

VDPP • RUNDBRIEF

21. Jahrgang

12 / 2009

Mitteilungen des Vereins demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten



Unsere Ziele:

- Demokratisierung des Gesundheitswesens
- Verantwortungsvolle Arzneimittelversorgung
- Berufspraxis in einem sozial orientierten Heilberuf
- umsatzunabhängige Apotheken
- ökologische Kriterien bei der Arzneimittelproduktion
- verbraucherfreundliche Arzneimittelgesetzgebung

- unabhängig
- überparteilich
- patientenorientiert

RB aus dem
76 INHALT

**Herbstseminar 2009 –
Nachlese**

**Fachapotheker für
Public Health?**

**Sondergutachten 2009
des SVR Gesundheit**

EDITORIAL

Liebe Leserinnen und Leser,

es ist wieder soweit, ihr haltet den vierten Rundbrief des Jahres 2009 in euren Händen, und es sieht so aus, als könnten wir diesen Rhythmus auch im nächsten Jahr fortsetzen.

Dass es uns an Themen nicht mangeln wird, dafür sorgt leider schon das Ergebnis von Bundestagswahl und Regierungsbildung. Haltet euch also mit Diskussionsbeiträgen für den Rundbrief nicht zurück.

Viel Spaß beim Lesen wünscht

das Redaktionsteam

*Redaktionsschluss für den
VDPP-Rundbrief Nr. 77:
15. März 2010*

INHALT

Grußwort des Vorstands

Florian Schulze 3

Massiv präsentieren

Katja Lorenz 4

Fachapotheker für Public Health?

Udo Puteanus 7

Stellenangebot

Vorstand 25. Oktober 2009

Katja Lorenz 16

VDPP zur Koalitionsvereinbarung

Florian Schulze 16

Ergebnisse von Arzneistudien veröffentlichen!

vdää und VDPP 18

Zusammenarbeit angehender Gesundheitsberufler

18

DOKUMENTATION

Offener Brief an Bundes- gesundheitsminister Rösler

IPPNW 20

SVR-Sondergutachten 2009 Koordination und Integration 21

VDPP-Herbstseminar

Kirsten Sucker-Sket 25

Gesundheit fördern im Netzwerk

Bettina Sauer 27

Missbrauch der Psychiatrie in Hessen 29

Die Versicherten müssen sich warm anziehen 29

Priorisierung

vdää 30

TERMINE 31

Nur eine Minderheit? Frauen mit HIV/AIDS

Seminar für Frauen

am Samstag, dem 24. April 2010, im Café Seidenfaden,
Berlin Mitte, Dircksenstraße 46, 10178 Berlin

Referentinnen aus Apotheke und nationalen und internationalen Nichtregierungsorganisationen sprechen über frauenspezifische Probleme bei der HIV/AIDS-Medikation und pharmazeutischen Betreuung, über die Situation HIV/AIDS-kranker Frauen in Deutschland und der Dritten Welt.

Zum Ausklang des Wochenendes spazieren wir am Sonntagvormittag über das Charité-Gelände (mit Führung)!

IMPRESSUM

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

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

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

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

Grußwort des Vorstands

Mittwoch, 19.30 Uhr, Treffen der Hamburger VDPPler bei mir. Jürgen kommt fröhlich herein: „Der Rundbrief ist fertig,“ „Na, toll,“ sage ich. „Aber ...“ „Wie, aber?“ „das Grußwort fehlt noch, und um den Rundbrief zum Druck geben zu können, muss das Grußwort bis heute 24 Uhr fertig sein. Bernd, du bist gefordert!“ „Du bist gut, mein Koffer ist noch nicht einmal ausgepackt, vier Wochen durch China und Myanmar mit dem Rad, ich komme aus einer ganz anderen Welt!“

Und jetzt ein Grußwort schreiben, wo ich gerade noch weiß, dass unser Gesundheitsminister von der FDP kommt und Rösler heißt. Also mit Gesundheit wird dieses Grußwort nur am Rande etwas zu tun haben.

Ich bin total überrascht, in China, in der Viermillionenstadt Kunming, gibt es keine Fahrräder mehr, sondern nur Motorroller, alle mit Elektromotoren. Wenn die Chinesen so weitermachen, gibt es vielleicht doch noch Hoffnung für diese Erde.

Acht Tage China und drei Wochen Myanmar, 1000 km mit dem Rad und über 10.000 Höhenmeter. Wir sind als Radfahrer sehr nah an den Menschen dran und sind total begeistert von der Freundlichkeit, den lachenden Gesichtern und den begeisterten Kindern, die, sehen sie uns mit unseren Rädern und Helmen, winkend und lachend aus den Schulen an die Straße gerannt kommen, uns zu begrüßen. Winken wir danach zurück, kennt der Jubel keine Grenzen mehr. Eines der ärmsten Länder dieser Erde mit 150 US-Dollar pro Kopf im Jahr, ob jung oder alt, sie vermitteln uns einen fröhlichen und glücklichen Eindruck. Depressionen sind in diesen ländlichen Regionen sicher nicht das Problem.

In kleinen Orten sehen die Apotheken aus wie Rumpelkammern. Ich sehe, wie die „Apothekerin“ drei Tabletten in die Hand schüttet, zur Patientin geht, die drei Tabletten in

deren Hand gibt, und wie die Patientin die Tabletten in ihren Mund nimmt – das nennt man Hygiene.

In Myanmar haben wir neben unserem Reiseführer Tom noch einen Local Guide: Minmin. Über Buddha, Stupas, Pagoden und Tempel weiß er gut Bescheid, aber über das Gesundheitssystem in Myanmar kann ich ihm kein Wort entlocken.

Wir gehen über die längste Holzbrücke der Welt und bekommen mit, dass ein 12-jähriges Mädchen von dieser Brücke vier Meter in die Tiefe gestürzt ist. Sie weint und schluchzt, und bei einer Untersuchung stellen wir fest, dass der Mittelfuß gebrochen sein muss. Minmin erklärt uns, dass ein Krankenhausaufenthalt von zwei Tagen mit Röntgen notwendig sein wird. Das werde 20 US-Dollar kosten. Wem aber geben wir das Geld? Da sagt Minmin, wir sollten das Geld seinem Freund geben, der werde dann dafür sorgen, dass das Mädchen im Krankenhaus behandelt wird. Da fragt Frank, ein Mitglied unserer Gruppe, wie denn der Name seines Freundes sei? Äh, äh ... und da lacht Minmin, den Namen seines „Freundes“ kennt er nicht. Das Problem wäre gelöst. Das Geld den Eltern geben? Da winkt Minmin ab, die Eltern werden damit alles bezahlen, nur das Krankenhaus für ihre Tochter sicher nicht. Wir beschließen, dass unser Guide Tom sie mit einer Taxe ins Krankenhaus begleiten soll. Die Eltern lehnen kategorisch ab, setzen ihre Tochter auf ein Fahrrad und ziehen von dannen. Wir können nur hoffen, dass der Fuß wieder so zusammenwächst, dass sie nicht ihr Leben lang humpeln muss.

Und dann das Essen – super, super, super! Nur ganz selten Fleisch, aber Gemüse in den verschiedensten Variationen. Wir haben Hunger, gehen im nächsten Dorf in eine Garküche an der Straße, schauen in der Küche, was dort vorrätig ist und bestellen für uns sechs bis acht verschiedene Gerichte. Auf einem Holzofen, wie ich ihn aus meinen

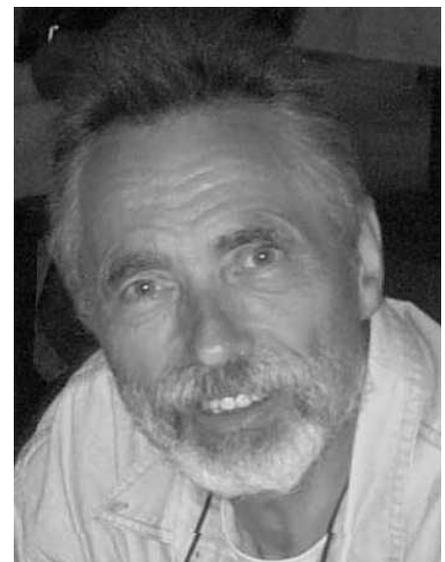
Kindertagen kenne, werden oben in einen riesigen Wok die von uns bestellten Gemüsesorten hineingeworfen, und nach 20 Sekunden ist der erste Teller fertig. Ruckzuck steht alles auf unserem Tisch. Es gibt Reis dazu oder Nudeln, und mit Stäbchen schaufeln wir das Gemüse in uns hinein. Und dann der Nach-tisch: Ananas, so süß und saftig, wie ich sie noch nie gegessen habe – ein Gedicht. Zum Abschluss gibt es noch Coffee-Mix, ein Getränk, halb Kaffee halb Tee, mit Zucker gesüßt und Trockenmilch. So sind wir gestärkt und doch nicht voll gegessen und können die nächste Etappe unserer Tour in Angriff nehmen. Mit dieser Ernährung hätten wir bei uns in Europa 90 % weniger Übergewichtige! Und das Tollste ist ja, es schmeckt fantastisch.

Soweit über die Gesundheit in Myanmar.

Ist das nicht ein schönes Grußwort? Ich finde: ja. Das jedenfalls ist meine Meinung

Euer Bernd Rehberg

Übrigens habe ich ja schon gesagt, dass ich 2009 sehr stolz auf den VDPP bin. 2009 hat der VDPP ein neues Programm geschrieben, eine tolle Jubiläums-MV abgehalten und ein wirklich hochinteressantes Herbstseminar in Berlin veranstaltet – das nur am Rande.



Massiv präsentieren

Gesundheit fördern – Netzwerke aufbauen

Ein Bericht vom VDPP-Herbstseminar 2009

von Katja Lorenz



PharmazeutInnen müssen sich auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung/Prävention massiv präsentieren, wenn sie sich als verlässliche, kompetente Partner einbringen wollen. Das war das einhellige Fazit des diesjährigen Herbstseminars. Gleichzeitig war dies der dringende Appell von Frau Witte, die die Sicht der PatientInnen vertrat.

Auf welchen Gebieten und wie wir uns präsentieren sollten – darüber

gingen die Meinungen schon auseinander.

Aber der Reihe nach: Das diesjährige Herbstseminar des VDPP fand am 7. November statt. Wir trafen uns diesmal im „Club Spittelkollonnaden“ in Berlin-Mitte. Als Nachbarschafts- und Begegnungsstätte dient der Club als kultureller Treffpunkt im Quartier, schafft Verbindungen von Bürgerinitiativen untereinander und zu anderen Ein-

richtungen und sieht einen Schwerpunkt in der nachbarschaftlichen Hilfe für SeniorInnen; hat sich also selbst dem „Netzwerken“ verschrieben.

Das Catering kam wiederum – gewohnt lecker – vom Cafe Seidenfaden, einem Projekt von FrauSucht-Zukunft e. V., wo am 24. April 2010 auch wieder das Frauenseminar stattfinden wird. (Termin bitte schon einmal vormerken. Näheres gibt es zu gegebener Zeit wieder per Rundbrief/Homepage/Newsletter.)

In diesem Jahr ging es ums „Netzwerken“ im Sinne von Gesundheitsförderung und Prävention. Wir wollten hinterfragen, wo dabei die Chancen, Möglichkeiten und Grenzen der öffentlichen Apotheken liegen.

Das Thema wirkte nach außen wohl zu apothekenspezifisch. Der Teilnehmerandrang insbesondere aus anderen Berufsgruppen war diesmal nicht so groß. Dabei ging es gerade um die Zusammenarbeit aller Akteure im Gesundheitswesen. Der VDÄÄ kam und die Fachpresse war ebenfalls vertreten und berichtete ausführlich (PZ und DAZ Nr. 46).

Eingeladen waren:

- Dr. Udo Puteanus, Apotheker am Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit NRW und Gründungsmitglied des VDPP,
- Prof. Gerd Glaeske vom Zentrum für Sozialforschung der Uni Bremen, zumindest z. Zt. noch Mitglied des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen und Gründungsmitglied des VDPP,



- Dr. Helmut Schlager, Apotheker und Geschäftsführer des Wissenschaftlichen Instituts für Prävention im Gesundheitswesen (WIPIG) bei der Bayerischen Landesapothekerkammer,
- Manfred Krüger, Apotheker und Inhaber zweier Apotheken in Krefeld,
- Christine Witte, Diplom-Psychologin, Referentin Wissenschaft in der Deutschen Morbus Crohn/Colitis ulcerosa Vereinigung (DCCV) und Patientenvertreterin im Gemeinsamen Bundesausschuss.



Der Vertreter des Bundesverbandes der Pharmaziestudierenden hatte leider kurzfristig absagen müssen.

Zunächst führte Udo Puteanus in das Thema ein. Beginnend mit der Ottawa-Charta von 1986, die erstmals ein weltweites Konzept zur Stärkung der Gesundheitsressourcen des Einzelnen und der Bevölkerung formulierte, erläuterte er an Beispielen, wie dieser Perspektivwechsel im Gesundheitswesen aussehen und gestaltet werden kann. Es geht eben nicht mehr nur um die Identifizierung individueller Infektionsquellen, sondern um die Etablierung diskriminierungsfreier, zeitstabiler Lernprozesse in der Gesellschaft. Und „wer Kinder hat, weiß wie lange Umsetzungen dauern.“

Laut Puteanus sprechen folgende Punkte dafür, dass Apotheken Akteure, Multiplikatoren und Senso-

ren in diesem Prozess sein können: es gibt sie flächendeckend, sie sind im Stadtteil verankert und genießen das Vertrauen der Bevölkerung. Ihr Angebot ist niedrigschwellig, sie haben Kontakt zu allen sozialen Schichten. Letzteres ist ein gewichtiger Punkt: bisherige Präventionsangebote erreichen zu wenig die wirklich Bedürftigen.

Hindernisse sieht er im rein naturwissenschaftlichen Studiengang, der Orientierung auf die kaufmännische Seite des Berufes und dem isolierten Arbeiten der Apothekerschaft innerhalb des Gesundheitswesens. Das ist eine oft gemachte Beobachtung: ApothekerInnen melden sich (höchstens) zu Wort, wenn es konkret um Arzneimittel geht. Auf Veranstaltungen zur Prävention fehlen sie meist. Er sieht Defizite in der Aus-, Fort- und Wei-

terbildung, der Vertraulichkeit der Beratung und der Versorgungsforschung.

Gerd Glaeske gab seinem Vortrag das Thema: „Gesundheitsversorgung wohin? Entwicklungen und Konzepte in der Arzneimittelversorgung“. Eingangs widmete er sich pointiert den laufenden Koalitionsverhandlungen. Er sieht das System vor einem Bruch, weil das solidarische Element gestrichen werden soll.

Im Folgenden stellte er Ergebnisse des jüngsten Gutachtens des Sachverständigenrates vor. Insbesondere ging er auf die Problematik der Multimorbidität, der fehlenden Leitlinien für deren Behandlung und der Nichtbeachtung der Beers-Liste ein.

Beim „Netzwerken“ mit anderen Gesundheitsberufen im Rahmen der Prävention und Gesundheitsförderung fordert er klar, dass Apotheken in Vorleistung gehen müssen. Zuerst muss gezeigt werden, dass sie beraten können und dass diese Beratungsleistung Verbesserungen bewirkt. Erst dann kann diese Leistung auch bezahlt werden. Dazu müssten sich die Apotheken jedoch von den eher passiven Institutionen, die sie derzeit überwiegend darstellen, wegbewegen.

Dazu wäre aber auch die Entwicklung anderen Finanzierungsmodellen notwendig. Bisher wird der je-





weilige Anbieter bezahlt. Zukünftig sollte das Geld in ein Versorgungsnetzwerk gegeben werden, in dem alle Akteure zusammenarbeiten. Hier nannte er als Beispiel das Modell „Gesundes Kinzigtal“. Weiterentwicklungen hätten hier jedoch auch die ABDA und die Apothekenvereine in der Vergangenheit eher blockiert, da sie stets Kollektivverträge abschließen wollten, die eine Differenzierung nicht zuließen.

Helmut Schlager hatte nun die Aufgabe darzustellen, was Apotheken in diesem Rahmen leisten können. Das 2007 gegründete WIPIG unterstützt die Apotheken durch die Erstellung von Ratgebern, Aktions- und Beratungsmaterial und der Durchführung von Schulungen. Aktuell wurde erstmal der Präventionspreis vergeben. Damit sollen erfolgreiche Modelle und Aktivitäten der Öffentlichkeit vorgestellt werden.

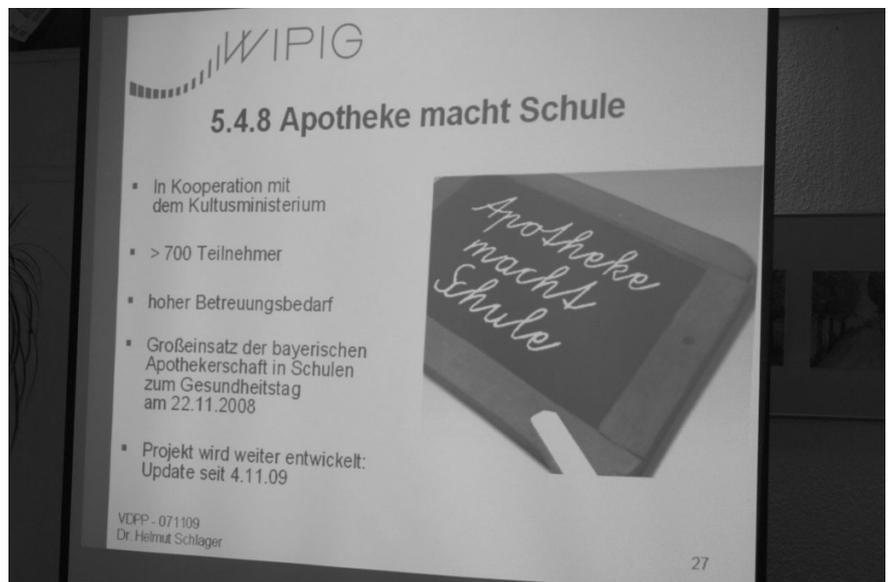
Ein besonders erfolgreiches und inzwischen von verschiedenen Kammern übernommenes Projekt ist „Apotheke macht Schule“. Hier gehen ApothekerInnen in Schulen, halten Vorträge für SchülerInnen, Eltern und LehrerInnen zu so verschiedenen Themen wie Umgang mit chronisch kranken Kindern oder Pickeln. Hier sieht er den Gedanken des Netzwerkers praktiziert. Es wird mit den jeweiligen Schulverwaltungen und -leitungen kooperiert.

Manfred Krüger stellte sein mit dem Nationalen Aktionsforum Diabetes mellitus entwickeltes Konzept zur Früherkennung und Prävention dieser Krankheit vor. Dabei werden Menschen mit erhöhtem Risiko bei der individuellen präventiven Verhaltensänderung begleitet. Sie werden entsprechend angeleitet und langfristig betreut, um einen Rückfall zu vermeiden. Hier arbeiten ÄrztInnen, ApothekerInnen, ErnährungsberaterInnen, BewegungstrainerInnen und extra ausgebildete PräventionsmanagerInnen zusammen. Zudem wird das Projekt evaluiert. Somit ist der Nutzen objektiv erkennbar! Außerdem hat man nur so die Chance, den Weg von „drei Freunde machen was zusammen zu einem übergreifenden Projekt“ zu gehen.

