

VDPP • RUNDBRIEF

20. Jahrgang

12 / 2008

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
72 INHALT

Elektronische Gesundheitskarte: Qui bono?

Europäische Arzneimittelrichtlinie

Einreise nur mit Gentest?

EDITORIAL

Liebe Leserinnen und Leser,

besonders dick ist dieser Rundbrief nicht, dafür aber erscheint er halbwegs pünktlich. So könnte es im kommenden Jahr auch weitergehen, der Verein hat sich ja einige Aktivitäten vorgenommen.

Schon im Januar treffen sich alle Interessierten in Berlin zum Programm-Seminar.

Schon vorher kann der Entwurf in unserer Mailingliste diskutiert werden, meldet euch einfach an durch eine E-Mail an vdpp-d-subscribe@yahooogroups.de.

Das Titelbild hat Uschi Blöcker während ihres Urlaubs in Lübbecke im Spreewald aufgenommen. Wenigstens war es keine Sackgasse.

Viel Spaß beim Lesen wünscht
das Redaktionsteam

*Redaktionsschluss für den
VDPP-Rundbrief Nr. 73:
28. Februar 2009*

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: geschaefsstelle@vdpp.de, URL: <http://www.vdpp.de>, Bankverbindung: Postbank Berlin, BLZ 100 100 10, Konto 200 47 - 105

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

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

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

INHALT

Grußwort des Vorstands		Dritte Welt, Entwicklungs- länder und HIV/AIDS	
Thomas Schulz	3	Christl Trischler	16
Vom Pilger Bernd		DOKUMENTATION	
Bernd Rehberg	4	Commissioner Verheugen opens Pandora's box	
eGK – Qui bono?		beuc	17
Florian Schulze	6	Tödlicher Brechmitteleinsatz durch Polizeiarzt bleibt straffrei	
Vorstand 5. Oktober 2008		vdää	17
Katja Lorenz	9	Impfstoff gegen AIDS	18
Offener Brief an Barroso	10	Bezahlbare Arzneimittel für Entwicklungsländer	
Einreise nur mit Gentest?	12	BUKO Pharmakampagne	19
Gesetzesvorschlag zur europäischen Arzneirichtlinie		Bekämpfung von Antibiotika-Resistenzen	20
Thomas Schulz	13	Prävention ist bester Schutz	
Kooperationsvertrag der Uniklinik Köln mit Bayer	13	vzbv	21
TERMINE	14	Keine E-Card-Lesegeräte in unsere Praxen!	
BUCHBESPRECHUNGEN		IPPNW	23
Patienten, Patente und Profite			
Jana Böhme	15		

Grußwort des Vorstands

Liebe Leserinnen und Leser,

kurz vor Weihnachten bringen wir euch mit dem neuen Rundbrief die aktuellen Nachrichten aus dem VDPP ins Haus. Mindestens die folgenden zwei Projekte werden das Jahr 2009 kennzeichnen: Die Programmdiskussion und die Zwanzigjahrfeier! Den aktuellen Programm-entwurf habt ihr in den letzten Tagen per Post erhalten. Außerdem ist er im internen Bereich unserer Homepage zu finden. Die Newsgroup zur Programmdiskussion ist freigeschaltet. Hier müsst ihr euch – wie in der E-Mail beschrieben – nur anmelden, dann könnt ihr eure Kommentare einsenden und die der anderen Mitglieder lesen und ggf. kommentieren. Wir sind sehr gespannt, wie ihr zu dem Entwurf steht und hoffen, dass die vielfältigen Diskussionsmöglichkeiten rege genutzt werden. Das Programmseminar wird dann Ende Januar in Berlin stattfinden und dort den Beschlussentwurf für die Mitglieder-versammlung vorbereiten.

Für die Jubiläumsfeier in Hamburg laufen die Vorbereitungen gut an. Es wird eine schöne Gelegenheit zum Feiern, zur Rückschau aber auch zur Vorausschau geben. In den zurückliegenden Jahren haben wir uns als VDPP immer wieder eingemischt und werden es auch in Zukunft tun.

Wer hätte vor einem Jahr gedacht, dass die Vordenker des Neoliberalismus, die die Rolle des Staates auf die des Nachtwächters reduzieren wollten, im Herbst 2008 auf einmal unter den großen Schirm des Staa-

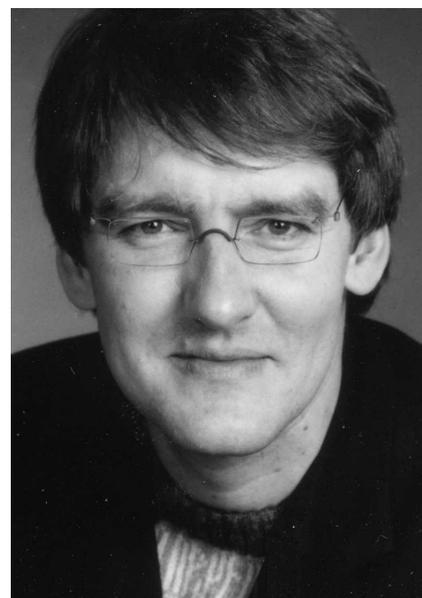
tes flüchten. In den USA erlebten wir sogar gigantische Verstaatlichungen.

Diese Entwicklungen sollten uns Kraft geben für den Kampf gegen die Personen und Institutionen, die das deutsche Gesundheitssystem mit aller Kraft auf Wettbewerb und Rendite bürsten wollen. Birgit Bender fragte einmal zurück, als ich in einer Diskussion die Kommunalisierung von Apotheken als Alternative zur Bildung von multinationalen Großkonzernen einbrachte: Wer soll das denn bezahlen? Jetzt sehen wir, der Staat ist fähig, unglaubliche Mengen Geld bereit zu stellen, wenn das Projekt für wichtig genug angesehen wird. Es sollte daher unser Ziel sein, der Öffentlichkeit klar zu machen, wie wichtig ihr eine gute Arzneimittelversorgung sein sollte. Hier sollten wir in unserem Programm klare Aussagen machen, was wir wollen und wie wir dieses Ziel erreichen können. Aus meiner Sicht kann das Ziel nicht die Verteidigung der bisherigen inhabergeführten Apotheke sein. Die Mängel dieses Systems kennen wir schließlich gut genug und sie haben uns vor 20 Jahren mit zur Gründung des VDPP veranlasst.

Zum Schluss noch einmal ein Blick in die USA: Wir haben dort verfolgen können, wie sich Barack Obama mit einer unglaublichen Unterstützung der sogenannten kleinen Leute erst die Kandidatur der Demokraten erkämpfte und dann sogar den Einzug ins Weiße Haus schaffte. Nach acht Jahren Bush-

Präsidentschaft schaue ich endlich wieder erwartungsvoll in die USA und hoffe, dass meine Erwartungen nicht enttäuscht werden. Ehrlich gesagt verspüre ich mehr Optimismus, wenn ich in die USA schaue, als wenn ich mir das Wahljahr 2009 vorstelle. Ein Regierungsprojekt, das die Aufbruchstimmung von Barack Obama verkörpern könnte, sehe ich in Deutschland derzeit nicht einmal in Umrissen. Aber in einem Jahr kann sich viel ändern, wie wir 2008 lernen konnten. Schauen wir einmal, was wir gemeinsam im Jahr 2009 bewegen werden. Ich wünsche uns allen eine besinnliche Adventszeit, frohe Weihnachten und ein gutes Jahr 2009.

Thomas Schulz
für den VDPP-Vorstand



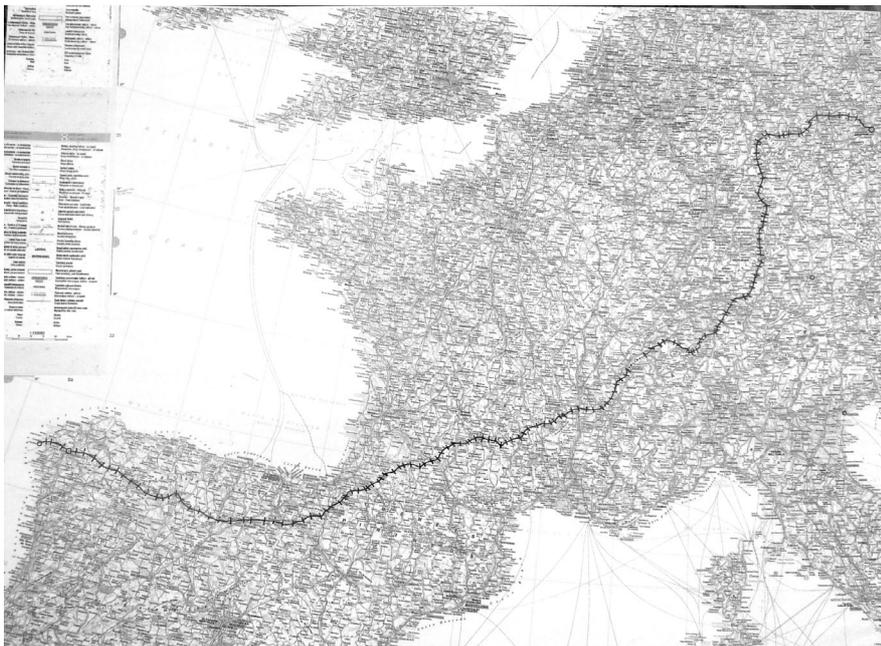
VDPP-Programmseminar

24. und 25. Januar 2009
im Neuen Stadthaus,
Parochialstraße 3,
10179 Berlin



Ein Grußwort spezial vom Pilger Bernd

von Bernd Rehberg



Hape sagt: „Ich bin dann mal weg“, Rainer sagt: „Ich muss dann mal weg“, und ich sage: „Ich war dann mal weg.“

Ja, ich war weg. 160 Tage quer durch Europa – zu Fuß. Von Dresden bis zum Kap Finisterre. Dreitausendundzweihundert Kilometer. Wenn ich mir das heute auf der Karte anschau, kann ich es selber kaum fassen!



Rainer Schimmel, ein entfernter Freund und Buchhändler aus Uelzen, hat seine Buchhandlung vor anderthalb Jahren verkauft. Er wollte immer schon einmal den „Ökumenischen Pilgerweg“ gehen, der von Görlitz nach Vacha in der Rhön führt. Als er sich damit beschäftigt hat und sich den Weg auf der Landkarte angesehen hat, kam der „Forrest-Gump-Effekt“ – dann kann ich ja auch noch bis zum Bodensee gehen. Na und wenn ich da schon bin, locken die Schweizer Berge. Und da ist doch der spanische Camino de Compostela, von dem habe ich doch schon soviel gehört – das könnte man doch mal machen –

man braucht doch nur noch Frankreich zu durchqueren und ist schon an den Pyrenäen. Wie lange braucht man wohl? Ein halbes Jahr?

Sommer 2007. Er erzählt das, ich höre das und sage: „Da komme ich mit“. Wir sind beide überrascht als die Worte gefallen sind. „Das meinst du doch nicht im Ernst?“ „Hmm hmm, doch, doch. Aber wenn, dann sofort. Noch bin ich fit und könnte es schaffen, wer weiß, wie das in zwei Jahren aussieht.“ Am meisten geplättet war Heidrun, seit 20 Jahren meine Lebensgefährtin. Sie konnte vor Erstaunen gar nichts sagen, und das war ihr Fehler, denn dadurch hatte sie zugestimmt!

Rainer ist Wanderführer und ging an die Arbeit. Weihnachten 2007 war die Strecke ausgearbeitet und am 1. Mai 2008 ging es tatsächlich los.

Wenn man sein Unternehmen verkauft, braucht man für die gesamte Abwicklung gut anderthalb Jahre. So ist es mir auch mit meiner Neptun-Apotheke gegangen. Und da hat Rainer gesagt: „Ich muss dann mal weg.“ Lebensplanung, neue Perspektiven, was bedeuten mir meine Freunde (er ist glücklich geschieden), bleibe ich in Uelzen, oder soll ich nicht doch nach Amerika gehen? Jetzt stehen mir alle Möglichkeiten offen – was mache ich damit, wie entscheide ich mich.





ich aus diesem Leben heraustrete und offen bin für alles, was auf mich zukommt. Gibt es in meinem Innersten Verkümmertes, Verschüttetes, was in diesem Korsett nicht hochkommen konnte? Ich bin 65 Jahre alt: Entweder jetzt oder ich werde es nie erfahren! Diese Chance mit Rainer muss ich packen und ich habe sie gepackt. Ich bin den Weg gegangen – kein Auto, kein Taxi, kein Bus, keine Bahn – nur dreimal Schiff über den Bodensee, den Vierwaldstättersee und den Thursee.

Ich hatte meine Apotheke vor fünf Jahren verkauft und dachte: Jetzt habe ich Zeit, jetzt kann ich alle die Dinge umsetzen, die ich immer schon mal mehr machen wollte – denn mein Leben total umkrempeln wollte ich nie. Ich habe den Umgang mit den Kunden, die Beratung, in der Apotheke immer sehr genossen. Ich wollte nie auf mein Tennis mit meinen Freunden und nie auf das Reiten mit meinen lieb gewonnenen Pferden verzichten. Nur, ich hatte die Hoffnung auf ein Mehr an Freiräumen, auf mehr Zeit für neue Aktivitäten. Tja, nichts ist daraus geworden. Ich habe die Hektik reduziert, mir etwas mehr Zeit gelassen und schon war die „Mehrzeit“ weg!



