

VDPP • RUNDBRIEF

16. Jahrgang

12 / 2004

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
60 INHALT

Bürgerversicherung – wo endet die Solidarität?

Frauen in der Landespolitik – fast schon Normalität?

Arzneimittelrecycling

MV in Hamburg

Sozialpharmazie in NRW

EDITORIAL

Liebe Leserinnen und Leser,

eigentlich sollte dieser Rundbrief ja schon zum Apothekertag fertig geworden sein, daraus ist leider wieder einmal nichts geworden, ein Festplattencrash hat für weitere Verzögerungen gesorgt.

Gedankt sei diesmal besonders denjenigen, die unserem Drängeln nach Beiträgen nachgegeben haben – mögen viele diesem Beispiel folgen. Die Unzulänglichkeiten bei der Fertigstellung haben dann dazu geführt, dass insbesondere Gabriele Beisswangers Artikel auf allerneueste Entwicklungen (die Wahl von Magdalene Linz zur BAK-Präsidentin) nicht mehr eingehen konnte.

Auch der neue Gehalts- und Rahmentarifvertrag kann frühestens im nächsten RB kommentiert werden.

Nicht allzu viele Informationen könnten wir leider zu den Klagen gegen die Apothekerkammern zusammentragen – dafür gibt es aber interessantes von der MV und zu Frauen in der Apotheke zu lesen.

Viel Spaß dabei wünscht euch

das Redaktionsteam

*Redaktionsschluss für den
VDPP-Rundbrief Nr. 61:
31. Januar 2005*

IMPRESSUM

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

Redaktion: Katja Lorenz, Jürgen Große (verantwortlich), *Bildredaktion:* Dr. Thomas Schulz

Redaktionsanschrift: Jürgen Große, Mesterfeld 17, 22523 Hamburg, Tel. 040 5707700, Fax 040 5704575, E-Mail: redaktion@vdpp.de.

Für Beiträge, die mit vollem Namen gekennzeichnet sind, übernimmt der/die AutorIn die volle Verantwortung. Die Urheberrechte liegen bei den AutorInnen. Bildrechte: Titel, S. 10 – ABDA, S. 21-24 – DAZ

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

INHALT

Grußwort des Vorstands Thomas Schulz	3	Was ich liebte Regina Schumann	20
Uschi Blöcker stellt sich vor	3	DOKUMENTATION	
Endet Solidarität bei 3487,50 oder bei 5150 Euro? Thomas Schulz	4	Sozialpharmazie im Öffentlichen Gesundheitsdienst Udo Puteanus	21
Antrag zum Apothekertag	6	Herbstsitzung von ADEXA	25
Zum 15. nach Hamburg Katja Lorenz	7	Was wird aus der ABDA	26
Frauen in der Standespolitik – fast schon Normalität? Gabriele Beisswanger	8	Abschaffung der KVen? Wulf Dietrich Winfried Beck	27 28
Vom armen Schlucker zum Müllschlucker? Jürgen Große	10	Arzneimittelforschung – für wen?	29
TERMINE	12	Prioritäten setzen reicht nicht aus	30
Rechenschaftsbericht zur MV 2004 Thomas Schulz	13	Pfizer verunsichert Kranke	30
Protokoll der MV 2004 Renate Rathmann	14	Dr. Rath gefährdet AIDS-Kranke in Südafrika	31
Finanzbericht 2003 Udo Ament	18	Zahnersatz 2005: VDZM kritisiert Regierungspolitik und Festzuschüsse	32
Finanzplan 2004 Udo Ament	19	vzbv mahnt Pfizer ab	33
BUCHBESPRECHUNGEN		Kein Zusammenhang zwischen Kosten der GKV und Arbeitslosigkeit	34
Der Fengshui-Detektiv Regina Schumann	20	Individuelle GEgesundheitsLeistungen	35

Grußwort des Vorstands

Liebe Leserinnen und Leser,

unsere Jubiläums-MV liegt hinter uns. Es war wieder einmal sehr schön in Hamburg, wir haben einen funktionsfähigen Vorstand und wir haben eine Forderung zur Korrektur eines gravierenden Missstandes im GMG verabschiedet.

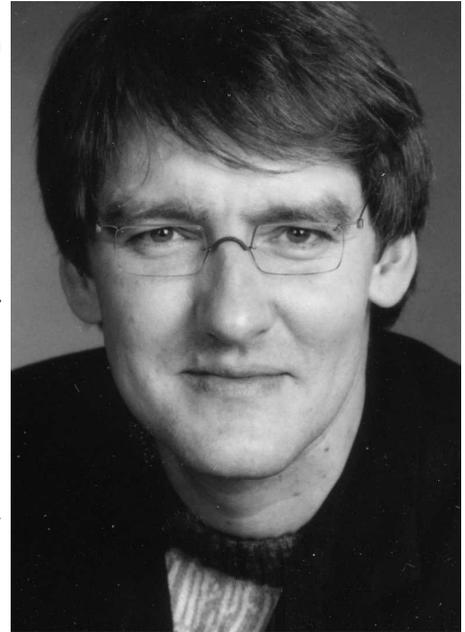
Das wäre in wenigen Worten die Essenz der Veranstaltung. Es gibt uns also noch, der Vorstand besteht nicht mehr nur aus Männern und wir sind auch noch in der Lage politisch zu arbeiten.

Was steht für das nächste Jahr an: Die ersten Auswirkungen des GMG werden analysiert, in der Presse wurden die hohen Überschüsse der Krankenkassen gefeiert, die im Endeffekt die stark gestiegenen Belastungen der kranken GKV-Mitglieder widerspiegeln. Zu unserer Forderung nach sozial verträglichen Zuzahlungen für die Ärmsten in unserer Gesellschaft äußerten sich wie üblich nur die Oppositionsfraktionen bzw.

-parlamentarierInnen. In den nächsten zwei Jahren werden Diskussionen zur Gestaltung der Krankenversicherung anstehen, hier sind wir alle gefordert mitzudenken, denn es handelt sich um unser aller Zukunft. Schließlich ist jede(r) krankenversichert. Auf der MV führten wir ein erstes Brainstorming zum Thema Bürgerversicherung vs. Kopfpauschale durch. Einige Gedanken dazu finden sich in diesem Rundbrief.

Zu guter Letzt noch Anmerkungen zu meiner Person: Nach mehr als 10 Jahren bin ich wieder in Berlin angekommen. Es wird sich zeigen, ob mir meine neue Tätigkeit Freiräume für die Außendarstellung des Vereins lassen wird; ich werde mich auf jeden Fall weiterhin um eine inhaltliche Arbeit kümmern.

„Ehrenamtliche Arbeit lohnt sich“, pflegt meine frischgebackene Frau zur VDPP-Arbeit zu sagen. Ich wünsche uns allen einen schönen



Herbst und ich hoffe darauf, dass wir noch vor Weihnachten wieder voneinander hören.

Thomas Schulz
(für den Vorstand)

Der Vorstand und sein neues Mitglied

Uschi Blöcker stellt sich vor

Hallo, jetzt bereichere ich den Vorstand des VDPP. Dabei bin ich schon bei der Gründung und davor – als

wir als Hamburger Gruppe noch „Friedensinitiative Hamburger Apotheken“ hießen – dabei gewesen.

nen Kredit zum Kauf bewilligte (die Seehofer'sche Gesundheitsreform lässt grüßen!). Dann habe ich mehrere Apotheken kennen gelernt und bin nun seit sechs Jahren in einer homöopathisch und naturheilkundlich orientierten Apotheke tätig. Am 1. April habe ich als eine der ersten offiziellen Filialapothekerinnen in Hamburg unsere Zweigstelle übernommen. Eine neue Herausforderung in einem Alter, in dem meine Freunde in den Vorruhestand gehen!

Ach so, ich bin in Pirna geboren, in Dresden zur Grundschule gegangen, habe in Kassel Abi gemacht, in Braunschweig Lebensmittelchemie studiert und bin seit 1971 Hamburgerin. Meine Tochter lebt in Berlin.

Uschi Blöcker
(neu im Vorstand)



Meistens habe ich an den 14-tägigen Treffen der Hamburger Regionalgruppe teilgenommen und weiß, worum es geht.

Nach so langer Mitgliedschaft musste ich die Frauenquote im VDPP einmal wieder erfüllen!

Ich bin seit 1981 Apothekerin, habe das als Aufbaustudium zur Lebensmittelchemie gelernt, weil ich nach drei Jahren Hausfrau- und Mutterpause als Lebensmittelchemikerin keinen Teilzeitjob in Hamburg bekam. 15 Jahre arbeitete ich in einer kleinen Apotheke – zuerst immer 25 Stunden –, bis diese verkauft wurde, und die Bank mir kei-

Endet Solidarität bei 3487,50 oder bei 5150 Euro?

Überlegungen und Rechenbeispiele zur Bürgerversicherung

von Thomas Schulz

Zur Umstrukturierung der gesetzlichen Krankenversicherung werden derzeit die Modelle der Bürgerversicherung und der Kopfpauschale kontrovers diskutiert. Bündnis 90/Die Grünen und die SPD favorisieren eine Bürgerversicherung, die Union favorisiert mehrheitlich eine Kopfpauschale, die unionsintern nur „Gesundheitsprämie“ genannt werden darf.

Ausgangssituation: Derzeit wird die GKV praktisch ausschließlich von Arbeitnehmern finanziert, die weniger als 3487,50 Euro pro Monat verdienen. Beamte, Selbstständige und gut verdienende Arbeitnehmer können sich privat in der Regel günstiger versichern. Vor diesem Hintergrund ist eine Umstrukturierung im Krankenversicherungssystem wirklich dringend erforderlich. Die Bürgerversicherung sieht vor, alle Personen - auch die Beamten und Selbstständigen

(und eigentlich auch die gut verdienenden Arbeitnehmer) - und alle Einkünfte (z. B. Kapitalerträge und Mieteinnahmen) einzubeziehen. Damit soll der Faktor Arbeit entlastet und die Einnahmehbasis erweitert werden. All diese Überlegungen erscheinen auf den ersten Blick sehr löblich und sehr sozial.

Bündnis 90/Die Grünen haben ein Gutachten in Auftrag gegeben, dass die Bürgerversicherung durchstrukturiert und verschiedene Annahmen durchrechnet. Es ist unter http://www.gruene-fraktion.de/cms/rente_gesundheit/dokbin/35/35843.gutachten_buergerversicherung.pdf herunterzuladen. Ich habe mir den Spaß gemacht und verschiedene Annahmen mit den Eckpunkten dieses Modells durchgerechnet. Der Nachteil ist natürlich der, dass derzeit die verschiedenen Modelle der Bürgerversicherung eine kürzere Le-

bensdauer haben als ein vollreifer Pfirsich in der Sommersonne. Die Berechnungen verdeutlichen aber einige Grundprobleme.

Verwendete Abkürzungen:

GKV – gesetzliche Krankenversicherung,

BMG – Beitragsbemessungsgrenze.

Beispiel 1

Einfluss der Beitragsbemessungsgrenze (BMG) auf den zu zahlenden Krankenversicherungsbeitrag von Arbeitnehmern. In der Spaltenüberschrift sind die **monatlichen** Bruttogehälter angegeben. Die Beträge in der Tafel geben **nur** den **Arbeitnehmeranteil** an der Krankenversicherung an. Die Veränderungen der prozentualen Angaben der GKV-Beiträge stammen aus den Modellrechnungen des Gutachtens. Eine Anrechnung von Kapitalerträgen etc. findet hier nicht statt.

	GKV-Beitrag	2000	3000	4000	5000	10000	20000
derzeit	14,3	143,00	214,50	249,36	249,36	249,36	249,36
BMG 3487,50	13,0	130,00	195,00	226,69	226,69	226,69	226,69
BMG 5150	12,0	120,00	180,00	240,00	300,00	309,00	309,00
keine BMG	10,9	109,00	163,50	218,00	272,50	545,00	1090,00

Bewertung:

Die Verbreiterung der Einnahmehbasis durch Einbeziehung der Beamten, Selbstständigen und gut verdienenden Arbeitnehmer macht sich durch eine Reduzierung des GKV-Beitrages von mindestens 1,3 % bemerkbar. Das Grundmodell basiert auf der „Beitragsbemessungsgrenze“ von derzeit 3487,50 Euro. Oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze zahlen alle Beitragszahler unabhängig von ihrem Einkommen den gleichen Beitrag, den Höchstbetrag. Nun zu den einzelnen Szenarien:

Vorteil der BMG 3487,50: Die Beiträge sinken etwas, der höchste Beitrag wäre 226,69 Euro. Es würden sich milde Entlastungen der niedrigen Einkommen ergeben, aber auch die höheren Einkommen von z. B. 4000 Euro im Monat würden profitieren.

Vorteil der BMG 5150: Der Krankenkassenbeitrag würde um etwa 2,3 % sinken. Damit würden die Beiträge auf die Einkommen bis 4000 Euro sinken. Personen mit einem Einkommen von 2000 Euro werden massiv entlastet (23 Euro im Monat).

Die höheren Einkommen werden stärker belastet, der höchste Beitrag wäre 309 Euro. Personen mit einem Einkommen von 5000 Euro im Monat würden 50 Euro mehr im Monat bezahlen, kein Wunder, dass die Partei der gut verdienenden Akademiker gegen eine entsprechende Beitragsbemessungsgrenze ist.

Vorteil ohne BMG: Wenn die Beitragsbemessungsgrenze ganz aufgehoben würde, würden alle Einkommen ohne Obergrenze nach dem geltenden Prozentsatz einbezogen werden. Der Krankenkassenbeitrag

würde um 3,4 % gegenüber dem Status quo der GKV sinken. Die direkte Folge wäre ein deutliches Absinken der Beiträge der Einkommen bis 4000 Euro! Bei einem Monatseinkommen von 2000 Euro würde die Entlastung für die ArbeitnehmerIn sogar 34 Euro im Monat betragen. Dies hätte eine erhebliche Belastung der wirklich gut Verdienenden zur

Folge. Daher wird diese Alternative nirgends ernsthaft verfolgt. Keine Regierung würde sich an einen monatlichen GKV-Beitrag von 1090 Euro bei Verdienern von 20.000 Euro im Monat herantrauen ...

Beispiel 2

Entsprechend der Vorstellungen zur Bürgerversicherung werden Miet-

und Zinseinnahmen von 2000 Euro im Jahr bei der Einziehung von GKV-Beiträgen mitberücksichtigt.

Einnahmen aus Vermietung und Kapitalerträgen von 2000 Euro im Jahr mögen im ersten Moment hoch vorkommen. Da es aber erklärte rot-grüne Politik ist, die Eigenvorsorge zu stärken, sollten Erwerbstätige im

	GKV-Beitrag	2000	3000	4000	5000	10000	20000
Kapital-/Miete (pro Jahr)	2000						
derzeit	14,3	143,00	214,50	249,36	249,36	249,36	249,36
BMG 3487,50	13,0	151,67	216,67	226,69	226,69	226,69	226,69
BMG 5150	12,0	140,00	200,00	260,00	309,00	309,00	309,00
keine BMG	10,9	127,17	181,67	236,17	290,67	563,17	1108,17

höheren Lebensalter schon so viele Ersparnisse haben, die entsprechende Zinsen/Erträge abwerfen.

Bewertung:

Die Zeile **derzeit** zeigt, dass sich solche Einnahmen derzeit nicht auswirken.

Die verschiedenen Beitragsbemes-

sungsgrenzen zeigen, dass die BMG bei Einbeziehung von anderen Einnahmen **ausschließlich** die Versicherten mit niedrigen und mittleren Einkommen benachteiligen, die gut verdienende Klientel würde – wie bisher – verschont bleiben.

BMG 3487,50: Personen mit einem monatlichen Einkommen von 2000 Euro würden **mehr** zahlen als vorher. Arbeitnehmer die mehr als 4000 Euro im Monat verdienen liegen sowieso schon über der BMG und zahlen **weniger** als vorher. Die Einbeziehung von Kapitalerträgen betrifft also nur die Versicherten mit

niedrigen und mittleren Einkommen. Bei der derzeitigen Regierungspolitik ist davon auszugehen, dass dies auch beabsichtigt ist.

BMG 5150: Durch die verstärkte Einbeziehung der höheren Einkommen würde sich die Situation für die Bezieher von niedrigen und mittleren Einkommen dem Status quo angleichen. Hier wären die Personen mit einem Einkommen von knapp unter der BMG verstärkt belastet.

Keine BMG: eine Entlastung aller Einkommen bis 4000 Euro. – Politisch immer noch nicht durchsetzbar.

Beispiel 3

Miet- und Zinseinnahmen von 10.000 Euro im Jahr werden bei der Einziehung von GKV-Beiträgen mitberücksichtigt.



	GKV-Beitrag	2000	3000	4000	5000	10000	20000
Kapital-/Miete (pro Jahr)	10000						
derzeit	14,3	143,00	214,50	249,36	249,36	249,36	249,36
BMG 3487,50	13,0	226,69	226,69	226,69	226,69	226,69	226,69
BMG 5150	12,0	220,00	280,00	309,00	309,00	309,00	309,00
keine BMG	10,9	199,83	254,33	308,83	363,33	635,83	1180,83

Bewertung:

Die Zeile **derzeit** zeigt, dass sich solche Einnahmen derzeit nicht auswirken.

BMG 3487,50: Auch Personen mit einem Einkommen von 2000 Euro und 3000 Euro sind nun – bei Umlageung der Zinszahlungen auf das Monatsinkommen – oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze. Im Vergleich zum Status quo zahlen sie **mehr** als vorher. Bei Personen mit einem Einkommen von 4000 Euro und mehr machen sich die zusätzlichen Einnahmen nicht bemerkbar.

BMG 5150: Hier wären die Personen mit einem monatlichen Einkommen von 4000 Euro verstärkt belastet.

Keine BMG: Alle würden mehr bezahlen. – Politisch nicht durchsetzbar.

Derzeit wird über die Beitragsbemessungsgrenze bei 3487,50 oder bei 5150 Euro und die „Akzeptanz“ bei der Bevölkerung diskutiert. Bei der derzeitigen Vorstellung einer Einbeziehung aller sonstigen Kapital- und Mieteinkünfte bedeutet eine Beitragsbemessungsgrenze, dass nur die Beitragszahler darunter noch zusätzlich Krankenkassenbeiträge auf Sparzinsen oder Mieteinkünfte zahlen würden.

Ist das wirklich unsere Vorstellung einer sozial gestalteten Bürgerversicherung? Die Beitragssenkung wür-

de gerade 1,3 % betragen und nur die Versicherten unterhalb der Beitragsbemessungsgrenze dürften zusätzlich für Sparzinsen (oberhalb eines Sparerfreibetrages) Krankenkassenbeiträge zahlen!?

Wahrscheinlich wird es auf eine Bürgerversicherung ohne Einbeziehung der Kapital- und Mieteinkünfte hinauslaufen. Das wäre bei der Beibehaltung von Beitragsbemessungsgrenzen im Endeffekt sozialer!

Anmerkung: Wäre eine steuerfinanzierte Krankenversicherung – nach Schließung der Schlupflöcher – nicht solidarischer? Die Einkommenssteuer kennt keine „Beitragsbemessungsgrenzen“ ...

Antrag zum Deutschen Apothekertag 2004

(Bearbeitete Fassung vom 16.7.04)

Die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker fordert die ABDA auf, jährlich eine Übersicht über die Umsätze im Bereich der nicht rezeptpflichtigen Arzneimittel und Nahrungsergänzungsmittel (Selbstmedikation plus arztgestützte Selbstmedikation) zu erarbeiten.

In dieser Übersicht sollen die über Apotheken verkauften Arzneimittel und Nahrungsergänzungsmittel in Ranglisten nach Indikationsgruppe und Produkt erfasst werden.

Die ABDA wird aufgefordert, mit anderen Marktpartnern entsprechende Verhandlungen zu führen, sodass die notwendigen Daten zur Verfügung gestellt werden können.

Die Analyse und Bewertung der Daten muss durch eine unabhängige wissenschaftliche Einrichtung erfolgen. Die Ergebnisse sollen jährlich im Rahmen einer wissenschaftlichen Tagung präsentiert und diskutiert werden und Aspekte wie Nutzen und Risiko und Risikominimierung beinhalten.

Begründung:

Eine möglichst breite und aktuelle Diskussion über den Bereich der vom Patienten/Kunden selbst gekauften Arzneimittel ist

- aus Gründen der Festigung des Apothekers als Heilberufler im Gesundheitswesen und der Festigung der "Präsenzapotheke" in der Arzneimittelversorgung, speziell in der Selbstmedikation,
- aus Gründen des Verbraucherschutzes,
- aus Gründen der ordnungsgemäßen Arzneimittelversorgung und der Qualitätssicherung im Bereich nicht ärztlich verordneter Arzneimittel notwendig.

