

Mitteilungen des Vereins demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten

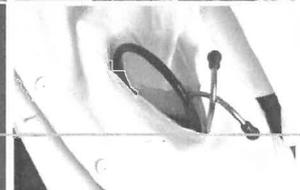
ABDA
Bundesvereinigung
Deutscher
Apothekerverbände



KBV
Kassenärztliche
Bundesvereinigung



Zukunftskonzept Arzneimittelversorgung



07. Oktober 2011

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
82

„ABDA-KBV-
Zukunftskonzept“

Bericht vom
Herbstseminar

Neue Apotheken-
betriebsordnung

EDITORIAL

Liebe Leserinnen und Leser,

dünn aber pünktlich ist er diesmal, der letzte Rundbrief des Jahres 2011. Nichtsdestoweniger ist er durchaus gehaltvoll geworden und beinhaltet zwei lesenswerte Diskussionsbeiträge zum „ABDA-KBV-Zukunftskonzept“. Dies ist auch als Anregung gedacht, den Rundbrief (und den internen Teil unserer Webseite) verstärkt für poliische Diskussionen zu nutzen.

Die Zugangsdaten für den internen Teil der Webseite haben alle Mitglieder, deren E-Mail-Adresse dem Verein bekannt ist, von der Vorstandsreferentin Anne Paschke per Mail erhalten. Bei wem das nicht der Fall ist, oder wer die Nachricht nicht mehr finden kann, der wende sich an die Geschäftsstelle.

Es bleibt uns nur noch, allen Leserinnen und Lesern ein paar besinnliche Feiertage und ein gesundes und glückliches Jahr 2012 zu wünschen.

Viel Spaß beim Lesen wünscht
das Redaktionsteam

*Redaktionsschluss für den
VDPP-Rundbrief Nr. 83:
29. Februar 2012*

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.

INHALT

Grußwort des Vorstands		Stellungnahme des VDPP zur ApBetrO-Novelle	
Bernd Rehberg	3		14
„ABDA-KBV-Zukunftskonzept“ – ein Zukunftskonzept?		Wie alles begann, Teil 1	
Ulrike Faber/ Ingeborg Simon	4		15
Gedanken zum „Zukunftskonzept Arzneimittelversorgung“		TERMINE	16
Florian Schulze	7	DOKUMENTATION	
Gut beraten – Herbstseminar 2011		Stückwerk	17
Anne Paschke/ Thomas Schulz	10	Die Praxisgebühr muss weg	
Dreizehn Jahre sind eine lange Zeit		vdää	17
Thomas Schulz	11	Aktionsmonat Medikamentenzugang	
Lehrerin an einer PTA-Schule		IPPNW	18
Renate Rathmann	12	Revised proposal for a directive on “information” to patients	
		ISDB, MiEF, HAI	19

Grußwort des Vorstands

Liebe Freundinnen und Freunde,

es erstaunt mich immer wieder, ja, ich bin diesmal doch überrascht, ja, ich ärgere mich auch richtig: „Den Arzneimittelvertrieb werden wir liberalisieren, um Preisvorteile von größeren Vertriebsstrukturen zu erreichen.“ Nein, es sind nicht die Grünen – das ist der Leitantrag der SPD auf ihrem Parteitag in Berlin zum Gesundheitswesen. Na ja, ein Satz daraus, aber für mich als ehemaliger Apothekenbesitzer, und daher sehr nah am Überlebenskampf der inhabergeführten Apotheke, ein nicht erwarteter Schock.

Ketten, Pick-up, Versand. Na toll, jetzt auch die SPD. Es will einfach nicht in meinen Kopf, dass verantwortungsvolle Politiker nicht sehen – oder nicht sehen wollen (das allerdings wäre nun wirklich fatal, denn das hieße, dass sie von „den größeren Vertriebsstrukturen“ schon gekauft sind!) – dass der Patient und zwar der schwache Patient dabei auf der Strecke bleibt. Warum sage ich „schwacher Patient“? Der gut ausgebildete, eloquente, computererfahrene Patient wird, wenn es um seine persönliche Gesundheit geht, sich sehr wohl intensiv in seinem Umfeld Informationen zu beschaffen wissen! Aber der Normalbürger, der ältere Mitbürger, der statistisch viel häufiger krank ist als der Bildungsbürger der gehobenen Mittelschicht, der wird auf der Strecke bleiben.

Wieso soll der auf der Strecke bleiben – Unsinn. Und ich sage euch: kein Unsinn, weil „größere Vertriebsstrukturen“ Gewinne machen müssen. Das muss die Inhabergeführte Apotheke auch, um zu überleben. Aber die Dimensionen werden plötzlich ganz andere. Die Kapitalgeber werden sich mit einem Gewinn vor Steuern von 8 % (der nach Abzug der kalkulatorischen Kosten auf eine Rendite 0,3 % schrumpft) nicht zufrieden geben. Wir haben doch in den letzten Jahren bitter erfahren müssen, dass hier 25 % und mehr üblich sind. Schnell werden diese „größeren Vertriebs-

strukturen“ immer größer und größer, bis es nur noch drei davon gibt, und plötzlich bestimmen diese Aktiengesellschaften den Arzneimittelpreis und bestimmen, was in der Gesundheitsversorgung für welches Alter noch bezahlbar ist.

Aber zurück zum „schwachen Patienten“. Was der für seine Gesundheit benötigt ist **Beratung**, Beratung und noch einmal Beratung. Wer sich die Kostenstruktur einer Apotheke ansieht, sieht sehr schnell, wo der größte Kostenfaktor liegt: bei den Personalkosten! Und was macht jeder Wirtschaftsberater: er blickt auf die Kosten und beginnt daran zu drehen. Folge: weniger Personal, weniger Beratung – so einfach ist das. Manchmal glaube ich, das ist zu einfach, das ist so einfach, das kann ein Politiker gar nicht mehr verstehen und ein Lobbyist ohnehin nicht, weil es ja auch gar nicht verstehen will.

Ich werde nicht müde, immer wieder auf die Bedeutung der Beratung für das Überleben der Apotheke und damit ganz entschieden auch für die Gesundheit unserer Bevölkerung hinzuweisen. Im Handelsblatt vom Mittwoch, 14.12.2011 war wieder einmal ein Artikel, wie wir sie zur Genüge kennen: mehr Wettbewerb = niedrigere Preise, Aufhebung des Fremd- und Mehrbesitzverbotes und damit größere Unternehmenseinheiten = niedrigere Preise, Aufhebung der Arzneimittelpreisverordnung = niedrigere Preise. Die Apotheke als Monopolist. Hurra, der Versandhandel konnte aus dem Ausland die gesetzlichen Handelsspannen unterlaufen und nun will Herr Bahr doch tatsächlich dieses zarte Pflänzchen – niedrigere Preise bei verschreibungspflichtigen Medikamenten – brutal austreten.

Wenn ich so etwas lese: na klar, ja, es stimmt. Der Artikel hat Recht, wenn es nur um die Preise geht, es stimmt, wenn es um Waren aller Art geht, aber es stimmt eben nicht, wenn es um die besondere Ware

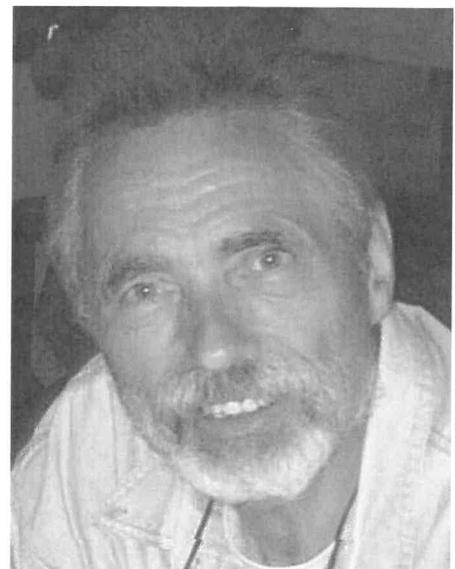
Arzneimittel geht. Der Artikel hat eben nicht Recht, wenn er nur auf den Preis schaut und die Beratungsleistung außen vor lässt.

Liebe Leserinnen und Leser: ich werde mich nie wieder auf Diskussionen über Preise bei Arzneimitteln einlassen, da stehe ich immer auf der Verliererseite. Meine einzige Chance zu bestehen ist, wenn ich auf unsere Beratungsleistung abziele. Und wenn nicht auch der letzte Apotheker langsam aufwacht, über seinen Tellerrand hinaus blickt und seine Beratung sehr, sehr ernst nimmt, dann allerdings wird es in 50 Jahren keine Apotheken mehr geben.

Und zum Schluss noch ein Wort zur SPD: was die Partei sonst noch im Leitantrag für das Gesundheitswesen fordert – damit bin ich vollkommen einverstanden, toll. Wenn sie es denn wirklich so umsetzen sobald sie an der Regierung sind. Aber **halt**, sie werden ja koalieren müssen. Sie wollen mit den Grünen zusammengehen. Jetzt werde ich stutzig: Ist dieser Passus zu den Arzneimitteln schon ein Öffnen der Tür für Biggy Bender (Gesundheitssprecherin der Grünen)?

Das jedenfalls ist meine Meinung.

Bernd Rehberg
(für den Vorstand des VDPP)



ABDA-KBV-Zukunftskonzept – ein Zukunftskonzept?

von Ulrike Faber und Ingeborg Simon

(Zur Beachtung: An verschiedenen Stellen des Textes wird auf den VDPP verwiesen, da es sich um den Entwurf einer Stellungnahme des VDPP handelt. Der Text ist zunächst einmal nur ein Diskussionsbeitrag, für den in dieser Form nur seine Verfasserinnen verantwortlich sind. Um nicht inhaltlich in den Text einzugreifen, haben wir die Bezüge auf den VDPP stehen lassen. Die Diskussion zum Thema kann im Rundbrief und im internen Teil unserer Website geführt werden. Die Red.)

Im April 2011 stellten ABDA und KBV gemeinsam ihr Eckpunktepapier „Zukunftskonzept Arzneimittelversorgung“ vor. Die Autoren versprechen sich von ihrem Konzept eine Steigerung der Qualität in der Arzneimittelversorgung und eine signifikante Kostendämpfung im Bereich der GKV. Sie begründen die Notwendigkeit ihres Vorgehens mit der Beschreibung aktueller Probleme, die die Versorgungsqualität und Betreuung der Versicherten betreffen. Als besonders gefährdet schätzen sie die Patienten ein, die aufgrund von Multimorbidität und/oder Alter den durch Polypharmazie ausgelösten Problemen ausgesetzt sind.

Einige wichtige Argumente des VDPP anlässlich der laufenden Diskussion über das ABDA-KBV-Konzept sollen hier dargelegt werden.

Die von ABDA und KBV benannten Defizite und Fehlentwicklungen sind seit langem hinlänglich bekannt. Trotz zahlreicher Bemühungen vieler Beteiligten, hier Abhilfe zu schaffen u. a. mit Hilfe von Modellvorhaben und lokal begrenzten Projekten, bleibt das Thema wegen des nach wie vor großen Handlungsbedarfs auf der Tagesordnung.

Der VDPP begrüßt grundsätzlich alle Anstrengungen und Vorschläge, die zu einer Verbesserung einer

patientenorientierten bedarfs- und qualitätsgerechten Versorgung einen Beitrag leisten. Niedergelassene ÄrztInnen, die zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung ihrer PatientInnen verpflichtet sind und die ApothekerInnen, die den gesetzlichen Auftrag haben, die ordnungsgemäße Arzneimittelversorgung der Bevölkerung zu gewährleisten, tragen hier eine hohe Verantwortung.

