

Pharmazie in sozialer Verantwortung



TTIP – ein Pakt auf dem Weg ins Land der unbegrenzten Möglichkeiten

Bis vor kurzem konnten nur Insider etwas mit den vier Buchstaben TTIP anfangen. Sie stehen als Abkürzung für das derzeit zwischen den USA und der EU verhandelte Freihandelsabkommen. Sein offizieller Name lautet: „Transatlantic Trade and Investment Partnership“.

Inzwischen hat sich die Situation geändert. Aufgrund der zunehmenden Anzahl meist beunruhigender Informationen aus den Geheimverhandlungen der TTIP-Beteiligten wächst das Misstrauen in der Öffentlichkeit und die aufgedeckten US-amerikanischen Spionageaktivitäten in den höchsten Kreisen der Bundespolitik verschärfen diese Tendenz. Medien berichten immer häufiger über Einzelheiten zu den Verhandlungen und tragen so ihrerseits zu einer erhöhten Aufmerksamkeit bei. Die Versprechungen der TTIP-Befürworter, das Freihandelsabkommen werde viele neue Arbeitsplätze und mehr Wohlstand für alle schaffen, nimmt kaum einer ernst.

Es sind vor allem zwei Themen, die immer wieder Anlass zur Berichterstattung geben. Da geht es um den im TTIP verhandelten Investitionsschutz für Wirtschaftsunternehmen und um deren Forderung, in den Ländern der EU und der USA weitgehend ohne staatliche Handelshemmnisse ihre profitablen Geschäfte betreiben zu können.

Handelshemmnisse abbauen

Als Handelshemmnisse gelten Maßnahmen des Verbraucher-, Daten-, Gesundheits-, Arbeits- und Umweltschutzes, aber auch Sozial- und Qualitätsstandards, die im Interesse der BürgerInnen eines Landes liegen. Die Aufzählung dieser sog. nichttarifären Handelshemmnisse macht sofort deutlich, dass sie bei den im Wettbewerb stehenden Unternehmen prinzipiell alle im Verdacht stehen, den freien Waren- und Dienstleistungswettbewerb zu beeinträchtigen und darum soweit wie möglich auszuschalten oder zumindest zu nivellie-

Inhalt dieser Ausgabe

TTIP	1
Interview zum DAT-Antrag.....	4
Bericht Apothekertag.....	5
VdPP-Herbstseminar	6
Vom Leitbild zum Perspektivpapier.....	8
Sozialpharmazie international	10
Geriatrischen Pharmazie	11
Plattform Globale Gesundheit.....	15

Grußwort des Vorstands

Der diesjährige Apothekertag war ein großer Erfolg für den VdPP und alle Mitstreiter

- unser Antrag zur Aufarbeitung der Evidenz in der Selbstmedikation wurde ohne Änderungen angenommen!

Vor allem aber ist es ein großer Erfolg für die evidenzbasierte Pharmazie und somit für Patienten. Herzlichen Dank noch mal an Frau Dr. Kemmritz, die als Hauptantragsstellerin den Antrag in München vertreten hat sowie Judith Günther und Gerd Glaeske, die uns bei der Antragsformulierung unterstützt haben! Wir können gespannt sein, wie das Projekt in die Tat umgesetzt wird und werden es aufmerksam begleiten. Jetzt stoßen wir auf diesen Erfolg aber erstmal mit Ihnen an – Prost!



Für den Vorstand
Viktoria Mühlbauer

ren sind. Konkretes Beispiel: Jede Maßnahme im Interesse der NutzerInnen für mehr Lebensmittelsicherheit zwingt den Unternehmer zur Beachtung von Auflagen mit der Folge möglicher Absatzbeeinträchtigungen und Benachteiligungen gegenüber anderen Anbietern. Das ist aus Unternehmenssicht nicht wettbewerbsfreundlich. Darum sollen solche Handelshemmnisse im TTIP möglichst minimiert oder ganz beseitigt werden. Damit das gelingt, soll den Unternehmen weit entgegengekommen werden. So soll zukünftig ein Regulierungsrat unter Einbindung wichtiger Unternehmen aus den USA und der EU bereits im Vorfeld geplanter Gesetzesvorhaben aktiv werden und prüfen, ob diese Pläne unternehmerischen Interessen entgegen stehen könnten. Wenn ja, setzt dann in Zukunft die sofortige Einflussnahme des Regulierungsrats auf den Gesetzgebungsprozess ein, bevor dieser die parlamentarischen Gremien – insbesondere das EU-Parlament – erreicht hat.

Investitionsschutz zugunsten der Industrielobby gestalten

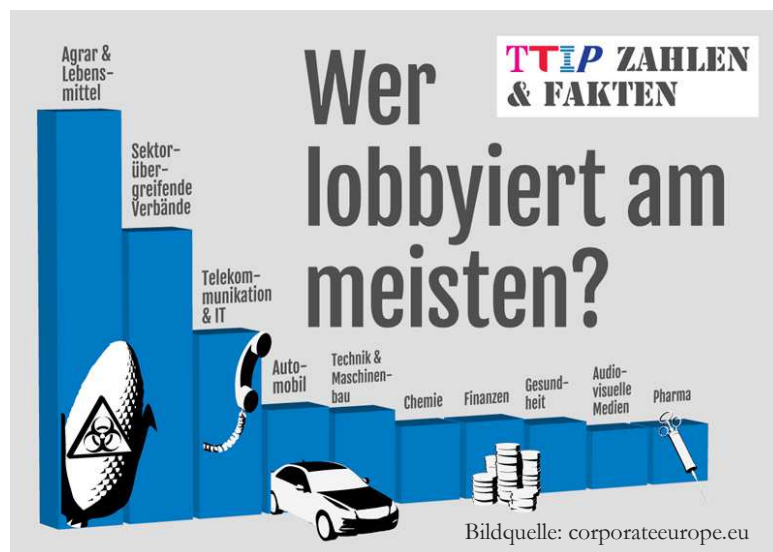
Neben dem Regulierungsrat soll ein Investitionsschutzabkommen dafür sorgen, dass Unternehmen Staaten auf Schadensersatz verklagen können, wenn sie mögliche Gewinneinbußen durch wettbewerbsbeschränkende staatliche Auflagen befürchten. Die Klage soll unter Umgehung geltender Rechtsmittel und Rechtsinstanzen vor privaten Schiedsgerichten erfolgen. Auf der Anklagebank sitzt dann der jeweilige Staat, der seinerseits dieses Klagerecht nicht erhält und nach einem Urteilspruch zu seinen Lasten keine Revision beantragen kann. Schadensforderun-

gen in Milliardenhöhe zahlen dann wir BürgerInnen. Der schwedische Energiegigant klagt derzeit gegen die Bundesrepublik wegen des Atomausstiegs auf 3,7 Mrd. Euro Schadensersatz – auf der Basis eines Freihandelsabkommens.

Alle Lebensbereiche vom Energiesektor zum Datenschutz, von der Bildung über die Kultur zum Gesundheitswesen, von der Landwirtschaft bis zu

Observatory (CEO) – im letzten Jahr wurde bekannt, dass zwischen Januar 2012 und April 2013 – also bereits vor dem offiziellen Verhandlungsbeginn im Juni 2013 – 127 Treffen hinter verschlossenen Türen stattfanden. 90 % davon entfielen auf Gesprächspartner der Banken- und Kommunikationsbranche bis hin zur Waffen-, Auto-, Ernährungs-, Medizingeräte- und Pharmaindustrie – nicht gerade die klassischen Repräsentanten der Zivilgesellschaft wie versprochen. Die zivilgesellschaftlichen Organisationen sitzen am Katzentisch und dürfen sich über die angebotenen Informationsveranstaltungen der EU-Kommission freuen.

Das Angebot an TTIP-Literatur und Veröffentlichungen wächst. Sich zu informieren sollte für jeden Menschen Bürgerpflicht sein. Im Augenblick wird eine große Unterschriftenaktion von Campact vorbereitet, die zu einer Europäischen Bürgerinitiative genutzt werden soll. Hier ist nicht der Ort, näher auf wichtige Details einzugehen. Ich verweise auf die folgende Quelle für alle In-



den kommunalen Dienstleistungen, vom Arbeitsschutz bis zu den Verbraucherrechten werden von den zu erwartenden Auswirkungen des TTIP betroffen sein. Darum müsste es eigentlich selbstverständlich sein, die Öffentlichkeit von Anbeginn an umfassend über den Stand der Verhandlungen zu informieren. Die Wirklichkeit dagegen ist von Anstrengungen um Geheimhaltung geprägt. Nach außen hin hat sich vor Beginn der Verhandlungen die EU-Kommission zwar stark gemacht für eine „Konsultation mit der Zivilgesellschaft als fundamentalen Teil der Politikentwicklung“. Doch offenbar wird diese Absicht sehr selektiv umgesetzt. Auf Anfrage einer in Brüssel aktiven Anti-lobbygruppe – Corporate Europe

Welche Auswirkungen sind für den Gesundheits- und Arzneimittelbereich zu erwarten?

teressierten:
www.ttip-unfairhandelbar.de

Erstaunlich erscheint bei der Fülle der vorliegenden Informationen, dass der Gesundheits- und speziell der Arzneimittelbereich eine eher beiläufige Rolle spielen. Das ist umso erstaunlicher, als der jetzige oberste US-Verhandlungsbeauftragte Michael

Froman ein Vertreter der ganz großen Pharma-Lobby („Big Pharma“) der USA ist. Zufall? Sicherlich nicht, denn die Chemie- und Pharmalobby ist in Brüssel stark vertreten und gehört auch zu dem Kreis der 600 Industriegiganten, die bevorzugt in die Verhandlungsverläufe einbezogen werden.