In allen Bereichen des Gesundheitswesens entwickelt sich eine permanente und ausreichende Qualitätssicherung zur Selbstverständlichkeit. Produkte und Leistungen, die aufgrund ihrer Besonderheit eng reglementiert und bestimmten Berufsgruppen vorbehalten sind, können ohne ausreichende Qualitätssicherung diesen besonderen Status verlieren. Dem wird die hier geforderte Datensammlung und Bewertung entgegen wirken.

Alle im Arzneimittelbereich Tätigen und an einer ordnungsgemäßen Arzneimittelversorgung interessierten Kreise (u. a. Apothekerinnen und Apotheker) sind auf eine ausreichende Informationsgrundlage angewie-

sen, um anhand dieser Daten ggf. steuernd eingreifen zu können. Auf die Apothekerschaft ist aufgrund der Entwicklungen im Bereich der Selbstmedikation eine hohe Verantwortung zugekommen. Sie kann den Erwartungen der Bevölkerung (und auch der Gesundheitspolitik) nur dann gerecht werden, wenn auch die Berufsorganisationen für eine ausreichende Transparenz und offene Diskussion über Nutzen und Risiken der Selbstmedikation sorgen und diese Bemühungen auch für die Öffentlichkeit dokumentiert werden können.

Aus der Sicht der Verbraucher ist eine fundierte Information zu nichtverschreibungspflichtigen Arzneimitteln notwendig, weil seit Inkrafttreten des GMG der Bereich der Selbstmedikation enorm an Bedeutung gewonnen hat.

Die Auswahl der Präparate erfolgt mehrheitlich in Verantwortung des Verbrauchers. Die Werbung für Arzneimittel informiert nur einseitig, dem gegenüber stehen nur wenige kritische Informationsquellen. Die Verbraucher müssen ihre Produktauswahl aufgrund von transparenten und objektiven Informationen bestimmen können, denn Arzneimittel sind eine besondere Ware.

MV 2004 – mit ganz persönlichen Einsprengeln

Zum 15. nach Hamburg

von Katja Lorenz

Großereignissen – und ein solches war die 15. Mitgliederversammlung selbstverständlich – tut es mitunter auch gut, mit ein wenig Abstand betrachtet zu werden. Nach der MV begannen in Berlin gleich die Sommerferien, danach heiratete ich mein Lieblings-Vorstandsmitglied. Spätestens seit diesem Ereignis steht für mich übrigens fest: Ehrenamtliche Arbeit lohnt sich! Ich bin also dem VDPP genügend dankbar und ebenso motiviert, mich an die Tage in Hamburg zu erinnern und davon zu berichten.

Eines vorneweg und gleichsam zusammenfassend: Diese MV war – zum Glück – nicht wieder so manisch-depressiv wie die vergangene. In Bremen lösten sich in schneller Folge Phasen der großen Aktivität (wir hatten u.a. enthusiastisch 2 (!) Seminare geplant) mit solchen der großen Niedergeschlagenheit (sollten wir uns nicht doch auflösen, wenn wir so wenig ausrichten) ab.

Davon war diesmal keine Spur. Wohltuender Realismus war angesagt.

Perfekte Rahmenbedingungen

Die Tagungsstätte war von der Hamburger Regionalgruppe sehr gut ausgesucht worden. Wir schwebten quasi in einem lichtdurchfluteten Raum über einer Kleingartenanlage! Im Restaurant unter uns gab es leckeres Essen. Am Abend waren wir im Planetarium zu einer Pink Floyd Show: Dark side of the moon. Das

war klasse psychedelisch. Zum Erden ging es hinterher in den Biergarten, wo man auch den aktuellen Spielstand bei der Fußball-EM erfahren konnte. Die Rahmenbedingungen stimmten also rundum! Danke noch einmal an die Hamburger!

Udo Puteanus hielt den diesjährigen Fachvortrag. Er arbeitet im Iögd

(Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst; eine Einrichtung des Ministeriums für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes NRW) und berichtete insbesondere von den dort laufenden Projekten. NRW leistet sich als einziges Bundesland die Verbindung der reinen Überwachungstätigkeit des AM-Marktes mit Fragen der Sozialpharmazie. Sehr interessant, notwendig, anregend – aber für alle anderen Länder als nicht genügend wichtig eingestuft, um dafür Geld und Stellen locker zu machen (siehe Dokumentationsanhang).

Aus dem von ihm geschilderten Problem der mangelhaften Datenlage zur Selbstmedikation entwickelten wir im Laufe der MV einen Antrag an den Apothekertag. Den Entwurf könnt ihr in diesem RB lesen. (Um es gleich vorwegzunehmen: Der Antrag wird zumindest in diesem Jahr nicht gestellt werden können. Ich hatte mich um die Zusammenarbeit mit dem Forum Leipzig gekümmert. Die Kollegen waren am

Thema auch sehr interessiert. Leider konnten wir uns nicht auf eine Fassung einigen. Beide Seiten konnten sich aber darauf einigen, es längerfristig zu schaffen.)

Thematische Diskussionen

Aus der Fülle der Probleme in der aktuellen Gesundheitspolitik wählten wir zwei Komplexe für eine gründlichere Diskussion aus: Zur Frage „Bürgerversicherung oder Kopfpauschale“ ging es erst mal darum, Fakten zu sammeln. Es entstand die Idee, mit dem VDÄÄ gemeinsam ein Seminar zur Finanzierung des Gesundheitswesens zu organisieren.





ger Regionalgruppe) ein weiteres Vorstandsmitglied finden können.

Trotzdem ist es nicht realistisch, aus eigener Kraft und allein Seminare zu gestalten. Wir werden versuchen, diese gemeinsam mit dem Forum Leipzig oder anderen Partnern durchzuführen.

Jürgen versucht, das vdpp-aktuell wiederzubeleben. (Sicher haben seit der letzten Erhebung noch mehr Mitglieder eine Mail-Adresse. Sagt sie uns!)

Der RB soll weiter halbjährlich erscheinen. In diesem Rhythmus ist es für uns machbar.

Der zweite gründlicher besprochene Komplex war die Neuregelung der Zuzahlung durch die Patienten. Daraus entstand eine – schon sehr gut durch den Vorstand vorbereitete – Stellungnahme, die inzwischen auch in der Fachpresse erschien und von

einigen Parteien beantwortet wurde.

Danach zerbrachen wir uns sehr lange den Kopf über unsere stark verbesserungswürdige Außenwirkung. Dankenswerterweise haben wir mit Uschi Blöcker (auch aus der Hambur-

Für die MV 2005 wird der Vorstand nach Kassel einladen, am bewährten Juni-Wochenende.

Also schon einmal vormerken: den 11./12. Juni 2005 möglichst freihalten.

Ihr habt einen E-Mail-Anschluss, kennt aber vdpp-aktuell noch nicht oder erhaltet es nicht mehr?

Katja hat es in ihrem Artikel schon erwähnt, der E-Mail-Newsletter des VDPP soll wieder mit einer gewissen Regelmäßigkeit erscheinen. Falls ihr die Juni-Ausgabe nicht erhalten habt, schickt mir einfach eine kurze E-Mail mit dem Betreff „vdpp-aktuell“ an grosse@hansenet.de, und schon seid ihr in den Verteiler aufgenommen.

Jürgen Große

Frauen in der Landespolitik – fast schon Normalität?

Der Wandel eines Berufes über die Zeit

von Gabriele Beisswanger

Menge (AK Nordrhein), Holzgrabe (DPhG), Johannis (AK Mecklenburg-Vorpommern) ... In den letzten Jahren wurden so viele Frauen in führende Positionen von Landespolitik und Wissenschaft gewählt, dass es schon kaum mehr auffällt, dass es sich bei den Gewählten um Frauen handelt. Und das ist auch gut so. Erst wenn das Geschlecht bei solchen Wahlen keine Rolle mehr spielt, sind wir

da, wo wir eigentlich hin wollten. Die Landespolitik befindet sich im Wandel – es war bitter nötig.

Nach und nach verabschiedet sich die Apothekerschaft von ungeschriebenen Gesetzen: Sogar Angestellte dürfen jetzt Kammerpräsidentinnen werden. Damit trägt die Landespolitik einer Entwicklung Rechnung, die sich an der Basis, der öffentlichen Apotheke, schon längst vollzogen

hat. Die Entwicklung des Apothekerberufs zu einem Dienstleistungsberuf, der überwiegend von Frauen ausgeübt wird.

Nicht immer ein Frauenberuf

Die Entwicklung des Apothekerberufs zu einem Frauenberuf war im Jahr 1899, der Öffnung des Pharmaziestudiums für Frauen, noch keineswegs vorhersehbar. In den ersten

Jahren war der Studiengang Pharmazie bei den jungen Frauen sogar ausgesprochen unbeliebt. Das hatte seine Gründe weniger in der naturwissenschaftlichen Orientierung des Studiums als viel mehr in der handwerklichen Ausbildung. Nach der Ausbildungsordnung von 1904 musste vor dem viersemestrigen Studium eine drei- bis vierjährige Lehr- und Gehilfenzeit absolviert werden. Zunächst musste also ein Apotheker gefunden werden, der bereit war, ein junges Mädchen jahrelang in seiner Apotheke aufzunehmen. Bei den jungen Mädchen, bzw. deren Eltern, bestanden sicherlich ebenfalls Vorbehalte, etliche Jahre Apotheke und Wohnung mit einem möglicherweise heiratswilligen einsamen Landapotheker zu teilen. Landapotheker versprachen sich nämlich von den jungen angehenden Pharmazeutinnen eine Behebung des „Gehilfenmangels“ in ihren Apotheken.

Die erste Apothekerin und ihre Nachfolgerinnen

Als erste Frau schloss 1906 Magdalena Neff, geb. Meub, (1881-1966) das Pharmaziestudium ab. Weibliche Lehrlinge in den Apotheken und gar Pharmaziestudentinnen konnte man um 1910 noch an einer Hand abzählen. Dies änderte sich in den 1920er Jahren rapide. Ein Grund hierfür war sicher ein Spezifikum der Apothekerausbildung. Man konnte als Vor-examinierte bereits arbeiten und Geld verdienen, ohne jemals das Studium aufzunehmen. Einen offiziellen pharmazeutischen Assistenzberuf gab es nicht, von daher wurde dieser Zustand lange toleriert. Doch auch im Studium nahm die Zahl der Frauen schnell zu. Ende der zwanziger Jahre war der Frauenanteil auf etwa ein Viertel gestiegen. Gute Berufsaussichten – dem Pharmaziestudium haftet ja seit jeher das Odium eines Brotstudiums an – sowie familiäre Arbeitsbedingungen in den Apotheken trugen dazu bei, den Beruf für Frauen attraktiv zu machen. Auch während des Nationalsozialismus erfuhr das Frauenpharmaziestudium keinen nennenswerten Einbruch. In den 1950er Jahren stieg der Frauenanteil in der BRD auf 60 Prozent. Etwas anders verlief die Entwicklung

in der DDR. Früher als in der BRD wurde das wissenschaftliche Niveau des Pharmaziestudiums angehoben und das Studium verlängert. Bei den Approbierten lag der Frauenanteil in der DDR bedeutend höher als in der BRD. So waren im Jahr 1989 in der DDR 72 Prozent der berufstätigen Apotheker Frauen, in der BRD dagegen nur 54 Prozent. Dies liegt unter anderem an dem in der DDR insgesamt höheren Frauenanteil bei den Erwerbstätigen. Doch verdeutlicht dieses Beispiel einmal mehr, dass der Frauenanteil in bestimmten Berufen weniger mit den Studieninhalten, der „Wissenschaftlichkeit“, eines Studiums zusammenhängt, als vielmehr mit der Stellung der Frau und des Berufs in der Gesellschaft allgemein.

Veränderung in Standespolitik und Berufsbild

Heute ist der Apothekerberuf ein Dienstleistungsberuf. Personenbezogene Dienstleistungen werden traditionell mit „weiblich“ assoziiert, gelten als teilzeitgeeignet und sind vergleichsweise schlecht bezahlt. Der Apothekerberuf ist einer der wenigen naturwissenschaftlichen Berufe, der es Frauen ermöglicht, Familie und Beruf miteinander zu vereinbaren. Solange sich nichts daran ändert, dass nur die Frauen dieses „Vereinbarkeitsproblem“ haben, werden sich Frauen auch bevorzugt in teilzeitgeeigneten Berufen wiederfinden.

Vom zunehmenden Frauenanteil im Beruf war in den standespolitischen Gremien bis vor kurzem nichts zu spüren. Lange waren dort die Männer unter sich. Erst 1999 wurde mit Karin Wahl eine Frau an die Spitze einer Apothekerkammer gewählt. Genauso wurde die Wandlung des Berufsbilds von den Kammern und Verbänden verschlafen. Erinnerung sei in diesem Zusammenhang an die aus heutiger Sicht etwas seltsam anmutenden Diskussionen um die Aufnahme der Beratungspflicht in die Apothekenbetriebsordnung. Lange hat

die Standespolitik die Augen davor verschlossen, dass das Bild der Pharmazie in den Augen der breiten Öffentlichkeit und der Politiker von der öffentlichen Apotheke geprägt ist. Die praktische Berufsausübung in der öffentlichen Apotheke wurde bis vor wenigen Jahren sträflich vernachlässigt. Erst in letzter Zeit werden in der Kammerarbeit Begriffe wie Dienstleistung, Pharmaceutical Care oder Pseudo Customer Concept mit Leben gefüllt. Ein Zufall, dass die Öffnung der Kammerpolitik in diese Richtung mit einem steigenden Anteil an berufspolitisch aktiven Frauen zusammenhängt? Mittlerweile ist klar, dass die Existenzberechtigung der Institution Apotheke entscheidend davon abhängt, ob und wie die Apothekerschaft ihr pharmazeutisches Wissen den Kunden „verkaufen“ kann. Dass pharmazeutische Betreuung keine „weibliche Naturbegabung“ ist, sondern einer qualifizierten Ausbildung bedarf, dürfte nach den verheerenden Testergebnissen der letzten Monate ebenfalls klar sein.



Literaturtipp:

„Frauen in der Pharmazie“ von Gabriele Beisswanger, Gudrun Hahn, Evelyn Seibert, Ildikó Szász und Christl Trischler, Deutscher Apotheker Verlag Stuttgart 2001, 19,80 Euro, ISBN 3-7692-2905-3

Vom armen Schlucker zum Müllschlucker?

Zu Sinn und Zweck des Arzneimittelrecyclings

von Jürgen Große

**„Arznei-Recycling könnte Milliarden sparen
Hamburg, 7. Mai 2004 (dpa) – Die Verbraucher-Haushalte in Deutschland sollten unbenutzte Medikamente wieder beim Arzt oder Apotheker abgeben.**

Das fordert der Regierungsberater Prof. Karl Lauterbach. Nach seinen Berechnungen könnten dadurch im Gesundheitswesen pro Jahr mindestens zwei Milliarden Euro gespart werden. Der Direktor des Instituts für Gesundheitsökonomie, Medizin und Gesellschaft der Universität Köln, sagte, dass die vorgeschlagene Regelung allerdings nur für nicht angebrochene Packungen mit ausreichendem Verfallsdatum gelten dürfe.“

In der folgenden Diskussion in den Medien und auch innerhalb des VDPP waren dann weitere Zahlen zu lesen: Arzneimittel im Werte von bis zu 4 Milliarden Euro (oder Mark, so genau weiß das wohl niemand) landeten jährlich auf dem Müll, und von den zurückgebrachten Packungen seien 24 % (woher diese Genauigkeit?) noch nicht einmal angebrochen.

Das laut Lauterbach mögliche Einsparpotenzial von 2 Milliarden Euro erscheint bei näherer Betrachtung stark übertrieben, es setzte voraus, dass bei der angenommenen Höchstmenge des Arzneimülls mindestens die Hälfte davon wieder verwertbar wäre. Es darf auch nicht vollkommen unbeachtet bleiben, dass die üblicherweise gehandelten Zahlen schon ein paar Jahre alt sind, dass aber mit den Zuzahlungserhöhungen der letzten Jahre ein deutlicher Rückgang der Menge nicht verbrauchter Arzneimittel einherging.

Dennoch bliebe auch bei einer vorsichtigeren Berechnung durchaus noch ein dreistelliger Millionenbetrag übrig, die geringere „Spreizung“ der Zuzahlungsbeträge (und

dadurch verstärkte Verordnung von N3-Packungen) seit dem GMG mag auch wieder für eine leichte Erhöhung gesorgt haben. Ist es tatsächlich vertretbar, auf die Abschöpfung dieses Sparpotenzials zu verzichten?

Sind nicht gerade Apothekerinnen und Apotheker aufgrund ihres Sachverstands und ihrer Kenntnis der Eigentümer der zurückgebrachten Arzneimittel in der Lage, hier pharmazeutisch und wirtschaftlich verantwortliche Entscheidungen zu fällen? Läge darin nicht vielleicht sogar eine Möglichkeit der fachlichen Profilierung?

Nehmen wir ein Beispiel: Ein Patient betritt die Apotheke mit einem Rezept über Omeprazol, verordnet wegen Refluxsymptomatik. Er zeigt eine Schachtel des gleichen Arzneimittels vor, die ihm vor einem Jahr der gleichen Symptome wegen verschrieben wurde, und fragt, ob diese noch verwendbar sei. Das Verfallsdatum sei noch nicht erreicht, und auf Befragen gibt der Patient an, die Arznei die ganze Zeit über im kühlen Schlafzimmer aufbewahrt zu haben.

Wenn die Schilderung der Lagerungsbedingungen glaubhaft ist, wenn Verfallsdatum und Chargenbe-

zeichnung auf der Packung und im Inneren in Ordnung sind und übereinstimmen, und wenn der Beipackzettel noch vorhanden ist, dann spricht wenig dagegen, dem Patienten den Kaufpreis oder die Zuzahlung zu ersparen und dem Kostenträger die Erstattung. Dieser Fall ist wohl noch unproblematisch.

Wie sähe es aber aus, wenn es sich nicht um ein dem Patienten verordnetes Medikament handelte, sondern vielleicht um eines seiner Ehefrau? Auch hier würden die meisten wohl keine Bedenken haben, dem Patienten Ausgaben zu ersparen.

Kommt das in der Praxis wirklich häufig vor? Ist es nicht wahrscheinlicher, dass der Patient *ohne* ein Rezept die Apotheke betritt, seine Symptome schildert und fragt, ob er das noch vorhandene Medikament dafür verwenden können. In diesem Fall wäre das Einsparpotenzial natürlich noch bedeutend höher, aber wir würden uns in eine Richtung bewegen, die gesundheitspolitisch weniger erwünscht sein dürfte.

Wie sähe es aus, wenn der Patient sein vermutlich einwandfreies Arzneimittel gar nicht mehr brauchte? Was spräche dagegen, es einem anderen



Patienten anzubieten, der über ein entsprechendes Rezept verfügte, selbstverständlich nachdem wir ihn über dessen Herkunft aufgeklärt haben?

Hier besteht ein nicht unerheblicher Unterschied: Die Patientin oder der Patient, der ein eigenes oder ein in seinem Haushalt gelagertes Arzneimittel weiter verwendet, handelt letztlich auf eigenes Risiko. Wenn er die Apothekerin bezüglich der Lagerbedingungen belügt, dann schadet er damit lediglich sich selbst. Wer aber ein derartiges Arzneimittel an Dritte abgibt, trägt dafür die volle Verantwortung selbst.

Ich will auf die Fragen der Arzneimittelsicherheit in diesem Beitrag aber gar nicht näher eingehen, das hat die Deutsche Pharmazeutische Gesellschaft mit ihrer Stellungnahme schon getan, vgl. http://www.dphg.de/read_news/?detail=33. Mir geht es hier in erster Linie um den Gesichtspunkt des volkswirtschaftlichen Nutzens.

Gehen wir einfach einmal von Arzneimitteln im Werte von 500 Millionen Euro (Apotheken-Verkaufspreise) aus, um einmal eine Zahl zu haben. Ich erlaube mir eine weitere freie Schätzung und vermute, dass von diesem Betrag nach den Änderungen der Preisbildung für Arzneimittel durch das GMG auf den Staat (Mehrwertsteuer) rund 70 Millionen, auf die Apotheken 105 Millionen, auf den pharmazeutischen Großhandel 20 Millionen und auf den Hersteller 305 Millionen entfallen.

Bei diesen 305 Millionen handelte es sich aber mitnichten um die Produktionskosten der Arzneimittel, natürlich enthalten sie noch die Vertriebskosten des Herstellers, ferner die Aufwendungen für Marketing, Forschung etc., die reinen Produktionskosten dürften höchstens 10 % dieses Betrags ausmachen, ein im Vergleich zu den ganz oben genannten Zahlen also eher vernachlässigbarer Betrag.

Aus volkswirtschaftlicher Sicht ist es aber praktisch nur dieser Betrag, der wirklich eingespart würde. Nun mag

eingewandt werden, dass – entfielen die Ausgaben von 500 Millionen (oder wie viel auch immer) – doch auch exakt dieser Betrag gespart würde. Dies setzte allerdings voraus, dass man auch der Ansicht wäre, die in der Arzneimittelversorgung dafür vorhandenen Strukturen, Forschungs-, Distributions- und sonstige Kapazitäten, seien ebenfalls überflüssig.

