



Pharmazie in sozialer Verantwortung



Apotheke der Zukunft

Bericht vom World Café auf der Mitgliederversammlung

Am 24. und 25. Juni trafen sich die Mitglieder des Vereins demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten (VdPP) in Wernigerode zur jährlichen Mitgliederversammlung. Wie in jedem Jahr fand auch diesmal im Rahmen der Mitgliederversammlung ein öffentlicher Teil statt. Aber anders als bei früheren Tagungen wurden die Teilnehmerinnen und Teilnehmer selbst Teil des Geschehens: im World Café zur Apotheke der Zukunft.

Die Apotheke der Zukunft und ein neues Leitbild des Berufs werden seit einigen Jahren breit diskutiert. Das Ergebnis, das "Perspektivpapier 2030" der ABDA, geht nach Ansicht des VdPP kaum über den Status quo hinaus. Der VdPP hat weitergedacht und neue Herausforderungen, sowie neue Chancen diskutiert. Dazu bereitete der VdPP drei Themen vor: „Leistung und Qualität“, „Personal und Bildung“ und „Solidarisches Gesundheitswesen“. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer bearbeiteten nacheinander in kleinen Gruppen die drei Themen und diskutierten die Ergebnisse aufeinander aufbauend. Im Anschluss wurden die Ergebnisse im Plenum besprochen und anhand eines Entwurfes zur

Positionierung des VdPPs besprochen.

Leistung und Qualität

Am ersten Tisch wurde mit Udo Puteanus über Leistung und Qualität der Apotheke der Zukunft gesprochen. Dabei kamen in den drei Gruppen folgende Themen zur Sprache: Distribution, Versorgung der Bevölkerung mit Arzneimitteln, Herstellung von Rezepturen, Spezialisierung, Qualitätssicherung, Prävention und Gesundheitsförderung. Die Versorgung der Bevölkerung muss in allen Regionen der Bundesrepublik gewährleistet sein. Werden Versorgungslücken identifiziert, müssen sich Planungsziele an den Kriterien Patientenorientierung, Qualitätsori-

Inhalt dieser Ausgabe

Apotheke der Zukunft — Bericht	1
Bienvenidos a España	3
Ordentliche Tarifverträge	6
„Unsinn - Vorsorgemedizin“	6
Arbeiten, wo der Pfeffer wächst	7
Veränderungen bei Druck?	10
Herbstseminar 2017	11
Flächendeckende Versorgung?	12
10 Jahre MEZIS	13
Forderungen: Nationale Armutskonferenz	14
Armut und Gesundheit 2018	14
Vom Apothekertag 2017	14
Grußwort des Vorstands	15
100. Rundbrief	15

Liebe Rundbriefleser und -leserinnen, Ein Blick über die Grenzen regt das Denken über die Apotheke der Zukunft an. Können wir etwas von Spanien, England oder Madagaskar lernen?

Auf dem Herbstseminar geht es um andere Möglichkeiten der Honorierung. Auch das kann die Apotheke verändern. Hin zu einer stärker patientenorientierten Pharmazie? Kommt am 9. November nach Berlin und diskutiert mit.

Zwei Ereignisse lassen uns zurück blicken: Bald gibt es den 100. Rundbrief. Ein Anlass die Arbeit all der zu würdigen, die das Erscheinen der Zeitung möglich gemacht haben. Mit dem Attentat auf Rudi Dutschke vor 50 Jahren bekam eine Generation politisch links denkender Menschen einen Namen: die 68er. Wie hat sich das Gesundheitssystem seither durch das Handeln dieser Menschen verändert? Wir wollen uns im nächsten Jahr auf die Spurensuche machen.

Guðrun Hahn

enterte Versorgung, Integrierte Versorgung und Kooperation mit anderen Gesundheitsberufen und Sektoren bei optimiertem Einsatz der Fachkräfte orientieren. Lokale bzw. regionale Gesundheitszentren mit eigenem Budget müssen erprobt werden. Dabei sollen insbesondere Gesundheitszentren in kommunaler Trägerschaft und demokratisch legitimiert eine finanziell ausreichend abgesicherte Chance erhalten. Die Zentralisierung der Rezepturherstellung gewährleistet eine höhere Qualität, als es heute der Fall ist. Schon heute können nicht alle Apotheken alles, z. B. Spezialrezepturen und komplexe Medikationsanalysen bei besonderen Krankheitssituationen. Spezialisierungen und Zertifizierungen sind daher notwendig. Pharmazeutische Leistungen müssen aber auch in der gesundheitlichen Primärversorgung einem evidenzbasierten Standard entsprechen. Pharmazeutische Leistungen, wie Herstellung, Information und Beratung, müssen wissenschaftlich fundiert sein. Dafür müssen Forschungskapazitäten in einem ausreichenden Maß aufgebaut werden. Bei Information und Beratung müssen Beratungsstandards erarbeitet werden, die aufgrund wissenschaftlicher Prüfung nach ihrem Nutzen für die Patienten und nach Aufwand bezahlt werden.

Personal und Bildung

Esther Luhmann moderierte den zweiten Tisch und sprach mit den Interessierten über Personal und Bildung in der Apotheke der Zukunft. Die Ausbildung des Personals hängt stark mit der angebotenen Leistung und dessen Qualität zusammen. Alle waren sich schnell einig, dass das heutige Pharmaziestudium dringend renovierungsbedürftig ist. Kenntnisse in Klinischer Pharmazie und Sozialpharmazie müssen schon im Studium vermittelt werden. Für evidenzbasiertes Arbeiten muss schon früh die Wichtigkeit von der pharmazeutischen Wissenschaftlich-

keit gelehrt werden. Der VdPP fordert mehr als nur industrieunabhängige Informationen. Er möchte das Niveau der angebotenen Kammerweiterbildungen gesteigert sehen und spricht sich für eine Akademie für Klinische Pharmazie aus. Um den sozialen Zusammenhang zwischen Gesundheit und Krankheit besser einschätzen und beurteilen zu können, muss nicht nur die Krankheitslehre im Studium einen größeren Stellenwert einnehmen, sondern vor allem auch die Sozialpharmazie gelehrt und gelebt werden. Hier sieht der VdPP einen guten Ansatzpunkt um eine interdisziplinäre Zusammenarbeit zu fördern. Hierbei können auch PTAs durch entsprechende Fortbildung weitergehende Aufgaben übernehmen. Eine Vertretung des Apothekers durch einen PTA sieht der VdPP aber nicht.

Organisation und Honorierung

Am dritten Tisch, den Florian Schulze moderierte, ging es unter anderem darum, wie und von wem Apotheken künftig organisiert werden könnten. Einhellig wurde eine weitere Deregulierung hin zu Apothekenketten, erst Recht in der Hand großer Kapitalgesellschaften abgelehnt. Trotzdem wurde auch die inhabergeführte Apotheke als nicht ideal angesehen, den Widerstreit aus Ethik und Monetik zugunsten der Patientinnen und Patienten aufzulösen. Zukünftig denkbar sind etwa Apotheken in kommunaler Hand, in genossenschaftlicher Führung oder als Teil gemeinnütziger Versorgungszentren zumindest dort, wo Versorgungslücken drohen. Interessant sind auch internationale Alternativen, etwa das niederländische Einschreibemodell. (Dort schreiben sich die Patientinnen und Patienten in einer Apotheke ihrer Wahl ein und die Apotheke bekommt pro eingeschriebenem Patienten eine Pauschale.) Die Honorierung pharmazeutischer Leistungen sollte Anreize für Qualität und Patientenorientierung bieten und eine innovative

Weiterentwicklung von pharmazeutischen Aufgaben ermöglichen. Die heutige Vergütung ist nach Ansicht der Teilnehmenden dafür nicht ideal. Besser wäre eine Einzelleistungsvergütung, die allerdings in hohem Maße betrugsanfällig ist. Wenige Fehlanreize bietet eine vollständig gewinn-/umsatzunabhängige Honorierung, etwa mit Angestelltenverhältnissen. Die Teilnehmenden stimmten zu, dass die öffentliche Apotheke neue Aufgaben übernehmen sollte. Allerdings steht nach mehrheitlicher Ansicht der Teilnehmenden ihre Kernkompetenz, das Arzneimittel, im Vordergrund. So gibt es viele Möglichkeiten, die Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) und die Therapiequalität zu verbessern oder auch sich als Arzneimittelfachleute in regionalen Strukturen einzubringen. Als viertes großes Thema an diesem Tisch ging es um Chancen und Risiken der Digitalisierung. Neue Möglichkeiten wie das eRezept, elektronisches Medikationsmanagement, bessere interprofessionelle Kommunikation oder auch mHealth-Anwendungen zur Förderung der Therapiesicherheit und Adhärenz wurden einhellig begrüßt.