In einem Gastbeitrag zum TTIP in der Pharm.Ind. 76, Nr. 4 von 2014 wird für den Gesundheitsbereich wegen der geringen Beachtung in den Verhandlungen ein Erklärungsversuch unternommen. Gerade im Arzneimittelbereich gäbe es bereits seit 1990 abgestimmte Regularien zur Harmonisierung von Verfahren

Fragen ohne Antworten zum Gesundheitsbereich

und Regelungen insbesondere zur Herstellung und Zulassung, die als beispielhaft für fortschreitende Deregulierungsmaßnahmen gelten könnten. In einem von der EU-Kommission Mitte 2013 verabschiedeten Positionspapier würde zum Thema „Nichttarifäre Handelshemmnisse“ speziell der Arzneimittelbereich als bereits gut funktionierende Kooperation zwischen den USA und der EU herausgestellt. Im übrigen erfahren wir in diesem Artikel, dass bei der EU-Verhandlungskommission ein „Pharmazeutischer Ausschuss“ installiert wurde, der bei auftretenden Fragestellungen, die den Arzneimittelbereich betreffen, seine Beurteilung abgibt und Vorschläge unterbreitet. Dieser Ausschuss – so die Pharm.Ind. weiter – steht „Gewehr bei Fuß“, um jederzeit im Verlauf der TTIP-Verhandlungen Fragestellungen zu übernehmen.

Der oben zitierte Artikel in der Ausgabe der Pharm.Ind. gibt leider keinerlei Informationen und Auskünfte zu vielen wesentlichen Fragen wie den folgenden:

Welche Effekte könnte das TTIP auf die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung haben? Werden sie als Träger sozialer Aufgaben von den Verhandlungen ausgenommen? Bleiben im TTIP die Dienstleistungen aller Bereiche des deutschen Sozial- und Gesundheitssektors von Liberalisierungsbestrebungen verschont? Müssen wir eine Ausweitung der Arzneimittelwerbung

auf verschreibungspflichtige Arzneimittel wie in den USA befürchten? Bekommen wir etwa eine Verlängerung der Patentzeiten wie in den USA mit der Folge steigender Ausgaben in der GKV wegen der späteren Zulassung von Generika? Was wird aus den Rabattverträgen, der Preisverordnung, der frühen Nutzenbewertung? Müssen wir zukünftig auf die Anwendung des Vorsorgeprinzips verzichten, wie die Verbraucherschutzverbände befürchten, weil dieses Prinzip in den USA nichts gilt? Was wird dann aus dem geplanten Präventionsgesetz? Was wird aus dem gerade verabschiedeten Be-

Und was tut die ABDA?

Der Fragenkatalog ließe sich weiter fortsetzen, denn im Gesundheits- und Arzneimittelwesen gibt es viele Auflagen und Regeln im Interesse des Verbraucherschutzes und der Versorgungssicherheit der BürgerInnen, die jetzt zur Disposition gestellt werden könnten. Nach dem Inkrafttreten des TTIP werden diese Bestimmungen auf der Industrieseite mit Sicherheit verschärft als Handelshemmnisse ins Visier genommen, auf mögliche Wettbewerbsschädigende Auswirkungen untersucht und damit der Gefahr einer drohenden Schadensersatzklage gegen die Bundesrepublik vor privaten Schiedsgerichten ausgesetzt. Das alles klingt nicht besonders beruhigend. Skepsis und Vorsicht scheinen ange- raten!

Hat die die sogenannte oberste Berufsvertretung der Deutschen Apotheker irgendwo dazu grundsätzlich Stellung bezogen – nachvollziehbar und zugänglich für die Berufsöffentlichkeit? Ist sie ihrer Aufgabe nachgekommen, bereits im Vorfeld von nachhaltig wirksamen Entscheidungen, die nicht mehr aufkündbar sein werden und EU- wie Bundesrechte als nachrangig aushebeln können, alles zu tun, um aufzuklären, nachzufragen, zu recherchieren und die berufspolitischen Gremien in die Meinungsbildung einzubeziehen? Wenn ja, wo kann die Berufsöffentlichkeit dazu etwas erfahren?

TTIP ZAHLEN & FAKTEN

KEINE
Arbeitnehmer, Verbraucher
und Umweltaktivisten

Nur Industrie-
vertreter unter den
TOP 25
Lobby-Kontakten

Bildquelle: corporateeurope.eu

schluss des EU-Parlamentes, nach der Zulassung eines Arzneimittels alle dazu eingereichten Daten über die Ergebnisse der klinischen Prüfungen durch die EMA zu veröffentlichen? Greift hier vielleicht der Datenschutz von Geschäftsgeheimnissen, der in den USA einen hohen Stellenwert hat, und darum den EU-Parlamentsbeschluss wieder aushebeln könnte?

Was findet sich darüber vor allem in ihrem allen zugänglichen Standesorgan, der Pharmazeutischen Zeitung (PZ)? Ich begab mich hier auf die Suche in der Hoffnung, dass die ab 2014 anwachsende allgemeine Berichterstattung über die TTIP-Verhandlungen sich auch in den PZ-Ausgaben des Jahres 2014 bezüglich berufsspezifischer Fragestellungen

widerspiegeln würde.

Bisher bekannt war mir nur eine Äußerung der ABDA zum Thema TTIP. Der ABDA sei versichert worden, dass das Thema Fremd- und Mehrbesitz von den Vertragsverhandlungen nicht berührt werde. Gab sie sich mit diesem Wissensstand zufrieden? Beim Studium der PZ blieb meine Suche nach diesem Zitat zwar vergeblich, aber ich achtete auf eventuell andere Äußerungen zum Thema TTIP beim Durchforsten aller bisher in 2014 erschienenen 26 Pharmazeutischen Zeitungen. Dabei stieß ich auf einen einzigen Bericht über eine aktuelle Stunde im Bundestag, wo die LINKE die Staatssekretärin Zyprios aus dem Wirtschaftsministerium um Beantwortung einiger Fragen zum aktuellen Stand der TTIP-Verhandlungen bat (PZ Nr. 12/14). Da ging es im Kontext zum aktuellen Verhandlungsstand zu TTIP um Fragen der Arzneimittelzulassung, des Patentrechts, der Nutzenbewertung neuer Arzneimittel

und drohender Privatisierungen im Gesundheitswesen. Also reichlich Stoff! Abgesehen von den nichtssagenden Antworten der Staatssekretärin, beschränkt sich der Artikel der PZ auf eine reine Berichterstattung ohne sie für eine Darstellung von ABDA- oder Kammerpositionen zu nutzen. Gibt es womöglich keine? Dieser Beitrag war die einzige Fundstelle zum TTIP und das zu einem Zeitpunkt, wo die überregionale Presse inzwischen regelmäßig und z. T. sehr detailliert berichtet.

Ist das Verantwortungslosigkeit, Fahrlässigkeit, eine totale Fehleinschätzung laufender berufsrelevanter und vielleicht existentiell bedeutsamer Probleme, zu denen dringend eine offizielle Positionierung erforderlich wäre? Oder etwa ein bewusstes verabredetes Schweigen, weil man sich im Verhandlungsfahrwasser der Pharmalobby auf der sicheren Seite wähnt und eine öffentliche Debatte nicht

provozieren möchte? Viele Fragen an die Berufsvertretung, aber wo finden sich Antworten oder Erklärungen?

Eines habe ich beim stundenlangen Studium der 26 Pharmazeutischen Zeitungen erfahren: ARMIN und das Leitbild sind die zentralen Themen der Apothekerschaft für das Jahr 2014! So verkündete es der PZ-Chefredakteur in seinem Editorial zum Jahresbeginn 2014. Hier ist für das Freihandelsabkommen kein Platz. Es gibt standespolitisch offenbar andere Prioritäten. Noch Fragen?

Ingeborg
Simon



AUF DEM DIESJÄHRIGEN APOTHEKERTAG HABEN WIR MIT DER ALLIANZ ALLER APOTHEKER (AAA) EINEN ANTRAG ZUR AUFARBEITUNG VON EVIDENZ GÄNGIGER OTC-ARZNEIMITTEL EINGEBRACHT. M FOLGENDEN DRUCKEN WIR DREI DAZ-ARTIKEL AB, DIE SOWOHL ÜBER DEN INHALT DES ANTRAGES ALS AUCH ÜBER DESSEN VORBEREITUNG UND ABSTIMMUNG BERICHTEN.

DAZ-Interview zum DAT-Antrag

Evidenz gängiger OTC aufarbeiten!

Berlin - Auf dem Deutschen Apothekertag wird nächste Woche über einen Antrag abgestimmt, der vom Verein Demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten (VdPP) initiiert und von Vertretern der Allianz aller Apotheker (AAA) und anderer Listen eingebracht wurde. Inhaltlich geht es um die Förderung der evidenzbasierten Beratung in der Selbstmedikation. DAZ.online hat bei einer der Antragstellerinnen, der Berliner Apothekerin Dr. Kerstin Kemmritz, sowie Frau Viktoria Mühlbauer vom VdPP nachgefragt, was hinter dem Antrag steckt.