Man kann durchaus darüber diskutieren, ob wir in der BRD 21000 Apotheken mit 140000 Beschäftigten benötigen, ebenso über die 16 Großhändler mit 13000 Beschäftigten und die rund 500 Arzneimittelhersteller mit 115000 Beschäftigten. Man kann der Ansicht sein, dies seien zu viele Mitarbeiter, und volkswirtschaftlich oder gesundheitsökonomisch betrachtet sei es sinnvoller, diese gingen anderen Tätigkeiten innerhalb oder außerhalb des Gesundheitswesens nach.

Das hat aber mit der Wiederverwendung von Arzneimüll nichts zu tun. Wer will, dass hier weniger oder mehr Menschen tätig sind, der kann dies problemlos durch Senkung oder Erhöhung der Apotheken- oder Großhandelszuschläge bzw. der Arzneimittel-Festbeträge oder des Zwangsrabatts für nicht festbetragsgebundene Arzneimittel erreichen. Dies wären Maßnahmen, die die Volksgesundheit zunächst einmal nur insoweit beeinträchtigen, als dass eben weniger Menschen mit den Arzneimitteln zu tun hätten, nicht aber zusätzliche Risiken durch die Müllverwertung mit sich brächten.

Aber nehmen wir einmal an, man wollte tatsächlich nicht benutzte oder angebrochene Arzneipackungen wieder verwerten, wäre aber der Ansicht, dass darunter z. B. die Versorgungsstruktur und die Forschung nicht leiden sollten, dann müsste man Preise und Handelsaufschläge in einem Maße erhöhen, das die Umsatzauffälle abzüglich der Produktionskosten (die ich großzügig mit 10 % angesetzt habe) wieder ausglich. Wo läge da der Sinn?

Da es tatsächlich nur die reinen Produktionskosten sind, die volkswirtschaftlich betrachtet eingespart wer-

den könnten, stellt sich auch die Frage nach dem zusätzlichen Aufwand, der für die Prüfung zurückgebrachter Arzneimittel anfiel. Es wäre zumindest eine Prüfung der Verfalldaten und Chargen-Nummern auf der Schachtel notwendig, sowie eine Prüfung, ob die Blisterstreifen, Flaschen, Ampullen o. Ä. das gleiche Verfalldatum tragen, und ob der richtige Beipackzettel eingelegt ist. Und dies für jährlich – legen wir die genannten 4 Mrd. Euro zu Grunde – jährlich ca. 140 - 150 Millionen Packungen.

Man mag einwenden, die genannten hohen Beträge seien wohl tatsächlich unrealistisch, aber bei einzelnen hochpreisigen Arzneimitteln, deren Produktionskostenanteil deutlich über 10 % lägen, könne eine Wiederverwertung dennoch sinnvoll sein. Das ist in den meisten Fällen nicht der Fall, denn gerade bei diesen Arzneien (z. B. gentechnisch hergestellte Arzneimittel wie Interferone, Insuline etc.) wird schon aus Sicherheitsgründen eine Wiederverwertung in der Regel nicht infrage kommen.

Nein, das Ganze ist keine sinnvolle Sparmaßnahme, unabhängig von Sicherheitsabwägungen geht der volkswirtschaftliche Nutzen gegen null. Nicht ohne Grund lehnen praktisch alle ernstzunehmenden Hilfsorganisationen die Annahme von Arzneimüll ab, denn allein der Aufwand für dessen Prüfung übersteigt die Beschaffungskosten der AM als Bulkware.

Es ist traurig, dass sich ein Karl Lauterbach oder ein Karl-Hermann Haack, die es besser wissen sollten, für derartig fragwürdige Maßnahmen stark gemacht haben. Die Strukturen im Gesundheitswesen allgemein und in der Arzneimittelversorgung sind durchaus diskussionswürdig, aber aus den

Patienten, die jetzt schon arme Schlucker sind, arme Müllschlucker machen zu wollen, ist keine Lösung.



Entlastung der Ärmsten bei Zuzahlungen im Gesundheitswesen

Der VDPP (Verein demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten) fordert den Bundestag auf, die erhebliche soziale Schieflage im „Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung“ (GMG) zu korrigieren. Zum einen müssen die Berechnungsgrundlagen für die Befreiung von den Zuzahlungen für SozialhilfeempfängerInnen in Pflegeheimen dem verfügbaren „Taschengeld“ der Betroffenen angepasst werden. Zum anderen müssen auch für alle andere SozialhilfeempfängerInnen, für Obdachlose und Geringverdienende Ausnahmeregelungen formuliert werden, die eine Überforderung dieser finanzschwachen Gruppen verhindern.

Begründung: Der VDPP lehnt Zuzahlungen von Patienten zu verordneten medizinischen Leistungen ab, da sie dem solidarischen Grundprinzip der GKV zuwider laufen. Diese Forderung ist politisch zur Zeit nicht durchzusetzen.

Das GMG hat sogar eine Erweiterung der Zuzahlungen von Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) bewirkt. Die jährliche Eigenbeteiligung der Versicherten darf 2 Prozent der Bruttoeinnahmen nicht überschreiten. Für chronisch kranke Menschen gilt eine Grenze von 1 Prozent der Bruttoeinnahmen. Bei BezieherInnen von Sozialhilfe gilt der Regelsatz als Berechnungsgrundlage. Das bedeutet bei SozialhilfeempfängerInnen in Pflegeheimen bei einem Sozialhilfesatz von knapp 300 Euro im Monat werden für das Jahr ca. 3.600 Euro zugrunde gelegt, damit ergibt sich für einen chronisch kranken Sozialhilfeempfänger eine Belastungsgrenze von 36 Euro. Sollte der Sozialhilfeempfänger nicht chronisch krank sein, dann würde sich die Belastungsgrenze sogar auf 72 Euro erhöhen.

In Pflegeheimen verfügen SozialhilfeempfängerInnen aber nicht über den

vollen Sozialhilfesatz sondern erhalten ein „Taschengeld“ von knapp 80 Euro pro Monat. Es ist offensichtlich, dass dieser Personenkreis durch diese Zuzahlungsregelung finanziell massiv überfordert ist. Zu Beginn eines jeden neuen Jahres werden zunächst einmal 36 Euro bzw. 72 Euro an Praxisgebühr und Zuzahlungen fällig, bevor die Befreiung von den Zuzahlungen erneuert wird. Diese Belastung ist sozial unausgewogen und muss korrigiert werden.

Neben dieser massiven Überforderung sind auch andere SozialhilfeempfängerInnen, Obdachlose und Geringverdienende von den Zuzahlungsregelungen massiv betroffen und schnell überfordert. Hier ist der Gesetzgeber gefordert!

(Beschlossen von der Mitgliederversammlung des VDPP am 20. Juni 2004 in Hamburg)

TERMINE

Regionalgruppe Berlin

Die Regionalgruppe trifft sich zweimonatlich an jedem 3. Donnerstag des Monats in ungeraden Monaten um 20 Uhr im Café Savarin, Kulmer Straße 17, 10783 Berlin. *Nächste Termine: 16. Dezember 2004, 20. Januar 2005.*

Regionalgruppe Hamburg

Die Regionalgruppe trifft sich alle zwei Wochen mittwochs um 20 Uhr (wenn gleichzeitig Vorstandstreffen ist: 19.00 Uhr) bei Bernd Rehberg, Isestraße 39, 20144 Hamburg. *Nächste Termine: 8. und 22. Dezember 2004, 12. und 26. Januar 2005.*

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. 06150 85234 (p), 81919 (d), E-Mail heegbach-apotheke@t-online.de.

VDPP-Mitgliederversammlung 2005

Die Mitgliederversammlung 2005 wird am 11./12. Juni 2005 in Kassel stattfinden.

Alle Termine ohne Gewähr. Bitte fragt vorher bei der Ge-

schäftsstelle oder bei den regionalen Kontaktleuten nach, da die Termine sich gelegentlich verschieben können.



Rechenschaftsbericht zur Mitgliederversammlung 2004

Der Berichtszeitraum umfasst ein Jahr (Juni 2003 bis Juni 2004). Der Vorstand traf sich viermal in Hamburg. Die Protokolle können im aktuellen Rundbrief (Nr. 59) nachgelesen werden.

Der Rundbrief erschien zweimal.

Die E-Mail-Information „VDPP-aktuell“ musste aus persönlichen Gründen – Arbeitsüberlastung – leider eingestellt werden. Eine Wiederbele-

Die Vorstandsarbeit läuft auf sehr geringem Niveau und wird sich zunehmend noch reduzieren, da ein weiteres Vorstandsmitglied aufgrund beruflicher Veränderungen weniger Zeit haben wird. Schon im letzten Jahr stellten wir Vorstandsmitglieder kritisch fest, dass der VDPP in dieser äußerst kritischen Zeit praktisch nicht mehr außenwirksam war und ist. Anscheinend vermisst uns niemand wirklich ...

Nach wiederholten Festplattencrashes bei dem Vorstandsmitglied, das den VDPP-aktuell herausgab, wurde diese Kommunikationsplattform eingestellt. Vielleicht findet jemand Interesse und Zeit ...

In der Öffentlichkeitsarbeit bestehen die bekannten Defizite. Die VDPP-Homepage wird gelegentlich aktualisiert, kann aber nur die bescheidenen Aktivitäten des Vereins reflektieren.

Was wird uns das nächste Jahr bringen? Zuerst brauchen wir die Unterstützung aus der Mitgliedschaft für das gesetzliche Minimum an Vorstandsarbeit. Dann sollten wir die nächsten zwei Jahre „überwintern“ und uns dann an die Oppositionspolitik machen, denn ab 2006 können wir von acht Jahren CDU-Kanzlerschaft ausgehen (es ist schließlich unwahrscheinlich, dass Schleswig-Holstein im August 2006 in der Nordsee versinken wird und die USA den Iran angreifen werden). Vielleicht fühlen sich einige Mitglieder in Zukunft verstärkt inspiriert, wenn gegen gesundheitspolitische Grausamkeiten einer CDU-Regierung formuliert werden kann.

Auch wenn der kurze Bericht einen anderen Eindruck erwecken sollte, es bleibt dennoch Arbeit für den Vorstand und hier möchte ich zum Abschluss des Rechenschaftsberichtes ganz herzlich Gudrun Meiburg für die Unterstützung danken, die sie uns zuverlässig in der Geschäftsstelle leistet.

Thomas Schulz
(für den Vorstand)



bung war bislang leider nicht möglich.

Die zwei Seminare, die auf der letzten MV beschlossen wurden, konnten leider nicht umgesetzt werden. Das Herbstseminar war zu dicht dran an der MV und es war in der Kürze der Zeit nicht möglich, ein tragbares Programm zu gestalten. Auch das Frühjahrsseminar musste dann abgesagt werden, da es an Elan in der Umsetzung mangelte.

Es wurden eine Stellungnahme zu Problemen der Evidence Based Medicine abgegeben und im Rundbrief 58 veröffentlicht. Reaktionen gab es keine.

Die Mitgliederzahl hat weiterhin abgenommen: Es traten drei Mitglieder aus.

Im Einzelnen fanden Vorstandssitzungen statt am:
29.10.2003 in Hamburg
3.12.2003 in Hamburg
8.2.2004 in Hamburg
31.3.2004 in Hamburg

Im Wesentlichen fanden die Vorstandssitzung mittwochabends – im Rahmen der Hamburger Regionalgruppe – statt. Zu den Vorstandssitzungen kamen in der Regel noch einige weitere interessierte VDPP-Mitglieder, die Treffen waren anregend und informativ. Insgesamt mussten wir aber immer wieder feststellen, dass wir nicht mal mehr reagieren geschweige denn agieren können.

Der Rundbrief erscheint sehr regelmäßig: einmal vor Weihnachten und einmal vor der MV.



Protokoll der Mitgliederversammlung des VDPP am 19. und 20. Juni 2004 in Hamburg

TOP 1

Wahl von Versammlungsleiterin und Protokollantin

TOP 2

Bestätigung der Tagesordnung

TOP 3

Genehmigung des Protokolls der letzten MV

TOP 4

Bestätigung von neuen Mitgliedern

TOP 5

Rechenschaftsbericht des Vorstands und Diskussion

TOP 6

Kassenbericht

TOP 7

Bericht des Rechnungsprüfers

TOP 8

Entlastung des Vorstandes

TOP 9

Wahl von mindestens einem Vorstandsmitglied

TOP 10

Diskussion der aktuellen Gesundheitspolitik

TOP 11

Öffentlichkeitsarbeit / Homepage / Rundbrief

TOP 12

Diskussion künftiger Arbeitsschwerpunkte

TOP 13

Anträge

TOP 14

Finanzplan

TOP 15

Verschiedenes

TOP 1

Bernd Rehberg stellt fest, dass die Einladung ordnungsgemäß versandt wurde.

Zur Versammlungsleiterin wird ohne Gegenstimme bei einer Enthaltung Gudrun Hahn gewählt.

Das gleiche Abstimmungsergebnis hat die Wahl von Renate Rathmann zur Protokollführerin.

TOP 2

Die Tagesordnung wird bestätigt. Zu TOP 13 wird festgestellt, dass – außer dem vorliegenden Antrag betreffend die Zuzahlungen der

GKV-Versicherten von Thomas Schulz – keine weiteren Anträge vorliegen.

TOP 3

Das Protokoll der letzten Mitgliederversammlung – abgedruckt im Rundbrief Nr. 58 –, wird einstimmig angenommen.

TOP 4

Es gibt keine neuen Mitglieder (jedoch, nebenbei: drei Austritte).

TOP 5

Thomas Schulz verliest den Rechenschaftsbericht.

Diskussion:

Gudrun Hahn stellt die Frage nach der Außenwirkung des Vereins. Thomas Sch. weist auf die Gesundheitstagung der LAG in Niedersachsen hin, an der er und Jürgen Große teilgenommen haben, und auf der einige Teilnehmer tatsächlich den VDPP kannten.

Katja Lorenz berichtet aus Berlin, wo kaum Mitglieder zu den Treffen kommen, die meisten ihren eigenen Verein kaum zu kennen scheinen. Es wird vorgeschlagen, den „Newsletter“, das „VDPP-aktuell“ wieder zu aktivieren, um damit den Informationsaustausch zu verbessern.

Maria Becks schlägt vor, sich an Studenten zu wenden, bei denen großes Interesse an kritischer Arbeit bestehe.

Die Diskussion zur Außenwirkung soll bei TOP 11 fortgesetzt werden.

Kritisch wird angemerkt, dass geplante Seminare nicht zustande kamen. Obwohl viel Arbeit in Vorbereitungen gesteckt wurde, scheiterten sie z. B. an Terminplänen der Referenten oder auch an der Raumfrage. Die Durchführung von Seminaren wird allgemein begrüßt, jedoch kann der Arbeitsaufwand für die Vorbereitungen nicht hoch genug eingeschätzt werden. Es sei zu überlegen, Seminare nicht in Eigenregie zu pla-

nen, sondern andere Organisationen - als Partner oder alleinige, beauftragte Veranstalter – zu nutzen.

TOP 6

Der Kassenbericht liegt allen vor. Der Kassenwart Udo Ament erläutert einzelne Positionen.

Bei dieser Gelegenheit erklärt und begründet er seinen Rücktritt von der Vorstandsarbeit. Die anwesenden Mitglieder danken Udo A. für die jahrelange Arbeit am Kassenbericht!

TOP 7

Die Rechnungsprüfung durch Ursula Blöcker und Jürgen Große hat am Dienstag, den 15.6.04 stattgefunden. Die Belege wurden geprüft und Fragen konnten geklärt werden. Die Buchungen wurden sehr ordentlich geführt. Besonderer Dank wurde hierfür Gudrun Meiburg ausgesprochen.

TOP 8

Der Antrag auf Entlastung des Vorstandes wurde einstimmig – bei 3 Enthaltungen – angenommen.

Im Anschluss an TOP 8 wurde die MV unterbrochen. Udo Puteanus hielt seinen Vortrag „Sozialpharmazie im öffentlichen Gesundheitswesen“.

Nach der Mittagspause folgte die Diskussion mit Udo P. Hier wurde besonders der undurchschaubare Selbstmedikationsmarkt angesprochen. Die Arzneimittel gehen bekanntlich nicht nur über Apotheken – bei denen es eine gewisse Einflussmöglichkeit in Hinblick auf die Unbedenklichkeit gibt – sondern auch über den Internethandel und Drogerie- oder Lebensmittelmärkte an die Verbraucher. Dies soll bei TOP 12 evtl. noch einmal aufgegriffen werden.

Alle danken dem Referenten für seinen interessanten Vortrag!

TOP 9

Ursula Blöcker ist zwar nicht anwesend, hat sich aber im Vorwege bereit erklärt, zu kandidieren. Sie wird einstimmig (ohne Enthaltungen) gewählt. Dadurch wurde die Wahl des zweiten Rechnungsprüfers erforderlich. Thomas Hammer kandidiert und wird einstimmig – bei einer Enthaltung – gewählt.

TOP 10

Folgende Themen werden vorgeschlagen:

- Neue Modelle der Krankenversicherung : Bürgerversicherung / Kopfpauschale
- Zuzahlungsregelung
- Nicht-Erstattung nur apothekenpflichtiger Arzneimittel / Ausnahmeliste
- Aktuelle Situation in den Apotheken.

Aus Zeitgründen wird beschlossen, nur die ersten beiden Themenkomplexe zu diskutieren.

Bürgerversicherung / „Kopfpauschale“

(mittlerweile als „Gesundheitsprämie“ bezeichnet)
Beide Modelle werden - soweit bekannt - von den Anwesenden im Gespräch skizziert.

Bei der **Bürgerversicherung** werden die Beiträge der Versicherten unter Berücksichtigung von Kapitalerträgen, z.B. Zins- und Mieteinnahmen erhoben.

Die Beitragsbemessungsgrenze soll nach den (derzeit bekannten) Vorstellungen der SPD bei 5000 Euro liegen, wovon Personen mit Zins- und Mieteinnahmen mit Sicherheit profitieren. Die Grünen wollen diese Grenze höher setzen.

Das Modell der **Kopfpauschale** wird von der CDU favorisiert; in Anlehnung an die KV in der Schweiz soll es einen Pauschbetrag – z. Zt. sind 210 Euro im Gespräch – geben, der von allen zu entrichten sei, Kinder ausgenommen.

Die Arbeitgeber-Anteile sollen an die Arbeitnehmer ausgezahlt werden, dem Lohn zugeschlagen werden.



Leistungen werden z. T. steuerfinanziert.

Folgende Fragen werden aufgeworfen:

- Was wird aus den bestehenden Krankenkassen? Wird (kann?) es eine Einheitskasse geben?
- In welchem Modell wird es welche Leistungen geben (bzw. welche nicht)?
- Warum treten die Parteien für bestimmte Modelle ein, damit verbunden :
- Wer profitiert von welchem Modell?
- Werden sich die Arbeitgeber aus der Verantwortung schleichen, wenn, wie bei der „Kopfpauschale“ vorgesehen, ihre Beiträge an die Arbeitnehmer ausgezahlt werden?
- Wie steht es jeweils um die soziale und steuerliche Gerechtigkeit?

Es zeigt sich, dass sich dieses Thema wegen seiner Bedeutung und der Komplexität für eine Veranstaltung eignen würde. Sie könnte evtl. in Zusammenarbeit mit den VDÄÄ oder dem BVA geplant werden. Eingeladen werden könnten z. B. Vertreter der Parteien und Sozialpolitiker.

Vorher bereits sei zu klären, wie der Standpunkt des VDPP ist, was in unserem Programm zur Finanzierung

der gesundheitsbezogenen Leistungen steht. Der VDPP sollte selber konkrete Anforderungen bei der Ausgestaltung des Versicherungsmodells stellen.

Katja L. erklärt sich bereit, mit Ingeborg Simon Kontakt aufzunehmen, die an einem „Perspektivenkongress“ teilgenommen hat, auf dem auch die Zukunft der GKV Thema war.

Renate R. schlägt vor, die Hamburger Gruppe könne bei ihrer nächsten Sitzung über die Möglichkeit so einer Veranstaltung besprechen.

Beschluss:

Wir *beabsichtigen*, eine Veranstaltung zum Thema „Finanzierungsmodelle der Krankenversicherung“ durchzuführen. Angenommen bei einer Gegenstimme und einer Enthaltung.

Thema Zuzahlung

Die unterschiedlichen Aspekte und Standpunkte – sowohl der Anwesenden als die der Apotheken-Kunden – werden angesprochen, wie z. B. die für manche Kunden untragbaren Benachteiligungen, aber auch, dass einige Patienten unbedingt nichts bezahlen wollen, obgleich sie es vermutlich ohne Einbußen könnten.

Gefragt wird nach der (tatsächlichen) Begründung für die seit Beginn des Jahres höheren Zuzahlungen: Sollen dadurch in erster Linie die Ausgaben der Krankenkassen vermindert werden, oder geht es um

eine „Erziehung“ der Versicherten zu preisbewussterem Umgang mit Arzneimitteln?

