Rundbrief des
Vereins demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten

12 / 2015
27. Jahrgang
94

Hamburg Hauptbahnhof: Eingang zum Erste Hilfe Container für Flüchtlinge

Pharmazie in sozialer Verantwortung

VdPP

Wir können helfen! - ein Aufruf

Die große Menge an zureisenden Flüchtlingen nach Deutschland ist ein Fakt. Wie können Pharmazeutinnen und Pharmazeuten mit ihren Qualifikationen in der Flüchtlingshilfe aktiv werden? Christl Trischler zeigt drei Szenarien auf für persönliches und berufliches Engagement:

Am einfachsten ist es, **in der eigenen Apotheke** einzugreifen, sowohl als EigentümerIn als auch als Angestellte. Grundlage dafür ist das Verständnis des gesamten Teams für die Situation der Kunden und Kundinnen, die als Flüchtlinge im Ort leben und in den ersten Wochen einen Art Kulturschock erleben. Alle im Team sollten sich einig sein: Die Flüchtlinge haben wie alle anderen gesundheitliche Probleme, suchen Hilfe und Rat. Sie haben ein Recht darauf genauso höflich, korrekt und freundlich behandelt zu werden wie alle anderen Kunden und Kundinnen auch. Sie sind Kunden von morgen.

Viele kommen mit einem Rezept mit dem Kostenträger Sozialamt. Auf dem Rezept muss befreit angekreuzt werden. Falls nicht richtig angekreuzt wurde, muss das vom Arzt korrigiert werden. Viele haben auch ein grünes Rezept. Es sollte dann selbstverständlich sein, das günstigste Präparat abzugeben. Dasselbe gilt für Privatrezepte. Warum nicht alle benötigten AM bezahlt werden, das ist nicht nur für die Flüchtlinge schwer zu verstehen. Es gibt viele verschiedene Regelungen in den einzelnen Ländern. Hamburg und Bremen haben spezielle Krankenkassenkarten eingeführt. Alle anderen Länder arbeiten daran. In Hessen müssen zur Zeit noch für jeden registrierten, noch nicht anerkannten Flüchtling für jedes Quartal beim Sozialträger Krankenscheine beantragt werden. Das dauert einige Tage. Bei akuten Beschwerden ist das ein Problem. Eine gute Zusammenarbeit mit den Arztpraxen ist unabdingbar.

Sprachprobleme kann man lösen. Oft ist jemand im Team, der dolmetschen kann. Es gibt Beratungshilfen in allen möglichen Sprachen im Inter-

Inhalt dieser Ausgabe

Aufruf: Wir können helfen	1
Flüchtlingssituation in Berlin + Hamburg	3
Evidenzbasierte Beratung	4
Das Leidbild des Apothekers	4
Offener Brief an die ABDA	7
Herbstseminar: Bericht	9
Stellenangebot	10
Vorstandsreferentin hört auf	11
10 Jahre Gute Pillen - Schlechte Pillen	12
Anti-TTIP-Demo in Berlin	13
Bittere Medizin, GeN	14
Armut und Gesundheit, Berlin	15
MEZIS: Korruption im Gesundheitswesen	16
Pharmazie und Ethik, Buchbesprechung	17
Die Pille und ich, Buchbesprechung	19

Liebe Rundbriefleser und -leserinnen,
kurz vor Ende des Jahres ist der Rundbrief fertig geworden. Die Redaktion bedankt sich bei allen, die Im Laufe des Jahres Artikel beigesteuert haben.
Wie sollte es anders sein: Auch der Rundbrief befasst sich mit Deutschlands Thema Nummer eins, der Flüchtlingsfrage. Zumindest in Großstädten kommt niemand an dem Thema vorbei. Am Hamburger Hauptbahnhof sah man bis zum 6.12. auf dem Vorplatz Versorgungszelte für durchreisende Flüchtlinge. Jetzt gibt es eine Büroetage an diesem Platz, wo Flüchtlinge eine Anlaufstelle haben.
Zu tun gibt es viel. Lasst euch von Christl Trischlers Aufruf inspirieren.
Gudrun Hahn

net zum kostenlosen Herunterladen und Ausdrucken, z. B. Einnahmehinweise in verschiedenen Sprachen, Anamnesebögen (z. B. von tipdoc), Textbeispiele für den Arztbesuch u. v. a. Einige Landesapothekerkammern haben bereits über diese Beratungshilfen informiert.

Einfach „3x1“ auf die Packung schreiben, das reicht meist nicht. Alle aus Syrien, Afghanistan u a. schreiben von rechts nach links. Es kommt deshalb vor, dass dann drei Tabletten auf einmal genommen werden. Als Beschriftung sind sie gewohnt „1-1-1“. Das ist eindeutig. Erklärungsbedürftig sind neben Dosieraerosolen, Schmerzpflastern u. a. auch so einfache AM wie Lutschtabletten, Zäpfchen (ungewohnt), Kautabletten, Paracetamolsirup, oder dass Nasentropfen nur für eine Person und nicht für die ganze Familie gedacht sind..

Es macht eventuell auch Sinn den Arztpraxen Einnahmehinweise und auch Anamnesebögen in Urdu, Arabisch, Tigrinya, Farsi, Dari, Pashto u. a. zur Verfügung zu stellen. Viele Arztpraxen haben aber dieses Infomaterial bereits.

All diese Hilfen ersetzen aber nicht die notwendige Bereitschaft sich Gedanken zu machen über die für uns so fremden Verhaltensweisen und sie gegebenenfalls zu akzeptieren. Gelatine aus Schweinekollagen ist nun mal für viele strenggläubige Moslems nicht akzeptabel. Alkoholhaltige Arzneimittel werden oft abgelehnt. Strenges Fasten während des Ramadans kann ebenfalls zu Problemen führen.

Und bitte stört euch nicht an Kopftüchern! Klosterschwestern im Ordenskleid stören uns ja auch nicht. Es fällt diesen Frauen unendlich schwer, ohne Kopftuch aus dem Haus zu gehen. (Ich gehe ja auch nicht in einem kleinen Dorf in Afrika oben ohne, nur weil es alle machen.)

Dass ein arabisch geprägter Mann es als absolut ungehörig findet, einer Frau die Hand zu geben, sollten wir auch akzeptieren. Es ist keine Missachtung, es wäre respektlos.

Unterschiede zwischen den verschiedenen Kulturen sind ein höchst spannendes Thema. Die Beschäftigung damit lohnt sich.

Lokale Einrichtungen

Helfen können wir auch ehrenamtlich in lokalen Flüchtlingshilfen. Es gibt viele Möglichkeiten, abhängig von der Zeit, die man erübrigen kann. Der wichtigste Bereich wäre die Begleitung der Flüchtlinge zum Arzt, zum Krankenhaus oder die Bestellung von Krankenscheinen, ein idealer Job für alle Kollegen und Kolleginnen im Ruhestand. Unabhängig von unseren Fachkenntnissen sind Sprachkurse gefragt sowie Nachhilfe für die Schulkinder, Kontakte zu den Schulen, zur Gemeinde, u. v. a. Es braucht ein wenig Mut auf die Flüchtlinge zu zugehen. Aber nach kurzer Zeit kann sich daraus eine Beziehung ergeben, die allen Beteiligten Spaß macht und zur Verständigung beiträgt.

Bedarf der Lager

Die dritte Möglichkeit ist die direkte Versorgung der Flüchtlingslager mit Arzneimitteln. Es gibt zur Zeit Notaufnahmelager für nicht registrierte Flüchtlinge, Erstaufnahmelager zur Registrierung und Unterkünfte für bereits registrierte Flüchtlinge in den einzelnen Gemeinden und Städten in vielen verschiedenen Varianten (kleine Wohnungen dezentral oder große Wohneinheiten). Die medizinische Versorgung für die registrierten Flüchtlinge wird durch die zugehörigen Gemeinden und Landratsämter organisiert. Eine Gesundheitskarte gibt es bisher nur in Hamburg und Bremen. In allen anderen Ländern arbeiten die Behörden daran diese Karte einzuführen.

Ein großes Problem ist die medizinische Versorgung der Flüchtlinge in den Not- und Erstaufnahmelagern. Die Flüchtlinge haben strapaziöse Wochen hinter sich. Ihr Gesundheitszustand ist dementsprechend oft sehr schlecht. Erkältungskrankheiten sind dabei das kleinere Problem.

Die Menschen sind unterschiedlich lange in diesen Übergangslagern. Sie müssen medizinisch versorgt werden.

Leider gibt es kein einheitliches Modell für diese Notversorgung. Viele freiwillige Ärzte helfen hier mit. Meist können sie dabei auf ein kleines Lager mit den wichtigsten Arzneimitteln zugreifen. Wer für die Kosten dafür aufkommt, ist unterschiedlich geregelt.

Die Logistik, die Verwaltung und der Aufbau eines Lagers erfordern eine Menge Know-how, eine ideale Gelegenheit unser Fachwissen ehrenamtlich zur Verfügung zu stellen.