Christine Witte formulierte in Vertretung der PatientInnen ihre Anforderungen an eine optimale Betreuung. Hier fiel dann auch der Satz, dass sie sich wünscht und erwartet, dass die ApothekerInnen sich massiv präsentieren. Auch, weil die PatientInnen oft nicht wüssten, was sie eigentlich von uns abfordern könnten, welche Fragen sie stellen sollten. Einfach, weil sie mit ihrer Diagnose überfordert seien.

Anschließend wurde viel zur Positionsbestimmung diskutiert. Sollen ApothekerInnen jetzt zu SozialarbeiterInnen mutieren? Wie weit geht eigentlich unser Versorgungsauftrag? Was ist dabei die von allen zu leistende Pflicht, was ist Kür? Geht es nicht vielmehr darum, dass jede/r macht, was er kann und dazu mit den anderen Akteuren zusammenarbeitet? Einig war man sich darin, nicht vergrätzt in der Ecke zu sitzen und festzustellen, dass uns mal wieder keiner fragt, ob wir mitmachen wollen.

Dann war die Zeit schon wieder um, neue Kontakte waren geknüpft und Denkanstöße gegeben worden. Das Seminar war wiederum von der Apothekerkammer Berlin als Fortbildungsveranstaltung akkreditiert worden. Die Präsentationen der Vorträge können im internen Bereich unserer Homepage nachgelesen werden: www.vdpp.de.



Brauchen wir einen Fachapotheker für Public Health?

von Udo Puteanus

Brauchen wir einen Fachapotheker für Public Health? Diese Frage wurde auf der letzten Mitgliederversammlung des VDPP angesprochen, konnte aber aus Zeitgründen nicht näher diskutiert werden. Auf dem Deutschen Apothekertag 2009 wurde ein Antrag dazu in die Ausschüsse verwiesen. Im Folgenden soll zunächst ein kurzer Abriss über Public Health erfolgen, um deutlich zu machen, wie wichtig es ist, die Apotheken so gut wie möglich in Public-Health-Netzwerken zu verankern. Im Anschluss folgt ein Plädoyer dafür, Apothekerinnen und Apotheker stärker als bisher zu befähigen, in diesen Netzwerken mitzuarbeiten.

Public Health

Public Health ist die Wissenschaft und Praxis der Gesundheit, bezogen auf die gesamte Bevölkerung bzw. auf relevante Subpopulationen. Die wissenschaftliche Fachgesellschaft, die Deutsche Gesellschaft für Public Health (DGPH), definiert den Begriff folgendermaßen: „Public Health ist ein problembezogen und interdisziplinär arbeitendes gesundheitswissenschaftliches Fachgebiet. Sein Erkenntnisinteresse richtet sich auf den Gesundheitszustand der Bevölkerung, auf den Zustand des Gesundheitswesens und die für seine Weiterentwicklung relevanten Rahmenbedingungen und Akteure. Public Health ist die Wissenschaft und Praxis der Gesundheitsförderung und der Systemgestaltung im Gesundheitswesen“. Zentrales Anliegen von Public Health ist es, Erkenntnisse aus einzelnen forschenden Gesundheitsdisziplinen zusammenzuführen und gemeinsame Fragen und Lösungen zu erarbeiten. Die Zusammenarbeit der einzelnen Disziplinen und die Integration von medizinisch-naturwissenschaftlichen und sozial-verhaltenswissenschaftlichen Ansätzen sind wichtige Ziele. Public Health negiert dabei nicht die individuellen Probleme



oder Vorlieben einzelner Menschen. Die Bedürfnisse möglichst aller Menschen innerhalb einer Bevölkerungsgruppe sollen berücksichtigt werden.

Historische Wurzeln des Begriffs Public Health

Der Begriff „Public Health“ stammt aus der angelsächsischen Tradition. Vor 1933 standen die deutschen Vertreter der Gesundheitswissenschaften noch an der Spitze der gesundheitswissenschaftlichen Forschung und Praxis. Die damals hauptsächlich der Sozialmedizin entstammenden Konzepte zur Lösung gesundheitlicher Probleme der Bevölkerung und der Aufbau der „öffentlichen Gesundheitspflege“, vor allem in den großen Ballungsräumen, waren im internationalen Vergleich sehr weit entwickelt, wurden aber unter der nationalsozialistischen Herrschaft durch die rassenhygienischen Grundsätze pervertiert. In dieser Zeit verlor das Deutsche Reich den Anschluss an die internationale Entwicklung. Die namhaftesten Vertreter der ehemaligen Sozialmedizin und Gesundheitspflege hatten während der Nazi-Diktatur das Deutsche Reich verlassen oder wurden umgebracht. Von diesem Verlust erholte sich die nach 1945 entstehende Bundesrepublik über Jahrzehnte nicht.

Nach Ende des Zweiten Weltkriegs bis in die achtziger Jahre des vergangenen Jahrhunderts gelang es in der Bundesrepublik nicht, an die verschütteten Traditionen der Weimarer Republik anzuknüpfen. Während vor allem in den angelsächsischen und nordeuropäischen Staaten kontinuierlich die Wissenschaft und Praxis von Public Health weiterentwickelt wurde – in diesem Zusammenhang wurde in vielen Staaten auch die Sozialpharmazie zu einem universitären Forschungs- und Lehrfach –, setzte man in der Bundesrepublik fast ausschließlich auf die Individualmedizin. Erst seit Mitte der achtziger Jahre konnten Universitäten und später Fachhochschulen gesundheitswissenschaftliche Einrichtungen aufbauen und Public-Health-(Aufbau-)Studiengänge einrichten. Seitdem bemühen sich die deutschen Gesundheitswissenschaften/Public Health um den Anschluss an die internationale Forschungsentwicklung.

Auf den Stand der Gesundheitswissenschaften/Public Health in der ehemaligen DDR soll an dieser Stelle nicht eingegangen werden, da dies sicherlich ein eigenes lohnendes Kapitel wäre. Aber die dort vorhandenen Strukturen wurden nach Anschluss der DDR an die Bundesrepublik fast vollständig aufgegeben.

Warum sich mit dem Thema Public Health beschäftigen?

Verändertes Krankheitenspektrum: Standen im 19. und Anfang des 20. Jahrhunderts noch die infektionsbedingten Erkrankungen im Vordergrund, so konnten diese Probleme durch verbesserte hygienische Maßnahmen nach den beiden Weltkriegen und durch die Einführung der

sind nach dem heutigen Stand des Wissens durch die somatisch orientierte Medizin allein nicht lösbar. Das heutige Krankheitenspektrum verlangt die Ergänzung der medizinisch-naturwissenschaftlichen Denkweisen durch u. a. psychologische, soziologische, ernährungswissenschaftliche, pflegewissenschaftliche und pädagogische Herangehensweisen. Vor al-

Effizienzfragen: Die Herausforderungen der modernen Gesellschaft, die sich mit den Stichworten demographischer Wandel und Globalisierung des Wirtschafts- und Finanzwesens stichwortartig charakterisieren lassen, erfordern ein effizientes Gesundheitssystem, in dem die zur Verfügung stehenden knappen finanziellen Ressourcen optimal zur Bewältigung der gesundheitlichen Lasten in der Bevölkerung genutzt werden. Es muss herausgearbeitet werden, welche Erfolge sich mit welchen Methoden am ehesten erzielen lassen. Derzeit wird bspw. ein Großteil der finanziellen Ressourcen in die Behandlung erkrankter Menschen gesteckt. Dabei ist keinesfalls sicher, ob die Gelder nicht effizienter für die Gesundheit in der Bevölkerung eingesetzt wären, wenn sie entweder innerhalb des Versorgungssystems umgeschichtet würden oder Prävention und Gesundheitsförderung einen höheren Stellenwert erhielten. Versorgungsforschung und Forschung zur Gesundheitsförderung und Prävention sowie die Gesundheitssystemforschung sind hier die Disziplinen, die sich innerhalb von Public Health mit solchen Effizienzfragen beschäftigen.



Antibiotika) ins Arsenal der medizinischen therapeutischen Möglichkeiten zurückgedrängt werden. Insgesamt konnte die Lebenserwartung der Bevölkerung beachtlich gesteigert werden, wobei im Wesentlichen die verbesserten Arbeits- und Lebensbedingungen der Bevölkerung dazu beigetragen haben. Zwischen 10 bis 40 % der verlängerten Lebenserwartung geht auf das Konto verbesserter medizinischer Interventionen, der übrige Anteil konnte durch verbesserte Lebensbedingungen und Lebensstile erreicht werden. Die Breite der Spanne resultiert aus verschiedenen Modellansätzen und aus unterschiedlichen methodischen Vorgehen und ist abhängig davon, ob der männliche oder weibliche Teil der Bevölkerung betrachtet wird (SVR 2002, Bd. 1, Ziff. 95).

Heute beherrschen chronische Erkrankungen die Debatte um die Möglichkeiten der Medizin und die Finanzierbarkeit des Gesundheitswesens. Diese Erkrankungen

lem bei der Betrachtung gesundheitlicher Ungleichheiten bei sozial unterschiedlichen Schichten der Bevölkerung wird deutlich, wie komplex die Zusammenhänge zwischen Gesundheitszustand und Lebensbedingungen der Menschen sind. Fast alle Erkrankungen und Behinderungen – einschließlich der infektiösen – haben potenziell viele Ursachen, die ihre Entstehung bzw. Persistenz begünstigen. Verschiedenste Risikofaktoren aus den genannten Bereichen wurden inzwischen identifiziert. Ihre Kenntnis ist wichtig, um die richtigen Präventionsstrategien anwenden zu können.

Weniger erforscht sind die Ressourcen, warum manche Menschen oder Subpopulationen trotz gleicher negativer Risikofaktoren in der Lage sind, gesünder zu bleiben oder gesund zu werden. Hier setzt die Forschung zur Salutogenese an. Sie steht zwar noch am Anfang, ihre ersten Erkenntnisse werden aber schon heute für Programme zur Gesundheitsförderung genutzt.

Gesellschaftliche Veränderungen: Verschiedene gesellschaftliche Veränderungen haben Einfluss auf das Krankheitsgeschehen und die Gesundheitsressourcen der Gesellschaft. An dieser Stelle seien folgende beispielhaft genannt: Zunahme der Single-Haushalte und Verringerung familiärer Bande, Stärkung von Patientenrechten, Infragestellen paternalistischer Strukturen durch Bürgerrechts- und Selbsthilfebewegungen sowie andere emanzipatorische Ansätze, Langzeitarbeitslosigkeit, demographischer Wandel, erhöhte Bildungsanforderungen in der Arbeitswelt, Migrationsfragen, Auseinanderklaffen von Arm und Reich usw.. All diese Veränderungen bedingen neue Anforderungen an das Gesundheitswesen. Diese Veränderungen zu erkennen und deren Folgen für die Gesundheit der Bevölkerung zu analysieren, sind Aufgaben der Gesundheitswissenschaften/Public Health.

Die Epidemiologie als Wissenschaft, die sich mit den Ursachen und Folgen im Zusammenhang mit der Verbreitung von Erkrankungen in Populationen beschäftigt, blieb die Kerndisziplin von Public Health. Während in „Old Public Health“ die Hygiene, die Mikrobiologie und die Prävention als wissenschaftliche Forschungsfächer um die Epidemiologie herum im Vordergrund standen, treten in „New Public Health“ neue Fragen in den Vordergrund, die zu einer starken Ausdifferenzierung des wissenschaftlichen Forschungs- und Methodenspektrums geführt haben. Inzwischen ist zum einen die Gesundheitssystemforschung und innerhalb dieser die Versorgungsforschung zu einem zentralen Anliegen von Public Health geworden.

Daneben steht die Forschung zur Prävention und vor allem zur Gesundheitsförderung. Während sich die Prävention noch hauptsächlich am medizinisch-naturwissenschaftlichen Paradigma orientiert und erkannte Risikofaktoren in erster Linie einzeln bekämpft, stehen bei der Gesundheitsförderung sozial- und psychologische, pädagogische bzw. verhaltenwissenschaftliche Disziplinen im Vordergrund. Es geht dabei um folgende zentrale Frage: Wie organisieren wir möglichst schnell, möglichst flächendeckend und möglichst zeitstabil differenzierte Lernprozesse für unterschiedliche Bevölkerungsgruppen, damit Individuen, Institutionen und die Gesellschaft als Ganzes befähigt werden, sich mit einem Maximum an Prävention und einem Minimum an Diskriminierung auf das Leben mit den neuen gesundheitlichen Herausforderungen einstellen zu können und damit rational umgehen zu lernen (nach Rosenbrock 1998, erweitert)? Diese zentrale an der Ottawa-Charta der Weltgesundheitsorganisation zur Gesundheitsförderung (1986) angelegte Frage zeigt die Zielrichtung, um die es Public Health im Bereich Gesundheitsförderung geht: um die Befähigung von Menschen und Populationen (Empowerment), um die Organisation von Lernprozessen, um die Teilnahmemöglichkeit an Entschei-

dungen zur Gesundheit im Einzelnen und darüber hinaus. Die seit Mitte der achtziger Jahre entwickelte und erfolgreich umgesetzte Anti-AIDS-Kampagne auf den verschiedensten Ebenen der Gesellschaft hat eindrucksvoll gezeigt, was mit Hilfe dieses Ansatzes in Ergänzung klassischer therapeutischer und präventiver Maßnahmen erreicht werden kann. Gleiches gilt für die unterschiedlichen erfolgreichen Ansätze zur betrieblichen Gesundheitsförderung.

In den USA und in Großbritannien werden Forschungsergebnisse stärker als in Deutschland direkt und er-

ne engere Zusammenarbeit der Wissenschaftler mit den Praktikern muss das Ziel sein, wie es bereits die Deutsche Gesellschaft für Public Health in ihrer Definition von Public Health postuliert hat und wie es in den angelsächsischen Ländern bereits stärker umgesetzt wurde.

Public-Health-Verantwortliche haben auf unterschiedlichsten Ebenen die Versorgung mit Gütern und Dienstleistungen des Gesundheitswesens sicherzustellen. Die Verantwortlichkeit ergibt sich dabei insbesondere aus der Übertragung von öffentlichen Aufgaben. So haben bspw. Regierungen und Ministerien



folgreich in politische Maßnahmen umgesetzt. Insofern wird in „New Public Health“ auch verstärkt gefragt, wie lassen sich Public-Health-Forschungsergebnisse in erfolgreiche Politikberatung umsetzen. In diesem Zusammenhang spielen Gesundheitsberichterstattung und Gesundheitsplanung/Gesundheitsziele eine entscheidende Rolle, denn sie können eine wesentliche Grundlage für politische Entscheidungen sein.

Public Health als Öffentliche Gesundheit

Damit ist der praktische Teil von Public Health angesprochen. Das soll nicht heißen, dass die Trennung von Wissenschaftlichkeit und Praxis von Public Health das Wort geredet werden soll. Ganz im Gegenteil: Ei-

die Verantwortung, gesetzliche Regelungen zu schaffen und ggf. an die Veränderungen anzupassen, um ausreichend finanzielle Ressourcen zur Verfügung zu stellen. Oder sie haben dafür Sorge zu tragen, dass in außergewöhnlichen Fällen wie bspw. einer Pandemie oder bei Großschadensfällen ausreichend Ressourcen zur Versorgung der betroffenen Bevölkerung zur Verfügung stehen.

Krankenkassen sind als Körperschaften öffentlichen Rechts beauftragt, Beiträge ihrer Mitglieder sachgerecht und neuerdings wettbewerbsorientiert in die einzelnen Versorgungsbereiche fließen zu lassen, wobei neue Versorgungsformen den Kassen verstärkt die Möglichkeit eröffnen, selbst steuernd in das Versorgungsgeschehen einzugrei-

fen. Ob dabei gewährleistet bleibt, dass die Krankenkassen ihren öffentlichen Auftrag im Rahmen der solidarischen Gesetzlichen Krankenversicherung einhalten (können), ist eine ganz wichtige Frage.

Der Sicherstellungsauftrag der ambulanten ärztlichen Versorgung ist den Kassenärztlichen Vereinigungen – ebenfalls als Körperschaften öffentlichen Rechts – übertragen worden, wobei inzwischen durch Öffnungsklauseln einzelne Modellprojekte von diesem Prinzip abweichen.

Den Apotheken obliegt die im öffentlichen Interesse gebotene ordnungsgemäße Arzneimittelversorgung der Bevölkerung, so heißt es im § 1 des Apothekengesetzes. Also auch hier ein öffentlicher Auftrag für die Apotheken. Über gesetzliche oder vertragliche Regelungen sollen so unterschiedliche Versorgungsbereiche im Sinne von Public Health gesteuert und abgesichert werden.

Neben der Versorgung erkrankter Menschen sind Public-Health-Verantwortliche für den Erhalt und die Förderung von Gesundheit eines möglichst großen Teils der Bevölkerung zuständig (Prävention und Gesundheitsförderung); dies schon aus Gründen der Glaubwürdigkeit der Verantwortlichen und deren Legitimation als Führungskraft im Gesundheitswesen, aber auch, um die Konkurrenzfähigkeit von Kommunen, Bundesländern, Staaten oder Staatenverbänden zu erhalten und zu stärken. Als Präventionsstrategien werden unterschiedliche Maßnahmen umgesetzt. Dazu gehören bspw. Prävention durch Impfkampagnen, Anti-Raucherkampagnen, Förderung von Sport- und Fitnessbewegungen, Screening-Programme zur Ermittlung von Risikofaktoren oder Hygienemaßnahmen zur Abwehr von Infektionen. Dazu gehört aber auch der Aufbau oder die Förderung von Einrichtungen zur Aufklärung der Bevölkerung wie z. B. die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) oder individuelle Patientenberatungsstellen.

Solche Einrichtungen spielen für die Gesundheitsförderung eine wichtige Rolle, wenn es darum geht, die Bevölkerung ausreichend mit Informationen zu versorgen. Denn damit wird den Menschen die Möglichkeit gegeben, die für sie und ihre jeweilige Situation brauchbaren Strategien zur Gesunderhaltung zu entwickeln. Damit sie diese Informationen aber auch nutzen und anwenden können, reicht ein Informationsangebot allein nicht aus. Es müssen auch die Voraussetzungen geschaffen werden, damit die Menschen befähigt werden, diese Informationen abzurufen, zu verstehen und in ihrer jeweiligen Lebenssituation umzusetzen und das neu erlernte gesundheitsförderliche Verhalten möglichst auch beizubehalten. Um ein Ziel zu erreichen, müssen daher die jeweiligen Lebensverhältnisse und Lebensweisen berücksichtigt werden.

Oftmals werden Veränderungen nur zu erzielen sein, wenn die Verhältnisse, in denen die Menschen le-

derung am ehesten, die gewünschten Veränderungen in Gang zu bringen und nachhaltig wirksam werden zu lassen.

Gesundheitsschutz: Zum Bereich Public Health gehören aber auch alle Maßnahmen, die zum Schutz der Bevölkerung notwendig sind und die durch Prävention und Gesundheitsförderung sowie durch Maßnahmen der Versorgung Erkrankter nicht erzielt werden können. Dazu gehören zunächst alle Einrichtungen und Maßnahmen der Überwachung von gesundheitsbezogenen Angeboten.

