schon staatliche Förder-Programme zur industriellen Verwertung der Ergebnisse. Das "Bundesministerium für Bildung und Forschung" (BMBF) tat wie heißen und baute das "Nationale Genomforschungsnetz" auf, ausgestattet mit einem Etat von 175 Millionen Euro bis Ende 2003. Der Verbund aus Industrie, Hochschulen und Forschungsgesellschaften hat sich zur Aufgabe gestellt, die vermeintlich "molekularen Mechanismen und Ursachen" von Diabetes, Alzheimer, Bluthochdruck, Herz/Kreislauf-Leiden und einer Reihe anderer Gesundheitsstörungen zu ermitteln und so die Gen-Medizin zur Schlüsseltechnologie bei der Behandlung der verbreitetsten Krankheiten zu machen.

Im April 2002 stimmte BAYERs Pharmaforschungsleiter Wolfgang Hartwig in seiner Eigenschaft als Ausschuss-Vorsitzender "Biotechnologie" des vom Leverkusener Chemie-Multi gegründeten "Verbandes der Forschenden Arzneimittel-Hersteller" (VFA) mal wieder das altbekannte Klagegedicht über die mangelnde staatliche Unterstützung für die Gentechnik an. Als eine der wenigen positiven Ausnahmen hob er das "Nationale Genomforschungsnetz" hervor. Das Lob hätte Hartwig auch pro domo aussprechen können, denn BAYER hatte maßgeblichen Anteil am Weben des Genmedizin-Netztes. Parallel zur Erbgut-Entschlüsselung durch das "Deutsche Humangenom-Projekt" (DGHP) rief der Konzern gemeinsam mit BASF, BOEHRINGER,

NOVARTIS und anderen Unternehmen schon 1996 einen Verein zur Förderung der Genomforschung ins Leben, "um einen Beitrag zur industriellen Verwertung der Forschungsergebnisse zu leisten".

Zwei Jahre später hat der Verein dann in einem gemeinsam mit dem DGHP-Koordinierungskomitee verfassten Positionspapier dargelegt, wie er sich die bundesdeutsche Forschungspolitik im Anschluss an die Kartographierung des menschlichen Erbguts so vorstellt. Ein Joint Venture aus Industrie, Hochschulen und staatlichen Forschungsgesellschaften sollte nach dem Willen der Konzerne den Transfer der Grundlagen-Forschung in eine anwendungsorientierte Gen-Medizin bewerkstelligen. Um die vermeintlich "pathogenetischen Mechanismen" der menschlichen Krankheiten bloßzulegen, müssen nach dem Gesamt-Genom nun "die Gene und Genprodukte des Menschen und anderer wissenschaftlich oder kommerziell interessanter Organismen identifiziert und ihre Beziehungen zueinander und ihre Funktion aufgeklärt werden", so die Multis. Als Instrument hierzu empfehlen sie die komplexe - und für sie allein zu teure - Hochdurchsatz-Technik. Nur dieses Verfahren kann nämlich die Aufgabe erfüllen, in einem überschaubaren Zeitrahmen alle Gene und Gen-Produkte der Zellen zu analysieren, was zur Bestimmung des Unterschiedes zwischen gesunden und kranken Zellen nötig ist. BAYER & Co. versprechen für die Zukunft sogar auf die PatientInnen speziell abgestimmte Medikamente - wenn sie mittels einer Art genetischer Volksbefragung den Zugriff auf alle Daten der Bevölkerung erlangen können, um Bio-Banken anzulegen. "Darüber hinaus ist die systematische Analyse von genetischen Variationen in Populationen von entscheidender Wichtigkeit bei der Identifikation pathogenetisch relevanter Gene, deren Diagnostik und Behandlung entsprechender Krankheiten mit maßgeschneiderten Medikamenten", heißt es in dem Po-

sitionspapier.

Den Takt zu dieser an "1984" gemahnenden Zukunftsmusik gibt die zum Zeitpunkt der Abfassung der Denkschrift noch boomende New Economy vor. BAYER & Co. kündigen vollmundig die Entstehung von INTELS und MICROSOFTS der "biologischen Revolution" in der Bundesrepublik an, wenn der Staat die entsprechenden standortpolitischen Weichen stellt. Sie mussten auch so hoch pokern, anders wäre der verlangte Förderbeitrag von jährlich 250 Millionen Euro nicht zu rechtfertigen.

Nach Bekunden des Vereins hat der Forderungskatalog "bei der Ausgestaltung der Forschungspolitik des BMBF erhebliche Beachtung gefunden". Damit untertreibt er noch - Edelgard Bulmahn & Co. haben den Wunschzettel der Gen-Industrie mit dem "Nationalen Genomforschungsnetz" (NGFN) fast 1:1 umgesetzt.

Damit die Kontinuität gewahrt bleibt, haben die Konzern-Manager in den leitenden Gremien des Genomnetzes wichtige Posten besetzt. Wolfgang Hartwig saß lange neben Vertretern von EVOTEC, BOEHRINGER, der "Max-Planck-Gesellschaft" und anderen Institutionen oder Unternehmen im Lenkungsgremium, ehe ihn BAYER-Kollege Jan-Anders Karlsson ablöste. Fast unnötig zu erwähnen, wer den Vorsitz des Gremiums inne hat - natürlich das enfant terrible der bundesdeutschen Gentech-Szene: Ernst-Ludwig Winnacker. Der Molekular-Biologe mischt an jeder Schnittstelle von Forschung, Politik und Wirtschaft mit; er ist Präsident der "Deutschen Forschungsgemeinschaft", BAYER-Aufsichtsrat, Mitbegründer des Biotech-Unternehmens MEDIGENE und war bis vor kurzem Mitglied im Nationalen Ethikrat.

Unter seiner Ägide haben sich nicht weniger als 38 Universitäten und Forschungseinrichtungen der Zuarbeit für BAYER & Co. verschrieben.

Eine zentrale Funktion kommt hierbei dem "deutschen Krebsforschungszentrum", der "Gesellschaft für Biotechnologische Forschung", dem "Forschungszentrum für Umwelt und Gesundheit", dem "Max-Delbrück-Centrum für Molekulare Medizin" und dem "Max-Planck-Institut für Molekulare Genetik" zu. Sie analysieren mit Hilfe der Hochdurchsatz-Technologie die Gene und ihre Produkte, die Proteine. Um diesen "Kernbereich" herum gruppieren sich fünf gen-medizinische Netzwerke. Ihnen wiederum sind 13 Unikliniken angeschlossen, darunter auch die mit BAYER besonders eng verbandelte Bonner Hochschule.

Diese Gentech-Netze haben schon fleißig Gen-Daten zusammengetragen. Aber es handelt sich dabei lediglich um isolierte Sammlungen. Für das Einrichten einer zentralen Bio-Bank, wie sie dem Projektkomitee-Sprecher des NGFN, Dr. Stefan Schreiber vorschwebt, besteht deshalb noch ein erheblicher Mehrbedarf. "Aber wir benötigen jetzt dringend Material von Patienten, von Zehntausenden von Patienten", zitiert Klaus-Peter Görlitzer den Gen-Forscher in seinem umfassenden Bioskop-Artikel zum Genomforschungsnetz. An einer solchen Gen-Bibliothek dürften Versicherungen und Arbeitsgeber ein großes Interesse haben, um krankheitsanfällige Personen aussortieren zu können. Auch die Polizei, die dem Täter immer häufiger auf die Gen-Spur kommen will, wäre einem Einblick sicherlich nicht abgeneigt.

Auf einen großen Gen-Pool gestützt, beabsichtigt der Forschungsverbund, allen verbreiteten Krankheiten gentechnisch zu Leibe zu rücken und so die gesamte Medizin zu biologisieren. Auf ihrer Untersuchungsagenda stehen unter anderem Diabetes, Arteriosklerose, allergisches Asthma, Bluthochdruck, Herz/Kreislauf-Erkrankungen, Demenz und multiple Sklerose. Mit DNA auf den Augen ignorieren die WissenschaftlerInnen Stress, Ernährungsgewohnheiten und Bewegungsmangel als Auslöser von Herz/Kreislauf-Leiden. Psychische Ursachen für Ess-Störungen ziehen sie ebenfalls nicht in Betracht.

