

R

R

R

R

Mitteilungen des Vereins demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten

Grußwort des Vorstands



Liebe Leserinnen und Leser,

Sie halten gerade einen VDPP-Rundbrief der besonderen Art in der Hand. Jetzt werden Sie sich vielleicht fragen, was VDPP heißt? Die Antwort heißt „Verein demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten“. Der Verein setzt sich besonders für eine patientenorientierte Arzneimittelversorgung, eine Zusammenarbeit aller Akteure im Gesundheitswesen und mehr Demokratie in den Landesorganisationen ein. In diesem Heft haben wir einige Artikel aus den

letzten Rundbriefen zusammengestellt, welche die derzeitigen Entwicklungen in der Pharmazie und im Gesundheitswesen gut widerspiegeln. Der reguläre VDPP-Rundbrief erscheint viertel- bis halbjährlich und informiert über Themen und Hintergründe im Gesundheitswesen, die zum Teil in der Fachpresse nur marginal aufgegriffen werden.

Am 1. April trat das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) in Kraft. Die Diskussionen im Vorfeld des Gesetzes machten vor allem eines deutlich: Erhaltung des Solidarprinzips oder Privatisierung des öffentlichen Gutes Gesundheit?! Die notwendige grundlegende Erneuerung, derer es bedurft hätte, um die Solidargemeinschaft auf festen Boden zu stellen, gab es letztendlich nicht.

Am 1. April trat das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) in Kraft. Die Diskussionen im Vorfeld des Gesetzes machten vor allem eines deutlich: Erhaltung des Solidarprinzips oder Privatisierung des öffentlichen Gutes Gesundheit?! Die notwendige grundlegende Erneuerung, derer es bedurft hätte, um die Solidargemeinschaft auf festen Boden zu stellen, gab es letztendlich nicht.

Anstatt bei der Zulassung eines Medikaments über den Preis zu verhandeln, wird dies nun mit den Rabattverträgen in die Apotheke getragen. Das Kundengespräch verkommt zum Erklärungsversuch, warum die gewohnte Medikamentenpackung jetzt eine andere ist. Dabei hat die Rücknahme clobutinolhaltiger Arzneimittel wieder einmal mehr gezeigt, dass es die Arzneimittelsicherheit zu stärken gilt, und dass darauf das Hauptaugenmerk in der Apotheke liegen sollte.

Vielleicht finden Sie eigene Positionen in diesem Heft wieder oder sind erfreut darüber, dass nicht nur Sie „der Schuh drückt“ oder wollen ganz einfach mit uns diskutieren? Wenn wir Ihr Interesse beim Lesen geweckt haben und Sie uns kennen lernen wollen, freuen wir uns, wenn Sie Kontakt mit uns aufnehmen oder zu unserem Herbstseminar „Wettbewerb – ja und amen?!“ im November nach Berlin kommen.

Jana Böhme
(für den Vorstand des VDPP)

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

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.

Wettbewerb im Gesundheitswesen

Eine Einstimmung auf das Herbstseminar 2007

von Florian Schulze

Nicht erst seit dem „Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung“, also der Gesundheitsreform 2007, kann die Frage nach Sinn und Unsinn von Konkurrenz bei der Versorgung kranker und alter Menschen als Gretchenfrage bei der Gestaltung des Gesundheitswesens gelten.

Die Grenze zwischen den Befürwortern und Gegnern zieht sich quer durch die politischen Lager und gesellschaftlichen Gruppierungen. Was für die Einen nach Besitzstandswahrung der Leistungserbringer klingt, bedeutet für die Anderen Unabhängigkeit, um im Sinne der Patienten entscheiden zu können. Umgekehrt ist der Ruf nach mehr Wettbewerb für die Einen *das* Mittel für Effizienzsteigerung und damit auch für die dauerhafte Bezahlbarkeit des gegenwärtigen Systems, für die Anderen in erster Linie der Weg hin zu einer Kommerzialisierung und Entmenschlichung des größten Marktes Deutschlands.

Beide Seiten werfen sich gegenseitig doppelbödiges Argumentation und unethisches Handeln vor, und auch den Betroffenen, Patienten wie Leistungserbringern, fällt es vielfach schwer, den Überblick über Argumente und Konzepte zu behalten.

Welche Hoffnungen verbinden sich mit der (weiteren) Verschärfung des Wettbewerbs?

Grundsätzlich sind sich die meisten Akteure einig, dass Wettbewerb wichtig ist, um die Flexibilität innerhalb eines so riesigen Systems wie dem des Gesundheitswesens gewährleisten zu können. Wahlmöglichkeiten für Patienten und Kunden, also Wettbewerb um diese, sowie weit reichende Rechte gegenüber Ärzten, Therapeuten, Apothekern etc. und damit Sanktionsdruck sind essentiell, um die Patienten im Mittelpunkt des Geschehens ansiedeln zu können.

Monopolistische Strukturen werden im Allgemeinen als nicht geeignet angesehen, um Effizienz und Qualität zu optimieren; bei Staatsmonopolen, wie einer möglichen Einheitskasse, ist zumindest das linke Lager geteilter Meinung, allerdings scheinen sich auch hier viele von der Idee abzuwenden.

Differenzen treten ebenso zu Tage, wenn es um die Parameter des Wettbewerbs geht. Soll es ein Wettbewerb um Qualität oder um kostengünstigere Leistungen sein? Geht es um bestmögliche Versorgung der Bevölkerung oder doch in erster Linie darum, die Lohnnebenkosten, also Personalkosten für die Arbeitgeber, zu senken? Unbestritten stellen finanzielle Schwierigkeiten eines schlecht wirtschaftenden Krankenhauses, eines nachlässig diagnostizierenden Arztes oder einer ausschließlich eigennützig beratenden Apotheke sinnvolle Korrekturen dar, doch geht es darum wirklich?

Es wird kaum bestritten, dass die letzte Gesundheitsreform vor allem zur Senkung der GKV-Kosten auf den Weg gebracht wurde, auch wenn die pausenlos vom BMG hervorgehobenen versorgungsorientierten Neuerungen wie die Krankenversicherungspflicht und das damit einhergehende Rückkehrrecht in die GKV, das neue Impfrecht oder das Rehabilitationsrecht nicht vergessen werden dürfen.

Da mit dem Thema „Wettbewerb im Gesundheitswesen“ wahrscheinlich Bücher gefüllt werden können, möchte ich mich im Folgenden vor allem mit der Frage auseinandersetzen, ob die Sparorgien, die Leistungskürzungen, der geforderte Preiswettbewerb unter den Leistungsträgern, der meiner Meinung nach immer auch negative Auswirkungen auf die Versorgungsqualität haben muss, im Gesundheitssystem wirklich notwendig sind.

Brauchen die GKV wirklich zu viel Geld?