Zum Gesundheitsschutz werden aber auch alle Surveillance-Systeme gezählt, die die Gesundheit der Bevölkerung überwachen. Hier sind hinzuzurechnen die Beobachtung des Infektionsgeschehens durch das zentrale Robert-Koch-Institut in Berlin (RKI) oder einzelner Bundesländer (z. B. Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit (LIGA.NRW) in Nordrhein-Westfalen), die Beobach-



ben, verändert werden, um die notwendigen Lernprozesse in Gang zu setzen und zu verstetigen. Programme zur Gesundheitsförderung in Betrieben, Schulen und Stadtteilen greifen diese Strategien auf. Durch die Verankerung der Programme in den Lebenswelten der Betroffenen, also in den Settings Schule, Betrieb, Kindertagesstätte usw., gelingt es nach den heutigen Erkenntnissen zur Gesundheitsför-

derung und Analyse von Krebserkrankungen (Krebsregister), Giftinformationszentralen der Länder oder auch der Bereich der Pharmakovigilanz im BfArM.

Gesundheitsberichterstattung und Gesundheitsplanung: Die genannten Einrichtungen der Versorgung, der Prävention und Gesundheitsförderung und vor allem des Gesundheitsschutzes bieten wichtige Infor-

mationen für eine kontinuierliche Gesundheitsberichterstattung. Diese ist notwendig, um Veränderungen zu erkennen und ggf. darauf zu reagieren. Auf der Bundesebene arbeiten die zentralen Bundeseinrichtungen wie z. B. RKI, Statistisches Bundesamt und andere an der Erstellung von Übersichtsberichten oder von Berichten zu einzelnen Fragestellungen. Auch die Bundesländer erstellen Berichte für ihre Zwecke. Nicht zu vernachlässigen sind die Gesundheitsberichte der Landkreise und kreisfreien Städte. Auf deren Grundlage lassen sich durch örtliche Netzwerke spezielle Situationen in einzelnen Regionen oder Stadtteilen erkennen. So können bspw. durch Befragungen von Bewohnern bestimmter Stadtteile in Kombination mit Erfahrungen aus Hausarztpraxen, Beratungs- und Überwachungseinrichtungen oder auch Apotheken Gesundheitsprobleme erkannt werden. Solche Erfahrungen, Beobachtungen oder Ergebnisse aus Befragungen können in Gesundheitsberichte einfließen. Sie bieten die Grundlage einer Planung oder von Abstimmungen für das örtliche oder regionale Gesundheitswesen (Gesundheitsplanung, Gesundheitsziele) sowie für die Weiterleitung erkannter Risiken oder Probleme an zuständige überörtliche Stellen und Einrichtungen wie das RKI oder an gesundheitspolitische Einrichtungen. Aufgrund der gewonnenen Erkenntnisse können von dort Maßnahmen entwickelt und entweder allein oder in Kooperation mit anderen Beteiligten umgesetzt werden. Um die ergriffenen Maßnahmen ständig zu verbessern, ist ihre Evaluation notwendig und anzustreben. Damit lässt sich erkennen, welche weiteren Verbesserungen notwendig sind, um erfolgreich zu sein.

Lokale Public-Health-Netzwerke: Um den Kreislauf von Gesundheitsberichterstattung, Gesundheitsplanung, Umsetzung und Evaluation sowie erneuter Gesundheitsberichterstattung aufrecht zu erhalten, hat sich der Aufbau fester Strukturen bewährt. Auf der kommunalen Ebene haben oftmals die Gesundheitsämter die Funktion übernommen,

lokale Netzwerke zu managen und den notwendigen Informationsfluss aufrecht zu erhalten. In Nordrhein-Westfalen koordinieren bspw. die Gesundheitsämter die im Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst verankerten kommunalen Gesundheitskonferenzen, in denen alle Akteure des Gesundheitswesens, wie Ärzte, Apotheker, Beratungsstellen, Selbsthilfe, Kostenträger, zum Teil engagierte Bürger usw., Mitglied sind und sich im Konsens bemühen, Public Health in der Kommune weiter zu entwickeln.

Anhand der genannten Beispiele von Public Health auf der praktischen Ebene wird schon erkennbar, welche Vorteile eine gesundheitswissenschaftliche Begleitung all dieser Aktivitäten bringt. Denn erst die wissenschaftlich fundierte Analyse der erfolgten Maßnahmen oder Beobachtungsstrategien ergibt überzeugende Argumente und stärkt die Motivation für die Beteiligten, um Public-Health-Aktivitäten ständig weiterzuentwickeln.

Apotheken und Public Health

Wie bereits weiter oben ausgeführt sind Apotheken Teil des Öffentlichen Gesundheitswesens, von Public Health. Sie haben den öffentlichen Auftrag der ordnungsgemäßen Arzneimittelversorgung der Bevölkerung. Ihr Tätigkeitsgebiet wird gesetzlich reguliert.

Apotheken können ihre Funktion eines Sachwalters der ordnungsgemäßen Arzneimittelversorgung dann stärken, wenn sie diese Funktion glaubwürdig nachweisen können. Dazu reicht es nicht mehr aus, die Funktion rechtlich abzusichern, sie muss für alle Menschen, vor allem aber für Entscheidungsträger erlebbar sein. Aber auch das wird auf Dauer und vor dem Hintergrund der zukünftigen gesundheitlichen Probleme der Bevölkerung sowie der finanziellen Engpässe der Krankenversicherung nicht reichen. Es wird notwendig sein, die Leistungen der Apotheken mit Methoden der Gesundheitswissenschaften, hier insbesondere der Versorgungs-

forschung, zu evaluieren und im Vergleich zu Leistungen anderer Anbieter zu bewerten. Vor dieser Abwägung brauchen sich die Apotheken aber dann nicht zu fürchten, wenn sie die bereits heute festgeschriebenen Anforderungen von pharmazeutischer Wissenschaft und Technik erfüllen, diese nachweisen und glaubwürdig transportieren.

Neben der ordnungsgemäßen Arzneimittelversorgung als übergeordnetes Stichwort sei an dieser Stelle an den Bereich der Pharmakovigilanz erinnert. Neben den Ärzten sind die Apotheken diejenigen Einrichtungen von Public Health, die als erste gesundheitliche Risiken durch Arzneimittel erkennen können. Damit haben sie im Pharmakovigilanzsystem eine ganz entscheidende Stellung und Bedeutung für die Öffentliche Gesundheit, denn sie können über den Einzelfall hinaus im Sinne von Public Health zur Arzneimittelsicherheit beitragen. Sie greifen somit Informationen aus der Bevölkerung auf, um sie zum Nutzen von Public Health an die dafür zuständigen Stellen weiterzuleiten. Damit sind sie Sensoren für möglich Public Health relevante Probleme.

Noch zentraler ist ihre Stellung im Bereich der Selbstmedikation. Hier haben Apotheken gegenüber Ärzten eine noch wichtigere Funktion für Public Health, die sie mit mehr Transparenz über dieses Marktsegment, mit mehr wissenschaftlicher Analyse der Daten und mit mehr Aufklärung in Richtung rationalem Arzneimittelkonsum ausfüllen könnten.

Apotheken können darüber hinaus ihre Position als Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitswesens weiter steigern, wenn sie ihr Potenzial als niedrigschwellige, flächendeckend verfügbare und mit einem hohen Vertrauen in der Bevölkerung ausgestattete Einrichtung erkennen und als Chance begreifen. Ziel von Public Health ist es, die Gesundheit der Bevölkerung zu stärken, Gefahren abzuwehren und Risiken zu vermeiden sowie die finanziell zur Verfügung stehenden Mittel optimal einzusetzen. Die Stärke

von Public Health ist ihr berufs- und Institutionen übergreifender Ansatz. Dies konkretisiert sich bspw. in den praktischen Public-Health-Aktivitäten in den Kommunen, auf Landesebene und im Bund. In diese Netzwerke gilt es, die Erfahrungen aus der Arzneimittelversorgung der Bevölkerung vor Ort einzubringen, sowie Public-Health-Maßnahmen aus diesem Kreis hinaus in die Fläche zu tragen. Wenn es dann noch gelingt, die Gesundheitswissenschaften mit ins Boot zu holen und den Nutzen der erbrachten Leistungen für Public Health unabhängig von Apothekerinteressen wissenschaftlich zu beweisen, besteht kein Grund, sich um die Zukunft der Apotheken zu sorgen.

Außerdem sollten alle Möglichkeiten in den Ländern und Kommunen wahrgenommen werden, sich in vorhandene Public-Health-Netzwerke einzubringen (z. B. in kommunalen Gesundheitskonferenzen). Zu nennen sind an dieser Stelle auch Modelle der Integrierten Versorgung. Hier geht es ebenfalls um eine sektorenübergreifende Versorgung und eine stärkere Vernetzung von Fachdisziplinen, um die Versorgung von Patienten zu verbessern und möglichst dabei noch Kosten zu senken. Um hier die Apotheken als Ort der ordnungsgemäßen Arzneimittelversorgung und ihr Potenzial als Eintrittspforte zum Gesundheitswesen besser zu positionieren, sind Kenntnisse von Public Health wichtig und notwendig.

Solange in der Apothekerschaft keine speziell für diese Aufgabe vorbereiteten Apothekerinnen und Apotheker verfügbar sind, sollten die Apothekerkammern in Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen von Public Health versuchen, bereits in Netzwerken vertretene Apothekerinnen und Apotheker zu unterstützen und motivierend zu begleiten.

In Aus-, Fort- und Weiterbildung müssen verstärkt Public-Health-Aspekte angesprochen werden. Pharmazeuten sollten mehr als bisher wissenschaftliche Methoden der unterschiedlichen Gesundheitswis-

senschaften, speziell der Epidemiologie, der Sozialwissenschaften, der Versorgungsforschung und der Psychologie, kennenlernen. Dann gelingt es leichter, sich in Public-Health-Netzwerken zu etablieren und die Prozesse durch eigene Beiträge voranzubringen.

Zwei besonders auf dieses Ziel gerichtete Möglichkeiten der Weiterbildung existieren bereits heute: Zum einen die erst jüngst weiter ausgebauten Bereichsweiterbildung Prävention und Gesundheitsförderung einiger Apothekerkammern, zum anderen die an verschiedenen Universitäten und Fachhochschulen etablierten postgradualen Studiengänge Public Health.

Inzwischen gibt es eine Fülle unterschiedlicher universitärer Angebote und Angebote von Fachhochschulen. Teilweise sind sie eher medizinorientiert, andere Angebote, wie bspw. an der Universität Bielefeld, sind aus sozialwissenschaftlichen Einrichtungen hervorgegangen. Gemeinsam ist ihnen der interdisziplinäre Ansatz, wobei die Schwerpunkte der Ausbildung jedoch sehr unterschiedlich sein können. So werden entweder kommunikative oder soziologische, medizinische, ökonomische oder sozialpolitische Schwerpunkte gesetzt. Die angebotenen Studiengänge ändern sich zudem ständig, so dass eine aktuelle Übersicht schwer zu finden ist. In den neunziger Jahren, in denen der Aufbau der Studiengänge massiv gefördert worden war, konnte eine Stelle finanziert werden, die eine solche Übersicht aktuell halten konnte. Nach Auslaufen der Förderung ist man jedoch darauf angewiesen, selbst zu recherchieren.

Fachapotheker für Public Health oder Bereichsweiterbildung?

Sicherlich wäre es optimal, wenn diejenigen Kolleginnen und Kollegen, die ein Masterstudium im Bereich Public Health absolviert haben, auch diejenigen wären, die als Vertreter der örtlichen oder überörtlichen Apothekerschaft in den lokalen, regionalen und überregionalen Public-Health-Netzwerken

mitarbeiten würden. Denn sie hätten das Rüstzeug, die Probleme aus der Perspektive ihrer Profession, aber eben auch aus der Perspektive anderer Professionen wahrzunehmen und beide Sichtweisen zu verknüpfen. Sie hätten die interdisziplinäre Herangehensweise während ihres Aufbaustudiums gelernt, sie hätten gelernt, warum andere Professionen andere Schwerpunkte haben und warum es wichtig ist, eine ganzheitliche Sichtweise zur Grundlage von Kompromissen zu machen.

Soweit bekannt, ist die Zahl der Public-Health-Absolventen aus der Apothekerschaft eher gering. Es wäre eine interessante Aufgabe, die Apothekerinnen und Apotheker aufzuspüren, die seit 1990 diesen Abschluss gemacht haben. Vor allem wäre die Antwort auf die Frage spannend, was der Abschluss für die Kolleginnen und Kollegen für Folgen hatte. Hat sich daraus eine neue Berufsperspektive entwickelt, konnte das Erlernete im bisherigen Berufsfeld nützlich sein, haben sich daraus andere, neue berufliche Möglichkeiten ergeben, hat sich dadurch das Verständnis für die Aufgabe der Apotheke als Teil des Öffentlichen Gesundheitswesens verändert? Antworten auf diese Fragen sind nicht dokumentiert.

Ein fundiertes Ergänzungsstudium zum Master of Public Health dauert mindestens zwei Jahre und erfordert neben finanziellem Engagement Disziplin und erheblichen Zeitaufwand. Es ist nicht einfach, dies in die übliche Berufs- und Familienplanung einzutakten. Umso mehr Hochachtung muss man vor den Kolleginnen und Kollegen haben, die diesen Aufwand auf sich genommen haben.

Darüber hinaus ist es für Apothekerinnen und Apotheker nicht einfach, sich auf Studiengänge einzulassen, in denen sie selbst als Einzelkämpfer/in auftreten. Wer während seines Studiums, während der Fortbildung und während der Weiterbildung stets und fast ausschließlich mit Pharmazeuten zu tun hat, für

den ist möglicherweise der Umgang mit ganz anderen Professionen wenig attraktiv.

In der Weiterbildung für Apothekerinnen und Apotheker existierte seit Mitte der neunziger Jahre bis 2008 das Angebot der Bereichsweiterbildung „Prävention und Gesundheitsberatung“. Apothekerinnen und Apotheker konnten in diesem Be-



reich eine Zusatzqualifikation erwerben, ohne damit allerdings den Titel eines Fachapothekers zu erreichen. Nicht alle Landesapothekerkammern haben diese Bereichsweiterbildung angeboten.

Ende 2008 beschloss die Bundesapothekerkammer, die Bereichsweiterbildung auszuweiten, einige neue Aspekte hinzuzunehmen und als Bereichsweiterbildung „Prävention und Gesundheitsförderung“ zu bezeichnen (nachzulesen in PZ-Prisma 1/2009, S. 1-6).

Auf die Fragen, inwieweit andere Professionen und in welchem Ausmaß als Dozenten eingebunden waren, welche Projekte sich daraus ergaben, ob sich dadurch für die Kolleginnen und Kollegen eine veränderte Wahrnehmung der Probleme im Gesundheitswesen ergab und ob nachträgliche Treffen zum Austausch von Erfahrungen angeboten und angenommen wurden – auf diese Fragen liegen keine Antworten vor. Es lässt sich also gar nicht sagen, ob diese Bereichsweiterbildung tatsächlich dazu beigetragen hat,

die Apotheken stärker als bisher in Public-Health-Netzwerke einzubinden.

Es ist zu vermuten, dass die bisherige Weiterbildungsmöglichkeit nicht zum erhofften Erfolg geführt hat. In Nordrhein-Westfalen wurden von beiden dort ansässigen Apothekerkammern Bereichsweiterbildungsseminare durchgeführt und mehrere

hundert Apothekerinnen und Apotheker qualifiziert. Folgetreffen der Weitergebildeten fanden höchstens vereinzelt statt. Die lokalen Vertreter in den Kommunalen Gesundheitskonferenzen sind in der Regel die Vertrauensapotheker der Kammern, die aber nur selten an der Weiterbildung teilgenommen haben.

Es bleibt also als Fazit: Die derzeitige Qualifizierung der Apothekerinnen und Apotheker in der Bereichsweiterbildung reicht nicht aus, um die Potenziale der Apotheken für Public Health optimal zu nutzen.

Eine Weiterbildung zum Fachapotheker für Public Health, die eine fundierte Kenntnis von Public Health vermittelt und die Zusammenarbeit trainiert, könnte ein Ansatz sein, die Situation zu verbessern. Dies aber nur unter der Voraussetzung, dass die Weiterbildung ausreichend viele Public-Health-Elemente aufnimmt und somit das Verständnis für das Anliegen und die Arbeitsweise von Public Health ausreichend gefördert wird.

Die Weiterbildung zum Fachapotheker ermöglicht eher als ein Public-Health-Aufbaustudium die Vereinbarkeit von Familie und Beruf und kann organisatorische Anforderungen und Personalplanungen in Apotheken besser berücksichtigen. Zudem wird die Schwelle zur Teilnahme für Apothekerinnen und Apotheker erniedrigt, indem sie in einer Weiterbildung als Pharmazeuten nicht als Einzelkämpfer auftreten müssten.

Damit Apotheken in möglichst naher Zukunft ausreichend qualifiziert in Public-Health-Netzwerken vertreten und erfolgreich mitarbeiten können, sollte der Weg über den Fachapotheker für Public Health diskutiert werden.

Weiterbildung zum Fachapotheker für Public Health

Die erweiterte Stundenzahl ermöglicht es, sich intensiver mit der Thematik zu beschäftigen als im Rahmen der Bereichsweiterbildung.

In der Weiterbildung sollten unterschiedliche Professionen als Dozenten oder Seminarleiter tätig werden und bei Projektarbeiten auf Interdisziplinarität Wert gelegt wird. Bisherlang werden in der Bereichsweiterbildung zwar auch schon Dozenten anderer Professionen eingesetzt, der Anteil der Apothekerinnen und Apotheker als Dozenten ist aber sehr hoch. In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage, ob nicht auch andere Professionen Interesse an einer Weiterbildung im Bereich Public Health entwickeln und insofern gemeinsame Module durchlaufen werden könnten.

Lehranteile von gesundheitswissenschaftlichen Institutionen und Institutionen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes sollten fester Bestandteil der Weiterbildung sein. Akademien für öffentliches Gesundheitswesen sind hier bspw. Ansprechpartner. Seminare an Hochschulen oder Fachhochschulen sollten den Weiterzubildenden bei bestimmten Themen offen stehen und im Rahmen der Weiterbildung anerkannt und gefordert werden.



Ebenfalls wichtig wäre die Mitarbeit in lokalen Public-Health-Netzwerken und eine sich daraus ergebende Projektarbeit.

Die Anzahl der Projektarbeiten sollte insgesamt erhöht werden, wobei möglichst viele Projekte auch interdisziplinär angelegt sein sollten. Dabei wäre es Aufgabe der Kammern, die nötigen Kontakte mit anderen Einrichtungen zu pflegen, um diese Projekte zu ermöglichen. Damit könnten die Weichen für eine leichtere Kommunikation mit anderen Berufsgruppen und Institutionen gestellt werden.

Der interdisziplinäre Effekt würde noch wesentlich stärker wirken, wenn die berufliche Tätigkeit der Weiterzubildenden in Teilen auch in Einrichtungen außerhalb der normalen Pharmazeutenwelt ermöglicht würde.

Als Weiterbildungsstätten wären bestimmte Apotheken auszuwählen, in denen eine Apothekerin oder ein Apotheker in Public-Health-Netzwerken aktiv ist. Nach einer Übergangszeit sollte dies auf Apotheken beschränkt sein, die einen Fachapotheker für Public Health beschäftigen und in Netzwerken mitarbeiten. Für eine Übergangszeit müssten Lösungen gefunden werden, welche Apotheken als Weiterbildungsstätte fungieren können und welche Anforderungen sie in dieser Zeit und darüber hinaus zu erfüllen haben. Damit wüchsen im

Laufe der Zeit Kristallisationspunkte für eine professionelle Public-Health-Netzwerkarbeit im Apothekenwesen heran.