Welche AM in dieses Lager gehören, welche Arzneimittel ungeeignet sind u. v. m., das muss vorab mit dem Gesundheitsamt , den Ärzten und Pharmazeuten besprochen werden. Hilfreich ist es, wenn Erfahrungen mit sog. Essential-Drug-Listen der WHO vorhanden sind. Mitglieder von Apotheker ohne Grenzen haben sich deshalb auf Grund ihrer Erfahrungen in Notfalleinsätzen in der ganzen Welt zur Verfügung gestellt und bereits in vier Städten (Hamburg, Berlin, Darmstadt und Rostock) an dem Aufbau eines sinnvollen Arzneimittellagers für diese Notlager mitgeholfen.

Es lässt sich nicht vorhersagen, wie sich die Versorgung der Flüchtlinge mit Arzneimitteln weiter entwickeln wird. In jedem Fall wird dieses Thema für uns und für unsere Standespolitik wichtig bleiben.

Wir müssen helfen.

Christl
Trischler

Berlin: VdPP trifft *Apotheker ohne Grenzen*

Nach wie vor ist die Versorgung von Flüchtlingen, bevor sie registriert sind, nicht staatlich gesichert, sondern allein in der Hand von privaten Helferinnen und Helfern.

Apotheker ohne Grenzen ist in vielen Notunterkünften (NUK) der Stadt aktiv.

Arzneimittel werden von Arztpraxen mitgebracht oder irgendwie privat zusammengetragen, beliefernde Apotheken spenden ebenfalls oder werden aus privaten Spenden bezahlt. Auch der Berliner Apothekerverein hat gespendet!

Nach der Registrierung, was Wochen dauern kann, müssen die Betroffenen einen "Krankenschein" beantragen. Eine Gesundheitskarte erhalten sie in Berlin nicht.

Alle dringenden Probleme wurden besprochen.

Ein schnelles Ende der gesamten Problematik ist nicht in Sicht.

Menschen in Not, die vor Kriegen geflüchtet und völlig entwurzelt hier ankommen, brauchen unserer Hilfe.

Wir waren uns darin einig, dass

1. der Senat/Staat endlich die (medizinische) Versorgung der noch nicht registrierten Flüchtlinge übernehmen muss,
2. andere nicht im System verankerte oder unterversorgte Mitmenschen dabei nicht vergessen werden dürfen,
3. der VdPP *Apotheker ohne Grenzen* auf politischer Ebene, in der Verwaltung und in der Öffentlichkeitsarbeit unterstützen möchte.

VdPP-Mitglieder können sich in Berlin an Dorothee Giese wenden und sonst überall an *Apotheker ohne Grenzen*, wenn sie sich in Notunterkünften engagieren oder diese Arbeit auf andere Weise unterstützen möchten.

Sie sind aber auch aufgefordert, von sich aus den Kontakt zu Notunterkünften, die für sie gut erreichbar sind, zu suchen.

Dafür steht die logistische und fachliche Unterstützung von *Apotheker ohne Grenzen* zur Verfügung.

Ulrike Faber

Die Berliner Regionalgruppe des VdPP hat inzwischen ein Schreiben an die Apothekerkammer Berlin geschickt.

Sie fragt, was die Apothekerkammer Berlin alles unternommen hat, um ihrer Verantwortung gerecht zu werden, die medizinisch-pharmazeutische Versorgung der Flüchtlinge in Berlin sicher zu stellen.

Wir werden berichten.

Hamburg: Gesundheitskarte für Flüchtlinge

Flüchtlinge haben auf Grundlage des Asylbewerberleistungsgesetzes grundsätzlich Zugang zur allgemeinen medizinischen Versorgung im ambulanten und stationären Bereich, sowie zu Arzneimitteln.

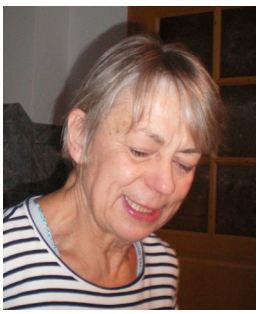
In den Zentralen Erst-Aufnahmen (ZEA) in Hamburg werden Grundleistungsberechtigte bei der Registrierung gleichzeitig der AOK Bremen/Bremerhaven gemeldet und erhalten innerhalb von 14 Tagen eine elektronische Gesundheitskarte (eGK). Liegt die eGK noch nicht vor, kann die ZEA im Notfall eine vorläufige Bescheinigung ausstellen mit einer Geltungsdauer von 24 Stunden.

Sichergestellt ist eine Akutversorgung im Krankenhaus, in der Arzt- oder Zahnarztpraxis und in der Apotheke.

Durch den Besitz der eGK haben Flüchtlinge eine gewisse Autonomie, können selbst entscheiden, wann sie zu welchem Arzt gehen. Sie müssen nicht als Bittsteller gegenüber Mitarbeiter_innen der Unterkunft auftreten. Die Versorgung von Akutfälle in der Nacht oder am Wochenende scheitern nicht an organisatorischen Hürden.

Flüchtlinge, die in einer Notunterkunft leben und noch nicht registriert sind, haben keine geregelte Gesundheitsversorgung. Sie bekommen Hilfe durch Ehrenamtliche und zum Teil kommen Ärzt_innen des Gesundheitsamtes.

Dorothea Hofferberth



Evidenzbasierte Beratung
Unser DAT-Antrag – und was die ABDA daraus macht …

Ein Jahr, nachdem unser Antrag zur evidenzbasierten Selbstmedikation auf dem DAT 2014 angenommen wurde, macht sich Ernüchterung breit. Dass nicht alle unsere Wünsche bezüglich der Umsetzung erfüllt und es vor allem zu zeitlichen Verzögerungen kommen würde, damit hatten wir gerechnet. Die Art und Weise wie die ABDA nun unseren Antrag umsetzen will, übertrifft all unsere Vorstellungen: Statt die Evidenz zu den OTC-Arzneimittel aufzuarbeiten und diese in die ABDA Datenbank zu integrieren, soll es jetzt einen **GOVI-Newsletter** geben, in dem Studien zu OTC-Arzneimitteln aufbereitet werden. Zudem sollen in eine **Kasuistik-Datenbank** Beispiele aus der Beratungspraxis von allen Nutzern eingestellt werden können. Wie damit die im Perspektivpapier geforderte „evidenzbasierte Beratung" oder das Medikationsmanagement gelingen soll? Es scheint, als hätte die ABDA mal wieder eine Chance verpasst …

Siehe auch den nachfolgenden Artikel „das alte Leidbild des Apothekers" von Florian Schulze und den offenen Brief Seite 7.

http://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/politik/news/2015/09/18/govi-newsletter-fuer-evidenzbasierte-otc-beratung/16745.html

Viktoria Mühlbauer

… das alte LeiDbild des Apothekers

Was klang das schön, als im Jahr 2013 nicht weniger als die Konzeption eines neuen Leitbilds des Apothekerberufs ausgerufen wurde. Schnell zeigte sich zwar, dass „der Apotheker" nicht in einer Krankenhausapotheke, einer Krankenkasse oder der Wissenschaft arbeitet und nicht angestellt, sondern Inhaber einer öffentlichen Apotheke ist. Doch auch bei Apothekeninhabern gibt es viel zu tun und so beobachteten wir den Diskussionsprozess mit Spannung. In dessen Verlauf wurde das große neue Berufsbild allerdings auf ein Perspektivpapier namens „Apotheke 2030" zusammengestaucht, dessen Beschluss zudem kaum Verbindlichkeiten nach sich zieht. Trotzdem, gut wenn sich die Apothekerschaft zu neuen Ufern aufmacht.

Perspektive

Wie sieht sie aus, die 15-jährige Wunschperspektive des Berufsstandes? Als zentrale Botschaft wird formuliert: „Apotheker wollen sich als die Experten für Arzneimittel auf ihr heilberufliches Profil konzentrieren – bei aller Anerkenntnis der ökonomischen Erfordernisse des Apothekenbetriebs. Der Patient und seine evidenzbasierte Beratung zum Arzneimittel sollen im Mittelpunkt der Arbeit in der Apotheke stehen." Mehrfach heißt es aber auch, man wolle die „Bedürfnisse" der Patientinnen und Patienten erfüllen.

Bedürfnisse oder Bedarf

Nun trägt die Debatte um den Unterschied zwischen Bedürfnis und Bedarf im Gesundheitssystem schon einen langen weißen Bart. Ist sie nicht in der Apothekerschaft angekommen oder hat man sich bewusst für das „Bedürfnis" entschieden? Die bewusste Verwendung hieße schließlich nichts weniger als eine Priorisierung für die kaufmännische und gegen die heilberufliche Seite des Offizin-Berufs. Jeder kann ihn anhand eines chronischen Nasenspray-Konsumenten schnell ausmachen. Während die „Bedürfnisse" der Patientinnen und Patienten fünfmal genannt werden, kommt der „Bedarf" nur einmal vor: bei der Rezepturherstellung.

Wir setzen also lieber auf „nicht angekommen" und schöpfen Hoffnung aus der grundsätzlich evidenzbasierten Beratung, die den Mittelpunkt der Offizin-Tätigkeit bilden soll. Eine feine Sache, denkt sich der VdPP, da machen wir mit.