Die Zukunft

Der VdPP befasst sich weiterhin mit diesen Fragen und wird sich auch in der nahen Zukunft vor allem mit der Honorierung der Apotheke der Zukunft beschäftigen. Dazu ist das Herbstseminar (siehe Seite 11) geplant.

Esther Luhmann



¡Bienvenidos a España!

Ein Erfahrungsbericht aus Valencia, Spanien

Wenn man an Spanien denkt fällt einem wahrscheinlich zuerst „Sommer, Sonne, Strand und Meer“ ein. Aber das ist nicht alles. Seit einigen Monaten arbeite ich in einer spanischen öffentlichen Apotheke und wollte wissen, wie es eigentlich mit der Pharmazie in sozialer Verantwortung in Spanien steht. Wie sind die Versorgung und der Zugang zu Medikamenten und was sind die wesentlichen Unterschiede zum deutschen Apothekenalltag. Diesen Fragen bin ich nachgegangen.

Nach etlichen Jahren Sprachkurs und unzähligen Urlauben in Spanien bin ich wieder hier, in Valencia. Nicht als Erasmus-Studentin und auch nicht als Urlauberin, sondern als Apothekerin und als VdPP-Mitglied. Viel Bürokratie und nervenaufreibende Telefonate habe ich über mich ergehen lassen, um in Spanien arbeiten zu können. Ist das erst einmal geschafft, kann es mit der Arbeit losgehen. Begonnen habe ich gefühlt bei null, trotz Arbeitserfahrungen in Deutschland. Jeden Tag lerne ich dazu und staune über die Unterschiede.

Stellung der Apotheke im Gesundheitssystem

Der Patient kann, wie in Deutschland auch, seine Apotheke frei wählen. Wenn er aber zum Arzt muss, geht er in das Gesundheitszentrum an seinem Wohnort, in Notfällen kann man natürlich auch in eine Notaufnahme oder ins Krankenhaus gehen. Fremd- und Mehrbesitz ist in Spanien verboten: ein Apotheker besitzt nur eine Apotheke. Meine Arbeitskolleginnen haben nicht schlecht gestaunt, als ich ihnen gesagt habe, dass in Deutschland ein Apotheker bis zu vier Apotheken besitzen kann. Filialapotheken gibt es hier nicht. Die Regulierung der Apothekendichte in Valencia findet durch die zuständige Apothekerkammer statt. So soll gewährleistet werden, dass jeder Spanier in Wohnortnähe eine Apotheke hat.

Im Sommer kann es aber sein, dass manche Apotheken z.B. den August

geschlossen haben, da viele *Valencianos* in ihr Sommerhaus am Strand oder in ihr Dorf fahren. Hinzu kommt, dass die Apothekenmitarbeiter selbst natürlich auch Urlaub machen.

In Valencia gibt es aber auch einige 24h-Apotheken. Dazu muss bei der Apothekerkammer eine entsprechende Lizenz beantragt werden. Eine wohnort- und zeitnahe Versorgung ist somit sichergestellt.

In Deutschland kann man sein Kassenrezept deutschlandweit in einer Apotheke abgeben. Das ist in Spanien nicht so. Die Rezepte sind nicht in allen autonomen Gemeinschaften und Kommunen gültig. Das wird im Sommer problematisch, da viele wegfahren. Nach und nach erkennen aber immer mehr Regionen die Rezepte gegenseitig an, sodass die PatientInnen ihr Rezept in immer mehr Orten einlösen können.

Der spanische Apothekenalltag

Ein Apothekenleben ohne Rabattverträge, ohne kostenlose Proben und Zeitschriften! Während der Apothekenalltag in Deutschland weitestgehend von Rabatt- und Hilfsmittelverträgen gekennzeichnet ist, hat man in Spanien damit nichts zu tun, denn es gibt nur eine gesetzliche Kranken-

kasse. Alle Spanier sind gesetzlich versichert, viele haben jedoch eine zusätzliche private Krankenversicherung abgeschlossen, da mitunter mit sehr langen Wartezeiten im Gesundheitszentrum zu rechnen ist. Zahnärztliche Behandlungen sind z. B. keine Kassenleistungen, im Ernstfall wird nur der schmerzende Zahn gezogen.



Abb. 1 Krankenkassenkarte

Lieferprobleme gibt es hier auch. Es kommt immer mal wieder vor, dass Medikamente nicht lieferbar sind. Lieferprobleme stellen ein weltweites Versorgungsproblem dar und sind nicht nur in Deutschland gang und gebe.

Preise

Generell sind die Preise für Arzneimittel in Spanien viel günstiger als in Deutschland. Das liegt zum einen an der Preispolitik, denn einen Festzuschlag wie in Deutschland für verschreibungspflichtige Medikamente gibt es nicht. Zum anderen gilt für

Medikamente ein reduzierter Mehrwertsteuersatz von 4%. Es gibt kaum Preisdifferenzen zwischen Original- und Generikaprodukt. Die Verkaufspreise sind fast gleich. Preise für patentgeschützte Arzneimittel sind hingegen teurer als patentfreie Arzneimittel. Für alle Arzneimittel gilt eine Preisbindung, sowohl für OTC- als auch Rx-Arzneimittel. Auch Medizinprodukte, die zu Lasten der Krankenkasse abgegeben werden, haben einen einheitlichen Preis.

Lediglich Produkte aus dem Bereich „Parafarmacia“ kann die Apotheke frei kalkulieren. Dazu gehören zum Beispiel Kosmetik, Nahrungsergänzungsmittel, Babyahrung, Vitaminprodukte und allerlei Ähnlichkeiten zu deutschen apothekenexklusiven Produkten.

Die Zuzahlung ist gesetzlich geregelt und auf der Krankenkassenkarte hinterlegt. Es gibt den Status „activo“ oder „pensionista“. Die Zuzahlung ist also abhängig davon, ob man arbeitet oder in Rente ist. Zudem ist die Zuzahlung vom Einkommen abhängig. Sie liegt je nach Status und Einkommen bei 0 - 60% des Arzneimittelpreises. (1) Bei Arbeitsunfällen und Behinderungsgraden gibt es gesonderte Regeln.

Digitalisierung: Das elektronische Rezept

Das war für mich neu. Für die valenzi- anischen Apotheken auch, denn das elektronische Rezept gibt es noch nicht so lange, erst seit Anfang des Jahres. (2) Wie läuft das also ab? Der Patient kommt mit seinem „Rezept“

in Papierform, welches eher einem Therapieplan (3) entspricht, und seiner Krankenkassenkarte (4) (darauf ist die Personalausweisnummer notiert) in die Apotheke. Dieser Therapieplan kann nur mit der dazugehörigen Krankenkassenkarte eingesehen werden; er enthält alle wichtigen Infor-

Papier, sind die Daten des Patienten, der Apotheke und der Medikation enthalten.

Medikamente, die zur Behandlung von chronischen Krankheiten dienen, sind oft mehrfach verschrieben, das heißt der Arzt kann bei Dauermedika- tion zuvor die Daten festlegen, an welchen der Patient das Rezept in der Apotheke einlö- sen kann. Dazu gibt es zu jedem Therapie- plan (als Art Deck- blatt) einen weiteren Plan, eine Art Ver- laufsplan, „*planning*“. Dort kann man sehen, wann welches Medi- kament freigeschaltet wird, als Hilfe für den Patienten- auch für die Apotheke ist das hilfreich.

Die elektronische Um- setzung wird in Abbil- dung 3 dargestellt (5):

Im Einzelnen laufen 6 Schritte ab:

1. Der Patient legt in der Apotheke seine Krankenkassenkarte und das Rezept vor.

2. Die Apotheke übermittelt die Patien- tendaten mittels der Krankenkassenkarte an das Informationssystem der Apothekerkammer.

3. Dort wird auf die Verschreibungs- daten des Patienten zugegriffen, diese sind bei der Gesundheits- agentur hinterlegt. Die Gesund- heitsagentur übermittelt die Da- ten (verschreibender Arzt, Verord- nung und Rezept-Code) an die Kammer, diese leitet es an die Apotheke weiter.

