VDPP • RUNDBRIEF

73

21. Jahrgang 3 / 2009

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
73 INHALT

Versandhandel mit Arzneimitteln

Mitgliederversammlung 2009 in Hamburg

Hausarztzentrierte Versorgung

EDITORIAL

Liebe Leserinnen und Leser,

auch bei diesem Rundbrief ist es uns fast gelungen, den Redaktionsschluss einzuhalten, so dass wir uns einem regelmäßigen Vierteljahresrhythmus wieder annähern.

Wir hoffen, euch auch diesmal wieder ein paar gesundheitspolitische Denk- und Diskussionsanstöße geben zu können. Sollte es euch stören, immer nur die Artikel der gleichen, wenigen AutorInnen zu lesen, so könnt ihr das ganz einfach ändern: Schreibt selbst einmal einen Beitrag!

Auch das Titelbild dieses Rundbriefs ist ein Urlaubsfoto von Uschi Blöcker. Apropos Urlaub, am Wochenende vom 19. bis zum 21. Juni 2009 ist Urlaubssperre, da treffen wir uns alle zur MV in Hamburg.

Viel Spaß beim Lesen wünscht

das Redaktionsteam

Redaktionsschluss für den VDPP-Rundbrief Nr. 74: 31. Mai 2009

INHALT

Grußwort des Vorstands

Jana Böhme *3*

Versandhandel mit Arzneimitteln

Florian Schulze *4*

Überarbeitung unseres Programms

Katja Lorenz *7*

20 Jahre VDPP

Thomas Schulz *8*

Hausarztzentrierte Versorgung

Ingeborg Simon *8*

Vorstand 13. Dezember 2008

Katja Lorenz *11*

Vorstand 21. Februar 2008

Katja Lorenz *12*

TERMINE *13*

DOKUMENTATION

Antwort von Barroso *14*

Spendenaufruf: Medizinische Versorgung in Gaza *15*

EU-Arbeitszeitrichtlinie *16*

BKA-Gesetz *16*

Krankenhäuser brauchen finanzielle Basis *18*

Positionspapier zur Krankenhausfinanzierung *18*

Ärzte nehmen Patienten in Geiselhaft

vdää *20*

Die Geister, die ich rief

BUKO et al. *21*

Indien: Preiswerte Medikamentenversorgung in Gefahr

CBG et al. *22*

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,

nun hat sich auch der Bundesrat in seiner Sitzung am 6. März gegen Patienteninformationen durch die Pharmaindustrie, wie sie in Verheugens „Pharmapaket“ vorgesehen sind, ausgesprochen. Der Bundesrat lehnt damit den Gesetzesvorschlag ebenso ab, wie das zuvor Verbraucherverbände, Verbände der Heilberufler, die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Bundesregierung getan haben.

So stellt der Bundesrat zu Recht fest, dass die Regelungen des deutschen Heilmittelwerbegesetzes (HWG) eindeutig sind und nicht zwischen Arzneimittelwerbung und -information unterscheiden. „Eine solche Unterscheidung wird für entbehrlich gehalten, weil sie zu Unschärfen führt.“ Weiter heißt es, eine Information der breiten Öffentlichkeit über verschreibungspflichtige Arzneimittel werde zum Schutz und Wohl der Patienten abgelehnt. Schließlich hätten Pharmaunternehmen „ein Absatzinteresse, das einem Erstellen von unbeeinflussten und objektiven Informationen zuwiderläuft“[1].

Auch das im Dezember letzten Jahres gehaltene Schlussplädoyer von EU-Generalanwalt Yves Bot zum Fremdbesitzverbot für Apotheken in Deutschland ist zum Schutz der Patienten ausgefallen. Dass Y. Bot das Allgemeininteresse vor die Marktinteressen stellt, begrüße ich. Denn die von ihm angeführte drohende Vertikalisierung des Pharmasektors bei Aufhebung des Fremdbesitzverbotes wirkt sich in jedem Fall auf den Arzneimittelkonsum aus. In einem ähnlichen Zusammenhang schrieb Thomas im letzten Grußwort, dass es dabei nicht um die Verteidigung der inhabergeführten Präsenzapotheke geht. Sie stellt allerdings auch für mich derzeit die ordnungsgemäße Arzneimittelversorgung der Bevölkerung am besten sicher.

Zu dieser Thematik passend, hat Florian im vorliegenden Rundbrief einen Artikel zum Versandhandel von Arzneimitteln geschrieben. Ich stehe dem Versandhandel mit (verschreibungspflichtigen) Arzneimitteln aus Gründen des Gesundheitsschutzes ähnlich kritisch gegenüber wie der angesprochenen Aufhebung des Fremdbesitzverbotes. Ich denke als pharmazeutischer Verein sollten wir zu diesen Themen eine Position vertreten können. Die Programmneufassung und -diskussion bietet dazu gerade genügend Gelegenheit. Die Argumentation gegen den Versandhandel, die Florian in seinem Artikel vertritt, wird voll durch den Vorstand unterstützt. Der VDPP ist bei der öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestages zum Versandhandel am 25. März als Sachverständiger eingeladen. Florian wird den VDPP zu dieser Anhörung vertreten. Vor allem auch aus diesem Grund lege ich euch den Artikel ans Herz. Eine Diskussion zur Konsensfindung würde ich toll finden.

Jana Böhme
für den VDPP-Vorstand

[1] http://www.apotheke-adhoc.de/index.php?m=1&s=3&showPage=1&id=5720

Der Versandhandel mit Arzneimitteln

von Florian Schulze

Im Jahre 2004 wurde im Zuge des Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GMG) der Versandhandel mit Arzneimitteln in Deutschland legalisiert. Im Folgenden sollen eingetretene oder noch zu erwartende Auswirkungen dieser Maßnahme auf die Arzneimittelsicherheit, auf die Versorgungssicherheit und -qualität und auf den Apothekenmarkt untersucht werden.

Auf dem Gebiet der Arzneimittelsicherheit werden die Gefahren, durch Arzneimittel zu Schaden zu kommen, analysiert. Besondere Gefahren gehen hier von gefälschten Arzneimitteln bzw. illegal vertriebenen Arzneimitteln aus. Nicht nur der fehlende, falsche oder falsch dosierte Wirkstoff birgt hier direkte Gefahren wie Vergiftungen oder auch ausbleibende therapeutische Wirkungen; auch fehlende Informationen zu Risiken, Dosierung, Anwendungsgebieten oder Haltbarkeitsdaten und die dadurch hervorgerufene Fehlanwendungen können direkt gesundheitsgefährdend sein. Ebenso stellen als harmlos dargestellte Mittel, die z. B. als „sanfte Medizin“ verkauft werden, aber keinerlei Kontrollen bezüglich ihrer Unbedenklichkeit unterliegen, eine nicht zu unterschätzende Gefahr dar. Als Beispiel mag

hier ein Mittel dienen, das u. a. als „Darling“ oder „LiDa“ vertrieben wurde[1]. Beworben wurde es als chinesisches Naturheilmittel, in Wirklichkeit war Sibutramin enthalten, ein synthetischer Stoff, der in Deutschland verschreibungspflichtig ist und schwere Nebenwirkungen sowie lebensgefährliche Wechselwirkungen auslösen kann. Der Inhaltsstoff war weder deklariert, noch wurde über Risiken aufgeklärt.

Das Bundeskriminalamt hat sich in einer Studie der Problematik Arzneimittelkriminalität gewidmet und ist zu alarmierenden Ergebnissen gelangt[2]. Das Internet wird als das Haupteinfallstor für Fälschungen und illegalem Handel genannt. Laut der Studie sind im *legalen* deutschen Handel den Überwachungsbehörden von 1997 bis 2007 ganze dreißig Fälle von Arzneimittelfälschung bekannt geworden. Davon waren gerade zwei Präparate Totalfälschungen gewesen, der überwiegende Teil war illegal umverpackt worden.

Allein in Deutschland hat sich der Wert der beschlagnahmten Fälschungen aus anderen Quellen (Versandhandel, illegaler Handel mit Anabolika etc.) innerhalb eines Jahres von 2,5 Millionen auf 8,3 Millionen Euro verdreifacht.

EU-weit sind im Jahr 2006 2,7 Millionen Packungen sichergestellt worden, was eine Zunahme um 384 % gegenüber 2005 bedeutet[3]. Im Jahr 2007 betrug die Steigerungsrate noch einmal plus 51 %[4].

In der BKA-Studie heißt es weiter: „Unabhängig von dem legalen Handel über Internet-Apotheken existiert ein illegaler Handel durch nicht autorisierte Personen im WorldWideWeb. Diese unseriösen Angebote von den seriösen zu unterscheiden, ist schwierig. Es erscheint einfach, die Vorschriften des AMG, die der Sicherheit der Gesundheit des Patienten dienen, mit Hilfe des Internet zu umgehen. (…) Vor illegalen Internetapotheken warnt auch der Internationale Suchtstoffkontrollrat (INCB) der Vereinten Nationen, da von ihnen wegen der schlechten Qualität und unklaren Inhaltsstoffe eine ernste Gefahr für die Gesundheit der Kunden ausgeht.“

Großbritannien hat sich zur europäischen Drehscheibe für illegale oder illegal vertriebene Arzneimittel aufgeschwungen.

Im August 2008 hat der Internetdienstleister „MarkMonitor“ eine Untersuchung zum Thema Online-Arzneimittel vorgelegt. Es wurden weltweit 3160 Online-Apotheken untersucht. 506 dieser Apotheken operierten laut „MarkMonitor“ über britische Server. Damit sei nahezu jede fünfte Online-Apotheke britisch oder habe zumindest „eine starke britische Komponente“. Von den untersuchten britischen Versendern legt jeder Zehnte auch bei rezeptpflichtigen Medikamenten keinen Wert auf eine ärztliche Verordnung. Mehr als die Hälfte hält es nicht für notwendig, die gesendeten Kundendaten zu verschlüsseln. Der überwiegende Teil der Internetapotheken werde von Kriminellen betrieben, so das vernichtende Fazit der Studienautoren. Die deutschen Versandhändler stehen momentan so stark unter Beobachtung, dass solche „Nachlässigkeiten“ noch Ausnahmen bilden dürften. Sollte die öffentliche Aufmerksamkeit aber nachlassen, besteht wohl kein Grund zu hoffen, dass sich deutsche Versender anders verhielten als britische. Warum es neben niederländischen gerade britischen Versandapotheken erlaubt ist, nach Deutschland zu liefern, bleibt angesichts dieser Daten unverständlich.

Dass gerade diese beiden Länder auch ein relativ liberales Verschreibungsrecht besitzen, also viele Arzneimittel, die in Deutschland vom Arzt verordnet werden müssen, dort legal (!) per Versand ohne Rezept zu erhalten sind, lässt die kleinteiligen Novellierungen der deutschen Verschreibungsverordnung lächerlich erscheinen.

In Deutschland hat der Bundesverband Deutscher Versandapotheken (BVDVA) mit dem propagierten Ziel, Transparenz und Sicherheit bei deutschen Versandapotheken zu schaffen, ein Gütesiegel eingeführt, das dem Verbraucher eine Sicherheit vermitteln soll. Diese Sicherheit besteht allerdings ausschließlich aus Selbstverpflichtungserklärungen, die größtenteils ohnehin gesetzlich vorgeschrieben sind, und verbandsinternen BVDVA-Kontrollen. Es gibt keine unabhängige, geschweige denn behördliche Instanz, die eine besondere Qualität bestätigen kann. So verwundert es auch nicht, dass die Wettbewerbszentrale Klage gegen die Verwendung des Gütesiegels eingereicht hat. Das Landgericht Darmstadt hat dieser Klage im November 2008 statt gegeben (noch nicht rechtskräftig)[5, 6]. Die Entlarvung des Gütesiegels des BVDVA als „irreführend“ ist ein Fortschritt im Sinne des Verbraucherschutzes, zeugt aber auch davon, dass es den BVDVA-Apotheken nicht wirklich um Qualität und Transparenz ging.

Aber auch die gesetzlichen deutschen Regelungen für einen „sicheren Versandhandel“ können anscheinend ohne größere Probleme umgangen und auch ohne Sanktionen verletzt werden. So werden rezeptpflichtige Arzneimittel von deutschen Unternehmen ohne Rezept angeboten und Legalität vorgetäuscht, indem einfach ein „kostenloses ärztliches online-Rezept“ ausgestellt wird[7].

Die VfG-Apotheke versendet seit Jahren Medikamente aus Tschechien nach Deutschland[8]. Auf telefonische Nachfrage wurde von der VfG-Apotheke versichert, es handele sich um ein deutsches Unternehmen, der Versand wäre legal, außerdem würde von Halle/Saale versendet werden. Ein Blick in das Impressum der Internetseite bestätigt: Der Firmensitz und das Vertriebslager liegt in Tschechien, wo der Arzneimittelversand laut BMG nicht an Sicherheitsanforderungen geknüpft ist[9]. Wie schwierig die rechtliche Einschätzung ist, zeigt ein Test der Stiftung Warentest, die ausgerechnet dieses illegal operierende Versandunternehmen mit „gut“ bewertet hat. Die zuständigen Behörden sind seit Jahren darüber infor-

miert, jedoch fehlen wohl politische Durchsetzungskraft oder politischer Wille, dem Einhalt zu gebieten.

