

# Rundbrief des

Vereins demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten

01 / 2018 100  
29. Jahrgang



Pharmazie  
in sozialer  
Verantwortung



← **Blick zurück**  
**Blick nach vorn** →

## Inhalt dieser Ausgabe

Blick zurück, Blick nach vorn	1
100. Rundbrief — Interview	2
Neue Wege der Honorierung	4
Sozialpharmazie — Überblick	6
Salud por Derecho: Recht auf Gesundheit	8
Jürgen Große ist gestorben	10
Apothekemuseum Cottbus	12
„Bottrop“, eine Stellungnahme	14
Apotheken in Publ. Health-Netzwerken	16
Bock zum Gärtner - Stellungnahme	17
Termine	19
Jahresausblick	19
Rundbrieffitel	3,9,11,15,18

100 Rundbriefe des VdPP, 100 Mal Gegenöffentlichkeit. Darauf können wir stolz sein. In einem kleinen und eher konservativ geprägten Berufsstand mit etwa 63.000 berufstätigen Apothekerinnen und Apothekern ist es gelungen, gegenüber der Standespolitik kritische Positionen im VdPP zu entwickeln und über den Rundbrief zu publizieren. Grundlage der Positionen ist unser Programm und die darin formulierten Ziele einer Pharmazie in sozialer Verantwortung. Für uns ist der Solidaritätsgedanke des Krankenversicherungssystems nicht verhandelbar. Die Berufstätigkeit von Pharmazeutinnen und Pharmazeuten muss nach unseren Vorstellungen an den Bedürfnissen von Patientinnen und Patienten und an den Zielen der Gesundheitsförderung ausgerichtet sein.

Wir haben dazu beigetragen, dass einiges erreicht wurde. Aber vieles droht in Zukunft der Kommerzialisierung zum Opfer zu fallen. Es bleibt also weiterhin viel zu tun, damit patientenorientierte pharmazeutische Kompetenz dort eingesetzt wird, wo sie von den Menschen gebraucht wird: in sich weiterentwickelnden Apotheken oder primärmedizinischen Versorgungszentren, deren primäres Ziel die Gesundheit der Patienten ist, in Krankenhäusern, in Alten- und Pflegeheimen, usw.. Pharmazie muss wie die Medizin nach unserer Auffassung tief im Solidaritätsdenken verankert sein. Dafür setzen wir uns ein – beispielsweise in den nächsten 100 Rundbriefen des VdPP.

Der Vorstand

Liebe Rundbriefleser und -leserinnen, Ja, wir sind ein klein bisschen stolz, dass der VdPP 100 Rundbriefe produziert hat. Thomas und Gudrun gingen in den Keller und blätterten 99 Rundbriefe durch. Was stand da so alles drin? Immer das Gleiche, wie einige behaupten? Gibt es abgeschlossene Themen? Was waren Eintagsfliegen, was sind Dauerbrenner? Mit unserer Auswahl an Artikelüberschriften wollen wir Erinnerungen auffrischen und auch nachdenklich machen. Genug Schulter-Geklopfe, wir arbeiten weiter!

Auf mehrfachen Wunsch liegt dieses Jahr der Rundbrief nicht unter dem Tannenbaum und läuft damit nicht Gefahr mit dem Geschenkpapier entsorgt zu werden. Nutzt den kalten, unfreundlichen Januar zum Lesen. Glühwein wird nicht mitgeliefert.

Allen RundbrieflerInnen und Allen, die Beiträge geschrieben haben, wünscht die Redaktion ein gesundes, erfolgreiches 2018. Gudrun Hahn und Thomas Hammer

## Rundbrief 100 – The Times They Are A-Changin'

Interview mit Hanne Lederer und Gudrun Hahn  
aufgezeichnet von Regina Schumann

Ein regnerischer Nachmittag in Berlin, wir treffen uns in einem Restaurant am Schöneberger Viktoria-Luise-Platz, um über die Entstehung des VdPP-Rundbriefs, über die ersten Hefte und die Entwicklung seither zu sprechen. Hanne war das erste Jahr nach der Gründung des VdPP für den Rundbrief verantwortlich, Gudrun ist es, unterstützt von Thomas Hammer, seit zwei Jahren.

**Gudrun:** Welche Publikationen gab es vor und während der Vereinsgründung?

**Hanne:** In den 80er Jahren gab es eine starke Friedensbewegung in der Bundesrepublik Deutschland. Es gab Friedensgruppen in vielen Berufsgruppen, auch bei Apothekern und Apothekerinnen. So war z. B. der IPPNW (*International Physicians for the Prevention of Nuclear War*) auch in Isny sehr aktiv, wo ich zusammen mit Suse Bolender eine Apotheke führte und wo Till Bastian, ein sehr aktiver IPPNWler, arbeitete. Es war eine friedensbewegte Zeit. Und wir brachten einen Friedensrundbrief heraus, in dem wir über die Treffen der Friedensinitiativen informierten. Der Friedensrundbrief kostete 10 DM im Jahr und ging an die verschiedensten interessierten Einzelpersonen und Gruppierungen. Im Friedensrundbrief IX im November 1988 wurde zur Vereinsgründung aufgerufen.

**Gudrun:** Wie wurde der Name Rundbrief gewählt?

**Hanne:** Alle notwendigen Informationen zur Vereinsgründung wurden im Friedensrundbrief veröffentlicht. Im Friedensrundbrief X im Mai 1989 wurde zur Gründungsversammlung nach Hamburg eingeladen. Bei der Gründung des Vereins am 17. Juni

1989 wurde ich in den Gesamtvorstand gewählt, zusammen mit Regina. Es war klar, dass wir eine Vereinszeitschrift brauchten und so übernahm ich die Aufgabe und der Friedensrundbrief wurde zum VdPP Rundbrief. Der erste erschien im Sommer 1989.

**Gudrun:** Wie hast Du den Rundbrief erstellt? Wer hat die Zeichnungen für die Titelbilder gemacht? Welche Vervielfältigungstechnik wurde anfangs benutzt?



**Hanne:** Am Anfang habe ich die verschiedenen Beiträge, getippte Artikel oder Zeitungsausschnitte und Karikaturen, mit der Schere auf passende Größe geschnippelt, dann zusammengestellt und auf DIN A 4-Seiten geklebt. Die graphischen Titelbilder hat Suse gestaltet, der Rundbrief wurde als „Klebeumbruch“ nach Hamburg geschickt und dort hat Gudrun Meiburg in der Geschäftsstelle das Kopieren organisiert und den fertigen Rundbrief versendet.

**Gudrun:** Wie wurde über die Inhalte entschieden? Nach Angebot oder durch den Vorstand?

**Regina:** Im Vorstand haben wir von Anfang an als ständigen Tagesordnungspunkt den Rundbrief besprochen. Hanne hat aber alles, was ihr zugeschickt wurde, verwendet. Die Themen veränderten sich von Frie-

dens- zu Apothekeninhalten. In 2. Rundbrief ging es noch um das Katastrophenschutzergänzungsgesetz, aber bald gab es auch standespolitische Themen, wie die paritätische Besetzung der Gremien in der ABDA, Negativlisten oder die Europäisierung des Pharmamarktes.

**Gudrun:** Ab wann gab es ein Redaktionsteam? Wie war die Zusammenarbeit?

**Hanne:** Nach einem Jahr gab ich den Rundbrief ab, ich ging für einige Monate nach Frankreich. Die Hamburger Geschäftsstelle organisierte zunächst für jeden Rundbrief einen Verantwortlichen.

**Gudrun:** Ja, zusammen mit Volker K. habe auch ich 1990 einen Rundbrief gestaltet.

**Regina:** Dann übernahm Thomas Schulz mit einem Redaktionsteam die nächsten Rundbriefe, 1992 Udo Puteanus, der damalige Referent des Vereins, von 1993 bis 1999 arbeiteten Thomas Hammer, Christa Augustin und Ulf zusammen und ab 1999 zeichnete Jürgen Große für 16 Jahre verantwortlich.