4. Der Apotheker gibt die verordne- ten Medikamente ab.

5. Die Information über die Arznei-

AGENCIA VALENCIANA DE SALUD TRATAMIENTOS VIGENTES

07/04/2016 13:50:39

Aportación con derecho a subvención

Paciente: [REDACTED] - SIP: [REDACTED] - Edad: 13a - Régimen: Pensionista - [REDACTED]

Fecha base: 17/11/2015 Fecha de impresión: 07/04/2016 13:50:42

Margen de antelación de visualización de recetas: 5 días y agrupación en Oficina de farmacia 14 días

PRÓXIMAS DISPENSACIONES DE MEDICAMENTOS

Mar/16	Abr/16	May/16	Jun/16	Jul/16	Ago/16	Sep/16	Oct/16	Nov/16	Dic/16	Ene/17	Feb/17
JUEVES 31	JUEVES 14										

PVP Env. (IVA incl.)	Aportación Env. ***	Código producto	Colegiado CPA	Producto farmacológico	Farmacología	Desde	Hasta	F. Máx. Disp. por contingencia
3,7€	0€	68825	46/185/6	MFC TRAMADOL/ PARACETAMOL 100/500MG/30 COMPRIMIDO C/MP (AL/PVC/PVDC) EFG	1	31/03/2016	29/04/2016	07/05/2016
Consejos médicos: PUEDE ADMINISTRARSE CON INDEPENDENCIA DE LAS COMIDAS								
Cód. CIE9: 592								
8,02€	0€	5354	46/185/6	MFC DEXKETOPROFENO 12,5 MG / 40 COMPRIMIDOS	1	31/03/2016	29/04/2016	30/04/2016
Cód. CIE9: 723.1								

Observaciones

PARA FACILITAR EL PROCESO DE DISPENSACION DE MEDICAMENTOS, POR FAVOR NO OLVIDE ESTE INFORME CUANDO TENGA QUE IR A LA OFICINA DE FARMACIA. Por favor, no acumule medicamentos en el hogar. Indique a su médico o farmacéutico los envases de medicamentos que no necesita.

* El precio de los productos corresponde al mes de mayo de 2014.

** EL COSTE DE LOS TRATAMIENTOS, corresponde a la suma del precio (PVP-IVA) de todos los envases necesarios de los tratamientos pautados.

*** Aportación env: corresponde a la cuantía a aportar por el paciente en la dispensación por cada envase, según el precio de los productos correspondientes al mes de mayo de 2014.

Usted es una de las personas beneficiarias de la ayuda regulada en el Decreto del Consell 240/2015 por el que se aprueban las bases reguladoras para la concesión de subvenciones al colectivo de pensionistas, destinadas a compensar gastos relacionados con la protección de la salud, durante el ejercicio presupuestario 2016 (Resolución de fecha 20 de Diciembre de 2015 de la Secretaría Autonómica de Salud Pública y del Sistema Sanitario Público. Puede consultarla en la web de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública). Si desea renunciar a la subvención concedida puede hacer efectivo su derecho cumplimentando el modelo que figura en el Anexo I del Decreto referenciado o acudiendo a su centro de salud, donde le informarán. No debe declarar esta ayuda porque está excluida de gravamen.

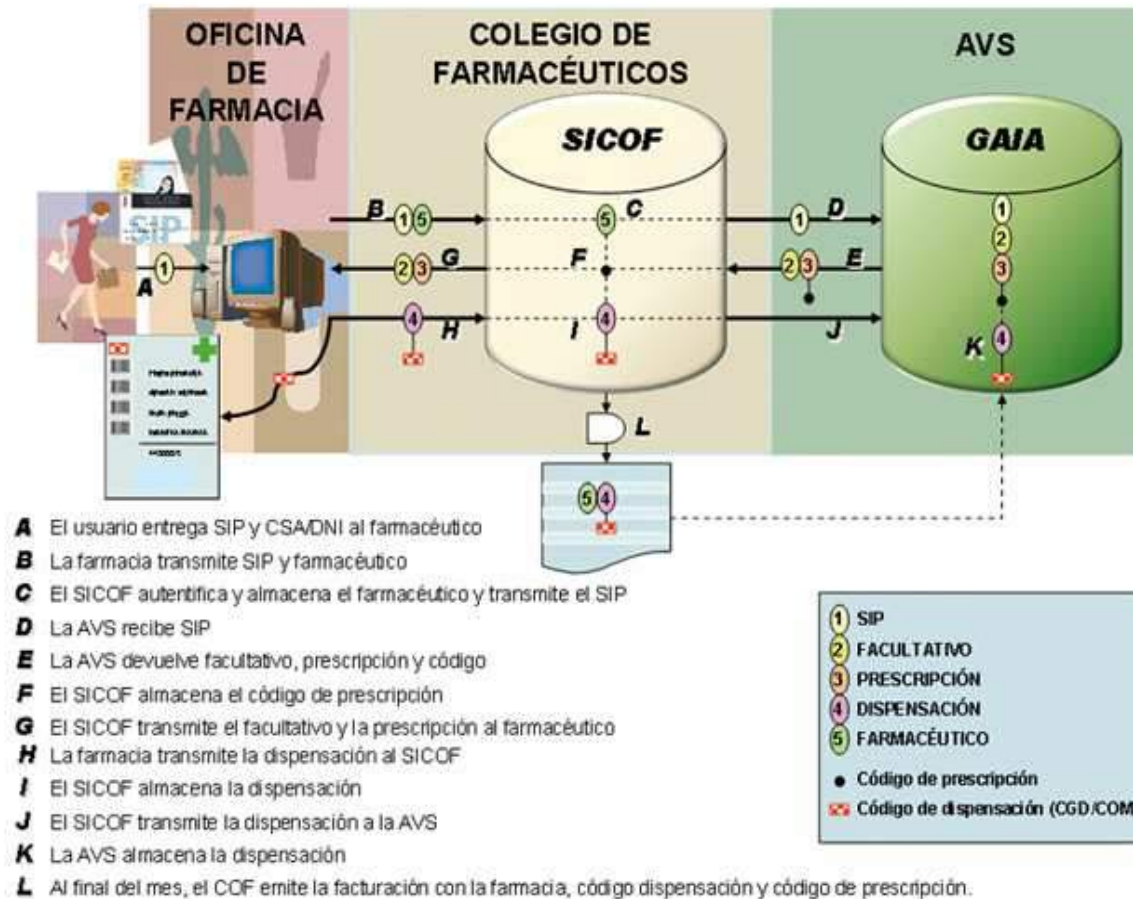
Impreso por: A.S.P.
Centro: CONSELLERIA DE SANIDAD

COSTE DE LOS TRATAMIENTOS: 34,54 € **

Abb. 2: Rezept

mationen zur medikamentösen Behandlung: Über das deutsche Maß hinaus, sind Dosierung, Therapiedauer und Preise (auch die Zuzahlung) immer angegeben. Oben rechts ist ein Strichcode, hinter dem sich der Therapie-Code verbirgt. In der Apotheke wird beides eingescannt und die Medikation wird „freigeschaltet“. Der Apotheker gibt dann die verordnete Medikation ab (Art, Menge, Dosierung) und bestätigt die Abgabe elektronisch. Automatisch wird ein weiteres Papier ausgedruckt, das behält die Apotheke und reicht es zur Abrechnung ein. Auf diesem zweiten

Abb. 3 elektronische Umsetzung und Datenübermittlung



(Erläuterung: Oficina de Farmacia = öffentliche Apotheke, Colegio de farmacéuticos = Apothekerkammer, SICOF = Informationssystem der Apothekerkammer, AVS = Agencia Valenciana de Salud = Gesundheitsagentur Valencia, ist Teil des Gesundheitsamts, GAIA= Teil der Gesundheitsagentur, die die elektronischen Rezepte umsetzt)

mittelabgabe wird an das Informationssystem der Apothekerkammer und der Gesundheitsagentur geleitet und gespeichert.

6. Am Ende des Monats sendet jede Apothekerkammer die Daten zur Fakturierung.

Im Moment findet in Valencia eine Übergangszeit statt, es landen auch immer wieder „alte Rezepte“ in der Apotheke, die dann in ein elektronisches Rezept umgewandelt werden.

Apotheke der Zukunft

Der VdPP hat sich in den letzten Monaten intensiv mit der Apotheke der Zukunft beschäftigt. Auch ich habe mich in der spanischen Apotheken-

welt umgehört und gefragt, wie die Zukunft der spanischen Apotheken aussieht.

Der Zusammenschluss der spanischen Apothekerkammern hat einen Zukunftsplan entwickelt. (6) Dieser Plan enthält 17 strategische Ziele und 12 Aktionspläne. Inhaltlich geht es um die Weiterentwicklung der Berufe, der pharmazeutischen Dienstleistungen und die Einbettung der Apotheken in das nationale Gesundheitssystem. Auch die stärkere Einbindung der Patientinnen und Patienten findet ihren Platz.

Esther Luhmann

Ich danke Victoria und dem ganzen Team der Farmacia General Avilés, für die Möglichkeit, dass ich auf so

herzliche Art und Weise einen umfangreichen Blick in das spanische Pharmaziewesen erhalten konnte. Muchas gracias!