Auch das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM)[10], das Europäische Verbraucherzentrum[11] und die Weltgesundheitsorganisation (WHO)[12] warnen vor dem Bezug aus unsicheren Internetquellen – bloß welche Internetquellen sind unsicher? Wie viel Zeit nimmt sich ein Patient, um den Wahrheitsgehalt der Inhalte, seien es Heilsversprechen oder falsche Angaben zur Legalität oder zur Herkunft des Medikamentes, zu überprüfen? Wie viel kritische Objektivität ist einem Menschen zuzutrauen, der aufgrund eines Leidensdrucks Hilfe durch ein Arzneimittel sucht?

Um das Problembewusstsein der deutschen VerbraucherInnen zu testen, hat Prof. Schweim, Lehrstuhl

für „Drug Regulatory Affairs" der RFW-Universität Bonn, eine angebliche Versandapotheke kreiert[13].

Mit minimalem Aufwand kopierte er den Internetauftritt einer tatsächlichen Apotheke. Äußerlich ähnlich, war doch verhältnismäßig leicht zu erkennen, dass es sich nicht um eine seriöse Apotheke handelte. So wurde der Name „Fake-Apotheke" gewählt, das Siegel des BVDVA wurde nachgemacht, aber nicht mit Sicherheitsmerkmalen ausgestattet, in den AGB wurde klar geschrieben, dass Kunden betrogen werden sollten, das Impressum enthielt nicht die erforderlichen bzw. korrekten Angaben. Trotzdem wurde die Seite positiv aufgenommen, „die Leute bestellen einfach", wird Schweim zitiert[14].

Fazit: Ohne umfangreiche Nachforschungen hat ein Laie kaum Möglichkeiten, die Seriosität eines Internetanbieters zu überprüfen. Damit kann er weder Gewissheit über Zusammensetzung und Qualität des Produktes erlangen noch auf die Richtigkeit der entsprechenden Werbeaussagen vertrauen. PatientInnen und Patienten werden damit bewusst des Risikos von Gesundheitsschädigungen ausgesetzt.

Nicht weniger wichtig ist der Einfluss der neuen Vertriebsart auf den Arzneimittelkonsum von PatientInnen und die daraus resultierende Arzneimittelsicherheit. Was unterscheidet eine telefonische von einer persönlichen Beratung?

Die Richtigkeit der Information, die in Testkäufen untersucht wird, ist ein wichtiges, aber kein ausreichendes Kriterium für die Beratungsqualität. Wie soll am Telefon beurteilt werden, ob der Ratsuchende einen Sachverhalt verstanden hat oder nicht? Jeder, der in seinem Beruf kommuniziert, weiß, dass die individuell richtige Sprache gefunden werden muss, um komplexe Sachverhalte zu vermitteln. Das schlichte Erklären der mechanischen Handhabung von Arzneimitteln (Bsp. Insulin, Inhalatoren, Trockensäfte, Heparinoide u. v. a.) sowie Medizinprodukten und Hilfsmitteln stellt den Telefonberater vor ernste Schwierigkeiten und birgt zwangsläufig die Gefahr von Fehlanwendungen und damit Gesundheitsschädigungen. Die VITA-Studie[15] hat gezeigt, dass die Fehlerquote bei der Anwendung von Asthmapräparaten von rund 80 % auf rund 20 % durch eine einmalige Einweisung/Vorführung durch einen Apotheker gesenkt werden konnte. Dieses Potential bleibt beim Versand ungenutzt, Versorgungsqualität und Kosteneffizienz sinken rapide.

Dass das Beratungspersonal beim Versandhändler die Konsequenzen seines Tuns nur selten mit eigenen Augen sieht, birgt die Gefahr, dass das Verantwortungsbewusstsein auf die Ebene der Justiziabilität reduziert wird, nach der richtig berät, wer die Gebrauchsinformation vorliest.

Eine effiziente Beratung ist diejenige, die verstanden wird – für mich ein K.-o.-Kriterium für telefonische, ganz zu schweigen von schriftlicher Beratung.

Die Beratung sollte so niedrigschwellig angeboten werden wie möglich. Jeder Apotheker weiß, dass häufig die Fragen und Unsicherheiten erst ans Licht kommen, wenn der Patient aktiv angesprochen wird, die gesamte Medikation oder auch Lebensumstände des Patienten bekannt sind. Die Packungsbeilage ist für viele Patienten eine Quelle der Verunsicherung, die Informationen müssen mit Sachverstand bewertet und individuell gefiltert werden. Die Beratungsqualität der Präsenzapotheken ist bekanntermaßen verbesserungswürdig, sie ist aber auch verbesserungs*fähig*. Beim Versandhandel liegt der Fehler im System. Dass der Beratungsbedarf vorhanden ist, beweisen die vielen Patienten, die in die Präsenz-Apotheke kommen, weil sie sich im Netz, auch bei legalen Versandapotheken, nicht adäquat informiert fühlten.

Wer den Internetauftritt von sanicare[16], der größten deutschen Versandapotheke und Testsiegerin bei der Stiftung Warentest (10/2007), besucht, dem wird auf der ersten Seite Grippostad, ein häufig kritisch bewertetes und auf jeden Fall beratungsbedürftiges Arzneimittel, angeboten (Stand 17.02.2009). Das Präparat ist zu bestellen, ohne dass auch nur einmal eine Seite zu Risiken des Präparates geöffnet werden muss. Inhaltsstoffe werden ohne Unterscheidung zwischen Arznei- und Hilfsstoff aufgeführt, wer sich über Risiken informieren möchte, muss auf den kleinen Link „Detailinformationen" klicken. Dort sind die Nebenwirkungen des Beipack-

zettels aufgelistet, es erfolgt keine Häufigkeitsangabe oder sonst eine Gewichtung. Diese Angaben sind für viele Laien praktisch wertlos. Dafür werden Nahrungsergänzungsmittel als „Unsere Empfehlung zu diesem Produkt" mit äußerst fragwürdigen Versprechungen wie „sanfte Entgiftung des Körpers" und „Belebung des Zellstoffwechsels und der Organfunktion" angepriesen. Die Lieferung ist versandkostenfrei, dafür ist eine telefonische Beratung nur unter einer kostenpflichtigen 01805-Nummer oder über einen zeitlich unbestimmten Rückruf erreichbar. Dass Präsenzapotheken von der Stiftung Warentest häufig kritisch bewertet werden, ist oft berechtigt. Dass dieser Internetauftritt die Note 1,9 erhielt, ist mir unverständlich.

Auch die Effekte auf die Präsenzapotheken selbst und damit mittelfristig auf die Versorgungssicherheit sind Teil der Gesamtbetrachtung.

Bekanntlich leben Apotheken mit einer Mischkalkulation: Der langjährige Hypertoniker mit Dauermedikation ohne weiteren Beratungsbedarf finanziert den Kopfschmerzkunden, dem nach zeitintensiver Beratung Paracetamol für zwei Euro verkauft wird, ganz zu schweigen von den Kunden, denen man nach bestem Wissen und Gewissen die gerade aktuellen Abnehmpillen ausredet. Eine Aufteilung der Kunden wie in anderen Segmenten (Großmarkt = billig, wenig Beratung versus Fachgeschäft = teuer, viel Beratung) funktioniert im Arzneimittelmarkt nicht. Andere Fachgeschäfte können den Beratungsaufwand direkt auf die Preise umlegen, was bei einer Paracetamol-Packung unmöglich ist. Dazu kommen Rezepturherstellung, Stoffprüfung, Bereitschaftsdienste, Notfalldepot, die ebenso notwendig wie unrentabel sind. Nicht zuletzt spielen Apotheken im Katastrophenfall (siehe Vogelgrippe-Pandemie-Plan) eine wichtige Rolle.

Besonders gravierend ist die Wettbewerbsverzerrung gegenüber ausländischen Versandapotheken. Niederländische Versandapotheken lehnen die Einlösung von BtM-Rezepten ebenso ab wie die Herstellung von Individualrezepturen, während deutsche Apotheken dem Kontrahierungszwang für ärztliche Verordnungen unterliegen sowie strenge Auflagen für Labor und Rezeptur erfüllen müssen, die außerordentlich kostenintensiv sind und deren Einhaltung regelmäßig von unabhängigen Instanzen überprüft wird. Auch dürfen niederländische Apotheken den Patienten Rabatte bei der Zuzahlung und Krankenkassen bei den Preisen rezeptpflichtiger Medikamente einräumen, was deutschen Apotheken durch die Arzneimittelpreisverordnung verboten ist – das ist wohl der Grund, warum viele Krankenkassen von ihnen besonders begeistert sind.

Die wiederholte Aufforderung von Seiten der Politik und der gesetzlichen Krankenkassen, gerade Arzneimittel ohne Beratungsbedarf bei Versandapotheken zu beziehen, während man mit akuten Kopfschmerzen oder dem schnell notwendigen Antibiotikum bzw. der Individualrezeptur weiter in die Vor-Ort-Apotheke gehen könne, trifft die Apotheken ins Mark und zeugt von der Kurzsichtigkeit der politisch Agierenden.

Ein vierter wesentlicher Aspekt ist das Fehlen relevanter Argumente *für* den Versandhandel. Aus meiner Sicht sind zwei Aspekte anzuführen:

1. Die Liberalisierung des Marktes, also auch des Arzneimittelmarktes, führe per se zu mehr Innovation, Qualität und Wirtschaftlichkeit.

Die aktuelle Finanz- und Wirtschaftskrise hat dieses Dogma auch bei vielen Befürwortern des freien Marktes endlich ins Wanken gebracht. Gerade im Gesundheitssektor muss die Qualität der Versorgung, also die Gesundheit von Patientinnen und Patienten, oberste Priorität haben. Dass der Versandhandel (wie auch andere Liberalisierungsmaßnahmen wie die Abschaffung des Mehr- und Fremdbesitzverbotes) nicht automatisch zu sinkenden Preisen führt, offenbaren Länder wie die USA und England. Vielmehr zeigte eine Studie des Österreichischen Bundesinstituts für Gesundheitswesen (ÖBIG), dass Länder mit deregulierten Arzneimittelmärkten eine höhere Kostensteigerungsrate aufwiesen als Länder mit einem restriktiveren Markt[17]. Niedrige Arzneimittelausgaben haben vor allem Länder, in denen der Staat oder andere Organe des öffentlichen Gesundheitswesens direkt in die Preisbildung von Medikamenten (z. B. mittels direkter Verhandlung mit dem Hersteller und effektiver Kosten-Nutzen-Bewertung) und in das Verordnungsverhalten der Ärzte (z. B. mittels einer Positivliste) eingreifen.

Auch die erhofften Einsparungen für die GKV sind ausgeblieben. Auf eine Kleine Anfrage der Linksfraktion im Bundestag antwortete diesbezüglich die Bundesregierung am 27.07.2007, also über drei Jahre nach Einführung des Versandhandels: „Angaben dazu liegen dem Bundesministerium für Gesundheit nicht vor"[18].

2. Immobile PatientInnen und PatientInnen im ländlichen Raum bekämen durch den Versandhandel die Möglichkeit, ihre Arzneimittel zu bestellen, ohne eine Präsenzapotheke aufsuchen zu müssen.

Dieses Argument ist für sich genommen richtig, greift aber zu kurz. Die Versorgung mit Medikamenten im ländlichen Raum ist immer dort bedroht, wo die hausärztliche Versorgung in Gefahr ist. Schon jetzt müssen PatientInnen zum Teil weite Wege auf sich nehmen, um die nächste Apotheke zu erreichen. Zu meiner Apotheke in Ostbrandenburg müssen die PatientInnen zum Teil 20 km fahren. Die Versorgung dieser PatientInnen ist aber durch Rezeptsammelstellen gesichert und erfolgt zeitnah (häufig am Tag der Verordnung) und zuverlässig. Die für diese Patientengruppe wünschenswerte Vereinfachung des Arzneimittelbezugs kollidiert mit der Gefahr, dass durch die Konkurrenz mit dem Versandhandel die Apothekendichte im ländlichen Raum weiter abnimmt. Da sich alle Akteure einig sind, dass

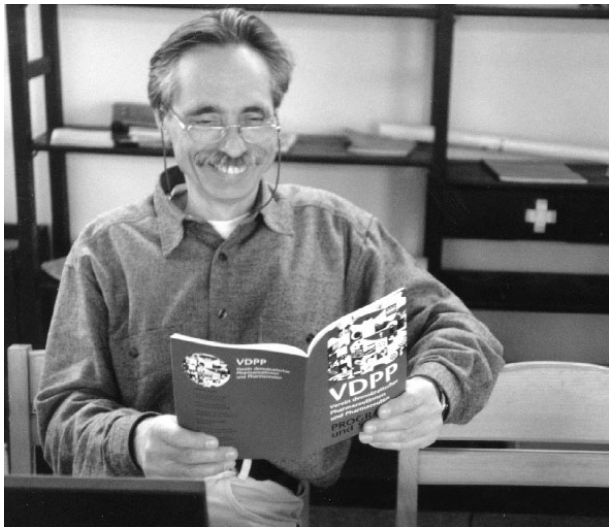
der Versandhandel die Präsenzapotheke niemals ersetzen kann, ist diese Entwicklung kritisch zu sehen und überwiegt meines Erachtens die angesprochenen Vorteile deutlich.

Diese vier Punkte – der Handel mit gefälschten, illegalen und gesundheitsgefährdenden Medikamenten, die fehlende persönliche und höherschwellig angebotene Beratung, der unfaire Wettbewerb v. a. mit ausländischen Versendern und fehlende zwingende Gründe für den Versand sowie nicht zuletzt das unvermeidlich fehlende Problembewusstsein des abgebenden Postboten sind für mich die entscheidenden Argumente, den Versandhandel mit Medikamenten und Medizinprodukten prinzipiell abzulehnen.

