

VDPP • RUNDBRIEF

18. Jahrgang

9 / 2006

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
64 INHALT

MV 2006 in Berlin

**Demokratieverständnis
der ABDA**

**Apotheken: Wege aus der
Glaubwürdigkeitskrise**

Stress im Allgäu

EDITORIAL

Liebe Leserinnen und Leser,

dies ist seit einiger Zeit der erste Rundbrief, bei dem der Redaktionsschluss tatsächlich eingehalten wurde. Und es sind auch fast alle auf der Mitgliederversammlung versprochenen oder beschlossenen Beiträge enthalten, was wir nicht erwartet hätten. Das schlägt sich im hohen Anteil von Originalbeiträgen und im vergleichsweise kleineren Dokumentationsteil nieder.

Wenn dieser Schwung weiter anhält, den die MV im Juni den Vereinsaktivitäten mitgegeben hat, dann werden in diesem Jahr erstmals wieder drei Rundbriefe erscheinen, und eine weitere Steigerung der Erscheinungsfrequenz ist denkbar.

Die meisten der über den gesamten Rundbrief verstreuten Bilder entstanden auf der MV bzw. während des Kulturprogramms der MV.

Viel Spaß beim Lesen wünscht
das Redaktionsteam

*Redaktionsschluss für den
VDPP-Rundbrief Nr. 65:
30. November 2006*

INHALT

Grußwort des Vorstands Bernd Rehberg	3	Gesundheitsreform in den Niederlanden Daniel Rühmkorf	35
Zum Demokratieverständnis der ABDA Ingeborg Simon	4	BUCHBESPRECHUNGEN Regina Schumann	38
Ihr fragt mich, wie es mir geht Ildikó Szász	7	TERMINE	39
Apotheken: Wege aus der Glaubwürdigkeitskrise Udo Puteanus	9	DOKUMENTATION	
Stress im Allgäu Christl Trischler	12	Migränemittel ohne Rezept Gute Pillen – schlechte Pillen	40
Protokoll der MV 2006 Katja Lorenz	17	Schulprojekt BUKO Pharma-Kampagne	41
Rechenschaftsbericht 2006 Thomas Schulz	22	Mehr Geld für AIDS-Bekämpfung BUKO Pharma-Kampagne	42
Anträge zum Apothekertag Katja Lorenz	23	Abschluss der Welt-AIDS-Konferenz BUKO Pharma-Kampagne	42
Finanzbericht 2005 Gudrun Meiburg, Jürgen Große	26	Tarifabschluss durch Marburger Bund vdää	43
Finanzplan 2006	27	Gesundheitsreform lässt Bürger weiter bluten vdää	44
Vorstand 29. April 2006 Uschi Blöcker	28	VKA-Tarifabschluss Vdää	45
Was passiert, wenn Fremd- und Mehrbesitzverbot fallen? Jürgen Große	29	vdää zu PKV und GKV vdää	46
Mythen über die PKV Nadja Rakowitz	33	Unlautere Werbeaktionen CBG	46

IMPRESSUM

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

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

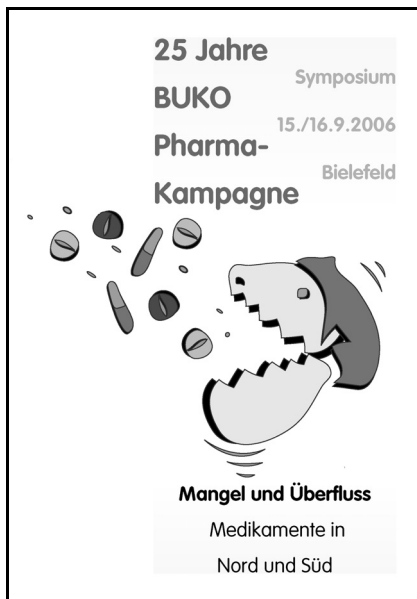
Für Beiträge, die mit vollem Namen gekennzeichnet sind, übernimmt der/die AutorIn die volle Verantwortung. Die Urheberrechte liegen bei den AutorInnen.

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

Grußwort des Vorstands

Liebe Leserinnen und Leser,

tja – was soll man, was soll ich, dazu sagen. Am liebsten gar nichts, mein Kopf ist irgendwie völlig leer. Ist denn das mit den Ketten wirklich so schlimm? Was wirklich schlimm ist, ist, dass ein Gesundheits- und Justizminister das deutsche Recht mit Füßen tritt. Schlimm ist, dass mein Vertrauen in diesen Staat bröckelt! Dieser Mann stellt sich hin, bricht deutsches Recht mit dem Hinweis auf eine Expertise über europäisches Recht, legt anfangs weder diese Expertise vor, noch nennt er den Namen desjenigen, der diese Expertise erstellt hat. Da bleibt bei mir nur Leere im Kopf – ich bin so erschüttert, ich kann gar nicht mehr denken.



Vielleicht kann mir einmal jemand verraten, was Frau Merkel mit diesem Gesundheitsfonds wirklich beabsichtigt. Alle, die etwas davon verstehen, laufen Sturm dagegen, aber Frau Merkel mit Frau Schmidt stehen wie ein Fels in der Brandung – wer als Politiker so ein Stehvermögen hat ... da steckt doch etwas anderes dahinter?! Sollen die Krankenkassenmitarbeiter in die Knie gezwungen werden? Wettbewerb unter den Kassen – aber es bezahlen bitteschön die Patienten, die sowieso schon krank und gebeutelt sind? Das kann sie doch

nicht ernstlich meinen. Und sparen, natürlich sollen wir sparen, aber doch nicht mit dem Gesundheitsfonds, damit wird doch alles nur noch teurer – ein Wasserkopf durch dessen Ritzen sich das schöne kristallklare Wasser einfach so verflüchtigt. Husch, weg ist es.

Ketten – habe ich wirklich Angst vor Ketten? Kapitalgeber wollen Gewinne sehen. Wie viel Luft ist denn noch in dem Unternehmen Apotheke vorhanden? Interessant für Ketten sind doch nur die großen, umsatzstarken Apotheken. Für die kleinen und mittleren gibt doch kein Kapitalist Geld aus, da ist doch nichts zu holen. Oder ich irre mich gewaltig und Apotheken sind doch Gelddruckmaschinen! Na ja, man kann natürlich die Leistung herabschrauben:

- Heute: 3 Approbierte, 5 PTAs, 2 PKAs, 1 Azubi, 1 Putzfrau und 3 Boten.
- Kette: 1 Approbierter, 1 PTA, 3 Azubis und 6 Hilfskräfte.

Ich habe keine Angst vor Ketten, wir müssen nur 10 Jahre durchhalten, dann sind die KundInnen/ PatientInnen alle wieder bei uns – aber natürlich, es wird dann etwas teurer für sie!

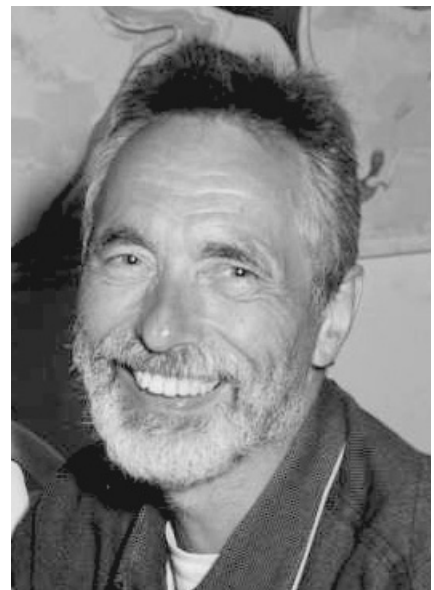
Wirklich schlimm für unsere Gesellschaft wäre es, wenn apothekenpflichtige Arzneimittel in die Supermärkte entlassen würden!

Hier einmal schnell ein Griff ins Regal und Aspirin, ach da kann ich doch auch gleich drei mitnehmen, brauche ich doch sowieso. Und da liegen ja auch Paracetamol, aber davon nehme ich nur eine, da hat doch letztes Mal der Magen ... oder war das bei Aspirin – ach die eine nehme ich. Baldrian, Baldrian oder doch lieber Hoggar oder Vivinox? Kuck mal Vivinox, wenn ich drei nehme, bekomme ich 20 % Rabatt – das mache ich doch glatt, brauch ich doch sowieso in der nächsten Zeit: Arbeit, die Kinder und der nervende Nachbar ...

Ja, und dann kommt eine Mail von einem lieben Kollegen, der den VDPP von Anfang an tatkräftig begleitet hat, der meint: Es geht nur noch ums Geld, Leistung ist nicht mehr gefragt, Leistung wird nicht mehr honoriert. Von Krankenkassen sowieso nicht und auch nicht von PatientInnen/KundInnen! Es hat sich in den letzten 30 Jahren alles so verändert. Hat es, stimmt. Und wer sagt mir, dass es sich in den nächsten 10 Jahren nicht wieder verändern kann? Dass endlich klar wird, dass die Freiheit des Einzelnen in unserem System immer bedeutet, dass der Einzelne diese Freiheit teuer bezahlen muss – er ist der Unterlegene, der Schwächere, der auf der Strecke bleibt, absahnen tun nur die Großen, die Konzerne, die Aktiengesellschaften und zwar prächtig! Seid Ihr denn alle blind, seht Ihr denn nicht das Desaster des amerikanischen Gesundheitssystems – alles ist so schön frei, und alles ist so schön teuer, dass es sich nur die Reichen leisten können!

Das jedenfalls ist meine Meinung.

Bernd Rehberg
(für den Vorstand des VDPP)



Zum Demokratieverständnis der ABDA

Ein Urteil mit Folgen

von Ingeborg Simon

Am 6. Mai 2004 fand vor dem Berliner Verwaltungsgericht (VG) die Verhandlung über meine Klage gegen die Apothekerkammer Berlin statt, von der ich deren Austritt aus der ABDA fordere. Das VG Berlin verurteilte die AK Berlin dazu, zum frühestmöglichen Zeitpunkt aus der ABDA auszutreten und bis dahin ihre Mitgliedschaftsrechte nicht auszuüben. Begründung des Gerichts: Es gibt in der satzungsgemäßen Organisation der ABDA in der Fassung vom 3. Dezember 2003 ein „strukturelles Ungleichgewicht“ zwischen den hier vertretenen Selbständigen und nicht selbständigen Apothekerinnen zulasten Letzterer.

Das zu erkennen, fällt auch nicht schwer bei einem Blick in die Satzung der ABDA i. d. F. vom 3. Dezember 2003. Den jeweils 17 vertretenen Landesapothekerkammern und -vereinen bzw. -verbänden in der **ABDA-Mitgliederversammlung** schreibt die Satzung vor, für jede Mitgliederorganisation höchstens vier TeilnehmerInnen zu bestellen. Bei den KammervorteilernInnen muss mindestens eine der vier Personen den Angestelltensta-

tus haben. Das heißt in Zahlen: 68 VerbandsvertreterInnen, die alle selbständig sind und 68 KammervertreterInnen, von denen mindestens 17 angestellte ApothekerInnen sein müssen, bilden die ABDA-Mitgliederversammlung.

Im **Geschäftsführenden Vorstand** der ABDA ist ein Mitglied von Dreien nicht selbständig. Bei seiner personellen Ergänzung um die sog. geborenen Mitglieder kommen über den Vorstand der Bundesapothekerkammer noch zwei weitere angestellte KollegInnen hinzu.

Im **ABDA-Gesamtvorstand** sind insgesamt vier stimmberechtigte angestellte KollegInnen und das Mitglied im Angestelltenstatus aus dem geschäftsführenden Vorstand (Näheres s. § 5 ABDA-Satzung i. d. F. vom 03.12.03).

Diese Verweise auf die drei ABDA-Gremien (hinzu kommt noch das Organ **Hauptversammlung**, in dem die angestellten Delegierten satzungsentsprechend unterrepräsentiert sind) machen das vom VG Berlin kritisierte „strukturelle Un-

gleichgewicht“ deutlich. Das Gericht schlussfolgerte daraus, dass es dadurch zwangsläufig zu einer Verschiebung der tatsächlichen Machtverhältnisse zwischen selbständigen und nichtselbständigen ApothekerInnen kommen muss.

Auf dem im Oktober 2004 stattfindenden Deutschen Apothekertag ging der Hauptgeschäftsführer der ABDA Prof. Braun auf die laufenden Diskussionen und Gerichtsverfahren ein, die sich auf die ABDA-Strukturen beziehen. Er teilte mit, dass die letzte ABDA-Mitgliederversammlung eine „Struktur- und Satzungskommission“ einberufen habe, die auf der Grundlage von Vorschlägen aus den Mitgliedsorganisationen Änderungsvorschläge für die Struktur der ABDA erarbeiten soll. Unter Auswertung der inzwischen vorliegenden Gerichtsurteile zum ABDA-Austritt in mehreren Bundesländern, die allerdings alle einen anderen Argumentationsansatz verfolgen als ich, kam Braun zu der Auffassung, die Gerichte hätten keine rechtswidrigen unternehmerischen Aktivitäten der ABDA festgestellt und deshalb lägen keine zwingenden rechtlichen Gründe zur Änderung der ABDA-Strukturen vor. Er befürwortete eine „sinnvolle Weiterentwicklung der ABDA“.

ABDA-Präsident Friese verkündete: Versuche, die Konstruktion der ABDA auf den juristischen Prüfstand zu stellen, werde man „argumentativ“ durchstehen. Die Weiterentwicklungsdiskussion als „normaler demokratischer Prozess“ solle von der gebildeten Kommission konstruktiv angegangen werden.

Eine der wichtigsten Protagonistinnen für das Zustandekommen der Satzungs- und Strukturkommission die hessische Apothekerkammerpräsidentin Dr. Bojunga, teilte auf einer DV-Sitzung ihrer Kammer Ende November 2004 mit, dass inzwischen



Deutsches Apothekerhaus in Berlin Bildquelle: ABDA

die konstituierende Sitzung der Kommission stattgefunden habe, in die sie als Mitglied berufen wurde. Sie ist der Meinung, dass es vorrangige Aufgabe der Kommission sein müsse, unter Berücksichtigung der inzwischen erfolgten gerichtlichen Entscheidungen die Demokratiedefizite in der ABDA abzubauen.

In der Delegiertenversammlung der Apothekerkammer Berlin vom 14. Juni 2005, der ich jetzt wieder als Nachrückerin angehöre, stellte der Vizepräsident der Kammer als Kommissionsmitglied die inzwischen vorliegenden Beschlussempfehlungen der Kommission vor, die auf der ABDA-Mitgliederversammlung am 29. Juni 2005 behandelt werden sollten. In dieser Vorstellung wurden einzelne Informationen vermittelt, die einen gewissen Einblick in die Arbeitsweise und angestrebten Veränderungen erlauben. Diese sollen kurz dargestellt werden.

Die Kommission bestand aus 12 Mitgliedern. Neben dem ABDA-Präsidenten, der BAK-Präsidentin und dem Vorsitzenden des DAV sowie drei Vertretern der ABDA-Geschäftsstelle entsandte der DAV drei Vertreter und die BAK ebenfalls drei VertreterInnen, unter denen mit dem BAK-Vizepräsidenten der einzige angestellte Apotheker (aus dem Krankenhausbereich) beteiligt wurde. Es gab drei Beratungen, über deren Verlauf und Ergebnisse strenges Stillschweigen vereinbart wurde. Die vorliegenden Empfehlungen wurden in der Kommission mehrheitlich beschlossen. Sie beinhalten wenig Neues. Stattdessen bekräftigen sie im Wesentlichen die alten Strukturen der ABDA. Neben der Übernahme eines Vorschlags aus Hessen, eine Haushalts- und Kassenordnung einzuführen, der aber schon vorher beschlossen worden war, betrifft die einzige nachhaltige Veränderung das Verhältnis zwischen der Beteiligung von selbständigen und nicht selbständig tätigen ApothekerInnen – wie es ja auch bei der Vorgeschichte zu erwarten war.

Allerdings verblüfft das als Beschlussempfehlung vorgelegte Ergebnis. Warum? In der bis Ende

2005 gültigen ABDA-Satzung waren im ABDA-Gesamtvorstand insgesamt fünf stimmberechtigte KollegInnen mit Angestelltenstatus. Zwei stammten aus dem BAK-Vorstand, zwei wurden zusätzlich gewählt (Krankenhaus- und Industrieapotheker) und eine Person, die als Angestellte(r) Mitglied des Geschäftsführenden Vorstandes der ABDA ist, nahm als „geborenes“ Mitglied teil. Nach den Empfehlungen der Satzungskommission soll es zwar auch in der neuen ABDA-Satzung fünf Sitze für die nicht selbständigen ApothekerInnen geben, aber mit Ausnahme des Angestelltenstatus, der von dem Geschäftsführenden Vorstand gestellt wird, sollen die vier anderen nicht selbständigen VertreterInnen kein Stimmrecht mehr haben! Ihnen wird lediglich ein Rede- und Antragsrecht zugestanden. Sie müssen aus den anderen pharmazeutischen Fachbereichen Öffentlicher Dienst, Industrie, Krankenhaus, Bundeswehr oder Hochschule kommen und sollen in der ABDA-Mitgliederversammlung gewählt werden. Die bisherigen zwei Sitze für zwei Angestellte aus dem Vorstand der Bundesapothekerkammer entfallen.

Diese Empfehlungen der Satzungskommission wurden nach ihrer Vorstellung in der Delegiertenversammlung der Apothekerkammer besprochen. In der Diskussion kritisierte ein Vertreter aus dem Öffentlichen Dienst, dass die ABDA-Mitgliederversammlung die von den jeweiligen Fachverbänden vorgeschlagenen vier KandidatInnen ablehnen könne, dass diese hauptberuflich tätig sein müssten und dass sie ihre Reisekosten für die Sitzungen nicht von der ABDA bezahlt bekommen.

Ich kritisierte das Verfahren insgesamt als undemokratisch und intransparent und stellte am Ende meiner Ausführungen zwei Anträge. Ich forderte, dass die Beschlussempfehlungen der Kommission auf dem bevorstehenden Deutschen Apothekertag 2005 diskutiert werden, da die Hauptversammlung gemäß ABDA-Satzung der berufspolitischen

Willensbildung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker zu dienen hat und ich forderte im Sinne von mehr Transparenz und Haushaltsklarheit, in den Haushaltsplänen der ABDA ab 2007 die Beiträge der Kammerbezirke getrennt nach Kammern und Vereinen auszuweisen. Beide Anträge lehnte die DV Berlin mit großer Mehrheit ab.

Auf der ersten ABDA-Mitgliederversammlung unter dem neu gewählten ABDA-Präsidenten Wolf am 29. Juni 2005 erfolgte lt. Berichterstattung der PZ eine Rücküberweisung der Empfehlungen in die Kommission sowie die zusätzliche Entsendung von zwei angestellten KollegInnen in die Kommission mit beratender Stimmung. Hier handelt es sich um die Vizepräsidentin der AK Baden-Württemberg, Mitglied des BAK-Vorstandes, und ein Mitglied des ABDA-Gesamtvorstandes.

Zum Jahresende 2005 wurde die neue Satzung von der ABDA-Mitgliederversammlung beschlossen und trat mit ihrer Veröffentlichung in der PZ vom 15. Dezember 2005 in Kraft, allerdings mit zwei nicht uninteressanten Übergangsregelungen. Bis Dezember 2008 wird es im ABDA-Gesamtvorstand wie bisher die zwei stimmberechtigten Sitze für einen Industrie- und einen Krankenhausapotheker geben, aber die zwei stimmberechtigten nicht selbständigen ApothekerInnen aus dem BAK-Vorstand sind mit dem Inkraft-Treten der neuen ABDA-Satzung weggefallen.

Mit der Annahme der Kommissionsvorschläge für die neue ABDA-Satzung durch die ABDA-Mitgliederversammlung am 8. Dezember 2005 wurden die Erwartungen derer, die aufgrund des Verwaltungsgerichtsurteils von Berlin auf die Einleitung eines Demokratisierungsprozesses in der ABDA gehofft hatten, zunichte gemacht.

Fazit

Die von der ABDA nach außen demonstrierte Gelassenheit zum Ausgang meiner Klage vor dem Verwaltungsgericht Berlin trägt. Sie wurde



und wird begleitet von zahlreichen Aktivitäten innerhalb des Berufsstandes mit dem Ziel, die Einheit und Gemeinsamkeit innerhalb der ABDA zu festigen. Nicht nur in meinem Fall, sondern auch anlässlich der Aktivitäten, die vor allem unter der Präsidentschaft von Frau Dr. Bojunga von der Apothekerkammer Hessen zur ABDA-Mitgliedschaft entwickelt wurden, sehen sich die ABDA-Spitzenfunktionäre gedrängt, ihrerseits Offenheit und Reformbereitschaft zu demonstrieren.

Am Beispiel der Einberufung einer Struktur- und Satzungskommission und deren selbstverordneten Spielregeln wird vorgeführt, wie die ABDA bei Druck reagiert. Man beruft eine Kommission, die ihrer Zusammensetzung nach die von der ABDA erwarteten und gewünschten Ergebnisse durch organisierte Mehrheiten von vornherein garantiert. Verordnetes Stillschweigen bis zur Herbeiführung der Entscheidung sorgt dafür, dass der Berufsstand außen vorbleibt. Im Ergebnis der Kommissionsarbeit, von der manche erwartet hatten, sie könnte den Prozess der Demokratisierung in den ABDA-Gremien in Gang bringen, muss man nüchtern feststel-

len, dass genau das Gegenteil passierte. Das bisher bestehende Stimmrecht für die im ABDA-Gesamtvorstand vertretenen fünf (!) angestellten pharmazeutischen KollegInnen (von insgesamt 41 Mitgliedern) wurde vier von ihnen genommen – geräuschlos und ohne Wahrnehmung durch den Berufsstand. Der Geschäftsführer der Apothekerkammer Berlin bringt es sogar fertig, diesen Rückschritt euphemistisch als vereinsrechtlich sehr weitgehend zu interpretieren mit dem Blick auf das den vier zugestandene Rede- und Antragsrecht, das ihnen einen angeblich weitgehenden Einfluss auf die Willensbildung zubillige trotz des fehlenden Stimmrechts.

Entgegen allen Behauptungen von interessierter Seite sind die ABDA-Strukturen verkrustet, rückwärtsgerichtet und machtbestimmt in der Regie einer Handvoll Männer. Sie lassen sich nicht gerne in die Karten gucken. Wer ihre Kreise stört, wird – soweit nützlich – eingebunden und instrumentalisiert oder bekämpft und ausgegrenzt. Im Zusammenhang mit dem von mir erwirkten Urteilsspruch vor dem Verwaltungsgericht Berlin lässt sich

diese bewährte Praxis an Fakten festmachen, für deren Darstellung hier nicht der Ort ist. Es liegt an uns, die Herren in den ABDA-Etagen zu beunruhigen. Nur wenn es uns gelingt, den Demokratisierungsdruck mit Hilfe vieler Kollegen und Kolleginnen zu erhöhen – so beharrlich und unerbittlich wie in den 70er und 80er Jahren – haben wir eine Chance. Das begreiflich zu machen, muss unsere Aufgabe sein – sonst ist es um diesen Berufsstand schlecht bestellt.



Ihr fragt mich, wie es mir geht

von Ildikó Szász

Auch wenn ich nicht denke, dass unsere stärkste Waffe im Kampf um eine bessere Welt unser Rundbrief ist, so haben mich die Diskussionen auf der letzten MV doch dazu veranlasst, einen Beitrag zu verfassen.

Bislang war ich davon ausgegangen, dass die gnadenlos voranschreitende Wirtschaftsliberalisierung von uns fortschrittlichen Pharmazeuten als eine der menschenfeindlichsten politischen Entwicklungen unsere Zeit begriffen wird. Zu meinem großen Erstaunen musste ich hingegen feststellen, dass auf den Mikrokosmos Pharmazie heruntergebrochen, diese Entwicklung nicht als Gefahr erkannt wurde und auch nicht Ansatzpunkt unserer Politik ist. Einige unsere Mitstreiter, haben sich aus diesem Grunde von uns getrennt oder erwägen, wie ich, diesen Schritt.

Die Gebiete, auf denen die Vertreter eines schrankenlosen europaweiten, später auch globalen Distributionssystems ihren Einsatz forciert haben, sind der Versand- und Internethandel mit Arzneimitteln und der Vertrieb von Arzneimitteln in Apothekenketten.

Zurzeit stützen Industrie und Großhandel die Apotheke noch. Die Präsenzapotheke, wie die öffentliche Apotheke inzwischen heißt, hat ein Image, das die Pharmaindustrie zu nutzen weiß. Diese Vertriebschiene stärkt das Image ihrer Produkte. Nach dem Motto „der Apotheker empfiehlt“ wird bewusst ein Marketing unterstützt, das die Produkte über alle Arzneimittelskandale hinweg in hohem Ansehen erhält. Mit dem Renommee werden Seriosität, Wirksamkeit, Arzneimittelsicherheit, gute Beratung durch qualifizierte Mitarbeiter, geregelte Preise usw. verknüpft. (Viele Hersteller ominöser

Schlankheits- und Rheumamittel hängen sich mit ihren Produkten als Trittbrettfahrer daran. Mit dem Werbeinstrument „nur in der Apotheke erhältlich“ erhalten diese eine Aufwertung. Sie kosten immer 59,90, sind als diätetische Lebensmittel deklariert und treiben jede verantwortungsbewusste Apothekerin zur Verzweiflung.)