Ursachen für die genannten Probleme werden nicht analysiert

Die in dem Konzept beklagten Defizite, Mängel und Fehlentwicklungen haben viele Ursachen, für die auch die Angehörigen der Heilberufe eine erhebliche Mitverantwortung tragen. Bei der Darstellung dieser Probleme anlässlich der öffentlichen Präsentation ihres Konzeptes ließen ABDA und KBV allerdings jeden selbstkritischen Ansatz vermissen, obgleich ihre beiden Berufsgruppen dafür Anlass genug gehabt hätten. Immer wieder stellt die Stiftung Warentest bei ihren Apothekenbesuchen eine unzulängliche Beratungsqualität fest und gerade belegten wieder einmal aktuelle Umfragen von Barmer GEK und der Bertelsmann Stiftung bei 1800 Befragten „ein generelles tiefes Misstrauen gegen Arzneimittel“. Sie kritisierten, dass die Ärzte zu stark auf Arzneimittel setzten (63 %) und eine Aufklärung über mögliche Arzneimittelnebenwirkungen vernachlässigten. 57 % der Befragten waren der Meinung, dass mehr Zeit für den Patienten viele Arzneimittel überflüssig machen würde.

Statt sich also – auch selbstkritisch – mit den Ursachen und den Folgen der Polypharmazie auseinanderzusetzen, sahen ABDA und KBV in den von den Kassen ausgehandelten Rabattverträgen die eigentlichen Verursacher für das Misstrauen und die Verunsicherung der Versicherten.

Die Rabattverträge würden einen häufigen Medikamentenwechsel zur Folge haben mit nachteiligen Folgen für Therapietreue und Arzneimittelsicherheit. Dem widersprachen der AOK-Bundesverband der AOK und ihr Wissenschaftliches Institut (WIdO) umgehend mit einer diese Einschätzung widerlegenden Studie.

Die Wirkstoffverordnung bei Generika ist längst im SGB V festgeschrieben

Mit der Wirkstoffverordnung soll die direkte Umstellung auf Generika nach Patentablauf erfolgen. 300 Mio. Euro wollen ABDA und KBV damit einsparen. Dieser Vorschlag überrascht, da er mit dem § 129 SGB V längst im Gesetz vorgesehen ist incl. der im Konzept vorgesehenen „aut-idem“-Regelung. Hintergrund für diese Forderung war der beabsichtigte Versuch von ABDA und KBV, mit der vorgeschlagenen Wirkstoffverordnung das Recht der Kassen zum Abschluss von Rabattverträgen nach § 130a (8) SGB V auszuhebeln. Diese Hoffnung war reichlich naiv, weil selbstverständlich auch den Apothekern und Ärzten bekannt sein dürfte, dass die Rabattverträge jedes Jahr einen deutlichen Beitrag zur Senkung der GKV-Arzneimittelausgaben leisten und darum inzwischen allgemein akzeptiert werden.

Inzwischen mussten ABDA und KBV zur Kenntnis nehmen, dass die Koalitionsparteien, die dem ABDA-KBV-Konzept als Modellvorhaben eine Chance einräumen wollen, mit dem Änderungsantrag Nr. 4 zum Entwurf des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes (BT-Drs.-17/6906) nicht allen Forderungen im Konzept entsprachen. So stellt dieser Antrag klar, dass die Wirkstoffverordnung die geltenden Rechte der Krankenkassen zum Abschluss von Rabattverträgen nicht berührt. Das hat die

ABDA inzwischen „geschluckt“, wenn sie jetzt zur beabsichtigten Wirkstoffverordnung erklärt: Der Arzt wählt den Wirkstoff, die Dosierung, die Menge und Darreichungsform aus. Der Apotheker wählt dann entsprechend der gültigen Rabattverträge oder anderer Regelungen ein passendes Arzneimittel aus.

Was neu an dieser Dienstleistung ist, mit der 300 Mio. Euro eingespart werden sollen, bleibt unklar.

Der Medikationskatalog ist keine Positivliste

Mit dem Medikationskatalog sollen Einsparungen von 700 Mio. Euro erreicht werden. Hier sollen Standardwirkstoffe zusammengestellt und Analogarzneimittel substituiert werden als Beitrag zu einer leitliniengerechten Arzneimitteltherapie. Seine flächendeckende Umsetzung soll bis 2014 erreicht sein und 2/3 des GKV-Umsatzes ausmachen.

Dieser Vorschlag löste in der Fachöffentlichkeit eine Debatte um eine damit angeblich beabsichtigte Einführung der „Positivliste“ aus. Minister Bahr sah sich daher veranlasst klarzustellen, dass er die Einführung einer Positivliste ablehne und die ABDA ließ verlauten, sie beabsichtige nicht, mit dem Medikationskatalog die Therapiefreiheit einzuschränken, der Medikationskatalog sei keine Positivliste.

Zum Vorschlag des Medikationskataloges äußerte sich auch der AOK-Bundesverband: Die Krankenversicherten dürften schon heute von Ärzten und Apothekern erwarten, dass eine leitliniengerechte medizinische und pharmakologische Versorgung sichergestellt würde. Dass Wechselwirkungen bei Arzneimitteln vermieden werden müssen und der Hausarzt mit dem Patienten eine notwendige Arzneimitteltherapie koordiniert, gehört längst zu den vergüteten Leistungen.

Seit vielen Jahren bietet die AOK Ärzten pharmakologische Beratungen in der Arztpraxis und in Qualitätszirkeln auf der Basis von diffe-

renzierten Verordnungsanalysen und patientenindividuellen Patientenprofilen an – übrigens mit Hilfe des Fachwissens der in den Kassen angestellten Pharmazeuten und Pharmazeutinnen.

Der VDPP vermisst im Konzept eine Bezugnahme auf bereits bestehende Regelungen für eine leitlinien-gestützte Verordnungspraxis. Die seit Jahren meist erfolgreich praktizierten Disease-Management-Programme (DMP) oder die im Rahmen der Hausarztzentrierten Versorgung vorgegebenen Anforderungen gem. § 73b SGB V oder die Integrierten Versorgungsnetze gemäß § 140a – um nur einige wenige Versorgungsmodelle zu nennen – arbeiten unter Einbeziehung des pharmazeutischen Sachverständes unserer in Kassen und KVen angestellten KollegInnen längst mit leitliniengetreuen Konzepten. Was also das ABDA-KBV-Konzept erst bis 2014 mit seinem „Medikationskatalog“ erreichen will, nämlich die Sicherstellung einer leitliniengerechten Versorgung, existiert bereits in vielfältiger Ausgestaltung.

Der VDPP beklagt seit langem, dass die offizielle Standes-Pharmazie so selten aktiv wird und sich einbringt, wenn es um die Verbesserung der ambulanten Versorgung geht, die immer auch Probleme der Arzneimitteltherapie einschließt. In integrierten und interdisziplinären Versorgungsnetzen oder bei Debatten um eine stärkere Vernetzung aller an der Gesundheitsversorgung Beteiligten für eine patientenorientierte Versorgung stehen die Apotheken außen vor oder spielen wie im Versorgungsnetz „Gesundes Kinzigtal“ nur eine marginale Rolle.

Ärzte und Apotheker allein können in den vorhandenen Strukturen (und die stellt das Konzept nicht in Frage) die bestehenden Medikationsprobleme nicht lösen.

Das ABDA-KBV-Konzept illustriert wieder einmal auf bedrückende Weise einen durch enge Standesgrenzen eingegrenzten Horizont mit wenig Raum für innovative Konzepte. Ärzte und Apotheker al-

lein – selbst wenn das Konzept hier eine begrüßenswerte überfällige Zusammenarbeit befördern würde – können zukünftig die Aufgaben, die viel komplexer und anspruchsvoller geworden sind, nicht losgelöst von anderen wichtigen im ABDA-KBV-Konzept gar nicht erwähnten Disziplinen bewältigen. Der große pflegerische und gerontopsychiatrische Bereich, der gerade für die Gruppe der älteren multimorbiden Menschen mit mindestens fünf Wirkstoffen täglich von nicht zu überschätzender Bedeutung ist, wird ebenso wenig einbezogen wie die Patienten als Akteure und Betroffene. Sie bekommen im Konzept unter dem überholten Gebot der zu verbessernden Compliance nur eine passive Rolle zugewiesen, nachdem sie ihre Einschreibung bei Arzt und Apotheke aktiv vollzogen haben. Von partizipativer Entscheidungsfindung (shared-decision-making) als entscheidende Voraussetzung für den Erfolg einer Therapie haben die Standesfunktionäre in den Spitzenorganisationen offenbar noch nie gehört, sonst hätte das im Konzept seinen Niederschlag finden müssen.

Der VDPP sieht im Vorschlag eines Medikationskataloges, für dessen Erstellung sich die Akteure übrigens Zeit nehmen wollen bis 2014, ein längst existierendes Instrument, dass zwar ständig weiter verbessert werden muss wie der letzte Arzneiverordnungsreport 2011 belegt, den es aber in diversen Ausprägungen schon gibt. Daher wäre es gut, wenn die Initiative dahingehend genutzt würde, den vorhandenen pharmazeutischen Sachverstand als einen berufsspezifischen Beitrag zur Optimierung interdisziplinär organisierter vernetzter Versorgungsmodelle einzubringen.

Ideen dafür finden sich in beeindruckender Vielfalt und Differenzierung im letzten Gutachten des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen von 2009 (Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens). Insbesondere den Apotheken werden hier wertvolle Anregungen vermittelt.

Das Medikationsmanagement – ein starres, realitätsfernes Konstrukt mit vielen Fragezeichen

Das Medikationsmanagement dient der Erfassung und Prüfung der Gesamtmedikation sowie der Vermeidung von unerwünschten Arzneimittelereignissen (UAE) und der Förderung der Compliance. Er ist das „Glanzstück“ des Konzeptes und soll 1,8 Mrd. Euro an Einsparungen bis 2014 erbringen. Dieses Angebot richtet sich an Menschen, die täglich mit fünf und mehr Arzneiwirkstoffen zu tun haben. Unausgesprochen ist klar, dass sich dieser Katalog überwiegend an ältere multimorbide chronisch kranke Menschen wendet. Gerade sie brauchen eine komplexe fachlich qualifizierte Versorgung durch interdisziplinär vernetzte komplexe Versorgungsangebote, denn sie haben mehrere Krankheiten, deren Auswirkungen meistens komplexe Behandlungsprogramme notwendig machen. Begründet ist das in den „Nebenwirkungen“ von Multimorbidität und Alter mit kognitiven, körperlichen und psychischen Veränderungen und Einschränkungen. Selbst dann, wenn sie leitliniengerecht behandelt werden, erfahren sie nicht unbedingt eine angemessene ausreichende ganzheitliche Behandlung und Betreuung. Zur Gesamtproblematik sei auf die Lektüre des o. g. Gutachtens verwiesen. Es fehlt an spezifischen Leitlinien für Multimorbidität, es fehlt an Ergebnissen klinischer Studien für diese Population, es macht sich hier besonders bitter der Mangel an Erkenntnissen aus der Versorgungsforschung bemerkbar und geriatrische Fort- und Weiterbildung sind in den medizinischen und pharmazeutischen Disziplinen unterentwickelt. Der Versuch von Mitgliedern des VDPP, in der Apothekerkammer Berlin, hier die Weiterbildung für pharmazeutische Geriatrie zu etablieren, scheiterte am Desinteresse der Delegierten. Nur wenige Kammern haben sich bisher zur Einrichtung des Weiterbildungszweigs der Pharmazeutischen Geriatrie entschieden.

Das Medikationsmanagement wurde in den Änderungsantrag Nr. 4 der Koalitionsparteien zum GKV-Versorgungsstrukturgesetz berücksichtigt.