Dass die Höhe der Zuzahlungen sich nun nach dem Preis des Arzneimittels richtet und nicht mehr nach der Packungsgröße, wird begrüßt. Keinesfalls sollte die Selbstbeteiligung der Kranken ausgeweitet werden bis hin zu Regelungen wie in Frankreich.



Die Mehrheit der Anwesenden legt die Zuzahlung als „Bestrafung“ der Kranken aus und hält sie für nicht vereinbar mit dem Programm des VDPP.

Damit wird die MV für heute, Sonnabend, beendet.

Am Sonntagmorgen schlägt Bernd Rehberg vor, ein Grußwort an das Forum Leipzig zu senden, das sich zeitgleich in Hamburg zum Thema „Versandhandel mit Arzneimitteln“ trifft.

Wortlaut :

„Liebe Frau Marquardt, der VDPP grüßt das Forum Leipzig von Veranstaltung zu Veranstaltung und wünscht interessante Diskussionen und substantielle Ergebnisse für die Arbeitenden im Gesundheitswesen.“

Wir haben an diesem Wochenende in Hamburg unsere jährliche Mitgliederversammlung, und das Forum

Leipzig trifft sich in Hamburg zur Diskussion über den Apothekertag. Gerne wären einige von uns Hamburger VDPPler gekommen, aber leider ...

Neben den Formalien haben wir gestern am Sonnabend intensiv über die Kopfpauschale und die Bürgerversicherung diskutiert. Wir planen eine Veranstaltung zu diesem Problem.

Ein weiterer Schwerpunkt war die Selbstmedikation. Warum gibt es von Apothekerseite eigentlich keine Statistik, was an Arzneimitteln zur Selbstmedikation abgegeben wird? Was empfehlen die Apotheken, was geht über den HV-Tisch? Wie gut ist die Beratung, wie viel „Schrott“ wird umgesetzt? Es gibt die IMS-Daten, nur die dürfen für die öffentliche Diskussion natürlich nur gegen ungeheure Summen benutzt werden.

Wäre das nicht auch ein Antrag für den Apothekertag?

Also es gibt viel zu tun, in diesem Sinne: Es grüßt im Namen der Mitglieder Bernd Rehberg.

TOP 11

Der **Rundbrief** wird regelmäßig zweimal im Jahr erscheinen (Jürgen Große).

Christiane und Katja erledigen die Redaktionsarbeit; Christiane sammelt Artikel.

Es werden gerne Artikel von den Mitgliedern angenommen, z. B. auch Buchbesprechungen, Berichte aus den Kammern.

„Bürgerversicherung“ und „Kopfpauschale“ könnten thematisiert werden, ebenso der Prozess von Ingeborg Simon gegen die ABDA. Regina Schubert schlägt vor, dass die Arbeit von Mitgliedern in den politischen Gremien oder Organisationen (EU-Ebene, BMG, BMVL ...) dargestellt werden könnte.

An Udo P. wird der Wunsch nach einer Zusammenfassung des Vortrages herangetragen. Allgemein wird begrüßt, wenn zum Apothekertag Ende September 2004 in München der nächste Rundbrief erscheint und dort in größerer Zahl ausgelegt wird.

Die **Homepage** gefällt, sollte jedoch weiter gepflegt werden (durch Susanne Jäger, im Auftrag von Christiane). Dafür ist ein Beitrag im Haushalt vorzusehen.

Thomas Sch. schlägt vor, dass Susanne die Vorstandsmitglieder durch eine Fortbildung befähigt, die Homepage selber zu pflegen.

Öffentlichkeitsarbeit

Bernd R. fragt nach Möglichkeiten, andere über den VDPP zu informieren.

Vorschlag : Das alte Leporello soll geprüft und evtl. ein neuer Flyer gestaltet werden.

Die Hamburger Gruppe will dies übernehmen. Jürgen G. wird die alte Version ins VDPP-aktuell stellen, alle sie inhaltlich prüfen und Wünsche an den Vorstand leiten.

Gefragt wird nach dem Plakat, das nach einem Beschluss der letzten MV erstellt werden sollte. Auch dies muss in Hamburg (bei Ulf) weiterverfolgt werden.

Der Wunsch wird geäußert, das „**VDPP-aktuell**“ wieder zu beleben. Jürgen G. übernimmt dies, das

nächste soll in der Woche nach der MV hinausgehen, z. B. mit Infos von der MV.

Dies wird allgemein begrüßt, um den Kontakt zum Verein aufrechtzuerhalten, besonders für die einzeln im Land verteilten Mitglieder

TOP 12

Arbeitsschwerpunkte des kommenden Jahres:

1. Finanzierungsmodelle der GKV
siehe hierzu TOP 10, evtl. geplantes Seminar.

2. Transparenz im Selbstmedikationsmarkt

Es wäre wünschenswert, wenn es nach Art des „GKV-VerordnungsindeX“ eine Übersicht über die im Rahmen der Selbstmedikation abgegebenen Arzneimittel gäbe. Daraus ließe sich folgern, in welchen Bereichen – für einen optimalen Verbraucherschutz – verstärkt Beratung erforderlich ist.

Udo P. schlägt vor, dass für derartige Informationen bestehende Einrichtungen genutzt werden könnten wie z. B. das neue „Institut für Qualitätssicherung“ oder das DAPI der ABDA, Letzteres plane eine umfassende Arzneimittel-Verbrauchsforschung.

Der Verein beabsichtigt, zu dem Thema auf dem Apothekertag einen Antrag zu stellen:

Mit Hilfe von Thomas Sch. und Jürgen G. will Udo P. ihn formulieren. Gewählte Delegierte sollen angesprochen werden.

3. Demokratisierung der ABDA / Demokratie und Pflichtmitgliedschaft in den Kammern

Das Gerichtsverfahren von Ingeborg Simon gegen die ABDA, bei dem es einen Teilerfolg der Klägerin gab, wird angesprochen (siehe Bericht in der Pharmazeutischen Zeitung vom 13.5.04).

Vor weiteren Aktivitäten zu dem Themenkomplex soll die Begründung des Gerichtsurteils sowie der Ausgang der Delegiertenwahl in Niedersachsen abgewartet werden, denn in Niedersachsen stellen Inhaber und

Angestellte je die Hälfte der Delegierten, jedoch sind weit mehr als 50 % der Mitglieder Angestellte.

Der Wettbewerbskommissar der EU hat bereits die Pflichtmitgliedschaft der Kammern im Visier, den Apothekerkammern droht von dort eine Auflösung.

4. Korruption im Gesundheitswesen

Wird angesprochen, als wichtig erachtet, soll aber zunächst kein Arbeitsschwerpunkt sein.



Die nächste Mitgliederversammlung soll am 11./12. 6. 2005 in Kassel stattfinden.

TOP 13

Der Antrag von Thomas Sch. „Forderung nach sozial angemessenen Zuzahlungen im Gesundheitswesen“ liegt allen vor.

Änderungen :

1. Änderung der Überschrift : „Entlastung der Ärmsten bei Zuzahlung im Gesundheitswesen“ (dafür 13, dagegen 2).
2. Erster Satz : statt „fordert die Bundestagsfraktionen ... auf“: „... fordert den Bundestag auf“
3. Letzter Satz : „Zum anderen müssen auch für alle anderen ...“
4. Die Begründung beginnt mit folgendem Satz:
Der VDPP lehnt Zuzahlungen

von Patienten zu Verordnungen medizinischen Leistungen ab, da sie dem solidarischen Grundprinzip der GKV zuwiderlaufen. Diese Forderung ist politisch zurzeit nicht durchzusetzen. Das GMG hat sogar ... (usw., s. dort).

5. Vorletzter Satz:

„Zu Beginn des nächsten Jahres werden zunächst einmal ...“ (usw., s. dort).

Abstimmung :

Mit diesen Änderungen wird der Antrag einstimmig angenommen.

TOP 14

Der Finanzplan 2004 liegt allen vor. Es gibt folgende Änderungsvorschläge:

Für Spenden werden 500,- vorgesehen (statt 320,-) für die Öffentlichkeitsarbeit 1500,- (statt 1000,-).

Mit diesen Änderungen wird der Finanzplan einstimmig angenommen.

TOP 15

Alle danken den Organisatoren/innen der Mitgliederversammlung 2004!

Ende der Versammlung gegen 13 Uhr.

Renate Rathmann
(Protokollantin)
Gudrun Hahn
(Versammlungsleiterin)

Finanzbericht 2003

von Udo Ament

	Ist 2003	Ist 2002	Index (2002 = 100)	Plan 2003	Index (Plan = 100)
Einnahmen:					
Beiträge	11753,02	11602,55	101,3	11300,00	104,0
Spenden	823,10	115,20	714,5	320,00	257,2
Zinsen	78,20	144,40	54,2	120,00	65,2
EDV Geschäftsstelle	0,00	2960,80	0,0		
Verkauf Rundbrief (Abos)	0,00	61,36	0,0	60,00	0,0
Summe Einnahmen	12654,32	14884,31	85,0	11800,00	107,2
Ausgaben:					
Mitgliederversammlung	119,90	461,15	26,0	500,00	24,0
Seminare	772,15	0,00		1000,00	77,2
Projekte	0,00	0,00		0,00	
Spenden	200,00	0,00		1000,00	20,0
Öffentlichkeitsarbeit	858,00	677,85	126,6	1000,00	85,8
Vorstand	1142,34	1106,58	103,2	1000,00	114,2
Rundbrief <i>davon</i>	1354,74	1593,76	85,0	2000,00	67,7
<i>Redaktionshonorare</i>	<i>0,00</i>	<i>0,00</i>		<i>0,00</i>	
<i>Druck</i>	<i>1008,74</i>	<i>1303,86</i>	<i>77,4</i>	<i>1500,00</i>	<i>67,2</i>
<i>Versand</i>	<i>346,00</i>	<i>289,90</i>	<i>119,4</i>	<i>500,00</i>	<i>69,2</i>
Geschäftsstelle <i>davon</i>	4007,12	5067,34	79,1	4700,00	85,8
<i>Personalkosten</i>	<i>3330,84</i>	<i>3911,00</i>	<i>85,2</i>	<i>3200,00</i>	<i>104,1</i>
<i>Sachkosten</i>	<i>676,28</i>	<i>1156,34</i>	<i>58,5</i>	<i>1500,00</i>	<i>45,1</i>
EDV Geschäftsstelle	0,00	2 960,80	0,0	0,00	
Abschreibung EDV s. o.	986,60	986,60	100,0	1000,00	98,7
Regionalgruppen	0,00	0,00		300,00	0,0
Verschiedenes	281,20	304,54	92,3	300,00	93,7
Summe Ausgaben	9722,05	13158,62	73,9	12800,00	76,0

Vermögensentwicklung:

Einnahmen 2003	12654,32
Ausgaben 2003	9722,05
Überschuss	2932,27
Vermögen 1. 1. 2003	14452,31
Korrektur	0,00
Vermögen 31. 12. 2003	17357,58

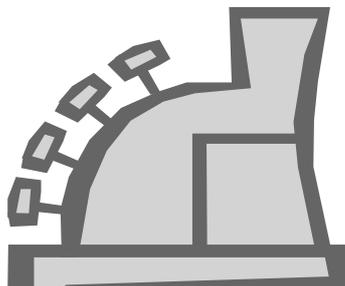
Vermögensaufteilung:

Vermögen 31. 12. 2003	17357,58
<i>davon Kasse</i>	<i>303,79</i>
<i>Postgiro</i>	<i>7163,22</i>
<i>EDV</i>	<i>987,60</i>
<i>Ex-Ökobank Festgeld 1</i>	<i>2977,64</i>
<i>Ex-Ökobank Festgeld 2</i>	<i>6052,99</i>
<i>Öko-Geno-Anteil</i>	<i>33,71</i>
<i>Außenstände</i>	<i>- 161,37</i>

Finanzplan 2004

in der von der MV beschlossenen Fassung (Vorlage: Udo Ament)

	Plan 2004	Plan 2003	Index (Plan 2003 = 100)	Ist 2003	Index (Ist 2003 = 100)
Kapital:	0,00	1000,00	0,0	987,60	0,0
Bestand: EDV Geschäftsstelle	1000,00	2000,00	50,0	1974,20	50,7
Abgang: Abschreibung EDV	1000,00	1000,00	100,0	986,60	101,4
Einnahmen:					
Beiträge	11500,00	11300,00	101,8	11753,02	97,4
Spenden	500,00	320,00	100,0	823,10	277,8
Zinsen	120,00	120,00	100,0	78,20	83,1
Verkauf Rundbrief (Abos)	60,00	60,00	100,0	0,00	97,8
Summe Einnahmen	12180,00	11800,00	103,2	12654,32	96,3
Ausgaben:					
Mitgliederversammlung	500,00	500,00	100,0	119,90	417,0
Seminare	1000,00	1000,00	100,0	772,15	129,5
Projekte	0,00	0,00		0,00	
Spenden	1000,00	1000,00	100,0	200,00	500,0
Öffentlichkeitsarbeit	1500,00	1000,00	150,0	858,00	174,8
Vorstand	1200,00	1000,00	120,0	1142,34	105,0
Rundbrief <i>davon</i>	2200,00	2000,00	110,0	1354,74	162,4
<i>Redaktionshonorare</i>	<i>0,00</i>	<i>0,00</i>		<i>0,00</i>	
<i>Druck</i>	<i>1600,00</i>	<i>1500,00</i>	<i>106,7</i>	<i>1008,74</i>	<i>158,6</i>
<i>Versand</i>	<i>600,00</i>	<i>500,00</i>	<i>120,0</i>	<i>346,00</i>	<i>173,4</i>
Geschäftsstelle <i>davon</i>	4500,00	4700,00	95,7	4007,12	112,3
<i>Personalkosten</i>	<i>3200,00</i>	<i>3200,00</i>	<i>100,0</i>	<i>3330,84</i>	<i>96,1</i>
<i>Sachkosten</i>	<i>1300,00</i>	<i>1500,00</i>	<i>86,7</i>	<i>676,28</i>	<i>192,2</i>
Regionalgruppen	300,00	300,00	100,0	0,00	
Verschiedenes	300,00	300,00	100,0	281,20	106,7
Summe Ausgaben	12500,00	11 800,00	105,9	9722,05	128,6



BUCHBESPRECHUNGEN

Britischer Humor gepaart mit asiatischer Philosophie

von Regina Schumann

Vittachi, Nury: Der Fengshui-Detektiv
Unionsverlag, ISBN 3-293-20264-0,
9,90 Euro

Ein skurriles Pärchen löst Kriminalfälle in Singapur und anderswo. C. F. Wong ist Fengshui-Meister und sammelt auch Sprüche östlicher Weisheit. Winni Lim, seine Sekretärin und Bürovorsteherin, interessiert sich leider nur für die Anwendung von Make-up und Nagellack und der Vervollkommnung entsprechender Techniken.

Als die 17-jährige Australierin Jo McQuinn als Praktikantin bei C. F. Wong anfängt, ist er skeptisch. Jo stellt erst einmal die Möbel im Büro um – wie achtlos in den Räumen

eines Fengshui-Meisters! C. F. Wong hält die Westlerin für vorlaut, Jo lacht über die altmodische Ausdrucksweise Wongs.

Von Fall zu Fall wird die Zusammenarbeit der beiden so unterschiedlichen Charaktere eingespielt. Britischer Humor, asiatische Philosophie und gesunder Menschenverstand lassen keinen Fall ungelöst. Ich konnte es – mit Jo – gar nicht abwarten, den nächsten Auftrag anzunehmen.

Der indisch-britische Journalist Nury Vittachi lebt seit 1986 mit seiner irischen Frau und drei adoptierten chinesischen Kindern in Hongkong. Nach der Wiedervereinigung Hongkongs mit dem chinesischen Mutter-

land erhielt er wegen seiner kritischen Kolumnen Schreibverbot und betreibt jetzt ein Internet-Magazin.



Lesen ohne Sicherheit

von Regina Schumann

Hustvedt, Siri: Was ich liebte
Rowohlt, gebunden ISBN 3-498-02971-1, 22,90 Euro, broschiert ISBN 3-499-23309-6, 9,90 Euro

Vor 7 Jahren schenkten mir meine Freundinnen Dora und Annette den Roman „Die Verzauberung der Lily Dahl“ von Siri Hustvedt. Die Autorin ist so alt wie ich, hat englische Literatur studiert und lebt in New York. „Lily Dahl“ hatte mich verzaubert, auch noch nach dieser langen Zeit bleibt mir in Erinnerung, dass ich das Buch schnell und gerne las. Erotische Phantasien werden ausgelebt, bringen eine eher passive junge Frau dazu, aktiv zu werden, zu leben, zu lieben, etwas in ihrem Leben zu verändern.

Als ich den neuen Roman „What I loved“ von Siri Hustvedt in einer Buchhandlung sah, und das Cover der englischsprachigen Ausgabe (eine Frau in einem roten Unterrock), erwartete ich einen ähnlich erotischen Entwicklungsroman. Bin ich

nach der Lektüre enttäuscht? Die Freundschaft zweier Männer wird aus der Perspektive des einen erzählt. Verbunden sind sie miteinander durch ihre Liebe zur Kunst, der eine ist Kritiker, der andere Maler. Ihr Leben läuft lange parallel, sie heiraten, werden Väter. Der eine Sohn stirbt früh, die Ehe der Eltern geht daran kaputt, die andere Ehe scheitert, der Sohn geht daran kaputt. Der Erzähler ist am Ende seines Lebens angelangt, sein Freund ist tot, er selber vereinsamt. Habe ich Mitleid mit ihm oder seinem Freund? Nein, er bleibt mir fremd. Die Frauen/Mütter/Geliebte sind nur Projektionen. Ich kann mich mit keiner Figur des Romans identifizieren. Liegt es daran, dass ich das Buch auf Englisch las, dass eine Frau das Seelenleben eines Mannes beschreibt, dass mir die Lebenswelten dieser Menschen zu fremd sind?

„Was ich liebte“ ist ein wunderbar trauriger Roman, der mich angeregt hat, über den Sinn des Lebens, die

Liebe, des Berufs nachzudenken. Mich hinterließ die Geschichte ratlos oder wie die „Weltwoche Zürich“ bereits über die „Verzauberung der Lily Dahl“ schrieb: „Hustvedt weiß, wie sie der Geschichte das bittere Aroma verleiht; nichts ist überflüssig; was immer sie erzählt, sie lässt beim Leser keine Sicherheit aufkommen.“



DOKUMENTATION

Sozialpharmazie im Öffentlichen Gesundheitsdienst

Seit fünf Jahren in Nordrhein-Westfalen etabliert und bewährt

von Udo Puteanus*

In Nordrhein-Westfalen trat Anfang 1998 das Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst in Kraft [1]. Damit wurde auch die Sozialpharmazie im Öffentlichen Gesundheitsdienst dieses Bundeslandes verankert. Seither sind fünf Jahre vergangen, Zeit genug, um eine erste Bilanz zu ziehen: Was war das Ziel des Gesetzgebers, wie war die Ausgangslage vor fünf Jahren, was wurde unternommen, was wurde erreicht, und was sind die nächsten Ziele?

Arzneimittel unterliegen von der Herstellung bis zur Abgabe in der Apotheke einer engmaschigen Kontrolle. Doch was passiert mit den Arzneimitteln nach dem Verlassen der Apotheken? Schnell gesund werden und Schmerzen lindern - mit oder ohne Rezept - das ist das eigentliche Ziel der meisten Menschen, wenn sie zu Arzneimitteln greifen. Aber wer nimmt welche Arzneimittel in welcher Menge und warum ein? Werden die Arzneimittel optimal eingesetzt? Erhalten auch soziale Randgruppen (z. B. Immigranten, Drogenabhängige) die für sie notwendigen Medikamente?

Zwischen 8 000 und 25 000 Tote jährlich sind auf falsche Arzneimittel-

anwendung oder auf Nebenwirkungen von Arzneimitteln zurückzuführen, so die Berechnungen von klinischen Pharmakologen. Manche gehen sogar von weit höheren Zahlen aus, was dann auch zu Diskussionen in der breiten Öffentlichkeit führt [2].