Anmerkungen

1: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2011-1013>

2: <http://www.lasprovincias.es/comunitat/201702/22/comunitat-incorpora-receta-electronica-20170222123605.html>

3: Bild: <http://www.san.gva.es/documents/151311/d45be75d-f5ea-4c76-bea0-e710dbf0174d>

4: Bild: SIP: <http://www.san.gva.es/consultacopago>

5: <http://publicaciones.san.gva.es/docs/farmacias/3convenioimplantacion.pdf> (elektronische Umsetzung)

6: <http://www.portalfarma.com/Profesionales/organizacioncolegial/profesionfarma/planfuturofarmaciacomunitaria/Paginas/Plan-Futuro-Farmacia-Comunitaria.aspx>

Quellen: bei der Autorin

Leserbrief an die DAZ

Mitarbeitersuche: Ordentliche Tarifverträge mit modernen Standards helfen

Zum Schwerpunkt Mitarbeiterakquise in DAZ 2017, Nr. 26, S. 47

Arzneimitteltherapie kann oftmals ein „Hochrisikoprozess“ sein. Gerade bei älteren und multimorbiden Menschen. In Zukunft werden immer mehr Menschen mit vielen Arzneimitteln gleichzeitig behandelt werden. Deshalb brauchen wir gute und engagierte Fachexpertinnen und -experten auf der Seite der Ärztinnen und Ärzte, der Pflegefachkräfte – und in Apotheken.

Nun lässt sich beobachten, dass die Zahl der Apotheken abnimmt. Die Zahl der Patientinnen und Patienten nimmt aber zu. Der Arbeitsaufwand und die wissenschaftliche Qualität in den verbleibenden Apotheken wird

steigen. Wenn jetzt über Fachkräftemangel geklagt wird, sollte man deshalb zunächst die Gehälter ins Visier nehmen. Mit dem, was derzeit im Tarifvertrag festgehalten ist, lässt sich keine Zukunft gestalten. Deshalb sind zuerst die Tarifgehälter zu erhöhen. Darauf zu setzen, dass man im Einzelfall schon übertariflich bezahlt wird, überzeugt niemanden, schon gar nicht die jungen Menschen, die nach Abschluss der Schullaufbahn vor der Entscheidung stehen, welchen Ausbildungsweg sie gehen wollen.

Wenn dann noch bekannt ist, dass sich mit dem sächsischen Landesverband der Apothekenleiter manche

völlig aus dem Tarifgefüge ausklinken, welcher Schulabgänger wird sich dann noch für die Pharmazie und die Apotheke entscheiden? Also: Ordentliche Tarifverträge mit modernen Standards sind das mindeste, was zu tun ist. Ansonsten freut sich der Nachwuchs noch auf Ketten, die aufgrund ihrer wirtschaftlichen Potenz zu Beginn wenigstens ordentliche Tarifverträge und Arbeitnehmervertretungen bieten können.

Der VdPP-Vorstand, Verein demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten e. V.

DAZ 2017, Nr. 27, S. 79, 06.07.2017

Buchbesprechung von Viktoria Mühlbauer

Wir sind Vorsorgeweltmeister!

Wahrscheinlich werden in keinem Land so viele Untersuchungen zur Krebsfrüherkennung angeboten wie in Deutschland – selbst in Australien gibt es kein allgemeines Screening auf Hautkrebs. Dass uns dies aber eher beunruhigen sollte als freuen zeigt Frau **Prof. Mühlhauser** in ihrem Buch **„Unsinn Vorsorgemedizin – Wem sie nützt, wem sie schadet“** (Rowohlt Verlag). Sie nimmt die Evidenz für die Krebsfrüherkennungsuntersuchungen (Brust, Gebärmutterhals, Darm, Haut, Prostata, Hoden) sowie Gesundheitschecks (auf Diabetes, Aneurysma etc.) und für die Einnahme von Statinen zur Primärprävention unter die Lupe. Dabei legt sie anhand von wissenschaftlichen Daten dar, welchen Nutzen und Schaden

die einzelnen Untersuchungen haben.

Wie der Titel schon vermuten lässt, ist die Evidenz für viele dieser Untersuchungen schlecht – weshalb manche in anderen Ländern gar nicht angeboten werden. Wenn durch ein flächendeckendes Screening auf sehr seltene Krebsarten die Erkrankungsrate ansteigt, die Sterblichkeit aber unverändert bleibt, ist der Nutzen mehr als fraglich. Der Schaden liegt auf der Hand: Unnötige Diagnosen und Behandlungen, irrsinnige Kosten (130 Mio. pro Jahr (!) für das Hautkrebscreening – bitter, wenn man weiß, wo in unserem Gesundheitssystem dieses Geld fehlt), und Ärzte, denen durch die aufwändige Untersuchung Gesunder Zeit für die Patien-

ten fehlt.

Ein spannendes Buch, nicht nur um selbst eine Entscheidung für oder gegen die Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen zu treffen, sondern auch um Patienten, die mit Fragen in die Apotheke kommen, Auskunft geben zu können.



Arbeiten, wo der Pfeffer wächst

Eine Apothekerin auf Madagaskar

„Schnell! Hydrocortison injectable! Glucose! Und etwas Diazepam für die Mutter!“ ruft mir die diensthabende Ärztin entgegen. Soeben wurde ein lebloses Kind eingeliefert, die panische Mutter ist im ganzen Dispensaire zu hören. Leider zu spät, die Ärzte können das dehydrierte Kind nicht mehr retten. Die katholischen Schwestern stehen der hilflosen Mutter bei.

In den knapp drei Monaten, die ich in meiner Funktion als ehrenamtliche Apothekerin nun hier bin, sind zwei Kleinkinder verstorben, da sie zu spät eingeliefert wurden und völlig entkräftet und dehydriert waren.

Madagaskar, die viertgrößte Insel und zugleich eines der ärmsten Länder der Welt. Armut (68,7% leben unter der Armutsgrenze^[1]), geringe Schulbildung und schlechte medizinische Versorgung betreffen einen Großteil der Bevölkerung.

Das madagassische Gesundheitssystem

In Madagaskar gibt es im Gegensatz zu Deutschland keine verpflichtende Krankenversicherung. Das Gesundheitssystem ist bei Weitem nicht so gut ausgebaut. Dadurch stehen Patienten finanziell alleine da. Viele Menschen können sich die Behandlungs- und Arzneimittelkosten im Falle einer Krankheit nicht leisten, sodass sie den Besuch beim Arzt oft bis zum letzten Moment hinauszögern.

Für Angestellte gibt es die CnaPS (Caisse Nationale de Prévoyance Sociale), die als Kranken-, Unfall- und Rentenversicherung fungiert. In Anbetracht der hohen Zahl an Personen, die keiner angestellten Tätigkeit nachgehen, wird allerdings klar, dass diese Versicherung nur einen kleinen Teil der Bevölkerung abdeckt. Der Staat übernimmt die Kosten für die Behandlung bestimmter Krankheiten

wie zum Beispiel Malaria, Tuberkulose, HIV/AIDS, Krebs und außerdem die Impfungen nach dem nationalen Impfprogramm.^[2] 2003 hat die Regierung gemeinsam mit Unicef und der EU den *Fonds d'Approvisionnement Non-Stop aux Médicaments Essentiels* (FANOME) ins Leben gerufen, der auch den ärmsten der Bevölkerung einen Zugang zu essentiellen Arzneimitteln ermöglichen soll. Die Umsetzung gestaltet sich allerdings als schwierig, sodass nach wie vor viele Menschen durch das Versorgungsraster fallen.

Centres de Santé de Base (CSB) stellen die erste Anlaufstelle der meisten Patienten dar. Es handelt sich hierbei um Einrichtungen, die eine Grundversorgung der Bevölkerung bei einfachen Erkrankungen sowie der Gesundheitsvorsorge sicherstellen. Oft ist ihnen eine *Maternité*, eine Mutter-Kind-Station mit Kreißsaal angeschlossen.

Für komplexere Krankheiten sowie Operationen sind dann die CHD (Centre Hospitalier du District) oder

CHU (Centre Hospitalier Universitaire, entspricht in etwa unserer Uni-Klinik) bzw. CHRR (Centre Hospitalier régionale de référence) zuständig, in denen Fachärzte verschiedener Richtungen tätig sind.

Kein Geld, oft weite Wege

Ein weiteres Problem ist die Infrastruktur innerhalb des Landes. Oft haben die Patienten einen weiten Weg zurück zu legen, da sie im Busch leben und das nächst gelegene Gesundheitszentrum bzw. Krankenhaus nur zu Fuß erreichbar ist. Notarztwagen wie in Deutschland sind quasi nicht vorhanden. Patienten müssen entweder getragen oder im Kuhgespann transportiert werden. Kleine Motortaxis, so genannte Bajajs, sind eine weitere Möglichkeit sich im Busch fort zu bewegen, sind aber mit 1000 Ar (entspricht ca. 30ct) für viele bereits sehr teuer. In der Regenzeit sind viele Wege überflutet und gar nicht passierbar.