Für das ABDA-KBV-Konzept fehlen die Bündnispartner

Der Erfolg des Konzeptes steht von Anfang an in Frage angesichts der erklärten Gegnerschaft von gerade denen, die man zur Umsetzung braucht. Der Spitzenverband der Krankenkassen, der stark gemachte Hausärzterverband und diverse KVen haben inzwischen ihre entschiedene Ablehnung bekundet. Das ist besonders prekär bei den Kassen, da sie ja als Partner ins Boot geholt werden sollen gem. Änderungsantrag Nr. 4. Selbst wenn im Antrag die Möglichkeit eingeräumt wird, durch eine 2/3-Mehrheit die Kassen per Schiedsbeschluss zur Teilnahme zu zwingen, ist das eine denkbar ungünstige Voraussetzung für ein gutes Gelingen. Die Gegnerschaft der Hausärzte und Kassen wurde durch dieses Konzept, das – ohne in Vorleistung zu treten – Honorarforderungen für die „Taube auf dem Dach“ fordert, geradezu provoziert. Zu Recht fragen die Kassen, warum sie für etwas zahlen sollen, was zu den urenigsten Alltagsaufgaben der Ärzte und Apotheker gehört. Wo sind die Sonder- und Zusatzleistungen, die zunächst erbracht werden müssten, um für nicht selbstverständliche Extras ein Honorar zu fordern?

Viele Probleme aus dem Versorgungsalltag werden gar nicht aufgerufen und bleiben daher auch perspektivisch ungelöst

Es bleiben auch viele Fragen ungeklärt: Sollen die Hausärzte als Lotsen eingebunden werden? Sind sie die Ansprechpartner für Apotheken und Patienten? Wie kommuniziert der Hausarzt mit den Fachärzten? Wie werden Verordnungen aus den Krankenhäusern eingebunden? Wie praxistauglich lässt sich die ständig zu aktualisierende Kommunikation gestalten? Welche zusätzlichen personellen Kapazitäten und Qualifikationen werden erforderlich, wenn –

wie angenommen – auf eine Apotheke anfangs 100 und später 300 Patienten mit dem Anspruch auf ein Medikationsmanagement kommen? Theoretisch können 100 Patienten 100 unterschiedliche Ärzte auswählen, die durch eine Apotheke zu betreuen sind. Wie kompatibel sind solche Anforderungen mit dem Praxisalltag in Apotheke und Arztpraxis? Welche technischen Voraussetzungen bestehen oder müssen geschaffen werden, um individuelle Medikationskonten zu bewerten? Wie wird die Selbstmedikation als problematischer Teil der Polypharmazie einbezogen? Wie wird begleitend die Qualität der Beratung in der Selbstmedikation gesichert? Wie erklärt sich die Tatsache, dass die Selbstmedikation keinerlei besondere Würdigung seitens der ABDA erfährt? Verwunderlich ist auch, dass im Konzept immer nur vom Arzt die Rede ist. Ist hier der Hausarzt gemeint oder kann es auch ein Facharzt sein? Wie ist die Kompatibilität zu anderen Versorgungsmodellen wie DMP- und hausarztzentrierte Programme, in die sich die Patienten auch einschreiben müssen, wenn sie daran teilnehmen wollen?

Fragen über Fragen, deren Relevanz offenbar nicht gesehen wird. Will und kann man das denjenigen überlassen, die sich bereit erklären, das Modellvorhaben durchzuführen?

„Ohne Moos nix los“ – Ein untaugliches Motto für ein Zukunftskonzept!

Es ist schon verblüffend, mit welcher Selbstverständlichkeit Ärzte und Apotheker hier die Hand zum Kassieren von 700 Mio. Euro bis 2014 aufhalten, ohne selbst irgendeine Vorleistung zu erbringen. Was wird wirklich anders und besser, wenn dieses Konzept zum Zuge käme? Auf der Pressekonferenz im April 2011, wo das Konzept vorgestellt wurde, betonte der ABDA-Präsident Heinz-Günter Wolf, dass die Lösung der benannten Probleme bei der Arzneimittelversorgung „in einer verpflichtenden Kooperation von Ärzten und Apothekern im Medika-

tionsmanagement“ läge. Da ist doch die Frage gestattet, und die Krankenkassen haben gefragt, was denn daran neu und innovativ sei? Der AOK-Bundesverband überschrub eine Pressemitteilung vom 13.4.2011 mit der Feststellung: KBV und ABDA fordern kuriose Vorleistungen von der Politik, bevor sie wirtschaftlich arbeiten wollen.



In schöner Offenheit (oder ist es Dummheit?) äußerte sich der Chefredakteur der Pharmazeutischen Zeitung Daniel Rücker anlässlich der Veröffentlichung des ABDA-KBV-Konzeptes im Editorial der Pharmazeutischen Zeitung vom 14. April 2011. Darin erklärte er, es gäbe zu dem Konzept keine Alternative. Hier eröffne sich ein Weg, um sich gemeinsam ein Stück aus der Umklammerung von Kassen und Staat zu lösen. Angesichts der Kritik zum Konzept forderte er dazu auf, den Mut nicht zu verlieren, denn das Medikationsmanagement könnte für die Apotheker der Weg aus der AMNOG-Depression sein. Das Medikationsmanagement als zukunftsweisende Dienstleistung könnte helfen, in der Arzneimitteldistribution verlorene Erträge in die Apotheke zurück zu holen.

Na, dann frisch vorwärts unter der Losung unseres ABDA-Präsidenten Wolf, die er für den

Kampf um die Durchsetzung des ABDA-KBV-Zukunftskonzeptes ausgegeben hat: „Ohne Moos nix los!“

27.11.2011



Gedanken zum „Zukunftskonzept Arzneimittelversorgung“ von ABDA und der KBV

von Florian Schulze

Was besagt das Konzept?

Drei Säulen sollen die Arzneimittelversorgung besser und kostengünstiger machen. Erstens soll die Wirkstoffverordnung zur Regel gemacht werden. Arzt oder Ärztin verordnen Wirkstoff, Stärke, Menge und Darreichungsform. Um die Compliance zu erhöhen soll der Wirkstoffname deutlich lesbar auf der Packung dargestellt werden. Im Einzelfall sollen aber weiter Fertigarzneimittel verordnet werden können. Die Wirkstoffverordnung soll in Verbindung mit der geänderten Deklaration auch zu einer besseren Akzeptanz eines Präparate-Austausches beitragen. Zudem soll ein schnellere Umstellung nach Patentablauf auf generische Präparate erfolgen.

Zum Zweiten sollen in einem Medikationskatalog indikationsbezogen Standardsubstanzen festgelegt werden, die sich aus evidenzbasierten Leitlinien ableiten. Für eine be-

stimmte Diagnose ist dann das Mittel der Wahl zu verordnen, wenn im Einzelfall nichts dagegen spricht. Überprüft werden diese Verordnungen durch Zielvereinbarungen, welche die bisherigen Richtgrößenprüfungen ablösen sollen. Indikationsbezogen ist dann beispielsweise ein festgelegter Prozentsatz an Standardsubstanzen zu verordnen. Eine Unterschreitung der Zielvereinbarungen soll nach dem Willen von ABDA und KBV mit „Eskalationsmechanismen“ hinterlegt werden, die allerdings vorrangig „Beratung und Fortbildung“ beinhalten. Mit dem Medikationskatalog sollen ca. 2/3 des GKV-Arzneimittelumsatzes erfasst werden. Er soll zu einer stärker leitliniengerechten und wirtschaftlichen Ordnungsweise beitragen.

Die dritte Säule des Konzepts bildet ein Medikationsmanagement für polymedikalisierte PatientInnen. Menschen, die mindestens fünf Arzneimittel einnehmen, sollen mithilfe

eines Medikationsplans einer kontinuierlichen Betreuung zugeführt werden. Arzt/Ärztin und ApothekerInnen sollen gemeinsam die Gesamtmedikation (incl. Selbstmedikation) erfassen, ggf. auch mit Besuchen in der Wohnung der PatientInnen. Die Patiententeilnahme an dem Programm soll freiwillig erfolgen und für ein Jahr bindend sein. Das Medikationsmanagement stellt für die Initiatoren eine neuartige Leistung dar, die sie sich mit je 180 Euro/Patient/Jahr vergüten lassen wollen.

Die Umsetzung des Konzeptes soll stufenweise bis 2014 erfolgen. Es hat in Grundzügen in das GKV-Versorgungsstrukturgesetz Eingang gefunden, wo die Möglichkeit eines Modellprojektes geschaffen wurde. Kassen, Ärzte- und Apothekerschaft sollen sich auf die Modalitäten einigen. Bei Streitigkeiten soll eine Schiedsstelle entscheiden, die zu gleichen Anteilen von den drei Vertragsparteien besetzt ist.

Nach den Prognosen von ABDA und KBV sollen das Medikationsmanagement 1,8 Mrd. Euro, der Medikationskatalog 0,7 Mrd. Euro und die Wirkstoffverordnung 0,3 Mrd. Euro Einsparungen bringen. Für das Medikationsmanagement veranschlagen die beiden Organisationen 2 Mio. Teilnehmer, was zu Mehrausgaben von 0,7 Mrd. € führt.

Reaktionen auf das Konzept

Das Konzept erfährt bei den meisten Interessenvertretern Ablehnung. Der GKV-Spitzenverband hält das ganze für „rausgeschmissenes Geld“. Sparpotential sieht er nicht, dafür aber Mehrkosten. Er verweist darauf, dass alle Bestandteile des Konzepts rechtlich heute schon möglich sind. Der Chef der baden-württembergischen AOK Dr. Hermann meint, dass das Vorhaben „in der Sache nicht umsetzbar“ sei und einen „Bankrott der verfassten Ärzteschaft“ darstelle. Er sorgt sich primär um die Rabattverträge, die als einziges Wettbewerbsinstrument zu Einsparungen geführt hätten. Er verweist darauf, dass die Pharmaunternehmen, die Zuschläge erhielten, einen Anspruch darauf hätten, „dass die Verträge in vollem Umfang erfüllt werden“. Er sei ihm außerdem unbegreiflich, dass die Kassenärzteschaft offenbar gewillt ist, „die Therapiehoheit am Counter der Apotheke abzugeben“. Der GEK-Vizechef Dr. Schlenker befürchtet einen „Rollback zu einer interessengeleiteten und dirigistischen Gesundheitspolitik“ und bezweifelt generell, „dass Arzt und Apotheker sich zusammensetzen, um zu einer günstigeren Medikation zu gelangen“.

Auch die Pharmaindustrie lehnt das Vorhaben einhellig ab und brandmarkt den Medikationskatalog als „einheitliche und kassenübergreifende Positivliste“. Zudem führt sie rechtliche Bedenken ins Feld. So soll der Katalog gegen EU-Recht verstoßen und auch gegen das deutsche Wettbewerbsrecht. Der Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie (bpi) argumentiert in seltener Einigkeit mit den Krankenkassen, dass es keiner weiteren

gesetzlichen Regelung bedürfe, um eine optimale, auf die individuellen Belange des Patienten abgestimmte Beratung durch Ärzte und Apotheker zu erreichen.

Der Vorsitzende des Hausärzteverbandes sieht die Therapiehoheit der ÄrztInnen in Gefahr. Auch könne er nicht verstehen, „dass Ärzte Kompetenzen abgeben sollten, um einen anderen Berufsstand – die Apotheker – zu unterstützen“. Erwähnt werden darf vielleicht auch, dass alle genannten Kritiker einen Mangel an eigenen Vorschlägen zur Verbesserung der Versorgungsrealität gemeinsam haben.

Interessenpolitik pur

Die Kritik von Dr. Schlenker ist besonders belustigend, da alle genannten Argumentationen der verschiedenen Player im Gesundheitswesen leicht als interessengeleitet zu identifizieren sind. Dass die Versorgungsqualität dabei eine eher untergeordnete Rolle spielt, empfinde ich als wohlthuend ehrlich. Weder die Autoren des Konzepts noch Pharmaindustrie, Krankenkassen oder Ärztegruppen können sich hier glaubhaft als FürsprecherInnen der PatientInnen verkaufen.