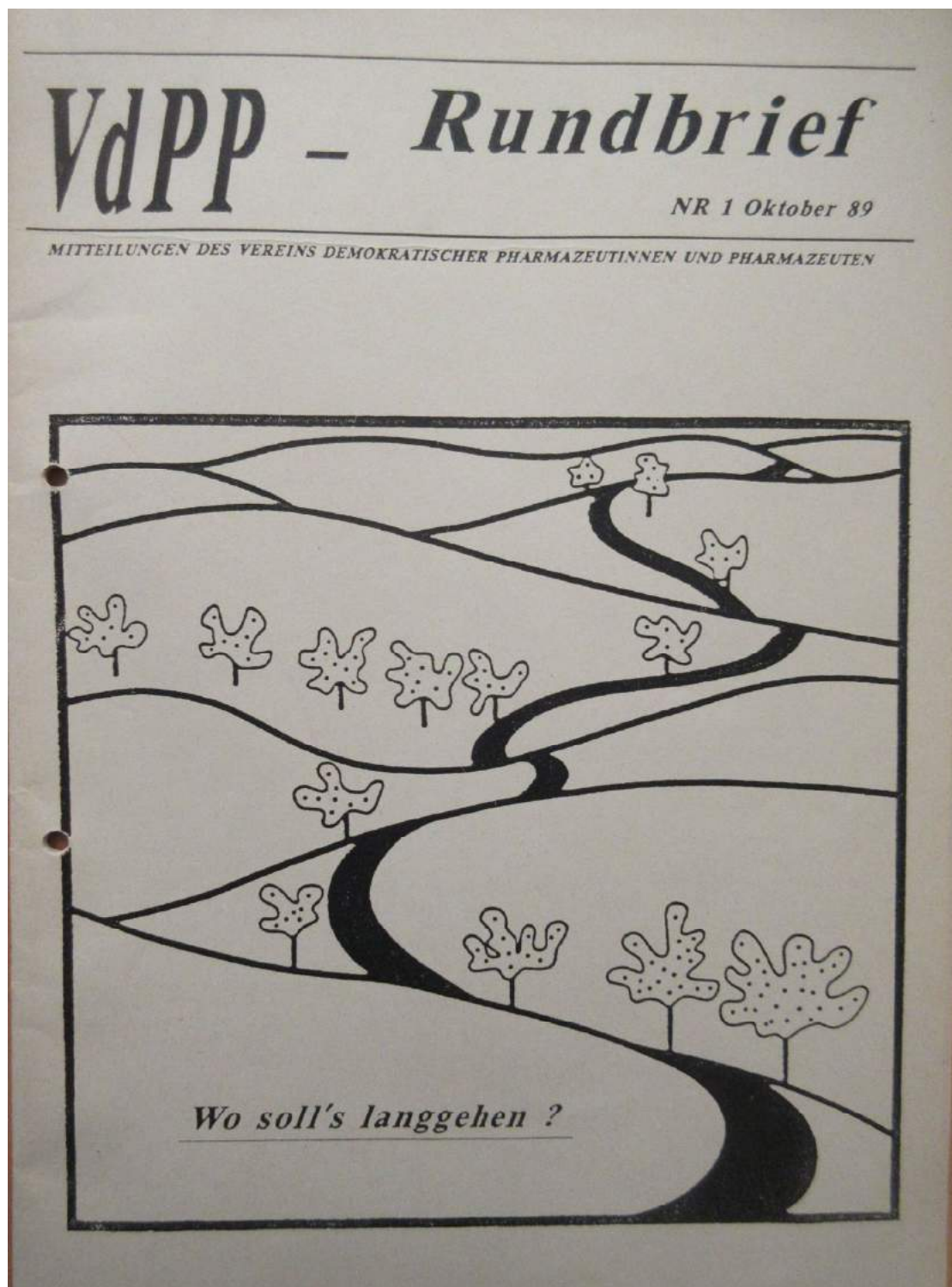
**Gudrun:** Langfristig sucht der VdPP jemand Neues für das Gestalten des Rundbriefs. Es ist eine interessante Aufgabe. Das Gestalten hat einen inhaltlichen und einen künstlerischen Aspekt. Eine gute Kombination. Hanne, hast du das auch bereits beim ersten Rundbrief so erlebt?

**Hanne:** Ja, und man wächst in die Aufgabe hinein.

**Hanne, Gudrun, Regina:** Wir danken allen, die zum Erscheinen der Rundbriefe beigetragen haben.



So sah im Oktober 1989 der erste Rundbrief aus.  
Geblichen ist das DIN A4 Format und der Name.  
Verändert hat sich die Technik des Erstellens und die Papierqualität.





## Über neue Wege der Honorierung

### Bericht vom Herbstseminar in Berlin

Am Donnerstag, dem 09. November 2017, veranstaltete der VdPP das diesjährige Herbstseminar unter dem Motto „Apotheke der Zukunft - wohin soll es gehen? Über neue Wege der Honorierung“. Als Referenten waren geladen: Dr. Eckart Bauer aus der Wirtschaftsabteilung der ABDA, Herr Kai Helge Vogel von der Verbraucherzentrale Bundesverband, Leiter des Teams Gesundheit und Pflege und Dr. Udo Puteanus vom VdPP-Vorstand. Florian Schulze (Mitarbeiter der Links-Fraktion im Deutschen Bundestag) moderierte das Abendseminar.

Hintergrund der Veranstaltung war die zu erwartende Diskussion über die Änderung der Bezahlung von pharmazeutischen Leistungen in Apotheken. Das Bundesministerium für Wirtschaft hatte 2016 ein Gutachten zum Apothekenhonorar in Auftrag gegeben. Die Ergebnisse lagen beim Herbstseminar noch nicht vor.

Es tat sich ein sehr breites, interessantes Themenfeld auf, in welchem pharmazeutische Leistungen, deren Notwendigkeiten und gesellschaftliche Akzeptanz und deren soziale und wissenschaftliche Basierung außerordentlich spannend dargestellt wurden.

#### Honorierung aus Sicht der ABDA

Das Positionspapier der ABDA „Apotheke 2030“ stellt das Zukunftsbild der ABDA dar und war die Ba-

sis für Herrn Dr. Bauer, der darüber hinaus auch die gesetzlichen Rahmenbedingungen erläuterte. Neben den gesetzlichen Hürden sieht Herr Bauer die aktuell geringe quantitative wirtschaftliche Bedeutung der apothekerlichen Dienstleistungen problematisch. Es gibt zu wenige zusätzliche Dienstleistungen, die zu wenig dokumentiert werden und nicht abrechenbar sind. Anders sieht es aus beim Modellvorhaben ARMIN; das Modellprojekt läuft noch bis 2021, danach kann es erst ausgewertet werden auch hinsichtlich Honorierung der hier erbrachten Leistungen der Dokumentation, Bewertung und Beratung von Arzneimittelverordnungen.

Einen Wettbewerbsnachteil sieht Herr Bauer im Vergleich der Besteuerung von ärztlichen Leistungen (Umsatzsteuer 0%) und apothekerlichen Leistungen (Umsatzsteuer 19%).

Auf lange Sicht ist Herr Bauer der Meinung, dass die Leistung der Apotheken darin bestehen, dem richtigen Patienten schnellstmöglich das richtige Arzneimittel mit den wichtigsten Basisinformationen zur Anwendung zu übergeben.

#### Impuls aus der Verbraucherperspektive

Mit Blick auf den Verbraucherschutz ist die Gesundheitsinformation ein hohes Gut. Aber ein Großteil der deutschen Bevölkerung hat Schwierigkeiten im Umgang mit gesundheitsrelevanten Informationen. Daher ist die Arbeit der Apothekerinnen und Apotheker so wichtig, denn Verbraucher bzw. Patienten sind auf deren fundiertes Expertenwissen und ihren zuverlässigen Rat angewiesen. Ein großes Problem sieht Referent Vogel von der Verbraucherzentrale Bundesverband im Ausschluss von nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln (OTCs) aus der gesetzlichen Versorgung. Für die Verbraucher sind damit nicht nur er-



Dr. Eckart Bauer

hebliche Kostenbelastungen, sondern auch zusätzlicher Beratungsbedarf verbunden. Der Verbraucherschützer sieht grundsätzlich die Aufgabe des Apothekers nicht allein in der Packungsabgabe, sondern vielmehr in der Vermittlung seines pharmakologischen Fachwissens. Dazu gehört auch die evidenzbasierte Beratung in der Selbstmedikation! Daher stellte er die Frage, ob bei einer grundsätzlichen Diskussion um die Zukunft der Apotheken und ihrer Honorierung nicht auch das Beratungsgebiet Selbstmedikation einbezogen werden müsste?