Sofern andere Public-Health-Einrichtungen Apothekerinnen und Apotheker beschäftigen, sollten Lösungen gefunden werden, wie diesen Kolleginnen ebenfalls eine Weiterbildung ermöglicht wird.

Mit der Schaffung eines Fachapothekers für Public Health könnte die Apothekerschaft dokumentieren, dass sie ernsthaft bemüht ist, dieses Feld mit qualifizierten Pharmazeuten besetzen zu wollen.

Mögliche Nachteile

Natürlich muss man sich auch mit den Nachteilen eines Fachapothekers für Public Health auseinandersetzen:

Eine mit einem Studium im Bereich Gesundheitswissenschaften erreichbare Tiefe des Wissens und Verständnisses wird mit der Weiterbildung zum Fachapotheker wahrscheinlich nicht erreicht. Auch müssen bei der Interdisziplinarität Abstriche in Kauf genommen werden, da die Zusammenarbeit mit anderen Professionen nicht in dem Maße ermöglicht würde wie bei den universitären Aufbaustudiengängen.

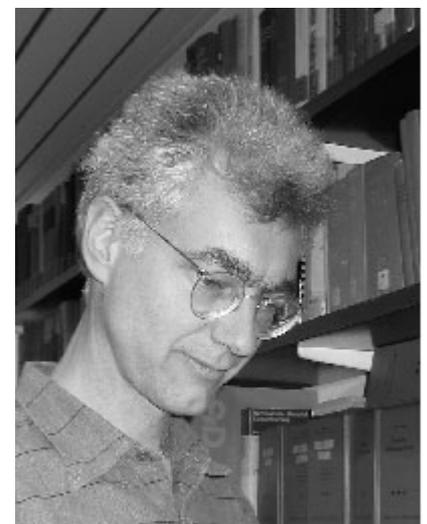
Als Nachteil ist sicherlich auch die fehlende Anbindung an die Forschung zu nennen. Für besonders interessierte Apothekerinnen und

Apotheker, die nach erfolgter Weiterbildung im Bereich Public Health in der Forschung und Lehre tätig sein wollen, ist der Fachapotheker wenig hilfreich.

Hinzu kommt, dass die Gesundheitswissenschaften eher den Bereich Apotheke als Forschungsfeld wahrnehmen werden, je mehr Nachwuchswissenschaftlerinnen und -wissenschaftler in ihren Einrichtungen heranwachsen und die Arbeit im Forschungsfeld übernehmen.

Insgesamt ermöglicht die Weiterbildung zum Fachapotheker für Public Health aber den Einstieg in eine bessere Qualifizierung in einem Bereich, der für die Apotheke der Zukunft und für den Erfolg von Public-Health-Netzwerken im Bereich Gesundheitsförderung und bei der integrierten Versorgung wichtig ist. Es wäre ein Signal der Apothekerschaft, dieses Thema aufzugreifen und sich darin verstärkt zu engagieren.

Für den öffentlichen Gesundheitsdienst als ein wichtiger Koordinator von lokalen und überregionalen Public-Health-Netzwerken entstünde mit den Public-Health-Apothekerinnen und -apothekern eine zusätzliche Möglichkeit, ihre Maßnahmen, Projekte und Aktionen über Apotheken als Multiplikatoren in die Fläche zu tragen, sowie über Apotheken als Sensoren zu nutzen und zu evaluieren, ob die Maßnahmen erfolgreich sind, an welcher Stelle nachgebessert werden muss und wo weitere Lösungen notwendig sind.



Stellenangebot

Der Verein demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten (VDPP) sucht zum 1. April 2010

eine(n) Referenten/in für die Vorstandsarbeit auf Honorarbasis

Der/die geeignete Bewerber(in) hat Freude an der Organisation, am Formulieren von Texten und ist gesundheitspolitisch und berufspolitisch interessiert. Er/sie ist belastbar und kann selbstständig arbeiten. Es erwartet ihn/sie eine interessante und abwechslungsreiche Tätigkeit.

Die Stelle ist bis zum **30. Juni 2011** befristet und kann verlängert werden. Eine Verlängerung erfolgt aufgrund der Entscheidung der Mitgliederversammlung des VDPP.

Voraussetzungen:

- Fähigkeit zur Analyse komplexer Sachverhalte und Formulierung verständlicher Texte (Vorlage von einigen Arbeitsproben aus der letzten Zeit)
- Gesundheitspolitisches und berufspolitisches Engagement
- Erfahrung im Umgang mit und Zugang zu elektronischen Medien
- Ausbildung / Studium auf dem Gebiet der Pharmazie, Medizin, Public Health o. ä. erwünscht

Aufgaben:

- Unterstützung des Vorstands bei der Öffentlichkeitsarbeit (Aktualisierung der Homepage, Erstellen des Newsletters, Koordinierung der Rundbriefe)
- Organisation von Veranstaltungen
- Zusammenarbeit mit gesundheitspolitisch arbeitenden NGOs

Was bietet der VDPP:

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

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

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

Aussagekräftige Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen sollten bis spätestens

1. Februar 2010 bei der Geschäftsstelle des VDPP eingehen.

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

Vorstandssitzung am 25. Oktober 2009 in Hamburg

von Katja Lorenz

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

Nach längerer Zeit tagte der Vorstand mal wieder in Hamburg. Diese Entscheidung wurde uns mit einer leckeren Kürbis-Ingwer-Suppe von Gudrun „versüßt“. Rund um die Suppe wartete aber wie immer eine volle Tagesordnung!

Die Diskussion aktueller gesundheitspolitischer Themen nahm diesmal einen breiten Raum ein. Die Koalitionsverhandlungen laufen. Es zeichnet sich bereits ab, dass die Arbeitgeber weiter aus der Verantwortung entlassen werden sollen. Auf die Ergebnisse soll mit einer Presseerklärung des Vereins reagiert werden.

Weitere Themen waren u. a. die Veröffentlichung des Arzneiverordnungsreports, das Gutachten des Sachverständigenrates, der Umgang mit der Schweinegrippeimpfung in Politik, Medien und Landesvertretungen und die Werbung für eine Neurodermitiscreme im öffentlich-rechtlichen Fernsehen („Hart aber fair“).

Die Vorbereitung des Herbstseminars geht in die letzte Runde. Es wurden „nur“ noch letzte organisa-

torische Details und Werbemaßnahmen besprochen. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt liegen relativ wenige Anmeldungen vor, obwohl der Verteiler weit gefasst war. Vermutlich ist das Thema zu apothekenspezifisch, um auch andere Berufsgruppen bzw. KollegInnen außerhalb der Apotheke anzusprechen. Für die angekündigten VertreterInnen der Fachpresse wird eine Pressemappe vorbereitet.

Die Verteilung des Sonderrundbriefes, des neuen VDPP-Programms und die Werbung fürs Herbstseminar auf dem Apothekertag stießen auf wohlwollende Resonanz und soll auch im nächsten Jahr wiederholt werden.

Unsere Teilnahme an der Gegenveranstaltung zum World Health Summit, Mitte Oktober in Berlin, beschränkte sich auf die Mitarbeit bei den vorbereitenden Treffen und eine finanzielle Unterstützung, die aufgrund unserer finanziellen Lage ausschließlich durch Mitgliederspenden aufgebracht wurde. Die Teilnahme des Vorstands am Public Eye of Berlin musste aus Krankheitsgründen leider ausfallen.

Außerdem wurde noch ausführlich besprochen, wie die Vereinsarbeit ab April 2010 organisiert werden soll. Zu diesem Zeitpunkt werde ich

meine Arbeit als Referentin des Vorstandes beenden. Es wurde beschlossen, die Stelle im Dezember auf der Homepage und im nächsten Rundbrief auszuschreiben. (Siehe S. 15 in diesem Rundbrief.) Darüber hinaus wird der Vorstand auf der Januarsitzung das weitere Vorgehen abstimmen.

Thema und Termin des nächsten Frauenseminars stehen fest: am 24. April 2010 wird es in Berlin stattfinden und sich mit „Frauen und HIV/AIDS“ beschäftigen.

Die nächste Vorstandssitzung findet am 24. Januar in Berlin statt.



Presseerklärung des VDPP zur Koalitionsvereinbarung zwischen CDU, CSU und FDP für die 17. Legislaturperiode des Bundestages

Auch wenn Teile der von der neuen Koalition beabsichtigten Maßnahmen die Zustimmung des VDPP finden, überwiegen die kritisch zu beurteilenden Ziele deutlich. In der Gesundheitspolitik überwiegen die Bemühungen der Koalition, marktwirtschaftliche Elemente, die Reduktion der Sozialversicherungsbeiträge

der Arbeitgeber und die Bewahrung von Privilegien für ihre Wählerklientel durchzusetzen.

Positiv herauszuheben ist der beabsichtigte Ausbau der Versorgungsforschung, die Überprüfung der geplanten zentralen Telematikinfrastruktur (ohne die prinzipielle

Sinnhaftigkeit von Telematikanwendungen in Frage zu stellen), das geplante Verbot des Pick-Up-Handels mit Arzneimitteln, die Erarbeitung eines Patientenschutzgesetzes und die Bekämpfung des (drohenden) Ärztemangels im ländlichen Raum. Der VDPP wird sorgfältig überprüfen, ob diese mehrheitlich sehr all-

gemein formulierten Ziele auch konsequent in die Realität umgesetzt werden.

Diese grundsätzlich begrüßenswerten Mosaiksteine verlieren in Anbetracht der katastrophalen grundsätzlichen Ausrichtung der künftigen Regierungsarbeit an Klientelinteressen und einer weiteren Entsolidarisierung im Gesundheitswesen an Bedeutung.

Als überragende Neuerungen sind die Festschreibung der Arbeitgeberbeiträge und die einkommensabhängige Erhebung der Arbeitnehmerbeiträge zu nennen. Diese Maßnahmen machen einen Paradigmenwechsel in der Gesundheitspolitik deutlich und stellen die wohl weitgehendste Aushöhlung des Solidarprinzips seit der Zulassung der privaten Krankenversicherung dar. Es ist dringend zu befürchten, dass die zugesagten Steuermittel zur Abmilderung von Härten mit der Begründung der Unbezahlbarkeit zum Teil eines zukünftigen Sozialabbaus gehören wird. Einklagbar sind diese Hilfen im Gegensatz zur Versorgung im Rahmen der GKV dann leider nicht mehr.

Angesichts der Ausgabenentwicklung ist es außerordentlich bedauerlich, dass auch die schwarz-gelbe Koalition die GKV entgegen ihrer im Vertrag definierten Ziele nicht auf eine langfristig solide finanzielle Grundlage stellt. Die drohende Finanzierungslücke wird mit der Finanz- und Wirtschaftskrise, der vielbemühten demographischen Entwicklung und dem medizinischen Fortschritt erklärt. Ebenso wie die schwarz-rote und die rot-grüne lässt die jetzige Regierung vollkommen außer Acht, dass sich in erster Linie die Einnahmehasis der GKV verschmälert hat, da Kapital- und Unternehmenseinkünfte, die seit Einführung des Solidarsystems exorbitant gestiegen sind, nicht an der Finanzierung des Solidarsystems beteiligt werden. Weil eine adäquate Beteiligung von Beziehern hoher Einkünfte unter dieser Regierung nicht zu erwarten ist, sondern im Gegenteil die Arbeitgeberbeiträge eingefroren werden sollen, sind ho-

he Abgabesteigerungen für die Arbeitnehmer zu befürchten. Die angekündigte steuerliche Entlastung niedriger und mittlerer Einkommen dürfte von höheren Sozialabgaben mehr als wett gemacht werden.

Ob der geplante Ausbau von „individuellen Wahlmöglichkeiten und Entscheidungsspielräumen“ wie die ebenfalls angemahnte „Eigenverantwortung“ in ihren Auswirkungen einfach mit Leistungsausschlüssen und Versorgung nach Kassenlage des Patienten übersetzt werden muss, wird der VDPP aufmerksam verfolgen.

Die Krankheitsprävention erfährt nach Auffassung des VDPP nicht die Priorisierung, die ihr zusteht. Die Förderung von gesundheitsbewusstem Verhalten ist das Fundament der Bekämpfung der meisten altersassoziierten Krankheiten und verlangt nach mehr Initiative, als die Koalition in ihrer Regierungsvereinbarung erhoffen lässt. Es ist dringend erforderlich, in einem umfassenden Präventionsgesetz die Organisation und Finanzierung der Präventionsförderung zu manifestieren. Der Koalitionsvertrag beschränkt sich jedoch auf Allgemeinplätze und lässt eine Fortführung des gegenwärtigen Fast-Nichts-Tuns erwarten.

Die Freiberuflichkeit der Leistungserbringer wird durchgängig als Qualitätsmerkmal per se hingestellt. Es will nicht einleuchten, warum die Anstellung des Arztes in einer Poliklinik dessen Therapiefreiheit behindert. Auch dass die Freiberuflichkeit der Zahnärzte die Grundlage für eine „weitere Verbesserung der Mundgesundheit und die präventionsorientierte Ausrichtung der Versorgung“ darstellen soll, bleibt wohl ein Geheimnis. Ebenso erscheint fraglich, dass ein selbstständiger Apotheker im heilberuflichen Sinne besser berät, als sein angestellter Kollege.

Die einzig sinnvolle langfristige Strategie stellt für den VDPP eine umfassende und valide Qualitätsüberprüfung dar. Da aber momentan die Alternative zur Freiberuflich-

keit nicht eine Qualitätsorientierung, sondern das Betreiben von Apotheken und MVZs durch Kapitalgesellschaften und eine Oligopolisierung im Apothekenmarkt und damit eine noch stärkere Gewinn- bzw. Renditeorientierung bedeuten würde, begrüßt der VDPP die Beibehaltung des aktuellen Fremd- und Mehrbesitzverbotes bei Apotheken sowie der Einschränkung der Geschäftsanteile fachfremder Berufsgruppen bei Medizinischen Versorgungszentren.

Dass die sonst favorisierte Marktliberalität ausgerechnet bei Apothekern und Ärzten stark eingeschränkt wird, hat allerdings angesichts der Tatsache, dass sich die Regierungsparteien bei diesen Berufsgruppen einer überwältigenden Zustimmung erfreuen dürfen, mehr als nur ein „Geschmäckle“.

Die im Koalitionsvertrag ausdrücklich eingeforderte Legitimation, Transparenz sowie „gelebte Demokratie“ in den Selbstverwaltungen der Leistungserbringer als Körperschaften des öffentlichen Rechts sind seit langem Forderungen des VDPP. Eine stärkere diesbezügliche Unterstützung von staatlicher Seite würde der VDPP begrüßen und wird sie zu gegebener Zeit einfordern.

18.11.2009
Florian Schulze
VDPP Vorstand



Ergebnisse von Arzneimittelstudien veröffentlichen!

Erneut hat das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) die Öffentlichkeit darauf aufmerksam gemacht, dass von einigen Arzneimittelherstellern Erkenntnisse über Arzneimittel unter Verschluss gehalten werden. Diese Hersteller nehmen damit bewusst in Kauf, dass Patientinnen und Patienten mit Arzneimitteln ohne Nutzen – möglicherweise aber mit Schaden - behandelt werden. Die ÄrztInnen und PharmazeutInnen im VDÄÄ und VDPP protestieren auf das Schärfste gegen diese Praxis. Offensichtlich haben Leben und Wohlbefinden der Patientinnen und Patienten bei diesen pharmazeutischen Herstellern eine niedrigere Priorität als die Vermarktung ihrer Produkte.

Der Pharma-Konzern Pfizer hat zur Bewertung des Antidepressivums Reboxetin (Edronax®) lediglich einen kleineren Teil der vorhandenen Daten eingereicht. Die überwiegende Zahl der Studien wurde zurückgehalten. Nur unter öffentlichem Druck sind die lange vorliegenden wissenschaftlichen Daten endlich herausgegeben worden. Nach Auswertung der Daten konnte kein Nutzen von Reboxetin bei Depressionen belegt werden. Im Gegenteil, Patientinnen und Patienten brachen die Therapie mit Reboxetin häufiger wegen unerwünschten Nebenwir-

kungen ab. Reboxetin ist bereits seit 1998 in Deutschland auf dem Markt. Wie viele Menschen sind also erfolglos mit dem Wirkstoff Reboxetin behandelt worden?!

Auch für andere Arzneimittel, etwa gegen Alzheimer-Krankheit oder Diabetes, ist bekannt, dass Daten aus wissenschaftlichen Studien von Herstellern zurückgehalten werden.

Wir halten dies für eine skandalöse Situation. Sie besteht in Deutschland seit Jahren unverändert – im Unterschied zu den USA, wo öffentliche Studienregister inzwischen eingeführt sind und für Transparenz sorgen.

Der VDÄÄ und VDPP sehen auch diejenigen Patientinnen und Patienten betrogen, die oft unter Appell an ihr soziales Verantwortungsgewissen eingewilligt haben, sich an klinischen Arzneimittelstudien zu beteiligen, wenn die Studienergebnisse dann nicht oder unvollständig veröffentlicht werden.

Die Arzneimittelbewertung durch das IQWiG ist eine längst überfällige, notwendige Qualitätsvoraussetzung in der Arzneimittelversorgung. ÄrztInnen und ApothekerInnen sind für ihre Arbeit in der Versorgung und der Beratung von Patientinnen und Patienten, in der Auswahl der

Arzneimitteltherapie und in der Beurteilung der Therapieerfolge darauf angewiesen, über Kenntnisse aus der bestmöglichen und aktuellsten Studienlage zu verfügen. Nur so können sie den Patientinnen und Patienten die für sie am besten geeignete Therapie angedeihen lassen.

VDÄÄ und VDPP fordern den Bundesminister Dr. Rösler auf, dafür Sorge zu tragen, dass alle Arzneimittelstudien in öffentlich zugänglichen Registern erfasst und alle Studienergebnisse veröffentlicht werden. Die Erfüllung dieser auch vom IQWiG formulierten Forderungen ist im Sinne der Therapiesicherheit und der professionellen Ansprüche auf höchstmögliche Versorgungsqualität essentiell.

Stattdessen ist zu befürchten, dass mit der nach Medienberichten bevorstehenden Ablösung des Leiters des IQWiG, Prof. Sawicki eine gezielte Schwächung des Instituts als industrieunabhängige Instanz erfolgen soll.

7. Dezember 2009

*Prof. Dr. Wulf Dietrich
(Vorsitzender des vdää)*

*Florian Schulze (Mitglied
im Vorstand des VDPP)*

IZaG – Initiative zur Zusammenarbeit angehender Gesundheitsberufler

Multimorbidität, Palliativmedizin, Onkologie – in vielen medizinischen Bereichen erfordern Krankheiten heutzutage eine komplexe Behandlung, welche ein Zusammenspiel aller Beteiligten zum Wohle des Patienten erfordert: Arzt, Apotheker, Psychologen, Pflegekräfte und Gesundheitswissenschaftler müssen ihre Kräfte bündeln, um die stetig

wachsenden Herausforderungen, vor die sie gestellt werden, gemeinsam meistern können. Während das im Klinikalltag bisher nur in Ansätzen umgesetzt wurde und die Alterung der Gesellschaft ein schnelles Handeln erfordert, haben die Studierenden der entsprechenden Fachrichtungen bereits – im wahren Sinne des Wortes – die Initiative

ergriffen. Mit der IZaG, der Initiative zur Zusammenarbeit angehender Gesundheitsberufler, wollen die Studierenden bereits im Studium den Dialog zwischen den Professionen fördern, Vorurteile abbauen und bereits früh den Blick für die Probleme und Denkweisen der Mitspieler im Gesundheitswesen schärfen.