Für die Pharmaindustrie muss das Konzept ein Albtraum sein. Die Wirkstoffverordnung und der Medikationskatalog lassen die Ärzteschaft als Objekt ihrer vielfältigen Manipulationsversuche, Entschuldigung: Informationsangebote, in die Bedeutungslosigkeit sinken. Die wie auch immer geartete verringerte Unterscheidbarkeit der einzelnen Präparate lässt Generika so austauschbar wirken, wie sie es meist auch sind. Der Medikationskatalog ist ein weiterer Schlag gegen Scheininnovationen, die es naturgemäß nicht in die Leitlinien (deren Qualität dann noch wichtiger wird) schaffen. Nicht mehr die bekanntermaßen geschönten bunten Anzeigen in Fachjournals und Hochglanzprospekte, die von Heerscharen von Pharmavertretern in die Praxen und Apotheken getragen werden, bestimmen, was en vogue ist, sondern evidenzgestützte Leitli-

nien. Bei allen Fragezeichen, die bezüglich Transparenz und Unabhängigkeit der medizinischen Fachgesellschaften auftauchen – das ist ein Schritt in die richtige Richtung.

Dass die Krankenkassen nach wie vor an den unsäglichen Rabattverträgen hängen, ist bekannt. Auch dass ihre Kritik weniger auf die Inhalte des Konzepts, als auf eine grundsätzliche Skepsis gegenüber den Motiven der Initiatoren zu fußen scheint, ist wenig überraschend und doch unbefriedigend. Sich einerseits über eine mögliche Reduzierung auf den „Zahlmeister“ zu beschweren und andererseits bei dem ABDA/KBV-Konzept wie auch z. B. bei der Diskussion um Rabattverträge oder Zuzahlungen wie die Praxisgebühr die Patientensicht außen vor zu lassen, lässt ihre legitime – aber eben auch interessengeleitete – Haltung erkennen. Der Verweis auf mögliche rechtliche Unsicherheiten ist ebenso wenig hilfreich wie das Zitieren von Gesetzestexten. Natürlich ist die Wirkstoffverordnung seit langem möglich. Praktisch wird sie nur wenig und regional sehr unterschiedlich angewendet. Auch dass der Facharztstandard, der sich, obwohl einzelfallbezogen, doch im Wesentlichen auf die verfügbare Evidenz stützt, schon jetzt Teil der Anforderungen an die ärztliche Praxis ist, hilft letztlich nur, wenn ein Patient oder eine Patientin bei vermuteten Behandlungsfehlern klagt. Eine Initiative aus der Ärzteschaft selbst, die derart in die Entscheidungen der behandelnden Ärzte eingreift, hat mich zumindest überrascht. Das wird KBV-Chef Köhler einige Überzeugungskraft abverlangt haben. Der Hausärzteverband fühlt sich denn auch berufen, die uneingeschränkte Ärzte-Macht über die Arzneimittel zu verteidigen, so wie er schon Vorschläge zu einer sinnvolleren Aufgabenverteilung zwischen Ärzteschaft und Pflegekräften kategorisch ablehnt hat.

Nicht umsonst fühlen sich ABDA, KBV und BMG unisono genötigt, zu betonen, dass der Medikationskatalog keine Positivliste darstellt. Auf den Einzelfall bezogen ist er das

auch nicht, er lässt Raum für Einzelfallentscheidungen. Aber in der Summe führt er, so er denn wie vorgesehen angewandt wird, eben doch zu einer Veränderung der Ordnungsweise hin zu bewährten und wirtschaftlichen Arzneimitteln. Auch hier führt die Kritik von Kassenvertretern in die Irre: Weder Ärzte- noch Apothekerschaft haben ein immanentes Interesse, teure oder nutzlose Arzneimittel zu verschreiben bzw. abzugeben.

Wer sind die Guten?

Natürlich muss auch die Motivation von ABDA und KBV hinterfragt werden. Für keine der beiden Organisationen dürfte das zusätzliche Geld den entscheidenden Ausschlag gegeben haben. Für die Apothekerschaft ist es wohl ein willkommenes Mittel, nach Rabattverträgen, Versandhandel, Kassenrabatt und AMNOG wieder in die Offensive gehen zu können. Würde das Konzept flächendeckend umgesetzt, würde es die Apotheke stark aufwerten. Sie ist dann noch mehr als heute unverzichtbarer Teil der Arzneimittelversorgung. Versandapotheken hätten es schwer, sich hier anzuschließen. Zwar hebt es die auch von den ApothekerInnen ungeliebten Rabattverträge nicht aus (anderslautende Äußerungen von Kassenseite sind wenig plausibel). Sie können aber ein Schritt hin zu einer auch preislichen Vereinheitlichung von Generika darstellen. Die Partnerschaft mit den ÄrztInnen und ihre zumindest theoretische Stellung auf Augenhöhe ist ein Novum und sehr zu begrüßen. Die ABDA versucht, dem Image des Apothekers als Schubladenaufzieher durch fachliche Aufwertung entgegenzutreten. Ob sie das auch tun würde, wenn die Apotheken nicht so unter Druck stünden, sei dahingestellt. Jede Initiative als interessengeleitet zu verdammen, beweist jedoch nur, wie tief Gräben sind und wie weit alle Seiten von einem konstruktiven Miteinander entfernt sind. Dass zumindest die Apotheker- und Ärzteschaft einen anderen Weg gehen, egal aus welcher Motivation, verdient Beachtung.

Die Ärzteschaft dürfte besonders auf die Abschaffung der Richtgrößenprüfung schielen. Die Möglichkeit eines Regresses wird bei den Niedergelassenen als schwebendes Damoklesschwert empfunden, auch wenn die reale Prüfsituation ein anderes Bild zeichnet. Die bestehenden Regelungen werden als wenig transparent und schwer kalkulierbar eingeschätzt. Die Ablösung der Mengenbegrenzung durch eine leitliniengerechte Therapie auf Basis wirtschaftlicher Präparate entbehrt auch nicht einer gewissen Logik, spiegelt das dann benötigte Volumen an Arzneimitteln doch theoretisch den realen Bedarf in der Versicherungsgemeinschaft wider. Die Erfahrungen der Vergangenheit zeigen jedoch, dass ohne Regulierung die diagnostizierte Morbidität wächst. Überversorgung und Ausgabenwachstum sind die Folgen. Von einer Mengenbegrenzung kann daher in keinem Fall abgesehen werden. Wenn die Ärzteschaft praktikable und wirksame Alternativen zur bestehenden Mengenregulierung vorlegen würde, könnte sie sicher einige offene Türen einrennen.

Gute Idee, aber...

Das Konzept von ABDA und KBV taugt trotz guter Ansätze nicht dazu, eines zu eins übernommen zu werden. Die prognostizierten Einsparpotentiale scheinen aus der Luft gegriffen und deutlich überhöht zu sein. Ob die Forderungen nach zusätzlichem Geld für die beiden Berufsgruppen den tatsächlichen Nutzen des Medikationsmanagements widerspiegelt, müssen Modellversuche klären. Dass die anderen Säulen des Konzepts explizit ohne zusätzliche Honorarforderungen gelten, lädt dazu ein, sie auch separat zu betrachten und ihre Umsetzung (aus den genannten Gründen ohne volle Ablösung der Mengenbegrenzung) davon unabhängig einzufordern.

Die angedachte Zusammensetzung der Schiedsstelle ist aus guten Gründen in der Selbstverwaltung sehr unüblich. Die per Funktion verbündeten Leistungserbringer könn-

ten die Kassenseite jederzeit überstimmen. Es besteht die Gefahr, dass so auch eine praxisnahe Erprobung und eine aussagefähige Evaluation des Konzepts unterbleiben. Eine paritätische Besetzung von Kostenträgern und Leistungserbringern ist daher zwingend erforderlich.



Trotz alledem ist die Versorgungsqualität ein Wert an sich. Eine Verbesserung der Compliance oder besser der Adherence sowie der Qualität in der Arzneimitteltherapie wären ein Fortschritt und würden auch angemessene Ausgaben rechtfertigen. Der pharmakoökonomische Nutzen etwa in Form von verminderter Morbidität, einer Reduktion von Krankenhauseinweisungen oder behandlungsbedürftigen unerwünschten Arzneimittelwirkungen ist zwar nur schwer zu beziffern, muss aber berücksichtigt werden. Das im VStG beschlossene Modellprojekt sollte diese Fragen zuvorderst beleuchten. Natürlich wären sowohl ÄrztInnen als auch ApothekerInnen bereits jetzt verpflichtet, eine hochwertige Arzneimittelversorgung zu gewährleisten. Die Realität sieht jedoch leider häufig anders aus. Wichtig ist die Qualität, die bei den PatientInnen ankommt. Verweise auf theoretischen Verpflichtungen und gesetzliche Möglichkeiten sind hier wenig hilfreich, haben sie es doch nicht ausreichend geschafft, ein Qualitätsbewusstsein bei den Berufsgruppen herzustellen.

Dieses Bewusstsein ist nur schwer durch Zwang zu erreichen. Allemal besser ist es, mit den Betroffenen zu arbeiten, statt gegen sie. Dass diese Initiative von den Standesorganisationen selbst kommt, kann als Paradigmenwechsel angesehen werden. Eine solches Konzept ist nicht nur Angebot, sondern vor allem auch

Verpflichtung. Es lädt geradezu ein, die Ziele, wirtschaftliche und leitlinienbasierte Therapie, als Messlatte auch der künftigen Aktivitäten der Leistungserbringer heranzuziehen. Natürlich kann es nicht alle Probleme lösen und niemand muss den Initiatoren ein Übermaß an Altruismus bescheinigen. Doch alte Fron-

ten sollten nicht dazu verleiten, eine Vorverurteilung vorzunehmen. Beschlossen ist ein Modellversuch. Hier kann das Konzept zeigen, ob es hält, was ABDA und KBV versprechen.

19.12.2011

Gut beraten?

Diskussion über Beratungsqualität in der Apotheke auf dem VDPP-Herbstseminar 2011

von Anne Paschke und Thomas Schulz

Die Zukunft der öffentlichen Apotheke wird maßgeblich von der gebotenen Beratungsqualität abhängen. Apothekerinnen und Apotheker müssen ihre Kompetenz als Arzneimittelexperten unter Beweis stellen und durch patientenorientierte Beratung Arzneimitteltherapiesicherheit gewährleisten. Doch wie genau sieht gute Beratung in der Apotheke aus – und wie kann man sie sichern und überprüfen? Um diese zentralen Fragen von verschiedenen Perspektiven zu erörtern, referierten und diskutierten auf dem Herbstseminar des Vereins demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten (VDPP) Vertreter aus Kammer, Apothekenaufsicht, Verbraucherschutz und Offizin.

Was zeichnet gute Beratungsqualität aus und wie lässt sie sich erreichen?

Fortbildung wirkt – dies war die Grundaussage von Gabriele Overwiening, Präsidentin der Kammer Westfalen-Lippe, welche die Steigerung von Teilnahmen an den Fortbildungen als wesentliche Maßnahme zur Verbesserung der Beratungsqualität vorstellte. So hat die Kammer Westfalen-Lippe das E-Learning Angebot erweitert sowie ein Fortbildungsjournal mit anschließender Lernerfolgskontrolle entwickelt, um eine flächendeckende Verbesserung von Beratungsqualität zu erreichen. In der Tat deuten Untersuchungen der Kammer auf

einen Zusammenhang zwischen Testkaufnote und Fortbildungszertifikatquote hin. Weiterhin zeigten die Ergebnisse, dass die Mitarbeiterstruktur ebenfalls einen Effekt auf das Abschneiden bei der Überprüfung von Beratungsqualität hat. Frau Overwiening betonte, dass eine erfolgreiche Qualitätsoffensive maßgeblich davon abhängt, als Kammer die Alltagsnöte der öffentlichen Apotheken wie Belastungen durch Rabattverträge und AMNOG zu berücksichtigen.