Epidemiologische Methoden im Öffentlichen Gesundheitsdienst

Traditionelle Aufgaben des kommunalen ÖGD sind: Medizinalaufsicht über Berufe und Einrichtungen des Gesundheitswesens, Gesundheitsschutz einschließlich Umwelthygiene, Gesundheitsförderung und -vorsorge sowie Gesundheitshilfe dort, wo sie notwendig ist (sozialkompensatorischer Auftrag), gutachterlicher Tätigkeit und Epide-

miologie. Daneben sind in jüngerer Vergangenheit neue Aufgabenfelder entstanden. Mit der Änderung des Krankheitsspektrums (von den Infektionskrankheiten zu den chronischen Volkskrankheiten) sind auch die damit verbundenen komplexer gewordenen Versorgungsstrukturen zu bewältigen. Moderation und Vernet-

zung von Präventions- und Versorgungsleistungen sind daher neue Herausforderungen [3]. Standen in früheren Zeiten Behandlungen einzelner Patienten (z.B. die Betreuung von Tuberkulosepatienten) oder Impfkationen mehr im Vordergrund - Bereiche, die in den letzten Jahrzehnten immer mehr von den niedergelassenen Ärzten übernommen wurden - so gerät in letzter Zeit die Betrachtung der gesundheitlichen Situation der Bevölkerung insgesamt oder von Bevölkerungsgruppen und deren Problemlagen mehr und mehr in den Focus des Öffentlichen Gesundheitsdienstes [4]. Mit epidemiologischen Methoden und den Instrumenten einer modernen Gesundheitsberichterstattung werden Situationen vor Ort analysiert und mit den Betroffenen nach Lösungsstrategien gesucht.

Damit tritt neben die weiterhin für den ÖGD wichtige Aufgabe der „Krisenbewältigung“ (Kontroll- und Überwachungsaufgaben sowie Risikomanagement) der neue Bereich der „strategischen Planung“ hinzu. Gemeint ist damit das Organisieren einer kontinuierlichen Zusammenarbeit aller im Gesundheitsbereich tätigen Gruppen, Institutionen und aktiven Bürgerinnen und Bürger auf kommunaler Ebene zur Verbesserung des gesundheitlichen Angebots, zum Schließen von Versorgungslücken, zur Verbesserung der gesundheitsbezogenen lokalen Verhältnisse und zur Aktivierung und Beteiligung der Bürger für einen effizienten Einsatz der Angebote im Gesundheitswesen.

* Dieser Beitrag wird vom Arbeitskreis Sozialpharmazie der Amtsapothekerinnen und Amtsapotheker in Nordrhein-Westfalen mit getragen.



Kommunikation gehört zu den Stärken der Amtsapotheker in Nordrhein-Westfalen.

„Neue“ kommunale Gesundheitspolitik

Zu den Stichworten einer „neuen“ kommunalen Gesundheitspolitik gehören u.a.:

- Gesundheitsberichterstattung - also z. B. die Analyse und Bewertung der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung oder von Bevölkerungsgruppen,
- Bewertung der festgestellten Problemfelder - also die Festlegung der sich daraus ergebenden gesundheitlichen Risiken und Chancen für die Bevölkerung,
- Entwicklung von Konzepten für Verbesserungen,
- Konsenssuche aller Beteiligten in der Kommune für Handlungsoptionen,
- Koordination der gemeinsam erarbeiteten Umsetzungsschritte und
- Evaluation der Ergebnisse.

Zentrale Schaltstellen sind die Kommunalen Gesundheitskonferenzen (s. u.); sie diskutieren die Probleme und beschließen Maßnahmen zur Verbesserung der Situation. Beschlüsse können dabei nur im Konsens gefasst werden. Der ÖGD übernimmt hier u. a. die Moderation und koordiniert die verabredeten Maßnahmen.

Gesetzliche Grundlage der Sozialpharmazie im ÖGD

Mit der Verabschiedung des Gesetzes für den Öffentlichen Gesundheitsdienst in Nordrhein-Westfalen am 25. November 1997 übertrug erstmals ein Gesetzgeber in Deutschland dem ÖGD den Bereich Sozialpharmazie als ein wesentliches Aufgabengebiet. Danach sollen die Amtsapothekerinnen und Amtsapotheker anhand der zur Verfügung stehenden Daten und mit Unterstützung des Landesinstituts für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (Iögd) den Arzneimittelkonsum der Bevölkerung beobachten, dokumentieren, analysieren und bewerten sowie darauf aufbauend Information und Beratung anbieten sowie Aufklärung hinsichtlich eines verantwortlichen Arzneimittelkonsums betreiben. Sie können auch eigene Erhebungen durchführen (§ 20 Abs. 2). Doch hat der Gesetzgeber dem Bereich Sozial-

pharmazie im Vergleich zum Überwachungsauftrag die zweite Priorität zugewiesen.

Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst in Nordrhein-Westfalen

§ 20 Arzneimittelüberwachung und Sozialpharmazie

- (1) Der Arzneimittelverkehr auf örtlicher Ebene wird von der unteren Gesundheitsbehörde (Amtsapotheker) überwacht.
- (2) Die untere Gesundheitsbehörde (Amtsapotheker) soll mit Unterstützung des Landesinstituts für den Öffentlichen Gesundheitsdienst anhand der ihr zur Verfügung stehenden Daten den Arzneimittelkonsum der Bevölkerung beobachten, dokumentieren, analysieren und bewerten. Sie kann dazu Erhebungen durchführen. Auf dieser Grundlage soll sie die Bevölkerung über einen verantwortlichen Arzneimittelkonsum aufklären, informieren und beraten sowie an der Bekämpfung des Drogen- und Arzneimittelmissbrauchs mitwirken.

Die Amtsapothekerinnen und Amtsapotheker standen nun vor der Frage, wie der neue Aufgabenbereich aus

gefüllt werden sollte. Interne Überlegungen [5], Diskussionen mit dem im Iögd für diesen Bereich eingestellten Apotheker, sowie mit Amtsärztinnen und Amtsärzten in den einzelnen Gesundheitsämtern steckten zunächst grob den Rahmen ab [6]. Wegen der schwierigen personellen Ausgangssituation wurden nur Ziele und Forderungen aufgestellt, die mit den zur Verfügung stehenden Mitteln zu realisieren waren.

Die bei den Kreisen und kreisfreien Städten hauptamtlich tätigen Apothekerinnen und Apotheker äußerten zunächst den Wunsch, Fortbildungen zum Thema durchzuführen. In Zusammenarbeit der Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen mit dem Iögd fanden 1999 und 2000 drei je zweitägige Fortbildungen statt. Inzwischen ist eine zweitägige Fortbildungsveranstaltung im Mai eines jeden Jahres vorgesehen.

Probleme der Arzneiversorgung erkennen

Die Arzneiverordnungen zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in Deutschland werden kontinuierlich ausgewertet (z.B. Arzneiverordnungs-Report, GEK Arzneireport). Jedoch stehen derzeit (noch) keine Datensätze für einen Kreis oder eine kreisfreie Stadt zur Verfügung. Auch die vom Robert-Koch-Institut in Berlin durchgeführten Surveys liefern keine Daten für einzelne Kommunen. Weiterhin fehlen präparatebezogene Auswertungen für den Bereich der Selbstmedikation. Die auf Indikationsebene vorliegenden Ergebnisse sagen nichts über die Qualität der durch Verbraucher selbst gekauften Arzneimittel aus. Mit den geringen personellen und finanziellen Mitteln der Amtsapothekerinnen und Amtsapotheker sind keine entsprechenden Erhebungen und Auswertungen möglich. Insofern konnten Untersuchungen dieser Art vor Ort noch nicht mit der eigentlich notwendigen Tiefe durchgeführt werden. Um die Probleme der Arzneimiterversorgung zu erkennen, mussten oft andere Wege gegangen werden.

Fortbildungsreihe für Amtsapotheker/innen

1999:

Einführung in die Sozialpharmazie, national und international Einführung in die Epidemiologie Arzneimittelverbrauchs-forschung und Arbeiten mit Sekundärdaten Entwicklung von sozialpharmazeutischen Projekten

2000:

Arzneimittelverbrauchsanalysen und Gesundheitssurveys Verbraucheraufklärung über Arzneimittel

2001:

Sozialpharmazie, Krankenkassen und Verbraucherverbände Arzneimittel-anwendungsprobleme im Krankenhaus Hintergrundwissen für eine effektive Öffentlichkeitsarbeit

Grundlagen und Techniken für eine erfolgreiche Zusammenarbeit mit Medien

2003:

Doping im Freizeit- und Breitensport

Beispiele für Umfragen und Aufklärungsaktionen

In der Stadt Münster/Westf. beschloss die Kommunale Gesundheitskonferenz (KGK), im Rahmen des Projektes "Frauen und Medikamente" eine repräsentative Stichprobe von Münsteraner Frauen durch Telefoninterviews zu befragen. Eine der zahlreichen Fragen zu den Beschwerden betraf den Bereich der Schlafprobleme. So stimmten 10 Prozent der über 60-jährigen Befragten der Aussage zu, dass sie ohne Medikamente schlechter einschlafen würden. Für weitere 8 Prozent traf dieser Satz zumindest zum Teil zu.

Das Ergebnis der gesamten Befragung diente der KGK Münster zur Erarbeitung von Handlungsempfehlungen, die inzwischen zum Teil umgesetzt sind [7].

Ebenfalls mit dem Instrument der telefongestützten Interviews untersuchte das Iögd die Auswirkungen

Amtsapotheker

Amtsapotheker gibt es in der Bundesrepublik Deutschland nur im Bundesland Nordrhein-Westfalen. Sie übernehmen die Aufgaben, die in anderen Bundesländern die ehrenamtlichen Pharmazieräte erfüllen. Ihr Aufgabenbereich geht jedoch darüber hinaus und ist umfassender [21].

des Pflichtsatzes in der Arzneimittelwerbung „Zu Risiken und Nebenwirkungen ...“. Dabei äußerten die Befragten sehr häufig den Wunsch, möglichst umfassend über Arzneimittel und deren gewünschte wie unerwünschte Wirkungen informiert zu werden [8].

In einem Kreis und in einer Stadt wurden Bürgerinnen und Bürgern auf der Straße und in Apotheken über ihre Meinung und über ihre Kenntnisse zu pflanzlichen Arzneimitteln befragt. Mit dieser Aktion im Jahr 1999 sollte Interesse geweckt werden, über den verantwortungsvollen Einsatz von pflanzlichen Arzneimitteln nachzudenken. Den Fragebogen hatte der dortige Amtsapo-

theker in Zusammenarbeit mit dem Iögd erstellt; die Interviewerinnen waren Schülerinnen und Schüler aus PTA-Klassen. Es wurden ca. 800 Fragebögen ausgefüllt. Es resultierte eine Aufklärung der Bevölkerung über den verantwortungsvollen Einsatz von Phytopharmaka über die örtliche Presse mit der Botschaft, dass auch Phytopharmaka Nebenwirkungen haben können.

Versorgungslage in Alten- und Pflegeheimen

Vier Amtsapothekerinnen und Amtsapotheker untersuchten (noch vor Inkrafttreten des neuen § 12a des Apothekengesetzes), welche Leistungen die Alten- und Pflegeheim beliefernden Apotheken erbringen. Sie befragten die Heimleitungen über ihre Erfahrungen und Wünsche hinsichtlich einer besseren Versorgung. Die Heimleitungen bestätigten den Apotheken eine gute Lieferfähigkeit. Allerdings zeigten die darüber hinausgehenden Wünsche an die beliefernden Apotheken, wie wichtig die diesbezügliche Änderung des Apothekengesetzes (§ 12a) war [9].

Ebenfalls mit dem Thema Alten- und Pflegeheime beschäftigte sich eine Untersuchung von 26 Amtsapothekerinnen und Amtsapothekern im Jahre 2002. Hierbei ging es um die Frage, ob die Pflegekräfte die verordneten Arzneimittel für die Bewohner dieser Einrichtungen richtig zusammenstellen und welche Fehler ggf. zu verzeichnen sind. Insgesamt konnten bei ca. 80 % der untersuchten Heime keine größeren Qualitätsmängel festgestellt werden. Bei ca. 20 % der Heime zeigten sich jedoch Defizite [10].

Erhebungen zum Arzneimittelmissbrauch

Die Anfrage des Bundesgesundheitsministeriums nach dem Verbrauch von Methylphenidat für Kinder (v. a. zur Behandlung des Hyperkinetischen Syndroms) wurde von einzelnen Amtsapothekerinnen und Amtsapothekern zum Anlass genommen, über eine kurzfristige Stellungnahme hinaus genauer zu untersuchen, welche Mengen durch welche Ärzte-

gruppen für welche Kinder verordnet wurden [11]. Nach Auswertung der Daten wurde das Gespräch mit dem jugendärztlichen Dienst und teilweise auch mit niedergelassenen Kinderärzten gesucht und über evtl. notwendige Maßnahmen gesprochen.

Eine für Amtsapotheker leicht zugängliche Quelle über den Arzneimittelkonsum sind die Anfragen von anderen Behörden. So brachten in einer Stadt die in den letzten Jahren vorgelegten Anfragen der Zollbehörden Aufschluss darüber, welche Arzneimittel mit welchen Inhaltsstoffen aus welchen Ländern aufgegriffen wurden. Eine Veröffentlichung darüber ist in Vorbereitung.

Erziehung und Aufklärung

Häufig beschäftigen sich die Kommunalen Gesundheitskonferenzen mit Themen aus dem Kinder- und Jugendbereich. Auch Amtsapothekerinnen und Amtsapotheker griffen dieses Thema auf. Es ist bekannt, dass der elterliche Umgang mit Arzneimitteln bereits im frühen Alter von Kindern deren zukünftiges Arzneimittelkonsumverhalten beeinflussen kann. Deshalb übernahmen einige Amtsapothekerinnen und Amtsapotheker die in der Stadt Münster erstellten Informationsmaterialien zur Aufklärung über den richtigen Umgang mit Arzneimitteln in Anwesenheit von Kindern [12].

Nahrungsergänzungsmittel, die die Anbieter für die Behandlung der unterschiedlichsten Befindlichkeitsstörungen und auch Krankheiten bewerben, werden den Verbrauchern verstärkt angeboten. Schlankheitsmittel haben dabei meist eine herausragende Bedeutung.

Aber auch Präparate aus anderen Therapiekulturkreisen - z. B. der traditionellen chinesischen Medizin - erfreuen sich zunehmender Beliebtheit. Nicht immer werden von den Anbietern die bestehenden rechtlichen Vorgaben eingehalten. Als Arzneimittel angebotene aber ohne Zulassung im Markt befindliche Produkte müssen daher vom Markt genommen werden.

Sofern durch sie Gefährdungen der Bevölkerung zu erwarten sind, müssen öffentliche Warnungen zum Schutz der Verbraucher herausgegeben werden [13]. Zum Teil stehen hierzu Materialien der Bundesoberbehörden zur Verfügung. Als Medien werden

meist die ortsnahen Tageszeitungen oder Rundfunksender genutzt. In einigen Gesundheitsämtern steht den Amtsapothekern für ihre Aufklärungsarbeit auch der Internetauftritt des Gesundheitsamtes zur Verfügung

[14]. In Münster erstellte der dortige Amtsapotheker eine Informationsschrift für Verbraucher, die über das Heilmittelwerbegesetz aufklärt und Tipps zum Umgang mit Werbung vermittelt [15].

Auch durch Vortragstätigkeiten in verschiedenen Einrichtungen, durch Teilnahme an Schulstunden, durch Ausstellungen oder auch durch Beratungen einzelner Bürgerinnen und Bürger werden die zur Verfügung stehenden Informationen weitergegeben.

Bekämpfung des Drogen- und Arzneimittelmissbrauchs

Auch die Mitwirkung der Amtsapothekerinnen und Amtsapotheker bei der Bekämpfung des Drogen- und Arzneimittelmissbrauchs gehört teilweise zum Bereich Sozialpharmazie. Neben den Tätigkeiten im Rahmen ihrer Überwachungsfunktionen (Kontrollen auf der Grundlage des Betäubungsmittelgesetzes, der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung, des Arzneimittelgesetzes u. a.) engagieren sie sich bei präventiven Maßnahmen im Rahmen von Sucht-wochen der Städte und Kreise oder im schulischen Umfeld von Kindern

und Jugendlichen. Auch die Versorgung von Drogenabhängigen mit Substitutionsmitteln in Zusammenarbeit mit Ärzten und Apothekern wird häufig durch Amtsapothekerinnen und Amtsapotheker mit arzneimittelrechtlichem und organisatorischem Sachverstand begleitet.

Der Missbrauch von Stimulanzien (z. B. Ecstasy), Schlafmitteln und Schmerzmitteln ist altbekannt. In letzter Zeit häufen sich die Berichte, dass Wachstumshormone, Anabolika, Stimulanzien und andere geeignete Arzneimittel im Freizeit- und Breitensport vermehrt zu Dopingzwecken eingenommen werden. Auch hier muss die Bevölkerung vor missbräuchlicher Anwendung der Arzneimittel gewarnt werden.

Koordination und Integration

Ein wesentliches Ziel vieler ÖGD-Gesetze ist die Verbesserung der Zusammenarbeit aller im Gesundheitswesen beteiligten Institutionen, Heilberufe und Selbsthilfegruppen [16]. Gesundheitsämter haben in NRW die Geschäftsstellenleiterfunktion der Kommunalen Gesundheitskonferenzen übernommen, in denen Versorgungslücken erkannt und im Einvernehmen mit allen Beteiligten beseitigt werden sollen [17]. Koordinations- und Integrationsaufgaben werden so zu einem erweiterten Aufgabenfeld des ÖGD. Auch einige Amtsapothekerinnen und Amtsapotheker haben begonnen, sich dieses Aufgabengebietes anzunehmen. So z.B. in Düsseldorf. Die dortige Apothekerschaft und die Verbraucher-Zentrale waren sich uneins über die Beratungsqualität der Apotheken im Rahmen der Selbstmedikation. Dem Amtsapotheker dieser Stadt gelang es durch seine moderierenden Aktivitäten, beide Seiten an einen Tisch zu bekommen und einen abgestimmten Leitfaden für Verbraucher zu erarbeiten, der von der Verbraucherzentrale und den Apotheken verteilt wurde [18].

In Münster erstellte der dortige Amtsapotheker eine Broschüre für Verbraucher zum Thema „Als Patient in einer Medikamentenprüfung“. Diese Broschüre ist besonders her-

vorzuheben, da es gelang, die Verbraucher-Zentrale Hamburg und die Ärztekammern Westfalen-Lippe und Nordrhein als Unterstützer dieses Aufklärungsmaterials zu gewinnen [19].

Ausblick und Schluss

Nach einer „Findungsphase“ ist die Sozialpharmazie inzwischen für die meisten Amtsapothekerinnen und Amtsapotheker zum festen Bestandteil ihrer Arbeit geworden. Es lässt sich eine Tendenz zu gemeinsamen Projekten - in erster Linie im Bereich der Gesundheitsberichterstattung - beobachten, die durch das lögd koordiniert werden. Zwar werden auch weiterhin in einzelnen Kreisen und Städten spezifische Aktivitäten entwickelt, doch scheinen die Vorteile einer Zusammenarbeit für viele Amtsapothekerinnen und Amtsapotheker überzeugend. Nach der Einrichtung eines Arbeitskreises Sozialpharmazie der Amtsapothekerinnen und Amtsapotheker können die Projekte in einem größeren Kreis diskutiert und mit mehr Hintergrundwissen vorbereitet, durchgeführt und nachbereitet (evtl. auch veröffentlicht) werden. Insgesamt wird die bislang geleistete Arbeit von externen Gutachtern im Rahmen der Evaluation der Umsetzung des ÖGD-Gesetzes positiv beurteilt [20].

Die Probleme im Arzneimittelbereich sind vielfältig. Die Einführung des Versandhandels von Arzneimitteln und die Herausnahme eines großen Teils der nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittel aus der Erstattungspflicht der Gesetzlichen Krankenkassen sind nur zwei Schlagworte für aktuelle Herausforderungen.

Ein bestmöglicher Verbraucherschutz erfordert einerseits hohe Arzneimittelsicherheitsstandards, andererseits die Kompetenzstärkung der Arzneimittelanwender, damit sie verantwortungsvoll mit der nicht alltäglichen Ware Arzneimittel umgehen. Die Aufgabenstellung des ÖGD-Gesetzes in NRW bietet einen guten Ansatz für Amtsapothekerinnen und Amtsapotheker, wichtige Beiträge für einen effektiven Verbraucherschutz zu leisten.