Evidenzbasierte Beratung

Während Ärztinnen und Ärzten evidenzbasierte Behandlungshilfen etwa in Form von Leitlinien zur Verfügung stehen, sieht es bei der OTC-Beratung, einer der wichtigsten heilberuflichen Aufgaben der Offizinapotheke, sehr mau aus. Weder die Kammern oder die Bundesapothekerkammer, noch die Deutsche Pharmazeutische Gesellschaft (DPhG), noch die Arzneimittelkommission der Deutschen Apotheker (AMK) sehen sich zuständig. Es ist im Offizinalltag kaum möglich, eine systematische Literaturrecherche durchzuführen, gute und wertlose Studien zu trennen und ein „Homemade-Review" anzufertigen. Das wird weder von Ärztinnen und Ärzten, noch von Apothekerinnen und Apothekern in der Praxis erwartet. Allerdings wird vollkommen zu Recht von den Patientinnen und Patienten und vom Gesetz erwartet, dass sie in ihrer heilberuflichen Tätigkeit den aktuellen wissenschaftlichen Kenntnisstand zugrunde legen. Praxistaugliche Hilfe-

stellungen, die schnell und unbürokratisch abrufbar sind, sind daher kein Sahnehäubchen, sondern das Fundament der heilberuflichen Arbeit. Sie bedeuten keine Entmündigung, sondern sollen im Gegenteil befähigen, im Einzelfall eine fundierte Empfehlung zu geben.

Hier stand ich zumindest in der Apotheke selbst bei einfachsten Fragen vor Problemen. Wie ist die aktuelle vergleichende Studienlage zu gastrointestinalen UAW bei NSAR? Ist Zink geeignet zur Prophylaxe eines grippalen Infekts? Wann helfen Probiotika wirklich? Sind Kombinations-Analgetika nun mehr oder weniger sicher im Vergleich zu Monopräparaten?

De facto war ich darauf angewiesen, zufällig in einer unabhängigen Fachzeitschrift eine entsprechende Übersichtsarbeit zu finden. Dass Herstellerinformationen bestenfalls unvollständig, meist aber vollkommen irreführend und als Desinformation anzusehen sind, sollte inzwischen Allgemeingut sein (vgl. etwa Dr. Iris Hinneburg, Klinische Studien kritisch lesen, 2015, Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft; sowie VdPP-Seminar „Verzerrtes Wissen – Halbe Wahrheiten in der Arzneimittelwerbung“ Oktober 2015).

Wie wäre es, wenn sich über die ABDA-Datenbank solche Informationen abrufen ließen: unabhängig, übersichtlich, praxistauglich, von Apothekern für Apotheker? Das wäre ein echter Schritt nach vorn, etwas womit das Selbstbekenntnis zur evidenzbasierten Arzneimittelberatung mit Leben gefüllt werden könnte. Also entwarfen wir einen Antrag für den Apothekertag 2014 und fanden in der Berliner Delegierten Dr. Kerstin Kemmritz und der Allianz Aller Apotheker (AAA) schnell engagierte Unterstützer, die den Antrag – im positiven Sinne – zu ihrer Sache machten, einbrachten und verteidigten. Nach kontroverser Diskussion wurde der Antrag vom Apothekertag angenommen. Also nicht zur Prüfung in einen Ausschuss überwiesen oder zur Wiedervorlage auf den Sankt-Nimmerleins-Tag verschoben. Eine Mehrheit der Delegierten sprach sich dafür aus, „dass für die in der Selbstmedikation am häufigsten abgegebenen OTC-Arzneimittel die Evidenz zu Nutzen und Schaden aufgearbeitet wird und die Ergebnisse in geeigneter, praxistauglicher Form der Apothekerschaft zur Verfügung gestellt werden“ – ein unmissverständlicher Auftrag an die ABDA.

Erweiterte Freiwahl als Alternative zur evidenzbasierten Beratung?

Newsletter statt Datenbank

Über ein Jahr später ist klar: Auf absehbare Zeit wird es wohl keine wirkliche Hilfe geben. Statt einer Implementierung in die Datenbank soll nun geprüft werden, ob der GOVI-Verlag nicht einen Newsletter mit evidenzbasierten Informationen herausgeben könnte. Es wurde weder mit dem VdPP noch mit den Einbringenden beim Apothekertag über eine praxistaugliche Umsetzung gesprochen. Im Gegenteil: Alle Angebote zur gemeinsamen Umsetzung des DAT-Beschlusses blieben unbeantwortet. Die Forderung im Antragstext, die AMK zu beauftragen, wurde ebenso schnell verworfen wie die in der Begründung genannte wünschenswerte „Integration der Ergebnisse in die ABDA-Datenbank“. Stattdessen soll es ausgerechnet einen Newsletter geben, wo jeder heute mit Newslettern zugeschüttet wird. So würde man wie eh und je darauf angewiesen sein, sich seine eigene kleine Datenbank mit mehr oder weniger zuverlässigen Informationen einzurichten und im Ernstfall zu hoffen, dass sie dann spontan verfügbar und die Informationen noch halbwegs aktuell sind. Nein, das ist nicht wirklich ein Quantensprung, sondern ein Trippelschritt auf dem langen Weg, den die Ärzteschaft bereits seit mehr als zwanzig Jahren geht.

Aber es geht noch absurder: Es soll außerdem geprüft werden, ob eine Datenbank zu Beratungseinzelfällen eingerichtet werden soll, die von den Nutzern selbst bestückt werden kann (http://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/politik/news/2015/09/

18/govi-newsletter-fuer-evidenzbasierte-otc-beratung/16745.html).

Das würde „den interkollegialen Lern- und Austauschprozess fördern." Den interkollegialen Austausch zu fördern mag gut sein, aber ich möchte in diesem Zusammenhang nicht wissen, mit welchen Argumenten die Nachbarapotheke ihre Ware an den Mann bringt. Diese „Kasuistik-Datenbank" ist das Gegenteil von Wissenschaftlichkeit und der Vorschlag lässt nur zwei Rückschlüsse zu: Die evidenzbasierte Pharmazie und der Beschluss der Apothekerschaft wurde auf Entscheiderebene überhaupt nicht verstanden oder sie werden bewusst ins Gegenteil verkehrt. Ich weiß nicht, welche Option gruseliger ist.

Berufsverständnis

Das Berufsverständnis, das hinter einem solchen Umgang mit Wissenschaftlichkeit durchscheint, bleibt mir unverständlich. Ein Berufsstand, der zu jeder sich bietenden Gelegenheit die Augenhöhe mit der Ärzteschaft einfordert und sich gleichzeitig weigert, ein Minimum an klinischer Wissenschaftlichkeit in eine ihrer Kernaufgaben zu implementieren, sendet an Politik und Gesundheitssystem ausgesprochen inkohärente Botschaften. Mitglieder eines akademischen, naturwissenschaftlichen Berufs, die die Anwendung elementarer wissenschaftlicher Kriterien als Bedrohung der freien Berufsausübung empfinden, verhalten sich schlicht anachronistisch. Wir müssen uns nicht wundern, dass die Apothekerschaft im eHealth-Gesetzentwurf beim Medikationsplan praktisch nicht vorkommt, wenn sie ihre ureigensten Aufgaben mit einer derartigen Nachlässigkeit angeht. Selbst wenn die gute Versorgung der Patientinnen und Patienten von der Standesvertretung nicht als Selbstzweck angesehen würde, so sollte doch jeder berufspolitisch denkende Mensch verstehen, dass sie im Eigeninteresse unabdingbar ist. Und „gut" kann heute nur heißen: auf Grundlage gesicherter Erkenntnisse für einen maximalen Nutzen für die Patientinnen und Patienten. Sicher kursieren noch immer unbegründete Vorbehalte gegen eine evidenzbasierte Beratung.

Experten für Arzneimittel

So geht es gerade nicht darum, die Fachkraft in der Offizin auf die stupide Anwendung von Regeln zu deklassieren. Im Gegenteil: Einzuschätzen, inwieweit die Evidenzlage auf den konkreten und individuellen Fall anwendbar ist und welche Therapie unter Berücksichtigung der objektiven und subjektiven Besonderheiten der Patientin/des Patienten am geeignetsten erscheint, ist eine anspruchsvolle Aufgabe. Zudem dürfen wir nicht vergessen, dass es sich um eine Selbstmedikation und nicht um eine vom Apotheker verordnete Therapie handelt. Daher geht es auch nicht darum, jemandem seine Globuli oder auch sein Wick Medinait auszureden. Aber wenn die Einschätzung der „Experten für Arzneimittel", wie es im Perspektivpapier heißt, gefragt ist, muss die Antwort Hand und Fuß haben oder sie ist überflüssig. Die Antwort muss auch widersprechen, wenn der Patient einem Irrtum aufgesessen ist, sie muss schädlichem Arzneimittelgebrauch entgegenwirken, selbst wenn das im konkreten Fall unbequem ist und sie muss die gesundheitlichen Bedarfe der Patienten den eigenen kurzfristigen finanziellen Interessen überordnen, wie wir das vom Arzt auch erwarten.