Den Grund für Fress-Sucht beispielsweise verorten die Gen-ForscherInnen dieser Welt neuerdings auf dem Gen MC4R. Auch an einer Umdefinition von Umwelt-Krankheiten arbeiten die Molekular-MedizinerInnen. Nicht mehr die Schadstoff-Ausstöße von BAYER & Co. sollen krank machen, sondern jeweils eine individuelle körperliche Veranlagung. Alles andere als an einer ergebnis-offenen Wissenschaft interessiert, verkündet das Positionspapier des Förder-Vereins die Forschungsziele schon im Vorhinein in Form einer Setzung: "Kerngedanke der zu organisierenden Netzwerkstrukturen sollte die kausal-analytische Charakterisierung pathogenetischer Vorgänge sein".

Selbst wohlmeinende ForscherInnen stehen einer per Hochdurchsatz-Verfahren betriebenen Rasterfahndung nach Genen für so gut wie alle Gesundheitsstörungen skeptisch gegenüber. Ihrer Ansicht nach sind die zur Entstehung von Krankheiten führenden Prozesse viel zu komplex, als dass die Gen-Medizin in absehbarer Zeit Therapien entwickeln könnte.

Auch BAYER hat schon die leidige Erfahrung machen müssen, dass es nicht einfach "gute", gentechnisch produzierte Proteine gibt, die "böse" Krebs-Proteine erkennen "wie ein Schloss den richtigen Schlüssel" und deshalb als "Ausschalter" zu fungieren vermögen. Was der Leverkusener Chemie-Multi öffentlichkeits- und aktienkurs-wirksam als "Wunderwaffe" gegen Krebs und andere Leiden anpries, hat er des öfteren schon kleinlaut - und von den Medien weitgehend unbemerkt - auf dem Müllhaufen der Genmedizin-Geschichte entsorgt. In diesem Winter erst stellte der Chemie-Multi Versuche mit dem Wirkstoff Camptotecin ein. Davor brach er unter anderem klinische Tests mit Gentech-Präparaten gegen Lungenkrebs und Asthma ab.

Gentests scheinen da schon mehr Aussicht auf Erfolg zu haben, beschränken sie sich doch auf die Diagnose von Erkrankungen und scheren sich nicht um Therapien. Neben den maßgeschneiderten Medikamenten

haben sie Görlitzer zufolge bei "den Produkt-Entwicklungen" des NGFN höchste Priorität. An dieser Weichenstellung dürfte BAYER nicht unbeteiligt gewesen sein. Mit Nachweis-Verfahren für AIDS, Hepatitis, Krebs, Blutarmut, Unfruchtbarkeit, Infektions- und Herz/Kreislauf-Erkrankungen ist der Konzern nämlich einer der Weltmarkt-Führer im Diagnostika-Segment. Aber selbst mit der puren Diagnose hat die Gen-Medizin so ihre Probleme. Die US-amerikanische Gesundheitsbehörde FDA untersagte BAYER 1998 ein Diagnose-Verfahren für das Prostata-Antigen als Prostatakrebs-Test zu vermarkten - die Prostata-Antigene finden sich nämlich auch im Körper von gesunden Männern. Die Wissenschaftsethikerin Bettina Schöne-Seifert von der Universität Hannover hält deshalb Tests nur bei einigen wenigen Krebs-Leiden und neurologischen Krankheitsbildern für aussagekräftig - und das auch nur, wenn die PatientInnen erblich entsprechend vorbelastet sind.

Nichtsdestotrotz erhofft sich der Pharma-Riese vom Genom-Projekt eine Erweiterung seiner Produkt-Palette im Diagnostika-Bereich. Die Grundvoraussetzungen dafür sind günstig; die Unternehmen haben sich nämlich einen monopolisierten Zugang zu den Gen-Rohstoffen verschafft. Die ForscherInnen des Genomforschungsnetzes dürfen ihre wissenschaftlichen Erträge nicht selbstständig Biotech-Firmen ihrer Wahl zur Weiterentwicklung anbieten. BAYER und die anderen am NGFN beteiligten Konzerne haben ein Erstverhandlungsrecht und bei einem positiven Abschluss auch gleich den Anspruch auf das entsprechende Patent.

Trotz dieser blendenden organisationstechnischen, wissenschaftlichen und finanziellen Voraussetzungen nehmen sich die Erfolge des Gentech-Joint-Ventures arg bescheiden aus. Die Gen-WerkerInnen haben die Liste der ca. 10.000 angeblich krankheits-relevanten Gene um eines für Schleimhaut-Entzündungen erweitert. Zudem wollen sie in den ethisch umstrittenen und von vielen als nicht aussagekräftig eingeschätz-

ten Tierversuchen bei einem Schimpansen auf eine Gen-Veränderung gestoßen sein, die sie für einen Auslöser der Epilepsie halten. Diese marginale Ausbeute passt gut zu der Ernüchterung, die sich inzwischen in der gesamten Biotech-Szene breit gemacht hat. In den USA stehen einige Firmen sogar schon knapp vor der Pleite. Schlechte Aussichten also für die "schöne neue Gen-Welt".

(Vorabdruck aus "Stichwort BAYER" 2/2003. Ein Probeheft wird gerne zugesandt.)

Coordination gegen BAYER-Gefahren e.V.
CBGnetwork@aol.com
www.CBGnetwork.de
Tel: 0211-333 911
Fax 040 – 3603 741835

Die Coordination gegen BAYER-Gefahren e.V. erhält keinerlei offizielle Unterstützung. Der Verein ist dringend auf Spenden angewiesen.
Bankverbindung: Kto 179612 bei Ökobank Frankfurt, BLZ: 500 901 00

Beirat
Dr. Sigrid Müller, Pharmakologin,

Bremen
Dr. Erika Abczynski, Kinderärztin, Dormagen
Eva Bulling-Schröter, ehem. MdB, Berlin
Prof. Dr. Jürgen Rochlitz, Chemiker, ehem. MdB, Burgwald
Dr. Janis Schmelzer, Historiker, Berlin
Wolfram Esche, Rechtsanwalt, Köln
Prof. Dr. Anton Schneider, Baubiologe, Holzham
Prof. Jürgen Junginger, Designer, Krefeld

Pressemitteilung vom 07.05.2003

Das Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG) von Gesundheitsministerin Ulla Schmidt ist ein Schritt in die richtige Richtung.

Die von beiden Regierungsparteien getragene Agenda 2010 wird die gesundheitliche Situation der Bevölkerung allerdings verschlechtern.

Wir haben die im GMG vorgeschlagenen strukturellen Maßnahmen für eine Weiterentwicklung des Gesundheitswesens weitgehend mitgetragen. Wir halten unverändert die Qualitätsoffensive durch Chronikerprogramme, die Errichtung eines unabhängigen Institutes für Qualität in der Medizin, die Pflichtfortbildung für ÄrztInnen, die Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Behandlung, die Stärkung der Patientenseite u.a. für notwendig und geeignet, die objektiv nachweisbaren Qualitätsmängel zumindest zu verringern. Wir waren auch bereit, vorübergehend auf Einkommenszuwächse zu verzichten, wenn dadurch die solidarische gesetzliche Krankenversicherung (GKV) gerettet und ausgebaut werden kann und weil wir unseren Platz nur in einem auf Solidarität beruhenden Gesundheitswesen sehen.

Eine der härtesten Zahlen in der Gesundheitsforschung ist der Zusammenhang zwischen Einkommen einerseits und den Chancen für Gesundheit (Morbidität) und ein langes Leben (Mortalität) andererseits. Durch die in der Agenda 2010 vorgeschlagenen finanziellen Ver-

schlechterungen für Arbeitslose und Sozialhilfeempfänger wird sich das Einkommensniveau dieser Bevölkerungskreise weiter verringern, wird damit die Zahl der Menschen mit schlechterer Gesundheit zwangsläufig zunehmen. Wer die Gesundheit einer Bevölkerung insgesamt verbessern will, muss laut WHO in erster Linie die Situation der Menschen mit dem höchsten Krankheitsrisiko ändern. Eine 2003 veröffentlichte Studie der Panamerikanischen Gesundheitsorganisation hat bestätigt, dass sich ein starkes Reich-Arm-Gefälle negativ auf die Gesundheit auswirkt. Der Zusammenhang zwischen sozioökonomischen Faktoren und öffentlicher Gesundheit hat gezeigt, dass gesunde Gesellschaften nicht reich sein müssen und dass die gleichmäßige Verteilung des Reichtums wichtiger für die Gesundheit der Bevölkerung ist.