„bin kaum da, muss ich fort, hab mich niemals deswegen beklagt, hab es selbst so gewählt, nie die Jahre gezählt ...“

Hier möchte ich erst einmal aufhören. Vielleicht gibt es ja eine Fortsetzung.

Ich war wieder im Korsett meiner Zeitplanung. Wie sagt Hannes Wader in „Heute hier, morgen dort“:

Und doch, ich muss mal raus, raus aus dem Korsett. Ich wollte sehen, was passiert mit mir, wenn

Euer Pilger Bernd



Elektronische Gesundheitskarte

Qui bono?

von Florian Schulze



Die Geschichte der Elektronischen Gesundheitskarte ist eine Geschichte der enttäuschten Erwartungen. Und schuld an allem sind die Persönlichkeitsrechte der Versicherten – die verfassungsrechtlich geforderte Freiwilligkeit der Datenspeicherung sowie der Schutz der gespeicherten Daten vor unbefugtem Zugriff.

Die Erwartungen, niedergelegt in § 291a SGB V und den entsprechenden Ausführungsverordnungen sowie den Beschlüssen der Betreiberorganisation gematik sowie vollmundigen Ausführungen des BMG, waren weit gesteckt. Demnach sollen sich durch vermiedene Doppeluntersuchungen, eine verbesserte Arzneimitteltherapieüberwachung, erleichterte Kommunikation zwischen den Leistungserbringern und durch mehr Effizienz eine verbesserte Versorgung der Patienten erreichen und gleichzeitig Kosten sparen lassen. Durch die Hoheit der Patienten über ihre Daten sollen außerdem die Patientenrechte gestärkt werden.

Diese Datenhoheit soll über das Zweischlüssel-Prinzip gewährleistet werden, wonach Leistungserbringer nur nach Einwilligung des Patienten in Form einer PIN-Eingabe (oder

einer entsprechenden Ermächtigung eines Dritten) Einsicht in die gespeicherten Daten erhalten oder eigene Daten hinzufügen können soll. Die Entscheidung, ob überhaupt Daten gespeichert werden und falls ja, welche, obliegt – zumindest laut SGB V – allein dem Patienten. An eKiosken sollen Patienten aber auch allein Zugriff auf ihre Daten erhalten und diese nach Belieben löschen können.¹

Fast alle relevanten Daten sollen auf wenigen Hochleistungsservern gespeichert werden, z. B. eine Medikationsliste, Patientenakte, Arztbriefe, persönliche Risiken wie Allergien und vermutlich mittelfristig auch die elektronischen Rezepte.

Auf der Karte selbst werden die administrativen Stammdaten zur Person (Name, Adresse, Versicherungsnummer etc.) sowie fakultativ Notfalldaten (Blutgruppe, Allergien, Implantate etc.) gespeichert. Bis die Infrastruktur für die zentrale Datenspeicherung zur Verfügung sollen auch die eRezepte auf der Karte selbst gespeichert werden.

Außerdem ist auf der Rückseite die europäische Krankenversicherungskarte (EHIC) integriert, die unter

bestimmten Bedingungen zur Behandlung im EU-Ausland berechtigt.²

Soweit die Theorie.

Wer erwartet, dass mit der Einführung der eGK in 2009 wenigstens ein Zeitplan für die angepriesenen Möglichkeiten existiert, der irrt. In letzter Minute will die KV Nordrhein nun den Basis-Rollout doch noch stoppen, indem sie ihre Mitarbeit beauftragte die VV den Vorstand, Verhandlungen über ein Aussetzen des Rollouts zu führen. Damit befindet sich die KV Nordrhein in guter Gesellschaft – die meisten Vereine und Verbände haben ablehnend auf die geplante Einführung der eGK in ihrer jetzigen Form reagiert: Wortführer ist da häufig der Virchow-Bund NAV mit seinem Vorsitzenden Dr. Klaus Bittmann, aber auch der IPPNW, der VDÄÄ, der Chaos Computer Club, die Freie Ärzteschaft e. V., die Deutsche Gesellschaft für Versicherte und Patienten, der Freie Verband Deutscher Zahnärzte, der 111. Ärztetag 2008, die Gesellschaft für Informatik u. v. a. sprechen sich gegen die geplante Einführung der eGK aus.

Die **Speicherung auf Zentralservern** und deren Abruf via DSL stellen das BMG und die GEMATIK vor juristische und technische Probleme, deren Lösung nicht in Sicht ist. Was passiert in ländlichen Regionen, wo DSL noch nicht verfügbar ist? Wie soll ein Arzt während eines Hausbesuchs Patientendaten einsehen? Laut aktuellem Ansatz kann er sich die Daten ohne die PIN des Patienten nicht einmal vorher ausdrucken, es sei denn, er wurde vom Patienten dazu autorisiert. Müssen auch langfristig alle Unterlagen zusätzlich in Papierform gespeichert werden? Wie kann die Versorgung Kranker sichergestellt werden,

wenn in der Praxis gerade keine Breitbandverbindung zur Verfügung steht?

In Feldversuchen hat sich das **Zweischlüssel-Prinzip** als praxisun-tauglich herausgestellt. Im Flensburger Test wurden 75 Prozent der ausgegebenen eGK und 30 Prozent der Heilberufsausweise mit einer fehlerhaften PIN-Eingabe gesperrt. 10 Prozent der Ärzte und Apotheker sperrten ihre Karten dabei irreversibel und mussten mit neuen Ausweisen für die Eingabe ihrer Signatur-PIN ausgerüstet werden.⁴ Laut Release 1, Bericht der gematik, der den Erfolg der bisherigen Tests seit 2007 zusammenfasst, kann „grundsätzlich festgehalten werden, dass die Feldtests R1 einerseits die Tauglichkeit gewisser Anwendungen nachweisen konnten und andererseits bei einigen Themen ein erhebliches Verbesserungspotential aufgezeigt haben.“⁵

Die Steigerung von Qualität und Wirtschaftlichkeit mit Hilfe der **freiwilligen Funktionen** ist eben durch die Freiwilligkeit gemindert. Die Medikationsliste zur Überprüfung von Interaktionen, die Patientenakte zur Vermeidung von Doppeluntersuchungen, die Notfalldaten auf der Karte – alle diese wünschenswerten Funktionen können nur effektiv sein, wenn die Daten vollständig sind. Der medizinische Nutzen für die Patienten und der finanzielle Nutzen für die GKV sind dadurch praktisch nicht quantifizierbar. Natürlich kann die Freiwilligkeit der Speicherung dadurch nicht in Frage gestellt werden, muss aber in die Kosten-Nutzen-Bilanzierung einbezogen werden. Laut einer IGES Studie werden die Einsparpotentiale, die durch vermiedene Doppeluntersuchungen erzielt werden können, massiv überschätzt. Wären demnach zwei Drittel der Doppeluntersuchungen medizinisch überflüssig, ergäbe sich für die GKV ein Sparvolumen von gerade einmal 0,46 % der Gesamtausgaben.

Die **Notfalldaten** auf der Karte erfreuen sich der größten Zustimmung von Seiten der Patienten.⁶

Doch wird sich ein Notarzt auf die Daten auf der Karte verlassen, wenn der Patient sie selbst löschen kann?

Sicher werden auch die unvollständigen Daten in Patientenakte, Medikationsliste oder im Notfalldatensatz einen Nutzen haben. Aber niemand kann abschätzen, wie hoch der ausfallen wird. Wie viele werden überhaupt ihre Daten speichern lassen? Auch darüber gibt es nur Hypothesen. Die genaue Bezifferung eines Einsparpotentials muss daher als unseriös angesehen werden.

Die **Kosten** dagegen sind gigantisch. Obwohl davon ausgegangen wird, dass in den ersten fünf Jahren nach Einführung der Karte keine der freiwilligen Funktionen zur Nutzung bereit stehen wird, belaufen sich die Kosten für das Mammutprojekt auf 5,2 Milliarden Euro nur innerhalb dieser Zeit.⁷ Allein für den Rollout 2009 in Nordrhein-Westfalen und die weitere Planung sind 660 Millionen Euro im Gesundheitsfonds eingeplant. Das ist mehr, als die gesamte ambulante Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern kostet.⁸ Der erwartete Nutzen soll die Kosten laut Kosten-Nutzen-Analyse (KNA, siehe unten) erst innerhalb von zehn Jahren übersteigen.

Dies soll vor allem durch die Nutzung so genannter **Mehrwertdienste** erreicht werden. War lange Zeit unklar, was damit gemeint sein könnte, rückt die Industrie in jüngster Zeit mit einigen Ideen heraus. So sollen nach der Vorstellung der Industrie ein so genanntes Telemonitoring Krankheitsdaten überwachen, sollen Handlungsanleitungen zur Selbstbehandlung an Patienten gegeben oder kostenpflichtige Patiententagebücher angeboten werden. Auch die elektronische Unterstützung von Pflege und Betreuung im Rahmen vernetzter Wohnräume mit Videoüberwachung ist auf der Grundlage der eGK-Telematik angedacht.⁹

Auf die **Apotheken** sollen in den ersten 5 Jahren 896 Millionen Euro Kosten entfallen. 194 Millionen Euro sollen die Apotheken durch die

eGK und hier v.a. durch das eRezept und dessen effektivere Abrechnung sparen, wodurch Nettokosten von 702 Millionen Euro anfallen. Diese Zahlen stammen aus einer Kosten-Nutzen-Analyse (KNA)¹⁰, die von der Booz Allen Hamilton GmbH im Auftrag der Gematik erstellt wurde. Bezeichnenderweise wurde die Studie geheim gehalten und erst vom Chaos Computer Club der Öffentlichkeit zugänglich gemacht.¹¹

Aber selbst diese Zahlen dürfen angezweifelt werden. Die Personalkosten für eine Apotheke wurden beispielsweise folgendermaßen berechnet: Es wurde der kalkulatorische Arztlohn (!) (dieser soll nämlich den Durchschnittswert zw. angestelltem und selbstständigen Approbierten repräsentieren) mit den Tariflöhnen der anderen Apothekenangestellten verbunden, dann wurde, anscheinend in Ermangelung genauerer Zahlen, davon ausgegangen, dass zu gleichen Teilen approbiertes und nichtapprobiertes Personal in der Apotheke arbeitet. Der Durchschnittswert von Arztlohn und Angestellten bildet dann die Rechengrundlage für die Personalkosten der KNA.

Nach Schätzungen der Treuhand Hannover kämen auf jede Apotheke drei- bis viertausend Euro Kosten für die Installation zu, die laufenden Kosten wurden auf zwei- bis dreitausend Euro pro Jahr geschätzt. Diese sollen laut SGB V kostendeckend von den Krankenkassen übernommen werden. Gut für Apotheken, schlecht für die Beitragszahler.¹²

Sicher können durch das **eRezept** auch gewisse Abläufe vereinfacht werden. Die Medienbrüche beim Bearbeiten, also das Redigitalisieren des Papierrezeptes, entfällt ebenso wie das Nachforschen bei uneindeutigen oder unleserlichen Verordnungen. Die Abrechnung kann deutlich effizienter erfolgen, da das aufwändige Scannen zur Erstellung der Images nicht mehr nötig sein wird. Die deutlich niedrigen Kosten der Abrechnungszentren sind in die KNA übrigens bereits eingegangen und stellen den größten Posten al-

ler Einsparungen in der Apotheke dar (der zweit- und letztgrößte Posten ist übrigens die Reduktion der Druckvorgänge bei der Rezeptbelieferung!).

Nicht zuletzt soll auch darauf hingewiesen werden, dass die **Krankenkassen** durch den direkten automatisierten Abgleich zwischen verordnetem und abgegebenem Arzneimittel deutlich erweiterte Prüfmöglichkeiten haben werden. Die Apotheken werden sich mit einiger Sicherheit auf einen (weiteren) Anstieg der Retaxierungsrate einstellen müssen.

Die **Daten** sind durch die aufwändige kryptographische, asymmetrische Verschlüsselung im Moment wohl wirksam vor unbefugtem Zugriff geschützt. Wer sich aber die Entwicklung der Informationstechnologie in den letzten 10 Jahren ansieht, braucht schon einige Phantasie, um sich auszumalen, was in den nächsten 10 Jahren möglich werden wird – konstruktiv wie destruktiv. Eine so große Ansammlung sensibler Daten weckt selbstverständlich Begehrlichkeiten – bei Arbeitgebern, Versicherern, aber auch bei kriminellen Datenverkäufern.

Trotzdem kann man den Akteuren eine große Sorgfalt bei der Berücksichtigung des Datenschutzes bescheinigen. Es werden nach aktueller Beschlusslage keine anderen Personen als die Patienten und die von diesen ausdrücklich autorisierten Heilberuflern Einsicht in sensible Daten erhalten. Leider fällt dadurch auch die Möglichkeit einer Nutzung der pseudonymisierten Daten zu Zwecken der Versorgungsforschung weg.