DAZ.online: *Wie kam es zur Zusammenarbeit dieser unterschiedlichen Organisationen – des VdPP und der AAA?*

Kemmritz: „Schuld“ an dem Antrag ist tatsächlich die Leitbilddiskussion, die wir auf privater Ebene dann auch länderübergreifend geführt haben. Dabei

sind wir in einer spannenden Diskussion immer wieder an der „Evidenzfrage“ hängen geblieben und dem vermeintlichen Gegensatz zwischen einem rein wissenschaftlichen Interesse auf der einen und den fehlenden Ressourcen für weitere, womöglich zeitraubende Vorschriften und Prozeduren im Apothekenalltag auf der anderen Seite.

Nachdem sich auch in der Endfassung des Leitbildes – oder Perspektivpapiers 2030, wie es jetzt heißt – das Bekenntnis der Apothekerschaft zu einer „grundsätzlich evidenzbasierten Versorgung“ findet, geht es also gar nicht mehr um das „Ob“, sondern nur noch um das „Wie“ und „Wann“, bei dem wir gerne mithelfen, rechtzeitig

praktikable Lösungen zu finden bevor es andere tun. Der Antrag ist daher als Umsetzung dieses eigenen Anspruchs in die Praxis zu sehen, damit wir Apotheker durch einen einfachen Zugang zu diesen Daten überhaupt in die Lage versetzt werden, evidenzbasiert zu beraten – und nicht von anderen interessierten Kreisen vorgeführt werden, weil wir uns vollmundig etwas ins Stammbuch geschrieben haben, was wir bisher nicht leisten können oder wollen.

Mühlbauer: Allen Beteiligten ist die Zukunft des Berufs und die Qualität der Versorgung wichtig. Es geht hier nicht um neue Verpflichtungen, sondern um eine fundierte und praxisnahe Hilfestellung für die Beratung in der Offizin. Die Beratung zur Selbstmedikation ist eine der Kernaufgaben des Apothekers – nirgendwo sonst hat er einen so großen Handlungsspielraum. Er ist hier die letzte und oftmals einzige Fachperson, der der Patient vor der Arzneimittelaufnahme begegnet und macht den Unterschied zu Drogerien und Versandapotheken aus. In eine gute Beratung fließen also drei Aspekte ein: Der Patientenwunsch, die Erfahrung des Apothekers und das Wissen um die Studienlage.

DAZ.online: Was genau fordern Sie?

Mühlbauer: Wir möchten der Arzneimittelkommission der Apotheker die Aufgabe übertragen, zu den am häufigsten abgegebenen Arzneistoffen in der Selbstmedikation die Datenlage zu Nutzen und Risiken sowie die Aussagefähigkeit der Studienlage zusammen zu tragen und in praxisgerechter Form z.B. durch Einbindung in die Wirkstoffdossiers der ABDA-Datenbank zur Verfügung zu stellen, ohne dass damit eine automatische Bewertung des Arzneimittels verbunden ist. Ich denke, die Patienten erwarten von uns Apothekern auch, dass unsere Empfehlungen durch wissenschaftliche Fakten untermauert sind.

DAZ.online: Inwiefern unterscheidet sich der Antrag von dem zur Evidenzbasierten Pharmazie im letzten Jahr?

Der DAT-Antrag im Wortlaut:

Evidenzbasierte Beratung in der Selbstmedikation fördern

Die Hauptversammlung der Deutschen Apothekerinnen und Apotheker spricht sich dafür aus, dass für die in der Selbstmedikation am häufigsten abgegebenen OTC-Arzneimittel die Evidenz zu Nutzen und Schaden aufgearbeitet wird und die Ergebnisse in geeigneter, praxistauglicher Form der Apothekerschaft zur Verfügung gestellt werden. Die Aufgabe wird ggf. federführend an die Arzneimittelkommission der Deutschen Apotheker (AMK) als eine dafür besonders qualifizierte Organisation der Apothekerschaft vergeben.

Kemritz: Im letzten Jahr haben einige Kollegen einen Antrag gestellt, der die Entwicklung von evidenzbasierten Therapieleitlinien für die Selbstmedikation zum Thema hatte. Diesen Antrag haben wir nicht unterstützt, weil derartige Leitlinien – neben einem hohen Aufwand – auch die Gefahren bergen, nicht als Hilfestellung und Unterstützung gesehen zu werden, sondern eher als Verpflichtung und weitere Abgabehürde. Oder als „Vorlage“ für EDV-Programme, die eine pauschale Beratung und Auswahl anbieten. Gerade die Beratung in der Selbstmedikation ist aber eine ganz auf die persönliche Situation des

Kunden zugeschnittene Leistung und weit mehr als nur die evidenzbasierte Auswahl eines Wirkstoffs! Gesundheit und Beratung gibt es eben nicht als „Pharmazie von der Stange“, denn Pharmazie, gerade auch in der Selbstbehandlung der Patienten, ist individuell und vielfältig. Diese Vielfalt dürfen wir uns auf keinen Fall nehmen lassen, diese Vielfalt will der Antrag daher in jedem Fall erhalten wissen – und die Auswahlkriterien für Arzneistoffe um das Kriterium der Evidenzlage erweitern.

Erschienen auf DAZ-Online,
Kirsten Sucker-Sket / 09.09.2014

Antragsabstimmung auf dem Apothekertag

Unterstützung für die OTC-Beratung

Ein vom VdPP in Zusammenarbeit mit der Allianz Aller Apotheker (AAA) erarbeitete Antrag zur evidenzbasierten Pharmazie ist auf dem diesjährigen Apothekertag mehrheitlich angenommen worden. In Zukunft soll die Evidenz zum Nutzen und Schaden gängiger OTC-Arzneimittel durch die Apothekerschaft aufgearbeitet werden. Die Diskussionen zur DAT-Abstimmung sind im folgenden DAZ-Artikel zusammengefasst.

München – Der apothekerliche Berufsstand will künftig evidenzbasierte Daten zu gängigen Präparaten in der Selbstmedikation sammeln, kategorisieren und klassifizieren, um sie für die Beratung nutzen zu können. Ein beim Deutschen Apotheker-

tag eingebrachter Antrag wurde nach kontroverser Diskussion am Ende mehrheitlich angenommen. Dr. Kerstin Kemritz, die zu den Antragstellern gehört, betonte, die Datensammlung solle nicht die individuelle Beratung einschränken, son-

dern vielmehr eine „vernünftige, praktische, hilfreiche und leicht verfügbare Beratungshilfe“ darstellen. Günther Hanke, Präsident der Landesapothekerkammer Baden-Württemberg, kritisierte, er sei gegen „Listenmedizin, bei der mir klugmeinnende Menschen etwas vorgeben“. Zudem seien entsprechende Versuche in der Vergangenheit immer gescheitert. Detlef Weidemann vom Apothekerverband Hessen stellte die Frage, wo das am Ende hinführen würde, wenn Apotheker aufgrund der Datenlage schwach wirksame Arzneimittel nicht mehr abgeben – letztlich handle es sich dabei häufig um Arzneimittel, die sich in der Praxis bewährt hätten.

„Wir kicken keine Präparate vom Markt“, verteidigte die Berliner Delegierte Kemmritz den Antrag. Dieser zielt vielmehr darauf ab, verfügbare evidenzbasierte Daten vom eigenen Berufsstand in Datenbanken zusammenzufassen und wirkstoffbezogen an einer Stelle – am liebsten der ABDA-Datenbank – für alle Apotheker

verfügbar zu machen. Wenn Kunden aus bestimmten Gründen ein anderes Medikament wünschten, könne dieses auch weiterhin abgegeben werden. Sie verwies zudem darauf, dass es immer wieder neue Studien zu Arzneimitteln gebe, „über die wir informiert sein wollen“, um die eigenen Kunden auch dazu beraten zu können.

Kunden kämen häufig mit gefährlichem Halbwissen, erklärte auch Christian Belgardt, Präsident der Apothekerkammer Berlin. „Wir müssen eine Nase weiter vorne sein.“ Daher brauche man Dokumente, die dabei helfen, auf dem neuesten Stand zu sein, auch bei neuen Arzneimitteln – „damit wir die Arzneimittelspezialisten bleiben können“. ABDA-Präsident Friedemann Schmidt betonte ebenfalls, die apothekerliche Entscheidungskompetenz werde durch eine solche Datensammlung nicht eingeschränkt. Sie sei „sinnvoll und unerlässlich“, um über ein Instrument zu verfügen, das die nötigen Informationen zugänglich mache.

Hanke kritisierte am Antrag zudem, dass der Arzneimittelkommission der Deutschen Apotheker (AMK) diese Aufgabe federführend übertragen werden soll – im Hinblick auf Zeit und Geld. Kemmritz erwiderte, diese Aufgabe sollte im eigenen Berufsstand umgesetzt werden. Man könne ja klein anfangen und zunächst ein, zwei Stellen mehr in der AMK schaffen. Letztlich zähle, dass am Ende erweiterte Beratungsmöglichkeiten für die Apotheken stünden. Abschließend stimmte die Mehrheit für den Antrag. „Das Niveau der wissenschaftlichen Diskussion beeindruckt“, erklärte ABDA-Vize Mathias Arnold – er freue sich nun auf die nächste Haushaltssitzung.

(Quelle: <http://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/apothekertag-2014/news/2014/09/19/unterstuetzung-fuer-die-otc-beratung/13855.html>, wir bedanken uns für die Genehmigung zum Abdruck.)

