



Ulrike Faber, Johannes Eisenbarth, Sophie Bloemen, nach den Vorträgen in Berlin (von links nach rechts)

Pharmazie in sozialer Verantwortung



TTIP - bittere Pille für unser Gesundheitswesen?

Jedes Jahr Mitte Juni findet die Mitgliederversammlung des VdPP statt. Und immer widmen wir uns einem über das Vereinsgeschehen hinaus gehenden aktuellen und für die Pharmazie wichtigen Thema. Konnte es in diesem Jahr 2015 etwas Wichtigeres geben als TTIP? Der Einladung ins Ökumenische Zentrum in Berlin sind am Samstagnachmittag erfreulich viele Gäste gefolgt.

Es war uns gelungen, zwei sehr versierte ReferentInnen zu finden: Johannes Eisenbarth vom GKV-Spitzenverband, dort u. a. für europäische und internationale Politik zuständig und Sophie Bloemen, als Mitbegründerin von *The Commons Network* international vernetzt in der Arbeit für den Erhalt der Gemeingüter und ebenso vertraut mit internationaler Arzneimittelpolitik. Johannes Eisenbarth gab einen sehr guten Einblick in die Struktur der TTIP-Verhandlungen: Auf der Grundlage des Vertrags von Lissabon, der die europäische Kommissi-

on zur Verhandlung von Handelsabkommen ermächtigt, wurde mit TTIP-Verhandlungen 2013 begonnen. TTIP-Ziel: Handelshemmnisse sollen abgebaut werden. Als Handelshemmnisse gelten Maßnahmen des Verbraucher-, Daten-, Gesundheits-, Arbeits- und Umweltschutzes, aber auch Sozial- und Qualitätsstandards. Dies sind die sog. nichttarifären (d. h. nicht zollbedingten) Handelshemmnisse. Fragen des Gesundheitswesens gehören eigentlich nicht in die Regelungskompetenz der EU! Der Referent konnte mit seiner Präsentation

Inhalt dieser Ausgabe

TTIP bittere Pille für Gesundheitswesen	1
Auflösung des dpv, Presseerklärung	3
Klinische Studien kritisch lesen	3
Im Jahre 12 der Rabattverträge	4
Wenn es den VdPP nicht gäbe	6
Sanvartis statt upd	8
Interview mit Günter Hölling, Bielefeld	9
Kauft griechische Bücher	14
Neues vom Vorstand	15
Herbstseminar 2015	16

Liebe Rundbriefleser und -leserinnen, einigen wird es wohl auffallen. Dieser Rundbrief sieht etwas anders aus als gewohnt. Er wurde nicht, wie in all den Jahren zuvor, von Jürgen Große und Anne Paschke gestaltet. Jürgen hat sich aus gesundheitlichen Gründen zurückgezogen. Die Rundbriefredaktion wurde um Gudrun Hahn erweitert, die in Zukunft für das Layout verantwortlich ist weiterhin jedoch mit der tatkräftigen Unterstützung von Anne. Die inhaltlichen Beiträge werden von Thomas Hammer angeregt, angefragt und gesammelt. Man erreicht uns über die E-Mail Adresse redaktion@vdpp.de. Uschi Blöcker verhindert, dass alle Schreibfehler in die Endausgabe gelangen. Anregungen nehmen wir gern entgegen und vor allem Artikel zu euren Schwerpunkten in der „Pharmazie in sozialer Verantwortung“.

Gudrun Hahn

Bundesweite Demonstration gegen TTIP in Berlin

Samstag, den 10. Oktober 2015,
12 Uhr, Hauptbahnhof

Treffpunkt für VdPPler wird auf der Website bekannt gegeben.

auch für „TTIP-Einsteiger“ eine sehr gute Orientierung geben, was die rechtlichen Grundlagen, die Verhandlungssektoren, die Zielsetzungen und die möglichen Auswirkungen angeht.

Über allem liegt der Schleier der Geheimhaltung. Die TTIP-Verhandlungen sollen im Jahr 2016 abgeschlossen sein. Erst dann werden Vertragsinhalte transparent gemacht, aber sie sind dann nicht mehr verhandelbar. Daher kann eine dann eigentlich vorgesehene gesundheitliche und soziale Folgenabschätzung auf die Vertragsinhalte gar keinen Einfluss mehr haben. Wesentliche Inhalte des Verhandlungsstands werden vorher nur über durchgesickerte („geleakte“) Informationen bekannt.

Mögliche Auswirkungen auf das Gesundheitswesen sind wegen der ganzen Geheimniskrämerei noch nicht abschließend einschätzbar. Einerseits wird mit TTIP eine höchstmögliche Liberalisierung beim Austausch aller Waren und Dienstleistungen angestrebt, andererseits soll die Daseinsvorsorge, zu der auch die Leistungen der Krankenkassen gehören, angeblich weiterhin geschützt und daher ausgenommen sein. Allerdings stehen die Krankenkassen in einem erheblichen Preiswettbewerb zueinander; dies könnten sie als Wirtschaftsunternehmen den TTIP-Regelungen unterwerfen, und der Grundsatz, das Gesundheitswesen von TTIP auszunehmen, würde auf diese Weise durchbrochen. Die Krankenkassen selbst sehen diese Gefahr.

Auch mögliche Auswirkungen von TTIP auf den Arzneimittelbereich liegen im Dunkeln. Sophie Bloemen berichtete von einer Wunschliste der Pharmabranche. Der Pharmalobby geht es um die verschärften Bedingungen bei der Geheimhaltung von Studiendaten durch eine entsprechend geänderte Definition von Geschäftsgeheimnissen. Das

wäre dann u. a. das Aus für die innerhalb der EU gerade mit viel Mühe erkämpfte Transparenz und Offenlegung aller klinischen Studiendaten. Die Industrie möchte geistiges Eigentum im Freihandelsabkommen zu ihren Gunsten regeln. Dazu zählen auch die Patentlaufzeiten. Eine Verlängerung würde über hohe Arzneimittelpreise stei-

Der VdPP fordert: Stoppt TTIP mit seinen demokratiegefährdenden Auswirkungen!



gende Kosten im Gesundheitswesen verursachen und den Markteintritt preiswerterer Generika hinauszögern. Und natürlich will die Pharmalobby bei Preisfindungen und Erstattungsregelungen in Europa mitreden.

Auf die interessanten Vorträge bei unserer Veranstaltung reagierte das engagierte Publikum mit vielen Fragen und einer lebhaften Diskussion; das Informationsbedürfnis ist groß.

Insgesamt sind die Informationen über mögliche Folgen von TTIP für den Arzneimittel- und Gesundheitsbereich alarmierend, aber ihre enorme Brisanz scheint mangels konkreter Informationen noch nicht deutlich genug erkennbar. Gerade hat die Bundesregierung am 21.7.2015 auf eine kleine Anfrage der Grünen zu den Auswirkungen von TTIP auf das Gesundheitswesen wieder einmal ausweichend, unkonkret und verharmlosend geantwortet.¹ Die

schlichte Botschaft lautet: alles in bester Ordnung.

Aber der Schein trügt. TTIP ist das größte jemals verhandelte Freihandelsabkommen. Es ist das erste internationale Abkommen, das allein von der europäischen Kommission verhandelt wird und nationales Recht brechen wird. Zu viele Absichten und Verhandlungsgegenstände werden sorgfältig von der Öffentlichkeit abgeschottet entschieden oder bagatellisiert. Offensichtlich macht die wachsende europäische Protestbewegung mit inzwischen 2,4 Millionen Unterschriften gegen TTIP Sorgen.

Der VdPP hat in den Rundbriefen Nr. 90 und Nr. 92 ausführlich über TTIP berichtet und dabei schon viel mehr Probleme beleuchtet als in unserer Veranstaltung überhaupt aktuell angeschnitten werden konnten. Wir werden daran weiterarbeiten, zumal unsere Standesvertretung sich lieber um Apothekenketten und Freiberuflichkeit Sorgen macht,² während doch gerade die möglichen Auswirkungen auf das Gesundheitswesen, auf die Arzneimittelversorgung der Bevölkerung, auf die Patientensicherheit, auf die Transparenz von Studiendaten, auf die Arzneimittelpatente, auf die Arzneimittelpreise und das Abgabemonopol der Apotheken für apothekenpflichtige Arzneimittel gründlich thematisiert werden müssten.

Ulrike Faber



¹ <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/18/052/1805282.pdf> (Zugriff 13.8.2015)

² <http://www.abda.de/pressemitteilung/artikel/vielfalt-des-europaeischen-gesundheitswesens-und-freiberuflichkeit-belwahren/> [Zugriff 13.8.2015]

Was kann passieren, wenn TTIP in Kraft tritt?



US Pharmafirmen könnten EU Mitgliedsstaaten aufgrund verlorener Profite verklagen, wenn diese versuchen, Arzneimittelpreise zu senken oder die Markzulassung zu verhindern, wenn Medikamente unsicher oder wenig wirksam sind.

Wir bezahlen höhere Preise für die Medikamente sowie höhere Steuern, um Gerichtsverfahren und steigende Gesundheitskosten



Der öffentliche Zugang zu Informationen über Sicherheit und Wirksamkeit von Medikamenten könnte eingeschränkt werden.