Quellen

[1] Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst vom 25. November 1997, GVBl. NRW Nr. 58, S. 431, v. 17. Dezember 1997.
[2] Deutsches Ärzteblatt, online, 25.08.2003: Studie: „Todesfälle durch Arzneimittel werden unterschätzt“. www.aerzteblatt.de/v4/news/news.asp?id=13643. 58000 Tote durch falsche Medikamente, www.welt-am-sonntag.de/data/2003/09/07/165273.html. 58000 Pillen-Tote: Zahl seriös oder fiktiv? www.aerztliche-praxis.de/db/shownews/1063808842/8/5/news.html. Tausende Tote in Kliniken, www.abendblatt.de/daten/2003/08/16/197431.html. Neben der Wirkung. Streit um Zahlen: 20000 oder 58000 Tote durch Arzneien. www.evibase.de/texte/rahmen_text.htm?text/sz/texte/neben_der_wirkung.htm. In den USA rechnet man mit ca. 2,2 Mio. Krankenhauseinweisungen und jährlich 106000 Tote durch unerwünschte Arzneimittelwirkungen. Pharm. Ztg. 147 (2002), 2764.
[3] Brand H: Neue Anforderungen an den ÖGD. Vorwort zur Dokumentation der Tagung des Iögd in Bielefeld 26727.3.98. Iögd: Wissenschaftliche Reihe, Band 2, S. 5.
[4] Kuschke W, Lafontaine J, Scharf B, Stollmann B: Das öffentliche Gesundheitswesen in Nordrhein-Westfalen. Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGDG), Wiesbaden 2000.
[5] Puteanus U: Sozialpharmazie. In: 2. Jahrestagung des Iögd für den ÖGD. Wissenschaftliche Reihe Bd. 7, Iögd, Bielefeld 2000. [6] Deutscher Städtetag: www.staedtetag-nrw.de/veroeff/

eildienst/2000/eil_2000_9_3.htm.
[7] Stadt Münster (Hrsg.): Frauen und Medikamente. Gebrauch oder Missbrauch. Gesundheitsbericht der Stadt Münster, 1998.
[8] Puteanus U: Arzneimittelwerbung - Verbraucher wollen Information. Bericht über eine vom Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst des Landes Nordrhein-Westfalen (Iögd) durchgeführte telefonische Befragung zum Thema Arzneimittelwerbung und Arzneimittelinformation für Verbraucher. Gesundheitswesen 62 (2000), 516-524.
[9] Hendrichs H, Hövel G, Lohbreier-Dörr J, Pardieck A, Puteanus U: Arzneimittelversorgung in Alten- und Pflegeheimen. Chancen durch zukünftige Versorgungsverträge zwischen Heimen und Apotheken. Gesundheitswesen 63 (2001), 514-521.
[10] Bader A, auf dem Keller S, Puteanus U, Wessel T: Erhalten die Bewohner von Pflegeheimen vor Ort die richtigen Arzneimittel? Zur Qualität beim Stellen von Arzneimitteln in Pflegeheimen. Gesundheitswesen 65 (2003), 236-242.
[11] www.kreis-wesel.de/Gesundheit/Arznei-undBetäubungsmittel/Sozialpharmazie/Methylphenidat. www.drdecker-online.de/ADS/News/Ritalin/MethylphenidatSoest.html. www.drdecker-online.de/ADS/News/Ritalin/methylphenidatHSK.html.
[12] Stadt Münster (Hrsg.): Keine Kinder-spiel: Medikamente. Tipps aus der Praxis für Eltern. Iögd 2000.
[13] Stadt Mülheim: Amtapothekerin warnt vor privaten Geschäften mit Medikamenten. www.muelheim-ruhr.de/cf0a784029ff0ef9f18d63e83d7fa142.html.
[14] Kreis Wesel: www.kreis-wesel.de, Euskirchen: www.kreis-euskirchen.de/

kreish/start.htm, Wuppertal: www.amtsapotheke.de.

[15] Stadt Münster: Heilmittelwerbung. Gesunde Skepsis gefragt. Münster 2000.
[16] Müller W: Entwicklung der Gesundheitsdienstgesetze in den Ländern der BRD. In: Neue Anforderungen an den ÖGD. Dokumentation zur Tagung in Bielefeld 26./27.3.1998. Iögd: Wissenschaftliche Reihe, Band 2. Bielefeld 1999, 15-26, hier 23f.
[17] Vorausgegangen war ein Modellprojekt, über dessen Ergebnisse ein Evaluationsbericht vorliegt: Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.): Ortsnahe Koordinierung der gesundheitlichen und sozialen Versorgung. Abschlussbericht. Bergheim 2000.
[18] Verbraucher-Zentrale NRW (Hrsg.): Checkliste Selbstmedikation. Faltblatt. Düsseldorf 2000.
[19] Stadt Münster (Hrsg.): Als Patient in einer Medikamentenprüfung. Broschüre, Iögd 2003.
[20] Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.): Evaluation des Gesetzes über den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGDG) des Landes NRW. Abschlussbericht. Kap 5.2.1.3, Düsseldorf 2003.
[21] Butz W: Amtapotheker in Nordrhein-Westfalen. Dtsch. Apoth. Ztg. 133 (1993), 3577-3581. Butz W: 20 Jahre Amtapotheker/in in NRW. www.kreis-wesel.de/Gesundheit/Arznei-undBetäubungsmittel/
Anschrift des Verfassers:
Dr. Udo Puteanus, Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst, Von-Stauffenberg-Str. 36, 48151 Münster, E-Mail: udo.puteanus@loegd.nrw.de

Aus: Deutsche Apothekerzeitung, Nr. 11, 144 (2004), 1205 (61) ff, Abdruck mit freundlicher Genehmigung der Redaktion

Herbstsitzung von ADEXA

Weichen für 2005 gestellt - Ehrenamtliche und Hauptamtliche diskutieren über Gesundheits- und Tarifpolitik - neues Marketingkonzept abgesegnet - Pharmazieingenieure planen eigenen Fortbildungstag

(Hamburg) Die Apothekengewerkschaft ADEXA hat auf ihrer Herbsttagung vom 29. bis 31. Oktober die Weichenstellungen für das kommende Jahr vorgenommen. In Kassel trafen sich rund 35 ADEXA-Aktive von Bundesvorstand und Beirat sowie den Fachgruppen und Referaten. Sie befassten sich mit den Auswirkungen des GKV-Modernisierungsgesetzes (GMG) für Apothekenangestellte

und diskutierten über notwendige strukturelle Neuausrichtungen in den berufspolitischen Organisationen.

Außerdem wurde eine rundum positive Bilanz des 50-jährigen BVA-Jubiläums im Juni und der Umbenennung von BVA in ADEXA gezogen: Wie geplant haben sowohl die Festlichkeiten als auch der neue Name für viel öffentliche Aufmerksamkeit gesorgt. Dieser Schwung soll nun mit einem neuen Marketingkonzept ausgenutzt werden, das vermehrt auch jüngere ansprechen soll.

Zugleich tagte die Große Tarifkommission, um das weitere Vorgehen im Tarifstreit mit der Arbeitgebervertretung ADA zu beschließen.

In der Fachgruppe der (Diplom-) Pharmazieingenieure wurde beschlossen: Analog zu den erfolgreichen PKA- und PTA-Tagen soll es 2005 in Leipzig einen PI-Tag geben, um den Erfahrungsaustausch zu fördern und maßgeschneiderte Fortbildung anzubieten. Denn für PI wie für alle anderen Berufsgruppen in der Apotheke gilt aus Sicht von ADEXA: Jeder sollte regelmäßig an zertifizierten Fortbildungsmaßnahmen teilnehmen, um seine beruflichen Qualifikationen zu stärken.

Veröffentlicht am 01.11.2004 von Insa Heyde

ADEXA
Die Apothekengewerkschaft

Pressemitteilungen der Verwaltungsgerichte Berlin und Stuttgart

Was wird aus der ABDA?

Nachdem die Berliner Apothekerkammer vom Verwaltungsgericht dazu verurteilt wurde, aus der ABDA auszutreten, ist auch in Stuttgart und München gegen die Mitgliedschaft der Kammern in der ABDA geklagt worden. Beide Klagen wurden negativ entschieden, die Mitgliedschaft sei rechtmäßig. Zu den Entscheidungen gibt es Pressemitteilungen der Gerichte von Berlin und Stuttgart.

Berlin

Apothekerkammer Berlin muss aus der Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände austreten (Nr. 29/2004)

Berlin, den 02.07.2004

Die 14. Kammer des Verwaltungsgerichts Berlin hat durch Urteil vom 6. Mai 2004 entschieden, dass die Apothekerkammer Berlin zum frühestmöglichen Zeitpunkt aus der Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA) auszutreten hat und bis dahin ihre Mitgliedschaftsrechte in der ABDA nicht mehr ausüben darf. Geklagt hatte eine approbierte, abhängig beschäftigte Apothekerin, die Pflichtmitglied der beklagten Apothekerkammer Berlin ist.

Zu den Aufgaben der Apothekerkammer Berlin, einer Körperschaft des öffentlichen Rechts, gehört u.a. die Wahrung der beruflichen Belange ihrer Angehörigen. Sie ist seit ihrer Gründung im Jahr 1963 Mitglied der ABDA und entrichtet seither Mitgliedsbeiträge. Die ABDA ihrerseits wurde 1950 als privatrechtlicher Dachverband gegründet und bezweckt die Wahrnehmung und Förderung der gemeinsamen Interessen der in ihr zusammengeschlossenen Apothekerkammern und Apothekervereine.

Ausweislich des jetzt vorliegenden schriftlichen Urteils stützt sich das Verwaltungsgericht auf folgende Begründung: Die Apothekerkammer Berlin dürfe als öffentlich-rechtliche Zwangskörperschaft nur dann Mit-

glied eines privatrechtlichen Verbandes sein, wenn dadurch nicht Beteiligungs- und Mitwirkungschancen ihrer eigenen Pflichtmitglieder verloren gehen. Diese Voraussetzung sei hier zu Lasten der abhängig beschäftigten Apotheker nicht gewahrt. Die Mitgliedschaft auch von Apothekervereinen in der ABDA führe dazu, dass in der ABDA die selbständigen Apotheker im Vergleich zu den abhängig beschäftigten Apothekern einen überproportionalen Einfluss hätten. Denn während in den Apothekerkammern alle Apotheker unabhängig von der Art ihres Beschäftigungsverhältnisses Pflichtmitglieder seien, gehörten den Apothekervereinen ausschließlich Apothekenleiter an. Damit seien die Apothekenleiter in der ABDA „doppelt repräsentiert“. Hierin liege ein „Demokratiedefizit“, das sich insbesondere bei der laufenden Geschäftstätigkeit des auf Bundesebene als „Apothekerparlament“ agierenden Dachverbandes auswirken könne. Der dem Gleichbehandlungsgrundsatz verpflichteten Apothekerkammer Berlin sei es als Zwangskorporation verwehrt, sich zu Lasten ihrer Teilgruppe der abhängig beschäftigten Apotheker mit der anderweitig nochmals separat organisierten Teilgruppe der selbständigen Apotheker in der Weise zusammenzuschließen, dass der Stimmenanteil der selbständigen Apotheker in dem Dachverband überproportional zur Geltung komme.

Soweit die Klägerin außerdem erreichen wollte, dass die Apothekerkammer Berlin auch aus dem privatrechtlichen Verband der Freien Berufe in Berlin e.V. (VFB) auszutreten habe, blieb ihre Klage allerdings ohne Erfolg. Der VFB, in dem sich u. a. verschiedene berufsständische Körperschaften des Landes Berlin zusammengeschlossen haben, verfolgt das Ziel, alle berufsübergreifenden Bestrebungen der Angehörigen der Freien Berufe in einem allgemeinen Sinn zu verfolgen und für die Erhaltung und den Ausbau des Freien Berufes einzutreten. Da auch abhängig beschäftigte Apotheker einen

freien Beruf des Gesundheitswesens ausübten, würden sie durch den VFB repräsentiert. Die Tatsache, dass ein Großteil der Tätigkeit des VFB dennoch eher den selbständigen Angehörigen der freien Berufe zu Gute komme, habe der VFB bei der Beitragsgestaltung berücksichtigt.

Das Verwaltungsgericht hat wegen grundsätzlicher Bedeutung die Berufung zum Oberverwaltungsgericht Berlin zugelassen.

Urteil der 14. Kammer vom 6. Mai 2004 - VG 14 A 385.98 -

Stuttgart

Apotheker kann Austritt der Landesapothekerkammer aus der Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA) gerichtlich nicht verlangen.

Das Verwaltungsgericht hat seine hierauf gerichtete Klage (AZ.: 4 K 4796/03) mit Urteil vom 15.07.2004 abgewiesen; die Gründe liegen nun vor.

Der Kläger, ein Apotheker, begehrt die Verpflichtung der beklagten Landesapothekerkammer zum Austritt aus der Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA), in der die jeweils 17 Apothekerkammern und Apothekervereine/-verbände zur Wahrnehmung und Förderung ihrer gemeinsamen Interessen privatrechtlich als Verein zusammengeschlossen sind. Diese Vereinigung entfaltet Verbands- und wirtschaftliche Aktivitäten. Der Kläger sieht in der Mitgliedschaft der beklagten Landesapothekerkammer in der Bundesvereinigung ABDA eine Überschreitung ihrer Befugnisse nach dem Heilberufe-Kammergesetz, was ihn als Zwangsmittelglied der Kammer in seinen mitgliedschaftlichen und Verfassungs-Rechten verletze. Das Grundrecht des Art. 2 Abs. 1 GG auf freie Entfaltung der Persönlichkeit schütze auch davor, durch mittelbare Zwangsmittelgliedschaft

von „unnötigen“ Körperschaften in Anspruch genommen zu werden. Die ABDA nehme ein allgemeinpolitisches Mandat wahr, ihr Finanzgebaren sei dubios, unter anderem würden 30 % der Zwangsmitgliedbeiträge an sie abgeführt, ohne dass ein Auseinandersetzungsanspruch für die Mitglieder bei einem eventuellen Austritt bestehe. Die Landesapothekerkammer gliedere wesentliche Aufgaben an die ABDA aus und privatisiere sie damit entgegen den gesetzlichen Bestimmungen.

Die 4. Kammer des Verwaltungsgerichts Stuttgart hat die am 20.11.2003 erhobene Klage auf Grund der mündlichen Verhandlung vom 15. Juli 2004 abgewiesen und hierzu ausgeführt:

Der Kläger hat keinen Anspruch auf Austritt der beklagten Landesapothekerkammer aus der ABDA und auf Unterlassung der weiteren Betätigung dort. Ein solcher Anspruch könne sich zwar grundsätzlich aus Art. 2 Abs. 1 GG ergeben, weil dieses Grundrecht auch davor schütze, durch Pflichtmitgliedschaft von „unnötigen“ Körperschaften in Anspruch genommen zu werden, d. h. die Inanspruchnahme müsse in dem am Verhältnismäßigkeitsprinzip ausgerichteten Maß durch die Wahrnehmung legitimer öffentlicher Aufgaben gerechtfertigt sein. Überschreitet eine Körperschaft ihren gesetzli-

chen Aufgabenbereich, greife sie ohne die erforderliche Rechtsgrundlage in dieses Grundrecht ein. Auf einen Nachteil für den einzelnen der Körperschaft Zugehörigen komme es nicht an. Eine derartige Aufgabenüberschreitung könne die Kammer indessen nicht feststellen. Die Mitgliedschaft der beklagten Landesapothekerkammer in der Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA) bedeute die Wahrnehmung der ihr selbst obliegenden Aufgaben und keine Übertragung dieser Aufgaben auf einen außenstehenden Dritten, die Betätigung in der ABDA sei somit Teil der Aufgabenwahrnehmung durch die beklagte Landesapothekerkammer. Der Aufgabenbereich der ABDA, nämlich die Wahrnehmung und Förderung der gemeinsamen Interessen der in ihr zusammengeschlossenen Apothekerkammern und Apothekervereine/-verbände in der Bundesrepublik Deutschland sei nach den Satzungen inhaltlich nicht anders als der der beklagten Landesapothekerkammer. Nach dem Heilberufe-Kammergesetz sei auch die Bildung überregionaler Arbeitsgemeinschaften zur Wahrung von Berufs- und Standesinteressen wie der ABDA ausdrücklich zulässig und eine aktive berufs- und standespolitische Tätigkeit.

Die ABDA verlasse mit ihrer tatsächlich ausgeübten Tätigkeit auch nicht den gesetzlich umschriebenen Auf-

gabenbereich der Apothekerkammern und beschränke sich auf die Wahrung der Berufs- und Standesinteressen bzw. der Wahrnehmung der beruflichen Belange der Kammermitglieder. Die ABDA habe insbesondere keine Stellungnahmen ohne Bezug zur Apothekerschaft oder zur Gesundheitspolitik, also zu allgemeinpolitischem Inhalt abgegeben. Es sei weiter nicht zu beanstanden, dass die beklagte Landesapothekerkammer in der ABDA mit den privat organisierten Apothekervereinen und -verbänden zusammenarbeite und dass diese in der Mitgliederversammlung der ABDA ca. 1/3 der Stimmen stellten.

Die Kammer könne schließlich auch in dem Umstand keine Aufgabenüberschreitung durch die beklagte Landesapothekerkammer erkennen, dass sich die ABDA durch die mit ihr verbundenen Unternehmen wirtschaftlich in gewissem Umfang betätige, da diese Betätigung auf die Wahrung der beruflichen Belange der Mitglieder der beklagten Landesapothekerkammer ausgerichtet sei.

Gegen das Urteil steht den Beteiligten die Berufung zu, wenn sie vom Verwaltungsgerichtshof Baden-Württemberg zugelassen wird. Der Antrag auf Zulassung der Berufung ist innerhalb eines Monats nach Bekanntgabe der Entscheidung zu beantragen.

Abschaffung der KV

Zur Diskussion gestellt: Der VDÄÄ als Verteidiger der öffentlich-rechtlichen Zwangsorganisationen?

von Wulf Dietrich

Wenn auch die Verhältnisse nicht ganz und gar übertragen werden können, es gibt bei ÄrztInnen keine ABDA und bei ApothekerInnen keine KVen, so denken wir doch, dass die hier abgedruckten Beiträge aus dem Rundbrief des VDÄÄ (Nr. 3/2004) auch für unsere Diskussion um demokratischere Strukturen im Gesundheitswesen interessant sein könnten.

Der erste Beitrag stammt von Wulf Dietrich, seit 2003 Vorsitzender des VDÄÄ, es antwortet darauf Winfried

Beck, Mitglied des Vorstands und Vorsitzender des VDÄÄ von 1986 bis 2003.

Die Redaktion

Abschaffung der Kammern, Auflösung der KVen – das waren die erklärten Ziele der demokratischen Listen, als sie vor nun fast 20 Jahren zu den Kammerwahlen antraten. Kurz vor dem Machtantritt der Faschisten gegründet wurden diese Organisationen unter den Nazis mit besonderen Rechten ausgestattet

und waren willfährige Machtinstrumente der nationalsozialistischen Herrschaft. In Bayern z.B. mussten die Kammern in ihrem Eifer, jüdische und politisch unliebsame Kollegen (= Konkurrenten) mit Berufsverbot zu belegen, sogar vom Innenministerium gebremst werden. Auch in den Nachkriegsjahren waren die ärztlichen Standesorganisationen stets Bollwerke reaktionärer politischer Ansichten und Hemmschuh jeden sozialen Fortschritts. Politisch also völlig korrekt, diese reaktionären

Festungen zu schleifen. Den ersten Kammerwahlkampf in Bayern führten wir Mitte der 80er Jahre unter dem Motto : „Weil wir nicht herauskommen, müssen wir hineingehen“.

Ein Aspekt aber spielte in dieser unserer Diskussion eigentlich nie eine Rolle: Die Standesorganisationen waren und sind Körperschaften des öffentlichen Rechtes, üben also mittelbar staatliche Funktionen aus. Der Staat konnte (oder sollte man besser sagen: könnte?) durch dieses Konstrukt die Ärzteschaft zwingen, z. B. für eine geregelte Aus- und Weiterbildung zu sorgen oder über den Sicherstellungsauftrag die ambulante Versorgung in allen Regionen des Landes zu garantieren. Sicher, der Staat kann diese Aufgaben auch selber übernehmen, doch ist es wohl kein ungeschickter Schachzug, die Ärzteschaft direkt in die Verantwortung zu nehmen. Steuernd einwirken kann der Staat dann durch Gesetzgebung und seine Aufsichtsbehörden. Es soll hier nicht über Versäumnisse staatlicher Aufsicht oder Blockierung staatlicher Vorgaben durch die Standesorganisationen lamentiert werden, nein, es geht um das Prinzip staatlicher Steuerung über die Einrichtungen von Körperschaften des öffentlichen Rechtes. Wer diese Körperschaften leitet und ob diese ihr politisches Mandat missbrauchen, ist bei dieser Betrachtung zweitrangig. In dem Kampf gegen die „Standesorganisationen“ wurde in der Vergangenheit oft die Kritik an der politischen Haltung der Funktionsträger verwechselt mit der totalen Ableh-



nung der verfassten Organe. Sicher aber ist es falsch, von den politischen Haltungen der standespolitischen Funktionsträger auf die prinzipielle Legitimation öffentlich rechtlicher Einflussnahme auf das Gesundheitswesen zu schließen.

Unbestritten sollte sein, dass generell der Staat die Verantwortlichkeit für das Gesundheitswesen hat, ebenso wie z. B. für Bildung oder das Rechtswesen. Wie diese Verantwortlichkeit im Konkreten ausgeübt wird, darüber lässt sich diskutieren. Wir sehen aber, dass zunehmend die Forderung nach „Entstaatlichung“ des Gesundheitswesens erhoben wird. Der Markt soll es richten, dem Staat bleibt steuernde Randfunktion in Bereichen, in denen marktwirtschaftlich nichts zu holen ist. McKinsey ist schon dabei, die KVen marktwirtschaftlich umzustrukturieren.

