



Pharmazie in sozialer Verantwortung



„Mit Hypothesen ist noch nie jemand gut behandelt worden.“

Warum ist es gerade in der Selbstmedikation für Apotheker so schwer, Patienten evidenzbasiert zu beraten? Und wie kann man dies in Zukunft ändern? Darüber diskutieren Referenten und Teilnehmer auf dem VdPP-Seminar *Evidenzbasierte Pharmazie—wie viel Wissenschaft braucht die Selbstmedikation?*

Der Verein demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten (VdPP) setzt sich seit seiner Gründung für eine patientenorientierte Arzneimittelversorgung ein. Um diese zu gewährleisten, sollten Apotheker in der Lage sein Medikamente zu empfehlen, die der individuellen Genesung des Patienten nach wissenschaftlichen Erkenntnissen am besten nützen. Vor allem in der Selbstmedikation aber stehen Apotheker vor großen Problemen, die am besten geeigneten Produkte zu identifizieren und wissenschaftlich fundiert zu beraten. Die vielseitigen Gründe hierfür waren zentrales Thema des VdPP-Seminars *Evidenzba-*

Schadensbegrenzung statt evidenzbasierter Beratung?

sierte Pharmazie. Nach den Vorträgen von Hannelore Eitel-Hirschfeld und Wolfgang Becker-Brüser wurden außerdem dringend notwendige Lösungsansätze für die bestehenden Probleme diskutiert, zusammen mit den interdisziplinären Teilnehmern wie Pharmazeuten, Medizinern, Patientenvertretern und Gesundheitswissenschaftlern.

Hannelore Eitel-Hirschfeld, selbst Offizinapothekerin, begann ihren Vortrag mit der Feststellung, dass die Hauptfrage in der Selbstmedikationsberatung im besten Fall sei: Wie richte ich am wenigsten Schaden an? Bei der Abklärung von Kontraindikatio-

Inhalt dieser Ausgabe

Evidenzbasierte Pharmazie	1
Europäisches Manifest	4
Griechenland	6
Sozialpharmazie	9

Grußwort des Vorstands

Berlin ist eine Reise wert – wenn man zum Abendseminar des VdPP über evidenzbasierte Pharmazie fahren darf. Ich war dabei und lernte, was Schadensbegrenzung in der Selbstmedikation beinhaltet. Aber lest selbst!

Unser neues Logo – ist es nicht toll geworden? Es hat viele und auch emotionsgeladene Diskussionen gegeben, bevor die tollen Basisvorschläge von Helmut Golinger in unserem Sinne umgesetzt werden konnten. Viele Mitglieder haben sich beteiligt und ihnen möchte ich hiermit danken, besonders, weil viele interessante Vorschläge nicht umgesetzt werden konnten.

Das jedenfalls ist meine Meinung

Euer Bernd Rehberg



nen und möglichen Wechselwirkungen trete die Frage der Wirksamkeit oft in den Hintergrund. Diese Vorgehensweise liege vor allem auch am Fehlen von Leitlinien für Krankheitsbilder, die häufig durch Selbstmedikation behandelt werden. Die Arbeitshilfen der BAK geben keine konkreten Empfehlungen, welche Wirkstoffe und Dosierungen bei bestimmten Indikationen laut vorhandener Evidenz am sinnvollsten sind.

Die Referentin wies auf die Gefahr hin, dass Pharmazeuten und Mediziner bei dieser schlechten Evidenzlage meist verstärkt auf ihre Erfahrung setzten und sich somit kognitive Verzerrungen verfestigen, so werden vor allem Informationen anerkannt, die eigene Erwartungen bestätigen.

Selbst wenn dann zu einem späteren Zeitpunkt neue Evidenz beweise, dass ein Arzneimittel entgegen früherer Annahmen nicht hilft oder sogar schadet, sei es für viele Kollegen schwer, diese Erkenntnisse anzuneh-



Hannelore Eitel-Hirschfeld

ist Offizinapothekerin, ehrenamtliche Pharmazierätin und Vorstandsmitglied der Apothekerkammer Berlin

men und umzusetzen. So sei es jahrelang „State of the Art“ gewesen, Säuglingen gegen Schnupfen Majoran-Butter in die Nasenflügel zu schmieren – bis zum Nachweis kanzerogener Inhaltsstoffe.

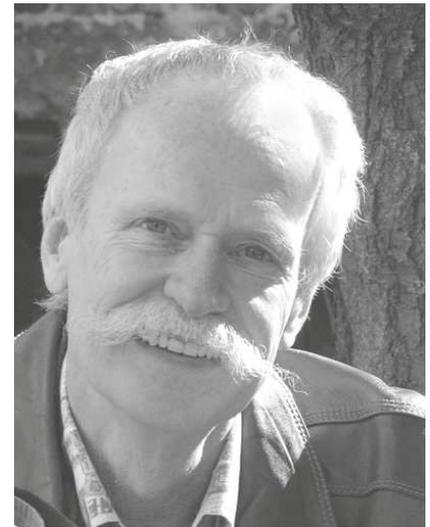
„Die stören, die wissenschaftlichen Beweise!“

Doch trotz der später klaren Beweislage: aufgrund der persönlichen Überzeugung, dass ein bestimmtes Produkt vielen Patienten geholfen habe, und wegen des fehlenden Bewusstseins für die Bedeutung evidenzbasierter Pharmazie geschehe eine Umstellung in der Praxis häufig sehr langsam. Eine Seminarteilnehmerin äußerte, dass Evidenz nicht nur wenig beachtet, sondern von vielen sogar negativ gesehen werde. Manche Kollegen schienen vielmehr zu denken: „Die stören, die wissenschaftlichen Beweise!“ Wolfgang Becker-Brüser berichtete in diesem Zusammenhang von Apotheker-Kollegen, die nach einiger Zeit die Beschäftigung mit evidenzbasierter Pharmazie wieder aufgaben, da sie nicht ertragen konnten zu wissen, was sie da alles abgeben.

Angesichts der schwer zu bewertenden Datenlage plädierte Frau Eitel-

Hirschfeld für die Entwicklung einer ABDA-Datenbank, die objektive, wissenschaftliche Erkenntnisse zu Arzneimitteln in der Selbstmedikation beinhaltet. Diese Informationen könne sich nicht jeder Offizinapotheker im Apothekenalltag selbst zusammensuchen. Es sei Aufgabe der Landespolitik, vorhandene Evidenz zugänglich zu machen. Im besten Falle sollte eine solche Datenbank durch eine geeignete Software mit dem Kassenterminal verbunden sein und so ein Einfließen von aktueller Evidenz in die Beratung ermöglichen. Auf diese Weise wäre bei neuen Erkenntnissen eine

Es kann sich nicht jeder Apotheker die Evidenz selbst zusammensuchen



Wolfgang Becker-Brüser

*ist Arzt und Apotheker. Er ist Herausgeber und Chefredakteur des unabhängigen Informationsdienstes *arznei-telegramm* sowie Mitbegründer der Verbraucherzeitschrift *„Gute Pillen – Schlechte Pillen“**

klare Rote Karte für nicht sinnvolle oder sogar schädliche Produkte möglich. Weiche Faktoren, wie etwa Geschmack, die trotz guter Evidenzlage häufig zu einer Nicht-Empfehlung führten, würden bei einer stärkeren

