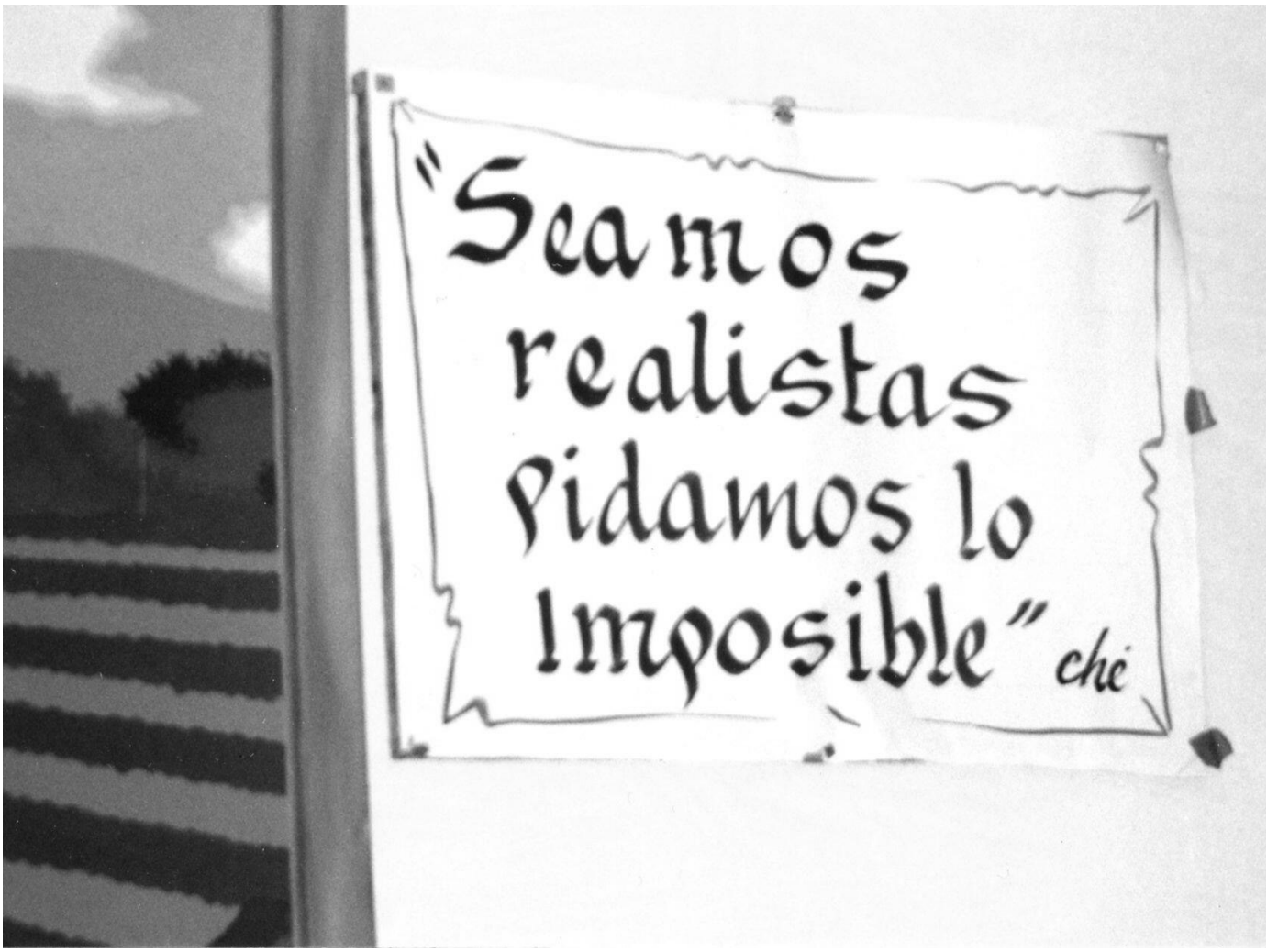
VDPP • RUNDBRIEF

58

15. Jahrgang 11 / 2003

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
58 INHALT

MV 2003 in Bremen

Eindrücke aus der Karibik

Das grüne Krokodil

EDITORIAL

Gemäß dem Motto auf dem Titelblatt („Seien wir realistisch - fordern wir das Unmögliche“) haben wir, Katja Lorenz und Christiane Hefendehl, uns auf der Mitgliederversammlung bereit erklärt, die Textredaktion des Rundbriefes zu übernehmen. Unser Ziel ist die möglichst zuverlässige und zeitnahe Information über Vereinsvorgänge und relevante Diskussionen. Den Weg dazu werden wir schrittchenweise begehen. Hoffnung haben wir natürlich, dass der Rundbrief mit neuem Schwung bald die Kommunikation des Vereins wieder belebt. Technisch bleibt der Rundbrief in den erfahrenen Hamburger Händen.

Voller Enthusiasmus

Christiane und Katja

Wie immer, ernst gemeint und hoffentlich wichtig genommen: Artikel, Stellungnahmen oder Hinweise auf relevante Veröffentlichungen für den Dokumentationsteil finden ihren Weg in die “Redaktionsstube” per Mail: redaktion@vdpp.de, per Fax.: +30 62722072 oder ganz persönlich durch die Postbotin: Redaktion VDPP, Christiane Hefendehl, Lichtenrader Straße 59, 12049 Berlin.

Redaktionsschluss für den VDPP-Rundbrief Nr. 59:
29. Februar 2004

INHALT

Grußwort des Vorstands
Thomas Schulz 3

VDPP zum GMG 4

Außen hui - innen pfui? 4

Transparenz in der Arzneimittelzulassung
Thomas Schulz 5

Umzug der Geschäftsstelle 5

parmapharm
Bernd Rehberg 6

Lohnenswerte Internetadressen 6

Tabak - Oder wer regiert eigentlich in Deutschland?
Thomas Schulz 7

Was ist mit den Seminaren? 8

TERMINE 8

Rechenschaftsbericht zur Mitgliederversammlung 2003
Thomas Schulz 9

Protokoll der MV 2003
Katja Lorenz 11

VDPP-Finanzplan 2003
Udo Ament 19

Eindrücke aus der Karibik
Bernd Rehberg 20

Das grüne Krokodil - Teil 1
Christl Trischler 24

Vorstand 26. Mai 2003
Uschi Blöcker 26

DOKUMENTATION

Forum Leipzig: Bericht vom Apothekertag
Antonie Marqwardt 27

Abschaffung der Erstattung von OTC-Arzneimitteln 29

BUKO-Pharma: Kein Zugang zu AIDS-Medikamenten 30

Neuer VDÄÄ-Vorstand 31

VDÄÄ-Brief an Schröder 32

Mißfelder-Äußerungen - sozialpolitischer Quantensprung 32

VDÄÄ zum GMG 33

vzbv: Reformchancen nutzen – Fehlanreize korrigieren 33

Rürup-Kommission hat Chance vertan 34

Gesundheitsreform ist kein großer Wurf 34

25 Jahre VDZM 35

IMPRESSUM *(bitte neue Adresse der Geschäftsstelle beachten!)*

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: Christiane Hefendehl, Katja Lorenz, Jürgen Große (verantwortlich), *Bildredaktion*: Dr. Thomas Schulz
Redaktionsanschrift: Christiane Hefendehl, Lichtenrader Straße 59, 12049 Berlin, Tel./Fax 030 62722072, E-Mail: redaktion@vdpp.de.

Für Beiträge, die mit vollem Namen gekennzeichnet sind, übernimmt die 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

Gedanken zur VDPP-Arbeit

Liebe Mitglieder,

mit dieser Ausgabe stellen sich mit Christiane Hefendehl und Katja Lorenz zwei ehemalige Vorstandsmitglieder vor, die den redaktionellen Teil des Rundbriefs von Jürgen Große übernehmen, der weiterhin die Umsetzung in ein druckfertiges Erzeugnis managen wird. Ich bin sehr gespannt auf das Produkt dieser Anstrengungen!

Was mir fehlt

Was mir in diesem Verein derzeit fehlt, ist die Bereitschaft zur Diskussion über die Probleme, die z. B. die selbständigen Mitglieder oder die angestellten Mitglieder haben. Lehrreich war für mich die Diskussion auf unserer MV in Bremen, dort berichtete Ulrike Faber über die Situation in den Krankenkassen, die sich für die dort Angestellten auch nicht gerade rosig darstellt. Von einem Verein, der das Wort "demokratisch" im Namen führt, erwarte ich eigentlich eine offene Diskussion der Mitglieder untereinander und nicht eine Diskussion übereinander.

Die Mitgliederversammlung in Bremen zeigte in der ausgearbeiteten Stellungnahme zur damals aktuellen Fassung des GMG wie klein der gemeinsame Nenner in unserem Verein geworden ist. Ich habe diese Stellungnahme wie üblich den Mitgliedern des Gesundheitsausschusses zugeschickt.

Weitere "Demokratie"-Kritik

Eine Einladung zu den Anhörungen erfolgte nicht, aber das ist ja, seit Ulla Schmidt das Ressort leitet, nichts Neues für uns. Nach dem Besuch einiger Anhörungen finde ich diese Veranstaltungen eigentlich überflüssig, da hier die einzelnen Parteien sich ihre Claqueure – pardon, Experten - einladen und noch einmal bestätigen lassen, wie gut oder wie schlecht ein bestimmter Gesetzesentwurf ist. Das lässt sich den einzelnen Stellungnahmen entnehmen und macht eine Anhörung, die bei der Regierungsmehrheit (gleich welcher Zusammensetzung) in der Regel keine Überarbeitung der Vorlage auslöst, eigentlich überflüssig. Wenn ich gerade bei der "Demokratie"-Kritik bin, auch unser parlamentarisches System ist überarbeitungsbedürftig. Eigentlich würden doch fünf bis sechs Vertreter im Parlament reichen, die dann bei Abstimmungen die Stimmen der virtuellen Abgeordneten als Block abgeben und lästige Diskussionen mit "Abweichlern" überflüssig machen. So ließe sich viel Geld für einzelne Abgeordnete mit eigenen Überzeugungen einsparen ... Jedenfalls durchzuckt mich dieser Gedanke, wenn ich die Ausführungen Münteferings, der Fraktionsvorsitzender einer Partei ist, die sich aus mir nicht mehr nachvollziehbaren Gründen sowohl "sozial" als auch "demokratisch" nennt, zu dem Abstimmungsverhalten einzelner SPD-Abgeordneter lese.

Zurück vom Großen zum VDPP: Uns fällt es offensichtlich unendlich schwer, unsere divergierenden Standpunkte miteinander zu diskutieren und zu einer konstruktiv-kritischen Haltung gegenüber einer Regierung zu kommen, von der sich ein erheblicher Teil der Mitglieder 1998 mehr versprochen hatte als dieses Gewurstel im Jahr 2003. Ich vermute, dass uns die "Oppositionsarbeit" ab 2006 leichter von der Hand gehen wird, wenn wir unsere gewohnten Feindbilder wieder haben und uns über einen CDU-Gesundheitsminister ärgern müssen.

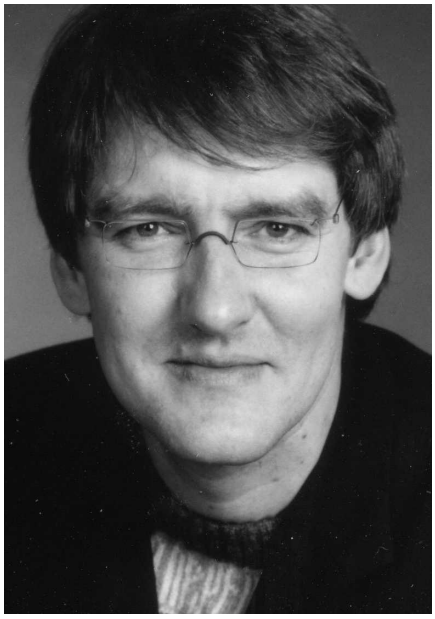
Konkretes

Noch einige Anmerkungen zur konkreten VDPP-Arbeit: Bei einem partiellen Festplattencrash ist mir im August 2003 u. a. meine gesamte E-Mail-Adresskartei verlorengegangen. Immerhin hatte ich aus einer meiner letzten Aktionen vor dem Crash den wenig überzeugenden Rücklauf von etwa 10 LeserInnen des VDPP-aktuell ermitteln können. Bei einer derartigen Resonanz ist mir meine Freizeit zu schade für eine Rekonstruktion der entsprechenden Datei, das Konzept des VDPP-aktuell ist damit von meiner Seite aus erledigt. Anderen Mitgliedern, die sich dieses Konzeptes annehmen wollen werde ich gern - in Grenzen - behilflich sein.

Die Vorstandsarbeit mit drei Vorstandsmitgliedern läuft leider auch nur auf Sparflamme, es fehlt uns im Vorstand jegliche Kapazität für die Organisation von Seminaren und Veranstaltungen. Vielleicht haben einzelne Mitglieder das Bedürfnis, dass der Verein hier wieder tätig wird. Als Vorstand sind wir offen für jede Form der Unterstützung von den Mitgliedern. Im Augenblick konzentrieren wir uns auf Stellungnahmen, wo wir von einer generellen Akzeptanz in der Mitgliedschaft ausgehen (siehe Forderung zur Transparenz in der Arzneimittelzulassung).

Ich bin jedenfalls sehr gespannt, was in diesem Land in den nächsten Monaten für Weichen gestellt werden.

Thomas Schulz
(für den Vorstand des VDPP)



GMG

Stellungnahme des Vereins Demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten (VDPP) zum Gesundheitssystem-Modernisierungsgesetz

Der Verein demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten (VDPP) hat sich auf seiner Jahrestagung am vergangenen Wochenende in Bremen mit dem Entwurf des GMG beschäftigt.

Wir stellen fest, dass es im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) keine Kostenexplosion, sondern eine Einnahmeimplosion gibt. Vor diesem Hintergrund fordern wir den Erhalt und die Stabilisierung der solidarisch finanzierten GKV durch Einbezug weiterer Einkünfte (Miete, Kapital), Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze und Einbeziehung der Beamten in die GKV.

Wir befürworten die Initiativen des GMG zur Verbesserung von Qualität und Transparenz: Die Positivliste, das Institut für Qualität in der Medizin, und die sog. 4. Hürde in der Arzneimittelzulassung.

Ebenso ist die Steigerung der Qualifikation (Ärzte, Apotheker, Krankenhaus, Krankenkassen) im Sinne einer besseren Versorgung der Patienten zu sehen. Diese Qualitätskriterien müssen Eingang finden in die vertraglichen Regelungen auf allen oben genannten Ebenen und regelmäßig überprüft werden.

Im Apothekenbereich begrüßen wir den vom VDPP schon seit vielen Jahren geforderten Fixaufschlag: Dadurch wird das Beratungshonorar in der Apotheke vom Arzneimittelpreis abgekoppelt!

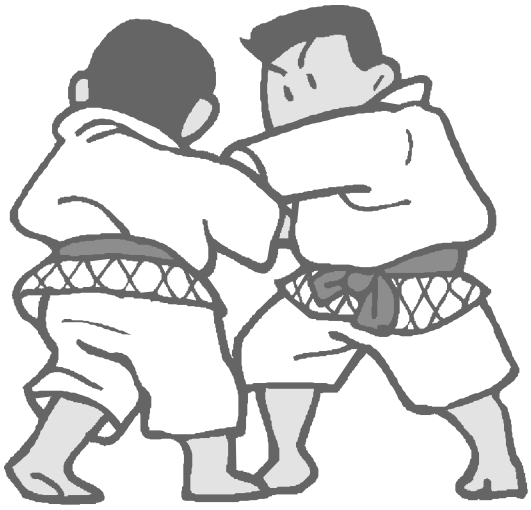
Wir lehnen allerdings die pauschale Streichung der Verordnungsfähigkeit der OTC-Präparate ab. Die Streichung steht im Widerspruch zum Geist der Positivliste, die alle Arzneimittel, die einen mehr als geringfügigen therapeutischen Nutzen vorweisen, enthält. Es ist inkonsequent, wenn Arzneimittel, die auf der Positivliste stehen, über diesen Ausschluss wieder aus der Verordnungsfähigkeit zu Lasten der GKV herausgenommen werden. Diese Streichung ist rein ökonomisch motiviert und dem Patienten nicht zu vermitteln.

Abschließend unterstützen wir die geplanten Regelungen zu Gunsten der PatientInnen, wie mehr Mitspracherechte durch die Patientencharta und den Gesundheitspass.

Dr. Thomas Schulz
(VDPP-Vorstand)
24. Juni 2003

Außen hui – innen pfui?

Diskussion der Apothekenleiter/innen zur Gesundheitsreform



Schönes Ambiente, aber Stimmung mau, so die knappe Zusammenfassung des Treffens der ApothekenleiterInnen am Rande des Apothekertages. Anlass des Treffens waren Differenzen innerhalb des Vereins zu Stellungnahmen, Positionen und Einschätzungen. Speziell die öffentlichkeitswirksamen Äußerungen von Gerd Glaeske* hatten zu Meinungsverschiedenheiten geführt.

Neun ApothekenleiterInnen und Gerd trafen sich daraufhin Sonntag morgen zum Gespräch. Dabei schilderte Gerd den Verlauf der Diskussion um die Reform des Gesundheitswesens und erläuterte seine Standpunkte und Strategien. Die ApothekenleiterInnen sahen einige Punkte anders und die Nöte der Betriebe wurden konkret aufgeführt.

Hierbei zeigte sich wohl der wesentlich Dissens, da Gerd offensiv vertritt, dass nicht jede Apotheke automatische ein Überlebensrecht habe. Qualität und Effizienz sollten entscheiden und Apothekenketten und Versand seien nicht grundsätzlich schlecht und gefährlich.

Als Fazit schreibt Dorothea: Die Interessenslage, hier effiziente Pharmazie, die auch noch preiswert ist, auch mit der Option, die Struktur der deutschen Apotheke gewaltig zu verändern, da die Angst der LeiterInnen um den eigenen Betrieb, die Existenz, da gibt es keine Einigung.

Ausführlichere Informationen können nur bei den Teilnehmenden direkt erfragt werden.

Red.

* Gerd Glaeske ist am 28. August 2003 in den neuen Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen berufen worden.

Der VDPP fordert mehr Transparenz in der Arzneimittelzulassung

Der Verein demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten (VDPP) fordert die Bundesregierung und die Fraktionen des Deutschen Bundestages auf, Maßnahmen zur Erhöhung der Transparenz in der Arzneimittelzulassung zu ergreifen.

Kürzlich wies eine Veröffentlichung der schwedischen Arzneimittelbehörde in Uppsala auf erhebliche Missstände im Publikationsverhalten von verschiedenen Pharmafirmen und die Auswirkung auf die sog. "Evidence Based Medicine" hin. (Melander et al., Brit. Med. J. 2003, 326, 1171)

In Schweden müssen pharmazeutische Firmen für die Zulassung einer Substanz die Protokolle aller von ihnen jemals durchgeführten Studien vorlegen. Als Besonderheit gegenüber anderen europäischen Ländern sind diese Unterlagen aber nicht streng geheim, sondern können von der Behörde wissenschaftlich ausgewertet werden. So wurde in Schweden das Publikationsverhalten der Hersteller von Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmern (SSRI) in den letzten Jahren untersucht und die Analyse veröffentlicht. Es wurden die bei der Behörde eingereichten Studienunterlagen aus insgesamt 42 Phase-II- und III-Studien mit den in der Fachliteratur publizierten Daten verglichen. Es fanden sich insgesamt 38 Publikationen in den einschlägigen Datenbanken (z. B. Medline u. a.). Dabei handelte es sich nur in 25 Fällen um eine Primärstudie. Die übrigen Veröffentlichungen waren Sekundäranalysen von Daten aus den Primärstudien. Eine Mehrfachpublikation der Daten aus den Primärstudien wurde bei vier von fünf SSRI festgestellt. Am häufigsten fielen kleinere Metaanalysen auf, die für den Leser nur schwer oder gar nicht als solche zu erkennen sind. In einem Fall resultierten derart aus acht Primärstudien drei weitere gepoolte Analysen.

In die sekundären Analysen flossen - nicht überraschend - ganz überwiegend die Daten aus den positiv gelaufenen Primärstudien ein. Dadurch wird die neue Analyse noch eindeutiger positiv und mehrt – als zusätzliche positive Publikation – die scheinbare Evidenz für den Nutzen des Medikaments. Gerade die Hälfte der 42 bei der Behörde eingereichten Primärstudien war positiv für die getestete Substanz, während die verbleibenden 21 Studien keinen Vorteil gegenüber Placebo feststellten. Von 21 positiven Primärstudien wurden 19 im Original publiziert während nur 6 der 21 negativen Studien eine Spur in der Fachliteratur hinterließen. Über die Publikation einer Primärstudie entscheidet in den meisten Fällen der Hersteller, der als Studiensponsor auch die Rechte an den erhobenen Daten hat.

Die Autoren aus der schwedischen Arzneimittelbehörde vermuten – wohl zu Recht - dass die Manipulationen keine Besonderheit der Hersteller von Antidepressiva sind.