### Es lohnt ein Blick ins Ausland

Dr. Udo Puteanus ging der Frage nach, wie das pharmazeutische Potential in anderen Ländern genutzt und bezahlt wird und stellte erweiterte Einsatzorte von Apothekerinnen und Apothekern im Ausland dar, sowie auch ganz anders ausgestaltete Leistungsspektren aus dem Ausland dar. Zunächst machte er deutlich, dass sich weltweit die Arbeitsfelder und die Anforderungen an Apothekerinnen und Apotheker seit langem ändern, insbesondere durch

veränderte Notwendigkeiten beim Versorgungsbedarf, in der Prävention und Gesundheitsförderung, durch Spezialisierungen und erhöhte Sensibilität für Patientensicherheit. Fachkräftemangel steht den neuen Herausforderungen gegenüber.

Im europäischen Vergleich liegt Deutschland mit Anzahl der Krankenhausapotheker pro Krankenhausbett auf dem letzten Platz. Im weltweiten Vergleich wird das Ausmaß noch drastischer. In Kanada finden Apotheker neben der Krankenhausapotheke auch noch Einsatzorte in sog. Family Health – oder Community Health Teams. In Finnland gibt es einen sog. Gesundheitskiosk, der niedrigschwellig Eintritt in das Gesundheitswesen verschafft. Spannend

ist die Entwicklung der Arbeit von Praxisapothekern in Großbritannien zu verfolgen. Dort sind Apotheker in Arztpraxen und kümmern sich unter anderem um Patientenberatung, Pharmazeutische Betreuung, Praxismanagement und ärztliche Beratung.

Voraussetzungen waren laut Puteanus immer Handlungsdruck, eine gute wissenschaftliche Fun-

dierung der geplanten und umgesetzten Änderungen und politischer Gestaltungswille.

Genau das wären, so wurde mit Nachdruck betont, die Rahmenbedingungen, die akzeptiert werden müssten, wenn in Deutschland der jahrelange Rückstand aufgeholt werden soll, wenn ausländischen Modelle (teilweise) im deutsche Gesundheitssystem übernommen werden sollen.

Unerlässlich wären aber auch die Veränderungsbereitschaft der Apothekerschaft und das Einbeziehen weiterer Akteure aus dem Gesundheitswesen, also etwa die Einbettung der öffentlichen Apotheken in Public Health Netzwerke.

*Esther Luhmann*

*PS: Das Gutachten des Ministeriums für Wirtschaft und Energie „Ermittlung der Erforderlichkeit und des Ausmaßes von Änderungen der in der AMPreisV geregelten Preise“ wurde am 21.12.2017 veröffentlicht*



Kai Helge Vogel

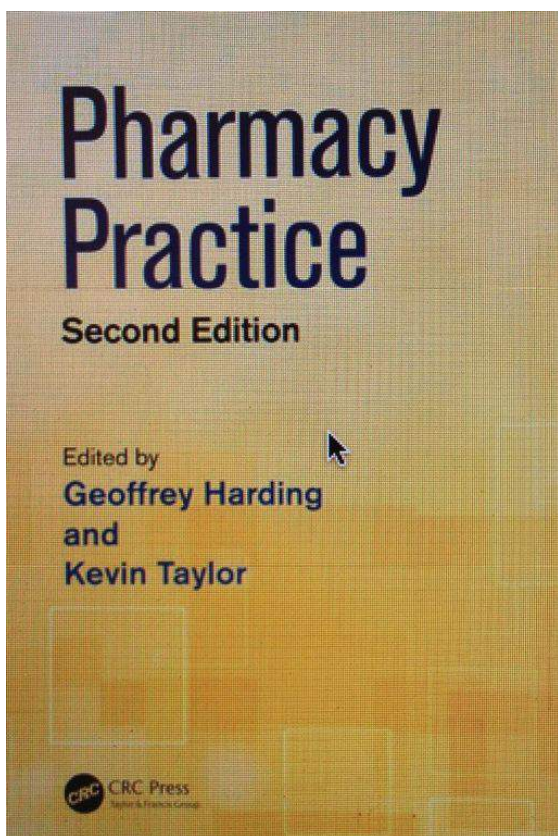


Dr. Udo Puteanus

## Sozialpharmazie

### Was ist das eigentlich? Ein Überblick

Sozialpharmazie ist nicht, wie die Sozialmedizin, in universitären Fächern, im Sozialrecht oder im öffentlichen Gesundheitsdienst verankert. Es fehlt auch eine vergleichbare Tradition. Nur im Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst Nordrhein-Westfalen sowie vereinzelt in Weiterbildungsordnungen der Bundesländer und als AG der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP) existiert der Begriff. In-



ternational ist „Social Pharmacy“, „Social and Administrative Pharmacy“ oder „Pharmacy Practice“ allerdings seit Jahrzehnten in Forschung und Lehre verankert und wird zum Teil als Sammelbegriff für alle nicht naturwissenschaftlich fundierten Fächer der Pharmazie verwendet.

In der Bundesrepublik basiert die universitäre Pharmazie fast ausschließlich auf den Naturwissenschaft-

ten, insbesondere auf der pharmazeutischen Chemie. Themen, wie der Umgang mit Patienten, das Management von Arzneimittelinformationen oder die Optimierung von Versorgungsprozessen, werden kaum behandelt. Schon gar nicht vermittelt das Studium ein Verständnis für Public Health.

Betrachtet man allerdings internationale sozialpharmazeutische Forschung, so finden sich auch in der Bundesrepublik vergleichbare Forschungen – aber nur sehr selten sind sie in der universitären Pharmazie verankert. Mit der Gesellschaft für Arzneimittelanwendungsforschung und Arzneimittelepidemiologie (GAA) existiert seit 1992 eine wissenschaftliche Fachgesellschaft, die Mitglied im Deutschen Netzwerk Versorgungsforschung (DNVF) ist. Die interdisziplinär zusammengesetzte Fachgesellschaft behandelt auf ihren Jahrestagungen aktuelle Forschungsfragen unterschiedlicher wissenschaftlicher Einrichtungen. Pharmakoepidemiologische Fragen werden vereinzelt an Universitäten und in anderen Institutionen, wie dem Robert-Koch-Institut (RKI) und dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM), bearbeitet.

über gesellschaftswissenschaftliche Themen, wie die Frage des Stellenwerts der Arzneimittel im gesamten therapeutischen Angebot, oder die Frage nach dem Grad und den Hintergründen der Medikalisierung von

Für die September-Ausgabe 2017 der Zeitschrift Public Health Forum (de Gruyter-Verlag), die sich in ihrer gesamten Ausgabe dem Thema Arzneimittelversorgung widmet, schrieb Udo Puteanus zu obigem Thema. Unterschiedliche Aspekte mit Public Health-Bezug werden in dem Magazin angesprochen. Die Autoren diskutieren dabei insbesondere ökonomische und epidemiologische Aspekte sowie Versorgungsfragen verschiedener Bevölkerungsgruppe

Problemen, wird in der Bundesrepublik kaum geforscht, schon gar nicht innerhalb der Pharmazie. Insbesondere die arzneimittelbezogene interprofessionelle und intersektorale Kooperation sind in der deutschen Forschung eher ein Randthema. Die Analyse des Einflusses von Werbung oder die Bedeutung tradierter Arzneimittel-Konsummuster in einzelnen Bevölkerungsgruppen spielen ebenfalls so gut wie keine Rolle. Solche Forschungen wären aber im Sinne von Public Health dringend notwendig, um gesellschaftliche, kulturelle, wirtschaftliche, psychologische und soziale Hintergründe der allseits beklagten Über-, Unter- und Fehlversorgung zu analysieren.

Wie Menschen in prekären Verhältnissen Arzneimittel nutzen (können), ist bislang ebenfalls nur ein Randthema. Wir wissen so gut wie nichts darüber, wie sozial Benachteiligte ihren Bedarf an verschreibungsfreien Arzneimitteln (Selbstmedikation) decken. Wir wissen kaum etwas darüber, wie sich Zuzahlungen zu verschreibungspflichtigen Arzneimitteln auswirken, ob die Nutzung notwendiger Arzneimittel „gestreckt“ wird, um Zuzahlungen zu sparen, oder in welchem Ausmaß völlig auf die Einlö-





sung der ärztlichen Verordnungen verzichtet wird. So gut wie nichts ist darüber bekannt, wie Menschen mit Migrationshintergrund komplexe Medikationsschemata meistern, welche religiösen und kulturellen Einflüsse in welchem Ausmaß vorhanden sind, wer den Menschen hilft und was dabei herauskommt.