Bis der Vertrieb über zukünftige Wege wirklich lukrativ wird, müssen noch einige Hemmnisse fallen. Die Einschränkungen, welche die Werbung für Arzneimittel betreffen, werden abgeschafft, denn es ist eine unbegrenzte Werbung für alle Produkte, auch für verschreibungs-

entorientierten Arzneimittelversorgung für unsere Apotheken festgelegt haben. Da ging es u. a. darum, keine Laxanzen und freiverkäuflichen Analgetika im Schaufenster und in der Sichtwahl zu präsentieren, um den Arzneimittelmissbrauch nicht zu fördern. Jetzt werden genau diese Produkte als Sonderangebote vertrieben, bald schon in Arzneimittelkaufhäusern mit großen Schildern „kauf drei zahl zwei“ Großpackungen Naproxen-Dragées, wie dies in anderen europäischen Ländern schon der Fall ist. Die Selbstbedienung beim Arzneimittelkauf wird auch bei uns erlaubt werden. Was heute noch in den Schubladen gesichert ist, soll dem



pflichtige, notwendig. Es müssen weitere Arzneimittel für die Selbstmedikation aus der Verschreibungspflicht genommen werden. Auch der Versand-, Internet- und Kettenapothekenhandel braucht als sicheres Standbein die Kassenrezepte. Die Vertreter dieser Branche haben im letzten Jahr deshalb ihren Druck auf die Politik, die Krankenkassen und auch den Verbraucher erfolgreich verstärkt.

Es ist noch nicht lange her, dass wir selbstständigen ApothekerInnen im VDPP Qualitätsmerkmale einer pati-

Verbraucher morgen in den Einkaufskorb fallen. Statt Medikamente, die Sucht und Anhängigkeit fördern, mit empfindlichen Einschränkungen zu versehen, wie dies z. B. beim Tabak geschieht, wird die Schnäppchenjagd gefördert. Bereits jetzt stellen Industrie und Großhandel offensichtlich den Internet- und Versandhandel betreibenden Unternehmen die Produkte zu weitaus günstigeren Bedingungen zu Verfügung. Hier werden dem Verbraucher mitunter Preise angeboten, die im Bereich der Einkaufspreise der öffentlichen Apotheke liegen.

Wie viele der Produkte illegal umgepackte Arzneimittel aus dem Ausland, bzw. Klinikware sind, darüber lässt sich nur mutmaßen. Die nächsten entscheidenden Schritte einer totalen Wirtschaftsliberalisierung sind die Aufhebung der Preisbindung für verschreibungspflichtige Arzneimittel, die Zulassung von Apothekenketten und die Erlaubnis für Konzerne aus anderen europäischen Ländern, auch in Deutschland Apotheken zu betreiben. Nun ist der Weg frei für Konzentrationsprozesse bislang ungeahnten Ausmaßes. So bunt, modern, liberal und kundenorientiert die neue Apothekenlandschaft beschrieben wird, so sollte doch jeder die hässliche Seite dieser schönen neuen Welt kennen: Sie wird einzig und allein zur Ausweitung des Marktes und Profitmaximierung geschaffen.

Als selbständiger Apothekerin wird mir „Umdenken“ empfohlen. Die Fachpresse, die Pharmaindustrie und der Großhandel winken mit Marketingkonzepten zur Förderung von Selbstmedikation, zum Mehr- und Zusatzverkauf. Die umsatzorientierte Entlohnung der MitarbeiterInnen nach dem Vorbild der „Großen und Erfolgreichen“ soll dabei

sehr wirkungsvoll sein, vor allem, wenn im Gegenzug das 13. Monatsgehalt wegfällt. Wir sollen unsere Vertriebswege erweitern. Bislang versorgen wir einige, vor allem ältere Patienten, in der ländlichen Umgebung via Botendienst. Diese rufen bei uns an und erkundigen sich, neben medizinischen Fragen, auch einmal nach der Familie. Für diese Menschen ist das zurzeit beworbene „One-Click-Shopping für jede Apotheke“ bestimmt nicht geeignet. Auch wir sollen in unserer Kleinstadt Hauswurfsendungen in Tausenderauflagen mit Sonderangeboten verteilen – zu Hause steht auf meinem Briefkasten: „Bitte keine Werbung“. „Nur so werden Sie überleben!“ sagt mir die Kundenbetreuerin des Pharmagroßhandels.

Ich merke immer mehr und mehr, dass es bei der großen Umstrukturierung für mich keine Insellösung geben wird. Wenn die Versorgung der Kassenpatienten in der heutigen Form als Grundfinanzierung wegfällt, muss ich bei Strafe des eigenen Unterganges Abstand von meinen moralischen und gesundheitspolitischen Maximen nehmen. Dies fällt mir nach 21 Jahren schwer. „Die Messe ist gelesen“,

sagte jemand schulterzuckend auf der letzten Mitgliederversammlung in Berlin. Will heißen, das Rad der Wirtschaftsgeschichte hat sich gedreht, quasi unaufhaltsam. Wenn es nun so ist, kann ich für mich sagen, dass ich mit niemandem, der den Versand-, Internet- und Kettenapothekenhandel mit Arzneimitteln unterstützt eine gemeinsame politische Basis habe. Für mich sind solche Knechte und Erfüllungsgehilfen internationaler Konzerne apokalyptische Reiter, die für eine Zukunft trommeln, in der ich nicht arbeiten und auch nicht leben will.



Apotheken: Wege aus der Glaubwürdigkeitskrise

Vor allem im Selbstmedikationsbereich haben Apotheken ihre Chance

von Udo Puteanus

Die Vorgänge der letzten Zeit – DocMorris AG eröffnet eine Apotheke in Saarbrücken, Testkäufe attestieren Apotheken schlechte Beratung, die Welt am Sonntag schreibt über die „unreformierbaren“ Apotheker, die Monopolkommission der Bundesregierung möchte den Fremdbesitz aufgehoben sehen und die Ausbildung der Apotheker auf die Fachhochschule verbannen – machen wieder einmal deutlich: Die, die in der Gesundheitspolitik die Richtung bestimmen, brauchen sehr gute Argumente, wollen sie die bisherigen Privilegien der Apotheken wie Fremdbesitzverbot, Apothekenpflicht, akademische Ausbildung und Preisspannenverordnung verteidigen. Und jüngere Apotheker¹ in Apotheken wollen wissen: Haben die Apotheken noch eine Zukunft als Wirkungsstätte eines an einer Universität akademisch ausgebildeten Apothekers?

Was ist die Apotheke? Vier Szenarien

Bürgerinnen und Bürger fühlen sich in Apotheken wohl. Sie werden dort freundlich bedient, sie erhalten zügig ihre Medikamente und so manchen praktischen Rat. Sie erleben in Fußgängerzonen der Städte Apotheken als hell erleuchtete Geschäfte mit einer breiten Auswahl an Gesundheits- und Wellnessprodukten, mit Aktionsware und Verkaufsanimation. Die Apotheke – ein Wohlfühlort mit verkaufsoptimiertem Ambiente – ein Fachgeschäft?

Jede und jeder weiß, seit jeher sind Apotheken ein Ort des Arzneimittels. Die traditionsreiche, etwas geheimnisvolle Atmosphäre von alten Apotheken ist noch im Bewusstsein der meisten Menschen verankert. In Einzelfällen kann diese Atmosphäre auch noch erlebt werden, und zwar in Apotheken, die die Tradition pfle-

gen und sie durch eine Apotheken-einrichtung betonen, die an alte Zeiten erinnert. Die Apotheke – eine Erinnerung an die „gute alte Zeit“?

„Zu Risiken und Nebenwirkungen lesen Sie die Packungsbeilage und fragen Sie Ihren Arzt oder Apotheker“. Jeden Tag erinnert die Werbung daran, Arzneimittel sind keine normale Ware. Jedem wird deutlich, Arzneimittel können Risiken in sich bergen. Dies veranlasste den Gesetzgeber, für jede Arzneimittelwerbung den Hinweis vorzuschreiben. Auf gleicher Augenhöhe – „Arzt oder Apotheker“ – können die Heilberufe informieren und beraten, so dokumentiert es der Gesetzgeber. Der Apotheker in der Apotheke – ein Heilberufler wie der Arzt?

Validierte Arzneimittelanalytik und qualitätsgesicherte Herstellung anspruchsvoller Rezepturarzneimittel in der Apotheke, Information und Beratung der Patienten und der anderen Heilberufe auf dem Fundament eines wissenschaftlichen Hochschulstudiums, ständige Fortbildung und Nutzung neuester wissenschaftlicher Fachliteratur, Fachgespräche mit anderen Heilberufen und Beratung von Patienten mit den modernsten Kommunikationsmitteln. Apotheke – Drehscheibe der Arzneimittelversorgung auf einer gesicherten wissenschaftlichen Basis?

Sicherlich gibt es noch die ein oder andere Nische, die Apotheken besetzen, doch reicht das aus, um Verantwortungsträger in Politik und Verwaltung zu überzeugen?

Arzneimittelversorgung als öffentliche Aufgabe durch Apotheken muss auf einem wissenschaftlichen Niveau erfolgen und glaubwürdig sein

Herstellerunabhängigen Gesundheitspolitikern, Gesundheitsökonominnen und Kassenvorstehern ist an einer kostengünstigen und qualitätsgesicherten Arzneimittelversorgung gelegen. Die offiziellen Äußerungen der in der Öffentlichkeit gefragten Sprecher zeigen aber: die realen Bedingungen in den Apotheken erfüllen derzeit nicht deren Vorstellungen.

Es geht bei einem Blick in die Zukunft nicht allein nur um das, was oftmals als Gegensatzpaar mit „Ethik oder Monetik“ zitiert wird, also um eine Gradwanderung zwischen den Zielen eines Kaufmanns und den ethisch moralischen Ansprüchen, die im übrigen auch jeder andere Kaufmann einzuhalten hat. Vielmehr geht es bei der Apotheke der Zukunft um die Frage: Wo wird der Schwerpunkt der Apotheke in Zukunft sein: **Fachgeschäft mit Versorgungsauftrag – oder Versorgungsauftrag und Arzneimittelsicherheit auf wissenschaftlich gesichertem Niveau?** Letzteres sollte das Ziel sein, will der Apotheker auch in Zukunft rechtfertigen, dass der Gesetz- und Verordnungsgeber den Apotheken die öffentliche Aufgabe übertragen hat, die Bevölkerung ordnungsgemäß mit Arzneimitteln zu versorgen (§ 1 ApoG: „Den Apotheken obliegt die im öffentlichen Interesse gebotene Sicherstellung einer ordnungsgemäßen Arzneimittelversorgung der Bevölkerung“) und deswegen Privilegien wie Mehr- und Fremdbesitzverbot, Apothekenpflicht, Hochschulstudium und Preisregulierungen gewährt.

Die Besonderheit der Apotheken stärken

Zentrales Ziel muss es sein: mehr Arzneimittelsicherheit. Denn um die Sicherheit bei Arzneimitteln und

¹ Da die doppelte Nennung der Geschlechter die Lesbarkeit des Textes erschwert, habe ich mich im folgenden für eine durchgängig männliche Form entschieden. Selbstverständlich sind dabei immer beide Geschlechter gemeint.



deren Anwendung ist es nicht zum besten bestellt. Arzneimitteltherapie ist ein „Hochrisikoprozess“ (PD Dr. med. Grandt, Saarbrücken 2005). Viele tausend Tote, viel menschliches Leid und hohe Kosten für die Gesellschaft sind jährlich die Folge von Arzneimittelrisiken. Dies ist unumstritten. Es ist von hohem gesellschaftlichen Wert, diese Risiken zu minimieren. Dazu gehört die hochwertige Prüfung von Ausgangsstoffen, die qualitätsgesicherte Herstellung von Arzneimitteln sowie in Apotheken vor allem die effektive und effiziente Information und Beratung. Kann das jede Apotheke? Sollten laboranalytische Prüfungen und Rezepturen nicht besser zentrale und gut ausgestattete Apotheken übernehmen?

Derzeit ist der Betrieb einer Apotheke nur durch einen Apotheker erlaubt, der bis zu drei zusätzliche Filialapotheken besitzen darf. In Zukunft sollten jedoch auch andere Betriebsformen ermöglicht – zumindest jedoch getestet werden, die den besonderen Auftrag der Apotheken, nämlich die ordnungsgemäße Arzneimittelversorgung der Bevölkerung im öffentlichen Interesse und eben nicht im Interesse anonymen Geldgeber oder Aktienbesitzer gewährleisten. Dazu heißt es im

Programm des VDPP: „Bei der Frage nach der Apotheke der Zukunft sind unterschiedliche Eigentumsformen denkbar – private, gemeinnützige, genossenschaftliche. Ein entscheidendes Kriterium für alle muss die Forderung nach einer von ökonomischen Zwängen befreiten Beratungstätigkeit sein.“ Inzwischen sind ja auch bei Ärzten andere Betriebsformen möglich, die die einzelunternehmerische Arztpraxis ergänzen.

Immer wieder wird als Gegenargument diskutiert, dass eine Apotheke nur im Besitz eines Apothekers den öffentlichen Auftrag ordnungsgemäß erfüllen kann. Es ist aber unbestritten, dass auch Apotheker in leitender Angestelltenposition (z. B. Krankenhausapotheken oder Apotheken in anderen Ländern) diese Aufgabe hervorragend erfüllen können.

Apotheken müssen durch ihre spezielle und nachweislich qualitativ hochwertige Arbeit Gesundheitspolitiker und auch Kassenvertreter überzeugen. Es reicht nicht aus, in Kundenbefragungen höchste Vertrauenswerte zu erzielen.

Information und Beratung über Arzneimittel sind das zentrale Aufgabengebiet für die Apotheken.

Testkäufe von Verbraucherschützern zeigten, dass eine gute und umfassende Information und Beratung in Apotheken noch nicht flächendeckend angeboten und durchgeführt wird. Testkäufe der Apothekerkammern ergaben ein besseres Bild, dennoch wollen auch die Kammern die Tests weiter ausbauen. Das ist in höchstem Maße anerkennenswert. Man stelle sich vor, Ärztekammern würde ihre Mitglieder in den Praxen vergleichbar testen ... Noch besser und der Glaubwürdigkeit dienlich wäre es sicherlich, die Evaluation der Testkäufe extern von anerkannten (Hochschul-)Instituten durchführen zu lassen.

Die pharmazeutischen Tätigkeiten in den Apotheken sind Aufgaben im öffentlichen Interesse. Das bedeutet, Apothekenmitarbeiter dienen mit Information und Beratung dem Ziel der Gesundheit der Bevölkerung. Durch die mit den täglichen Kontakten zu Patienten verbundenen Erkenntnisse über Krankheiten, Krankheitsverläufe, Arzneimitteltherapien sowie deren Begleiterscheinungen wie unerwünschte Arzneimittelwirkungen erhalten sie wichtige Informationen über Arzneimittel und arzneimittelbezogene Anwendungsprobleme. Dieser Fundus an

Informationen sollte so aufbereitet werden, dass generalisierbare Erkenntnisse zu einer verbesserten Arzneimittel- und Arzneimittelanwendungssicherheit gewonnen werden und breit kommuniziert werden können. Dies gilt auch und vor allem im Bereich der Selbstmedikation. Insgesamt können Apotheken so zur verbesserten, qualitätsgesicherten, wirksamen, ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung der Bevölkerung beitragen.

Gerade im Bereich der Selbstmedikation existiert noch keine kritische Auseinandersetzung über die eingesetzten Ressourcen der Verbraucher. Wer konsumiert was, warum, in welcher Menge, wann und mit welchem Erfolg? Welche Gefahren lassen sich beobachten, vor allem bei verschreibungspflichtigen Arzneimitteln, die nur dank der Freidosenregelung partiell aus der Verschreibungspflicht entlassen wurden? Wer, wenn nicht die Apothekerschaft, will sie an Glaubwürdigkeit gewinnen, wäre besser geeignet, hier eine Diskussion anzustoßen? Beispielsweise könnte in einem jährlichen Kongress über die neuesten Entwicklungen berichtet werden, sowie mit von den Herstellern unabhängigen Experten über den Nutzen der gekauften Produkte diskutiert werden. Ein sich daraus ableitbares Ziel für das kommende Jahr könnte für jede Apotheke ein Leitfaden sein. Im folgenden Jahr wäre dann zu überprüfen, mit welchem Erfolg die Apothekerschaft Verbesserungen für die Bevölkerung im Bereich der Selbstmedikation erreicht hat. Pharmazeutische Hochschulinstitute könnten im Rahmen der Klinischen Pharmazie Grundlagen für solche Ziele mit entwickeln und die Umsetzung von Leitlinien wissenschaftlich auswerten.

Und – by the way – die Apotheken sollten zur Stärkung ihrer Glaubwürdigkeit genau prüfen, was sie neben Arzneimitteln den Kunden zusätzlich anbieten. Die Teilnahme am boomenden Markt der Nahrungsergänzungsmittel ist sicherlich kein Aushängeschild für Apotheken.

Zur Ausbildung - die Apotheke als Wirkstätte des akademischen Heilberufers Apotheker muss sich ändern

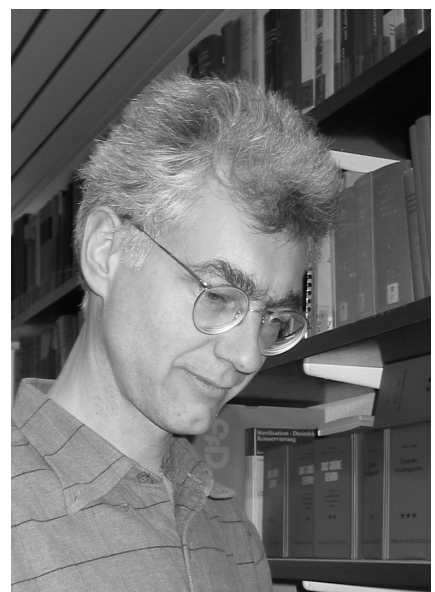
Apotheken sind nur als Institution mit einem wissenschaftlichen Aufgabenbereich eine Zukunft für Akademiker. Deshalb müssen die durch Apotheker verantworteten Kernbereiche, Herstellung, Prüfung, Information und Beratung auf einem nachweislich wissenschaftlichen Niveau erfolgen. Die Zentralisierung der laboranalytischen Aufgaben und der Herstellung von Arzneimitteln, die wissenschaftlich fundierte Arbeit mit Patienten auf lokaler Ebene (Information und Beratung) und die Optimierung der Versorgung der Bevölkerung mit Arzneimitteln im Sinne der Versorgungsforschung sind solche Arbeitsansätze, die den akademischen Heilberufler erfordern.

Die Ausbildung der Apotheker sollte den Anforderungen des modernen Anforderungsprofils der Apotheken entsprechen. Die nasschemischen Praktika sollten weiter reduziert werden. In Apotheken, die für andere Apotheken Arzneimittel prüfen und herstellen, könnten modernere Instrumentarien für die Analytik und Herstellung zur Verfügung stehen, damit die qualitativen Anforderungen erfüllt werden, wie sie bspw. für die Industrie verbindlich sind. Ein weiteres Beharren auf den umfangreichen Katalog der bisherigen chemischen Praktika macht den Anspruch der Apothekerschaft auf ein den zukünftigen Anforderungen gewachsenes Apothekenwesen unglaubwürdig.

Insbesondere sollten die medizinisch orientierten Fächer der Naturwissenschaften, wie Physiologie, Biochemie, Humanbiologie, klinische Pharmakologie, sowie Fächer aus dem sozialwissenschaftlichen Bereich, wie z. B. Epidemiologie, Kommunikation, Ökonomie und Versorgungsforschung, verstärkt angeboten und in der universitären Ausbildung verankert werden. Im Bereich der Fort- und Weiterbildung sind hier bereits wichtige Schritte erfolgt.

Vor Eintritt ins praktische Jahr sollten angehende Offizinapotheker in einem Training auf die Berufsrealität vorbereitet werden und wesentliche Grundkenntnisse der Kommunikation erlernen. Auszubildende Apotheken sollten mehr als bisher nachweisen, dass sie dem akademischen Berufsnachwuchs ausreichende Mittel und Zeiten zur Verfügung stellen, damit die wesentlichen Kenntnisse, wie sie im beruflichen Umfeld gefordert werden, erlernt werden können.

Es ist für die Apothekerschaft sehr spät, das Angebot der Apotheke für die Sicherstellung der ordnungsgemäßen Arzneimittelversorgung noch rechtzeitig glaubwürdig darzustellen. Für eine nicht wahlentscheidende Bevölkerungsgruppe, wie es die Apothekerschaft ist, ist es umso wichtiger, Verantwortliche im Gesundheitswesen rechtzeitig zu überzeugen, bevor Fakten vermeintliche Handlungszwänge nach sich ziehen (s. DocMorris, Saarbrücken). Die seit den fünfziger Jahren bis weit in die siebziger Jahre andauernde gute Geschäftslage der Apotheken hat die Apothekerschaft offensichtlich nicht ausreichend motiviert, in die Zukunft einer Apotheke als Versorgungsstelle mit öffentlichem Auftrag und auf wissenschaftlicher Grundlage zu investieren. Wollen wir hoffen, dass es nicht zu spät ist!



Stress im Allgäu

Oder: warum vier Apotheker und Apothekerinnen durchs Allgäuer Unterholz robbten

von Christl Trischler

Wir vier, zum Teil nicht mehr ganz junge Pharmazeutinnen und Pharmazeuten wollten bei zwei Outdoor-Seminaren lernen, wie wir uns bei eventuellen zukünftigen Einsätzen in Katastrophengebieten zu verhalten haben. Da jeder Einsatz naturgemäß sehr überraschend kommt und alles jeweils sehr schnell gehen muss, hat man kaum Zeit, sich darauf einzustellen. Bei unseren Einsätzen in Sri Lanka und in Pakistan haben wir alle sehr bedauert, wie wenig wir vorbereitet waren, und wie schwierig es ist mit dem Chaos, den vielen auftauchenden Problemen und den unerwarteten Situationen umzugehen. Wir erwarteten von diesen Seminaren eine solide Einführung in das Thema humanitäre Hilfe bei Katastrophen.

Angeboten werden diese Wochenendseminare von LandsAid e. V., einer noch recht jungen gemeinnützigen NGO mit Sitz in Landsberg. Die Gründer von LandsAid und ihre Mitarbeiter haben jahrelange Erfahrung auf dem Gebiet humanitärer Hilfe. Sie waren im Einsatz u. a. im Iran, Sudan, Niger, Angola, Pakistan und bei der Tsunami-Katastrophe.

Die Schulungen sind offen für alle Interessierten, für Ärzte, Krankenschwestern, Sanitäter, Apotheker, Logistiker, Techniker, Journalisten.

LandsAid verfolgt folgende Ziele und Aufgaben:

1. Humanitäre Hilfe für Menschen, die durch Natur- oder Umweltkatastrophen, durch bewaffnete Konflikte oder Unterdrückung in Not geraten sind,
2. mittelfristige Unterstützung und Durchführung von Projekten in Krisengebieten und
3. Schulung und Vorbereitung von Einsatzkräften und die Betreuung nach einem Einsatz.

Bei unserem ersten Seminar mit dem Titel „Einführung in die humanitäre Hilfe“ ging es u. a. um La-



geraufbau und Organisation, Logistik, Teambildung, Kommunikation, interkulturelle Aspekte, politische Strukturen, Teamstrukturierung und Einsatzplanung, gesundheitliche Risiken, Vorsorge, Umgang mit Stress und Konflikten, Orientierung im Gelände und Minengefahren.

Das klingt zunächst einmal ziemlich trocken. Aber unsere Seminarleiter haben sich viel einfallen lassen, um uns immer wieder in schwierige Situationen zu bringen und uns herauszufordern. Ich werde diese Geschichten nicht alle erzählen, sonst ist der Effekt weg, wenn eine/r der Leser/innen vielleicht doch einmal so ein Wochenende mitmacht.

Gleich nach unserer Ankunft am Freitagnachmittag – wir hatten uns noch gar nicht kennen gelernt – wurden wir in kleine Teams mit vier bis fünf Personen eingeteilt und mussten sofort unsere Zelte und vor allem zwei riesige Gemeinschaftszelte für die Küche und für das Seminar aufbauen. Das hieß, wir mussten uns einig werden, wer was macht. Das klappte wunderbar, es waren auch wirklich lauter patente, nette Leute dabei.

Es war ein wunderschönes Plätzchen mit Blick auf Neuschwanstein und die Allgäuer Berge. Die Wiese war etwas feucht, an manchen Stellen lag noch Schnee und es war kalt, sehr kalt sogar. Einige haben in der Nacht ziemlich gefroren, weil sie nur Sommerschlafsäcke dabei hatten. Es gab zwar eine Wasserstelle, aber die war noch eingefroren. Wasser für die Toilette (Baustellenklo), fürs Spülen und fürs Waschen gab es im Bach. Trinkwasser hatten wir in Kanistern dabei. Immerhin hatten wir davon genug. Wir mussten nicht mit zwei Litern oder noch weniger pro Tag auskommen. Außerdem hatten wir einen funktionierenden Stromanschluss und damit Licht in den großen Zelten. Es war klar, dass unsere Seminarleiter versucht haben möglichst realistische Bedingungen, also eingeschränkte Mobilität, Hygiene, einfaches Essen usw. zu schaffen. Es ist ihnen gelungen, aber wir haben das alle gut gemeistert.

Vor dem späten Abendessen gab es dann im Seminarzelt, das Gott sei Dank mit Bänken und Tischen und, welch ein Luxus, auch mit einem kleinen tragbaren elektrischen Ofen



und Licht ausgestattet war, einige allgemeine Erläuterungen vor allem zu Teamarbeit, dem A und O bei jedem Einsatz. Nach dem Abendessen fanden wir uns zu einer Vorstellungsrunde am großen Lagerfeuer zusammen.

Pünktlich um 8 Uhr morgens ging es dann sofort weiter mit Übungen zur Teamaufstellung. Wir waren ja bereits zu kleinen Gruppen eingeteilt. Jede Gruppe musste nun in relativ kurzer Zeit nach einem bestimmten Schema herausfinden, wer welche Eigenschaften mitbrachte, und wer demzufolge welche Aufgaben übernehmen konnte. In meiner Gruppe hatten wir Glück, wir waren ein ausgewogenes Team. Schwierig wird es, wenn z. B. zwei Macher aufeinander prallen oder wenn nur kreative spontane Leute zusammentreffen. Das sind Probleme, die ja auch in Management- und Kommunikationsseminaren für die Apotheke behandelt werden.