Die Initiative umfasst zurzeit die Bundesverbände der Studierenden der Fächer Medizin, Pharmazie, Psychologie und Public Health sowie Vertreter aus dem Bereich Pflege. Der BPhD, als Repräsentant aller Pharmaziestudierenden in Deutschland, ist als Gründungsmitglied seit 2008 dabei. Nun feiert die IZaG nicht nur Einjähriges, auch gibt es zum ersten Mal eine große Aktion: vom 27. bis 29. November werden neunzig Studierende der genannten Fachrichtungen in Berlin erwartet – zum ersten IZaG-Kongress. Das Thema „Multiprofessionell gegen Multimorbidität“ (am Beispiel Gerontologie) wird von hochkarätigen Dozenten aus verschiedenen Blickwinkeln referiert, was den Studierenden einen Einblick in diesen komplexen und leider auch wach-

senden Bereich in der Klinik gibt, wie sie ihn an der Universität nie bekommen könnten.

Die Vielzahl von Verbänden mit je eigenen Strukturen machen die Organisation nicht einfach; mit dem Kongress wird das Projekt aber einen großen Schub erfahren und sicher Engagierte finden, die sich der Initiative mit helfender Hand anschließen möchten. Sie ist eine große Chance, wird es doch schon bald nicht mehr möglich sein, ohne ein gezieltes Zusammenspiel der Professionen, die besten Therapien zum Wohle des Patienten zu entwickeln. Die Studierenden machen sich selbst fit für die Zukunft – was die Politik bisher verpasst hat. In Kürze werden unter www.izag.org weitere Informationen zu finden sein.

Folgende Verbände sind zurzeit in der IZaG vertreten:

Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e.V. (bvmd)
www.bvmd.de

Bundesverband der Pharmaziestudierenden in Deutschland e.V. (BPhD)
www.bphd.de

AG Junge Pflege
www.junge-pflege.de

Bundesverband Psychologiestudierender (BP)
www.bv-studenten-bdp.de

Public Health Bundesverband Studierender (PHBS)

DOKUMENTATION

Offener Brief an Bundesgesundheitsminister Rösler

Betrifft:

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG)

Berlin, 14. Dezember 2009

Sehr geehrter
Herr Minister Dr. Rösler,

wir ÄrztInnen in sozialer Verantwortung (IPPNW), einer Organisation mit über 7.000 ärztlichen und medizinstudentischen Mitgliedern, wenden uns mit diesem Brief an Sie, die Mitglieder des Stiftungsrates und Vorstandes des IQWiG und an die Öffentlichkeit.

Nach Meldungen der Medien planen Sie, den Vertrag des Leiters des IQWiG, Dr. Peter Sawicki, nicht mehr zu verlängern, um ihn durch einen industriefreundlicheren Leiter/in zu ersetzen. Das IQWiG hat sich unter Dr. Sawicki seit seiner Gründung im Jahre 2004 einen hervorragenden Ruf erarbeitet und steht dem renommierten britischen Vorbild „National Institute of Health and Clinical Excellence“ (NICE) inzwischen nicht nach. Es ist eine der wenigen wirklich unabhängigen Institutionen der Bewer-

tung von Arzneimitteln. Sein Leiter ist ein Garant dieser Unabhängigkeit, der Rückgrat gegenüber unzulässigen Interessen bewiesen hat.

Die Absicht Ihres Hauses überrascht und erstaunt, weil die Industrie-Unabhängigkeit gerade die Stärke des Institutes ist und unabdingbare Voraussetzung für eine nach Kriterien wissenschaftlicher Evidenz vorgenommene Bewertung von Arzneimitteln. Der allzu große Einfluss der pharmazeutischen Industrie auf die Medizin und die Politik ist hingegen das Problem. Dieser bedarf dringend einer Eindämmung. Die übergroße Nähe der Medizin zur Pharmaindustrie bedroht inzwischen ernsthaft die Unabhängigkeit der Medizin und die Integrität des ärztlichen Berufsstandes.¹ Sie wirkt sich nachteilig aus auf eine rationale Arzneimitteltherapie, die Unabhängigkeit ärztlicher Fortbildung und die Kosten im Gesundheitswesen und begünstigt eine einseitig auf Medikamente gestützte Therapie und Therapieforschung. Sie

führt zu einer Ausweitung von Krankheitskonzepten, selbst zur Erfindung von Krankheiten, aus primär kommerziellen Gründen. Dies alles ist hinlänglich bekannt, durch zahlreiche Studien belegt und wird auch hierzulande durch seriöse Medien immer wieder thematisiert.

Eine industriefreundlichere Bewertung von Arzneimittelinnovationen wird mit dem Argument begründet, diese diene grundsätzlich dem medizinischen Fortschritt und damit dem Wohle des Patienten. Dem muss angesichts der Realität jedoch entschieden widersprochen werden. Bei den sog. Innovationen handelt es sich mehrheitlich um teure Pseudoinnovationen², die keinen oder nur einen marginalen Zusatznutzen gegenüber herkömmlichen Therapien aufweisen. Diese müssen daher mit enormem Werbeaufwand und anderen Methoden der Beeinflussung auf den Markt gedrückt werden, weil sie sonst kaum jemand verschreiben würde. Gerade die Interessen des

Patienten und der Solidargemeinschaft werden angesichts dieser Praxis durch die unabhängige Ausrichtung des IQWiG geschützt. Eine striktere Arzneimittelregulation in der GKV läuft gerade nicht den Interessen der Patienten oder der Volksgesundheit zuwider, wie andere Länder, z.B. Großbritannien und die skandinavischen Staaten, zeigen. Eine „wohlwollende“ Bewertung solcher Pseudoinnovationen setzt zudem falsche Anreize für die Forschung, in dem sie die Entwicklung von Scheininnovationen zu Lasten echter Innovationen begünstigt.

Transparency International Deutschland³ wie auch das Bundeskriminalamt sprechen gerade auch angesichts der Verflechtungen zwischen Medizin und Pharma- und Geräteindustrie von einer „strukturellen“, d. h. im System angelegten „Korruption“ bzw. von einer „systematischen Korruption“ (BKA) im Gesundheitswesen, der die Strafverfolgungsbehörden nicht mehr nachkommen. Die renommierte Harvardprofessorin Marcia Angell und ehemalige Chefredakteurin des hoch angesehenen New England Journal of Medicine hat angesichts jüngster Veröffentlichungen über massive Interessenskonflikte führender US Mediziner von einer „story of corruption“ gesprochen. Sie habe nur noch wenig Vertrauen in die Ergebnisse Industrie gesponserter Studien.

Die Literatur, die die einseitige Bewertung, Beeinflussung und Manipulation der von der Industrie gesponserten und kontrollierten Medikamentenstudien nachweist, ist inzwischen unübersehbar. Dabei spielen die Unterdrückung, Nichtpublikation bzw. selektive Publikation negativer Studienergebnisse eine große Rolle. Dadurch wird die Bewertung von Medikamenten, wie kürzlich am Beispiel der Antidepressiva, eine der am häufigsten verordneten Arzneimittel, wieder gezeigt, z.T. erheblich verfälscht. In den USA zahlen nahezu alle größeren Pharmafirmen wegen Manipulation bzw. unlauterer Werbung Entschädigungen und Strafen, zum Teil in Dollar-Milliardenhöhe. Mehr Distanz, statt mehr Nähe zur Industrie ist daher geboten.

In den USA ist eine breite Debatte über diesen Einfluss entbrannt, in deren Folge es inzwischen starke Bestrebungen in der Politik wie auch in der Medizin gibt, den übermächtigen Einfluss der Industrie auf die Medizin zurückzudrängen. Gerade renommierte medizinischen Fakultäten und Zentren wie Yale, Stanford, University of Pennsylvania wie auch das Journal of the American Medical Association (JAMA) u.a. sind Vorreiter für eine größere Distanz und eine größere (finanzielle) Unabhängigkeit gegenüber der pharmazeutischen Industrie. Mehrere Bundesstaaten haben inzwischen Gesetze verabschiedet, die eine umfassende Offenlegungspflicht aller Zuwendungen der Industrie an Ärzte und ärztliche Institutionen beinhalten. Damit werden erst jetzt das umfassende finanzielle Beziehungsgeflecht und die vielfältigen Interessenskonflikte richtig sichtbar. Mit dem Physicians Payment Sunshine Act, eingebracht von den Senatoren Grassley (Rep) und Kohl (Dem), steht jetzt ein nationales Transparenzgesetz auf der Agenda des US Kongresses mit guten Chancen, verabschiedet zu werden.

Die Weigerung der Firma Pfizer z. B., dem IQWiG interne Unterlagen zur Verfügung zu stellen, die dieses zur Bewertung von Arzneimittel benötigte, ist schlicht nicht akzeptabel und bedarf, wie vom IQWiG wiederholt angemahnt, einer (gesetzlichen) Regelung. In den USA besteht seit 2008 eine solche gesetzliche Registrierungspflicht für alle klinischen Medikamentenstudien, damit Studien mit negativen Ergebnissen nicht mehr so leicht unterdrückt oder zurückgehalten werden können.

Die beiden genannten Beispiele aus der jüngsten Gesetzgebung in den USA böten Ansätze für eine sinnvolle Regulierung im Arzneimittelsektor auch hier. Dazu gehört dringend eine Preisregelung für neue Patent geschützte Arzneimittel angesichts der im Vergleich zu anderen EU Ländern sehr hohe Medikamentenpreise in Deutschland. Bei patentgeschützten Arzneimitteln funktioniert der Markt nicht, da Patente staatlich garantierte Monopole sind, für die bei

uns der Hersteller weit gehend frei und willkürlich den Preis bestimmen kann. Das Defizit im Gesundheitsfond ließe sich um 3,3 Milliarden Euro mindern, wenn hier die Medikamente nur so teuer wären wie in Großbritannien, und um ein Vielfaches davon, wenn die Anwendung unsinniger Medikamente und sinnloser Gerätediagnostik gestoppt würde. Für eine derartige Politik aber bedarf es aber Mut und einer Gemeinwohlorientierung, die sich nicht primär Lobbyinteressen verpflichtet weiß.

Stattdessen beabsichtigen Sie nun offenbar, der Pharmaindustrie noch größeren Einfluss einzuräumen. Es überrascht dabei, wie unverblümt Sie dabei eine industriefreundliche Ausrichtung eines Institutes betreiben wollen, dessen Aufgabe die unabhängige Arzneimittelbewertung nach Evidenz basierten Kriterien und nach Wirtschaftlichkeit sein soll. Das erfüllt uns mit großer Sorge. Eines der Hauptprobleme einer sinnvollen Reform des Gesundheitswesens, darüber sind sich nahezu alle Experten einig, sind dabei der zu große, nicht der zu geringe Einfluss von Lobbygruppen.

Damit setzen Sie zu Beginn Ihrer Amtszeit ein verheerendes Signal und falsche Prioritäten angesichts der wirklichen Probleme im Gesundheitswesen. Wir appellieren an Sie als Minister und als Kollege, Ihre Absicht im Hinblick auf die hier vorgebrachte Argumentation noch einmal zu überdenken. Die Unabhängigkeit des IQWiG muss auch in Zukunft gewährleistet werden. Die gravierenden Probleme und Defizite in der Finanzierung der Gesundheitsversorgung werden Sie mit einer industriefreundlichen Personalentscheidung an der Spitze des IQWiG nicht in den Griff bekommen, im Gegenteil. Dass Defizit der GKV würde mit einer solchen „Lösung“ nicht kleiner, sondern größer und ginge zu Lasten der Solidargemeinschaft und des Schutzes der Patienten.

Mit freundlichen Grüßen

Für den Vorstand der IPPNW

Dr. med. Dieter Lehmkuhl

¹ Brennan, T A (2006): Health Industry Practices that Create Conflicts of Interest, JAMA, 295, 429 ff

² siehe Arzneiverordnungsreport, die Bewertungen der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) und

die hochangesehene französische unabhängige Zeitschrift Review Prescrire. Dass die Pipeline echter Innovationen der Industrie weitgehend leer ist oder zu versiegen droht, schreiben selbst das Wall Street Journal und Price Waterhouse in

seiner Studie: PHW Pharma 2020, taxing times ahead

³ Transparenzmängel, Korruption und Betrug im deutschen Gesundheitswesen - Kontrolle und Prävention als gesellschaftliche Aufgabe (2006)

SACHVERSTÄNDIGENRAT zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen

Koordination und Integration –

Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens

Sondergutachten 2009

(Hier ist lediglich das Unterkapitel abgedruckt, das sich unmittelbar mit der Arzneimittelversorgung befasst (S. 601 - 607). Das gesamte Gutachten (904 S.) kann im Internet unter <http://www.svr-gesundheit.de/Gutachten/Uebersicht/GA2009-LF.pdf> heruntergeladen werden. Eine gedruckte Kurzfassung kann unter <http://www.svr-gesundheit.de/Startseite/Startseite.htm> auch kostenlos bestellt werden. Red.)

6.3 Arzneimittelversorgung

757. Die Vergrößerung des Primärversorgungsbereichs und des Bereichs der sekundären fachärztlichen Versorgung bei gleichzeitiger Reduzierung und Konzentration der Krankenhäuser auf die stationäre Akut- und Notfallbehandlung sowie auf schwerwiegende Komplikationen bei chronischen Erkrankungen wird den Anteil und die Bedeutung der ambulanten Arzneimitteltherapie gegenüber der derzeitigen Situation erhöhen. Arzneimittel sind die am häufigsten eingesetzte Therapieform in der ambulanten Versorgung und gehören, richtig angewendet, zu den wirksamsten Instrumenten ärztlicher Hilfe. Ihr Einsatzbereich reicht von akuten Gesundheitsstörungen über chronische Krankheiten, die Verhinderung und Verzögerung kurzfristiger und ferner Krankheitskomplikationen bis zur rein palliativen Schmerztherapie. Insbesondere die präventive Zielrichtung zur Minderung der Wahrscheinlichkeit schwerwiegender Hypertonie- bzw. atherothrombotischer bedingter irreversibler Ereignisse wie Schlaganfall oder Herzinfarkt stellt in den westlichen Gesellschaften versorgungsepidemiologisch eines der umfangreichsten

ambulanten Anwendungsfelder für Arzneimittel dar. Dabei soll allerdings nicht außer Acht gelassen werden, dass insbesondere in Gesellschaften höherer Lebenserwartung die Dauer der Behandlung chronischer Krankheiten steigt, die Menschen leiden dann über mehr Jahre ihres Lebens an Bluthochdruck, Diabetes oder anderen chronischen Erkrankungen und werden dementsprechend auch länger behandelt. Arzneimittel werden damit zu jahrelangen Begleitern chronisch kranker Menschen, sie „kontrollieren“ bestenfalls die Krankheit, ohne sie letztlich „heilen“ zu können (Kuhlmey et al. 2003). Die Hoffnungen vieler Patienten, die an schwerwiegenden, bisher nur symptomatisch behandelbaren Krankheiten leiden, richten sich daher auf die Entwicklung neuer Medikamente. Erwartet werden in Zukunft z. B. Neuentwicklungen gegen Demenz oder bösartige Erkrankungen (Krebs). Der Anteil gentechnisch entwickelter Medikamente ist ständig im Wachsen begriffen (Biologicals bzw. deren Nachfolgeprodukte Biosimilars z. B. gegen rheumatoide Arthritis oder Multiple Sklerose), derzeit sind bereits 74 biotechnologisch hergestellte Arzneimittel auf dem deutschen Markt verfügbar, pro Jahr kommen 4 bis 5 neue Biopharmazeutika hinzu. Die europäische Arzneimittelbehörde EMA hat derzeit Kenntnis über die Erforschung von allein mehr als zehn Wirkstoffen zur Behandlung sehr seltener Krankheiten (*orphan drugs*). Schon jetzt fallen 13 % der Arzneimittelausgaben von knapp 26 Milliarden Euro (2008) in der GKV auf Biopharmazeutika, 2020 sollen es bereits 21 % sein (Häussler 2008). Die Arzneimittelversorgung

wird sich daher im Charakter verändern: Neben den bisherigen, symptomatisch orientierten chronischen Behandlungen werden sehr viel mehr individualisierte Therapien angeboten werden, die z. B. in genetisch oder enzymatisch bedingte Krankheitsprozesse mit Wirkstoffen eingreifen, die den natürlich im Körper vorkommenden nachgeahmt sind.

758. Neben den schon vorhandenen effektiven Arzneimitteln zur Behandlung chronischer Erkrankungen erweitern vor allem die gentechnologisch hergestellten Biologicals und Biosimilars die Möglichkeiten, schwere Erkrankungen, die bislang bei Exacerbationen häufig einen stationären Aufenthalt notwendig machten, auch ambulant zu behandeln. Zudem erhöhen sie die Überlebenszeit vieler Patienten mit Krebs- oder Autoimmunerkrankungen und damit die Notwendigkeit, die Arzneimitteltherapie auch auf lange Zeit hin kompetent und qualifiziert zu begleiten. Diese neuen Arzneimittel greifen zum Teil hochselektiv in Stoffwechselforgänge und Funktionen des Organismus ein. Die Informationsvermittlung über die richtige Anwendung und die Berücksichtigung von möglichen Risiken bekommt daher wachsende Relevanz. Schließlich sind Effektivität und Effizienz der Arzneimitteltherapie nur dann zu erwarten, wenn vor der Therapie eine angemessene Nutzen- und Schadenabwägung in die Entscheidung einbezogen werden kann.