Neue Organisationsformen neben den KVen sind im Entstehen und selbst altgediente KV Funktionäre machen sich Gedanken über das Ende des KV Monopols. Der neuen agilen KV-Führungsgeneration ist die öffentlich rechtliche Verantwortlichkeit der KVen schon heute ein Klotz am Bein, eine Zwangsjacke. Der Rückzug des württembergischen KV Vorsitzenden und Initiators der Medi-X Bewegung Baumgärtner aus dem KBV-Vorstand ist hierfür ein Zeichen. Plötzlich sehen wir unsere alten Forderungen nach Zerschlagung der Zwangsorganisationen von Leuten aufgestellt, mit deren gesundheitspolitischen Vorstellungen wir eigentlich

nie etwas am Hut hatten. Vor diesen Bündnispartnern müssen wir uns hüten.

KV- und Kammerfunktionäre beklagen heute immer wieder die zunehmende Einflussnahme des Staates durch neue Verordnungen, Gesetzgebungen oder Vorschriften. Gesetze und Verordnungen hat es immer schon gegeben, aber zu besseren Zeiten, als noch genug Geld in den Kassen war, konnten die Selbstverwaltungsorgane an der langen Leine geführt werden, brauchte der Staat sich also nicht wesentlich einzumischen. Heute aber lenken die Funktionäre zum einen damit nur von der eigenen Unfähigkeit ab, im Rahmen der sogenannten Selbstverwaltung die Sache in den Griff zu bekommen, zum anderen verstärken sie mit dieser Propaganda ihren Widerstand gegen staatliche Einflussnahme und für den Erhalt der eigenen Privilegien. Die allgemeine konservative politische Grundströmung wendet sich gegen jede staatliche Einflussnahme.

Vor dem Hintergrund der drohenden Entstaatlichung des Gesundheitswesens müssen wir für den Erhalt der staatlichen Planung und Organisation des Gesundheitswesens eintreten. Körperschaften des öffentlichen Rechtes können ein Mittel dieser Einflussnahme, aber sicher nicht das einzige, sein. Es fällt schwer, aber wir dürfen die Repräsentanten nicht mit den Organisationen, die sie repräsentieren, verwechseln. So paradox es erscheint: Die demokratischen Listen und der VDÄÄ können in Zukunft die Verteidiger der Organisationen werden, deren Existenz sie bisher immer bekämpften.

Antwort auf: Zur Diskussion gestellt – Der VDÄÄ als Verteidiger der öffentlich-rechtlichen Zwangsorganisationen? von Winfried Beck

Dein Kernsatz lautet: „Es geht um das Prinzip staatlicher Steuerung über die Einrichtungen von Körperschaften des öffentlichen Rechtes. Wer diese Körperschaften leitet und ob diese ihr politisches Mandat missbrauchen, ist bei dieser Betrachtung zweitrangig. In dem Kampf gegen

die ‚Standesorganisationen‘ wurde in der Vergangenheit oft die Kritik an der politischen Haltung der Funktionsträger verwechselt mit der totalen Ablehnung der verfassten Organe. Sicher aber ist es falsch, von den politischen Haltungen der standespolitischen Funktionsträger auf die

prinzipielle Legitimation öffentlich rechtlicher Einflussnahme auf das Gesundheitswesen zu schließen.“

Was ist daran aber neu oder anders? Hatten die Gesundheitspolitiker nicht mehr als 50 Jahre Zeit mit Hilfe der ärztlichen Körperschaften ihre Ideen

zu transportieren? Entscheidend ist nicht, was theoretisch oder staatsphilosophisch logisch ist, sondern was die konkreten Menschen daraus machen, was also hinten raus kommt. Es ist eben nicht "zweit-rangig", wer die Körperschaften leitet und ob sie dieses Mandat missbrauchen. De facto wurden die KVen für die partikularen Interessen der Ärzteschaft und hier auch nur eines bestimmten technokratischen Teils erfolgreich missbraucht: die Zementierung der Kluft ambulant stationär, die Ausschließlichkeit der Praxisführung als Unternehmer, die hohen Einkommensunterschiede zwischen den Fachgebieten und die Über-, Unter- und Fehlversorgung durch eine interessengesteuerte Gebührenordnung, die Verhinderung von Chronikerprogrammen, Qualitätssicherung, Rezertifizierung, Einbeziehung der Psychologen und anderer nichtärztlicher Berufsgruppen in die Versorgung, die Entwicklung von IGeL, die Zerstörung der Polikliniken in den Jungen Ländern durch Einflussnahme auf den Einigungsvertrag, die mangelhafte flächendeckende Sicherstellung vor allem im Osten ... Die KVen haben ihren Status als Körperschaft immer



als Chance begriffen, die Interessen ihrer Mitglieder gegen die der Öffentlichkeit besonders effektiv durchzusetzen.

Sie konnte nur so als Monopol gegenüber der GKV und der Gesundheitspolitik auftreten und mit einer Stimme sprechen. Dies war, auch im Rückblick auf die Entstehungsgeschichte in der Weimarer Zeit immer ihr erklärtes Ziel: Autonomie im Körperschaftsstatus. Ich empfehle in diesem Zusammenhang dringend die Lektüre des mit Unterstützung des VDÄÄ erstellten Rechtsgutachtens von Gerhard Stuby vom April 1988 „Zur verfassungsrechtlichen Verträglichkeit des Ärztekammerwesens in der BRD“ in dem es um die Rolle von Körperschaften und damit auch der KVen geht. (Auf die Kammern bin ich noch gar nicht eingegangen, deren Versäumnisse und schädliche Einflussnahme auf die Versorgungssituation kann ich gerne zusätzlich auflisten.) Ich halte es für illusionär, anzunehmen, die Ärzteschaft könne durch die freiwillige Abtretung von Rechten an sie durch den Staat durch die Gewährung einer Körperschaft gesteuert werden. Dafür gibt es keinen aktuellen und keinen historischen Beleg. Allein die Schwächung durch Spaltung kann ihre Dominanz in Grenzen halten. Und wenn „wir unsere alten Forderungen nach Zerschla-

gung der Zwangsorganisationen“ plötzlich „von Leuten aufgestellt“ sehen, „mit deren gesundheitspolitischen Vorstellungen wir eigentlich nie etwas am Hut hatten“ dann ändert das nichts an der grundlegenden Erkenntnis und es wird sich zeigen, dass die Baumgärtner sich ganz schön verrechnen werden, wenn sie glauben mit dem neu gewonnenen Streikrecht außerhalb der KV mehr erreichen zu können. Entscheidend wird sein, dass er und seine Leute nur noch eine Minderheit vertreten und damit ihre Durchsetzungskraft geschwächt ist.

Die von dir befürchtete „drohende Entstaatlichung des Gesundheitswesens“ kann ich übrigens nicht erkennen: DMPs, Qualitätsinstitut, Bundesausschuss, Festbetragsregelung, Rezertifizierung, DRGs ... sind eine Ausweitung staatlicher Einflussnahme auf die Versorgungslandschaft. Das hat allerdings nichts mit der Einführung wettbewerblicher Grundsätze zu tun und wäre an anderer Stelle zu erörtern.

Fazit:
Nutzen wir die einmalige Chance, die ärztlichen Körperschaften zu schwächen, um so endlich eine Entwicklung zu einem lobbyärmeren Gesundheitswesen zu ermöglichen. „Der VDÄÄ als Verteidiger der öffentlich rechtlichen Zwangsorganisationen?“ Nein Danke!

Arzneimittelforschung – für wen?

Europäische Arzneimittelforschung darf keine falschen Schwerpunkte setzen



Am 18. November 2004 werden die Weichen für die Zukunft der Arzneimittelforschung in Europa gestellt. Dazu gibt es ein geschlossenes Treffen der Europäischen Union in Den Haag. Es ist zu befürchten, dass es zu einer verstärkten Förderung der Pharmaindustrie kommt und die menschliche Gesundheit nicht im Mittel-

punkt stehen wird. Aus diesem Anlass wird *Health Action International* am 18. November auf einer Konferenz in Den Haag die Pharmapolitik der EU kritisch unter die Lupe nehmen.

Die BUKO Pharma-Kampagne (Mitglied von *Health Action International*) begrüßt die Initiative der niederländischen Präsidentschaft in der Europäischen Union. Unter dem Titel „Priority Medicines for the citizens of Europe and the World“ sollen Eckpunkte für eine bessere Versorgung mit Arz-

neimitteln gesetzt werden. Allerdings muss dabei der Fokus eindeutig auf die Förderung der öffentlichen Gesundheit gerichtet sein. Es darf keine Durchmischung mit einer Förderung von Industrieinteressen geben.

Das bisherige System der Arzneimittelforschung wird dem Bedarf nicht gerecht, Produktentwicklungen orientieren sich hauptsächlich an den Gewinnaussichten. So werden häufige Krankheiten armer Länder nicht berücksichtigt. Ebenso bringen nur wenige der angeblich „neuen“ Arz-

neimittel auch wirklich einen Fortschritt für die Therapie, die meisten „Innovationen“ verursachen vor allem hohe Kosten.

Auf kommerzielle Forschung zu setzen, bietet deshalb keine guten Erfolgsaussichten. Dazu kommt eine Reihe weiterer kritischer Punkte :

- Stärkere Subventionen für die Industrie lassen akademische Einrichtungen ihre Forschung immer mehr an industriellen Interessen ausrichten („science in the private interest“).
- die Industrie reduziert ihr wissenschaftliches Personal und setzt vermehrt auf Marketing. Bereits jetzt geben Pharmaunternehmen für Werbung doppelt so viel Geld aus wie für Forschung.
- Forschungsförderung und wahre Forschungsausgaben der Industrie für *sinnvolle* Produkte sind völlig intransparent.

- Medikamente sind teuer, aber die Preisgestaltung aufgrund von „Geschäftsgeheimnissen“ völlig undurchschaubar. Für viele Menschen weltweit (auch in Industrieländern) sind die Medikamente unbezahlbar. Dafür ist die Pharmaindustrie die Branche mit den höchsten Gewinnen.

Sehr kritisch ist die Fixierung des bisherigen Arzneimittelsystems auf Patentschutz als Motor für Neuerungen zu sehen. Patente schaffen Monopolsituationen und machen deshalb die Medikamente teuer und für viele Menschen unerschwinglich. Patentschutz dient vor allem den Interessen der Hersteller. Deshalb werden verstärkt Alternativen zum bestehenden System diskutiert.

- Die Gesundheit der Menschen muss im Mittelpunkt der Forschung stehen
- Entwicklung neuer Arzneimittel

muss als öffentliche Verantwortung begriffen werden

- Dazu braucht es eine direkte öffentliche Finanzierung von Auftragsforschung, die auf die Expertise und Erfahrung der pharmazeutischen Industrie zurückgreift
- Es müssen alternative Forschungsmodelle realisiert werden. Dazu wurden bereits mehrere Vorschläge erarbeitet, von einer Modifizierung des Patentsystems bis zu öffentlichen Forschungsabkommen (internationaler Forschungspool)

16. November 2004

Die BUKO Pharma-Kampagne lädt zur HAI Konferenz, die eine Möglichkeit einer öffentlichen Diskussion einer gesundheitsorientierten Forschungsagenda bietet.

Weitere Informationen: Dr. Christian Wagner 0521-60550 (während der Konferenz: 0171-4282544)

Prioritäten setzen reicht nicht aus

Chance für Richtungswechsel in der europäischen Arzneimittelforschung darf nicht verpasst werden

Die Initiative der niederländischen EU-Präsidentschaft *Priority Medicines for the citizens of Europe and the World* sollte ein Aushängeschild werden. Ziel war eine klare Setzung von Prioritäten für die zukünftige Pharmaforschung in Europa. Allerdings liefert sie kaum mehr als technische Verbesserungen für ein Forschungssystem, dass in vielen Punkten grundsätzlich versagt. Zu diesem Schluss kommt das Europäische Netzwerk *Health Action International* (HAI) in seinem am Donnerstag veröffentlichten Bericht *Attending to a sick industry?*

„Das Projekt der Niederländischen Präsidentschaft verfehlt das Ziel, da politische Probleme nur mit technischen Mitteln angegangen werden. Die Entscheidungsträger müssen die gewohnten Pfade verlassen und sich um neue Mechanismen zur Finanzierung von medizinischer Forschung bemühen. Sie müssen eindeutig die öffentlichen Gesundheitsbedürfnisse zum Ziel haben“, so Spring Gombé, Policy Analyst bei HAI Europe.

Priority Medicines will „pharmazeutische Lücken“ aufzeigen, Krankheiten, für die es keine effektive Behandlung gibt und die vorrangig erforscht werden sollen. Zwar gibt *Priority Medicines* wichtige Anstöße wie z.B. die Notwendigkeit von Kombinationstherapien für HIV/AIDS oder die Berücksichtigung der besonderen Bedürfnisse von Kindern und alten Menschen. Aber die Empfehlungen bleiben dem Konzept verhaftet, dass die pharmazeutische Industrie die Lösung des Problems sei und mit entsprechenden „Belohnungen“ die Behandlungslücken schließen wird. Auf diese Weise werden jedoch genau die hochprofitablen Firmen gefördert, die sich nicht um Menschen kümmern, die keinen lukrativen Markt darstellen. Zusätzliche öffentliche Gelder werden auch nicht ausreichen, um die Unternehmen zu Forschung zu bewegen, die wirklich den weltweiten Bedürfnissen entspricht.

Mögen die Absichten auch noch so lobenswert sein, so fehlt es dem Projekt *Priority Medicines* eindeutig an

Phantasie. Dr. Christian Wagner, Vertreter der BUKO Pharma-Kampagne bei HAI: „Alternative Finanzierungsmodelle werden bereits international diskutiert. Wir fordern deshalb die niederländische Regierung und die nachfolgende EU-Präsidentschaft auf, sich für die Diskussion zu öffnen und die öffentlichen Bedürfnisse wieder in den Mittelpunkt zu stellen. Dabei muss auch das Paradigma des Patentschutzes kritisch in Frage gestellt werden.“

23. November 2004

Weitere Informationen:

Dr. Christian Wagner (BUKO Pharma-Kampagne): 0521-60550
presse@bukopharma.de

Die Pharma-Kampagne im Netz:
www.bukopharma.de

Die HAI Stellungnahme „Attending to a sick industry?": www.haiweb.org/02_focus_b.htm

Der Bericht der WHO für die EU:
<http://mednet3.who.int/prioritymeds/report/index.htm>

Pharmakonzern Pfizer verunsichert Kranke

PatientInnenorganisationen protestieren gegen Desinformation

Gemeinsame Pressemitteilung Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen (BAGP) und BUKO Pharma-Kampagne

Der Pharmakonzern Pfizer behauptet, sein Cholesterinsenker Atorvastatin wirke besser als andere und droht, den Preis nicht auf das Festbetragsniveau abzusenken. Die BAGP und die BUKO Pharma-Kampagne halten es für unverantwortlich, PatientInnen mit solchen unfundierten Behauptungen zu verunsichern und durch ungerechtfertigte Hochpreise zu belasten.

Festbeträge für therapeutisch vergleichbare Arzneimittel halten unser Gesundheitssystem bezahlbar. Bislang hat immer eine ausreichende Zahl von Firmen ihre Preise auf Festbetragsniveau gesenkt. Die Versorgung blieb gesichert. Pfizer will das System der Festbeträge jetzt offensichtlich durch Klagen und Lobby-Kampagnen aushebeln. Das würde für PatientInnen hohe Zuzahlungen bedeuten.

Besonders fragwürdig ist die Argumentation von Pfizer. Die Firma behauptet, ihr Medikament sei „das beste Arzneimittel aus der Gruppe der Statine“, die „Versorgungsqualität der Patienten“ werde leiden und dass es „für viele Patienten“ „unter den Statinen keine Alternative“ gäbe. (1) Pfizer unterstellt mit seinen öffentlichen Verlautbarungen, der für die Festbeträge zuständige Bundesausschuss hätte seine Entscheidung

ohne eine sorgfältige Abwägung der wissenschaftlichen Erkenntnis getroffen, und würde auf dem Rücken der PatientInnen Kosten sparen wollen.

Für diese Behauptungen der Firma gibt es keinen Beleg. Ein Blick in industrieunabhängige Quellen belegt, dass die von der Firma zur Begründung angegebenen Studien keinen überzeugenden Nachweis für Vorteile von Atorvastatin bieten. (2,3)

Im übrigen sollte auch nicht vergessen werden, dass der Nutzen von Statinen letztlich begrenzt ist. (4)

PatientInnen sollten sich durch die PR-Arbeit von Pfizer nicht verunsichern lassen, die in Wirklichkeit die Gesundheit der Konzernbilanz im Sinn hat. Die preiswerten Generika von Simvastatin und Pravastatin bieten gleiche Behandlungsqualität wie Atorvastatin.

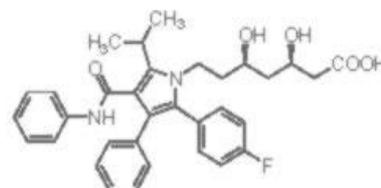
Zum Hintergrund:

Festbeträge für therapeutisch vergleichbare Arzneimittel werden vom Gemeinsamen Bundesausschuss festgelegt. Seit Januar 2004 können wieder gemeinsame Festbeträge auch für teure patentgeschützte Arzneimittel bestimmt werden. Bei dem Pfizer Medikament geht es um die Festbetragsgruppe für Statine.

Die BAGP ist seit 2004 im Gemeinsamen Bundesausschuss, der die Festbeträge beschließt, beratend vertreten. Im zuständigen Unterausschuss

Arzneimittel sitzt für die BAGP ein wissenschaftlicher Mitarbeiter der BUKO Pharma-Kampagne.

Bielefeld, 11.11.2004



Für Rückfragen:

Judith Storf (BAGP) Tel.: Tel. 0521-133561

bielefeld@patientenstellen.de
Jörg Schaaber (BUKO Pharma-Kampagne) Tel.: 0521-60550
presse@bukopharma.de

BUKO Pharma-Kampagne August-Bebel-Str. 62 D-33602 Bielefeld Tel +49-(0)521-60550 Fax +49-(0)521-63789 presse@bukopharma.de www.bukopharma.de

(1) Pressemitteilung von Pfizer vom 8.11.2004

(2) Atorvastatin versus Pravastatin: Überlegenheit bewiesen? arzneitelegramm 4/2004 S. 41-42

(3) Primärprävention mit CSE-Hemmern. arzneitelegramm 6/2004 S. 56ff

(4) So müssen 300 Risikopatienten ein Jahr mit Atorvastatin behandelt werden, um einen nicht tödlichen Herzinfarkt oder einen Todesfall durch koronare Herzkrankheit zu verhindern. Atorvastatin (SORTIS) und die ASCOT-Studie. arzneitelegramm 8/2003 S. 76

Dr. Rath gefährdet das Leben von Aids-Kranken in Südafrika

Dr. Rath gefährdet das Leben von Aids-Kranken in Südafrika Der berühmte deutsche Vitamin-Guru Dr. Rath gefährdet mit einer Propaganda-Aktion das Leben von HIV-Infizierten in Südafrika und spielt damit denjenigen in Südafrika in die Hände, die einen Zusammenhang zwischen dem HI-Virus und Aids bestreiten. Ausgerechnet

die Treatment Action Campaign (TAC), die sich seit Jahren für die Behandlung der Aids-Kranken in Südafrika einsetzt, ist Ziel der Desinformationskampagne von Rath.

„Dies bedroht unsere Arbeit“, schrieb Nathan Geffen von TAC, „alleine in Südafrika sind über fünf Millionen Menschen HIV-infiziert, weni-

ger als ein Prozent von ihnen haben Zugang zu den unentbehrlichen lebensverlängernden Aids-Medikamenten.“ TAC setzte sich für den Zugang aller zu diesen Medikamenten ein ist die südafrikanische NGO, die in jahrelangem mühsamen Kampf die südafrikanische Regierung dazu gebracht hat, einen nationalen Behandlungsplan ins Leben zu rufen.

Erst vor wenigen Monaten hat Südafrika damit begonnen, Aids-Medikamente selbst günstig nachzuproduzieren.

Dr. Matthias Rath vertritt mit aggressiven Werbekampagnen die Theorie, mit seinen Hochdosisvitaminen könne man Volkskrankheiten wie Aids, Krebs und Herzinfarkt auf einen Bruchteil ihres heutigen Standes zurückdrängen. Dr. Rath spielt sich als Menschenretter gegen die Mächtigkeiten der Pharmaindustrie auf und wirbt zugleich für seine eigenen Produkte, die man im Internet bestellen kann. Rath betreibt selbst das Pharma-Geschäft in großem Stil. Rath wettet gegen Patente und lässt seine Produkte selbst patentieren..