Schlussfolgerungen und Forderungen: Dank der schwedischen Arzneimittelbehörde mit ihren strikten Auflagen zur Transparenz wurde offenbar, wie sehr Ärzte auch von seriös erscheinenden Studien in Fachzeitschriften getäuscht werden können. Das System der Evidence Based Medicine wird durch solche systematischen Manipulationen bei der Publikation unterminiert.

Der VDPP fordert die Bundesregierung und die Fraktionen des Deutschen Bundestages auf, aus Gründen des Verbraucherschutzes unbedingt Transparenz bei der Zulassung von Arzneimitteln zu schaffen. Studiendaten dürfen nicht länger ein Firmeneigentum sein, das nach Gutdünken und Profitaspekten zusammengestellt und publiziert werden kann. Hier steht die EMEA in der Pflicht, die schwedische Transparenz zu übernehmen. Die Bundesregierung und die Fraktionen des Deutschen Bundestages werden hiermit vom VDPP aufgefordert, auf die EMEA entsprechend einzuwirken!

Literatur: Der Arzneimittelbrief, 2003, 37, S. 55
Melander et al., Brit. Med. J. 2003, 326, 1171

Dr. Thomas Schulz (VDPP-Vorstand)

Die VDPP-Geschäftsstelle ist umgezogen

Mit dem Team der Fleming-Apotheke ist am 1. September 2003 auch die VDPP-Geschäftsstelle umgezogen. Die bisherigen Betreiberinnen der Fleming-Apotheke haben von Bernd Rehberg die Neptun-Apotheke übernommen, in der sich jetzt auch unsere Geschäftsstelle befindet. Die Organisation bleibt in den bewährten Händen von Gudrun Meiburg.

Die neue Adresse lautet:

Verein Demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten e. V. (VDPP)
c/o Neptun-Apotheke
Bramfelder Chaussee 291
22179 Hamburg

Auch Telefon- und Faxnummer haben sich geändert, beachtet bitte, dass die Faxnummer nicht mehr mit der Telefonnummer identisch ist:
Telefon 040 63917720
Fax 040 63917724

Die E-Mail-Adresse hingegen ist geblieben:
geschaeftsstelle@vdpp.de

parmapharm - was diese Apothekeninhaber erreichen wollen

von Bernd Rehberg

Vielleicht ist euch in der Standespresse oder in Diskussionen der Begriff "parmapharm" über den Weg gelaufen. Ich, die neuen Inhaber der "Neptun Apotheke" und Wolfgang Richter mit seiner "Apotheke am Gesundheitszentrum" sind Mitglieder in parmapharm. Es ist ein Zusammenschluss von Apothekeninhabern.

Ich bin 1997 dort eingetreten, als die Diskussionen über Versandhandel und die Aufhebung des Fremd- und Mehrbesitzverbotes immer konkreter wurden. QMS erschien am Horizont genauso wie die Möglichkeit der Krankenkassen, Einzelverträge mit den Leistungsanbietern abschließen zu dürfen. Mir war klar, wenn diese Möglichkeit den Krankenkassen eröffnet wird, hat die Individualapotheke als kleiner "Krauter" keine Chance mehr, sich gegen die Macht der Krankenkassen durchzusetzen.

Die Krankenkassen müssen sparen, das verlangt die Politik, um die Beitragsätze deutlich zu senken, mindestens aber zu stabilisieren! Um dieser Gefahr der Vereinzelung entgegenzutreten, bedarf es starker Partner, oder man muss die Abhängigkeit von Gehe, Sanacorp, Douglas oder Fielmann hinnehmen.

Die Ziele

Ich wollte versuchen so weit es irgend geht, Herr in meiner Apotheke zu bleiben. So bin ich zu parmapharm gestoßen. Parmapharm ist ein Zusammenschluss aktiver Kollegen, um sich gemeinsam am Markt zu behaupten. Es werden mit Industriepartnern Lieferkonditionen verhandelt, die alle Mitglieder wahrnehmen können, aber nicht müssen! Es gibt eine gemeinsame Rechnungsstellung. Es gibt einen Aktionsplan für das ganze Jahr, zu dem monatlich Werbematerialien (Schaufensterdekoration, HV-Aufsteller, Handzettel, Flyer zum Verteilen im Stadtteil, Sicht- und Freiwahl Eyecatcher, Footpads) zugeschickt werden. Es werden gemeinsame Fortbildungsveranstaltungen für Chefs, Approbierte, PTA und PKA angeboten, die Bildung von ERFA-Gruppen (ERFahrungs-Austauschgruppen) initiiert und Regionalgruppen gebildet. So ist die Hamburger Regionalgruppe sehr aktiv, trifft sich einmal im Monat, hat im Hamburger Abendblatt schon drei Anzeigen geschaltet zum BSSichG, Versandhandel und Gesundheitswoche! Kontakte zu Hamburger Betriebskrankenkassen sind geknüpft worden, um Liefervereinbarungen abzuschließen. Ein gemeinsamer "24-Rund-um-Telefondienst" zu Arzneimitteln ist für Hamburg etabliert worden. Ich denke Doc Morris wird in Hamburg keine Chance haben, das können wir, die parmapharm, besser, ortnäher, kostengünstiger. Als Mitglied in der parmapharm müssen die Apotheke bestimmte Leistungen erbringen: QMS (parmapharm ist zertifiziert), Cholesterinmessung mit 5 Werten, Ernährungsberatung, Blutdruck und Blutzucker messen, Verleih von Milchpumpen und Pariboys.

Es hat keinen Zweck, zu jammern und den Kopf in den Sand zu stecken. Wir müssen nach vorne blicken und unsere Chancen bei geänderten Marktbedingungen ergreifen – so werden wir als Apotheke überleben und eine hervorragende Versorgung unserer Kunden und Patienten gemeinsam erreichen. Das ist das Ziel der parmapharm.

Was, wie, wo - lohnenswerte Internetadressen

Eine Patientenverfügungen auszustellen, ist in vielen Fällen sinnvoll. Texte hierzu bieten verschiedene Organisationen an. Hier eine kurze Auswahl.

Die einfachste Adresse wird vom Humanistischen Verband Deutschland angeboten mit:
www.patientenverfuegung.de

Den Text der christlichen Patientenverfügung kann man sich hier aufrufen:
www.ekd.de/patientenverfuegung

Das Zentrum für medizinische Ethik empfiehlt Literatur zum Thema (Hans-Martin Sass, Rita Kielstein: Patientenverfügung und Betreuungsvollmacht. Münster: LIT-Verlag, 2001. 152 S.) und stellt ein Formular (pdf) zur Verfügung:
http://www.ruhr-uni-bochum.de/zme/PVonline.pdf

Red.

Tabak – Oder wer regiert eigentlich in Deutschland ?

von Thomas Schulz*

Warum rege ich mich über den Tabakkonsum auf? Das liegt an meinem beruflichen Hintergrund, als Toxikologe beschäftige ich mich mit sehr unterschiedlichen Giften und ihren Auswirkungen für den Organismus. Da verliert man dann jeden Humor, wenn es um Zigarettenrauch geht ...

Beispiel Krebs und seine Ursachen: Seit mehr als 20 Jahren sind die epidemiologischen Ursachen bekannt, die zeigen, dass der Tabakkonsum etwa für ein Drittel **aller** Krebserkrankungen der Menschen verantwortlich ist. Die Erwähnung dieser Tatsachen hat in der Regel ein mildes Desinteresse zur Folge. Es sollte erwähnt werden, dass Rauchen nicht nur für den Lungenkrebs ein relevanter Risikofaktor ist, sondern auch für den Blasenkrebs. Neben malignen Erkrankungen führt das Zigarettenrauchen auch zu einer Vielzahl von Todesfällen durch kardiovaskuläre Erkrankungen, so dass die wenigsten Zigarettenraucher jemals ihren Lungenkrebs erleben. So weit, so schlecht.

Es wäre nun vorstellbar, dass eine verantwortungsbewusste Regierung diese äußerst schlechte Angewohnheit, der sich ein erheblicher Teil der Bevölkerung hingibt, dezidiert und intelligent bekämpft. Nun leitet sich aber ein relevanter Teil der Einnahmen von Minister Eichel aus dieser Angewohnheit ab, so dass die Erhöhung der Tabaksteuer vermutlich nur in kleinen Schritten erfolgen wird, um die RaucherInnen bloß nicht von ihrer Angewohnheit abzubringen!

Diesem Zynismus kann ich, der ich selbst Zyniker bin, noch gut folgen. Immerhin wird ein Teil der Tabaksteuer direkt in die Finanzierung des Gesundheitssystems eingespeist. *Meiner Meinung nach gehören die gesamten Erträge der Tabaksteuer in die Finanzierung des Gesundheitssystems!*

Selbst als Zyniker werde ich allerdings missmutig, wenn ich eine der letzten Entscheidungen unserer rot-grünen Bundesregierung betrachte: Die Bundesregierung hat kürzlich Klage gegen die Tabakwerbungsverbotrichtlinie der EU eingereicht! Als **einzige** Regierung in der gesamten EU engagiert sich ausgerechnet die rot-grüne Bundesregierung dafür, dieses sinnvolle Verbot der verbleibenden Zigarettenwerbung zu verhindern! Da frage ich mich doch, welche Motivationshilfen sind auf den Konten der Regierungsparteien eingegangen? Schließlich gilt seit dem vergangenen Jahr für mich nicht mehr die generelle Unschuldsvermutung für die Grünen. Seit Hunzinger wissen wir, dass auch Grüne korrumpierbar sind. Bei den anderen Parteien ist das ja nun seit vielen Jahren bekannt. (Und die PDS spielt nicht die Rolle, die zum Empfang von großen Summen berechtigt.)

In der Presse, die sonst gern solche Merkwürdigkeiten aufarbeitet, ist eine große Zurückhaltung bei diesem Thema zu beobachten. Dies ist verständlich, schließlich ist die wirtschaftliche Lage aller großen Zeitungen schlecht und wer möchte auf die erheblichen Gelder durch Anzeigen der Zigarettenindustrie schon gern verzichten ...

Bleibt die Frage: Wer regiert dieses Land eigentlich?

**Erklärung zu möglichen Interessenkonflikten: Ich besitze keine Aktien von Tabak-Firmen und ich erhalte keine Gelder oder Forschungsmittel durch die Zigarettenindustrie oder ihr nahestehende Stiftungen.*

Hier könnte euer Beitrag stehen

Was ist mit den (Herbst-, Frühjahrs-, Frauen-) Seminaren des VDPP?

Als die MV an diesem TOP angelangt war, entlud sich der Enthusiasmus der Diskussion in der Planung von Aktivitäten.

So ein Seminar vereint viel vorteilhaftes: Außenwirkung des Vereins, Aktivierung der Mitglieder, Themen können endlich mal gründlich bearbeitet werden.

Und dann das: Das für den 18. - 19. Oktober in Bonn geplante Herbstseminar fiel aus. Es sollte um Auswirkungen des GMG gehen. Stichwort: Entwicklung kassenfremder Leistungen bei Frauen, Rationierungen in der Altenversorgung.

Da hatten wir uns wohl überhoben. Außer den Räumlichkeiten, war sechs Wochen vor dem Termin noch alles unklar. Da fällt uns empfindlich auf die Füße, dass der Vorstand im Grunde nur aus zwei Leuten besteht. (Von denen einer noch eben schnell und nebenbei die Übergabe der Apotheke und den eigenen Übergang ins Rentendasein managen musste!)
Für das Frühjahrsseminar bleibt noch etwas Zeit. Die bisherigen Eckdaten:

Termin ist der 28. Februar 2004, Ort Berlin.

Wir wollen uns mit regionalen Versorgungssystemen beschäftigen. Ab Januar spätestens geht es los mit Hausapotheken und integrierter Versorgung... Dazu gibt es Modellversuche. Wie liefen die?

Wie sieht es aus mit der Anwendung und Entwicklung von Leitlinien zur Behandlung. Wie gut oder schlecht arbeiten die Kooperationspartner zusammen... Wir wollen den Kontakt zum ehem. Praxisnetz Berlin wieder aktivieren. Verantwortlich ist die Regionalgruppe Berlin. Aufmerksame Leser werden festgestellt haben, dass sich diese auch nicht mehr monatlich, sondern nur noch alle zwei Monate trifft. Außerdem machen wir - wie man gerade lesen kann - den Rundbrief ... Soll heißen, wir sind für jede Unterstützung dankbar.

Wer das Frauenseminar vermisst: Auf der Mitgliederversammlung wurde übereinstimmend festgestellt, dass die Zeit für reine Frauenseminare wohl vorbei ist.

Bleibt zu hoffen (und etwas dagegen zu tun!), dass diese Entwicklung nicht auch die anderen Seminare des VDPP nehmen werden.

Wäre schade, wenn wir uns selbst einer der letzten Vereinsattraktivitäten berauben würden.

Red.

TERMINE

Regionalgruppe Berlin

Die Regionalgruppe trifft sich *(Achtung, neu!)* zweimonatlich an jedem 3. Donnerstag des Monats in ungeraden Monaten um 20 Uhr im Café Savarin, Kulmer Straße 17, 10783 Berlin. *Nächster Termin: 15. Januar 2004.*

Regionalgruppe Hamburg

Die Regionalgruppe trifft sich alle zwei Wochen mittwochs um 20 Uhr (wenn gleichzeitig Vorstandstreffen ist: 19.00 Uhr) bei Bernd Rehberg *(Achtung, Bernd ist umgezogen!),* Isestraße 39, 20144 Hamburg. *Nächste Termine: 3. und 17. Dezember 2003, 14. und 28. Januar 2004.*

Regionalgruppe Hessen

Die Treffen finden unregelmäßig meist in der Arche Nova, Kasseler Straße 1a, 60486 Frankfurt/M., gegenüber vom Westbahnhof, statt. Die Termine sind jeweils bei Christl Trischler zu erfragen, Tel. 06150 85234 (p), 81919 (d), E-Mail heegbach-apotheke@t-online.de.

Das nächste Treffen findet am 14. Januar 2004 um 19.30 Uhr in der Arche Nova statt.

Frühjahrsseminar

Thema: Erfahrungen mit regionalen Versorgungssystemen. Termin: 28. Februar 2004 in Berlin. Weiteres siehe gesonderte Einladung.

VDPP-ERFA-Gruppe

Die ERFA-Gruppe wird vom 11. - 18. September 2004 ein Seminar in Vers Pont du Gard (bei Avignon, Frankreich) durchführen. Die Seminargebühr einschließlich Halbpension wird ca. 500 Euro betragen. Kontakt: Wolfgang Richter, Stockhausenweg 13, 64297 Darmstadt, Tel. 06151 596329.

VDPP-Mitgliederversammlung 2004

Der VDPP wird im nächsten Jahr 15 Jahre alt. Die Mitgliederversammlung wird deshalb traditionsgemäß wieder in Hamburg oder Umgebung stattfinden. *Termin: 18. - 20. Juni 2004.*

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

Rechenschaftsbericht zur Mitgliederversammlung 2003

Der Berichtszeitraum umfasst ein Jahr (Juni 2002 bis Juni 2003). Der Vorstand traf sich sechsmal in Hamburg. Die Protokolle können im aktuellen Rundbrief (Nr. 57) nachgelesen werden.
Der Rundbrief erschien zweimal.

Die E-Mail-Information "VDPP-aktuell" erschien seit der letzten MV insgesamt sechsmal. Es wurde über dieses Medium versucht, direkte Informationen von den einzelnen Mitgliedern zu erhalten, allerdings war die Bereitschaft zur Mitarbeit sehr gering.

Das Herbstseminar wurde diesmal aus organisatorischen Gründen ein Frühjahrsseminar. Es wurde im Februar in Hamburg durchgeführt. Das Thema Globalisierung im Gesundheitswesen hatte die letzten MV in Hannover beschlossen. Die Veranstaltung war leider nur zufriedenstellend besucht. Die teilweise sehr guten Referate hätten eine rege Beteiligung verdient. Finanziell ist die Veranstaltung im Rahmen der bewilligten Mittel geblieben.

Ein Frauenseminar wurde auch im Jahr 2003 mangels Interesse nicht durchgeführt.
Es wurden Stellungnahmen zum Beitragssicherstellungsgesetz und zur Positivliste abgegeben. Die ausführliche Stellungnahme zum BSSichG wurde in der DAZ vollständig und in der PZ stark gekürzt veröffentlicht.

Die Mitgliederzahl hat leicht abgenommen: Es traten vier Mitglieder aus. Zunehmend wird die Entwicklung in der Gesundheitspolitik als Grund für den Austritt herangezogen. Leider machten die Mitglieder von ihren Mitsprachemöglichkeiten, die gerade wir als demokratischer Verein besonders pflegen, keinen Gebrauch!

Im Gegensatz zum vorletzten Jahr war die Vorstandsarbeit noch eingeschränkter, da Jürgen Große, der bislang einen Teil der inhaltlichen Arbeit leistete, aus privaten Gründen – wie im RB zu lesen war - längere Zeit ausfiel. Jürgen wird nicht mehr kandidieren und will sich – hoffentlich mit etwas Unterstützung von anderen Vereinsmitgliedern - um die Gestaltung des Rundbriefes kümmern. Auch die anderen Vorstandsmitglieder hatten nur sehr begrenzte Zeitressourcen, so dass der VDPP in dieser äußerst kritischen Zeit praktisch nicht mehr außenwirksam war und ist.

Im Einzelnen fanden Vorstandssitzungen statt am:

3. 7. 2002	Hamburg
4. 9. 2002	Hamburg
16. 10. 2002	Hamburg
11. 12. 2002	Hamburg
25./26. 1. 2003	Hamburg
14. 5. 2003	Hamburg

Im Wesentlichen fanden die Vorstandssitzungen mittwochs abends – im Rahmen der Hamburger Regionalgruppe - statt. Im Herbst 2002 standen die Vorstandssitzung im Zeichen der Seminarplanung, da dieses Seminar vom Vorstand und der Geschäftsstelle aus organisiert wurde. Aufgrund unserer knappen Personaldecke blieb nicht mehr viel Energie für andere gesundheitspolitische Aktivitäten.

Im Januar wurde an einem Wochenende in Hamburg grundsätzlich zur Gesundheitspolitik getagt und diskutiert. In Übereinstimmung mit der Rürup-Kommission kamen auch wir nicht zu den ultimativen Problemlösungen.

Der Rundbrief erscheint unregelmäßig. Gegenüber dem letzten Jahr hat sich die private Belastung von Jürgen Große deutlich erhöht, so dass wir uns Gedanken zu einer Belebung des Rundbriefes machen müssen. Die Zielvorgabe eines quartalsmäßigen Erscheinens können wir beerdigen, es wäre wünschenswert, wenn wir halbjährlich etwas publizieren.

Der E-Mail-Verteiler stagniert auf hohem Niveau. Entweder verweigern sich erhebliche Teile der Mitgliedschaft dem neuen Medium oder es besteht kein Interesse. Diese Kommunikationsform hängt nur an einem Vorstandsmitglied, sodass das Erscheinen leider ein Spiegelbild der beruflichen Belastung darstellt. Es sollte in Zukunft dennoch in einer gewissen Regelmäßigkeit erscheinen.

In der Öffentlichkeitsarbeit bestehen nach wie vor deutliche Defizite. Die VDPP-Homepage wird einigermaßen regelmäßig aktualisiert, kann aber nur die bescheidenen Aktivitäten des Vereins reflektieren.

Es wurden zwei Stellungnahmen verfasst, wobei die Stellungnahme zum BSSichG zum großen Teil von der Hamburger Regionalgruppe erarbeitet wurde und vom gesamten geschäftsführenden Vorstand unterschrieben wurde. Die Stellungnahme zur Positivliste schließt sich an bereits veröffentlichten Stellungnahmen zur Thematik an. Kontrovers wurde vor allen Dingen die Wertigkeit der Anhänge diskutiert. Von einigen Vorstandsmitgliedern wird die "Adelung" der Therapeutika der besonderen Therapierichtungen durch Aufnahme in die Anhänge als Verstoß gegen den Geist der Positivliste angesehen, andere Vorstandsmitglieder lehnen eine Ausgliederung dieser Therapeutika aus der Erstattungsfähigkeit durch die GKV rigoros ab.

Die VDPP-Stellungnahme zur Positivliste wird von unserem VDPP-Mitglied Ralph Deubner, der auch stellvertretender Juso-Vorsitzender in Bayern ist, in einem Themenheft der Jusos veröffentlicht werden.

In Vorbereitung des Frühjahrsseminars wurden die Verbindungen zu anderen Organisationen intensiviert. Die BUKO-Pharmakampagne, die Coordination gegen Bayer-Gefahren und Medico International waren mit Referenten auf unserem Seminar vertreten.

Was wird uns das nächste Jahr bringen? Das Konzept eines "Frühjahrsseminars" war erfolgreich. Hier sollte die MV ein entsprechendes Thema und eine OrganisatorIn wählen. Klärungsbedürftig ist die Zahlungsmoral eines Teils der Mitglieder: Etwa 10 Mitglieder zahlen weniger als den Mindestbeitrag. Dies wird durch teilweise sehr großzügige Zahlungen anderer Mitglieder mehr als kompensiert aber diese Thematik sollte im Jahr 2004 geklärt werden. Da der neue Vorstand sehr wahrscheinlich nur aus zwei Vorstandsmitgliedern und dem "Kassenwart" Udo Ament bestehen wird und nur kleine Brötchen backen kann, möchte ich abschließend um inhaltliche Unterstützung durch die Mitglieder bitten.