Wir werden nichts wissen über die wirklichen Risiken und über den Nutzen der Arzneimittel, die wir einnehmen.



Patentlaufzeiten für neue Arzneimittel könnten ausgeweitet werden und das wird den Wettbewerb durch Generika hinauszögern.

Wir werden über einen längeren Zeitraum die hohen Monopolpreise für Medikamente zahlen



Buchrezension

Iris Hinneburg: Klinische Studien kritisch lesen

Achtung: die Lektüre kann Ihren Blick auf Arzneimittelwerbung und Hochglanzbroschüren der Pharmavertreter irreversibel beeinflussen!

In den letzten Jahren hat das Thema „Evidenzbasierte Medizin/Pharmazie“ (EbM/EbP) zunehmend an Bedeutung gewonnen – auch in der Apothekerschaft. EbM/EbP sind vor allem eines: ein methodisches Handwerkszeug, wozu in den meisten Kammern jedoch kaum Fortbildungen angeboten werden. Für alle, die sich selbst das nötige Wissen anlesen möchten, erschien kürzlich bei der Wissenschaftlichen Verlagsgesellschaft Stuttgart ein kleines, feines Buch mit dem Titel „Klinische Studien kritisch lesen“. Autorin ist Iris Hinneburg, selbst Apothekerin und Medizinjournalistin (im Rundbrief 92 hat sie uns vom Kongress für Evidenzbasierte Medizin 2015 berichtet). Sie schafft es, auf nur 100 Seiten das Wichtigste rund

um EbM/EbP verständlich und praxisnah zu vermitteln.

In den ersten Kapiteln werden kurz die verschiedenen Studientypen geschildert, es wird erläutert, für welche Fragestellung welcher Studientyp benötigt wird und welche Qualitätskriterien zu beachten sind. Besonders spannend: Ein Kapitel widmet sich den Tricks bei der Auswertung und Präsentation von Studiendaten – womit man durch die Arzneimittelwerbung auch in der Apotheke immer wieder konfrontiert ist. Auch die klinische Relevanz mancher Endpunkte wird kritisch beleuchtet.

In diesem Buch werden nicht nur klinische Studien, sondern auch Übersichtsarbeiten und Leitlinien unter die Lupe genommen. Auch bei diesen gibt es bezüglich ihrer Qualität allherhand zu beachten. Ein Kapitel zur Literaturrecherche und mehrere Übungs-



aufgaben runden das Buch ab. Iris Hinneburg schafft dabei den Spagat zwischen Vollständigkeit und Relevanz: Es ist erstaunlich, wie viel sie in diesem schmalen Buch unterbringt, ohne jedoch zu Überfordern und Überfrachten. Beides trägt dazu bei, dass man dieses Buch zu schätzen lernt. Es ist daher sowohl für EbM/EbP-Neulinge geeignet als auch für alle, die ihr EbM/EbP-Wissen erweitern möchten.

Viktoria Mühlbauer

Alltag im Jahr 12 der Rabattverträge - Dos and Don'ts in der Offizin

Mit größter Spannung blickten wir wieder einmal der Einführung neuer Rabattarzneimittel durch die AOK entgegen, die mit ihren Versicherten in der Regel auch in Apotheken die größte Gruppe der Patienten stellt. Die neue AOK-Runde im Juni diesen Jahres nehme ich zum Anlass, um – ohne Anspruch auf Vollständigkeit – einige persönliche Einblicke in den Offizin-Alltag zu geben.

Wochen im voraus erwarteten wir also diese Umstellung im Apothekenalltag. Die Pharmazeutisch-

„Wissen Sie, dass ist schon mein sechstes (sic!) Medikament für diesen Wirkstoff.“ Und natürlich auch ganz andere Stimmen: „Oh nein, nicht schon wieder – nein dann nehme ich eben gar nichts mehr ein!“ Wir erklären, vermitteln, trösten. Wir verhandeln mit den Ärzten: Kann doch noch im Sinne des Patienten ein Kreuz bei aut idem gesetzt werden, um somit den Austausch des dem jeweiligen Patientin bereits bekannten und bei ihm bewährten Präparaten zu verhindern?



Bildquelle: Wikipedia / Foto: Würfel

**„Das ist schon
mein sechstes
Medikament!“**

Im Jahre 12 laufen die Umstellungen also offensichtlich einfacher und routinierter als bei der Einführung der Rabattverträge im Jahr 2003. Trotzdem erstaunt es mich, wie sich seit Einführung dieser Verträge die Arbeit in den Apotheken veränderte, vor allem der Kontakt

Kaufmännischen Angestellten (PKAs) studieren die Listen der neuen Rabattarzneimittel, sortieren das Lager um, stellen Retouren von Präparate ausgedienter Vertragspartner zusammen, verändern Bestellmengen. Seit Mitte April bereiten wir in der Offizin AOK-Versicherte vorausschauend auf die folgende Umstellung im Juni vor. Und dann ist er da, der große Tag. Aber alles läuft wider Erwarten erstmal ganz entspannt: Häufige Kommentare von Patienten: „Ah ja, das werden wir auch überleben.“ –

mit unseren Patienten. Betritt heute ein Patient die Apotheke, müssen wir ab Entgegennahme des Rezeptes erst einmal unsere ganze Aufmerksamkeit dem Computer widmen: „Setzen Sie sich doch erstmal.“ Oder „Sie wissen ja, wir müssen erstmal schauen, was Ihre Kasse dazu sagt.“ Oder bei mehreren Rezepten: „Ich muss sicher was bestellen, möchten Sie abends wieder kommen oder noch was einkaufen?“ Das sind leider inzwischen beliebte Füllsätze des Apothekenpersonals.

Die ganze Aufmerksamkeit dem Computer widmen

Nachdem Krankenkasse und Präparate exakt eingetippt sind, erscheinen die Rabattvertrags-Arzneimittel der jeweiligen Krankenkasse am Bildschirm. Nach dem Übernehmen des Präparates in den Kassenvorgang der Apothekensoftware: jetzt bloß nicht vergessen, die Lieferfähigkeit der Arzneimittel per Online-Abfrage beim Großhändler sicher zu stellen. Denn zum Ärger von Patienten und Apothekern sind solche Rabattarzneimittel oftmals gar nicht lieferbar, weil Hersteller mit der Produktion nicht nachkommen. Danach also noch den Patienten nach Besonderheiten wie zum Beispiel Teilbarkeit, Dringlichkeit und vieles mehr fragen. Tauscht man entgegen den Vorgaben der Kasse aus, bloß nicht die entsprechende Sonder-PZN und (!) handschriftliche Dokumentation vergessen. Und handelt es sich um ein Original, dann nachsehen, ob wohl Reimporte verfügbar sind? Was das ist, war anfangs schon für das Fachpersonal schwer verständlich. Im Alltag muss man oft etwa einer 80 jährigen Dame erklären, dass trotz kyrillischer Beschriftung oder abgeschnittener einzelner Blisterteile alles genau ihrem zuvor erhaltenen Originalpräparat entspricht. Weitere formale Besonderheiten bei Hilfsmitteln, Betäubungsmitteln oder auch Rezepturen seien an dieser Stelle gar nicht erst erwähnt! Abschließend letzte Formalien beachten, beispielsweise Rezeptausstellungsdatum, Dosieranleitung Rezepturen, Unterschrift des Arztes und seit 1. Juli 2015 auch der Vorname (!) und die Telefonnummer des Arztes. Denn Krankenkassen können die Bezahlung bestimmter Rezepte aus den Apotheken verweigern, wenn darauf (auch kleins-

Definition Rabattvertrag: *In einem Rabattvertrag sagt ein Pharmahersteller einer Krankenkasse zu, dass er für ein Medikament oder auch ein ganzes Sortiment einen Rabatt auf den bundesweit einheitlichen Apothekenverkaufspreis gewährt. Die Krankenkasse wiederum sagt dem Hersteller zu, dass alle ihre Versicherten im Normalfall künftig nur dessen Präparate erhalten. Kassen und Hersteller halten die Rabattverträge geheim, und die hin und wieder behaupteten Einsparvolumina sind nicht nachprüfbar.*

te) formale Fehler zu finden sind. Natürlich müssen Rezepte korrekt sein, aber in dem dargestellten Zusammenhang wird es zu viel. Man hängt an Kleinigkeiten fest, die sonst automatisch erledigt werden könnten und auch immer erledigt wurden, wenn die ganze Arbeit überhaupt noch das Wohl der Patientinnen und Patienten im Mittelpunkt hätte. So werden Apotheken in Haftung genommen, obwohl die Patienten nach dem Willen des Arztes versorgt worden sind. Aber zurück zu unserem Patienten in der Offizin. Nach diesem „Ritt“ durch die Welt der Rabattverträge und Retaxationsbefürchtungen (Zahlungsverweigerungen) bin ich bisher leider noch nicht zu einer pharmazeutischen Beratung gekommen. Anstatt dessen mussten der Patient

oder die Patientin lediglich warten. Und oft recht lange: wir müssen ihre Geduld ausgiebig in Anspruch nehmen.