Bedeutung und besserer Sichtbarkeit von Evidenz in den Hintergrund treten. Frau Eitel-Hirschfeld forderte außerdem eine stärkere Berücksichtigung von evidenzbasierter Pharmazie bei Fortbildungen für Apotheker: „Der 15. Vortrag über Wechselwirkungen bringt uns nicht weiter.“

Mangelhafte Studienlage

Warum aber fehlen Leitlinien im Bereich der Selbstmedikation? Der zweite Referent, Wolfgang Becker-Brüser, zeigte in seinem Vortrag, dass hierfür vor allem die mangelhafte Qualität und Quantität von Wirksamkeitsnachweisen verantwortlich sind. Herr Becker-Brüser ging einige der in

Deutschland meistverkauften Arzneimittel durch – und resümierte, dass die Beweislage für viele dieser Produkte äußerst dürftig sei, die Verkaufszahlen im zweistelligen Millionenbereich aus wissenschaftlicher Sicht also in keiner Weise gerechtfertigt seien. Bei einigen sei die Wirksamkeit nicht nachgewiesen, andere Produkte seien überdosiert und somit ebenfalls nicht im Sinne einer patientenorientierten Arzneimittelversorgung.

Auch die Schaufenster von Apotheken zeigten überwiegend Produkte, die aus wissenschaftlicher Sicht kaum Berechtigung hätten und das geringe Bewusstsein von Offizinapothekern für evidenzbasierte Pharmazie reflektierten.

Allerdings betonte Becker-Brüser, dass die Situation für Apotheker denkbar schlecht sei: Sie müssten wählen zwischen „suboptimalen Produkten ohne gute Kriterien“. Gleichzeitig räumte er ein, dass man mit der Empfehlung, bei Erkältung eine heiße Zitrone zu trinken statt Arzneimittel zu kaufen, keine Apotheke führen könne. Dies wurde im Publikum aufgegriffen und als ewiges Dilemma des Apothekers zwischen „Ethik und Monetik“ bestätigt.

Ein Grund für den reißenden Absatz von Produkten mit fragwürdiger Wirksamkeit sei neben starker Werbung durch die pharmazeutische Industrie auch deren verbreitete Strategie, die positive Evidenz ihrer Studien aufzuwerten – bei gleichzeitigem Herunterspielen negativer Ergebnisse. Auch die Praxis, Zitate aus der Grundlagenforschung als Evidenz zu verkaufen, sei weitverbreitet und eine klare Irreführung von Verbrauchern. Daher warnte Becker-Brüser auch vehement davor, lediglich die Abstracts, also Zusammenfassungen, von wissen-

schaftlichen Publikationen zu lesen. Diese enthielten sehr häufig andere Informationen als das eigentliche Paper. Da es in Deutschland keine verpflichtende Registrierung von klinischen Studien gibt, würden häufig nur positive Ergebnisse veröffentlicht, über abgebrochene Studien öffentlich aber nicht berichtet.

Im Publikum kam die Frage auf, warum Medikamente mit fraglicher Wirksamkeit überhaupt zugelassen würden. Dies sei fatal, da Arzneimittel allein durch den Verkauf in Apotheken – sowohl aus Apotheker- als auch Patientensicht – eine gewisse Grundberechtigung zugeschrieben bekämen. „Welcher Apotheker sagt

schon: *„Das verkaufe ich ihnen aus Prinzip nicht!“* – wenn es auf dem Markt ist“, so eine Publikumsmeldung. Becker-Brüser erläuterte, dass die Behörden nicht den Goldstandard für Studien einforderten (randomisiert und verblindet), sondern es Tradition sei, auch erzählerische Studien als ausreichend zu bewerten. Der Nutzen für den Patienten werde dabei nicht zwangsläufig überprüft, wenn z. B. nur Surrogatparameter in einer Studie untersucht wurden. „Aber mit Hypothesen allein“, so Becker-Brüser, „ist noch nie jemand gut behandelt worden“. Die Tatsache, dass das BfArM seine Entscheidungen zu Arzneimittelzulassungen nicht begründen muss, sei nicht im Sinne einer evidenzbasierten Pharmazie.

„Mit Hypothesen ist noch nie jemand gut behandelt worden.“

Aufgrund dieser Rahmenbedingungen, welche die schlechte Evidenzlage überhaupt ermögliche, kämen Apotheker tagtäglich ins Schwimmen,

betonte Frau Eitel-Hirschfeld. Apotheker, die Studien selbst nicht beurteilen könnten, müssten einige Monate warten, bis sie zumindest über Patientenrückmeldungen erfahren, ob z.

B. das neue Nagelpilzmittel wirklich wirksam ist. Welche Vorteile bzw. Nachteile es gegenüber ähnlichen Produkten hat, ist dann allerdings immer noch nicht klar – und die kognitive Verzerrung kommt erneut zum Tragen.

Die evidenzbasierte Medizin und Pharmazie sei ein Handwerk, so Becker-Brüser, das Instrumente biete, um Studien zu bewerten. Auch wenn die Beweislage in der Selbstmedikation dürftig sei, gebe es für Apotheker Möglichkeiten, sich unabhängig zu informieren. Neben den Publikationen, die er selbst herausgibt, stellte er eine Reihe anderer Informationsquellen vor (s. Kasten).

Doch nicht nur die Studienlage und die Einstellung der Apotheker seien ausschlaggebend, um Beratung in der

Im Zweifel für den Hersteller – nicht für den Patienten?

Informationen zu evidenzbasierter Pharmazie und Medizin

www.ema.europa.eu

www.akdae.de

www.adrreports.eu/DE

www.arztbibliothek.de

www.ebm.netzwerk.de

www.medien-doktor.de

www.cochrane.org

www.sign.ac.uk

www.awmf.org

www.isdweb.org

www.gutepillen-schlechtepillen.de

www.bukopharma.de

www.arznei-telegramm.de

www.der-arzneimittelbrief.de

Apotheke stärker an Evidenz zu orientieren und häufiger auch einmal abzurufen. Ein Teilnehmer gab zu bedenken: „Wenn ich immer nur sage: *Tee, Schal & Salbeibonbon reichen völlig!* – würde das die Gesellschaft nicht auch schwer treffen, weil dann alle Patienten mit einem Schnupfen zum Arzt gehen, statt in die Apotheke?“ Becker-Brüser entgegnete darauf, dass Apotheker umdenken müssten. Auch bei Ärzten hätte die Erkenntnis sehr lange gedauert: der Patient sollte

Auch der Patient muss lernen, dass er ohne ein Rezept oder Arzneimittel gut behandelt sein kann

lernen, dass er auch ohne Rezept behandelt wird. Dies sei für Apotheker zwar ein finanzielles Risiko, langfristig aber eine Chance. Man müsse die Patienten über die nicht vorhandene Evidenz aufklären und bei jeder Beratung eine Abwägung von Nutzen und Schaden anbringen.

Florian Schulze, der als Moderator durch die Diskussion führte, schloss mit der Einsicht: „Momentan müssten wir sehr häufig sagen: *„Sie können dieses Produkt gerne haben – es ist aber unwahrscheinlich, dass es Ihnen hilft.“*“

Wir hoffen, dass sich das bald ändert.