Die Vorstandsarbeit wäre nicht zu leisten, wenn wir nicht Gudrun Meiburg in der Geschäftsstelle hätten. Sie ist unsere zuverlässige Ansprechpartnerin und unterstützt uns sehr im alltäglichen Geschäft. Ich möchte Gudrun für die geleistete Arbeit herzlich danken!

Abschließen möchte ich mit einem Rückblick auf eine etwas anders geartete VDPP-Aktivität: Die Cubareise! Christiane Hefendehl hat diese Reise vorbereitet und sie war nach den Ausführungen von Teilnehmern ein voller Erfolg gewesen.

Thomas Schulz
für den Vorstand

Protokoll der Mitgliederversammlung des VDPP vom 21. - 22. Juni 2003 in Bremen

von Katja Lorenz

So ein Protokoll ist an sich eine trockene Geschichte. Für diejenigen, die nicht da waren, entsteht leicht der Eindruck, dass da eher Formalien abgearbeitet werden.

Dieses Jahr war ich dran mit Protokollschreiben. Es ist im Anschluss zu lesen. Ich habe versucht, besonders die Diskussionen so ausführlich wie möglich zu dokumentieren. Wurde es zu turbulent, hab ich wenigstens die Grundrichtungen fest gehalten.

Zum diesjährigen Vortrag hatte der Vorstand Ingeborg Simon gebeten, über ihren politischen Alltag zu berichten. Ingeborg ist – selbst parteilos – gesundheitspolitische Sprecherin der PDS-Fraktion im Abgeordnetenhaus in Berlin. Dadurch ist sie in der gegenwärtigen Legislaturperiode in der Regierungsverantwortung, (was die Arbeit auch nicht gerade erleichtert.)

Sie berichtete sehr anschaulich vom täglichen Spagat zwischen Anspruch und Wirklichkeit. Über die sehr kleinen Erfolge und den Alltagsfrust hinaus, versuchte sie einige Entwicklungen aufzuzeigen, die die Gesundheitspolitik zukünftig nehmen könnte. Vor einigen, z. B. den Entsolidarisierungstendenzen, der Auslagerung kassenfremder Leistungen besonders für Frauen warnte sie ausdrücklich. Die politische Entwicklung seit der MV bestätigt diese Befürchtungen voll und ganz.

An dieser Stelle nochmals herzlichen Dank an Ingeborg. Ihre einleitenden Gedanken waren außerordentlich anregend für den Verlauf der MV.
Was dem Protokoll hoffentlich zu entnehmen ist.

TOP 1: Wahl von Versammlungsleiter/In und Protokollführer/In

Zur Versammlungsleiterin wurde Gudrun Hahn gewählt.
Das Protokoll führt Katja Lorenz.
Kurze Vorstellungsrunde der Anwesenden.

TOP 2: Genehmigung der Tagesordnung

Der Vorstand schlägt folgende Änderung vor:
Neuer TOP 5a Grundsatzdiskussion zum Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz (GMG), Erarbeitung einer Stellungnahme dazu unter TOP 11.
Die vorliegende Tagesordnung wird mit dieser Änderung bestätigt.

TOP 3: Genehmigung des Protokolls der letzten MV

Keine Anmerkung. Protokoll ist genehmigt.

TOP 4: Bestätigung von neuen Mitgliedern

Es gibt keine Eintritte.

TOP 5: Rechenschaftsbericht des Vorstands und Diskussion

Thomas Schulz berichtet für den Vorstand. (Siehe S. 15 - 16)
Es wird angeregt, im nächsten Rundbrief einen Bericht zur Kuba-Reise zu veröffentlichen.
Die sich an dieser Stelle entfachende Diskussion zur Gestaltung des RB wird auf entsprechenden TOP vertagt.
Katja zur Vorstandswahl: Für den neuen Vorstand reichen drei Kandidaten nur für die Mindestbesetzung. Dann ist keine Erweiterung der Arbeit/Wirkung möglich, selbst, wenn RB und Seminar aus der Vorstandsarbeit ausgelagert werden sollen.
Thomas Schulz: Hinweis in der Einladung zur MV, dass genug Kandidaten zur Verfügung stünden, sollte nur dazu führen, dass die Mitglieder "angstfrei" zur MV reisen können. Mehr VS-Mitglieder sind trotzdem notwendig und sehr erwünscht.
Gudrun Hahn: Gibt es noch Kontakte zum *VDÄÄ*? Wie aktiv sind sie?
Thomas Schulz: Kontaktierung vor dem Frühjahrsseminar, Veröffentlichung ihrer Verlautbarungen im RB, mehr ein Austausch als Zusammenarbeit.
Ingeborg Simon: Regt an, Kontakt zu *attac* zu verstärken. Auch andere, gestandene Organisationen dümpeln eher rum. Trotz Stagnation sei es wichtig, die Strukturen zu erhalten, wenn auch auf sehr kleiner Flamme. Bei attac noch Visionen und unorthodoxes Herangehen. Aber von 5 Leuten, sind 3 nicht aus dem Gesundheitswesen.
Gerd Glaeske bedauert, dass *Stellungnahmen* zu wenig abgestimmt werden, bevor sie im Namen des VDPP erscheinen.
Thomas Schulz: Entwürfe zu Stellungnahmen werden vorher per E-Mail herumgeschickt. Oft genug keine Reaktion. Wenn Verein sich zu bestimmten Themen aber nicht in angemessener Zeit äußert, macht er sich überflüssig.
Gudrun Hahn: *Dank* an Vorstand für Bericht und Arbeit
Unterbricht MV für Vortrag von Ingeborg (Zusammenfassung im Anschluss) Mittagspause wird verkürzt zu Gunsten längerer GMG-Diskussion
Pause

TOP 5a: Diskussion zum GMG

(Vorab gab es belgische Pralinen von Regina!)
(Anmerkung der Protokollantin: wie bei diesem Thema unschwer vorstellbar, verlief die Diskussion mitunter sehr heftig und in zügigen Wortwechseln. Jede Wortmeldung zu protokollieren war deshalb nicht möglich. Habe mich bemüht, die Hauptpunkte auf zu nehmen.)

Gerd hat Frage-Antwort-Katalog zum GMG für alle als Tischvorlage mitgebracht.

Qualität zu entwickeln. Soll heißen: QMS reicht nicht! Qualitätsindikatoren müssen überprüfbar und sanktionierbar sein. Es fliegt raus, wer diese nicht einhält. D. h. Fremd- und Mehrbesitzverbot oder nicht ist letztlich nicht entscheidend. Schlecht wird es dann, wenn Qualität nicht eingehalten wird. Ist interne und externe Qualitätssicherung gewährleistet? Verstoß eines Mitglieds der Kette muss Abmahnung der gesamten Kette nach sich ziehen!

Thomas Schulz mahnt Strukturierung der Diskussion an, erst mal Fragen sammeln.

Bernd Rehberg: Wenn zukünftig unsinnige Dinge vermieden, wo bleibt eingespartes Geld? Kommt es Patienten zu Gute?

Thomas Schulz: Bei *Distributionskosten* soll es 1 Mrd. Einsparung geben. Wo? Im Abbau des Personals? In wie weit ist das Qualitätssteigerung der Beratung?

Thomas Hammer: Wie sehen Erfahrungen anderer Länder mit Fremdbesitz aus? Gibt es Qualitätsstandards? Wird die Beratung der Patienten, der Verbraucherschutz schlechter

Bernd: Thema Einzelverträge mit Apotheke. Forderung meist, dass QMS-zertifiziert. Ist doch aber kein Qualitätskriterium, da QMS-Kriterien von Apotheke selbst festgelegt werden und nur korrekte Ausführung geprüft wird.

Gerd versucht historische *Entwicklung* einiger Aspekte zu erklären. Geht auf Entwicklung in Niederlanden ein. Entwicklung in Deutschland: hohe Apotheken-Dichte, Krankenkassen lebten auf großem Fuße, Preispannenverordnung reflektiert Distributionssystem, Rabattsystem und Einkaufsystem undurchsichtig. Seit 60er-Jahren Niederlassungsfreiheit bei Apotheken, von 10000 Einwohnern pro Apotheke auf 4000 Einwohner (z. B. in Niederlanden immer noch 10000 Einwohner pro Apotheke), bisher gutes Auskommen, in dem Ausmaß aber nicht notwendig und nicht finanzierbar, Frage: wie kann man kürzen ohne Qualitätseinbuße.

In Niederlanden und GB (liberalisierte Systeme) 31 – 33 % bei uns 45 % Distributionskostenanteil (andere MWSt. schon berücksichtigt), arbeiten andere schlechter? Er meint dagegen, Erfahrungen sind übertragbar.

Liberalisierung heißt nicht Neoliberalisierung! Wie sieht bei denen das System, die Distribution aus, müssen Rahmenbedingungen festgelegt werden, damit *Qualität* messbar ist.
Für Einzelverträge im gesamten System müssen Qualitäts-Indikatoren festlegt werden, sonst sind sie Quatsch. Auch dafür ist das Institut für Qualität in der Medizin notwendig. Geht nicht um billigste, sondern beste Vertragspartner. Welche Kriterien können das für Apotheke sein: Beratungsqualität, Kooperation mit den Ärzten, Pflichtfortbildung... Aufgabe auch für VDPP mit zu formulieren und zu fordern.

Modell der Hausapotheke in Hessen. Nur wenig Beteiligung. Frage: können oder wollen nicht mehr alle mitmachen und –halten. Apothekerkammer Niedersachsen hat ZES gebeten, Standards für Beurteilung der

Es gibt keinen Bestandsschutz. Es gilt: Qualitätsindikatoren festzulegen, dann ist Struktur egal! Deswegen auch Einzelverträge mit Ärzten von GKV aus. Solidarsystem soll nur da Beitragszahler belasten, wo notwendig.

Es ergibt sich auch ganz klar die Frage: Wer wird nicht mehr mithalten können? Z. Zt. noch 370 Krankenkassen, in 5 Jahren noch 50 oder 60, evtl. 1/3 der Krankenhäuser zu viel. Ärztetechnisch gibt es Über- und Unterversorgung.

Davon sind Apotheken nicht ausgenommen. Es gibt genug, wo null Qualität stattfindet. Halten sich im Kollektivvertrag. Liefern AM, mehr nicht. Es geht nicht um ABDA-Strategie: alle schützen. Nein, was kann genutzt werden, um endlich mal zu Qualität zu kommen. Dabei werden Apotheken verloren gehen. Frage des Arbeitsplatzerhalts? Ist nicht Frage des Gutachtens! GKV finanziert Qualität der Versorgung keine Arbeitsplätze!

"4. Hürde" ist genauso gedacht: Differenzierung nach Qualität! Zieht sich durch das gesamte GMG. Akteure haben das System in Vergangenheit überlastet. Unwirtschaftlichkeit des Systems muss aufgehoben werden. Wenn Geld gespart wird, denn direkt an Patient. GKV wird keinen Gewinn daraus machen. D. h. Beitragssatzpunkte runter.

Noch einmal: Sich in Entscheidung nicht abhängig machen, von Strukturen, die in den Jahren entstanden sind.

Ingeborg: Apotheken erhalten sich über Professionalität nicht über Standespolitik. *Profession vor Institution*! Das ist unsere Aufgabe.
VDPP sollte Gesprächskreise mit Entscheidungsträgern zu klar definierten Fragen innerhalb des Standes initiieren.

Versorgung muss bedarfsgerecht für Patienten (zeitlich und stofflich) sein. Für Patienten in Uckermark kann Internet bedarfsgerecht sein.
Bei Überversorgung muss Staat auch dirigistisch eingreifen können. Bedarfssteuerung muss möglich sein, fordert Niederlassungsbeschränkung.
Bedenken zu Einzelverträgen: Zielsetzung in Ordnung, aber besser durch Kollektivverträge mit o. g. Qualitätsstandards. Wenn einer aus diesem Kollektiv fliegt, denn ist das gut so und transparent für Öffentlichkeit. Patienten nicht zumutbar, dass er guckt, hat dieser Facharzt überhaupt Vertrag mit meiner KK.

Regionalisierte Budgets: Versorgung muss in Hände derer, die Verantwortung für Region haben, weg von der Lobby, hin zu für die Region passgenaue, zielgruppenorientierte Versorgung.
Einsparung sollen erst mal dahin wo bisher Unterversorgung besteht: Prävention und Reha, bevor sie zu Beitragssenkung genutzt werden.

Gerd für *Einzelverträge*. Ist einfacher, Verträge mit denen ab zu schließen, die Qualitätskriterien genügen, als über Kollektivvertrag alle rein und denn sehr aufwendig schlecht arbeitende raussuchen und schmeißen

Bernd: Wie sieht Honorierung aus?

Gerd: Z. B. für Teilnehmer bei Disease-Management-Programmen ist Vergütung vorgesehen. Für Apotheken über Festzuschlag, weg vom konkreten AM-Preis, fester Betrag für Beratung, 7,30 (damit 1 Euro mehr als in Niederlanden).
Christl Trischler: Ist bei Einzelverträge für Patient Qualität erkennbar? Befürchtet, dass Ausbau des Handverkaufs so stark sein wird, dass Professionalität flöten geht. Wird es Apotheken überhaupt noch geben?

Gerd: Einzelvertrag soll nach außen erkennbar sein, mit Emblem oder ähnlichem. Kann auch sein, dass einzelne Apotheke gar keinen GKV-Vertrag haben will, weil sie mit Verkauf des Schrottes besser klar kommt. Da wird es Versorgungs-Apotheken und Drugstore-Apotheken geben. Das ist o. k. so.

(Ingeborg verlässt die Runde, muss leider weiter)

Thomas Schulz: Auf Ausführung von Gerd bezogen, Praxis wird anders. Ökonomische Gesichtspunkte werden viel größere Rolle spielen. Wahrung der Qualität wird zu optimistisch gesehen. Wird um knallharte Einsparungen gehen.

Gerd: Warum wird Effizienzdiskussion so diskreditiert als reine Einsparung? Haben Einnahmeimplosion, keine Kostenexplosion, können uns das nicht mehr leisten: In guten Zeiten wurde über Qualität nicht diskutiert. Jetzt gleich Verdacht, dass nur an Einsparung gedacht wird.
Gibt Vollzugsdefizite bei längst festgelegten Qualitätsfragen. Seit 1993 müssen Krankenhäuser Qualitätsberichte vorlegen. Kommen diese nicht, hat das bisher keine Folgen. Wird jetzt anders, es werden Sanktionen folgen.

Noch einmal zu Distributionskosten: *AM-PreisVO* ist subkutan mit verantwortlich dafür, dass soviel Apotheken überleben können, alimentiert diese, Reduzierung der Vertriebsstätten ist eine Möglichkeit der Einsparung.

Ulrike Faber: Niedrigpreisige AM werden durch hochpreisige subventioniert. Niedrigpreisige sind verstärkt in Selbstmedikation, dadurch finanziert Krankenkasse auch Apotheken.

Christiane Hefendehl zu Einzelverträgen: ist für Kollektivverträge, Patient kann nicht einschätzen, dass Qualitätsstandard in Beratung von Drugstores nicht geliefert werden. Deshalb gleiche Qualitätsstandards für alle, dann schlechte rauskegeln.

Gerd: Kann Patient sehr wohl, Chipkarte soll AM-Dossier aber auch Bindung an gute Hausapotheke fördern!

Christiane: Nachfrage zur Handhabung

Gerd: Daten bei Hausapotheke, Rabatt auf OTC, Gesundheitspass auf alle Einkäufe in Apotheke nutzen.

Christiane: Wird nicht bei allen Einkäufen genutzt, damit nicht gespeichert.

Gerd: System ist unterlaufbar, aber finanzieller Anreiz für Patienten für dessen Bindung an Hausapotheke (genauso für Hausarztprinzip).

Ulrike: Können Apotheken überhaupt überleben ohne GKV-Vertrag?

Christl: Klar, sägen sogar mit massiver Lifestyle-Produkt-Vermarktung am Beruf.

Gerd: Genau, finanzieller Hintergrund muss so gestaltet werden, dass die sich nicht halten.

Bernd stellt kurz parmapharm als Apotheken-Gruppe vor.

Jürgen Große: Zu o. g. Vergleich zu GB und Niederlande: in genannten Ländern OTC gar nicht über Apotheken vertrieben, deshalb Apothekendichte niedriger und geringerer Anteil an Distributionskosten.
Zu Einzelverträgen: Tonnenweise Dokumentation notwendig, denn doch Kollektivverträge.

Gerd: Dokumentations-Belastung ist groß, in anderen Zweigen gang und gäbe und für interne Kontrolle nutzbar; zu den Zahlen: OTC-Anteil viel weniger als in genannten Länder, es reicht auch wenn Vertriebsspanne auf 37 % sinkt.

Ulrike: Hat gemeinsame Selbstverwaltung versagt, dafür jetzt geplantes *Institut* notwendig? Ist Institut nicht sehr anfällig für Käuflichkeit? Da abhängig und lang besetzt.
Gerd: Ist staatsfern, wissenschaftlich,

unabhängig. Ähnlich wie in GB. Institut wird sich über Güte seiner Arbeit profilieren. GKV muss begründen, wenn sie von Institutsentscheidungen abweichen. EBM wird sich entwickeln.

Ilse Schleiden-Schmid: Wer sitzt im Institut, wer besetzt es? Verständnisfrage zu Prozentangaben.

Jürgen erklärt: 45 % bedeute gesamten Distributionsanteil: Großhandel bis Apotheke, Publikumspreis ohne MWSt. ohne KK-Rabatt)

Thomas Schulz glaubt nicht, dass Qualität sich durchsetzt, es geht doch um rein ökonomische Entscheidungen.

Gerd: Das muss man als Gefahr wahrnehmen und reagieren. Zur Institutszusammensetzung: 47 Leute Kuratorium, bestelltes Direktorium von Ministerium, 40 - 50 Leute in Geschäftsstelle 6 - 7 externe Stellen für Gutachten. Verschiedene Themen zu bearbeiten, geht nicht nur um "4. Hürde".

Bernd: Wo ist Transparenz bei *Krankenkassen?*

Gerd: Es wird Fusionen geben, weil Krankenkassen an Anforderungen scheitern. Bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen: Evaluation, damit sie ab 2006 aus neu geschaffenem Ausgleichstopf (morbiditätsbezogen!) Geld bekommen. Verwaltung steht schon unter Kontrolle des Bundesversicherungsamtes, Gehälter der Vorstände sind offen zu legen per Gesetz. Kriegen mitunter mehr als Bundeskanzler.

Ulrike Faber: Überstehen die Krankenkassen Zeit, bis Ausgleichstopf kommt? Große Versorgerkassen haben mehr Kranke, BKK eher die Gesunden. Verwaltungsausgaben steigen, ohne dass was dagegen getan werden kann. BKK wurden teilweise bisher über Betriebsverwaltung abgerechnet. Große Schieflage.

TOP 6: Kassenbericht

Vorstand erläutert den vorliegenden Kassenbericht. Abweichungen beim Posten Beiträge durch Austritte und Anpassung nach unten (siehe Beschluss der letzten MV zur Euro-Umstellung) und noch nicht bezahlte Beiträge.

Frühere Spenden waren meist Fahrkosten der Vorstandsmitglieder zur Vorstandssitzung, jetzt tagt der Vorstand in Hamburg.
Vom Rundbrief erschienen nur zwei Ausgaben.
Posten für die Unterstützung der Arbeit der Regionalgruppen noch immer unangetastet, muss endlich mal genutzt werden!

TOP 7: Bericht der Rechnungsprüfer

Christa Augustin und Gudrun Hahn fanden alles sehr gut dokumentiert und geführt vor. Sie beantragen die Entlastung des Vorstands.

TOP 8: Entlastung des Vorstands

Christl Trischler stellt den Antrag, dass der Vorstand entlastet wird. Bei vier Enthaltungen einstimmig angenommen.
Dank an die Vorstandsmitglieder.

TOP 9: Wahl des Vorstands

Es kandidieren: Thomas Schulz, Bernd Rehberg und Udo Ament (möchte nur die Finanzen bearbeiten).
Jürgen Große kandidiert nicht wieder, wird die Arbeit aber durch die Hamburger Regionalgruppe unterstützen und am Rundbrief weiterhin mitarbeiten.

Gudrun Hahn gibt zu bedenken, dass für die anstehenden Aufgaben, drei Mitglieder (in Praxis zwei) zu wenig sind.

Bernd fordert die VDPP-Mitglieder auf, den kleinen VS zu unterstützen. Dabei gehe es besonders um die rasche Zuarbeit bei anstehenden Aufgaben, Entwürfen von Stellungnahmen usw., die durch den VDPP-aktuell versendet werden. Organisatorisch sei dem Vorstand schon durch die Hamburger Regionalgruppe (Uschi Blöcker u. a.) sehr geholfen ...
Gudrun Hahn geht, da sich keine weiteren Mitglieder bereit finden, zur Wahl über, nicht ohne vorher fest zu stellen, dass die Kandidatenfindung ein Arbeitsschwerpunkt bleiben wird.
Beschluss, offen und im Block abzustimmen. Die Wahl erfolgt einstimmig!
Die Kandidaten nehmen die Wahl an. Gratulation an alle Gewählten

TOP 10: Wahl der Rechnungsprüfer

Kandidaten: Uschi Blöcker und Jürgen Große, Beschluss, offen und im Block zu wählen. Die Wahl erfolgt wiederum einstimmig, Kandidaten nehmen an. Gratulation!