Neues Konzept zur Überprüfung von Beratungsqualität

Nach welchen Kriterien lässt sich Beratungsqualität überprüfen? Ein neues Konzept hierzu wurde von der Apothekenaufsicht Berlin in Kooperation mit der dortigen Kammer entwickelt und durchgeführt. Statt eines Pseudo-Customer-Konzepts oder einer Beratungsgesprächssimulation, so berichtete Katja Lorenz, wurden jeder untersuchten Apotheke fünf Fragen verschiedenen Schwierigkeitsgrades gestellt. Zur Beantwortung durften Literatur, Datenbanken und Kollegen in der Apotheke zu Rate gezogen werden. Die Ergebnisse zeigten, dass, trotz Einsatzmöglichkeit der Hilfsmittel, im Schnitt nur 58 % aller möglichen Punkte erreicht wurden. Als mögliche Erklärungen wurden veraltete Fachliteratur und falscher Umgang mit oder falsche Einstellungen von Datenbanken vermutet.

Ein wichtiges Fazit, so Frau Lorenz, sei daher, dass bei zukünftigen Regelbesichtigungen auch das Vorhandensein von aktueller Fachliteratur sowie die Anwendungsfähigkeit von Datenbanken überprüft werden müssen.

Der Patient als Partner: Dialog statt paternalistische Beratung

Die Erhebung von Beratungsqualität fokussiert sich meist auf Wahrheitsgehalt und Vollständigkeit des durch den Apotheker vermittelten Informationen. Christoph Kranich, Leiter der Fachabteilung Gesundheit und Patientenschutz in der Verbraucherzentrale Hamburg, regte an, das Verhältnis zwischen Apotheker und Patient in den Fokus zu rücken und zu reflektieren, da dieses eine wichtige Rolle für das erfolgreiche Verständnis und die Umsetzung der erhaltenen Informationen spielt. Wenig patientenorientierte – aber immer noch häufig angewendete – Beziehungs-Formen seien der benevolente Paternalismus (Patient als Objekt), das Business Modell (Patient als Verbraucher) und der informed consent (Patient als Kunde). Als besonders an den Bedürfnissen des Patienten ausgerichtet stellte Herr Kranich das Konzept des shared decision making als partnerschaftlichen Entscheidungsprozess zwischen Apotheker und Patient vor. Außerdem sei es wichtig zu beachten, welche Kompetenzen der Patient im Um-

gang mit seiner Krankheit und Arzneimitteln mitbringe. In der späteren Podiumsdiskussion wurde betont, dass sich eine gemeinsame Entscheidungsfindung in der Apotheke nur im Bereich der Selbstmedikation vollständig umsetzen ließe.

Qualitätsmaßnahme in der Offizin: Kollegiale Selbstkontrolle

Wie kann all dies im Apotheken-Alltag umgesetzt werden – und welche konkreten Hürden gibt es dort, die einer patientenorientierten Beratung im Wege stehen? Diesen Fragen ging Monika Gerth, Offizinapothekerin in der kollektiv geführten Hamburger Neptun-Apotheke, nach. In der Apotheke wurden zahlreiche Maßnahmen eingeführt, um den Patienten eine möglichst gute Beratung zu bieten. Eine Basis sind die als Arbeitszeit bezahlten Betriebsbesprechungen auf denen auch interne Fortbildungen durchgeführt werden. Der Besuch weiterer Fortbildungen wird durch Beteiligung an den Kosten sowie kleine Bonuszahlungen unterstützt. Als aktuellste Maßnahme zur Verbesserung der Beratung stellte Frau Gerth die Einführung einer kollegialen Selbstkontrolle vor, bei der eine Mitarbeiterin jeweils eine Woche ihre Kolleginnen während der Beratungsgespräche beobachtet, die Verläufe anhand einer Kriterienliste dokumentiert und später die Beobachtungen mit den Kollegin-

nen auswertet. Von den Patienten gibt es viele positive Rückmeldungen, während die Ergebnisse der Kammer-Testkäufe durchwachsen waren, was zum einen die Frage aufwirft, in wie fern die bestehenden Testkäufe als Momentaufnahme einen geeigneter Nachweis der Beratungsqualität darstellen und zum anderen als Ansporn zur stetigen Verbesserung dient.

Bezahlung trotz Abraten – zukünftige Honorierung und Anreize für bessere Beratung

Während der anschließenden Podiumsdiskussion wurde ein Beratungshonorar kontrovers diskutiert. Obwohl von vielen eingefordert gab es skeptische Publikumsstimmen zu bedenken, dass ein qualitätsunabhängiges Honorar ohne weitere Maßnahmen in vielen Fällen nicht automatisch zu einer Verbesserung der Beratungsqualität führe. Antonie Marquardt, die als Vertreterin der Apothekerkammer Hamburg an der Podiumsdiskussion teilnahm, verwies auf die Nützlichkeit von Qualitätszirkeln, um Beratungsqualität zu verbessern. Auch an der Forderung nach obligatorischen Fortbildungen, die von Ingeborg Simon eingebracht wurde, entzündete sich eine lebhaftige Debatte. Frau Marquardt plädierte für eine Evaluierung der Fortbildungsverpflichtung bei den ÄrztInnen bevor dies für die ApothekerInnen eingeführt werde.

Abschließend betonte Herr Kranich, dass bei allen Überlegungen immer die Patientenbedürfnisse im Mittelpunkt stehen müssen: „Es gehört unbedingt zu ihrer Aufgabe auch einmal „nein“ zu sagen! Wenn sie das nicht dürfen oder können und die Politik keine Anreize dafür setzt, ist das wirklich ein Problem und steht guter Beratung grundsätzlich im Weg.“

In der Zusammenfassung wurde die Wichtigkeit der Unabhängigkeit der Beratung in der Apotheke betont sowie die Qualitätskontrollen in der Beratung durch Kammern und Aufsichtsbehörden begrüßt.



Dreizehn Jahre sind eine lange Zeit

von Thomas Schulz

Zur MV in Kassel werden es 13 Jahre, dass ich erstmalig in den Vorstand gewählt wurde. Wie schon in der Vorstellung im Rundbrief nach der Wahl in Köln (Mai 2012) dargestellt, habe ich mich im letzten Jahr spürbar von der Pharmazie entfernt. Ich lehre nicht mehr Pharmakologie an der Charité, ich beschäftige mich mit vielen interessanten Chemikalien aber nicht mit Arzneimitteln. Das ist allerdings nur ein Punkt, der mich zur Überlegung über meine weitere Vorstandstätigkeit angeregt hat.

Ein anderer Punkt ist der partielle Verfall der vereinsinternen Umgangsformen. Der Herbst war für mich geprägt von einer Vendetta einiger Mitglieder, die inzwischen keine Mitglieder mehr sind, gegen ein anderes, bekanntes Mitglied. Für mich stellte es sich so dar, dass der ganze Frust des Apothekeninhaberlebens hier auf ein Feindbild gerichtet wurde, was öffentlich abgewatscht werden sollte. Als Vorstand hatten wir zu einem Gespräch am Rande des Herbstseminars eingeladen, es kamen einige der Kritiker

(innen), aber längst nicht alle. Als Vorstand warben wir für eine angemessene interne Diskussion und wiesen wiederholt auf die Programmatik des VDPP hin, die in keiner Weise dominiert ist von den Interessen der Krankenkassen. Friedlich und guter Dinge gingen wir auseinander, und ich hatte das Gefühl, dass wir wieder eine gemeinsame Gesprächsebene gefunden hatten. Die Austrittsbriefe, die wir etwa einen Monat später erhielten, waren dann doch eine böse Überraschung. Nach dem ich bereits er-

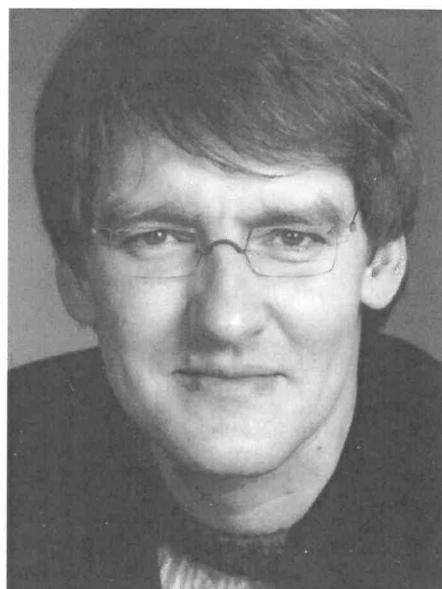
hebliche Entfremdungen von der Pharmazie verspürte (siehe oben), wurde mir jedenfalls klar, dass ich meine Zeit mit solchen Spielereien nicht mehr verschwenden werde. Ich werde zur Mitgliederversammlung in Kassel zurücktreten.

Nun liegt es an Dir, liebes Mitglied, ob Du demnächst Zeit für den VDPP erübrigen kannst. Der Vorstand wird mit meinem Rücktritt auf das gesetzliche Minimum von drei Personen schrumpfen, Verstärkung wird dringend benötigt. Es geht nicht um administrativen Kleinkram, da halten uns Gudrun Meiburg in der Geschäftsstelle und Anne Paschke als Referentin für den

Vorstand den Rücken wirklich frei. Benötigt werden Mitglieder, die sich mit ihren Gedanken und Ideen für eine bessere Pharmazie einbringen. Also nichts wie los und mitmachen!

Drei- bis viermal im Jahr trifft sich der Vorstand mit Gudrun und Anne (und auch Jürgen als Rundbriefherausgeber), und ich kann nur sagen, es sind wirklich nette Leute, mit denen ich über die Jahre gut und vertrauensvoll zusammengearbeitet habe.

Mein Lieblingsvorstandsmitglied habe ich vor mehr als sieben Jahren sogar geheiratet. So weit müssen ja nicht alle gehen ...



Pharmazeutische Berufsfelder jenseits der Offizin

LehrerIn an einer PTA-Schule

Interview mit Renate Rathmann

Zu den Stärken unseres Vereins gehört, dass in ihm PharmazeutInnen aus sehr vielen verschiedenen Berufsfeldern vertreten sind. Wir wollen deshalb in loser Folge im Rundbrief verschiedene Bereiche vorstellen. Den Anfang macht ein Interview mit Renate Rathmann, Lehrerin an der staatlichen Gewerbeschule 13 für Chemie, Pharmazie und Agrarwirtschaft in Hamburg.

Renate, wie kam es dazu, dass du heute nicht wie die meisten deiner KommilitonInnen in der Offizin stehst, sondern Lehrerin bist?

Nachdem ich im Studium so viel (und gerne!) gelernt hatte, bedauerte ich, dass das alles in der Apotheke kaum vorkommt. Ich hoffte in die verschiedenen Teilgebiete der Pharmazie im PTA-Unterricht wieder einsteigen zu können.

Wen unterrichtest du überhaupt? PTA-Schüler(innen), PKA-Auszubildende während der Berufsschule? Evtl. auch andere Berufsfelder (CTA, Laboranten, Pharmakanten)?

An der großen Schule in Hamburg wäre es möglich, in der Abteilung Chemie zu unterrichten oder sogar

bei den Gärtnern! Die vergleichsweise wenigen Pharmazeuten werden jedoch für den pharmazeutischen Fachunterricht dringend benötigt, so dass wir alle bei „den PTAs“ sind.

Sind die meisten deiner KollegInnen auch PharmazeutInnen oder sind auch „normale“ LehrerInnen darunter? Macht das im Kollegium einen Unterschied aus?

Wir haben einige Chemie-LehrerInnen, die sich sehr gut in die pharmazeutische Chemie und das Praktikum „chemisch-pharmazeutische Übungen“ eingearbeitet haben; außerdem unterrichten sie im Gefahrstoff-Lernfeld und einige auch in „Ernährung und Diätetik“.