Praktische Tipps zur notwendigen Ausrüstung folgten, und nach kurzer Pause besprachen wir alle gemeinsam anhand eines praktischen Beispiels die politischen Strukturen und Vorgaben, die es un-

bedingt zu beachten gilt. Das war für die meisten von uns absolutes Neuland.

Nach dem Mittagessen mussten wir vergessenes Pfadfinderwissen auffrischen: den Umgang mit Karte und Kompass. Wir wussten, dass wir uns am Nachmittag als Team mit Kompass durchs Gelände schlagen sollten.

Vorher aber gab es noch einen beeindruckenden Vortrag über Minen von Marcel Kruijer, einem Berufsoffizier, Minenspezialisten und Survival-Ausbilder, mit sehr viel praktischer Erfahrung. Die vielen verschiedenen Minenarten, u. a. kleine Dinger, die wie buntes Spielzeug aussehen, ihre unterschiedliche Wirkung und Fotos von Minenopfern

hinterließen in mir ein mulmiges Gefühl in der Magengrube. Es ist unbegreiflich, wozu Menschen fähig sein können.

Für unseren Parcours querfeldein durchs Gelände hatten wir drei Stunden Zeit. Diese Vorgabe haben wir gerade so eingehalten. Wir hatten einige Probleme, uns zurecht zu finden, zeitweise hatten wir das Gefühl, dass wir uns verlaufen hatten, und am Schluss haben wir eine nicht erlaubte Abkürzung genommen.

Das spannendste Erlebnis war die Aufgabe durch ein Minenfeld zu laufen. Das war ein kleines Waldstück gespickt mit Minen aller Art. Sie waren z. T. unglaublich trickreich versteckt. Wir waren vier Teams mit jeweils vier oder fünf Leuten. Nur einem von uns 19 ist es gelungen, heil durch dieses Minenfeld zu kommen. Er ist aber ohne Rücksprache mit seinem Teamchefs einfach darauf los gelaufen, was keinesfalls richtig war, und er hat Glück gehabt. Trotz aller Vorsicht und voller Informationen, wie so etwas aussehen kann, sind wir anderen alle auf Minen getreten, sind über einen Draht gestolpert oder haben ein Minenzeichen übersehen. Wir wären alle zerfetzt worden.

Nach einem einfachen Abendessen diskutierten wir noch bis in die späte Nacht hinein über unsere Fehler und über die Zusammenarbeit in den einzelnen Teams.



Am nächsten Tag schilderte Sylvia Rohrhirsch, eine Krankenschwester und Gründungsmitglied von LandsAid eindrucksvoll ihren Einsatz in Pakistan. Sie war mit der allerersten Gruppe im Erdbebengebiet und hatte entsprechend viel zu erzählen. Anschließend ging es um Kommunikation, Umgang mit Stress, mit Konflikten im Team und um den Umgang mit anderen



Kulturen. Als Abschluss beschäftigten wir uns noch mit der Frage: Welche Gesundheitsrisiken gehe ich ein und wie kann ich mich schützen?

Der Abbau des Lagers ging dann sehr schnell und reibungslos. Wir waren ja schon auf Teamarbeit eingestellt. Nur der Abschied zog sich noch etwas hin. Wir hatten plötzlich noch viel zu erzählen und besprechen. Alle waren der Meinung, ein zweites Seminar sei unbedingt notwendig.

Im Sommer fand dann das zweite Seminar statt. Wieder trafen wir uns an diesem schönen Platz. Der Aufbau ging ruckzuck. Aber kaum waren wir fertig, sollten wir die erste Aufgabe lösen. Ein Notfall: Wir sollten so schnell wie möglich das Lager verlassen und einen bestimmten Ort erreichen. Wir bekamen eine Karte in die Hand gedrückt und ein paar Informationen über das Gelände und eventuelle Minengefahren. Ganz schnell mussten wir in unserem Team einen Koordinator auswählen. Außerdem stand uns ein Jeep mit „einheimischem“ Fahrer zur Verfügung. Nicht nur dieser Fahrer mit seinem katastrophalen Fahrstil auf den kleinen Feldwegen und seinen mageren Englischkenntnissen (hervorragend gespielt) machte uns Schwierigkeiten. Nach Abschluss dieser Tour, die mit Hin-

dernissen gespickt war, hatten wir jedenfalls wieder genügend Diskussionsstoff für den Abend. Es ist wirklich nicht einfach, immer die richtige Entscheidung zu treffen.

Nach einer kurzen Nacht ging es sofort um 8 Uhr los mit einem ausführlichen Vortrag über Tropenkrankheiten.

Es folgte ein interaktiver Vortrag über Erste Hilfe mit einfachsten Mitteln und unter erschwerten Bedingungen. *(s. Bilder auf dieser und der vorigen Seite: Michael Prestele, einer der LandsAid-Gründer, auf einer Bahre aus zwei langen Hölzern und zwei Anoraks)*

Nach einem phantastischen Mittagessen aus dem Wok mit Hähnchenfleisch auf kleinen Spießen, das uns die Freundin Michaels gezaubert hatte, wurde es ernst. Anhand eines

Evakuierungsplanes mussten wir zu Fuß so schnell wie möglich das Lager verlassen und wieder ein bestimmtes Ziel ansteuern. Dieser Evakuierungsplan war tatsächlich für das Krisengebiet in Darfur im Sudan erarbeitet worden. Er wurde für das „Krisengebiet Allgäu“ nur leicht abgewandelt. Natürlich war dieser Weg wieder gespickt mit allen möglichen Hindernissen, die ich nicht verraten werde. Unsere Seminarleiter jedenfalls entwickelten sehr viel schauspielerisches Talent und brachten uns in die unmöglichsten Situationen. Zunächst mussten wir entscheiden, was wir alles an Ausrüstung mitschleppen mussten, unsere Ausweise, etwas zu trinken und zu essen u. v. m. Bereits da machten wir die ersten Fehler. In die nächsten Aufgaben konnten wir uns relativ gut hinein versetzen, z. B. galt es wieder, durch ein kleines Minenfeld hindurchzufinden. Die Drähte waren fast unsichtbar in unterschiedlicher Höhe über dem Waldboden gespannt. Es blieb uns nichts anderes übrig als auf dem Bauch robbend unten hindurchzukriechen. Nach einiger Zeit aber war uns der Ernst der Lage nicht mehr so bewusst, und wir begannen darüber zu sinnieren, ob es nicht möglich wäre, zwischendurch einmal auszubüxen, ins nächste Wirtshaus auf ein Bier oder einen Kaffee. Dazu kam noch ein heftiger aber kurzer Regenguss auf uns heruntergeprasselt, gerade als wir querfeldein über eine nasse Wiese stolpterten.

Hungrig, nass, durstig und müde ließen wir uns dann doch verleiten und setzten uns im nächsten Dorf gemütlich auf eine Bank unter der





Dorflinde. Die Bevölkerung in diesem Gebiet war aber als feindlich gesinnt bekannt. Prompt kam ein Jeep angebraust und ein aufgebrachter Sudanese bedrohte uns massiv. Wir mussten unsere kleine Rast abbrechen und weiterziehen. Der ansässige Bauer lachte sich schief über uns und den sudanesischen Rebellen in seinem abenteuerlichen Outfit.

Später leisteten wir uns noch einen dummen Fehler. Weil uns der Weg durch ein Gestrüpp und durchs Unterholz zu unbequem war, liefen wir einer hinter dem anderen einen hohen Damm entlang und gaben dabei wunderbare Zielscheiben ab.

Angesichts der sanften grünen Hügel im Allgäu findet man solche Geschichten ganz lustig. Es erinnert an Kinderspiele wie Räuber und Gendarm. Aber wie bedrohlich und gefährlich können Fehlverhalten und mangelnde Disziplin im Ernstfall sein.

Das größte Problem aber während dieser Tour lag bei allen vier Gruppen nicht in den Schwierigkeiten der einzelnen Aufgaben, sondern bei uns selber und unserer Fähigkeit miteinander zurechtzukommen. Wir waren jeweils zu viert oder zu fünft. Jeder Gruppe wählte sich einen Koordinator oder eine Koordinatorin, der oder die die Leitung zu über-

nehmen hatte. Das war eine schwierige Aufgabe für die ausgewählte Person. Die vielen Entscheidungen, die während der Evakuierung zu treffen waren, wurden nicht immer von allen gutgeheißen und akzeptiert. Die Koordinatoren mussten unter Stress ihre Entscheidungen gut vermitteln und die Gruppe zum Weitermachen motivieren. Es wurde uns drastisch vor Augen geführt, wie gefährlich in kritischen und stressigen Situationen ein Streit werden kann, und wie notwendig eine gute Kommunikation und Abstimmung fürs Überleben ist.

Nachdenklich und voller Diskussionsstoff kamen wir kurz vor Einbruch der Dunkelheit ins Lager zurück.

An diesem Abend stand noch ein Ausflug auf dem Programm. Es war Fußball angesagt. Wir konnten das vorletzte Spiel der WM in einem zum Ausstellungsraum umfunktionierten Stadel einer Kamelfarm (sic!) anschauen. Es ist nicht geschwindelt, so etwas gibt es im Allgäu. Zurück im Lager diskutierten wir noch bis tief in die Nacht hinein am Lagerfeuer über unsere Fehler und Erfahrungen während der Tour.

Etwas unausgeschlafen und übernächtigt waren wir schon, als es am nächsten Morgen bei strahlend

schönem Wetter um 8 Uhr morgens wieder gnadenlos weiter ging mit Vorträgen über den Umgang mit Konflikten, Stressbewältigung, über die Vereinten Nationen und ihre Strukturen und die Möglichkeiten der Zusammenarbeit.

Nach einem wunderbaren Mittagessen und einem zügigen Abbau unseres Lagers und einem langen Abschiedspalaver kehrten wir alle wieder in unser Alltagsleben zurück.

Uns vier Apothekern hat dieses Seminar in vieler Hinsicht sehr geholfen, und wir haben viel gelernt. Wir können jetzt besser abschätzen, was bei einem Einsatz in Katastrophengebieten alles auf uns zukommen kann, und wir können ein wenig besser beurteilen, was wir selber können, und wo unsere Schwächen liegen. Wir waren uns einig, dass jede bzw. jeder möglichst zwei solcher Seminare mitgemacht haben sollte, bevor sie oder er sich bereit erklärt, in einen Einsatz zu gehen. Apotheker ohne Grenzen empfiehlt ebenfalls diese Seminare. Sie werden sogar mit Fortbildungspunkten von der Apothekerkammer anerkannt.

Für Interessierte und zum Weiterlesen sind hier die Webadressen von LandsAid und Apotheker ohne Grenzen:

www.LandsAid.org

www.apotheker-ohne-grenzen.de



Stellenangebot

Der Verein demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten sucht ab sofort

eine(n) Referenten/in für die Vorstandsarbeit

Der/die geeignete Bewerber(in) hat Freude an der Organisation, am Formulieren von Texten und ist gesundheitspolitisch und berufspolitisch interessiert. Er/sie ist belastbar, kann selbstständig arbeiten und kennt sich mit elektronischen Medien aus. Um eine gute Zusammenarbeit mit dem Vorstand zu gewährleisten sollte der/die Bewerber(in) in Hamburg oder Berlin wohnen.

Die Stelle ist bis zum **31. Dezember 2007** befristet und kann verlängert werden. Eine Verlängerung erfolgt aufgrund der Entscheidung der Mitgliederversammlung des VDPP.

Voraussetzungen:

- Pharmaziestudium
- Fähigkeit zur Analyse komplexer Sachverhalte und Formulierung verständlicher Texte (Vorlage von einigen Arbeitsproben aus der letzten Zeit)
- Gesundheitspolitisches und berufspolitisches Engagement

Aufgaben:

- Erarbeitung des Newsletters („VDPP-aktuell“)
- Unterstützung der Vorstandsarbeit (Erarbeitung von Entwürfen für Stellungnahmen, Pressearbeit)
- Koordinierung der Rundbriefarbeit
- Öffentlichkeitsarbeit
- Mitgliedermotivation

Was bietet der VDPP :

Die Bezahlung erfolgt auf Honorarbasis, der Stundensatz liegt bei 25 Euro.

Es ist daran gedacht, dass der/die geeignete Bewerber(in) bis zu 40 Stunden im Monat für den VDPP arbeitet.

Es ist aber auch möglich, mit einer geringeren Stundenzahl zu beginnen.

Aussagekräftige Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen sollten bis spätestens **15. Oktober 2006** bei der Geschäftsstelle des VDPP eingehen.

VDPP-Geschäftsstelle
c/o Neptun-Apotheke
Bramfelder Chaussee 291
22177 Hamburg

Protokoll der Mitgliederversammlung des VDPP am 17. und 18. Juni 2006 in Berlin

Beginn: 9.30 Uhr

TOP 1: Wahl von VersammlungsleiterIn und ProtokollführerIn

Zur Versammlungsleiterin wurde gewählt: Regina Schumann.
Das Protokoll führt Katja Lorenz.

TOP 2: Genehmigung der Tagesordnung

Die vorliegende Tagesordnung wird bestätigt.

TOP 3: Genehmigung des Protokolls der letzten MV (im Rundbrief 62)

Keine Anmerkung. Das Protokoll wird genehmigt.

TOP 4: Bestätigung von neuen Mitgliedern

Es gibt keine Eintritte.

TOP 5: Rechenschaftsbericht des Vorstands und Diskussion

(Der Rechenschaftsbericht ist auf S. 22 abgedruckt)

Diskussion:

Zur vorgeschlagenen Auflösung des Vereins

Dieses Thema war vom Vorstand als Provokation gedacht, da im nächsten Jahr Vorstandswahl ist und Thomas Schulz nicht wieder kandidieren wird. Inhaltliche Arbeit war jetzt schon kaum noch möglich. Da es ums Überleben des Vereins geht, muss bereits jetzt und nicht erst im nächsten Jahr darüber nachgedacht werden. Ist das Weitermachen realistisch? Nur „Überwintern“ ist zu wenig.

Eine große Mehrheit der Diskutanten ist gegen die Auflösung. Die Notwendigkeit des Vereins besteht unbestritten. Auflösung wäre Aufgeben, ein fatales Signal nach „außen“ und politisch fahrlässig.

Es entsteht die Idee eines „Alarm-schreibens“ an die Mitglieder. Ziel: Schilderung der Situation, der Alternativen und der Dringlichkeit, neue Vorstandsmitglieder zu finden (Lastenverteilung).

Problem der Zusammensetzung des Vereins und deren Widerspiegelung in Vereinsaktivitäten

Im Verein sind ApothekerInnen aus allen Gebieten, aber überwiegend aus öffentlichen Apotheken. Unter den Aktiven des Vereins sind aber KollegInnen aus Behörden und Krankenkassen überrepräsentiert, KollegInnen aus öffentlichen Apotheken eher unterrepräsentiert. Dies könnte der Grund dafür sein, dass sich Offizinapotheker weniger vertreten fühlen und austreten. Wir sollten das große Potential eher nutzbar machen und wieder eine Diskussionskultur entwickeln, die unserem Namen entspricht: also sich einzumischen und zu Wort zu melden, wenn einem etwas nicht passt, anstatt auszutreten. Den Vorstand mit einem „er oder ich“ unter Druck setzen zu wollen, ist keine Alternative.

Fehlende hauptamtliche Kraft für den Verein

Die Einrichtung eines/r „Geschäftsführer/in“ wird erneut vorgeschlagen. Der Verein will eine Stelle dafür ausschreiben. Das Stellenprofil wird diskutiert: Umfang, Inhalt, Qualifikation ... Die Vorstellungen schwanken zwischen erfahre-nem/r Pharmazeut/in/Naturwissenschaftler/in und PraktikantIn/VolontärIn, Honorarvertrag und befristeter Festanstellung, Arbeitskoordination und inhaltlicher Arbeit.

Konsens: Ein „wissenschaftliches Sekretariat“, alles andere liegt in der Entscheidung des Vorstands (je nach Bewerbern ...).

Zusammenfassung

Unter TOP 9 müssen u.a. folgende Aktivitäten beschlossen werden:

- Ausschreibung einer/s hauptamtlichen/m MitarbeiterIn
- ein Alarmschreiben an die Mitglieder.

Die MV wird für den Vortrag von Katja (Zusammenfassung im nächsten Rundbrief) unterbrochen.

TOP 6: Kassenbericht

Jürgen Große erläutert den Bericht: Es gab geringfügig weniger Einnahmen durch rückläufige Spendeneinnahmen (Fahrtkosten der Vorstandsmitglieder werden nicht mehr gespendet, geringere Zins-einnahmen, da derzeit ein niedriges Zinsniveau herrscht). Die Beitragseinnahmen lagen trotz leichten Mitgliederverlustes im geplanten Bereich.

Auch die Ausgaben waren niedriger, da trotz der teureren MV kaum Geld für Seminare ausgegeben wurde, keine Projektgelder abgerufen wurden, weniger Spenden an andere gezahlt wurden, die Website seltener aktualisiert wurde, der Rundbrief billiger war und es keinen Abruf der Mittel für die Regionalgruppen gab.

Diskussion:

Die Höhe der Kosten für Ingeborgs Prozess (s. letzte MV) ist noch unklar, die Berufungsverhandlung soll im Herbst sein.

Von dem Buch „Pharmazie im Gesundheitswesen heute“ existieren noch 15 Exemplare, der Verein kauft diese Restauflage, evtl. soll das Buch im Rundbrief beworben werden.

Dass die Bar-Kasse im Minus war, ist nur ein buchhalterisches Problem.

Die Zahlungsmoral der Mitglieder blieb unverändert, ca. 10 Mitglieder müssen jährlich angemahnt werden.

Es wird geplant, 5000 Euro vom Girokonto als Festgeld anzulegen.

TOP 7: Bericht der Rechnungsprüfer

Thomas Hammer und Jürgen Große fanden alles sehr gut dokumentiert und geführt und satzungsgemäß verwendet vor. Sie beantragen die Entlastung des Vorstands.

TOP 8: Entlastung des Vorstands

Jürgen Große stellt den Antrag, dass der Vorstand entlastet wird. Bei zwei Enthaltungen wird dies einstimmig angenommen.



Die Mitgliederversammlung dankt den Vorstandsmitgliedern, Rechnungsprüfern und Gudrun Meiburg.

TOP 9: Diskussion künftiger Arbeitsschwerpunkte

Ausgangspunkt:

- Maßnahmen zur Belebung des Vereins
- Was ist aus alten Arbeitsschwerpunkten geworden (drei Anfragen an Mitglieder)

Auf den 2005 versandten Brief an Mitglieder zur Deregulierung und Entschlackung der Apothekenbetriebsordnung (ApoBetrO) gab es ca. vier Antworten; Udo hatte eine Zusammenfassung davon nochmals an die Teilnehmer geschickt, es erfolgte keine Antwort, so dass zu nächst einmal nichts geschah. Die Ergebnisse sollen nunmehr als Diskussionspapier im nächsten Rundbrief abgedruckt werden. Eine Zusammenfassung durch den Vorstand soll die Position des VDPP darstellen, abrufbar, wenn die Änderung der ApoBetrO ansteht.

Die 2005 beschlossene Anfrage an die Mitglieder, ob ein Mitgliederbereich auf der Homepage gewünscht ist, erfolgte noch nicht, dies ist noch durch den Vorstand zu erledigen.

Die Anfrage nach den Auswirkungen des GMC erfolgte gleichfalls nicht und ist nicht mehr aktuell.

Auf die Umfrage zu den Arbeitsgebieten der Mitglieder gab es ca. 35 Rückmeldungen. Der Vorstand muss überlegen, wie damit verfahren wird. Die unterschiedlichen Berufsfelder sollen sich im Rundbrief widerspiegeln, evtl. in Form kurzer Interviews.

Auseinandersetzung mit der neuen Satzung der ABDA

Die Änderung ist sehr undemokratisch verlaufen, wir müssen uns dringend dazu äußern, evtl. gemeinsam mit dem Bundesverband der Apotheker im Öffentlichen Dienst (BapÖD).

Eine Veranstaltung für Studenten, um die Breite des Berufsfeldes darzustellen, wird von den Kammern durchgeführt, wir sollten versuchen, uns als Referenten anzubieten (RG Berlin mit AK Berlin).

Weitere, im Rundbrief zu thematisierende Probleme:

Es ist wichtig, dass Betroffene schreiben, es geht nicht um Artikel, die „internationale Analysen“ darstellen, sondern um lesbare, eigene Beiträge zu Problemen des Berufsstandes aus unserer Sicht, z. B.:

Die Ausbildungs- und Arbeitssituation der Nicht-Approbieren in der Apotheke.

Der zunehmend schwierigere Apotheken-Alltag, da eine Entwicklung weg von Kollektivverträgen (der

Primär- und Ersatzkassen z.B.) hin zu Einzelverträgen und Individualisierung der Verträge mit der Folge der Zunahme verschiedener Anträge zu Genehmigungen usw. stattfand.

Die Veränderung der Apothekenslandschaft durch Änderungen der gesetzlichen Grundlagen (Filialapotheken, Versandhandel, Freigabe der Preise, Erweiterung der Freidosenregelung ...).

Europaweit: die geplante Werbefreiheit für verschreibungspflichtige Arzneimittel,

Wichtig ist eine globale Betrachtung der Arzneimittelprobleme – dies erfordert eine Zusammenarbeit mit der BUKO-Pharmakampagne und Apothekern ohne Grenzen.

Die Elektronische Gesundheitskarte, s. Rundbrief 63. Eine Stellungnahme des VDPP ist nötig, besonders zur Speicherung der Daten.

Durchführung von Seminaren:

Wir wollen die Veranstaltung der BUKO-Pharmakampagne zu deren 25-jährigem Bestehen unterstützen und ein entsprechendes Schreiben an die Mitglieder abschicken. Es soll eine Spende an BUKO erfolgen, möglichst verbunden mit der Nennung unseres Vereins auf der Veranstaltung.

Ausschreibung der Stelle

Die Stelle muss in den Finanzplan aufgenommen werden, dafür sollen befristet 1000 Euro pro Monat angesetzt werden. Der Standort sollte bevorzugt Berlin oder Hamburg sein, wegen der Anbindung zu Vorstand und Regionalgruppen. Je nach Vertragsgestaltung werden ein Laptop und ein Scanner sowie ein Zuschuss zu den Telefonkosten notwendig sein. Es wird beschlossen, den Vorstand mit der Ausgestaltung zu beauftragen (angenommen, bei 1 Gegenstimme, 1 Enthaltung).

Es soll ein Alarmschreiben an die Mitglieder verfasst werden mit den Themen „Vorstandswahl 2007“ und „Stelle des wissenschaftlichen Sekretariats“.

Unterbrechung der MV um 16.45

Sonntag, 18.06., Beginn 9.30 Uhr

Vorgezogen:

TOP 11: Diskussion der aktuellen Gesundheitspolitik

Unser Gast Daniel Rühmkorf, Arzt und gesundheitspolitischer Referent der Fraktion „Die Linke“, Vorstandsmitglied des VDÄÄ, freier Medizinerjournalist, hielt ein Impulsreferat, seine Zielstellung: „Wo können im Ergebnis des heutigen Treffens VDPP und VDÄÄ bzw. VDPP und Fraktion zusammenarbeiten?“

Ausgangspunkt sind die Festlegungen im Koalitionsvertrag und die bisherige Politik der Regierung auf dem Gebiet des Gesundheitswesens. Die Festlegungen im Vertrag sind recht ungenau, die Politik scheint eher der Klientelbefriedigung zu dienen.

Daniel sieht die Aufgabe der Fraktion und unserer Vereine darin, Menschen zu sensibilisieren, und für das, was kommt, Sprachrohr zu sein. Unter Rot-Grün fiel es den Vereinen offenbar schwer, zu opponieren, das GMG konnte auf diese Art durchgewinkt werden.

Bei der Anhörung zu AVWG war der VDPP bereits durch die Fraktion als Einzelsachverständiger geladen.

Der Referent erläutert einige Punkte der Planungen zum Eckpunktepapier der Gesundheitsreform. Durch die Lohnnebenkostendiskussion werden die Arbeitgeber zunehmend aus der Pflicht entlassen. Der Gesundheitsfonds bringt nur neue Belastung für die Patienten und ein Einfrieren des Arbeitgeberanteils, eine Art „Modell Holland light“.

Es ist problematisch, Modelle anderer Länder mit anderen Rahmenbedingungen zu übernehmen, ohne diese an die deutschen Bedingungen anzupassen (Beispiel: DRGs aus Australien). Der Fonds in den Niederlanden hat einen kassenübergreifenden morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich, in Deutschland ist dies bisher ungeklärt. Dort existiert schon lange ein Standard-

tarif in der PKV, hier soll er erst gegen massiven Widerstand durch die einflussreiche PKV eingeführt werden. Bei Einführung in den Niederlanden herrschte zuerst einmal Chaos, dort wurde dies aber als lernendes System begriffen. In einem „hoch neurotischen“ Land wie Deutschland ist Chaos nicht aushaltbar, deshalb wird eher überreguliert.

Andere Einkommen, auch Minijobs sollen einbezogen werden, so dass eine Verarmung der Versicherten schon möglich wird, ohne krank zu sein. Die Kosten bei selbst verschul-

den sind kein Schock, machen aber müde. Das sieht konzeptionslos aus, ist es aber nicht.

Manche, scheinbar kleine, Änderung wurde nicht als Sensation in der politischen Wirkung wahrgenommen, so z. B. die Änderung im SGB, dass die GKV Mittler zur PKV sein darf (Zusatztarife)! Es gibt eine Vielfalt von Paketzusatzversicherungen (für von GKV ausgegliederte Leistungen) und Bonusprogramme. Beim Wechsel der Krankenkasse gehen Angebote oder Bonuspunkte verloren. Die AOK bieten 17 Zusatzversicherungen an, immer in



deten Unfällen sollen privat gezahlt werden, Ärzte werden als Gesundheitsschnüfflern missbraucht, um die Schuldfrage zu klären, das Arzt-Patient-Vertrauen wird gestört. Es droht eine weitere Transformation, solidarische Finanzierung soll nur noch für Rumpfleistungen gelten, Patienten haben aber ein Recht auf Leistungen, ohne weitere finanzielle Belastungen.