Wer ein Bedürfnis hat, geht zur Kosmetik; wer einen Bedarf hat, geht zum Arzt. Die Apothekerschaft sollte sich entscheiden, wo sie sich eher zugehörig fühlt. Nach dem Beschluss des Perspektivpapiers bin ich nicht wirklich schlauer. Ich hoffe, dass ich es bin, wenn das letzte Wort zur Umsetzung des DAT -Antrags gesprochen ist.

Florian
Schulze

Florian Schulze, Viktoria Mühlbauer

IMPRESSUM

Herausgeber: Verein demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten e. V.,
Neptun-Apotheke, Bramfelder Chaussee 291, D-22177 Hamburg, Tel. 040 63917720, Fax 040 63917724,
E-Mail: geschaeftsstelle@vdpp.de, URL: http://www.vdpp.de,
Bankverbindung: Postbank Berlin, BLZ 100 100 10, Konto 200 47 - 105

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

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

Fehler: Theresa Rueter wurde im Rundbrief 93 nicht als Interviewerin von Günther Höllinger, Gesundheitsladen Bielefeld genannt. Wir bitten um Entschuldigung.
Die Redaktion

Offener Brief an

Herrn Friedemann Schmidt, Präsident der ABDA

sowie den geschäftsführenden Vorstand der ABDA

zur Kenntnis:

Herrn Prof. Dr. Martin Schulz, Arzneimittelkommission der Deutschen Apotheker

Pharmazeutische Zeitung, Deutsche Apothekerzeitung,

Fachbereich Pharmazie des Deutschen Netzwerks für Evidenzbasierte Medizin,

Prof. Dr. Gerd Glaeske, Universität Bremen

Berlin - Hamburg, den 15.12.2015

Antrag Evidenzbasierte OTC-Beratung DAT 2014

DAZ online 2015

Sehr geehrter Herr Präsident Schmidt,
sehr geehrte Damen und Herren des geschäftsführenden Vorstands der ABDA,

der DAZ online vom 18.9.2015 entnehmen wir: „Statt einer Datenbank mit evidenzbasierten Ergebnissen zu Nutzen und Schaden der am häufigsten abgegebenen OTC-Arzneimittel könnte es künftig einen Newsletter geben, der Übersichts- und Originalarbeiten zum Thema für die Apothekenpraxis aufbereitet. Der geschäftsführende Vorstand der ABDA hat entschieden, den Govi-Verlag zu bitten, eine entsprechende Aufwand-Nutzen-Analyse zu erarbeiten"… „Darüber hinaus soll geprüft werden, ob zusätzlich eine Datenbank mit Kasuistiken und einem Datenbankindex geschaffen wird, in die Fälle aus der Beratungspraxis von den Nutzern eingegeben und von allen Abonnenten recherchiert werden können."

Dieses Vorgehen ist aus unserer Sicht schwer nachvollziehbar.

Im Perspektivpapier „Apotheke 2030" steht: „Die öffentlichen Apotheken versorgen ihre Patienten individuell und grundsätzlich evidenzbasiert." (Punkt 11, „Näher am Patienten"). Diese richtige Aussage auch als Aufgabe verstehend, hat der Verein demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten (VdPP) in Kooperation einen Antrag zur Aufarbeitung der Evidenz gängiger OTC-Präparate formuliert, den die Berliner Delegierte Dr. Kerstin Kemmritz auf dem Deutschen Apothekertag 2014 eingebracht und begründet hat. Er wurde mit großer Mehrheit angenommen. Der Vorschlag war, die Evidenzlage beispielsweise durch eine unabhängige, apothekereigene und fachlich kompetente Organisation wie die AMK aufarbeiten

zu lassen und die Ergebnisse der Apothekerschaft so zur Verfügung zu stellen, dass diese sie auch alltagstauglich nutzen kann, idealerweise durch eine Einbettung in die ABDA-Datenbank.

Von diesem Grundgedanken ist nun nichts mehr zu erkennen. Durch einen Newsletter, der aktiv abonniert werden muss, kann nicht geregelt werden, dass die aktuell benötigten Informationen für alle Kolleginnen und Kollegen im entscheidenden Moment verfügbar sind. Zudem sprechen grundsätzliche Bedenken gegen eine Beauftragung des Govi-Verlags: Als Herausgeber der Pharmazeutischen Zeitung, die sich über Werbung der pharmazeutischen Industrie zu OTC -Produkten mitfinanziert, hat er erhebliche Interessenkonflikte, welche die erforderliche Unabhängigkeit des Projektes gefährden könnten.

Während den Ärztinnen und Ärzten evidenzbasierte Behandlungshilfen etwa in Form von Leitlinien zur Verfügung stehen, hat die Apothekerschaft hinsichtlich der Selbstmedikation wenig Vergleichbares in der Hand. Im praktischen Apothekenalltag ist es für die einzelnen Apotheker nur schwer möglich, auf allen Gebieten der Selbstmedikation die jeweilig erforderlichen Kenntnisse über die aktuelle wissenschaftliche Datenlage zu Nutzen und Schaden der OTC-Präparate zu erlangen und zu nutzen. Allerdings wird von den Patientinnen und Patienten vollkommen zu Recht erwartet (und vom Gesetz so formuliert!), dass wir in unserer heilberuflichen Tätigkeit den aktuellen wissenschaftlichen Kenntnisstand zugrunde legen. Soll dazu eine Sammlung von Fallbeispielen beitragen?

Ein richtiges Armutszeugnis für die Apothekerschaft ist daher die Überlegung, ersatzweise eine Kasuistik-Datenbank zu erstellen. Sie wäre geradezu das genaue Gegenteil von evidenzbasierter Arbeit! Um die Evidenzlage zu einer bestimmten Fragestellung aufzuarbeiten, sind methodische Kenntnisse und systematisches Arbeiten notwendig. Beides ist weder im Apothekenalltag nebenher zu leisten noch im Pharmaziestudium bisher ausreichend fundiert vermittelt worden und auch nicht durch Fortbildungen schnell zu erarbeiten! (wenngleich hier natürlich der Erfahrungsaustausch wichtig ist). Daher muss bezweifelt werden, dass in einer von den Nutzern mit Beiträgen bestückten Datenbank das zwingend erforderliche wissenschaftliche Qualitätsniveau erreicht werden kann, das im Sinne des Antrags benötigt wird. Natürlich können Informationen und Informationsaustausch wie in einem Newsletter oder einer Fallbeispielsammlung ergänzend hilfreich sein, aber sie können nicht die offizielle Informationsbasis eines ganzen Berufsstandes sein!

Es ist klar, dass es sich bei der Aufarbeitung und Aktualisierung der für OTC-Präparate bestehenden Evidenz um ein Langzeitprojekt handeln würde, das nicht ohne die Bereitstellung finanzieller Mittel zu realisieren ist. Dieses Projekt trotzdem in Angriff zu nehmen und jetzt einen Anfang zu machen, würde jedoch ein deutliches Signal senden, wie ernst die Apothekerschaft die evidenzbasierte Pharmazie und die heilberufliche Verantwortung auch in der Selbstmedikation nimmt. Die momentan angedachte Umsetzung lässt jedoch nur den Schluss zu, dass in der ABDA der politische Wille zu einer konsequenten Evidenzbasierung fehlt und deren Bedeutung für das pharmazeutische Kerngebiet „Selbstmedikation" verkennt. Immer wieder in der Öffentlichkeit erhobene Angriffe gegen die Qualität der Beratung sollten vom Berufsstand sehr ernst genommen werden. Wer das Expertentum auf diesem Gebiet aus der Hand gibt, braucht sich nicht zu wundern, wenn Apotheker im Gesundheitswesen zunehmend an Bedeutung verlieren. Und dies ginge nicht zu Letzt sehr zulasten der Patientinnen und Patienten!

Auf dem Deutschen Apothekertag 2014 haben Sie, sehr geehrter Herr Schmidt, betont: „Wir sind Naturwissenschaftler und keine Künstler, und wollen es auch bleiben".

Wir nehmen Sie beim Wort und bitten Sie um Klärung im geschäftsführenden Vorstand, wie die ABDA gedenkt, den Inhalt des Antrags umzusetzen oder ob dieser tatsächlich nur in das eingangs von DAZ-online zitierte Vorgehen münden soll. Dazu gehört auch, im Kontakt mit den Antragsstellern die Vorgehensweise zu diskutieren und zu kommunizieren, zumal wenn der Antrag in einer deutlich anderen, vom Inhalt und Hintergrund des Antragstextes abweichenden Form umgesetzt werden soll.

Wir fordern Sie daher dringend auf, im Sinne der Glaubwürdigkeit der Apotheker als Arzneimittelfachleute mit dem Antrag nicht irgendetwas zu tun, sondern die Zielsetzung des Antrags zu verfolgen im Sinne der Übernahme von Verantwortung für eine evidenzbasierte Beratung in den deutschen Apotheken.