[1] http://www.ami-nord.de/Zoll_Lida.htm
[2] http://bka.de/kriminalwissenschaften/veroeff/band/band36/band36_arzneimittelkriminalitaet.pdf
[3] http://www.abda.de/1706.html
[4] http://europa.eu/rapid/pressReleasesAction.do?reference=IP/08/757&format=HTML&aged =0&language=de&guiLanguage=de
[5] http://www.konsumo.de/news/2748-Sichere-Versandapotheke-BVDVA-gepr%C3%BCft-Siegel-irref%C3%BChrend
[6] http://www.wettbewerbszentrale.de/de/branchen/gesundheit/aktuelles/_news/?id=831
[7] www.cialis-onlineshop.de
[8] www.vfg.ag
[9] http://www.dgim.de/pdf/Schweim-F%C3%A4lschungen-08.pdf
[10] http://www.bfarm.de/cln_030/nn_421158/DE/BfArM/Presse/mitteil2007/pm26-2007.html__nnn=true
[11] http://www.evz.de/UNIQ123576063607006/doc939A.html
[12] http://www.apotheker.or.at/Internet/OEAK/NewsPresse_1_0_0a.nsf/agentEmergency! OpenAgent&p=316AAF854FE8AC78C1256AD4002C172D&fsn=fsStartHomeFachinfo&iif=0
[13] http://www.dgim.de/pdf/Schweim-F%C3%A4lschungen-08.pdf
[14] http://www.pharmazeutische-zeitung.de/index.php?id=5953
[15] http://www.abda.de/1582.html
[16] www.sanicare.de
[17] http://www.pharmazeutische-zeitung.de/index.php?id=6013
[18] http://dokumente.linksfraktion.net/drucksachen/7790022572_1606149.pdf

„Erinnerungswerbung“ für die Überarbeitung unseres Programms

von Katja Lorenz



An dieser Stelle soll nur kurz - aber hoffentlich nachhaltig - daran erinnert werden, dass wir gegenwärtig das Programm des Vereins überarbeiten. Die aktuelle Fassung des Entwurfs stammt vom 8. Februar und stellt das Ergebnis des Programmseminars vom Januar da. Zu finden ist sie im internen Bereich der Homepage. Diejenigen, die in der Mailingliste angemeldet sind, haben sie auf diesem Wege bekommen. Alle ohne Internetzugang können einen Ausdruck über die Geschäftsstelle bekommen.

Das alles stand bereits im Brief an die Mitglieder vom 28.01.09. Dort stand auch wie es weitergehen soll. Wichtiger nächster Termin in unserer Planung ist der 31. März. Bis dahin sollen alle Änderungswünsche, -fassungen und Anmerkungen bei mir eingegangen sein.

Die Programmüberarbeitung war ein Beschluss der MV 2007. Seitdem seid ihr immer über den Stand der Bearbeitung informiert worden. Zu jeder Zeit bestand die Möglichkeit der Mitarbeit. Zum Programmseminar waren alle eingeladen. Zur MV in Hamburg soll das Programm verabschiedet werden. Bitte erspart es uns allen, erst kurz davor oder gar auf der MV selbst große Änderungsanträge vorzulegen. Das ist dann weder zielführend, noch besonders praktikabel. Jetzt ist noch genug Zeit, die Änderungswünsche zur Diskussion zu stellen, zu be- und schließlich einzuarbeiten. So viel Disziplin sollten wir uns „gönnen“. Letztlich ist es auch eine Frage der Achtung denjenigen gegenüber, die bisher bereits viel Zeit und Arbeit investiert haben. Dafür großen Dank auch im Namen des Vorstandes.

20 Jahre VDPP – Grund zur (Vor-)Freude

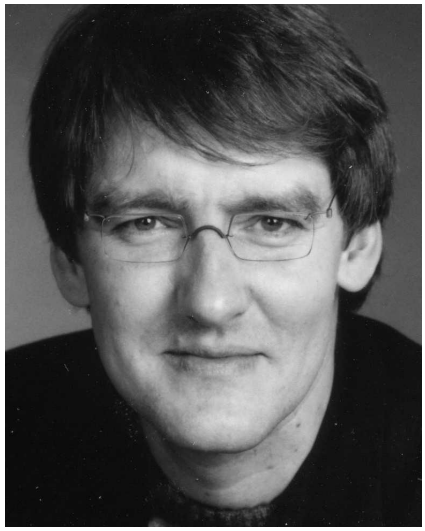
Etwas mehr als drei Monate trennen uns noch vom großen Ereignis, der Jubiläums-Mitgliederversammlung in Hamburg. Im Namen des Vorstandes und für die Hamburger Regionalgruppe kann ich schon ankündigen: Es lohnt sich! Professor Rolf Rosenbrock vom Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung wird unser Festredner sein. Wir haben viele Freunde eingeladen, mit denen wir in diesen 20 Jahren das eine oder andere Projekt bearbeitet haben. Wir haben bereits Zusagen von Medico International und vom VDÄÄ. Dieser festliche Teil wird am Nachmittag des 20. Juni im Curio-Haus stattfinden. Hier werden auch Fotos aus 20 Jahren und unsere beiden Ausstellungen „100 Jahre Frauenpharmaziestudium" und „Vertreibung und Vernichtung jüdischer Apotheker" wieder zu sehen sein. Am Abend werden die Feierlichkeiten mit einer Barkassenfahrt im Hafen fortgesetzt. Für Musik, Snacks und Getränke wird gesorgt sein. So ein Programm kostet mehr als eine normale MV, und so wundert euch nicht, wenn die Tagungspauschale diesmal 50 Euro betragen wird. Sollte dieser Betrag für einzelne Vereinsmitglieder zu hoch sein, dann besteht die Möglichkeit ohne weitere Angaben von Gründen den ermäßigten Satz von 30 Euro zu zahlen.

Neben dem festlichen Teil, der auch eine Rückschau sein wird, werden wir am Sonntag voraussichtlich unser neues Programm verabschieden, mit dem wir uns den Fragen und Herausforderungen der nächsten Jahre stellen wollen. Auf dem Programmseminar im Januar hatten wir in Berlin intensiv diskutiert, und die Programmarbeitsgruppe, die nun die letzten Änderungen zusammenfasst, wird euch demnächst das Ergebnis dieser Vorarbeiten präsentieren. Bitte nehmt euch Zeit und schaut das Programm gründlich an. Auf dieser Basis wollen wir schließlich in den nächsten Jahren weiter arbeiten.

Wie in ungeraden Jahren üblich, stehen auf dieser MV wieder einmal Vorstandswahlen an. Wir können euch zum einen beruhigen: alle vier VorständlerInnen werden wieder kandidieren, und wollen zum anderen doch auffordern über eine Kandidatur nachzudenken. Wir sind derzeit vier Leute im Vorstand. Vor 20 Jahren sind wir mit neun Mitgliedern gestartet. Es wäre schön, wenn wir weitere Diskussionspartner für die Vorstandsarbeit gewinnen könnten. Es wäre auch schön, wenn wir uns einer Frauenquote von 50 % im Vorstand annähern könnten, denn derzeit sind wir drei Männer und eine Frau ... Gudrun Meiburg in der Geschäftsstelle und Katja Lorenz als Referentin nehmen uns wirklich viel Alltagsarbeit ab, es sind also keine unangenehmen Pflichtaufgaben zu erwarten.

Wir freuen uns auf ein Wiedersehen mit euch!

Thomas Schulz für den Vorstand



Mehr als nur eine neue Wettbewerbskreation: Die hausarztzentrierte Versorgung

von Ingeborg Simon

WARNHINWEIS: *Dieser Beitrag umfasst einen Zeitraum von 2000 bis 2009. Obgleich sein dargestellter Inhalt dramatische ordnungspolitische Auswirkungen haben könnte, ist sein Inhalt sperrig und wenig spannend. Dennoch bitte ich darum, ihn zur Kenntnis zu nehmen, weil er uns alle sowohl als potentielle PatientInnen als auch als PharmazeutInnen trifft.*

Was bedeutet Hausarztversorgung?

Ein Blick in das Sozialgesetzbuch V gibt die Antwort. Der § 73 SGB V beschreibt die Aufgaben eines Hausarztes wie folgt:

1. die allgemeine und fortgesetzte ärztliche Betreuung eines Patienten in Diagnostik und Therapie bei Kenntnis seines häuslichen und familiären Umfeldes,

2. die Koordination diagnostischer, therapeutischer und pflegerischer Maßnahmen,

3. die Dokumentation, insbesondere Zusammenführung, Bewertung und Aufbewahrung der wesentlichen Behandlungsdaten, Befunde und Berichte aus der ambulanten und stationären Versorgung,

4. die Einleitung oder Durchführung präventiver und rehabilitativer Maßnahmen sowie die Integration nichtärztlicher Hilfen und flankierender Dienste in die Behandlungsmaßnahmen.

Zur Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung berechtigt sind zugelassene Allgemeinärzte, Kinderärzte sowie Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung, die die Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung gewählt haben.

Die eingangs zitierte immer noch gültige Aufgabenbeschreibung im §73 SGB V wurde in der GKV-

Gesundheitsreform 2000 festgeschrieben. In der Begründung zu diesem Gesetz, das am 1. Januar 2002 in Kraft trat, heißt es dazu erläuternd: Es besteht gesundheitspolitischer Konsens, dass langfristig vorrangig die Allgemeinärzte die hausärztliche Versorgung sicherstellen sollen.

Hier wird die Absicht der damaligen Gesundheitsministerin Andrea Fischer deutlich, dem Hausarzt eine „Lotsenfunktion" in der gesundheitlichen Versorgung zu übertragen. Damit reagierte sie auf den stark ausgeprägten Trend der GKV-Versicherten, bei Beschwerden nicht zunächst den Hausarzt, sondern gleich einen Facharzt aufzusu-

chen. Das war für die Kassen nicht nur sehr kostspielig, die fachärztliche Versorgung erfolgte meist auch nur selektiv auf das konkrete Problem bezogen, ohne den Patienten in seiner ganzheitlichen Konstitution zu betrachten Vom Hausarzt als Steuermann und „gate-keeper" erhoffte sich die Ministerin eine an dem Versicherten und seinem Lebensumfeld ausgerichtete Betreuung. Der Hausarzt sollte entscheiden, wann und in welchen Fällen ein Facharzt hinzugezogen werden sollte, der dann in Kooperation mit dem Allgemeinmediziner die Behandlung begleitet.

Zur Stärkung der besonderen Rolle des Allgemeinmediziners als Lotse wurden entsprechende Rahmenbedingungen geschaffen. Dazu zählten eine bessere Honorierung des Hausarztes, eine verbesserte Kommunikation mit Fachärzten und anderen Leistungserbringern durch erweiterte Dokumentationsbefugnisse des Hausarztes, eine verlängerte Weiterbildungszeit und die Einführung von Anreizsystemen für den Versicherten bei Verzicht einer Direktinanspruchnahme von Fachärzten. Die Absicht war vernünftig, setzte sich aber in der Praxis nicht durch.

Ein zweiter Versuch zur Aufwertung der hausärztlichen Versorgung ab 2004

Unter der rot-grünen Regierung von Bundeskanzler Gerhard Schröder wurde dann das Thema wieder aufgegriffen. In einem Papier des Gesundheitsministeriums vom Mai 2003 wurde daran erinnert, dass zwar die „Lotsenfunktion" des Hausarztes bereits im geltenden Recht vorgesehen sei, allerdings von den Versicherten bisher nicht in dem Umfang wahrgenommen würde, „wie es gesundheitspolitisch dienlich sei." Deshalb sollte im Rahmen einer weiteren Reform versucht werden, mit Anreizsystemen eine höhere Inanspruchnahme bei den Versicherten der GKV zu erreichen. Begründet wurden diese Anstrengungen u. a. damit, dass nur der Hausarzt in der Regel einen umfassenden Blick auf den Menschen „hinter dem Patienten" besäße, der es ihm erlaube, dessen Beschwerden richtig zu interpretieren.

Deshalb wurde im Gesetzentwurf der Koalition vom 8. September 2003 zur Modernisierung des Gesundheitswesens ein neuer Paragraph (§ 73 b) eingefügt., der unter der neuen Überschrift „Hausarztzentrierte Versorgung" Eingang in das Gesundheitsmodernisierungsgesetz fand, das zum 1. Januar 2004 in Kraft trat.

Mit diesem zusätzlichen Paragraphen wurden tief greifende Veränderungen für die Versicherten eingeführt. Sie konnten sich nun freiwillig bereit erklären, für die Dauer von mindestens einem Jahr fachärztliche Leistungen nur auf Überweisung durch ihren Hausarzt in Anspruch zu nehmen (hausarztzentrierte Versorgung).

An dieser Versorgung durften nur dafür besonders qualifizierte Hausärzte teilnehmen. In der gesetzlichen Begründung zu dieser Neuregelung hieß es, damit solle eine qualitativ besonders hoch stehende hausärztliche Versorgung ermöglicht werden. Worin diese bestehen sollte, wurde nicht näher ausgeführt. Es wurde nur festgelegt, dass die Anforderungen sowohl personell als auch sächlich die normale hausärztliche Versorgung „übersteigen" müssten. Näheres dazu müsste in den Verträgen zwischen Kassen und Ärzten geregelt werden.