Welchen Status hast du eigentlich, bist du Angestellte oder Beamte? Und welche „Karriere“möglichkeiten hätte man als PharmazeutIn und LehrerIn?

Es gibt nur wenige Bundesländer, in denen staatliche PTA-Schulen existieren, neben Hamburg sind dies m. W. noch Schleswig-Holstein, Hessen und Baden-Württemberg. Warum Lehrer überhaupt Beamte sein müs-

sen, ist eine andere Frage, ebenso Sinn und Zweck des Berufsbeamtentums an sich.

Da wir in Hamburg nun einmal beamtete Lehrer sind, können wir auch befördert werden und uns natürlich z. B. auch auf die Schulleiterstelle bewerben. Derzeit wird diese Position sogar, wenn auch nur kommissarisch, von einem Apotheker ausgeübt.

Im Übrigen finde ich es bedauerlich, dass der Staat sich aus der Finanzierung der PTA-Ausbildung weitgehend zurückgezogen hat. Die Kosten tragen überwiegend Apothekerverbände und über das Schulgeld die SchülerInnen.

Reichte für dich das Pharmaziestudium aus, oder brauchtest du noch zusätzliche Ausbildungen?

In Hamburg kann man nur als Gewerbelehrer eingestellt werden, wenn man den „Vorbereitungsdienst“, also ein Referendariat gemacht hat. D. h. Seminare besuchen, Referate halten, Vorführstunden ableisten, Lehrproben überstehen und eine Abschlussarbeit verfassen.

Wenn du noch einmal so alt wärest, wie du beim Staatsexamen warst, würdest du noch einmal PTA-Lehrerin werden wollen?

Ja! Heute allerdings vor allem, weil die Arbeit mit den jungen Menschen Spaß macht. Und weil man durch das Unterrichten gezwungen ist, die Dinge zu hinterfragen und die Praxisrelevanz der Unterrichtsinhalte herzustellen.

Du kennst ja auch viele KollegInnen aus der Offizin, was findest du an deinem Job angenehmer? Und was fändest du umgekehrt an der Arbeit als Offizinapothekerin angenehmer?

Ich unterrichte nicht „Arzneimittel“, deswegen habe ich schon lange keine Zeit mehr, mich mit Pharmakologie zu befassen. Das fehlt mir, ist es doch heute das Herz der Pharmazie.

Was als Lehrer besser ist? Beide Tätigkeitsfelder gefallen mir. Vielleicht ist der einzige Vorteil, dass man mehr Freiheit hat in der Zeiteinteilung: Ich kann nachmittags zum Sport oder durch die Stadt gehen oder Veranstaltungen besuchen, die schon gegen 19 Uhr beginnen. Dafür sitze ich allerdings oft am Wochenende über Korrekturarbeiten oder bei Unterrichtsvorbereitung.

„Warum musst du dich denn noch vorbereiten, du machst das doch schon so lange?“ ist eine gerne von Schulfremden gestellte Frage.

Es gibt viele Gründe den Unterricht zu überarbeiten. Wir halten ja keine Vorträge, sondern versuchen mit verschiedenen Methoden die Schüler in das Unterrichtsgeschehen einzubeziehen. Dann hat eine Kollegin eine gute Idee für eine neue Methode. Oder es tut sich ein neues Thema auf; z. B. hat eine Kollegin gerade sehr aufwändig das Thema „Einwaagekorrektur nach NRF“ in ihren Unterricht ausgenommen. Die Gesetzeskundeführer „freuen“ sich schon sehr darauf, die neue ABO praxisorientiert zu vermitteln, Das sind nur drei Beispiele.

Ich will jetzt nicht indiskret werden, außerdem kann, wer will, es ja in den Besoldungstabellen nachlesen, aber wie sieht es mit deinem Einkommen aus, verglichen mit angestellten und mit selbständigen OffizinapothekerInnen?

Das Tarifgehalt einer angestellten Apothekerin ist niedriger als das einer Studienrätin. Mit selbständigen Apothekern kann man das wohl nicht vergleichen – sind die nicht zu unterschiedlich?

Und wie sieht es mit der Arbeitsbelastung aus? Findest du deinen Beruf anstrengender oder weniger anstrengend als den der Offizinapothekerin?

Beides ist ungefähr gleich anstrengend, nur anders in der Belastung.

Und wie ist es mit der Berufszufriedenheit? Was macht besonders viel Spaß, was macht überhaupt keinen Spaß?



Spaß macht die Vielseitigkeit, immer junge Menschen kennen zu lernen, die Zusammenarbeit mit den KollegInnen, die verschiedenen Lernfelder, die man unterrichtet. Andererseits: kein Lehrer mag korrigieren!

Kannst du mit ein paar Worten einen „typischen“ Arbeitstag von dir schildern?

Den gibt es nicht: Einmal hat man laut Plan zwei Unterrichtsstunden, einmal sieben, an den Praktikumstagen.

Zusätzlich führt man Gespräche mit Schülerinnen mit sehr unterschiedlichem Anlass, spricht sich mit KollegInnen ab, sieht galenische Präpa-

rate nach, organisiert Material für spätere Stunden, und es gibt Konferenzen. Viele haben weitere Verpflichtungen wie z. B. die Betreuung von Referendaren, sie beteiligen sich an abteilungsübergreifenden Arbeitsgruppen oder haben spezielle Funktionen in der Abteilung. Ich bin z. B. zuständig für die Lehrmittel-Ausgaben der PTA-Abteilung und muss einen Überblick darüber haben, wer wofür wie viel Geld ausgibt.

Welchen Kolleg(inn)en könntest du empfehlen, auch Lehrer(in) zu werden, und welchen eher nicht?

Allen, die Interesse an Pharmazie und an jungen Menschen haben! Es gibt Kollegen, die sich durch das Behördenwesen gegängelt fühlen. Man muss sich (wo aber nicht?) Sachzwängen beugen und sich ggf. Weisungen „von oben“ fügen.

Du machst das ja schon eine ganze Weile. Was hat sich in all den Jahren an deinem Beruf verbessert, was hat sich verschlechtert?

Die Arbeitsbelastung ist größer geworden – auch hier muss man feststellen: wo nicht?

Wenn du könntest, würdest du an der Ausbildung von PTA und PKA etwas ändern wollen? Falls ja: was?

Die PTA-Ausbildung ist zu theorie-lastig. Gelegentlich ist der Ausdruck des „Bulimie-Lernens“ passend. Sie könnte gerne auch im dualen System erfolgen.



Stellungnahme des VDPP zum Verordnungsentwurf des BMG zur

Änderung der Verordnung über den Betrieb von Apotheken (Apothekenbetriebsordnung – ApBetrO)

Der Verein Demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten (VDPP) bezieht Stellung zum Verordnungsentwurf des BMG zur „Verordnung zur Änderung der Verordnung über den Betrieb von Apotheken (Apothekenbetriebsordnung – ApBetrO)“ vom 20. Oktober 2011. Allgemein begrüßt der VDPP vor allem die formulierten Ziele des Verordnungsentwurfs: die Verbesserung der Arzneimittelsicherheit und der Versorgung und hier insbesondere die Fokussierung auf die Beratung als zentrales Element einer patientenorientierten Arzneimittelversorgung.

Im Folgenden wird auf einzelne Punkte des Verordnungsentwurfs eingegangen, die besonderen Einfluss auf patientenorientierte Arzneimittelversorgung haben.

Nummer 5 (§ 2 a) Qualitätsmanagementsystem

Der VDPP bewertet die Einführung eines verbindlichen zertifizierten QMS für Apotheken mit angemessenen Übergangsfristen als positiv. Darüber hinaus befürwortet der Verein eine Ausweitung der QMS-Pflicht auf alle Arbeitsbereiche in allen Apotheken, um eine einheitliche Qualitätssicherung zu gewährleisten.

Nummer 7 (§ 4 Abs. 2 a) (Wahrung des Eindrucks einer Apotheke)

Die Wahrung des Eindrucks einer Apotheke ist von großer Bedeutung für die Wahrnehmung des Arzneimittels als besonderes Gut. Daher begrüßt der VDPP, dass dies im vorliegenden Verordnungsentwurf unterstrichen wird und fordert eine klare Abgrenzung zur Drogerie. Dabei muss auch eine stärkere Regulierung über Art und Umfang des Nebensortiments geprüft und eine fehlende Sanktionierung als Ordnungswidrigkeit formuliert werden.

Nummer 23 (§ 20 Abs. 1 und 2) Information und Beratung

Der VDPP begrüßt die Betonung von Information und Beratung als Kernaufgabe der ApothekerInnen, da sie im Verständnis des Vereins zentral für eine patientenorientierte Arzneimittelversorgung sind.

Wir begrüßen die Einfügung unter § 20 Abs. 1, Satz 2 und 3, wodurch der Berufspraxis Rechnung getragen wird und die Information und Beratung durch die PTA unter definierten Bedingungen gestattet ist.

Der Verein befürwortet weiterhin § 17 Abs. 2, in dem eine Beratungspflicht auf durch Boten ausgelieferte Arzneimittel ausgeweitet wird. Jedoch muss es auch möglich sein, die Beratung nicht allein im Zusammenhang mit der Auslieferung, sondern auch durch einen persönlichen Anruf nachzuholen. Dieser muss dokumentiert werden.

Darüber hinaus ist diese Beratungspflicht unbedingt auch in § 17 Abs. 2a (Versandhandel) Nr. 7 hinzuzufügen.

Nummer 23 (§ 20 Abs. 3) (Klarstellungen und Präzisierungen bezüglich der Verpflichtung zur vertraulichen Beratung)

Die Vertraulichkeit bei der Beratung erachtet der VDPP als zentrales Element der patientenorientierten Arzneimittelversorgung sowie der heilberuflichen Tätigkeit der ApothekerInnen. Die farbliche Kennzeichnung oder andere bauliche Maßnahmen mit dem Ziel, Vertraulichkeit zu gewährleisten, erscheint dem Verein daher notwendig.

Nummer 26 (§ 23 Abs. 2) und Nr. 7 (§ 4 Abs. 3) (Ermöglichung der Übernahme von Aufgaben „im Filialverbund“)

Die im Entwurf vorgesehenen Erleichterungen für Filialapotheken bezüglich Labor, Prüfmitteln, Her-

stellung, Notdienst etc. stellen nach Ansicht des VDPP in ihrer Beschränkung auf Filialverbünde keine sachgerechte Regelungen dar.

Aus Sicht der PatientInnenversorgung gibt es keinen sachlichen Grund dafür, z. B. nahe beieinander liegenden Apotheken mit verschiedenen Inhabern eine „Zentralisierung“ des Notdienstes zu verweigern, diese aber einem Filialverbund von bis zu vier Apotheken zu gestatten.

Auch im Notdienst muss eine Apotheke grundsätzlich in der Lage sein, Rezepturen herzustellen. Angesichts dessen, dass die im Verordnungsentwurf vorgesehene Liberalisierung der Anforderungen an die Prüf- und Herstellungsausrüstung von Filialapotheken, nicht an Entfernungen und Notdienstorganisation gebunden ist, wäre diese Herstellungsfähigkeit nicht mehr für jede notdienstleistende Apotheke gegeben.

Bei der partiellen Zentralisierung von Apothekenaufgaben dürfte aus Sicht der Versorgungssicherheit ausschließlich die Entfernung der Apotheken voneinander eine Rolle spielen, nicht aber die Besitzverhältnisse. Außerdem sollte solcherlei Zentralisierung allein auf freiwilliger Einigung von Apothekern einer Region basieren und nicht als Wettbewerbsinstrument eingesetzt werden.