Diese Fakten werden von der Bundesregierung missachtet. Ihr oberstes Ziel staatlicher Politik ist die Senkung der Lohnnebenkosten. Auch ohne tiefer gehende ökonomische Kenntnisse ist nicht zu übersehen, dass diese Politik schon in der Vergangenheit erfolglos war. Seit Jahren

bleiben die Lohnkosten hinter der Entwicklung des Bruttoinlandsproduktes zurück, sinken also die Lohnkosten relativ, seit Jahren klafft die Schere zwischen den Einkommen abhängig Beschäftigter einerseits und der Einkommen aus selbstständiger Tätigkeit, aus Vermögen und Unternehmensgewinnen andererseits immer weiter, ohne dass dies zu einer Einstellungsoffensive oder zu einer Senkung der Massenarbeitslosigkeit geführt hätte.

Wir wissen, dass strukturelle Maßnahmen alleine die finanzielle Notsituation im Gesundheitswesen nicht beseitigen können und dass allein die Umsetzung des Urteils vom Europäischen Gerichtshof zur Anerkennung des Bereitschaftsdienstes als Freizeit die Einstellung von mehr als 20000 Ärzten erfordert. Deshalb erinnern wir an die zahlreichen vorgeschlagenen Maßnahmen zur Verbesserung der Einnahmesituation der Krankenkassen ohne einseitige Belastung der Kranken und sozial Schwachen: Die Einbeziehung der bisher privat Versicherten in die allgemeine Versicherungspflicht, die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze, die Berücksichtigung von Einkommen

aus Miete und Vermögen, die Einführung gesundheitsspezifischer Steuern auf Tabak und Alkohol ... Und es bleibt rätselhaft, weshalb die Ärmsten zur Kasse gebeten werden, während sich dieses reiche Land die niedrigste Besteuerung höchster Gewinne und Vermögen leistet, weder eine Vermögensteuer noch relevante Besteuerung von Aktiengewinnen kennt.

Der große deutsche Arzt Rudolf Virchow prägte den Satz: "Politik ist Medizin im Großen." Konkret auf

unsere gegenwärtige Situation angewendet bedeutet dies: Wenn eine Medizin versagt hat, wenn beispielsweise ein Antibiotikum bei hohem Fieber unwirksam ist und nur unerwünschte Effekte auftreten, weil es sich, wie bei SARS, um eine Viruserkrankung und nicht um eine bakterielle Infektion handelt, dann muss die Therapie abgesetzt und durch eine antivirale ersetzt werden. Auf die Politik übertragen bedeutet dies: Die Rufe nach immer mehr Umverteilung der Einkommen von unten nach oben haben keinen positiven

Effekt zur Senkung der Arbeitslosigkeit gehabt und führen als Kollateralschaden im Sinne von unerwünschten Effekten zu einer Verschlechterung der gesundheitlichen Situation der Bevölkerung. Diese Therapie muss deshalb abgebrochen werden. Evidenzbasiert sind von einer gleichmäßigeren Verteilung des Reichtums, einer Abschwächung des Reich-Arm-Gefälles positive Effekte auf die Gesundheit zu erwarten.

Dr. med. Winfried Beck
Vorsitzender des VDÄÄ

Pressemitteilung vom 12.04.2003

Rürup-Kommission will PatientInnen weiter zur Kasse bitten! Massiv zuzahlen!

15 Euro Praxisgebühr: unzumutbare Belastung für PatientInnen mit falscher Steuerungswirkung Krankengeld darf nicht ausgegliedert werden Neue Zuzahlungen bei Zahnersatz bergen Folgekosten

In der Rürup-Kommission haben sich offensichtlich die Wirtschaftstechnokraten durchgesetzt. "Das ist ein Sparkonzept ausschließlich zu Lasten der PatientInnen!", so Gregor Bornes, Sprecher der BAGP. Die BAGP lehnt die Einführung einer pauschalen Praxisgebühr beim Arztbesuch ab. Ausnahmeregelungen für Chroniker, Familien und sozial Schwache beheben den Webfehler nicht. "Die Folge wird sein, dass die Menschen eher zu spät zum Arzt gehen und dann erheblich teurere Folgekosten entstehen." meint Gregor Bornes. PatientInnen dürfen nicht noch mehr finanziell geschröpft werden, wenn die Politik es nicht schafft, die Finanzierung des Systems nachhaltig zu reorganisieren. Die weiteren Belastungen beim Zahnersatz sind abzulehnen, da sie langfristig zu Kostensteigerungen durch das Krankwerden derer führen, die sich keine adäquate Versorgung mehr leisten können. Das gestern von der Rürup-Kommission präsentierte Papier ist geprägt von der Mehrheit der Wirt-

schaftsexperten in dem Gremium. Es ist zu erwarten, dass bis Mai die Katze aus dem Sack gelassen wird und Bert Rürups Kopfpauschalmodell präsentiert wird. Die BAGP fordert zu massivem Widerstand dagegen auf, denn dies würde den endgültigen Abschied vom Solidarprinzip in der Krankenversicherung bedeuten. "Wir werden uns diesen Vorschlägen massiv widersetzen und alle Hebel in Bewegung setzen, die wir erreichen können, um diese dramatische Ent-

solidarisierung der GKV zu stoppen!", so Gregor Bornes.

Dagegen ist der Vorschlag der Sozialpolitiker unter der Führung von Karl W. Lauterbach zum Ausbau der GKV zu einer Erwerbstätigenversicherung ein Vorschlag, der in die richtige Richtung geht.

Verantwortlich: Emmeram Raßhofer,
Geschäftsstelle der BAGP



Interview vom April 2003

An Hysterie grenzt die Art und Weise, wie die Debatte um die Gesundheitsreform im Moment in der Öffentlichkeit geführt wird. Permanent »explodieren die Kosten«, »bricht das System zusammen«, ist »die medizinische Versorgung der Bevölkerung gefährdet«, wenn nicht bald etwas passiert... Wieder ist eine Expertenkommission eingerichtet worden, die unter Anleitung von Herrn Rürup nun jede Woche eine neue Sau durchs Dorf treibt, um zu testen, was sich die Bevölkerung gefallen lassen würde: Sei es die Ausgliederung der Zahnbehandlung aus der gesetzlichen Krankenkasse oder die Abschaffung der Familienmitversicherung, sei es die Aufspaltung des Leistungskatalogs oder die Ausgliederung privater Unfälle aus der GKV... Um die Lohnnebenkosten nicht weiter durch steigende Beitragssätze zu belasten, so das vorherrschende Argument, wird es zu einer Individualisierung des Kostenrisikos bei Krankheit kommen. Was die wirklichen Probleme und ihre Ursachen sind, wird dabei überhaupt nicht diskutiert. In der Auseinandersetzung finden wir nur den Austausch von Mythen, propagandistischen Verkürzungen und vermeintlichen Evidenzen. Um in dieser maximal unterkomplex geführten öffentlichen Debatte ein Licht der Aufklärung anzuzünden, haben wir Winfried Beck, den Vorsitzenden des Vereins demokratischer Ärztinnen und Ärzte (VDÄÄ) nach den Problemen im Gesundheitswesen gefragt. Da sich die Reform-Vorschläge von Woche zu Woche ändern und man der Aktualität sowieso nur hinterher hecheln könnte, haben wir dabei über die grundlegenden Probleme, Fragen und Perspektiven gesprochen, ohne auf einzelne Vorschläge einzugehen.

Mit Winfried Beck sprachen Nadja Rakowitz und Rolf Schmucker.

Was sind Deiner Einschätzung nach die zentralen Probleme des deutschen Gesundheitswesens?