Dies ist vielleicht auch ein Grund, warum die Stimmen der Befürworter leiser geworden sind. Zudem ist ungeklärt, was im Fall eines Verlustes geschieht. Sollen bei Treuhändern, möglicherweise sogar Privaten, Schlüsselkopien in großer Zahl hinterlegt werden?

Zum Schluss bleibt die Frage: Ist die zentrale Speicherung überhaupt notwendig oder kann man die be-

rechtigten Ziele einer verbesserten Versorgung auch mit dezentralen Lösungen erreichen?

Auf Betreiben der Ärzteschaft prüft nun die gematik bis zum Gesellschaftertreffen im ersten Quartal 2009, ob auch eine dezentrale Speicherung möglich ist, z. B. auf USB-Sticks.¹³ Man kann sich fragen, warum das nicht schon längst passiert ist, zumal es derartige Forderungen seit Jahren gibt. Zum einen war die Technologie noch nicht so weit, als die eGK geplant



wurde. 8 GB in einem Datenspeicher mit der Größe einer Briefmarke zu einem akzeptablen Preis herstellen zu können, war in den Jahren, als das Projekt eGK geplant wurde, undenkbar. Es wurde seitdem investiert, ausgeschrieben, getestet – und die Liste der Gegner ist eher größer als kleiner geworden.

Laut Bundesregierung „ist darauf hinzuweisen, dass die Mehrzahl der Kassen die Ausschreibungen für die Gesundheitskarten durchgeführt haben, so dass es auch aus wirtschaftlichen Gründen nicht vertretbar wäre, jetzt eine alternative Technologie in Betracht zu ziehen.“¹⁴

Diese Antwort der Bundesregierung auf eine kleine Anfrage der FDP-Fraktion offenbart das ganze Dilemma der Gesundheitskarte. Der Nutzen ist unklar, die Kosten gigantisch, als Befürworter im Gesundheitswesen sind nur noch die Kran-

kenkassen übrig geblieben. Und doch wird eisern weiterinvestiert – was uns zu der Frage bringt: Qui bono? Wem nützt es?

Es nützt der Industrie, die diese milliardenschweren Aufträge an Land gezogen hat. Es ist kein Zufall, dass der langjährige Geschäftsführer der gematik, Dirk Drees im Sommer 2008 zum IT-Hersteller GeTeG, eine Initiative der Inter Component Ware GmbH wechselte. Beide Firmen erarbeiten IT-Lösungen auf der Grundlage der

vom Beitragszahler finanzierten Telematikinfrastruktur.¹⁵ Es nützt der Bundesregierung bzw. der Ministerin Schmidt, die bei einem Scheitern des „Leuchtturmprojektes“ eGK schweren politischen Schaden genommen hätte. Und es nützt den Krankenkassen, welche schon jetzt begonnen haben, sich aktiv um die Überwachung ihrer Versicherten zu kümmern, wie etwa die sächsische AOK, die Herzinfarkt-Patienten dazu anhält, Blutdruck- oder Gewichtsdaten sofort online an ihre Krankenkasse zu übermitteln. Oder auch die Barmer, die 30.000 Patienten großzügig kostenlos die online-Verwaltung ihrer elektronischen Patientenakte anbietet – ein Schelm, wer Böses dabei denkt (vgl. oben: Mehrwertdienste).¹⁶

Auch die Aufforderung einiger Kassen, biometrisch verwertbare Passbilder für die Verwendung auf der eGK einzusenden, lässt nichts Gutes erwarten.

Die Zeche bezahlen die Versicherten in Form von Beitragserhöhungen – wie immer, möchte man hinzufügen.

¹ http://www.bmg.bund.de/cln_110/nn_1211088/SharedDocs/Standardartikel/DE/AZ/E/Glossar-Elektronische-Gesundheitskarte/Ziele-der-elektronischen-Gesundheitskarte.html?__nnn=true
² http://www.bmg.bund.de/cln_110/SharedDocs/Downloads/DE/Neu/Elektronische-Gesundheitskarte__Brosch_C3_BCre,templateld=raw,property=publicationFile.pdf/Elektronische-Gesundheitskarte_Brosch%C3%BCre.pdf
³ <http://www.heise.de/newsticker/Elektronische-Gesundheitskarte-Einfuehrung-wieder-fraglich--/meldung/119984>
⁴ <http://www.heise.de/suche/?rm=result;q=gesundheitskarte;url=/newsticker/meldung/106225/>
⁵ [http://www.gematik.de/\(S\(wgzwce33r1hzflqc2mkafvbr\)\)/Testregionen___Zwischenbericht.Gematik](http://www.gematik.de/(S(wgzwce33r1hzflqc2mkafvbr))/Testregionen___Zwischenbericht.Gematik)
⁶ [http://www.pressrelations.de/new/standard/result_main.cfm?](http://www.pressrelations.de/new/standard/result_main.cfm?pfach=1&n_firmanr_=100503§or=pm&detail=1&r=333289&sid=&aktion=jour_pm&quelle=0)

[pfach=1&n_firmanr_=100503§or=pm&detail=1&r=333289&sid=&aktion=jour_pm&quelle=0](http://www.pressrelations.de/new/standard/result_main.cfm?pfach=1&n_firmanr_=100503§or=pm&detail=1&r=333289&sid=&aktion=jour_pm&quelle=0)
⁷ http://www.aok-bv.de/imperia/md/content/aokbundesverband/dokumente/pdf/gesundheitsversorgung/kna_endbericht.pdf
⁸ <http://nav-virchow.net/index.php?contentid=1673&ref=suma>
⁹ http://www.computerzeitung.de/articles/gesundheitskarte_mehrwertenwendungen_auf_der_telematikinfrastruktur_geraten_in_de_n_blick:/2008049/31740590_ha_CZ.html?thes=8000,9773,9776
¹⁰ http://www.aok-bv.de/imperia/md/content/aokbundesverband/dokumente/pdf/gesundheitsversorgung/kna_endbericht.pdf
¹¹ <http://www.ccc.de/updates/2006/krankheitskarte>
¹² http://www.apothekenportal.de/ServletEngine;jsessionid=x3h4xcack1?ct=985&sesson_artikelid=12380&sesson_version=3&sesson_msthema=%20Thema%20Elektronisches%20Rezept&sesson_backbutton=963&sesson_msft1=272&sesson_msft2=253&sesson_mscm1=226
¹³ <http://www.aerztezeitung.de/suchen/default.aspx?query=test+usb&sid=517467>
¹⁴ <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/16/089/1608967.pdf>

¹⁵ <http://www.finanznachrichten.de/nachrichten-2008-07/11280866-gematik-geschaeftsfuehrer-dirk-drees-wechselt-zur-geteg-007.htm>

¹⁶ Die Zeit, Hamburg 04.12.2008, Seite 38



Vorstandssitzung am 5.10.08 in Berlin

von Katja Lorenz

Die ausführlichen Protokolle können im internen Bereich unserer Homepage eingesehen oder über die Geschäftsstelle angefordert werden.

Neben notwendigem „Vereinskram“ wie Mitteilungen ans Vereinsregister usw., ging es vor allem um die Organisation unserer Arbeit. Aufhänger dafür waren mein Besuch des Apothekertages, die Absage des Herbstseminars, die Programmdiskussion und die Frage, wie groß und mit wem wir im nächsten Jahr unser 20jähriges Jubiläum feiern wollen. Bei all diesen Punkten geht es immer um die Frage: Wie zeigt sich der Verein nach außen? Welche Aktivitäten sind in einem Verein möglich, in dem bis auf zwei Mitglieder alle ehrenamtlich arbeiten? Wie professionell oder dilettantisch wollen/können wir arbeiten?

Beim Apothekertag konnte ich nicht an die guten Gespräche des letzten Jahres anknüpfen. Dies hat zum einen damit zu tun, dass auch bei den anderen das Personal wechselt

bzw. nicht so kontinuierlich arbeitet. Ein anderer Grund liegt jedoch auch darin, dass es nicht allein meine Aufgabe sein kann, den gesamten Verein zu repräsentieren. (Zumal meine Aufgaben auch eher organisatorischer Art sind.) Deshalb werden wir im nächsten Jahr mit mehreren VertreterInnen des Vorstandes zum Apothekertag fahren. Es wäre auch hilfreich, dort auf andere Vereinsmitglieder zu treffen.



Die Einladung zum Herbstseminar ging beim Apothekertag weg wie geschnitten Brot – nur leider mussten wir absagen. Auch wenn der

unmittelbare Anlass dazu ein anderer war, diskutierten wir ausführlich darüber, wie ein solches Seminar konzeptionell vorzubereiten ist, damit wir auch in einem solchen Fall eine „Rückfallposition“ haben. Nun müssen wir – trotz aller bisher bereits gelaufener Vorbereitungen – wieder groß Anlauf nehmen und können das Seminar erst im nächsten Herbst realisieren. Die Termin kalender der ReferentInnen sind einfach zu voll.

Es gibt nur wenige Veranstaltungen, mit denen wir an die Öffentlichkeit treten. Diese sollten wir nutzen. Dass wir es können, hat das Herbstseminar 2007 gezeigt!

Wiederum ging es um die MV 2009, die eine Besondere wird, da wir dann bereits unser 20jähriges Bestehen feiern können. Hier wurden organisatorische Details besprochen/geklärt. Auf die Hamburger Regionalgruppe kommt viel Arbeit zu. Die nächste Vorstandssitzung wird sich noch ausführlicher mit der Vorbereitung beschäftigen.

Die Programmüberarbeitung liegt im Plan. Nächstes Treffen der Gruppe ist Mitte November. Danach wird der Entwurf stehen und an alle Mitglieder verschickt werden. Zur Beteiligung stehen die bekannten Medien zu Verfügung: Brief und Fax. Für den E-Mail-Verkehr wird allein für diesen Zweck bei Yahoo eine Gruppe eingerichtet werden. Alle Mitglieder, die uns ihre Adresse mitgeteilt haben, werden eine entsprechende Einladung zum Mitmachen in ihrem Posteingangsfach vorfinden.

Im gesundheitspolitischen Teil beschäftigen wir uns u. a. mit der elektronischen Gesundheitskarte, den Entwicklungen der Planungen der EU zur direkten Arzneimittelwerbung und dem geplanten Gespräch mit Frau Bender von den Grünen zu deren Position zu Fremd- und Mehrbesitz.

Die nächste Vorstandssitzung findet am 13. Dezember wieder in Berlin statt.



Gemeinsamer offener Brief an EU-Präsident Barroso bezüglich des „Arzneimittel-Paketes“

José Manuel Barroso
Präsident der
Europäischen Kommission
200 Rue de la Loi
B-1049 Brüssel Belgien

20.11.2008

Betrifft: Freigabe des „Arzneimittel-Paketes“ zur weiteren Diskussion durch die EU-Kommissare und im Folgenden durch das Europäische Parlament

Sehr geehrter Präsident Barroso,

in den nächsten Tagen werden Sie über die Freigabe des sogenannten „Arzneimittel-Paketes“ zur weiteren Diskussion durch die EU-Kommissare entscheiden, dass unter anderem eine Änderung der Richtlinien zu Arzneimitteln im Bereich Werbung vorsieht.

Die unterzeichnenden Organisationen sind über die geplanten Änderungen sehr besorgt. So wird beabsichtigt, die Rolle der Pharmaindustrie bei der Bereitstellung von VerbraucherInneninformation zu stärken. In der Einbindung von Akteuren, die ein kommerzielles Interesse am Absatz ihrer Produkte haben, sehen wir einen eklatanten Interessenkonflikt. Diese Bedenken wurden auch von einer überwältigenden Zahl von Organisationen und MitarbeiterInnen aus dem Gesundheits-

wesen, Versicherern, PatientInnengruppen, VerbraucherInnenorganisationen und zivilgesellschaftlichen Gruppen aus ganz Europa während der letzten öffentlichen EU-Konsultation eingebracht. Doch spiegeln sich diese Bedenken bisher in keiner Weise in den vorgesehenen Änderungen wider.

In Deutschland hat sich ein breites Bündnis für eine industrieunabhängige PatientInneninformation ausgesprochen: Von der Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft¹ über PatientInnen- und Verbraucherschutzorganisationen bis zur Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände² sowie vielen zivilgesellschaftlichen Gruppen. Sie sind damit auf einer Linie mit den Forderungen der deutschen Bundesregierung. Alle sehen durch die Ausweitung der Rechte der Pharmaindustrie im Bereich PatientInneninformation, die Gesundheit der Bevölkerung unmittelbar gefährdet. Denn:

- Erfahrungen aus den USA und Neuseeland zeigen, dass vor allem neue und teure (patentgeschützte) Arzneimittel beworben werden. Die Folge ist das Ansteigen der Ausgaben im Gesundheitsbereich, ohne dass erkennbar ist, dass sich dadurch gleichzeitig die Gesundheit der Bevölkerung verbessert.