In diesem Sinne stehen Ihnen nicht nur die Unterzeichner, sondern auch eine Vielzahl weiterer Kolleginnen und Kollegen mit weitreichenden Erfahrungen auf dem Gebiet der evidenzbasierten Pharmazie jederzeit auch für ein gemeinsames Gespräch oder eine weitere Projektplanung zur Verfügung. Ergreifen Sie diese Chance!

Mit kollegialen Grüßen und den besten Wünschen für ein gutes neues Jahr

Dr. Kerstin Kemmritz
(Antragsstellerin, Berlin)

Viktoria Mühlbauer
(Vorstand des VdPP, Hamburg)

VdPP-Herbstseminar 2015 – Arzneimittelwerbung kritisch beurteilen

Zum VdPP-Herbstseminar 2015 hatte der VdPP zu einer Vortragsveranstaltung mit Diskussion und – das war neu – mit praktischen Übungen eingeladen. Sie fand am 15. Oktober 2015 in Berlin statt. In das Ökumenische Zentrum waren 25 Kolleg_innen gekommen, neugierig darauf, Genaues zu Praktiken der Pharma-Industrie zu erfahren, wie Werbung für OTC-Arzneimittel produziert und wie die wissenschaftliche Basis für die Eigenschaften solcher Arzneimittel dafür manipuliert wird.

Dr. Iris Hinneburg hielt den Einführungsvortrag zum Thema „Verzerrtes Wissen – halbe Wahrheiten". Sie ist Pharmazeutin und Medizinjournalistin und seit langem im „Deutschen Netzwerk Evidenzbasierte Medizin" engagiert. Vielen von uns sind seit langem einzelne Beispiele unlauterer Arzneimittelwerbung oder solche, bei der man denkt „Na, ob das so stimmt?", bekannt. Seit einer Reihe von Jahren gibt es aber auch systematische Untersuchungen über Qualität, Inhalte und Aufmachung von Arzneimittelwerbung. Sie identifizieren immer wieder gleiche Sachverhalte: es liegen keine Belege für die Werbebehauptung, sei es zur Wirksamkeit oder zur Verträglichkeit, vor; wissenschaftliche Daten sind nicht veröffentlicht; Leitlinien werden falsch wiedergegeben und daraus die Notwendigkeit von Behandlungen abgeleitet und Indikationen werden unbelegt ausgeweitet.

Benötigen wir Werbeanzeigen für Arzneimittel?

Iris Hinneburg erläuterte anschaulich einige Studientypen, die Darstellung von Studienergebnissen und – außerordentlich wichtig – ihre korrekte Interpretation. Es gibt mehrere sehr unterschiedliche Studientypen, die jeweils für bestimmte Fragestellungen gut geeignet sind, für andere aber nicht. Die Bedeutung von gut entwickelten Studienprotokollen mit deren verschiedenen Elementen, angefangen von Verum- und Kontrollgruppen bis zu einer gut durchgeführten zufälligen

Dr. Iris Hinneburg

Zuteilung (Randomisierung) der Probanden in Studien, wurde belichtet. Vor allem die so genannten Anwendungs-beobachtungen eignen sich methodisch weder für Wirksamkeits- oder Nutzenbelege noch für eine zutreffende Beschreibung von Arzneimittelrisiken. Sie machte deutlich, wie z. B. an sich wahre Studienergebnisse so dargestellt werden können, dass sie für den ungeübten Leser und vor allem für den Laien überaus und zu positiv erscheinen (z. B. der Vergleich der Darstellung von absolutem und relativem Risiko). Auch graphische Darstellungen von Studienergebnissen und bildliche Darstellungen wurden kritische unter die Lupe genommen.

Nach diesen Ausführungen wurden alle Seminarteilnehmer in vier Gruppen aufgefordert, anhand von praktischen Beispielen die „kariösen" Stellen in Werbeanzeigen und wissenschaftlichen Kurzdarstellungen („abstracts") zu identifizieren. Daraus ergab sich eine lebhafte Diskussion mit Fragen an Iris Hinneburg und Kommentaren von den Zuhörern. Sie ergänzte ihren Vortrag mit detaillierteren Erläuterungen zur Messung der Größe von Therapieeffekten, zur Frage wie sicher man sein kann, dass die Ergebnisse tatsächlich zutreffen sowie zu statistischen Signifikanzen. Es wurde deutlich, dass die Anforderungen vor allem an Beobachtungsstudien für OTC-Arzneimittel erhöht und die Kontrolle ihrer Durchführungen verbessert werden müssen. Allerdings wurde die Frage, ob wir überhaupt Arzneimittelwerbung brauchen, sei es für OTC- oder für verschreibungspflichtige Arzneimittel, nicht behandelt.

Das diesjährige Herbstseminar war außerordentlich interessant und anregend, und wir hoffen, dass die gewonnenen Erkenntnisse in die Beratungspraxis der Apotheken einfließen.

Mehr zum Thema und zur Arbeit von Iris Hinneburg kann man erfahren unter
http://medizinjournalistin.blogspot.de.

Ulrich Hagemann

Stellenangebot

Der gemeinnützige Verein demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten (VdPP) setzt sich für eine patientenorientierte Arzneimittelversorgung ein.

Der VdPP sucht zum nächstmöglichen Zeitpunkt

Eine_n Referent_in für die Vorstandsarbeit auf Honorarbasis

Das Budget für das Honorar der/des Referent_in ist bis zum Juni 2017 genehmigt. Eine Verlängerung kann durch eine Entscheidung der Mitgliederversammlung des VdPP erfolgen. Es wird ein Stundenhonorar gezahlt. Die durchschnittliche Arbeitszeit beträgt etwa 20-25 Stunden pro Monat und variiert abhängig von den anstehenden Aufgaben.

Voraussetzungen:

- Interesse an gesundheitspolitischen Fragestellungen
- Übereinstimmung mit den Vereinszielen des VdPP
- Gute Computerkenntnisse (Office Programme)
- Ausbildung / Studium in den Bereichen Pharmazie, Medizin, Public Health o. ä. erwünscht
- Fähigkeit zu selbstständigem Arbeiten

Aufgaben:

- Unterstützung der Vorstandsarbeit (Vorbereitung von und Teilnahme an Vorstandssitzungen, Umsetzung von Vorstandsbeschlüssen)
- Verantwortung für den Internetauftritt des VdPP (Homepage, Social Media)
- Unterstützung bei der Organisation von Seminaren und Mitgliederversammlungen (Erstellung der Einladung, Themenentwicklung, Kontakt mit Gast-Referent_innen, Organisation vor Ort)
- Zusammenarbeit mit anderen gesundheitspolitischen NGOs
- Kommunikation mit Mitgliedern und der Geschäftsstelle
- Teilnahme an Hamburger oder Berliner Regionalgruppe

Das bietet der VdPP:

- Hohe Flexibilität hinsichtlich Arbeitszeit und -ort
- Auseinandersetzung mit vielfältigen gesundheits- und arzneimittelpolitischen Themen
- Zusammenarbeit mit engagierten Pharmazeut_innen aus unterschiedlichen Tätigkeitsbereichen.

Aussagekräftige Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen sollten bis spätestens 20. Dezember 2015 an die Geschäftsstelle gesendet werden – elektronisch an info@vdpp.de oder per Post an:

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

In Hamburg sagt man Tschüß …

Anne Paschke geht … weiter

Nach über fünf Jahren gebe ich meine Stelle als Vorstandsreferentin des VdPP ab. Ich habe sehr viel gelernt über eine mir nun vertraute Welt der Handverkaufstresen, Standespolitik und Rabattverträge. Vor allem aber über und von engagierten Menschen mit starken Überzeugungen und Werten. Für diese werde ich auch weiterhin mit Euch eintreten — damit die Standesorganisationen endlich transparenter operieren, der Patient in den Mittelpunkt der Arzneimittelversorgung rückt und das ewige Dilemma der Apotheker zwischen Ethik und Monetik aufgelöst wird.

Anne Paschke

Liebe Anne,
wir sagen Danke für die fünf Jahre, die du für den Verein gearbeitet hast.
Danke für

⇒ die Organisation von Seminaren und Mitgliederversammlungen,
⇒ die inhaltliche Vorbereitung der VdPP Veranstaltungen,
⇒ die unzähligen Protokolle, die du geschrieben hast,
⇒ die vielen Kontakte, die du im Namen des VdPPs gepflegt hast,
⇒ deine Initiative für ein neues Logo und einen neu gestalteten Rundbrief,
⇒ deine Energie, die uns motiviert hat, weiterzuarbeiten,
⇒ neue Ideen,
⇒ deine Zuverlässigkeit,
⇒ deine Geduld

und …

So eine Aufzählung kann nie vollständig sein. Wenn wir etwas Wichtiges vergessen haben, sagen wir es dir noch, denn der Kontakt wird nicht abreißen. Das hast du gesagt und das hoffen wir.
Ansonsten müssten wir jetzt dicke Tränen weinen.
Wir wünschen dir aber alles Gute für deinen weiteren Lebensweg und viele Arbeitsstellen, wo du deine positiven Ideen zur Gesundheitspolitik einbringen kannst.