759. Wegen der steigenden Bedeutung der Arzneimitteltherapie als Folge der erweiterten Möglichkeiten der Behandlung in der ambu-

lanten primär- und sekundärmedizinischen Versorgung wird sich auch die Notwendigkeit der interdisziplinären und fachübergreifenden Zusammenarbeit im Sinne der Koordination der verschiedenen Versorgungsbereiche verstärken müssen. Diese Entwicklung folgt den Anforderungen des § 140b SGB V, nach denen im Rahmen einer integrierten Versorgung von allen Partnern ausdrücklich eine Verpflichtung zu „qualitätsgesicherter, wirksamer, ausreichender, zweckmäßiger und wirtschaftlicher Versorgung der Versicherten“ gefordert wird. Hierfür notwendig sind u. a. „eine ausreichende Dokumentation, die allen an der integrierten Versorgung Beteiligten im jeweils erforderlichen Umfang zugänglich sein muss.“ (§ 140b Abs. 3 SGB V)

760. Im Rahmen einer zweckmäßigen und immer komplexer werdenen Arzneimittelversorgung ist die Beteiligung von Apotheken unverzichtbar. Dazu müssen aber bestimmte Voraussetzungen im Hinblick auf Qualität und Qualifikation in der Kooperation und Kommunikation erfüllt werden. Im Jahre 2007 gab es in Deutschland 21 570 Apotheken (davon hatten 2 356 den Status einer Filialapotheke; jeder Apotheker kann neben seiner eigenen Apotheke weitere drei Filialapotheken im Besitz haben), das waren 370 mehr als im Vorjahr. 351 Apotheken wurden im Jahre 2007 geschlossen (ABDA 2008), es blieb also im Jahre 2007 ein Nettowachstum von 19 Apotheken gegenüber 2006. Die Aufgabe der Apotheken liegt vor allem in der ordnungsgemäßen Arzneimittelversorgung der Bevölkerung. Ordnungsgemäß bedeutet in diesem Zusammenhang, die notwendigen und von den Patienten und Verbrauchern gewünschten Arzneimittel vorrätig zu halten, die Voraussetzungen bei der Abgabe eines Arzneimittels zu berücksichtigen (z. B. die Rezeptpflicht zu beachten) und adäquate Hinweise zur Anwendung, zur Aufbewahrung und zu den erwünschten und unerwünschten Wirkungen zu geben. Auf diese Weise soll die Therapiesicherheit erhöht, der bestimmungsgemäße

Gebrauch gefördert und der nichtbestimmungsgemäße Gebrauch, der z. B. zu unerwünschten Ereignissen wie Überdosierung, Missbrauch oder Abhängigkeit führen kann, vermieden oder zumindest verringert werden. Bei einer Einbindung in ein Konzept der integrierten Versorgung geht es aber um die Erweiterung dieses allgemeinen Auftrags, z. B. um die gemeinsam mit den Ärzten und Angehörigen anderer Gesundheitsberufe (z. B. aus dem Bereich der Pflege) umzusetzende und arbeitsteilig organisierte pharmazeutische Betreuung (*pharmaceutical care*) chronisch Kranker ebenso wie um die Zusammenführung und Bewertung von Versorgungsdaten aus dem privat finanzierten Bereich (z. B. dem Arzneimittelkonsum im Rahmen der Selbstmedikation oder der privaten Verordnungen). Der Zugang oder die Nutzungsmöglichkeit einer bisher nur in wenigen Projekten erprobten arzneimittelbezogenen Patientendatei ist vor allem im Hinblick auf die Medikation allgemein bzw. das individuelle Medikationsprofil von besonderer Bedeutung: Interaktions-Checks (Wechselwirkungen zwischen Arzneimitteln oder Nahrungsmitteln) oder die Anwendung eines so genannten CAVE-Checks (Prüfung auf bestimmte arzneimittelbezogene Probleme im Zusammenhang mit dem Alter, dem Geschlecht oder bestimmten Erkrankungen wie Allergien) sind dabei ebenso wichtig wie die daraus folgenden arzneimittelbezogenen Beratungsgespräche oder die Umsetzung der pharmazeutischen Betreuung und Schulungen (z. B. bei Hilfsmitteln wie Injektionshilfen für Insulin oder Blutzuckermessgeräten). Apotheker übernehmen somit in der primär- und sekundärärztlichen Versorgung als Fachleute für Arzneimittel die Begleitung und Betreuung der Einnahme oder Anwendung von verordneten und selbstgekauften Medikamenten. Eine solche verbesserte Patientenorientierung ist letztlich das Ziel einer zukünftigen Primärversorgung; Apotheken werden somit im Rahmen eines Behandlungsnetzes oder einer integrierten Versorgung zu Beratungszentren in der Arznei-

mitteltherapie, sowohl für die Ärzte und die Angehörigen anderer Gesundheitsberufe als auch insbesondere für die Patienten und Verbraucher.

761. Ausländische Beispiele zeigen vielfältige Möglichkeiten für Kooperationen, in die Apotheken einbezogen sein können (s. Dreischulte et al. 2008). In Großbritannien existieren neben den üblichen Aufgaben der Apotheken weiterentwickelte und auch gesondert honorierte Dienstleistungen wie z. B. der *medicines use review* (MUR), der im Bezug auf die verordneten Arzneimittel eine ausführliche Erläuterung der Einnahmemodalitäten für den Patienten anbietet. Der behandelnde Arzt erhält eine Rückmeldung über das Ergebnis der Beratung, um es bei der nächsten Konsultation mit dem jeweiligen Patienten besprechen zu können. Apotheker sind auch eingebunden in Programme zur Raucherentwöhnung und in einen *full medication review* zur Bewertung des gesamten einzunehmenden Arzneimittelspektrums. Daneben bekommen Apotheker in bestimmten Kooperationsprojekten auch nachgeordnete und mit den Ärzten vereinbarte Verschreibungsbefugnisse, wenn z. B. eine Asthma- oder Diabetestherapie wegen Verträglichkeitsproblemen umgestellt werden muss (*supplementary prescribing*). Allerdings ist für die Teilnahme an solchen Projekten der Nachweis der Teilnahme an bestimmten Postgraduiertenprogrammen erforderlich. Erst dann wird den Apothekern die Beteiligung an diesen zusätzlichen Aufgaben und der Abrechnung eines Honorars für diese Tätigkeiten erlaubt.

762. Im französischsprachigen Teil der Schweiz sind gemeinsame Qualitätszirkel von Ärzten und Apothekern so erfolgreich umgesetzt worden, dass diese Aktivitäten nun landesweit angeboten werden sollen. Diese Qualitätszirkel stehen unter der Leitung eines speziell hierfür im Rahmen einer Weiterbildung qualifizierten Apothekers, der mit den Ärzten an Hand von Verordnungsanalysen über die Verbesserung von Effizienz und Sicherheit in der jewei-

ligen Arzneimitteltherapie einzelner Ärzte diskutiert (Bugnon et al. 2006).

763. In den Niederlanden existiert schon seit langem das Konzept der gemeinsamen Qualitätszirkel von Apothekern aus öffentlichen Apotheken und niedergelassenen Allgemeinärzten. Der Durchführung dieser Qualitätszirkel kommt zugute, dass nahezu alle Niederländer nicht nur bei einem Hausarzt, sondern auch in einer Hausapotheke eingeschrieben sind und dass daher in großem Umfang Medikationsdateien vorliegen, die einen Einblick in die verordneten und selbstgekauften Arzneimittel bieten. Auf dieser Basis können notwendige Veränderungen der Arzneimitteltherapie oder Maßnahmen gegen Über- und Fehlversorgung oder gegen Missbrauch eingeleitet werden (van Mil 2005).

764. In Australien wird seit vielen Jahren das Konzept eines *home medicines review* (auch *home medication review* (HMR) genannt) umgesetzt, das auf der Kooperation von Ärzten und Apothekern basiert (Benrimoj/Roberts 2005). Vom Hausarzt werden dem Apotheker solche Patienten genannt, bei denen wegen der Menge oder der Komplexität der verordneten Arzneimittel ein HMR sinnvoll und notwendig erscheint. Der Apotheker führt dann zuhause beim Patienten eine Analyse der im Gebrauch befindlichen Arzneimittel durch und prüft, ob eine Umstellung bei bestimmten Mitteln notwendig ist, weil z. B. Wechselwirkungen oder unerwünschte Wirkungen drohen. Neben dieser Maßnahme bei ambulant behandelten Patienten gibt es auch einen Medikamentenreview in den Alten- und Pflegeheimen (*residential medication management review*), bei dem ebenfalls die qualifizierte Bewertung des angewendeten Arzneimittelsortiments im Mittelpunkt steht. Für diese Zusatzleistungen bekommen Apotheker mit einer nachzuweisenden zusätzlichen Qualifikation ein Honorar ausgezahlt (ca. 104 Euro für jeden vom Arzt verordneten Review) (Australian Government 2008, 2009).

765. In keinem der hier vorgestellten Beispiele einer qualifizierten Kooperation von Apothekern mit den übrigen an der Patientenversorgung beteiligten Angehörigen ärztlicher oder nichtärztlicher Gesundheitsberufe spielen Organisationsform und Besitzverhältnisse der Apotheke eine erkennbare Rolle (eigentümergeführte Apotheke, Versandapotheken, Apotheke im Fremdbesitz wie z. B. eine Kettenapotheke), – weder behindernd noch fördernd. Es geht vielmehr um die Übernahme von professioneller Verantwortung durch die Apotheker und ihren Beitrag einer arzneimittelorientierten Kompetenz im Rahmen der Kooperation mit anderen Leistungsanbietern. Erkennbar ist allerdings in all diesen Projekten, dass die beteiligten Apotheker bestimmte qualifikationsfördernde Ausbildungs- oder Weiterbildungsmaßnahmen durchlaufen haben und dass die Medikationsübersicht transparent und vollständig vorliegt. Unter diesen Voraussetzungen sollten sich Apotheken auch im anzustrebenden deutschen System einer sektorübergreifenden, populationsbezogenen Versorgung als Institutionen positionieren, die in Kooperation mit Haus- und Fachärzten, möglicherweise auch stärker als heute mit stationären Einrichtungen, die Verantwortung für die Qualität und Wirtschaftlichkeit bei der Arzneimittelauswahl mittragen (*community pharmacies*). Apotheken sind dann eingebunden in ein integratives Versorgungsnetz mit einer versichertenbezogenen, populationsorientierten, pauschalen Honorierung (Capitation). In diesem Zusammenhang kann innerhalb des Versorgungsnetzwerkes auch darüber mitbestimmt werden, in welcher Größenordnung der Fixaufschlag („Abgabehonorar“) pro Arzneimittel zu berechnen ist. Dieser Aufschlag beträgt derzeit allgemein 8,10 Euro pro abgegebenem Arzneimittel, für die GKV allerdings nur 5,80 Euro, da ein Rabatt von 2,30 Euro gesetzlich festgelegt wurde. Je nach Einkaufskonditionen kann die Apotheke in einem populationsbezogenen Versorgungsnetz aber auch mit einer „Funktionspauschale“ pro Arzneimittel auskommen,

die deutlich unter der derzeitigen Abgabepauschale liegt („Apothekenindividuelle Handelsspanne“, Cassel/Wille 2007). Auf diese Weise wird die prospektiv von den Kassen gezahlte Honorierung (Capitation), die auch die Apothekenhonorierung enthält, entlastet und der positive Deckungsbeitrag für den einzelnen eingeschriebenen Versicherten erhöht werden. Dass Apotheker eine solche Rolle bezüglich des qualitativen und gleichzeitig wirtschaftlichen Einkaufs von Arzneimitteln stärker übernehmen könnten, sieht auch bereits der § 130a Abs. 8 Satz 5 SGB V vor. Danach können die Krankenkassen oder ihre Verbände Leistungserbringer oder Dritte am Abschluss von Verträgen nach Satz 1 (Rabattverträge für Arzneimittel) beteiligen oder diese mit dem Abschluss solcher Verträge beauftragen (*Pharmaceutical Benefit Management*, PBM). Bei dieser Regelung wurde vor allem an die Mitwirkung von Apothekern gedacht, die mit ihrer Kompetenz die notwendigen Anforderungen und Voraussetzungen für die indikationsbezogene Auswahl und die Qualität der in Rabattverträge aufzunehmenden Arzneimittel definieren können. Diese Qualifikation könnte auch im Rahmen der schon oftmals als Vorschlag unterbreiteten Strategie der kassenspezifischen Vertragslisten für Arzneimittel (kassenspezifischen Positivlisten) eine Rolle spielen.

766. Bei einer Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung hin zu einer koordinierten, generationenspezifischen und regional differenzierten Versorgung muss eine Apotheke als Teil der Primärversorgung im Rahmen integrierter Konzepte zusammen mit den Ärzten die Verantwortung für die Auswahl und Bereitstellung der Arzneimittel übernehmen und sich an einer patientenorientierten pharmazeutischen Betreuung und Begleitung (*pharmaceutical care, medication reviews* usw.) aktiv beteiligen. Die Honorierung der Apotheken ist in diesem Fall, wie die der beteiligten Ärzte und nichtärztlichen Berufe, im Rahmen des Capitation-Modells nach intern vereinbarten Verteilungsmustern geregelt. Die Aufgaben einer

Apotheke liegen dabei sowohl im Bereich der Wirtschaftlichkeit wie im Bereich der Arzneimittelsicherheit: Die Wirtschaftlichkeit der Arzneimittelversorgung wird z. B. durch erfolgreiche Verhandlungen des Apothekers mit den pharmazeutischen Herstellern erreicht (ähnlich wie heute im Krankenhaus, wobei sich die Rolle einer Netzapotheke ohnehin in manchen Bereichen der Rolle einer Krankenhausapotheke annähern würde, z. B. im Hinblick auf eine „Netzorientierte Positivliste“), die erhöhte Therapiesicherheit z. B. durch die konsequente Berücksichtigung von Patientensicherheitsindikatoren (s. GA 2007, Ziffern 651ff.). Vermiedene unerwünschte Ereignisse, die üblicherweise zu teuren stationären Behandlungen führen, können auf diese Weise zur Entlastung der von den Krankenkassen prospektiv gezahlten Honorierung (Capitation) beitragen. Apotheken sollen in diesem Zusammenhang als Netzapotheke mit Dependancen (heute maximal drei Filialapotheken) die Arzneimittelversorgung in der integrierten Versorgung bzw. den entsprechenden Versorgungseinheiten (vereinigt unter einem „ökonomischen Dach“; GA 2007, Ziffer 399ff. sowie Unterkapitel 8.5) organisieren und steuern. Zu diesen Versorgungseinheiten können auch medizinische Versorgungszentren gehören. Insgesamt macht es im Rahmen der Integrierten Versorgung aus Effizienzgründen Sinn, die Arzneimittelversorgung über eine eigene (interne) Arzneimitteldistribution anstelle der Einbeziehung externer öffentlicher Apotheken umzusetzen (Glaeske et al. 2003).

767. Solche Versorgungseinheiten können sich sowohl regional als auch überregional organisieren, in solchen Fällen wären Verbünde von Apotheken (derzeit noch „virtuelle Ketten“, solange der Mehrbesitz nur eingeschränkt und der Fremdbesitz gar nicht erlaubt ist – s. auch erneut das EuGH-Urteil vom 19. Mai 2009), die sich intern auf kommunizierbare und überprüfbare Qualitätsstandards verständigen, eine sinnvolle Lösung. Wenn Netzapotheke für sich genommen kei-

ne ausreichende finanzielle Basis in dünner besiedelten Gegenden haben, könnten Filialapotheken solcher Verbünde dort die Arzneimittelversorgung übernehmen. Andere Möglichkeiten, die Arzneimittelversorgung aufrecht zu erhalten, liegen im Versandhandel aus Apotheken oder in Rezeptsammelstellen der Netzapotheken vor Ort (pick-up-Stationen, z. B. in Supermärkten, unter gesetzlich geregelten Auflagen): Die gesammelten Rezepte werden von Mitarbeitern der Netzapotheke abgeholt und die verordneten Arzneimittel dann am nächsten Tag in der Rezeptsammelstelle ausgegeben. In solchen Fällen ist allerdings sicherzustellen, dass zumindest eine telefonische Beratung jederzeit möglich ist.

768. Grundsätzlich besteht auch weiterhin die Freiheit für alle Apotheker, ihre Apotheke als Kleinunternehmen ohne Netzanbindung zu führen und sich an der Arzneimittelversorgung von GKV- und PKV-Versicherten sowie von Verbrauchern zu beteiligen. Die Anbindung an Netzstrukturen erfordert zusätzliche Qualifikationen und die Bereitschaft, patientenorientiert im Team Verantwortung für die Effektivität und Effizienz der Versorgung zu übernehmen. Außerhalb dieser Kooperationsmodelle sind auch die Netzapotheke frei, z. B. im Rahmen der Selbstmedikation oder für Privatversicherte Leistungen zu erbringen. Die besonderen Voraussetzungen liegen sowohl in der professionellen Qualifikation (essentiell z. B. Ausbildung oder Absolvierung eines Postgraduierten-Studiengangs im Fach Klinische Pharmazie) als auch in kommunikativen Fähigkeiten gegenüber allen Netzkollegen, Patienten und Versicherten.

769. Die Förderung einer solchen Entwicklung wird zu einer Differenzierung der Apotheken und zur Liberalisierung des bislang bestehenden „Kollektivvertrags“ (Rahmenvertrag über die Arzneimittelversorgung nach § 129 SGB V) für die an der GKV-Versorgung beteiligten Apotheken führen. Der dann mögliche Wettbewerb um Vertragsmodelle in der Arzneimittelversorgung wird ähnlich wie in der primär- und sekundärärztlichen Versorgung zu mehr Integration und Kooperation in den medizinischen Behandlungsabläufen und im Rahmen des Professionenmixes zu einer stärkeren Einbindung der Apotheken in die Verantwortung für die Versorgung der Versicherten führen. Damit hat die Arzneimittelversorgung ähnlich wie die Pflege und Prävention eine sektorübergreifende Funktion, in der die Apotheken unabhängig von der Versorgungsebene für die durchgängige Qualität und Effizienz der Pharmakotherapie mitverantwortlich sind. Auf diese Weise ändert sich die Rolle der Apotheken von einer derzeit eher passiven Institution für die Arzneimitteldistribution zu einer Institution, die gemeinsam mit den Ärzten und den Angehörigen nichtärztlicher Gesundheitsberufe im Rahmen veränderter Organisations- und Finanzierungsstrukturen (z. B. Managed Care mit Capitation) aktiv in den erfolgreichen Einkauf, in die richtige Auswahl, in die effektive Anwendung, in die Vermittlung industrieunabhängiger und auf den Ergebnissen der evidenzbasierten Medizin beruhender Informationen sowie in das Monitoring der Arzneimitteltherapie eingebunden ist.



Gesundheitsförderung – Was können Apotheken beitragen?

von Kirsten Sucker-Sket

Prävention und Gesundheitsförderung sind bislang nur für einige Apotheken ein Thema. Vielerorts sind die Ressourcen der Pharmazeuten bereits durch die alltäglichen Pflichtaufgaben gebunden. Dennoch müssen Apotheken erlebbar machen, dass sie mehr können, als Arzneimittel zu verkaufen. Und dazu gibt es vielfältige Möglichkeiten, gerade im Bereich der Prävention. Wie und wo Apotheker aktiv werden können, war Thema des Herbstseminars des Vereins demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten (VDPP) am 7. November in Berlin.

Ottawa-Charta: mehr Selbstbestimmung

Dr. Udo Puteanus, Apotheker und im nordrhein-westfälischen Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit (LIGA) für Arzneimittel und Sozialpharmazie zuständig, erläuterte die Grundlagen der Gesundheitsförderung: Mit der Ottawa-Charta entwickelte die Weltgesundheitsorganisation (WHO) bereits 1986 ein Konzept zur Stärkung der individuellen und sozialen Gesundheitsressourcen. Gesundheitsförderung zielt darauf ab, „allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen“. Zugleich sind in der Charta Anforderungen an alle Angehörigen des Gesundheits- und Sozialwesens formuliert.

„Es ist ein langwieriger Prozess, bis sich diese Gedankengänge umsetzen lassen“, räumt Puteanus ein. Noch immer tut man sich schwer, die isolierte Konzentration auf Details zu verlassen und von einer symptomatischen auf eine ganzheitliche Betrachtungsweise umzuschwenken. Wenngleich in Deutschland bereits einiges erreicht wurde – so etwa gesetzliche Regelungen zur

Gesundheits- und Selbsthilfeförderung und die Einrichtung von Public-Health-Aufbaustudiengängen –, ist das Thema auch 23 Jahre nach der Ottawa-Konferenz hochaktuell. Die Frage ist, welchen Beitrag die Apotheke leisten kann, deren Kernaufgabe darin liegt, zu informieren und zu beraten. Ein Problem ist hier aus Sicht von Puteanus, dass die Evaluation dieser Tätigkeit noch nicht sehr weit vorangeschritten ist, sodass schwer zu sagen ist, was tatsächlich mit ihr erreicht wird.