Die Befürworter einer Wettbewerbsstärkung stützen ihre Argumentation häufig auf die Notwendigkeit, veränderten Rahmenbedingungen begegnen zu müssen. So z. B. Ulla Schmidt auf dem Deutschen Ärztetag im Mai 2006: „Die Erweiterung der Europäischen Union und die Globalisierung in Richtung Asien und Amerika haben den Wettbewerbsdruck auf die deutsche Wirtschaft und auf die deutschen Sozialsysteme einschließlich der Krankenversicherung dramatisch erhöht. Die ökonomische Stagnation mit niedrigen Wachstumsraten vor allem bei Löhnen und Gehältern führen das Gesundheitssystem in eine strukturelle Finanzkrise, weil seine Finanzierung fast ausschließlich am Faktor Arbeit hängt.“

Ebenso häufig werden der sog. demographische Wandel und Mehrkosten aufgrund des medizinischen Fortschritts bemüht, tiefe Einschnitte in das System der GKV mit exorbitant steigenden Kosten zu begründen.

Besieht man sich die Ausgabensituation der GKV im Kontext der gesamtwirtschaftlichen Lage, kommt man allerdings zu einer anderen Bewertung. Unbestreitbar sind die Kosten der GKV fast kontinuierlich gestiegen. Die nachfolgende Tabelle zeigt allerdings, dass die Bundesrepublik (West) von 1980 bis 1998 einen konstanten Anteil von ca. 6 % ihres BIP für die Versorgung der GKV-Versicherten verwendet. Die Schwankungen werden weniger von den GKV-Ausgaben als vom zyklischen Wachstum des BIP bestimmt. Bei hohen Wachstumsraten des BIP geht der GKV-Anteil zurück, bei niedrigen ist es umgekehrt.

Der Einzelwert von 1998 (5,86 %) liegt um 0,02 Prozentpunkte über dem Wert von 1980. Das sind die zwei Zehntausendstel, um die es bei allen Sparplänen geht und die gern mit „Kostenexplosion“ beschrieben werden.

Anteil der GKV-Ausgaben am Brutto-Inlandsprodukt 1980 – 1998 (alte Bundesländer¹)

| Jahr | GKV | BIP | BIP-Wachstum [%] ² | GKV-BIP [%] |
|-------------------|---------|-----------|-------------------------------|-------------|
| 1980 | 85.956 | 1.472.040 | | 5,84 |
| 1981 | 92.203 | 1.534.970 | 4,3 | 6,01 |
| 1982 | 92.676 | 1.588.090 | 3,5 | 5,84 |
| 1983 | 95.898 | 1.668.540 | 5,1 | 5,75 |
| 1984 | 103.526 | 1.750.890 | 4,9 | 5,89 |
| 1985 | 108.704 | 1.823.180 | 4,1 | 5,96 |
| 1986 | 114.061 | 1.925.290 | 5,6 | 5,92 |
| 1987 | 118.930 | 1.990.480 | 3,4 | 5,97 |
| 1988 | 128.059 | 2.095.980 | 5,3 | 6,11 |
| 1989 | 123.241 | 2.224.440 | 6,1 | 5,54 |
| 1990 | 134.238 | 2.426.000 | 9,1 | 5,53 |
| 1991 | 151.634 | 2.647.600 | 9,1 | 5,73 |
| 1992 | 167.850 | 2.813.000 | 6,2 | 5,97 |
| 1993 | 166.092 | 2.840.500 | 1,0 | 5,84 |
| 1994 | 178.463 | 2.962.100 | 4,3 | 6,02 |
| 1995 | 190.289 | 3.049.800 | 3,0 | 6,18 |
| 1996 | 196.392 | 3.112.300 | 2,0 | 6,29 |
| 1997 | 191.683 | 3.202.600 | 2,9 | 5,98 |
| 1998 ³ | 195.066 | 3.329.000 | 3,9 | 5,86 |

¹ Aus Vergleichsgründen nur alte Bundesländer

² In Prozent des Vorjahres

³ Letztes verfügbares Jahr für getrennte BIP-Werte der alten Bundesländer
(Quelle: Daten des Gesundheitswesens, Ausgabe 1999)

Nach Berechnungen des Sachverständigenrates zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (Jahresbericht 2006/2007) weist der GKV-Anteil am BIP einen leichten Anstieg von 6,1 % 1980 (Westdeutschland) auf 6,4 % 2005 (inkl. neue Bundesländer) auf (Anstieg 4,9 % in 25 Jahren). Diese Erhöhung ist in erster Linie auf relativ starke Anstiege in den Jahren nach der Wiedervereinigung zurückzuführen. Im selben Zeitraum hat sich der durchschnittliche Beitragssatz nach Zahlen der DAK von 11,2 % auf 14,2 % erhöht (Anstieg 24,6 %). Ein Anstieg von 4,9 % steht einem Anstieg von 24,6 % gegenüber, und das bei sinkenden Realeinkommen und nichtsdestoweniger Verschuldungen der meisten Kassen.

Wie kommt es, dass sich die GKV in einer Finanzierungsphase befindet,

wenn doch prozentual vom erwirtschafteten Geld nicht mehr aufgewendet werden muss als früher?

Die Antwort ist meines Erachtens in der veränderten Einnamemstruktur der GKV zu suchen, der keine der vielen gesetzlichen Neuerungen zur Modernisierung des Gesundheitswesens Rechnung getragen hat. Die ursprünglich paritätische Beteiligung an den Kosten der GKV verteilt sich durch die Einführung und Erhöhung von Zuzahlungen inzwischen 60 zu 40 zu Lasten der Arbeitnehmer.

Da nun aber die Lohnquote, also der Anteil der Löhne und Gehälter am Volkseinkommen (und damit einhergehend auch die Quote der GKV-Einnahmen am BIP), von 72 Prozent im Jahre 2001 auf 67 Prozent im Jahre 2005 gesunken ist und damit der Anstieg des Lohnni-

veaus (brutto) weit hinter dem Anstieg des Volkseinkommens (0,7 % versus 4,38 % 2004 - 2006) hinterherhinkt, kann der Einbruch auf der Einnahmenseite der GKV nicht verwundern. Zum Vergleich: In den USA sind die Reallöhne (also Nettolöhne abzüglich Inflation, Kaufkraftindikator) in den letzten Jahren um 20 % gestiegen, in Schweden und Großbritannien gar um 25 %, Deutschland ist der einzige Industriestaat, in dem sie gefallen sind.

Wenn einbezogen wird, dass gerade hohe Löhne und Gehälter mittels der PKV vielfach aus dem Solidarprinzip ausgeklümpelt werden, wird die einseitige Belastungsverteilung noch deutlicher: Gutverdienern wird die Minimierung ihres Anteils an der Finanzierung der Solidargemeinschaft leicht gemacht. Oder anders herum: je kleiner der Geldbeutel, desto größer der prozentua-

le Anteil an der GKV. Oder: Artikel 14 des Grundgesetzes („Eigentum verpflichtet. Sein Gebrauch soll zugleich dem Wohle der Allgemeinheit dienen.“) findet hier keine Anwendung.