- Schon heute nutzen Pharmafirmen gesetzliche Regelungslücken und mangelnde Überwachung durch die Behörden, um irreführende Gesundheitsinformationen und indirekte Produktwerbung auch für rezeptpflichtige Arzneimittel z.B. über das Internet zu verbreiten.³

- Schon jetzt weist die Informationsstrategie der Pharmaindustrie gegenüber VerbraucherInnen und ÄrztInnen zahlreiche Mängel auf. Dazu gehören unter anderem vielfältige Formen der Desinformation, die Unterdrückung bzw. die Manipulation negativer Studienergebnisse etc..⁴

Aus diesen Gründen ist mit der Einbringung des geplanten Gesetzespaketes und der darin vorgesehenen Rolle für die pharmazeutische Industrie keine objektive und interessenunabhängige Information zu erwarten, auf die sich VerbraucherInnen aus Gründen des Gesundheitsschutzes aber unbedingt verlassen können müssen.

Die EU-Kommission ist nach Artikel 152 des EU-Vertrages dazu verpflichtet, den gesundheitlichen Schutz ihrer Bürgerinnen und Bürger zu gewährleisten. Daher ist der öffentlichen Gesundheit in allen (Gesetzes)entscheidungen oberste Priorität einzuräumen. Insofern hal-

ten wir es für äußerst zweifelhaft, dass die Verantwortung für den genannten Richtlinienvorschlag beim Direktorat Industrie und Unternehmen liegt und nicht beim Direktorat Gesundheit und Verbraucherschutz angesiedelt ist. Gesundheitsinteressen muss gegenüber Vermarktungsinteresse unbedingt Vorrang eingeräumt werden.

Dass es im Vorfeld bereits innerhalb der EU-Kommission erhebliche Uneinigkeit gegeben hat, die zu einer Streichung des Tagesordnungspunktes von der Agenda des Treffens der EU-Kommissare am 16.10.2008 geführt hat, ist ein Indikator dafür, dass weiterhin ein erheblicher Diskussionsbedarf besteht. Diese Debatte sollte öffentlich und mit größter Transparenz durchgeführt werden.

Die unterzeichnenden Organisationen fordern Sie daher auf, den geäußerten Bedenken im Sinne des Schutzes der EU-BürgerInnen Rechnung zu tragen und die Annahme des „Arzneimittel-Paketes“ abzulehnen.

Mit hochachtungsvollen Grüßen
Die UnterzeichnerInnen
(siehe unten)

Finden Sie anbei die gemeinsame Stellungnahme: PatientInnen nicht im Regen stehen lassen – für eine industrieunabhängige Patienteninformation“ (in deutscher und in englischer Sprache). Diese wird neben den InitiatorInnen von mittlerweile 25 deutschen Organisationen unterstützt.⁵

Dieser Brief wird ebenfalls verschickt an
– alle EU-Kommissare
– die Ständigen VertreterInnen der Mitgliedsstaaten
– Presse

Aktionsgruppe Babynahrung e.V.
www.babynahrung.org

Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft e.V. www.akf-info.de

Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ)
www.akdae.de

BundesArbeitsgemeinschaft
Gemeinschaft der PatientInnenstellen
und –Initiativen www.bagp.de

Vereinigung der Versicherten und
Rentner/innen der BARMER Ersatz-
kasse e.V. www.barmer-vv.de

Bioskop e.V. – Forum zur Beobach-
tung der Biowissenschaften und ih-
rer Technologien
www.bioskop-forum.de

Bremische Zentralstelle für die Ver-
wirklichung der Gleichberechtigung
der Frau www.frauen.bremen.de

Bundesverband Psychiatrie-Erfahre-
ner (BPE) e.V.
www.bpe-online.de

BUKO Pharma-Kampagne
www.bukopharma.de

Deutsche Gesellschaft für Allge-
meinmedizin und Familienmedizin
e.V. www.degam.de

Gesundheit Berlin e.V., Landesar-
beitsgemeinschaft für Gesundheits-
förderung
www.gesundheitberlin.de

Internationale Ärzte für die Verhü-
tung des Atomkrieges, Ärzte in sozi-
aler Verantwortung e.V.
www.ippnw.de

Initiative unbestechlicher Ärztinnen
und Ärzte e.V. (MEZIS e.V.) www.mezis.de



Netzwerk Frauengesundheit Berlin
www.frauengesundheit-berlin.de
Die Patientenbeauftragte für Berlin
Frau Karin Stötzner www.berlin.de/lb/patienten/buero

pro-familia, Deutsche Gesellschaft
für Familienplanung, Sexualpäda-
gogik und Sexualberatung e.V.
www.profamilia.de

Psoriasis Selbsthilfe Arbeitsgemein-
schaft e.V. www.psoriasis-selbsthilfe.org

Verein Demokratischer Ärztinnen
und Ärzte www.vdaee.de

Verein demokratischer Pharmazeu-
tinnen und Pharmazeuten www.vdpp.de

¹ Deutscher Ärztetag 2008, <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.2.20.5711.6202.6249>

² Deutscher Apothekertag 2008,
Resolution für werbefreie Patienten-
information: http://www.abda.de/fileadmin/downloads/2008_PMs/Resolution_fuer_werbefreie_Patienteninformationen.pdf

³ Beispiele siehe: Gemeinsame Stel-
lungnahme der BUKO Pharma-
Kampagne, Ärzteorganisation
IPPNW, Arzneimittelkommission
der deutschen Ärzteschaft, Bundes-
Arbeitsgemeinschaft der
PatientInnenstellen
und -initiativen: „Patien-
tInnen nicht im Regen
stehen lassen – für eine
industrieunabhängige
Patienteninformation“,
die mittlerweile von 25
Organisationen mitun-
terstützt wird. Im An-
hang.

⁴ Gesundheitspolitisches
Forum 17.11.2007 in
Gelnhausen / Deutsch-
land. Vortrag Prof. Dr.
Peter Schönhöfer, arz-
nei-telegramm, Berlin:
Korrupive Praktiken der
Pharmaindustrie.

⁵ <http://www.bukopharma.de/index.php?page=stimmungen>

Einreise nur mit Gentest? – Zweierlei Maß im Gendiagnostik-Gesetz

An die
Bundesgesundheitsministerin
Frau Ulla Schmidt
Rochusstr. 1
53123 Bonn

Sehr geehrte
Bundesgesundheitsministerin,

hiermit protestiere ich gegen Paragraph 17, Absatz 8, des Gendiagnostik-Gesetzesentwurfes, dem das Bundeskabinett am 27. August zugestimmt hat. Dieser Absatz gibt Gentests zur Feststellung von Verwandtschaftsverhältnissen bei Visums- und Passanträgen eine gesetzliche Grundlage.

Wieder einmal sieht hier ein deutsches Gesetz Sonderregelungen für MigrantInnen und Menschen ohne deutschen Pass vor. Diese widersprechen eklatant dem Geist des Gesetzesvorhabens, nämlich höchst sensible persönliche Daten vor dem Zugriff Dritter zu schützen. Zu Recht verbietet der Gesetzentwurf grundsätzlich den Zugriff auf die DNA-Daten bei ArbeitnehmerInnen und Versicherten, da sie sich in einer abhängigen Situation befinden. Dies muss auch für MigrantInnen und Menschen ohne deutschen Pass bei Visums- und Passverfahren gelten. Denn auch hier ist eine Abhängigkeit von Ausländerbehörden und deutschen Auslandsvertretungen gegeben. Die tatsächliche Freiwilligkeit, sich einem Gentest zu unterziehen, steht in Frage, wenn davon abhängt, mit Kindern oder Eltern zusammen leben zu können oder nicht.

Es ist zu befürchten, dass dieser Gesetzentwurf die bestehende Praxis deutscher Ausländerbehörden und Auslandsvertretungen, Gentests einzufordern, die sich bisher in einer rechtlichen Grauzone bewegt, nicht nur absegnet, sondern auch ausweitet. Bisher berufen sich die Behörden nur auf die allgemeine Mitwirkungspflicht in Paragraph 82, Absatz 1 des Aufenthaltsgesetzes und auf die Nachweispflicht in Para-

graph 6, Absatz 2 des Passgesetzes, ohne dass Gentests dort explizit aufgeführt wären. Eine gesetzliche Verankerung könnte dazu beitragen, dass Gentests als Grundlage für Pass- und Visumsanträge in denjenigen Ländern zu einem Standardverfahren werden, wo deutsche Behörden Urkunden prinzipiell in Frage stellen. Schon jetzt erkennen nach Angaben der Bundesregierung deutsche Auslandsvertretungen in 41 Ländern Dokumente, wie zum Beispiel Geburtsurkunden, prinzipiell nicht an. Und sie legen den AntragstellerInnen Gentests zum Beweis des Verwandtschaftsverhältnisses auch dann nahe, wenn „nach den Gegebenheiten im Herkunftsland der freiwillige Nachweis mittels eines DNS-Abstammungsgutachtens voraussichtlich schneller und kostengünstiger wäre“ als eine Überprüfung der Urkunden (Antworten der Bundesregierung auf Kleine Anfragen aus den Fraktionen von FDP und DIE LINKE).

Der diskriminierende Charakter des Paragraphen 17, Absatz 8, zeigt sich auch im Detail: So setzt dieser Absatz explizit Rechte außer Kraft, die das Gesetz für Gentests zu anderen Zwecken prinzipiell vorsieht. Die getestete Person soll hier nicht das Recht haben, das Testergebnis jederzeit wieder vernichten lassen zu können. Empörend ist auch, dass die Behörden befugt werden, Ergebnisse von Gentests bei Visums- und Passanträgen an die Strafverfolgungsbehörden zu übermitteln. Damit regelt dieser Absatz Gentests für die Strafverfolgung explizit, auch wenn die Verwendung genetischer Proben und Daten für Strafverfahren ansonsten in § 2, Absatz 2, als außerhalb der Reichweite des Gesetzes definiert ist. Die Gesetzesbegründung legt nahe, dass ein negatives Testergebnis möglicherweise bereits als Versuch einer Straftat nach § 95, Absatz 2 des Aufenthaltsgesetzes anzusehen sei. Dieser Paragraph betrifft unrichtige Angaben zur Verschaffung eines Aufenthaltstitels.

Diese Argumentation halten wir angesichts gesellschaftlicher Realitäten von Familien, wie sie in Deutschland längst anerkannt sind, für absurd. Die Vorstellung, Familien setzen sich immer aus genetisch verwandten Mitgliedern zusammen, ist auch mit Blick auf die deutsche Gesetzgebung überholt und ignoriert die Realität sozialer Vaterschaft, die für Väter mit deutschem Pass anerkannt wird. So ermöglicht es das am 1. April 2008 in Kraft getretene „Gesetz zur Klärung von Vaterschaft unabhängig vom Anfechtungsverfahren“ ja gerade, dass die Vaterschaft auch anerkannt bleiben kann, wenn eine genetische Untersuchung ergibt, dass ein Vater nicht biologisch mit seinem Kind verwandt ist.

Das Gendiagnostik-Gesetz sollte es Ausländerbehörden und Auslandsvertretungen – analog zu ArbeitgeberInnen und Versicherungen – grundsätzlich untersagen, Gentests bei Visums- und Passverfahren zum Nachweis der Familienzugehörigkeit hinzuzuziehen.

Ich fordere, dass die Abgabe von genetischen Proben explizit aus der Mitwirkungspflicht nach § 82 des Aufenthaltsgesetzes und der Nachweispflicht nach § 6 des Passgesetzes ausgeschlossen wird.

Mit freundlichen Grüßen
Jana Böhme
(für den Vorstand des VDPP)

Bitte leitet den Protestbrief an Interessierte weiter! Und wendet euch an das Gen-ethische Netzwerk, wenn ihr weitere Exemplare des Protestbriefes (auch zum Download) oder mehr Informationen braucht!

gen@gen-ethisches-netzwerk.de
<http://www.gen-ethisches-netzwerk.de/030/6857073>
GeN, Brunnenstr. 4,
10119 Berlin

Der Verein demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten (VDPP) kritisiert den industriefreundlichen Gesetzesvorschlag zur europäischen Arzneimittelrichtlinie

Die EU-Kommission folgte am 10. Dezember mit dem „Pharmaceutical package“ weitgehend dem Vorschlag von Günter Verheugen, dem für Unternehmens- und Industriepolitik zuständigen EU-Kommissar: Die Pharmaindustrie soll sich künftig via Internet und mit gedrucktem Material zu Gesundheit, Krankheit und rezeptpflichtigen Arzneimitteln direkt an Verbraucherinnen und Verbraucher richten dürfen. Der Industriekommissar öffnet damit die Schleusen für eine Flut zweifelhafter und von kommerziellen Interessen gesteuerter „Informationen“. Im Frühjahr 2008 wurde zu diesem Vorschlag ein öffentliches Anhörungsverfahren durchgeführt, dessen Ergebnis von Kommissar Verheugen praktisch ignoriert wurde. Der überwiegende Teil der Verbraucherverbände und der Verbände der Heilberufler (Ärzte/Apotheker) wandten sich energisch gegen diese Initiative, Kommissar Verheugen berücksichtigte offensichtlich nur die zustimmenden Rückmeldungen aus der Pharmaindustrie und von Seiten der Zeitungsverleger.