Der Gesetzgeber verfolgte mit dieser neuen Vertragsform nach eigener Aussage das Ziel, den Krankenkassen über das geltende Vertragsrecht hinaus „Gestaltungsspielraum zur einzelvertraglichen Ausgestaltung des Versorgungsgeschehens" zu eröffnen.

Die Krankenkassen müssen nicht jeden interessierten Hausarzt unter Vertrag nehmen, sondern nur so viele Bewerber auswählen, wie aus ihrer Sicht für die hausarztzentrierte Versorgung erforderlich sind. Während die Teilnahme der Versicherten freiwillig ist, haben die Kassen diese Versorgungsform jedem Versicherten anzubieten.

Neu und bemerkenswert ist, dass hier mit der Einführung der Möglichkeit für die Kassen einzelvertragliche Regelungen mit ausgewählten Ärzten abzuschließen, gleichzeitig die Kassenärztlichen Vereinigungen als mögliche Vertragspartner ausgeschlossen wurden.

Das war sicherlich kein Zufall. Es wurde nur etwas umgesetzt, was Bundeskanzler Schröder bereits in seiner Regierungserklärung vom März 2003 angekündigt hatte. Hier hatte er bezogen auf die geplante neue Gesundheitsreform ausgeführt, der Staat müsse den Abbau von Verkrustungen ermöglichen, mehr Wettbewerb zulassen und Monopolstrukturen beseitigen. Dazu gehöre auch das Vertragsmonopol der Kassenärztlichen Vereinigungen , das sich überlebt habe . Es müsse darum den Kassen erlaubt werden, Einzelverträge mit den Ärzten abzuschließen. Mit dem § 73 SGB V wurde genau das vollzogen.

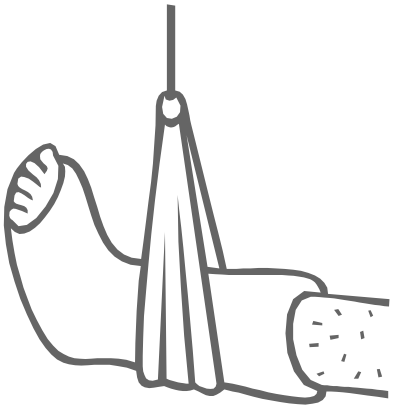
Die Weiterentwicklung des Hausarztmodells nach § 73 b SGB V ab April 2007

Trotz des Versprechens, den Versicherten mit der Einführung der hausarztzentrierten Versorgung eine qualitativ bessere Versorgung zu sichern und trotz der ihnen angebotenen Vergünstigungen bei einer Teilnahme, hatte auch diese Neuregelung nicht den erwünschten Effekt und es wurden weitere Nachbesserungen angestrebt, die mit dem im April 2007 in Kraft getretenen GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) realisiert wurden.

Mit dem Inkrafttreten des GKV-WSG zum 1. April 2007 wurden jetzt diejenigen Mindestanforderungen an die hausarztzentrierte Versorgung im Gesetz exakt beschrieben. die über die der allgemeinen hausärztlichen Versorgung hinausgehen. Da geht es um die Verbesserung der Pharmakotherapie, die Einhaltung einer Behandlung, die sich an praxiserprobten evidenzbasierten Leitlinien orientiert, eine an hausarzttypischen Problemen ausgerichtete Fortbildungsverpflichtung und das Vorweisen eines hausarztspezifischen internen Qualitätsmanagements. Der Gesetzgeber erhoffte sich davon eine verbesserte Versorgungsqualität bei gleichzeitiger Erschließung von Wirtschaftlichkeitsreserven – vor allem durch die Minimierung von Überweisungen an die Fachärzte.

Die Teilnahme der Versicherten blieb freiwillig, für die interessierten Ärzte bestand weiterhin kein Anspruch auf einen Vertragsabschluss Im Gesetzentwurf der Koalition blieben wie beim Gesundheitsmodernisierungsgesetz von 2004 die Kassenärztlichen Vereinigungen als potentielle Vertragspartner ausgeschlossen Begründet wurde es damit, dass es sich hier um Selektivvertragsregelungen außerhalb des Kollektivvertragsrechtes handele. Interessanterweise konnte sich dieser Ansatz aber nach einem Protest des Bundesrates diesmal nicht durchsetzen mit der Folge, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen zumindest unter bestimmten Voraussetzungen – wenn auch mit Einschränkungen – wieder zur Versorgung nach § 73 b SGB V zugelassen wurden.

Trotz der mit dem GKV-WSG vorgenommenen Präzisierung möglicher Vorteile bei einer Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung blieb auch jetzt erneut der erwünschte Erfolg auf Seiten der Versicherten aus. Umfrageergebnisse der Bertelsmann-Stiftung bestätigten die Wahrnehmung diverser Kassen, die einen solchen Wahltarif pflichtgemäß im Angebot hatten, dass die Nachfrage auf Seiten der Versicherten sehr mäßig geblieben war. Der Gesetzgeber musste auch feststellen, dass viele Kassen trotz der gesetzlichen Verpflichtung keine hausarztzentrierte Versorgung in ihren Leistungskatalog aufgenommen hatten.



In seinem Jahresgutachten 2007 nahm auch der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen Stellung zu den Hausarztmodellen der Regierung. Sie fiel sehr kritisch aus. Der Rat sah u. a. in isolierten Hausarztmodellen eine Abkehr von dem Ziel einer verstärkten Vernetzung der unterschiedlichen Versorgungsformen und -ebenen. Er vertrat die Auffassung, unter Wettbewerbsaspekten müsse es ausreichen, den Krankenkassen die Möglichkeit zu bieten, ein solches Angebot vorzuhalten. Erwiese sich die hausarztzentrierte Versorgung als vorteilhaft im Wettbewerb, hätten die Kassen von sich aus ein begründetes Interesse, eine solche Versorgungsform anzubieten.

Der vorläufig letzte Akt in der unendlichen Geschichte ab Januar 2009

Offenbar blieb die Kritik des Sachverständigenrats ohne jede Wirkung auf die politischen Verantwortungsträger wie der aktuelle Stand der Entwicklung deutlich macht. Anlässlich der Einbringung eines Gesetzentwurfs zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-OrgWG) wurden Änderungsanträge der großen Koalition eingebracht, die auch einige von ihnen gerade erst mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz vorgenommene Neuerungen betrafen. Dazu zählte auch der leidige § 73 b SGB V.

Hierzu heißt es: Zur flächendeckenden Sicherstellung einer hausarztzentrierten Versorgung müssen die Krankenkassen spätestens bis zum 30. Juni 2009 Verträge mit Gemeinschaften schließen, die mindestens die Hälfte der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Allgemeinmediziner eines KV-Bezirks vertreten. Bei Uneinigkeit können die Ärztegemeinschaften ein Schiedsverfahren beantragen. Erst wenn ein solcher Vertrag geschlossen wurde oder auf Grund fehlender Voraussetzungen nicht abgeschlossen werden konnte, können Versorgungsverträge mit anderen zur kassenärztlichen Versorgung berechtigten Organisationen geschlossen werden.

In der Begründung dazu heißt es: Obgleich die Kassen ausdrücklich verpflichtet gewesen seien, hausarztzentrierte Versorgung anzubieten, sei es nicht zur flächendeckenden Sicherung dieses Angebots gekommen. Mit der Neuregelung würde bezweckt, das mit dem GKV-WSG eingeführte eigenständige Verhandlungsmandat der Hausärztegemeinschaft zu stärken. Die besondere Qualifizierung von Allgemeinärzten rechtfertige eine Vorrangstellung für die Hausärzte-Gemeinschaften.

Die Kritik an diesem neuen ordnungspolitisch sensationellen Coup war massiv. Nach Auffassung der

Kassenärztlichen Bundesvereinigung verstößt diese Änderung gegen Verfassungsrecht und Europäisches Gemeinschaftsrecht und stehe im Widerspruch zu der staatlichen Gewährleistungsverantwortung für die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen. Das staatlich gesicherte Aufgabenfeld der Kassenärztlichen Vereinigungen würde teilenteignet und durch ein privates Monopol ersetzt.

Ähnlich argumentierten die Bundesverbände der Krankenkassen und deren Spitzenverband. Sie sehen hier die Schaffung eines „Quasi-Kollektivvertragsrechts" ohne Kassenärztliche Vereinigungen. Außerdem würde der Wettbewerb um eine besondere Versorgungsqualität zunichte gemacht. Auch der Bundesverband Hausärztlicher Internisten sieht in dieser „Lex Hausärzteverband" eine Verletzung von Grundrechtsnormen.

Diese während einer Anhörung des Gesundheitsausschusses des Bundestages im September 2008 vorgetragenen Argumente konnten die Regierung nicht zum Einlenken bringen. Der geänderte § 73 b SGB V ist seit dem 1. Januar 2009 in Kraft. Die Folgen sind vielfältig. Die meisten Kassen haben inzwischen die bereits in der Vergangenheit abgeschlossenen Hausarztverträge gem. § 73 b gekündigt. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung behält sich rechtliche Schritte vor, der Bundesverband der Ortskrankenkassen fordert die Rücknahme der Verpflichtung zu Vertragsabschlüssen, er möchte sie nur als freiwillige Angebote erhalten. Diverse Facharztverbände fordern jetzt vergleichbare Regelungen, denn sie fürchten um Honorareinbußen zugunsten des Hausärzteverbandes. Der § 73 b stiftet Unfrieden innerhalb der KV-Bereiche, zwischen Hausärzteverband und anderen Organisationen, in denen Ärzte der Allgemeinmedizin organisiert sind. Plötzlich steht auch die gerade einvernehmlich entwickelte Honorarreform, die am 1. Januar 2009 in Kraft trat, wieder zur Disposition.

Wir warten gespannt auf den nächsten Akt in diesem Trauerspiel. Viel Lärm um Nichts, ist man versucht zu sagen, zumal niemand weiß, ob die bisher wenig ermutigenden Versuche, die Versicherten für dieses besondere Angebot der hausarztzentrierten Versorgung zu gewinnen, ausgerechnet jetzt zu einer Erfolgsgeschichte mutieren.

Was geht uns PharmazeutInnen das an?

Auch wenn die Frage im Augenblick schwer zu beantworten sein dürfte, sie drängt sich auf und beunruhigt. Selektivverträge und deren Ausweitung bedeuten immer auch Selektion bei Anbietern und Leistungsträgern. Ab wann wird dieser Ausstieg aus Kollektivverträgen allgemeine Praxis und was bedeutet das für die Aufrechterhaltung einer flächendeckenden Versorgung mit Arzneimitteln für alle?

Wird es schon bald von den Kassen auserwählte Hausapotheken geben? Was wird aus Apotheken, die ihrerseits kein Anrecht auf einen Vertragsabschluß mit einer großen Versorgerkasse haben? Welche zusätzlichen Qualifikationsmerkmale könnten Einzelgruppen von Apotheken gegenüber der Konkurrenz privilegieren?

Diese Fragen könnten sich schon bald stellen, sollten die ordnungspolitischen Rahmenbedingungen, die für die hausarztzentrierte Versorgung geschaffen wurden, Schule machen.

Vorstandssitzung am 13. Dezember 2008 in Berlin

von Katja Lorenz

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

Bei dieser Vorstandssitzung stand insbesondere die Organisation der Highlights des kommenden Jahres im Mittelpunkt: das Programmseminar am 24./25.01. in Berlin, das Frauenseminar im Frühling, die Mitgliederversammlung zum 20. Geburtstag des Vereins am 19./20.06. in Hamburg und das Herbstseminar im Herbst (wen wundert das ...).

Zum Programmseminar: Wie geplant konnte der Entwurf Ende November per Post an alle verschickt werden. Ab diesem Zeitpunkt war er auch auf im internen Bereich unserer Homepage eingestellt und die Mailing-Gruppe zur Diskussion per E-Mail freigeschaltet. (Warum gerade letztere Variante der Mitarbeit so wenig genutzt wurde, sollte auf der Mitgliederversammlung im Sommer besprochen werden. Der Vorstand hatte sich viel von der Einrichtung dieser Möglichkeit versprochen.) Es wurde beschlossen, die Organisation des Seminars zur Diskussion des Entwurfs möglichst unkompliziert (und damit preiswert) zu gestalten. Die Miete an gewohntem Ort (Räume bei der Bezirksverordnetenversammlung Mitte) war günstig. Die Verpflegung wird in Eigenregie übernommen werden.

Bei mir werden alle Änderungswünsche und Textbearbeitungen zusammenkommen. Ich werde diese allen Teilnehmern zusenden und je nachdem, wie zeitig und zahlreich die Beiträge ankommen, daraus die Fassung „basteln“, an der an dem Januarwochenende dann gearbeitet werden wird.

Der vorgesehene Termin für das Frauenseminar lässt sich leider nicht halten. Die angesprochenen Referentinnen sind verhindert. Das Seminar soll jedoch trotzdem in diesem Frühjahr stattfinden.

Die Mitgliederversammlung wird wegen des Jubiläums größer und vor allem öffentlichkeitswirksamer stattfinden als gewöhnlich. Die Hamburger Regionalgruppe ist Hauptorganisator. Als Veranstaltungsort wurde das Curio-Haus gebucht. Hier wird am Samstagnachmittag auch die öffentliche Feier stattfinden. Prof. Rolf Rosenbrock vom Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung konnte als Festredner gewonnen werden. Es wurde zusammengestellt, welche befreundeten Vereine und offiziellen Vertreter aus der (Berufs-)Politik durch den Vorstand dazu eingeladen werden. Für den Abend wird noch ein „Kulturprogramm“ organisiert werden.