Ansätze zur Evaluierung der Beratungsleistung

In einigen Ländern überprüfen Sozialpharmazeuten bereits den Nutzen von Information und Beratung – in Deutschland ist man noch nicht ganz so weit. Doch in Nordrhein-Westfalen gibt es nunmehr das Projekt „Apotheken, Gesundheitsförderung und Gesundheitswissenschaften/Public Health“ des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, in dessen Rahmen ergebnisoffen zur Information und Beratung geforscht werden soll. Zeigt sich dabei, dass die Leistungen des Apothekers etwas bringen, sei dies eine gute Grundlage, um über eine Honorierung zu sprechen.

Zudem soll das Projekt untersuchen, wie Gesundheitsförderung besser in den Apotheken etabliert werden kann. Hindernisse für Apotheker sind Puteanus zufolge ihre rein naturwissenschaftliche Ausbildung, ihre Orientierung am Verkauf von Produkten und das generell isolierte Arbeiten im Gesundheitswesen. Auf der anderen Seite ist ihr Potenzial für Public Health enorm: So punkten Apotheken etwa mit ihrer flächendeckenden Präsenz, ihrer Verankerung im Stadtteil, ihren vielen Kundenkontakten in allen Bevölkerungsschichten, ihrem heilberuflichen Auftrag und dem (noch) hohen Vertrauen der Bevöl-

kerung. Sie können als „Sensor“ erspüren, welche Probleme den Menschen unter den Nägeln brennen, und haben beste Chancen, als Akteur oder jedenfalls Multiplikator in Erscheinung zu treten.

Der Schlüssel ist für Puteanus, dass Apotheken ihre Kernleistungen stärker an der Gesundheitsförderung orientieren – und zwar bezogen auf den Einzelfall – und dass sie bereit sind, sich einer Evaluation zu unterziehen. Die Beratung dürfe sich nicht nur auf das Arzneimittel und die Krankheit beziehen, sondern auch auf die Lebenswelt und -weise des Patienten. Puteanus hofft dass Public Health einen größeren Stellenwert in der Aus-, Fort- und Weiterbildung der Apotheker erhält. Zudem müsse in der Apothekenbetriebsordnung die Vertraulichkeit stärker verankert und eine Qualitätssicherung für Information und Beratung eingeführt werden.

Glaeske: Kritik am Koalitionsvertrag

Prof. Dr. Gerd Glaeske, Gründungsmitglied des VDPP und Mitglied des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, stieg mit einer scharfen Kritik am schwarz-gelben Koalitionsvertrag in das Thema ein. Auch wenn das Kapitel zur Gesundheit mit der Überschrift „Prävention zielgerichtet gestalten“ beginnt, sind die folgenden 9 ½ Zeilen aus Glaeskes Sicht schlicht „traurig“. Noch ärgerlicher sind für ihn die Finanzierungspläne der neuen Regierung. Durch die Festschreibung des Arbeitgeberbeitrags zur Krankenversicherung werde die Parität weiter ausgehöhlt. Damit seien die Arbeitgeber „aus dem Schneider“ – eine Motivation für die Gesundheitsförderung im Betrieb sei von ihnen nicht mehr zu erwarten. Dagegen werde die Belastung der Versicherten „dramatisch steigen“.

Für Glaeske ist klar: Am Ende wird die Gesundheitsprämie stehen und die Gefahr einer Zwei-Klassen-Medizin heraufbeschwören. „Wenn das so kommt, kann sich Herr Rösler damit brüsten, ein leistungsfähiges System zerstört zu haben“, so Glaeske. Auch die Aussagen von Union und FDP zur Apotheke sind für ihn „ein Schlag ins Gesicht jener, die sich bemüht haben, Apotheken weiterzuentwickeln“.

Zukunftsvision: Versorgung in Netzwerken

Welche Visionen Glaeske für die Apotheke und das Gesundheitssystem schlechthin hat, hat er bereits ausführlich im jüngsten Gutachten des Sachverständigenrats dargelegt (siehe DAZ 27/2009, S. 18 und AZ 28/2009). Sein Zukunftskonzept ist das einer populationsbezogenen und sektorenübergreifenden Versorgung in Netzwerken. Hausärzte, Fachärzte, Kliniken, Pharmazeuten, Pflege und Hospize arbeiten hier Hand in Hand – und auch die Prävention ist Teil des großen Ganzen. Die Apotheken haben in einem solchen Modell, das nicht zuletzt die heutige „Ärzte-Zentriertheit“ überwinden will, einen wichtigen Platz; schließlich gehören Arzneimittel – richtig angewendet! – zu den wirksamsten und effektivsten Instrumenten ärztlicher Hilfe, deren Bedeutung auch in Zukunft weiter steigen wird, so Glaeske. Allerdings ist es aus seiner Sicht egal, welche Organisationsform die Apotheke hat, wenn sie denn ihre Aufgaben zuverlässig erfüllt.

Wünschen würde sich Glaeske insbesondere mehr kritisches Engagement bei der Arzneimittelversorgung von Kindern (z. B. Methylphenidat) und Älteren. Gerade bei älteren Menschen, die häufig eine Multimorbidität aufweisen, liege einiges im Argen. Selbst wenn jeder einzelne Arzt nach den jeweiligen Leitlinien „richtig“ handle, könne dies im Zusammenspiel schwere Folgen für die Patienten haben. Die Weiterentwicklung der Beers-Liste unter Berücksichtigung des deutschen Marktes wäre für Glaeske ein wichtiger Schritt. Doch dass sich die Apothe-

ker wirklich engagieren, Wirkstoffe aufzulisten, die Menschen über 65 Jahren möglichst nicht einnehmen sollen, sieht er nicht.

Insgesamt hält Glaeske eine stärkere Kooperation mit den Verordnern für wesentlich – auch im Hinblick auf die zunehmende Selbstmedikation. Er verwies auf erfolgreiche Kooperationen in anderen Ländern, etwa den in Australien eingeführten Home-Medicines-Review, bei dem ein Apotheker in Erfahrung bringt, welche Arzneien der Patient tatsächlich zu Hause hat und einnimmt. Ein Fehler der deutschen Apotheker sei es, dass sie zuerst ein Honorar fordern, ehe sie unter Beweis gestellt haben, was sie können. Aus Glaeskes Sicht ist es nötig, dass sie in Vorleistung treten und somit den Druck aufs System erhöhen. In seinem Zukunftsmodell müsste man aber ohnehin nicht über die Vergütung von Einzelleistungen diskutieren. Es ist ein sogenanntes Capitation-Modell vor, in dem ein populationsbezogenes Gesamtbudget unter allen Beteiligten aufgeteilt wird.

WIPIG hilft beim Netzwerken

Was Apotheker in Sachen Prävention im etwas überschaubareren Rahmen leisten können, zeigte Dr. Helmut Schlager, Apotheker und Geschäftsführer des Wissenschaftlichen Instituts für Prävention im Gesundheitswesen (WIPIG), auf. Das WIPIG bietet Apothekern eine Vielzahl von Möglichkeiten, sich in der Prävention zu profilieren. Es hält insbesondere Informationsmaterialien bereit, erarbeitet Aktionspakete, sorgt für Netzwerke unter interessierten Apothekern und kümmert sich um entsprechende Weiterbildungsangebote. Nicht zuletzt liegt es dem Institut am Herzen, die Leistungen der Apotheker zu evaluieren und damit letztlich zu einer Honorierung zu gelangen.

Diabetes-Pilot am Niederrhein

Noch konkreter wurde der Krefelder Apotheker Manfred Krüger, der das bereits laufende Pilot-Präventionsprojekt „Glücksspiel Gesundheit“ nach einem Konzept des Nationalen

Aktionsforums Diabetes mellitus stellte. In diesem Pilotprojekt am Niederrhein arbeiten Apotheker, Ärzte und Präventionsmanager miteinander. Ihr Ziel ist, die Diabetes-Prävention durch strukturierte Anleitung und Betreuung nachhaltiger und besser zu gestalten – und das insbesondere für sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen. Das Konzept gliedert sich in drei Schritte:

- die frühzeitige Risikoerkennung,
- die Motivation zur Lebensstilveränderung und
- die folgende kontinuierliche Betreuung zur Sicherung der Nachhaltigkeit, die einen vierteljährlichen Kontakt mit dem Präventionsmanager und halbjährliche Qualitätskontrollen durch den Arzt und Apotheker vorsieht.

Hier gibt es nicht nur eine Vergütung für die beteiligten Apotheker und Ärzte – auch die Teilnehmer können finanziell profitieren, wenn sie bei einer der beteiligten Krankenkassen versichert sind (BKK für Heilberufe und pronova BKK). Anfänglich haben sie zwar einen Eigenanteil von 100 Euro zu leisten, den bekommen sie jedoch zurück, wenn sie ein Jahr dabei bleiben. Machen sie fünf Jahre mit, winken ihnen 300 Euro.

Vielen Apotheken „fehlt die Luft“

Es gibt also eine Vielzahl von Möglichkeiten, wie sich Pharmazeuten besser in Public-Health-Strukturen einbringen können. Dies ist ein Vorteil angesichts der Tatsache, dass nicht alle Apotheken gleich sind. Zwar verfügen alle Apotheker über pharmazeutische Fachkompetenz. Für welche „Add-ons“ sie sich entscheiden, ist aber eher Geschmackssache.

In der Diskussion kam immer wieder der Einwand, dass vielen Apotheken die Luft fehle, in Vorleistung zu treten. Vor diesem Hintergrund bleibt zu hoffen, dass Evaluationen der Beratungsleistung von Apotheken dazu beitragen, die Honorardiskussion voranzubringen.

Aus der Deutschen Apotheker Zeitung Nr. 46/2009, S. 62ff. Wir danken für die Genehmigung zum Abdruck.

Gesundheit fördern im Netzwerk

von Bettina Sauer

Was bietet die Gesundheitsförderung, wie können sich die Apotheker dafür engagieren und welche Voraussetzungen sind dazu erforderlich? Mit diesen Fragen beschäftigte sich eine Fachtagung des Vereins demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten (VDPP) vergangenen Samstag in Berlin.

Alle Menschen sollen befähigt werden, ihr größtmögliches Gesundheitspotenzial zu verwirklichen. So lautet eine zentrale Aussage der Ottawa-Charta von 1986. Darin fasste die Weltgesundheitsorganisation (WHO) das Konzept der Gesundheitsförderung zusammen. Es dient dem Ziel, Ungleichheiten bezüglich Gesundheitszustand und Lebenserwartung unterschiedlicher sozialer Gruppen zu verringern. Dazu setzt die Charta zum einen auf individuelle Verhaltensänderungen, mit denen sich Krankheiten möglicherweise fernhalten oder besser meistern lassen, zum anderen auf die Schaffung gesundheitsfördernder Lebenswelten für die Gesamtbevölkerung.

Mit diesem Konzept und der Rolle des Apothekers darin beschäftigte sich vergangenen Samstag eine Tagung des Vereins demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten (VDPP). „Für die erfolgreiche Umsetzung – in Deutschland längst noch nicht in Sicht – verlangt die Charta unter anderem eine Neuorganisation und enge Vernetzung der Gesundheitsberufe“, berichtete Apotheker Dr. Udo Puteanus, der zu den Gründungsmitgliedern des VDPP gehört und am Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit Nordrhein-Westfalen zuständig für Arzneimittelsicherheit und Sozialpharmazie ist. Dabei seien auch die Apotheker gefragt: „Schließlich zählen Information und Beratung zu ihren Kernleistungen und haben viel mit Gesundheitsförderung zu

tun.“ Apotheken seien besonders niedrigschwellige Eintrittspforten zum Gesundheitssystem und genießen großes Vertrauen in der Bevölkerung. Tagtäglich komme das pharmazeutische Personal mit Millionen von Menschen aus allen sozialen Schichten in Kontakt, auch mit solchen, die andere Beratungsangebote bildungsbedingt nicht unbedingt häufig nutzten. „Das müsste Apotheken zu hervorragenden Multiplikatoren der Gesundheitsförderung und zu Sensoren für gesundheitliche Probleme in der Umgebung machen.“ All das könnten sie in Public-Health-Netzwerke einbringen.

Für eine engere Verzahnung von Apotheken mit anderen Gesundheitsberufen plädierte auch Apotheker Dr. Gerd Glaeske, VDPP-Gründungsmitglied und Professor am Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen. Dabei stützte er sich auf das diesjährige Gutachten des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Es schlägt unter anderem vor, dass sich Hausärzte, Fachärzte und Apotheken vermehrt zu Versorgungsnetzwerken zusammenschließen. „Wir müssen weg vom Nebeneinander der Gesundheitsberufe, hin zu einem sektorübergreifenden System, in dem Patienten umfassend, abgestimmt und wirtschaftlich versorgt werden“, erklärte Glaeske. Die Vergütung könne „populationsbezogen“ erfolgen. Demnach erhält jedes Versorgungsnetzwerk von den Krankenkassen für seine Population, also alle Patienten im Einzugsbereich, ein gemeinsames Budget. Daraus werden die Dienstleistungen finanziert. Als Aufgaben der Apotheker im Netzwerk nennt das Gutachten die unabhängige Beratung, die Förderung der Therapietreue und des bestimmungsgemäßen Gebrauchs von Medikamenten, die pharmazeutische

Betreuung chronisch Kranker sowie die Vorbeugung von unerwünschten Arzneimittelwirkungen und Wechselwirkungen.

Letztere gefährden Glaeske zufolge insbesondere alte Menschen. „Viele von ihnen sind multimorbide. Doch es liegen in Deutschland kaum ärztliche Leitlinien vor, die sich mit Multimorbidität beschäftigen.“ Entsprechend unkoordiniert verordneten die verschiedenen Fachärzte Arzneimittel, was zur Polymedikation führen könne. „35 Prozent der Männer und sogar 40 Prozent der Frauen über 65 Jahre bekommen neun und mehr Wirkstoffe in Dauertherapie.“ Das gehe aus dem Report der Gmünder Ersatzkasse von 2005 hervor und beinhalte ein hohes Risiko für gefährliche Wechselwirkungen. „Und das, wo doch alte, kranke Menschen physiologisch bedingt ohnehin besonders anfällig für unerwünschte Arzneimittelwirkungen sind“, sagte Glaeske.

Das jüngste Gutachten des Sachverständigenrats enthält eine Anpassung der sogenannten Beers-Liste – eine Zusammenstellung von Medikamenten, die Über-65-Jährige möglichst nicht einnehmen sollten – an den deutschen Arzneimittelmarkt. „Nun brauchen wir jemanden, der sie umsetzt“, sagte Glaeske. Apotheker können sich aus seiner Sicht profilieren, indem sie den Einsatz dieser riskanten Arzneimittel rechtzeitig erkennen und gegebenenfalls mit den verordnenden Ärzten nach Alternativen suchen. Im wachsenden Feld der Selbstmedikation trügen Apotheker sogar die alleinige Verantwortung für die Arzneimittelsicherheit.

Auch in der Vorbeugung und Früherkennung von Krankheiten scheinen sie eine wichtige Aufgabe zu sehen. Das zeigt eine kürzlich durchgeführte Umfrage des Wis-

senschaftlichen Instituts für Prävention im Gesundheitswesen (WIPIG). „100 Prozent der Befragten halten die Prävention für ein Zukunftsthema in der Apotheke“, berichtete Apotheker Dr. Helmut Schlager, Geschäftsführer des WIPIG. Rund 85 Prozent der Befragten böten bereits Screening-Maßnahmen an, 60 Prozent beteiligten sich an Aktionstagen und 40 Prozent hielten Vorträge zu Gesundheitsthemen. Um die Apotheker bei diesen Aktivitäten zu unterstützen, den Präventionsgedanken zu stärken und die öffentliche Wahrnehmung des diesbezüglichen Engagements der Apotheker zu erhöhen, habe die Bayerische Landesapothekerkammer das WIPIG 2007 gegründet.

Arbeitsschwerpunkte des Instituts liegen Schlager zufolge auf der Erstellung von Patientenratgebern sowie Beratungsmaterial und Aktionspaketen für Apotheken, der Evaluation apothekerlicher Präventionsleistungen und der Entwicklung und Durchführung von Schulungsmaßnahmen. So führen WIPIG und die Bayerische Apothekerkammer Weiterbildungen zur Prävention und Gesundheitsförderung durch. Das Interesse daran sei enorm, berichtete Schlager. „Derzeit stehen rund 200 Apotheker auf der Warteliste.“ Ein weiterer Arbeitsschwerpunkt des WIPIG liege auf dem Aufbau von Netzwerken. So bestünden Kooperationen mit der Felix-Burda-Stiftung, die sich um eine bessere Akzeptanz der Darmkrebsfrüherkennung bemüht, und dem bayerischen Kultusministerium, um das Projekt „Apotheke macht Schule“ zu ermöglichen. Dabei halten Apotheker ehrenamtlich im Klassenzimmer, aber auch für Eltern oder Lehrer, Vorträge zu Präventionsthemen. Auch andere Kooperationen bestünden oder befänden sich im Aufbau. „Wir kommen dem Netzwerkgedanken nach, den die Ottawa-Charta vorsieht“, sagte Schlager.

Von einem weiteren interdisziplinären Projekt zur Gesundheitsförderung berichtete Man-

fred Krüger, Apothekeninhaber aus Krefeld: „Dabei werden Menschen mit einem erhöhten Risiko für Typ-2-Diabetes zu individuellen präventiven Verhaltensänderungen angeleitet und anschließend langfristig nachbetreut. Das soll das Risiko für einen Rückfall in eine gesundheitsschädigende Lebensweise verringern.“ Zu diesem Zweck arbeiten Hausärzte, Apotheker, Ernährungsberater, Bewegungstrainer und speziell weitergebildete Präventionsmanager zusammen. Krüger hat das Konzept mit Partnern aus dem Nationalen Aktionsforum Diabetes mellitus (NAFDM) entwickelt und beteiligt sich nun in seiner Heimatstadt an einem Pilotprojekt zu dessen praktischer Erprobung.

Im ersten Schritt steht die Früherkennung von Typ-2-Diabetes durch geeignete Instrumente, wie etwa den FINDRisk-Bogen der Deutschen Diabetes Stiftung. Dieser überprüft anhand acht einfacher Fragen das individuelle Risiko für Typ-2-Diabetes. Bei wem sich ein solches nachweisen lässt, der bekommt im zweiten Schritt eine einjährige Präventionsmaßnahme angeboten. Die Teilnehmer durchlaufen Kurse zur Gewichtsreduktion und zur Steigerung der körperlichen Aktivität, wie etwa Fitness oder Nordic Walking, und führen alle drei Monate ein Beratungsgespräch mit dem Präventionsmanager. Zudem erfolgen zu Beginn sowie nach sechs und zwölf Monaten Qualitätskontrollen, also die Bestimmung des Körpergewichts, Taillenumfangs, Blutdrucks sowie der Blutfett- und -zuckerwerte. Auch im dritten Schritt, der langjährigen Nachbetreuungsphase, finden im Dreimonatstakt Gespräche mit dem Präventionsmanager und im Sechsmonatstakt Qualitätskontrollen statt. Letztere können übrigens sowohl Hausärzte als auch Apotheker vornehmen. Zudem engagieren sich beide Berufsgruppen, indem sie den FINDRisk-Bogen an mögliche Risikopersonen verteilen und Letztere im Bedarfsfall auf das Projekt ansprechen und zur Teilnahme zu moti-

vieren suchen. Das erfordert viel Fingerspitzengefühl. „Man muss die Patienten für ihr Gesundheitsrisiko sensibilisieren, ohne sie dabei unter Druck zu setzen oder ihnen negative Gefühle zu vermitteln“, sagte Krüger. „Denn dann könnten sie Abwehrreaktionen entwickeln und nehmen wohl kaum an dem Projekt teil.“ Deshalb haben Krüger und seine Berufskollegen sich in motivierender Gesprächsführung geübt. Der Nutzen des Projekts wird Krüger zufolge evaluiert.