Die Krankenkassen stehlen ihren Versicherten Beratungszeit

Indem die Kassen die Rabattverträge mit allen ihren Konsequenzen bis hin zu Retaxationen in oft unübersichtlichen formalen Zusammenhängen auch noch forcieren, unterwerfen sie sich der Ökonomie und vernachlässigen die Interessen ihrer Versicherten, welche Beratung für ihren Umgang mit ihren Arzneimitteln brauchen. Sie stehlen ihren Versicherten Beratungszeit. Nach einer Untersuchung der Fachhochschule Münster beschäftigt sich das Apothekenpersonal rund 90 Minuten täglich mehr mit bürokratischen Formalismen, letztlich um Retaxationen zu vermeiden, deren Ausgangspunkt unsägliche Rabattverträge sind. Dieses Vorgehen bindet Arbeitskraft in den Apotheken, verbraucht Zeit, die sinnvoller genutzt werden könnte. Doch es geht uns um die optimale Beratung und Versorgung der Patienten. Zusätzliches Personal ist eingestellt und neue Computerprogramme angeschafft worden. Aber auch wenn es im 12. Rabatt-Jahr leiser und entspannter abläuft, sollten wir doch nicht vergessen, dass unter diesem erhöhten administrativen Aufwand auch die Adhärenz der Patientinnen und Patienten gefährdet sein kann. Ei-

gentlich ist es unser Ziel, die patientenorientierte Pharmazie im Alltag zu „leben“, so eben besonders den richtigen Umgang und die korrekte Einnahme der Arzneimittel zu erklären, Wechselwirkungen auszuschließen, Verwechslungen zu vermeiden. Dagegen verwenden wir viel zu viel Zeit, um den Rabattverträgen genüge zu tun. Im Übrigen wird auch in den Krankenkassen vermehrter bürokratischer Aufwand erforderlich, um diesen ganzen Rabattunsinn umzusetzen. Wir dürfen deshalb nicht müde werden, immer wieder darauf hinzuweisen, dass wir eine wirtschaftliche Arzneimittelversorgung für sehr wichtig erachten, aber nicht auf dem Rücken der Patientinnen und Patienten.

Die Politik ist gefordert, andere sinnvolle Wege der wirtschaftlichen Arzneimittelversorgung zu entwickeln.

Christine Bruhns, Berlin



Unsere Position zu Rabattverträgen

Auszug aus dem Programm von 2009:

Die Fülle von Regulierungen, die immer weiter wächst, um die kontinuierlich steigenden Arzneimittelausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung zu bremsen, belastet die tägliche Apothekenpraxis. Ohne im Rahmen der Zulassung direkt Einfluss auf die Preisbildung der Industrie zu nehmen, sind wir bei einer nahezu wirkungslosen Überregulierung auf dem Arzneimittelmarkt angekommen. Die einzig wirksame, jedoch nicht ausreichende Maßnahme ist die von den Herstellern heftig bekämpfte Festbetragsregelung.

Rabattverträge zwischen Kassen und Herstellern lehnen wir ab, nicht nur, weil es sich hier um völlig intransparente Vorgänge handelt, sondern auch, weil die PatientInnen verunsichert werden. Wir bezweifeln, dass damit die wirtschaftlichen Ziele erreicht werden. Zugleich steht weniger Zeit für pharmazeutische Beratung und Information der PatientInnen zur Verfügung, und die Compliance wird gefährdet bzw. verschlechtert.

Wenn es den VdPP nicht gäbe ...

Überlegungen von Ingeborg Simon zum Thema: Brauchen wir den Verein heutzutage noch?

Hinter uns liegt die Mitgliederversammlung (MV) 2015 in Berlin, die mit einer Debatte zum Freihandelsabkommen **TTIP** (Transatlantische Handels- und Investitionspartnerschaft) begann. Die geladenen ReferentInnen waren kompetent und aktuell informiert. Die Beteiligung und die Resonanz der Anwesenden waren sehr positiv.

Wieder einmal konnten wir mit einem Thema, das uns seit der MV in 2014 beschäftigte und in zwei ausführlichen Artikeln in unserem Rundbrief seinen Niederschlag fand, Teile der Öffentlichkeit sensibilisieren.

Unser letztes Herbstseminar beschäftigte sich auf Veranstaltungen in Berlin und Hamburg mit Fragen der **evidenzbasierten Beratung in der Selbstmedikation**.

Auch dieses Thema steht seit geraumer Zeit auf unserer Agenda und wir werden es weiter verfolgen (müssen). Mit Unterstützung von KollegInnen der Berliner Apothekerkammer konnten wir zum Apothekertag 2014 dazu einen Antrag einbringen, der nach heftiger kontroverser Debatte unter den Delegierten mehrheitlich angenommen wurde.

Ein drittes Thema des VdPP betrifft unsere Stellungnahme zum Diskussionsprozess über das **Perspektivpapier „Apotheke 2030“** vom März

2014. Wir forderten eine Definition des eigenen Anspruchs der Apothekerschaft an sich selbst, die Benennung des bestehenden Widerspruchs zwischen Ethik und Monetik und den Umgang damit im Interesse des Gemeinwohls. Wir wollen die Einbeziehung der Patienten als Partner, eine Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen und Verbraucherschutzorganisationen, die Weiterentwicklung der evidenzbasierten Pharmazie mit dem Schwerpunkt Selbstmedikation, eine arbeitsteilige Kooperation mit ÄrztInnen und Pflegepersonal, die Erhöhung der sozialen Kompetenz als niedrigschwellige wohnortnahe Dienstleister auch in Bündnissen mit lokalen Public-Health-Netzwerken.

Nichts davon findet sich auch nur ansatzweise im Perspektivpapier „Apotheke 2030“ wieder. Selbstmedikation kommt im Text als Begriff einmal vor, die Ärzte als Netzwerkpartner werden überhaupt nicht erwähnt als gäbe es ARMIN und andere Modellversuche nicht. In den sieben Handlungsfeldern sucht man vergeblich nach Hinweisen auf Patienten, Selbstmedikation oder Ärzte.

Gehen aktuelle Themen wie TTIP, evidenzbasierte Beratung in der Selbstmedikation und Kritik an „Apotheke 2030“ so sehr an den Realitäten des Berufsalltags vorbei, dass sie für die offizielle Stan-

despolitik keine Relevanz haben?

TTIP mit seinen tiefgreifenden Auswirkungen auf ein weithin privatwirtschaftlich organisiertes Apothekenwesen wird bis heute von der ABDA offiziell – d. h. erkennbar mit eigenen Positionen und nachlesbar in der PZ nicht thematisiert. Die ABDA hat sich im Mai 2015 in einer gemeinsamen Stellungnahme aller Heilberufe besorgt zu TTIP geäußert. Die Ärzte-Zeitung hat den Wortlaut im Gegensatz zur PZ dokumentiert und es wird deutlich, dass allgemein von medizinischen und gesundheitlichen Belangen der Ärzteschaft die Rede ist, die offenbar Initiatorin dieser Erklärung war. Auf Arzneimittel wird nicht direkt Bezug genommen. Die Apotheken kommen nur einmal am Rande vor in einer Aufzählung mit (Zahn-)Arztpraxen und MVZ.

Der Thüringer Apothekertag hat im Juni 2015 unter der Fragestellung „TTIP – Fluch oder Segen für den Mittelstand?“ für Diskussion und Information gesorgt. Die Volkswirtschaftlerin der Hochschule Bremen Professorin Mechthild Schrooten stellte fest, dass es kein gesichertes Wissen über TTIP gibt, dass die Auswirkungen für den Mittelstand unklar sind und alle nicht exportorientierten Branchen unter Druck geraten werden, weil Marktpartner von außen hinzukommen. Sie warnte vor erheblichen Folgen für den Gesundheitssektor und ver-

Der VdPP ist überzeugt:

**TTIP gefährdet
die Gesundheit!**

Kommt am 10. 10. nach Berlin

wies dabei auf Regelungen wie das Fremd- und Mehrbesitzverbot, die Gefahrstoffverordnung oder die Vorgaben zur beruflichen Qualifikation der Heilberufe, die als Handelshemmnisse eingestuft werden könnten. An die ApothekerInnen gerichtet schloss sie ihren Beitrag mit den Worten: „Vorteile haben Sie nicht zu erwarten.“

Über die VdPP-Veranstaltung zu TTIP am 20.6.15 in Berlin wurde in der PZ berichtet. In Ihrem Editorial empfahl die Ressortleiterin Medizin, Christina Hohmann-Jeddi, dem Berufsstand angesichts dessen, was bei TTIP auf dem Spiel steht, „die Verhandlungen zu TTIP weiter aufmerksam zu verfolgen“. Immerhin!