Der Vorstand des VdPP

Florian Schulze, Thomas Hammer und Gudrun Hahn haben die Fotos für diesen Rundbrief zur Verfügung gestellt.

Der VdPP gratuliert zum 10. Geburtstag!

Gute Pillen —
Schlechte Pillen

Ganz herzlich soll unser Glückwunsch sein, denn wir finden GPSP toll und unter allen Informationsangeboten für Verbraucherinnen und Verbraucher ganz unverzichtbar.

Im Oktober 2005 wurde diese schöne Zeitschrift aus der Taufe gehoben; inzwischen sind 60 Ausgaben erschienen. GPSP besticht durch sehr gründlich recherchierte, interessante Artikel, d.h. sie ist vertrauenswürdig und gut verständlich. Laufend werden aktuelle Themen beleuchtet, ob es um Impfen geht oder um Ernährung oder Naturheilmittel, um neue Arzneimittel oder auch das Verstehen von Krankheiten. Eine feste Rubrik heißt: *Werbung –Aufgepasst*! Da werden Behauptungen entlarvt, und unsere Wahrnehmung wird trainiert. Das Ganze ist nicht trocken, gar bedrohlich, was Krankheiten angeht, sondern anregend, begleitet durch witzige Cartoons und präsentiert in sehr ansprechendem Design.

Die Idee für GPSP war ursprünglich auf der inneren Station eines Krankenhauses entstanden durch ganz praktische Fragen: Wie können wir den Patienten ihre Situation erklären und ihnen deutlich machen, worauf sie nach ihrer Entlassung unbedingt achten sollten? Und wie können wir solche verständlichen Informationen vielen Menschen vermitteln? Zuerst wurden Zettel geschrieben.

Drei unabhängige Zeitschriften wagten gemeinsam den Start von GPSP und kooperieren bis heute: *arzneitelegramm*®, *Der Arzneimittelbrief* und *Pharma-Brief*; 2008 kam *Arzneiverordnungen in der Praxis* dazu.

Apothekerinnen und Apotheker können sich freuen, dass es solch ein unabhängiges Informationsangebot gibt, frei von Einflüssen der Pharmaindustrie und ohne Reklame. Erleichtert und ergänzt es doch hervorragend die Beratungstätigkeit in den Apotheken. Denn je besser die Patientinnen und Patienten in Fragen der Gesundheit „vor"gebildet sind, umso leichter und nachhaltiger sind sie mit neuen oder individuellen Beratungen in den Apotheken erreichbar.

Es gibt gar nicht genug Beratungsangebote für Verbraucherinnen und Verbraucher, und gerade wird ein wichtiges Angebot abgewickelt: die telefonische Arzneimittelberatung der UPD an der TU Dresden. Mit der Auflösung der Unabhängigen Patientenberatung Deutschland (UPD, wir haben berichtet) wird Ende des Jahres auch diese Einrichtung wegfallen, falls nicht noch ein Wunder geschieht.

Wie arbeiten wir mit Gute Pillen — Schlechte Pillen?

- Das persönliche Abo
- Das Firmen-Abo
- Das Geschenk-Abo
  (gut geeignet als Bonus für treue Apothekenkunden oder privat mal zum Geburtstag)
- Ein umfangreiches online-Archiv über alle Artikel und die Datenbank „Gepanschtes" über Nahrungsergänzungsmittel
- Sonderkonditionen für Apotheken
  (eine sinnvolle Alternative zu den üblichen bunten, mit Reklame voll gestopften Apotheken-Gazetten!)

Alles zur Umsetzung empfohlen und zu finden unter:
http://gutepillen-schlechtepillen.de

Der VdPP auf der Anti-TTIP-Demo in Berlin

"TTIP und Ceta stoppen – Für einen gerechten Welthandel" lautete das Motto der Demonstration, die am 10. Oktober 2015 in Berlin stattfand und zu der über 100 Organisationen aufgerufen hatten, zu denen auch der VdPP gehörte.

Eine gute Stunde vor dem Beginn der Veranstaltung (gegen 11 Uhr) fanden sich mehrere Vereinsmitglieder zusammen mit einigen Sympathisanten auf dem Vorplatz des Berliner Hauptbahnhofs ein, wo die Demonstration beginnen sollte. Schon zu diesem frühen Zeitpunkt waren zigtausend Menschen versammelt, die bei wunderbarem Wetter den Platz in ein buntes Fahnenmeer verwandelt hatten. Von einer Bühne aus wurde die Menschenmenge von riesigen Lautsprechern beschallt, durch die man die Grußworte und Meinungsäußerungen einer Unzahl von Rednern und Rednerinnen verfolgen konnte. So waren z. B. Reiner Hoffmann (DGB), Gesine Schwan (SPD), Anton Hofreiter (Grüne), Bernd Riexinger (Linke) und Thilo Bode (Foodwatch) zu hören.

Wir packten nun auch unsere beiden Transparente aus: „TTIP gefährdet die Gesundheit" und „Demokratische PharmazeutInnen gegen TTIP". Überraschenderweise wurden wir gleich häufig fotografiert, was vielleicht daran lag, dass viele von der Existenz „Demokratischer PharmazeutInnen" noch nichts wussten oder unser Transparent eines der wenigen guten handgemachten war. Selbst ein Reporter des RBB bat uns um ein Interview, um zu erfahren, wer wir seien und was unsere Kritik an TTIP sei.

Kurz nach 12 Uhr war der Platz so voll, dass man nur noch mit Mühe das Bahnhofsgebäude betreten konnte. Die Menge wurde deshalb aufgefordert, den Platz auf verschiedenen Routen zu verlassen. Mittlerweile war auch Florian mit seinen Sandwich-Plakaten angekommen. Die Aussage „Pharma-Konzerne für TTIP, scheiß auf die Gesundheit", zu verstehen, überforderte wohl den einen oder anderen. Die Ironie musste einigen erst erklärt werden.

Recht unkoordiniert machten sich mehrere Demonstrationszüge auf den Weg. Wir schlossen uns dem an, der am Kanzleramt vorbei ging, weiter zur Straße des 17. Juni und zum Großen Stern mit der Siegessäule, wo die Demonstration enden sollte. Da wir den kürzesten Weg zurückzulegen hatten, gehörten wir zu den Ersten, die dort ankamen. Wir mussten also geduldig warten, bis die restlichen 200.000 nachgerückt sein würden. Auf einer riesigen Bühne vor der Siegessäule spielten unterdessen verschiedene Bands auf, deren Auftritte auf eine große Leinwand projiziert wurden, damit keinem etwas entging. Auch auf dem Weg zum Großen Stern hatte es an verschiedenen Stellen Leinwände gegeben, die das Geschehen auf der Bühne zeigten. Alles also top professionell! Leider war der Beginn der Abschlusskundgebung erst für einen so späten Zeitpunkt angesetzt worden, dass wir irgendwann nicht mehr länger stehen wollten und stattdessen lieber einen warmen Kaffee trinken gingen.

Wir waren alle der Meinung, dass es eine beeindruckende, friedliche und fantasievolle Demonstration gewesen ist. Es wäre schön, wenn diese unglaublich große Menschenmenge und die Stichhaltigkeit der geäußerten Argumente gegen ein Abkommen die Verhandelnden zum Umdenken bringen würde.

Thomas Hammer

2016

Liebe Rundbriefleser und –leserinnen,

So viel Schnee wird kaum jemand in den nächsten Tagen haben. Trotzdem verbinden wir dieses Bild weiterhin mit Weihnachten und dem Jahresanfang. Während ich das schreibe, wird es in Paris auf der Klimakonferenz eine lange Nacht des Ringens um gemeinsame, verwirklichbare Ziele geben. Wie immer es ausgeht, das Redaktionsteam wünscht allen erholsame Feiertage und ein Neues Jahr mit guten Aussichten.

Gudrun Hahn

Gen-ethisches Netzwerk e.V.
Brunnenstr. 4 • 10119 Berlin
Bittere Medizin - Freihandel und Gesundheit
• diskutiert Folgen von TTIP und CETA für Gesundheitspolitik und Krankenversorgung
• formuliert detaillierte Kritik am aktuellen Freihandelsmodell
• wirft einen Blick auf den gesundheitspolitischen Widerstand in Europa und Nordamerika
• versammelt Beiträge aus der Bundesrepublik, Kanada, Australien, der EU und den USA
Aus dem Inhalt:
+++ Pia Eberhard (CEO): **TTIP und Pharma-Lobbying** +++
+++ Ann Marini (GKV-Spitzenverband): **CETA, TTIP und Krankenversicherungssystem** +++
+++ Michael Butler (Council of Canadians): **CETA und die kanadische Arzneimittelpolitik**
+++ Martin Beckmann (ver.di): **TTIP und die Liberalisierung von Dienstleistungen**
+++ Melinda St. Louis (Public Citizen): **Protest gegen TTIP und TPP in den USA** +++
+++ Jörg Schaaber (BUKO Pharmakampagne): **TTIP und Arzneimittel** +++
Kostenfreie 40-seitige Broschüre bestellen!
_ als **pdf** unter www.gen-ethisches-netzwerk.de/bittere-medizin
_ als **Druckexemplar** per eMail: gen@gen-ethisches-netzwerk.de
oder Tel.: 030/685 7073
Hrsg.: Gen-ethisches Netzwerk e.V.,Oktober 2015

EbM KONGRESS 2016 • 03.-05. MÄRZ • UNIVERSITÄT ZU KÖLN
Gemeinsam informiert entscheiden
17. Jahrestagung Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin e.V.
EbM Netzwerk

Armut und Gesundheit 2016

Der Public Health-Kongress in Deutschland

Donnerstag und Freitag, 17. und 18. März 2016
an der Technischen Universität Berlin

Gesundheit ist gesetzt!?