Der VDPP lehnt diesen Gesetzesvorschlag rigoros ab. Arzneimittel werden nach einer Nutzen-Risiko-Abschätzung zugelassen. Insbesondere verschreibungspflichtige Arzneimittel haben neben ihrem Nutzen teilweise erhebliche Risiken. Aus diesem Grund ist ihre Verordnung

in den EU-Staaten ausschließlich in die ärztliche Verantwortung gegeben worden. Die Ärzte und Ärztinnen sind darüber hinaus zur Aufklärung der Patienten über die Arzneimitteltherapie verpflichtet. Bei Abgabe der Arzneimittel obliegt dem pharmazeutischen Fachpersonal eine weitere umfassende Informations- und Beratungspflicht gegenüber den Patienten. Außerdem enthalten alle Arzneimittel ausführliche Beipackzettel, deren Inhalt Bestandteil der Zulassung ist. Den Patienten und Verbrauchern steht zum einen der direkte Kontakt mit den Heilberuflern, die mit der individuellen Situation des Patienten vertraut sind, offen. Auf der anderen Seite sind jedem Patienten eine Vielzahl von zuverlässigen, industrieunabhängigen Informationsquellen (wie z. B. Zeitschriften wie „Gute Pillen, schlechte Pillen“¹, Veröffentlichungen der Stiftung Warentest², Pharmakologiebücher³) zugänglich.

Das in Deutschland geltende Heilmittelwerbegesetz wird mit diesem Gesetzesvorschlag untergraben. Wenn die Pharmaindustrie den Patienten direkt „informieren“ darf, so würde in den Darstellungen der Nutzen der Arzneimittel stets höher als das Risiko ausfallen. Dies würde keine objektive Information darstellen, sondern kalkulierte Werbung für eigene Arzneimittel. Zudem kann laut Gesetzesentwurf die vorherige

behördliche Kontrolle der „objektiven und zuverlässigen Information“ durch eine Selbstkontrolle der Industrie ersetzt werden. Mit Verbraucherschutz hat das nichts mehr zu tun.

Der VDPP fordert daher die Bundesregierung sowie die Abgeordneten im Europäischen Parlament auf: Stimmen Sie gegen diese Gesetzesinitiative!

Für die zukünftige Arbeit der Kommission erwarten wir eine Änderung der Zuständigkeit: Für Arzneimittel sollte in Europa die Generaldirektion Gesundheit zuständig sein und nicht die Wirtschaft.

gez. Dr. Thomas Schulz
VDPP-Vorstand

Hamburg, den 15.12.2008

¹ Gute Pillen – Schlechte Pillen ist ein Gemeinschaftsprojekt von: DER ARZNEIMITTELBRIEF, arzneitelegramm, Pharma-Brief und Arzneverordnung in der Praxis (AVP)

² test SPEZIAL Arzneimittel vom 19. Mai 2007, Handbuch Selbstmedikation vom 04. Oktober 2006, Handbuch Medikamente, 7. Auflage, vom 20. März 2008

³ z. B. Aktories, Förstermann, Hofmann und Starke: Allgemeine und spezielle Pharmakologie, Urban & Fischer, 2005

Kooperationsvertrag der Uniklinik Köln mit der Bayer AG in der Kritik

Zehn Verbände und studentische Interessensvertretungen, darunter der Verein demokratischer Ärztinnen und Ärzte, medico international, die Kritischen Medizinstudierenden an der Uni Köln und die Coordination gegen BAYER-Gefahren, fordern die Universität Köln in einem Offenen Brief auf, den im Frühjahr geschlossenen

Kooperationsvertrag mit der Bayer AG vollständig offen zu legen. Die Organisationen fürchten eine Neuausrichtung der pharmakologischen Forschung an der Kölner Uniklinik nach rein wirtschaftlichen Kriterien.

Bitte lesen Sie den heute veröffentlichten Brief im Wortlaut:

18. November 2008
An die Universität zu Köln
50923 Köln

Sehr geehrte Damen und Herren,

im Frühjahr vereinbarte der Leverkusener Bayer-Konzern mit der Kölner Universitätsklinik eine Zusammenarbeit auf dem Gebiet der

Pharma-Forschung. Künftig sollen in den Bereichen Onkologie, Kardiologie und Erkrankungen des Zentralnervensystems gemeinsame klinische Studien durchgeführt werden. Geplant ist zudem die Einrichtung eines Graduiertenkollegs.

Die Pressestelle der Uni Köln verweigert „aus rechtlichen Gründen“ jegliche Aussage zur Gestaltung des Kooperationsvertrags. Die Umstände der Zusammenarbeit von Bayer und Universität sind damit vollkommen intransparent.

Wir möchten Sie daher bitten, die folgenden Fragen zu beantworten:

- In der Regel legt Bayer seinen Partner-Universitäten einen ausgearbeiteten Vertrag vor. War das auch im Kölner Fall so?
- Verzichtet die Uniklinik auf die negative Publikationsfreiheit – also darauf, auch fehlgeschlagene Experimente publik zu machen?
- Wird wegen der Wahrung von Betriebsgeheimnissen und Patentrechten der akademische Austausch eingeschränkt? Müssen Studien vor ihrer Veröffentlichung der Bayer AG vorgelegt werden?

- Wie wird sicher gestellt, dass Konzeption und Auswertung pharmakologischer Studien nicht allein durch ökonomische Interessen beeinflusst werden?
- Wie sind die Rechte an Arznei-Entwicklungen geregelt? Gibt es eine Vorausabtretung an Bayer? Gibt es eine Bestseller-Klausel, so dass die Universität im Fall erfolgreicher Erfindungen mit Erfolgsprämien rechnen kann?
- Die Behandlung zahlreicher Krankheiten lohnt sich ökonomisch nicht, da es entweder nur wenige Erkrankte gibt oder weil die Betroffenen überwiegend in armen Ländern leben. Wird die Forschungsfreiheit dadurch behindert, dass künftig nur in Bereichen geforscht wird, in denen ein ökonomischer Nutzen zu erwarten ist?

Thomas Lönngren, Chef der EU-Zulassungsbehörde *European Medicines Agency*, fordert angesichts der zunehmenden Abhängigkeit der Pharma-Forschung von der Industrie: „Wir brauchen mehr unabhängige Studien, die mit öffentlichen Mitteln finanziert werden.“

Wenn die Universitätsklinik Köln nun einen entgegengesetzten Weg geht, darf dies zumindest nicht im Verborgenen geschehen. Wir möchten daher öffentlich diskutieren, wie viele Rechte eine staatliche Einrichtung wie die Universität Köln an ein privatwirtschaftliches Unternehmen abtritt.

Wir fordern Sie auf, den Vertrag mit der Bayer AG vollständig offen zu legen.

Mit freundlichen Grüßen,

Philipp Mimkes, Vorstand *Coordination gegen BAYER-Gefahren*,
Prof. Dr. Wulf Dietrich, Vorsitzender *Verein demokratischer Ärztinnen und Ärzte (vdää)*,
Dr. Thomas Schulz, Vorstand *Verein demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten (VDPP)*,
Werner Rügemer, Vorstand *Business Crime Control e. V.*,
Kritische Medizinstudierende an der Universität Köln,
medico international,
BUKO Pharmakampagne,
Dieter Asselhoven, Alternative Liste an der Uni Köln,
campus:grün Köln,
Gesundheitsladen Köln

TERMINE

Regionalgruppe Berlin

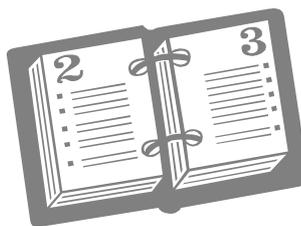
Das nächste Treffen der Regionalgruppe Berlin findet am Montag, dem 19. Januar 2009, um 19.30 Uhr statt. Der Ort liegt noch nicht fest und ist zu erfragen bei Regina Schumann, Tel. 030 7951471, E-Mail: sander.schumann@gmx.de.

Regionalgruppe Hamburg

Die Regionalgruppe trifft sich alle zwei Wochen mittwochs um 19.30 Uhr bei Bernd Rehberg, Isestraße 39, 20144 Hamburg. Nächste Termine: 7. und 21. Januar 2009. Weihnachtssessen: 14. Januar 2009.

Regionalgruppe Hessen

Die Termine sind jeweils bei Christl Trischler, Tel. 06150 85234, E-Mail chri-tri@web.de



oder bei Bernd Baehr, Tel. 069 454046, zu erfragen, E-Mail: rotlind-apotheke@t-online.de.

VDPP-Vorstand

Das nächste Vorstandstreffen findet am 22. Februar 2009 von 12 bis 18 Uhr in Berlin bei Katja und Thomas statt.

VDPP-Programmseminar

Das Seminar zur Fortschreibung des VDPP-Programms wird am 24. und 25. Januar 2009 im Neuen Stadthaus, Parochialstraße 3,

10179 Berlin, stattfinden. Eine besondere Einladung geht noch allen Mitgliedern zu.

„Geschlechtersensitive Patienteninformation“

Dies ist das Thema des VDPP-Frauenseminars, das am 8. und 9. März 2009 stattfinden wird.

VDPP-Mitgliederversammlung 2009 – 20 Jahre VDPP

Die Mitgliederversammlung wird vom 19. bis 21. Juni 2009 in Hamburg stattfinden.

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

BUCHBESPRECHUNGEN

Patienten, Patente und Profite

Globale Gesundheit und geistiges Eigentum

von Jana Böhme

medico international (Hrsg.), **Patienten, Patente und Profite – Globale Gesundheit und geistiges Eigentum**, medico-report 27, Frankfurt 2008, Mabuse-Verlag, ISBN 978-3-940529-13-8, 146 Seiten, 12 Euro

2007 von medico international und anderen NGOs gemeinsam initiierte Tagessymposium „Patienten, Patente und Profite“ in Berlin. Im Ergebnis dieses internationalen Zusammentreffens entstand die „Berliner Erklärung“, die Innovation und Zugang zu unentbehrlichen Arzneimitteln fordert.

Der gleichnamige medico-report spiegelt das Symposium in allen Facetten wider. Im ersten Teil werden die Auswirkungen des Patentrechts dargelegt. Während hierzulande die Pharma-Monopole Vermarktungsstrategien, Scheininnovationen und Lifestyle-Medikamente lukrativ machen, kämpfte Südafrika in den 90er Jahren mit weltweiter Unterstützung um den Zugang zu HIV-Medikamenten, was die Pharmaindustrie schließlich zum Einlenken zwang. In Brasilien konnten die Arzneimittelpreise durch den Aufbau einer eigenen staatlichen Generika-Produktion ge-

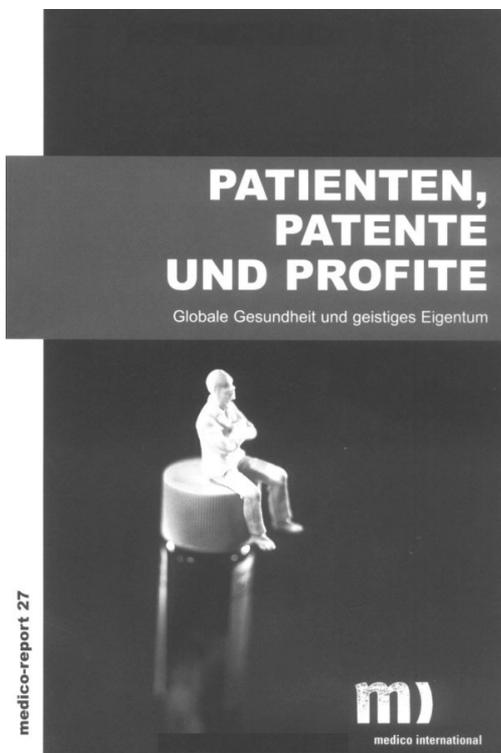
senkt werden. Wie Thailand von seinem Recht auf Erteilung von Zwangslizenzen Gebrauch macht und die Pharmaindustrie dieses massiv bestreitet und verhindern will, wird ebenfalls geschildert. Dass eine Vereinheitlichung des internationalen Patentrechts zu einem neuen Kolonialismus führt, einzig die Monopole auf Arzneimittel sichert und wichtige Innovationen verhindert, wird in weiteren Artikeln aufgezeigt.

Der zweite Teil geht weiter und stellt alternative Finanzierungsinstrumente zum Patentrecht wie „Prämien-Fonds“ und „Private Pub-

lic Partnerships“ vor. Hierbei kann und muss die WHO eine entscheidende Rolle einnehmen, indem sie Forschungsprioritäten aufstellt.

Auf die Rolle der WHO wird im dritten Teil näher eingegangen. Die von der Weltgesundheitsversammlung einberufene Arbeitsgruppe Öffentliche Gesundheit, Innovation und geistiges Eigentum „Intergovernmental Working Group“ (IGWG), ist damit beauftragt, ein neues Konzept zur Forschungsförderung für Arzneimittel zu entwickeln. Weiterhin werden Überlegungen erörtert und deren Umsetzung diskutiert. U. a. wird auf die Notwendigkeit verwiesen, dass klinische Studien in die öffentliche Hand gehören.

Dieser medico-report stellt die Problematik des Patentschutzes auf Arzneimittel fundiert dar. Die aufgezeigten Alternativen lassen nur einen Schluss zu – Gesundheit muss wieder als öffentliche Aufgabe begriffen werden, sonst droht der Ausverkauf.



Armut ist die wesentliche Ursache von Krankheit und verhindert den Zugang zu lebensnotwendigen Arzneimitteln. Gesundheit, ein öffentliches Gut, ist den Menschen verwehrt, die an einer Krankheit leiden, deren Erforschung kein Geld verspricht oder die sich schlichtweg die Arzneimittel nicht leisten können, weil sie so teuer sind.