Das macht eine Akut-Versorgung sehr schwierig. Soziale Dispensaires



(oft geführt von religiösen Orden) sichern eine medizinische Grundversorgung und verkaufen Arzneimittel zu niedrigen Preisen, die sicherstellen sollen, dass auch arme Patienten, sich die wichtigsten Medikamente leisten können. Wir erheben beispielsweise eine Marge von ca. 15% auf den Einkaufspreis.

Für Patienten, die selbst diese Preise nicht stemmen können, gibt es im Falle des Dispensaires Aina Vao eine Assistante Sociale, die – finanziert von Apotheker ohne Grenzen Schweiz – die Behandlungskosten übernimmt.

Um die Arzneimittel-Kosten für die Patienten weiter zu senken, werden die Medikamente in bedarfsgerechten Mengen abgegeben, teils tablettenweise. Dies hat den Vorteil, dass die Menge an nicht benötigten Medikamenten sinkt und das Risiko von Selbstmedikationen mit potentiell gefährlichen Arzneimitteln verringert wird. Im Apothekenalltag bedeutet dies allerdings, dass viele Blister zerschnitten und aus der Umverpackung entnommen werden, was Risiko einer Verwechslung erhöht, die Stabilität lichtempfindlicher Stoffe beeinträchtigt

und außerdem die Verfalldatenkontrolle erschwert.

Pharmazeutischer Bereich

Nach einer langen Zeit des Fachkräftemangels wurde 2005 der Studiengang Pharmazie in Madagaskar eingeführt. Zuvor war ein Studium nur im Ausland möglich. Die Ausbildung der Fachkräfte soll eine bessere pharmazeutische Betreuung sicherstellen. Apotheker sind in den Apotheken nach wie vor nur selten anwesend, da sie sich oft um mehrere Orte kümmern.

2011 waren national 246 Apotheker tätig, was einem Verhältnis von 0.12/10 000 Einwohnern entspricht. Jedoch nur 70 davon waren im öffentlichen, nicht privaten Sektor tätig.^[4]

Das Berufsbild der PTA wie in Deutschland gibt es nicht. Das hat zur Folge, dass der Verkauf der Medikamente meist von Personal betrieben wird, das keine medizinische bzw. pharmazeutische Ausbildung hat.

Um die Versorgung der Bevölkerung

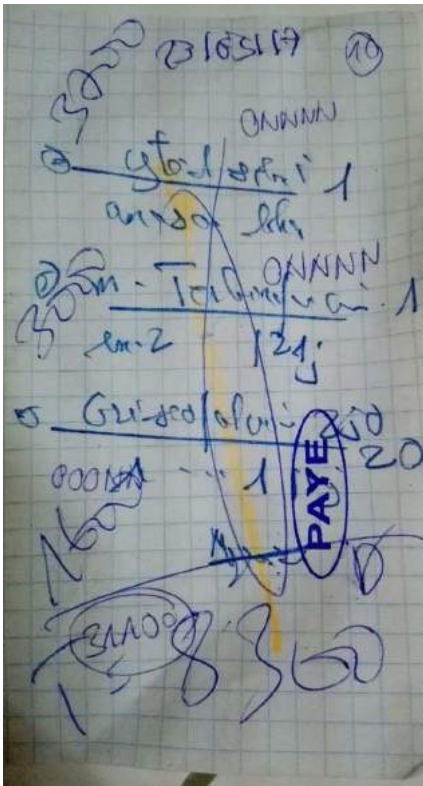
in ruralen Gebieten abzudecken gibt es weiterhin so genannte *Dépôts de médicaments*. Diese werden von fachfremden Leuten betrieben, die – wenn überhaupt – ein Praktikum in einer Apotheke absolviert haben. Das Personal hat in der Regel keine medizinische Ausbildung. Diese Strukturen begünstigen sowohl den Schwarzmarkt als auch den nicht-rationellen Gebrauch von Arzneimitteln. Die oft erhöhten Preise der Originalpräparate, die statt generischer Arzneimittel abgegeben werden, führen dazu, dass essentielle Arzneimittel nicht der gesamten Bevölkerung zur Verfügung stehen.

Es gibt seit 1996 eine staatliche Institution, die *Centrale Nationale d'Achats de Médicaments SALAMA*, die als Großhändler fungiert und Arzneimittel ohne Profit-Interessen an „non-profit“-Apotheken, CHUs (staatliche und SSD (Service de Santé de District) verkauft. In Madagaskar gibt es praktisch keine Pharmaindustrie. Die meisten Arzneimittel stammen aus Indien, China, Südafrika und Frankreich. Sie werden von Großhändlern importiert und vertrieben. Leider wird für die importierte Ware

bisher kein Qualitätszertifikat gefordert. Teilweise sind Packungsbeilagen nicht auf Französisch geschrieben. Dosierungsangaben enthalten teils gravierende (Potenz-)Fehler, Kontaktdaten des AM-Herstellers sind selten genannt. Dinge, die in Deutschland undenkbar wären.

An Verordnungen gibt es keine formellen Anforderungen. Auch die Gültigkeit eines Rezeptes ist nicht begrenzt, es sei denn der Arzt vermerkt dies explizit. Aber selbst dann ist die Einhaltung eher Ermessensa-





che des Apothekers als eine rechtlich bindende Angabe. Was jedoch – zumindest in Mahajanga – geläufig ist, ist das *carnet de consultation*. Ein kleines (meist A6-großes)-Schreibheft, in dem beim Aufsuchen eines Arztes zunächst wichtige Patientendaten, wie Alter, Gewicht, Körper-Temperatur vermerkt werden. Der Arzt seinerseits schreibt seine Verordnungen in dieses Heft. Das *carnet* dient also als eine Art Patientenakte im Besitz des Patienten. Dadurch lassen sich vorherige Verordnungen, Arzneimittelabgaben aber auch Blutwerte wie zum Beispiel der Blutzucker nachvollziehen. Aus meiner Sicht eine gute Sache. Etwas Vergleichbares fehlt mir in Deutschland manchmal.

Eine große Herausforderung ist das Lesen und Deuten der zum Teil sehr unpräzisen Rezepte.

Die Schrift der Ärzte lässt sich manchmal nur durch Raten entziffern und so wird aus Paracetamol (ich) dann mal Vitamaks Sirup (Kollegin) oder aus Amoxicilline (ich) Metronidazol (Kollegin). Das birgt natürlich erhebliche Gefahren, sodass ich bemüht bin, eine Doppelkontrolle und gegebenenfalls auch eine Rücksprache mit

dem Arzt durchzusetzen.

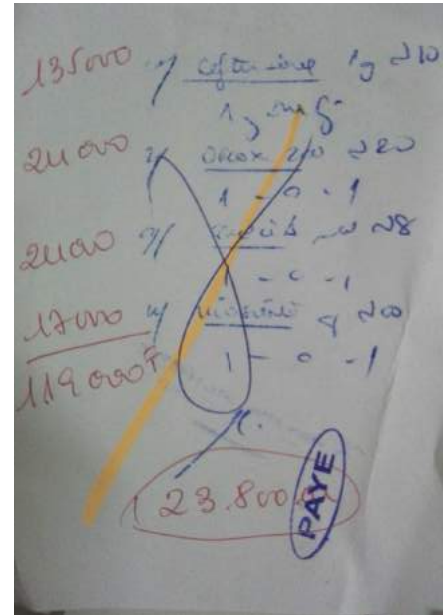
Ein weiteres Problem die Arzneimittelsicherheit betreffend sind die laxen Regelungen bezüglich der Verschreibungspflicht bzw. deren Kontrolle! (2) Da Korruption hier an der Tagesordnung ist und vieles nach dem System des kleinen Gefallens geregelt wird, finden solche Regelungen wenig Beachtung.

Das gilt für die vielen Straßenstände, an denen neben Kosmetik-Produkten unter anderem auch antibiotika- bzw. corticoidhaltige Arzneimittel verkauft werden, in gleichem Maße aber auch für die staatlich lizenzierten Apotheken. Dies bringt zum einen ein hohes Risiko für die Bildung von Antibiotika-Resistenzen mit sich. Zum anderen werden viele gefälschte Arzneimittel vertrieben, deren Qualität niemand überprüft. Gerade erst hat die WHO eine Warnung veröffentlicht, da in verschiedenen afrikanischen Ländern zur Zeit wirkstofffreie Chinin-Tabletten kursieren.(3) Im Falle einer Malaria-Erkrankung eine lebensbedrohliche Gefahr.