Inzwischen liegen Ergebnisse zur Versorgung von Alten- und Pflegeheimbewohnern mit Arzneimitteln aufgrund der Aktionspläne des BMG zur Arzneimitteltherapiesicherheit vor. Und doch bleibt noch viel zu untersuchen, warum so viele arzneimittelbezogene Todesfälle oder Krankenhauseinweisungen bei den vulnerablen älteren, multimorbiden Patientinnen und Patienten zu beklagen sind und wie sich die Probleme lösen lassen.

Auch über die Leistungen von Apothekerinnen und Apothekern in der ambulanten und stationären Versorgung ist nur wenig bekannt. Hervorgehoben wird in nationalen, aber vor allem in internationalen, schon häufiger durchgeführten Studien, dass gut ausgebildete und an den richtigen Stellen eingesetzte Pharmazeuten die Pharmakotherapie verbessern können. Doch fehlen bis heute eindeutige Nachweise, ob und wenn ja, unter welchen Voraussetzungen sich die pharmazeutischen Leistungen positiv auf die „harten Endpunkte“

(Mortalität, Morbidität und Lebensqualität oder Reduzierung von Krankenhauseinweisungen) auswirken.

Auch die Bedeutung der Apotheke als niedrigschwelliges Tor zum Gesundheits- und Sozialwesen für die Bevölkerung ist unklar. Dem bloßen Gefühl nach ist eine Apotheke vor Ort wichtig, keine politische Partei würde dies in Frage stellen. Aber wie eng muss das Netz sein, wie viel soll zusätzlich investiert werden, um das Netz engmaschig zu erhalten? Wie wichtig ist es für die Gesundheit der Bevölkerung, dass eine Apotheke mit persönlicher Beratung in der Nähe ist? Welchen Nutzen bringt es, wenn Apotheken in schlecht versorgten Stadtteilen oder in ländlichen Ortschaften durch die öffentliche Hand finanziell gestützt werden? Welche weiteren Public Health-Aufgaben kann eine Apotheke übernehmen? In der Bundesrepublik kümmert sich die Forschung nicht darum, in anderen Ländern schon.

Noch ein Blick auf den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD). Im ÖGD arbeiten bundesweit mehr als 300 Apothekerinnen und Apotheker in Ländern und Kommunen. Ihre Arbeitsbereiche sind Gesundheitsschutz, Überwachung und amtliche Arzneimittelanalytik. Aber nur selten widmet sich der ÖGD den sozialen Herausforderungen der Arzneitherapie.

Es wäre undenkbar, wenn der ÖGD zukünftig ohne Sozialmediziner auskommen müsste. Aber bei einem ÖGD ohne Sozialpharmazeuten wundert sich niemand. Dabei gäbe es, wie oben erläutert, genügend Probleme in Landkreisen, Städten und Regionen, die im Rahmen der sozialkompensatorischen Aufgabe oder der Koordinierungsfunktion des ÖGD zu lösen wären – und das in einem dem ÖGD eigenen auf Kooperation setzenden und interprofessionellen Umfeld.

Soll also Sozialpharmazie in Forschung und Lehre sowie im ÖGD stärker verankert werden? Allein angesichts der beklagten arzneimittelbedingten Todesfälle und der finanziellen Lasten aufgrund fehlerhafter Anwendung von Arzneimitteln gäbe es Gründe genug, Sozialpharmazie bei uns in der Bundesrepublik zu stärken und das internationale Niveau anzustreben.

Udo Puteanus

Literatur auf Wunsch beim Autor



## Einladung zum nächsten „Internationalen Sozialpharmazie-Workshop“ in Leuven (Belgien)

International Social Pharmacy Workshop  
23. bis 26. Juli 2018 in Leuven (Belgien)

[www.ispw2018.com](http://www.ispw2018.com)

Der internationale Sozialpharmazie-Workshop findet alle zwei Jahre statt. Die Fachpresse berichtete darüber:

- <https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/daz-az/2016/daz-37-2016/anregungen-fuer-die-oeffentliche-apotheke>
- Pharm. Ztg. 159 (2014): 2750 unter [https://www.pharmazeutische-zeitung.de/fileadmin/jahrgangspdf/2014/PZ\\_35\\_2014.pdf](https://www.pharmazeutische-zeitung.de/fileadmin/jahrgangspdf/2014/PZ_35_2014.pdf) (Luhmann)
- Zum Teil ausführlicher berichteten wir auch im **Rundbrief des VdPP**. RB 97 und RB 90 <http://www.vdpp.de/themen/berufspolitik/social-pharmacy/>

## Recht auf Gesundheit

### Ein Einblick in die Arbeit von *Salud por Derecho*

„*Salud por Derecho*“ heißt eine spanische NGO (Nichtregierungsorganisation), die sich für das Recht auf Gesundheit einsetzt. Nicht nur in Spanien, sondern weltweit. Sie verteidigen Menschenrechte, damit alle Menschen, wo immer sie leben, ein Recht auf Gesundheit haben. Mit Kampagnen wie „*Sick, sick, sick*“ und „*No es sano*“ machen sie auf sich aufmerksam. Dieser Bericht soll einen Einblick in ihre Arbeit geben.

Im Jahr 2003 beschloss eine Gruppe von Aktivisten, sich dem Kampf ge-

heit beeinflussen, anzugehen. Von ihrem Hauptsitz in Madrid aus arbeiten sie auf nationaler, europäischer und globaler Ebene.

Sie sind nicht mit Institutionen, religiösen Überzeugungen und politischen Ideologien verbunden, werden aber von Partnern, privaten Spendern und Stiftungen unterstützt.

#### Im Detail

Der Zugang zu Gesundheitsleistungen und zu Medikamenten ist Teil des Rechts auf Gesundheit. Dennoch sehen Millionen von Menschen auf

sich *Salud por Derecho* dafür ein, dass Staaten globale Verantwortung übernehmen, um das Recht auf Gesundheit aller Menschen unabhängig zu garantieren, egal wo sie leben.

Drei Themen stehen im Vordergrund:

1. Der Kampf gegen AIDS
2. Zugang zu Medikamenten
3. Eine Gesundheit für alle

### NO ES SANO

#### Es ist nicht gesund

„*No es sano*“ heißt die Kampagne, die in Kooperation von *Salud por derecho* und anderen NGOs in Spanien umgesetzt wird und sich stark macht im Kampf gegen den eingeschränkten Zugang zu Medikamenten. Dabei geht es um ein kaputtes Innovationsmodell für Medikamente, welches es zu reparieren gilt. Ziel ist es, den Aufbau eines effizienten, nachhaltigen medizinischen

Forschungssystems voranzutreiben, das das universelle Recht auf Gesundheit und Zugang zu Arzneimitteln garantiert, mit Arzneimittelpreisen, die für die Bevölkerung erschwinglich sind, .

In einem Manifest, das zahlreiche NGOs unterzeichnet haben, sind drei Forderungen formuliert: Zum ersten soll mehr Transparenz in das System integriert werden, um für eine infor-



gen AIDS in Spanien und dem Rest der Welt zu widmen. Heutzutage machen sie Kampagnen, formulieren Vorschläge und betreiben politische Interessenvertretung, um das Recht auf Gesundheit aus der Perspektive sozialer Gerechtigkeit und Ungleichheit zu verteidigen. Dabei legen sie den Fokus auf die Regierungen, um die Ursachen und Lösungen, die die Verletzung des Rechts auf Gesund-

der ganzen Welt ihr Recht auf Leben verletzt, da Gewinne der Unternehmen im Vordergrund stehen. Durch das Fehlen von Transparenz und Rechenschaftspflichten, arbeiten aber Regierungen und internationale Organisationen entgegen dem Interesse der Öffentlichkeit. Mit Kampagnen, Formulierungsvorschlägen und politischen Interessenvertretungen setzt



mierte und öffentliche Debatte zu sorgen. Zum Beispiel wird gefordert, dass die Bevölkerung ein Recht hat die tatsächlichen Transaktionspreise beim Kauf von Medikamenten durch das öffentliche Gesundheitssystem zu erfahren. Als zweites wird im Manifest gefordert, dass Kriterien eingeführt werden, die öffentlichen Interessen zu schützen und zwar für jede Investition von Seiten des Staates. Diese Kriterien beeinflussen sowohl den Arzneimittelpreis als auch den Zugang der Patientinnen und Patienten zu den Arzneimitteln. Die dritte Forderung betrifft die Entwicklungen im Bereich der Forschung und Entwicklung von Arzneimitteln. Gefordert werden neue Innovationsmodelle, die nicht nur auf Patente ausge-

richtet sind, sondern die eine universelle Abdeckung aller Patientinnen und Patienten sowie Krankheiten gerecht wird, also bedarfsgerechte Forschung.