Bericht über VdPP Herbstseminar

Projekt 2030: Evidenzbasierte OTC-Beratung

BERLIN (ks) Die Pflicht zur Beratung und Information zu Arzneimitteln der Selbstmedikation ist seit 2012 in der Apothekenbetriebsordnung verankert. Doch wie genau sollte diese Beratung aussehen? Der Verein demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten (VdPP) plädiert schon lange dafür, hier mehr Evidenz einfließen zu lassen. Bei einem Seminar am 11. September in Berlin nahm sich der VdPP diesem Thema erneut an. Referentin war die Apothekerin und Anbieterin von Beratungsseminaren Anna Laven, die kürzlich an der Universität Düsseldorf eine Promotion zur Evidenzbasierten Pharmazie in der Selbstmedikation verfasst hat.

In regelmäßigen Abständen kommen Testkäufer in Apotheken. Im Anschluss heißt es meist, es werde nur unzureichend beraten, zudem würden häufig nicht geeignete Arzneimittel abgegeben. Doch wie berät man nun richtig zur Selbst-

medikation? Die Bundesapothekerkammer bietet hierzu eine Leitlinie. Für Laven eine sinnvolle Hilfe. Es gilt insbesondere, die Eigendiagnose mit den W-Fragen abzuklären und die Grenzen der Selbstmedikation zu erkennen. Allerdings: Diese

Leitlinie sieht vor, den Arzneistoff nach pharmakologisch-toxikologischen Kriterien auszuwählen. Diese Prüfung erledige aber schon die Zulassung des Arzneimittels, so Laven. Wichtiger sei, die Evidenz zu hinterfragen, überhaupt

eine Rationale in die Selbstmedikation einzubringen. Doch die Evidenzlage zu OTC ist angesichts sich ständig wandelnder Erkenntnisse nur aufwendig recherchierbar. Für ihre Doktorarbeit hat Laven systematisch vorhandene Datenbanken durchsucht. Die bestmögliche Evidenz findet sich in Metaanalysen verschiedener randomisierter klinischer Studien, etwa in Cochrane-Reviews. Beispiel Vorbeugung und Therapie der klassischen Erkältung: Hier zeigen die Studien, dass Echinacea und Knoblauch keine Evidenz aufweisen. Bedingt belegt ist sie hingegen für Vitamin C in der Prävention. Personen mit hoher physischer Belastung, die hochdosiert über drei Monate Vitamin C einnehmen, weisen danach weniger Krankheitstage auf. Kinder (14 %) profitieren dabei noch etwas mehr als Erwachsene (8 %). Dies, so Laven, ist eine Information, die man Apothekenpersonal an die Hand geben sollte – ob sie am Ende im individuellen Fall zu- oder abraten bleibt ihre eigene Entscheidung. Zink ist ein anderer gut untersuchter Wirkstoff. In der Therapie von Erkältungen hat er sich allerdings nur bei Erwachsenen und sehr hochdosiert als wirksam erwiesen. Für Kinder ließ sich keine Evidenz ausmachen. Was die Cochrane-Reviews ebenfalls zeigen: Die bei Apothekentests vielfach von „Experten“ kritisierten Arzneimittelkombinationen gegen Erkältungen – gleich welcher Art – haben sich durchweg als wirksam erwiesen.

In einem weiteren Schritt fragte sich Laven, wie diese Informationen

standardisiert in den Apothekenalltag integriert werden können. Mittels Umfragen und Schulungen zeigte sie auf: Wer zum Thema evidenzbasierte Pharmazie geschult wurde, stellt anschließend deutlich öfter die richtigen Fragen und



kommt zu nachvollziehbaren Empfehlungen – und das bei einer kaum längeren Beratungszeit. Etwas über

Was ist evidenzbasierte Pharmazie?

Nach der Definition des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin e. V. ist sie „der gewissenhafte, ausdrückliche und vernünftige Gebrauch der gegenwärtig besten externen wissenschaftlichen Evidenz für Entscheidungen in der pharmazeutischen Versorgung und Beratung.“

vier Minuten dauerte eine solche evidenzbasierte Beratung. Laven ist auch überzeugt: Wirtschaftlich wird die Entscheidung pro Evidenzbasierter Beratung einer Apotheke nicht schaden. Vielmehr könne man sich in bestimmten Indikationen auf Team-Empfehlungen einigen und sein Einkaufsverhalten besser steuern.

Für den VdPP sind dies ermutigende Erkenntnisse. Der Verein wird zum diesjährigen Apothekertag in Mün-

chen über Vertreter der Allianz Aller Apotheker (AAA) und anderer Listen einen Antrag zur Förderung der evidenzbasierten Beratung in der Selbstmedikation einbringen. Die Zielrichtung: Für die in der Selbstmedikation am häufigsten abgegebenen OTC-Arzneimittel soll die Evidenz zu Nutzen und Schaden aufgearbeitet werden – etwa durch die Arzneimittelkommission der Deutschen Apotheker. Die Ergebnisse sollten sodann in geeigneter, praxistauglicher Form der Apothekerschaft zur Verfügung gestellt werden. Unterstützt sie: sich der Verband auch durch einen Passus im Perspektivpapier „Apotheke 2030“. Darin heißt es: „Die öffentliche Apotheken versorgen ihre

Patienten individuell und grundsätzlich evidenzbasiert.“ Um diesem Anspruch gerecht zu werden bedürfe es einer transparenten und standespolitisch anerkannten Aufbereitung der Datenlage, betonte VdPP-Vorstand Florian Schulze. Bislang sei es für Apotheken schwer, diese Informationen zu bekommen, meist stammten sie vom Hersteller. Dem VdPP schwebt daher vor, dass die Daten in geeigneter Weise, etwa indikationsbezogen in die ABDA-Datenbank implementiert werden. Wie die anschließende Diskussion zeigte, gibt es dafür viel Zuspruch. Doch es ist auch allen bewusst: Es wird seine Zeit brauchen. Der Zeitrahmen des Perspektivpapiers? 2030 ist sicherlich nicht übertrieben.

(Aus der Deutschen Apothekerzeitung Nr. 38/2014, S. 18. Wir danken für die Genehmigung zum Abdruck.)

Vom Leitbild zum Perspektivpapier – viele Worte, heiße Luft?

Der diesjährige Apothekertag bildet das Ende des Leitbildprozesses (oder des Perspektivpapierprozesses), der die Fachöffentlichkeit schon das ganze Jahr mehr oder weniger beschäftigt. Der VdPP hat in seiner Stellungnahme vom 13. März 2014 (erschieden in den Ausgaben 12 der Pharmazeutischen Zeitung und der Deutschen Apotheker Zeitung) seine wesentlichen Positionen dargelegt. Im Folgenden soll zum vorliegenden Entwurf des Perspektivpapiers, das auf dem diesjährigen Deutschen Apothekertag verabschiedet wird, aus der Sicht des VdPP Stellung genommen werden.

Zur Präambel

Bereits im ersten Absatz der Präambel zeigen sich nach Auffassung des VdPP wesentliche Schwächen. Dort heißt es: „Die Apotheker in Deutschland sind die Experten für Arzneimittel“. Dieser Alleinvertretungsanspruch ist falsch. Auch andere Berufsgruppen können Experten für Arzneimittel sein, zudem wird hier eine Abgrenzung zu anderen Diskussionspartnern betrieben, die verhindert wird, dass sich andere Gesundheitsberufe oder Meinungsbildner im Gesundheitswesen mit der notwendigen Ernsthaftigkeit mit den Positionen der Apothekerschaft auseinandersetzen werden. „Die Apotheker in Deutschland sind Experten für Arzneimittel“ hingegen würde sowohl eine Offenheit zum Dialog mit anderen Akteuren im Gesundheitswesen als auch den wissenschaftlichen Anspruch an das eigene Tun signalisieren.

Auch der dritte Satz unterstreicht nochmals den glatten Fehleinstieg in das Perspektivpapier. Hier heißt es: „Als freie Heilberufler erfüllen sie über öffentliche, inhabergeführte Apotheken den gesetzlichen Auftrag zur flächendeckenden Arzneimittelversorgung der deutschen Bevölkerung.“ Die Begriffskombination des freien Heilberufers zieht wiederum eine neue Grenze zu all denen, die die Privilegien der sogenannten Freien Berufe nicht haben, wie z. B. die Pflegeberufe oder andere nichtmedizinische Fächer. Noch problematischer ist der Hinweis auf die inhabergeführte Apotheke, der andere Formen der Berufsausübung in öffentlichen Apotheken ausblendet. Nach Ansicht des VdPP muss sich die Apotheke aber von ihrem öffentlichen Auftrag und von den Interessen der Patientinnen und Patienten her definieren und nicht über die Interessen der Inhaber. Dies ist notwendig, um bis 2030 den Apothekerberuf als Heilberuf im deutschen Gesundheitswesen zu sichern und ihn als wesentliches Element eines Netzwerkes zur Arzneimitteltherapiesicherheit auszubauen. Die gleiche falsche Gewichtung findet sich auch in den Punkten 24 (Seite 7) und 29 (Seite 7).