Winfried Beck: *Da muss man zwei Seiten unterscheiden: Wie ist zum einen die finanzielle Ausstattung des Gesundheitswesens, und wie ist zum anderen das Gesundheitswesen strukturell aufgebaut, wo sind die strukturellen Mängel?*

Fangen wir mit dem Letzteren an. Unser Gesundheitswesen ist nicht systematisch geplant oder gestaltet worden, sondern Ergebnis von Lobbyistenarbeit – insbesondere von der Ärzteschaft. Wir haben Eigenarten in Deutschland: Wir haben erstens eine tiefe Kluft zwischen stationärer und ambulanter Versorgung, die fast unüberwindlich ist. Es gibt deswegen viele Doppeluntersuchungen. Das liegt daran, dass es die niedergelassenen Ärzte über ihre Kassenärztliche Vereinigung (KV) geschafft haben, sozusagen das wichtigere Element in der Gesundheitsversorgung darzustellen – im Gegensatz zu den stationären Ärzten. Sie dominieren das Ganze und sehen in der stationären Versorgung eine Konkurrenz. Das heißt, wenn die Kluft weg wäre, wenn die Krankenhäuser sich öffnen würden für ambulante Versorgung, gäbe es weniger zu tun für die niedergelassenen Ärzte. Das ist ja im Übrigen jetzt auch ein Vorschlag von Frau Schmidt – und sofort kommt der Protest von Fachärzten und Allgemeinärzten. Diese Kluft ist typisch interessegesteuert durch die Ärzteschaft und existiert in anderen Ländern nicht.

Zweitens haben wir im niedergelassenen Bereich, also in der ambulanten Medizin, Fachärzte. Das gibt es nur ganz selten auf der Welt. Sonst sind die alle an den Krankenhäusern. Dort sagt man: Die ambulante Medizin wird von gut ausgebildeten Allgemeinmedizinern gemacht, die dann, wenn es kompliziert wird, an Fachärzte in Krankenhäusern überweisen, weil sie ja auch eine Riesenausstattung brau-

chen. Das ist in England so, in Holland etc.

Auch das ist in Deutschland wieder interessegesteuert durch die Fachärzte. Sie sagen: Wir haben eine Praxis als »Einzelkämpfer«, Kleinunternehmer und können dort ordentlich verdienen – mehr als ein angestellter Arzt im Krankenhaus. Dadurch haben wir natürlich eine doppelte Vorhaltung von Facharztwissen: ambulant und stationär. Ein ziemlicher Luxus, das muss man einfach so sagen. Auf der anderen Seite ist das natürlich angenehm für die Patienten. Bei Umfragen kommt immer wieder heraus, dass es als sehr angenehm empfunden wird, einfach zum Augen- und zum Ohrenarzt etc. gehen zu können. Das ist ja auch nachvollziehbar. Die Frage ist aber: Muss das sein? Gibt es da nicht auch Nachteile? Nämlich dass man z.B. – weil man keine Ahnung hat – zum Falschen geht, der dann erst mal alles macht. Nehmen wir das Beispiel Rückenschmerzen: Ein Patient mit Rückenschmerzen geht zunächst zum Orthopäden – ich bin ja Orthopäde. Der macht alles und stellt am Schluss fest: Ich finde nichts. Dann schickt er ihn zum Urologen. Der Urologe macht alles, findet nichts. Er schickt ihn zum Internisten, der macht auch alles, findet aber auch nichts. Was ist es nachher? Eine psychosomatische Krankheit. Wäre der Patient vielleicht gleich zu einem hochqualifizierten und – das ist natürlich die Voraussetzung – gut ausgebildeten Allgemeinmediziner gegangen, hätte dieser das erkannt. Er hätte Kosten gespart und dem Menschen vor allen Dingen geholfen.

Ist es tatsächlich so, dass die meisten Leute direkt den Facharzt aufsuchen, oder ist es nicht so, dass viele zuerst zu ihrem Hausarzt gehen?

Winfried Beck: *Die Mehrheit geht direkt zum Facharzt. Das ist aber abhängig vom Bildungsstand und vom Einkommensniveau. Je höher das Einkommen und je höher die Bildung, umso mehr wird der Facharzt aufgesucht. Alles, was wir hier reden, gilt natürlich nur für GKV-Versicherte.*

Zurück zu den Eigenarten. Auch im Krankenhaus haben wir Strukturen, die es woanders nicht gibt: die Hierarchie von Chefarzt, Oberarzt, Assistenzarzt. Muss es die geben? Wer hat daran Interesse gehabt? Auch wieder die leitenden Ärzte. Nur die dürfen privat liquidieren, private Sprechstunde haben, all diese ganzen Geschichten. Diese Hierarchie ist natürlich qualitätsfeindlich – wie jede Hierarchie. Also hier hat es die Ärzteschaft hingebracht, ein Gesundheitswesen nach ihrem Gusto zu gestalten. Und das ist etwa seit der Gründung des Hartmannbundes so, einer Kampforganisation der Ärzte gegen die Krankenkassen, also etwa seit 1900. Da haben die Ärzte gesagt: Wir können nur gewinnen, indem wir uns als Monopol verstehen gegenüber den zersplitterten Krankenkassen – vorher war es umgekehrt –, also brauchen wir einen Verband und treten geschlossen auf. Der Hauptknaller kam dann natürlich in der Nazizeit, als ihnen die reichsweite Kassenärztliche Vereinigung gegeben wurde – ein großer Wunsch der Ärzteschaft. Sie wurde zwar kurz nach dem Krieg mal aufgelöst, aber de facto ist dieses Monopol seit dieser Zeit vorhanden. Erst jetzt beginnt es zu bröckeln. Die Bedingungen haben sich so geändert, dass der Streit untereinander ausgebrochen ist. Aber darauf kommen wir später...

Wenn man also das Gesundheitswesen gestalten will, muss man logischerweise diejenigen, die es bisher gestaltet haben, schwächen. Man muss also ran an den Speck! Es geht nicht anders. Und in der Situation befinden wir uns jetzt.

Es gehört noch zur strukturellen Seite des Gesundheitssystems dazu, dass auf der anderen Seite, nämlich der Seite der Kostenträger, Zersplitterung herrschte und auch immer noch herrscht, nicht ein Monopol. Es gibt immer noch über 300 Krankenkassen – früher waren es mal mehrere tausend –, deren Verbände getrennt voneinander mit der Ärzteschaft verhandeln. Das ist also eine Schwächung auf dieser Seite. Ein weiteres strukturelles Problem ist, dass die Krankenkassen ihre Mitglieder schon lange nicht mehr im ursprünglichen » basisdemokratischen« Sinn repräsentieren. Es gibt ja keine richtigen Wah-

len. Das ist im Grunde mehr eine Verwaltung, eine Verwaltung von Geld mit dem Interesse, nicht mehr auszugeben, als rein gekommen ist. Ursprünglich waren die Krankenkassen etwas anderes. Das waren die Vertretungen ihrer Mitglieder, eine Art Selbsthilfegruppen, um sich im Gesundheitswesen zurecht zu finden. Das ist inzwischen auch ein struktureller Mangel.

Können wir in diesem Zusammenhang auf den Wettbewerb eingehen, der mittlerweile unter den Krankenkassen eingeführt wurde. Das hat da ja inzwischen auch noch mal Veränderungen gebracht...

Winfried Beck: Der Wettbewerb hat bislang hauptsächlich um die Prämien stattgefunden und nur bedingt um die Leistungen. Und solange es nur um Prämien geht, ist die Kasse am besten, die am billigsten ist. Einen anderen Wettbewerb gibt es nicht. Wie kann eine Kasse billig sein? Indem sie nur gesunde Mitglieder hat, dann muss sie nichts ausgeben. Also wirbt sie um Gesunde und verdrängt möglichst Kranke: Oder, wie jetzt die TKK sagt: Die Gesunden sparen Geld, weil sie nicht zum Arzt gehen; damit kann man die Prämien senken. Es ist allerdings noch die Frage, ob das längerfristig geht. Das wäre natürlich alles ganz anders, wenn es eine Konkurrenz um Leistung gäbe. Dann wird es kriminell. Das muss verhindert werden, weil das ruiniös wird.

Wir hatten vorhin als zweites großes Problem die Einnahmeseite der GKV gesehen...

Winfried Beck: Ja. Es ist so, dass die Finanzierung gekoppelt ist an die Lohnsummenentwicklung, also an die Löhne und Einkommen der abhängig Beschäftigten. Das ist so lange in Ordnung, so lange das einigermaßen stabil ist oder solange diese Methode tatsächlich parallel läuft zur Entwicklung des Bruttoinlandsprodukts, zur allgemeinen ökonomischen Entwicklung einer Gesellschaft. Das bricht dann zusammen, wenn die Lohnsummen relativ sinken im Vergleich zu den Einnahmen durch Kapital, Vermögen usw. Und diese Situation haben wir jetzt schon seit einer ganzen Weile. Haupt-

grund dafür ist die Arbeitslosigkeit, aber nicht nur. Auch die gestiegene Produktivität ist ein Grund, denn es wird ja nicht nach Produktivität in die Krankenkasse eingezahlt, sondern nach Lohn. Also ist die sinkende Lohnquote der entscheidende Punkt. Und wenn das so ist, bricht auf einmal das Geld weg, obwohl die Kosten nicht sinken. Sie steigen natürlich tendenziell – wegen des medizinischen Fortschritts, wegen der demographischen Entwicklung, weil die Menschen länger leben. Letzteres wirkt aber auf die Kassen nicht so stark, wie häufig vermutet wird. Und die Kosten steigen wegen des Anspruchsdenkens – aber nicht der Patienten, sondern der Anbieter. Also weil immer mehr gemacht wird, als eigentlich nötig ist. Das ist wiederum auch ein strukturelles Problem, das mit der Art der Honorierung zusammenhängt.