TOP 11: Öffentlichkeitsarbeit / Homepage / Rundbrief

Thema RB wird zurückgestellt bis Sonntag, da noch Abstimmungen nötig sind.

Homepage

Christiane Hefendehl: Kann nur Daten pflegen, wenn welche zugearbeitet werden.

Regina Schumann: Anmeldung über Homepage war sehr praktisch! Für sie gerade jetzt wichtig, weil z. Zt. in Brüssel, nicht in Regionalgruppe eingebunden. Wäre notwendig, noch mehr Infos, Termine etc. durch Homepage bzw. VDPP-aktuell zu bekommen.

Gudrun Meiburg hat die Homepage auch zusammen mit Susanne Jäger direkt gepflegt, als Christiane krank war. Es geht für solche Notfälle also auch.
Christiane / Thomas Schulz: Link-Liste muss überarbeitet werden. Macht Christiane.

Öffentlichkeitsarbeit

Bernd: Zusammen mit Ulf Thomas sollte Material für die Werbung an den Unis erarbeitet werden. Stellt verschiedene grafische Lösungen vor. (Siehe S. 14 und 15)
Gudrun Hahn: Abstimmung für morgen, damit man es überlegen kann.
Isabella Sulger: Es sollte Adresse des/der Regionalgruppen-Beauftragten mit darauf.
Bernd: Sollten uns an Unis wieder mehr um neue Mitglieder bemühen. Vorstand muss über Apothekerkammern klären, ob wir uns im 3. Ausbildungsabschnitt vorstellen können.
Ilse: Für Popularität sind mehr Regionalgruppen nötig.

Thomas Hammer: Studenten haben heute Scheu, in Vereine einzutreten; interessante Aktionen, Seminare usw. wichtig für erfolgreiche Werbung,
Katja: Nicht so wichtig, ob und wie viele neue Mitglieder, besser attraktiv, mit Außenwirkung arbeiten, Seminar! Damit für Eintritt werben.
Thomas Hammer: Wichtig, etwas zur "Öffentlichkeitsarbeit nach innen" zu sagen. Erschreckend, was jetzt innerhalb des Vereins an Intoleranz z. B. Gerd gegenüber deutlich wird. Dabei sind die Infos meist nur aus zweiter Hand. Angegriffene Mitglieder müssen Möglichkeit (im Rundbrief z. B.) bekommen, solche Dinge klar zu stellen. Vorstand muss damit offensiv umgehen, sachliche Auseinandersetzung fördern und fordern.

TOP 12: Diskussion künftiger Arbeitsschwerpunkte

Seminare

Thomas Schulz: Vorstand hatte erwartet, dass Herbstseminar bei eingeladenen Organisationen mehr Anklang findet, also auch deren Mitglieder teilnehmen werden! Kamen aber nur als Referenten.

Ilse: Wurde auch an Unis geworben? Hat gute Erfahrungen damit.

Christl: Gibt's Themenideen für Frauenseminar?
Ilse: Benachteiligung von Frauen im Gesundheitswesen.
Christiane: Entwicklung bei den kassenfremden Leistungen zu Lasten der Frauen.

Katja: Warum sollen das Themen nur für Frauen sein?
Ulrike: Vorschlag: Frauen und AM, geschlechterspezifische Versorgungsunterschiede, würde auch als Referentin zur Verfügung stehen, findet auch Thema von Christiane gut.
Gerd unterstützt Versorgungsthema, steht Verein gut zu Gesicht,

Thomas Schulz: Thema allgemeiner fassen: Versorgung der Alten, wird viel weniger Geld ausgegeben. Gibt es Defizite, Rationierungen usw.
Gerd: Vorschlag: Geschlecht und Alter.
Dorothea Hofferberth: Reines Frauenseminar ist historisch überholt.
Thomas Hammer: Neuer Vorschlag: Modelle der regionalisierten Versorgungssysteme.

Gerd: Schwierig umzusetzen, bisher erst in Ausarbeitung, möglich wäre dagegen: erste Disease-Management-Programme, welche Erfahrungen, Kooperationsmöglichkeiten.
Ulrike: Anscheinend Konsens, dass Zeit der Frauenseminare vorbei ist. Mögliches Thema "Gesundheit und Geschlecht", gesundheitliche Situation der Männer ist auch besonders, könnte Referenten organisieren.

Christiane: Was ist mit "Evidence based pharmacy". Hat sich als EBM bei Ärzten durchgesetzt, Rationale AM-Therapie...

Ulrike: Da passiert jetzt viel: Leitlinienaufbau usw., weg von OBST-Literatur (Old boys sitting together)
Katja: Warum nicht beide Themen, früher hatte der Verein auch zwei Seminare jährlich! Möglichst als Tagesseminar, dann braucht es keine Quartiere.

Regina Schumann: Erinnert an Zusammenarbeit der Regionalgruppe Berlin mit Rüdiger Dreykluft vom Praxisnetzseminar.
Ulrike: Dreykluft macht jetzt Praxiszirkel in Berlin für Ärzte.

Gerd: Verbindung des Themas mit GMG: wird durch GMG geschlechtsspezifische Versorgung besser?

Katja: Zertifizierte Punktefortbildung für die Seminare beantragen!
Thomas Schulz: Ist das an einem Tag zu schaffen? (Gibt verschiedene Ansichten ...)

Ilse: In Zusammenarbeit mit Uni?
Ulrich Hagemann: Seminar könnte vielleicht angehängt an GAA im Oktober in Bonn stattfinden, Veranstaltungsort, Referenten, Unterkünfte nutzbar.

Thomas Schulz würde sich um Anerkennung der Punktefortbildung kümmern.
Gudrun Hahn: Konsens zusammenfassen:
1. Seminar: Bonn, beim BfArM, 18.-19. Oktober 2003, Referenten und Gestaltung Gerd, mit Ulrich und Thomas Schulz, "GMG – Sex and Drugs" (als Arbeitstitel!), Unterkunft verschiedene Level preislich gesehen.
Thomas Schulz: Voraussichtliche Ausgaben müssen in Finanzplan.
Gudrun Hahn: (nach kurzer Diskussion) 2500 Euro für Finanzplan 2003

2. Seminar: Berlin 2004 "ebm/ebp", eintägig, Hilfe bei Referenten durch Gerd und Ulrike, Regionale Versorgungssysteme, 28. Februar 2004, Samstag, verantwortlich Regionalgruppe Berlin.
Für beide Seminare um Zertifizierung kümmern.

Nächste MV

2004 gibt es den VDPP 15 Jahre! Deshalb soll die MV in "alter Tradition" in Hamburg stattfinden.

Terminliche Einigung auf das Wochenende 19. - 20. Juni 2004. Regionalgruppe Hamburg kümmert sich um die Organisation.

Gesprächskreise mit Meinungsbildnern

Wurden von Ingeborg Simon im Vortrag angeregt.
Gerd: Art Kamintreffen, sehr anspruchsvoll, gute Vorbereitung notwendig, damit keine Blamage.
Hält es nicht für stemmbar, vielleicht regional denkbar.
Scheint Konsens, keine weitere Diskussion,

Pause bis zum nächsten Tag

Nettes Abendessen im Friesenhof, Spaziergang durch die Wallanlagen. Da ist großes Kulturfest: Planeten in den Wallanlagen!!

Beginn Sonntag, 22. Juni 2003

Gudrun Hahn: Änderung der TOPs in Reihenfolge.

Rundbrief

Christiane berichtet über Stand der Neuplanung basierend auf Ideen von Christiane und Katja in der Berliner Regionalgruppe. In Hamburg ist die Regionalgruppe schon stark in Vorstandsarbeit eingebunden. Idee ist nun, in Berlin die inhaltliche Arbeit zu leisten. In Hamburg verbleiben technische Fertigstellung, Druck und Versand. Erst einmal halbjährlich gedacht, wenn es klappt vierteljährlich. Ziel wieder mehr VDPP-Artikel, weniger Dokumentation. Einzelne Rubriken, dafür werden Mitglieder um Verantwortungsübernahme gebeten.

Thomas Hammer: In Zukunft mit Kommentierung durch betroffene Mitglieder (siehe Gerd), wenn in Verbandspresse nur Beschimpfung ohne Fakten, damit man nicht nur aus PZ informiert wird.

Wo wird Redaktionsadresse zukünftig sein?

Katja: Berlin. Wird jetzt alles gesichtet, was an Material da ist. Darf nichts verloren gehen.
Möglichst Ende September, mit Ankündigung des Herbstseminars.

TOP 13: Anträge

Es liegen keine vor.

TOP 14 Finanzplan

Jürgen Große erläutert in Vertretung von Udo Ament den vorliegenden Plan. Unklar noch Ausgaben für Seminare, eines schon gelaufen, Aufstockung für Oktober-Seminar, dafür Spenden auf 500 herunter.
Thomas Schulz: Seminarkosten möglichst auf 3000 herauf, damit Referenten, Miete etc. abgedeckt sind.

Jürgen beantwortet Fragen zu RB-Kosten, weniger als geplant wurde ausgegeben, da es nur zwei Ausgaben gab. Die Homepage wird um so teurer, je öfter sie aktualisiert wird, also soll sie lieber teurer sein!
Die Personalkosten sind nicht etwa gekürzt worden, sondern billiger geworden durch neue gesetzliche Regelung bei "Mini-Jobs".

Gudrun Hahn fasst zusammen: Spenden minus 500, Seminare plus 2000 Euro ergibt Unterdeckung von 1500 Euro aus Vermögen, verglichen mit vorgelegtem Finanzplanentwurf. Abstimmung: bei einer Erhaltung einstimmig,

TOP 15 Verschiedenes

Gudrun Meiburg informiert, dass die Geschäftsstelle vom 1. September 2003 an eine neue Adresse und Telefonnummer haben wird. Die Mitglieder werden rechtzeitig informiert. Das VDPP-Archiv wird wohl auch in die Neptun-Apotheke umziehen.
Gudrun Hahn fragt, ob neue Anschaffungen (Fax o.ä.) nötig werden. Gudrun Meiburg verneint, gibt Nachsendeauftrag. Für noch vorhandene Materialien werden Aufkleber oder Stempel mit der neuen Adresse besorgt.

Christiane bittet darum, dass Änderung mit zeitlichem Vorlauf durchgegeben wird, damit rechtzeitige Aktualisierung auf der Homepage möglich ist.
Gudrun Hahn regt an, beim Druck neuer Briefumschläge zur Erleichterung der Arbeit in der Geschäftsstelle an den Vermerk "wenn nicht zustellbar an Absender zurück" zu denken.

Plakat

Kurze Diskussion der am Vortag vorgestellten Entwürfe:
Sollte Platz drauf sein, um gleich Veranstaltungen ankündigen zu können?
(Geht bissel hin und her)

Sind Kosten im Finanzplan? (Ja, beim Posten Öffentlichkeitsarbeit)
Format, Zeitplan, wie erfolgt Verteilung: DIN A3, im August, muss neue Adresse usw. drauf, kann in der Geschäftsstelle abgefordert werden, soll an jede Uni mit Fachschaft Pharmazie)
(Ergebnis am Ende des Protokolls)

Apothekertag

Katja Lorenz ist Delegierte, Fraktion zu klein, um aus eigener Kraft, Anträge einzubringen. Was ist VDPP wichtig? Kümmert sich dann um Unterstützerunterschriften.
Ulrike: Sollten die Positivliste fordern, die von Standesorganisation und Apothekerschaft noch immer bekämpft wird. VDPP ist dafür (siehe Stellungnahme des Vereins), trotz problematischem Appendix. Darf nicht wegen der Anhänge scheitern. Wird als Argument genutzt, um ganze Liste zu kippen.

Gerd: Zur Erläuterung: Ist Anhang, nicht Hauptteil. Wirksamkeit innerhalb der Therapierichtung belegt, Binnenbeurteilung, Wert unter 2 % der Ausgaben, 98 % sind in Ordnung, Kirche im Dorf lassen!

(Im Folgenden geht es hoch her, für und wider, zwischen: "nur ohne Anhänge dafür", über "keine faulen Kompromisse", "entweder unterliegt alles der EBM oder nichts", bis "alternative Therapierichtungen sind in Wirkung durch Praxis gesichert", "kann nur mit den Anhängen dafür sein".)

Konsens: Prinzip der Liste ist gut. In Erläuterung des Antrags sollen "Bauchschmerzen" mit Anhängen und konkreter Ausgestaltung (d.h. welche Arzneistoffe drin sind, welche nicht) unbedingt Eingang finden.
Ulrike: Formulierungsvorschlag: Die Hauptversammlung begrüßt, dass die Positivliste auf den Markt kommt. Appendix ist nicht zielführend, sollen kein Grund dafür sein, dass ABDA / Apothekerschaft sich da darum herum schummeln können.
Formulierung durch Katja, sie sucht nach UnterstützerInnen.

Gibt noch Klärungsbedarf, ob Positivliste nicht dann überholt oder absurd wird, wenn OTC-Präparate aus Verschreibungspflicht entlassen werden. Klärung von Begrifflichkeiten, verschreibungsfähig, erstattungsfähig ...

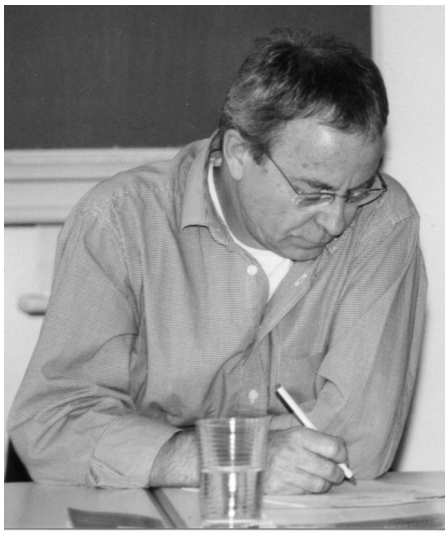
Thomas Schulz wird Antrag mit formulieren. Gibt aber ohnehin keine Mehrheit auf Apothekertag, egal, wie weich wir es formulieren.
Gudrun Hahn: Formulierungsvorschlag von Ulrike übernehmen, Aufruf an alle, es müssen Unterschriften organisiert werden.

Katja: Ergibt sich aus Diskussion des GMG evtl. noch weiterer Antrag gegen Freigabe der OTC aus Preisbindung und Erstattungspflicht? Anscheinend nicht...

Kaffeepause

GMG-Stellungnahme

Thomas Schulz: Stand der Dinge zusammenfassen, als Ausgangspunkt nach gestriger Diskussion und Vorbereitung durch Vorstand, siehe letztes VDPP-aktuell, morgen beginnen die Anhörungen im Bundestagsausschuss, es folgt Diskussion um den Sinn einer schnellen Stellungnahme, reicht von "keine Schnellschüsse zur Effekthascherei" , über "wenn wir



jetzt nichts sagen, braucht niemand den Verein" bis "Stellungnahme jetzt, sonst ist sie höchstens noch pharmaziehistorisch interessant".

Konsens: heute über grundsätzliche Punkte äußern und dieses Papier per Fax an die Mitglieder des Ausschusses, (Wortlaut der Stellungnahme siehe Seite 4 und Homepage)

Sammlung der aufzuführenden Probleme:
Erweiterung der Finanzierungsgrundlage der GKV,
für Qualitätssicherungsinstitut und Chipkarte,
Kontrolle der Anbieter,
Ablehnung der Freigabe der OTC-Präparate aus der Erstattungsfähigkeit,
Auswirkungen des Falls des Fremd- und Mehrbesitzverbots,
insgesamt Erhöhung von Qualität

und Transparenz für Patienten, wenn Versandhandel, dann Kriterien für Qualitätssicherung.

Diskussion zur Freigabe der OTC-Mittel:
Thomas Schulz: Widerspruch zwischen Aufnahme in Positivliste und Ablehnung der Erstattungsfähigkeit, falsches Zeichen für Verbraucherschutz (auch im Zusammenhang mit Preisfreigabe) bezweifelt, ob Verordnungsvolumen heute so groß (i. Allg. nur für Kinder), dass Einsparung relevant.

Zusammenfassung weiterer Beiträge:
Wird sich Gesundheitsstatus in der Bevölkerung dadurch verschlechtern?
Wird es teurere Substitutionsverschreibungen geben? (Nicht in großem Stil, da auf vielen Gebieten keine Substitution möglich ist z. B. externe Rheumamittel)

Was kommt auf die Ausnahmeliste?
Muss kompatibel mit Positivliste sein, Entscheidung entwertet Positivliste.
Warum nicht besser eine Erweiterung der Negativliste?
Freigabe der OTC-Mittel als rein ökonomische Entscheidung abgelehnt.

Weitere Themen:

Lage der ApothekenleiterInnen im Verein:
Christl: Apothekenleiter sind unter Druck, können Diskussion im Verein nicht nachvollziehen, fühlen sich mit ihren Problemen nicht vertreten.
Thomas Schulz: Vorstand kommt an Apothekenleiter nicht heran, beteiligen sich nicht an Diskussion.
Christiane: Vorschlag, Frage-Antwort-Katalog zum GMG, der MV vorliegt, auf Homepage und im RB zu veröffentlichen.

Gerd: Bei der begrenzten Erlaubnis zum Mehrbesitz geht es um Ausnutzung des Marktes, Erhöhung der Qualität. Problem des Fremdbesitzes sieht er so nicht: wird Qualität der Versorgung schlechter, bloß weil Apotheke GEHE gehört? Es ist umgekehrt: Einzelapotheke ist anfällig für schlechte Qualität. Falls GEHE rein wirtschaftlichen Druck macht, wird das publik gemacht.

(Wird allgemein bezweifelt, ob Gerd das nicht zu gutgläubig sähe.)

Gerd sieht auch Problem, dass manche Apotheke da nicht mithalten kann.

Aber werden so viele zu Lasten der GKV gebraucht, gleiches gilt für Krankenhäuser und Krankenkassen? Das muss gefragt werden dürfen. Dass sich dadurch jemand bedroht fühlt, ist klar und verständlich.
Vielleicht sollte der Verein ein Treffen der Selbständigen organisieren.
Trifft allgemein auf Zustimmung.

Thomas Schulz: Sollte unbedingt mit Gerd stattfinden, um miteinander und nicht übereinander zu reden.
Folgt Diskussion zu Dringlichkeit, Inhalt, Ort und Zeit.

Ergebnis: Realistisch ist ein Treffen im Anschluss an den Apothekertag, im September in Köln, mit Einladung, wird Stellungnahme mit verschickt, Maria Becks organisiert Räumlichkeit. Bis dahin sollen Leiter direkt kontaktiert werden.
Thomas Hammer: Darüber darf die Problematik der Angestellten (Tarifvertrag, Kündigungen!) vom Verein nicht vergessen werden.

Gudrun Hahn schließt MV, Dank an Katja für das Protokoll und an Gerd Glaeske und Gudrun Meiburg für die Organisation.

Dank des Vorstands an Gudrun Hahn für die Versammlungsleitung.
Gerd dankt, dass die Organisation so unkompliziert war, hofft, dass Umgebung anregend war.

Katja Lorenz
(Protokollantin)
Gudrun Hahn
(Versammlungsleiterin)

Der angenommene Plakatentwurf

VDPP-Finanzplan 2003

In der am 22. Juni von der Mitgliederversammlung beschlossenen Fassung. Der Finanzbericht 2002 und die Bilanz 2002 sind bereits im VDPP-Rundbrief Nr. 57 abgedruckt worden.

Verglichen mit dem von Udo Ament ausgearbeiteten Entwurf des Vorstands wurde der Ausgabeposten für Seminare um 2000 Euro erhöht, der für Spenden um 500 Euro vermindert.