Eine Vielzahl an NGOs setzt sich für eine Verbesserung der Bedingungen im Land ein und auch die madagassische Regierung zeigt Bemühungen, einen guten Zugang zu medizinischer Versorgung für die gesamte Bevölkerung zu schaffen und die Arzneimittelsicherheit und -qualität zu verbessern^[4], doch steckt das Land immer noch in den Kinderschuhen und bis zum Erreichen europäischer Standards ist es noch ein weiter Weg.

Frauke Heller

Frauke Heller ist Apothekerin und hat in Berlin studiert. Nach einigen Jahren Erfahrung in der öffentlichen Apotheke, hat sie Ende 2016 den Entschluss gefasst ins Ausland zu gehen. Seit Mai 2017 arbeitet sie für ein Jahr als ehrenamtliche Apothekerin in Mahajanga auf Madagaskar. Das Projekt und die Zusammenarbeit werden von Apotheker ohne Grenzen (Schweiz) unterstützt.



Anmerkungen

[1] Plan de Developement Secteur Santé 2007-2011, Ministère de la Santé, du planning familial et de la protection sociale

[2] http://www.who.int/medicines/areas/coordination/Madagascar_PSCPNarrativeQuestionnaire_29062011.pdf

[3] WHO – Alerte produit medical 02/2017 – Quinine sulfate falsifiée en circulant en Afrique http://www.who.int/medicines/publications/drugalerts/WHO_ALERT_n2_2017french.pdf?ua=1

[4] http://www.agmed.mg/Pdf/Politique_National_Ph.v.pdf

[5] <http://www.psf.ch/fr/madagascar/>



Werden Veränderungen erst möglich, wenn der Druck steigt?

Ein Blick in englischsprachige Länder

Die Pharmazie in den englischsprachigen Ländern wie Großbritannien, USA, Kanada, Australien und Neuseeland haben sich in den letzten 20 bis 30 Jahren enorm entwickelt. Klinische Pharmazie und Pharmakotherapie haben in diesen Ländern einen zentralen Stellenwert erreicht. Apothekerinnen und Apotheker sind nach gründlicher Ausbildung, oftmals auch erst nach zusätzlichen Spezialisierungen, in interdisziplinären Teams mit Ärztinnen und Ärzten sowie gut ausgebildeten Pflegefachkräften vernetzt und werden gebraucht. Die wissenschaftliche Evaluation pharmazeutischer Leistungen hat dort im Vergleich zum kontinentalen Europa oder anderen Ländern der Erde ein weit höheres Niveau erreicht. Dies alles vor dem Hintergrund weitgehend liberalisierter Märkte, hohem Engagement der jeweiligen Apothekerschaft, breiter wissenschaftlicher Basis zur Beobachtung und Bewertung pharmazeutischer Leistungen sowie oftmals auch mit einem deutlichen politischen Willen zum verstärkten Einsatz der pharmazeutischen Fähigkeiten.

Nicht verschwiegen werden darf aber der Handlungsdruck, der bei vielen Entscheidungen eine wichtige Rolle spielte. Entweder war es das massive

Auftreten der Versandapotheken und der Pharmacy Benefit Manager, die Druck auf die Apothekerschaft ausübten, wie in den USA, mal waren es die knappen finanziellen Ressourcen, wie im britischen National Health Service, oder die fehlenden personellen Ressourcen zur flächendeckenden Versorgung, wie in Kanada oder Australien. Letztendlich wurde aber fast immer politischer Wille zur Veränderung der Hauptmotor für eine Weiterentwicklung.

Auch wenn es richtig ist, dass die Gesundheitssysteme in den dortigen Ländern und die rechtliche Einbindung der Apotheken nicht mit den Verhältnissen in der Bundesrepublik Deutschland eins zu eins vergleichbar sind, so lohnt sich doch ein Blick in diese Länder, um zu sehen, was möglich ist. Eine erste Annäherung zu diesen Möglichkeiten soll auf dem Herbstseminar des VdPP versucht werden.

Die Erkenntnis, dass sich die Situation oftmals erst dramatisch negativ entwickelt hat, bevor politisch weitreichende Entscheidungen getroffen wurden (z. B. in der Bundesrepublik möglicherweise zukünftig verbunden mit den Stichworten demographischer Wandel, Fachkräftemangel,

ausländische Versandapotheken, sinkende Apothekenzahlen, finanzielle Engpässe bei den Kostenträgern etc.), ist alles andere als beruhigend. Es ist besser, sich heute schon vorzubereiten und Grundlagen zu schaffen, damit die gesundheitspolitisch Verantwortlichen realistische, wissenschaftlich begründete und an der Gesundheit des Einzelnen und der Bevölkerung ausgerichtete Modelle zur Entscheidung vorliegen haben. Hier ist in der Bundesrepublik noch sehr viel zu tun. Aber es geht kein Weg daran vorbei, um nicht auf Dauer immer mehr vom internationalen pharmazeutischen Niveau abgekoppelt zu werden.

Udo Puteanus

Über die Entwicklung der Pharmazie in zumeist englischsprachigen Ländern und die heute erreichten Standards wird in dem sehr interessanten sozialpharmazeutischen Lehrbuch für Pharmaziestudierende und postgraduierte Pharmazeutinnen und Pharmazeuten zum Thema Pharmacy Practice berichtet: Geoffrey Harding, Kevin Taylor (Editors): Pharmacy Practice. Second Edition. 2016. CRC-Press, Boca Raton, London, New York, 480 Seiten, ca. 38,- Euro

1968 bis 2018

50 Jahre kritische Pharmazie

Wie hat unser Denken und Handeln seit 1968 das Gesundheitswesen beeinflusst?
Welche Wurzeln lassen sich auf das „magische“ Jahr 1968 zurückführen?

Wir wollen einen Blick zurück werfen, um das Heute besser verstehen zu können.
Wer etwas zu dem Themenkomplex beitragen möchte, schreibe bitte an die Redaktion
redaktion@vdpp.de

Herbstseminar 2017

Apotheke der Zukunft – wohin soll es gehen? Über neue Wege der Honorierung

Die pharmazeutische Zukunft gestalten. Aber wie? Das Herbstseminar des Vereins demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten (VdPP) findet dieses Jahr am Donnerstag, 09. November in Berlin statt. Hintergrund ist die nach der Bundestagswahl im nächsten Jahr zu erwartende Diskussion über die Änderung der Bezahlung von pharmazeutischen Leistungen in Apotheken. Diskutiert wird mit Vertretern von der ABDA, dem Verbraucherschutz und dem VdPP über Möglichkeiten der Honorierung der Apotheke der Zukunft, vor allem national aber auch international. Im Mittelpunkt soll der Mehrwert der Versorgung des Patienten stehen.

Hintergrund

Derzeit ist vom Bundeswirtschaftsministerium ein Gutachten in Auftrag gegeben worden. Das Ziel ist die Ermittlung der Erforderlichkeit und des Ausmaßes von Änderungen der in der Arzneimittelpreisverordnung geregelten Preise. Die Ergebnisse sollen nach der Bundestagswahl vorgelegt werden..

Aktuelle Diskussion

Der Festzuschlag und die packungsgebundene Honorierung der Apotheken scheint nicht mehr aktuell und zeitgemäß. Das steht fest. In Zeiten von neuen pharmazeutischen Dienstleistungen, Rezeptur- und BTM-Vergütung sieht der VdPP Gesprächs- und Handlungsbedarf: Gesucht wird ein langfristiges Konzept zur Honorierung von Apotheken. Begriffe wie

„Kombimodell“, „niederländisches Einschreibemodell“, „Fonds“ oder „Kassenapothekerliche Vereinigung“ sind in der Diskussion um Apothekenhonorare schon oft gefallen. Doch welches Honorierungsmodell die besten Anreize schafft, für eine gute Patientenversorgung, ist nicht klar.

Herbstseminar

Auf dem VdPP-Herbstseminar wollen wir mit Dr. Bauer von der Abteilung Wirtschaft und Soziales der ABDA, Kai Vogel vom Verbraucherschutz und Dr. Puteanus vom VdPP über Möglichkeiten der Honorierungsfrage sprechen. Zunächst stellen alle 3 Referenten in einem kurzen Vortrag ihre Sicht vor. Im Anschluss findet eine Podiumsdiskussion statt.

Esther Luhmann

Donnerstag, den 9. November 2017

**Ökumenisches Zentrum, Wilmersdorfer Straße 163
10585 Berlin-Charlottenburg**

19.30 Uhr bis ca. 21.30 Uhr



Referenten

Dr. Eckart Bauer, Abteilung Wirtschaft und Soziales der ABDA,

Kai Helge Vogel, Leiter des Teams Gesundheit und Pflege, im Geschäftsbereich Verbraucherpolitik bei der Verbraucherzentrale Bundesverband und

Dr. Udo Puteanus, VdPP

Anmeldung bitte an: info@vdpp.de

Leserbrief an die DAZ

Flächendeckende Versorgung – Was sind eigentlich die Ziele?