Unser Antrag zum Apothekertag 2014 „Evidenzbasierte Beratung in der **Selbstmedikation** fördern“ war das Ergebnis ausführlicher Debatten im VdPP mit Unterstützung kompetenter Expertinnen. Wir sind der Auffassung, dass die Beratung bei der Selbstmedikation eine der Kernaufgaben des Apothekers / der Apothekerin ist. Die regelmäßig veröffentlichten „Bestsellerlisten“ zur Selbstmedikation machen deutlich, dass hier bis heute vieles im Argen liegt. Auch die im § 64 a SGB V eingeräumte Möglichkeit, die Arzneimitteltherapiesicherheit durch die Kooperation von ÄrztInnen und ApothekerInnen für ein gemeinsames Medikationsmanagement zu verbessern, unterstreicht noch mal die Anforderung an uns als Alleinverantwortliche für die Versorgungsqualität bei der Selbstmedikation, uns evidenzbasiert, d. h. auf der Basis wissenschaftlicher Expertise zu beteiligen. Hier liegt der originäre Auftrag für unsere Apotheken, zumal der Umfang der Selbstmedikation und damit auch ihre Risiken für die VerbraucherInnen jährlich zunehmen. Statt das Alleinstellungsmerkmal

„Selbstmedikation“ im Sinne des angenommenen Antrags auf dem Apothekertag zu qualifizieren – auch für Medikationsanalyse und -management – leistet sich der Be-

rufsstand mit den ÄrztInnen Auseinandersetzungen über Deutungshoheiten und Vorrangsrechte bei der Aufstellung des Medikationsplanes. Diese können die Apotheken nur verlieren und damit auch die angestrebte Gemeinschaft in einem gemeinsamen heilberuflichen Netzwerk gefährden.

Das Perspektivpapier „Apotheke 2030“ taugt nach unserer Einschätzung nicht dazu, ein tragfähiges und nachhaltiges Programm für die Aufgaben der Apotheken bis 2030 abzusichern. Schwerwiegende strukturelle Veränderungen, die aufgrund der demografischen Entwicklung, der fortschreitenden Digitalisierung im Gesundheitswesen, verschärfter Wettbewerbsbedingungen im Dienstleistungssektor – um nur einiges zu nennen – mit Sicherheit kommen werden und zwar in naher Zukunft, spielen im Perspektivpapier und seinen sieben Handlungsfeldern keine Rolle. Hier geht es nur um Besitzstandswahrung und den Erhalt der „heilen Welt“ der Apotheke, die es schon längst nicht mehr gibt. Damit kann man die Zukunft nicht gestalten!

Der Kommentar des ABDA-Hauptgeschäftsführers Dr. Schmitz in einem Interview zu seinen Erwartungen an das Perspektivpapier bestätigt für mich in grotesker Weise, mit welchem geringem Anspruch an die eigene Verantwortung die ABDA ihre angestrebte „reale Vision“ verfolgt: *„Im Jahr 2030 werde ich wohl Rentner sein. Vielleicht muss ich eine ganze Reihe unterschiedlicher Medikamente einnehmen. Dann würde ich mich freuen, wenn die Apothekerin oder der Apotheker mit mir das Gespräch über meine Arzneimitteltherapie sucht, sich in schwierigen Fällen hierfür auch viel Zeit nehmen kann, die heute aufgrund der Rahmenbedingungen oft fehlt, und ich die Apotheke mit mehr Gewissheit über die Richtigkeit meiner Arzneimittelversorgung verlasse, als ich sie betreten habe.“*

An diesen drei Beispielen sollten hier

unsere Arbeit und das Engagement des VdPP in letzter Zeit dargestellt werden. Natürlich sind unsere personellen und finanziellen Kapazitäten begrenzt. Um in der Apotheken- und Gesundheitspolitik immer möglichst aktuell und kompetent reagieren zu können, könnten wir noch mehr MitstreiterInnen gebrauchen! Die Arbeit lohnt sich in jedem Fall, denn wir sind zuversichtlich, dass wir über unsere fachliche und gesellschaftliche Arbeit des VdPP auch in diversen Bündnissen eine streitbare Gegenöffentlichkeit im Sinne unseres Vereinsprogramms wirkungsvoll vertreten. Es ist immer wieder ein gutes Gefühl zu erleben, wie wir im Verein aktuelle Themen kritisch und solidarisch diskutieren, um letztendlich zu einvernehmlichen Positionen zu gelangen. Unser Programm ist dabei eine gute Orientierungshilfe.

Wir können sehr zufrieden sein, dass wir auch eine Reihe von Mitgliedern haben, die zwar nicht häufig an unseren Veranstaltungen teilnehmen (können), aber mit ihrer Mitgliedschaft, die bei einigen schon seit der Gründung des VdPP besteht, belegen, dass ihnen unsere Vereinsarbeit politisch wichtig und unterstützenswert ist.

Wenn es den VdPP nicht gäbe, heißt es in der Überschrift zu diesem Beitrag. Ja, wenn es ihn nicht gäbe, dann müsste er dringend erfunden werden!

Ingeborg Simon,
August 2015



Presserklärung

Vertrauen in die Unabhängigkeit wird zerstört

Zur Niederlage der Unabhängigen Patientenberatung Deutschland und dem Gewinn des Unternehmens Sanvartis bei der Ausschreibung für die Patientenberatung.

Die hinter dieser Entscheidung stehende Marktgläubigkeit ist unfassbar. Das Kalkül von GKV-Spitzenverband und Patientenbeauftragtem Laumann könnte kurzsichtiger nicht sein. Die teils seit Jahrzehnten gewachsenen unabhängigen Beratungsstrukturen werden wohl unwiederbringlich zerstört werden.

Unabhängigkeit kann nicht erkauf werden. Sie muss Teil des Selbstverständnisses der Beratenden und – das zeigt auch die Vergangenheit – immer wieder verteidigt werden – auch gegen die Krankenkassen, die für die Patientenberatung Versicherungsgelder bereitstellen. Dieses Selbstverständnis ist bei Sanvartis oder anderen gewinnorientierten Unternehmen unvorstellbar und kann auch

durch keine Bedingung in der Ausschreibung erzwungen werden. Dass Sanvartis dann gleichzeitig durch Krankenkassen, die pharmazeutische Industrie und Versicherte beauftragt wird, macht die Sache geradezu skurril. Wir bezweifeln sehr, dass sich Sanvartis gegen interessengeleitete Avancen von Krankenkassen, Industrie oder Politik gegenüber inert erweisen wird.

Die Entscheidung bedeutet letztlich einen weiteren Schritt hin zur De-

montage nichtkommerzieller Strukturen, die die Interessen von Versicherten und Patientinnen und Patienten wahrnehmen. Viele der Beratungsstellen existierten bereits lange vor der UPD und hätten neben einem Quasi-Monopolisten Sanvartis keine Chance zu überleben. Die Entscheidung muss daher als grundsätzliche Schwächung von Sozialverbänden, Verbraucherzentralen, Patientenstellen und anderen industrieunabhängigen Institutionen gewertet werden. Die aufwändige wissenschaftliche Evaluierung und Qualitätssicherung der UPD waren letztlich herausgeworfenes Versicherungsgeld. Trotz möglicher Schwächen der UPD wirkt jede angeführte Objektivität bei der Entscheidung für Sanvartis äußerst unglaubwürdig.

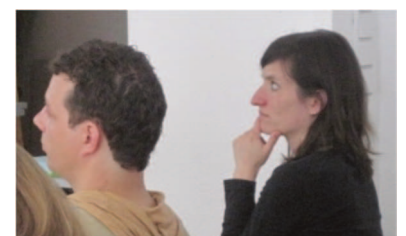
Seit über 25 Jahren setzt sich der Verein demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten für eine patientenorientierte Arzneimittelberatung und -versorgung sowie die Stärkung der Patientenrechte und der Patientenbeteiligung im Gesundheitswesen ein. Wir werden große Schwierigkeiten haben, unsere Patientinnen und Patienten bei Fragen zu Patientenrechten gegenüber Krankenkassen, aber auch Leistungserbringern und Industrie

guten Gewissens an die Patientenberatung zu verweisen.

Wir fordern Bundesregierung und Parlamentarier auf, die gesetzliche turnusmäßige Ausschreibung der

Patientenberatung abzuschaffen und die Patientenberatung weiterhin in den Händen nichtkommerzieller und im Selbstverständnis unabhängiger Anbieter zu belassen. Denn Unabhängigkeit ist eine Geisteshaltung und kann nicht dadurch demonstriert werden, dass die Tür zum Krankenkassen-Callcenter abgeschlossen ist.

Florian Schulze
und Viktoria Mühlbauer
für den VdPP



Infobox UPD

Seit 2006 berät die Unabhängige Patientenberatung Deutschlands (UPD) kostenfrei, neutral und unabhängig Ratsuchende zu medizinischen, juristischen und sozialpsychologischen Themen. Ca. 80.000 Fragen werden durch die UPD jährlich beantwortet. Finanziert wird die Patientenberatung durch den GKV-Spitzenverband. Bisher wurde die Patientenberatung, die in § 65 b SGB V verankert ist, alle 5 Jahre ausgeschrieben.

montage nichtkommerzieller Strukturen, die die Interessen von Versicherten und Patientinnen und Patienten wahrnehmen. Viele der Beratungsstellen existierten bereits lange vor der UPD und hätten neben einem Quasi-Monopolisten Sanvartis keine Chance zu überleben. Die Entscheidung muss daher als grundsätzliche Schwächung von Sozialverbänden, Verbraucherzentralen, Patientenstellen und anderen industrieunabhängigen Institutionen gewertet werden. Die aufwändige wissenschaftliche Evaluierung und Qualitätssicherung der UPD waren letztlich herausgeworfenes Versicherungsgeld. Trotz möglicher Schwächen der UPD wirkt jede angeführte Objektivität bei der Entscheidung für Sanvartis äußerst unglaubwürdig.