Anschließend forderten die Referenten im Laufe einer Diskussion übereinstimmend, das Thema Gesundheitsförderung stärker als bisher in den Apotheken zu etablieren. „Dafür ist ein klarer politischer Rahmen erforderlich“, sagte Glaeske. „Es reicht nicht, die Apotheken zur Gesundheitsförderung aufzufordern. Vielmehr sind dafür geeignete Organisationsformen zu schaffen.“ Laut Krüger müssen Landesvertretung und Politik den Versorgungsauftrag der Apotheke und die Aufgaben, die ihr im Bereich Gesundheitsförderung zufallen könnten, klar definieren. Offen ist Schlager zufolge auch die Frage der Honorierung solcher zusätzlicher pharmazeutischer Dienstleistungen. Um Apotheker für die Anforderungen zu qualifizieren, müssen Aspekte der Gesundheitsförderung aus Puteanus' Sicht weit stärker als bisher Eingang in die Aus-, Fort- und Weiterbildung finden. Auszubauen seien ferner die Versorgungsforschung und Sozialpharmazie – auch, um den Nutzen der gesundheitsfördernden Maßnahmen der Apotheker zu evaluieren. Das Engagement für den Public-Health-Gedanken lohne sich in vielfacher Hinsicht, sagte Puteanus: „Was Patienten und Gesellschaft nützt, schadet sicherlich auch der Präsenzapotheke nicht.“

Aus der Pharmazeutischen Zeitung Nr. 46, S. 76f. Wir danken für die Genehmigung zum Abdruck.

Presseerklärung des Vereins Demokratischer Ärztinnen und Ärzte

zum Missbrauch der Psychiatrie in Hessen

verein
demokratischer
ärztinnen
und ärzte



Der Psychiater Thomas H. hat im Auftrag der Hessischen Finanzbehörde in den Räumen des hessischen Versorgungsamtes bei mehreren bis dahin äußerst erfolgreichen Steuerfahndern auf Dauer Dienstunfähigkeit festgestellt, weil sie an einer „erheblichen Anpassungsstörung“ litten. Der Gutachten wurde mittlerweile zu einer Geldstrafe wegen Ausstellens eines Gefälligkeitsgutachtens verurteilt. Die betroffenen Finanzbeamten haben ihren Arbeitsplatz verloren, ihre Lebensperspektive ist erheblich beeinträchtigt. Eine Rehabilitierung ist bisher nicht erfolgt. Wir meinen: Es handelt sich hier um einen klaren Fall von Missbrauch der Medizin, konkret der Psychiatrie zu Gunsten der Staatsmacht: Der Psychiater handelte entweder aus Inkompetenz oder bewusst gegen die Interessen des von ihm zu Begutachtenden und im Interesse des Auftraggebers also des Zahlenden.

Schon 1986 forderte der Weltärztebund zu Recht: ... „berufliche Freiheit heißt, staatliche Prioritäten außer Acht zu lassen.“ Das heißt, dass die ärztliche Verantwortung gegen-

über den Patienten Priorität hat vor der Loyalität mit dem Staat. Dieses Prinzip ist zu verteidigen.

Ärzte haben – im Vergleich zu anderen Berufen – besonders große Nähe zu den ihnen anvertrauten Menschen. Die Patientinnen und Patienten vertrauen ihnen in der Erwartung umfassender Verschwiegenheit Intimstes an. Diese Konstellation bedeutet Macht und damit auch das Risiko des Machtmissbrauchs. Ärztinnen und Ärzte sind auch durch ihre Ausbildung und tägliche Praxis in der Lage und gewohnt, nicht nur die körperliche, sondern auch mittels psychologisch-psychiatrischer Techniken die psychische Integrität zu verletzen. Deshalb müssen sie besonders sensibel für jegliche Form des Missbrauchs dieser Kompetenz sein – auch und gerade gegenüber ihrer eigenen Praxis. Denn sie können auch psychisch Gesunde für krank erklären und damit evtl. deren Leben zerstören. Nicht nur durch Ärztinnen und Ärzte selbst sind Patienten gefährdet sondern durch staatliche Institutionen, die zur Erreichung ihrer Ziele Ärztinnen und Ärzte zum Missbrauch ihrer Macht verleiten oder gar zwingen.

Die Erkenntnis über diese Zusammenhänge hat schon vor mehr als 2000 Jahren Eingang in den so genannten Hippokratischen Eid gefunden mit der Kernaussage: Nihil no-

cere – niemals Schaden zufügen. Seit jeher wurde dieses Prinzip nicht nur als Mahnung oder Richtschnur für ärztliches Handeln, sondern als bindende Verpflichtung im Sinne eines Eides verstanden.

Die Psychiatrisierung politisch Andersdenkender oder allgemein kritischer Menschen zum Zwecke der Ausschaltung aus dem öffentliche Leben war bisher nur Praxis in der Sowjetunion und anderen demokratiefernen Staaten.

Dass jetzt auch in Hessen, ohne Folgen für die Verantwortlichen, klassischer Missbrauch der Medizin betrieben wird, ist ein gravierender Vorgang, der an Clanwirtschaft oder autoritäre Regimes erinnert.

Wir begrüßen ausdrücklich die eindeutige Verurteilung des psychiatrischen Gutachters durch die Landesärztekammer Hessen und fordern eine lückenlose und sofortige Aufklärung der Hintergründe, eine angemessene Sanktionierung vor allem auch der Auftraggeber des ärztlichen Falschgutachtens und die Rehabilitierung der Geschädigten in vollem Umfang.

23. November 2009

Dr. Winfried Beck
Mitglied des erweiterten Vorstands
des vdää

Presseerklärung des vdää zur Koalitionsvereinbarung von FDP und CDU/CSU

Die Versicherten müssen sich warm anziehen

Unter der neuen schwarz gelben Regierung wird die Kommerzialisierung des Gesundheitssystems ein bisher nicht gekanntes Maß annehmen. Mit einem marktliberalen Gesundheitsminister wird die Axt an die Gesetzliche Krankenversicherung gelegt. Der Verein Demokratischer Ärztinnen und Ärzte vdää kri-

tisiert die in den Koalitionsverhandlungen zur Gesundheitspolitik und Pflege getroffenen Vereinbarungen.

Das Einfrieren des Arbeitgeberanteils zur Gesetzlichen Krankenversicherung bedeutet eine endgültige Aufkündigung der paritätischen Finanzierung der Gesundheitsausga-

ben, die schon in den letzten Jahren ausgehöhlt wurde. Künftige Ausgabensteigerungen werden damit einseitig auf die Versicherten abgewälzt, während die Arbeitgeber auch bei weiteren Kostensteigerungen mit einer fixen Beteiligung von 7 Prozent kalkulieren können. Dabei sind die so genannten Lohnneben-

kosten ein ideologischer Begriff. Sie sind in Wirklichkeit Lohnbestandteil der Beschäftigten. Der fixierte Arbeitgeberanteil bedeutet somit eine faktische Lohnkürzung. Gleichzeitig machen die Lohnnebenkosten nur einen Bruchteil der Lohnstückkosten aus.

Bereits jetzt ist klar, dass der Gesundheitsfonds im kommenden Jahr mit mindestens 7,5 Mrd. Euro unterfinanziert sein wird. Die vagen Versprechungen der Koalition, ausreichende Steuerzuschüsse zur Verfügung zu stellen, halten wir für unglaubwürdig.

Die Abwicklung des Gesundheitsfonds im Jahre 2011 und die Wiedereinführung der Beitragssatzautonomie der Kassen bedeuten einen Rückfall in den Kampf um die besten "Risiken": Junge, gesunde und möglichst gut verdienende Versicherte werden mit niedrigen Beitragssätzen geködert, während die Kosten für die chronisch Kranken weiter steigen. Leider wird damit die richtige Idee eines einheitlichen Kassenbeitrages und damit gleicher Bedingungen für alle Krankenkassen begraben.

Die Private Krankenversicherung genießt weiterhin staatlichen Schutz. Für Beamte und Gutverdienende erhält die Koalition die bestehenden Privilegien, während die Kassenpatienten immer mehr die Zwei-Klassen-Medizin zu spüren bekommen. Sie erwartet eine Mischung aus höheren Zuzahlungen, noch weiter erschwertem Zugang zur medizinischen Versorgung und Leistungsausgrenzungen.

Eine Kopfpauschale, wie sie für die kommenden Jahre als Versicherungsprämie geplant ist, ist der falsche Weg. Mit ihr werden kleine Einkommen besonders schwer getroffen, während Gutverdienende sogar weniger Beiträge als bisher bezahlen werden. Wenn der Staat tatsächlich Menschen mit geringem Einkommen helfen und die Kopfpauschale sozial ausgestalten wollte, müssten bis zu 40 Mrd. Euro im Jahr zusätzlich an die Kassen gezahlt werden. Der Weg zu einer steuerfinanzierten Krankenversicherung, ist damit gebahnt. Jede Steuerfinanzierung birgt aber die Gefahr willkürlicher staatlicher Eingriffe.

Das Ziel, die Gesundheitswirtschaft zu stärken, wird mit höheren Beiträgen für die Versicherten erkaufte. Durch eindeutige Klientelpolitik soll Ärzten, Apothekern, Pharmaunternehmen und der Medizintechnik für ihre Wahlkampfunterstützung gedankt werden. Keine Rolle spielt dabei die bestmögliche medizinische, therapeutische und pflegerische Versorgung der Bevölkerung. Aus unserer Sicht müssen die Ausgaben, z.B. im Arzneimittelbereich, aber weiterhin begrenzt werden, damit die Ausgaben nicht die Einnahmen übersteigen. Schritte zum Abbau der ungleichen medizinischen Versorgung in Stadt und Land, in Ost und West, von Über- und Unterversorgung werden in dem Koalitionspapier aber nicht genannt.

Die Einführung eines Kapitalstocks in der Pflegeversicherung ist alles andere als generationengerecht: Jetzige Beitragszahler müssen für

die heutigen Pflegebedürftigen aufkommen und sollen gleichzeitig für ihr Alter verpflichtend vorsorgen. Das Prinzip der Umlage, dass Junge für Alte, Gesunde für Pflegebedürftige und Besserverdienende für Einkommenschwache aufkommen, wird damit aufgekündigt. Gleichzeitig eröffnet die Koalition ein weiteres Geschäftsfeld für die private Versicherungswirtschaft. Dagegen unternimmt sie nichts, um die ohnehin unzureichenden Leistungen der Pflegeversicherung zu verbessern.

Diesen massiven Anschlag auf das Sozialversicherungssystem lehnt der vdää mit aller Entschiedenheit ab. Diese Politik führt zu einer Entsolidarisierung in der Gesetzlichen Krankenversicherung, der Privatisierung des Gesundheitsrisikos, der Ausgrenzung von armen Patientinnen und Patienten und zu unnötigen Kostensteigerungen im System. Zusammen mit anderen Sozialpartnern werden wir gegen diese Politik mobilisieren. Der vdää hält dagegen die Einführung einer Bürgerversicherung unter Fortfall von Versicherungspflicht- und Beitragsbemessungsgrenze für eine finanziell solide und solidarische Lösung.

25. Oktober 2009

Prof. Dr. Wulf Dietrich,
Vorsitzender des vdää

Dr. Gerhard Schwarzkopf-
Steinhauser, stellvertr. Vorsitzender

Dr. Bernhard Winter,
stellvertr. Vorsitzender

Presseerklärung des vdää zur Priorisierung

Fast alle ärztlichen Standesorganisationen haben sich gemeinsam mit der Bundesärztekammer mit einer Stellungnahme zur Gesundheitspolitik zu den laufenden Koalitionsverhandlungen geäußert. Kernpunkt ihrer Forderungen ist die Debatte über Priorisierung medizinischer Leistungen. Dabei verstehen sie Priorisierung als „ethische Methode, die begrenzten Mittel, Kapazitäten und

Zeitressourcen möglichst gerecht einzusetzen“ (vgl. Eckpunktepapier der Ärzteschaft für eine patientengerechte Gesundheitsversorgung vom 7. Oktober 2009). Es geht eben letztlich doch wieder ums Geld.

Priorisierung ist laut Wikipedia die Einordnung nach Vorrangigkeit von zu erledigenden Aufgaben, Problemen, Aktivitäten usw. nach ihrer

Bedeutung oder Wichtigkeit. Sie führt zu einer Rangreihe, an deren oberem Ende steht, was als unverzichtbar gilt beziehungsweise wichtig erscheint, am unteren Ende das, was wirkungslos ist beziehungsweise mehr schadet als nützt.

Das genau ist längst Alltag in der medizinischen Versorgung und Grundlage einer qualitätsorientier-

ten Medizin beispielsweise auf der Basis von Leitlinien. Wenn etwa beim Rückenschmerz die Anfertigung von Röntgenbildern nicht an den Anfang der Diagnostik gehört, sondern eine gründliche Untersuchung und Anamnese oder bei Kniegelenksbeschwerden vor der Gelenkspiegelung eine konservativ, lebensstilorientierte Therapie Vorrang hat.

Dabei dürfen allein medizinische, am Heilungserfolg orientierte Motive eine Rolle spielen.

Mit ihrer Forderungen haben die Verbände aber ökonomische Gründe für eine Priorisierung eingeführt und damit gleich auf mehrfache Weise ethische Grundsätze verletzt:

Sie unterstellen grundsätzlich eine Tendenz zur Unterversorgung aus Geldmangel und missachten dabei Grundregeln medizinischen Handelns. Denn in der Medizin ist Mehr nicht gleichbedeutend mit Besser. Im Gegenteil: Ein vorsichtiger Umgang mit diagnostischen und therapeutischen Methoden ist in der Regel die bessere Medizin. Ein Mehr an Medikamenten, an Röntgenuntersuchungen, an Operationen oder anderen invasiven Eingriffen birgt unnötige und zusätzliche Risiken. Der gute Arzt, die erfahrene Ärztin

wenden seltener und gezielter diese Methoden an als Anfänger – und zwar nicht, weil so Geld gespart wird, sondern weil sie in der Lage sind, eine bessere Medizin zu machen.

Das Abrechnungssystem in Deutschland erzwingt fast zwangsweise Leistungsausweitung. Der ökonomische Hebel führte und führt zu einer gefährlichen Ausweitung von Eingriffen. Es wird in Deutschland nicht zu wenig, sondern zu viel geröntgt, operiert und mit fragwürdigen Methoden therapiert. Eine nicht-durchgeführte Leistung bedeutet unter den heutigen Verhältnissen einen Einkommensverlust für Arzt oder Krankenhaus. Eine Priorisierung im ursprünglichen Sinne würde zu einer Verminderung von Maßnahmen durch gezielteren Einsatz der Methoden führen. Dabei ist der Anspruch der Patienten auf medizinisch notwendige Leistung nach evidenzbasierten Kriterien uneingeschränkt zu gewährleisten.

Besonders dreist ist die Beschränkung der Priorisierungsforderung auf die gesetzlich Versicherten. Selbstzahler (IGeL) und Privatpatienten sollen von der Priorisierung ausgenommen werden. Sie können sich sozusagen freikaufen. Und das ist der entscheidende Unterschied

zu dem gepriesenen schwedischen Vorbild. Dort gilt die Priorisierung uneingeschränkt für alle. Die von den Ärzteverbänden vorgeschlagene Variante der Priorisierung würde zu einer dramatische Verstärkung der Zweiklassenversorgung hierzulande mit der Aufspaltung in gesetzlich Versicherte auf der einen Seite und den privat Versicherten bzw. privat Zusatzversicherten und den so genannten IGeL Patienten auf der anderen.

Hinter der Kampagne der organisierten Ärzteschaft für die Priorisierung steckt unseres Erachtens nicht so sehr die Sorge um eine drohende Unterversorgung. Sondern sie will bei einer reduzierten Patientenversorgung Gelder freisetzen, um die Einkommen der Ärzte durch die dann üppiger fließenden privaten Honorare aufzubessern. Sinnvoller wäre es gewesen, hätte die Ärzteschaft der Politik Vorschläge unterbreitet, wo und wie überflüssige oder gar schädliche medizinische Leistungen verhindert werden können.

14. Oktober 2009

Prof. Dr. Wulf Dietrich,
Vorsitzender des vdää

Dr. Winfried Beck, Mitglied
im erweiterten Vorstand des vdää

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

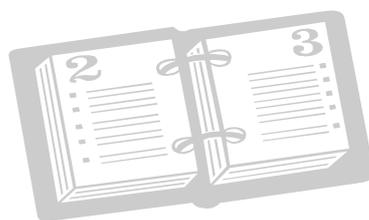
TERMINE

Regionalgruppe Berlin

Das nächste Treffen der Regionalgruppe Berlin findet am Montag, dem 18. Januar 2010, um 19.30 Uhr statt. Der Ort liegt noch nicht fest und ist zu erfragen bei Regina Schumann, Tel. 030 7951471, E-Mail: Sander.schumann@gmx.de.

Regionalgruppe Hamburg

Die Regionalgruppe trifft sich alle zwei Wochen mittwochs um 19.30 Uhr bei Bernd Rehberg, Isestraße 39, 20144 Hamburg. Nächste Termine: 13. und 27. Januar 2010.



Regionalgruppe Hessen

Die Termine sind jeweils bei Christl Trischler, Tel. 06150 85234, E-Mail chri-tri@web.de oder bei Bernd Baehr, Tel. 069 454046, zu erfragen, E-Mail: rotlint-apotheke@t-online.de.

VDPP-Vorstand

Die nächste Vorstandssitzung wird am Sonntag, dem 24. Januar 2010, in Berlin stattfinden.

VDPP-Frauenseminar

Das Frauenseminar zum Thema „Nur eine Minderheit? Frauen mit HIV/AIDS“ wird am Sonnabend, dem 24. April 2010, im Café Seidenfaden, Berlin Mitte, Dircksenstraße 47, 10178 Berlin, stattfinden. Am Sonntagvormittag geführter Rundgang über das Gelände der Charité.

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



**Der nächste VDPP-Rundbrief
erscheint Ende März 2010.**

**Redaktionsschluss ist
am 15. März 2010.**



Vorstand:

**Jana Böhme
rix47@gmx.de**

**Bernd Rehberg
bernd@bernd-rehberg.de**

**Dr. Thomas Schulz
TGSchulz@web.de**

**Florian Schulze
Florian.schulze@web.de**

Geschäftsstelle:

**Verein Demokratischer
Pharmazeutinnen
und Pharmazeuten e. V.
Neptun-Apotheke
Bramfelder Chaussee 291
22177 Hamburg**

Tel.: 040 63917720

Fax: 040 63917724

geschaeftsstelle@vdpp.de

www.vdpp.de