Anne Paschke



Europäisches Manifest gegen die Kommerzialisierung des Gesundheitswesens

Health professionals erheben ihre Stimme

Die Organisation des Gesundheitswesens ist eine öffentliche Aufgabe. Als Gesundheitsprofessionelle sind wir damit betraut, die Krankheiten unserer PatientInnen zu diagnostizieren, zu behandeln und nach Möglichkeit zu verhüten. Wir sollten diese Aufgabe ohne Ansehen der Person wahrnehmen. Eine Unterordnung unter vorwiegend ökonomischen Kriterien hindert uns diese Aufgaben zu erfüllen: Weder wollen wir PatientInnen medizinisch notwendige Leistungen vorenthalten, noch wollen wir Leistungen erbringen, die medizinisch überflüssig, aber für den Leistungserbringer lukrativ sind.

Diese Bedingungen für eine gute Medizin herzustellen, ist in allen europäischen Ländern möglich. Ist doch die EU eine der reichsten Regionen der Erde. Aktuell erleben wir europaweit eine Entwicklung, die diesem Anliegen entgegenläuft.

Krankheit ist keine Ware

Ob wir ein staatliches Gesundheitswesen haben oder eines, das über Sozialversicherungen organisiert wird, wir sehen überall eine zunehmende Privatisierung und Kommerzialisierung des Gesundheitswesens bzw. der Medizin. Das Gesundheitswesen wird zum Markt, Gesundheit und Krankheit werden zu Waren. Ein wichtiges Moment dieser Ökonomisierung/Kommerzialisierung ist die Privatisierung.

Privatisierung bedeutet:

- ehemals staatliche oder gemein-

nützige Krankenhäuser werden privatisiert;

- große Klinikkonzerne, als Aktiengesellschaften organisiert, übernehmen zunehmend die stationäre Versorgung und dringen in den „Markt“ der ambulanten Versorgung ein;
- in ehemals staatlichen Gesundheitswesen können private Anbieter Leistungen anbieten;
- Gewinne aus Gesundheitsleistungen fließen an private Kapitalgeber und werden damit dem Gesundheitswesen entzogen und versteuern es so für die Gesellschaft;
- medizinisch notwendige Leistungen werden aus dem Leistungskatalog des staatlichen Gesundheitswesens bzw. der Sozialversicherungen ausgegliedert und müssen privat bezahlt werden;
- hochtechnisierte Leistungen, die gut honoriert werden, kommen zunehmend zur Anwendung.

Privatisierung führt zu gesellschaftlicher Entsolidarisierung und Abwälzung des Krankheitsrisikos auf die Individuen und sie beschränkt demokratische Einflussmöglichkeiten. Der Druck von Gesundheitskonzernen, Profite machen zu müssen, ordnet medizinische Prioritäten zwangsläufig ökonomischen bzw. betriebswirtschaftlichen unter und untergräbt das Arzt-Patient-Verhältnis.

Um diese Prinzipien systematisch im Gesundheitswesen zu verankern, werden Mechanismen kapitalistischer Konkurrenz unter der beschönigenden Bezeichnung „Wettbewerb“ imple-

mentiert: So konkurrieren private Anbieter mit öffentlichen und gemeinnützigen. Krankenhäuser konkurrieren untereinander um Patienten. Nicht das medizinisch beste Krankenhaus ist der „Sieger“ in diesem Wettbewerb, sondern das betriebswirtschaftlich am erfolgreichsten arbeitende. Auch bei gesetzlichen, sozialen Krankenversicherungen ist das Konkurrenzprinzip eingeführt.

Begründet wird diese Kommerzialisierung überall mit den gleichen ideologischen Formeln: Es gebe eine Kostenexplosion durch den sogenannten medizinischen Fortschritt, die Überalterung der Bevölkerung aber auch durch die gestiegene Anspruchshaltung der Bevölkerung. Angesichts knapper Ressourcen der öffentlichen Hand seien Einsparungen notwendig und diese am besten durch mehr Wettbewerb und Privatisierung zu erreichen.

Tatsache aber ist: Je mehr privatisiert wird, umso mehr hängen Zugang und gute Versorgung der Bevölkerung vom eigenen Einkommen ab. Je mehr privatisiert wird, umso teurer wird ein Gesundheitswesen – ohne dass die Lebenserwartung und der Gesundheitszustand der Bevölkerung besser ist als anderswo (siehe USA). Und: Je mehr privatisiert wird, umso bürokratischer wird ein System, denn nur was dokumentiert wird, wird im Wettbewerb auch bezahlt.

Das ist nicht unsere Vorstellung von einer humanen Gesellschaft. Die Humanität einer Gesellschaft zeigt sich an der Solidarität mit ihren schwächsten Mitgliedern.

Die Kommerzialisierung hat unakzeptable Konsequenzen für PatientInnen und Beschäftigte im Gesundheitswesen. Sie führt zu Über-, Unter- und Fehlversorgung und damit zu vermeidba-

rem Leiden. In Ländern, in denen die Ökonomisierung schon weit fortgeschritten ist, führt sie dazu, dass häufig nicht medizinisch indizierte Leistungen erbracht werden, da aus betriebswirtschaftlichen Gründen neue „Geschäftsfelder“ erschlossen werden müssen. Das geht so weit, dass Krankheiten für diesen Zweck regelrecht erfunden werden. Gleichzeitig wird zur Realisierung von Profiten immer mehr Personal

abgebaut. Dies führt bei einer extremen Arbeitsverdichtung für die Beschäftigten zu einer schlechteren Versorgung für die PatientInnen. Die Ökonomisierung selektiert Patienten in lukrative und weniger lukrative PatientInnen, die unterschiedlich behandelt werden. Dies widerspricht den Grundsätzen der Humanität und unserem Berufsethos.

Als Gesundheitsprofessionelle sprechen wir uns aus gegen die Ökonomisierung und die Privatisierung des Gesundheitswesens aus.

Stattdessen fordern wir:

- einen gleichen Zugang zu medizinischer Versorgung für Alle qualitativ hochwertige Versorgung für Alle – ohne Ansehen der Person
- eine solidarische und gerechte Finanzierung des Gesundheitswesens
- ausreichendes, gut ausgebildetes und ordentlich bezahltes Personal im Gesundheitswesen (mit gesetzlicher Regelung eines verbindlichen Personalschlüssels)

Wir fordern die Bevölkerung, Patientinnen und Patienten auf, sich mit uns für diese Ziele einzusetzen. Wir fordern die verantwortlichen Politikerinnen und Politiker auf, den Zug der Ökonomisierung und Kommerzialisierung des Gesundheitswesens zu stoppen und zur Umkehr zu zwingen!