Im Mittelpunkt stehen Patientinnen und Patienten

Patienten werden in Zukunft hinsichtlich ihrer Entscheidungsfähigkeiten stärker gefordert werden. So steht es auf Seite 3, Punkt 7 sinngemäß. Hier wäre es wertvoll gewesen, sich an die Seite derer zu stellen, die sich im Interesse der Patientinnen und Patienten oder Verbraucherinnen und Verbraucher Informationen aufarbeiten und

zur Verfügung stellen, wie z. B. das IQWiG, die Unabhängige Patientenberatung oder die Stiftung Warentest. Hier wären Brücken notwendig gewesen, wie man das Know-how dieser Einrichtungen mit dem Auftrag der Apotheken zu Information und Beratung des einzelnen Kunden/Patienten verbindet.

Widersprüchlich kann Punkt 17 (Seite 5) verstanden werden: Apothekerinnen und Apotheker sollen dafür sorgen, dass der Patient oder die Patientin verschreibungspflichtige und nichtverschreibungspflichtige Arzneimittel akzeptiert. Dies ist zumindest erklärungsbedürftig – klingt der Satz doch so, als ob es zur Akzeptanz und damit zur Einnahme der Medikamente nie eine Alternative gäbe.

In seiner Stellungnahme forderte der VdPP, die Interessen der Patienten und nicht die kaufmännischen Interessen in den Mittelpunkt der Arbeit zu stellen. Auch im Perspektivpapier steht der Patient in Punkt 8 (Seite 4) im Mittelpunkt. Doch schon in den Punkten 9 und 10 stellt sich wieder das alte Problem von Ethik und Monetik im Apothekenwesen. Das pharmazeutische Personal erfüllt seinen Auftrag unabhängig von den Interessen Dritter, heißt es da. Mitunter sind jedoch die eigenen kaufmännischen Interessen ein größeres Hindernis für die patientenorientierte Versorgung als die Interessen Dritter. Wie der Apotheker den Spagat zwischen heilberuflichen und kaufmännischen Interessen am besten bewältigen soll, findet sich dort jedoch nicht. Hier dreht sich die Apothekerschaft schon seit Jahrzehnten um sich selbst und sieht nicht, dass nur

ein anderes Anreizsystem aus diesem Interessenkonflikt helfen kann. Auch in einer Erweiterung des Sortiments um Waren „mit Gesundheitsbezug“ zur Existenzsicherung einer Apotheke sieht der VdPP keine Zukunft. Vielmehr müssen alle Anstrengungen unternommen werden, den Versorgungsauftrag als alleinige Existenzgrundlage für die Apotheken weiterzuentwickeln.

Sehr erfreulich ist die Tatsache, dass im Perspektivpapier die „grundsätzlich evidenzbasierte Versorgung“ aufgenommen wird. Wie dies zu bewerkstelligen ist und wie die Apotheker dazu befähigt werden, davon ist jedoch nichts zu lesen. Der VdPP hatte in seiner Stellungnahme fundierte Informationen zu den wichtigsten Selbstmedikations-Arzneimitteln gefordert und bringt dazu einen Antrag auf dem Apothekertag ein. Wünsche und Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten hinsichtlich ihrer Therapie sind natürlich zu berücksichtigen, aber die Ratsuchenden erwarten auch zu Recht, dass die Aussagen des pharmazeutischen Personals auf gesichertem Wissen beruhen.

Punkt 12 (Seite 4) konzentriert sich auf die Vernetzung der Apotheke im heilberuflichen Netzwerk sowie in Netzwerken zur Prävention. Nach Ansicht des VdPP wären beim Thema Prävention im Sinne des weiter gefassten Public-Health-Begriffes neben einer Vernetzung im Gesundheitswesen auch die Vernetzung mit Institutionen des Sozialwesens notwendig, um die Vorteile der Niedrigschwelligkeit der Apotheken umfassender nutzen zu können. Zudem ist es notwendig, dass sich das Personal in Apotheken intensiv mit Public Health-Themen auseinandersetzt und erkennt, dass Gesundheit sehr viel mit (lokaler, regionaler, nationaler und internationaler) Politik zu tun hat und Apotheken vor Ort

hier sehr gute Möglichkeiten haben, das Netzwerk lokale Gesundheit zu stärken. Die im Perspektivpapier genannten Vernetzungen reichen dafür nicht aus.

Wie eine Beteiligung an heilberuflichen Netzwerken aussehen soll, wird im Perspektivpapier nicht konkretisiert und muss auch mit den übrigen Heilberufen - insbesondere mit den Ärztevertretern - ausgehandelt werden. Wie schwer das ist, sieht man am holprigen Beginn des Projektes ARMIN in Thüringen und Sachsen. Auch der in der 21. Entschließung der NRW-Landesgesundheitskonferenz aus dem Jahre 2012 von Ärzte- und Apothekerschaft mitgetragene Auftrag, das jeweilige Rollenverständnis genauer herauszuarbeiten, harrt noch der Umsetzung.

Auf die Begriffe „Fortbildung“ und „Weiterbildung“ verzichtet das Perspektivpapier. Es findet sich nur der Hinweis, dass alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ihr Fachwissen stets auf aktuellem Stand halten und sich das Personal in den öffentlichen Apotheken dem Wissenszuwachs durch Fortentwicklung von Wissenschaft und Technik anpassen muss. Wie dies erfolgen soll, bleibt offen – eine Verpflichtung zur Fortbildung wie bei den Ärzten, und wie es der VdPP fordert, gibt es nicht. Das Thema industriegesponserter Fortbildungen und der Umgang mit diesen an Industrieinteressen gebundene Informationen sowie der Wunsch nach mehr unabhängigen Fortbildungsangeboten finden sich im Perspektivpapier ebenfalls nicht wieder.

Die Apothekerschaft sollte nach Auffassung des VdPP ihre arzneimittelbezogenen Gestaltungsmöglichkeiten politisch nutzen. Diese Forderung findet sich im Perspektivpa-

pier wieder: „Die Apotheker [...] nutzen die Chance, sich auf unterschiedlichen gesellschaftlichen und politischen Ebenen an aktuellen, ihre Tätigkeitsfelder betreffenden Debatten zu beteiligen und wichtige Entwicklungen aktiv mitzugestalten und voranzutreiben.“ Angesichts der Ergebnisse einer Umfrage der Deutschen Apotheker Zeitung (DAZ 26.05.2014), wonach fast die Hälfte der befragten Apothekerinnen und Apotheker ihre Stimme bei der Europawahl 2014 der Partei AfD geben wollten, stellt sich aber die Frage, in welche Richtung die Apothekerschaft gestalten will. In dieser Hinsicht muss man schon hoffen, dass die so abstimmende Basis der Apothekerschaft nie die Mehrheit in den Gremien der ABDA bekommen möge.

Das Perspektivpapier der ABDA enthält positive Elemente, geht aber aus Sicht des VdPP nicht die notwendigen Schritte, um die Apothekerschaft in den nächsten Jahren als glaubwürdigen Partner im deutschen Gesundheitswesen zu positionieren. Insofern bleibt zu hoffen, dass die Anforderungen der Gesellschaft an das Apothekenwesen dafür sorgen werden, dass individuelles Patientenwohl, Gesundheit der Bevölkerung und Wirtschaftlichkeit der Arzneimittelversorgung zum Maßstab der Weiterentwicklung des Apothekenwesens werden. Wenn die ABDA in diese Richtung konsequent steuern würde, bliebe für die Apotheke in der Zukunft eine reelle Chance, wenn nicht, drohen in nicht allzu ferner Zukunft weitere neoliberale Schläge gegen die Apotheke.

Udo Puteanus

Bericht zum 18. International Social Pharmacy Workshop, Boston

Sozialpharmazie international

In Boston, Massachusetts, USA, fand vom 5. bis 8. August dieses Jahres der 18. International Social Pharmacy Workshop statt. Ausgeführt wurde die Tagung von der Northeastern University in Boston. Die Referentinnen und Referenten aus aller Welt präsentierten den Teilnehmenden anhand vielfältiger Beitragsformate (Poster, Workshops, Seminare, Präsentationen und Diskussionen) die neuesten Forschungsergebnisse der Sozialpharmazie und boten einen Überblick über die Vielfalt regionaler Aktivitäten.

Der International Social Pharmacy Workshop (ISPW) ist eine alle 2 Jahre stattfindende wissenschaftliche Tagung, auf der über (psycho-)soziale Aspekte des Medikamentengebrauchs in der Gesellschaft diskutiert wird. Dabei werden Aspekte der universitären sozialpharmazeutischen Forschung und die sich daraus ergebenden politischen Auswirkungen auf die Gesundheitssysteme in den einzelnen Ländern kritisch untersucht. Darüber hinaus bietet der ISPW viele Möglichkeiten des Networkings, so dass die Zusammenarbeit von Einrichtungen im Gesundheitswesen stetig verbessert werden kann.¹

Kein Beitrag aus Deutschland

Mehr als 20 verschiedene Nationen nahmen in diesem Jahr an dem Workshop teil. Abbildung 1 zeigt die Verteilung der mehr als 180 Beiträge auf die teilnehmenden Länder. Australien, die USA und Malaysia waren die Länder mit den meisten Beiträgen. Aus europäischer Perspektive zeigten Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler aus England, Portugal, Norwegen und Dänemark das größte Engagement, wie die Auswertung der im Internet frei zugänglichen Abstracts ergibt. Ein Beitrag

aus Deutschland findet sich nicht darunter. Eröffnet wurde die Veranstaltung von Professor Bryony Dean Franklin, klinische Pharmazeutin und Direktorin des „Centre for Medicines Safety and Service Quality“ in England. Die Patientensicherheit und die Zusammenarbeit zwischen Patient und Apotheker standen im Mittelpunkt ihres Vortrags.