Spätestens seitdem die Zahl der Apotheken kontinuierlich zurückgeht und inzwischen den Wert von 1988 erreicht hat, wird darüber diskutiert, ob nicht irgendwann die flächendeckende Versorgung gefährdet sei. Doch was ist flächendeckende Versorgung? ABDA Präsident Friedemann Schmidt sieht eine solche nicht gefährdet, weder in Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern noch in Nordrhein-Westfalen. Während in dünn besiedelten Flächenländern Patientinnen und Patienten zur Arztpraxen oder Apotheken schon mal 20 Kilometer oder mehr zurücklegen müssen, sind es in dicht besiedelten Regionen höchsten fünf oder weniger Kilometer. Seniorenverbände werden aber unruhig, wenn Apotheken schließen und der Weg zur nächsten Apotheke um 500 Meter länger wird. Also was ist flächendeckend?

Versandapotheken für verschreibungspflichtige Arzneimittel werden von der Landespolitik und sogar von der Mehrheit der derzeit im Bundestag vertretenen Abgeordneten (CDU und Linke) für unnötig erklärt, weil Rezeptsammelstellen und Botendienste (im Einzelfall?) völlig ausreichend seien. Zweigapotheken und Notapotheken, wie sie rechtlich durchaus möglich sind, werden aus „Sicherheitsgründen“ von der Landesführung nicht erwähnt.

Die Anhänger des Versandhandels führen ihrerseits als Argument für die Notwendigkeit des Versandes die flächendeckende Versorgung an. Spezialversender wiederum sehen die Belieferung der mit besonderen Zubereitungen versorgten Patientinnen und Patienten in Gefahr, wenn die Versandmöglichkeit wegfallen sollte. Auf der anderen Seite, was sind die Gründe für Apothekenschließungen?

Zum Teil werden wirtschaftliche Schwierigkeiten als Grund für Schließungen von Apotheken genannt. Dann sind es wieder die Ärzte, die als Rezeptverordner für Apotheken verloren gingen. Doc Morris Chef Max Müller wiederum behauptet, 90 Prozent der Schließungen seien durch fehlenden Nachwuchs verursacht. Der bereits bestehende Fachkräftemangel wird allerdings zwangsläufig zu weiteren Schließungen führen. Insgesamt ist die geführte Debatte um die flächendeckende Versorgung scheinheilig. Denn es fehlt an Daten und klaren Zielen:

- Was ist flächendeckende Versorgung, wie wird sie definiert?
- Ist flächendeckende Versorgung nur die gleichmäßige Verteilung von Vollapotheken; oder ist es die gleichmäßige Verteilung aller pharmazeutischen Dienstleistungen in gleicher Qualität? Wenn Patientinnen und Patienten mit den Füßen abstimmen sollen, damit der Wettbewerb um die beste Apotheke zum Tragen kommt, funktioniert das nur, wenn sie die Auswahl haben; das geht aber in dünn besiedelten Regionen nicht. Ist insofern „flächendeckend“ in Zukunft als Synonym für Bedarfsplanung gemeint?

Wovon reden wir überhaupt, wenn wir durch die vielen Schließungen die flächendeckende Versorgung in Gefahr sehen? Sind es tatsächlich kleine Ortschaften gewesen, die durch die Schließung ihre einzige Apotheke verloren haben, sind es Stadtteile oder Quartiere gewesen, die jetzt ohne Apotheke dastehen; war die Schließung einer Arztpraxis der

Grund, war es fehlender Nachwuchs, war es unwirtschaftliche Betriebsführung? Die Kammern sind hier gefordert, genaue Zahlen zu liefern, damit wir wissen, worüber wir reden. Die Landesapothekerkammer Thüringen hat hier einen guten Anfang gemacht und aufgezeigt, in welchen Ortschaften Solitärapotheken geschlossen wurden. ([https://www.lak-thueringen.de/index.php?neloh=S010825](https://www.lak-thueringen.de/index.php?neloh=S010825&jahr=2017&newsbeitrag=1532)

&jahr=2017&newsbeitrag=1532). Das ist das Mindeste, was die Kammern jetzt liefern müssen, ergänzt durch die Hinweise, was die Hauptgründe für die Schließungen waren.

Viele reden davon, dass wir die flächendeckende Versorgung durch Apotheken brauchen. Über den Notdienstfonds werden sogar per Gießkanne jedes Jahr über 100 Mio. Euro Versichertengelder bevorzugt an Landapotheken verteilt. Werden dadurch die Menschen besser versorgt? Das kann gut sein. Aber wir wissen es nicht. Vielleicht wäre es wichtiger, das Geld in eine Apotheke in einem sozial benachteiligten Stadtteil zu investieren, damit die dortigen Patientinnen und Patienten durch die dortige Apotheke mit dem in der dortigen Bevölkerungsstruktur verankerten Personal besser und direkt vor Ort versorgt werden.

In Zukunft soll sogar noch mehr Versichertengeld in die flächendeckende Versorgung durch Landapotheken fließen. Das kann sinnvoll sein. Doch bevor ins Blaue hinein investiert wird, sollte endlich eine ehrliche Debatte darüber stattfinden, was denn überhaupt erreicht werden soll. Dazu brauchen wir solide Fakten, dafür brauchen wir eine breite Diskussion über Ziele und Umsetzungsstrategien. Wir sind in der Bundesrepublik spät

dran, denn die Apotheken gehen jetzt verloren. Andere Länder diskutieren das Thema schon seit Jahren und haben sich Strategien überlegt. Wir müssen jetzt endlich damit anfangen.

Es ist zwar wichtig, wenn die Apothekerschaft ihre Ziele im Perspektivpapier niederlegt und gegen den Versand kämpft, es reicht aber nicht aus. Es ist auch nicht ausreichend, wenn die politischen Parteien über Versandverbot oder Versand mit gedeckelten Boni streiten. Wir brauchen endlich eine breite gesellschaftliche und politische Diskussion, was von den Apotheken, den Apothekerinnen und Apothekern und von der Pharmazie im Versorgungsgeschehen insgesamt erwartet wird und was es finanziell wert sein soll. Unser auf

Korporatismus fußendes Gesundheitssystem ist es zwar gewohnt, viele Auseinandersetzungen auf die Ebene der Verbände und Interessenorganisationen zu verlagern, aber damit kommen wir beim Apothekenthema nicht weiter. Notwendig ist, dass sich die Politik, noch besser: auch weite Teile der Bevölkerung, darüber klar werden, was sie vom gut und teuer ausgebildeten pharmazeutischen Berufsstand erwarten und was sie dafür ausgeben möchten. In anderen Ländern haben sich von der Politik eingesetzte Kommissionen mit den Apotheken und Apothekern beschäftigt und Ziele vorgegeben – zuletzt noch in der der Planwirtschaft unverdächtigen Schweiz ([https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/daz-az/2016/daz-48-2016/apotheker-sollen-aerzte-](https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/daz-az/2016/daz-48-2016/apotheker-sollen-aerzte-entlasten)

[entlasten](https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/daz-az/2016/daz-48-2016/apotheker-sollen-aerzte-entlasten)). So etwas muss jetzt auch in der Bundesrepublik angemahnt werden.

Der VdPP plädiert deshalb für die Nutzung der vielen Kontakte, die Apothekerinnen und Apotheker in Wahlkampfzeiten mit Politikern haben, um für eine solche breite und im politischen Raum verankerte, zielorientierte Diskussion nach der Bundestagswahl zu werben. Die in der neuen Legislaturperiode geplante Honorierungsreform für pharmazeutische Leistungen in Apotheken sollte weiterer Anlass dafür sein.

Vorstand des VdPP

<https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/daz-az/2017/daz-35-2017>

10 Jahre MEZIS Initiative unbestechlicher Ärzte

Der VdPP gratuliert MEZIS zum zehnjährigen Jubiläum



MEZIS und VdPP sind Freunde: was „unbestechliche Ärzte“ für die Patientenversorgung und ein solidarisches Gesundheitswesen bewirken können, entspricht den Forderungen des VdPP für eine patientenorientierte und soziale Pharmazie.



MEZIS wirkt seit zehn Jahren in die Ärzteschaft hinein, wendet sich auch an Studierende und an Patienten.. MEZIS ruft konsequent und kritisch Fragen auf, die von den Ärztekammern, den Kassenärztlichen Vereinigungen, den ärztlichen Fachgesellschaften, den ärztlichen und gesundheitspolitischen Kongressen und den ärztlichen Medien allzu selten thematisiert werden.