	Plan 2003	**Plan 2002**	**Index**	**Ist 2002**	**Index**
	Euro	Euro	%	Euro	%
Kapital:	1000,00	2000,00	50,0	1974,20	50,7
Bestand: EDV-Geschäftsstelle	2000,00	3000,00	66,7	2960,80	67,5
Abgang: Abschreibung EDV	1000,00	1000,00	100,0	986,60	101,4
Einnahmen:					
Beiträge	11300,00	11800,00	95,8	11602,55	97,4
Spenden	320,00	500,00	64,0	115,20	277,8
Zinsen	120,00	160,00	75,0	144,40	83,1
Verkauf Rundbrief	60,00	90,00	66,7	61,36	97,8
Summe Einnahmen	**11800,00**	**12550,00**	**94,0**	**11923,51**	**99,0**
Ausgaben:					
Mitgliederversammlung	500,00	100,00	500,0	461,15	108,4
Seminare	3000,00	1000,00	300,0	0,00	
Projekte	0,00	0,00		0,00	
Spenden	500,00	1000,00	50,0	0,00	
Öffentlichkeitsarbeit	1000,00	1000,00	100,0	677,85	147,5
Vorstand	1000,00	1000,00	100,0	1106,58	90,4
Rundbrief	2000,00	4500,00	44,4	1593,76	20,0
davon Redaktionshonorare	*0,00*	*1000,00*	*0,0*	*0,00*	
Druck	*1500,00*	*2500,00*	*60,0*	*1303,86*	*115,0*
Versand	*500,00*	*1000,00*	*50,0*	*289,90*	*172,5*
Geschäftsstelle	4700,00	6000,00	78,3	5067,34	92,8
davon Personalkosten	*3200,00*	*4500,00*	*71,1*	*3911,00*	*81,8*
Sachkosten	*1500,00*	*1500,00*	*97,8*	*1156,34*	*129,7*
EDV-Geschäftsstelle	0,00	3000,00	0,0	2960,80	0,0
Regionalgruppen	300,00	250,00	120,0	0,00	
Verschiedenes	300,00	250,00	120,0	304,54	98,5
Summe Ausgaben	**13300,00**	**18100,00**	**73,5**	**12172,02**	**109,3**

Reiselust

Eindrücke aus der Karibik

von Bernd Rehberg

Cuba, sozialistisch regierte, idyllische, klimatisch angenehm gelegene Insel mit interessantem Gesundheitsweisen – so hätte der Slogan lauten können, um die VDPP-Reise in die Karibik anzupreisen. Dazu gab es aber keine Notwendigkeit, schnell hatte sich, nachdem der Plan zu einer zweiten VDPP-Reise nach Cuba ausgereift war, eine Gruppe Reiselustiger gefunden. Was passierte, wer fuhr und ausführlich was dort wächst, schildern, in Fortsetzung, die Reisenden:

¡Revolucionar los servicios de salud es ahora una de primera importancia! "Das Gesundheitssystem zu revolutionieren ist jetzt von erster Wichtigkeit!"

Wer aus unserer Generation denkt bei dem Namen Cuba nicht sofort an Fidel, an Che Guevara, an die Schweinebucht, an Raketenstationierung – oh ja, da möchte ich mal hin, dieses Land ein Mal besuchen! Fidel Castro mit seinen 77 Jahren ist auch nicht mehr der Jüngste – und was passiert mit dem Land, wenn es ihn mal nicht mehr gibt? Kommt dann die Kralle des amerikanischen Kapitals und holt sich die Perle der Karibik mit Korruption, Mafia und Prostitution zurück, die das Kapital nach der siegreichen Revolution verloren hatte? Oder vielleicht doch nicht?! Und dann ist dort doch unser VDPP-Mitglied Christiane Hefendehl. Ist die nicht mit einem Cubaner verheiratet? Hat sie nicht letztes Mal auf der MV in Hannover 2002 ein süßes kleines Baby voller Stolz präsentiert? Jawohl ist sie, jawohl hat sie. Die Chance muss beim Schopf ergriffen werden: "Christiane kannst du nicht mal was für uns organisieren? Was Spezielles, was uns VDPPler interessiert? Ja, sie kann, und sie hat. 14 Tage Cuba, 14 Tage eintauchen in Dschungel, Sonne und Schwüle. 14 Tage in Fröhlichkeit, Freundlichkeit, Musik, Salsa und schwingende Hüften. (Männer haltet euch fest, sonst fallen euch die Augen aus.) Und 14 Tage Programm. Wir hören in Deutschland immer wieder, das Gesundheitswesen in Cuba ist "Spitze". Spitze für die 3. Welt und Lateinamerika! Wir wollten es, speziell für den Bereich der Pharmazie, mit eigenen Augen sehen. Pflanzenanbau, Produktion und Kontrolle. Und nicht zu vergessen die pharmazeutische und medizinische Ausbildung! So haben wir jeden Tag Programm gehabt, begleitet vom deutsch sprechenden Malcolm in Pinar del Rio und Frau Professor Isabel Alfonso Rivera - sie lehrt an der medizinischen Hochschule - in der Hauptstadt Cubas, Havanna.

Start mit Cubana

Wir starten in Frankfurt/Main um 6.55 Uhr mit "Iberia" (für Bernd aus Hamburg bedeutete das um 23 Uhr mit der Bahn ab HH-Dammtor) nach Madrid. Mit "Cubana" um 12.50 Uhr – natürlich gab es in Frankfurt keine Bordkarte für den "Cubana"-Flug, also irrten wir in Madrid von einem "Gate" zum nächsten, bis wir mitbekamen, dass wir richtig auschecken müssen, um dann von draußen neu einzuchecken, gut das wir zwei Stunden Zeit hatten, sonst wäre es eng geworden – ging es dann zehn (!) Stunden mit einer jugoslawischen DC 10 nach Havanna. Nichts mit Bordkino = Actionfilm, Liebesfilm oder Zeichentrickfilm und Anzeige, wo wir uns gerade auf dem Erdball befinden und wie lange schon in der Luft und wie lange noch zum Ziel! Erfahrene "Langflieger" stöhnen jetzt auf: "Das hält doch niemand so viele Stunden ohne Berieselung aus!" Könnt ihr euch die Stimmung im Flieger vorstellen – Lachen, Kindergewusel, überall bilden sich Gruppen im Flieger, wo Platz ist, die sich lebhaft unterhalten – da ist Leben, da braucht es keine Berieselung, das machen die Cubaner selber – und besser! Wir landen um 18 Uhr (+ 6 Stunden Zeitverschiebung, also sind wir von morgens 7 bis 0 Uhr unterwegs = 17 Stunden), die Passkontrolle geht zügig (Christiane hatte uns gewarnt: nicht drängeln, das kann lange dauern), der Zoll verschwendet keinen Blick auf uns. Wir treten raus in die Halle und werden begrüßt von zwei DIN A 3 Plakaten mit VDPP. Malcolm begrüßt uns. Fit und froh angekommen zu sein, besteigen wir einen Mercedes-Kleinbus und fahren 150 km nach Pinar del Rio in den Westen Cubas. Im Hotel Pinar del Rio begrüßen uns Rosado und

Reinaldo, ein Freund von Christianes Mann. Wir bekommen einen herrlich erfrischenden Begrüßungscocktail und schreiten zum Nachtmahl am Pool. Malcolm übersetzt und so können wir uns gut verständigen. Nachtmahl am Pool – hört sich gut an, ist auch gut - aber die Mücken. Ein Glück, dass es Autan gibt.

Erste Eindrücke aus dem Westen

Jetzt wird es aber mal Zeit kund zu tun, wer denn überhaupt mitgefahren ist. Wir waren acht Reisende. Es wären sehr gerne viel mehr mitgekommen, aber die Zeit und das liebe Geld. 2.000 Euro ist für viele VDPPler eben nicht so einfach zu "wuppen",

auch vor dem Hintergrund der "ungewissen, wissenden" Apothekensituation. Ja, das war für vier VDPPler der Grund, die Reise abzusagen! So sind mitgefahren: Bernd Bähr, Gudrun Hahn, Dorothea Hofferberth mit Sohn Matthias und Freundin Janine, Bernd Rehberg, Christl Trischler und Karin Walter. Wir nehmen unsere Zimmer ein. Die Klimaanlage läuft, läuft aber so laut, dass wir sie zum Schlafen ausstellen müssen. Also wird es schön warm im Zimmer, so das mehr als ein Bettlaken uns umbringen würde.

Morgens nimmt uns Olga-Lidia unter ihre Fittiche, sorgt für Milch und Kaffe, reichlich Obst, Salat, Brot und Eier. Reinaldo blickt immer wieder einmal herein und Francesco, unser Fahrer, fährt uns sicher durch den chaotischen städtischen Verkehr und noch sicherer über Land zu den Highlights. Alle bemühen sich um uns und wollen uns den Aufenthalt in Kuba so angenehm wie möglich machen. Wir merken, hier gibt es persönliche Kontakte, von denen wir in Pinar del Rio sehr profitieren! Den Unterschied merken wir dann später in Havanna, wo wir Touristen wie viele andere sind. Man kümmert sich auch hier um uns, aber dies kleine Quäntchen "persönlich" fehlt eben in der Hauptstadt.

Die Natur, die Schönheit der Landschaft, die Sonne, die Wärme: es ist überwältigend. Und dann die Menschen: auf den Straßen, am Straßenrand und auf den Feldern. Wo wollen die bloß überall hin? Trampen ist normal. Es besteht die Pflicht eines jeden Cubaners, Tramper mitzunehmen, wenn er Platz hat. Busse sind rar, man kann sagen, es gibt sie nicht. Und so stehen sie an den Straßen: Arbeiter, Soldaten, Schüler in ihren Schuluniformen, Hausfrauen, Mütter mit ihren Kinder, Arbeiterinnen – mit und ohne Gepäck, aber natürlich meist mit Gepäck, mit viel Gepäck!

Sie sind unterwegs zu Fuß, mit dem Fahrrad und auf alten Treckern. Sie stehen auf den Ladeflächen der klapprigen Lastwagen zu dritt, zu zehnt und auch eingepfercht zu 50 bis 70. Die, die am Rand stehen halten sich fest, die anderen in der Mitte stehen freihändig. Eine gefährliche aber luftige Angelegenheit vor allem in der Mittagshitze. Immer noch besser, gefährlich und luftig, als in einem stickigen Bus eingepfercht zu sein! Großes Hallo gibt es und alle packen mit zu, wenn Männlein oder Weiblein, alt oder jung seitlich über die Aufbauten heraufklettern oder herunterklettern müssen. Glaubt mir, es gibt noch weitere Fortbewegungsmittel: Pferde mit einem Reiter und manchmal auch mit zweien, Pferdekarren mit einem Pferd und Pferdefuhrwerke mit zwei Pferden, ja sogar mit Ochsengespannen sind die Cubaner unterwegs - und massenhaft mit Fahrradrikschas. Einer strampelt und zwei lassen sich unterm Sonnendach kutschieren. Kommt man von der Stadt aufs Land, wird es zwar weniger, hört aber niemals ganz auf: ganz Cuba ist auf den Beinen!

Diese Natur, diese Sonne, dieses Grün: umwerfend. Wunderschöne Ebenen, grüne Täler und waldbestandene Berghänge. Es gibt diese schöne Geschichte vom Valle de Vinales. Diese Ebene heißt bei den Cubanern Ancon. Ein Maler hat diese Ebene gezeichnet und sie auf einer Ausstellung in New York gezeigt. Die Besucher waren begeistert: "Wunderbar, diese Phantasie!". Der Maler ganz verwundert: "Wieso Phantasie?" "Na ja, so etwas gibt es doch gar nicht in Wirklichkeit!" "Doch gibt es in Cuba, es ist eine Ebene im Westen Cubas." "Niemals, das glauben wir nicht!" "Gut dann

kommt mit, ich zeige sie Euch." Und wirklich, sie sind nach Cuba gefahren und als sie in die Ebene sahen, sind ihnen die Tränen ob der Schönheit diese Tales gekommen – so sind sie, die emotionalen Künstler!

So wohnen die Cubaner

Jetzt denkt ihr sicher: toll, toll, das war es dann an Besonderheiten in Cuba. Aber nichts da, weit gefehlt. Es gibt neben Havanna noch ein weiteres Highlight in Cuba. Nein, nein ich meine nicht die alten Chevrolets und die alten amerikanischen Schlitten, die natürlich traumhaft sind, restauriert in Chrom und Glanz oder verkommen klappernd und röhrend, die schwarze Auspufffahne hinten herausschleudernd. Und in jeder quietschenden Kurve wartet man auf das erlösende Zusammenkrachen der Achsen, denn nur selten sieht man sie nur mit dem Fahrer bestückt: Vier, fünf, sechs Kinder und Erwachsene quetschen sich fröhlich in zwei Schichten übereinander auf die zerschlissenen herrlich durchgehenden – ach, wie haben wir in den 60er- und 70er-Jahren die Amerikaner beneidet mit den durchgehenden Sitzbänken, auf denen man so herrlich, wie rein zufällig, hinüberrutschen konnte - aber sie fahren und fahren und fahren.

Das Highlight sind die alten Kolonialbauten. Straßen rechts und links mit säulenbestückten, ein- oder zweigeschossigen Häusern.

Es sind Wohnhäuser, die eins nach dem anderen die Hauptstraße entlang stehen, die wie kleine Paläste mit Arkaden von Steinsäulen an der Straßenfront aussehen - mit dem Charme des "Dekadenten", in denen cubanische Arbeiter, Angestellte, normale Familien wohnen. Sicher haben dort in Zeiten spanischer Besetzung und amerikanischer Vorherrschaft die Wohlhabenden residiert, die das nötige Kleingeld hatten, diese Häuser zu bauen und zu erhalten. Heute frage ich mich, wie lange werden diese Haziendas mit Holzterrassen, die heute als Bürgersteige mitbenutzt werden, noch halten. Sie sehen stabil aus und sind mit hellen Farben angestrichen – blau, grün, gelb, ocker, rot – doch guckt man genauer hin, sieht man den Verfall. 20 Jahre noch? 100 Jahre noch? Es wird sicher versucht, die Gebäude zu erhalten, weil der Cubaner sie ja als Dach überm Kopf braucht. Aber wie soll das bei der Masse von Häusern ohne Riesenkapital gelingen? Kann nicht gehen, macht ja auch nichts, noch halten sie ja, noch können wir ja in ihnen wohnen und es uns gemütlich machen. Genau das ist der Eindruck, das ist das "Dekadente", wenn wir durch die Straßen fahren. Und nicht etwa nur in Pinar del Rio, als mittelgroßer Stadt, sondern auch in den kleinen Städten, den Dörfern und sogar an den Landstraßen durch die wir kommen bei unseren Sightseeing-Touren über Land.

Blick nach Havanna

Genau das Gleiche finden wir natürlich auch in Havanna, der Hauptstadt Cubas. Die UNESCO pumpt erheblich Mittel in die Erhaltung und Restaurierung dieser wunderschönen Villen. Sie gehören zum Weltkulturerbe. Aber es sind so unendlich viele Häuser, die alle erhaltenswert wären – das könnte kein Land, weder in Europa noch im reichen Amerika schaffen. Also verfällt der Großteil dieser Häuser. Erstaunlicherweise, oder gerade gar nicht erstaunlicherweise - in Havanna viel mehr als auf dem Lande! Aber zum Wohnen werden sie in beiden Regionen genutzt. Auch das macht Havanna, wie wohl viele große Städte in der 3. Welt, so ungewöhnlich charmant: hier wohnen und leben noch die Menschen in der Innenstadt!! Hier gibt es kein Problem der entvölkerten Innenstädte. Wir gehen durch enge Straßen und gucken durch schmale Türen in enge Treppenhäuser, in dunkle Gänge, von denen Außentreppen hoch laufen mit Mauern am Ende, die von etwas Licht beschienen werden und in denen es Türen gibt, die wer weiß wohin führen. Wir blicken von der Straße direkt in Wohnstuben mit Couch, Sessel, Sideboard, Kohleherd und Fernseher - der natürlich läuft. Davor sieht man ältere Männer oder Frauen in Pantoffeln sitzen bzw. meistens liegen, oder es wuseln Kinder mit Dreirad oder Bällen herum, die mal lauter oder leiser schreien und nur von den Befehlen der Mütter übertönt werden. Das Leben auf dem Lande spielt sich hier in der Innenstadt einer Metropole ab.

Dann öffne ich eine dieser kleinen schmalen Türen am Straßenrand – man ist ja neugierig - und stehe in einer riesigen Werkhalle, 20 Meter hoch mit mehreren Ebenen, dunkel, nur von ein paar Glühbirnen schemenhaft beleuchtet. Ein Ende der Halle ist nicht zu erblicken, höchstens zu erahnen. Auf den Ebenen, 5, 10 und 15 Meter hoch, jeweils mit Eisengeländer abgesichert, stehen riesige Maschinen, hängen Ketten an Flaschenzügen. Alles im Halbdunkel. Wahnsinn – in der Innenstadt von Havanna eine "Matrix"-Atmosphäre. Kein Mensch zu sehen, totale Ruhe, nur der Lärm von draußen dringt herein. Erstaunlich, überwältigend.

Menschen und Musik

Dies alles ist so völlig anders als bei uns in Deutschland. Und genau so anders ist das wichtigste dieses Landes: ihre Menschen! Geprägt von der wechselvollen Geschichte, von der Sonne und dem Inseldasein vor der Küste Nordamerikas, strahlen sie ein besonderes Selbstbewusstsein aus. Sie haben die Amerikaner in ihre Schranken gewiesen, haben dem Kapital getrotzt. Die Mischung aus schwarz und weiß bringen besonders hübsche und interessante Gesichter hervor. Der relative Mangel an allem und die viele Bewegung lassen mich wesentlich weniger dicke Menschen im Straßenbild, sowohl auf dem Lande, als auch in den Städten, sehen, als in Amerika oder Europa. Was fasziniert, ist ihr Gang. Rhythmus und Musikalität drücken ihre Bewegungen aus. Egal ob jung oder alt, ob Mann oder Frau. Wobei mir das bei den Frauen natürlich am meisten auffällt und begeistert. Verwunderlich ist das nicht, denn in jedem Straßenrestaurant, und von denen gibt es viele, spielt eine Combo karibische Rhythmen. Du gehst durch Havannas Innenstadt und hörst an jeder Ecke herrliche Musik. So bekommen schon die Kinder diese Musik mit der Muttermilch eingesogen. Und da der Schulunterricht sich meistens draußen auf den Plätzen unter schattigen Bäumen abspielt, tanzen schon die Kleinsten im Rhythmus der Musik. Ein Bild, das ans Herz geht. Die kleinen 4- bis 10-Jährigen, in ihren Schuluniformen, wie sie sich im Rhythmus der Musik bewegen. Jungen und Mädels als Gruppe im Kreis stehend, alleine, oder selbst wenn sie Schlangen bilden, wiegen sie sich im Rhythmus der Musik – ein einzigartiges Bild im Zentrum Havannas.

Die Schattenseite

Zum Schluss möchte ich aber doch von meiner Begeisterung für Kuba wieder auf den Teppich zurückkommen. Einen Tag, bevor wir nach Hause zurückgeflogen sind, hören wir in den Nachrichten, dass mehrere Journalisten wegen ihrer Artikel zu bis zu 20 Jahren Gefängnis verurteilt worden sind – nicht öffentlich! Kuba ist eine Diktatur, und ich habe den Eindruck, je älter Fidel wird, desto schlimmer wird die Unterdrückung der freien Meinungsäußerung. Natürlich, Kuba liegt in Sichtweite von Florida, in Sichtweite des amerikanischen Kapitals und zu gerne würden die Amerikaner Kuba wie Hawaii als **ihre** Ferieninsel zurück haben, wieder unter den Einfluss **ihres** Kapitals bringen!! Nur ist der Weg der Unterdrückung der Bevölkerung Kubas der Richtige, das zu verhindern?! Ich befürchte nein. Und wenn Fidel als Integrationsfigur einmal nicht mehr sein wird, wird das sozialistische System zusammenbrechen und das Kapital die Ausbeutung Kubas in allen Bereichen übernehmen. Wird es dann für die Kubaner ein besseres Leben geben? Ich befürchte: **nein.**

Das grüne Krokodil
Botanische Eindrücke aus Cuba, Teil 1

von Christl Trischler

Grünes Krokodil ist ein Spitzname für Cuba. Warum? Weil die Insel die Form eines Krokodils hat? Na ja, aber die Farbe grün, das stimmt zumindest für den westlichen Teil Cubas, den wir besucht haben.

Die üppige Vegetation in den westlichen Landesteilen um Pinar del Río, in Vinales, Soroa und Las Terrazas lässt das Herz eines jeden Pflanzenfreundes vor Freude hüpfen.

Gleich bei der abendlichen Fahrt vom Flughafen nach Pinar del Río fielen uns die unzähligen, alles überragenden **Königspalmen** auf, majestätische Bäume mit bis zu 50 Metern Höhe. Diese Palme trägt den stolzen Namen **Roystonia regia**, sie ist das Wahrzeichen von Cuba und eine der 3 endemischen Palmenarten im Lande. Alles an ihr kann verwertet werden. U. a. dienen die Früchte als Schweinefutter, das untere, glatte und weiche Drittel der riesigen bis zu 8 m langen Blätter dient zum Einpacken der Tabakblätter, damit sie feucht bleiben, und zum Verkleiden von Hütten. Ein paar Tage später entdeckten wir das Hüllblatt, **penca**, des Blütenkolbens als dekorative Unterlage für ein gegrilltes Spanferkel. Die Palme ist außerdem eine hervorragende Honigpflanze. Honig mit Gelee royale ist ein Exportartikel Cubas und wird dort in den Apotheken verkauft. Die Königspalme ist in der cubanischen Religion dem Gott Chango zugeordnet, dem Herrn der Blitze, des Donners und der Manneskraft.
Die zweite endemische Palme ist die "**schwangere Palme**", auch big belly palm genannt: Palma barrigoa oder Colpothrinax wrightii. Sie hat einen verdickten Stamm und sieht damit etwas ulkig aus. Bei einer Raststation hatten die Leute damit sehr dekorativ ein Restaurant gebaut.

Die dritte endemische Art ist eigentlich gar keine Palme, sie heißt **Korkpalme**, **Microcycas calocoma**, und sie gehört zu der uralten Pflanzenfamilie der Baumfarnen oder Cycadeen, einer Pflanzenfamilie, die bereits zur Zeit der Saurier existierte. Malcolm, unser Dolmetscher zeigte sie uns bei einem kleinen Spaziergang abseits der Straße. Sie sieht aus wie eine kleine Palme und ist wirklich sehr selten.