Die Treatment Action Campaign (TAC) hat sich im Gegensatz zu Dr. Rath tatsächlich im Widerstand gegen die große Pharmaindustrie verdient gemacht: 39 transnationale Pharmafirmen (darunter auch Boehringer Ingelheim) hatten Südafrika 1998 verklagt und damit den Zugang zu preiswerten Aids-Medikamenten verhindert. TAC war es zu verdanken, dass die Klage der Pharmafirmen öffentlich wurde und eine große internationale Koalition von NGOs und Betroffenen die Pharma-

industrie im Jahr 2001 zum Rückzug der Klage zwang. Diese erteilte aber erst Anfang 2004 nach weiterem langem Ringen „freiwillige“ Lizenzen zur Herstellung von Aids-Medikamenten. TAC musste aber auch den Widerstand der südafrikanischen Regierung überwinden, aus deren Kreisen Behauptungen kamen, dass der HI-Virus nicht zu Aids führe oder dass Aids mit Knoblauch zu heilen sei. In jahrelanger mühsamer Arbeit konnte TAC seine Regierung davon überzeugen, wie Aids übertragen wird und therapiert werden kann. Diese wichtige Arbeit ist bedroht.

„Was Dr. Rath jetzt in Südafrika treibt, ist beispiellos und muss die deutsche Öffentlichkeit erfahren“, so Dr. Christiane Fischer von der BUKO Pharma-Kampagne. Die Vereinigung traditioneller HeilerInnen (THO) ruft nun gemeinsam mit Dr. Rath zum „Zugang für alle zu traditioneller Medizin und korrekter Information“ auf und proklamiert „Das Recht zu heilen“. Sie organisiert Demonstrationen in ganz Südafrika gegen TAC. Die HeilerInnen und Rath diskreditieren TAC, die sich für den Zugang aller zu unentbehrlichen Aids-Medikamenten einsetzt. Rath stellt zusammen mit der THO die absurde Behauptung auf, dass TAC ein ver-

längerter Arm der internationalen Pharmaindustrie sei und nur deren Interessen verträte.

Bisher gab es eine konstruktive Zusammenarbeit von TAC und anderen Aids-Projekten mit den traditionellen HeilerInnen, die einen guten Stand und ein großes Ansehen in der Bevölkerung haben. Umso bedrohlicher ist der Einfluss von Dr. Rath auf die Organisation der HeilerInnen. Er tritt als angeblicher traditioneller Heiler auf, der seine Vitamine als wirksamere Alternative zu den Aids-Medikamenten anpreist.

Christiane Fischer von der BUKO Pharma-Kampagne: „Das Verhalten von Dr. Rath ist skrupellos und spielt mit dem Leben von Millionen Menschen. Wie alle Pharmaunternehmer ist Dr. Rath getrieben vom Gewinnstreben. In Südafrika wittert er gute Geschäfte für seine nutzlosen Vitamine. Er hat es geschafft, die traditionellen HeilerInnen vor seinen Karren zu spannen. Nur eine informierte Öffentlichkeit kann dazu beitragen, das wieder zu ändern.“

30.11.2004

Weitere Informationen: Dr. Christiane Fischer, Tel: 0521-60550, 0178-7536696, cfischer@bukopharma.de

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

Bankverbindung: Gesundheit und Dritte Welt e.V., Sparkasse Bielefeld (BLZ 480 50161) · Konto: 105 601 · Spendenkonto: 105 627

Zahnersatz 2005: Die Behauptung der KZBV „Kaum etwas ändert sich beim Zahnersatz-Zuschuss“ ist irreführend

VDZM kritisiert Regierungspolitik und Festzuschüsse

Bonn, 14.10.04. Auf Ihrer Herbsttagung in Bonn hat die Vereinigung Demokratische Zahnmedizin e.V. (VDZM) die ab 2005 in der gesetzlichen Krankenversicherung geltenden Festzuschüsse für Zahnersatz im Detail untersucht und kritisiert. Die Festzuschüsse ersetzen die bisherige prozentuale Zu-

schusspraxis, wonach die Krankenkassen mindestens 50 Prozent der Zahnersatzkosten abdeckten.

Die Teilnehmer der VDZM-Veranstaltung wiesen die Behauptung der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV), beim Zahnersatz-Zuschuss in 2005 ändere sich nur in

ganz wenigen Fällen etwas, als unzutreffend zurück. Zwar erkennt die VDZM an, dass bei der Berechnung des Festzuschuss-Systems das bisherige bundesweite Gesamt-Zuschussvolumen der gesetzlichen Krankenversicherung für Zahnersatz zu Grunde lag und insofern zunächst einmal erhalten bleibt. Allerdings weist der

Katalog der 52 neuen Festzuschüsse gleichzeitig eine Fülle von medizinisch kaum nachvollziehbaren Ausschlussregelungen auf. Deshalb sei abzusehen, so die Kritik der VDZM, dass viele Leistungen in die Privatbehandlung abgedrängt würden und der Versicherte in vielen Fällen am Ende eine deutlich erhöhte Rechnung nach der privaten Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) zu erwarten habe.

Im Einzelnen stellte die VDZM fest, dass die Ausschlüsse gerade den „Normalbereich“ der Versorgung wie Brücken und Teleskopkronen betreffen, währenddessen der „Luxusbereich“, nämlich Zahnersatz auf Implantaten, in Teilen üppig ausgestattet wird. Der Versicherte, der sich ein privat finanziertes Implantat leisten kann, erhält neuerdings für die darauf befestigte Krone einen Krankenkassenzuschuss. Der Zuschuss ist sogar deutlich höher als der zu einer Krone auf einem natürlichen Zahn. Hier vollzieht sich eine Umverteilung von den finanziell schlechter zu den finanziell besser Gestellten. Somit führt man das Argument ad absurdum, das neue System sei „gerechter“. Nicht zuletzt mit dieser Begründung hatte die Bundesregierung unter dem Einfluss von Funktionären der Zahnärzteschaft die Festzuschüsse überhaupt erst eingeführt.

Konfrontiert mit den neuen Festzuschuss-Regelungen bemerkte die VDZM, so „einfach“ und „unkompliziert“

wie die Festzuschüsse immer dahingestellt wurden, seien sie keineswegs anwendbar. Der Wirrwarr von „Regelversorgung“, „gleichartiger Versorgung“ und „andersartiger Versorgung“ bewirke, dass die Intransparenz bei der Entscheidung, wie viel ein Patient zuzahlen muss, erheblich zunimmt.

Geradezu absurd wirkt das ganze, wenn jemand einzelne kleine Zahnlücken mit einer einfachen, billigeren Modellguss-Klammerprothese versorgen lassen möchte. Diese Versorgung wählte bisher mehr als die Hälfte der Versicherten mit vier fehlenden Zähnen. Nach dem neuen Festzuschuss-System werden nun „Brücken-Zuschüsse“ ausgelöst und die Prothesen-Versorgung als „andersartig“ gewertet. Der Versicherte erhält zwar einen hohen Zuschuss, muss aber gleichzeitig eine Rechnung zu Privatsätzen (!) begleichen. Das wiederum verteuert die Sache; und Krankenkasse und Betroffener geben für eine geringere wertige Versorgung am Ende mehr Geld aus. Verrückt geht es wohl kaum.

Die Einschränkung im neuen Festzuschusskatalog, dass Teleskopkronen als besonders schonendes und langlebige Verankerungselement von Zahnersatz jetzt nur noch an Eckzähnen oder bei Versicherten mit Restzahnbestand von bis zu drei Zähnen als Regelversorgung gelten, lässt sich aus Sicht der VDZM nur als eine dramatische Leistungsausgrenzung und Zuschussverschlechterung bewerten.

Überdies wird die Zuschusshöhe zukünftig selbst bei den Regelversorgungen nicht mehr exakt 50 Prozent (mit Bonus bis 65 Prozent) betragen, sondern im Einzelfall nach oben wie nach unten abweichen. Dieser Effekt kommt zustande, weil sich der Festzuschuss eben nur auf die „Durchschnittsversorgung“ bezieht.

Geändert hat der Gesetzgeber auch die Beitragshöhe für die Zahnersatzversicherung. Weitgehend unbemerkt vollzieht sich hier ein historisches Pilotprojekt, denn erstmals in der Geschichte der Bundesrepublik entlässt ein Gesetz die Arbeitgeber aus ihrer Beitragspflicht für Teile der Krankenversicherung. Die Versicherten dagegen werden ab Juli 2005 mit verdoppelten Beiträgen für ihre Zahnersatz- und auch Krankengeldleistungen belastet. Die Neuregelung fügt sich nahtlos in die aktuelle Tendenz der Gesundheitsreform ein, Kosten zu Lasten der privaten Haushalte zu verschieben. Auf jeden Fall zahlt der Versicherte also einen höheren Beitrag, und vielfach tritt auch noch eine höhere Selbstbeteiligung an den Kosten des Zahnersatzes hinzu.

Kontakt:

Dr. med. dent. Burghard Hahn,
Pressereferent der VDZM
Kasseler Str. 1a,
60486 Frankfurt am Main
Tel. (069) 77 29 77,
Fax (069) 77 30 91

Streit um Zeitungsanzeigen: vzbv mahnt Pharmariesen Pfizer ab

Edda Müller: "Angst der Patienten wird missbraucht"

verbraucherzentrale

Bundesverband

nen 1,5 Millionen Patienten werde dadurch gefährdet.

18.11.2004 - Der Verbraucherzentrale Bundesverband e.V. (vzbv) hat den Arzneimittelhersteller Pfizer für eine in mehreren Tageszeitungen abgedruckte ganzseitige Anzeige abgemahnt. vzbv-Chefin Prof. Dr. Edda Müller kritisierte das Vorgehen des Unternehmens scharf. Pfizer missbrauche die Sorge der Patienten für seine Unternehmenszwecke. "Pfizer sorgt sich

nicht um die Patienten sondern um seine Gewinne", so Edda Müller.

Mit den Anzeigen hatte sich Pfizer gegen neue Festbeträge für einen Cholesterin-Senker des Pharmaproduzenten gewehrt. In der Anzeige heißt es, Kassenpatienten werde "der Zugang zum besten Cholesterin-Senker erschwert." Die Gesundheit der betroffe-

Der von Pfizer hergestellte Cholesterin-Senker Sortis wird in den Anzeigen und auf einer Internetplattform der Firma namentlich genannt und als besonders wirksam und nebenwirkungsarm beschrieben. Eine derartige Werbung für verschreibungspflichtige Arzneimittel in der Tagespresse ist nach EU-Recht verboten. Die Firma verstößt damit auch gegen das Arzneimittel- und Heilmittel-

werbe-gesetz. Die gesetzliche Werbebeschränkung für verschreibungspflichtige Arzneimittel soll sicherstellen, dass Medikamente allein nach dem therapeutischen Nutzen und nicht nach der Höhe des Werbeetats verschrieben werden.

Hintergrund der Anzeigenaktion von Pfizer ist eine Regelung im Rahmen der Gesundheitsreform. So erstatten die Krankenkassen ab 2005 bei bestimmten patentgeschützten Arzneimitteln nur noch Festbeträge. Damit sollen die gerade bei Arzneimitteln stark steigenden Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung gesenkt werden. Diese Regelung richtet sich vor allem gegen die kostentreibende Wirkung sogenannter Scheininnovationen: Als Scheininnovationen bezeichnet man Arzneimittel, die von ihren Wirkstoffen bereits vorhandenen und bewährten Medikamenten gleichen, die aber als medizinische Neuerung zu höheren Preisen in den Markt gedrückt werden.

Noch im Sommer dieses Jahres hatten einzelne Hersteller in einem Gespräch mit Bundeskanzler Schröder vergeblich versucht, diese Regelung wieder zu Fall zu bringen. Ungeachtet dessen hat der Gemeinsame Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen den Festbetrag für die cholesterin-senkende Wirkstoffgruppe der Statine in seiner Junisitzung beschlossen. Nun versucht Pfizer die Öffentlichkeit für die eigenen Interessen zu mobilisieren. „Jede Firma hat das Recht, die Gesundheitsreform politisch zu kritisieren - sie muss sich dabei aber an Recht und Gesetz halten“, sagte Müller. „Es ist inakzeptabel, dass Pfizer eine politische Stellungnahme für illegale Produktwerbung nutzt.“

Überlegene Wirksamkeit des Pfizer-Mittels umstritten

Ob das Pfizer-Medikament tatsächlich, wie in der Anzeige behauptet, besser ist als die vergleichbaren Stati-

ne, wird von Fachleuten bestritten. Der unabhängige Informationsdienst „Arznei-Telegramm“ kommt nach Sichtung der bekannten Studien zu folgendem Fazit:

„Eine überlegene Wirksamkeit von Atorvastatin [der Wirkstoff des Pfizer-Mittels] im Vergleich zu anderen Statinen ist weder für die Primär- noch für die Sekundärprävention kardiovaskulärer Erkrankungen nachgewiesen. Für die Mehrzahl der Patienten fehlt somit der Beleg für einen Vorteil von Atorvastatin. In der wichtigsten Indikation für ein Statin, der Langzeitsekundärprophylaxe chronischer atherosklerotischer Erkrankungen, ist ein Nutzen von Atorvastatin gar nicht nachgewiesen. Wir erachten daher die Anzeigenkampagne als Panikmache und gezielte Irreführung der Öffentlichkeit, mit der Pfizer versucht, den derzeitigen Umsatz des Produktes (515 Millionen Euro über öffentliche Apotheken) ungeschmälert zu erhalten.“

Es besteht kein Zusammenhang zwischen den Kosten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und der Arbeitslosigkeit



Die Belastungen der Arbeitgeber mit Ausgaben für das Gesundheitswesen haben faktisch keine Auswirkung auf die Beschäftigung. Die Hoffnung, mit der Abkoppelung der Krankenkassenbeiträge von den Arbeitskosten Wachstum und Beschäftigung zu mobilisieren, findet in der Empirie keine Bestätigung. Dies ist das Ergebnis einer Studie des Instituts für Gesundheits- und Sozialforschung (IGES) und der Beratungsgesellschaft für angewandte Systemforschung (BASYS) im Auftrag der Techniker Krankenkasse. Die Forscher bestätigen damit im Prinzip eine Analyse der „Ärzte Zeitung“, wonach steigende Krankenkassenbeiträge nur einen marginalen Einfluss auf die gesamten Lohnkosten haben und

auch Teile der Gesundheitsreform die Arbeitgeber nur geringfügig entlasten. Insgesamt sind die Arbeitgeber mit gesundheitssystembedingten Ausgaben mit 116,8 Milliarden Euro belastet (Jahr 2000). Davon entfallen 45,2 Milliarden Euro auf den Arbeitgeberanteil zur GKV, 30,6 Milliarden Euro auf die Lohnfortzahlung. Als Folge von Gesundheitsreformen sind die Belastungen der Arbeitgeber für das Gesundheitswesen insgesamt in den Jahren von 1995 bis 2000 mit 5,9 Prozent deutlich geringer gestiegen als die gesamten Arbeitskosten (plus 10,3 Prozent). Im internationalen Vergleich liegt die Belastung deutscher Arbeitgeber sowohl absolut mit 3012 Euro jährlich je Beschäftigtem als auch hinsichtlich des Finanzierungsanteils der Gesundheitsausgaben im weitesten Sinne mit 41,2 Prozent im Mittelfeld. Stärker belastet sind die Arbeitgeber in den Niederlanden, in Frankreich und in den USA. Gleichwohl haben diese Länder höhere Beschäftigungszu-

wächse zu verzeichnen als Deutschland. Die potenzielle Entlastung durch die jüngste Gesundheitsreform beziffern die Gutachter im ersten Jahr auf 0,1 Prozent in Bezug auf den Bruttoproduktionswert, in der Endstufe der Reform auf 0,22 Prozent. Konkret bedeutet das: Ein Anzug, der 400 Euro kostet, wird um 69 Cent billiger. (Ärztezeitung vom 27.10.2004)

Wir stellen fest:

Der fehlende Zusammenhang zwischen der Höhe der indirekten Lohnkosten („Lohnnebenkosten“) und der Beschäftigung muss Konsequenzen bei der Diskussion um die angeblich zu hohen Ausgaben der GKV für Gesundheit haben, weil es sich um nichts anders als einen weiteren Mythos nach dem der angeblichen Kostenexplosion im Gesundheitswesen handelt.

11. 11. 2004

Individuelle GEsundheitsLeistungen

Mit der Veröffentlichung im Deutschen Ärzteblatt am 13.3.1998 wurden sogenannte *Individuelle GEsundheitsLeistungen (IGeL)*, ärztliche Tätigkeiten, die privat liquidiert und außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) erbracht werden sollen, der Ärzteschaft und der Öffentlichkeit präsentiert.

Die Liste enthält drei unterschiedliche Leistungsbereiche:

1. Leistungen, die eigentlich in den GKV-Katalog gehören wie Glaukom-Früherkennung mittels Perimetrie, Ophthalmoskopie oder Tonometrie, umweltmedizinische Beratung ...
2. Leistungen, die seit jeher außerhalb des GKV-Katalogs waren, wie Beschneidung ohne medizinische Indikation, Kunst- oder Körpertherapien, kosmetische Eingriffe.
3. Leistungen, deren Anwendung problematisch, weil potentiell gefährlich, ist wie Injektion eines nicht verordnungsfähigen Arzneimittels auf Wunsch des Patienten wie z.B. Vitamin- und Aufbaupräparate, knorpelschützende Substanzen, alle Maßnahmen aus dem Bereich der Paramedizin.

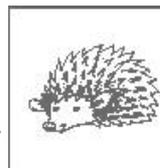
Mittlerweile haben sich sogenannte Verkaufskongresse etabliert, gibt es spezielle Zeitschriften für IGeL-Inter-

essenten, wird die Laienwerbung ausgebaut, werden für die Wartezimmer Videoprogramme zu Anpreisung der IGeL-Leistungen von interessierten Firmen angeboten. Arzthelferinnen sprechen gezielt PatientInnen an. Nur in Ausnahmefällen geht die Anforderung von IGeL-Leistungen auf den Wunsch der PatientInnen zurück. Besonders erfolgreich sind dabei Gynäkologen, HNO-Ärzte und Orthopäden. Auswüchse in der Onkologie mit pseudowissenschaftlichen Methoden unter Ausnutzung der Verzweiflung der Kranken oder in der kosmetischen Chirurgie etwa bei Jugendlichen sind nur die Spitze des Eisberges.

Dabei ist das Charakteristische der IGeL-Leistungen die Intransparenz ihrer Qualität und der Kosten. Sie bewegen sich hinsichtlich der Qualitätssicherheit in einer Grauzone. Weder die Ärzteschaft, noch die Politik, noch die Kostenträger haben ein Interesse an Transparenz und Qualitätssicherung. Die ÄrztInnen hoffen auf ungestörte „unbürokratische“ Zusatzeinkommen, die Politik lässt sie gewähren und schafft sich so Ruhe an einer besonders heiklen Front und die GKV hofft, indirekt entlastet zu werden. Es ist ein gefährlicher blinder Fleck in der Versorgungslandschaft entstanden. Niemand kann sagen, wie hoch die Komplikationsrate bei IGeL-Leistungen ist.

Wir fordern deshalb:

- Die Aufnahme der unter Punkt 1 charakterisierten Leistungen in den GKV-Katalog.
- Die Ärzteschaft, konkret die Landesärztekammern und die Kassenärztlichen Vereinigungen als Zwangkörperschaften öffentlichen Rechts, haben einen Katalog zu erstellen, der alle Leistungen außerhalb des GKV-Katalogs auflistet, die sinnvoll sind, und gängigen Qualitätsstandards entsprechen und die deshalb als IGeL-Leistungen erbracht werden dürfen, sofern regelmäßige Qualitätskontrollen wie bei GKV-Leistungen nachgewiesen werden.
- Es ist eine Liste der Leistungen zu erstellen, die nicht erbracht werden dürfen, weil sie entweder ohne erkennbaren Nutzen sind, keine medizinischen Leistungen darstellen oder/und mit einem nicht zu vertretenden Risiko verbunden sind.
- Die beiden Listen sind sowohl der Ärzteschaft als auch der Öffentlichkeit zu Verfügung zu stellen.



24. 11. 2004

VDÄÄ
Geschäftsstellenleiter
Herr Karl-Heinz Ballon

Wielandstraße 10
60318 Frankfurt/Main
Telefon 069 / 77 93 66

Fax 069 / 7073967
E-Mail: info@vdaeae.de



Der Vorstand

Berlin

Niedersachsen

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

Katja Lorenz
Hertelstraße 10
12161 Berlin
Telefon 030 85074341
k-lorenz@foni.net

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

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

Brandenburg
siehe Berlin

Nordrhein-Westfalen

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

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

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

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

Rheinland-Pfalz
siehe Hessen
Saarland
siehe Hessen

Bayern

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

Hessen
Christl Trischler
Heegbach-Apotheke
Bahnstraße 92
64390 Erzhausen
Telefon 06150 81919
HeegbachApotheke
@t-online.de

Sachsen

Dr. Kristina Kasek
Goldacherstraße 7
04205 Miltitz
Telefon 0341 9405732

Sachsen-Anhalt
siehe Niedersachsen

Schleswig-Holstein
siehe Hamburg

Thüringen
siehe Hessen

Mecklenburg-Vorpommern
siehe Hamburg

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