Unterzeichner (13. 10. 2012) :

Aktion Gsundi Gesundheitspolitik (Schweiz);

Asociación Española de Neuropsiquiatría – Profesionales de Salud Mental (Spanien);

Basisgruppe Medizin Göttingen (Deutschland);

Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DGVT) e. V. (Deutschland);

Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Publica (Spanien);

International Association of Health policy in Europe;

Medical Practitioners' Union – Unite (Großbritannien);

MEZIS (Mein Essen zahl ich selbst) – Initiative unbestechlicher Ärztinnen und Ärzte (Deutschland);

National Health Service Consultants' Association (Großbritannien);

Notruf113 Marburg (Deutschland);

Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych – OZZ PiP (Polen);

Socialist Health Association (Großbritannien);

Socialistiska Läkare (Schweden);

Solidarisch G'sund. Initiative für ein öffentliches Gesundheitswesen (Österreich);

Sozialmedizinisches Zentrum Graz (Österreich);

Thure von Uexküll-Akademie für Integrierte Medizin, Stuttgart;

Verein demokratischer Ärztinnen und Ärzte (Deutschland);

Verein demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten (Deutschland);

Vereinigung unabhängiger Ärztinnen und Ärzte (Schweiz)

Griechenland ist mehr als ein Krisenland

Seit über einem Jahr gibt es viele negative Schlagzeilen. Doch steht es um die Gesundheitsversorgung im Land wirklich so schlecht? Und wie könnte es vorwärtsgehen? Der Beitrag eines Zugezogenen.

In Griechenland begrüßt man sich mit „*ti kanis?*“ (τι κάνεις; frei übersetzt: wie geht's?). Die Antwort lautet fast immer „*kala, ke esi?*“ (καλά, και εσύ; gut, und dir?). Da es sich um ein Begrüßungsritual handelt, erwartet kaum jemand eine Aussage über das tatsächliche Befinden. Um so erstaunter war ich, als bei meinem letzten Aufenthalt bis Mitte Juni 2012 „mein“ Gemüsehändler in der kretischen Kreisstadt Moires mit einem unüblichen „nicht gut“ antwortete. Er fügte an, das Geschäft lief schlecht, die Kundenzahl sei zurückgegangen, die Aussichten trüb. Dass es ihm nicht allein so geht, zeichnet sich überall im Stadtbild von Moires ab: Es gibt eine größere Anzahl leergeräumter Ladenlokale mit der Aufschrift „*Enoikiázetai*“ (ενοικιάζεται, es wird vermietet). Noch zahlreicher zeigt sich der Geschäftsverfall in der Inselhauptstadt Heraklion. Die tiefe wirtschaftliche Rezession hinterlässt ihre deutlichen Spuren.

Fast alles war für die Versicherten kostenlos

Für den Ausländer nicht auf den ersten Blick sichtbar, leidet auch das Gesundheitswesen ganz erheblich unter der Last der Krise. Überschriften wie „*Griechenland kann seine Patienten nicht mehr versorgen. Medikamente fehlen, OPs fallen aus*“ (Zeit online, 11.06.12) machten bei uns Schlagzeilen. Da die Quelle dpa war, haben natürlich auch andere Zeitungen das Thema aufgegriffen. Unisono berichteten sie davon, dass es sogar an Kathetern, Einmalhandschuhen und Klopapier mangle. Dabei war das staatliche Gesundheitswesen für ein Land mit einer solch geringen Wirtschaftskraft eher vorbildlich.

Ich selbst musste in einem (vermuteten) Notfall das Ambulatorium der Kreisstadt Moires mitten in der Nacht aufsuchen. Ich war dort keineswegs der einzige Patient, musste dennoch nicht lange warten und wurde nach einigen Untersuchungen mit der Empfehlung entlassen, einen gründlichen Check im staatlichen Krankenhaus der Hauptstadt vornehmen zu lassen. Das alles kostete mich keinen Cent. Erst in Heraklion verlangte man von mir die Krankenversicherungskarte, die man dort ohne Schwierigkeiten einlesen und so mit meiner deutschen Krankenkasse abrechnen konnte. Ein echter Fortschritt!

Im staatlichen Gesundheitswesen war der Kostenträger für Griechen bislang die sogenannte IKA (*Idrima Kinonikon Asfaliseon, Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων*, Sozialversicherungsanstalt). Als Patient konnte man sich auf der IKA-Liste einen Arzt oder eine Ärztin seiner Wahl frei aussuchen. Eine Überweisung war nicht nötig. Die IKA übernahm auch die Kosten für zahnärztliche Behandlung, für Rollstühle, Prothesen, Hörgeräte und weitere medizinische Hilfsmittel, sofern ein ärztliches Gutachten vorlag. Das alles war für die Versicherten kostenlos, lediglich bei verschreibungspflichtigen Medikamenten war eine Zuzahlung von 25 % zu entrichten („Das Gesundheitssystem in Griechenland“ AOK-Bundesverband http://www.aok-bv.de/politik/europa/index_01354.html).

Auch die Finanzierung war durchaus im Sinne der abhängig Beschäftigten und unter diesen sozial ausgestaltet. So gab es z. B. für diejenigen, die seit dem 1.1.1993 beschäftigt sind, keine

Beitragsbemessungsgrenze mehr. Das heißt, wer gut verdiente, hatte auch (linear) mehr in den Gesamtpf einzuzahlen. Die Beiträge der Arbeitgeber machten 5,1 % und die der Arbeitnehmer 2,55 % des Bruttoverdienstes aus, eine Aufteilung, von der deutsche Arbeitnehmer nur träumen



Griechische Apotheke

konnten.

Vorsichtshalber habe ich die Vergangenheitsform gewählt, da die von außen auferlegten „Reformen“ möglicherweise bereits Veränderungen, d. h. Verschlechterungen bewirkt haben könnten. Eine dieser Veränderungen, ob nun neutral oder nicht, ist die Schaffung eines neuen Dachverbandes mit dem klingenden Namen EOPYY (*Ethnikos Organismos Parochis Ipiresion Ijias, Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας*, Nationale Organisation für die Erbringer von Gesundheitsdienstleistungen), in dem die IKA aufgegangen ist, und der nun als übergeordneter Kostenträger fungiert. Leider war eine

Neuer Dachverband EOPYY

der ersten Erfahrungen mit dem neu benannten Verband seine baldige Zahlungsunfähigkeit. Ein Grund dafür ist die eigentlich gut gemeinte Absicht, die Beitragssätze stabil zu halten, während die Kosten wie fast überall im Gesundheitswesen kontinuierlich stiegen. Vor der Zuspitzung der Krise wurden die Defizite durch staatliche Zuschüsse ausgeglichen.

Wäre ein Weg gefunden worden, die enorme Kapitalflucht aus dem Land zu verhindern, hätte man vielleicht weiterhin subventionieren können. Dass dies nun nicht mehr möglich ist, liegt auf der Hand.