APOTHEKEN ALS VERSORGER UND ALS ENTSORGER

Interview mit Günter Hölling am 06.07.2015 im Gesundheitsladen Bielefeld

Günter Hölling, Krankenpfleger, Patientenberater und Gesundheitswissenschaftler, war am Aufbau der Gesundheitsladen-Bewegung in den achtziger Jahren des vergangenen Jahrhunderts beteiligt. Er ist Mitbegründer des Gesundheitsladens Bielefeld e. V. und vertritt die Patienteninteressen in der nordrhein-westfälischen Landesgesundheitskonferenz sowie auf Bundesebene im Verbund unabhängige Patientenberatung e.V.

Ich freue mich, heute mit Ihnen über die Chancen für öffentliche Apotheken in Public-Health-Netzwerken zu sprechen.

Nach den folgenden einleitenden Fragen würde ich gerne über Ihre Arbeit hier im Gesundheitsladen sprechen, soweit sie Bezug zu Arzneimitteln und Apotheken haben.

WIE WIRD APOTHEKE ERLEBT?

Wann waren Sie das letzte Mal in einer Apotheke?

Die Frage finde ich sehr interessant, denn, wenn ich darüber nachdenke, merke ich, wie selten ich Apotheken aufsuche. Ich glaube, beim letzten Mal habe ich dort Alkohol gekauft.

Dann waren Sie dort vermutlich eher ein Kunde und kein Patient. Können Sie sich daran erinnern, wann sie zuletzt als Patient in einer Apotheke waren?

Ja, als ich den Alkohol kaufte, war ich Kunde. Als Patient kam ich mit einem Rezept in die Apotheke. Ich hatte allerdings keinen Beratungsbedarf, da mein Arzt mich bereits informiert hatte.

Hatten Sie das Gefühl, sich in einem Geschäft oder einer Einrichtung des öffentlichen Gesundheitswesens zu befinden?

Ich habe die Apotheke als Geschäft gesehen, aber auch als autorisierte Stelle zum Anbieten für bestimmte Produkte, für die eine öffentliche Gewähr geleistet wird.

Sie arbeiten im „Gesundheitsladen Bielefeld e. V.“, der von Patienten bzw. Hilfe suchenden Bürger/

innen aufgesucht wird, um Informationen über gesundheitliche Themen zu erhalten. Bei welchen Fragen, die hier im Laden zur Sprache kommen, wäre Ihrer Meinung nach die öffentliche Apotheke ebenfalls ein guter Ansprechpartner?

Ich stolpere über den Begriff „öffentliche Apotheke“. Dieser könnte den Eindruck erwecken, als handelte es sich um eine Einrichtung des öffentlichen Gesundheitsdienstes. Apotheken sind jedoch private Einrichtungen.

Wenn man differenzieren wollte zwischen einer öffentlichen und einer privat betriebenen Apotheke, ergäben sich andere Möglichkeiten.

In Bezug auf Ihre Frage, ist mir wichtig, zu betonen, dass wir keine Ersatzapotheke sind und auch gegebene Strukturen nicht ersetzen wollen. Zu uns kommen Menschen, die zum Teil noch gar nichts über gesundheitliche oder sozialrechtliche Themen wissen. Auch kommen sie zu uns, nachdem sie bei anderen Stellen waren und versuchen hier, Sachverhalte aufzuklären. Wir können hier gemeinsam überlegen, welche Bedeutung die allgemeinen Informationen beispielsweise über Arzneimittelnebenwirkungen konkret für sie persönlich hat.

FRAGEN ZU ARZNEIMITTELN IN APOTHEKEN ODER IM GESUNDHEITSLADEN

Wie gehe ich mit den Wahrscheinlichkeiten für unerwünschte Wirkungen um? Wie komme ich mit allem zurecht? Was mache ich, wenn mir verschiedene Meinungen mitgeteilt

wurden? Dies sind Fragen, die die Patienten beschäftigen, die uns aufsuchen.

Wäre bei Fragen zu unerwünschten Arzneimittelwirkungen nicht auch die Apotheke ein Ansprechpartner?

Die Menschen wenden sich hier auch überwiegend an die Apotheke, zumindest, wenn sie eine Apotheke haben, die sie regelmäßig aufsuchen. Auch gehen viele zu ihrer Ärztin oder ihrem Arzt, wenn sie hierbei Probleme haben.

Unsere Beratung wird dann in Anspruch genommen, wenn der Patient nicht zufrieden ist oder diese Akteure nicht handeln, wenn Neben- oder Wechselwirkungen eintreten.

Medikamente sind aber auch nur ein Teil von Therapie oder Diagnostik. Hier wird geschaut, ob alles insgesamt für den Patienten konkret stimmig ist.

Warum suchen Ihrer Meinung nach die Personen, mit denen Sie hier zusammen sitzen, nicht die Apotheke auf und Fragen dort nach Rat?

Bisher ist die Apotheke zur Erörterung solcher Probleme, wie ich sie soeben geschildert habe, kein guter Ort, denn hier nimmt man erst einmal ein Medikament mit und beschäftigt sich dann gegebenenfalls zu Hause mit dem Beipackzettel. Weil man dann bereits das Medikament erworben hat, wird man bei Problemen und Zweifeln wahrscheinlich nicht zurückgehen und es zurückgeben. Hier ist eine Situation entstanden, die eigentlich durch vorherige Information hätte vermieden werden sollen.

Die Apotheken sind einer von vielen Sektoren in unserem Gesundheitssystem. Es stellt sich die Frage, ob die einzelnen Akteure wissen, was der jeweils andere macht, und ob sie das, was sie machen, auch im Sinne des Patienten machen. Wenn sie ein Rezept in der Apotheke einlösen, ist dies kein Anlass, über die Krankheit zu reden. Man spricht über Zuzahlungen oder Anwendungshinweise, doch dies steht nicht im Kontext mit Krankheit.

Eine Apotheke kann ein umfassendes Gespräch auch gar nichts leisten, denn dazu wären weitere Informationen über den Patienten und seinen gesundheitlichen Zustand notwendig.

Die Stelle, an der alle Informationen der Akteure zusammen geführt werden, ist letztendlich der Patient selbst. Doch wenn er dies nicht leisten kann, kommt er zu uns und fragt nach Hilfe.

Was könnten Apotheken in dem gegebenen System besser machen, um mehr auf den Patienten einzugehen?

Das ist eine sehr komplexe Frage. Im ärztlichen Bereich geht es darum, aus der Routine auszubrechen, die darin besteht, kurz auf den Patient zu schauen und schnell ein Rezept zu verordnen. Dann wird die Hoffnung in das Präparat gelegt und man geht anschließend in die Apotheke. Die Beipackzettel sind meist so geschrieben, dass der Patient keine gute Risikoabschätzung für sich selbst vornehmen kann. Hier könnte die Apotheke helfen. Sie sollten immer auf die Patienten zugehen und konkret danach fragen, ob sie genügend Informationen vom Arzt erhalten haben.

Die typische Tresensituation, also die Gegebenheit am HV-Tisch, ist für eine umfassende Beratung nicht geeignet. Es stellt sich die Frage, ob und wo es Räume dafür gäbe und wer die aus-

reichende Kompetenz für eine solche Beratung hat.

Wenn es gut laufen würde, würde der Patient bereits in der Arztpraxis gut aufgeklärt werden. In der Apotheke müsste dann noch eine Art „Gegencheck“ geleistet werden: Sind alle Informationen vom Patienten verstanden worden?

Ihre Institution ist keine gewerbliche Einrichtung. Öffentliche Apotheken hingegen müssen den oft genannten „Spagat“ zwischen Heilberufung und Unternehmensegeist leisten. Welche Auswirkungen hat dies für die Patientinnen und Patienten?

Ich glaube, bezüglich der Verteilung von Medikamenten gibt es seit Jahrzehnten eine geübte Praxis, sodass die Patienten hier lange auch das Vertrauen hatten, das Medikament zu erhalten, was der Arzt ihnen verordnet hat.

Dieses Vertrauen ist jedoch innerhalb der letzten Jahre erschüttert worden.

Bei den frei verkäuflichen Präparaten habe ich keinen guten Überblick, da dies hier bei uns wenig thematisiert wird.

Ich fasse kurz zusammen: Wenn ich Sie richtig verstanden haben, sehen Sie den Vorteil Ihrer Einrichtung darin, dass sie eine dritte oder auch vierte Anlaufstelle sind, an der es um die Krankheit des Patienten geht, auf die nicht nur aus einer Sichtweise geschaut wird.

Genau.

APOTHEKE UND ÖFFENTLICHE AUFGABEN

Ich würde gerne näher darauf eingehen, wo Sie Probleme für Apotheken sehen, sich in das öffentliche Gesundheitswesen stärker zu etablieren und als Einrichtung im ÖGW stärker als bisher anerkannt zu sein. Als konkretes Beispiel möchte ich die Kommunalen Gesundheitskonferenzen (KGK) nen-



Interviewpartner Günther Höllinger arbeitet im Gesundheitsladen Bielefeld

nen und über das Engagement der Apotheker/innen sprechen.