Für Daniel Rühmkorf ist hier die Möglichkeit, Menschen zu sensibilisieren, wir sollten uns gegen diese Entwicklung stellen! Abschließend verweist er darauf, dass die Fraktion Flugblätter zu verschiedenen Themen gemacht hat.

Aus der Diskussion:

Die Entwicklung läuft als Gewöhnungsprozess, einzelne Veränderun-

Paketen, so dass kassenübergreifende Fusionen – wie im Koalitionsvertrag vorgesehen – gar nicht möglich sind.

Wir müssen uns dazu zwingen, die Veränderungen im gesellschaftlichen Kontext zu sehen.

Warum sollen gesetzliche Krankenkassen Körperschaften des öffentlichen Rechts sein und Geld bekommen? Nach einem Urteil des EuGH entwickeln sich die Sozialversicherungssysteme Europas gegenwärtig derartig, dass die Grenzen zwischen Körperschaften des öffentlichen Rechts und Privatunternehmen verschwimmen. Es fehlt noch ein weiterer Schritt, dann ist der Status verloren.

Das Flugblatt der Fraktion findet Zustimmung, aber es fehlt die Angabe von Alternativen.



Was ist noch beeinflussbar, wo gibt es europäische Modelle, die sich dem Lissabon-Prozess entgegenstellen? Deutsche und europäische Sozialforen existieren, befassen sich aber weniger mit dem Gesundheitswesen, eher mit Sozialem, ansonsten gibt es ATTAC, Gewerkschaften und Wohlfahrtsverbände.

Ein politisches Klima des Aufbruchs fehlt. Es existiert zurzeit „nur“ ein Eckpunktepapier zur Gesundheitsreform, noch kein Referentenentwurf. Der Trend ist aber klar: Die Arbeitgeber sind die Gewinner. Im Herbst sollte eine Konferenz zur Bündelung der Kräfte veranstaltet werden. Es soll eine kleine Vorbereitungsgruppe gebildet werden, mit Ingeborg

von VDPP-Seite, ein Termin soll im Herbst stattfinden.

Die Fraktion wird den VDPP weiter als Pool von Experten nutzen. Dazu ist ein regelmäßiger Austausch notwendig, um zu wissen, was politisch in der „Pipeline“ ist. Es gibt die Idee einer gemeinsamen Veranstaltung der Vereine, um gemeinsame Forderungen zu erarbeiten, evtl. auch mit BUKO.

Die Fraktion ist auch offen für Anregungen zu kleinen Anfragen und zu Gesetzesinitiativen. Sie braucht Input von außen und sieht sich als Sprachrohr für soziale Bewegungen, sie hat nur für diese Kontakte zwei Stellen geschaffen.



Weiter mit:

TOP 10: Öffentlichkeitsarbeit / Homepage / Rundbrief

(Soweit dies bereits unter TOP 9 diskutiert wurde, siehe dort.)

Für den nächsten Rundbrief sind geplant:

- Berichte von der MV,
- eine Zusammenfassung über Deregulierung und Entschlackung der ApoBetrO (Udo),
- Interviews mit anderen Berufsgruppen,
- Katjas Vortrag,
- ein Beitrag zur Bundespolitik oder zur Satzung der ABDA (Ingeborg),
- ein Erlebnisbericht von einem humanitären Einsatz (Christl),
- ein Beitrag über die Werbekampagne für inhalatives Insulin (Ulrike),
- ein Taz-Artikel über Ilona.

TOP 12: Anträge

Apothekertag

Die Anträge sollen an die Bundesapothekerkammer (BAK) gerichtet und im Rundbrief abgedruckt werden:

1. Ein nicht gestellter Antrag aus dem Jahre 2005, Selbstmedikation, Erfassung der UAW und Verkaufszahlen, damit kontinuierliche wissenschaftliche Befassung möglich wird,
2. die Verblisterung soll verbrauchericher gemacht werden,
3. Verbindungen zwischen Apothekerkammern und Behörden,
4. stärkere Bemühungen der BAK um Fort- und Weiterbildung auch für kleinere Gebiete

Die Bearbeitung soll durch Katja, Ingeborg, Thomas Schulz und Udo Puteanus erfolgen.

Wenn die Anträge nicht durch die Delegiertenversammlung der AK Berlin eingebracht werden können, soll die Zusammenarbeit mit dem BapÖD und Forum Leipzig gesucht werden.

Es soll nachgefragt werden, wer delegiert ist, alle sollten in ihren Kammern fragen.

Wenn kein Rundbrief vor dem Apothekertag erscheint, sollen die Anträge als Flugblatt zum Verteilen auf dem Apothekertag herausgebracht werden.

TOP 13 Finanzplan

Jürgen Große erläutert den Planentwurf, s. Rundbrief 63.

Er wird mit folgenden Änderungen bei einer Enthaltung beschlossen: Der Posten Öffentlichkeitsarbeit wird wegen der Stellenbesetzung auf 7000 Euro erhöht. Für Seminare werden 1000 Euro angesetzt (für eine Veranstaltung im Herbst mit dem VDÄÄ). Der Posten Spenden wird auf 2000 Euro erhöht (davon für das BUKO-Seminar 1000 Euro). Das gesamte Ausgabenvolumen beträgt damit 18800 Euro.

TOP 14 Verschiedenes

Termine:

(Diese sollen vom Vorstand an Christiane für die Homepage weitergegeben werden.)

25 Jahre BUKO-Pharmakampagne 15. - 16. September 2006, Bielefeld. Der Flyer soll angefordert und eine Spende angekündigt werden. Die Mitglieder werden eingeladen.

Deutscher Apothekertag 21. - 23. September 2006, München.

Seminar „40 Jahre Arzneimittelbrief“, 2. September 2006, Berlin. Das Programm ist noch im Entstehen.

Gudrun Hahn schlägt vor, in der Tradition des Frauenseminars an einem Wochenende (5./ 6. August 2006) in Hamburg Ausstellungen zu Frida Kahlo und Künstlerinnen des Expressionismus gemeinsam zu besuchen. Gudrun Hahn schreibt eine E-Mail, die über Gudrun Meiburg an alle Mitglieder weitergegeben wird.

Die Gesellschaft für Arzneimittel-Anwendungsforschung und Arzneimittel-Epidemiologie (GAA) führt ihre 13. Jahrestagung am 2./3. November 2006 in Berlin durch. Weitere Informationen sind unter www.kaiserin-friedrich-stiftung.de zu finden.

Die nächste MV soll vom 8. bis 10. Juni 2007 in Hannover stattfinden, in derselben Tagungsstätte wie 2002. Alternativtermin wäre der 22. bis 24. Juni 2007, Gudrun Meiburg fragt an.

Nochmals zum Rundbrief

Der Redaktionsschluss wird auf den 1. September 2006 vorverlegt, damit der Rundbrief zum Apothekertag fertig ist.



Jede Ausgabe sollte einen "Bericht aus der Praxis" enthalten.

Der Verteiler soll erweitert werden um PZ, DAZ und Dr. Mabuse.

Der Redaktionsschluss für den übernächsten Rundbrief soll am 1. Dezember sein.

Katja wird dazu einen Bericht vom Apothekertag schreiben.

Ingeborg wird sich zu Demokratie im Gesundheitswesen äußern.

Expertenliste

Der Vorstand wird aus dem Ergebnis der Umfrage eine Expertenliste erstellen, damit eine schnelle Abfrage bei Anfragen möglich ist, entsprechende Mitglieder sollen dazu befragt werden, ob sie als Experten fungieren möchten.



Die Mitgliederversammlung dankt Ulrike Faber, Gudrun Meiburg und der Berliner Regionalgruppe für die Organisation.

Schluss gegen 13 Uhr

Katja Lorenz, Protokollantin

Regina Schumann, Versammlungsleiterin

Rechenschaftsbericht zur Mitgliederversammlung 2006

Der Berichtszeitraum umfasst ein Jahr (Juni 2005 bis Juni 2006). Der Vorstand traf sich dreimal in Hamburg und einmal in Berlin. Die Protokolle können im aktuellen Rundbrief (Nr. 63) nachgelesen werden.

Der Rundbrief erschien zweimal. Die Mitgliederzahl hat weiterhin abgenommen: Es traten vier Mitglieder aus.

Wie schon in den letzten Jahren berichtet, läuft die Vorstandsarbeit auf sehr geringem Niveau. Es wurden insgesamt Stellungnahmen veröffentlicht zu Zuzahlungen von Kindern und Jugendlichen, Apothekenrabatten, Mehrwertsteuer und zur Tamiflu-Verordnungspraxis. Bei der Anhörung zum Arzneimittelwirtschaftlichkeitsgesetz vertrat Bernd Rehberg den Verein. Die Außenwirksamkeit unserer Auftritte ist immer noch sehr gering. Es stellt sich die Frage, wer uns eigentlich vermissen würde ...

Im Einzelnen fanden Vorstandssitzungen statt am:

30. Juli 2005 in Hamburg
27. November 2005 in Hamburg
21. Januar 2006 in Hamburg
29. April 2006 in Berlin

Wie in den letzten Jahren kamen zu den Vorstandssitzungen in der Regel noch einige weitere interessierte

VDPP-Mitglieder aus dem Hamburger bzw. Berliner Umfeld, die Treffen waren anregend und informativ. Die Arbeit beschränkte sich auf die Analyse der aktuellen Lage und gelegentliche Reaktionen.

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

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

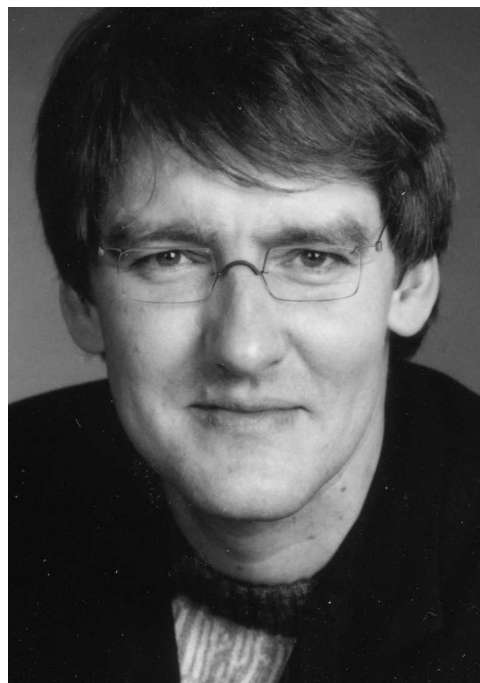
Was wird uns das nächste Jahr bringen? Wir werden in der derzeitigen Zusammensetzung noch ein Jahr den Mangel verwalten. Im kommenden Jahr wird zumindest ein Vorstandsmitglied nach acht Jahren Vorstandsarbeit ausscheiden. Es wäre zu überlegen, ob dann der Zeitpunkt für eine Auflösung des Vereins gekommen ist ...

Die große Koalition hat sich bislang noch nicht festgelegt in der Gesundheitspolitik, allerdings rückt die Zeit der konkreten Vorschläge näher, vielleicht fühlen sich einige Mitglieder demnächst stärker motiviert,

wieder mitzuarbeiten. Andererseits habe ich den Eindruck, wenn eine Reaktion bei VDPP-Mitgliedern zu beobachten ist, dann ist es die Neigung zum Vereinsaustritt, gelegentlich mit einem Hinweis auf Gerd Glaeske verbrämt.

Die Alltagsarbeit des Vereins ruht auf den Schultern von Gudrun Meiburg, der ich an dieser Stelle ganz herzlich für die Arbeit in der Geschäftsstelle danken möchte.

Thomas Schulz
für den Vorstand



Anträge zum Apothekertag 2006

von Katja Lorenz

Im Protokoll zur diesjährigen Mitgliederversammlung, abgedruckt in diesem Rundbrief, kann man nachlesen, dass wir dort Ideen für vier Anträge zum Apothekertag gesammelt hatten. Hier noch einmal in Kurzform:

1. Ein nicht gestellter Antrag aus dem Jahre 2005,

Selbstmedikation, Erfassung der UAW und Verkaufszahlen, damit kontinuierliche wissenschaftliche Befassung möglich wird,

2. die Verblisterung soll Verbrauchersicher gemacht werden,

3. Verbindungen zwischen Apothekerkammern und Behörden,

4. stärkere Bemühungen der BAK um Fort- und Weiterbildung auch für kleinere Gebiete

Kurz nach der MV sollte in Berlin die nächste Delegiertenversammlung der Apothekerkammer stattfinden, deren Mitglied ich bin. Ich wollte die Anträge, nach Abstimmung mit meiner Liste, der Fraktion Gesundheit, dort einbringen, um ihnen als Anträgen der Berliner AK mehr Gewicht geben zu können.

Leider war die Zeit zu kurz. Wir schafften nur die Überarbeitung des alten Antrags und die Formulierung

der Anträge zur Verblisterung und zur Zusammenarbeit zwischen Kammer und Behörde.

Diese drei lagen dann den Delegierten zur Abstimmung vor.

In der Berliner Delegiertenversammlung gibt es vier Listen: die Liste der Aktiven Apotheker/innen, die Liste der Offizin-Apotheker (stellt den Präsidenten und dessen Vize), die AAA – Allianz aller Apotheker – und die Fraktion Gesundheit. Wir sind nur drei Leute und können nicht viel mehr, als Achtungszeichen setzen.

Vornehmlich die ersten beiden Listen spielen Bundestag, d. h., es geht mehr darum, von welcher Seite eine Idee, ein Vorschlag kommen, als um deren Inhalt. Somit war auch klar, dass Anträge von uns es schwer haben.

Der Antrag zur Selbstmedikation wurde in der Diskussion so verstümmelt, ohne Gewinn an Inhalt oder Verständlichkeit, dass wir ohne Änderung trotzdem die Urfassung zur Abstimmung stellten. Diese fiel durch. Aber uns wurde freundlich, nahezu väterlich, beschieden, dass das ein wichtiges Thema sei!

Der Antrag, der sich mit der gesetzlichen Gestaltung der Verblisterung beschäftigte, wurde nach kurzer Diskussion angenommen! (Zwei Apothekenleiter in meiner Nähe wisperten einander zu, dass sie diesen Bereich lieber in der Grauzone belassen würden, dann hätte man „mehr Freiheiten“, wenn „es“ erst einmal gesetzlich geregelt sei, würde wieder „alles“ schwieriger. Wobei „schwieriger“ hier wohl heißen sollte, „kontrollierbarer“. (Richtig! Genau, das wollten wir.)

Mit dem Antrag zur Verpflichtung einer engeren Zusammenarbeit von Behörden und Kammern bin ich baden gegangen.



Wir wollten erreichen, dass Kenntnisse oder gar Ermittlungen bei Verstößen gegen geltendes Recht von beiden Stellen zusammengeführt werden. Einfach, um erfolgreicher sein zu können. Ich finde es unerträglich, wenn der Ausschuss zur Durchsetzung der Berufsordnung in seinem Jahresbericht stolz berichtet, dass er nicht einmal tagen musste, während andererseits wir in der Überwachungsbehörde vermehrt Nachbesichtigungen durchführen, Bußgelder verhängen und sogar Verfahren zum Widerruf der Betriebserlaubnis und Abgaben an die Staatsanwaltschaft machen müssen. Da klemmt doch etwas. Für mein Gefühl wird da die Wahrung des Datenschutzes nur vorgeschoben. (Diese ist selbstverständlich zu beachten, aber das wäre – so man wollte – machbar!)

Es ist auch ein Verschleiß an Arbeitskraft, wenn jede Stelle (auch Krankenkassen, Großhandel ...) für sich ermittelt.

Die Diskussion um diesen Antrag war scheinheilig. Da dort jeder weiß, wo ich arbeite, ging es überhaupt nicht darum, gemeinsam die „schwarzen Schafe“ zu finden, auch um die sauber arbeitenden KollegInnen zu unterstützen, was ja wiederum Aufgabe der Kammer sein sollte.

Nein, es wurde gleich persönlich: Wir hatten bisher immer den Eindruck, dass wir sehr gut zusammenarbeiten. Wir haben uns doch erst letztes im Amt getroffen. Fanden Sie das nicht gut so, warum haben Sie da nichts gesagt ...

Dagegen kam ich nicht an. Und ich werde auch nicht versuchen – wie auf der MV besprochen – diesen Antrag als Ad-hoc-Antrag auf dem Apothekertag unterzubringen. Dort ist einfach die falsche Stelle. Ich bin im Moment am Überlegen, wie ich mich dem Thema auf anderen Wegen nähern kann.

Für den Antrag zur Selbstmedikation (s. ganz oben), sehe ich auch noch keine Chancen zum Apothekertag. Wir hatten ihn bereits zwei

Jahre versucht, ihn mit dem Forum Leipzig einzubringen und haben ihn dort schon nicht durchbekommen.

Würden wir ihn lediglich als Appell formulieren, ohne Forderung nach Datenerhebung und wissenschaftlicher Begleitung (kostet die Apothekerschaft Geld!), würden wir ihn wohl durchbringen. Ist ja so ein wichtiges Thema, s. o. ... Aber dann bewirkt er auch nichts.

Es gibt auf dem Apothekertag sowieso schon zu viele Willensbekundungen, die nicht weh tun, d. h. die ohne Folge bleiben.

So, im Anschluss nun die Anträge:

1. Antrag

Die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker fordert die ABDA auf, jährlich, beginnend 2007, eine Übersicht über die in den Apotheken verkauften Fertigarzneimittel mit deren Umsätzen und Packungsmengen im Bereich Selbstmedikation zu erstellen, wenn erforderlich unter Hinzuziehung anderer Marktpartner, sofern sie über die dafür erforderlichen Daten verfügen. Die Analyse und wissenschaftliche Bewertung der Daten soll regelmäßig erfolgen unter den Aspekten Nutzen, Risiko und mögliche Risikominimierung. Nur so kann es gelingen, den apothekenspezifischen Bereich der Selbstmedikation im Sinne der Sicherstellung einer ordnungsgemäßen Arzneimittelversorgung und des gesundheitlichen Verbraucherschutzes mit dem vorhandenen pharmazeutischen Sachverstand zu überwachen und zu steuern.

Begründung:

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

- aus Gründen des Verbraucherschutzes,
- aus Gründen der ordnungsgemäßen Arzneimittelversorgung und der Qualitätssicherung im Bereich nicht ärztlich verordneter

Arzneimittel,

- aus Gründen der Festigung des Apothekers als Heilberufler im Gesundheitswesen und der Festigung der "Präsenzapotheke" in der Arzneimittelversorgung, speziell in der Selbstmedikation 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 ihren 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 angewiesen, um anhand dieser Daten ggf. steuernd eingreifen zu können.

Auf die Apothekerschaft ist 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 Sicht der Verbraucher ist eine fundierte Information zu nichtverschreibungspflichtigen Arzneimitteln notwendig, weil seit Inkraft-Treten des GMG der Bereich der Selbstmedikation enorm an Bedeutung gewonnen hat und es für diesen Bereich keine institutionalisierte Risikoüberwachung gibt.

Die Werbung für Arzneimittel informiert nur einseitig, dem gegenüber stehen nur wenige kritische Informationsquellen zur Verfügung. Die Verbraucher müssen ihre Produktauswahl aber aufgrund von transpa-



renten und objektiven Informationen bestimmen können, denn Arzneimittel sind eine besondere Ware.

2. Antrag

Die Hauptversammlung der Deutschen Apothekerinnen und Apotheker fordert die Bundesapothekerkammer auf, den bisher gesetzlich weitgehend unregelmäßig Bereich der Verblisterung von Arzneimitteln kurzfristig durch die Entwicklung einer Leitlinie zu regeln.

Begründung

Bis auf die Änderung in § 21 Abs. 2 Nr. 1b des AMG (Ausnahmen von der Zulassungspflicht), findet die Verblisterung weitgehend im rechtlich nicht geregelten Raum statt. Trotz Ignorierung durch Standesführung und Gesetzgeber ist sie dagegen für viele Apotheken längst Alltag im Rahmen der Heimversorgung geworden.

Es ist höchste Zeit für die Apothekerschaft, sich dahingehend zu positionieren, ob diese Trennung der Pflegekräfte vom Arzneimittel so gewollt ist. Ist dies der Fall, muss die Verblisterung unverzüglich geregelt werden, um die qualitätsgerechte Herstellung und damit den Verbraucherschutz zu sichern.

Dazu sind insbesondere Regelungen zur rechtlichen Einstufung, Kennzeichnung des Blisters, zur Dokumentation und Information des Pflegepersonals zu treffen.

Neben der Stärkung des Verbraucherschutzes, würde somit endlich Rechtssicherheit für die herstellenden Apotheker und Apothekerinnen und die überwachende Behörde geschaffen.

Festlegungen durch BAK-Leitlinien sind kurzfristiger realisierbar, als Gesetzesänderungen. Sie gelten als

Stand von Wissenschaft und Technik und sind somit über die Apothekenbetriebsordnung durchsetzbar.

3. Antrag

Die Hauptversammlung der Deutschen Apothekerinnen und Apotheker fordert die Bundesapothekerkammer auf, darauf hinzuwirken, dass der Gesetzgeber eine Rechtsänderung vornimmt, mit dem Ziel, die völlig unzureichende Zusammenarbeit der Landesapothekerkammern mit den jeweiligen Überwachungsbehörden der Länder bei der Verfolgung von Verstößen gegen geltendes Recht durch Verpflichtungen zur Zusammenarbeit verbindlich geregelt wird.

Begründung

Eine derartige Regelung hat folgende Vorteile:

- Bündelung der Kräfte bei der Aufklärung,
- Signal an Apothekerschaft: Dies sind keine Kavaliärsdelikte,
- Signal an Bevölkerung: Apothekerschaft wird „schwarze Schafe“ nicht dulden.

In Zeiten, in denen die Apothekerschaft in der Öffentlichkeit überwiegend durch Testergebnisse unzureichender Beratung und Beteiligung am Krankenkassenbetrug wahrgenommen wird, ist eine solche Maßnahme der Selbstkontrolle überfällig.



Finanzbericht 2005

von Gudrun Meiburg und Jürgen Große

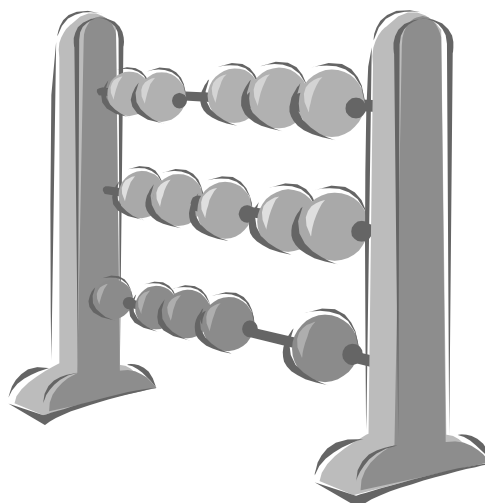
	Ist 2005	Ist 2004	Index (2004 = 100)	Plan 2005	Index (Plan = 100)
Einnahmen:					
Beiträge	11183,27	11238,14	99,5	10900,00	102,6
Spenden	90,93	120,00	75,8	200,00	45,2
Zinsen	106,44	139,96	76,1	120,00	88,7
EDV Geschäftsstelle		0,00			
Verkauf Rundbrief (Abos)		0,00		60,00	0,0
Summe Einnahmen	11380,64	11498,10	99,0	11280,00	100,9
Ausgaben:					
Mitgliederversammlung	1213,73	6,36	19083,8	900,00	134,9
Seminare	70,00	0,00		1500,00	4,7
Projekte	0,00	0,00		1000,00	0,0
Spenden	1000,00	0,00		2000,00	50,0
Öffentlichkeitsarbeit	294,76	338,00	87,2	1000,00	29,5
Vorstand	188,19	357,88	52,6	800,00	23,5
Rundbrief <i>davon</i>	523,64	748,20	70,0	1500,00	34,9
<i>Redaktionshonorare</i>	<i>0,00</i>	<i>0,00</i>		<i>0,00</i>	
<i>Druck</i>	<i>349,04</i>	<i>597,32</i>	<i>58,4</i>	<i>1000,00</i>	<i>34,9</i>
<i>Versand</i>	<i>174,60</i>	<i>150,88</i>	<i>115,7</i>	<i>500,00</i>	<i>34,9</i>
Geschäftsstelle <i>davon</i>	4475,15	4270,95	104,8	4500,00	99,4
<i>Personalkosten</i>	<i>3000,00</i>	<i>3000,00</i>	<i>100,0</i>	<i>3200,00</i>	<i>93,8</i>
<i>Sachkosten</i>	<i>1475,15</i>	<i>1270,95</i>	<i>116,1</i>	<i>1300,00</i>	<i>113,5</i>
EDV Geschäftsstelle	0,00	0,00			
Abschreibung EDV	0,00	986,60	0,0		
Regionalgruppen	0,00	0,00		300,00	0,0
Verschiedenes	160,00	159,00	100,6	300,00	53,3
Summe Ausgaben	7925,47	6866,99	115,4	13800,00	57,4
Vermögensentwicklung:			Vermögensaufteilung:		
Einnahmen 2005	11380,64		Vermögen 31. 12. 2005	25443,86	
Ausgaben 2005	7925,47		davon Kasse	-61,22	
Überschuss	3455,17		Postgiro	16241,44	
Vermögen 1. 1. 2005	21988,69		EDV	1,00	
Korrektur	0,00		GLS-Bank Festgeld 1	3040,51	
Vermögen 31. 12. 2005	25443,86		GLS-Bank Festgeld 2	6222,13	
			Öko-Geno-Anteil	0,00	
			Außenstände	0,00	

Finanzplan 2006

(Beschlissen von der MV am 18. Juni 2006)

	Plan 2006	Plan 2005	Index (Plan 2005 = 100)	Ist 2005	Index (Ist 2005 = 100)
Einnahmen:					
Beiträge	10800,00	10900,00	99,1	11183,27	96,6
Spenden	100,00	200,00	50,0	90,93	110,0
Zinsen	110,00	120,00	91,7	106,44	103,3
Verkauf Rundbrief (Abos)	40,00	60,00	66,7	0,0	0,0
Summe Einnahmen	11050,00	11280,00	98,0	11380,64	97,1
Ausgaben:					
Mitgliederversammlung	1000,00	900,00	111,1	1213,73	82,4
Seminare	1000,00	1500,00	66,7	70,00	1428,6
Projekte	1000,00	1000,00	100,0	0,00	
Spenden	2000,00	2000,00	100,0	1000,00	200,0
Öffentlichkeitsarbeit ¹	7000,00	1000,00	700,0	294,76	2374,8
Vorstand	500,00	800,00	62,5	188,19	265,7
Rundbrief <i>davon</i>	1000,00	1500,00	66,7	523,64	191,0
<i>Redaktionshonorare</i>	<i>0,00</i>	<i>0,00</i>		<i>0,00</i>	
<i>Druck</i>	<i>650,00</i>	<i>1000,00</i>	<i>65,0</i>	<i>349,04</i>	<i>186,2</i>
<i>Versand</i>	<i>350,00</i>	<i>500,00</i>	<i>70,0</i>	<i>174,60</i>	<i>200,5</i>
Geschäftsstelle <i>davon</i>	4700,00	4500,00	104,4	4475,15	105,0
<i>Personalkosten</i>	<i>3200,00</i>	<i>3200,00</i>	<i>100,0</i>	<i>3000,00</i>	<i>106,7</i>
<i>Sachkosten</i>	<i>1500,00</i>	<i>1300,00</i>	<i>115,4</i>	<i>1475,15</i>	<i>101,7</i>
Regionalgruppen	300,00	300,00	100,0	0,00	
Verschiedenes	300,00	300,00	100,0	160,00	187,5
Summe Ausgaben	18800,00	13800,00	136,2	7925,47	237,2

¹ (und Koordination der Vereinsarbeit)



Protokoll der Vorstandssitzung vom 29. April 2006 in Berlin

Anwesend: Bernd Rehberg, Uschi Blöcker, Thomas Schulz; für die Geschäftsstelle: Gudrun Meiburg; als Gäste ab 17 Uhr: Urda und Ulrike F.