Wikicommons/Lemur21

Die Folge ist, um nur bei dem uns vertrauten Apothekenwesen zu bleiben, dass die Versicherungskasse den Apotheken für gelieferte Medikamente im Monat Mai 117 Millionen, für den Juni 145 Millionen Euro schuldet. Die Apotheker und Apothekerinnen sind daraufhin dazu übergegangen, in 14 griechischen Präfekturen, darunter auch einigen auf Kreta, Medikamente nur noch gegen Bargeld herauszugeben (Griechenland Zeitung, 18.8.12). Eine verständliche Maßnahme, um den eigenen Ruin abzuwenden, aber letztlich nur eine Verschiebung auf andere Bevölkerungsteile, die als Geringverdiener oder Rentner kaum wissen, wie sie dies alles bezahlen sollen. Es lässt sich hier im „Kleinen“ ablesen, wie in der einmal eingetretenen Rezession die Abwärtsspirale immer weiter an Fahrt gewinnt, solange kein wirklicher Neuanfang mit einer deutlichen Wirtschaftsbelebung in Angriff genommen wird. Um die Dimension der Kürzungen wenigstens in zwei Zahlen zu fassen: die Gesundheitsausgaben beliefen sich in Griechenland im Jahr 2009

auf 22,5 Milliarden Euro, für 2012 wird ein Betrag von 13,5 Milliarden prognostiziert, also nur noch etwas mehr als die Hälfte („Im Koma“, Tagesspiegel online, 27.7.12).

Wie reagieren nun die Griechen politisch auf die verordnete Austeritätspolitik, d. h. die Kürzungen bei Einkommen, Renten und Sozialleistungen, auf den Riesenverlust an Kaufkraft? An die Bilder von wütenden Demonstrationen oder die Großtransparente des KKE (KP) an der Akropolis muss ich nicht erinnern. Die Wahlen vom 6.5.2012 brachten einen Erdbeben, es herrschte eine kurze Aufbruchstimmung und man hätte den Reinigungsprozess, allerdings in Konfrontation zum Merkel-Europa, beginnen können. Ein mir befreundeter griechischer Architekt, der nach eigener Auskunft früher das KKE, später das PASOK (Sozialdemokraten) gewählt hatte, freute sich nun über den kompetenten Aufstieg des Linksbündnisses SYRIZA, das aus dem Stand von vorher unbedeutenden 4 % auf 16,7 % gekommen war, wobei es das PASOK hinter sich ließ. Wie bekannt war aber die Mandatsverteilung so (die stärkste Partei, hier knapp die Nea Dimokratia = griechische CDU, bekam einen Bonus von 50 Abgeordneten), dass eine Regierungsbildung, die eine Linke hätte sein können, nicht möglich war.

Die Folgewahl vom 17.6.2012 brachte eine Polarisierung. Rechte und Ängstliche sammelten sich unter der Nea Dimokratia, die auf 29,7% kam; die Linkswähler stärkten noch einmal den SYRIZA mit 26,9% der Stimmen – auf Kosten von PASOK und KKE. Unter dem Eindruck der Mehrheit der ND-Stimmen atmete das übrige Europa auf. Mit einer Koalition der „nationalen Rettung“ aus Christdemokraten, Sozialdemokraten und der kleinen Demokratischen Linken (DIMAR), hoffte man die „Reformen“, also weitere Sozialeinschnitte ohne

erhebliche Gegenwehr noch einmal verschärfen zu können. Für das traditionsreiche PASOK ist das ein Spiel mit dem Feuer, scheitert die Regierung, wird es zu einer unbedeutenden Randpartei.

Die eigentliche Wirtschaftspolitik ist nicht mein Fachgebiet, sich im Labyrinth der ständig wechselnden Kürzel wie EFSF, ESM oder EFSM, die alle kurz- oder mittelfristige Euro-Rettungskonzepte beinhalten, zurechtzufinden, erfordert schon ein hohes Maß an Konzentration. Darüber, was innerhalb und außerhalb Griechenlands zu welchem Zeitpunkt anders und besser hätte gemacht werden können, kann man durchaus kontrovers diskutieren. Die Gegenwart verlangt aber eine eindeutige Stellungnahme.

Sicherlich sind in Griechenland erhebliche Fehler gemacht worden. Dazu gehört auch das System der Patronage, dessen Traditionslinien in Ländern wie Griechenland und Italien bis in die Antike zurückreichen. Paradoxerweise erwartet man nun aber von der Koalition der „Moderaten“ ND, PASOK (und der unbedeutenden DIMAR) die Heilung der Krankheit, die die beiden erstgenannten im schönen Wechsel als Regierungspartei mit zu verantworten haben, und die als einzige überhaupt die Möglichkeit hatten, Posten und Begünstigungen gegen Stimmenzusagen zu verteilen.

Und wie soll es weitergehen? Was bringt es denn, immer neue Kredite in Aussicht zu stellen oder zu gewähren, die nur dazu dienen, die alten mit ihren durch Ratingagenturen und Kreditausfallversicherungen in schwindelnde Höhe getriebenen Zinsen abzulösen? Kredite sind keine Geschenke, obendrein müssen sie mit entwürdigender Bittstellerhaltung und „Reformen“ erkaufte werden, die nichts anderes sind als ein neoliberaler Kahlschlag. Das, was vor allem die Regierung Merkel heute Griechenland vorschrei-

Wie reagieren die Griechen?

ben möchte, nämlich mit Brachialgewalt das Haushaltsdefizit abzubauen, daran hat sich Deutschland in der Vergangenheit dann selbst nicht gehalten, wenn es dem eigenen Vorteil diene.

Erinnert sei an den viermaligen Bruch des Stabilitätspaktes in den Jahren zwischen 2002 und 2005 (ohne das fällige Strafverfahren der EU) oder an die staatliche Abwrackprämie für Altwagen von 2009, die in Zeiten der Krise den Automobilabsatz förderte. Deutschland profitiert heute sogar vom spekulativen Angriff auf südeuropäische Länder, denn solange der Süden schwankt, erscheint es sogenannten Anlegern als „sicherer Hafen“, der sich Geld praktisch zinslos beschaffen kann („Die Schmarotzer aus dem Club Med“, Der Freitag Online, 10.08.12).

Eine einfache Wahrheit ist in den vergangenen Jahren allerdings offenbar geworden: Bei der Hilfe für angeschlagene Privatbanken gab und gibt es keine Hemmschwelle, während bei ganzen Staatswesen ein „Eiertanz“ aufgeführt wird, der von ständig wechselnden Parolen begleitet wird: einmal „fällt der Euro, wenn Griechenland fällt“, dann wieder möchte man den Griechen möglichst schnell die Ausgangstür weisen.

Man muss kein Wirtschaftsstudium absolviert haben, um überdeutlich zu erkennen, dass eine Erholung der griechischen Wirtschaft nur über eine Stärkung der Kaufkraft und damit Belebung der Binnennachfrage erfolgen kann. Griechenland ist kein typisches Exportland. Zu den wenigen Gütern, die Griechenland dem Ausland anbieten kann, gehört neben Olivenöl, mit dem es aber in erbitterter Konkurrenz zu anderen Mittelmeerländern steht, der Tourismus, der wiederum auf Krisen sehr anfällig reagiert und einbricht, auch und besonders durch die Angst potentieller deutscher Feriengäste vor Chaos und „Feindseligkeiten“. Andersherum aus-

gedrückt, die Austeritätspolitik ist kontraproduktiv und beschleunigt nur den griechischen Zusammenbruch.

Neue Ordnung politischer Kräfte

Was würde den Griechen tatsächlich helfen? Kreditvergaben hätten auch meiner Meinung nach dann einen Sinn, wenn sie direkt von der Europäischen Zentralbank zu einem niedrigen Zinssatz vergeben werden könnten (dafür muss man dann eben die Voraussetzungen schaffen!) und Europa das Ganze mit einer Art Marshallplan begleiten würde.