Ein interessantes Beispiel findet sich im Poster von Prof. Dr. Anna B. Almarsdóttir von der University of Southern Denmark aus Dänemark. Ihr Ziel ist es, ein Entscheidungsunterstützungssystem zusammen mit geriatrischen Pharmazeutinnen und Pharmazeuten und geeigneter Software zu erarbeiten, um die Arzneimitteltherapie bei älteren Menschen zu optimieren. Dr. Jason Perepelkin von der University of Saskatchewan aus Kanada ging in seinem Poster auf die Wichtigkeit der beteiligten Pharmazeutinnen und Pharmazeuten am Medikationsprozess in Form von „Medication Reviews“ ein. So würden Medikationsfehler erkannt und könnten schneller behoben werden.

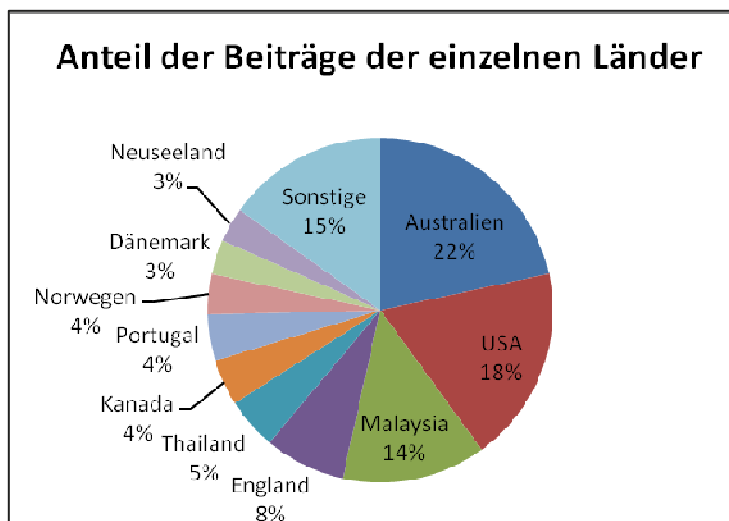


Abb. 1: Sozialpharmazie international: Anteil einzelner Länder an den Beiträgen des International Social Pharmacy Workshop 2014 in Boston, Massachusetts

Zentrales Thema: Versorgung der älteren Bevölkerung

Vor dem Hintergrund des demographischen Wandels in den westlichen Ländern war die Arzneimittelversorgung der immer älter werdenden Bevölkerung und die Versorgung der Bewohnerinnen und Bewohner in Alten- und Pflegeheimen ein zentrales Thema in den Workshops und Poster-

In anderen Beiträgen wurde die große Bedeutung der Patientensicherheit, eng verbunden mit der Pharmakovigilanz und evidenzbasierter Medizin, thematisiert.

Interprofessionelle Bildung verbessern

International gibt es große Unterschiede in der Ausbildung von Pharmaziestudierenden. Ziel sollte es sein, die Ausbildung zu verbessern

und dabei verstärkt Aspekte der Patientensicherheit zu berücksichtigen. Während des Studiums sollte auch schon auf die interdisziplinäre Zusammenarbeit besonders zwischen Apothekerinnen/Apothekern und Ärztinnen/Ärzten, aber auch mit anderen Berufen aus dem Gesundheitssystem hingearbeitet werden. Wie wichtig die interprofessionelle Bildung (IPE: Interprofessional Education) ist, hob Dr. Sion Coulman von der University of Cardiff aus Wales in seinem Beitrag (Titel: „Therapeutics and prescribing interprofessional education (IPE). Medical and pharmacy students working and learning Together“) hervor.

Weitere Themen waren die Gewährung und Einhaltung der Adherence/Compliance, die Chancen und Hindernisse der sozialen Medien und des

Internets zur Erhöhung der Patientensicherheit. Auch einige spezielle pharmakologische Themen, wie die Betreuung von Diabetes-Patienten und von depressiven Patienten, sowie der globale Einsatz von Antibiotika, wurden diskutiert.

Den Großteil der Beiträge präsentierten wissenschaftliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Universitäten. Aber auch Lehrkräfte von Colleges oder Schools of Pharmacy zeigten Früchte ihrer sozialpharmazeutischen Forschung. Dabei kamen die Referentinnen und Referenten fast ausschließlich aus der Pharmazie oder der Medizin.

Auch wenn es sich beim ISPW um eine wissenschaftliche Tagung handelt, beteiligten sich von den mehr als 150 Referentinnen/Referenten

auch sechs Vertreterinnen und Vertreter von fünf anderen nichtuniversitären Institutionen, z. B. aus einer europäischen Zulassungsbehörde, einer Sozialversicherungsanstalt, einem Krankenhaus und einem Zentrum zur Anwendung und Sicherheit von Arzneimitteln.

Im Jahr 2016 wird der nächste ISPW in Aberdeen, Schottland, stattfinden.

Esther Luhman,

z. Zt. Pharmazeutin im Praktikum im LZG.NRW

¹ <https://www.neurxce.org/root/static/registration/index.html>, über die Unterseite „Schedule of Events“ gelangt man zu den Abstracts. Zur Sozialpharmazie im Überblick: <http://de.wikipedia.org/wiki/Sozialpharmazie>

Zur Weiterentwicklung der geriatrischen Pharmazie

Interview mit Apothekerin Ingeborg Simon

Im November 2009 hat die Mitgliederversammlung der Bundesapothekerkammer der Einführung des neuen Weiterbildungsbereiches „Geriatrische Pharmazie“ zugestimmt. Ziel der Geriatrischen Pharmazie ist die Optimierung des Medikationsprozesses für ältere multimorbide und zumeist pflegebedürftige Patienten. Was von dieser Bereichsweiterbildung erwartet werden kann und ob sich dadurch die Arzneimittelversorgung älterer multimorbider Menschen verbessern lässt, dazu ein Gespräch mit Apothekerin Ingeborg Simon, Berlin.

LUHMANN: Zunächst erst einmal Herzlichen Glückwunsch zum Carola Gold Preis, der Ihnen am 13. März dieses Jahres verliehen wurde. Der Carola Gold Preis ehrt Sie damit für herausragendes Engagement im Bereich der gesundheitlichen Chancengleichheit. In diesem Gespräch wollen wir nun über die Chancengleichheit der älteren Bevölkerung, sowohl in den Heimen als auch über die Pflegebedürftigen im ambulanten Bereich sprechen, insbesondere auch über die Arzneimitteltherapie von geriatrischen

Patienten. Wie beurteilen Sie die Einführung von Heimversorgungsverträgen, zum einen für die öffentliche Apotheke und Alten-

„Die Kammern müssen beweisen wollen, dass sie sich engagieren, zum Beispiel mit der Aufnahme des Weiterbildungsbereichs ‚Geriatrische Pharmazie‘.“

und Pflegeheime, zum anderen für die Patientinnen und Patienten? Hat die Einführung der Heimversorgungsverträge vor gut 10 Jah-

ren, im Jahr 2003, die pharmazeutische Betreuung in den Alten- und Pflegeheimen verbessert? Wie sehen sie die Situation heute aus Sicht des LSBB?

SIMON: Sicherlich ist die Einführung von Heimversorgungsverträgen ein erster Schritt. Die Verträge an und für sich sagen aber noch nichts über deren Qualität aus. Denn die Qualität eines solchen Vertrages muss ja erfahrbar werden für die Menschen, die es betrifft. Es muss erkennbar sein, dass die Arzneimittelversorgung

sachgerecht und verständlich ist. Was immer zu kurz kommt und in den Heimverträgen keine Rolle spielt, ist, dass der Betroffene selbst in die Therapie aktiv mit einbezogen wird, soweit das sein Gesundheitszustand erlaubt. Der Patient muss das Gefühl haben, dass seine Bedürfnisse und seine Probleme gehört und dann qualifiziert angegangen werden. Heimversorgungsverträge dienen somit als wichtige Grundlage für die Zusammenarbeit zwischen dem Pflegepersonal und der versorgenden Apotheke zum Wohle des Patienten.

LUHMANN: *Nicht nur im Apothekenrecht, sondern auch auf Seiten der Heime, Stichwort: Heimrecht und Wohn- und Teilhabegesetz (WTG), gab es Änderungen. Als das Heimrecht 2006 auf die Länder übertragen wurde, setzten die Länder die ihnen übertragene Aufgabe unterschiedlich um, zeitlich wie auch inhaltlich. Welche Probleme und Herausforderungen sehen Sie bezogen auf das Heimrecht?*

SIMON: Die Einführung der Heimrechte auf Länderebene ist damals sehr kritisch diskutiert worden. Es gab einen großen Widerstand auf Bundesebene, das Heimrecht auf föderale Ebene zu bringen. Man wollte vermeiden, dass jedes Bundesland ein eigenes Heimrecht bekommt, zumal auch einige Rechte beim Bund verblieben sind. Somit waren die Startbedingungen einigermaßen ungünstig.

Beim Heimrecht geht es vor allem um die Praxis und die Frage: Wie gehe ich damit um? Welche Rechte hat der Patient? Welche Rolle spielt der Betroffene? Alle, auch die Apotheker fordern: „Der Mensch, als Patient, muss mit seinen Bedürfnissen im Mit-

telpunkt stehen.“ Wenn das so ist, dann müssen demnach sowohl das Heimrecht als auch die Versorgungsverträge aus der Perspektive des Patienten betrachtet werden.