Die aktuelle Wettbewerbsdebatte kommt mir vor diesem Hintergrund fast zynisch vor. Auf der einen Seite

- Erhöhung / Einführung von Zahlungen, die als lohnunabhängige und zudem von Arbeitnehmern allein zu entrichtende Abgaben grundsätzlich unsozial sind,
- Leistungsausschlüsse von medizinisch notwendigen Leistungen, wie z. B. Thrombozytenaggregationshemmer zur Infarktprophylaxe,
- die Beitragssatzerhöhungen der GKV und Sparauflagen, die z. B. Krankenhäuser dazu zwingen, Ärzte und Krankenschwestern zu Bedingungen arbeiten zu lassen, die in einem VW-Werk undenkbar wären,
- sinkende (!) Realeinkommen der abhängig Beschäftigten in Deutschland und damit prozentual sinkende GKV-Einnahmen.

Auf der anderen Seite

- immense, allerdings nicht sozialversicherungspflichtige Kapitaleinkünfte, in großen Teilen hohe Gewinne bei mittleren und gro-

ßen Unternehmen (ebenfalls nicht sozialversicherungspflichtig)

- eine Koalition, die - ebenso wie die schwarz-gelbe und die rot-grüne vor ihr - auch in der neunten Gesundheitsreform seit 1992 nicht versucht hat, die Einnahmesituation der GKV auf eine Basis zu stellen, die die tatsächliche Vermögens- und Wertschöpfungssituation in Deutschland widerspiegelt.

Nun, so weit ist alles klar und leicht zu durchschauen. Oder doch nicht? Ist das doch zu einfach? Wir, aus der Berliner Regionalgruppe, möchten weiter einsteigen in die Debatte, alle Seiten zu Wort kommen lassen und natürlich auch andere Aspekte der Wettbewerbsdebatte, etwa die Auswirkungen einer Zulassung von Mehr- und Fremdbesitz von Apotheken beleuchten.

Dazu haben wir einige kenntnisreiche Referenten und Mitdiskutanten eingeladen:

- Prof. Gerd Glaeske, Apotheker, Professor für Arzneimittelversorgungsforschung am Institut für Sozialpolitik an der Universität Bremen, Mitglied des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, „Rotes Tuch“ und VDPP-Mitglied,
- Prof. Jens-Uwe Niehoff, ehem.

Direktor des Instituts für Sozialmedizin und Epidemiologie an der Charité und nach Gastprofessuren in den USA beim Medizinischen Dienst der Krankenversicherung Berlin-Brandenburg e. V. für strategische Grundsatzfragen zuständig. Seit 2005 arbeitet er als Hochschullehrer und in freier Praxis als Analyst und Berater und ist Herausgeber mehrerer sozialmedizinischer und Public-Health-Standardwerke,

- Dr. Stefan Etgeton, Referent für Gesundheit bei der Verbraucherzentrale Bundesverband e.V., und
- Lutz Tisch, Geschäftsführer Recht der ABDA ist angefragt.

Also haltet euch den 10. November für das Herbstseminar in Berlin frei.



Der Systemwechsel kommt durch die Hintertür

von Ingeborg Simon

Vor der parlamentarischen Verabschiedung des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes (GKV-WSG) wurden im Verlauf mehrtägiger Anhörungen viele Stellungnahmen dazu abgegeben. Die wichtigsten Beteiligten auf der Kosten- und Leistungsträgerseite kamen zu Wort. Allerdings beschränkten sich fast alle auf lobbyistisch geprägte Aussagen und verzichteten darauf, den Gesetzentwurf im Ganzen in gesellschafts- und gesundheitspolitischer Hinsicht zu bewerten. Eine der wenigen rühmlichen Ausnahmen war

die Stellungnahme des VDÄÄ, die zu der Schlussfolgerung kam, dass mit der Einführung von Elementen einer Kopfpauschale und von Elementen der Privaten Krankenversicherung in die GKV ein weiterer Schritt der Transformation des auf Sozialausgleich beruhenden Gesundheitswesens in Deutschland vollzogen wird.

Ich teile diese Einschätzung, auch da, wo sie vor der drohenden Privatisierung unserer solidarisch organisierten gesetzlichen Krankenversi-

cherung warnt. Ergänzend hinzufügen möchte ich, dass die Anfänge dieses einst unauffällig scheinbar eingeleiteten Prozesses weit zurückreichen, mindestens bis zum Beginn der 80er-Jahre. Es begann mit der Einführung einer geringen Rezeptblattgebühr für Arzneimittel, die schon bald in eine Arzneimittelzuzahlung pro Verordnung überführt wurde sowie ersten Leistungsausgrenzungen. Spätestens mit den Beschlüssen von Lahnstein 1992 unter der gesundheitspolitischen Verantwortung von Minister Seeho-

fer (CSU), die den Wettbewerb zwischen den Gesetzlichen Krankenkassen einführen, wurden die von der Politik damit verfolgten Deregulierungs- und Ökonomisierungsabsichten der GKV offenkundig.

Ideologisch flankiert wurden diese Maßnahmen von neoliberalen „think tanks“ und den ihnen nahe stehenden Experten in der Rolle hoch dotierter Hilfstruppen der politischen Exekutive (sog. Expertenkommissionen). Regierungskoalitionen aller Couleurs von schwarz-gelb über schwarz-rot bis rot-grün ließen sich als „Vollstrecker“ des eingeleiteten Ökonomisierungs- und Privatisierungsprozesses instrumentalisieren. Die seit Beginn der 80er-Jahre verabschiedeten Kostendämpfungs- und Reformgesetze vom Krankenversicherungskostendämpfungsgesetz 1983 über das Gesundheitsreformgesetz 1989, das Gesundheitsstrukturgesetz 1992, das Beitragsentlastungsgesetz 1996, das 1. und 2. GKV-Neuordnungsgesetz 1997 bis hin zum Gesundheitsmodernisierungsgesetz 2004 und GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz 2007 bilden jeweils Etappen auf dem geduldig aber hartnäckig verfolgten Weg in die ordnungspolitisch sich verändernde gesundheitliche Versorgungslandschaft neoliberaler Prägung.

Neue Begriffe markieren diesen Wandel, der für den Sozialstaat und seine Wertvorstellungen zur Bedrohung geworden ist. Der gesetzlich Krankenversicherte hat sich daran gewöhnt, als Kunde wahrgenommen zu werden, der bei einem Serviceunternehmen versichert ist und Gesundheitsprodukte oder -dienstleistungen nachfragt. Aus dem leidenden Patienten wurde der eigenverantwortlich handelnde mündige Bürger, aus dem Arzneimittel eine Ware.