#### Wie geht es weiter?

Es bleibt zu hoffen, dass all die Bestrebungen und Kampagnen aller weltweit beteiligten NGOs erhört und umgesetzt werden. Auch der VdPP setzt sich für die von *Salud por Derecho* geforderten Maßnahmen ein und versucht auf nationaler Ebene die Weichen in die richtige Richtung zu stellen, damit das Recht auf Gesundheit weiterhin bestehen bleibt, ausgeweitet und von den Verantwortlichen umgesetzt wird.

*Esther Luhmann*

Quellen:

<https://saludporderecho.org/>  
<https://www.youtube.com/watch?v=HEcAwpw8MCM>  
<http://noessano.org/es/>  
<http://noessano.org/web/downloads/manifiesto-noessano.pdf>



## Rundbriefthemen

### Europa und Globale Themen

Die Europäisierung des Pharmamarktes (7/1991)

Soziale Apotheken in den Niederlanden und Belgien (24/1994)

Der Kampf um die demokratische Kontrolle der Chemieriesen 33/1996

Nicht geschriebener Brief (Bundeswehr in Jugoslawien) (48/1999)

Der Euro kommt (54/2001)

Eindrücke aus der Karibik (58/2003)

Nachrichten aus Brüssel (Wettbewerb und freie Berufe) (61/2005)

Ek subak, ek shaam (Bericht aus Pakistan) (62/2005)

Report from Kolkata (79/2010)

Die Seele kommt zuletzt zurück (Nepalreise) (80/2010)

Griechenland ist mehr als ein Krisenland (84/2012)

TTIP - ein Pakt auf dem Weg ins Land der unbegrenzten Möglichkeiten (90/2014)

Wir können helfen – ein Aufruf (94/2015)

Bienvenidos a Espania (99/2017)

## Jürgen ist verstorben

Jürgen Große ist verstorben. Jürgen war Teil des VdPP und der VdPP war Teil von Jürgen. Er hat die Arbeit und die Politik des VdPP in den letzten 28 Jahren ganz maßgeblich mitbestimmt.

Von Anfang an war er dabei. Nach inhaltlichen Enttäuschungen in der CDU und bei den Jungdemokraten (FDP) kam er 1981 in die „Basis-Gruppe“ der Hamburger-Pharmazeuten und war ein Gründungsmitglied 1989 des VdPP in Hamburg.

Seit 1982 arbeitete er in Bönningstedt, einem Dorf am nordwestlichen Stadtrand von Hamburg, in der Apotheke Rugenbergen. 1993 kaufte er sie dann. Die Offizinapotheke war sein Leben. Wie schrieb er selbst im Mai 1995, als er in den Vorstand gewählt wurde:

...und ich kann mir den endgültigen Abschied von der Apotheke eigentlich nur getragen und mit den Füßen nach vorne vorstellen.

Jürgen, auch Hugo genannt, las, las und las. Er liebte die Bücher, Kriminalromane, Zeitungen und gutes Essen. Und ihn interessierten Sprachen. Er konnte sich in mindestens 12 Sprachen verständlich machen.

Geliebt und geheiratet hat er Anne Schlemminger. Sie haben sich am 01.01.1983 kennen gelernt und geheiratet haben sie am 28.11.2014. Gelebt haben sie bis zum Schluss in ihrem gemeinsamen Haus in Hamburg Eidelstedt. Ausgegangen sind die Beiden seit 1995 nie, wirklich nie.

Er wurde am 16. August 1955 geboren. Jürgen ist 62 Jahre alt geworden.

Anne: „Was haben wir für ein Glück gehabt. 2 Jahre hat er das Leben noch genießen können, nachdem ihm die Ärzte nach der Diagnose Krebs noch 3 bis 4 Monate zum Le-

ben gegeben haben. Und er hat die 2 Jahre wirklich genossen, weil er die Krebsbehandlung super vertragen hat. Dann hat das Medikament plötzlich nicht mehr geholfen und das neue Arzneimittel schlug nicht an, worauf der Krebs wie explodiert ist.“

Zu Hause auf seiner Couch ist er am Mittwochnachmittag, dem 27.9., in Annes Armen gestorben.

Sein Anliegen war: wie entwickelt sich die Apotheke ökonomisch, wie viel Arzneimittelsicherheit braucht die



Gesellschaft, gibt es andere Organisationsformen für Apotheken – aber immer mit dem Ziel: was nutzt es dem Patienten, was nutzt es der Bevölkerung. So war er dann auch Mitglied beim Aufbau der „Netzwerkapotheken“ 1994.

Jürgen war jahrelang im Vorstand des VdPP und für die Gestaltung des Rundbriefes verantwortlich – eine enorme Leistung.

Zwei Mal war er bei Bundestagsanhörungen für die „Grünen“ und „die Linken“ eingeladen.

Zu den Gruppensitzungen kam er immer mit Halstuch, Sandalen und mindestens drei Leinenbeuteln. Ordnung schien nicht sein Ding zu sein,

aber wollten wir etwas wissen, zog er aus einem seiner Beutel die Antwort heraus – das war seine spezielle Ordnung. Als Sitzmöbel mussten Sofa oder Sessel herhalten.

Man konnte ihn wirklich alles fragen und zu 90 % hatte er eine Antwort parat. Apothekenrecht, Apothekenzahlen, neue Medikamente, alte Medikamente – er kannte sie.

Und die Finanzen – er hatte ein untrügliches Gefühl für Zahlen. Er stellte mit Gudrun Meiburg die jährlichen Finanz-

berichte. Zahlendreher, Fehlbeiträge, und waren sie noch so klein: Jürgen fand alles.

Sport war nun wahrlich nicht sein Ding. Alles über 50 Meter wurde mit dem Auto erledigt.

Kein Alkohol,

aber sein Leben lang Zigaretten – Menthol Zigaretten. Nach der Krebsdiagnose im Februar 2015 hat er von einem Tag auf den anderen keine Zigarette mehr angerührt.

Feiern und Feste ..... Oha, zu seinem 50igsten Geburtstag habe wir ihn im Garten überrascht – eben überrascht. Gefreut hat er sich schon, aber: „bitte tut mir einen Gefallen, bitte nicht noch mal.“

Jürgen: „Ich sag mal so ....“

Leider können wir nicht mehr hören, was er uns sagen wollte.

Bernd Rehberg

für den Vorstand des VdPP

## Rundbriefthemen

### Digitalisierung

Pharmazentralnummer (15/1992)  
 Chip Chip Hurra! (Krankenversicherungskarte) (35/1996)  
 Surfen in den Netzen (37/1996)  
 Pillen per Post (40/1997)  
 Internet-Möglichkeiten (43/1998)  
 Ein Schritt ins Fettnäpfchen (Apotheke im Internet) (44/1998)  
 Elektronischer Handel mit Arzneimitteln (53/2001)  
 Elektronische Gesundheitskarte- Qui bono? (72/2008)  
 Mut zur Wahrheit – zur Unterschriftenaktion der ABDA (98/2017)

### Frauenpolitik

In Frauenfragen Frauen fragen (3/1990)  
 Unterschriftenaktion: Paritätische Besetzung der Gremien in den Mitgliedsorganisationen der ABDA mit Frauen und Männern (4/1990)  
 Hildegard von Bingen – und die Hildegard Medizin (25/1994)  
 Frau und Gesundheit (36/1996)  
 Frauen in der Pharmazie (41/1997)  
 Pharmazeutinnen als Mentorinnen gesucht! (56/2002)

### Arzneimittelpolitik

Negativlisten (1/1989)  
 Arzneimittelreimporte (22/1994)  
 Berliner Positivliste (31/1995)  
 Bewertung von klinischen Studien (47/1999)  
 Vom armen Schlucker zum Müllschlucker (Arzneimittelrecycling) (60/2004)

### Gesundheitspolitik

Kriegserklärungen (Wettbewerb) (57/2003)  
 Gentechnologie – Aktuelle Entwicklung (23/1994)  
 Modellversuch „ Vernetzte Praxen“ (51/2000)  
 Hausarztzentrierte Versorgung (73/2009)  
 Korruption im Gesundheitswesen wirksam bekämpfen (83/2012)  
 Wenn es den VdPP nicht gäbe.... (93/2015)  
 Der Pharmadialog (97/2016)

### Sozialpharmazie

Public Health – Alternative für uns? (11/1992)  
 Sozialpharmazie (Bericht) (13/1992)  
 Bioethik in Pharmazie und Medizin (30/1995)  
 Public Health- eine berufliche Zukunft für Pharmazeuten? (32/1995)  
 Der Patient als Koproduzent von Gesundheit (42/1997)  
 Palliativmedizin- die Stellung des Apothekers heute und in Zukunft (45/1998)

Sozialpharmazie (52/2000)  
 Apotheken und Public Health (71/2008)  
 Der Traum von der Sozialen Pharmazie (75/2009)  
 Fachapotheker für Public Health (76/2009)  
 Besseres Arzneimittelangebot in „PharmaTopia“ (30 Jahre BUKO) (81/2011)  
 Der Patient steht im Mittelpunkt – und dort stört er (89/2014)



## 1573 - 1984 - 1989 – heute

### Sie kennen das Brandenburgische Apothekenmuseum am Cottbusser Altmarkt noch nicht?

Seit 1573 befindet sich am Cottbusser Markt eine Apotheke: bis 1984 als öffentliche Löwen-Apotheke und nach einer Zeit des Umbaus seit dem 1.6.1989 als Apothekenmuseum.