Schon diese Aufzählung zeigt, welche enorme Bedeutung eine Organisation hat, die aus der ärztlichen Profession – also eigener Betroffenheit – heraus problematisiert, wie die Pharmaindustrie ihre Machtstrukturen aufgebaut hat, wie durch finanzielle Anreize bis hin zu Korruption

Teile der Ärzteschaft abhängig gehalten werden; wie nachhaltig die medizinischen Entscheidungen, die Arzneimittelauswahl, die Kosten im Gesundheitswesen etc. etc. durch Pharmainteressen beeinflusst werden.

Immer mehr Ärzte teilen diesen kritischen Blick und schließen sich MEZIS an, um sich im Interesse der Patienten für eine gute Berufspraxis und gegen die Missstände einzubringen.

Allein ein Blick auf die Homepage zeigt, dass der Erfolg auf einer engagierten Arbeit beruht. Chapeau!!!

Wir sind stolz darauf, dass wir gegenseitige Mitglieder unserer Verbände sind und wünschen weiter viel Erfolg .

Der VdPP

Fotonachweis:

Seite 13: www.pixabay.com,; Fotos im Artikel von den Autorinnen, alle anderen Fotos sind von Gudrun Hahn

Pressemitteilung 19. Juli 2017

Zuzahlungen zu verordneten Arzneimitteln belasten sozial Benachteiligte

VdPP unterstützt Forderungen der Nationalen Armutskonferenz

Hamburg, 19. Juli 2017 - Der Verein demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten (VdPP) unterstützt die Positionen und Forderungen der Nationalen Armutskonferenz (NAK), die diese am 13. Juli 2017 zum Thema Armut und Gesundheit vorgestellt hat. Die Forderungen beinhalten, sozial benachteiligte Menschen von den Zuzahlungen, beispielsweise zu verordneten Arzneimitteln, zu entlasten. Außerdem sollen die Kostenträger die Ausgaben für notwendige, aber nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel, also Arzneimittel der Selbstmedikation, übernehmen.

„Sozial benachteiligte Menschen sind gesundheitlich besonders belastet und haben eine deutlich niedrigere Lebenserwartung als der Durchschnitt der Bevölkerung. Sie brauchen häufig verschreibungspflichtige, aber auch verschreibungsfreie Arzneimittel“, so Ingeborg Simon, Mitglied des VdPP. „Es darf nicht sein, dass diese Menschen auf notwendige Arzneimittel verzichten müssen, nur weil die staatliche Unterstützung nicht ausreicht.“

Die Nationale Armutskonferenz ist ein Zusammenschluss aus Verbänden der Freien Wohlfahrtspflege, dem Deutschen Gewerkschaftsbund, deutschlandweit tätiger Fachverbände und Betroffeneninitiativen. Sie fordert die Bundesregierung auf, die Arbeitsgruppe Armut und Gesundheit wieder im Bundesministerium für

Gesundheit aufzunehmen. Die Arbeitsgruppe sei dringend notwendig, um nicht erkannte Problemlagen durch den Dialog zwischen Politik und zivilgesellschaftlichen Organisationen frühzeitig zu identifizieren und Empfehlungspapiere sowie Gesetzesvorschläge zur Verbesserung der Situation betroffener Menschen auf den Weg zu bringen. Auch dies unterstützt der VdPP.

„Apothekerinnen und Apotheker müssen sich einbringen, wenn nach Lösungen für die Betroffenen gesucht wird, insbesondere bei der Selbstmedikation. Denn nur ein Teil des Angebots im Selbstmedikationsmarkt ist wirklich sinnvoll“, so Ingeborg Simon. Wenn beispielsweise die Krankenkassen die Kosten für Arzneimittel der Selbstmedikation übernehmen sollen, muss gewährleistet sein, dass diese

ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sind, so wie es das SGB V sieht. Der VdPP setzt sich für eine evidenzbasierte Selbstmedikation ein. Bei der Versorgung sozial Benachteiligter zeigt sich besonders, wie notwendig dieser Ansatz ist, um alle hier lebenden Menschen mit notwendigen Arzneimitteln adäquat und wirtschaftlich versorgen zu können.

Zum Positionspapier der NAK: https://www.nationale-armutskonferenz.de/wp-content/uploads/2017/07/NAK-Positionspapier_Armut-und-Gesundheit.pdf

Ansprechpersonen: Ingeborg Simon, VdPP-Mitglied,
simon-ingeborg@t-online.de

Esther Luhmann, VdPP-Vorstandsreferentin,
referentin@vdpp.de

ARMUT UND GESUNDHEIT 2018
Der Public Health-Kongress in Deutschland

Dienstag 20. März und Mittwoch 21.
März 2018
TU Berlin

Thema: Gemeinsam, Gerecht, Gesund

Direkt vom Apothekertag 2017:

„Die Hauptverhandlung der deutschen Apothekerinnen und -apotheker spricht sich dafür aus, während der Universitätsausbildung **den Pharmaziestudierenden verstärkt Kenntnisse zum evidenzbasierten Einsatz von Arzneimitteln aus dem OTC-Bereich zu vermitteln.**“

Antragstellerin: Apothekerkammer Niedersachsen

Der Antrag wurde angenommen.

Der neue Vorstand



Daniel Fleer



Thomas Hammer



Viktoria Mühlbauer



Udo Puteanus



Bernd Rehberg

Grußwort des Vorstands:

Liebe VdPPler,
die diesjährige MV hat Änderungen im Vorstand gebracht - nein, immer noch kein ausgeglichenes Geschlechterverhältnis... Florian Schulze hat leider den Vorstand verlassen, dafür konnten wir Udo Puteanus für die Vorstandsarbeit gewinnen. Flo, noch mal ganz herzlichen Dank für dein langjähriges Engagement für den Vorstand - dein Engagement für den VdPP bleibt uns ja sicherlich erhalten. Udo, dich heißen wir herzlich willkommen in unserer Runde! Seit deiner Wahl hast du uns schon viele wertvolle Impulse geliefert - wir freuen uns jetzt schon auf die, die noch kommen werden.

Momentan ist der Vorstand mit der Planung des Herbstseminars beschäftigt. Das Thema "Apotheke der Zukunft" ist mit der MV noch nicht erledigt. Das Herbstseminar wird sich daher mit neuen Wegen der Honorierung pharmazeutischer Leistungen beschäftigen. Das Herbstseminar findet am 9. November in Berlin statt. Ich freue mich darauf, möglichst viele von euch dort zu sehen.

Für den Vorstand, viele Grüße

Viktoria

100. Rundbrief

Liebe Rundbriefleserinnen und -leser,

Im Januar wird der 100. Rundbrief erscheinen! 1989 erschien im Oktober der erste Rundbrief. Er hatte noch kein Impressum. Von daher ist anzunehmen, dass Hanne Lederer den ersten Rundbrief allein zusammengestellt hat. Die Technik war damals eine andere. Hanne bittet die ihr zugesandten Manuskripte „möglichst ordentlich ... ohne handschriftliche Ausbesserungen ...“ zukommen zu lassen. „Fadenscheinige Computerausdrücke eignen sich ebenso wenig wie blasse Schriften auf

dunklem Umweltpapier.“

Welche Erinnerungen habt ihr an einen der 99 bereits erschienenen Rundbriefe? Lieblingsthemen? Konflikte? Technikwandel? Erfolge? Peinlichkeiten?

Schreibt der Redaktion eine kurze Erinnerung bis Ende November 2017. Im 100. Rundbrief wollen wir die bisher geleistete Arbeit würdigen.

Gudrun Hahn, Thomas Hammer

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, DE62 1001 0010 0020 0471 05

Redaktion: Jürgen Große, Gudrun Hahn (verantwortlich), Thomas Hammer
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.



Herbstseminar

Donnerstag, den 9. November 2017

Apotheke der Zukunft – wohin soll es gehen?

Über neue Wege der Honorierung

Ökumenisches Zentrum, Wilmersdorfer Straße 163

10585 Berlin-Charlottenburg

19.30 Uhr bis ca. 21.30 Uhr

Referenten

Dr. Eckart Bauer, Abteilung Wirtschaft und Soziales der ABDA,

Kai Helge Vogel, Leiter des Teams Gesundheit und Pflege, im Geschäftsbereich Verbraucherpolitik bei der Verbraucherzentrale Bundesverband und

Dr. Udo Puteanus, VdPP

Anmeldung bitte an: info@vdpp.de

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 Fleer
Fusion93@web.de

Thomas Hammer
hr.hammer@web.de

Viktoria Mühlbauer
vmuehlbauer@posteo.de

Udo Puteanus
vdppputeanus@web.de

Bernd Rehberg
bernd@bernd-rehberg.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
Januar 2018

Redaktionsschluss ist
am 27. November 2017