Der zweite Anlauf der Organisation des Herbstseminars scheint erfolgversprechend. Im aktuellen Fokus stehen jedoch die oben genannten Veranstaltungen.

Sehr erfolgreich lief unsere Unterstützung der Jahresversammlung von Health Action International Ende November in Berlin. HAI war hochzufrieden und dankte mehrfach dafür. Einige von uns haben am öffentlichen Seminar zum Thema „Klinische Studien – Wer trägt den Nutzen?“ teilgenommen. Die Zusammenarbeit im Vorfeld hat auch wieder zu engeren Kontakten mit medico international und der BUKO-Pharmakampagne geführt. Beide sind Mitglied bei HAI. Der Vorstand wird der Mitgliederversammlung vorschlagen, dass auch der VDPP bei HAI eintreten sollte. Den Entwicklungen auf europäischer Ebene (Stichwort: Vorhaben der EU-Kommission zur Lockerung des Werbeverbots für verschreibungspflichtige Arzneimittel!) sollten und müssen wir auch europäisch agierend begegnen!

Die nächste Vorstandssitzung findet am 21. Februar wieder in Berlin statt.

Vorstandssitzung am 21. Februar 2009 in Berlin

von Katja Lorenz

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

Hauptpunkte dieser Vorstandssitzung waren u. a. wiederum die Mitgliederversammlung zum 20. Geburtstag des Vereins am 19./20.06. in Hamburg und das Frauenseminar am 25.04. in Berlin.

Der Vorstand besprach unsere Haltung zum Entwurf der AMG-Novelle und der Gesetzesinitiative gegen den Versandhandel rezeptpflichtiger Arzneimittel. Die Position des Vorstandes zum Versandhandel wird in einem Artikel im nächsten Rundbrief dargestellt werden. Geplant ist, dass der Verein von der Fraktion Die Linke als Sachverständige zur Anhörung im März im Bundestag eingeladen wird.

Die Vorständler berichteten auch von ihren zahlreichen Kontakten zu anderen Organisationen, wie den IPPNW, MEZIS und der Coordination gegen BAYER-Gefahren.

Der VDÄÄ hatte im Januar dazu aufgerufen, medico international mit Spenden bei seiner Arbeit im Gaza-Streifen zu unterstützen. Der Vorstand beschloss, 200 Euro vom VDPP aus zu spenden und die Mitglieder zu weiteren Spenden aufzurufen.

Bei der Vorbereitung der Mitgliederversammlung ging es um viele organisatorische Details, wie Abendgestaltung, Art der Verpflegung usw., aber auch darum, welche Tagungsgebühr von den Teilnehmern erhoben werden kann. Auch dazu wird einiges im Rundbrief zu lesen sein.

Das Frauenseminar findet nun am 25.04. in Berlin statt. Es wird um geschlechtergerechte Pharmazie, Medizin und Gesellschaft gehen. Neben Ulrike Faber werden Frau Prof. Kaczmarczyk und Frau Dr. Babitsch (beide von der Charite) von ihren Forschungsergebnissen berichten.

Darüber hinaus gewinnt eine weitere Idee Gestalt. Wir wollen nach dem für den Frühsommer erwarteten Urteil des EuGH zum Fremd-

besitz und vor Beginn der parlamentarischen Sommerpause VertreterInnen der Bundestagsfraktionen einladen, um sie zu ihrer Position zur Arzneimittel- und Apothekenpolitik zu befragen. Damit wir uns bei der Bundestagswahl leichter entscheiden können!

Einige Probleme bereitet die (fehlende) Beteiligung an der Programmbearbeitung. Aktuell steht die Fassung vom 08.02. zur Debatte. Darin sind noch viele Bereiche aus der Arbeit während des Programmseminars gekennzeichnet, die der Bearbeitung, zumindest der Kürzung bedürfen. Es ist wichtig, zweckmäßig und eigentlich auch nur so praktikabel, dass die Bearbeitung jetzt stattfindet. Das Programm soll zur MV verabschiedet werden. Das wird schwierig, wenn die Anmerkungen, Änderungswünsche und Neufassungen erst (wie zum Programmseminar) am Tag davor eingereicht oder sogar erst auf der MV selbst eingereicht werden. Es wurde beschlossen, im Rundbrief nochmals auf den Stand der Dinge aufmerksam zu machen und für eine Beteiligung zum jetzigen Zeitpunkt zu werben.

Noch zwei Termine, die erst im zweiten Halbjahr dran sind, aber jetzt vorbereitet sein wollen: Vom 24. bis 26. September findet in Düsseldorf der diesjährige Apothekertag statt. Gegenwärtig werden bei der ABDA Themenvorschläge für die Arbeitskreise gesammelt. Erfolgversprechend ist das Einreichen über die Kammern. Bis Juni ist Zeit, Anträge an den Apothekertag zu formulieren. Vielleicht schaffen wir auch am Rande wieder ein Treffen von VDPP-Mitgliedern.

Anfang Dezember findet in Berlin der Kongress „Armut und Gesundheit" statt. Auf der letzten MV hatten wir besprochen, dass wir uns nach Möglichkeit mit einem Workshop beteiligen wollen. Dazu bedarf es nun weiterer Abstimmungen mit Gesundheit Berlin e.V., dem Veranstalter.

Die nächste Vorstandssitzung findet am 3. Mai wieder in Berlin statt.

TERMINE

Regionalgruppe Berlin

Das nächste Treffen der Regionalgruppe Berlin findet am Montag, dem 16. März 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: 18. März, 1. und 15. April 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 Sonntag, dem 3. Mai 2009 in Berlin bei Katja und Thomas statt.

VDPP-Frauenseminar

Das Seminar zum Thema „Geschlechtergerechte Pharmazie, Medizin und Gesellschaft" wird am Sonnabend, dem 25. April 2009 in Berlin stattfinden. Eine gesonderte Einladung wird noch erfolgen.

VDPP-Mitgliederversammlung 2009 – 20 Jahre VDPP

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

MEZIS-Veranstaltung

Im Anschluss an die diesjährige Mitgliederversammlung von MEZIS in Berlin findet eine Informationsveranstaltung zum Thema „Pharmaindustrie bedroht ärztliche Unabhängigkeit" statt. Termin: Mittwoch, 18. März 2009, 15.30 – 17.00 Uhr, Haus der Demokratie und Menschenrechte, Greifswalder Str. 4, 10405 Berlin.

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

DOKUMENTATION

Antwortbrief von Barroso

EUROPÄISCHE KOMMISSION
GENERALDIREKTION
UNTERNEHMEN UND INDUSTRIE

Verbrauchsgüter
Arzneimittel
Referatsleiter

Brüssel, den 16 DEC. 2008
ENTR F2/JR/gs D(2008) 39975

BUKO Pharma Kampagne
Mrs. Hedwig Diekwisch
August-Bebel-Straße 62
D-33602 Bielefeld
GERMANY

Betreff: Gemeinsamer offener Brief an EU-Präsident Barroso vom 20.11.2008 bezüglich des „Arzneimittel-Paketes"

Sehr geehrte Frau Diekwisch,

ich beziehe mich auf den gemeinsamen offenen Brief an Herrn Präsidenten Barroso vom 20.11.2008 betreffend das „Arzneimittel-Paket" und dabei insbesondere die geplante Richtlinie zu Informationen für Patienten. Herr Präsident Barroso dankt Ihnen und den unterzeichnenden Organisationen für das Interesse an diesem Richtlinienvorschlag und hat mich gebeten, Ihnen zu antworten.

Der von Ihnen genannte Richtlinienvorschlag zu Informationen für Patienten ist am 10.12.2008 von der Europäischen Kommission angenommen worden. Der genaue Wortlaut des Vorschlages ist auf der Webseite des Referats Arzneimittel der Generaldirektion Unternehmen und Industrie verfügbar.[1]

Mit Hilfe des genannten Richtlinienentwurfs soll eine bestehende Regelungslücke hinsichtlich des Informierens über Arzneimittel in der derzeitig gültigen Richtlinie 2001/83/EG geschlossen werden. Innerhalb eines klaren rechtlichen Rahmen soll es Inhabern von Zulassungen verschreibungspflichtiger Arzneimittel möglich sein, unter bestimmten Bedingungen und unter Berücksichtigung bestimmter Kriterien, die Allgemeinheit über diese zu informieren. Dabei bleibt das Verbot der Werbung für verschreibungspflichtige Arzneimittel gegenüber der Allgemeinheit unangetastet.

Die derzeitig gültige Rechtslage sieht detaillierte und harmonisierte Regelungen allein hinsichtlich der Werbung für Arzneimittel vor. Derartige Vorschriften bestehen im Bereich der Information über Arzneimittel nicht. Dies hat dazu geführt, dass die Mitgliedstaaten der Europäischen Union unterschiedliche Regelungen getroffen und Verwaltungspraktiken entwickelt haben. Als Konsequenz dieser Entwicklung haben Patienten in der Europäischen Union einen ungleichen Zugang zu Informationen über Arzneimittel.

Ziel des Richtlinienvorschlages ist es, diese bestehenden Unterschiede im Zugang zu Information betreffend verschreibungspflichtige Arzneimittel zu reduzieren und die Verfügbarkeit qualitativ hochwertiger, objektiver, nichtwerbender Informationen über verschreibungspflichtige Arzneimittel zu ermöglichen.

Gleichermaßen gilt es in diesem Zusammenhang zu berücksichtigen, dass Patienten, nicht zuletzt durch die fortschreitende technische Entwicklung (z. B. Internet), immer selbständiger geworden sind, was ihre gesundheitlichen Belange angeht. Der Patient hat insofern ein Anrecht, sich aus unterschiedlichsten Quellen gesundheitsbezogene, und damit auch arzneimittelbezogene Informationen zu besorgen.

Natürlich sind wir uns der von Ihnen aufgeworfenen Frage, inwieweit ein Zulassungsinhaber Patienten objektiv über sein verschreibungspflichtiges Arzneimittel informieren kann, wohl bewusst. Wir sind jedoch der Auffassung, dass dieser Frage in unserem Richtlinienvorschlag Rechnung getragen wird.

So dürfen pharmazeutische Unternehmen der Allgemeinheit nur genau festgelegte Arten von Informationen zu ihren verschreibungspflichtigen Arzneimitteln zur Verfügung stellen; dieses darf des Weiteren nur unter Nutzung bestimmter Kanäle erfolgen. Die Information muss darüber hinaus detaillierten Qualitätskriterien genügen und ihr müssen weitere konkrete Hinweise u. a. zum Verantwortlichen für die Information und zur Verschreibungspflicht des Arzneimittels beigefügt werden.

Hinsichtlich der Kontrolle der der Allgemeinheit zur Verfügung gestellten Information, sieht der Richtlinienvorschlag vor, dass die Mitgliedstaaten für angemessene und wirksame Kontrollmethoden Sorge zu tragen haben; dabei soll es grundsätzlich eine ex-ante Kontrolle der Information geben. Allein, wenn der Inhalt der Information bereits von den national zuständigen Behörden kontrolliert und akzeptiert wurde oder aber wenn mit Hilfe eines anderen Mechanismus ein äquivalentes Kontrollniveau sichergestellt werden kann, sind Ausnahmen von der ex-ante Kontrolle vorgesehen.

Durch die vorgenannten Kriterien wird die Abgrenzung von unzulässiger Werbung für verschreibungspflichtige Arzneimittel gegenüber der Allgemeinheit und zulässiger Information gewährleistet.

Schließlich wird die Europäische Kommission verpflichtet, Leitlinien dazu zu erarbeiten, welche Informationen zulässig sind. Die Leitlinien sollen auch einen Verhaltenskodex für pharmazeutische Unternehmer enthalten, die die Allgemeinheit über ihre verschreibungspflichtigen Arzneimittel informieren wollen.

Wir sind zuversichtlich, dass der Richtlinienvorschlag dazu beitragen wird, dass informierte Patienten bewusste und eigenverantwortliche Entscheidungen hinsichtlich ihrer Gesundheit treffen.

Ich hoffe, dass diese Erläuterungen Ihnen ein besseres Verständnis der Ziele und Inhalte geben, die wir mit diesem wichtigen Vorhaben verfolgen.

Mit freundlichen Grüßen,

Martin Terberget

[1] http://eceuropa.eu/enterprise/pharmaceuticals/pharmacos/pharmpack_en.htm

Medizinische Versorgung der Bevölkerung in Gaza

Aufruf

Der Vorstand des VDPP schließt sich diesem Spendenaufruf an und bittet um Unterstützung (vgl. S. 12).

Angesichts der desaströsen humanitären Lage im Gaza-Streifen rufen wir die Mitglieder des vdää auf, medico international und seine Partner, die Physicians for Human Rights und die Palestinian Medical Relief Society bei der medizinischen und humanitären Versorgung der Zivilbevölkerung zu unterstützen. Auch nach der Waffenruhe in Gaza ist eine Ausweitung der Hilfe dringend erforderlich.

Spendenkonto von medico international:
Konto-Nr. 1800
Frankfurter Sparkasse
BLZ 500 502 01

oder online über: https://sicher.medico.de/spenden/einzelspende/

medico international ist als gemeinnütziger Verein anerkannt. Ihre Spende ist daher steuerlich absetzbar.