Die gewölbten Offizin-, Labor – und Kellerräume des Vorderhauses und des Hintergebäudes überdauerten den Stadtbrand 1671. Seit 1675 ergänzen Fachwerkanbauten das Ensemble.

Der Staffelgiebel, wie er sich heute darstellt, kam um 1800 dazu. Bekrönt wird er durch die Hygieia, die Schutzpatronin der Apotheker.

Im Jahre 1980 wurde das gesamte Bauensemble am Markt in Cottbus unter Denkmalschutz gestellt. Die Entscheidung, in der Löwen-Apotheke das Apothekenmuseum der DDR einzurichten, fiel 1982. 1989 als Niederlausitzer Apothekenmuseum eröffnet, zeigte es zunächst v.a. Exponate aus der Niederlausitz. Die Sammlungen und das Einzugsgebiet weiteten sich schnell aus. So wurde es 2002 in Brandenburgisches Apothekenmuseum umbenannt.



Bei einer Führung werden auf über 400 qm die unterschiedlichen Funktionsräume und umfangreichen Arbeitsgebiete apothekerlicher Tätigkeit seit 1850 bis zur Gegenwart gezeigt:

- Offizin aus den 1930 Jahren
- Gift- und Kräuterkammer
- galenisches Labor

- DDR-Arzneimittel und -mobiliar sowie Dokumente aus 40 Jahren Apothekenwesen der DDR
- Brunnen aus dem 17. Jhd, heute historischer Messpunkt der Firma LEAG (vormals Vattenfall).



Kräuter- und Giftkammer

Die ehemalige Offizin der Löwen-Apotheke dient heute noch dem Verkauf von Tee, Kräuterlikören, einem besonderen „Parfüm mit Geschichte“, Ansichtskarten und vielem mehr. Über 250 Einzeldrogen können im Verkauf zusammengestellt und erworben werden.

Die Pharmazie hat viele Facetten. Darum gestaltet das Brandenburgische Apothekenmuseum jährlich wechselnde **Sonderausstellungen**. 2017 hieß es: „Von Arsen bis Zyankali – die Geschichte der Agatha Christie“.

Das ehemals staatliche Apothekenmuseum wird heute durch den 1994 gegründeten Förderverein in Kooperation mit der Stadtverwaltung Cottbus betrieben.

Im Depot lagern noch viele Exponate. Wir dürfen auf die nächsten Sonderausstellungen und die Ergänzungen in der Dauerausstellung gespannt sein.

Schauen Sie selbst!

Das Museum kann nur mittels einer Führung (ca. 1,5h) besichtigt werden.

Eintrittspreise  
Erwachsene 5 €  
Kinder von 6-18 Jahre 1,50€  
Familienkarte 5 €

Führungen außerhalb der Öffnungszeiten (ohne/mit Verkostung) 50/60€  
Brandenburgisches Apothekenmuseum in Cottbus, Altmarkt 24  
03046 Cottbus, Tel 0355 23997

[info@brandenburgisches-apothekenmuseum.de](mailto:info@brandenburgisches-apothekenmuseum.de),  
[www.brandenburgisches-apothekenmuseum.de](http://www.brandenburgisches-apothekenmuseum.de)

Dipl. Pharm. Sabine Kersten  
Verein zur Förderung des Brandenburgischen Apothekenmuseums in Cottbus e.V.

Sabine Kersten arbeitete nach ihrem Studium an der Humboldt Universität Berlin sowohl als wissenschaftliche Mitarbeiterin als auch als Apothekenleiterin.



Offizin Übigau 1830

## 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](mailto:geschaeftsstelle@vdpp.de), URL: <http://www.vdpp.de>,  
Bankverbindung: Postbank Berlin, DE62 1001 0010 0020 0471 05

**Redaktion:** Gudrun Hahn (verantwortlich), Thomas Hammer  
**Redaktionsanschrift:** Neptun Apotheke, s. o. , E-Mail: [redaktion@vdpp.de](mailto: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.



Pressemitteilung 18. Dezember 2017

## „Bottroper Fall“ Staatliche Überwachung unter demokratischer Kontrolle

Arzneimittel müssen sicher sein. Alle Menschen müssen darauf vertrauen können, dass Arzneimittel, die sie anwenden müssen, dem Stand von Wissenschaft und Technik entsprechen. Der Staat hat dabei die Aufgabe, die nötigen Ressourcen zur Verfügung zu stellen, um die für die Überwachung zuständigen Behörden in die Lage zu versetzen, wirksame Kontrollen bei den Herstellern und Vertreibern der Arzneimittel durchführen zu können. Welche Ressourcen dafür eingesetzt werden, ist demokratisch und unter besonderer Berücksichtigung von Patienteninteressen zu entscheiden.

Im Bottroper Fall hat der angeklagte Apotheker mit hoher krimineller Energie mutmaßlich Arzneimittel mit zu wenig oder ohne Wirkstoff zubereitet und damit wissentlich auf wirksame Krebsarzneimittel angewiesene Patientinnen und Patienten massiv geschädigt.

### Hätte dieses Verbrechen eher aufgedeckt werden können?

- Ja, wenn schon bei den ersten Anzeichen die Mitarbeitenden dagegen vorgegangen wären.
- Ja, wenn die überwachende Behörde die Fehlentwicklung rechtzeitig erkannt hätte.
- Ja, wenn die behandelnden Ärztinnen und Ärzte rechtzeitig erkannt hätten, dass die eingesetzten Arzneimittel nicht wirken.

### Ist das realistisch?

- Nein, weil Mitarbeitende derzeit keine Vertrauensstelle haben, an

die sie sich in solchen Fällen wenden können.

- Nein, weil die Apothekenüberwachung derzeit schon aus personellen Gründen keine umfassende Kontrolle ausüben kann.
- Nein, weil die Ärztinnen und Ärzte nicht bei jedem Therapieversagen auch Arzneimittelfälschungen für möglich halten, da sie mit patientenindividuellem Ansprechen rechnen und Therapieerfolge und -misserfolge nahe beieinander liegen können. Wie sollten sie kriminelle Energie vermuten?

### Also weiter so und keine Konsequenzen aus dem Skandal ziehen?

Nein! Solche Skandale müssen wachrütteln und dazu führen, genauer hinzuschauen, Schwachstellen des bisherigen Systems zu erkennen und Maßnahmen zu entwickeln, die solche kriminellen Machenschaften wirksamer verhindern.

Die Aufarbeitung des Falles ist noch in vollem Gange. Blinder Aktionismus verbietet sich. Wir brauchen jetzt eine breite Diskussion darüber, was getan werden kann und muss. Aus Sicht des VdPP sind dabei folgende Eckpunkte wesentlich:

- Arzneimittel- und Apothekenüberwachung ist staatliche Aufgabe und muss von staatlichen Stellen wirksam durchgeführt werden. Die heute in einigen Ländern stattfindende Überwachung durch Apothekerkammern ist zu hinterfragen. Eine bessere Personalausstattung ist nötig.

Die unangemeldete Überwachung muss selbstverständlich sein.