Mit dem GKV-WSG hat die endgültige Demontage des Solidaritätsprinzips die Zielgerade erreicht. Das Tempo, mit dem jetzt ganz unverhohlen auf die Auflösung der Solidargemeinschaft der GKV hingearbeitet wird, hat zuvor mit dem von Rot-Grün ein- und durchgebrachten

Gesundheitsmodernisierungsgesetz eine deutliche Beschleunigung erfahren u. a. über enorme Zuzahlungsausweitungen, weitere Leistungsausgrenzungen, Wettbewerbsverschärfungen innerhalb des GKV-Systems, die Übernahme von Privatisierungselementen aus der Privaten Krankenversicherung wie Kostenerstattungs-, Prämien- und Selbstbehaltsregelungen für freiwillig Versicherte, die jetzt erlaubte früher als wettbewerbswidrig verteilte Vermittlung von privaten Zusatzversicherungen durch die gesetzlichen Kassen, die Abschaffung der Härtefallregelung für sozial Benachteiligte und die Einführung der Praxisgebühr beim Arztbesuch. Alle diese Maßnahmen gehen vor allem zulasten von finanzschwachen Bevölkerungsgruppen und verschärfen den Trend der Risikoselektion innerhalb des GKV-Systems. Ganz offenbar wurde von der Politik dabei billigend in Kauf genommen, dass eine wachsende Zahl von GKV-Mitgliedern trotz ihrer gesetzlich garantierten Rechte auf eine ausreichende humane medizinische Versorgung gem. SGB V diese nicht mehr realisieren kann, weil ihnen die für Zuzahlungen und Praxisgebühr erforderlichen Finanzen nicht zur Verfügung stehen. Sozial und finanziell Benachteiligte wie Hartz-IV-Empfänger, Sozialhilfebezieher, Heimbewohner, behinderte und chronisch kranke Menschen, Bafög-Studenten und Wohnungslose werden an der Wahrnehmung ihrer gesundheitlichen Rechte gehindert. Die Solidarität des Starken mit dem Schwachen kommt nicht mehr zur Wirkung.

Gleichzeitig wurde Besserverdienenden die Möglichkeit eröffnet, vom Gesetzgeber gestrichene Leistungen durch private Zusatzversicherungen „zurückzukaufen“. Besserverdienende belastet der ausgeweitete Trend zur Privatisierung gesundheitlicher Risiken finanziell weniger, während der Obdachlose am Bahnhof Zoo in Berlin zehn Euro erbeteln muss, um die im Bahnhof angebotene ärztliche Betreuung in Anspruch nehmen zu können.

Dieser mit dem GMG sanktionierte Entsolidarisierungsprozess erfährt

jetzt mit dem GKV-WSG eine nochmalige Steigerung u. a. mit der

- Einführung einer einkommensunabhängigen Kopfpauschale für alle GKV-Mitglieder,
- Verschärfung des Verschuldensprinzips,
- Aufweichung der Überforderungsklausel für chronisch Kranke,
- Ausweitung von Teilkasko-, Selbstbehalts-, Prämien- und Kostenerstattungsmodellen auf alle GKV-Mitglieder, die es sich finanziell und gesundheitlich leisten können und dafür mit Prämien und Beitragsrückerstattungen aus dem Kassentopf belohnt werden,
- Nichtanrechnung von Krankenhauspauschalen auf die Überforderungsregelung,
- Zuzahlung für verordnete innovative Arzneimittel, wenn der Hersteller sich nicht zur Einhaltung eines Höchstbetrages bereit erklärt,
- Ausdünnung einer flächendeckenden wohnortnahen Versorgung durch die Reduzierung der Anbieterzahlen (bei Hilfsmitteln und im Rahmen von Sonderverträgen).

Alle diese Maßnahmen treffen arme und kranke Menschen ganz besonders, da sie größeren gesundheitlichen Gefährdungen ausgesetzt sind und von daher einen höheren Versorgungsbedarf haben, den sie aber wegen der damit verbundenen Zuzahlungen nicht befriedigen können. Gleichzeitig werben die Kassen in einem harten Verdrängungswettbewerb untereinander mit Anreiz- und Belohnungsinstrumenten um sog. gute Risiken.

Seit vielen Jahren werden die bei uns beschlossenen und umgesetzten „Gesundheitsreformen“ mit ihrem wachsenden Anteil an GKV-fremden d. h. unsozialen Elementen auch vom Europäischen Gerichtshof mit großer Aufmerksamkeit verfolgt. Deutsche Kommentare zur EuGH-Rechtssprechung im Bereich

der Sozialversicherung warnen immer öfter vor den wettbewerbsrechtlichen Folgen der Deregulierung und Entsolidarisierung in der GKV. In einem interessanten Aufsatz vom November 2006 (Soziale Sicherheit 11/06) macht Prof. R. Schlegel, Richter am Bundessozialgericht in Kassel, darauf aufmerksam, dass der Europäische Gerichtshof bisher noch anerkennt, dass die Träger unserer Sozialversicherung im Leistungsbereich keine wirtschaftliche Tätigkeit ausüben im Sinne des europäischen Wettbewerbsrechts, weil sie nach dem Grundsatz der Solidarität rein soziale Zwecke erfüllen ohne jegliche Gewinnerzielungsabsicht. Unter Verweis auf das GKV-WSG fährt Prof. Schlegel dann fort: „Je mehr die Sozialversicherungsträger nach Prinzipien und Gesichtspunkten der privaten Versicherungswirtschaft agieren dürfen, desto eher liegt ei-

ne wirtschaftliche und keine soziale Tätigkeit vor, mit der Folge, dass das europäische Wettbewerbsrecht zur Anwendung gelangen kann. Dies gilt erst recht, wenn der Gesetzgeber den Kassen selbst klassische wettbewerbssichernde Maßnahmen wie Ausschreibungen und Vergabeverfahren zur Pflicht macht. Das GKV-WSG geht diesen Weg.“ Er fragt sich deshalb, wie lange der EuGH noch bei seiner bisherigen Rechtsauffassung bleiben wird, also die Sozialversicherung nicht dem wettbewerblichen Unternehmensbegriff unterwirft. Sollte der EuGH angesichts des in Kraft getretenen GKV-WSG den sozialen Charakter der GKV, der auf dem Grundsatz der Solidarität zugunsten finanziell und gesundheitlich benachteiligter Menschen beruht, nicht mehr gewahrt sehen, dann wird er einen qualitativen Wandel des gesamten Steuerungssystems in der Gesund-

heitspolitik einleiten, der das Ende für die solidarische Krankenversicherung bedeutet und die Schleusen für den freien Waren-, Kapital-, Personen- und Dienstleistungsverkehr und -wettbewerb in der Europäischen Union für den Gesundheitsdienstleistungssektor weit öffnet. Bolkestein-Richtlinie ante portas als reale Drohung dank der Einführung des GKV-WSG!