Bis zum Erscheinen dieses Artikels kann sich die Situation schon verändert haben: vielleicht haben die Kräfte der allgemeinen und der ökonomischen Vernunft in Europa an Boden gewonnen, andererseits ist auch das Scheitern der jetzigen Regierung und sogar ein Zusammenbruch der griechischen Wirtschaft mit dem nachfolgenden Austritt aus der Eurozone nicht auszuschließen.

Ich kann es mir nicht verkneifen, einmal kurz die Frage nach den Ursachen der Krise zu stellen, die bezeichnenderweise Finanzkrise genannt wird. Das geht nicht ohne wenigstens einen Anflug von Kapitalismuskritik. Es fällt auf, dass nur noch wenig über die Produktion gesprochen wird, also über das klassische Gebiet, auf dem die Profite entstehen.

Was sind die Ursachen der Krise?

Es sieht so aus, als würde ein erheblicher Teil der Gewinne heute im Finanzsektor realisiert werden. Da aber Geld kein Geld produzieren kann, es

sich aber trotzdem vermehrt, kann es nur ein spekulativer Zugewinn sein, der irgendwann in sich zusammenfällt. Der Begriff der Spekulationsblase hat ja so sehr in den Alltag Eingang gehalten, dass sein Mechanismus kaum hinterfragt wird. Vielleicht lag Marx mit seinem „Gesetz vom tendenziellen Fall der Profitrate“ nicht verkehrt. Ohne das hier jetzt näher auszuführen, würde es jedenfalls eine

– möglicherweise nicht die einzige – Erklärung dafür abgeben, warum die Gewinne nicht mehr so sehr in der aufwendigen und weniger profitablen Produktionssphäre gesucht werden, sondern die „Anleger“ verstärkt im Finanzwesen ihr Heil suchen. Das kann schon theoretisch nicht gut gehen, führt aber, wie man sieht, auch praktisch zu immer neuen Krisen.

Zurück zum konkreten Fall Griechenland. Man muss die Anfänge der griechischen Demokratie nicht unbedingt erklären, wie es auch Sahra Wagenknecht in ihrem (sonst ausgezeichneten) Artikel: „Vom Tod europäischer Werte“ in der FAZ vom 30.4.12 tut, man kann die Verhältnisse im Athen

der Antike auch realistisch sehen, denn die aufkeimende attische Demokratie war ein Machtinstrument einer kleinen Minderheit männlicher Vollbürger, zu denen also weder Frauen, noch Sklaven noch Zuwanderer zählten. Geschäftssinn und Auswärtsinteressen trieben einen mächtigen Flottenbau voran, der durchaus einer expansionistischen Politik diene. Überhaupt lagen die einzelnen griechischen Stadtstaaten und Bündnisse in einem ständigen (Konkurrenz-) Kampf untereinander, der dann im peloponnesischen Krieg gipfelte und sowohl Sparta als auch Athen ruinier-



Wie geht es weiter?

te. Dennoch hat Griechenland eine Stadtkultur entwickelt zu einer Zeit, als die Nord- und Mitteleuropäer noch in kleinen Weilern wohnten und ständig mit dem Hungertod gerungen haben. Dieses klassische antike Griechenland hat bis heute seine Spuren in Kultur, Wissenschaft, Philosophie und Kunst in

Europa und darüber hinaus hinterlassen. Griechenland ist keineswegs nur ein krisengeschütteltes Land und schon gar nicht nur ein Anhängsel des Erdteils, der seinen Namen einem griechischen Mythos verdankt: Europa.

Gerd Dieckvoß

(Gerd Dieckvoß ist Gründungsmitglied des VDPP, Autor des Buchs „Wie kam Krieg in die Welt“ (Konkret Literatur Verlag, Hamburg 2002), war lange Zeit Apothekenleiter in Hamburg-Sülldorf und lebt auf Kreta und in Hamburg.)

Sozialpharmazie

Teil 1/2

Die Geschichte der Sozialpharmazie reicht weit zurück. In diesem erst Teil geht es vor allem um Lars-Einar Fryklöf, der die Sozialpharmazie in Europa stark geprägt hat und dessen Überlegungen immer noch hochaktuell sind.

Inzwischen ist es 25 Jahre her, dass der Nestor der schwedischen Sozialpharmazie (und damit quasi der Sozialpharmazie in Europa), Lars-Einar Fryklöf (1929 - 1999), einen bemerkenswerten Artikel zur Einordnung der Sozialpharmazie in die Pharmazie in der Zeitschrift Pharmazeutische Praxis publizierte (Fryklöf, L.-E.: Zur Forschung und Ausbildung auf dem Gebiet der Sozialpharmazie – ein internationaler Überblick. In Pharm. Praxis 43 (1988), 122-125). Bemerkenswert insofern, als darin bereits damals Aspekte genannt wurden, wie mit Hilfe sozialpharmazeutischer Ausbildungsinhalte der Berufsnachwuchs fit für die Zukunft gemacht

werden kann. Außerdem formulierte Fryklöf Anforderungen an die Zukunftsfähigkeit der Pharmazie, die aus seiner Sicht in erster Linie durch die Aufnahme von gesellschafts- und verhaltenswissenschaftlichen Forschungs- und Lehrinhalten in die Pharmazie zu erreichen sind. Aus heutiger Perspektive – 25 Jahre nach seinen Ausführungen – wünschte man sich, dass die Verantwortlichen in der Bundesrepublik seine Hinweise ernster genommen und die Vereinigung beider deutscher Staaten dazu genutzt hätten, sozialpharmazeutische Inhalte in Lehre und Forschung innerhalb der Pharmazie zu verankern. Möglicherweise wäre es dann

einfacher gewesen, den modernen Anforderungen einer ordnungsgemäßen Arzneimittelversorgung gerecht zu werden und das Image des Apothekerberufs schneller vom Erscheinungsbild eines Schubladenziehers zum Experten für ordnungsgemäße Arzneimittelversorgung und -sicherheit weiterzuentwickeln.

Aus Anlass des 25-jährigen „Jubiläums“ und zur Erinnerung an den leider schon 1999 verstorbenen Lars-Einar Fryklöf sollen im Folgenden Teil dieses Artikels aus dem Jahr 1988 zitiert werden. Er wurde seinerzeit in einer pharmazeutischen Fachzeitschrift der DDR veröffentlicht und war insofern für westdeutsche Interessenten kaum verfügbar.

Lars-Einar Fryklöf: Zur Forschung und Ausbildung auf dem Gebiet der Sozialpharmazie—ein internationaler Überblick - *Ausschnitte*

„Sozialpharmazie bezieht sich ... auf die Relationen und das Zusammenspiel zwischen dem Patienten und dem Arzneimittel, zwischen dem Pharmazeuten und dem Patienten und zwischen dem Arzneimittelversorgungssystem und dem Gesundheitswesen sowie der Gesellschaft als Ganzes.

...