In Berlin gibt es das Wohn- und Teilhabegesetz seit dem 1. Juli 2010. Der Landesseniorenbeirat Berlin (LSBB) war an der Entwicklung dieses Gesetzes in Berlin beteiligt. In allen Bundesländern ist die Heimversorgung mit Fachärzten und Allgemeinmedizinern unbefriedigend. Das Problem der medizinischen Versorgung der Betroffenen steht darum natürlich im Zentrum des Interesses, so dass die

„Die Wissensvermittlung darf aber mit dem Ende des Studiums auf gar keinen Fall aufhören.“

Arzneimitteltherapie als ein nachgeordnetes Problem im Hintergrund bleibt. Das hat aus meiner

Sicht aber auch wesentlich damit zu tun, dass sich die Kammern selbst hier zu wenig engagieren. Die Kammern müssen beweisen wollen, dass sie sich engagieren, zum Beispiel mit der Aufnahme des Weiterbildungsberichts „Geriatrische Pharmazie“.

LUHMANN: *Der Weiterbildungsbereich „Geriatrische Pharmazie“ wurde im November 2009 auf Anregung der Apothekerkammer Nordrhein in die Musterweiterbildungsordnung der Bundesapothekerkammer (BAK) aufgenommen. Bis zum Stichtag 01.01.2014 hatten bundesweit ca. 400 Apothekerinnen und Apotheker diese Weiterbildung absolviert. Die Kammern in Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Saarland und Thüringen haben diesen Weiterbildungsbereich nach wie vor nicht. 2010 hatten Sie bereits eine bundesweite Aufnahme der Zusatzqualifikation „Geriatrische Pharmazie“ gefordert. Was ist aus Ihrer Sicht in den letzten Jahren in Berlin geschehen?*

SIMON: In Berlin ist bis heute nichts geschehen, trotz entsprechender Anregung durch die Fraktion Gesundheit in der Apothekerkammer.

Nachdem die Apothekerkammer mit dieser Aufforderung konfrontiert war, reagierte sie abweisend mit der Begründung, dass das Interesse der Mitglieder nicht gegeben sei. Auch der LSBB hat im Rahmen einer öffentlichen Veranstaltung darauf gedrängt. Ich schaue mir die Fort- und Weiterbildungsangebote der Apothekerkammer Berlin regelmäßig an. In ihrer aktuellen Veranstaltungsübersicht kommt die Zielgruppe der geriatrischen Patienten nur einmal vor. Die geriatrischen Patienten müssten schon wegen ihres hohen Anteils als Zielgruppe bei Fort- und Weiterbildungsangeboten einen besonderen Stellenwert haben. So erhalten nach Aussage des Sachverständigenrats im Gutachten 2009 40 % der Frauen über 65 Jahre neun und mehr Wirkstoffe in Dauertherapie.

LUHMANN: *Von den Kammern nun zu den Universitäten: es wird auch diskutiert, dass die „Geriatrische Pharmazie“ schon bundesweit in den Universitäten gelehrt werden soll, angesiedelt im Bereich der Klinischen Pharmazie. Somit brauchte man keine durch die Kammern organisierte Weiterbildung zur „Geriatrischen Pharmazie“. Was halten Sie von dem Vorschlag?*

SIMON: Es ist für mich sehr schwer nachvollziehbar, dass man die geriatrische Pharmazie nur an einem Ort installieren will. Als hätte man damit seine Pflicht getan. Wir müssen in unserem Beruf als Apotheker, solange wir beruflich tätig sind, kontinuierlich dazulernen, weil sich die Wissenschaft und mit ihr die pharmakotherapeutischen Erkenntnisse ständig weiterentwickeln. Selbstverständlich



Ingeborg Simon ist Apothekerin. Seit ca. 10 Jahren ist sie im Ruhestand und noch immer sehr engagiert. Sie war nach dem Ausscheiden aus der Apotheke zunächst gesundheitspolitische Sprecherin der Links-Fraktion im Abgeordnetenhaus Berlin und ist heute als stellvertretende Vorstandsvorsitzende der Volkssolidarität Landesverband Berlin e.V. und stellvertretende Sprecherin der Arbeitsgruppe Gesundheit, Pflege und Verbraucherschutz im Landesseniorenbeirat Berlin (LSBB) aktiv. Am 13. März 2014 wurde ihr der Carola Gold Preis verliehen. Die Verleihung des Carola Gold-Preises ist eine Aktivität von Gesundheit Berlin-Brandenburg und den Mitgliedern des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit.

muss die Geriatrische Pharmazie an den Unis gelehrt werden, da bietet sich die Klinische Pharmazie an. Wenn die Geriatrische Pharmazie bereits in der Ausbildung verankert wird, erfährt der Pharmaziestudent schon von Anfang an ihre berufspraktische Bedeutung. Die Wissensvermittlung darf aber mit dem Ende des Studiums auf gar keinen Fall aufhören. Wie will man sonst in der Praxis die fachliche Qualität dauerhaft gewährleisten? Und hier sehe ich alle Kammern in der Verantwortung!

Nicht nur in den Heimen, auch im ambulanten Pflegebereich ist die Zusatzqualifikation sinnvoll. Die Pflegebedürftigen sind in Berlin zu über 70 % zu Hause und werden dort betreut.

In Thüringen gibt es nach Ihrem Hinweis die Weiterbildung der „Geriatrischen Pharmazie“ gar nicht. Das am 1. April 2014 in den Ländern Sachsen und Thüringen gestartete Pilotprojekt ARMIN richtet sich aber an Menschen, die mehr als fünf Arzneimittel einnehmen. Das sind in der Regel

ältere Patienten. Da hielte ich die Qualifizierung der beteiligten Apotheken für die geriatrische Beratungstätigkeit für erforderlich.

Nicht jeder Berufsangehörige muss die Weiterbildung machen, aber spätestens dann, wenn beispielsweise die Aufgabe der Heimversorgung übernommen wird, müssen die hier bestehenden spezifischen Anforderungen an die Arzneimittelversorgung qualifiziert erfüllt werden.

„Heute müssen wir uns zunächst dafür einsetzen, dass Geriatrische Pharmazie in absehbarer Zeit als Weiterbildungsgebiet in allen Apothekerkammern anerkannt und angeboten wird.“

LUHMANN: *Sie fordern, dass Heimversorgungsverträge nur mit einem Apotheker, der die Zusatzqualifikation „Geriatrische Pharmazie“ trägt, abgeschlossen werden können. Wie würden Sie dann die Situation in ländlichen Gebieten einschätzen? Läge hier ein Risiko zur eingeschränkten Versorgung vor, oder käme es gar zu einer Marktberreinigung, weil nur wenige Apotheker die Weiterbil-*

dung durchgeführt haben oder durchführen konnten?

SIMON: Die Antwort auf die von Ihnen gestellte Frage ist schwierig, solange die grundsätzlichen Versorgungs- und Strukturmängel in den ländlichen Regionen nicht behoben worden sind. Da erscheint die Frage nach der Geriatrischen Pharmazie in ländlichen Regionen eher abseitig. In unterversorgten Regionen, in denen in der Regel überwiegend ältere Menschen leben, müssen die Voraussetzungen für eine angemessene und erreichbare altersspezifische Arzneimittelversorgung und -betreuung erst geschaffen werden.

Da kann weder ein erweitertes Angebot von einzelnen Arztpraxen noch von zusätzlichen Apotheken die Antwort sein. Im gerade erschienenen Gutachten des Sachverständigenrats wird ja wie auch schon in früheren Gutachten auf die Installierung multi-professioneller Versorgungszentren und Gesundheitsnetze gesetzt. Hier muss auch die geriatrische Kompetenz des Apothekers Bestandteil der Angebotspalette werden, insbesondere wenn es um die Sicherstellung

der Arzneimittelversorgung für die ältere Generation geht.

Heute müssen wir uns zunächst dafür einsetzen, dass Geriatriische Pharmazie in absehbarer Zeit als Weiterbildungsgebiet in allen Apothekerkammern anerkannt und angeboten wird. Für Berlin werde ich mit dem Landesseniorenbeirat weiter Druck auf die Politik und die Kammer machen, damit der lange überfällige Schritt bei uns endlich getan wird. Der LSBB verbindet das mit der Forderung, nur diejenigen Apotheken zur Heimversorgung zuzulassen, die über eine entsprechende geriatrische Kompetenz verfügen.