Wenn von Public Health die Rede ist, wird von der Neuorientierung des Gesundheitssystems gesprochen. Gesundheit wird nur zum Teil von medizinischen, sondern auch von sozialen, ökologischen, psychischen Faktoren beeinflusst – im Grunde von allen Komponenten des menschlichen Lebens.

Um Vertreter aller Bereiche an einen Tisch zu bringen, wurden Gesundheitskonferenzen eingerichtet, sowohl auf Landesebene als auch kommunal.

Wie erleben Sie die Vertretungen der Apothekerinnen und Apotheker innerhalb der KGK?

Die Apotheker sind dort wenig vertreten. Ich glaube, es hängt mit den Themen der KGK zusammen. Salopp gesagt sind „apothekenrelevante Themen“ im traditionellen Sinn dort selten auf der Tagesordnung. Interessant wird es wohl für Apotheken, wenn Themen besprochen werden, die die Versorgung der Bevölkerung betreffen, beispielsweise beim Notdienst.

Wenn die Apotheken sich bei anderen Themenbereichen mehr einbringen wollten, müssten sie, so glaube ich, erst einmal für sich klären, wel-

che Aufgaben sie übernehmen wollen. Dann könnten sie natürlich einen anderen Beitrag in den KGK leisten.

Glauben Sie, dass die Apotheken einen Beitrag leisten könnten? Sehen Sie in den KGK einen Bedarf dafür?

Wenn ich mir die Themen aus der letzten Zeit anschau, haben diese meist nichts mit der Arzneimittelversorgung zu tun. Apothekenrelevante Beispiele wären: Wie kommen Flüchtlinge an notwendige Medikamente? Wie kommen Nicht-Versicherte an notwendige Medikamente? Wie kommen Nutzerinnen und Nutzer von Suchtmitteln an Ersatzdrogen?

In solchen Bereichen, wenn es um die Versorgung der Bevölkerung geht, kann ich mir gut die Zusammenarbeit mit Apotheken vorstellen. Was andere Themen betrifft, habe ich die Apotheke von sich aus noch nicht mit einem originären Thema erlebt.

Gibt es Alternativen zu den KGK, wo sich Apothekenvertretungen besser einbringen können, um im Sinne der „Neuaustrichtung der Gesundheitsdienste“ (Ottawa-Charta) mehr zur Prävention und Gesundheitsförderung beizutragen?

Mir fällt spontan nur ein, dass Apotheker verstärkt dazu gebracht werden müssten, über ihre Tätigkeiten zu reflektieren. Wir haben uns hier gefragt, wie sicher die Anwendung von Arzneimitteln am Ende ist. Wenn die Menschen die Arzneimittel genommen und verstoffwechselt haben, führen sie die Reste der Umwelt zu. Und was passiert mit dem Müll, wenn angefangene Packungen zu Hause liegen bleiben? Was macht die Mutter mit dem angebrochenen Antibiotikaft für ihr Kind? Kippt sie ihn in die Toilette? Und wohin bringt sie die Flasche? Wo gibt es Orientierung in unserem System?

Es ist lange Zeit Aufgabe der Apotheken gewesen, diese Arzneimittel zu entsorgen. Dann hat man vor Jahren

gemeint, dies sei für die Apotheken lästig und die Menschen könnten diesen Müll selbst entsorgen.

Die für medikamentöse Behandlung sensibilisierte Bevölkerung lässt dies nicht kalt. Die Apotheker haben nicht verstanden, dass dies ein wichtiges Thema ist und man mit diesem Müll nicht sorglos umgehen sollte.

Wir haben hier recherchiert, wie mit diesem „Pharmamüll“ umgegangen wird. Einige Apotheken nehmen diese Arzneimittel tatsächlich noch an, aber leider nicht alle, und niemand ist dazu verpflichtet. Was in den Apotheken mit diesem Müll geschieht, ist völlig unklar.

Dies könnte für Apotheken etwas sein, worum man sich kümmern sollte und den Menschen eine sichere Anlaufstelle für die Ver- und Entsorgung bieten.

Es stellt sich die Frage, was Apotheken im öffentlichen Raum anbieten wollen und sollten, damit sie von den Bürgern in dieser Rolle wahrgenommen, kompetent angehen und dankbar angenommen werden.

Im Sinne von originärer Apothekenarbeit gibt es sicherlich eine Menge an weiteren Punkten, die im Bürgerdialog oder auch in den KGK zur Sprache kämen und die Antwort darauf geben, was die Apotheken noch tun könnten und sollten, damit sie ihre Aufgabe gut wahrnehmen.

Und das, was sie darüber hinaus machen könnten, wirft die Frage auf, ob es dafür Zeit oder auch Geld gibt. Das hier genannte Beispiel gehört meiner Meinung nach zum Apothekergeschäft. Ob man sich in Präventionsstrategien oder Fragen zur Gesundheit im Quartier einbringt, wäre eine Frage des Engagements. Hier wäre die Geschäftsidee eher hinderlich. Ein Apotheker hat ein gewisses Renommee und eine gewisse Kompetenz, die er gut einbringen könnte, aber er sollte es nicht tun, damit die Menschen vermehrt Pillen bei ihm kaufen.

Weil die Menschen dann das Vertrauen verlieren?

Ja, denn die Menschen möchten sich im Sinne der Prävention ja gerade zu diesen anderen Dingen aufrufen, um dann nicht in die Apotheke gehen zu müssen. Vielleicht brauche ich keine Pille, da ich durch die Ernährungsumstellung super mit meinem Fettstoffwechsel zurechtkomme.

Das könnte natürlich geschäftsschädigend sein, weswegen hier Engagement und Überzeugung nötig ist. Bei Ärzten ist dies übrigens genauso. Wenn ich die Leute alle so behandle, dass sie gesund sind, kommt niemand mehr und ich bekomme kein Geld. Die Krankheit, die Krankheitserhaltung wird in unserem System bezahlt, nicht die Gesunderhaltung. Dies ist in anderen Ländern, beispielsweise den Niederlanden, anders. Hier wird man auch dafür bezahlt, dass sich Menschen im Falle eines Falles in einer Praxis behandeln lassen wollen. Diese Bereitschaft zur Behandlung ist hier schon ein geldwerter Nutzen. Das finde ich gut. Das ist ein Anreiz zur Gesunderhaltung und die Einnahmen werden nicht vorrangig über die Krankerhaltung geregelt. Bei uns wird ein guter Arzt bestraft, das ist doch schräg!

Also ist unser System für den Anreiz zur Prävention schlecht gemacht.

Es gibt ja jetzt erst das neue Präventionsgesetz. Bisher gab es ja nur so etwas wie Früherkennungsmaßnahmen oder auch Impfkampagnen, aber von Gesundheitsförderung im Sinne der Ottawa-Charta war kaum die Rede.

Für die Ärztinnen und Ärzte scheint es leichter zu sein, zum öffentlichen Gesundheitswesen hinzugezählt zu werden. Dabei verkaufen sie auch ihre Dienstleistungen und stehen im Wettbewerb zu anderen Ärztinnen und Ärzten. Wieso gelingt es ihnen hier besser und das sogar trotz IGeL (Individuelle Gesundheitsleistungen), sich öffentlich von dem

Status eines profitorientierten Betriebs zu lösen?

Dies gibt es noch nicht so lange. Vorher haben zumindest die gesetzlich Versicherten erst einmal kein Geld in die Arztpraxis mitbringen müssen. Jetzt hat sich dies geändert und die Patienten erleben dies gemischt. Auf der einen Seite kann man Leistung erwerben, aber man kann sie auch aufgedrängt bekommen. Das ist kompliziert und schwierig und für Patienten schwer zu beurteilen, da sie befürchten, dass bei Ablehnung auch die andere Behandlung nicht richtig stattfindet, obwohl sie auf diese ein Anrecht haben.

Und möglicherweise ist es auch in Apotheken kompliziert, wenn es nicht nur um das eingelöste Rezept geht, sondern um das, was zusätzlich angeboten wird.

Doch ich glaube nicht, dass das eine öffentliche ist als das andere gesehen wird. Auch eine Arztpraxis wird nicht als öffentliche Einrichtung angesehen, sondern als private Praxis im öffentlichen Raum. Anders ist dies bei den Notfallpraxen, obwohl dort ja auch private Ärzte tätig sind. Dies ist eine Grauzone. Noch verschwommener ist es bei den Poliklinischen Einrichtungen. Da weiß man gar nicht mehr so richtig, ob es öffentlich oder privat ist oder zum Klinikum gehört.

Aber eine Arztpraxis wird als private Praxis gesehen.

Hat es denn eine Auswirkung darauf, wie sich die Patientinnen und Patienten fühlen, ob sie in eine Poliklinik oder in eine private Arztpraxis, eine private Apotheke gehen? Oder ist es in erster Linie für die Patientinnen und Patienten gar nicht so wichtig?

Wichtig ist, welche Erfahrungen ich in einem Bereich gemacht habe und ob ich diese Erfahrungen wiederholen möchte. Und auf der anderen Seite spielt es eine Rolle, wie lange ich warten muss. In einer Apotheke dauert es meist nicht lange, in der Arztpraxis schon länger.