Mit der Einzelleistungsvergütung bei den Niedergelassenen – also für jeden Handgriff Geld (früher war es noch schlimmer, heute gibt es ein paar Komplexgebühren) – kann man natürlich mehr Geld verdienen, weil man es einfach selbst steuern kann. Ich kann viel machen; ob der Patient oder die Patientin das braucht, ist eine andere Frage. Die Tatsache, dass die niedergelassenen Ärzte Privatunternehmer sind, führt notwendigerweise zu einer Betriebswirtschaftlichung des Denkens – das ist ganz klar. Jeder niedergelassene Arzt hat Computerprogramme, die z.B. bei der Diagnose Rückenschmerz sagen, was er alles machen kann. Und wenn ich ein guter Unternehmer bin – ist gleich: schlechter Arzt –, dann mache ich das alles. Dann handle ich ökonomisch richtig, also betriebswirtschaftlich richtig, volkswirtschaftlich schädlich – und was den Patienten, den Menschen angeht, katastrophal. Aber der materielle Anreiz zum Handeln ist genau so gelenkt. Deswegen sind die ökonomischen Verlierer die, die sich ärztlich verhalten oder in Gegenden ihre Praxis haben, wo der Beratungsbedarf hoch ist und Technik nicht so nachgefragt wird und – natürlich – wo zur Kompensation dessen wenig Privatpatienten sind.

Aber alles das ist nicht Zufall. Die Ärzteschaft hat es in der Hand gehabt, ob es so oder anders ist. Die Ärzte haben

die Gebührenordnung gemacht, sie haben die Verhandlungen geführt.

Nun steckst ja auch Du als kritischer, linker Arzt in diesen objektiven Zwängen. Auch Du musst von etwas leben... Du hast diese Rolle des privaten Unternehmers erst mal nicht freiwillig gewählt, wenn Du niedergelassener Arzt werden wolltest.

Winfried Beck: Nein, die ambulante Versorgung kannst Du in Deutschland nur als privater Unternehmer machen – bis auf die Anstellung in Polikliniken, was derzeit aber nicht vergleichbar ist. Und es ist auch überhaupt keine Frage, dass ich im Laufe der 26 Jahre, in denen ich das gemacht habe, faule Kompromisse gemacht habe, dass mir irgendwann auch dieses Denken ein paar Sachen kaputt gemacht hat. Und es wäre viel schlimmer, wenn ich nicht die Chance gehabt hätte, zu reflektieren in politischen Gruppierungen usw. Wer das aber nicht hat, der wird deformiert mit der Zeit. Das ist überhaupt keine Frage.

Eine andere wichtige Rolle – darauf hast Du ja schon oft aufmerksam gemacht – spielt die Pharmaindustrie. Du hast schon mehrfach beschrieben, wie Krankheiten, „Volkskrankheiten“, förmlich erfunden werden, z. B. Osteoporose. Ein britischer Pharmakonzern hat jetzt die sexuelle Funktionsstörung der Frau als Krankheit entdeckt und ein Medikament entwickelt dagegen, sozusagen Viagra für Frauen. Inwiefern beeinflusst hier die Pharmaindustrie auch das Verhalten der Ärzte?

Winfried Beck: Man muss vielleicht vorher noch zur finanziellen Seite etwas sagen. Eigentlich müssten die Ärzte interessiert sein an hohen Lohnabschlüssen; sie müssten – objektiv gesehen – daran interessiert sein, ja auch bei Streiks für höhere Löhne etc. mitmachen, sich vorne dran stellen und sagen: Jawohl, wir brauchen für die Metallarbeiter eine Lohnerhöhung, die saftig ist. Denn das ist eigentlich das Einkommen der Ärzte. Irrerweise ist es umgekehrt. Sie identifizieren sich eher mit der Pharmaindustrie oder überhaupt mit der Industrie, mit den Arbeitgebern, obwohl das objektiv falsch ist für sie.

Die Ärzte sind eben selbst Unternehmer. Da scheint doch das Sein das Bewusstsein zu bestimmen...

Winfried Beck: Ja, aber das ist dann etwas Ideologisches, nichts objektiv Rationales. Es ist ein: Wohin-gehören-wollen. Das sind die so genannten Zwischenschichten, die auch bei revolutionären Umwälzungen immer hochgefährdet sind. In der Nazizeit wurden sie Faschisten; das hätten sie ja nicht werden müssen. Es gab auch andere.

Bei uns haben sie sich – meine ich – ziemlich festgelegt in der Mehrheit. Das kommt unter anderem daher, dass die Industrie – und zwar die medizinische Geräte- und die Pharmaindustrie – sie von morgens bis abends und von der Wiege bis zur Bahre bearbeitet – ideologisch und ökonomisch. Das geht auf verschiedenen Schienen vor sich.

Zum einen schicken sie die Arzneimittelvertreter, die so genannten »Wissenschaftlichen Außendienstmitarbeiter«, die eine Unmenge Geld kosten und die nichts anderes machen, als ein gutes Geschäftsklima erzeugen zwischen Arzt und Industrie. Da wird dann mit diesem vereinzelt isolierten Arzt gesprochen über Kollegen, über den Urlaub, eine nette Atmosphäre geschaffen. Das brauchen die auch, weil sie ja alle kurz vor dem Burn-out stehen und mit niemand anderem reden als mit »Kundschaft« sozusagen. Und wenn dann mal so ein netter Pharmavertreter kommt, wird nebenbei erzählt, was es Neues gibt, und es werden ein paar Proben dagelassen. Das sind praktisch immer Medikamente, die es schon gibt oder die unnötig sind. Antibiotika oder andere hochwirksame Arzneimittel werden nicht dagelassen, weil sie zu teuer sind oder weil es sich nicht um Innovationen handelt. Das ist der eine Einfluss.

Der zweite ist: Sie machen »Fortbildungsveranstaltungen« – das ist ja bekannt –, in denen ebenfalls eine nette Atmosphäre hergestellt wird. Inzwischen wurde das ein bisschen eingeschränkt. Früher war es noch krimineller. Heute dürfen sie keine unmittelbare Verbindung mehr herstellen zwischen ihren Produkten und dem Vor-

trag. Aber es gibt da natürlich einen Stand und ein Büfett, und dann kann man Sachen mit nach Hause nehmen. Da gehen viele Ärzte hin. Zumindest gehen sie da mehr hin als zu nicht-gesponserten Veranstaltungen, die es ja auch gibt, z.B. von den Kammern.

Kann man einschätzen, welchen Umfang diese Veranstaltungen von der Pharmaindustrie einnehmen?

Winfried Beck: 80 Prozent würde ich sagen. Die anderen sind auch teuer, denn die muss man selbst bezahlen. Das kommt dazu.

Aber meiner Einschätzung nach ist der wesentlichste Einfluss der über die Fachpresse und zwar nicht über die Reklamen darin – das auch, das ist dann wie überall: Reklame wirkt. Klar –, sondern der Einfluss auf den redaktionellen Teil. Dadurch wird der Eindruck erweckt, dass die Ärzte meinen, sich gut fortzubilden, wenn sie das lesen. Das suggeriert erstens, dass Medikamente unheimlich wichtig sind – und zwar viel wichtiger, als sie in Wirklichkeit sind. Es muss dort bei jeder Krankheit immer irgendein Medikament im Spiel sein, sonst stimmt da etwas nicht. Dazu kommt, dass die meiste Forschung über Arzneimittel und ihre Wirkungen stattfindet – und nicht über Ursachen von Krankheiten oder Prävention –, weil das gesponsert wird. Das ist das eine und das andere, das noch Gefährlichere ist, dass die Pharmaindustrie bereits in der Lage ist – ich denke noch nicht länger als zehn Jahre – sozusagen Krankheitsbilder selbst zu definieren. Ihr Interesse ist dabei natürlich, dass es Krankheiten gibt, die massenhaft auftreten und die medikamentös zu behandeln sind.