Als ich meine Studien in den 40er Jahren begann, umfasste der Unterricht und die Forschung an der pharmazeutischen Fakultät in Schweden hauptsächlich Themen mit chemischer und pharmazeutisch-technologischer Richtung. In

den 60er Jahren wurden mehr biologisch eingestellte Wissenschaften wie z. B. Pharmakologie, Biopharmazie, Biochemie und Pharmakokinetik eingeführt. Gleichzeitig nahm bei einem Teil der älteren Themen die Bedeutung ab. In den letzten 10 Jahren sind Gesellschafts- und Verhaltenswissenschaften in einem bestimmten Umfang in die pharmazeutische Grundausbildung und in die Forschung eingeführt worden. In Schweden, wie auch in vielen anderen Ländern, werden diese Wissenschaften jedoch immer noch als wenig bedeutungsvoll für den pharmazeutischen Beruf

betrachtet. Mit meinem Vortrag möchte ich darauf hinweisen, dass die „Sozialpharmazie“ einen bedeutenden Einfluss auf die Zukunft der Pharmazie hat.

Die Kenntnisbasis Gesellschafts- und Verhaltenswissenschaften verdient die gleiche Aufmerksamkeit wie die chemischen, technologischen und biologischen Kenntnisse. Das gilt für die Apotheker der ambulanten Apotheken ebenso wie für die Krankenhaus- und Industriepharmazeuten.

Ein Bild über die Bedeutung der Verschiebung in den drei Teilen der Kenntnisbasis erhält man, wenn wir uns die Fragen anschauen, die das größte Interesse der Arzneimittelkontrollbehörden hatten. Bis zu den 50er Jahren galt das Interesse in 1. Linie der chemischen Standardisierung der Arzneimittel; ihre Stärke, Reinheit usw. In den 60er Jahren, speziell nach der Thalidomid-Katastrophe, traten die therapeutische Sicherheit und der Effekt, d. h. die biomedizinischen Aspekte, in den Blickpunkt. Und jetzt, in den 80er Jahren, werden die ökonomischen Aspekte, d. h. die Arzneimittelkosten, Kosten-Nutzen-Verhältnis (cost benefit ratio) usw. am meisten diskutiert.

Allerdings haben die Gesellschafts- und Verhaltenswissenschaften bisher kaum innerhalb der pharmazeutischen Ausbildung Anerkennung gefunden. ... Schließlich – und dies ist heute unser hauptsächlichstes Interesse – sehen wir, dass sich nur fünf Prozent der Studienzeit auf die gesellschaftlichen, ökonomischen und anderen Zusammenhänge beziehen, in denen die Pharmazie ausgeübt wird. ...

In den meisten Ländern ist „Sozialpharmazie“ kein selbständiges Lehr- und Forschungsfach. In Ost- und Nordeuropa sowie in Holland, Belgien und Großbritannien hat es sich an den Universitäten etabliert. Es ist jedoch nicht in der BRD, Frankreich, Öster-

reich, der Schweiz, Italien, Spanien, Portugal usw. vorhanden.

Außerhalb von Europa findet man das Fach in Kanada, Australien, Japan und in den Vereinigten Staaten, wo ich meine, dass das Fach am weitesten entwickelt ist.

Betrachten wir den geringen Anteil von 5 % an der Studienzeit, muss man sich fragen, weshalb die Gesellschafts- und Verhaltenswissenschaften eine derart schwache Stellung in der pharmazeutischen Grundausbildung und demzufolge auch in der pharmazeutischen Forschung einnehmen.

Benötigen wir wirklich keine Kenntnisbasis von Gesellschafts- und Verhaltenswissenschaften in der Pharmazie?

Wenn wir die Probleme betrachten, die heute im Gesundheitswesen und in der Gesellschaft debattiert werden, so beziehen sie sich nur zu einem geringen Teil auf chemische und biologische Eigenschaften der Arzneimittel sowie auf die Technologie der Arzneimittelherstellung. Viel häufiger werden die gesellschaftlichen, ökonomischen und verhaltenswissenschaftlichen Aspekte diskutiert.

Ich möchte hier nur einige wenige Beispiele zeigen, mit denen wir wohl vertraut sind.

1. Die mangelnde Folgsamkeit (non-compliance) der Patienten zu der Arzneimittelordination des Arztes.

Wenn die Pharmazie und die Pharmazeuten dazu beitragen sollen, dieses Problem lösen zu helfen, so brauchen sie nicht nur Pharmakokinetik oder analytische Chemie. Sie brauchen auch die Ausbildung, Erfahrung und Forschung in den gesellschafts- und verhaltenswissenschaftlichen Fächern.

Dies bedeutet nicht, dass man ohne gründliche Kenntnisse über das Produkt und dessen Eigenschaften sein kann. Aber in der neuen Situation

braucht man auch neue Kenntnisse. Diese Kenntnisse werden das Vermögen zur Problemlösung erhöhen und sie werden auch ein erhöhtes Kontaktniveau mit der Umgebung bedeuten.

2. Der nächste Faktor, auf den ich Ihre Aufmerksamkeit richten möchte, ist der ökonomische.

Die Kosten für die Gesundheits- und Krankenbetreuung sind in den letzten Jahren kräftig gestiegen, viel schneller als die Ökonomie im Ganzen. Es ist jedoch klar, dass die Kostenexpansion in der medizinischen Betreuung von der heutigen ökonomischen Situation gebremst wird. Als Folge wurden eine Reihe von kostenverringenden Maßnahmen durchgeführt. Das Problem der Kostenverringerung wird besonders groß, wenn es darum geht, die Einführung therapeutischer Fortschritte in einem begrenzten finanziellen Rahmen zu ermöglichen. In den westlichen Ländern haben wir einen starken Druck zur Kosteneinsparung bei Arzneimitteln erlebt, obwohl diese meist weniger als 10 % der medizinischen Betreuungskosten ausmachen. Hier müssen die Pharmazeuten die Fähigkeit haben, die pharmazeutischen Dienstleistungen so zu entwickeln, dass sie sich der ökonomischen Situation anpassen. Sie müssen kosteneffektiver als konkurrierende, alternative Maßnahmen sein. Man findet in den pharmazeutischen Lehrplänen aber nichts darüber, wie man die Kosteneffektivität der Arzneimittel und das Kosten-Nutzen-Verhältnis messen soll.

3. Die Arzneimittelinformation ist ein sehr aktuelles und wichtiges Fach.

Information setzt voraus, dass man Kenntnisse über die chemischen und biologischen Eigenschaften der Arzneimittel besitzt. Diese Kenntnis ist jedoch wertlos, wenn man sein Können dem

Patienten nicht überbringen kann. Letzteres setzt eben gleichzeitig genügend Kenntnisse und Erfahrungen über die verhaltenswissenschaftlichen Aspekte des Kommunikationsprozesses voraus.

Das hier Gesagte ist Ausdruck für neue Entwicklungslinien in der Gesundheits- und Krankenbetreuung und ein Zeichen neuer Forderungen, die an die Pharmazie gestellt werden. Diese neuen Forderungen können auf eine neue Menschenauffassung, ein neues Gesundheitsmuster und eine ökonomische und politische Beeinflussung der Gesellschaft zurückgeführt werden. Diese Forderungen sind eigentlich nicht neu. Sie sind seit mehreren Jahren bekannt. Ihr Bedeutung und Auswirkung auf die Pharmazie sind jedoch begrenzt gewesen. Der Einfluss auf die pharmazeutische Ausbildung war bisher gleich null.