Schuldprinzip: ein Fuß in der Tür

Interview mit Rolf Rosenbrock

Im gesundheitspolitischen Diskurs wird inzwischen ganz offen über Sanktionen für „Vorsorgemuffel“ diskutiert. Anfang Februar hat der Bundestag beschlossen, dass Versicherte, die bestimmte Früherkennungsuntersuchungen nicht wahrgenommen haben, finanziell stärker belasten werden. Der GID sprach mit dem Experten für Gesundheitspolitik, Rolf Rosenbrock, über Sinn und Unsinn der Vorsorgepolitik.

Herr Rosenbrock, vor kurzem wurde in Deutschland eine Schutzimpfung gegen Gebärmutterhalskrebs zugelassen. Sie wird als nahezu sichere Vorsorgemaßnahme gegen eine Infektion mit bestimmten Papillomaviren und damit in Zusammenhang gebrachtem Gebärmutterhalskrebs (Zervixkarzinom) gehandelt. Voraussetzung ist, dass „rechtzeitig“ – bereits im Alter von circa neun Jahren, noch vor dem ersten „sexuellen Kontakt“ – geimpft wird. Wie sind diese Versprechen ihrer Ansicht nach zu beurteilen?

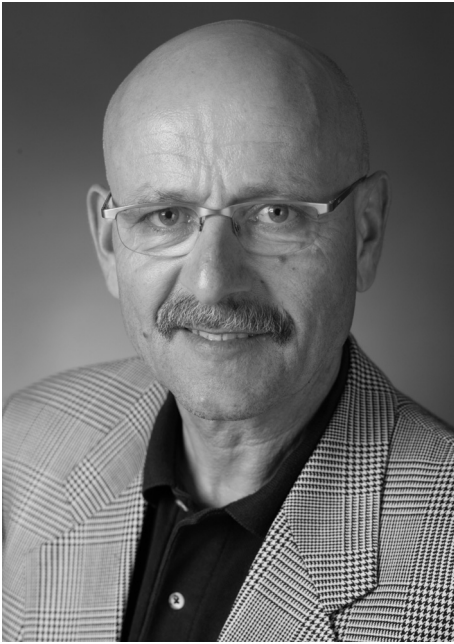
Am Zervixkarzinom erkranken derzeit in Deutschland circa 6.000 Frauen, circa 2.000 sterben jährlich daran. Gleichzeitig ist das Zervixkarzinom eine der wenigen Krebsarten, bei denen eine Virusinfektion eine notwendige aber keine hinreichende Bedingung der Krankheitsentwicklung ist. Wenn es gelingt durch eine Impfung, wie jetzt versprochen, 60 bis 70 Prozent dieser Infektionen sicher zu verhindern und entsprechend die Entstehung des Zervixkarzinoms zu senken, wäre das ein Fortschritt.

Im US-Bundesstaat Michigan wurde im September letzten Jahres ein Gesetz erlassen, dass die Impfung für Mädchen ab der sechsten Klasse verpflichtend macht. Sind solche Forderungen im derzeitigen Vorsorge-Diskurs auch in Deutschland wieder „salonfähig“ geworden?

Über die Situation in den USA weiß ich nichts. Ich glaube, das Problem bei Zervixkarzinom ist, wie bei den meisten Krankheiten, dass Men-

schen aus sozial benachteiligten Schichten daran wesentlich häufiger erkranken als Menschen aus besser gestellten Schichten. Gleichzeitig erreichen Früherkennungsuntersuchungen und auch Impfungen Menschen aus unteren Sozialschichten schlechter. In Deutschland halte ich eine Pflichtimpfung auf Zervixkarzinom für unwahrscheinlich. Es gibt in Deutschland keine Pflichtimpfung. Alle Impfungen sind freiwillig, und wir sind darauf angewiesen, im Falle wichtiger und erfolgreicher Impfungen durch Mobilisierung und Überzeugungsarbeit die Teilnahme zu erreichen. Eine Pflichtimpfung wäre mit der deutschen Rechtslage kaum vereinbar.

Im gesundheitspolitischen Diskurs wird aber inzwischen ganz offen über Sanktionen für „Vorsorgemuffel“ diskutiert. Beispielsweise gibt es den Vorschlag, erkrankte Versicherte, die bestimmte Früherkennungsuntersuchungen nicht wahrgenommen haben, finanziell stärker zu belasten. So sieht es jedenfalls der Regierungsentwurf



für ein Gesetz zur Wettbewerbsstärkung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) (1) vor. Was ist genau geplant und welche Vorsorgeuntersuchungen beziehungsweise Erkrankungen sind davon betroffen?

Es ist derzeit noch nicht absehbar, was letztlich im Gesetz stehen wird. In der von Ihnen zitierten Fassung war vorgesehen, dass Versicherte, die angebotene Früherkennungsuntersuchungen nicht in Anspruch nehmen und dann die Zielkrankheit entwickeln, künftig zwei Prozent, statt bisher ein Prozent ihres Bruttoeinkommens als Zuzahlung zu leisten haben. Das heißt, die Höhe der Belastungsgrenze würde für diese Patienten zur Strafe glatt verdoppelt werden. Das ist angesichts des sehr unklaren Nutzens vieler Früherkennungsuntersuchungen nicht vertretbar. Bei Brustkrebs halte ich es zum Beispiel durchaus für notwendig, dass eine Frau sich aufgrund genauer Kenntnisse der erwünschten und unerwünschten Wirkungen von Früherkennungsuntersuchungen auch dagegen entscheiden können muss, ohne dafür bestraft zu werden.

Das Nordic Cochrane Centre in Kopenhagen (2) kommt in einer neuen Übersicht zu einer äußerst kritischen Bewertung der Mammographie. So wird die Reduktion der Brustkrebssterblichkeit von den häufig genannten 30 Prozent auf 15 Prozent nach

unten korrigiert. Welche Rolle spielen solche wissenschaftlichen Untersuchungen?

Sicherlich ist es gut, dass wir mittlerweile weltweit Cochrane-Zentren haben, die Evidenz, das heißt Wirksamkeitsbelege, für medizinische Interventionen gründlich untersuchen. Und nach diesen Untersuchungen müssen 2.000 Frauen zwischen 40 und 64 Jahren zehn Jahre regelmäßig an qualitativ sehr gut gemachten Früherkennungsuntersuchungen teilnehmen, damit eine einzige von ihnen länger überlebt. Bei zehn der 2.000 Frauen wird fälschlicherweise Brustkrebs diagnostiziert. Sie werden unnötigerweise behandelt und damit auch stark psychisch und gesundheitlich belastet. Hinzu kommt, dass 200 von den 2.000 Frauen zunächst erst einmal mit einer falsch positiven Diagnose konfrontiert werden, die dann erst im weiteren Verlauf abgeklärt werden kann. Wir müssen immer zur Kenntnis nehmen, dass bei Früherkennungsuntersuchungen ganz regelmäßig zunächst einmal mehr falsch positive als richtig positive Ergebnisse anfallen. Es gibt praktisch bei jeder medizinischen Intervention nicht nur erwünschte, sondern immer auch unerwünschte Wirkungen. Dabei liegen diese Wirkungen oft auf unterschiedlichen Ebenen, so dass es nicht leicht ist, sie gegeneinander fair abzuwägen.