- Arzneimittel- und Apothekenüberwachung ist eine wesentliche Aufgabe staatlicher Daseinsfürsorge. Die Bürgerinnen und Bürger haben ein Recht, zu erfahren, wie und mit welchen Ressourcen welche Ergebnisse erzielt werden. Es muss aber auch deutlich kommuniziert werden, was heute durch die Arzneimittel- und Apothekenüberwachung möglich ist, also wozu Behörden unter den heutigen Voraussetzungen eben auch nicht in der Lage sind.
- Patientenschutz hat höchste Priorität. Mitarbeitende, die in der Patientenversorgung tätig sind und Missstände sehen, müssen sie sich an eine Vertrauensstelle wenden können. Arbeitsrechtlicher Schutz ist zumindest dann zu gewährleisten, wenn diese Hinweise zur Aufdeckung illegaler Praktiken geführt haben. Whistleblowing dient dem öffentlichen Interesse und muss entsprechend gesetzlich definiert werden.

Einzelne Schnellschüsse von Landesregierungen als Reaktion zur Beruhigung der Menschen dürfen nicht das Ende der Diskussion sein!

Politik, Patientenverbände, Kostenträger und Gesundheitsdienstleister müssen sich jetzt zusammensetzen und Vorschläge entwickeln, wie sie alle Schwachstellen konsequent beseitigen können, damit Patientinnen und Patienten, aber auch Mitarbei-



tende der Gesundheitsdienstleister besser als bisher geschützt werden können. Dabei müssen auch weitere Dokumentationspflichten geprüft werden, etwa eine Eingangs-/Ausgangsdokumentation von Wirkstoffen. Da dies bislang üblicherweise nicht Teil der Apothekenüberwachung ist, wäre zu prüfen, ob dies in

das normale Procedere aufgenommen oder eine andere Stelle ermächtigt wird, hier stichprobenartig die entsprechenden Daten anzufordern. Denkbar wären etwa die Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen, die bei den Krankenkassen angesiedelt sind.

**Dabei gilt: Patienteninteressen stehen vor Unternehmerinteressen!**

Und zu guter Letzt: die Arzneimittelpreise sind zu hoch! Wo viel Geld im Spiel ist, lohnt sich das Verbrechen!

Der Vorstand

Offizin Peitz von 1930



### Auseinandersetzung mit der Geschichte

Ausstellung: Vertreibung und Vernichtung jüdischer Apotheker im Dritten Reich (10/1991)

Apotheker als Neuerer in der naturwissenschaftlich-technischen Zivilisation der Neuzeit (16/1992)

Ohne und mit akademischen Weihen — Frauen in der Apotheke (Ausstellung) (50/2000)

50 Jahre nach Contergan (69/2008)

### Rundbriefthemen

#### DDR

Interpharm in Leipzig (5/1990)

Zum Lieferboykott der westdeutschen Pharmakonzerne in dem Gebiet der ehemaligen DDR (6/1991)

45 Jahre Pharmazie Ost (77/2010)

Leserbrief des VdPP, DAZ 44/2017 (2.11.2017)

## Apotheken in Public Health-Netzwerken

### *Zu den Meldungen über Apothekenschließungen*

Die Meldungen über Apothekenschließungen häufen sich in den letzten Monaten. Insbesondere in ländlichen Regionen sowie in Quartieren von Städten, in denen die letzte Apotheke schließt, sind insbesondere ältere Menschen davon betroffen. Sie verlieren einen wesentlichen Anlaufpunkt für ihre gesundheitlichen Fragen. Und, ja, sie verlieren oftmals auch einen Ort, in dem sie beim freundlichen Personal der Apotheken ihre teilweise privaten Sorgen und Nöte loswerden konnten.

Die Bedeutung der Apotheken als Ort der ordnungsgemäßen Arzneimittelversorgung ist in den pharmazeutischen Fachzeitschriften oft herausgestellt worden, in der Versorgungsforschung bzw. in den Gesundheitswissenschaften/Public Health ebenfalls, wenn auch mit deutlich kritischerer und fordernder Zielrichtung.

Apotheken, die die Qualität ihrer Produkte und Dienstleistungen ernst nehmen, sind für die Arzneimittelversorgung unverzichtbar. Gute Arzneimittelversorgung ist ihre wesentliche Aufgabe. Doch wie dicht das Netz dafür sein muss, ist unklar. Auch ist unklar, welche weiteren wesentlichen Dienstleistungen die Apotheken vor Ort für die Gesundheit der dortigen Bevölkerung erbringen. Sind es tatsächlich nur die Herstellung und Abgabe von und die Gespräche über Arzneimittel? Welche Bedeutung hat die Niedrigschwelligkeit der Apotheken im Quartier oder im ländlich geprägten Umfeld noch? Welche Bedeutung hat sie für die Menschen, die sie als mehrmals wöchentliche Anlaufstelle für Gespräche nutzen?

Welche Bedeutung könnte sie haben, wenn sie die dort geäußerten Nöte und Ängste mehr als bisher durch Vermittlung von helfenden Kontakten mildert; wenn sie die Bedarfe und Bedürfnisse der Bevölkerung vor Ort als Anwalt dieser Menschen in die kommunale bzw. regionale Gesundheitspolitik einbringt oder verstärkt?

Die derzeitige Diskussion über das Apothekensterben muss aus unserer Sicht nicht nur mit dem Ziel einer ordnungsgemäßen Arzneimittelversorgung geführt werden. Bisher völlig zu kurz gekommen ist die Frage, welche Beiträge Apotheken leisten können, um Prävention und Gesundheitsförderung voran zu bringen – gerade in ländlichen Regionen und Quartieren, in denen andere Strukturen weg brechen. Aus unserer Sicht können Apotheken wichtiger Teil einer Verhältnisprävention sein oder werden. **Dazu muss sich die Apothekerschaft für diese Fragen öffnen, ihr Potential nutzen und den Anschluss an lokale und regionale Public Health-Netzwerke suchen.** Ansätze gibt es ja schon, wie z. B. die demenzfreundlichen Apotheken im Raum Augsburg oder die Apotheke im Quartiersprojekt Münster-Hiltrup. Und natürlich müssen auch die gesundheitspolitisch Verantwortlichen in den Kommunen und Regionen sich öffnen, um das Potential ihrer Apotheken mit lokalem Alleinstellungsmerkmal zu erkennen, und nicht erst, wenn die Schließung droht.

Aber die Diskussion muss offen und ehrlich geführt werden. Wie der Fall Bottrop zeigt, können Apothekenschließungen rund um einen

„Platzhirschen“ alles andere als die Folge gesundheitspolitischer Entscheidungen in Berlin sein; sie sind oftmals eher Folge von Verdrängungswettbewerb, mit welchen Mitteln auch immer. Und das gilt nicht nur für die Städte. Auch im ländlichen Raum gibt es diesen Verdrängungswettbewerb. Es wäre deshalb geradezu sträflich, weitere Millionen per Gießkanne bundesweit zu verteilen, ohne zu wissen, wo dieses Geld tatsächlich hin fließt und wofür.

**Wir fordern deshalb, die lokalen bzw. regionalen gesundheitspolitischen Strukturen zu stärken, damit diese in die Lage versetzt werden, in demokratischen Prozessen die für ihre Bevölkerung richtigen Weichen zu stellen.**

Das ist für die Bundesrepublik noch neu und ungewohnt. Doch mit kommunalen Gesundheitskonferenzen und ähnlichen Institutionen sind in den letzten Jahren bereits Strukturen aufgebaut worden, denen jetzt auch finanzielle Möglichkeiten an die Hand gegeben werden müssen, damit sie die für ihre Regionen wichtigen Strukturen aufbauen oder erhalten können.

Demokratisch und solidarisch für die sozial Benachteiligten – so muss aus Sicht des VdPP Gesundheitspolitik sein und von der Bevölkerung erlebt werden. Und das kann und muss vor allem vor Ort umgesetzt werden. In einem solchen Konzept haben auch Apotheken ihre wichtige Bedeutung, oder könnten sie erlangen, wenn sie sich darauf einlassen.

VdPP-Vorstand



Stellungnahme in DAZ 42 –2017

## Bock zum Gärtner der evidenzbasierten Selbstmedikation

In der 39. Ausgabe der DAZ fand sich eine Pressemitteilung der Firma Sanofi Consumer Health Care, in der sie ankündigt, eine **Datenbank zur evidenzbasierten Selbstmedikation** aufzubauen.