Jetzt kann man sagen: Klar sollte man massenhaft auftretende Krankheiten behandeln, was soll man dagegen sagen? Problematisch wird es aber, wenn Krankheiten erfunden werden. Wenn kleine Störungen im Funktionieren des Organismus zur Krankheit gemacht werden, die man behandeln muss. Das berühmteste Beispiel sind die Wechseljahre und die Beschwerden mit den Hormonen: Jetzt hat eine große Studie gezeigt, dass die Frauen öfter an der Therapie gestorben sind als an den Beschwerden. Das wurde jahrzehnte-

lang verdrängt. Oder ein anderes Beispiel: die Osteoporose. Die Pharmaindustrie hat nicht nur die Ärzte, sondern auch WHO-Gremien bei der Definition der Osteoporose beeinflusst. Also bei der Beantwortung der Fragen: Ist Osteoporose eine Erkrankung mit oder ohne Brüche, wie viel Knochendichte ist noch normal und wie viel nicht etc., wurden einfach die Werte gesenkt und die Knochenbrüche herausgenommen aus der Definition. D. h., man hat jetzt auch eine Osteoporose, wenn man keine Brüche hat und eine relativ – im Vergleich zu vorher – gute Knochendichte. Und sofort war das eine millionenhaft auftretende Erkrankung!

Soviel zur naturwissenschaftlichen Objektivität in der Medizin...

Winfried Beck: Ja, soviel zur naturwissenschaftlichen Objektivität, die gibt es nicht. Dahinter stecken Interessen, das

ist klar. Und so kommt eine Krankheit nach der anderen dazu: der Reizdarm, die erektile Dysfunktion usw. Alles wird zu Krankheiten, die man dann behandeln kann und dann – weil es ja neue Krankheiten sind – gibt es entsprechend innovative Arzneimittel, die dem Patentschutz unterliegen und für die jeder Preis genommen werden kann. Die sind irrsinnig teuer.

Also da ist nichts heilig in diesem Geschäft.

Ein konkretes Problem liegt also in der Frage nach der Bewertung und Definition, was eine Krankheit ist. Könnte in dem Zusammenhang die Einrichtung eines staatlichen Qualitätsinstituts für die Medizin, wie es derzeit diskutiert wird, einen Fortschritt bringen?

Winfried Beck: Ja, aber ich würde sagen: Man muss es umgekehrt machen.

Man muss langfristig dafür sorgen, dass z.B. die Drittmittelforschung aufhört oder andersherum gesagt: Es muss eine absolut strikte Trennung von Industrie und Forschung eingeführt werden. Alles andere ist Augenscherei. Denn in einem solchen staatlichen Institut würden wieder irgendwelche Vertreter sitzen, die zwar sagen: Das und das dürft Ihr nicht. Aber es würde trotzdem gemacht. Wir müssen runter von den Drittmitteln. Darüber gibt es übrigens bei uns im VDÄÄ auch Diskussionen, weil manche meinen, dass das nicht geht, weil es dann ja überhaupt keine Fortbildung mehr gebe usw. Also ich bin der Meinung: Lieber gar keine als diese. Es gibt sie auch schon, und sie würde sich auch wieder rentieren. Nur das ist natürlich wirklich eine Geldfrage. Da haben wir im Moment einen Teufelskreis: Durch diese falschen Forschungsergebnisse wird wieder wahnsinnig viel Geld ausgegeben.

Interview vom März 2003

Interview mit Dr. Winfried Beck, Vorsitzender des Vereins Demokratischer Ärztinnen und Ärzte (VDÄÄ)

Facharzt.de: Herr Beck, ist es richtig, dass Sie Ihre Zulassung abgegeben haben und eine Privatpraxis betreiben?

Dr. Winfried Beck: Nein, ich habe meine Praxis vor sechs Monaten verkauft und mache seitdem nur noch Gutachten für die Sozialgerichte. Außerdem lehne ich Privatpraxen grundsätzlich ab.

Warum?

Weil mir meine Ausbildung von dieser Gesellschaft bezahlt wurde – und zwar die teuerste Ausbildung, die es gibt. Es wäre nicht angemessen, nur noch ein Zehntel der Bevölkerung zu behandeln.

Aber Ihre Praxis frühzeitig verkaufen konnten Sie trotz teurer Ausbildung?

Ich konnte nach 9 Jahren Klinik und 26 Jahren Praxis psychisch nicht mehr, war ausgebrannt. Außerdem hatte sich, als ich einen Nachfolger für meine Praxisgemeinschaft suchte, ein Ehe-

paar gemeldet, was mir einen guten Preis für beide Praxen geboten hat. Diesen Preis hatte ich nicht erwartet, da habe ich zugeschlagen.

Sie beschreiben die Situation der Ärzte als "hochprivilegiert". Mit einem Burnout-Syndrom sind Sie sicherlich nicht der einzige unter Ihren Kollegen. Würden Sie das wirklich als "hochprivilegierte Situation" bezeichnen?

Meine Frau ist Sozialarbeiterin, hat einen noch viel härteren Job und verdient einen Bruchteil von dem, was Ärzte verdienen. Ich will mich ja nicht mit Managern vergleichen sondern mit Berufsgruppen, die am Menschen arbeiten. Und da gibt es niemanden, der privilegiert ist.

Gehört dazu auch, dass der Vertragsarzt rund ein Viertel seiner Leistung ohne Bezahlung erbringt?

Das ist völliger Quatsch. Wir Ärzte müssen das Komplexhonorar, den Durchschnittswert sehen, der am Ende

des Quartals herauskommt. Es ist ein Fehler, auszurechnen, wie viel man für welche Leistung bekommt. Wenn ich zehn Patienten habe, die Einlagen brauchen, dann habe ich für diese zehn furchtbar viel Honorar bekommen – viel zu viel! Dafür kommen wiederum andere Patienten, bei denen ich drauflegen muss. Entscheidend ist, was am Ende rauskommt.

Noch mal zur "hochprivilegierten Situation": Sie haben Ihre Praxis, wie sie sagten, sehr gut verkauft. Wenn der Gesetzentwurf von Ulla Schmidt in der jetzigen Form realisiert wird, werden viele Kollegen ihre Praxis nicht mehr verkaufen können.

Da kann man jetzt natürlich sagen "der hat gut reden". Das ist sicherlich nicht schön, aber wir können das Gesundheitswesen nun mal nicht danach gestalten, was den Ärzten nutzt, sondern müssen das Gemeinwohl in den Vordergrund stellen.

Nichtsdestotrotz bin ich der Meinung, dass es Entschädigungen für die Ärzte

geben muss, die ihre Praxis nicht mehr verkaufen können. Das wäre auch sicherlich vorm Verfassungsgericht einklagbar.

Was halten Sie generell von dem Gesetzentwurf aus dem BMG?

Ich befürworte uneingeschränkt ein Institut für Qualität in der Medizin, weil die Ärzteschaft nicht in der Lage ist, die Qualität zu steuern. Sowohl bei der Bundesärztekammer als auch bei den Kassenärztlichen Vereinigungen stehen andere Interessen im Vordergrund. Deswegen muss diese Aufgabe von einer unabhängigen Institution übernommen werden, wie es beispielsweise in den USA und Schweden gehandhabt wird.

Auch ein Einzelvertragssystem halte ich für sinnvoll. Denn die KV hat es nicht geschafft, zwei Sorten von Ärzten das Handwerk zu legen: Zum einen den Abzockern, die hemmungslos die Gebührenordnung ausnutzen, zum anderen den "Flaschen", also den qualitativ schlechten Ärzten. Das ist nur zu schaffen, wenn Konkurrenz herrscht.

Den Erstzugang zum Allgemeinmediziner befürworte ich ebenfalls, weil eine doppelte Facharztvorhaltung – in Klinik und Praxis – ein nicht mehr zu bezahlender Luxus ist. Damit wird im Grunde das fachärztliche Tun auch aufgewertet. Ich musste als Orthopäde oft Hausarztfunktion übernehmen, beispielsweise bei Patienten mit leicht-

ten Rückenschmerzen. Dafür bin ich eigentlich überqualifiziert.