Das globale System zum Schutz des Geistigen Eigentums verhindert eine an die Bedürfnisse aller Menschen angepasste Entwicklung und Verteilung von Arzneimitteln. Zu diesem Schluss kommt das im Mai

Literaturempfehlungen zu den Themen Dritte Welt, Entwicklungsländer und HIV/Aids

von Christl Trischler

Im Spätsommer 2007 habe ich an einem 14-tägigen Seminar zum Thema HIV/ Aids in Entwicklungsländern an der Univ. Heidelberg teilgenommen. Unsere Gruppe war eine bunte Mischung von Krankenschwestern, Krankenpflegern, ÄrztInnen, SoziologInnen und KommunikationswissenschaftlerInnen, die alle darauf warteten und hofften, demnächst in einem Projekt im Ausland arbeiten zu können. Während dieser sehr arbeitsintensiven Tage kamen wir auf die Idee eine Bücherliste zusammen zu stellen, mit all den Büchern, die wir zum Thema für wichtig erachteten. Da die Mehrheit der TeilnehmerInnen einen Einsatz in Afrika erwartete, betreffen die meisten dieser Bücher Afrika.



Einen Teil dieser Liste möchte ich Euch vorstellen in der Hoffnung, der/die eine oder andere pickt sich ein Buch raus und beschäftigt sich mit dem Thema.

Teil 1 der Liste behandelt das dem Thema HIV direkt, Teil 2 das Thema Entwicklungszusammenarbeit und humanitäre Hilfe und der dritte Teil ist eine sehr persönliche Auswahl von Romanen, Berichten und Reportagen.

Teil 1

28 Stories über Aids in Afrika (erschienen 2007 im Piper-Verlag)
28 Männer, Frauen Kinder erzählen ihre Geschichte. Das ist so beeindruckend, dass ich es jedem/jeder ans Herz lege, der sich mit dem Thema beschäftigen will.

Henning Mankell: Ich sterbe, aber die Erinnerung lebt

Vergesst die Krimis von Mankell. Seine Bücher und Romane über Afrika sind um vieles interessanter und bewegender.

Sonja Weinreich/ Christoph Benn: Aids: Eine Krankheit verändert die Welt

Dieses Buch liefert die Daten, Fakten und Hintergründe.

Stefan Hippler / Bartholomäus Grill: Gott, Aids und Afrika

Hippler ist katholischer Priester, arbeitet in Kapstadt und hat zurzeit große Probleme mit seiner Kirche.

Reimer Gronemeyer: So stirbt man in Afrika an Aids

Oliver Hirschmann: Kirche, Kultur und Kondome

Bartholomäus Grill: Ach Afrika

Teil 2

Richard Munz: Im Zentrum der Katastrophe
Pflichtlektüre für alle, die humanitäre Hilfe leisten wollen!

Petra Mayer: Schmerzgrenzen, unterwegs mit Ärzten ohne Grenzen

Horand Knaup: Hilfe, die Helfer kommen

William Easterly: Wir retten die Welt zu Tode

Teil 3

Ben Okri: Die hungrige Straße

Tahar Ben Jelloun: Der Gedächtnisbaum

John le Carré: Der ewige Gärtner

Chimamanda Ngozi Adichie: Blauer Hibiskus

Chinua Achebe: Heimkehr in ein fremdes Land
Okonkwo oder das alte stürzt

Henning Mankell: Die flüsternden Seelen
Der Chronist der Winde
Die weiße Löwin

Nigel Barley: Traumatische Tropen
Die Raupenplage

Nadine Gordimer: Keiner, der mit mir geht

T.C. Boyle: Wassermusik

Ryszard Kapuscinski: Afrikanisches Fieber

Ahmadou Kourouma: Die Nächte des großen Jägers

Robert Ruark: Uhuru

Edgar Wallace: Bosambo

Zugegeben, es ist nicht immer einfach diese Bücher zu lesen und sich dem Thema zu stellen. Dringend notwendig ist es allemal. Deshalb bitte ich Euch alle: schiebt diese Probleme nicht in den Hintergrund! Natürlich gibt es auch bei uns Armut und HIV/Aids. In der dritten Welt aber haben Armut und HIV/Aids ganz andere Dimensionen. Eine Vorstellung davon soll diese Buchauswahl vermitteln.



DOKUMENTATION

Commissioner Verheugen opens Pandora's box



10/12/2008

Because of Vice President Verheugen, European consumers will soon be faced with direct information, via internet and "health-related publications", from pharmaceutical companies on prescription medicines: "As of tomorrow the product *BEUCcilline* sold in your pharmacy will have a new package containing 10 extra tablets and will be 30% less expensive", or "Up to 27 % of European men and 38 % of women are now considered to be obese depending on the EU member state concerned. Recent studies show that BEUClexyl, associated with a diet, might contribute to loose weight"...

But wait a minute ... isn't that advertising in disguise? The pharmaceutical industry will be allowed

to choose on which particular disease or specific medicine, to what extent the "information" will be provided and how much money to spend on it ... and voluntary methods and a code of conduct are also proposed to avoid misuse and illegal practices. Bearing in mind that the pharmaceutical sector inquiry conducted by DG Competition has highlighted that pharmaceutical companies spend much more on marketing and promotional activities than on research and development (23 % compared to 17 %), can we trust them to only provide unbiased information about their "products", also on non-treatment options?

Obviously this proposal was prepared by DG Enterprise with industry's interest in mind... We are nevertheless glad that the College of Commissioners tried to find a better balance between commercial and public health interests by introducing some measures that, if strength-

ened, will help to protect consumers from misleading information on medicines.

Monique Goyens, BEUC Director General, declared: "The proposal on information to patients is just a disguised way of giving pharmaceutical companies greater flexibility to provide the information they want on prescription medicines directly to the public, namely direct-to-consumer communication strategies - the goal of which in our view is to boost sales ... There is one emergency for the Parliament and Council now: to nip this proposal in the bud!"

END

BEUC, the European Consumers' Organisation
+32 2 743 15 90
mob.: +32 486 90 69 92
press@beuc.eu

Want to know more about BEUC?
Visit www.beuc.eu

Presseerklärung zum tödlichen Brechmitteleinsatz durch einen Polizeiarzt

Tödlicher Brechmitteleinsatz durch Polizeiarzt bleibt straffrei!

Der Arzt hatte Ende 2004 einem mutmaßlichen Drogenhändler Brechsirup und literweise Wasser per Schlauch eingeflößt, um verschluckte Kokainkugeln als Beweismittel sicher zu stellen. Dabei geriet Wasser in die Lunge des 35-jährigen. Trotz einsetzender Bewusstlosigkeit setzte der Arzt die Maßnahme fort. Der Mann starb 11 Tage später, ohne das Bewusstsein wieder erlangt zu haben.

Der Eingriff sei damals legal gewesen, so das Gericht in seiner Urteilsbegründung. (Mittlerweile hat der *Europäische Gerichtshof für Menschenrechte* 2006 die Methode



als unmenschlich und erniedrigend eingestuft.) Ein erfahrener Arzt hätte den Tod vermeiden können, indem er die Maßnahme nach Verlust des Bewusstseins und dem Hervorquellen von Schaum aus dem Mund sofort abgebrochen hätte. Der Arzt sei jedoch überfordert gewesen und habe das Risiko nicht erkannt.

Als ob es um einen medizinischen Behandlungsfehler gehe!

Tatsächlich handelt es sich hier um die Verletzung der im Hippokratischen Eid niedergelegten ärztlichen Grundregeln, nämlich niemals einem Patienten Schaden zuzufügen. Gemäß Artikel 1 (1) der UN-Konvention erfüllt dieses Vorgehen sogar den Tatbestand der Folter. Danach ist Folter „Jede Handlung, durch die einer Person vorsätzlich große körperliche oder seelische Schmerzen oder Leiden zugefügt werden wenn diese Schmerzen oder Leiden von einem Angehörigen des öffentlichen Dienstes oder

einer anderen in amtlicher Eigenschaft handelnden Person, auf deren Veranlassung oder mit deren ausdrücklichem oder stillschweigendem Einverständnis verursacht werden.“

Die von dem Polizeiarzt vorgenommene Maßnahme war grausam, unmenschlich und erniedrigend. Es lag weder ein Einverständnis des Behandelten vor, noch bestand eine medizinische Indikation. Er verstieß damit auch gegen die Berufsordnung für Ärzte in Deutschland.

§ 1 Berufsausübung, Abs. 2: „Aufgabe des Arztes ist es, das Leben zu erhalten, die Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen sowie Leiden zu lindern und sich für die Erhaltung der Umwelt als Grundlage der Gesundheit einzusetzen. Der Arzt übt seinen Beruf nach den Geboten der Menschlichkeit aus. Er darf keine Grundsätze anerkennen und keine Vorschriften oder Anweisungen beachten, die mit seiner Aufgabe nicht vereinbar sind oder deren Befolgung er nicht verantworten kann.“ Er verstieß aber auch gegen die Erklärung des Weltärztebundes von 1986: „berufliche Frei-

heit heißt, staatliche und soziale Prioritäten außer Acht zu lassen.“ Das schließt eine allzu starke Identifikation mit dem jeweils herrschenden Staat aus. Die ärztliche Verantwortung gegenüber den Patienten hat Priorität gegenüber der Loyalität mit dem Staat.

Nicht das medizinische Fehlverhalten oder ein ärztlicher Kunstfehler sind das Problem, sondern der Verstoß gegen das ärztliche Selbstverständnis, die Unterordnung ärztlichethischer Standards unter staatlich repressive Autorität.

Der vdää fordert die zuständige Landesärztekammer auf, das Verhalten ihres Mitgliedes hinsichtlich der Verletzung der verbindlichen Berufsordnung zu überprüfen. Die besondere Qualifikation eines Arztes, seine erlernte Fähigkeit, die körperliche Integrität Anderer verletzen zu können, darf weder von ihm noch von Dritten missbraucht werden.

Um entsprechendes Fehlverhalten zu unterbinden, erwarten wir eine offene Auseinandersetzung in Aus-

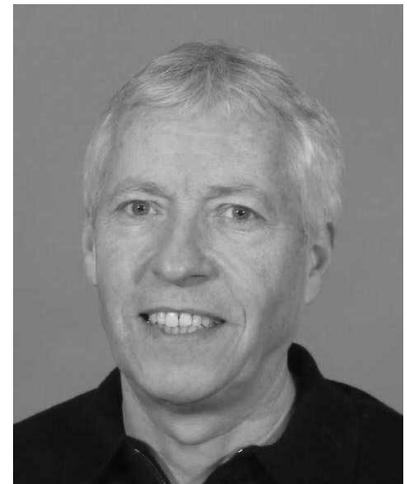
Fort- und Weiterbildung und nicht nur im Fach Medizinethik zum möglichen Missbrauch der Medizin.

Entscheidend ist die Schärfung des Bewusstseins von Ärztinnen und Ärzten, die Sensibilisierung gegenüber Situationen, die dem Arzt ein Verhalten abverlangen, das im Widerspruch zum Hippokratischen Eid steht.

6. Dezember 2008

Dr. Winfried Beck

(Mitglied des erweiterten Vorstands des vdää)



Impfstoff gegen Aids?



Tübingen/Bielefeld,
5. November 2008.

Die Entwicklung eines HIV-Impfstoffs muss mehreren Bedingungen entsprechen, um den Bedürfnissen von Entwicklungsländern zu genügen. Das stellt eine Untersuchung des Aktionsbündnisses gegen AIDS fest. Die klinische Erprobung muss ethischen Standards entsprechen, die TeilnehmerInnen der Studie müssen aus-

reichend medizinisch versorgt werden. Das Aktionsbündnis sieht zudem Diskussionsbedarf über den Umgang mit Patenten für zukünftige Impfstoffe.

Trotz intensiver Forschung gibt es nach wie vor keine Impfung gegen HIV. 2007 gab es einen erheblichen Rückschlag, da Menschen, die einen Test-Impfstoff erhielten, sich sogar häufiger mit HIV infizierten als ungeimpfte Menschen. Sollte es aber einen Durchbruch in der Forschung geben, steht schon jetzt fest, dass die Impfung ein wichtiger Bestandteil der AIDS-Prävention sein wird.

Das Jahr 2007 war für die Bundesregierung ein Schwerpunktjahr zum Thema AIDS: erst im März die HIV-Konferenz in Bremen,

dann der G8 Gipfel in Heiligendamm, bei dem eine Erhöhung des deutschen Beitrags zum *Global Fund to fight AIDS, Tuberculosis and Malaria* angekündigt wurde.

Vor diesem Hintergrund hat das Aktionsbündnis gegen AIDS beschlossen, eine aktuelle Situationsanalyse der HIV-Impfstoffentwicklung zu erstellen: Wo steht die Forschung heute? Wie ist das Klima der Forschungsförderung in Deutschland und im internationalen Vergleich? Ziehen die Ministerien an einem Strang?