LUHMANN: *Der von Ihnen angesprochene Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen hat kürzlich ein Gutachten mit dem Titel „Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektive für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche“ veröffentlicht. Es fordert „Medikations-Check-Ups“ und strukturierte Pharmakotherapie-Qualitätszirkel-Programme zur Erhöhung der Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) bei geriatrischen Patienten. Welche Rolle spielt der Apotheker, bzw. die Geriatriische Pharmazie dabei? Und wer sollte ihrer Meinung nach für die entstehenden Kosten aufkommen, die durch die Extra-Leistungen entstehen?*

SIMON: Die Vorschläge des Sachverständigenrats sind nicht neu. Sie fanden sich auch schon - und wie ich finde noch präziser auf das Aufgabenfeld der Apotheke bezogen - im Sondergutachten 2009. An solchen Empfehlungen besteht ja kein Mangel. Jeder Vorschlag, der auf Kooperation der für die Qualität der Arznei-

mittelversorgung zuständigen Verantwortlichen in Medizin, Pharmazie und Pflege orientiert, ist unterstützenswert. Bisher fehlte der politische Wille, diese Überlegungen, die ja auch schon in diversen lokalen Modellver-

„Erste Voraussetzung ist, dass die Geriatriische Pharmazie wie die Offizin - oder die Klinische Pharmazie zum festen Bestandteil der gesamten pharmazeutischen Bildungskette wird.“

suchen erprobt wurden, durch die Schaffung der entsprechenden strukturellen und finanziellen Voraussetzungen zu ermöglichen. Ob das Projekt ARMIN einen Beitrag zur Erhöhung der Arzneimittelsicherheit bei geriatrischen Patienten leisten wird,



bleibt abzuwarten. Dass die Vermittlung geriatrisch-pharmazeutischer Kompetenz auf allen Ebenen der Aus-, Fort- und Weiterbildung hier einen wesentlichen Beitrag zur Verbesserung der Arzneimittelsicherheit im Alter leisten kann, ist für mich unstrittig. Die von Ihnen angesprochenen Kostenfragen stehen für mich erst am Ende einer erkennbaren Erfolgsgeschichte auf der Tagesordnung.

LUHMANN: *Wie steht es um die Qualität der Weiterbildung? Wie kann man gewährleisten, dass alle geriatrischen Patienten, nicht nur in den Heimen, eine sichere Arzneimitteltherapie bekommen?*

SIMON: Erste Voraussetzung ist, dass die Geriatriische Pharmazie wie die Offizin - oder die Klinische Pharmazie zum festen Bestandteil der gesamten pharmazeutischen Bildungskette wird. Das ist für die Heimversorgung genauso hilfreich wie für die ambulante Versorgung, die ja den höchsten Anteil an pflegebedürftigen Menschen zu versorgen hat und damit auch die höchsten Anforderungen an die pharmazeutische Betreuung stellt.

Dabei muss klar sein, dass geriatrische Kompetenz mehr beinhaltet als exaktes pharmazeutisches Fachwissen. Geriatriische Pharmazie geht über naturwissenschaftliches Wissen hinaus. Hier ist mindestens im gleichen Umfang soziale Kompetenz gefragt, denn der mit zunehmendem Alter immer häufiger von Multimorbidität und chronischen Krankheitsverläufen betroffene Mensch muss zusätzlich mit Einschränkungen seiner geistigen und körperlichen Fähigkeiten, mit kognitiven Einschränkungen und Handicaps bei seiner Mobilität rechnen. Hier liegen die ernstesten Herausforderungen für die Vermittlung geriatrischer Kompetenz in der Apotheker-Patient-Beziehung. Es reicht daher nicht, wenn der Berufsstand öffentliche Bekenntnisse zum Patienten, der im Mittelpunkt seines Handelns steht, abgibt. Er muss vor allem gegenüber dem größten Bevölkerungsanteil, für

den die ordnungsgemäße Arzneimittelversorgung von essentieller Bedeutung ist, den hier zunehmenden Anforderungen gerecht werden. Das bedeutet nach meiner Überzeugung ein hohes berufspolitisches Engagement für die Verbreitung der geriatrischen Pharmazie.

LUHMANN: *Im Hinblick auf den demografischen Wandel der Gesellschaft und der fachlichen Qualität des Pharmazeutischen Personals, bitte noch ein Wort zur Zukunft der „Geriatrischen Pharmazie“ bzw. Chancengleichheit in der „Geriatrischen Pharmazie“!*

SIMON: Ich glaube, Ihre Frage schon zum Teil mit den vorherigen Ausführungen beantwortet zu haben. Hinter der Frage nach der Chancengleichheit steht nach meinem Verständnis ein sozialpharmazeutischer Aspekt. Ihn hier zu benennen, erscheint mir wichtig, denn geriatrische Pharmazie hat nicht allein mit naturwissenschaftlichen Aspekten zu tun, die für sich genommen schon komplex genug sind. Hinzu kommt

der betroffene Mensch in seiner prekären Lage als leidender Patient mit gesundheitlichen, psychischen und sozialen Belastungen, die alle zusammen wirksam werden. Geriatrische Kompetenz bedeutet für mich immer auch soziale Kompetenz, die für die partnerschaftliche Apotheker-Patient-Beziehung im Interesse einer hohen Adhärenz, gegenseitigen Vertrauens und erfolgreicher „pharmaceutical care“ gebraucht wird. Hier ist eine spezifische individuelle Betreuung im

„Dabei muss klar sein, dass geriatrische Kompetenz mehr beinhaltet als exaktes pharmazeutisches Fachwissen. Geriatrische Pharmazie geht über naturwissenschaftliches Wissen hinaus.“

Einzelfall unter Beachtung biografischer Daten zur Bildung, Herkunft und Lebensgeschichte des Einzelnen notwendig, wie sie uns ja seit langem schon aus der Sozialmedizin bekannt ist und in jedes erfolgreiche Betreuungskonzept gehören sollte. Das lernen ich nicht im klassischen naturwis-

senschaftlich ausgerichteten Ausbildungsverlauf, dazu braucht es die Sozialpharmazie mit ihrer gesamtgesellschaftlichen Sichtweise als Zugang und Flankierung zur geriatrischen Betreuung und Beratung, die mit Blick auf die weiter ansteigende Lebenserwartung und einem wachsenden Anteil hochbetagter Menschen gar nicht hoch genug bewertet werden kann.

Frau Simon, vielen Dank dass Sie sich die Zeit genommen haben und herzlichen Dank für das aufschlussreiche Gespräch.

Das Interview wurde durchgeführt von **Esther Luhmann, Münster**, im Rahmen ihrer Tätigkeit als Pharmazeutin im Praktikum im Bereich Sozialpharmazie des Landesentrums Gesundheit NRW.

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichwohl für beiderlei Geschlecht.

Plattform für Globale Gesundheit

Die „Deutsche Plattform für Globale Gesundheit“ (DPGG) ist ein Zusammenschluss von Sozialverbänden, nicht-staatlichen Organisationen,

Wissenschaftlern und Gewerkschaften, der auch der VdPP angehört.

In der heutigen globalisierten Welt sind die wesentlichen Einflussfaktoren für

Gesundheit und Wohlbefinden der Menschen nicht mehr allein auf nationaler Ebene steuer- und beeinflussbar. Die innerhalb und zwischen den Län-

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: Uschi Blöcker, Jürgen Große (verantwortlich), Thomas Hammer, 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.

dem dieser Erde beständig anwachsende Ungleichheit von Einkommen und Vermögen, der Klimawandel, die Liberalisierung der internationalen Finanz- und Warenströme, das Wirken transnationaler Konzerne, der Umgang mit den natürlichen Ressourcen der Welt: All das hat erheblichen Einfluss auf die Gesundheit der Menschen und macht zugleich globales Handeln unumgänglich. Vor diesem Hintergrund hat sich seit einigen Jahren eine wachsende Zahl staatlicher und nichtstaatlicher, profit- und nicht profit-orientierter Organisationen, Stiftungen und Unternehmen den Begriff der „globalen Gesundheit“ zu eigen gemacht.

In Deutschland haben sich 2011 verschiedene im Gesundheitsbereich tätige zivilgesellschaftliche Akteure zu einer

Plattform für Globale Gesundheit zusammengefunden, deren Ziel es ist, unter den Bedingungen der fortschreitenden Internationalisierung der Lebensbedingungen den engen Zusammenhang zwischen globalen und lokalen Einflussfaktoren von Gesundheit stärker ins öffentliche Bewusstsein zu bringen, vorhandene Kräfte zu bündeln und in Deutschland politisch Einfluss zu nehmen.

Die Plattform, in der Gewerkschaften, Sozial- bzw. Wohlfahrtsverbände, entwicklungs- wie migrationspolitische Organisationen, Wissenschaft, soziale Projekte und Bewegungen mitwirken, versteht sich nicht als weitere gesundheits- oder entwicklungspolitische Lobby-Gruppe, sondern als übergreifende Initiative mit dem Ziel, die sozialen Be-

dingungen für Gesundheit stärker in den Mittelpunkt der nationalen und internationalen Gesundheitsdebatte zu rücken. Außerdem will die Plattform die Zusammenarbeit zwischen nationalen und internationalen Initiativen stärken und dazu beitragen, die bisher bestehende Trennung zwischen innenpolitischer und globaler Gesundheitspolitik zu überwinden.

Mehr Informationen:

Basispapier Plattform für Globale Gesundheit

<http://www.medico.de/media/plattform-fuer-globale-gesundheit.pdf>

Globale Gesundheitspolitik für alle Menschen

<http://www.medico.de/media/globale-gesundheitspolitik-fuer-alle-menschen-an-.pdf>

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 Standesorganisationen
- 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

Monika Gerth
Monika.Gerth@t-online.de

Thomas Hammer
hr.hammer@web.de

Dorothea Hofferberth
dorothea.hofferberth@web.de

Viktoria Mühlbauer
vmuehlbauer@posteo.de

Bernd Rehberg
bernd@bernd-rehberg.de

Florian Schulze
Florian.schulze@web.de

NÄCHSTER RUNDBRIEF

Der nächste
VdPP-Rundbrief
erscheint im
Dezember 2014



Redaktionsschluss ist am
15. November 2014.