Am nächsten Morgen gleich beim Blick vom Balkon in den Hotelgarten fiel mir der nächste große Baum auf, direkt vor meiner Nase befand sich ein **Ceiba-Baum**. Er heißt auch Kapokbaum oder Baumwollbaum. In seinen Früchten finden sich unzählige kurze seidenweiche Fasern, die als Kapok zum Füllen von Kissen u.ä. verwendet werden. In ganz Südamerika spielt dieser Baum in der Volksreligion eine große Rolle, er gilt als heilig, in Cuba ist er dem Gott Ogung, dem Gott der Kraft und des Krieges zugeordnet.

Das berühmte Tabaktal Viñales

Unser erster Ausflug galt Viñales, mitten in eine phantastische Landschaft mit seltsamen steilen Hügeln, Mogotes genannt, mit Höhlen und unterirdischen Flüssen. Die Mogotes sind überzogen mit üppigen Grün. Ich hatte den Eindruck, sämtliche mir bekannten Büropflanzen z. B. Philodendron, Scheffleria und Monstera haben hier ihre Heimat. Was bei uns mühselig und mager ein Fenster umrankt und sich durch Aktenregale windet, klettert hier in verschwenderischer Fülle und Größe in schwindelnde Höhen die Bäume und Felsen hinauf in bester Gesellschaft mit Bromelien und Tillandsien, vermutlich auch mit Orchideen. Es ist kein Durchkommen durch diese Pflanzengesellschaft.

Besser zu identifizieren waren die Bäume am Straßenrand. Einer fiel uns sofort ins Auge, der **Baum der Touristen**, Almastigo, **Bursera simaruba**. Er wird so genannt, weil seine Rinde exakt so aussieht wie die Haut eines Touristen nach 2 Tagen Strand, nämlich rotbraun und in Fetzen herabhängend. Oder ein kleiner Baum, genannt **Baum der Liebespaare**, **Clusia regia**, er wird so bezeichnet, weil seine Blätter dick genug sind um dort Botschaften einzuritzen, offensichtlich eine Sitte, die auf der ganzen Welt praktiziert wird. Bei uns sind es halt Eichen, in deren Rinde die Herzchen eingeritzt werden.

Weniger auffällig ist ein kleiner Baum eher ein Strauch, aus dessen Früchten eine Art Likör gewonnen wird, der **Guajabita**. Natürlich haben wir dieses Getränk probiert in einer süßen und einer herben Variante und wir haben uns auch die dazugehörige Fabrik angesehen. Später habe ich dann entdeckt, dass diese Pflanze **Psidium guabita** verwandt ist mit **Psidium guajava**,der **Guave**. Die **Guave** ist eine Frucht mit extrem hohem Vitamin-C-Gehalt. Sie enthält sehr viele Samen und ist deshalb am besten als Saft, beziehungsweise als Mus oder Gelee zu genießen. Etwas waghalsig haben wir uns auf der Straße für wenig Pesos so einen Guavenriegel gekauft, er hatte in etwa die Konsistenz von Quittengelee, hat super geschmeckt und wir haben keinen Durchfall davon bekommen.

Einige der erwähnten Pflanzen kann man auf folgenden Internetseiten betrachten: pharm1.pharmazie.uni-greifswald.de/gallery/framgall.htm; die Nationalpflanze zumindest einmal im Bilde findet sich auf: www.santiago-de-cuba.info/content/a_pflanzen_2.htm.
Ein gutes Buch zum Thema ist der Bärtels, A.: Farbatlas Tropenpflanzen, ISBN 3-8001-3468-3.

Der Garten der alten Dame

Kurz vor Pinar del Río machten wir Halt bei einem botanischen Garten

oder, wie ich es nennen würde, beim "Garten der alten Dame". Das ist ein sehr persönlicher Garten, eine bunte Mischung von Zier- und Nutzpflanzen, mit verschlungenen Wegen und seltsamen Dekorationen z. B. Gartengeräte, Babypuppen und anderes Spielzeug hoch in den Bäumen, ein verwunschener Platz, mitten drin das Häuschen der alten Dame. Sie hat diesen Garten geschaffen und lebt hier in einem Haus voller Erinnerungen.
Auf der Terrasse war ein Tisch, voll beladen mit den Früchten des Gartens, aufgebaut. Wir konnten von allen ein bisschen probieren. Es gab Bananen in verschiedenen Varianten, Orangen, Ananas, Papaya, Melonen. Mamey, Guaven, Mangos. Außerdem waren auch noch einige Knollenfrüchte aufgebaut. Die meisten sollten wir im Lauf der nächsten Tage als sättigende Beilagen kennen lernen: u. a. die **Süßkartoffel** oder "boniato" von **Ipomea batatus**. Süßkartoffeln enthalten ca. 50 % mehr Kalorien und bis zu 11 % mehr Proteine als unsere Kartoffeln - kein Wunder also dass wir davon mehr als satt wurden.
Oder **Manioc**, genannt Yuca oder **Casabe**, weltweit angebaut in über 30 Varianten, das Rhizom einer Aracaceenart. Kaum davon zu unterscheiden **Malanga** oder Taros, das Rhizom einer **Colocasia** Art und natürlich die **Yamswurzel** von verschiedenen **Dioscorea-Arten**.

Während unserer Reise haben wir kaum Kartoffeln zu essen bekommen, geschweige denn Pommes frites. In Havanna haben wir uns einmal an einem Stand ein paar Pommes leisten wollen. Das Tütchen war winzig und zu unserem Entsetzen streute der nette Verkäufer Puderzucker drüber. Die vermeintlichen Pommes entpuppten sich als, leckere "churros", ein süßes Gebäck.

Von den vielen Pflanzen in diesem Zaubergarten blieben mir folgende in Erinnerung:
Bixa orellanna, der **Lippenstiftbaum**, dessen Frucht viele kleine Samen enthält, die intensiv rot färben. **Medinilla**, ein Baum mit prachtvollen Blüten. **Hibiscus elatior** , ein Baum mit den bekannten Hibiscusblüten. **Bougainvillea** in vielen unterschiedlichen Farben und der **Zimtapfel**, Annona muriatica. **Flamboyant**, Delonix regia oder Royal poinciana. **Frangipani**, Plumeria rubra, einer der schönsten Tropenbäume mit intensivem Duft und der **Jackfruchtbaum**, Artocarpus heterophyllis, Jaqueira, dessen Samen geröstet gegessen werden und ähnlich schmecken wie Maronen.

Doch es gab noch viel mehr, einige **Viburnum-Arten**, **Trascentia-Arten**, **Quimbombo** (Abelmoschus esculentes), die Früchte sind die bekannten Okraschoten, **Lengua de vaca** - übersetzt die Zunge der Kuh, Sanseviera trifasciata, auch eine allbekannte Büropflanze, **Carica papaya**, ein sehr schnell wachsender Baum, der bereits im ersten Jahr Früchte trägt, der **Kalebassenbaum** (Crescentia cujete oder Guira), aus dem Kalebassen, Gefäße z. B. für Matetee hergestellt werden. Die Formen entstehen durch Einschnüren der noch unreifen Früchte. In Cuba werden die maracas, eine Art Rasseln, daraus hergestellt. Das Fruchtfleisch riecht unangenehm faulig, wird aber in der Volksmedizin verwendet.

Eugenia malaccensis die Frucht sieht aus wie eine kleine Birne, heißt pira und schmeckt wie ein Apfel.

Ravenala guianensis, der **Baum der Reisenden**, verspricht den Vorbeikommenden Erfrischung. In den Blattscheiden sind jeweils etwa 250 ml Wasser gespeichert. Wenn man es geschickt anstellt, könnte man dieses Reservoir anzapfen und im Notfall trinken. In Cuba sicher selten notwendig, denn Wasser gab es zumindest im Freien und während unserer Reise reichlich ...

Jacaranda acutifolia ist nicht nur im Garten der alten Dame eine Zierde, sondern weit als Zierpflanze verbreitet. **Monstera deliciosa**, das **Fensterblatt**, allgegenwärtig in unseren Hotelhallen, wächst in Cuba häufig, die Früchte sind essbar

Theobroma cacao, der **Kakaobaum** mit seinen kauliformen Früchten, wird auf der grünen Karibikinsel ebenso angebaut wie der Kaffee.

Was ich nicht gesehen habe, war die Nationalblume Cubas, die weiße **mariposa**, oder butterfly jasmin, Hedychium coronarium Koenig. Mariposa heißt Schmetterling. Die Blüte soll sehr attraktiv sein.

(Fortsetzung folgt)

Protokoll der Vorstandssitzung vom 14. Mai 2003

Anwesend: Bernd Rehberg, Thomas Schulz, Thomas Hammer, Jürgen Große, Udo Ament und als Gäste Christa Augustin, Gudrun Meiburg, Uschi Blöcker
Beginn: 19.15 Uhr

TOP 1: **Wahl von Versammlungsleiterln und ProtokollführerIn**
Leitung: Jürgen Große
Protokoll: Uschi Blöcker

TOP 2: **Genehmigung der Tagesordnung**
Die Tagesordnung wurde ohne Änderung genehmigt.

TOP 3: **Protokoll des letzten Vorstandstreffens**
Das Protokoll des letzten Vorstandstreffens vom 25.01.2003 wurde mit minimalen Änderungen genehmigt, die von Uschi eingefügt werden und per E-Mail an Jürgen für den Rundbrief weitergeleitet werden sollen.

TOP 4: **Beschlusskontrolle**
a) *Bernd fragt Ulf Thomas nun doch noch nach einem Kostenvoranschlag für die Erstellung eines VDPP-Plakats unter den Vorgaben aus dem Protokoll vom 25.01.03.*
b) *Gudrun Meiburg hat die Organisation der MV fest in der Hand: Einladung ist verschickt, Hotels sind vorreserviert.*

TOP 5**: Bericht aus der Geschäftsstelle**
a) Freistellung und Gemeinnützigkeit des Vereins sind bis 2001 genehmigt.
b) Das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung bittet um Aufnahme in den Verteiler.
c) Die Bibliothek der Universität Braunschweig mahnt den noch nicht erschienen Rundbrief an.
d) Um Verlinkung der VDPP-Homepage mit Medeor wird gebeten. (*soll weitergeleitet werden – keine Gegenstimmen*)
e) Es existieren bereits 4 Anmeldungen für die MV am 20.06.2003.

TOP 6**: Kassenbericht**
Udo Ament legte den Kassenbericht für das erste Quartal 2003 vor.
Es gab keine Einwände.
Beschluss: 125.- Euro sollen noch an den German Health Found für den Vortrag beim Frühjahrsseminar gespendet werden – das entspricht dem Honorar der anderen Vortragenden.

TOP 6a**: Finanzplan**
Udo A. legte einen ausgeglichenen Finanzplan vor.
Geklärt werden müsste, ob der VDPP ein Herbstseminar oder ein Frühjahrsseminar anbieten soll. *Die Mehrheit der anwesenden Vereinsmitglieder war für die Beibehaltung des in diesem Jahr so erfolgreichen Frühjahrsseminars.*

Diskutiert wurde wieder über die Höhe der Mitgliedsbeiträge – einige Mitglieder zahlen noch immer weniger als den Mindestsatz - eine Beitragsliste wurde von der Geschäftsstelle vorgelegt. *Es besteht Handlungsbedarf – allerdings wurde beschlossen eine Angleichung erst im nächsten Jahr wieder zu diskutieren, wenn die Auswirkungen des Beitragssatzsicherungsgesetzes auf Gewinne und Gehälter wirklich bekannt sind.*

Kassenbericht und Finanzplan werden auf der MV von Jürgen Große vorgestellt, weil Udo A. im Urlaub ist.

TOP 7: **Bericht aus den Regionen**
In Hessen hat am 12.05.03 ein Regionaltreffen mit 5 Mitgliedern stattgefunden.

Gesprächsthemen: Beitragssatzsicherungsgesetz – Marathon – Orthomol
Bernd Bähr von der Rotlindapotheke hat die Positionen des VDPP bei einer Mitgliedsversammlung des VDÄÄ vertreten.

Die Regionalgruppe Berlin hat erfolglos Biggi Bender von den Grünen zu einem Gespräch eingeladen. Anlass dafür war ihr Auftreten auf dem Apothekertag 2002.

Hamburg hat sich in diesem Vierteljahr aus unterschiedlichsten Gründen unregelmäßig getroffen – soll jetzt aber wieder besser werden.
TOP 8: **Aktuelle Gesundheitspolitik**
Was soll man dazu sagen....
Es tut sich nichts....
Keine Mehrheiten im Bundestag um zu Beschlüssen zu kommen.

AMPreisVO: soll nur für öffentliche Apotheken gelten – nicht für Versandhandel;
Festzuschlag angedacht mit 8,55 Euro + 3 % - 1 Euro Abschlag für die Kassen könnte eine Chance sein.
Wie soll das im OTC-Bereich aussehen? Freigabe dieser Preise wäre tödlich!
Positivliste...
Mehrbesitz...
Qualitätssicherung...
Es wurden viele Wege diskutiert – Meinungen müssten öffentlich gemacht werden .
Wer hat Zeit schriftlich etwas zu äußern?

TOP 9: **Mitgliederversammlung 2003**
Es sollten einzelne Themen zur Gesundheitspolitik für eine flüssigere Diskussion erarbeitet werden, die der Strukturierung der MV dienen.

Vorstandswahlen: Udo A. stellt sich **nur** für die Finanzen zur Verfügung. Bernd R. und Thomas S. kandidieren für den Vorstand.

Jürgen und Thomas H. ziehen sich zurück – Jürgen will aber noch für den Rundbrief am Ball bleiben.
Für das Amt der Rechnungsprüfer haben sich Jürgen und Uschi zur Verfügung gestellt.

Protokoll: Katja wird gefragt.
Versammlungsleitung: Gudrun Hahn wird gefragt – sonst Bernd Rehberg.

TOP 10: **Rundbrief**
Erscheint noch vor der MV.
Stellungnahmen von Thomas S. zur Positivliste und von Ralph Däubner zur Gesundheitsreform sollen noch eingearbeitet werden.

TOP 11: **Verschiedenes**
Termine: Nächstes Vorstandstreffen auf der MV am 20.06.03, abends
Hamburger Regionalgruppe: 28.05.2003 19 Uhr 30 bei Bernd.

DOKUMENTATION

Hier steht, was um uns herum passiert, welche Meinungen außerhalb des Vereins vertreten werden und all das, was der Redaktion selbst oder mit Hilfe vieler kleiner lesender Vereinshelferchen (Einsendungen für diese Rubrik bitte an die Redaktionsadresse, siehe Impressum!) zusammengetragen hat.

Das Forum Leipzig, Bundesverband nichtselbstständiger Apothekerinnen und Apotheker, hat uns ihren Bericht des Apothekertages und die Stellungnahme zur Erstattungspflicht zur Verfügung gestellt.
Mit der Problematik von HIV und dem Zugang zu den notwendigen Medikamenten beschäftigte sich eine Stellungnahme von BUKO – Bundeskoordination Internationalismus – im September. Die Pharma-Kampagne der BUKO setzt sich für einen rationalen Gebrauch von Arzneimitteln ein und arbeitet im Netzwerk Health Action International mit.

FORUM LEIPZIG

Bundesverband nichtselbständiger Apothekerinnen und Apotheker

---

Liebe KollegInnen,

wie jedes Jahr ein kleiner Bericht zum Apothekertag 2003 in Köln.

An diesen Apothekertag waren im Vorfeld große Erwartungen geknüpft worden. Es war die Rede von dem "wichtigsten Apothekertag seit 1958" (Niederlassungsfreiheit) In vielen Veröffentlichungen in der Fachpresse – vor allem in Form von Leserbriefen - war die Arbeit der ABDA angegriffen worden. Auch Forderungen nach Rücktritt des ABDA-Vorstandes wurden laut. Die Anspannung war den Offiziellen deutlich anzumerken. Und dann passierte *Nichts*! Der Apothekertag verlief in einer sachlich ruhigen, sehr disziplinierten Atmosphäre, so dass der offizielle Teil bereits am Freitag Abend zu Ende war. Hatten die ABDA-Gegner bei den Delegierten nicht genügend Unterstützer gefunden? Konnten sie keine Alternativen anbieten? War den Delegierten bewusst, dass an dem neuen Gesetz im Grundsatz nichts mehr zu ändern ist und Widerstand nutzlos vergeudete Energie?

Man hätte auch erwarten können, dass das Motto des Apothekertages "Herausforderung annehmen – Zukunft gestalten" die Diskussionen anfacht und eine Aufbruchstimmung und Ideen erzeugt. Wiederum weit gefehlt.

Unser "worst case" - Antrag, der die ABDA auffordert, Modelle für die zukünftige Sicherstellung der ordnungsgemäßen Arzneimittelversorgung und auch für freigesetzte KollegInnen zu entwickeln, wurde als erster Antrag ohne irgendeinen Diskussionsbeitrag mit überwiegender Mehrheit angenommen. Wir waren völlig verblüfft. Frau Holtkamp hat darum in Abstimmung mit dem Vorstand einen Kommentar für die Fachpresse verfasst, den Sie sicherlich inzwischen gelesen haben.

Zu unserem Antrag zum zukunftsweisenden Berufsbild (als Leitantrag mit der Kammer Hessen in Vertretung der Studierenden) wurde ein Änderungsantrag der Kammer Bayern eingebracht, der schon in der Antragsformulierung die Kammern und Verbände in die Pflicht nimmt. Dem konnten wir selbstverständlich zustimmen.

Von der DAZ wird dieser Antrag als einer der wichtigsten bewertet. Ich wünsche mir, dass dieses Thema zu dem Zentralthema des nächsten Apothekertages wird.
Auch unsere Forderung nach interdisziplinärer Fortbildung mit anderen Heilberufen wurde mehrheitlich unterstützt.

Natürlich gab es wie jedes Jahr auch Auseinandersetzungen auf dem Apothekertag. Dieses Jahr, und auch das ist nichts Neues, fand sie zwischen den Krankenhausapotheken und den krankenhausversorgenden Apotheken statt. Bei Einzelverträgen im Rahmen der integrierten Versorgung – auch wenn dies nur zusätzliche pharmazeutische Leistungen betrifft – sind die krankenhausversorgenden Apotheken sowohl gegenüber den anderen öffentlichen Apotheken wie auch den Krankenhausapotheken im Vorteil. Dies wurde auf dem Apothekertag deutlich geäußert und nicht widersprochen.

Die meisten Diskussionen gab es zu ökonomischen Fragen; wer hätte das anders erwartet. Allerdings stellte die Versammlung auch immer wieder fest, dass der Berufsstand bei der kommenden Gesundheitsreform, die für 2006 erwartet wird, nur eine Chance hat, wenn die pharmazeutische Kompetenz in den nächsten Jahren erfahrbarer wird. Wird dies auch von der Basis mitgetragen?

Darüber war man sich nicht sicher; wie auch Herr Friese in seinem Abschlussresümee bemerkte, komme es immer wieder zum Ausdruck, dass es eine nicht unerhebliche Diskrepanz zwischen der Basis und der Hauptversammlung zu geben scheint.

Wird das nächste Jahr das Jahr der Wahrheit? Wer wird überleben; die Pharmazie oder der Kommerz? Erstaunlich ist schon, dass in den auf der Messe angebotenen Kooperationsmodellen der Beitritt mit festen Qualitätsmaßstäben verknüpft ist. Bringt das Gesetz doch die von der Regierung angekündigten Qualitätsverbesserungen? Werden sie sich auch finanziell für die Leistungserbringer auswirken? Denn nur dann werden sie von Dauer sein, wie Herr Dr. Bausch in einem Kommentar auf dem BAK-WIV-Symposium resümierte, als er die zertifizierte Pflichtfortbildung der Ärzte erwähnte. Ich zitiere sinngemäß: Wir haben hier ein riesiges Erwachsenenedukationsprogramm, dass nur im Zusammenhang mit dem Geldhahn erfolgreich sein wird.

Damit komme ich zum zweiten Teil meines Berichtes über das **BAK-WIV-Symposium** am Samstag Nachmittag. Alle Vorstandmitglieder haben diese Veranstaltung besucht. Obwohl viele Delegierte bereits am Samstag Mittag nach Hause gefahren sind, war die Veranstaltung gut besucht. Einen ausführlichen Bericht finden Sie in beiden Fachzeitschriften, so dass ich mich auf einige Punkte beschränke, die in der Diskussion zur Sprache kamen.

Herr Prof. Dr. Schöffski hat in einer echt launigen Art das etwas trockene Thema der Gesetzesentwicklung in Bezug auf die Nutzenbewertung von Arzneimitteln nahe gebracht; es machte Spaß zuzuhören. Ob eine Abtrennung der ökonomischen Nutzenbewertung von der medizinischen Nutzenbewertung, wie in der endgültigen Fassung gefordert, möglich ist, bezweifelte er.

Er vertrat die Ansicht, dass die Trennung der Sozialsysteme – Beispiel Krankenkasse – Pflegekasse sich volkwirtschaftlich ungünstig auswirkt.