Was die Menschenauffassung betrifft, so müssen wir den Patienten nicht mehr als ein Objekt für unsere Fürsorge, sondern als ein mitwirkendes und beschlussfähiges Subjekt betrachten. Die alte atomistische Auffassung ist durch eine holistische Menschenauffassung ersetzt worden und die mechanistische Auffassung zur Wiederherstellung der Gesundheit ist durch eine mehr humanistische Auffassung ersetzt worden. All dies hat zu einem neuen Gesundheitsmuster geführt, das sich in allen entwickelten Ländern durchsetzt. Es unterstreicht die Ver-

antwortung des Individuums für seine Gesundheit und sein Wohlbefinden.

Daraus leitet sich auch das Recht des Individuums ab, notwendige Informationen zu erhalten und Entscheidungen bezüglich der Maßnahmen zu treffen, um die Gesundheit zu bewahren und Krankheiten zu heilen. Das bedeutet eine Schwerpunktverschiebung von institutioneller und professioneller Pflege zur Eigenpflege; die Verschiebung in der Pflegeauffassung von Krankheitsorientierung auf Gesundheitsorientierung sowie Orientierung von der Therapie auf die Prophylaxe. Für die Wirksamkeit der Pharmazie wird dies folgende entscheidende Veränderungen beinhalten; nämlich weniger Produktorientierung und mehr Konsumenten- und Patientenorientierung. Man wird – relativ gesehen – dem Arzneimittel weniger Aufmerksamkeit widmen. Die Hauptaktivitäten müssen die Beziehungen zwischen Apotheke und dem Kunden beinhalten und als Information, Kommunikation und Service fokussiert sein.

Wir dürfen auch nicht die neue WHO-Definition der Gesundheit vergessen. Gesundheit ist ein Zustand, der nicht nur physisches, sondern auch psychisches und soziales Wohlbefinden bedeutet. Was bedeutet das für uns? Wie bereits angedeutet, werden wir einen stärkeren ökonomischen Druck von der Gesellschaft spüren, der unsere Aufmerksamkeit auf rationelle Arzneimittelverwendung und Kosten-

begrenzung richten wird. Das Problem der Arzneimittel wird sich weiter auf mangelnde Folgsamkeit, fehlerhafte Verwendung und Missbrauch, Inhalt, Organisation und Technologie der Information, die Rolle der Arzneimittel im Krankenpflegesystem usw. beziehen. Um diesen neuen Forderungen entgegen zu kommen, müssen wir die Kenntnisbasis in Gesellschafts- und Verhaltenswissenschaften sowie in ökonomischer und administrativer Wissenschaft haben. Sie wird als neue Dimension zur pharmazeutischen Kenntnisbasis mit den traditionellen chemischen und biologischen Kenntnissen hinzukommen.“

Gedanken zur heutigen Situation

Die Ausübung des Berufes als Apothekerin oder Apotheker findet in einem sozialen, ökonomischen und gesellschaftlichen Umfeld statt. Sowohl der Umgang mit Menschen in der Apotheke, als auch die Beschäftigung mit dem Vertrieb oder mit der Herstellung, Kontrolle oder Administration von Arzneimitteln bis zur Forschung, die heute fast immer mindestens zum Teil drittmittelfinanziert ist, beruhen auf Rahmenbedingungen, die die ökonomischen, sozialen, politischen und kulturellen Gegebenheiten der jeweiligen Gesellschaft vorgeben. Besonders interessant sind die rechtlichen Vorgaben für den Arzneimittelmarkt und die Arzneimittelversorgung, die unterschiedlichen Interessen der Akteure

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: geschaefsstelle@vdpp.de, URL: <http://www.vdpp.de>, Bankverbindung: Postbank Berlin, BLZ 100 100 10, Konto 200 47 - 105

Redaktion: Jürgen Große (verantwortlich), Anne Paschke;
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.

sowie die spezifischen gewachsenen Therapien und Einnahmegewohnheiten der Menschen.

Wer als junger Mensch in den Apothekerberuf eintritt, ist wie vor dreißig oder fünfzig Jahren mit den Rahmenbedingungen in der Regel nicht vertraut. Sie oder er kann nur einen Sonderweg gehen, um zu erfahren, warum alles so ist, wie es ist und unter welchen Bedingungen Verbesserungen möglich sind. Die große Mehrheit der Absolventen wird diese ungewöhnlichen Fragen als sonderlich empfinden, werden doch solche The-

men im Studium und im praktischen Jahr fast gar nicht aufgegriffen. Das ist übrigens bei vielen anderen ingenieur- oder naturwissenschaftlichen Fächern nicht viel anders. Eine Ausnahme ist gewissermaßen die Medizin, die sich trotz ihres Bekenntnisses zur naturwissenschaftlich begründeten Schulmedizin das Fach Sozialmedizin leistet. Mit der staatlichen Anerkennung dieses Faches innerhalb der Approbationsordnung sowie mit der gesellschaftlich anerkannten Finanzierung von Forschungs- und Lehrkapazitäten in der Sozialmedizin stellt sich bei den jungen Medizinerinnen und

Medizinerinnen sehr viel eher die Frage, ob ein Berufsweg im Fach Sozialmedizin denkbar ist.

(Die Fortsetzung dieses Artikels erscheint im VDPP-Rundbrief Nr. 85)

Udo
Puteanus



KONTAKT

VdPP
c/o Neptun-Apotheke - Bramfelder Chaussee 291
- D-22177 Hamburg

Tel. 040 63917720 - Fax 040 63917724

E-Mail geschaeftsstelle@vdpp.de

Mehr Informationen, Artikel und aktuelle Termine
finden Sie unter:

www.vdpp.de

Der **Verein Demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten** wurde 1989 mit dem Ziel einer patientenorientierten Arzneimittel- und Standespolitik gegründet. Die übergeordneten Vereinsziele des VDPP sind:

- Patientenorientierte Arzneimittelberatung und Versorgung
- Demokratisierung des Gesundheitswesens und der Landesorganisationen
- eine Zusammenarbeit aller Akteure im Gesundheitswesen
- Stärkung des Verbraucherschutzes und der Patientenbeteiligung im Gesundheitswesen
- Zugang aller Menschen weltweit zu einer ausreichenden Arzneimittelversorgung
- Begrenzung der Marktmacht der pharmazeutischen Industrie

Durch Seminare und Stellungnahmen zu aktuellen gesundheitspolitischen Themen sowie enge Zusammenarbeit mit Partnerorganisationen bringt sich der VDPP in die gesundheitspolitische Diskussion ein.

VORSTAND

Jana Böhme
boehme_jana@yahoo.de

Monika Gerth
Monika.Gerth@t-online.de

Thomas Hammer
hr.hammer@web.de

Dorothea Hofferberth
dorothea.hofferberth@web.de

Bernd Rehberg
bernd@bernd-rehberg.de

Florian Schulze
Florian.schulze@web.de

NÄCHSTER RUNDBRIEF

Der nächste
VdPP-Rundbrief
erscheint im
März 2013



Redaktionsschluss ist am
15. Februar 2013.