Die moderne Gesundheitswissenschaft plädiert in diesen Fällen dafür, sehr viel mehr Verantwortung und das heißt auch, Information und Kompetenz bei den Versicherten und Patienten zu entwickeln. Der Regierungsentwurf zum GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz spricht aber exakt die gegenteilige Sprache. Er ist ein Schlag gegen den Gedanken der Patientenbeteiligung und setzt stattdessen auf autoritäre Formen, Normen und Bestrafungen.

Im Ratgeber „Untersuchungen zur Früherkennung Krebs. Nutzen und Risiken“ der Stiftung Warentest (3) werden die meisten Untersuchungen als nicht sinnvoll bewertet. Sind diese Ergebnisse ernst zu nehmen?

Die Untersuchungen der Stiftung Warentest folgen der von mir eben genannten Entscheidungsregel: erwünschte und unerwünschte Wirkungen zu ermitteln und dann gegeneinander abzuwägen. In der Pharmakologie, in der gesamten Medizin und auch in der Gesundheitspolitik sollte die Regel gelten, dass eine Maßnahme nur dann ergriffen werden darf, wenn die erwünschten Wirkungen erheblich sind, mit hinreichender Wahrscheinlichkeit eintreffen und erheblich größer sind als die unerwünschten Wirkungen. Außerdem müssen die unerwünschten Wirkungen insgesamt tolerabel sein. Diese Entscheidungsregel lässt natürlich im Einzelfall viel Luft für Diskussionen und Kontroversen, die man sicherlich nicht - wie es im Fall des Gesetzentwurfes geschehen ist - allein von Politikern und medizinischen Kapazitäten ohne Beteiligung von Patientenvertretern führen kann.

Werden Ihrer Meinung nach die Kontroversen, die es in der Fachwelt zu den Früherkennungsuntersuchungen gibt, in der Gesundheitspolitik berücksichtigt?

Das ist von Fall zu Fall verschieden. Generell ist es ein sehr großes Problem, wissenschaftliche Ergebnisse in den politischen Entscheidungsprozess einzubringen, weil Politik nach anderen Kriterien und oft auch nach anderer Logik entscheidet als Wissenschaft. Was die Früherkennungen betrifft, so muss man glaube ich darauf hinweisen, dass von Medizinern durchgeführte Maßnahmen immer eine erheblich bessere Durchsetzungschance in der Politik haben als zum Beispiel Maßnahmen der nicht-medizinischen Primärprävention. Das liegt einfach daran, dass der medizinische Apparat eine sehr viel bessere Lobby im Politikbereich hat.

Es finden zunehmend wissenschaftliche Ergebnisse zu Kosten-Effektivitäts-Bewertungen Eingang in die Entscheidungen der Politik. Daran kann kein Zweifel bestehen. Aber man kann sehr wohl darüber streiten, ob sich diese Tendenz schnell und stark genug durchsetzt.

Und sicherlich wird es nicht funktionieren, wenn nicht immer wieder Druck ausgeübt wird. Denn wenn kein Druck ausgeübt wird, dann regeln das im Zweifel immer die für Intervention votierenden Mediziner und Politiker unter sich. Und das muss nicht immer Ergebnisse haben, die für die Versicherten und Patienten gut sind.

Die geplante Regelung würde bedeuten, dass Versicherte nicht mehr selbstbestimmt über Früherkennungsuntersuchungen entscheiden dürfen. Im Gegenteil, mit der geplanten finanziellen Belastung würde das Verschuldungsprinzip Realität. Wie ist das zu beurteilen?

Nach wissenschaftlichen Maßstäben ist die Evidenz für Früherkennungsuntersuchungen auf Zervixkarzinom, Brustkrebs, Darmkrebs sowie auch für Bluthochdruck, Zucker und Herz-Kreislauf-Erkrankungen gegeben. Für alle anderen Früherkennungs-Screenings gibt es keine hinreichende Evidenz nach den internen Maßstäben der Wissenschaft. Eine zweite Frage ist das Verschuldensprinzip. Wir haben seit 1883 in Deutschland eine verschuldensunabhängige Krankenversicherung und das hat auch gute historische und sozial friedensstiftende Gründe. Denn wenn man zum Beispiel die Finanzierung der Krankenversorgung von Verschulden abhängig machen wollte, müsste man zweifellos auch Arbeitgeber heranziehen, die durch schlechte Organisation und Stress überdurchschnittlich hohe Krankenstände produzieren. Das Prinzip der Verschuldens-

unabhängigkeit ist im gegenwärtigen Gesetzentwurf stark beschädigt. Da wird zwar noch ganz harmlos davon ausgegangen, dass die gesundheitlichen Folgen von medizinisch nicht indizierten Eingriffen wie Piercings oder Tattoos nicht mehr voll von der GKV bezahlt werden sollen. Aber dies ist wie oft in der Gesundheitspolitik nur ‚der Fuß in der Tür‘. Wenn die Tür dann weiter aufgeht, stehen dort nicht mehr nur Spaßthemen wie Piercing und Tattoo, sondern sicherlich auch Rauchen, Bewegungsmangel und ungeschützter Geschlechtsverkehr als – Zitat: „medizinisch nicht indiziertes Verhalten“ – als verschuldensauslösend auf der Tagesordnung. Das aber wäre Versicherung nach dem individuellen Risiko und nicht mehr wie heute Versicherung nach der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit des/der Einzelnen. Das wäre das Ende der GKV.

Das Interview führte Jana Böhme

(1) Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG) vom 25.10.2006, Gesetz und Dokumente zur Anhörung unter www.die-gesundheitsreform.de

(2) Die Cochrane Collaboration ist ein weltweites Netz von Wissenschaftlern und Ärzten, dessen Ziel es ist, systematische Übersichtsarbeiten zur Bewertung von medizinischen Therapien und Untersuchun-

gen zu erstellen, aktuell zu halten und zu verbreiten. www.cochrane.org/ und www.cochrane.de/de/index.htm

(3) Untersuchungen zur Früherkennung Krebs. Nutzen und Risiken, Stiftung Warentest, 2005.

Das Interview erschien im Genethischen Informationsdienst 180, Feb./März 2007, <http://www.genethisches-netzwerk.de/>.

Wir danken Jana Böhme, Prof. Rosenbrock und dem GID für die Genehmigung zum Abdruck.