Es sind starke Zweifel angebracht, ob diese Plattform geeignet ist, das selbst gesteckte Ziel zu erreichen, Apothekerinnen und Apotheker in vertretbarem Zeitaufwand einen Überblick über die Datenlage zu verschaffen. Einerseits dürfte eine Pharmafirma kaum die richtige Institution sein, um neutrale Informationen zu Arzneimitteln zu präsentieren. Die Vollständigkeit der Informationen wird allein aus rechtlichen Gründen nur schwer zu realisieren sein. So

fehlt beispielsweise jeglicher Hinweis auf die drei hochwertigen Übersichtsarbeiten der Cochrane Collaboration zu Bisacodyl, zu denen ohnehin nur die Abstracts kostenfrei verfügbar wären. Andererseits bieten Einträge zu Arzneimitteln, für die keine aktuelle systematische Übersichtsarbeit vorliegt, nur einen geringen Nutzen in der Praxis. So sollten nur wenige Kolleginnen und Kollegen die Zeit und die Kenntnisse haben, mehrere Publikationen zu randomisierten Studien durchzulesen, eigenständig zu bewerten und zusammenzufassen.

.Anwendungsbeobachtungen und Expertenkonsens, denen jeweils eine eigene Kategorie in der Datenbank

gewidmet ist, sind ohnehin als Grundlage einer evidenzbasierten Beratung ungeeignet, da sie keine verlässlichen Informationen zur Wirkung von Arzneimittel liefern.

Zusammenfassend sollte es, gemäß des entsprechenden Auftrages vom Apothekertag 2014 an die ABDA, die Apothekerschaft selber sein, die Informationen zur evidenzbasierten Selbstmedikation systematisch aufarbeiten. Wir bleiben gespannt, wie dieser Auftrag umgesetzt wird.

Daniel Fleer für den Vorstand des Vereins der demokratischen Pharmazeutinnen und Pharmazeuten





### **Berufspolitik**

Apotheke der Zukunft: Stellungnahme der Fraktion Gesundheit (Apo.kam. Berlin) (14/1992)

Die Apotheke als Non-Profit-Betrieb (Herbstseminar) (27/1995)

Netzwerk: Apotheken im VdPP (28/1995)

Apotheker – wozu? (29/1995)

Ihr fragt mich, wie es mir geht (zur Wirtschaftsliberalisierung) (64/2006)

Abenteuer Weiterbildung (65/2006)

Neue Aufgaben für die Apothekerkammern? (59/2004)

Apotheke der Zukunft (96/2016)

## R u n d b r i e f

### **Gesetzesänderungen**

Katastrophenschutzergänzungsgesetz (2/1990)

Gesundheitssicherstellungsgesetz (GSG) 1.1.93 (18/1993)

Neue Apothekenbetriebsordnung (19/1993)

Ausbildung – Perspektiven und Vergleich (21/1993)

Gegen weitere Patientenbelastung durch die 3. Stufe des GSG (26/1994)

Bonner Impressionen (Abschaffung der Festbetragsregelung für patentgeschützte Arzneimittel) (34/1996)

Bittere Pillen für den Verbraucherschutz (Novellierung des AMG) (46/1998)

Änderungen des Apothekengesetzes (55/2002)

Der Systemwechsel kommt durch die Hintertür (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz) (66/2007)

Rabattverträge: die Hintergründe (68/2007)

Apothekenbetriebsordnung geändert – Bürokratiemonster oder Aufwertung des Berufsstands? (87/2013)

4 Jahre „Frühe Nutzenbewertung“ (91/2015)

Adaptive Licensing (95/2016)

### **Pharmakotherapie**

Rationale Arzneimittel-Therapie (8/1991)

Mifepriston (RU 486) – Ein Politikum (9/1991)

Impfung gegen Schwangerschaft – Ein Alptraum für Frauen (20/1993)

Misstände in der Tamiflu-Verordnung (63/2006)

Klinische Forschung: für wen? (74/2009)

Frauen und HIV-AIDS (78/2010)

Entlassung Levonorgestrel-haltige AM zur Notfallkontrazeption aus der Verschreibungspflicht (86/2013)

## T h e m e n

### **Apotheken- und Versorgungsqualität**

Leitfaden der Apotheken im VdPP (49/1999)

17 Jahre Erfa-Gruppe im VdPP (85/2013)

Evidenz für die Selbstmedikation (88/2014)

Wettbewerb im Gesundheitswesen (67/2007)

Wettbewerb aus Sicht eines Offizinapothekers (70/2008)

Neue Anforderungen an die Überwachung (39/1997)

Therapiebegleitung in der Apotheke (38/1997)

Gedanken zum „Zukunftskonzept Arzneimittelversorgung“ (82/2011)

Erschien in der ersten DAZ Online Januar 2018

## Fünf nach Zwölf

### Jahresausblick auf 2018

Rabattstreit, EuGH, Honorargutachten. Immer wieder steht die Apothekerschaft mit dem Rücken an der Wand.

Kein Wunder, blieb sie doch selbst viele Antworten auf die Frage nach der Pharmazie auch im Jahr 17 des 21. Jahrhunderts schuldig. Das Perspektivpapier 2030 geht kaum über den Status quo hinaus. Progressive Stimmen aus den Kammern werden dafür in Rekordzeit mundtot gemacht.

Die Stärkung des heilberuflichen Charakters darf kein Vehikel sein, mit dem Interessensvertretung hübsch verpackt wird. Sondern sie muss mit Leben gefüllt werden, in der Berufs-

politik wie im Berufsalltag.

Die Sicherung der ländlichen Versorgung braucht ebenso Kreativität wie die Gestaltung und Honorierung neuer pharmazeutischer Aufgaben. Vom Erfolg des Projekts ARMIN wird einiges abhängen. Und nicht zuletzt dürfte auch die absehbare Neukonzeption des Telematik-Projekts Zukunftsfragen für die Apotheken stellen, die besser nicht von Betriebswirten oder Krankenkassen beantwortet werden.

Die Apotheke muss sich neu aufstellen, um weiter die tragende Rolle in der Arzneimittelversorgung zu übernehmen – nicht zuletzt um den Chancen und Risiken durch die Digi-

talisierung gerecht zu werden.

Der Leitbildprozess für die Apotheke der Zukunft hat gerade erst begonnen. Jetzt ist der richtige Zeitpunkt, die Debatte formen, statt letztlich von politischen und gesellschaftlichen Entwicklungen überrannt zu werden.

Florian Schulze



## Termine

08.-10. März 2018, Graz

Jahrestagung des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin (DNEbM)

<http://www.ebm-netzwerk.de/>

20. + 21. März 2018, Berlin

Kongress Armut und Gesundheit

<http://www.armut-und-gesundheit.de/>

TU Berlin

16. + 17. Juni 2018, Münster

VdPP-Mitgliederversammlung

**ARMUT UND GESUNDHEIT 2018**  
Der Public Health-Kongress in Deutschland

Thema: Gemeinsam, Gerecht, Gesund

Fotonachweis:

Seite1: www.pixabay.com.; Fotos aus Cottbus von Bernd Choritz, alle anderen Fotos, außer AutorInnenfotos, sind von Gudrun Hahn

# nächste Mitglieder- versammlung

16. bis 17. Juni  
2018

In Münster/  
Westfalen



Für alle, die finden  
drei Rundbriefe im  
Jahr sind zu wenig:

Schaut auf die  
Homepage des VdPP

[www.vdpp.de](http://www.vdpp.de)

Dort findet ihr die aktu-  
ellen Informationen und  
könnt auch direkt mit  
unserer Referentin Es-  
ther Luhmann in Kon-  
takt kommen.

## KONTAKT

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

Tel. 040 63917720 - Fax 040 63917724

E-Mail: [info@vdpp.de](mailto:info@vdpp.de)

Mehr Informationen, Artikel und aktuelle Termine  
finden Sie unter:

[www.vdpp.de](http://www.vdpp.de)

## VORSTAND

Daniel Fler  
[fler@vdpp.de](mailto:fler@vdpp.de)

Thomas Hammer  
[hammer@vdpp.de](mailto:hammer@vdpp.de)

Viktoria Mühlbauer  
[muehlbauer@vdpp.de](mailto:muehlbauer@vdpp.de)

Udo Puteanus  
[puteanus@vdpp.de](mailto:puteanus@vdpp.de)

Bernd Rehberg  
[rehberg@vdpp.de](mailto:rehberg@vdpp.de)

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

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

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

## NÄCHSTER RUNDBRIEF

Der nächste  
VdPP-Rundbrief  
erscheint im  
Mai 2018  
Redaktionsschluss ist  
am 31. März 2018