Bernhard Winter
im Namen des Vorstands des vdää

Pressemitteilung von medico international, 09.02.2009

Gaza-Streifen: Hilfsmaßnahmen für Zivilbevölkerung dringend erforderlich

Das Bündnis *Entwicklung hilft* fordert ungeachtet des Ausgangs der Wahlen in Israel die Einhaltung der Waffenruhe und die sofortige uneingeschränkte Öffnung der Grenzübergänge für Hilfstransporte.

Das Bündnis *Entwicklung hilft* ruft erneut zu Spenden auf, um die Hilfsmaßnahmen im Gaza-Streifen ausweiten zu können. Bisher haben die Mitgliedsorganisationen des Bündnisses über 200.000,- Euro zur Verfügung gestellt. Deutliche Kritik äußert das Bündnis an der Behinderung der Hilfsmaßnahmen. Besonders wichtig ist derzeit, dass ungeachtet des Ausgangs der Wahlen in Israel die Kampfhandlungen von beiden Konfliktparteien beendet und die Grenzübergänge geöffnet werden.

Peter Mucke, Geschäftsführer des Bündnis *Entwicklung hilft*, fordert:
„Bei einer solch weitreichenden humanitären und politischen Tragödie darf niemand wegschauen. Wir müssen den Notleidenden helfen und den Wiederaufbau unterstützen. Ein stabiler Frieden hat als ersten Schritt einen ernsthaften Waffenstillstand und die Sicherung des Überlebens zur Voraussetzung."

Nur durchschnittlich 135 LKW-Ladungen täglich dürfen die Grenzübergänge in den Gazastreifen passieren, mindestens 500 wären nach UN-Angaben jedoch für den dringendsten Bedarf nötig. Güter wie Zement, Eisen, Röhren oder Ersatzteile dürfen nach wie vor nicht eingeführt werden. Die Reparatur und der Wiederaufbau von Schulen und Krankenhäusern sind dadurch ebenso behindert wie die Instandsetzung der Wasser- und Abwasseranlagen.

medico international

Schwerpunkt der Arbeit des Bündnisses im Gaza-Streifen ist derzeit die Wiederherstellung der medizinischen Grundversorgung. Israelische und palästinensische Partnerorganisationen führen ihr Nothilfeprogramm fort, Verletzte werden versorgt sowie Decken, Matratzen und Wasser verteilt. Die israelische Partnerorganisation „Ärzte für Menschenrechte – Israel" schickt notwendige Medikamente, darüber hinaus unterstützen mehrere israelische Ärzte ihre palästinensischen Kollegen in Gaza. Sobald als möglich sollen die langfristigen Rehabilitationsmaßnahmen begonnen werden.

Brot für die Welt, Deutsche Welthungerhilfe, medico international, Misereor und terre des hommes leisten als Bündnis Entwicklung hilft akute Nothilfe und langfristige Entwicklungszusammenarbeit nach Katastrophen und in Krisengebieten.

Für die Linderung der Not und den Wiederaufbau bittet das Bündnis *Entwicklung hilft* um Spenden.

Presseerklärung zur EU-Arbeitszeitrichtlinie

Humane Arbeitszeiten für Europas Ärztinnen und Ärzte! Nein zur „Liberalisierung" der europäischen Arbeitszeitrichtlinie!

Der VDÄÄ kritisiert die von der EU geplante Änderung der Arbeitszeitregelung.

2004 hat der EuGH eine lang dauernde Auseinandersetzung um humanere Arbeitszeiten für Ärztinnen und Ärzte beendet: im Urteil festgeschrieben wurde die Bewertung des ärztlichen Bereitschaftsdienstes als Arbeitszeit. So wurde eine arbeitnehmerfreundliche Novelle des deutschen Arbeitszeitgesetzes erzwungen. Jetzt soll die Uhr wieder zurückgedreht werden.

Im Juni 2008 hat der Rat der EU-Arbeits- und Sozialminister folgende Änderungen beschlossen, über die das EU-Parlament am 16. Dezember abstimmen wird:

- Der inaktive Teil des Bereitschaftsdienstes soll in Zukunft nicht mehr als Arbeitszeit gewertet werden.
- Der inaktive Teil des Bereitschaftsdienstes soll nicht mehr auf die tägliche oder wöchentliche Arbeitszeit angerechnet werden.
- Eine Ausnahme besteht nur noch, wenn in Landesgesetzen wie derzeit in Deutschland der Bereitschaftsdienst vollständig als Arbeitszeit gewertet wird (§ 7 Arbeitszeitgesetz).
- Opt-out Regelungen mit oftmals extremen Wochenarbeitszeiten sollen dauerhaft zulässig sein.
- Der Ausgleichszeitraum für die Berechnung der Arbeitszeit soll von derzeit 4 Monate auf 12 Monate angehoben werden.

Der Beschäftigungsausschuss der EU hat am 5. November 2008 diesen Änderungen bereits zugestimmt. Das Europäische Parlament hat jedoch am 16. Dezember 2008 eine letzte Gelegenheit, diese Verschlechterungen abzulehnen.

Wir befürchten, dass mit dieser Änderung der Europäischen Arbeitszeitrichtlinie in unseren Kliniken wieder Verhältnisse einkehren, die bereits überwunden waren. Wochenarbeitszeiten von mehr als 48 Stunden sind nachweislich gesundheitsschädlich, sozial unverträglich und sie verschlechtern die Behandlungsqualität für unsere Patientinnen und Patienten. Wir brauchen auch für die Beschäftigten in den Krankenhäusern familienfreundliche Arbeitszeiten, insbesondere, da immer mehr Ärztinnen berufstätig werden.

Eine vor kurzem durchgeführte Online-Umfrage der Abteilung Allgemeinmedizin der Ruhr-Universität Bochum (Prof. Dr. med. Herbert Rusche) hat ergeben, dass sich 73 Prozent der Medizinstudierenden in Deutschland wegen der schlechten Arbeitsbedingungen überlegen, entweder nicht im Krankenhaus zu arbeiten oder Deutschland den Rücken zu kehren.

Wir setzen uns für gute Arbeitsbedingungen auch und gerade für unseren Nachwuchs ein.

Der VDÄÄ fordert die Mitglieder des Europäischen Parlaments auf, zum Schutz der Beschäftigten, Patientinnen und Patienten die geplanten Änderungen zur Arbeitszeitregelung abzulehnen.

Dr. Gerhard
Schwarzkopf-Steinhauser
Stellv. Vorsitzender des vdää

15. Dezember 2008

Presseerklärung zum BKA-Gesetz

Das BKA-Gesetz ist nicht nur aus ärztlicher sondern vor allem aus demokratischer Sicht zu kritisieren

Nicht allein die Preisgabe des Zeugnisverweigerungsrechtes von ÄrztInnen durch den Gesetzentwurf der Bundesregierung „zur Abwehr von Gefahren des internationalen Terrorismus durch das Bundeskriminalamt" (sog. BKA-Gesetz) ist problematisch, der geplante Ausbau exekutiver Befugnisse des BKA und die Verwässerung von polizeilichen und geheimdienstlichen Aufgaben jenseits richterlicher und parlamentarischer Kontrolle ist nicht nur aus ärztlicher sondern vor allem aus demokratischer Sicht zu kritisieren.

Zur vermeintlich notwendigen Abwehr von „Terrorgefahr" sollen künftig unter anderem die Befugnisse des Bundeskriminalamtes zur heimlichen Online-Durchsuchung von Computern und zur optischen sowie akustischen Wohnraumüberwachung eingerichtet beziehungsweise ausgebaut werden. Das Gesetz ist in seiner Formulierung so schwammig geraten, dass es einerseits dem BKA das Begriffskonstrukt „Abwehr von

Gefahren des internationalen Terrorismus" als Legitimation für die genannten Eingriffe in die Grundrechte zur Verfügung stellt, dass dieser Begriff aber andererseits nirgendwo definiert wird – zumal, wie Heribert Prantl in der Süddeutschen Zeitung (SZ) vom 3.12.2008 schreibt, „an die vergleichbaren Grundrechtseingriffe (Online-Durchsuchung, Lauschangriff, Spähangriff, Telefonüberwachung) sehr unterschiedliche Voraussetzungen gestellt werden: Einmal muss eine ‚konkrete', ein andermal eine ‚dringende' Gefahr vorliegen; einmal genügt die Gefährdung von ‚Sachen von bedeutendem Wert', dann wieder müssen der ‚Bestand des Staates' oder ‚die Grundlagen der Existenz des Menschen' berührt sein. Das ist nicht nur ein Verstoß gegen den Geist der Karlsruher Urteile, sondern auch gesetzestechnischer Murks."

Die bisherigen Aktivitäten des BKA, u. a. die Unterstützung von Folterregimen, wiederholte rechtswidrige Ermittlungen unter Missachtung des Briefgeheimnisses oder die rechtswidrige Sammlung von Personendaten, sind sicher nicht geeignet, Zweifel an der Sorgfalt der Behörde im Umgang mit neuen noch weiter reichenden Befugnissen zu zerstreuen – im Gegenteil.

Ebenso hat das Verhalten des BKA bzw. des BKA-Chefs Ziercke im Umfeld des G8-Gipfels 2007 deutlich gezeigt, gegen wen es bei der „Terrorabwehr" nämlich auch gehen kann und wird: gegen Bürger, die ihr Recht auf Meinungs- und Versammlungsfreiheit wahrnehmen wollen.

Wer garantiert denn, dass in der Wahrnehmung des BKA-Chefs Ziercke demnächst nicht z. B. auch eine Gewerkschaft, als „in Deutschland tätige Gruppe [mit] Einbindung in international propagierte ideologische Strömungen" (so die Formulierung im Gesetzentwurf) der Vorwand für die „Wahrnehmung der Gefahrenabwehraufgabe" sein kann?

Bildquelle: Wikimedia Commons

Die im Gesetzentwurf der Bundesregierung vorgesehenen Regelungen zum Zeugnisverweigerungsrecht verschiedener Berufsgruppen, darunter auch der erhebliche Eingriff in die ärztliche Berufspraxis, sind uneinheitlich. Es ist sicher richtig, für Seelsorger, Parlamentarier und Strafverteidiger ein Zeugnisverweigerungsrecht zu garantieren. Nicht rational nachvollziehbar ist, warum uns dieses Grundrecht als unverzichtbare Rahmenbedingung ärztlicher Berufspraxis weiterhin vorenthalten werden soll.

Während die Bundesregierung bereits seit 2006 den Einsatz militärischer Mittel im Inland betreibt, arbeitet sie auch an der Zusammenlegung von Polizei und Geheimdiensten. Seit 2004 tauschen unter Anleitung des Bundeskriminalamtes (BKA) und des Inlandsgeheimdienstes Bundesamt für Verfassungsschutz (BfV) rund 40 Bundes- und Landesbehörden ihre Erkenntnisse aus und koordinieren ihre Aktivitäten und Informationen im so genannten Gemeinsamen Terrorismusabwehrzentrum (GTAZ) in Berlin-Treptow. Mit dabei sind neben den Kriminal- und Verfassungsschutzämtern der Bundesländer auch der Bundesnachrichtendienst (BND) und der Militärische Abschirmdienst (MAD), die Bundespolizei, das Zollkriminalamt, der Generalbundesanwalt sowie das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge. Diese Dachbehörde unter Leitung des BKA arbeitet unter Missachtung des Trennungsgebotes und lässt bereits in der heutigen Form die demokratisch notwendige Abgrenzung der Kompetenzen der Exekutivorgane in der BRD vermissen.

Dazu kommt, dass die erweiterten Befugnisse für das BKA im Rahmen der „Terrorabwehr" den bisherigen Aufgabenbereich des Generalbundesanwalts überschneiden. Was zunächst nach strukturellen Unzulänglichkeiten klingt, hat ganz praktisch zur Folge, dass sich das BKA als Polizeibehörde zukünftig heimlicher Ermittlungsmethoden bedienen kann, die bislang vor allem den Geheimdiensten vorbehalten waren – ohne dass es jene parlamentarischen Kontrollen gibt, denen die Geheimdienste unterliegen (sollten).

Das BKA-Gesetz ist ein weiterer Schritt zu einer dann demokratisch kaum mehr zu kontrollierenden Exekutive. Der vdää lehnt deshalb den Gesetzentwurf der Bundesregierung nicht nur in Teilen, sondern als Ganzes ab. Die historische Erfahrung in diesem Land mahnt uns, der Aushöhlung unserer Grund- und Menschenrechte zugunsten der Befugnisse staatlicher Exekutivorgane nicht tatenlos zuzusehen! Wir wehren uns gegen die fahrlässige Preisgabe unserer Grundrechte und den präventiven Eingriff staatlicher Organe in unsere Berufspraxis!

Thomas Kunkel
Mitglied des erweiterten Vorstands des vdää
16. Dezember 2008

Presseerklärung zur Reform der Krankenhausfinanzierung

Schluss mit den Taschenspielertricks des BMG! Unsere Krankenhäuser brauchen eine ausreichende und zukunftssichere finanzielle Basis!

In dieser Woche entscheidet der Bundestag über die Reform der Krankenhausfinanzierung; in der letzten Minute hat die Bundesregierung nun noch einige Änderungsvorschläge eingebracht, mit denen der ursprüngliche Entwurf verwässert wird. Patientinnen und Patienten wie auch die Beschäftigten in den finanziell ausgezehrten, deutschen Krankenhäusern brauchen eine spürbare Verbesserung durch das aktuelle Reformgesetz zur Krankenhausfinanzierung!