Prof. Dr. rer. pol. Rolf Rosenbrock, Jg. 1945, Wirtschafts-, Sozial- und Gesundheitswissenschaftler, ist Leiter der Forschungsgruppe Public Health im Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB) und lehrt Gesundheitspolitik u. a. an der Technischen Universität Berlin. Seine wichtigsten Themen sind die sozial bedingten Ungleichheiten von Gesundheitschancen, Präventionspolitik, betriebliche Gesundheitsförderung, sowie Steuerung und Finanzierung der Krankenversorgung. Er betreibt seit den 70er Jahren Gesundheitsforschung und Politikberatung und ist u.a. Mitglied im Sachverständigenrat für die Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR-G), Vorsitzender des wissenschaftlichen Beirats der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Mitglied des Nationalen Aids-Beirates (NAB) sowie des Vorstandes der Deutschen Gesellschaft für Public Health (DGPH) etc.

Lexikon

Als **Primärprävention** gilt das Vorbeugen von Krankheiten. Das heißt, dass die Eintrittswahrscheinlichkeit von Krankheiten verringert werden sollen. Hierzu zählen viele vom Individuum nicht beeinflussbare Faktoren (Bildung, Einkommen, Stellung im Beruf, physische, psychische und soziale Belastungen), aber beispielsweise auch eine ausgewogene Ernährung, Bewegung, die Folsäure-Gabe in der Schwangerschaft, die Jodierung von Speisesalz. Eingeschlossen in die Primärprävention ist auch die Verminderung von Risi-

kofaktoren wie Rauchen und Alkoholkonsum. Zudem werden Impfungen darunter gefasst, da durch Impfungen Infektionskrankheiten wie Tetanus, Diphtherie und Kinderlähmung verhindert werden können.

Davon abzugrenzen ist die **Sekundärprävention**. So soll eine Krankheit durch Früherkennungsmaßnahmen in einem möglichst frühen Zeitpunkt der Entstehung behandelt werden können. Bei der Früherkennung handelt es sich um eine vorverlegte Erst-Diagnose. Hierunter fallen alle Maßnahmen der

Krebsfrüherkennung wie zum Beispiel die Mammographie oder die Koloskopie.

Der Begriff **Evidenz-basierte Medizin** steht für eine „beweisgestützte Heilkunde“. Das heißt, es soll der wissenschaftliche Beweis geführt werden, dass eine medizinische Maßnahme sinnvoll ist. Ein zentraler Punkt der Evidenz-basierten Medizin ist, dass der Patient durch Aufklärung in medizinische Entscheidungen mit einbezogen werden soll. (Jana Böhme)

Quelle: <http://de.wikipedia.org/>

Zum Urteil des OVG Berlin

von Ingeborg Simon

Eine erste Stellungnahme des VDPP zu den berufspolitischen Konsequenzen aus dem Urteil des OVG Berlin vom 14. Dezember 2006, die Frage der Mitgliedschaft der Apothekerkammer Berlin in der ABDA betreffend

Am 6. Mai 2004 verurteilte das Verwaltungsgericht Berlin die Apothekerkammer Berlin dazu, aus der Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA) auszutreten. Entscheidend für die Richter war, dass sie die binnendemokratisch geforderte Beteiligungs- und Mitwirkungschance der einzelnen Pflichtmitglieder der Apothekerkammer durch die mit der ABDA eingegangene Kooperation nicht gewährleistet sahen. Das begründeten sie mit der in der ABDA stattfindenden satzungsmäßig gesicherten Bevorzugung der Teilgruppe der selbstständig tätigen Apotheker und der sich daraus ergebenden Verletzung der Verpflichtung der Apothekerkammer Berlin als Zwangskorporation zur Einhaltung des Gleichbehandlungsgrundsatzes.

Das Oberverwaltungsgericht Berlin (OVG Berlin) folgte dieser Argumentation nicht und änderte das Urteil ab mit dem Ergebnis, dass die Apothekerkammer Berlin ihre Mitgliedschaft in der ABDA aufrechterhalten kann.

Da dem VDPP die schriftliche Urteilsbegründung noch nicht zur Verfügung steht, können wir uns dazu erst zu einem späteren Zeitpunkt äußern. Der VDPP hält es aber für dringend geboten, Stellung zu einem Rechtsgutachten zu beziehen, von dessen Existenz der VDPP erst jetzt im Kontext des Prozesses in Berlin erfuhr. Das Gutachten wurde von der ABDA in Auftrag gegeben im Zusammenhang mit unterschiedlichen Prozessen und Urteilen, die die ABDA und Kammermitgliedschaften thematisierten. Mit Datum vom August 2004 wurde das Rechtsgutachten zu Fragen der verfassungs- und kammerrechtlichen Zuständigkeit der Mitgliedschaft von Landesapothekerkammern in der ABDA veröffentlicht. Sein Autor ist Prof. Dr. W. Kluth (Professor für öffentli-

ches Recht an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg).

In dem berufspolitisch bedeutsamen Gutachten wird bestritten, dass das von den Zwangskörperschaften zu beachtende Demokratieprinzip gemäß Art. 2 (1) GG bei Kooperationen der Kammern mit anderen Organisationen zu beachten sei und dass im Bereich der Berufsvertretung der Apotheker von einem geteilten Berufsbild zwischen angestellten/beamteten und selbstständig tätigen Apothekern ausgegangen werden müsse.

Aufgrund dieser These kommt das Gutachten zu dem Ergebnis, dass weder aus dem Kammer- noch aus dem Verfassungsrecht eine Pflicht abgeleitet werden könne, in den Kammern selbst oder bei Kooperationen mit anderen Organisationen ein bestimmtes Maß an Einfluss zugunsten der angestellten Apotheker sicherzustellen. Das Gutachten verneint ausdrücklich die Existenz eines differenzierten Berufsstandes der Apotheker. Es gäbe nur **den** Apotheker und keine Teilung in angestellte/beamtete und selbstständig tätige Apotheker. Diese Einschätzung führt den Gutachter zwingend zu der Feststellung, dass Quotenregelungen in Kammersatzungen, die eine solche Unterscheidung machen, verfassungswidrig seien. Das betrifft die Kammern in Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen und Hamburg.

Außerdem wird die strikte Bindung der Apothekerkammern an das Demokratieprinzip bei der Interessenvertretung in der ABDA verneint, da mit Verweis auf die Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts nicht von einer strikten Geltung des Demokratieprinzips ausgegangen werden könne. Im Übrigen wäre die in der ABDA-Satzung gesicherte Majorität der Kammerstimmen ausreichend, um den Anforderungen des Demokratieprinzips zu genügen. Da trifft sich die Position des Gutachters mit der Argumentation der von der Apothekerkammer Berlin beauftragten Anwaltskanzlei, die ein Recht der angestellten Apotheker auf eine gleichmäßige

Repräsentanz in den Organen der ABDA ausdrücklich verneint.

Der Verein Demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten (VDPP) hat es sich bei seiner Gründung 1989 u. a. zur Aufgabe gemacht, auf der Ebene der Berufspolitik die undemokratischen Strukturen, die sich z. B. in der Ausgrenzung von Angestellten bei berufsrelevanten Entscheidungen, in Zwangsmitgliedschaft und unternehmerfreundlichen Interessenvertretungen von Kammern in der ABDA manifestieren, zu bekämpfen.