Abgabe von Arzneimitteln an Kinder und Jugendliche

Arzneimittelabgabe und insbesondere der Freiverkauf an Kinder und Jugendliche ist bisher nicht konkret geregelt. Lediglich § 17 (8) der aktuellen ApBetrO gibt einen Hinweis zum Verhalten des pharmazeutischen Personals bei Verdacht auf Arzneimittelmissbrauch bei Kindern und Jugendlichen. Bei einer Bear-

beitung der Apothekenbetriebsordnung fordert der Verein hier deutlichere Regelungen für die allgemeine Arzneimittelabgabe an Kinder.

Hierbei verweist der VDPP auf das „Merkblatt für die Abgabe von Arzneimitteln an Kinder“ der ABDA vom 02.03.2011. Der Verein for-

dert, dass die Kriterien dieser Leitlinie in die Apothekenbetriebsordnung eingearbeitet und deren Einhaltung auf diese Weise verbindlich werden.

Soweit durch unsere Forderungen den Apotheken neue Verpflichtungen auferlegt werden, sind diese

bei der Honorierung entsprechend zu berücksichtigen.

Hamburg, den 15.11.2011

Bernd Rehberg
für den Vorstand des VDPP

Wie alles anfang, Teil 1

In dieser Reihe wollen wir die Geschichte und Vorgeschichte unseres Vereins dokumentieren.

Im Oktober 1981 fanden während des Gesundheitstages in Hamburg auch einige Veranstaltungen statt, die sich speziell an ApothekenmitarbeiterInnen richteten. Um die dabei geknüpften Kontakte zu vertiefen,

verschickte ein Kollege aus der Apotheke am Viktoriapark in Berlin dieses Rundschreiben, das uns Wolfgang Richter zur Verfügung stellte, an die TeilnehmerInnen dieser Veranstaltungen und weitere Interessierte.

Dieses Rundschreiben enthielt auch eine Adressenliste, die aus Gründen des Datenschutzes hier nicht abge-

druckt ist, von der aber einige noch heute im acht Jahre später gegründeten VDPP aktiv sind.

Wir würden uns darüber freuen, wenn die unter euch, die ähnlich lange dabei sind, uns vergleichbare Dokumente zugänglich machen könnten.

Die Red.

Zum Gesundheitstag 1981 in Hamburg – Veranstaltung zum Thema: „alternative Apotheke“

mit halbjähriger Verspätung wollen wir doch noch ein paar Sätze zu diesem fast vergessenen Thema verlieren; immerhin existierte letztes Jahr bereits ein Konzept für einen Bericht über diese Veranstaltung, allerdings war und bleibt dieses Stück Papier verschollen.

Deshalb wollen wir lieber auf Vorhandenes zurückgreifen und zwar hat der Fachverband Pharmazie einen Artikel in seinem „Praktikant“ veröffentlicht, den wir hier wiedergeben möchten:

„Haben alternative (oh je, d. Sätze) Apotheken eine Chance?“

Dies war eine von über 500 Veranstaltungen des Hamburger Gesundheitstages 1981. Zum Gesundheitstag selbst kamen über 10000 Leute, u. a. Ärzte, Studenten, Angestellte des Gesundheitswesens und Patienten um neue Ansätze zu einer Verbesserung des Gesundheitswesens und Wege zu einer vernünftigen Medizin zu finden. An drei aufeinanderfolgenden Tagen trafen sich ca. 50 Apotheker, PTAs, Pharmaziestudenten und -praktikanten, nicht nur zu ei-

nem Erfahrungsaustausch über die bereits bestehenden 4 „alternativen“ (ohjeohje!) Apotheken, sondern auch, um sich Gedanken zu machen, wie man (frau? d. D.) die selbst gestellten Ansprüche praktisch durchführen kann. Zunächst stellten sich die Apotheken vor: Rotlint-Apotheke Ffm, Apotheke am Viktoriapark Berlin, Apotheke im Gesundheitszentrum (GZ) Riedstadt, 2 der 3 Gesellschafter der Apotheke am GZ Berlin.

Die vielen Beiträge und Anregungen wurden in zwei Blöcken diskutiert:

1. wie eine solche Apotheke strukturiert ist!
2. was man anders machen kann.

Ad 1) Apotheke ohne Chef: die Apotheken wurden als OHG von jeweils 3 Gesellschaftern gegründet. Eine andere Möglichkeit ist es, formell einen Chef zu wählen und trotzdem alle Entscheidungen gleichzeitig (gemeint ist wohl: gemeinsam! d. S.) zu treffen. Zwei Apotheken haben nur Approbierte als Mitarbeiter. Dadurch entstehen keine Hierarchieprobleme. Jeder macht die gleiche Arbeit, ob im La-

ger oder bei der umfangreichen Beratung. Hier gibt es auch keine Probleme mit der Bezahlung (gleicher Lohn für gleiche Arbeit), aber wo bleiben da die Ausbildungsplätze

Ad 2) Patient, Apotheker, Arzt – ein kooperatives Dreieck!: in den Gesundheitszentren arbeiten Apotheker und Ärzte sehr eng zusammen. Es gibt telefonische Rücksprachen und einmal im Monat bereiten die Apotheker einen AM-Informationsabend für die Ärzte vor. Darüberhinaus wird durch Weitergabe von Zeitungen wie z. B. „AM-aktuell“ der DAZ an die Ärzte, die für kurze objektive Informationen dankbar sind, die Kommunikation verbessert. Den Patienten gegenüber wird nach dem Prinzip verfahren: ein guter Rat ist oftmals besser als ein Medikament aus der Heilmittelwerbung. Natürlich benötigt man (!) für all dies mehr Zeit und mehr Personal, das, was man (schon wieder! d. S.) in anderen Apotheken als eine personelle Überbesetzung bezeichnen würde. Sehr viel im und am Gesundheitswesen lässt sich auch durch veränderte Ausbildungsordnungen erreichen. Der Patient oder

Kunde soll durch eine objektive Beratung mit einbezogen werden. Man soll sich die Zeit nehmen, auf die Leute einzugehen, um einen mündigen Patienten zu erziehen (!! d.S.), der weiß, was er beim Arzt fragen kann und muß, der seinen Körper kennenlernt und einen Bezug zu seiner Krankheit bekommt, damit er aktiv am Heilprozess teilnimmt. Hierin kann er durch Selbsthilfegruppen unterstützt werden. Wir benötigen mehr Gesundheitserhaltung und nicht erst Krankheitsheilung, vielleicht kann die Apotheke eine zentrale Anlaufstelle für Gesundheitsfragen in den Stadtteilen werden, war die Konsequenz.“

Soviel aus der Sicht eines (!) „Nicht-Veranstalters“. Außerdem gibt es einen Artikel in der DAZ (Deutsche Apotheker Zeitung) Nr. 14, S. 789 (1982) über die Apotheke im GZ Riedstadt, der kritisch gelesen werden kann.

Schließlich haben wir noch die Adressenliste vervollständigt, allerdings machten wir darum bitten, diese Liste mit den angemessenen Vorbehalten zu benutzen: in dieser Liste sind zunächst alle Interessierten von der Veranstaltung in HH und von dem Treffen am Rande des Apothekertages 1981 in Berlin (hoffentlich richtig) aufgeführt, au-

ßerdem auch Leute (bzw. Apotheken), die uns irgendwie im Zusammenhang mit dem Gesundheitstag einmal geschrieben oder angerufen haben. Also sicher ein sehr heterogener Kreis von Pharmazie-Menschen.

Unser Ziel beim Gesundheitstag war es, einigen Kolleginnen und Kollegen die Arbeit der 4 „Veranstalter-Apotheken“ in ihrer Verschiedenheit vorstellen, Anregungen zu geben und vor allem auch zu erhalten, andere zu motivieren ihre Vorstellungen von „ANDEREN ARBEITEN“ in die Tat umzusetzen. Das Interesse war überraschend groß, wie auch das „Nachfolgetreffen“ in Berlin zeigte.

Es ist uns nicht erst seit dem Gesundheitstag bekannt, daß es schon seit langem eine Reihe von Apotheken gibt, die inhaltlich ähnlich arbeiten wie die genannten 4 Apotheken; daß es dabei noch wichtige Unterschiede gibt, besonders das Selbstverständnis als Kollektiv, Gehaltsanspruch etc. hat sich in Hamburg deutlich gezeigt.

Die beiden Treffen in HH und Bärnin haben auch gezeigt, daß sich ein „alternatives“ (huii) Konzept nicht oder nur sehr schlecht schriftlich (oder auch in einem

Rundfunkinterview etc.) vermitteln läßt. Es gibt da keine Patentrezepte und auch keine allgemein formulierbaren Tips, Listen, Informationsmaterial, Hochglanzbroschüren usw. zum Verschicken. Womit wir in der Apotheke am Viktoriapark arbeiten ist vor allem allgemein zugängliches Material (Bücher, Zeitschriften), aber auch in Kleinarbeit selbst zusammengestellte Sammlungen, die auf Grund der Sammel-„Charakteristika“ nicht ohne weiteres zu benutzen oder zu vervielfältigen ist. Deshalb können wir so pauschal kein Material verschicken, auch weil es zu teuer ist, und eben nicht in der kompakten Form existiert, wie es dazu sein müßte, sondern erst im Einzelfall für die Beratung zusammengesucht werden muß.

Da hilft also nur: Augen aufmachen und gezielt auswählen und dann eben alle Informationen speichern, wenn sie es wert sind. Wenn allerdings jemand eine ganz spezielle Frage hat, dann können wir vielleicht weiterhelfen, besser wäre, sich mit anderen Gleichsinnigen zusammensetzen; vielleicht kann dabei die Adressenliste etwas behilflich sein. Ebenso für einen „Personal-Austausch“ zwischen zwei Apotheken um sich gegenseitig kennenzulernen.

TERMINE

Regionalgruppe Berlin

Das nächste Treffen der Regionalgruppe Berlin findet am Montag, dem 18. Januar 2012 um 19.30 Uhr im Café Bilderbuch, Akazienstraße 28, 10823 Berlin, statt. Die Tagungsorte sind ansonsten 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: 11. und 25. Januar, 8. und 22. Februar 2012.

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-MV 2012

Die Mitgliederversammlung 2012 wird am 16. und 17. Juni 2012 in Kassel stattfinden. Eine gesonderte Einladung wird rechtzeitig erfolgen,

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

DOKUMENTATION

Presseerklärung des vdää zum Versorgungsstrukturgesetz

Stückwerk

Als Stückwerk, das zudem noch die Systematik des bewährten Krankenversicherungssystems zu untergraben droht, bezeichnete Prof. Wulf Dietrich, der Vorsitzende des Vereins demokratischer Ärztinnen und Ärzte, das heute im Bundestag verabschiedete Versorgungsstrukturgesetz.

Hauptziel dieses Gesetzes soll eine deutliche Verbesserung der ärztlichen Versorgung insbesondere im ländlichen Bereich sein. Das neue Gesetz setzt hauptsächlich finanzielle Anreize, aber eine Verbesserung kann nicht mit noch mehr Geld erreicht werden. Ärztinnen und Ärzte, die in unterversorgten Regionen arbeiten, sollen von der Budgetbegrenzung ausgenommen werden. Aber die dort tätigen Kolleginnen und Kollegen sind schon jetzt überlastet und können nicht noch mehr arbeiten, um ihre Budgetgrenzen zu überschreiten. Dies wird zu mehr Unzufriedenheit oder einer schlechten Medizin führen. Unklar bleibt auch, wer letztlich die Kosten dieser Budgetausweitung tragen soll.

Dagegen wird eine Änderung der Bedarfplanung in überversorgten Gebieten im Gesetzentwurf nur vage angegangen. Es wird weiterhin attraktiv bleiben, sich in den Ballungsgebieten niederzulassen. Zu begrüßen ist aus Sicht des vdää, dass die KVen und Krankenkassen die Möglichkeit erhalten, Strukturfonds ein-

verein demokratischer Ärztinnen und Ärzte



zurichten, aus denen sie „flexibel und ungebunden“ Niederlassungen fördern können. Fraglich ist nur, ob die geplanten Mittel von 25 Millionen Euro im Jahr hierfür ausreichen werden.