Beginn: 14.00 Uhr

TOP 1: Wahl von Versammlungsleiter/In und Protokollführer/In
Leitung: Thomas Schulz
Protokoll: Uschi Blöcker

TOP 2: Genehmigung der Tagesordnung
Die Tagesordnung wurde genehmigt.

TOP 3: Protokoll der letzten Vorstandssitzung vom 21.01.2006
Das Protokoll wurde mit geringfügigsten Änderungen genehmigt.

TOP 4: Beschlusskontrolle
5c) Thomas Hammer hat einige Sätze für den Pharmazeutenkalender zu Papier gebracht, die jetzt bei Bernd ablagern und von ihm dann bearbeitet werden sollen.

Diese „lagern“ noch immer – sollen aber bis zur MV nun bearbeitet werden.

5d) Das Werbeplakat für den VDPP befindet sich noch immer auf Jürgens Rechner und soll in nächster Zukunft an die Regionalgruppen verschickt werden. Berlin und sicher auch andere haben bis jetzt noch immer nichts bekommen.

TOP 8: Die verschiedenen Stellungnahmen von Thomas S. wurden an die Vertreter des Gesundheitsausschusses verschickt – allerdings erfolgten keinerlei Reaktionen.

Tamiflu – Stellungnahme von Thomas Schulz wurde in der PZ abgedruckt.

TOP 12: Am 29. Januar 2006 hat Gudrun Meiburg eine Spende von 500 Euro an „Apotheker ohne Grenzen“ überwiesen.

TOP 5: Bericht aus der Geschäftsstelle

In diesem Jahr erfolge ein Austritt aus dem Verein wegen Interessenkonflikten zwischen Mitglied und VDPP. Eine Mitgliedschaft ruht zurzeit.

2005 sind alle Beiträge eingegangen – bis auf drei bisher noch zahlungsunwillige Mitglieder.

Das Unterschriftenblatt für die Postbank ist verschwunden – muss wohl noch einmal erstellt werden – Vorstandsmitglieder müssen zur Bank!

Die Satzung des VDPP sollte auch auf der Homepage des Vereins im Internet veröffentlicht werden – zusammen mit der Beitragsordnung und einem Formular zur Einzugsermächtigung. Es soll eventuell die neueste Version der Satzung mit Texterkennungsprogramm eingescannt werden. Vielleicht hat Jürgen diese aber auch schon auf der Festplatte?

Post von Forum Leipzig geht an Bernd zur Kenntnisnahme.

Post der Bayer-Coordination nicht ständig an Uschi mailen!

Die Geschäftsstelle darf sich einen neuen Drucker anschaffen. Der Vorstand gibt dafür 250 Euro frei.

TOP 6: Kassenbericht

lag ausführlich vor und kann so bei der MV vorgelegt werden.



Gudrun wird gebeten bei der Postbank nachzufragen, ob bei den großen Guthaben nicht eine Reduzierung der Kontoführungsgebühr möglich sei – oder alternativ Guthabenzinsen vereinbart werden können.

TOP 7: Bericht aus den Regionen Hamburger treffen sich weiterhin regelmäßig in Abstand von 2 oder manchmal 4 Wochen. Tagespolitik und spezielle Apothekenprobleme werden diskutiert.

Nächstes Treffen am 10.05.2006 bei Bernd Rehberg.

Berlin: Treffen alle zwei Monate bei Ulrike Faber.

Intensive gesundheitspolitische Diskussionen und Vorbereitung der MV für Juni 2006.

TOP 8: Aktuelle Gesundheitspolitik

Kurze Diskussion zum Gastbeitrag von Ulla Schmidt in der Frankfurter Rundschau vom 27.04.2006.

Thomas S. nahm an einer Podiumsdiskussion der TAZ teil – in der ein Forum von ca. 10 meist Ärzten mit Herrn Lauterbach über die Ausgabe im Gesundheitswesen diskutierten. Die Diskussion wurde organisiert, nachdem die TAZ einen Artikel zum Ärztestreik veröffentlicht hatte.

TOP 9: Seminarplanung 2006

Thema: Spontanerfassung von Arzneimittelisiken bei freiverkäuflichen Arzneimitteln. Thomas S. wird bei Ulrich Hagemann und Dr. Becker-Brüser nachfragen, ob sie als Referenten zur Verfügung stehen könnten. Termin sollte November 2006 sein – Berlin oder Hamburg Veranstaltungsort.

TOP 10: MV 2006

16./17./18. Juni 2006 in Berlin

Einladungsschreiben der Geschäftsstelle lag vor und wurde noch in Kleinigkeiten überarbeitet.

Zeiten wurden geändert und für Sonntag (18. Juni 2006) wurde telefonisch (Mailbox) bei Daniel Rühmkorf angefragt, ob er Zeit hätte, ein Statement zur derzeitigen Gesundheitspolitik aus der Sicht der Linken abzugeben.

Die Tagungspauschale wurde auf 30 Euro festgelegt.

TOP 11: Rundbrief

„Nach dem Rundbrief ist immer vor dem Rundbrief“

Der Rundbrief soll vor der MV erscheinen. Das Grußwort schreibt Bernd Rehberg.

Der Rechenschaftsbericht wird von Thomas S. erstellt und Uschi B. zerbricht sich den Kopf zum Editorial.

TOP 12: Verschiedenes

Es stehen keine Vorstandswahlen auf der MV an – der Vorstand tagt am 16.06.2006 kurz – ohne Uschi B. – um Formalia zu besprechen.

Ende: 18 Uhr – es regnet immer noch in Berlin!



Was passiert, wenn Fremd- und Mehrbesitzverbot fallen?

Überlegungen nach der ersten DocMorris-Entscheidung

von Jürgen Große

Dieser Text entstand, als ich von Daniel Rühmkorf gebeten wurde, aus VDPP-Sicht etwas zur DocMorris-Entscheidung zu sagen. Natürlich kann er nur meine persönliche Meinung wiedergeben, aber vielleicht wird damit ja eine fruchtbare Diskussion im VDPP ausgelöst. Ich habe einige Erläuterung zu apothekenspezifischen Dingen („Was ist eine PKA?“ etc.) gestrichen und Fehler verbessert.

Ich habe bewusst das Thema schlechterer Beratung und Versorgung ausgelassen bzw. möglicherweise sogar in unzulässiger Weise bagatellisiert. Das Problem dabei ist nämlich, dass es einem kaum jemand glaubt, weil die KollegInnen, die heute schon marktschreierische Werbung betreiben, deren Läden heute schon aussehen wie Drugstores, und die den „Scheiß des Monats“ als Sonderangebot anpreisen, das öffentliche Bild stärker prägen als die große Mehrheit anständig arbeitender KollegInnen.

Juristisch sollte man die erste Entscheidung in Sachen der Saarbrücker DocMorris-Filiale nicht überbewerten. Es ging nicht um die Zulässigkeit der Betriebserlaubnis an sich,

sondern nur um die Ablehnung einer vorläufigen Schließung aus Wettbewerbsgründen. Politisch ist das Ganze allerdings wesentlich brisanter, haben sich doch PolitikerInnen praktisch aller Parteien für die Aufhebung des Fremdbesitzverbots und häufig auch für die des seit dem GMG ohnehin schon eingeschränkten Mehrbesitzverbots eingesetzt. Auch die Beschränkungen bezüglich der bei Apotheken möglichen Gesellschaftsform wurden in Frage gestellt.

In der veröffentlichten Meinung konnten nur sehr vereinzelt abweichende Stimmen wahrgenommen werden. Im Gegenteil: Manchmal gingen die Forderungen noch wesentlich weiter.

PolitikerInnen, KrankenkassenvertreterInnen und andere Diskussionsbeteiligte verbinden mit einer weit reichenden Deregulierung im Apothekenbereich die Hoffnung, bei den Arzneimittelausgaben ein bis zwei Milliarden Euro einsparen zu können, ohne dass – meines Wissens – diese Zahl jemals aufgeschlüsselt oder begründet worden wäre.

Seitens der ApothekerInnenverbände befürchtet man hingegen den Verlust von Arbeitsplätzen, die Insolvenz zahlreicher Apotheken und eine Verschlechterung der Arzneimittelversorgung z. B. durch weniger Beratung bei der Abgabe von Arzneimitteln.

Sind die Hoffnungen und Befürchtungen berechtigt? Was wäre die Folge weit reichender Deregulierungen im Apothekenbereich?

Geld ist letztlich eingefrorene Arbeitszeit, von daher passt die Hoffnung auf Einsparungen durchaus mit der Furcht um den Verlust von Arbeitsplätzen zusammen.

Wenn es tatsächlich möglich wäre, die Arzneimittelversorgung auf gleichem Niveau – sagen wir – statt mit den derzeitigen rund 140.000 ApothekenmitarbeiterInnen nur mit 100.000 Beschäftigten durchzuführen, dann könnten dem tatsächlich auch Einsparungen in der genannten Höhe gegenüberstehen. Dabei wären die Kosten für 40.000 Arbeitslose natürlich **nicht** mit eingerechnet, aber so weit wird wohl ohnehin selten gedacht.

Realistisch ist das allerdings nicht. Auch bei einer möglichen Abnahme der Zahl der Apotheken, die in den Zentren der Großstädte eher unproblematisch wäre, auf dem Lande aber zu Versorgungsschwierigkeiten führen könnte, würde die insgesamt zu leistende Arbeit bei weitem nicht im selben Maße sinken, denn die Zahl der PatientInnenkontakte bliebe ja gleich. Eine Apotheke lässt sich nicht betreiben wie ein Supermarkt oder ein Drogeriemarkt, solange rezept- und apothekenpflichtige Arzneimittel nicht zur Selbstbedienung freigegeben würden, dies allerdings wäre ein Schritt, den m. W. glücklicherweise noch keine GesundheitspolitikerIn öffentlich fordert.

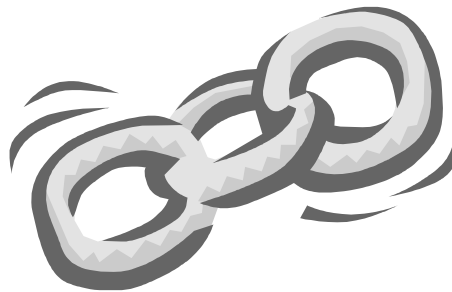
Es ist nicht zu erwarten, dass bei weniger und dafür vom Arzneimittelabsatz her größeren Apotheken insgesamt weniger ApothekerInnen oder PTA benötigt würden, solange die Versorgung zumindest auf dem derzeitigen – durchaus verbesserungsfähigen – Niveau bleibt. Allenfalls bei den schlechter bezahlten PKA, die rein kaufmännische Tätigkeiten ausüben, wie z. B. Bestellungen oder Pflege des Warenlagers, wären leichte Einsparungen möglich, doch sind diese Tätigkeiten auch in vielen heutigen Apotheken schon automatisiert und computerisiert, so dass das Einsparpotenzial überschaubar bliebe.

Hinzu kommt, dass bei größeren Einheiten auch mit einem höheren gewerkschaftlichen Organisationsgrad zu rechnen wäre, so dass etwa Arbeitszeitregelungen eher straffer eingehalten würden als heute. Insbesondere gälte dies natürlich für die (in Zukunft vielleicht) angestellten ApothekenleiterInnen, die sich eine 60-Stundenwoche sicher nicht gefallen lassen müssten, die sie derzeit als Selbständige vielleicht noch haben.

Wer dies angesichts der Arbeitsbedingungen etwa bei Schlecker oder Lidl für eine übertrieben optimistische Annahme hält, sei darauf hingewiesen, dass es – verglichen mit anderen Branchen und Berufen – aus verschiedenen Gründen

(Begrenzung der Zahl der Ausbildungsstätten und –plätze, hoher Frauenanteil, dadurch relativ hohe Fluktuation) vergleichsweise wenige arbeitslose ApothekerInnen und PTA gibt, dass also wahrscheinlich die Arbeitgeberdrohung, draußen würden Dutzende auf den Arbeitsplatz warten, im Apothekenbereich nicht zu erwarten wäre.

In einer mittelgroßen oder großen Apothekenkette fielen neben der eigentlichen Arbeit mit PatientInnen und Patienten auch administrative Tätigkeiten in nicht unerheblichem Maße an. Wer nun argumentierte, es brauche ja nicht jede Filiale eine eigene Bilanz, eine eigene



Steuererklärung etc., also seien in diesem Bereich doch eher Einsparungen möglich, der verkennt, dass es sich hier häufig um Tätigkeiten handelt, die die heutigen ApothekenleiterInnen eher "nebenbei" ausführen, zusätzlich zu ihrem Tagesgeschäft, während sie in einer Apothekenkette von spezialisierten Abteilungen erledigt würden.

Von einer gewissen Größe an hätten diese ihre eigenen Controlling-, Personal-, Marketing- oder Rechtsabteilungen. Und es ist keinesfalls sicher, dass der Anteil dieser Tätigkeiten mit der Größe einer Kette sänke, eigentlich ist eher das Gegenteil zu erwarten.

Auch die Befürchtungen heute selbständiger PharmazeutInnen, gegen große Ketten nicht bestehen zu können, sind zumindest übertrieben. Selbst in den USA, wo keinerlei Beschränkungen bei Fremd- und Mehrbesitz existieren, waren im Jahre 2005 24.345 von insgesamt 58.109 Apotheken (inkl. Kettenapotheken und Apothekenabteilungen im sonstigen Einzelhandel) sog.

„independent pharmacies“, mit einem ihrer Anzahl entsprechenden Marktanteil von 42 % bei den Verschreibungen.

Dass rezeptpflichtige Arzneimittel nirgendwo teurer sind als in den vollkommen deregulierten USA, ist allgemein bekannt. Verglichen mit dem deutschen Markt ist der US-Markt auch weitaus weniger transparent, so ist es z. B. nicht unüblich, dass Apotheken oder Apothekenketten mit Versicherungen Abgabepreise von einem bestimmten Prozentsatz **unterhalb** des durchschnittlichen Großhandelspreises (AWP) vereinbaren und trotzdem noch gut verdienen, weil diese Preise eben nur auf dem Papier stehen.

(Dass der Marktanteil bei OTC-Arzneimitteln, die es in den USA selbst an Tankstellen gibt, niedriger ist, steht auf einem anderen Blatt, doch kann eine vollständige Freigabe eigentlich niemand wollen, dem Arzneimittelsicherheit etwas bedeutet.)

Wer Norwegen als Gegenbeispiel anführen wollte, wo nach der Liberalisierung nahezu alle Apotheken binnen kurzer Zeit von Ketten übernommen wurden, übersieht, dass dort keine Niederlassungsfreiheit bestand. Dies führte dazu, dass die auf den Markt drängenden Ketten exorbitant hohe Preise für die bestehenden Apotheken bezahlten (deutlich über dem jeweiligen Jahresumsatz), bei denen nahezu alle selbständigen ApothekerInnen nicht Nein sagen mochten. Die Folge waren z. T. recht drastische Preiserhöhungen.

Es ist auch nicht zu erwarten, dass nach einer Liberalisierung nur unabhängige Apotheken einerseits und Kettenapotheken andererseits existieren würden. Wahrscheinlich würde es eine Vielzahl von Zwischenformen geben von lockeren Zusammenschlüssen über Franchiseunternehmen, gewinn- und/oder umsatzbeteiligte FilialeiterInnen bis zu reinen Ketten. Eine Freigabe der Rechtsform (DocMorris ist ja eine Aktiengesellschaft) würde auch dazu führen, dass man Einzelapotheken

kerInnen nicht mehr die Rechtsform z. B. der GmbH verweigern könnte. Dies wäre eine Verbesserung für die ApothekenleiterInnen, die derzeit unbeschränkt auch mit ihrem Privatvermögen haften.

Die mit einer radikalen Liberalisierung des Apothekenmarktes verbundenen Befürchtungen der Apothekerschaft erscheinen also übertrieben, die Hoffnungen von PolitikerInnen und Krankenkassen aber erscheinen vollkommen unbegründet.

Ganz sicher würde eine Liberalisierung bedeuten, dass Apothekenketten versuchen, ihren Marktanteil durch mehr Werbung zu erhöhen. Augenblicklich sind die allermeisten Apotheken diesbezüglich eher inaktiv, von der Abgabe von Kundenzeitschriften und dem zu Weihnachten verteilten Kalender einmal abgesehen. Auf diesem Gebiet müssten auch unabhängige Apotheken deutlich aktiver werden, schon heute gibt es – meist von Großhändlern initiierte – werbende Apothekenzusammenschlüsse.

Das ist für Drucker, Grafiker, Werbetexter, Zeitungsverlage etc. eine feine Sache, für PatientInnen aber nur bedingt, denn letztlich müssen sie dann für die Werbung zahlen. Wer denn sonst?

Wenn die gleichen GesundheitspolitikerInnen, die – mit Recht – die hohen Marketingausgaben kritisieren, die in den Kalkulationen der Pharma-Industrie stecken, eine Liberalisierung im Apothekenbereich fordern, die zwangsläufig dazu führen muss, dass auch hier mehr geworben wird, dann passt das nicht recht zusammen.

Befürworter von Deregulierungen verweisen gelegentlich darauf, dass größere Apothekenzusammenschlüsse oder –ketten in der Lage wären, von der Industrie oder vom Großhandel niedrigere Preise zu fordern, und dass sie diese Preisvorteile dann an KonsumentInnen oder Kostenträger weitergeben könnten. Das ist nicht ganz falsch, doch gibt es Rabatte an Apotheken auch jetzt

schon, und ist mit dem AVWG gerade vor ein paar Monaten die Möglichkeit der Rabattgewährung an Apotheken erst verringert worden.

Da zumindest da, wo die Arzneimittelversorgung wirklich teuer ist, nämlich bei patentgeschützten Originalarzneimitteln, auch Kettenapotheken eher wenig Einfluss auf die Verschreibungen haben dürften, sind hier auch keine größeren abschöpfbaren Rabatte durch eine Liberalisierung zu erwarten.

Im Gegenteil: In den europäischen Ländern, in denen Kettenapotheken zugelassen sind, sind es meist pharmazeutische Großhändler, gelegentlich auch verbunden mit Herstellern, die solche Ketten bilden, GEHE (Celesio) und Phoenix (mit Ratiopharm und Merckle) seien genannt. Bei einer derartigen Vertikalisierung sänke die Markttransparenz ganz erheblich, und die mit diesen Verbänden verbundene Marktmacht überstiege wahrscheinlich den Einfluss ganz erheblich, den ABDA, Phagro etc. heute haben.



Wer im Apothekenbereich Geld investiert, der will auch eine Rendite sehen. Bei heutigen Einzelapotheken liegt diese nach Abzug kalkulatorischer Kosten (Unternehmerlohn, Eigenkapitalverzinsung, ggf. Eigenmiete) liegt diese unter 1 % des Umsatzes. Selbst wenn eine angestellte ApothekenleiterIn weniger verdienen sollte, als eine durchschnittliche heutige ApothekenleiterIn, was überhaupt nicht zwingend so sein muss, und wenn die administrativen Kosten zumindest nicht steigen sollten, so sind hier doch keine Einsparungen in Sicht, die auch nur ansatzweise die in der Diskussion meist kolportierte Größenordnung erreichen.

Insgesamt betrug der Rohgewinn deutscher Apotheken im GKV-Bereich 2005 3,97 Mrd. Euro, der des Großhandels 0,97 Mrd. 1995 entfielen auf die Apotheken 3,57 Mrd., auf den Großhandel 1,43 Mrd. Dies sind die Anteile nach der Arzneimittelpreisverordnung, tatsächlich war 1995 der Großhandelsanteil niedriger, da den Apotheken damals auch für rezeptpflichtige Arzneimittel noch großzügige Rabatte gewährt wurden, die mit BSSichG, GMG und AVWG aber weitgehend verschwunden sind.

Realistischerweise rechnet man die Distributionsstufen (natürlich leisten ApothekerInnen nicht **nur** Distribution, aber darum geht es hier nicht) besser zusammen, dann haben wir für 1995 5,00 Mrd., für 2005 4,94 Mrd. In der gleichen Zeit ist der Anteil der Industrie von 8,94 auf 15,44 Mrd. angestiegen. (Was zu den gesamten GKV-Arzneiausgaben noch fehlt, ist die MWSt.)

Sogar leicht (um 1,2 %) **gesunkene** Ausgaben für die Distribution innerhalb von 10 Jahren stehen einer Steigerung um 72,7 % bei der pharmazeutischen Industrie gegenüber. Das sollte man bei der Frage, **wo** ein Einsparpotenzial besteht, nicht vergessen.

Wir sehen: Billiger wird die Arzneimittelversorgung durch Deregulierungen nicht werden. Wird sie auch schlechter?

Das ist zunächst nicht unbedingt zu befürchten. Wenn eine Kette tatsächlich versuchen sollte, bei den Personalkosten massiv zu sparen (und nur dann könnte sie billiger sein), dann wird sich dies in schlechtem Service und (noch) schlechterer Beratung niederschlagen, und es wird dazu führen, dass PatientInnen diese Kette eher meiden. Erfahrungen in anderen EU-Staaten zeigen, dass Kettenapotheken keine schlechtere Pharmazie betreiben müssen.

Mittelfristig ist allerdings zu erwarten, dass die Preise eher steigen. Erhöhte Marketingaufwendungen wollen refinanziert werden, Rendi-

teerwartungen der Anleger wollen befriedigt werden. Es wird ganz gewiss regelmäßig Sonderangebote für einen winzigen Teil des Sortiments geben, mit denen man KundInnen in die Apotheken lockt. Wie in anderen Branchen (z. B. Elektro- und Elektronikhandel) auch wird der Rest aber teuer bleiben oder noch teurer werden.

Solange die gesundheitspolitisch gerechtfertigten Anforderungen an Apotheken nicht aufgegeben werden, wird eine „Lidlisierung“ oder „Schleckerisierung“ mit auf Abruf bereit stehenden 400-Euro-Arbeitskräften, die tatsächlich niedrigere Preise ermöglichen könnte, nicht machbar sein.

Wir sehen heute schon bei den bestehenden Versandapotheken, dass – abgesehen von gesundheitspolitisch fragwürdigen Sonderangeboten – das Preisniveau nur um 5 bis 10 % unter den empfohlenen Preisen liegt, obwohl hier die Kosten ganz sicher niedriger sind, als sie es bei Kettenapotheken mit Beratung wären. Eine Versandapotheke in Hamburg, die versuchte, auch im normalen Geschäft als „Präsenzapotheke“ mit ihren niedrigeren Preisen zu locken, hat dies sehr schnell aufgeben müssen, weil es sich einfach nicht rechnet, wenn man tatsächlich auch berät.

Eine deutliche Konzentration der Apotheken auf Ballungsgebiete verbunden mit einer Unterversorgung des ländlichen Raums ist nicht unwahrscheinlich, zeigen dies doch die Erfahrungen liberalisierter Apothekenmärkte.

Es besteht die Möglichkeit, dass eine fehlende Verbilligung des Arzneimittelangebots verbunden mit regionaler Unterversorgung dazu führt, dass Begehrlichkeiten bezüglich einer weiteren Liberalisierung entstehen, die zu einer Abschaffung der Apothekenpflicht für alle oder einen Teil der rezeptfreien Arzneimittel führen würde. Darin läge dann in der Tat eine massive Verschlechterung der Arzneimittelversorgung.

Es ist ja nicht so, dass es für Apotheken keinen Wettbewerb gäbe. Auch vor der Freigabe der OTC-Preise gab es ihn, nur eben keinen Preiswettbewerb. Gerade da, wo sich mehrere Apotheken in einer Straße zusammenballen, gab es den Wettbewerb um freundlichere Bedienung oder bessere Beratung schon immer. Dass es – 2 ½ Jahre nach der Preisfreigabe – noch keine Preisenkungen auf breiter Front gab, liegt nicht an – nicht vorhandenen – Preisabsprachen, sondern daran, dass es sich einfach für eine Apotheke, die ihre Arzneimittel nicht nur verschickt, sondern sie persönlich an die PatientInnen abgibt, einfach nicht lohnt.