Herr Dr. Bausch vom Bundesausschuss Ärzte-Krankenkassen, der im neuen Gesetz gemeinsamer Bundesausschuss heißt und um die DKG und ZKV erweitert wird, hat die Ansicht vertreten, dass für die ökonomische Bewertung der Arzneimittel dieser Ausschuss und nicht das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen zuständig sei. Dieses hätte nur den medizinischen Nutzen zu bewerten (laut Prof. Schöffski der weitaus schwierigere Part) .

Er rechnet bis zur entgültigen Arbeitsaufnahme des Instituts mit ca. 4 Jahren. Er machte auch darauf aufmerksam, dass mit dem neuen Gesetz das erste Mal ausdrücklich Medikamente, die nur der Erhöhung der Lebensqualität dienen - Lifestyle Produkte - von der Erstattungspflicht ausgenommen sind (§ 34 SGB5). Ich zitiere: "Von der Versorgung sind außerdem Arzneimittel ausgeschlossen, bei deren Anwendung eine Erhöhung der Lebensqualität im Vordergrund steht." Dies bedeutet, dass der Begriff Lebensqualität definiert werden muss. Welches ist die Grundqualität und welche geht über das normale Maß hinaus? Bedeutet es auch (nur) eine Erhöhung der Lebensqualität, wenn der Patient durch die Einnahme von Norvasc statt Nitrendipin keinen Flush bekommt oder durch die Verwendung von Torasemid statt Furosemid von einer Schwalldiurese verschont bleibt und dadurch auch schon am Vormittag das Haus verlassen kann. Diese Beispiele lassen sich in meinen Augen beliebig erweitern. Streitigkeiten unübersehbaren Ausmaßes sind vorprogrammiert. Ich erinnere nur an die Auseinandersetzungen im Zusammenhang mit der Substitution bei Drogenabhängigen. Hier sind mal wieder die Patienten die Dummen.

Herr Dr. Timm Vollmer von Glaxo Smith Klinge hat bemängelt, dass die Entscheidungen des Bundesausschusses intransparent seien und lediglich 50 % aller Einwendungen von Sachverständigen berücksichtigt würden. Dies soll in Zukunft anders werden, da alle Nutzenbewertungen des Instituts veröffentlicht werden müssen. Das Institut trifft allerdings keine Entscheidungen. Hierfür ist weiterhin der Bundesausschuss zuständig.

Herr Prof. Glaeske verteidigte selbstverständlich die Notwendigkeit des Institutes, bestätigte aber, dass nicht in allen Fällen sofort bei der Zulassung eine Nutzenbewertung möglich ist. Für diese Fälle hält er eine befristete Zulassung mit der Auflage von Reallife-Studien für möglich.

Er wies darauf hin, dass es bereits heute schon viele Studien zur Lebensqualität gäbe, diese aber nicht zum Tragen kommen, da sie sich nicht auszahlen.

Herr Lipp, Krankenhausapotheker, machte auf die schlechte Verzahnung stationär – ambulant aufmerksam. Viele evident basiert eingestellte Patienten würden von ihrem Hausarzt wieder auf alte Therapieschemata umgestellt. Dies bedeutet häufig die schnelle Rückkehr der Patienten in die stationäre Versorgung. Hier haben Ärzte und Apotheker versagt, da es immer noch nicht zu einer sinnvollen Verzahnung ambulant – stationär gekommen ist. Die GEK hat letzthin berichtet, dass durch die Einführung der DRG's dieses Problem sich verschärft hat und es durch die DRG's zu einer Kostensteigerung statt einer Kostensenkung gekommen ist. Über den Ruf nach integrierter Versorgung muss man sich da nicht wundern.

Frau Dr. v. der Gathen, Leiterin einer öffentlichen Apotheke, vertrat die Ansicht, dass eine Nutzenbewertung auch für die Medikamente in der Selbstmedikation erforderlich ist. Daraufhin schlug Herr Prof. Dr. Glaeske eine Positivliste für die Selbstmedikation vor. Da frage ich mich, werden wir Apotheker in der öffentlichen Apotheke so eingeschätzt, dass wir nicht in der Lage sind, Nutzenbewertungen auch ohne Liste in die Praxis umzusetzen? Allerdings brauchen wir in der öffentlichen Apotheke noch mehr Unterstützung vor allem im Phytopharmaka-Bereich. Hier will das ZL sich verstärkt einbringen. Ich fordere Sie

daher auf: Achten sie verstärkt auf die Veröffentlichungen des ZL. Wird das Institut unseren Anforderungen gerecht?

Frau Dr. v. der Gathen ging auch auf den Begriff Effizienz ein, die auch im jetzigen Entwurf des neuen Gesetzes weiterhin gefordert wird. Effizient sein bedeutet "das Richtige zu tun" und dafür sind die Apotheker vor Ort unersetzbar, denn die Nutzenbewertung eines Arzneimittels wird dann ad absurdum geführt, wenn der Patient es nicht sachgerecht anwendet.

Und so schließt sich der Kreis. Wie wir in unserem Programm dargelegt haben, gehören Arzneimittel und Apotheker zusammen von der Herstellung bis zur Abgabe an den Patienten. Ich hoffe, dies wird nicht erst dann den entscheidenden Personen bewusst, wenn das Kind in den Brunnen gefallen ist. Gehen wir die Sache in Ruhe an und kämpfen wir weiterhin für unseren Beruf durch die aktive Umsetzung unserer Ziele. Das Gesetz tritt am 1. 1. 2004 in Kraft. Bis alle Möglichkeiten umgesetzt sind, werden mehrere Jahre ins Land gehen.

In diesem Sinne: Ergreifen wir die Chancen!

Antonie Marqwardt
Vorstandsvorsitzende Forum Leipzig
Hamburg, den 3. 10. 2003

Stellungnahme des Forum Leipzig zur Herausnahme der apothekenpflichtigen Arzneimittel aus der Erstattungspflicht der GKV

Da im Entwurf für das neue GMG die Herausnahme der apothekepflichtigen Medikamente aus der Erstattungspflicht weiterhin vorgesehen ist, und die Kriterien bis auf die Zahl der Indikationen gleichgeblieben sind, wenden wir uns an alle Abgeordneten des Deutschen Bundestages.

Wir befürchten, dass die Patienten belastet werden, ohne dass es zu einer Einsparung für die Krankenkassen kommen wird.

Dies wollen wir im Folgenden begründen:
Die Tatsache, dass für diese Regelung bereits drei Ausnahmen vorgesehen sind, bedeutet einen hohen bürokratischen Aufwand, der in sich schon kostentreibend ist.

Zu den drei Ausnahmen im einzelnen ist Folgendes zu sagen:

1. Die Begrenzung auf 12 Jahre enthält eine Gesetzesunlogik, da in Punkt 7.4 des Eckpunktepapiers weiterhin eine Zuzahlungsbefreiung bis zum 18. Lebensjahr vorgesehen ist.
2. Der Missbrauch der Ausnahme für „Jugendliche mit Entwicklungsstörungen" ist nicht oder nur mit hohem bürokratischem Aufwand zu kontrollieren.
3. Die Tatsache, dass auch die Medikation für alternative Heilmethoden in den Indikationskatalog aufgenommen werden soll, (B. Mistelpräparate bei Krebs) führt zu einer Ausweitung über die vorgesehenen und sicherlich auch rechnerisch zu Grunde gelegten 10 - 12 Indikationen hinaus. (Dieser Punkt wurde im Entwurf bereits berücksichtigt – eine Einschränkung der Anzahl der Indikationen ist nicht mehr vorgesehen.)

Schon hier zeigt sich, dass das geplante Einsparvolumen nicht zu erreichen ist.

Es sollten folgende Punkte in die Überlegungen einbezogen werden, die zusätzlich zur Kostensteigerung auch eine gesundheitliche Beeinträchtigung der Patienten befürchten lassen und damit weitere Folgekosten verursachen.

1. Die Compliance ist bereits heute ein großes Problem in der Pharmakotherapie. Viele Patienten, vor allem aus sozial schwachen Schichten, verbinden mit "Nicht-Erstattungsfähigkeit" Unwirksamkeit und werden entweder aus diesem Grunde oder aus finanziellen Gründen eine notwendige Therapie unterlassen mit den Folgen der Verschlechterung des Krankheitsbildes und damit zusätzlicher Kosten für die Krankenkassen.
2. Um dies zu vermeiden und auf Druck der Patienten ist mit einem nicht unerheblichen Teil von Substitutionsverordnungen zu rechnen, sowohl innerhalb der Wirkstoffgruppen (Antiallergika) als auch verschiedener Wirkstoffgruppen (Paracetamol/Novalgin). Dies führt neben einem erhöhten Nebenwirkungsrisiko zu Kostensteigerung, da nach der zukünftigen Regelung verschreibungspflichtige und apothekenpflichtige Präparate einer unterschiedlichen AmPrVO unterstellt werden.
3. Es ist damit zu rechnen, dass die Pharmaindustrie versuchen wird, ihre Präparate in der Verschreibungspflicht zu belassen, um damit die Erstattungsfähigkeit zu erhalten. Dies bedingt neben den genannten Gründen Kostensteigerungen durch einen zusätzlich notwendigen Arztbesuch, auch wenn eine Behandlung im Rahmen der Selbstmedikation ausreichen würde.

Zum Schluss möchte wir noch darauf hinwiesen, dass

1. der einheitliche Arzneimittelpreis dem Schutze der Patienten dient, damit er im Krankheitsfall nicht einer Preiswillkür ausgesetzt ist. Eine unterschiedliche Preisgestaltung für ärztliche Verordnungen gegenüber des Erwerbes zur Selbstmedikation ist nicht vertretbar. Auch lässt sich durch die Preisfreigabe im OTC Markt längerfristig keine Einsparung für den Patienten realisieren, wie Beispiele aus anderen europäischen Ländern beweisen,
2. in Deutschland das Kriterium Verschreibungspflicht – Apothekenpflicht ein reines Arzneimittelsicherheitskriterium ist, dessen Systematik durch die geplante Regelung durchbrochen würde.

3. viele der betroffenen Präparate auf der WHO-Liste der notwendigen Arzneimittel stehen und daher eine Verweigerung der Erstattung nicht vertretbar ist.

Zusammenfassend erklären wir hiermit, dass wir die Herausnahme der apothekenpflichtigen Arzneimittel aus der Verordnungsfähigkeit und die Freigabe der OTC-Preise ablehnen, da

- wir sie für sozial unausgewogen halten
- ein erhöhtes Arzneimittelrisiko zu erwarten ist
- die erwarteten Kosteneinsparungen, wie wir in unserem Schreiben versucht haben darzulegen, nicht realisierbar sein werden.

Wir schlagen stattdessen die Fortentwicklung der Arzneimittelrichtlinien und der Negativliste vor, wobei wir die Einbeziehung praktischer pharmazeutischer Kompetenz für unbedingt notwendig erachten.

Wir bitten Sie dringend unsere Argumente bei Ihren Beratungen über das neue Gesundheitssystem-Modernisierungsgesetz zum Wohle der Patienten mit einzubeziehen.

Antonie Marqwardt
Vorsitzende

FORUM LEIPZIG Bundesverband nichtselbständiger Apothekerinnen und Apotheker
Vereinssitz: Bayerischer Platz 5 10779 Berlin
Bankverbindung: Deutsche Apotheker und Ärztebank Kontonr. 0004353609 BLZ: 68090622 Vorstandsvorsitzende Frau Antonie Marqwardt
Klotzenmoor 38e, 22453 Hamburg
Tel.: 040/511 92 47 Fax: 01212 5 198 03 528
e-mail:a.marqwardt@forum-leipzig.de

BUKO Pharma-Kampagne

Kein Zugang zu AIDS-Medikamenten

Morgen beginnt die Ministerialrunde der WTO in Cancun. Am Samstag, den 30.8.2003, haben die Mitgliedsstaaten der Welthandelsorganisation (WTO) einem Kompromiss zugestimmt, der es Ländern wie Kenia erleichtern soll, billige Medikamente gegen Aids und andere schwerwiegende Erkrankungen zu importieren. Der Vertrag zum Schutz des geistigen Eigentums (TRIPS) sieht vor, dass Länder im Falle eines Gesundheitsnotstandes und bei anderen Umständen den Patentschutz zeitlich befristet außer Kraft setzten können und das Medikament selbst produzieren. Diese Zwangslizenz ist eine Schutzklausel, die die Interessen der Kranken mit denen der PatentinhaberInnen in Einklang bringen soll. Allerdings musste die WTO noch die Frage klären, wie Länder ohne eigene oder mit unzureichender Pharmaindustrie ihr Recht auf Zwangslizenzen nutzen können. Allen voran die USA haben sich bis zuletzt gegen eine Lösung im Sinne der Armen gesperrt. Der jetzt erzielte Kompromiss ist denkbar ungeeignet, den Zugang zu den überlebensnotwendigen Medikamenten für die Armen zu verbessern.

- **Die Formulierungen sind politisch angreifbar.** Das umstrittene Vorwort hat zwar keine Rechtsverbindlichkeit hat, wird aber im Zweifelsfall mit in den Interpretationsspielraum einfließen. In Streitfällen wird dies den Zugang zu Arzneimitteln durch langwierige Rechtsverfahren hinauszögern.

- **Es wurden enorme bürokratische Hürden aufgebaut.** Wenn sich z.B. ein afrikanisches Land heute entschließt, Aids-Medikamente mit einer Zwangslizenz zu belegen, muss es jetzt vor dem TRIPS-Rat der WTO beweisen, dass es wirklich ungenügende Produktionskapazitäten hat. Zweifelt ein anderes Land dies an, kann sich der Prozess um Jahre hinauszögern. Ist die Zwangslizenz in Kenia durchgefochten, muss auch das Exportland, z.B. Indien eine Zwangslizenz beantragen, ebenfalls ein langer bürokratischer Prozess.

- **Der Kompromiss ist ökonomisch sinnlos.** Für die generische Industrie ist der Anreiz zum Export auf ein Minimum heruntergeschraubt. Laut des umstrittenen Vorworts soll es keinen oder allenfalls einen marginalen Gewinn für die generische Industrie geben, die aber das bürokratische Procedere durchfechten muss. Zumindest interpretiert die Pharmaindustrie den Text so und wird es im Zweifelsfall zum Anlass für eine Klage nehmen.

- **Die Souveränität der Länder wurde eingeschränkt.** Schwellenländer und die europäischen Beitrittsstaaten wurden im Vorwort zusätzlich genötigt, sich zu verpflichten von diesem Recht keinen Gebrauch zu machen. Die USA drohten wegen weniger Milzbrandfälle Bayer damit, eine

Zwangslizenz auf Ciprofloxacin zu vergeben und das Medikament aus Indien zu importieren. Ein Recht, das sie z.B. Ungarn wegen schwerwiegender TB-Fälle nun verweigern.

Die WTO-MinisterInnenrunde drohte an der Frage der Arzneimittel zu scheitern, daher wurde enormer Druck auf Entwicklungsländer ausgeübt, diesem Kompromiss zuzustimmen. Noch Freitagnacht kritisierten die Philippinen und 19 andere Entwicklungsländer den Kompromiss als unannehmbar. Von ihrer Kritik war Samstag morgen nichts mehr zu hören.

Zu den wenigen positiven Aspekten des Kompromisses gehört:

- Er enthält keine Liste mit Krankheiten, wie dies von den USA gefordert wurde. Eine Zwangslizenz kann also für jedes Medikament bei jeder Krankheit vergeben werden.
- Die Anwendung ist nicht auf Situationen extremer Notlagen beschränkt, sondern jedes Land entscheidet selbst, wann es Zwangslizenzen anwendet.
- Es gibt keine größere Einschränkung exportberechtigter Länder.
- Der Kompromiss betrifft Länder mit eigener und ausreichender Pharmaindustrie nicht. Diese können ohne die neuen Einschränkungen Zwangslizenzen vergeben. Für Schwellenländer ist das zwar begrüßenswert, bei Industrienationen zeigt es gleichzeitig, dass gerade die ärmsten Länder durch den Kompromiss weiter benachteiligt werden.

Der Kompromiss ist offiziell nur eine Übergangslösung. 2004 soll damit begonnen werden, eine endgültige Lösung innerhalb des TRIPS-Vertrages zu schaffen. Wenn die USA und die Pharmaindustrie durch diesen "Kompromiss" allerdings erreicht hätten, ein System zu schaffen, das niemand benutzen kann, würde die Übergangslösung wohl kaum noch geändert. Daher werden wir uns gemeinsam mit anderen NGOs dafür einsetzen, dass Länder ohne eigene Pharmaindustrie sofort damit beginnen, Zwangslizenzen zu vergeben. Politischer Druck und Öffentlichkeitsarbeit sind notwendig, um dafür zu sorgen, dass 2004 eine neue Regelung im Sinne der Armen geschaffen wird.

Weitere Information bei:
Dr. Christiane Fischer:
cfischer@bukopharma.de
Tel: 0521-60550; 0178-7536696
(Dienstag bis Donnerstag)

9. September 2003

Geschäftsstelle:
August-Bebel-Str. 62
D-33602 Bielefeld
Deutschland
Telefon +49-(0)521-60550
Telefax +49-(0)521-63789
E-Mail presse@bukopharma.de

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

Bankverbindung: Gesundheit und Dritte Welt e.V., Sparkasse Bielefeld (BLZ 48050161) · Konto: 105601 · Spendenkonto: 105627

Der Verein demokratischer Ärztinnen und Ärzte hat einen neuen Vorstand

Auf der Jahreshauptversammlung des VDÄÄ in Gelnhausen am Wochenende vom 24. bis 26. Oktober 2003 wurde satzungsgemäß ein neuer Vorstand gewählt. Dr. med. Winfried Beck (60), der Gründungsvorsitzende seit 1986 kandidierte nicht mehr zum Vorsitzenden. Er bleibt aber im erweiterten Vorstand. Zum ersten Vorsitzenden wurde gewählt: Prof. Dr. med. Wulf Dietrich (57) Oberarzt Cardioanaesthesie im Deutschen Herzzentrum München.

Zu Stellvertretern wurden gewählt: Sonja Pilz (34) Oberärztin Gynäkologie in den Städtischen Kliniken Frankfurt am Main Höchst

Dr. med. Gerhard Schwarzkopf-Steinhauser (50) Oberarzt Mikrobiologie am Städtischen Krankenhaus München Harlaching.

Der erweiterte Vorstand besteht aus 13 Ärztinnen und Ärzten aus allen Regionen Deutschlands, aus Kliniken, Praxen und Instituten und aus allen Altersgruppen. Zahlreiche Mitglieder sind Delegierte in Landesärztekammern.

Dem Vorstand assoziiert sind weiterhin zwei Delegierte der Fachtagung Medizin, der Vertretung der Medizin Studierenden in Deutschland.

Mitteilung vom 10. 10. 03

Brief vom 10. 10. 2003

Sehr geehrter Herr Bundeskanzler,

der Verein demokratischer Ärztinnen und Ärzte hat seit Anbeginn die Politik der rot-grünen Koalition und insbesondere deren Sozial- und Gesundheitspolitik mit viel Sympathie begleitet und deren Entscheidungen – oft gegen erheblichen Widerstand innerhalb der Ärzteschaft, nicht zuletzt auch auf den Deutschen Ärztetagen – verteidigt. Wir haben begrüßt, wie Sie nach dem Ende der 16 Jahre Kohl-Regierung sozial belastenden Einschnitte im Gesundheitswesen unmittelbar nach Ihrer Regierungsübernahme rückgängig gemacht haben, wir haben begrüßt, wie Sie versucht haben, anstelle von reinen Kostendämpfungsgesetzen die Strukturveränderungen gesetzlich zu verankern, Patientenrechte zu stärken und die gravierenden Fehler in unserem Gesundheitswesen anzupacken. Auch der Koalitionsentwurf Ihrer Regierung zur Gesundheitsreform fand noch unsere Unterstützung. Mit dem Regierungskompromiss, der jetzt zur Abstimmung stand, der auch innerhalb Ihrer Partei und Ihrer Koalition zu abweichenden bzw. ablehnenden Stimmen geführt hat, können wir uns allerdings nicht identifizieren, im Gegenteil, wir sind nicht in der Lage, die darin getroffenen Beschlüsse, zumindest soweit sie die Patientenseite betreffen, innerhalb der Ärzteschaft und gegenüber der Öffentlichkeit zu verteidigen. Wir sehen sehr wohl positive Ansätze, etwa in der Fortbildungspflicht mit Rezertifizierungszwang, in der zaghaften Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Behandlung, in der Stärkung der Patientenseite und dem Ausbau der Disease-Management-Programme. Wir sehen aber auch – und darin unterscheiden Sie sich nicht mehr von der CDU/FDP – dass die entscheidenden Kostendämpfungsmaßnahmen nahezu ausschließlich zu Lasten der Kranken und Versicherten gehen. Im Vergleich zu den Lasten, die Sie dieser Bevölkerungsgruppe aufbürden, sind die, die die Arbeitgeber zu tragen haben oder die Sie der Pharmaindustrie und der Ärzteschaft zumuten, verschwindend. Wir bedauern zutiefst, dass sich offensichtlich die Lobbyisten dieser drei Gruppen im Gesundheitswesen durchgesetzt haben, erkennbar nicht zuletzt am nur geringen oder gar fehlenden Protest von dieser Seite. Sie haben weder die Positivliste gesetzlich verankert noch das Behandlungsmonopol bzw. den Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigung in Frage gestellt und Sie haben vor allem einseitig die Arbeitgeberseite bedient.