Sie sagten, eine reine Privatpraxis lehnen Sie ab. Wie steht's mit IGeL?

Davon halte ich genauso wenig. Wenn eine Leistung notwendig ist, dann muss sie in den GKV-Katalog.

Es sind mit Sicherheit nicht alle Leistungen, die notwendig sind, im Leistungskatalog der GKV.

Wenn eine Leistung nicht im GKV-Katalog ist, dann sollte ich sie auch nicht anbieten. Das führt zu einer Zwei-Klassen-Medizin.

Auch wenn es sinnvolle Leistungen sind wie Hautkrebsvorsorge, Glaukomvorsorge etc.?

Mir persönlich fällt keine Leistung ein, die sinnvoll ist und nicht im Leistungskatalog steht. Oft wird von den Ärzten ja auch nur behauptet, die Kasse würde eine Leistung nicht bezahlen, damit Sie privat abrechnen können.

Genau hierfür brauchen wir im Übrigen die staatliche Qualitätskontrolle. Wenn dieses geplante Institut für Qualität in der Medizin entscheidet, eine Leistung gehöre nicht in den GKV-Katalog, dann gehört sie da auch nicht rein. Dann sollte sie auch nicht als Kostenerstattung angeboten werden.

Dann habe ich als Patient keine Chance, frei zu entscheiden, ob ich

eine Hautkrebsvorsorge machen möchte?

Genau, denn das würde wiederum zu einer Zwei-Klassen-Medizin führen, da viele Menschen aus finanziellen Gründen gar nicht die Wahl haben, sich für eine solche Leistung zu entscheiden. Warum sollten Sie diese Wahl also haben. Und sobald ein Verdacht auf Hautkrebs besteht, wird die Leistung ja von der Kasse bezahlt.

Ich nehme an, ein Kostenerstattungssystem halten Sie ebenfalls für unsozial?

Ja, die Kostenerstattung lehne ich völlig ab. Dabei wird doch nur der Punktwertabsturz auf die Patienten abgewälzt. In der Begegnung mit meinen Patienten will ich nicht an Geld denken müssen geschweige denn darüber reden. Ärzte, die Kostenerstattung fordern, wollen sich aus der Gesamtverantwortung ausklinken nach dem Motto "Hauptsache ich bekomme mein Geld – was der Patient am Ende von der Kasse erstattet bekommt, ist mir egal".

Sie würde aber das Kostenbewusstsein der Patienten enorm stärken.

Patienten mit einer "Freibiermentalität" habe ich nur sehr selten erlebt. Und gerade bei bedürftigen, wirklich kranken Patienten würde ich mich schämen, über Geld zu sprechen.

Presstext vom 20. Dezember 2002

Die angedrohten Kampfmaßnahmen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) sind unangemessen und Ausdruck einer wachsenden Wahrnehmungsstörung gegenüber der gesellschaftlichen Realität

Sie missbrauchen das Vertrauensverhältnis zu den Patienten und spielen mit den Existenzängsten der Arzthelferinnen

Der Durchschnittsgewinn (Vergleichbar mit dem Bruttoeinkommen der Angestellten) der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte liegt bundesweit bei 70 000 ohne und bei 85 000 mit Privatpraxis. Aus dieser Situation heraus Verarmungsängste zu entwickeln muss Nichtärzten unverständlich bleiben. Andererseits wissen auch wir, dass es erhebliche

Abweichungen von diesem Durchschnitt gibt. Deutlich niedrigere Einkommen entstehen in sog. Hobbypraxen mit sehr kleinen Patientenzahlen, aber auch durch ungünstige Standorte und Patientenzusammensetzungen. So haben Praxen in sozialen Brennpunkten mit wenigen oder gar keinen Privatpatienten und hohem Beratungsbedarf im Ver-

gleich dramatisch niedrigere Einkommen. Nur ist dafür nicht die Politik, sondern die KBV verantwortlich. Sie ist es, die die Gelder der Krankenkassen verteilt, sie trägt die Verantwortung dafür, dass hochtechnisierte Praxen über- und Beratungspraxen unterbezahlt sind.

Zur Überwindung der finanziellen

Krise im Gesundheitswesen fordert die KBV Leistungskürzungen bei den Gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV), mehr Zuzahlung im Krankheitsfall und Kostenerstattung statt Sachleistungen. Ohne jede Andeutung von Bescheidenheit angesichts der Einkommen wird so unter dem Schlagwort Selbstverantwortung der Patienten Eigennutz der Ärzte vorgeführt. Die Kranken und sozial Schwachen sollen die Risiken tragen, damit die Einkommen der Ärzte auf ihrem hohen Niveau bleiben können.

Der Höhepunkt der Selbstüberhebung ist allerdings der Umgang mit den eigenen Beschäftigten, den Arzthelferinnen. Schamlos wird mit einem Ausbildungsstopp, Entlassungswellen und dem Vorschlag "rotierender Kündigungen" gedroht, ohne auch nur ansatzweise die verheerende Wirkung auf das Arbeitsklima in den Praxen zu erahnen.

Auch wir sind der Auffassung, dass die Finanzierungsprobleme im Gesundheitswesen nicht auf dem Rücken der Beschäftigten ausgetragen

werden dürfen, dass die Ökonomisierung unseres Berufes die Autonomie und Professionalität ärztlichen Handelns zunehmend einengt, dass die Arbeitszeiten in den Kliniken, der Budgetdruck in den Praxen und bürokratischen Kontrollen durch die Kassen nicht länger hingenommen werden können. Auch wir sind empört, wie die Bundesregierung Gelder dem Gesundheitswesen entzieht, indem sie beispielsweise allein durch das Hartz-Projekt mehr als eine Milliarde Euro umleitet.

Wenn die Ärzteschaft aber weiter einen realitätsfernen, eigennütigen Kurs fährt, dann wird sie sich isolieren und anderen die Kontrolle über diesen sozial und ökonomisch so bedeutsamen Sektor überlassen müssen.

Es ist höchste Zeit, sich auf die Grundwerte ärztlicher Tätigkeit zu besinnen: Gleiche Chancen für alle auf Gesundheit, medizinische Versorgung überall und jederzeit für alle unabhängig vom Geldbeutel, in Teamarbeit aller im Gesundheitswe-

sen Beschäftigten: Ärzten, Pflegekräften, Arzthelferinnen, MTAs, Physiotherapeuten Von ärztlicher Seite wäre angesichts der Einkommensrelationen aber auch unter Verweis auf die Blockadepolitik der Selbstverwaltungsorgane Bescheidenheit angesagt. Hat doch die KBV jede Innovation zur Verbesserung der Versorgung der Bevölkerung verschlafen oder hintertrieben. Es waren nicht die Ärzte, die eine Qualitätsoffensive in Gang setzten, evidenzbasierte Medizin und Disease Management Programme (DMP) forderten, den psychologischen Psychotherapeuten die Zulassung ermöglichten, sondern Krankenkassen und Politiker.

Es ist höchste Zeit, die damit im Zusammenhang stehenden Einsparpotentiale gemeinsam mit und nicht gegen die Politik und die GKV zu erschließen.

20.12.2002

Dr. Winfried Beck Vorsitzender des VDÄÄ
Tel 0173 3125533

Presstext vom 12. November 2002

Wir Ärztinnen und Ärzte aus Kliniken und Praxen sind bereit, ein Jahr lang auf Einkommenssteigerungen zu verzichten (Nullrunde)

Wenn dadurch die solidarische gesetzliche Krankenversicherung (GKV) gerettet und ausgebaut werden kann. Weil wir unseren Platz nur in einem auf Solidarität beruhenden Gesundheitswesen sehen, weil nur so die Chancen auf Gesundheit für alle Bevölkerungskreise gleich sein können und weil Armut und mangelhafte Bildung nicht gleichbedeutend mit einem erhöhten Krankheitsrisiko sein darf.