Mehr Markt und weniger Regulierung bedeuten keinesfalls zwingend immer und in jedem Bereich mehr Effizienz. Tatsächlich führt eine Deregulierung auch zu zusätzlichen Transaktionskosten (Marktbeobachtung, Werbung etc.), die die VerbraucherInnen und Kostenträger letztlich mitbezahlen müssen.

Dass neben interessierten Investoren und Marktradikalen, von denen man nichts anderes erwarten würde, auch WissenschaftlerInnen und PolitikerInnen, die sich als „links“ verstehen, für Deregulierungen in der Arzneiversorgung werben ist nur schwer nachzuvollziehen. Sie sollten es besser wissen.



Mythen über die Private Krankenversicherung

Zusammenfassung einer Wido-Studie über die PKV

von Nadja Rakowitz

Die Private Krankenversicherung ist ein Politikum in Deutschland. Jeder Gesundheitspolitiker, der die „Friedensgrenze“ erhöhen oder gar schleifen will, riskiert harte Attacken – wie zuletzt die großen Koalitionäre, die durchsickern ließen, dass bei der anstehenden Gesundheitsreform auch die Privaten Versicherungen bzw. die privat Versicherten an der Finanzierung beteiligt werden sollen. Diskutiert wurde, so war in der *Ärzte Zeitung* wie in der *FAZ* zu lesen, eine milliarden-schwere Abschlagszahlung, die die privaten Kassen in den Finanzausgleich der gesetzlichen Versicherungen zahlen sollen.¹ Sofort bildete sich eine Front aus Verteidigern der Privaten Krankenversicherung. Elf Verbände warnten in einem gemeinsamen Brief² an Bundeskanzlerin Angela Merkel vor der Schwächung der PKV. Die Argumente in dem Brief sind die der PKV: „Wiederholt hatte der PKV-Verband in der Vergangenheit damit argumentiert, dass Privatversicherungen das System der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) über höhere Leistungsvergütungen schon heute mit 9,5 Milliarden Euro pro Jahr unterstützen. Allein Ärzte bekommen für die Behandlung von Privatpatienten jährlich 4,1 Milliarden Euro höhere Honorare als für vergleichbare Leistungen im GKV-System.“³ Mit solch genauen Zahlen ist man inzwischen etwas vorsichtiger, dennoch behauptet der PKV-Verband nach wie vor, dass durch die PKV jedes Jahr mehrere Mrd. Euro zusätzlich in fortschrittliche Behandlungsmethoden und moderne Geräte investiert würden, was einer Subventionierung des Gesundheitswesens auch zu Gunsten der GKV in Milliardenhöhe bedeute.⁴

Nun hat das *Wissenschaftliche Institut der AOK* (Wido) im März eine Studie vorgelegt, in der diese Subventionierungsthese auf ihre Stich-

haltigkeit hin untersucht wird. Es hat dazu die Studie für das Jahr 2003: „Der überproportionale Finanzierungsbeitrag privat versicherter Patienten zum Gesundheitswesen“⁵ des *Wissenschaftlichen Instituts der PKV* (WIP), auf die sich obige These stützt, einer näheren Betrachtung unterzogen.

Im Ergebnis zeigt sich für die Forscher des Wido, dass die Subventionierungsthese der PKV einer kritischen Überprüfung aus folgenden Gründen, die hier kurz zusammengefasst werden sollen, nicht Stand hält:

Eine problematische Grundannahme

Demnach haben Privatversicherte im Jahr 2003 einschließlich Beihilfezahlungen 20 Mrd. Euro für Gesundheitsleistungen aufgebracht. Hätten dagegen alle PKV-Versicherten Gesundheitsausgaben wie durchschnittliche GKV-Versicherte gleichen Alters und Geschlechts verursacht, wären nur 11,5 Mrd. Euro ins Gesundheitssystem geflossen. Die Differenz zwischen den tatsächlichen Ausgaben der Privatversicherten und ihren hypothetischen GKV-Ausgaben wird in der PKV-Studie als „Mehrumsatz“ der PKV-Versicherten bezeichnet. Dieser habe 8,5 Mrd. Euro im Jahr 2003 betragen und sei 2004 auf 9,5 Mrd. Euro angestiegen. Datenbedingt greift die Studie auf bundesweit aggregierte Angaben zurück. Entscheidend für die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung, so die AOK-Forscher, seien jedoch die jeweiligen Versorgungsstrukturen auf regionaler Ebene. In dem Maße, in dem die Mittel der PKV in überversorgte Gebiete flössen, lasse sich aus dem „Mehrumsatz“ keine wichtige Funktion mehr für die Unterstützung versorgungsnotwendiger Strukturen ableiten. Im Gegenteil, Gegenden mit

einer hohen Anzahl von Privatpatienten verbunden mit einem entsprechenden „Mehrumsatz“ gehen einher mit einer hohen Überversorgung.

2. Ohne Privatversicherte mehr oder weniger Geld?

Um abschätzen zu können, ob dem Gesundheitswesen ohne Privatversicherte und ohne private Krankenversicherung mehr oder weniger Mittel zur Verfügung stünden, definieren die Verfasser der Wido-Studie zunächst ein hypothetisches Referenzsystem, mit dem das heutige System bzw. seine Gesundheitsausgaben zu vergleichen sind. Dieses „integrierte System“ wird als ein Gesundheitssystem verstanden, in dem „die gesamte Bevölkerung in eine Krankenversicherung einbezogen ist, die unter denselben Rahmenbedingungen agiert wie die heutige GKV“. Damit der Vergleich sinnvoll ist, muss in der Betrachtung von bestimmten Ausgaben abstrahiert werden. Hier weist die Wido-Studie der WIP-Studie einige Verzerrungen nach, die dazu führten, „dass der mit 8,5 Mrd. Euro bezifferte ‚Mehrumsatz‘ der PKV-Versicherten in der WIP-Studie absolut um 1,1 bis 2,3 Mrd. Euro zu hoch angesetzt wird.“ Das größere Problem liege jedoch nicht in der konkreten Berechnung des Mehrwerts innerhalb des verwendeten Analyserahmens, sondern im verwendeten Analyserahmen selbst, denn die Ausgaben der GKV seien aufgrund der „einnahmeorientierten Ausgabenpolitik“ keine unabhängige Größe, sondern hingen indirekt von der Einnahmebasis der GKV ab. Sofern sich bei Einbezug der gesamten Bevölkerung in die GKV die Einnahmebasis je Versichertem ändere, sei folglich auch mit veränderten Gesundheitsausgaben je Versichertem zu rechnen. Diesem einnahmeseitigen Einfluss auf die Gesundheitsausgaben trage

die WIP-Studie jedoch keine Rechnung, so die Wido-Forscher. Indem die heutigen GKV-Ausgaben unverändert übernommen würden, werden zwangsläufig implizite Annahmen getroffen, die keineswegs zwangsläufig seien. Insofern könnten die Ergebnisse der WIP-Studie nur eine eingeschränkte Aussagekraft besitzen.

3. Beitragsaufkommen in einem integrierten Versicherungssystem

Wie hoch die fiktiven Beitragseinnahmen der GKV unter Einbezug der gesamten Bevölkerung ausfallen, hängt aufgrund der einkommensabhängigen Beiträge zur GKV entscheidend von den Einkommen der heute PKV-Versicherten ab. Verfügen diese über durchschnittlich höhere Einkommen als die derzeit GKV-Versicherten, steigt unter sonst gleichen Bedingungen das Beitragspotenzial mit dem Einbezug der heute PKV-Versicherten überproportional. Privat versicherte Arbeiter und Angestellte haben schon kraft Gesetzesvorschrift ein überdurchschnittlich hohes Einkommen. Bei Selbständigen sorgen finanzielle Anreize dafür, dass sich insbesondere Bezieher hoher Einkommen privat versichern. Die Analyse und Berechnungen der Einkommen und damit der fiktiven Beiträge in einem solchen integrierten System, lässt die Wido-Forscher zu dem Schluss kommen, dass „unter sonst gleichen Bedingungen der Einbezug der gesamten Bevölkerung in die solidarische Finanzierung der GKV

zu überproportional hohen Beitragsmehreinnahmen führen“ werde. „Mit den Beitragsregeln, der Beitragsbemessungsgrenze und dem durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatz des Jahres 2003 von 14,3 Prozent wäre das Beitragsaufkommen durch Einbezug der PKV-Versicherten um 34 Mrd. Euro auf 171 Mrd. Euro gestiegen.“ Dieses Aufkommen ist sei jedoch als Obergrenze zu interpretieren, da zum einen ungewiss ist, ob die heutigen Beitragsregeln bei einer Ausweitung der GKV auf die gesamte Bevölkerung aufrechterhalten blieben, und zum anderen sei unklar, in welcher Höhe der Beitragssatz in einem integrierten Krankenversicherungssystem läge, so die Wido-Forscher.

Fazit: nicht weniger, sondern mehr Geld

Insgesamt kommen die Wido-Forscher zu dem Fazit, dass sich die These, dass dem Gesundheitswesen „ohne Privatversicherte und ohne private Krankenversicherung“ zwangsläufig viele Milliarden Euro weniger zur Verfügung stünden, nicht halten lässt, da sie auf einer rein leistungsseitigen Status-quo-Betrachtung basiert, die keinen sachgerechten Vergleich des gegenwärtigen Gesundheitssystems mit einem hypothetischen integrierten Gesundheitssystem erlaube. Wenn dieses Manko behoben wird, wie in der Wido-Studie, ergibt sich ein anderes Bild. In der Folge der Möglichkeit zur Einkommensselekti-

on entzieht die PKV derzeit mit ihren Versicherten der GKV ein überproportional hohes Beitragsaufkommen. Über PKV-Leistungen und Beihilfezahlungen fließen diese Mittel jedoch nur unvollständig in das Gesundheitswesen zurück. „In einem integrierten Versicherungssystem mit Beteiligung aller Bürger an der solidarischen Finanzierung der Gesundheitsversorgung hätten daher im Jahr 2003 dem Gesundheitswesen nicht 8,5 Mrd. Euro (bzw. nach Bereinigung um Verzerrungen: 7,0 Mrd. Euro) weniger, sondern bis zu 10 Mrd. Euro mehr zur Verfügung gestanden“.

Ohne, dass die aktuelle Debatte über „Bürgerversicherung“ oder „Kopfpauschale“ auch nur erwähnt wird, muss der Leser hier selbst weiter schließen. Denn die Ergebnisse dieser Studie sind für die aktuelle Debatte um Finanzierungsoptionen für die GKV natürlich von weitreichenden Konsequenzen. Das Referenz-Modell eines integrierten Gesundheitswesens, das die Wido-Forscher annehmen – also ein System, in dem alle Bürger nach wie vor private Zusatzversicherungen abschließen können, die PKV jedoch entweder keine Krankenvollversicherungen mehr anbietet oder zu denselben Bedingungen wie die GKV – entspricht ungefähr dem, was im Moment als „Bürgerversicherung“ diskutiert wird.

Aus dem VDÄÄ-Rundbrief 2/2006. Wir danken für die Erlaubnis zum Abdruck.

¹ Die privaten Krankenkassen sind unverzichtbar, *Ärzte Zeitung*, 24. April 2006

² Die Unterzeichner: Jörg-Dietrich Hoppe, Präsident der Bundesärztekammer; Jürgen Weitkamp, Präsident der Bundeszahnärztekammer; Andreas Köhler, Vorstandsvorsitzender der Kassenärztliche Bundesvereinigung; Jürgen Fedderwitz, Vorsitzender des Vorstandes der Kassenärztlichen Bundesärztekammer; Ulrich Oesingmann, Präsident des Bundesverbandes der Freien Berufe; Bernd Wegener, Vorstandsvorsitzender des Bundesverbandes der

Pharmazeutischen Industrie. Peter Heesen, Bundesvorsitzender von dbb Beamtenbund und Tarifunion; Rudolf Kösters, Präsident der Deutschen Krankenhausgesellschaft; Hanns-Eberhard Schleyer, Generalsekretär des Zentralverbands des deutschen Handwerks; Holger Wenzel, Hauptgeschäftsführer des Hauptverbands des Deutschen Einzelhandels; Reinhold Schulte, Vorsitzender des Vorstandes Verband der privaten Krankenversicherung. (Vgl. Verbände unterstützen Privatversicherer, *FAZ* 20. April 2006)

³ Die privaten Krankenkassen sind

unverzichtbar, *Ärzte Zeitung* 24. April 2006

⁴ Zitiert nach: Johannes Leinert: Subventioniert die PKV das Gesundheitswesen? Eine kritische Analyse, Wissenschaftliches Institut der AOK, Bonn März 2006, Download: www.wido.de

⁵ Frank Niehaus/Christian Weber: Der überproportionale Finanzierungsbeitrag privat versicherter Patienten zum Gesundheitswesen, Wissenschaftliches Institut der PKV (WIP), Köln 2005, Download: www.wip-pkv.de/projekte/wip-wenig

Die Gesundheitsreform in den Niederlanden

Ein wünschenswertes Vorbild für das deutsche Gesundheitssystem?

von Daniel Rühmkorf

Ein wirtschaftliches, finanzierbares und gleichzeitig gesellschaftlich akzeptiertes Gesundheitssystem – das streben etliche der westlichen Industriegesellschaften, die wie wir unter gravierenden Finanzierungsproblemen leiden, an. Aber wie soll der Weg dahin aussehen? In Deutschland befinden wir uns am Beginn des „nachhaltigen Reformprogramms“ der Bundesregierung, um die Finanzierung der Krankenversicherung für die nächsten Jahre zu sichern. Bisher ist wenig bekannt, nur eines ist klar: Es wird nicht unbedingt sozial ausgeglichen sein, denn im Fokus steht die Lohnnebenkostendoktrin: Während es für den und die einzelnen teurer wird, werden die Arbeitgeber aus ihrer paritätischen Mitfinanzierung entlassen.

Die Niederlande haben das Problem anders in Angriff genommen und ihr Gesundheitssystem von Grund auf umgekrempelt. Das hat insbesondere in Deutschland für Aufmerksamkeit gesorgt und zu einem regen Reiseverkehr zwischen den beiden Nachbarländern geführt. Kann der holländische Weg ein Vorbild für die verfahrenere Situation in Deutschland sein?

Prinzipien der Reform

Seit dem 1. Januar 2006 ist das vormals in private und gesetzliche Krankenversicherungen getrennte System zusammengeführt worden. Waren bisher zwei Drittel der Bevölkerung gesetzlich und das restliche Drittel privat versichert, so werden nun 100 Prozent privat versichert sein. Denn der Preis der holländischen Reform war die Privatisierung aller Kassen. Für die gesamte Wohnbevölkerung der Niederlande besteht Versicherungspflicht. Jede Bürgerin und jeder Bürger muss einen Vertrag bei einem der 49 Anbieter einer Krankenversicherung abschließen. Die Leistungen, die sie

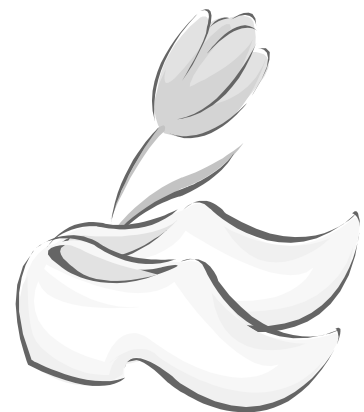
oder er dafür erhält, sind aber bei allen Kassen gleich. Somit kann der Wettbewerb der Kassen nur über die Höhe und die Ausgestaltung der Prämie festgelegt werden. Und im Unterschied zu deutschen Privatversicherungen besteht Kontrahierungszwang: Jeder muss aufgenommen werden.

Grundsätzlich gilt: Die Basisversicherung setzt sich aus einer einkommensunabhängigen Kopfpauschale von etwa 90 Euro im Monat und einem einkommensabhängigen Beitrag in Höhe von 6,5 Prozent des Einkommens zusammen. Selbstständige zahlen außer der Kopfpauschale 4,4 Prozent ihres Einkommens als Versicherungsbeitrag. Die Einkommen werden bis zu einer Höhe von 30.000 Euro zur Beitragsberechnung herangezogen. Dafür werden seit dem 1. Januar 2006 auch Miet- und Zinserträge verbeitragt. Kinder und Jugendliche bleiben beitragsfrei mitversichert. Ihre Versorgung wird aus Steuermitteln bezahlt, wofür der Staat etwa zwei Milliarden Euro bereitstellt.

Für die Kopfpauschale können Einkommensschwache einen Antrag auf Unterstützung stellen. Im Höchstfall erhalten sie 420 Euro von den 1.100 Euro Jahresprämie aus dem Sozialfonds zurückerstattet. Der Sparanreiz besteht darin, sich die Versicherung zu suchen, die die garantierten Leistungen am günstigsten anbietet. Die Holländer haben von dieser Möglichkeit regen Gebrauch gemacht – neun Prozent der 16 Millionen Bewohner haben bereits in den ersten Monaten ihre Versicherung gewechselt – ein veraltungstechnischer Kraftakt.

Möglich wird dieser Beitragswettbewerb, weil Versicherungen zum einen Unternehmen, aber auch Patientenverbänden Rabatte von bis zu zehn Prozent auf die Kopfpau-

schale anbieten, wenn sich ein bestimmter Anteil der Betriebsangehörigen oder Mitglieder in einer Kasse versichern. Darüber hinaus haben die Versicherten die Möglichkeit, mit bestimmten Optionsmodellen Geld einzusparen. So bieten Kassen Preisnachlässe für einen Selbstbehalt (Eigenbeteiligung an den Behandlungskosten), Sachleistungsprinzip (mit begrenzter Arzt- und Krankenhauswahl) oder Kostenerstattungsprinzip (Patient geht für die Behandlung in Vorleistung und reicht die Rechnung bei der Versicherung ein) weitere Beitragsrabatte.



Anreize und Leistungsumfang

Das holländische System bietet darüber hinaus einen Anreiz, möglichst wenig medizinische Hilfe in Anspruch zu nehmen („noclaim“): Wer über Präventionsleistungen und Hausarztbesuche hinaus keine Kosten verursacht hat, erhält am Ende des Jahres 255 Euro zurückerstattet. Der gesamte Preiswettbewerb spielt sich nur über die Kopfpauschale ab, der einkommensabhängige Beitrag von 6,5 Prozent bleibt bei allen Versicherten gleich. Für die Abdeckung der Risiken Langzeitpflege oder schwere chronische Erkrankungen zahlen alle Niederländer bereits seit 1968 einen weiteren Anteil ihres Einkom-

mens – satte 11,5 Prozent ihres Einkommens! Hier gilt das Prinzip der Bürgerversicherung.

In den Niederlanden werden weniger Leistungen von den Kassen übernommen als in Deutschland. Mit der Basisversicherung (siehe Kasten) sind deshalb längst nicht alle Risiken und Behandlungskosten abgedeckt. Wer will, dass sein Versicherungsschutz sich auch auf Zahnbehandlung, Krankengymnastik oder Psychotherapie erstreckt, braucht entweder die nötigen Barmittel, eine individuell auszuhandelnde und risikoabhängige Zusatzversicherung.



Kritik an den Reformschritten

Bereits im Vorfeld gab es heftige Diskussionen um diese Reform. Insbesondere die Ärzte liefen gegen das Vorhaben Sturm, weil sie einen stärkeren Einfluss der Versicherungen und den von ihnen angebotenen Direktvertrgen befürchten. Allerdings ist die Arztdichte in den Niederlanden geringer als in Deutschland, so dass die Versicherer bisher mit allen Akteuren Verträge abgeschlossen haben. Die Opposition bemängelt die soziale Unausgewogenheit, da chronisch kranke Patienten nicht von der „no-claim“-Regelung profitieren und ebenfalls keinen Profit von den Selbstbehalt-Regelungen haben. Außerdem belastet die Kopfprmie niedrigere Einkommen stärker als die Bezieher hoher Einkommen. Und selbstverständlich können Sozialdemokraten und Sozialisten den privatwirtschaftlichen Ansatz, der hinter der neuen Reform steckt, nicht unterstützen. In einer Umfra-

ge im Auftrag der sozialdemokratischen PvdA (*Partij van de Arbeid*) Ende Februar haben 80 Prozent der Befragten das neue *Zorgverzekeringswet* negativ beurteilt. Sie rechnen damit, dass durch das neue Gesetz ihre Gesundheitskosten steigen werden.

Die günstigen Kopfpauschalen könnten ein schnelles Ende finden

Aus Rentabilittsgrnden könnte bereits 2007 die Kopfpauschale um etwa zehn Prozent ansteigen, da im Einführungsjahr viele Versicherer die Prämie bewusst niedrig angesetzt haben, um viele Versicherte zu gewinnen. Schon heute erhält mehr als die Hälfte der niederländischen Haushalte staatliche Unterstützung für die Kopfpauschale. Es stellt sich die Frage, wie angesichts einer angespannten Haushaltslage die staatliche Unterstützung aufrechterhalten werden kann. Wie stark der Einfluss des niederländischen Finanzministers ist, zeigt sich auch an den langen Wartelisten für fachärztliche Behandlungen und Operationen, die aufgrund fehlender Ressourcen entstanden sind.

Gravierende Unterschiede zwischen Deutschland und den Niederlanden

Kann es gelingen, die traditionelle Sozialversicherung mit dem Modell der Privatversicherung zu verschmelzen? In den Niederlanden besteht eine Versicherungspflicht. Im alten System waren die Angestellten bis zu einer Höhe von 33.000 Euro Jahreseinkommen in der Gesetzlichen Krankenversicherung, wenn sie mehr verdienten, wechselten sie automatisch in die Privaten Krankenversicherungen. Allerdings, wenn wir von Privater Krankenversicherung sprechen, haben wir eher die deutschen Verhältnisse vor Augen: eine Auslese von Besserverdienenden, die abhängig von ihrem Alter, ihrem Geschlecht und Gesundheitszustand eine individuelle Prämie zu zahlen haben. Für die teurer werdende Gesundheitsversorgung im Alter bilden die Privatversicherten Rücklagen, damit

die Beitragssteigerungen Rentner und Pensionäre nicht in den Ruin treiben.

Anders unsere Nachbarn: Zwar waren bisher 65 Prozent der Bevölkerung in der gesetzlichen Krankenversicherung und 30 Prozent privat versichert, aber schon seit 1998 existiert ein kassenartenbergreifender Risikostrukturausgleich, mit dem die Privatversicherungen die Pflichtkassen unterstützen. Dafür existieren keine Altersrückstellungen, was die Angleichung der beiden Systeme erleichterte.

Das System ist trotz dieses Mangels in zweierlei Hinsicht solidarisch: Jede Versicherung muss jeden Bewohner aufnehmen. Denn die Risiken, die durch die ungleich verteilten älteren und chronisch kranken Versicherten für die Kassen entstehen, werden durch den Risikostrukturausgleich ausgeglichen. Die Frage nach paritätischer Finanzierung besteht in den Niederlanden nicht, da nur ein einkommensabhängiger Teil vom Arbeitgeber überwiesen wird – als Teil des Lohns. Durch die staatlichen Vorgaben müssen alle Versicherungen jeden aufnehmen, die Höhe der jährlichen Kopfprmie beträgt im Durchschnitt 1.050 Euro. Die einkommensabhängigen Beiträge und die Leistungen des Basisariffs sind einheitlich festgelegt.

Letzteres zwingt die Versicherungen, wirtschaftlich zu arbeiten, denn sie verlieren bei steigenden Tarifen ihre Versicherten. Die Niederländer haben bereits in den vergangenen Monaten bewiesen, dass sie sich sehr genau nach den für sie günstigsten Tarifen erkundigen. Die Kassen haben die Möglichkeit zu selektiven Verträgen, so dass sie sich Krankenhäuser und Ärzte auswählen können, mit denen sie zusammenarbeiten wollen. Das bringt den Kassen zusätzliche Macht.

Die Niederlande haben sich auf den Versuch eingelassen, einkommensabhängige Beiträge, eine Kopfpauschale und weitere Einkommen als Einnahmequelle miteinander zu mischen, ähnlich, wie es bei uns

von der großen Koalition favorisiert wird. Grundlage für solch ein System ist aber, dass die ehemaligen gesetzlichen und privaten Kassen miteinander im Wettbewerb stehen, gleichzeitig aber Ausgleichszahlungen an die Kassen leisten, die besonders viele alte und chronisch Kranke versichern. In den Niederlanden ist dieses System deshalb möglich, weil die einkommensabhängigen Beiträge über das Finanzamt eingezogen werden und dann an den *algemeene ziekenfonds* überwiesen werden. Dieser teilt den Versicherungen entsprechend ihr es Profils und Art der Versicherten den um den Risikostrukturausgleich bereinigten Versicherungsbetrag zu.

Basisversicherung

Die Basisversicherung umfasst allgemeine medizinische Versorgung durch Hausärzte, Fachärzte und ambulante Einrichtungen der Kliniken, stationäre Versorgung, zahnärztliche Behandlung für Kinder und Jugendliche bis 18 Jahre, bei Erwachsenen nur kieferorthopädische Behandlung und Zahnvollprothesen, Schwangerschaftsbehandlung, Heil- und Hilfsmittel, verschreibungspflichtige Medikamente.

Ein Vorbild für Deutschland?

Wer hier in Deutschland davon spricht, das niederländische System kopieren zu wollen, übersieht die gravierenden Widersacher: Die Privatversicherungen würden auf die Barrikaden gehen, wenn sie einen Risikostrukturausgleich leisten und auf andere Privilegien verzichten sollten. Ein Standardtarif, wie von den meisten privat versicherten Niederländern gewählt, wäre ein Anschlag auf die nach dem Äquivalenzprinzip arbeitenden Privatkassen hierzulande.

Die Ärzte blasen zum Sturm, falls die Kassen direkte Verträge unter Umgehung der *Kassenärztlichen Vereinigungen* mit den Ärzten abschließen wollten. Und schon heute klagen die Ärzte, dass bei einer An-

gleichung der Honorierung für privat und gesetzlich Versicherte eine wichtige Einkommensquelle wenn schon nicht versiegt, so doch zumindest spärlicher tröpfelt.