Wir sehen in dem von der ABDA veranlassten Rechtsgutachten, das nicht zuletzt mit unseren Kammerbeiträgen finanziert wurde, eine Kampfansage an alle demokratischen Bemühungen innerhalb des pharmazeutischen Berufsstandes. Bestehende Ungleichheiten werden ausdrücklich nachträglich sanktioniert und bestätigt hinsichtlich ihrer Rechtmäßigkeit und das in dem Wissen, dass der Teil der selbstständig tätigen Apotheker nur noch 37 % des Berufsstandes ausmacht.

Die Vielfalt der pharmazeutischen Tätigkeiten und die dort arbeitenden Kolleginnen und Kollegen – in den Krankenhäusern, in den Universitäten, in den öffentlichen Verwaltungen, in den Krankenhäusern, in den fachlichen Medien und anderswo – mit ihren unterschiedlichen Interessenlagen und Rahmenbedingungen finden sich bis heute und sicherlich auch in absehbarer Zukunft nicht in der ABDA-Politik beachtet und widergespiegelt. Dafür sorgt auch das von der ABDA veranlasste Rechtsgutachten, dass diese undemokratische Berufspolitik bestätigt. Im Zentrum allen Strebens der ABDA steht die öffentliche Apotheke und dort die Unternehmer, die Eigner, die Inhaber! Der breitgefächerten Pluralität unseres akademischen Berufsstandes wird keine Beachtung geschenkt. Die eigentlichen Mehrheiten dieses Berufsstandes müssen gemeinsam gegen diese undemokratischen Zustände aufstehen.

Das vorliegende Rechtsgutachten als Auftragswerk der ABDA ist Anlass und Aufforderung genug.

Zugang zu Aidsmedikamenten nicht behindern:

Appell von Nichtregierungsorganisationen an Pharmafirma Abbott

Trotz zahlreicher internationaler Proteste rückt die Pharmafirma Abbott nicht von ihrer Entscheidung ab, die Zulassung von sieben neuen Medikamenten, davon eines zur HIV/Aids-Behandlung, für Thailand zurückzuziehen. Damit stellt Abbott den Zugang von vielen Tausend Aidspatienten/-innen zur verbesserten adäquaten Behandlung in Frage. Daher fordern Nichtregierungsorganisationen weltweit und zehn Organisationen bundesweit Ärztinnen und Ärzte auf, zu prüfen, ob sie Vertreterinnen und Vertreter der Firma Abbott weiterhin empfangen und anstelle von Abbott-Markenpräparaten generische Alternativen verordnen möchten. Über die Vorgehensweise der Praxen wird die Firma Abbott durch entsprechende Erklärungen unterrichtet.

Die Auftaktaktion zum bundesweiten Appell an Abbott findet am 26. April 2007, dem internationalen Tag des geistigen Eigentums (World Intellectual Property Day) um 13:00 Uhr auf dem Platz vor der Beethovenhalle Bonn, Wachsbleiche 16 statt. Ziel: Die Firma Abbott, die am 27. April in Chicago ihre Jahreshauptversammlung abhält, zum Einlenken bezüglich Thailand zu bewegen.

In Thailand werden derzeit weniger als ein Viertel der 580.000 Menschen, die mit HIV infiziert sind, mit antiretroviralen Medikamenten behandelt. Immer mehr Menschen benötigen die kostspieligen Präparate der zweiten Generation – aber weder die Aidskranken selbst noch die Regierung können sie finanzieren. Deshalb erwirkte Thailand



Zwangslizenzen gegen drei Hersteller von Medikamenten, um die Kosten durch günstigere Generika drastisch senken zu können. Zwangslizenzen sind als Schutzrechte ausdrücklich nach Welthandelsrecht erlaubt, sie ermöglichen die preisgünstigere Herstellung oder den Import von patentgeschützten Medikamenten.

Als Reaktion auf die Zwangslizenzen zog die Firma Abbott im März die bereits beantragte Zulassung von sieben neuen Präparaten in Thailand zurück. Dies betrifft u. a. die neue hitzestabile Tablettenversion von Kaletra® Aluvia®. Sie ist einfacher als das bisher verwendete Kaletra® einzunehmen und kann auch dort eingesetzt werden, wo es keine Kühlmöglichkeiten gibt. Diese neue

Tablette sollte ursprünglich im Sommer in Thailand verfügbar werden. Albert Petersen, Leiter der Difäm-Arzneimittelhilfe: „Dies ist ein deutliches Signal der Abstrafung durch Abbott – und warnt andere Länder, keinesfalls dem Beispiel von Thailand zu folgen. Aber da die thailändische Regierung mit der Zwangslizenz legal handelte, ist der von der Firma ausgeübte Druck auf die dortige Regierung nicht hinnehmbar.“



Difäm

Gesundheit in der Einen Welt

Sofort nach Bekanntgabe der Rücknahme neuer Zulassungsanträge durch Abbott begann ein weltweiter Protest von Aidsverbänden, ärztlichen Organisationen und Nicht-Regierungsorganisationen in Thailand, den USA und anderen Ländern, die Abbott zum Einlenken aufforderten. Dies veranlasste die Firma, den Preis dieses Aidspräparates zu senken. Aber laut Aussage der Initiatoren des Appells geht diese Zusage nicht weit genug. Denn Abbott nahm den Druck auf die thailändische Regierung, die Zwangslizenz aufzuheben, nicht zurück!

Tübingen, 24. April 2007

Der Appell wird getragen von:

Aktionsbündnis gegen AIDS, action medeor, BUKO-Pharma-Kampagne, Difäm, medico international, MEZIS e. V., Misereor, Internationale Ärzte für die Verhütung des Atomkrieges – Ärzte in sozialer Verantwortung (IPPNW), Verein demokratischer Ärztinnen und Ärzte, Verein demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten.

Difäm –
Gesundheit in der Einen Welt
Deutsches Institut für
Ärztliche Mission e. V.
Paul-Lechler-Str. 24,
D-72076 Tübingen
Tel: 0049-(0)7071-206-512,
Fax: 0049-(0)7071-206-510
Internet: www.difaem.de

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

Adressen der regionalen Kontaktpersonen

Baden-Württemberg
siehe Hessen

Bayern
siehe Hessen

Berlin

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

Brandenburg
siehe Berlin

Bremen

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

Hamburg

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

Hessen

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

*Mecklenburg-
Vorpommern*
siehe Hamburg

Niedersachsen

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

Nordrhein-Westfalen

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

Rheinland-Pfalz
siehe Hessen

Saarland
siehe Hessen

Sachsen

Dr. Kristina Kasek
Goldacherstraße 7
04205 Miltitz
Telefon 0341 9405732

Sachsen-Anhalt
siehe Niedersachsen

Schleswig-Holstein
siehe Hamburg

Thüringen
siehe Hessen