Das Gesetz führt außerdem einen neuen Versorgungszweig als dritte Säule der medizinischen Versorgung neben dem ambulanten und stationären Bereich ein, die „ambulante spezialfachärztliche Versorgung“. Da der Katalog der für diese Versorgung in Frage kommenden Erkrankungen noch nicht endgültig definiert ist, bleibt hier noch Vieles im Unklaren. Die im Gesetz definierten Bereiche „schwer therapierbare Krebserkrankungen, Herzinsuffizienz oder HIV/Aids“ können schon bisher ausreichend ambulant oder stationär behandelt werden. Ziffern für die Abrechnung sind schon lange vorhanden. Es gab und gibt hier aber Schnittstellen- und Kommunikationsprobleme, die mit dem neuen Gesetz sogar noch verschärft werden können, da die Konkurrenz zwischen ambulant und

stationär noch angeheizt wird. Bedenklicher bei dieser Versorgungsform aber ist die gänzlich fehlende Bedarfsplanung. „Jeder darf, der kann“, wird zu unkontrollierbaren Mengenausweitungen führen.

Statt mehr Konkurrenz ist eine bessere Versorgungsplanung nötig, damit nur noch dort, wo wirklich ein Bedarf ist, investiert werden wird. „Nur der medizinische Behandlungsbedarf der PatientInnen darf entscheidend sein“, betonte Dietrich. In dem jetzt verabschiedeten Gesetz sei sehr bedenklich, dass in der spezialfachärztlichen Versorgung direkt mit den Krankenkassen abgerechnet werden wird. Fraglich ist, wie so noch eine Qualitätssicherung möglich sein soll.

Das Versorgungsstrukturgesetz spricht viele Probleme im Gesundheitswesen an, ohne jedoch zukunftsfähige Lösungen zu entwickeln. Vieles bleibt Stückwerk, vieles muss noch in kommenden Verhandlungen zwischen den Akteuren des Gesundheitswesens geklärt werden. Das Fazit ist: Viele Probleme bleiben ungelöst.

Maintal, 1. Dezember 2011

Prof. Dr. Wulf Dietrich

Vorsitzender des Vereins Demokratischer Ärztinnen und Ärzte

Presseerklärung des vdää zur Praxisgebühr

Die Praxisgebühr muss weg

Kurz vor Jahresende wird in der Koalition laut über eine Änderung der Praxisgebühr nachgedacht. Die von der rot-grünen Regierung 2004 eingeführte Praxisgebühr von 10 Euro

pro Arztbesuch im Quartal hat nie die gewünschte Steuerungsfunktion für Arztkontakte erfüllt – im Gegenteil: Nachweislich wurde von dieser Zuzahlung gerade ärmere Menschen

vom Arztbesuch abgehalten. Mit 2,5 Mrd. Euro stellt sie aber eine Zusatzeinnahme der Krankenkasse dar, die allein von den Kranken und nicht von den Versicherten getragen wird.

Jetzt wird diskutiert, eine Gebühr von 5 Euro pro Praxisbesuch zu erheben. Dadurch werden Patientinnen, die chronisch krank sind und deshalb häufiger den Arzt aufsuchen müssen, noch mehr belastet. Finanziell schlechter Gestellte werden vom Arztbesuch abgehalten, während die besser Verdienenden sich auch weiterhin den Arztbesuch „leisten“ können. Nebenbei wird der bürokratische Aufwand in der Arztpraxis noch höher als er jetzt schon ist.

In Deutschland gibt es nicht nur besonders viele Arztkontakte, diese sind jeweils auch extrem kurz.

Eine Steuerung der Häufigkeit von Arztkontakten ist nicht über eine finanzielle Belastung der Patientinnen zu erreichen, da sie vorrangig systeminduziert ist. Soll die Häufigkeit von Arztkontakten reduziert werden, so müsste z. B. die Quartalsbudgetierung im Gesundheitswesen aufgehoben werden, da sie zur routinemäßigen Wiedereinbestellung von Patienten führt, die nicht medizinisch sondern rein finanziell motiviert sein kann. An solchen systemischen Punkten müsste angesetzt werden, wenn das Ziel wirklich eine Reduzierung überflüssiger Arztkontakte ist.

Der Verein demokratischer Ärztinnen und Ärzte tritt für eine solidarische Finanzierung des Gesundheitswesens ein, bei der kranke nicht stärker als gesunde Versicherte belastet werden dürfen.

Wir fordern deshalb erneut die Abschaffung jeglicher Praxisgebühr.

Maintal, 14. Dezember 2011

Prof. Dr. Wulf Dietrich

Vorsitzender des Vereins Demokratischer Ärztinnen und Ärzte

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

„Unsere Universitäten – Unsere Forschungsergebnisse – Unsere Verantwortung“

Medizinstudierende rufen „Aktionsmonat Medikamentenzugang“ aus

Öffentlich finanzierte Medikamente müssen allen Menschen zugänglich sein - so lautet die zentrale Forderung einer bundesweit angelegten Kampagne von Medizinstudierenden. Die drei studentischen Organisationen bvmd (Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e.V.), IPPNW-Studierende (Internationale Ärzte für die Verhütung des Atomkrieges / Ärzte in sozialer Verantwortung e.V.) und UAEM (Universities Allied for Essential Medicines, Germany) haben den November 2011 in einer gemeinsamen Initiative zum „Aktionsmonat Medikamentenzugang“ ausgerufen.

Die Kampagne soll das Thema des globalen Zugangs zu Ergebnissen medizinischer Innovationsforschung auch in Deutschland auf die Tagesordnung setzen. Außerdem fordern die Studierenden, dass die Forschung zu sogenannten „vernachlässigten Krankheiten“ an deutschen Forschungsinstituten einen höheren Stellenwert erhält.



Ungefähr 150 Studierende in über 15 Lokalgruppen der drei Organisationen wollen ihrem Anliegen durch Vortragsveranstaltungen, hochschulpolitische Aktionen und Hintergrundgespräche an ihren jeweiligen Universitäten Nachdruck verleihen.

Damit die Innovationen ihrer Universitäten auch in Entwicklungs- und Schwellenländern zugänglich werden, setzen sich die Studierenden besonders für einen sozialver-

träglichen Technologietransfer, z. B. für sogenannte „gerechte Lizenzen“ ein. Dazu das gemeinsame Organisationsteam: „Öffentliche Forschungseinrichtungen müssen ihrer sozialen Verantwortung stärker gerecht werden. Sie müssen Leitlinien einführen, die einen weltweiten Zugang zu ihren Forschungsergebnissen sicherstellen.“

Für ausführliche Informationen zum „Aktionsmonat Medikamentenzugang“ sowie zu einzelnen Veranstaltungsterminen kontaktieren Sie gerne Timothy Moore-Schmeil (Studierendensprecher IPPNW Deutschland) unter der Telefonnummer 0177 345 49 50 oder unter moore-schmeil@ippnw.de. Nähere Informationen außerdem unter www.medikamentenzugang.de

24.10.2011

IPPNW- Geschäftsstelle
Körttestrasse 10, 10967 Berlin
Telefon: 030/698 074 - 0
Fax: 030/693 81 66
E-Mail: kontakt@ippnw.de
www.ippnw.de

Revised proposal for a Directive on "information" to patients: some improvements, but risks of DTCA (direct-to-consumer advertising) remain

Brussels, 1 December 2011
Joint press release

On October 11 the European Commission published its revised Directive proposal on "information" to patients about prescription-only medicines. The revised proposal is a response to the opposition to previous drafts by the end of 2010, considered by the European Parliament and the Council of Ministers of Health to be inadequate, as they did not uphold patients' safety and public health.

An open door to disguised advertising of prescription medicines

Despite improvements, **the revised proposal leaves an open door to advertising**, since the industry would still be allowed to communicate to the general public on numerous potentially promotional information about their products (for example information about preclinical and clinical testing, pricing, packaging changes, answers to "frequently asked questions", etc.). Online videos on websites run by companies would be allowed, and disease awareness campaigns could be used to promote therapeutic classes ("provided that there is no reference (...) to individual medicinal products").

In addition, **the role given to health professionals is unacceptable**, with doctors and pharmacists being considered as mere facilitators, redistributing materials prepared by manufacturers to their patients. **Health professionals should not be used to endorse and heighten the credibility of promotional and marketing activities targeted to patients.**

No added value but a real danger to public health and health financing systems

The *Medicines in Europe Forum*, the *International Society of Drug Bulletins* (ISDB) and *Health Action International* (HAI) Europe **oppose any weakening of the current regulations on advertising of prescription-only medicines in Europe.**

They consider that the revised Directive proposal:

- **still does not respond to patients' needs for reliable, independent and comparative information**, to help them to make informed choices. The priority should be to improve the transparency of Drug Regulatory Agencies;

- **maintains a confusion of roles**, while the pharmaceutical industry should rather refocus on its public health role, that of seeking new treatments for unmet medical needs. The Directive proposal would further exacerbate the disproportionate allocation of the industry's resources: research and development activities (representing 17% of sales) versus promotional activities (23% of sales), as highlighted by the European Commission itself in January 2009 in its report on the Pharmaceutical Sector Enquiry;

- **can worsen public health** (increased medicines consumption and irrational use resulting in more adverse reactions and drug interactions) **and lead to an unjustified increase in pharmaceutical expenditure impacting negatively on health care systems.** The disproportionate costs inherent in the pre-approval process of pharmaceutical companies' communications – deemed necessary due to their promotional nature – will be borne by Regulatory Agencies, to the detriment of their other real public health responsibilities.

The revised proposal for a Directive on "information" to patients threatens the sustainability of health financing systems, and does not serve the interests of citizens. **The Medicines in Europe Forum, the ISDB and HAI Europe therefore call on all European Union's Health Ministers to continue to refuse to study this legislative proposal.** The pharmacovigilance measures contained in the redrafted proposal should be discussed and adopted separately.

Medicines in Europe Forum (MiEF)

International Society of Drug Bulletins (ISDB)

Health Action International (HAI) Europe

More information:

More detailed joint analysis of the revised proposals freely available: http://english.prescrire.org/Docu/DOCSEUROPERevisedInfoProposals_Analysis_2011oct_FINAL.pdf (5 pages)

Contacts:

pierrechirac@aol.com (MiEF);

press@isdbweb.org (ISDB);

teresa@haiweb.org & rose@haieurope.org (HAI Europe)

ISDB. International Society of Drug Bulletins (ISDB), founded in 1986, is a world wide Network of bulletins and journals on drugs and therapeutics that are financially and intellectually independent of pharmaceutical industry. Currently, ISDB has 79 members in 40 countries around the world. More info: www.isdbweb.org. Contact: press@isdbweb.org.

MiEF. Medicines in Europe Forum (MiEF), launched in March 2002, covers 12 European Member States. It includes more than 70 member organizations representing the four key players on the health field, i.e. patients groups, family and consumer bodies, social security systems, and health professionals. Such a grouping is unique in

the history of the EU, and it certainly reflects the important stakes and expectations regarding European medicines policy. Admittedly, medicines are no simple consumer goods, and the Union represents an opportunity for European citizens when it comes to guarantees of efficacy, safety and pricing. Contact: pierrechirac@aol.com.

HAI Europe. Health Action International (HAI) Europe is an independent European network of health, consumer and development organisations working to increase access to essential medicines and improve rational use. More info: www.haiweb.org. Contacts: teresa@haiweb.org & rose@haieurope.org.



**Der nächste VDPP-Rundbrief
erscheint im März 2012.**

**Redaktionsschluss ist
am 29. Februar 2011.**

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**