Und da wären auch noch die Versicherten, die bei einer Kopfpauschale zum Teil wesentlich stärker belastet werden würden. Vielleicht können unsere Nachbarn deshalb so gut reformieren, weil weder die Krankenkassen noch die Ärzte als Körperschaften öffentlichen Rechts organisiert sind. Kritiker befürchten, dass trotz der staatlichen Garantie des Zugangs zu allen Gesundheitsleistungen unter den Wettbewerbsbedingungen sich ein zunehmendes soziales Gefälle ausbilden werde.

Warum können unsere Nachbarn diesen Systemwechsel vollziehen?

Bereits vor der Reform waren wichtige Schritte zur Angleichung der beiden Versicherungssysteme voran gegangen. Da die Privatversicherungen zum Teil Non-Profit-Organisationen waren, sind sie mit deutschen Privaten, die zudem über milliardenschwere Altersrückstellungen verfügen, nicht zu vergleichen.

Private Krankenversicherungen zahlten in den Niederlanden schon früher für Leistungen ihrer Versicherten an die Leistungserbringer die gleichen Honorare wie die gesetzlichen Kassen. Außerdem gab es bereits vor der Reform zwischen den beiden Kassenarten einen Risikostrukturausgleich. Der Wechsel zwischen beiden Kassenarten war unproblematisch und alleine vom Einkommen abhängig.

Dass die Niederlande ihre Gesetzliche Versicherung zugunsten der Privaten aufgegeben haben, hat mit der nachlassenden Attraktivität der Branche zu tun. Schwerfällig, bürokratisch und unfreundlich, so wurden die Kassen beschrieben. Das könnte eine Mahnung an die Verantwortlichen unserer GKV sein, dass es auch an ihnen liegt, welche Zukunft das System mit gesetzlichem Auftrag in der Zukunft haben wird. Unseren ins Nachbarland

schielenden Regierungspolitikern sei mit auf dem Weg gegeben, dass sie sich ein Beispiel am morbiRSA in den Niederlanden nehmen sollten: dort klappt das Ganze schon seit Jahren – und dazu noch kassenart-übergreifend!

Die Veränderungen im Überblick

Privatisierung der gesetzlichen Krankenkassen.

Allgemeine Versicherungspflicht: Jede/r muss versichert sein.

Kontrahierungszwang: Versicherungen müssen jeden Antragsteller aufnehmen.

Beiträge: einkommensunabhängig (Kopfpauschale) und einkommensabhängig 6,5 Prozent (Bürgerversicherung); Bemessungsgrenze von 33.000 Euro Jahreseinkommen *Kinder:* bis zum vollendeten 18. Lebensjahr beitragsfrei (aus Steuermitteln).

Staatliche Unterstützung: bis zu 420 Euro im Jahr als Unterstützung zur Kopfpauschale.

Risikostrukturausgleich: Sozialfonds zahlt den Kassen Versicherungsbeiträge entsprechend ihres Versichertenprofils.

Wahlfreiheit: Alle Versicherungen können besondere, mit Rabatten verbundene Versicherungspolicen mit Kostenerstattung, Beitragsrückerstattung oder Selbstbeteiligung anbieten.

Direktverträge: Versicherungen können mit Ärzten und Krankenhäusern direkte Verträge zur Versorgung ihrer Versicherten abschließen.

Aus dem VDÄÄ-Rundbrief 2/2006.
Wir danken für die Genehmigung zum Abdruck.

BUCHBESPRECHUNGEN

von Regina Schumann

„Auch das Gute hat in dieser Welt hier noch eine schlechte Seite“

Harry Mulisch – Das Attentat

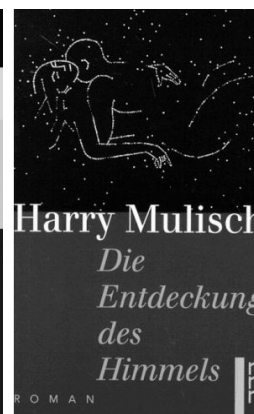
Von der ersten Seite an fasziniert die Geschichte von Opfern und Tätern, Kollaboration und Widerstand, Schuld und Sühne. In fünf Episoden wird die Geschichte von Anton Steenwijk erzählt, die 1945 in Haarlem während der deutschen Besatzung beginnt und 1981 in Amsterdam endet. Antons Eltern werden für ein Attentat, das vor ihrem Haus begangen wird, als Geiseln von den deutschen Besatzern ermordet. Der Protagonist überlebt, er ist unschuldiges Opfer und trägt doch die Schuld anderer sein Leben lang in sich. Er verdrängt die Ereignisse, da sie nicht zu ertragen sind, doch zufällige Begegnungen bringen die Erinnerung zurück und Stück für Stück – wie in einem Kri-

minalroman – werden die Puzzlestücke zusammengefügt und das, was wirklich geschah, offengelegt.

Der Roman hat mich bewegt, er lässt keine Hoffnungen zu, er zeigt, dass Schuld sehr vielschichtig ist und dass Erklärungen nicht trösten (können).

Niederländische zeitgenössische Literatur habe ich – insbesondere als Berliner – immer nur mit Ces Nooteboom verbunden. Harry Mulisch (geboren 1927) lernte ich durch seinen 1992 erschienenen Roman „Die Entdeckung des Himmels“¹ kennen. Das Buch

wurde 2001 u. a. mit Stephen Fry verfilmt. Der 1982 entstandene Roman „Das Attentat“² ist als Nummer 19 in der Süddeutschen Zeitung/Bibliothek wiederveröffentlicht worden.



Lest Bücher von Fred Vargas!

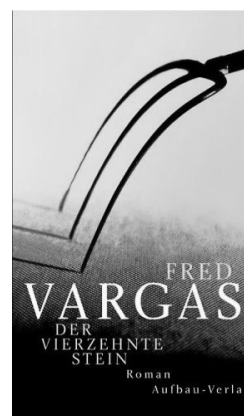
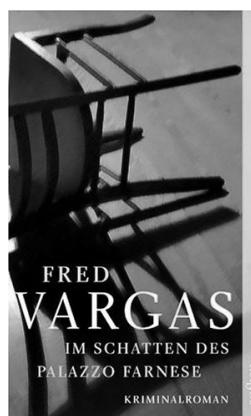
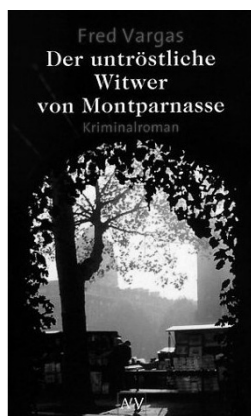
Die französische Autorin lebt in Paris und ist Archäologin in einem Forschungsinstitut mit Schwerpunkt Mittelalter. Seit 1986 schreibt sie Kriminalromane in ihrer Freizeit. Ich würde diese Romane nicht Kriminalromane nennen, obwohl sie immer um Morde und deren Aufklärung kreisen, sie sind perfekte Miniaturen Pariser Lebens, die Romanfiguren begegnen sich in den Romanen immer wieder. In dem ersten Roman, den ich las, „Die

schöne Diva von Saint-Jacques“³ lernte, ich die „drei Evangelisten“ Marc, Matthias und Lucien kennen, die zusammen in einer Wohngemeinschaft in einer alten Villa leben.

Später, als ich in Brüssel arbeitete, fing ich an, die Bücher von Vargas auf französisch zu lesen. In „Der untröstliche Witwer von Montparnasse“⁴ kommen zu den Evangelisten noch Ex-Inspektor Louis Kehlweiler, der als Haustier eine Kröte

hält. Auf seinen Recherche-Reisen in die Provinz nimmt er die Kröte in seiner Hosentasche mit. Gelegentlich muss er sie befeuchten – es ist ein heißer Sommer. In seinem Hotelzimmer kann er ihr in der Dusche kurzfristig ein angenehmes Ambiente bieten. Den Roman las ich im Urlaub in Südfrankreich, im Garten unseres kleinen Häuschens an der Dordogne gesellte sich jeden Abend eine Kröte zu uns und beobachtete uns beim Abendessen, auch so prägen sich französische Vokabeln ein.

In „Im Schatten des Palazzo Farnese“⁵ wechselt der Schauplatz nach Rom, wir treffen wieder drei Freunde, die nicht ganz so unschuldigen Claude, Néron und Tibère. Übrigens fin-



de ich den Originaltitel „Die Todge-
weiheten grüßen dich“ viel treffen-
der als den deutschen Titel, zumal
die Helden nicht zufällig die Namen
römischer Kaiser tragen.

An den Roman „Der vierzehnte
Stein“⁶ - ein Abschiedsgeschenk
meiner französischen Kollegin Bar-
bara - habe ich mich noch nicht
herangetraut, zu dick und schwer
im doppelten Sinn des Wortes. Ich

werde ihn wohl erst auf deutsch
lesen müssen!

¹ (De Ontdekking van de Hemel),
Rowohlt, Reinbek 1995 (1. Aufl.
1992), 9,90 Euro, ISBN 3-499-
13476-4

² (De Aanslag), Rowohlt, Reinbek
2000 (1. Aufl. 1982), 7,50 Euro,
ISBN 3-499-22797-5

³ (Debout les morts), SZ Kriminal-

bibliothek, München 2006 (1. Aufl.
2000), 4,90 Euro, ISBN 3-8661-
5234-5

⁴ (Sans feu ni lieu) Aufbau, Berlin
2004, 8,50 Euro, ISBN 3-7466-
1511-9

⁵ (Ceux qui vont mourir te saluent)
Aufbau, Berlin 2003, 8,50 Euro,
ISBN 3-7466-1515-1

⁶ (Sous les vents de Neptune), Auf-
bau, Berlin 2005, 9,95 Euro, ISBN
3-7466-2275-1

TERMINE

Regionalgruppe Berlin

Die nächsten Treffen der Regional-
gruppe Berlin sind am Montag,
dem 25. September und am Mon-
tag, dem 20. November, jeweils um
19.30. Der Ort liegt noch nicht fest
und ist zu erfragen bei Regina Schu-
mann, Tel. 030 7951471, E-Mail
sander.schumann
@gmxd.de

Regionalgruppe Hamburg

Die Regionalgruppe trifft sich alle
zwei Wochen mittwochs um 19.30
Uhr bei Bernd Rehberg, Isestraße
39, 20144 Hamburg. *Nächste Ter-
mine: 6. und 20. September, 4. und
18. Oktober 2006.*

Regionalgruppe Hessen

Die Treffen finden unregelmäßig
meist in Frankfurt/Main statt. Die
Termine sind jeweils bei Christl
Trischler zu erfragen, Tel. 06150
85234, E-Mail chri-tri@web.de.

VDPP-MV 2007

Die Mitgliederversammlung 2007
soll vom 8. bis 10. Juni 2007 in
Hannover stattfinden. Ersatztermin
ist der 22. bis 24. Juni 2007.

BUKO Pharma-Kampagne

Anlässlich des 25-jährigen Beste-
hens findet am 15./16. September
2006 in Bielefeld ein Symposium
statt zum Thema „Mangel und

Überfluss – Medikamente in Nord
und Süd“, die Einladung ist allen
Mitgliedern bereits per Post zuge-
gangen, ansonsten: <http://www.bukopharma.de>

Gesellschaft für Arzneimittel-An- wendungsforschung und Arznei- mittel-Epidemiologie

Die GAA führt ihre 13. Jahrestagung
am 2./3. November 2006 in Berlin
durch. Weitere Informationen sind
unter [http://www.kaiserin-friedrich-
stiftung.de](http://www.kaiserin-friedrich-
stiftung.de) zu finden.

Verein demokratischer Ärztinnen und Ärzte

Die Jahreshauptversammlung des
VDÄÄ findet vom 16. bis 18. No-
vember 2007 im Burckhardthaus in
63571 Gelnhausen, Herzbachweg
2, statt.

Alle Termine ohne Gewähr. Bitte
fragt vorher bei der Geschäftsstelle
oder bei den regionalen Kontaktleu-
ten nach, da die Termine sich ge-
legentlich verschieben können.



DOKUMENTATION

Migränemittel ohne Rezept – Vorteile nur auf den allerersten Blick

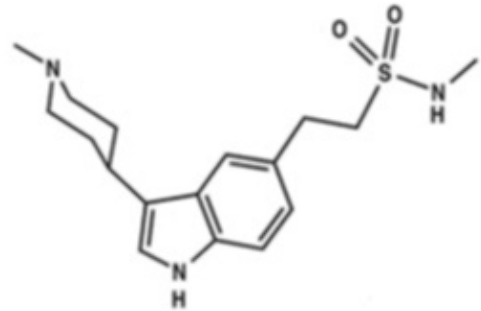
Seit kurzem ist ein Migränemittel aus der Wirkstoffgruppe der Triptane ohne ärztliche Verordnung erhältlich. Das Präparat Formigran® von GlaxoSmithKline enthält zwei Tabletten mit dem Wirkstoff Naratriptan (2,5 mg). Diese Menge reicht für eine oder zwei Migräneattacken aus. Die Packung kostet 9,72 Euro.

Naratriptan gehört zur Wirkstoffgruppe der Triptane, die für manche Migränepatienten eine gute Wahl sind. Manche Patienten werden davon profitieren. Es gibt aber auch Nachteile: Zum einen muss man Formigran® selbst zahlen. Dabei gibt es den Wirkstoff Naratriptan nach wie vor unter dem Handelsnamen Naramig® in größeren Packungen, die vom Arzt verordnet und den Kassen übernommen werden.

Zum andern sind Triptane zwar im Großen und Ganzen gut verträglich, aber sie wirken auf das Blutge-

fäßsystem und dürfen daher von Menschen mit Herz-Kreislauf- und Gefäßerkrankungen nicht oder nur mit besonderer ärztlicher Kontrolle verwendet werden. Sehr selten ist ein Herzinfarkt oder Schlaganfall Folge der Anwendung.

Ebenso wie bei anderen Schmerzmedikamenten kann der zu häufige Gebrauch von Triptanen sogar zu medikamentenbedingtem Kopfschmerz führen - ein Teufelskreis. Bisher hatte der Arzt die Möglichkeit, anhand der Verschreibungshäufigkeit von Triptanen die Häufigkeit und Schwere der Migräne zu erkennen und gegebenenfalls die Therapie durch eine konsequente Vorsorge zu verbessern. Dies alles wird nun mit dem Wegfall der Verschreibungspflicht für Naratriptan erschwert. Und es sind gute Alternativen vorhanden. Wer häufig un-



ter Kopfschmerzen leidet und die Ursachen nicht kennt, sollte zunächst einen Arzt konsultieren und nicht Naratriptan ohne Rezept kaufen - auch wenn es in vielen Apotheken schon jetzt ganz vorne im Regal steht.

Den kompletten Text des Artikels finden Sie unter www.gutepillen-schlechtepillen.de

Weitere Themen in GUTE PILLEN – SCHLECHTE PILLEN Nr. 4 (Juli 2006):

- Chronisch krank: Mit Arzneimitteln auf Reisen
- Akademiker als Werbeträger
- Hyposensibilisierung: Bei einigen Allergien sinnvoll
- Lichtschutzmittel: Sonnen- und Schattenseiten
- Vorsicht bei IgeLn: Wenn beim Arzt aus eigener Tasche gezahlt werden muss

Pressemitteilung 30. Juni 2006

GUTE PILLEN – SCHLECHTE PILLEN

Unabhängige Informationen
zu Ihrer Gesundheit

Gute Pillen – Schlechte Pillen bietet herstellerunabhängige Informationen für die Gesundheit.
www.gutepillen-schlechtepillen.de

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

Herausgeber: Gute Pillen, Schlechte Pillen - Gemeinnützige Gesellschaft für unabhängige Gesundheitsinformation mbH, Berlin HRB 98731B
Amtsgericht Berlin-Charlottenburg
Bankverbindung: Gesellschaft für unabhängige Gesundheitsinformation gGmbH., Konto-Nr: 121 988
Sparkasse Bielefeld (BLZ 48050161)

Redaktion:

August-Bebel-Str. 62
D-33602 Bielefeld Deutschland
Telefax +49-(0)521-63789

gpsp@bukopharma.de

www.gutepillen-schlechtepillen.de

Schulprojekt: Gesundheit, Krankheit und Medikamente in der Einen Welt

Erstmalig präsentiert die BUKO Pharma-Kampagne die Themen und Inhalte ihrer Arbeit in einer speziell für Kinder und Jugendliche aufbereiteten Form. Drei Unterrichtsmappen für Primarstufe, sowie Sekundarstufe I und II führen jeweils anhand von fünf Arbeitseinheiten in die weltweite Gesundheitsproblematik ein. Ein Materialkoffer bietet zusätzlich Spiel- und Lern-Materialien für die Nachmittagsbetreuung an Grundschulen. Das Projekt wurde von der Landesstiftung NRW für Umwelt und Entwicklung finanziert und konnte entwicklungspolitische Bildungsarbeit und Globales Lernen nachhaltig an nordrhein-westfälischen Schulen verankern. Grundschulen sowie weiterführende Schulen aus NRW beteiligten sich an der Pilotphase und haben die Unterrichtsmaterialien im fächerübergreifenden Unterricht verschiedener Jahrgangsstufen getestet.

Wo sind die Materialien erhältlich?

Ab sofort können interessierte LehrerInnen die Projektmappe für die Primarstufe sowie für Sek. I und II über die BUKO Pharma-Kampagne beziehen (Kosten: je Einheit 10 Euro zzgl. Versand). Der Materialkoffer für die Grundschule ist ebenfalls gegen eine Gebühr von 10 Euro ausleihbar. Hier geht es zur Materialbestellung. Für Rückfragen steht die Pharma-Kampagne gerne zur Verfügung. Wir können bei der Beschaffung weiterführender Materialien helfen, zusätzliche Informationen aus den Bereichen Gesundheit und Entwicklung bieten und stehen im Einzelfall auch als ReferentInnen zur Verfügung.

Worum geht es inhaltlich?

Jedes Kind hat ein Recht auf Gesundheit, so heißt es in der UN-Konvention über die Rechte des Kindes. Und doch sind Kinder in vielen Teilen der Welt von diesem Recht ausgeschlossen. Sie bekom-



men kein gesundes Essen, leben in elenden Wohnverhältnissen und haben keinen Zugang zu lebensrettenden Medikamenten. „Was ist grundlegender, als das Recht auf sauberes Wasser und auf eine Latrine?“, schreibt das Kinderhilfswerk der Vereinten Nationen (UNICEF) in seinem Jahresbericht 2003. Alle 15 Sekunden stirbt ein Kind an Krankheiten, die auf schmutziges Trinkwasser und schlechte Wohnverhältnisse zurückzuführen sind. Jeden Tag sterben 40.000 Kinder unter fünf Jahren an Krankheiten, die man größtenteils vermeiden oder behandeln könnte. Armut macht die Menschen krank, Krankheit macht sie arm.

Globales Lernen am Beispiel Gesundheit

Über das Thema Gesundheit lassen sich Globales Lernen und entwicklungspolitische Inhalte leicht in den Unterricht integrieren. Krankheit und Gesundheit spielen in den Alltagserfahrungen und dem Lebenskontext der SchülerInnen eine wichtige Rolle. Arzneimittelwerbung in Rundfunk, Fernsehen und Presse wendet sich auch an Kinder und Jugendliche als KonsumentInnen und begleitet sie auf Schritt und Tritt. Jedes Kind weiß wie es ist, krank zu sein, kennt Besuche beim Arzt oder der Ärztin, hat Impfungen oder Medikamente bekommen. Diese kindlichen Alltagserfahrungen sind vor allem Ausgangspunkt der Unterrichtseinheiten für die Primarstufe. Hier wird vor allem der Zusammenhang von Armut und Krankheit, aber auch Wasser als lebenswichtige Ressource im Mittelpunkt stehen.

Die Unterrichtsmaterialien für die Sekundarstufen I und II sollen darüber hinaus eine konstruktive Kritik

am Verhältnis zu Arzneimitteln erzeugen. Dafür werden u.a. Materialien zur Analyse von Arzneimittelwerbung bereitgestellt. Tödlicher Mangel an Arzneimitteln in armen Ländern und krankmachender Überfluss an Medikamenten bei uns werden herausgearbeitet und im Kontext wirtschaftlicher Verflechtungen und internationaler Handelsabkommen diskutiert. Bezüge zum eigenen Medikamentenkonsum (Pillen als Life-Style-Produkte) sind hier leicht möglich. Zugleich sind Projekte zur Gesundheitsförderung von Kindern und Jugendlichen an vielen Schulen bereits fest verankert. Die Unterrichtsmaterialien der BUKO Pharma-Kampagne können hier anknüpfen.

Mitreden und handeln

Die Unterrichtsmaterialien der BUKO Pharma-Kampagne thematisieren auch Mitbestimmungsrechte von Kindern und Jugendlichen und zeigen eigene Handlungsmöglichkeiten auf. Unser Ziel ist es, nicht nur zu informieren, sondern darüber hinaus Kinder und Schulklassen zu altersgerechten Aktionen zu motivieren.

Was bieten die Materialien?

Eine umfangreiche Broschüre führt LehrerInnen jeweils ins Thema ein und enthält ausführliche didaktische Hinweise zu den einzelnen Unterrichtseinheiten. Jede der fünf Unterrichtseinheiten enthält Kopiervorlagen in schwarz-weiß mit zahlreichen Fotos und Abbildungen sowie weiterführende Informationsmedien, wie Broschüren, Power-Point-Präsentationen, Overhead-Folien oder Dias, die im Unterricht eingesetzt werden können. Die klare Gliederung der Materialien ermöglicht eine gezielte Auswahl spezifischer Inhalte und eine Anpassung an das jeweilige Leistungsniveau der Klasse. Das Konzept ist auf einen fächerübergreifenden Unterricht abgestimmt, d.h. es sind thematische Einheiten für unterschiedliche Fächer vorgesehen.

Geschichten, Portraits und Bilder von Kindern in armen Ländern werden für die Primarstufe bereitgestellt. Tödlicher Mangel und krankmachender Überfluss an Medikamenten werden darin herausgearbeitet, aber auch gesundheitsschädliche Lebensbedingungen wie der mangelnde Zugang zu Trinkwasser. Ein bei uns ausleihbarer Materialkoffer liefert zusätzlich eine Fülle von Ideen und Materialien für eine spielerische Umsetzung des Themas. Er wurde gezielt für die Nachmittagsbetreuung an Grundschulen entwickelt, ist aber auch im Unterricht einsetzbar.

Die Materialien für die Sekundarstufe I regen zusätzlich zur Auseinandersetzung mit dem persönlichen Arzneimittelkonsum an. Die Schülerinnen werden angeleitet, Arzneimittelwerbung kritisch zu hinterfragen und lernen dabei auch rechtliche Rahmenbedingungen kennen. Eine andere Unterrichtseinheit informiert sie über wasserbedingte Krankheiten wie Durchfall oder Malaria und fordert zu eindrucksvollen Wasser-Experimenten auf.

In der Sekundarstufe II werden schließlich verstärkt wirtschaftliche Verflechtungen und Abhängigkei-

ten thematisiert. Tödlicher Mangel an Arzneimitteln in armen Ländern und krankmachender Überfluss werden herausgearbeitet und im Kontext internationaler Handelsabkommen diskutiert. Vor allem das Thema Patente auf Arzneimittel und der Zugang zu Aids-Medikamenten werden hier eingehend thematisiert.

Kontakt und Bestellung:

BUKO Pharma-Kampagne
August-Bebel-Straße 62
D-33602 Bielefeld, Germany
Fon: 05 21 / 605 50
Fax: 05 21 / 637 89
Mail: info@bukopharma.de

Bundesregierung will mehr Geld für AIDS-Bekämpfung ausgeben

Worten müssen Taten folgen

Wie Ministerin Wieczorek-Zeul unserer Vertreterin auf der Welt-AIDS-Konferenz in Toronto mitteilte, wird die Bundesregierung ihre Mittel für die AIDS-Bekämpfung für 2007-2009 auf 400 Millionen Euro pro Jahr erhöhen. Davon soll 150 Millionen der globale Fonds gegen AIDS, Malaria und TB bekommen und 250 Millionen sind für bilaterale Projekte vorgesehen. 50 Millionen davon müssen die betroffenen Länder allerdings zunächst selbst aufbringen. Im Gegenzug werden ihnen dann Schulden gestrichen. Ob dies funktioniert, bleibt abzuwarten.

Wir begrüßen die Erhöhung der Gelder gegen AIDS. Jedoch müsste die Bundesregierung gemessen an der Wirtschaftskraft Deutschlands die doppelte Summe aufbringen, um ihren Verpflichtungen nachzukommen.

Frau Wieczorek-Zeul möchte die EU Präsidentschaft und den G8 Gipfel dazu nutzen, das Thema AIDS und Frauen stärker ins Blickfeld zu rücken, da 75 % aller Neuinfektionen Frauen betreffen. Der rechtliche Status von Frauen muss daher weltweit dringend verbessert wer-

den, Frauen müssen Zugang von Kondomen und Femidomen erhalten. Mikrobizide müssen dringend weiter entwickelt werden. Für die Forschung daran will die Bundesregierung eine Million Euro bereitstellen. Ein Betrag, der allerdings absolut unzureichend erscheint, um etwas zu bewirken. Wir unterstützen sehr, das Thema Frauen und AIDS ins Bewusstsein der Menschen zu rücken und fordern von der Bundesregierung mehr als Worte.

14.08.2006

Christiane Fischer / Bukopharma

Aktionsbündnis gegen AIDS zum Abschluss der Welt-Aids-Konferenz

„Time to deliver“: Menschen in armen Ländern müssen weiter warten Vielversprechende Ansätze scheitern an Geld und politischer Unterstützung

Die BUKO Pharma-Kampagne macht als Mitglied des deutschen Aktionsbündnisses gegen AIDS auf die Ergebnisse der Welt-Aids-Konferenz in Toronto aufmerksam.

Toronto, 18. August 2006: Heute endet in Toronto/Kanada die 16. Welt-Aids-Konferenz.