- Wir fordern den deutschen Bundestag auf, die nach den Massenprotesten der Krankenhausmitarbeiter gegebenen Zusagen des BMG zur Finanzreform der Krankenhäuser im Gesetzgebungsprozess zu verwirklichen.

- Wir verurteilen deshalb Versuche, mit Taschenspielertricks (wie einer Verrechnung der geplanten Zuschläge mit Veränderungen der Landesbasisfallwerte) Teile der versprochenen Summen hinter dem Rücken der Öffentlichkeit wieder einzukassieren! Die Krankenhäuser benötigen wenigstens die für 2009 zugesagten zusätzlichen 3,5 Mrd. Euro. Die deutsche Krankenhausgesellschaft beziffert die durch aktuelle Kostensteigerungen benötigten zusätzlichen Mittel auf über 6 Mrd. Euro, was zutreffen dürfte.

- Wir fordern eine komplette statt nur fünfzigprozentige Refinanzierung der Tariferhöhungen der Jahre 2008 und 2009! Seit 1995 sind trotz gestiegener Patientenzahlen ca. 100.000 Stellen gestrichen worden. Ein nur anteiliger Ersatz der Tarifsteigerungen wird die Stellenkürzungen nicht stoppen. Dabei sollen nur solche Häuser Gelder erhalten, die auch tatsächlich Tariferhöhungen vorgenommen haben.

- Wir begrüßen die geplante Bezuschussung von 17.000 zusätzlichen Stellen mit 90 Prozent für den Zeitraum 2009 bis 2011, auch wenn es nicht die in Aussicht gestellten 21.000 wurden. Besonders in der Pflege hat der Stellenabbau zu mittlerweile untragbaren Zuständen geführt. Wir appellieren an den Gesetzgeber, die Förderrichtlinien so auszugestalten, dass dabei nur qualifizierte, tarifgebundene und unbefristete Stellen gefördert werden. Nur damit lässt sich die Qualität für Patientinnen und Patienten wie auch für die Beschäftigten wirksam und nachhaltig verbessern. Häuser, die in der Vergangenheit massiv Personal abgebaut haben, dürfen durch die Neuregelung nicht bevorteilt werden.

- Die Bundesländer müssen endlich ihren gesetzlichen Auftrag erfüllen und zügig ihren jahrelangen Rückstand bei Krankenhaus-Investitionen beheben, z.B. im Rahmen eines größer angelegten Konjunkturprogramms.

- Die geltende strikte Bindung der Krankenhausbudgets an die Entwicklung der Grundlohnsumme muss zukünftig durch eine faire Regelung abgelöst werden! Die Steigerung des Budgets anhand der Preissteigerung erscheint dazu geeignet, wenn
  - sie durch eine unabhängige Instanz wie das Statistische Bundesamt anhand eines realistischen "Warenkorbs" für Krankenhäuser berechnet wird
  - und ohne Manipulationen durch die Bundespolitik in der berechneten Höhe gilt.

Prof. Dr. Wulf Dietrich
(Vorsitzender des vdää)
Dr. Peter Hoffmann (Mitglied des erweiterten Vorstands)
18. Dezember 2008

Positionspapier des Vereins Demokratischer Ärztinnen und Ärzte zur Reform der Krankenhausfinanzierung

I. Die Ursachen der Finanzkrise der Kliniken:

Auf der Einnahmenseite sind vorrangig zu nennen:

- ein gewaltiger Investitionsrückstand, weil die Bundesländer ihren finanziellen Verpflichtungen bei weitem nicht nachkommen
- ein gedeckeltes Budget, das die Verhältnisse auf den Kopf stellt: der stationäre Sektor wird seit 1993 nach der Kassenlage der GKV gesteuert anstatt nach den gesellschaftlichen Versorgungsbedürfnissen
- einer weitgehenden Koppelung des Budgets an die Steigerung der Grundlohnsumme, die aber seit Jahren nur marginal ansteigt. Sie hat sich wegen hoher Arbeitslosigkeit und eines geringen Anstiegs der Arbeitseinkommen mit aufklaffender Einkommensschere von der bis zuletzt positiven wirtschaftlichen Gesamtentwicklung abgekoppelt.

Auf der Ausgabenseite sind die Hauptfaktoren:

- eine kontinuierliche Zunahme stationärer Behandlungen („Fälle") in Verbindung mit der demographischen Entwicklung der Bevölkerung, allein seit 1995 von über 10 Prozent

- die im medizinischen Bereich hohe Teuerungsrate, besonders in Verbindung mit neuen Therapien. Dabei erzwingt die Industrie im „Wachstumsmarkt Gesundheit" mit überhöhten Preisen Traumrenditen für ihre Aktionäre

- gestiegene Personalkosten durch die überfälligen Tariferhöhungen

- überproportionale Kostensteigerungen u. a. für Energie.

II. Maßnahmen, mit denen die Krankenhausträger seit mehr als 10 Jahren versuchen, die Dauerkrise zu meistern, sind:

- ein Abbau von ca. 100.000 Stellen seit 1995, vor allem in Pflege und Servicebereichen

- Tarifflucht und Lohnsenkungen auf vielfältige Art und Weise (Abgruppierungen und Gehaltsabsenkungen im TVÖD, Ausgründungen, Outsourcing, Haus- oder Notlagentarifverträge, Dequalifikation von Teams durch un- und angelernte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter u. a. m.)

- Umwidmung von laufenden Betriebsmitteln für dringende, von Länderseite nicht alimentierte Investitionen

- Privatisierung vor allem ehemals kommunaler Kliniken

- Arbeitsverdichtung, Rationalisierung, Straffung betrieblicher Abläufe ungeachtet der Konsequenzen für die Versorgungsqualität und ungeachtet sich kontinuierlich verschlechternder Arbeitsbedingungen für das Personal.

III. Angebliche und wirkliche Rationalisierungspotentiale sind längst ausgeschöpft.

Ausmaß und Richtung der Veränderungsprozesse erreichen ein ungesundes, bedrohliches Ausmaß für die Betroffenen:

- Im Mittelpunkt eines modernen Klinikums stehen nicht die Patienten, sondern optimierte, kosteneffektive und störungsfreie Abläufe eines modernen Industriebetriebes. Patientinnen und Patienten müssen als in die Abläufe einzupassende Werkstücke behandelt werden.

- Dabei ignoriert das moderne Klinikum die banale Erkenntnis, dass personenbezogene Dienstleistungen kaum rationalisierbar sind, ohne die Qualität dieser Dienstleistungen zu mindern.

- Die Fixierung z. B. auf möglichst kurze Verweildauern im Krankenhaus, ohne entsprechende Verzahnung von stationärem und ambulantem Sektor, geht völlig an den Bedürfnissen zahlloser älterer, unterstützungsbedürftiger und multimorbider Patienten vorbei.

- Der Patient wird vor allem als abstrakter Träger verschlüsselbarer Diagnosen behandelt. Diese Diagnosen rechtfertigen standardisierte „Prozeduren", die dem Klinikum jeweils einen definierten finanziellen Erlös erbringen. Die aufmerksame Wahrnehmung der individuellen Besonderheiten des Kranken steht also genauso im Widerspruch zur Denkungsart eines Fallpauschalensystems wie kreatives Umgehen mit komplexen Konstellationen.

- Das völlige Fehlen einer unabhängigen wissenschaftlichen Begleitforschung zum DRG-System kommt dem Eingeständnis gleich, dass die Entwicklung der Qualität der stationären Versorgung unter dem DRG-System eine beliebige abhängige Variable war. Wirkliches Ziel war ein Rationalisierungsprozess zur Kostensenkung. Ein Nachweis von Qualitätsverlusten wäre allen Verantwortungsträgern, nämlich Spitzenverbänden im Krankenhausbereich, gesetzlichen Krankenkassen, den verantwortlichen Politikern in Bund und Ländern bis hin zu den Gewerkschaftsspitzen unangenehm gewesen.

IV. Vielfältige Aktionen vom Ärztestreik 2006 bis zu der eindrucksvollen, bundesweiten Demonstration in Berlin am 25. September 2008 haben öffentliches Bewusstsein und breite gesellschaftliche Akzeptanz geschaffen für Forderungen nach Veränderung.

So sahen sich die politischen Entscheidungsträger gezwungen, wenigstens einige Erleichterungen im Krankenhausfinanzierungsreformgesetz zuzusichern:

- Die Krankenhäuser sollten 2009 3,5 Mrd. Euro mehr als 2008 erhalten;

- im Zeitraum 2009 bis 2011 sollten bis zu 17.000 zusätzliche Pflegestellen mit jeweils 90 Prozent bezusschusst werden;

- Tariferhöhungen in 2008 und 2009 sollten, soweit sie die Veränderungsrate (2009: 1,41 %) übersteigen, zu 50 Prozent erstattet werden;

- die strikte Bindung der Krankenhausbudgets an die Entwicklung der Grundlohnsumme soll

ab 2011 durch einen Regierungsbeschluss auf Basis der Kalkulation der Preissteigerung der Krankenhäuser nach einem Warenkorb durch das Statistische Bundesamt ersetzt werden.

Auf Betreiben der GKV hat das BMG im laufenden Gesetzgebungsverfahren versucht, diese Zugeständnisse mit einigen raffinierten Taschenspielertricks zu hintertreiben, so dass die Krankenhäuser in einigen Bundesländern wie Nordrhein-Westfalen und Bayern am Ende schlechter herauskommen würden als ohne das aktuelle Reformgesetz (zu den Details siehe die Veröffentlichungen des „Aktionsbündnis Rettung der Krankenhäuser").

Nach wie vor hat also ein rücksichtsloser Sparkurs Priorität für BMG und GKV, was angesichts der beginnenden Wirtschaftskrise nicht wundernimmt: den zu erwartenden Einbruch der Einnahmen des Gesundheitsfonds hätte im Wahljahr 2009 der Bundeshaushalt auszugleichen.

Der vdää fordert für die Zukunft:

- Unabhängig von Wahlterminen brauchen wir eine breite gesellschaftliche Diskussion über die Zukunft des deutschen Gesundheitswesens, die sich von den andauernden, kurzfristigen Verteilungskämpfen löst, gesellschaftlichen Bedarf definiert und daraus folgerichtige politische Projekte ableitet.

- Die Krankenhausbedarfs- und Investitionsplanung muss als Daseinsvorsorge in öffentlicher Verantwortung gestärkt und demokratisiert werden. Deregulierung und Strukturentwicklung nach den betriebswirtschaftlichen Kriterien profitorientierter Klinikkonzerne müssen sukzessive zurückgedrängt werden. Gesundheit soll keine Ware sein.

- Der stationäre Sektor braucht stabile finanzielle Grundlagen. Dazu muss über eine Bürgerversicherung endlich die finanzielle Basis der GKV verbreitert und für die Zukunft gesichert werden.

- Wir brauchen dringend eine unabhängige Versorgungsforschung, die anhand Qualitätsindikatoren medizinische Maßnahmen bewertet. Aktuelle Fallpauschalen erlauben nur Aussagen über durchschnittliche Kosten medizinischer Prozeduren – nicht über die Sinnhaftigkeit, den Stellenwert gegenüber alternativen Behandlungsverfahren oder gar über Auswirkungen auf die Lebensqualität der Patientinnen und Patienten. Die dafür verausgabten Geldmittel wären eine Investition in die Humanisierung des Gesundheitswesens auf dem Weg einer gesellschaftlich sinnvollen Steuerung der Versorgungsrealität.

München,
18.Dezember 2008

Prof. Dr. Wulf Dietrich
(Vorsitzender des vdää)

Dr. Peter Hoffmann (Mitglied des erweiterten Vorstands)

Presseerklärung des vdää zum Honorarstreit

Ärzte nehmen Patienten in Geiselhaft – statt das Missmanagement ihrer Standesvertretungen und das Honorarsystem zu kritisieren

Der VDÄÄ fordert Disziplinarmaßnahmen gegen Ärzte, die Kassenpatienten nicht korrekt versorgen

Niedergelassene Ärzte verweigern Kassenleistungen, fordern private Zusatzhonorare und drohen mit Praxisschließungen. Die „viel zu niedrigen Kassenhonorare" ließen ihnen keine andere Wahl – so die Verlautbarungen, die man seit Anfang des Jahres in der Tagespresse lesen muss. Diese Geiselnahme der Patienten wirft ein trauriges aber bezeichnendes Licht auf Moral und Ethikvorstellungen von Standesvertretern und Teilen der Kollegenschaft. Zu Recht droht die Gesundheitsministerin ihnen mit dem Entzug der Kassenzulassung.

Im Jahr 2007 standen für die 130.000 niedergelassenen Ärzte 22 Milliarden Euro zur Verfügung. Die Verhandlungen der Ärzte im Jahr 2008 erreichten einen Honorarzuwachs in der Höhe von zusätzlich ca. 2,7 Milliarden Euro. Es gäbe – während viele Menschen in wachsendem Maße ihre Arbeit verlieren oder zu Dumpinglöhnen arbeiten müssen – keinen Grund zur Klage, wenn diese fast 25 Milliarden Euro sinnvoll auf alle Kassenärzte verteilt würden.

Wenn man in Zeiten der größten Umverteilung von unten nach oben schon über Geld reden will, dann darüber, warum für das Gesundheitswesen kein Geld vorhanden ist – man denke nur an die Auseinandersetzungen um die Krankenhausfinanzierung und den Investitionsstau durch leere Kassen bei der Öffentlichen Hand –, für Banken, Konzerne und selbst für Manager-Boni plötzlich Milliarden zur Verfügung stehen.