Ich möchte hier nicht auf Details des Gesetzes eingehen, da dies den Rahmen eines solchen Briefes sprengen würde. Wir wissen sehr wohl, dass ein Kompromiss mit der Opposition immer verbunden ist mit dem Verzicht auf eigene Positionen. Wenn dies aber so weit geht, dass der Kompromiss, zumindest aus sozialer Sicht, überwiegend die Position der CDU/CSU repräsentiert, wenn dieser Kompromiss also zu einer Verschlechterung der Schwächsten dieser Gesellschaft, nämlich der Kranken, führt, dann wäre gar kein Gesetz besser als dieses.

Wir begreifen unseren Brief als eine von vielen Stimmen, diesmal aus der Ärzteschaft heraus gemeinsam mit den ablehnenden Stimmen aus Ihrer Partei im Bundestag, für eine Rückkehr zur sozialen Angemessenheit.

Mit freundlichem Gruß

Dr. med. Winfried Beck
Vorsitzender des VDÄÄ

Die Äußerungen des Vorsitzenden der "Jungen Union" Mißfelder bedeuten einen sozialpolitischen Quantensprung

Erstmals wird von einem prominenten Vertreter einer Volkspartei eine bestimmte gesellschaftliche Gruppe – hier die Rentner über 85 – als Gemeinschaft definiert, die von der gesellschaftlichen Solidarität ausgeschlossen gehört. Wer diesen Schritt tut, wird demnächst auch andere Gruppen nennen: Behinderte, Türken... Erstmals in dieser Konsequenz wird anstelle von Solidarität mit Schwachen, Kranken, Alten, also Menschen, die sich weniger wehren können Ausbürgerung aus der Solidargemeinschaft verlangt. Dahinter steckt die Angst in Zeiten stagnierender Einkommenserwartungen, selbst verzichten zu müssen, solidarisch sein zu müssen mit Schwächeren. "Den Tüchtigen die Zukunft! Wo gehobelt wird da fallen eben Späne!" So das dahinter sich verbergende Weltbild. Zwar findet breite Distanzierung aus allen Lagern Raum in der Berichterstattung. Gemessen an der sozialpolitischen Dimension der Äußerungen Mißfelders, der kränkenden und, wie Leserbriefe zeigen, auch blanken Hass auslösenden Wirkung bei Rentnern ist die öffentliche Reaktion allerdings unangemessen. Bleibt Mißfelder im Amt, dann ist das gleichbedeutend mit einer Tolerierung seiner Thesen durch die Volkspartei CDU.

Dr. Winfried Beck
Vorsitzender des VDÄÄ
Pressemitteilung vom 13. 8. 2003

VDÄÄ
Geschäftsstellenleiter
Herr Karl-Heinz Ballon

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

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

Als Tiger gesprungen, als Bettvorleger gelandet

Das als großer Entwurf angekündigte Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz ist nichts als ein weiteres Kostendämpfungsgesetz für die Arbeitgeber und Krankenkassen und ein Kostenerhöhungsgesetz für die Kranken.

Vergessen sind die zahlreichen vorgeschlagenen Maßnahmen zur Verbesserung der Einnahmesituation der Krankenkassen ohne einseitige Belastung der Kranken und sozial Schwachen: Die Einbeziehung der bisher privat Versicherten in die allgemeine Versicherungspflicht, die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze, die Berücksichtigung von Einkommen aus Miete und Vermögen … Von den geplanten 10 Milliarden Einsparung müssen die Patienten 8,5 Milliarden zusätzlich zu den Versicherungsbeiträgen schultern. Die Pharmaindustrie wird die für sei vorgesehene eine Milliarde Kosten mit der Portokasse verrechnen, ein Klacks gegen die für Werbung ausgegebenen 4. Gestrichen sind die Errichtung eines unabhängigen Institutes für Qualität in der Medizin, die Pflichtfortbildung für ÄrztInnen, die Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Behandlung, die Positivliste für Arzneimittel, Einzelverträge zwischen FachärztInnen und Krankenkassen, der Ausbau einer integrierten Versorgung, die Förderung der Prävention … Die Lobbyisten in Ärzteschaft und Pharmaindustrie können wieder einmal triumphieren. Die Pharmaindustrie kann wie bisher die Fortbildung der Ärzte dominieren, dürfen weiter unsinnige, überteuerte oder gefährliche Arzneimittel verschrieben werden, bleibt die Kluft zwischen Praxis und Klinik erhalten, werden Qualitätskontrollen an der interessengesteuerten Verbändepolitik scheitern. Und die Ärzteschaft kann wie gewohnt aus ihrer Monopolstellung in Gestalt der Kassenärztlichen Vereinigung heraus Qualitätskontrollen und ein Aufbrechen der verkrusteten Organisationsstruktur in den Praxen und der gesundheitsschädlichen und Korruption fördernden Gebührenordnung verhindern. Und weil astet bleiben, werden weitere Kostendämpfungsgesetze zu Lasten der Kranken folgen. Wir erleben den Offenbarungseid der Politik, die Unfähigkeit zur aktiven Gestaltung des Gesundheitswesens im Sinne der Kranken. Fazit: Für die gesetzlich Krankenversicherten wäre die Beibehaltung des bisherigen Zustandes besser gewesen als dieser Kompromiss zwischen Regierung und Opposition.

Dr. med. Winfried Beck
Vorsitzender des VDÄÄ

Pressemitteilung vom 24.07.2003

Gesundheitsreform: Reformchancen nutzen – Fehlanreize korrigieren

Zuzahlungen: Geldbeschaffung statt intelligenter Steuerung

22.09.2003 - **Der Verbraucherzentrale Bundesverband (vzbv) hat Ärzte und Krankenkassen aufgerufen, die Chancen des Gesetzes zur Gesundheitsreform zu nutzen. "Statt zu jammern, sollten Ärzte und Kassen jetzt sehen, wie sie die positiven Elemente der Reform im Sinne der Patienten umsetzen können", sagte vzbv-Vorstand Prof. Dr. Edda Müller anlässlich der Bundestagsanhörung zur Gesundheitsreform.**

"Integrierte Versorgung, Einzelverträgen zwischen Ärzten und Krankenkassen, Gesundheitszentren und ambulante fachärztliche Versorgung in Krankenhäusern – bei diesen Reformen wollen wir jetzt schnell Fortschritte sehen", so Edda Müller.

Sie lobte die Regelungen des Gesetzes zur Patientenbeteiligung. "Hier ist ein Durchbruch gelungen. Wir werden die neuen Möglichkeiten der Interessenvertretung von Patienten und Versicherten nutzen, um Ärzte und Krankenkassen bei der Umsetzung der Reformen anzutreiben."

Müller kritisierte, dass die Gesundheitsreform mit der globalen **Zuzahlung** auf alle Leistungen wertvolle Steuereffekte, etwa zur Unterstützung der hausärztlichen Versorgung, verschenkt. "Anstatt durch eine intelligente Zuzahlungsregelung Anreize für vernünftiges Verhalten im Gesundheitssystem zu setzen, dient die Selbstbeteiligung jetzt vor allem der Geldbeschaffung zu Lasten der Patientinnen und Patienten," sagte Müller. Die Belastungen bei der **häuslichen Krankenpflege** (10 € je Verordnung plus 10 % der Behandlungskosten) seien trotz der zeitlichen Begrenzung auf 28 Tage/Jahr kontraproduktiv. Während Patienten in der stationären Versorgung durch Zuzahlungen nur mit ca. 4 % der Behandlungskosten belastet würden, läge der Anteil bei der häuslichen Krankenpflege wegen der Verordnungsgebühr noch deutlich höher. "Dadurch wird der Grundsatz , ambulant vor stationär' nicht ausreichend beachtet", sagte Müller.

Erhöhte Zuzahlungen belasten aber nicht nur die Patienten. Sie machen die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) auch für gesunde Versicherte immer unattraktiver. Gerade diejenigen, die mit hohen Beiträgen das System freiwillig mittragen, seien nicht bereit, im Leistungsfall noch einmal tief in die Tasche zu greifen, so der vzbv. Der Versuch, freiwillig Versicherte durch **Selbstbehalttarife** oder **Beitragsrückgewähr** in der GKV zu halten, führe systemfremde Strukturelemente der Privaten Krankenversicherung in die GKV ein. "Dieses Manöver wird nicht funktionieren – aber es untergräbt schon jetzt die Solidarität der gesunden mit den kranken Versicherten", erklärte vzbv-Vorstand Müller. Stattdessen sei es notwendig, Solidarität und gerechte Lastenverteilung mit einer Entlastung der Arbeitskosten zu verbinden. Darum setzt sich der vzbv für eine **Bürgerversicherung** ein.

Der Erwartung, mit den im Gesetz vorgesehenen Maßnahmen seien sämtliche Effizienzreserven im System erschlossen, widersprach Müller entschieden. Die Ärzte, Krankenhäuser und Pharmaunternehmen würden vielmehr finanziell geschont, Anbietermonopole blieben weitgehend erhalten. Die Maßnahmen zur **Strukturreform der Selbstverwaltung** der Ärzte und Krankenkassen gingen in die richtige Richtung, scheuten aber davor zurück, Funktion und Arbeitsteilung zwischen Krankenkassen, Kassenärztlichen Vereinigungen, Ärztekammern und medizinischen Fachgesellschaften völlig neu zu ordnen. An einer Aufhebung des Vertragsmonopols der Kassenärztlichen Vereinigungen führe kein Weg vorbei.

Rürup-Kommission/Gesundheitsreform: Rürup-Kommission hat Chance vertan

"Bürger sind zu Einschnitten bereit, wenn Reformen sozial gerecht sind" – Plädoyer für Bürgerversicherung

28.08.2003 - **vzbv-Vorstand und Rürup-Kommissions-Mitglied Prof. Dr. Edda Müller hat die Empfehlungen der Kommission zur Krankenversicherung als vertane Chance bezeichnet. "Die Kommission hätte der Politik Rückendeckung für schwierige aber notwendige Veränderungen im Gesundheitswesen geben müssen – genau hier hat die Kommission der Politik aber Steine statt Brot gegeben", sagte Müller.**

Es sei klar, dass das Gesundheitssystem in der Zukunft erheblich umgebaut werden müsse, um finanzierbar zu bleiben. "Das wissen auch die Bürger und sie sind auch bereit, ihren Beitrag zu leisten," so die Chefin des Verbraucherzentrale Bundesverbands (vzbv). "Die Akzeptanz auch von Zumutungen ist aber daran gebunden, dass Reformen sozial gerecht sind und Lasten nicht allein den geringer verdienenden Arbeitnehmern aufgebürdet werden." Ein sozial gerechtes Zukunftsmodell, das auf die breite Akzeptanz der Bürger setzen könne, sei die Bürgerversicherung. In ihrem Abschlussbericht hatte sich die Rürup-Kommission nicht auf ein Votum zugunsten einer Bürgerversicherung einigen können. Der Kommissionsvorsitzende Rürup setzt vielmehr auf Kopfpauschalen, bei denen alle Versicherten einkommensunabhängig die gleiche Pauschalsumme in die Krankenversicherung einzahlen. Insbesondere Besserverdienende würden hierbei deutlich entlastet.
Die Bürgerversicherung würde das schon jetzt bestehende Zwei-Klassen-System der privaten und der gesetzlichen Krankenversicherung beenden, sagte Edda Müller. Durch das Heranziehen aller Einkommensarten werde die Einnahmesituation der Krankenversicherung deutlich verbessert und ein sozial gerechteres System geschaffen.

Anders als bei der Krankenversicherung stellte sich Müller hinter die Kommissions-Empfehlungen zur Rentenversicherung. Die geplante Anhebung des gesetzlichen Rentenalters auf 67 Jahre ab 2011 bis 2035 ist die notwendige Antwort auf die steigende Lebenserwartung der Menschen. "Es geht hier um die Kernfrage, wie wir ein langfristig finanzierbares Rentensystem schaffen", sagte Müller. Andernfalls kämen auf die Arbeitnehmer noch stärker steigende Beitragssätze zu. "Das Votum für ein höheres Rentenalter kann aber nicht bedeuten, dass Politik und Wirtschaft aus ihrer Verantwortung entlassen sind, den Menschen überhaupt erst die Möglichkeit zu geben, zu arbeiten statt ältere Arbeitnehmer vorzeitig aufs Altenteil zu schicken", so Edda Müller.

Gesundheitsreform ist kein großer Wurf!

vzbv: Schritte in eine nachhaltige Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung fehlen – Leidtragende sind die Patienten

22.07.2003 - "**Kein großer Wurf" lautet das Fazit des Verbraucherzentrale Bundesverbandes (vzbv) zu den von der Regierungskoalition, der Opposition und den Ländern ausgehandelten Eckpunkten zur Gesundheitsreform. "Die Beitragsentlastungen für Arbeitnehmer und Arbeitgeber gehen zu großen Teilen zu Lasten der Patienten, Versicherten und Steuerzahler", so vzbv-Vorstand Prof. Dr. Edda Müller. Durch die Ausklammerung einer "Bürgerversicherung" sei eine Chance verpasst worden, die gesetzliche Krankenversicherung auf finanziell sichere Füße zu stellen. Positiv bewertet der vzbv die Finanzierung der gesellschaftspolitischen Leistungen über die Erhöhung der Tabaksteuer sowie den Ausbau der Patientenbeteiligung.**

Der vzbv kritisiert vor allem die hohen Zuzahlungen, die diejenigen belasten, die Gesundheitsleistungen in Anspruch nehmen müssen. Diese hätten nur eine begrenzte Steuerungsfunktion:

- 10 € Praxisgebühr pro Quartal und Behandlungsfall – dies gilt nicht nur für Facharztbesuche ohne Überweisung, sondern generell; wer also im selben Quartal zum Zahnarzt und zum Orthopäden geht, muss insgesamt 20 € zuzahlen.

- 10 € pro Tag im Krankenhaus (maximal 28 Tage) – auch hier haben Patienten wenig Einfluss auf das Leistungsgeschehen

- zwischen 5 und 10 € Zuzahlungen für Arzneimitteln und andere Leistungen – hier hat der Patient ein

direktes Interesse an einer preislich günstigen Verschreibung

- Positiv: Die Begrenzung der Zuzahlungen auf 2 % des Bruttoeinkommens (1 % bei chronisch Kranken) sowie die Befreiung von Kindern und Jugendlichen

Als deutliche Verbesserung zur derzeitigen Situation und zum Gesetzentwurf von Ulla Schmidt bezeichnet der vzbv den Ausbau der Patientenbeteiligung: Qualifizierte Anhörungs- und Mitspracherechte in den Steuerungsgremien des Gesundheitswesens und bei den Krankenkassen verschaffen den Patienten mehr Rechte. Als weitere positive Elemente nannte der vzbv die Einrichtung eines Patientenbeauftragten, die Einführung eines Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Medizin sowie den Ausbau der integrierten Versorgung und von Gesundheitszentren. Bedauerlich sei das Aus für die Positivliste. Hier sei eindeutig die Pharmalobby bedient worden.

Die Ungleichverteilung der Kosten

Die finanziell Hauptleidtragenden der Gesundheitsreform sind die **Patienten**: Insgesamt werden Leistungen in Höhe von 2,5 Mrd. € ausgegrenzt und für Zuzahlungen fallen etwa 3,3 Mrd. ab 2004 an – zusammen also fast 6 Mrd. €. Zudem werden die **Steuerzahler** im kommenden Jahr zur Finanzierung der versicherungsfremden Leistungen mit 1 Mrd. € durch die Erhöhung der Tabaksteuer belastet – dies steigert sich dann im Laufe der Jahre auf 4,2 Mrd. € bis 2007. Des weiteren müssen die **Versicherten** ab 2005 für den Zahnersatz etwa 3,5 Mrd. € zahlen und sollen ab 2007 noch einmal 5 Mrd. € für das Krankengeld aufbringen. Die Gesamtbelastung für die Verbraucher summiert sich bis zum Jahr 2007 somit auf insgesamt 18,5 Mrd. €. Demgegenüber schlagen die Struktureinsparungen bei Ärzten und pharmazeutischer Industrie nur mit 3 Mrd. € zu Buche.

Jubiläumsveranstaltung
25 Jahre Vereinigung Demokratische Zahnmedizin e. V. (VDZM)

Streitbare zahnärztliche Minderheitsgruppierung fordert: Die Zahnheilkunde muss in der gesetzlichen Krankenversicherung bleiben.
Kritik an den Absichten der Herzog-Kommission und der CDU

Marburg/Bonn, 15.10.2003. ***"Vom ersten Tag im Jahre 1978 an ist es den Mitgliedern nicht leicht gefallen, als kritische und sozial orientierte Minderheit innerhalb der Zahnärzteschaft Gehör zu finden"*****, erklärte die Vorsitzende der Vereinigung Demokratische Zahnmedizin e.V. (VDZM), Dr. Kristina SCHWIGON, anlässlich des Gründungsjubiläums am 11./12. Oktober 2003 in Marburg/Lahn.**

Dennoch habe die Vereinigung in den vergangenen 25 Jahren vieles erreicht. Auch gegen die herrschende Meinung innerhalb der Zahnärzteschaft hätten ihre Mitglieder "noch keinen notwendigen Streit ausgelassen", um verdrängte und ungeliebte Themen von der Bewältigung der nationalsozialistischen Vergangenheit innerhalb des Faches bis hin zum Patientenschutz und den Erfordernissen heutiger moderner Qualitätssicherung zu öffnen und voran zu bringen. Die Vereinigung ist mit oppositionellen Delegierten und Vertretern in mehreren Landeszahnärztekammern und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen vertreten.

Die VDZM, so SCHWIGON, habe die zahnmedizinische Vorbeugung in den Kindergärten und Schulen durch Ideen und Konzepte gefördert, die bis in die Gesetzgebung eingegangen sind. An der überfälligen Reformierung der zahnärztlichen Ausbildung arbeiteten Mitglieder der Vereinigung seit Jahren in der Regierungskommission mit.

In seinem Festvortrag führte Prof. Dr. Dr. Hans Jörg STAEHLE, Universität Heidelberg, aus, dass heute in der Öffentlichkeit *"unter dem Schlagwort der Eigenverantwortung, die gesundheitlich sicherlich wünschenswert sei, vielmehr ökonomisch der Entzug von Versicherungsgrundlagen daherkomme, welcher weder sachlich noch fachlich begründet sei."*

In der Diskussion wandten sich die Mitglieder der VDZM entschieden gegen die erklärten Absichten der HERZOG-Kommission und der CDU, nach der schon abzulehnenden Ausgliederung des Zahnersatzes durch die Bundesregierung jetzt gleich die ganze Zahnheilkunde aus der gesetzlichen Krankenversicherung zu entfernen.

Dies wäre ein sozialpolitischer Dammbruch und ein Verlust von Absicherung für die Menschen, den niemand hinnehmen könne. Dabei verhehle die Vereinigung nicht, dass auch zahnärztliche Mitglieder der VDZM in ihren Praxen Probleme mit dem eingefrorenen Leistungskatalog und den budgetierten Honoraren der gesetzlichen Krankenkassen bekommen hätten.

Die Behandlung von Zahnkrankheiten und der Erhalt der Zähne seien kein Luxus, sondern lebensnotwendig zum Kauen, Ernähren, Sprechen, Lachen sowie für die allgemeine Gesundheit und menschliche Kommunikation. Die Menschen wüssten und fühlten das sehr genau. Es müsse nachdenklich machen, dass ausgerechnet die beiden ehemaligen Unions-Gesundheitsminister SEEHOFER und BLÜM zu den vehementen Kritikern der HERZOG-Pläne gehörten.

Dr. med. dent. Burghard Hahn
(Pressereferent der VDZM)

Kasseler Straße 1a, D-60486 Frankfurt am Main Telefon (0 69) 77 29 77, Telefax (0 69) 77 30 91

Vereinigung Demokratische Zahnmedizin e. V. (VDZM)
Adenauerallee 58
D-53113 Bonn
Telefon: (02 28) 21 12 96
Telefax: (02 28) 2 42 07 54
E-Mail: VDZM.Bonn@t-online.de

Der Vorstand

Udo Ament
Ringstraße 28
74838 Limbach
Telefon 06287 9208-0 (g)
06287 9208-12 (p)
Fax 06287 9208-20
apolimbach@t-online.de

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

Dr. Thomas Schulz
Stegemühlenweg 39
37083 Göttingen
Telefon 0551 7704442
tschulz1@gwdg.de

Adressen der regionalen Kontaktpersonen

Baden-Württemberg

Udo Ament
Ringstraße 28
74838 Limbach
Telefon 06287 9208-0 (g)
06287 9208-12 (p)
Fax 06287 9208-20
apolimbach@t-online.de

Bayern

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

Berlin

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

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
22179 Hamburg
Telefon 040 63917720
Fax 040 63917724
geschaeftsstelle@vdpp.de

Hessen

Christl Trischler
Heegbach-Apotheke
Bahnstraße 92
64390 Erzhausen
Telefon 05631 61493
HeegbachApotheke
@t-online.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

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