„WissenschaftlerInnen, SozialarbeiterInnen und Betroffene haben viele erfolgversprechende

Ansätze und Erfahrungen präsentiert. Es ist jedoch ein Schlag ins Gesicht der Armen, dass diese Konferenz ohne ausreichende Finanzierungszusagen endet“, sagte Olaf Hirschmann, Aids-Berater bei Brot für die Welt und Sprecher des Aktionsbündnisses gegen AIDS. Während im vergangenen Jahr weltweit rund acht Milliarden US-Dollar für die Aids-Bekämpfung zur Verfügung stan-

den, geht UNAIDS für 2007 von einem Finanzbedarf in Höhe von 18,1 Milliarden US-Dollar (14 Milliarden Euro) aus. Wir haben es also mit einer Finanzierungslücke in Höhe von 10 Milliarden US-Dollar zu tun. „Dass die Entwicklungsministerin den deutschen Beitrag auf 400 Millionen Euro pro Jahr erhöhen möchte, war längst überfällig. Um die Aids-Pandemie in den Griff zu bekom-

men, sollte die Bundesregierung allerdings 800 Millionen Euro in den Entwicklungshaushalt 2007 einplanen.“

Angesichts der steigenden Neuinfektionsraten bei Frauen und Mädchen wurde die Notwendigkeit, spezifische Präventionsmethoden zu entwickeln, in vielen Veranstaltungen thematisiert. „Ob Femidome und Mikrobizide für Frauen und Mädchen weltweit verfügbar werden, hängt auch davon ab, wie die reichen Länder und die forschende Pharmaindustrie diese Initiativen unterstützen“, sagte Hirschmann. Die ersten Ergebnisse aus klinischen Studien in Südafrika werden nächstes Jahr vorliegen. Mikrobizide sollen bereits bekannte Präventionsmethoden ergänzen. „Wenn Mikrobizide in fünf bis sieben Jahren zugänglich sind, muss ihr Einsatz mit weiteren Präventionsmaßnahmen gekoppelt werden. Nicht zuletzt müssen wir auch die Männer schulen, um die gesellschaftliche Akzeptanz aller Präventionsmaßnahmen zu erreichen“, kommentierte Hirschmann.

Zur Behandlung von Kindern begrüßt das Aktionsbündnis gegen AIDS die wasserlösliche Minitablette des indischen Generikaherstellers Ranbaxy. Das Einstiegsmedikament

ist von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) genehmigt und soll zum Preis von ca. 60 US-Dollar pro Jahr für ein Kind verkauft werden. „Das indische Beispiel zeigt, dass die günstige Herstellung von Kinderdosierungen möglich ist,“ sagte Christiane Fischer, Vertreterin der BUKO-Pharmakampagne im Aktionsbündnis gegen AIDS. „Forschende Pharmaunternehmen haben nun keine Entschuldigung mehr, nicht auch neuere Medikamente als Minitablette für Kinder in armen Ländern herzustellen.“ Bislang stehen anerkannte Kinderdosierungen ausschließlich als bittere Säfte zur Verfügung. Diese müssen gekühlt werden, was den Einsatz in tropischen Entwicklungsländern nahezu unmöglich macht.

Für die nachhaltige Behandlung in Entwicklungsländern ist es entscheidend, ob sie die Schutzklauseln des internationalen Patentrechtes praktisch anwenden können. Das aktuelle Beispiel der kanadischen Regierung und des kanadischen Pharmaunternehmens Apotex hat gezeigt, dass die bisherige Regelung der Welthandelsorganisation nicht funktioniert. Kanadas Patentrecht ermöglicht seit 2005 den Export patentgeschützter generischer Medikamente in arme Länder. Das erste Medikament, das unter dieser Rege-

lung produziert wurde, ist seit 10. August 2006 von der WHO genehmigt. Die komplizierten Anforderungen der Welthandelsorganisation verhindern jedoch, dass das Medikament in ärmere Länder exportiert wird. „Die Regelung, die eingesetzt wurde, um die öffentliche Gesundheit in Entwicklungsländern zu schützen, dient bislang vor allem den Interessen der forschenden Pharmaindustrie. Wir wissen nun, dass der TRIPS-Kompromiss nicht funktioniert. Wenn die Bundesregierung den Medikamentenzugang für ärmere Länder wirklich unterstützen möchte, sollte sie sich für die grundlegende Revision des faulen TRIPS-Kompromisses einsetzen“, sagte Fischer.

Das Aktionsbündnis gegen AIDS ist ein Zusammenschluss von 100 zivilgesellschaftlichen und kirchlichen Organisationen der Aids- und Entwicklungszusammenarbeit sowie mehr als 270 lokalen Basisinitiativen in Deutschland. Gemeinsam appellieren sie an die Pharmaindustrie und die Bundesregierung, ihrer Verantwortung im weltweiten Kampf gegen HIV/Aids gerecht zu werden.

Pressekontakt:

Aktionsbündnis gegen AIDS Katja Roll E-Mail: roll@aids-kampagne.de Tel.: 0049 (0)176 – 2419 48 98

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 480 501 61) · Konto: 105 601 · Spendenkonto: 105 627

Zum Tarifabschluss für Ärzte durch den Marburger Bund (mb)

Deutschland bleibt ein unattraktiver Arbeitsplatz für Ärztinnen und Ärzte

Nach langem Streik und zähen Verhandlungen hat der *Marburger Bund* (mb) für die Ärzte an Universitätskliniken einen eigenständigen *Tarifvertrag mit der Tarifgemeinschaft der Länder* (TdL) abgeschlossen. Die Ärzte der Universitätsklinik haben sich mit großem Engagement nicht nur für eine Verbesserung ihrer Bezahlung sondern auch für bessere Arbeitsstrukturen an den Universi-

tätskliniken eingesetzt. Obwohl das jetzt erreichte Ergebnis weit hinter die Erwartungen der Mitglieder zurückfällt, ist die Annahme des Angebots wohl zu erwarten.

Das wesentliche Ergebnis dieses Tarifabschlusses ist die Tatsache, dass der mb jetzt als eigenständiger Tarifpartner anerkannt wird. Des weiteren ist Deutschland jetzt –



dank ver.di und dank des mb! – das Land in Europa, das mit die längsten Wochenarbeitszeiten für Ärzte

(42 Stunden) vorsieht. Eine Angleichung von Ost- und Westgehältern fand nicht statt. Berufseinsteiger werden nicht besser vergütet. Ansonsten hat der Abschluss nur Spuren und Wunden hinterlassen.

Der Abschluss des mb ist praktisch wortgleich mit dem Abschluss, den ver.di am 19. Mai 2006 mit der TdL abgeschlossen hat. Allenfalls ist das frühere Inkrafttreten am 1. Juli (anstatt wie bei ver.di am 1. November) zu erwähnen. Von den einstmals geforderten 30 Prozent Lohnerhöhung ist nichts geblieben. Auch die jetzt in der Presse verkündete 20-prozentige Erhöhung ist ein Taschenspielertrick: Sie bezieht eine Verlängerung der Wochenarbeitszeit um 3,5 Stunden sowie den Wegfall von Weihnachts- und Urlaubsgeld in das Monatsentgelt ein. Wie hoch die Erhöhung nun wirklich ausfällt, lässt sich heute noch nicht sagen, es muss aber bedacht werden, dass viele der Kollegen noch nach den alten – und viel besseren! – BAT-Verträgen bezahlt werden. Für diese Kollegen dürfte es keine wesentliche Gehaltszunahme geben.

Die Beschäftigten der Universitätskliniken werden sich fragen, warum sie für einen inhaltsgleichen Abschluss vier Wochen länger streiken und damit ganz erhebliche Einkommenseinbußen in Kauf nehmen mussten. Der vdää vertritt die Auffassung, dass die Beschäftigten eines Betriebes durch eine Organisation vertreten sein sollten. Dies schließt natürlich die berufsständische Organisation einzelner Gruppen nicht aus, doch sollten in Tarifkonflikten alle Beschäftigten einheit-

lich vertreten werden. Selbstverständlich entspricht es nicht den Tatsachen, dass der mb die einzig legitimierte Gewerkschaft der Krankenhausärztinnen und –ärzte ist, auch wenn er sicher die Mehrheit der Ärztinnen und Ärzte im Krankenhaus vertritt. Auch hat sich ver.di nicht bemüht, für die Ärzteschaft ein einheitliches Auftreten zu finden.

Die Ärzte der Universitätskliniken haben in den vergangenen Wochen eine nicht erwartete Ausdauer und eine bewundernswerte Kreativität in ihren Aktionen gezeigt. Sie haben in dieser Zeit auf nicht unwesentliche Anteile ihres Gehaltes verzichtet. Es hat aber auch elitäre Abgrenzungen zu anderen Arbeitsbereichen, z. B. der Pflege gegeben.

Von den erhofften Strukturverbesserungen sind nur Absichtserklärungen im Tarifabschluss enthalten – die Poolbeteiligung hat nach „transparenten Grundsätzen“ zu erfolgen, Erstverträge sollen „möglichst“ eine Laufzeit von „mindestens zwei Jahren“ haben (wortgleich ver.di und mb). Von Chefärzthierarchie und Liquidationsrecht ist nicht die Sprache. Drei Tage bezahlte Fortbildung an Universitäten anzubieten ist ein Hohn für alle wissenschaftlich tätigen Ärzte. Fortbildung findet heute auf nationaler und internationaler Ebene statt, da decken drei Tage nicht einmal einen Kongressbesuch (dessen Kosten wohl auch nicht vom Arbeitgeber zu tragen sind!). Im Gegenteil: die Zementierung auf drei bezahlte Tage wird die Verwaltungen von der bisher häufig geübten Praxis abbringen, auch längere Kongressaufenthalte zu genehmigen.

Was bleibt nach dem Tarifabschluss, ist eine Spaltung der Beschäftigten der Unikliniken. Schon jetzt stellt ver.di für den mb und umgekehrt der mb für ver.di häufig den Hauptgegner in der Auseinandersetzung dar. Konflikte mit dem Pflegebereich sind vorprogrammiert. Es bleibt fraglich, ob der mb ohne Streikkasse und entsprechender Infrastruktur zukünftige Konflikte durchhalten kann.

Der vdää stellt fest: Der mb hat durch den Tarifabschluss seine hochgesteckten Ziele bei weitem nicht erreicht. Für Kolleginnen und Kollegen, die ihre Arbeitsverträge nach Kündigung des BAT abgeschlossen haben, wurden – ebenso wie beim ver.di-Abschluss – Verbesserungen erreicht. Der Berufsdienst wird zukünftig weitaus besser als bisher vergütet (gleiche Formulierung ver.di und mb). Der mb hat einen fast wort- und inhaltsgleichen Abschluss wie ver.di ausgehandelt. Als einzigen Erfolg kann der mb seine Anerkennung als Tarifpartner verbuchen. Dafür hat er das Vertrauen seiner Mitglieder auf eine starke Probe gestellt.

Der Beruf eines Klinikarztes ist in Deutschland im internationalen Maßstab weiterhin unattraktiv. Deutschland hat in der EU mit die längsten Arbeitszeiten für Klinikärzte. Der vdää fordert mb und ver.di auf, Verhandlungen aufzunehmen, um in kommenden Auseinandersetzungen wieder gemeinsam und nicht gegeneinander die Interessen der Ärzteschaft zu vertreten.

München, den 19.6.06
Prof. Wulf Dietrich
Vorsitzender des vdää

Gesundheitsreform lässt Bürger weiter bluten

Die vorgelegten Eckpunkte zur Gesundheitsreform der großen Koalition lehnt der Verein demokratischer Ärztinnen und Ärzte (vdää) in großen Teilen ab und sieht darin eine Fortführung des bereits von der rot-grünen Koalition eingeschlagenen Wegs der Abkehr von der paritätischen Finanzierung der GKV.

Die beiden großen so genannten Volksparteien (CDU/CSU und SPD) sind sich in den vorgelegten Eckpunkten grundsätzlich einig. Arbeitnehmer, Rentner und Kranke werden durch die geplante Gesundheitsreform weiter zur Kasse gebeten. Für diesen Plan ist die Einführung des Gesundheitsfonds ein wichtiger Baustein. Die Versicherten

müssen demnach weiter bluten – ausgenommen werden wieder einmal die Unternehmer. Bei dem vorgeschlagenen Gesundheitsfonds bleiben in der Finanzierung die Privatversicherten vollkommen außen vor. Sie werden durch die Steuerfinanzierung der Kinder sogar noch entlastet. Kein Wort mehr von Seiten der SPD, die die Bürgerversiche-

rung im Wahlkampf vertreten hat und mit dem Anspruch, die PKV in die solidarische Finanzierung bzw. den geplanten Fonds einzubeziehen, in die Verhandlungen gegangen ist. Dem geplanten Gesundheitsfonds in dieser Form erteilt der vdäa eine klare Absage. Hier wird ohne Not eine neue Megabehörde aufgebaut, die die strukturellen Probleme des Gesundheitswesens nicht beheben kann. Das Fondskonzept hebt die Grundsätze der solidarischen Finanzierung aus. Hinter dem Fonds versteckten sich eingefrorene Arbeitgeberanteile und die Idee der Kopfpauschale. Wenn Kassen die geplanten Kopfpauschalen einführen müssen, werden die unteren Einkommensgruppen überproportional belastet.

Die angekündigten Beitragserhöhungen wären überflüssig, wenn die Regierung auf die Anhebung der Mehrwertsteuer für Arzneimittel und die drastischen Kürzungen des Bundeszuschusses für versicherungsfremde Leistungen verzichten würde. Der groß angekündigte Ein-

stieg einer höheren Steuerfinanzierung in den Gesundheitsfonds ist wieder fallen gelassen worden. Stattdessen wird der Bundeszuschuss in 2007 um 2,7 Milliarden Euro gekürzt. Zusätzlich schlägt mit 800 Millionen Euro die Erhöhung der Mehrwertsteuer zu Buche. Über die Kassenbeiträge müssen die Versicherten wieder einmal zur Sanierung des Haushalts beitragen.

Der vdäa fordert deshalb: Es wird Zeit, dass die Regierung mit der Lohnnebenkostenlüge aufhört und die Arbeitgeber wieder mindestens die Hälfte der Krankenkassenbeiträge bezahlen! Es kann nicht sein, dass in Zeiten höchster Unternehmensgewinne und sinkender Real-löhne die paritätische Finanzierung des Gesundheitssystems endgültig aufgegeben wird. Keine Gesundheitsreform auf Kosten der Armen und Kranken. Kostensteigerungen im Gesundheitswesen müssen gemeinsam finanziert und Privatversicherung integriert werden. Bürgerinnen und Bürger mit höhe-

ren Einkommen müssen ihren Beitrag leisten. Auch in der GKV zahlen Besserverdienende bisher prozentual weniger als Bürgerinnen und Bürger mit niedrigem Einkommen. Solidarität hat keine Einkommensgrenze, darum muss diese Ungleichheit beendet und die Beitragsbemessungsgrenze aufgehoben werden. Eine gerechte Finanzierung des Gesundheitswesens kann es nur mit einer Solidarischen Bürgerinnen- und Bürgerversicherung geben.

Zusammenfassend muss festgehalten werden, dass diese Bundesregierung sich außerstande zeigt, eine sozial ausgewogene und nachhaltige Gesundheitsreform zu entwerfen. Die jetzt vorgestellten Eckpunkte sind schamlos arbeitgeberfreundlich und verschieben die Kosten in noch nie gekanntem Ausmaß auf die Arbeitnehmer, Versicherten und Kranken!

München, den 10.07.2006
Dr. Gerhard Schwarzkopf-
Steinhauser
(stellvertr. Vorsitzender des vdäa)

Zum Tarifabschluss zwischen *Verband kommunaler Arbeitgeberverbände (VKA)* und dem *Marburger Bund*

Der *Verein demokratischer Ärztinnen und Ärzte* ist erleichtert, dass endlich ein Tarifabschluss für die kommunalen Krankenhäuser gefunden wurde und die Streikmaßnahmen zu Ende gehen. Wir stellen aber fest, dass mit dem Tarifabschluss die längst fälligen Strukturveränderungen im ärztlichen Bereich weder problematisiert noch gelöst wurden.

Zur Einschätzung des Abschlusses von VKA und MB stellen wir fest, dass gegenüber dem Abschluss von ver.di mit dem VKA vom 1. August kaum ein Unterschied zu erkennen ist. Nahezu identisch mit dem Tarifvertrag von ver.di war auch schon der Tarifvertrag, den der MB mit den Ländern abgeschlossen hat. Worum es dort vorrangig ging und jetzt wieder geht, ist, dass unter dem Tarifvertrag die Unterschrift des MB steht und dass der MB als eigenständige Gewerk-

schaft der Ärzte in die Öffentlichkeit tritt. Eigenständige Inhalte scheint er aber nicht abschließen zu können, dafür sind die Unterschiede zu ver.di zu gering.

Für die Zukunft besteht aus unserer Sicht die Gefahr, dass es zu einer weiteren Entsolidarisierung der Arbeitnehmerschaft kommen wird, wenn das Beispiel der Ärzte nach dem der Piloten und der Beschäftigten der Flugsicherung Schule machen wird und es zu weiteren Tarifverhandlungen von Beschäftigten in Schlüsselpositionen in anderen Bereichen kommen wird.

Früher – in klassischen Arbeitskämpfen im öffentlichen Dienst – haben dies die Müllarbeiter und Beschäftigten im Personennahverkehr übernommen, die bei weitaus niedrigeren Einkommen aber aus gesellschaftlichen Schlüsselpositionen

heraus gestreikt haben. Diese Streiks waren zu keinem Zeitpunkt unsolidarisch. Andere Beschäftigte in der derselben Tarifgemeinschaft, insbesondere die mit höheren Einkommen haben meist bei den prozentualen Gehaltssteigerungen, überproportional profitiert.

Wir fordern daher den MB auf, möglichst bald in die Tarifgemeinschaft mit ver.di zurückzukehren. Wir sehen die Gefahr, dass getrennte Verhandlungen, insbesondere ohne die anderen Beschäftigten in den Krankenhäusern, zu einer weiteren Entsolidarisierung und Schwächung der Beschäftigten für zukünftige Tarifaufinandersetzungen führen wird.

München, den 20.08.2006
Dr. Gerhard Schwarzkopf-
Steinhauser
(Stellv. Vorsitzender des vdäa)

Presseerklärung des *Vereins Demokratischer Ärztinnen und Ärzte* zur Privaten und Gesetzlichen Krankenversicherung

Etwa 90 Prozent der Bevölkerung sind in der Gesetzlichen Krankenversicherung und etwa 8 Prozent in der Privaten Krankenversicherung versichert.

Unter Kriterien der Egalität ist diese institutionalisierte Zweiklassenmedizin der größte Skandal im bundesdeutschen Gesundheitswesen. Die Versorgung der beiden Versicherungengruppen ist deutlich unterschiedlich: Nicht nur bei Wartezeiten und der emotionalen Zuwendung durch die Ärzte werden spürbare Unterschiede gemacht, sondern auch bei der Diagnostik und Therapie.

Gesetzlich Krankenversicherte erhalten beispielsweise nur noch in Ausnahmefällen Physiotherapie, Akupunktur oder Homöopathie. Moderne medizintechnische Verfahren wie Kernspintomographie, Positronenemissionstomographie oder virtuelle Angiographie werden deutlich seltener angewendet. Die längeren Wartezeiten vor notwendigen Krankenhausaufenthalten können im Einzelfall entscheidend für Tod oder Leben sein.

Die ebenfalls deutlich höhere Zahl von Operationen, wie z. B. Entfernung der Gebärmutter zeigt, dass

diese Bevorzugung nicht immer zum Vorteil der Patienten ist, aber immer zum finanziellen Vorteil der Ärzte.

Oberstes Ziel einer Reform muss deshalb sein, den Anreiz zu beseitigen, an einer Patienten/Versichertengruppe mehr Leistungen zu erbringen als an einer anderen, weil bei gleichem Aufwand und gleicher Leistung das Honorar / der Gewinn mehr als doppelt so hoch ist. Dies ist die zentrale Ursache der existierenden Zweiklassenmedizin.

Wir wissen, dass für Ärzte und Krankenhäuser die Einkünfte aus der Privaten Krankenversicherung in die Kalkulationen einfließen. Auch im Krankenhaus profitieren nicht nur Chefarzte von der Privatliquidation, sondern auch alle Ärzte über den sog. Pool. Das sich daraus ergebende Interesse am Erhalt der Privaten Krankenversicherung kann aber nicht zur Grundlage eines solidarischen Gesundheitswesens gemacht werden. Versorgungsgerechtigkeit allein muss Ziel jeder Reform sein.

Dabei sind auch andere Klassenunterschiede und damit Diskriminierungen einer Gruppe zu beseitigen:

- Das Fehlen einer beitragsfreien Mitversicherung von Familienangehörigen ohne eigenes Einkommen in der Gesetzlichen Krankenversicherung benachteiligt die Privat Versicherten. Beide Versicherungsformen sind hier gleichzustellen.
- Da die beitragsfreie Mitversicherung von nicht erwerbstätigen Hausfrauen nicht mehr dem erreichten Familienbild entspricht, ist sie durch eine eigene Versicherungspflicht zu ersetzen.
- Da die Versicherung von Kindern im Interesse der Allgemeinheit liegt, ist diese beitragsfreie Mitversicherung über Steuergelder / Steuererhöhung zu finanzieren.
- Es sind gleiche Grundstandards für den Leistungsumfang in allen Kassenarten (etwa in Anwendung der Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses) anzusetzen.

Offenbach, den 26.08.2006
Winfried Beck

VDÄÄ
Geschäftsstelle (**neue Adresse!**)
Nadja Rakowitz

Kantstraße 10
63477 Maintal
Telefon 06181 – 432 348

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

„Unlautere Werbe-Aktionen für Levitra sofort stoppen!“

Potenz-Pille an Fußballfans verteilt – brasilianische Behörden ermitteln

Der BAYER-Konzern lässt in Rio de Janeiro Proben seines Potenz-Mittels Levitra an Fußballfans verteilen. Brasilianische Gesundheitsbehörden kritisieren die Aktion, da das Präparat ohne medizinische Aufsicht ausgegeben wird. Dem Unternehmen droht eine Strafe von 1,5 Millionen Real (600.000 Euro).

Philipp Mimkes von der *Coordinati-on gegen BAYER-Gefahren*: „BAYER muss diese unlauteren und gefährlichen Werbe-Aktionen sofort unterbinden. Die Einnahme von Levitra kann schwere Nebenwirkungen verursachen. Es ist absolut unverantwortlich, ein Medikament wie Lutschbonbons unter die Leute zu

bringen“. Die Einnahme von Levitra kann zu Kopfschmerzen, Verdauungsproblemen und in schweren Fällen zu Erblindung führen.

Die Verkaufserlöse von Levitra bleiben weit hinter den Erwartungen zurück. Prognostiziert wurden einst eine Milliarde Euro jährlich, im ver-



gangenen Jahr waren es gerade einmal 260 Millionen Euro. BAYER reagiert darauf mit dubiosen Werbe-Kampagnen, die bereits in mehreren Ländern verboten wurden. „Die Aktionen in Brasilien zeigen einmal mehr, dass Werbung für Pharmazeutika streng reglementiert und größtenteils verboten werden

muss. Die Information über Medikamente gehört in die Hände von Ärzten und unabhängigen Prüfern – nicht in die der Verkäufer“, so Mimmkes weiter.

Erst kürzlich hatte BAYER in Australien nach Protesten von Ärzten eine Marketing-Kampagne für Levitra stoppen müssen. Im vergangenen Jahr musste der Konzern in den USA eine TV-Werbung für das Präparat wegen irreführender Angaben und fehlender Warn-Hinweise stoppen. Auch in Deutschland behilft sich BAYER zweifelhafter Marketing-Methoden: so wurde über das unseriöse „Institut für Gesundheitsberatung“ die sogenannte „Levitra-Studie“ verbreitet, die in der irrsinnigen Aussage gipfelte, dass „Potenzprobleme in Deutschland über 60 Milliarden Euro Schaden verursa-

chen“. In Broschüren, mit denen Pharmareferenten über neue Produkte informieren, stellte BAYER die schnelle und lange Wirksamkeit von Levitra heraus - verschwieg aber, dass sich diese Aussage auf Tests mit betäubten Hasen bezog.

Hubert Ostendorf von der *Coordination gegen BAYER-Gefahren* kritisiert die Flut sogenannter „Lifestyle-Medikamente“ grundsätzlich: „Während jede Bagatelle zum profitträchtigen Makel erklärt wird, fordern Krankheiten wie Malaria und Bilharziose Millionen von Opfern. Die Pharmamultis arbeiten nicht gegen die Geißeln der Menschheit, sondern nur für ihre Dividende“, so Ostendorf.

Presse-Info vom 19. Juni 2006

Coordination gegen BAYER-Gefahren e.V.
CBGnetwork@aol.com
www.CBGnetwork.de

Tel: 0211-333 911
Fax: 0211-333 940
Der Verein erhält keinerlei öffentliche Unterstützung und ist dringend

auf Spenden angewiesen
Spenden bitte an: Konto 17 96 12
bei Ökobank Frankfurt,
BLZ 500 901 00

Der nächste VDPP-Rundbrief erscheint Anfang Dezember 2006.

Redaktionsschluss ist am 30. November 2006.



Der Vorstand

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

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

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

Adressen der regionalen Kontaktpersonen

Baden-Württemberg
siehe Hessen

Bayern
siehe Hessen

Berlin

Dr. Regina Schumann
Halskestraße 4
12167 Berlin
Telefon 030 7951471
sander.schumann
@gmx.de

Brandenburg
siehe Berlin

Bremen

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

Hamburg

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

Hessen

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

*Mecklenburg-
Vorpommern*
siehe Hamburg

Niedersachsen

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

Nordrhein-Westfalen

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

Rheinland-Pfalz
siehe Hessen

Saarland
siehe Hessen

Sachsen

Dr. Kristina Kasek
Goldacherstraße 7
04205 Miltitz
Telefon 0341 9405732

Sachsen-Anhalt
siehe Niedersachsen

Schleswig-Holstein
siehe Hamburg

Thüringen
siehe Hessen