Mit dem Gesundheitsfonds sollten die unterschiedlichen Beitragssätze zur gesetzlichen Krankenversicherung sowie die regional und nach Fachrichtungen sehr differierenden Einkommen der Ärzte angeglichen werden. Gleichzeitig wurde die Vergütung der kassenärztlichen Leistungen von relativen Punkten auf absolute Cent- und Euro-Werte umgestellt. Mit diesen Reformen verbunden war eine Anhebung der im Verhältnis deutlich niedrigeren Einkommen der Ärzte in den neuen

Bundesländern. Durch den Bundeszuschuss von drei Milliarden Euro sollte verhindert werden, dass der Ausgleich zu Lasten der bisher Bevorzugten in den alten Ländern ging. Verluste sollten vermieden werden.

Zunächst einmal ist mit den Regelleistungsvolumina eine begrüßenswerte Kalkulierbarkeit ins System eingebaut worden, die allerdings von schweren Berechnungsfehlern der KVen begleitet sind. Eine wüste Polemik von Facharztverbänden behauptet, dass es zu Einkommensverlusten der Kassenärzte von bis zu 40 % käme. Kalkuliert wurden diese falschen Zahlen in die Diskussion geworfen, um Vorteile für bestimmte Facharztgruppierungen zu erreichen. Verständlich, dass viele Kassenärzte ob der vielen EBM-Reformen in den letzten Jahren verunsichert waren und sind. Unverantwortlich aber, dass einige Facharztgruppierungen den Streit um das Geld auf dem Rücken ihrer Patienten austragen. Entschieden zu kritisieren ist zudem die Aufforderung des Hausarztverbandes an die bayerischen Kollegen, nur noch für Patienten der AOK, für die es mehr Geld als für die anders Versicherten gibt, korrekte und vollständige Diagnosen aufzuschreiben, während für die verbleibenden Patienten unvollständige Diagnosen an die Kassen weitergeleitet werden sollen. Diese Kassen würden dann bei der Verteilung der Mittel aus dem Gesundheitsfonds benachteiligt. Hier wird deutlich, dass Selektivverträge von Arztgruppen mit einzelnen Kassen für bestimmte Krankheitsbilder nicht nur zu unterschiedlicher Behandlung von Patienten, sondern auch zu materiellen Interessenskonflikten bei den behandelnden Ärzten führen. Die Entwicklung von einer einheitlichen Versorgung aller Kassenpatienten hin zum Flickenteppich unterschiedlicher regionaler und fachlicher Versorgung hat allerdings in erster Linie die Gesundheitspolitik der großen Koalition mit dem Anspruch, den Wettbewerb im Gesundheitswesen fördern zu wollen, zu verantworten.

Der Verein demokratischer Ärztinnen und Ärzte fordert aktuell die Standesvertretungen in KVen und Kammern auf, sich nicht nur eindeutig von Kollegen zu distanzieren, die von GKV-Patienten Vorkasse oder Kostenerstattung verlangen oder die Leistungen ganz verweigern, sondern berufliche Ermittlungen wegen Verstoßes gegen die Berufsordnung der Ärzte einzuleiten.

Das beschämende Gerangel um Gelder zwischen Facharztverbänden und zwischen diesen Verbänden und dem Hausarztverband machen allerdings erneut deutlich, wie absurd die Vergütungsform der niedergelassenen Ärzte ist. Anstatt einen Konkurrenzkampf zwischen Fachrichtungen und Bundesländern auf dem Rücken der Patienten auszutragen, sollte es eine Diskussion geben über eine grundsätzliche Reformierung der Honorierung im kassenärztlichen Bereich, die den Kassenärzten ein kalkulierbares Einkommen sichert, sie von bürokratischen Bürden befreit und eine an den Bedürfnissen der Patienten orientierte Medizin erlaubt. Eine Förderung des Wettbewerbes zwischen den Arztgruppen, wie sie von der großen Koalition momentan betrieben wird, ist dazu kein probates Mittel.

Prof. Dr. Wulf Dietrich
Vorsitzender des Vereins Demokratischer Ärztinnen und Ärzte
15. Februar 2009

VDÄÄ	Kantstraße 10	Mobil 0173 – 385 4872
Geschäftsstelle	63477 Maintal	Fax 0721 – 151 271 899
Nadja Rakowitz	Telefon 06181 – 432 348	E-Mail: info@vdaeae.de

Gemeinsame Presseerklärung

Die Geister, die ich rief ...

Pharmaindustrie darf VerbraucherInnen künftig über verschreibungspflichtige Arzneimittel informieren

(17.12.2008) Günter Verheugen, der für Unternehmens- und Industriepolitik zuständige Vizepräsident der EU-Kommission, hat seinen industriefreundlichen Gesetzesvorschlag zur europäischen Arzneimittelrichtlinie durchgesetzt. Via Internet und mit gedrucktem Material soll sich die Pharmaindustrie künftig mit Informationen 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". Wird Verheugens Gesetzesvorschlag vom EU-Parlament angenommen, geht der VerbraucherInnenschutz endgültig unter.

Was als eine Harmonisierung und Vereinfachung der EU-Regeln zur Bereitstellung von PatientInneninformation gedacht war, entpuppt sich nun als ein Regelwerk mit gravierenden Folgen. Es ist ein Freibrief für verkaufsfördernde Veröffentlichungen der Arzneimittelhersteller zu ihren eigenen teuren Produkten. Das geht auf Kosten gut wirksamer preiswerter Generika. Darüber hinaus bedeutet eine vernünftige The-

rapie oft mehr, als einfach nur Medikamente zu geben. Zwar sind im Gesetzentwurf auf Druck der Kommissarin für Gesundheit und Verbraucherschutz einige Schutzklauseln eingefügt worden. Diese werden jedoch durch vage formulierte Ausnahmeregeln wieder durchlöchert. So kann z.B. die Vorabkontrolle der Information durch die Behörden auch durch eine freiwillige Selbstkontrolle der Industrie ersetzt werden.

Bis heute ist es nicht gelungen, sachgerechte Aussagen systematisch von Werbung zu trennen. Daher gibt es im Sinne des VerbraucherInnenschutzes nur **eine** angemessene Reaktion: Verständliche und vergleichende Informationen für Patientinnen und Patienten zu rezeptpflichtigen Arzneimitteln dürfen nur von neutralen und unabhängigen Institutionen bereitgestellt werden.[1]

Hierfür machen sich die UnterzeichnerInnen der gemeinsamen Stellungnahme: „PatientInnen nicht im Regen stehen lassen – für eine industrieunabhängige Patienteninformation“ stark.[2]

Europa genießt in Bezug auf VerbraucherInnenschutz weltweit ein hohes Ansehen. Die Europa-ParlamentarierInnen sind aufgerufen, sich dieser Vorbildfunktion bewusst zu werden und dem Schutz der PatientInnen Priorität vor Wirtschaftsinteressen einzuräumen. Es heißt **jetzt** zu handeln: Denn wer die Geister ruft, wird sie häufig – wie der vielzitierte Zauberlehrling von Goethe – nicht wieder los.

Sollte das Werbeverbot für rezeptpflichtige Arzneimittel in der Europäischen Union fallen, hätte das nicht nur negative Folgen für die VerbraucherInnen hierzulande. Wir befürchten für die Dritte Welt noch weit gravierendere Auswirkungen, da entsprechende Verbote auch in diesen Ländern dann nicht mehr zu halten wären. Wo bereits jetzt viele Menschen keinen Zugang zu unentbehrlichen Arzneimitteln haben, würde Werbung für neue teure Präparate eine sinnvolle Versorgung stark behindern.

Kontakt:

Hedwig Diekwisch
BUKO Pharma-Kampagne
August-Bebel-Str. 62
33602 Bielefeld
Tel.: 01520-542 7217
0521-60 550

Diese Presseerklärung wird gemeinsam getragen von:

- BUKO Pharma-Kampagne
- BundesArbeitsGemeinschaft der PatientInnenstellen und -Initiativen
- Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin e.V.
- Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention
- IPPNW – Ärzte für die Verhütung des Atomkrieges, Internationale Ärzte in sozialer Verantwortung
- verein demokratischer ärztinnen und ärzte
- Verein demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten

[1] http://ec.europa.eu/enterprise/pharmaceuticals/pharmacos/pharmpack_en.htm
[2] http://www.bukopharma.de/index.php?page=stellungnahmen

Indien: Preiswerte Medikamentenversorgung in Gefahr

BAYER verklagt indische Regierung wegen Pharma-Patenten / Gesundheitsgruppen verlangen Schutz generischer Medikamente

Gesundheitsinitiativen aus Indien und Deutschland fordern den BAYER-Konzern auf, eine kürzlich eingereichte Klage gegen die indische Regierung zurückzuziehen. Die asiatische Sektion von Health Action International, das indische *Peoples Health Movement*, die *Coordination gegen BAYER-Gefahren*, die *BUKO Pharma-Kampagne*, der *Verein demokratischer Ärztinnen und Ärzte* und *medico international* befürchten, dass der Prozess die Zulassungspraxis von Generika in Indien gefährdet. Im Fall einer einge-

schränkten Versorgung mit bezahlbaren Medikamenten drohe der Tod Tausender Patienten.

Ende letzten Jahres hatte BAYER die indische Zulassungsstelle für Pharmazeutika *Drugs Controller General of India* (DCGI) verklagt, da diese dem indischen Unternehmen Cipla eine Zulassung für das patentgeschützte Krebsmedikament Nexavar erteilt hatte. Gegenwärtig kann die DCGI Zulassungen für generische Pharmazeutika erteilen, auch wenn für die Substanzen noch Patentschutz besteht. Hierdurch soll erreicht werden, dass unmittelbar nach Auslaufen eines Patents preiswerte Nachahmer-Produkte auf den Markt kommen. Nach Ansicht von Gesundheitsexperten stellt diese Praxis keine Rechtsverletzung dar, da ein zu früher Verkauf von Generika gerichtlich unterbunden werden kann. BAYER hingegen fordert, im Falle eines existierenden Patents grundsätzlich keine Zulassung für Nachahmer-Produkte zu erteilen.

Amit Sen Gupta vom indischen *Peoples Health Movement*: „Die Forderungen von BAYER gehen sogar über die im TRIPS-Abkommen festgelegten Patent-Regeln hinaus. Ein Erfolg der Klage hätte schwerwiegende Konsequenzen für den Zugang zu preiswerten Medikamenten – nicht nur für indische Patienten, sondern für arme Menschen in weiten Teilen der Welt. BAYER will offenbar nicht nur die eigenen Patent-Rechte ausweiten, sondern einen Präzedenzfall schaffen. Dies würde den Einsatz lebensrettender Generika generell verzögern."

Philipp Mimkes von der *Coordination gegen BAYER-Gefahren* ergänzt: „Das weltweit beachtete System der preiswerten Medikamentenversorgung in Indien ist in Gefahr, wenn die Zulassung von Pharmazeutika generell an Patente gekoppelt wird. Wir fordern BAYER daher auf, die Klage zurückzuziehen. Die öffentliche Gesundheitsvorsorge muss Vorrang haben gegenüber Patenten und monopolistischen Profiten der Pharmaindustrie." Nach Meinung der CBG müssen Länder wie Indien das Recht haben, den Medikamenten-Markt zu regulieren, um die Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen.

In den meisten Ländern der Welt werden Patentfragen bei der Erteilung von Pharma-Zulassungen nicht betrachtet. Hierfür sind in der Regel Patentämter zuständig. Sowohl das indische Gesetz wie auch das internationale TRIPS-Abkommen zum Schutz des geistigen Eigentums sehen Zulassungen von Generika noch vor Ablauf eines Patents vor. Hiermit soll erreicht werden, dass nach Ablauf oder im Fall der Aberkennung eines Patents sofort Generika auf den Markt kommen können und diese nicht erst einen zeitaufwendigen Zulassungsprozess durchlaufen müssen. Auch klinische Studien von Generika-Herstellern sollen hierdurch ermöglicht werden.

Bernd Eichner von *medico international*: „Im Fall lebensrettender Medikamente kann bereits eine Verzögerung der Zulassung von preiswerten Generika um einige Monate Hunderte oder Tausende Menschenleben kosten, weil patentierte Medikamente für weite Teile der Bevölkerung nicht erschwinglich sind."

Als Mitglied der Welthandelsorganisation WTO war Indien gezwungen, bis zum Jahr 2005 das internationale Abkommen TRIPS zum Schutz von Urheberrechten umzusetzen. Das indische Parlament hatte dabei aber mehrere Mechanismen zum Schutz der Gesundheitsvorsorge beschlossen. Dem vorangegangen waren Forderungen insbesondere aus Entwicklungsländern, die Produktion indischer Generika nicht zu gefährden. Indien ist in weiten Teilen der Welt wichtigster Lieferant billiger Nachahmer-Medikamente. So kosten indische Tabletten für eine anti-retrivirale HIV-Therapie statt 10.000 US-Dollar für Markenmedikamente nur 200 Dollar pro Jahr.

Presseinformation
vom 11. Februar 2009

Health Action International Asien
Peoples Health Movement India
medico international
Coordination gegen BAYER-Gefahren
BUKO Pharma-Kampagne
Verein demokratischer Ärztinnen und Ärzte
IPPNW

Der nächste VDPP-Rundbrief erscheint im Juni 2009.

Redaktionsschluss ist am 31. Mai 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
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