Das kommende Kongressjahr steht stark unter dem Einfluss des am 1. Januar 2016 in Kraft tretenden Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention in Deutschland (PrävG). Mit ihm verbinden viele die Hoffnung, wesentliche Handlungsfelder und Strategien von Gesundheitsförderung und Prävention in Deutschland durch eine umfassendere Gesundheitspolitik anstoßen und begleiten zu können.

Das Engagement vor Ort ist enorm. Die Vielschichtigkeit an Expertise ist ausgeprägt. Jedoch besteht weiterhin ein immenser Handlungsdruck, denn nach wie vor gilt: Wer arm ist, stirbt früher und das betrifft immer mehr Menschen in Deutschland! Wie stark die Unterschiede in unserer Gesellschaft, bezogen auf die Möglichkeit ein Leben in guter Gesundheit verbringen zu dürfen, verteilt sind, unterstreichen aktuelle Zahlen immer wieder eindringlich.

Der Kongress Armut und Gesundheit bündelt und präsentiert eine Vielzahl gelingender Strukturen und Aktivitäten.

Motto 2016: Gesundheit ist gesetzt!

Im kommenden Kongressjahr möchten wir einerseits Aspekte, Impulse und gute Praxisbeispiele vorstellen, die zeigen, an welchen Stellen Gesundheitsförderung und Prävention bereits ressortübergreifend und interdisziplinär umgesetzt werden (Gesundheit ist gesetzt!) und welche positiven, nachhaltigen Wirkungen dies nach sich zieht. Zugleich möchten wir die Frage aufwerfen, an welchen Stellen hier noch Handlungsbedarf besteht (Ist Gesundheit gesetzt?).

Nicht zuletzt nimmt das Kongressmotto explizit Bezug auf das Präventionsgesetz, welches einen neuen gesetzlichen Rahmen für die Ausgestaltung von Prävention und Gesundheitsförderung bietet. Nicht nur das Präventionsgesetz wird wesentliche neue Impulse und Neuerung nach sich ziehen, auch weitere gesetzliche (Neu-) Regelungen, wie z. B. das Bundesteilhabegesetz oder die Landesgesetze für psychisch Kranke (PsychKG), haben einen starken Einfluss auf die Ausgestaltung der Aktivitäten vor Ort. Diese (Neu-) Regelungen zu begleiten und zu diskutieren steht daher ebenso im Fokus.

Darüber hinaus ist der Blick auch auf supranationale Regelungen zu richten, die auch in Deutschland Gesetzesrang haben. Unter anderem sind hier die UN-Kinderrechtskonvention und die UN-Behindertenrechtskonvention zu nennen. Wo stehen wir in der Überführung in Gesetze und Verordnungen, und wie weit sind wir in der Umsetzung in die Praxis?

Konkrete erste Fragen, die der Kongress Armut und Gesundheit 2016 aufgreift, lauten:

- Wie kann der Ansatz des *Health in all Policies* Realität werden?
- Wie kann Gesundheit gesamtgesellschaftlich gedacht und gestaltet werden?
- Welche guten Ansätze und Praxisbeispiele ressortübergreifender Zusammenarbeit gibt es?
- Wie lassen sich Qualitätsentwicklung und -sicherung innerhalb der Praxis so gestalten, dass Gesundheitsförderung und Prävention nachhaltig wirksam sind?
- Wie können wir auf globale Gesundheitsprobleme angemessen reagieren? Wie finden sie Eingang in die Diskussionen um Public Health im deutschsprachigen Raum?

Kontaktdaten

Fragen rund um den Kongress Armut und Gesundheit beantwortet Ihnen das Kongressteam.
kongress@gesundheitbb.de
Tel.: 030 44 31 90 73
Fax: 030 44 31 90 63

Der VdPP beteiligt sich an der Veranstaltung zum Thema Antibiotika.

Pressemitteilung 13.11.2015

Gesetzentwurf zur Korruption im Gesundheitswesen geht in erste Lesung in den Bundestag
Vorteilsnahme soll nicht bestraft werden

Heute (13.11.15) wird der Gesetzentwurf im Bundestag in erster Lesung beraten, um Bestechung und Bestechlichkeit in dem neuen § 299 a für alle Heilberufe im Strafgesetzbuch zu verankern. MEZIS begrüßt die Stoßrichtung des Gesetzesvorschlags als Fortschritt gegenüber der gegenwärtigen Rechtslage, jedoch sind noch einige Änderungen notwendig.

Was und wer bestraft werden soll

Bestechung oder Bestechlichkeit im Gesundheitswesen soll mit einer Freiheitsstrafe von bis zu drei Jahren oder mit einer Geldstrafe bedroht werden. Bestraft werden sollen nicht nur die Bestochenen, sondern auch diejenigen, die bestechen. Und zwar für das Anbieten, Versprechen wie auch für das Gewährleisten der Bestechung.

„Das Gesetz ist überfällig, auch wenn wir mehr erwartet haben. Der Gesetzesvorschlag hat noch viele Haken und Ösen", so Dr. Niklas Schurig, Vorstandsmitglied von MEZIS, der Initiative unbestechlicher Ärztinnen und Ärzte.

Vorteilsnahme soll nicht bestraft werden

Die größte Schwachstelle des neuen Gesetzes ist die Beschränkung auf *Bestechung und Bestechlichkeit*, während die ebenfalls korrumpierend wirkende und häufiger vorkommende *Vorteilsnahme und Vorteilsgewährung* außen vor bleibt. Bei der Bestechung gibt es direkt Geld oder eine andere Vergünstigung gegen eine vereinbarte Gegenleistung, beispielsweise für jede Überweisung in ein spezielles Krankenhaus, so genannte Zuweisung gegen Entgelt.

Die Vorteilsnahme und -gewährung, die im Öffentlichen Dienst – also auch für KrankenhausärztInnen – strafbar ist, enthält dagegen keine juristische „Unrechtsvereinbarung". Bei der Vorteilsnahme und -gewährung geht es um eine allgemeine „Landschaftspflege" ohne direkte Gegenleistung, die sich für den Spender in der Zukunft günstig auswirken soll. Dies wird dazu führen, dass manche korruptiven Verhaltensweisen im Gesundheits-wesen quasi als „legalisierte Korruption" straffrei bleiben. Solche sind zum Beispiel pharmagesponserte Kongresse, die Übernahme der Fahrtkosten und Teilnahmegebühren für TagungsteilnehmerInnen, Essenseinladungen an Praxen oder unwissenschaftliche von Pharmaunternehmen in Auftrag gegebene Anwendungsbeobachtungen, die nur Marketingzwecken dienen.

Nicht alle sind klageberechtigt

Nur Ärztekammern, Berufsverbände und Krankenkassen sind klageberechtigt, nicht aber einzelne Personen. Daher droht das Gesetz zahnlos zu bleiben.

Kein Unternehmensstrafrecht

Belangt werden können nur die PharmavertreterInnen, nicht aber die Unternehmen selbst, da es in Deutschland kein Unternehmensstrafrecht gibt. Für Unternehmen ist Bestechung daher nur eine Ordnungswidrigkeit.

Dr. Christiane Fischer, Ärztliche Geschäftsführerin von MEZIS, zieht folgenden Schluss: „Das Gesetz ist ein Schritt in die richtige Richtung, doch es bleibt viel zu tun, damit Korruption im Gesundheitswesen wirklich zurückgedrängt wird."

Ansprechpersonen:

- Dr. Christiane Fischer,
  Ärztliche Geschäftsführerin MEZIS,
  fischer@mezis.de,
  Tel.: 01575-5575135
- Dr. Niklas Schurig,
  MEZIS-Vorstand,
  schurig@mezis.de, 01520 -4753503

Weitere Informationen:
www.mezis.de

MEZIS e. V. Mein Essen zahl' ich selbst — Initiative unbestechlicher Ärztinnen und Ärzte

Sabine Hensold
- Assistentin der Geschäftsführung -

Goethestr. 28
D 86391 Stadtbergen
Phone 0049 821 – 24 337 12
Mobil 0163 - 14 69 69 6
Fax 0049 821 - 24 337 11
hensold@mezis.de
www.mezis.de

Pharmazie und Ethik

Vom Umgang mit Menschen in der Apotheke

Was erwartet uns in diesem Buch?