Wir sind aber zu diesem Schritt nur bereit, wenn nach dem "Notstandsgesetz" eine große umfassende Strukturreform folgt. Diese muss die gleichzeitige Über- (z. B. Herzkatheter) - Unter- (z. B. Hoher Blutdruck)- und Fehlversorgung (nicht wirksame Medikamente) beseitigen. Dies ist nur über eine Qualitätsoffensive verbunden mit mehr

Transparenz und einer Orientierung an evidenzbasierten Verfahren zu erreichen. Menschen in Hamburg müssen die gleichen Heilungschancen haben wie im Bayerischen Wald. Es müssen spürbare Maßnahmen erfolgen, die den ständig wachsenden Einfluss der Pharmaindustrie auf die Fortbildung und damit auf das therapeutische und diagnostische Verhalten der ÄrztInnen beenden. Als Sofortmaßnahme schlagen wir die Veröffentlichung einer Positiv- oder wenigstens einer Negativliste nicht verordnungsfähiger weil unsinniger Arzneimitte vor. Die Fortbildung muss streng von dem Einfluss der Industrie durch Sponsoring getrennt werden.

Die von Markt fetischisten geforderte sog. Selbstbeteiligung von PatientInnen muss unter allen Umständen

verhindert werden und wir begrüßen ausdrücklich das Fehlen solcher Maßnahmen im Vorschaltgesetz. Selbstbeteiligung trifft immer nur die Kranken vor allem die chronisch Kranken und Behinderten. Ein Steuerungseffekt auf die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen ist zwar in gewissem Maße vorhanden, aber gesundheitsschädlich. Gerade die am meisten Gefährdeten sozial Schwachen werden dadurch vom Arztbesuch abgehalten. Ein Gesundheitswesen ist aber immer nur so gut wie die Versorgung der Schwächsten. Wir wollen keine Hightech Medizin für Wohlhabende sondern eine optimale Versorgung für alle überall und jederzeit.

Wir halten es für einen Skandal, dass sich immer noch 10 % der Bevölkerung von der solidarischen Verpflichtung

tung durch Mitgliedschaft in Privaten Krankenversicherungen befreien können. Nur eine Pflichtversicherung für alle kann hier Gerechtigkeit herstellen (und gleichzeitig den Beitragssatz in der GKV um 1,2 % senken).

Wir verlangen eine Beendigung der katastrophalen Arbeitsbedingungen in den Krankenhäusern. Ein Nullrunde würde diesen Zustand stabilisieren. Stattdessen erwarten wir eine Einstellungsoffensive und die Bereitstellung von entsprechenden Mitteln. Selbstverständlich müssen die tarifvertraglichen Gehaltserhöhungen von einer Nullrunde ausgenommen werden, weil sonst die Nullrunde für die Krankenhausbeschäftigten zu einer Minusrunde würde und der zwangsläufige Stellenabbau die für alle Beteiligten schon jetzt unzumutbaren Arbeitsbedingungen noch weiter verschärfen würde.

Wir sind auch bereit und in der Lage, nach Wirtschaftlichkeitsreserven im Medizinbetrieb zu suchen.

Wir beklagen die Reformblockade der ärztlichen Selbstverwaltungsorgane mit ihrer einseitig ausgerichteten Klientelpolitik. Als Alternative zu den Vorstellungen der Regierung wiederholen sie die Forderung nach mehr finanzieller Selbstbeteiligung der Kranken und "Straffung des Leistungskatalogs". Abschreckendes Beispiel ist die Erfindung der sog. Individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL). Mit Methoden aus der Grauzone medizinischer Verfahren greifen ÄrztInnen zunehmend unter Missbrauch ihres Kompetenz- und Vertrauensvorsprungs und ohne jede Kontrolle nach dem Portmonee der gesetzlich Versicherten. Einen Beitrag auf der Suche nach Wirtschaftlichkeitsreserven - Doppeluntersuchungen, Fehlerordnungen, Operations-

häufigkeit etc. - leisten sie unter dem Vorwand alles sei bestens oder dem Hinweis auf den Datenschutz hingenommen nicht.

Das Prinzip Solidarität bei der Absicherung des Krankheitsrisikos: Reich für arm, gesund für krank, jung für alt, ein Prinzip mit dem Bismarck 1883 die Welt überraschte und Viele zur Nachahmung veranlassten ist in Gefahr von einer lautstarken Lobby geopfert zu werden. Die Menschen werden erst merken, was sie verloren haben, wenn Gesundheit zu Ware, PatientInnen zu Kunden und ÄrztInnen zu Krämern geworden sind. Geld wird die Beziehung zwischen Patient und Arzt prägen, eine Vorstellung, die für uns ÄrztInnen unvereinbar mit sozialer Verantwortung und Freude am Beruf ist.

Dr. Winfried Beck
Vorsitzender des VDÄÄ
12.11.02

Medikamente für die Dritte Welt: Deutschland soll Zugang sichern helfen

Bielefeld, 26.5.2003

Den ärmsten Ländern muss der Zugang zu lebenswichtigen Arzneimitteln ermöglicht werden. Bislang blockieren die USA eine Lösung innerhalb der Welthandelsorganisation (WTO). Deutschland soll auf die Europäische Union einwirken, damit sie ihren untauglichen Kompromissvorschlag zurückzieht. Entwicklungspolitische Gruppen fordern die Bundesregierung mit einer Postkartenaktion zum Handeln auf.

Schutzklauseln der Welthandelsorganisation (WTO) sollen allen Ländern eigentlich ermöglichen, den Patentschutz außer Kraft zu setzen, damit der Bevölkerung notwendige Medikamente billig zur Verfügung gestellt werden können. Ausgerechnet die Länder ohne eigene Pharmaproduktion müssen bislang aber auf eine Lösung ihrer Versorgungsprobleme warten. Denn die USA wollen ihnen die Erteilung von Zwangslizenzen nur für Medikamente gegen einige wenige Krankheiten gestatten. Die Haltung der USA ist innerhalb der

WTO isoliert, dennoch schlägt die Europäische Union als Kompromiss eine längere "halboffene Liste" von Krankheiten vor, für die Länder Medikamente billig importieren dürften. Bei Krankheiten, die nicht auf der Liste stehen, soll die Weltgesundheitsorganisation eingeschaltet werden.

Die BUKO Pharma-Kampagne und viele weitere Gruppen halten auch den EU-Vorschlag für untauglich. Er bürdet ausgerechnet den ärmsten Ländern weitere bürokratische Hürden auf und erschwert unnötig den Import von lebenswichtigen Medikamenten.

Die Bundesregierung muss sich aktiv für eine Lösung einsetzen, die die Souveränität der betroffenen Staaten respektiert. Jedes Land muss alleine entscheiden dürfen, welche Medikamente für die Versorgung seiner Bevölkerung wichtig sind und – wie im TRIPS Vertrag vorgesehen – Zwangslizenzen für Medikamente erteilen können.

Die BUKO Pharma-Kampagne macht mit einer Straßentheatertour ihrer Gruppe Schluck & weg vom 26. Mai bis 7. Juni auf die Probleme der armen Länder aufmerksam und wird Unterschriften sammeln. Auch auf dem ökumenischen Kirchentag in Berlin werden die Protestpostkarten verteilt, dort ist die Kampagne mit drei Veranstaltungen zum Thema präsent.

Weitere Informationen erhalten Sie bei der BUKO Pharma-Kampagne: August-Bebel-Str. 62, D 33602 Bielefeld, Tel 0521-6055, Telefax -63789, presse@bukopharma.de, www.bukopharma.de

Die Veranstaltungen mit der BUKO Pharma-Kampagne auf dem Kirchentag unter www.bukopharma.de in der Rubrik Service/Veranstaltungen

Die Auftrittstermine von Schluck & weg finden Sie unter www.bukopharma.de in der Rubrik Straßentheater.

Der Vorstand

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

Jürgen Große
Mesterfeld 17
22523 Hamburg
Telefon 040 5704575
Fax 040 5704575
grosse@hansenet.de

Thomas Hammer
Breite Straße 114
22767 Hamburg
Telefon 040 3895584

Bernd Rehberg
Bramfelder Chaussee 291
22179 Hamburg
Telefon 040 6417769
Fax 040 64202201
neptun@neptun-apotheke-
hamburg.de

Dr. Thomas Schulz
Stegemühlenweg 39
37083 Göttingen
Telefon 0551 7704442
tschulz1@gwdg.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

Katja Lorenz,
Wilhelmshöher Straße 24
12161 Berlin
Telefon 030 85074341
k-lorenz@foni.net

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
Fleming-Apotheke
Grindelallee 182
20144 Hamburg
Telefon 040 458768
Fax 040 458768
geschaeftsstelle@vdpp.de

Hessen

Christl Trischler
Heegbach-Apotheke
Bahnstraße 92
64390 Erzhausen
Telefon 05631 61493
heegbachApotheke
@t-online.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>