Was bei Apotheken aber auch zum Teil schon schwierig geworden ist, ich denke hier an Bielefeld als Beispiel, ist die Erreichbarkeit der Notdienstapotheken. Hier haben nur noch zwei Apotheken Notdienst, was man verstehen kann, da auch die Apotheker frei haben wollen, doch müssen die Patienten jetzt längere Wege zurücklegen.

APOTHEKEN UND MEDIKATIONS-MANAGEMENT

Leider sind Veränderungen oft nur in kleinen Schritten möglich. Ich frage mich deswegen, ob es für Apotheken eine kleine Brücke gibt, die einen Übergang hin zu einer mehr Lebensbereiche umfassenden Patientenversorgung etwas erleichtert.

Wäre aus Ihrer Sicht ein verstärktes Engagement der Apothekerinnen und Apotheker im Bereich AMTS eine zumindest kleine Möglichkeit, eine andere, eine verstärkte Rolle für die öffentliche Gesundheit wahrzunehmen?

Es gibt ja schon mehrere Modellversuche dazu und auch hier in NRW gibt es den Versuch, so etwas wie einen Medikationsplan verbindlich für die Übergänge zwischen den Sektoren zu machen, damit zum Einen die Profis besser wissen, was Kollegen verordnet haben und auch die Patienten besser verstehen, was sie warum einnehmen sollen. Ich bin bei der Diskussion hier in NRW dabei gewesen. Die Idee ist, dass bei fünf oder mehr Medikamenten ein Medikationsplan aufgestellt werden sollte. Ich denke, dass solch ein Medikationsplan bei sehr unsicheren Patienten, die z. B. schlechte Vorerfahrungen gemacht haben, hilfreich sein kann, auch wenn diese nur zwei Arzneimittel einnehmen.

Dieser Medikationsplan sollte in jeder Stelle, in der Medikamente neu verordnet oder ausgegeben werden, ergänzt und als Papierversion der Patientin oder dem Patienten ausgehändigt werden, das halte ich für sinnvoll.

Die Apotheke wäre eine gute Adresse, um die sowohl von verschiedenen Akteuren verordneten Medikamente als auch die selbst gekauften gegen zu checken. Die Apotheke ist hier die einzig sinnvolle Adresse.

Momentan sieht es eher so aus, als sollten allein die Hausärztinnen und Hausärzte diese Adresse sein.

Ich weiß, dahinter steckt die Idee, dass sie als „Gatekeeper“ auch in der Lage sind, alles zu durchblicken, was der Patient tut und zu wem er noch geht. Sehr ambitioniert. Doch leider findet dies in der Praxis kaum statt. Ich habe nichts dagegen, dass dies die Hausärzte machen. Ich fände dies sogar sehr gut. Jede Ärztin und jeder Arzt ist eigentlich bei jeder neuen Verordnung verpflichtet, zu prüfen, ob sich dies mit den anderen Mitteln verträgt.

Die Apotheke wäre dann eine Art Sicherung, weil dies in den Praxen eben mal nicht stattfindet oder der Hausarzt mal nicht da ist oder der Patient gerade beim Urologen war und dann nicht wieder den Hausarzt aufsucht.

Woran liegt es Ihrer Meinung nach, dass die Apothekerinnen und Apotheker als eine solche Sicherheitsbarriere nicht richtig anerkannt werden?

Daran, dass sie sich nicht richtig dafür profiliert haben! Wenn Auseinandersetzung zwischen den Berufsgruppen über die Aufgabenverteilung nur nach dem Motto läuft „ist dies mein Förmchen oder ist dies dein Förmchen“, ist dies für ein patientenorientiertes Ringen um eine optimale Versorgung wenig sinnvoll.

Die Frage ist, ob es ein für Patientinnen und Patienten sinnvolles und nützliches System gibt, was man im Rahmen von AMTS einsetzen kann, womit man die Politik und vor allem die Bürger überzeugen kann. Dann kann man sagen: „Hey, wir bieten das an!“ Und dann kann man auch von den Krankenkassen Unterstüt-

zung einfordern. Aber erst einmal besteht die Frage, ob es sinnvoll ist, das zu tun. Wenn man als Apothekerlobbyist sagt, die Apotheker sollen dies tun und nicht der Arzt, kann dies nicht gut gehen. Der Arzt ist der Verordner und er trägt die Verantwortung, erst einmal. Er muss den Check machen und der Gegencheck findet in der Apotheke statt.

Wenn man aus Sicht des Patienten darüber nachdenkt, kommt man zu solchen arbeitsteiligen Strukturen. Der Patient oder die Patientin würde in der Apotheke merken, dass zweimal geprüft wurde und fühlt sich sicher. Wenn man dann noch anbietet, dass er wieder kommen kann, wenn er nicht zurecht kommt und auch seine Reste, seinen Müll hierher bringen kann, wäre dies

eine gute Sache. Die würde jeder verstehen und es würde allen einseitig sein.

Noch eine letzte Frage: Die Apotheke als Einrichtung des öffentlichen Gesundheitswesens. Wer verhindert, dass sich die öffentliche Apotheke hier mehr einbringt? Die Apothekerinnen und Apotheker selbst?

Ich kenne keinen Verhinderer. Die Frage ist, was sie dort tun sollen. Ein Beispiel habe ich ja soeben genannt: die Müllentsorgung.

Es gibt Schätzungen darüber, dass 50 % der verordneten Medikamente nicht genommen werden. Das ist ein riesiger, teurer und riskanter Müllberg! Natürlich kann man sich als Apotheker dahinstel-

len und sagen: „Mir doch egal!“ Aber wenn man öffentliche Verantwortung tragen möchte, sollte man sich auch um solche Dinge kümmern.

Die Apotheker könnten auch Vorschläge machen, wie man anders mit den Rabattverträgen umgehen könnte. Sie jammern nur, doch einen konkreten Änderungsvorschlag, wie auch die Krankenkassen ihren berechtigten Anspruch einlösen können, keine überbezahlten Arzneimittel bezahlen zu müssen, habe ich noch nicht gehört.

Ich bedanke mich für das Gespräch!

Aus der losen Reihe von Hintergrundpapieren der Deutschen Plattform für Globale Gesundheit

Aus der Traum!

Die zunehmende Unwirksamkeit von Antibiotika hat schwerwiegende gesundheitliche Folgen und politische Ursachen

„Globale Gesundheit gehört erklärtermaßen zu den Kernanliegen der deutschen Bundesregierung. Als Gastgeberin des G7-Gipfels 2015 auf dem bayerischen Schloss Elmau folgte sie der Tradition dieses Zusammenschluss großer Industrienationen und setzte Gesundheitsthemen auf die Tagesordnung: Verbesserung der Gesundheit von Kindern und Müttern, Bekämpfung vernachlässigter und armutsassoziierter Tropenkrankheiten, Stärkung von Gesundheitssystemen und Eindämmung der zunehmenden **Antibiotikaresistenzen**. Allesamt wichtige und unterstützenswerte Anliegen, die zur

Armutsminderung und globalen Entwicklung beitragen können – vorausgesetzt, die Maßnahmen



Bildquelle: Wikipedia / Dr. Graham Beards

werden den komplexen Herausforderungen gerecht. Hier sind allerdings Zweifel angebracht. So zielen etwa die Vorschläge zur Eindämmung der zunehmenden Antibio-

tikaresistenzen ausschließlich auf biomedizinisch-technologische Lösungsansätze ab. Es bleibt außen vor, dass sich Antibiotikaresistenzen vor allem dort entwickeln, wo wirtschaftliche Interessen die Gesundheitspolitik dominieren und die öffentliche Daseins- und Gesundheitsfürsorge dem ökonomischen Primat untergeordnet ist.“

Eine ausführliche Darstellung des Themas ist auf der Website der Deutschen Plattform für Globale Gesundheit nachzulesen.

www.medico.de/dpgg

LESEEMPFEHLUNG UNSERES VEREINSMITGLIEDS REGINA SCHUMANN

Kauft griechische Bücher!

Euro oder Drachme – das ist in den Krimis von Petros Markaris zunächst eher nebensächlich. Kommission Kostas Charitos arbeitet (unterbezahlt wie alle öffentlich Bediensteten in Griechenland) in der Athener Polizeidienststelle und schlägt sich mit mehr oder weniger spektakulären Mordfällen herum. Dabei entzieht er sich häufig den Kochkünsten seiner (geliebten) Frau Adriani, bei denen mir das Wasser im Munde zusammenläuft, um schnell ein Souvlaki zu essen. Er macht sich immer (unberechtigter) Sorgen um seine Tochter, die zu Beginn der Krimireihe Jura in Thessaloniki studiert. Im Lauf der Zeit verändert sich (natürlich) die Beziehung zu Adriani, zu seinen Kolleginnen, Mitarbeitern und seinem Chef, seine Tochter wird erwachsen, aber eins bleibt immer gleich: die sommerli-

che Hitze und der chaotische Autoverkehr in Athen, die Einflussnahme der Politiker auf die Ermittlungen der Polizei, korrupte Strukturen in Wirtschaft und Medien. Viel erfährt der Leser über die (Gewalt-)Geschichte Griechenlands, über die Zeit der Obristen und wie sich dies immer noch auf die griechische Gesellschaft auswirkt. Nach den ersten vier Büchern – es empfiehlt sich, sie chronologisch zu lesen – bin ich gespannt, wie es mit Charitos und seiner Familie weitergeht und wie er mit der Finanzkrise 2009 umgeht. Sicher wird Markaris auch seinen Kommentar zur jetzigen Farce schreiben, zur Krise hat er sich bereits geäußert und auch schon die Wiedereinführung der Drachme durchgespielt. Ob Herr Schäuble diese Bücher gelesen hat?