Die Arbeit des Aktionsbündnisses zielt auf einen gerechten Zugang zu Medikamenten, Gesundheitsversorgung und Vorsorge für Menschen, vor allem in Entwicklungsländern – dazu gehört auch ein zukünftiger Impfstoff. Deshalb werden die auf-

geworfenen Fragen in einen entwicklungspolitischen Kontext gestellt.

Der Verfasser der Studie ist Dr. Christian Wagner-Ahlf, Mitarbeiter der BUKO Pharma-Kampagne. Er hat auch schon die erste Bestandsaufnahme der Impfstoffforschung 2005 für das Aktionsbünd-

nis gegen AIDS verfasst. Sowohl die aktuelle Analyse als auch die ausführliche Bestandsaufnahme zur Impfstoffforschung 2005 können Sie hier herunterladen:

<http://www.aids-kampagne.de/materialien/downloads/impfstoffforschung/>

Das **AKTIONSBÜNDNIS GEGEN AIDS** ist ein Zusammenschluss von über 100 Organisationen der Aids- und Entwicklungszusammenarbeit sowie mehr als 280 lokalen Gruppen. Der Ausbau der finanziellen Ressourcen zur weltweiten HIV-Prävention sowie der Zugang zur Therapie sind die zentralen Anliegen des Bündnisses.

Bezahlbare Medikamente für Entwicklungsländer



VolkswagenStiftung

12.11.2008

VolkswagenStiftung unterstützt ein Projekt, das eine sozialverträgliche Patentpolitik für Medikamente auf den Weg bringen könnte

Die Arzneimittelversorgung in den Entwicklungsländern ist mangelhaft, immer wieder sterben Menschen, weil sie sich die nötigen Medikamente nicht leisten können. Zu hohe Preise, die häufig durch den Patentschutz zustande kommen, erschweren den Zugang. Neue Lizenzmodelle könnten hier Abhilfe schaffen. Unter dem Motto „Medizinische Forschung – der Allgemeinheit verpflichtet“ möchten Wissenschaftler die bestehende internationale Diskussion über sozialverträgliche Lizenzierung öffentlich finanzierter Forschungsergebnisse nach Deutschland bringen. Dazu haben Dr. Peter Tinnemann, **Charité – Universitätsmedizin Berlin**, Professor Dr. Christine Godt, **Zentrum für Europäische Rechtspolitik in Bremen**, und Dr. Christian Wagner-Ahlf, **BUKO Pharma-Kampagne in Bielefeld**, ein ge-

meinsames Projekt initiiert, das die **VolkswagenStiftung** mit **200.000 Euro** unterstützt.

Das Modell „Sozialverträgliche Lizenzen“ (im internationalen Sprachgebrauch *“equitable and social licensing“*) wurde in den USA entwickelt, um Medikamente auch für Entwicklungsländer erschwinglich zu machen. Bei Patentverwertungsagenturen der deutschen Universitäten spielen diese Lizenzen bisher aber kaum eine Rolle. „Das muss sich ändern“, meint Projektkoordinator Christian Wagner-Ahlf. „Öffentlich finanzierte Forschung hat eine Schlüsselrolle in der Entwicklung neuer Arzneimittel.“ Weltweit stammen rund 50 Prozent der Gelder für Forschung und Entwicklung aus öffentlichen Quellen. Somit ist die Handhabung der Forschungsergebnisse mit einer großen sozialen Verantwortung verknüpft: Wie also lässt sich sicherstellen, dass möglichst viele Menschen vom gesundheitlichen Nutzen dieser Forschung profitieren?

Das Vorhaben besteht aus vier Komponenten. In einer Bestandsaufnahme wird analysiert,

wie sich die deutsche Patentpolitik entwickelt hat und wie öffentliche Forschungseinrichtungen entsprechende Ergebnisse nutzen. Insbesondere durch die „Verwertungsinitiative“ des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF, 2001) wurde eine verstärkte Kommerzialisierung von Forschungsergebnissen eingeleitet. Im zweiten Teil werden die Auswirkungen dieser Praxis auf das öffentliche Gesundheitswesen in den Entwicklungsländern bewertet. Die Ergebnisse sollen mit wichtigen Akteuren aus Forschung, Politik und Industrie diskutiert werden. Begleitend dazu wollen die Wissenschaftler über Veranstaltungen und Veröffentlichungen eine breite gesellschaftliche Diskussion anstoßen. Ziel des Projekts ist die Erarbeitung einer Modelllizenz im Sinne von *“equitable licensing“*, die hierzulande in öffentlichen Forschungseinrichtungen angewendet werden kann.

Der Text der Presseinformation steht im Internet zur Verfügung unter <http://www.volkswagenstiftung.de/service/presse.html?datum=20081112>

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

Schutz vor Infektionen muss bei der Bekämpfung von Antibiotika-Resistenzen die höchste Priorität haben

Stellungnahme des Verbraucherzentrale Bundesverbandes zur Strategie zur Erkennung, Prävention und Kontrolle von Antibiotika-Resistenzen in Deutschland, Deutsche Antibiotika-Resistenzstrategie (DART)

verbraucherzentrale
Bundesverband

Infektionskrankheiten sind weltweit die häufigste Todesursache. Sie werden überwiegend verursacht durch Viren und Bakterien. 2006 starben in Deutschland über 40.000 Menschen an den Folgen einer Infektion. Gegenüber 2002 ist die Fallzahl um 14 % angestiegen. Am häufigsten sind Lungenentzündungen. Insgesamt sind bei den vorliegenden Zahlen viele Fälle nicht registriert, weil Infektionen häufig als Begleiterkrankung auftreten.

Eine wirksame Behandlung bakterieller Infektionen wird zunehmend erschwert durch die Zunahme resistenter Erreger. Dies bedeutet für Patienten im besten Fall längere Behandlung und Belastung durch eine verzögerte Heilung. Auch wenn die Datenlage in Deutschland noch keine abgesicherten Erkenntnisse erlaubt, müssen als Hauptursachen der Resistenzentwicklung ein nicht sachgerechter Einsatz von Antibiotika in der Veterinär- und Humanmedizin und die inkonsequente Anwendung notwendiger Hygienemaßnahmen angesehen werden.

Das Bundesministerium für Gesundheit hat als Diskussionsgrundlage einen ersten Entwurf für eine nationale Strategie vorgelegt, die sich zunächst auf den Bereich der Humanmedizin beschränkt. Gegenwärtig erfolgt eine Zusammenstellung der Aktivitäten im veterinärmedizinischen Bereich in Kooperation mit dem Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz (BMELV).

Der Verbraucherzentrale Bundesverband begrüßt, dass die Bundesregierung die Initiative zur Stärkung präventiver Maßnahmen gegen Antibiotika-resistente Erreger ergreift und damit bereits 2002 von der Europäischen Kommission empfohlenen Maßnahmen zur umsichtigen Verwendung antimikrobieller Mittel in der Humanmedizin umsetzt.

Insgesamt nehmen alle deutschen Patienten zusammen pro Tag mehr als 700 Kilogramm antibakteriell wirkende Medikamente ein. Der Gesamtverbrauch in der Humanmedizin wird auf 250-300 Tonnen pro Jahr geschätzt. Im europäischen Vergleich liegt Deutschland mit seinem Antibiotika-Verbrauch auf einer Position im unteren Drittel, allerdings nur im ambulanten Bereich. Griechenland, Zypern, Frankreich, Italien und Belgien haben hier einen noch wesentlich höheren Verbrauch. Problematisch ist in Deutschland die häufige Verwendung von Reserve-Antibiotika und Breitspektrum-Antibiotika, wo Schmalspektrum-Antibiotika ausreichend wirksam wären. 700 Tonnen Antibiotika fressen deutsche Nutztiere pro Jahr. Über menschliche und tierische Fäkalien gelangen Abbauprodukte der Medikamente in Abwasserkanäle und Kläranlagen, was zur Resistenzentwicklung bei Bakterien beitragen kann. Ein weiteres Problem ist der direkte Eintrag von Antibiotika in die Umwelt, zum Beispiel über den Pflanzenschutz. Antibiotika sind biologisch schlecht abbaubar.

Eine erste Bestandsaufnahme der Folgen des breiten Einsatzes von Antibiotika liefert der Anfang Oktober veröffentlichte Antibiotikare-

sistenzatlas Germap 2008. Bei einzelnen Krankheitserregern wie Staphylokokken, Kolibakterien und Enterokokken ist ein deutlicher Anstieg der Resistenz zu verzeichnen. Nach Einschätzung der Experten ist diese Entwicklung deshalb besonders gefährlich, weil die Entwicklung neuer Antibiotika stagniert. Für die Arzneimittellindustrie ist dieses Segment wirtschaftlich wenig interessant, obwohl Antibiotika zu den 10 umsatzstärksten Gruppen gehören.

Die Kosten beliefen sich im Jahr 2007 auf 808 Millionen Euro, 3,3 % der Ausgaben für Arzneimittel in der Gesetzlichen Krankenkasse. Da bakterielle Infektionen in der Regel als akute Erkrankungen vorliegen, die nur über einen vergleichsweise kurzen Zeitraum behandelt werden müssen, ist das Verordnungsvolumen deutlich geringer als das vieler anderer Arzneimittelgruppen, wie beispielsweise Herz-Kreislaufmedikamente, Antidiabetika oder Psychopharmaka.

Bei vorhandenen Mitteln die Wirksamkeit zu erhalten, ist demnach besonders wichtig. Um der Resistenzbildung entgegenzuwirken ist eine bessere Hygiene in Krankenhäusern erforderlich, wo sich nach Berechnungen der Deutschen Gesellschaft für Krankenhaushygiene 800.000 Menschen jährlich infizieren. (Pressebericht) Kritisiert wird von Experten, dass die Einhaltung von Hygienestandards zu wenig überwacht wird. Besonders problematisch sind Infektionen durch multi-resistente Erreger, weil es hier nur noch sehr eingeschränkte therapeutische Optionen gibt. In medizinischen Einrichtungen können Resistenzraten sehr schnell ansteigen.

Im ambulanten Bereich, wo 85 Prozent aller Antibiotika verordnet werden, ist das Ordnungsverhalten der Ärzte der wichtigste Ansatzpunkt. Hier gibt es in Deutschland regional große Unterschiede. In Westdeutschland werden fast doppelt so viele Antibiotika verordnet wie in Ostdeutschland. Bei bestimmten Indikationen rechnet die Bundesregierung mit einem erheblichen Einsparpotential. Untersuchungen zeigen, dass in bis zu 80 Prozent der Erkältungsfälle, die in der Regel durch Viren verursacht werden, Antibiotika zum Einsatz kommen. Auch manche bakteriellen Infektionen wie zum Beispiel Durchfallerkrankungen müssten nicht immer mit Antibiotika behandelt werden. Aus internationalen Untersuchungen geht hervor, dass bis zu 50 Prozent der durchgeführten Therapien inadäquat sind, zum Beispiel durch ungeeignete Dosierung oder Therapiedauer.

Der Bedarf an wirksamen Medikamenten wird aufgrund der immer älter werdenden Bevölkerung und der zunehmenden Anwendung von invasiven Maßnahmen wie zum Beispiel Operationen, weiter ansteigen. Internationale Zusammenarbeit ist notwendig, weil aufgrund der zunehmenden Globalisierung und Mobilität auch mit einem Anstieg der Transmission resistenter Krankheitserreger zu rechnen ist. Die Einführung der französischen Strategie bewirkte einen Rückgang der Antibiotika-Verordnungen um 13,3 Prozent. Die Erfolge einer politischen

Strategie in Staaten wie Dänemark und den Niederlanden, die eine bessere Position einnehmen als Deutschland, zeigen, „dass eine Verbesserung der deutschen Situation nicht nur nötig, sondern auch möglich ist.“ konstatiert der Strategie-Entwurf der Bundesregierung.

Der Verbraucherzentrale Bundesverband begrüßt die umfassende Herangehensweise des Bundesministeriums für Gesundheit, dass mit seinem Strategie-Entwurf in den vier Bereichen Überwachung, Prävention, Kooperation und Forschung eine große Zahl von Zielen, Teilzeilen und einen dezidierten Zeitplan für das Zusammenwirken zahlreicher Akteure auf Bundes- und Landesebene vorgelegt hat. Hinter der Vielzahl von Aktivitäten dürfen aber die klaren Prioritäten nicht verlorengehen.

Die Förderung des Wissenstransfers im Bereich Antibiotika-Resistenz für Ärztinnen, Ärzte und andere Heilberufe, die im vorletzten Ziel des Strategie-Entwurfs ausgewiesen wird, scheint auf dem Hintergrund der dargebotenen Fakten prioritär. Mit dem zur Prüfung vorgeschlagenen Instrument einer internetbasierten Plattform kann zusätzlich die erforderliche Zusammenarbeit der Akteure gefördert und überdies eine schnelle Wirkung neuer Erkenntnisse in der Praxis ermöglicht werden.

Ergänzend sollte sehr zeitnah eine breite Öffentlichkeitskampagne durchgeführt werden. Die unmittel-

bare Aufklärung der Öffentlichkeit verspricht Einfluss auf das Ordnungsverhalten der Ärzte (Einsparungen), beziehungsweise die sachgerechte Einnahme der Medikamente. In Deutschland gab es hier in der Vergangenheit kaum Aktivitäten.