Hellas Channel, 2000. ISBN 3-257-06241-9 (Entstehungsjahr 1995)*
Nachtfalter, 2001. ISBN 3-257-06287-7 (Entstehungsjahr 1998)*
Live!, 2004. ISBN 3-257-06391-1 (Entstehungsjahr 2003)*
Der Großaktionär, 2007. ISBN 3-257-06574-4 (Entstehungsjahr 2006)*
Finstere Zeiten: Zur Krise in Griechenland, 2012. ISBN 978-3-257-06836-8
Abrechnung, 2013. ISBN 978-3-257-06873-3 (Entstehungsjahr 2013)*
 Erschienen im Diogenes Verlag Zürich,
 *übersetzt von Michaela Prinzinger



Berlin, Berlin!

Hanns-Josef Ortheil reist als 12-jähriger Junge im Mai 1964 mit seinem Vater nach West-Berlin. Seine Reisenotizen schenkt er dem Vater zu Weihnachten. Erst 2014 wird „Die Berlinreise – Roman eines Nachgeborenen“ veröffentlicht, kaum redigiert vom erwachsenen Autor gibt der Roman die Atmosphäre in West-Berlin – 3 Jahre nach dem Mauerbau – wieder. Die Frontstadt wirkt ausgelaugt und müde, noch gibt es zahlreiche Wunden im Stadtbild und bei den Einwohnern. Ortheil erfährt während der Reise viele Details aus der Geschichte seiner Eltern, die kurz vor dem zweiten Weltkrieg als junges Ehepaar nach Berlin-Lichterfelde gezogen waren. Aus Kindersicht werden für ihn herausragende Erlebnisse in der Großstadt beschrieben: ein Restaurantbesuch in Friedenau (mit französischer Küche!), ein Kinobesuch am Kudamm („Liebesgrüße aus Moskau“), zweimal fahren Vater und Sohn nach Ost-Berlin. Wer einen unverkrampften, frischen Blick auf die 60er Jahre werfen will, ist hier richtig. Wer auf Spurensuche in Berlin gehen will, auch.

Spurensuche betreibt auch die Wahlberlinerin **Pascale Hugues**, sie taucht noch weiter in die Berliner Ge-

schichte ein. „Ruhige Straße in guter Wohnlage – Die Geschichte meiner Nachbarn“ ist eine Auseinandersetzung mit dem Nationalsozialismus und seinen Folgen, der Verfolgung und Vernichtung der jüdischen MitbürgerInnen. Der Roman beschreibt Geschehnisse vor und während des zweiten Weltkriegs. Die Häuser der Schöneberger Straße werden zu 90 % zerstört. Doch „Leben blüht aus den Ruinen“, Anekdoten aus den Nachkriegsjahren bis heute geben ein vielfältiges Bild der Westberliner Gesellschaft.

Neugierig begeben sich mit dem Fahrrad auf die Suche nach der Straße, deren Name im Buch nicht genannt wird und werde fündig. Stolpersteine für die deportierten BerlinerInnen finde ich jedoch nur wenige (<https://www.stolpersteine-berlin.de>). Wäre ich in diese Straße gezogen, in der kaum noch Altbauten stehen, die verstümmelt und mit (hässlichen) Bauten aus den 60er und 70er Jahren bestückt wurde? Die Autorin jedenfalls wohnt in einem der wenigen Gebäude aus der Gründerzeit des „Bayerischen Viertels“ und schätzt die Nähe zum KaDeWe.

Die Berlinreise. Luchterhand, München 2014, ISBN 978-3-630-87430-2

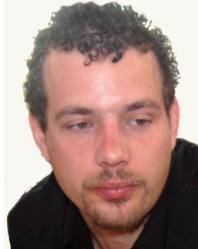
Ruhige Straße in guter Wohnlage - Die Geschichte meiner Nachbarn. Aus dem Französischen von Lis Künzli. September 2013. ISBN 978-3-498-03021-6



Thomas Hammer



Daniel Fleer



Florian Schulze



Viktoria Mühlbauer



Bernd Rehberg

Neues vom Vorstand

Der Vorstand hat sich auf Grund der Mitgliederversammlung wie folgt verändert: Dorothea Hofferberth und Monika Gerth sind aus dem Vorstand ausgeschieden. Neu gewählt wurde **Daniel Fleer**. Er kommt nicht aus Berlin und auch nicht aus Hamburg!

Allerdings wurde er in Berlin promoviert. Das Pharmaziestudium absolvierte er in Marburg. Nach 4 Jahren Apothekenleitung in Nordhorn, 2 Jahren Regionalapotheker in Namibia im Auftrag des deutschen Entwicklungsdienstes

und einem Zusatzstudium Public Health in Düsseldorf, arbeitet er seit 2007 im Ressort Arzneimittelbewertung des IQWiG in Köln.

Er ist verheiratet und hat drei Kinder. Bernd Rehberg, Viktoria Mühlbauer, Florian Schulze und Thomas Hammer freuen sich auf die zukünftige Zusammenarbeit.

Der Verein dankt Dorothea und Monika für ihre Tätigkeit im Vorstand.

Presseerklärung des VdPP

Zur Auflösung des Deutschen Pharmazeutinnen Verbands dpv

Der VdPP bedauert es sehr, dass der Deutsche Pharmazeutinnen Verband (dpv) sich mangels Beteiligung selbst aufgelöst hat.

Obwohl in den letzten Jahrzehnten insbesondere durch die Frauenbewegung, durch Feministinnen, durch Genderpolitik und auch durch berufsbezogene Frauenorganisationen spürbare Fortschritte für Frauen durchgesetzt werden konnten, ist längst nicht ein Zustand erreicht, der uns zufriedenstellen könnte. Gleichberechtigung ist nicht realisiert, immer noch tragen Frauen eine höhere Belastung in der Gesellschaft, ihre finanziellen Einkommen sind geringer, im gesellschaftlichen Leben sind sie beträchtlich unterrepräsentiert. Und es gibt erheblichen

professionellen Aufklärungs- und Handlungsbedarf, um den Frauen als Patientinnen gerecht zu werden.

Alles das zeigt sich auch in den Organisationen der ABDA: Fast drei Viertel der Apothekerschaft sind Apothekerinnen, aber nur ca. 50 % Apothekenleiterinnen; in den Berufsgremien sind sie in der absoluten Minderheit, selbst bei den Ehrungen innerhalb der Apothekerschaft kommen sie (natürlich!?) als Ausnahmen vor. Und dass Arzneimittel bei Frauen anders wirken können als bei Männern, müsste in manchen Apotheken überhaupt erst als fundiertes Wissen ankommen und wäre im Übrigen auch ein Bestandteil der von uns geforderten evidenzbasierten Beratungstätigkeit.

Der **dpv** hatte sich alle diese Themen auf die Fahne geschrieben. Mit dem Gender-Medizin-Kongress wollte er der professionellen Verantwortung mehr Gewicht verleihen. Insofern brauchten wir eher viel mehr **dpv** als gar keinen, und es ist ein alarmierendes Zeichen, dass hier so wenige Interessentinnen zu gewinnen waren. Wir finden es schade, dass eine „andere“ Stimme innerhalb der Apothekerschaft und der ABDA verloren geht.

Der VdPP hat in seinem Programm auch zum Thema „Frauen in der Pharmazie“ Positionen und Forderungen erarbeitet, die weiterhin zur politischen Arbeit des Vereins gehören werden.

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, Gudrun Hahn (verantwortlich), Thomas Hammer, Anne Paschke
Redaktionsanschrift: Neptun Apotheke, s.o., E-Mail: redaktion@vdpp.de.

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

TERMIN VORMERKEN

VdPP-Herbstseminar am Donnerstag 15. Oktober 2015
19.30 bis 21.30 Uhr
Ökumenisches Zentrum, Wilmersdorfer Straße 163, 10585 Berlin

Verzerrtes Wissen - Halbe Wahrheiten in der Arzneimittelwerbung

Arzneimittelwerbung kritisch beurteilen

Referentin

Dr. Iris Hinneburg

Medizinjournalistin,

Autorin des Buches: Klinische Studien kritisch lesen, s. S. 3

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

VORSTAND

Daniel Fler
Fusion93@web.de

Thomas Hammer
hr.hammer@web.de

Viktoria Mühlbauer
vmuehlbauer@posteo.de

Bernd Rehberg
bernd@bernd-rehberg.de

Florian Schulze
Florian.schulze@web.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.

NÄCHSTER RUNDBRIEF

Der nächste
VdPP-Rundbrief
erscheint im
Dezember 2015



Redaktionsschluss ist
am 15. November 2015