Nicht hinlänglich berücksichtigt ist im Strategie-Entwurf der in Hinblick auf das Patientenwohl dringend zu beachtende Vorrang der Prävention von Infektionen. Da mit Zunahme von resistenten Erregern das potentielle Risiko steigt, an einer nicht therapierbaren Infektion zu erkranken, sollte die Bundesregierung ihre Aktivitäten im Zusammenhang mit dem Thema Krankenhaushygiene stärker mit dem Handlungsfeld Antibiotika-Resistenz verzahnen.

Das mangelnde Engagement der Pharmaindustrie in der Entwicklung neuer Antibiotika betrachtet der Verbraucherzentrale Bundesverband als Marktversagen. Mehr Öffentlichkeit wäre auch hier sicherlich hilfreich, um die Hersteller an ihre Verantwortung zu erinnern.

13. November 2008

Verbraucherzentrale Bundesverband e.V. – vzbv
Fachbereich Gesundheit/Ernährung
Markgrafenstr. 66
10969 Berlin
gesundheit@vzbv.de
www.vzbv.de

Prävention ist bester Schutz vor Antibiotika-Resistenzen

17.11.2008
vzbv

Anlässlich des Europäischen Antibiotika-Tages am 18. November präsentiert die Bundesregierung eine Strategie zur Erkennung, Prävention und Kontrolle von Antibiotika-Resistenzen in Deutschland sowie Maßnahmen zu ihrer Bekämpfung. Zu dieser sogenannten Deutschen Antibiotika-Resistenzstrategie (DART) gibt

der Verbraucherzentrale Bundesverband (vzbv) zwei Stellungnahmen heraus. Sie finden diese im Dokumentendownload rechts auf der Seite.

(Die Stellungnahme zum Humanbereich ist vorstehend hier abgedruckt, die zum Veterinärbereich findet sich im Web unter http://www.vzbv.de/mediapics/stn_antibiotikaresistenzstrategie_29_09_2008.pdf)

Hintergrund

Patienten in Deutschland schlucken pro Tag insgesamt 700 Kilogramm antibakteriell wirkende Medikamente, das sind pro Jahr 250 bis 300 Tonnen. Weitere 700 Tonnen Antibiotika nehmen deutsche Nutztiere im Jahr auf. Die Abbauprodukte dieser Medikamente gelangen über menschliche und tierische Fäkalien in Abwasserkanäle und Kläranlagen. In der Folge entwickeln sich bei

Bakterien Resistenzen, was eine wirksame Behandlung von Krankheiten erschweren. Gleichzeitig sind Infektionskrankheiten weltweit die häufigste Todesursache. Zudem gelangen Antibiotika über den Pflanzenschutz in die Umwelt, wo sie nur schlecht abbaubar sind.

Um dem Problem wachsender Antibiotika-Resistenzen zu begegnen, ist es notwendig, dass Human- und Veterinärmedizin gemeinsam vorgehen. Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat als Diskussionsgrundlage einen ersten Entwurf für eine nationale Sektorstrategie vorgelegt, die sich zunächst auf den Bereich der Humanmedizin beschränkt. Die Strategie der Bundesregierung wird in Kooperation mit dem Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz (BMELV) erstellt, das das Thema aus dem Veterinärbereich beleuchtet.

Die separaten Entwürfe des BMG und BMELV wurden seit September 2008 mit gesellschaftlichen Gruppen aus den Bereichen Gesundheit und Landwirtschaft diskutiert. Auch der Verbraucherzentrale Bundesverband hat sich an dieser Diskussion mit den vorliegenden Stellungnahmen beteiligt.

Positionen

Der Verbraucherzentrale Bundesverband begrüßt die Initiative der Bundesregierung zur Stärkung präventiver Maßnahmen gegen Antibiotika-resistente Erreger. Bereits im Jahr 2002 hatte die Europäische Kommission empfohlen, antimikrobielle Mittel umsichtiger zu verwenden.

Der Verbraucherzentrale Bundesverband begrüßt die umfassende Herangehensweise des Bundesministeriums für Gesundheit, dass mit seinem Strategie-Entwurf in den vier Bereichen Überwachung, Prävention, Kooperation und Forschung eine große Zahl von Zielen, Teilzeilen und einen dezidierten Zeitplänen für das Zusammenwirken zahlreicher Akteure auf Bundes- und Landesebene vorgelegt hat.

Für Tiere und für Menschen gleichermaßen gilt: Der Schutz vor Infektionen muss bei der Bekämpfung von Antibiotika-Resistenzen die höchste Priorität haben.

Forderungen zum Humanbereich

- Die Bundesregierung muss dringend den Wissens-Transfers im Bereich Antibiotika-Resistenz für Ärztinnen, Ärzte und andere Heilberufe fördern. Mit dem zur Prüfung vorgeschlagenen Instrument einer internetbasierten Plattform kann zusätzlich die erforderliche Zusammenarbeit der Akteure gefördert und überdies eine schnelle Wirkung neuer Erkenntnisse in der Praxis ermöglicht werden.
- Ergänzend sollte sehr zeitnah eine breite Öffentlichkeitskampagne durchgeführt werden. Die unmittelbare Aufklärung der Öffentlichkeit verspricht Einfluss auf das Ordnungsverhalten der Ärzte (Einsparungen), bzw. die sachgerechte Einnahme der Medikamente. In Deutschland gab es hier in der Vergangenheit kaum Aktivitäten.
- Die Bundesregierung berücksichtigt in ihrem Strategieentwurf nicht ausreichend den Vorrang der Prävention von Infektionen. Dieser ist für das Patientenwohl wesentlich. Da mit Zunahme von resistenten Erregern das potentielle Risiko steigt, an einer nicht therapierbaren Infektion zu erkranken, sollte die Bundesregierung ihre Aktivitäten im Zusammenhang mit dem Thema Krankenhaushygiene stärker mit dem Handlungsfeld Antibiotika-Resistenz verzahnen.
- Das mangelnde Engagement der Pharmaindustrie in der Entwicklung neuer Antibiotika betrachtet der Verbraucherzentrale Bundesverband als Marktversagen. Mehr Öffentlichkeit wäre auch hier sicherlich hilfreich, um die Hersteller an ihre Verantwortung zu erinnern.

Forderungen zum Veterinärbereich

- Der Entwurf zur Antibiotikaresistenzstrategie für den Veterinärbereich beschreibt bislang überwiegend den Status Quo. Um zu einer tatsächlichen Strategie zu kommen, müssen nach Auffassung des Verbraucherzentrale Bundesverbandes verbindliche konkrete Maßnahmen für die Zukunft beschrieben werden. Dies kommt in dem Papier bisher deutlich zu kurz.
- Resistenzen durch fehlerhafte Anwendung (Unter- und Überdosierungen, Verschleppung) müssen zukünftig ausgeschlossen werden. Fehldosierungen sind besonders bei Medikamenten der Fall, die über das Futter oder die Tränke verabreicht werden. Notwendig sind daher verbindliche Regelungen für die Anwendung von oral verabreichten Tierarzneimitteln. Bei Landwirten und Tierärzten muss ein entsprechendes Risikobewusstsein geschaffen werden. In der Tierhaltung gibt es zahlreiche positive Beispiele, wie Antibiotika richtig verwendet, beziehungsweise deren Einsatz minimiert werden kann. Auch die Diskussion der Negativbeispiele sollte öffentlich geführt werden. Die Erfahrungen sollten einer breiteren Fachöffentlichkeit zugänglich gemacht werden.
- Erfassung von Antibiotika-Verbrauchsmengen: Der Verbraucherzentrale Bundesverband fordert verbindliche Vorgaben zur Erfassung von Antibiotika-Verbrauchsmengen, da nur so vergleichbare und belastbare Zahlen und Erkenntnisse entstehen. Hierfür müssen Lebensmittelhersteller und Lebensmitteleinzelhandel einbezogen werden.
- Antibiotika gelangen nach ihrer Verwendung im Veterinärbereich in Wasser und Boden. Sie sind auch in Pflanzen nachzuweisen, die auf Gülle gedüngten Flächen angebaut wurden. Antibiotikarückstände sollten daher

in der Düngeverordnung in Form von zulässigen Höchstmengen und in der Verpflichtung

zum Monitoring auf diese Substanzen berücksichtigen werden.

- Daten zu Antibiotikaresistenzen müssen in einem öffentlichen Bereich zugänglich gemacht werden.

IPPNW: Keine E-Card-Lesegeräte in unsere Praxen!



Elektronische Gesundheitskarte

Die Ärzte in sozialer Verantwortung (IPPNW) kritisieren die am 12. Dezember 2008 durchgeführte Erst-Installation eines Lesegerätes im nordrhein-westfälischen Düren für die umstrittene neue „elektronische Gesundheitskarte“. „Wir empfehlen unseren Kolleginnen und Kollegen im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein, dem Beispiel der Bremer Hausärzte zu folgen und die Anschaffung von Lesegeräten für diese aus datenschutzrechtlichen Gründen hochgefährliche Technologie abzulehnen“, so Vorstandsmitglied Matthias Jochheim.

Es gebe keine rechtliche Handhabe, die Installation der neuen Lesegeräte in den Praxen zu er-

zwingen. Die Versorgung aller Patienten der gesetzlichen Krankenversicherungen sei auch ohne neue Lesegeräte in jedem Fall noch geraume Zeit möglich, da die bisherigen Chip-Karten weiter im Umlauf bleiben.

Die IPPNW lehnt die Installation der Lesegeräte für die neue E-Card in Praxen und Einrichtungen aus 7 Gründen ab:

- Das Arzt-Patienten Verhältnis wird durch die Speicherung sensibler Patientendaten in zentralen Rechnern beschädigt oder sogar zerstört.
- Es gibt keinen belegbaren medizinischen Nutzen der E-Card.
- Die Handhabung der Abläufe in den Praxen wird erheblich behindert.
- Die E-Card widerspricht eklatant der Verpflichtung zu sparsamer, die Gelder der Versicherten schonender Arbeitsweise. Kosten der milliardenschweren Entwicklung der Gesundheitskarte, ihrer Installation und Mehrkosten für die Praxisabläufe werden auf Patienten und Ärzte abgewälzt. Allein 2009 werden dafür rund 800 Millionen Euro an Finanzaufwand geschätzt.

- Die nur zu berechtigten Einwände und ablehnenden Beschlüsse der Ärzte wurden von den Betreibern, insbesondere von der Bundesregierung, ignoriert und keinerlei qualifizierter Antwort gewürdigt.
- Die Einführung insbesondere von Telematik-Hardware ohne online-Funktionen bedeutet eine Salami-Taktik zur Überwindung der Widerstände, die einer demokratischen Gesellschaft unwürdig ist.
- Neue Kommunikationstechnik darf gerade im Gesundheitsbereich erst eingeführt werden, wenn ihre Wirkungen umfassend erprobt und von den Anwendern als unbedenklich und nützlich akzeptiert wurden.

IPPNW-Presseinfo
15.12.2008

Kontakt:

Angelika Wilmen,
IPPNW-Geschäftsstelle,
Deutsche Sektion der Internationalen Ärzte für die Verhütung des Atomkrieges, Ärzte in sozialer Verantwortung (IPPNW),
Körtestr. 10,
10967 Berlin,
Tel.: 030-698074-15,
Email: wilmen@ippnw.de

Aus der Geschäftsstelle

Zum Schluss noch eine Bitte der Geschäftsstelle: In unserem Archiv fehlt der VDPP-Rundbrief Nr. 51 aus

dem Juli 2000. Wer also bei sich noch ein Exemplar finden sollte, sende es nach Hamburg. Falls ihr

eure vollständige Sammlung behalten wollt, können wir es auch kopieren und zurücksenden.

Der nächste VDPP-Rundbrief erscheint im März 2009.

Redaktionsschluss ist am 28. Februar 2009.



Der Vorstand

Jana Böhme
Travestraße 4
10247 Berlin
Telefon 0176 28268204
rix47@gmx.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

Florian Schulze
Peetzseestraße 7
12587 Berlin
Telefon 0178 81222989
Florian.schulze@web.de

Adressen der regionalen Kontaktpersonen

Baden-Württemberg
siehe Hessen

Bayern
siehe Hessen

Berlin

Dr. Regina Schumann
Halskestraße 4
12167 Berlin

Telefon 030 7951471
sander.schumann
@gmx.de

Brandenburg
siehe Berlin
Bremen

Jutta Frommeyer
Igel-Apotheke
Schwaneweder Straße
21
28779 Bremen
Telefon 0421 605054

Fax 0421 605058
info@igelapo.de

Hamburg
VDPP-Geschäftsstelle
Neptun-Apotheke
Bramfelder Chaussee
291
22177 Hamburg
Telefon 040 63917720
Fax 040 63917724

Geschäftsstelle
@vdpp.de

Hessen

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

Mecklenburg-Vorpommern
siehe Hamburg

Niedersachsen

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

Nordrhein-Westfalen

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

Rheinland-Pfalz
siehe Hessen

Saarland
siehe Hessen

Sachsen

Dr. Kristina Kasek
Goldacherstraße 7
04205 Miltitz
Telefon 0341 9405732

Sachsen-Anhalt
siehe Niedersachsen

Schleswig-Holstein
siehe Hamburg

Thüringen
siehe Hessen