Erika Fink, Apothekenleiterin und ehemalige Kammerpräsidentin aus Hessen hat mit Unterstützung einer Kommunikationswissenschaftlerin ein Buch veröffentlicht, in dem es um Ethik und Pharmazie im Apothekenalltag geht. Dieses Thema begleitet den VdPP seit seiner Gründung 1989 und weckte daher bei mir sofort lebhaftes Interesse.

Die Autorinnen möchten, wie sie in ihrem Vorwort sagen, mit Überlegungen zu ethischen Aspekten der Pharmazie und mit Gedanken rund um die apothekerliche Beratung junge ApothekerInnen auf ihrem Weg begleiten. Sie würden nämlich die Diskrepanz zwischen dem erworbenem und dem im beruflichen Alltag tatsächlich benötigtem Wissen als irritierend und oft genug als frustrierend erleben. „Auf diesen Fall vom wissenschaftlichen Elfenbeinturm in die Niederungen der freien Marktwirtschaft mit ihren ökonomischen Notwendigkeiten“ seien sie kaum vorbereitet worden. Erika Fink bringt in einem Schlusswort ihre Hoffnung zum Ausdruck, die Leserinnen und Leser ein wenig zum Nachdenken gebracht zu haben, und den einen oder anderen sogar zum Handeln.

Das Buch ist in drei Teile gegliedert:

I. Überlegungen zur Ethik in der Pharmazie
II. Aspekte der Beratungen
III. Ethische Kommunikation konkret – Beratungssituationen in der Apotheke

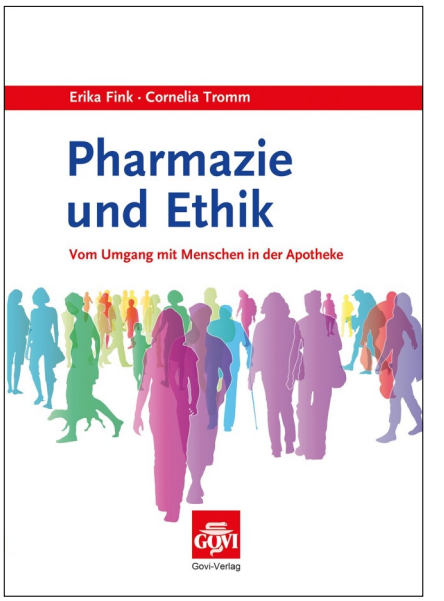
Erika Fink definiert den Ethikbegriff als „eine methodisch geführte Auseinandersetzung mit moralischen Fragen“. In den Mittelpunkt rückt sie einige Prinzipien der praktischen Ethik, die für ApothekerInnen in der Offizin eine Rolle spielen. Das sind für sie mit Blick auf die Patienten / die Kunden die Prinzipien der Autonomie, der Fürsorge, des Nicht-Schadens und der Gerechtigkeit. Zu jeder einzelnen Kategorie werden erläuternde Texte beigesteuert.

Teil I wird abgeschlossen mit einem Kapitel zu Ethik und Ökonomie. Hier geht es um Probleme der Verteilungsgerechtigkeit, der Priorisierung, der Rationierung und abschließend um Ethik und Monetik in der Apotheke.

Ethik und Ökonomie

Dieser Abschnitt interessierte mich besonders. Für den VdPP stellt das Spannungsfeld zwischen Ethik und Monetik mit seinen praktischen Auswirkungen auf unseren Apothekenalltag eine besondere Herausforderung dar. Die hier liegenden Konflikte zu analysieren – auch mit Blick auf den Umgang mit Menschen in der Apotheke, wie es Erika Fink sich vorgenommen hat, ist berufspolitisch verdienstvoll und geschieht im Rahmen standespolitischer Aktivitäten viel zu selten.

Aber leider wurden meine Erwartungen enttäuscht. Der Grund dafür liegt in einer stark eingeschränkten Sicht Finks zu diesem Thema. Sie beschränkt und verengt die Gesamtthematik von Ethik und Ökonomie ausschließlich auf die Beziehungsarbeit zwischen den Experten und Fachleuten einerseits und den Patienten/Kunden in der Apotheke andererseits. Dabei bekommen Fragestellungen nach *gut oder böse*, *richtig oder falsch*, *kann ich verantworten, was ich tue*, also eine Auseinandersetzung mit moralischen Fragen einen hohen Stellenwert. Dann werden einige Prinzipien der praktischen Ethik benannt, die nach Auffassung Finks für Offizinapotheker eine große Rolle spielen. Ihre Kenntnis soll helfen, Entscheidungen



zu treffen, sie leichter nachvollziehbar und besser vertretbar machen. Besonders benannt werden die Prinzipien der Autonomie, der Fürsorge, der Gerechtigkeit und des Nicht-Schadens. Fink anerkennt, dass unser Gesundheitssystem sehr marktwirtschaftlich orientiert ist. Da aber die meisten von uns – so Fink weiter – über ein christlich oder philosophisch fundiertes Weltbild verfügen, das von Begriffen wie Achtung, Verantwortung, Pflicht, Tugend, Barmherzigkeit etc. geprägt sei, stellen die ökonomischen Prinzipien für derart gefeite BerufskollegInnen keine Bedrohung dar. Diese Schlussfolgerung wird allerdings nicht so klar ausgesprochen, sondern nur nahe gelegt in Form der Frage, ob wir dieses Menschenbild den ökonomischen Prinzipien unterordnen müssen.

Nach der Beantwortung dieser Frage suchte ich im Abschnitt „Ethik und Ökonomie“ – allerdings vergeblich. Die Ausführungen machten mich nur noch ratlos. Jetzt werden Probleme der Verteilungsgerechtigkeit, der Priorisierung und der Rationierung angesprochen, denen alle Patienten bei uns ausgesetzt seien aufgrund bestehender oder drohender Ressourcen-

knappheit. Diese habe ihre Ursachen u. a. in begrenzten Finanzmitteln der gesetzlichen Krankenkassen. Wolle man hier nicht aufstocken durch höhere Beiträge oder Steuern, müsse man Beschränkungen und Begrenzungen beim Leistungsumfang hinnehmen. Das geschehe etwa durch Rabattverträge, Kosten-Nutzen-Vergleiche, Budgetierung und Pauschalen oder durch das vom GBA beauftragte IQWiG. *„Es nimmt die Bestimmung von Prioritäten als staatliche Aufgabe wahr" (s. S. 33).* Hier ist einiges ziemlich verzerrt!

Ich habe eine ganze Zeit gebraucht, bis ich verstanden habe, dass die Autorin Rabattverträge, Negativlisten, vom GBA erarbeitete Verordnungsrichtlinien ausschließlich als Ausdruck von Ressourcenknappheit sieht. *„Wir stehen nicht nur in Deutschland vor dem Problem, dass längst nicht alles, was medizinisch machbar ist, auch von den Krankenversicherungen bezahlt werden kann. Wenn man sich dem Problem des medizinisch Machbaren und der knappen Ressourcen von der ökonomischen Seite her nähert, wird im Mittelpunkt die Kosten-Nutzen-Kalkulation stehen. Wenn der Nutzen oberstes Prinzip ist, führt das zwangsläufig dazu, dass man solchen Patienten die meiste Hilfe zukommen lässt, die bei erfolgreicher Behandlung noch viele Jahre in guter* Gesundheit *verbringen können. Die Schwerstkranken und sehr alten Patienten wären dann die Benachteiligten."*(s. S. 31). *„Sieht man die Mittelknappheit im Gesundheitswesen als ethisches Problem, wäre zunächst zu entscheiden, nach welchen ethischen Prinzipien eine Reihenfolge eingeführt wird. Ganz oben könnten zum Beispiel Menschenwürde, Gerechtigkeit und Solidarität stehe"* (s. S. 32).

Mit einem kurzen Exkurs zu „Ethik und Monetik in der Apotheke", der auf Seite 34 abgehandelt wird, möchte ich schließen.

Zunächst eine Textprobe: *„Wir Apotheker nehmen in der Gruppe der Leistungserbringer eine Sonderstellung ein, weil wir Produkte verkaufen und aus dem Gewinn unsere Dienstleistungen quersubventionieren. Das können wir uns aber immer weniger leisten, weil der Gewinn aus dem Arzneimittelverkauf immer weiter sinkt. – Die geforderten Leistungen betreffen zum größten Teil die Beratung zum Arzneimittel. Es geht um die korrekte Anwendung, die Risiken für den jeweiligen Anwender, die Nebenwirkungen und Kontraindikationen und münden letztlich im Medikationsmanagement"* (s. S. 34). Schlussfolgerung Finks *„weil wir diese Leistung erbringen können, und sie in dieser Form neu und zum Vorteil des Patienten ist, soll sie auch honoriert werden."* (s. S. 35)

Das Geheimnis der Lösung des Konfliktes zwischen Ethik und Monetik liegt also nach Fink in einer angemessenen Vergütung!

Mein Fazit nach der Lektüre

Finks Ethikbegriff der „Auseinandersetzung mit moralischen Fragen" führt auf Abwege. Ihre unpolitische moralisierende Betrachtung eines gesellschaftspolitischen Grundkonfliktes, der ausschließlich auf eine Beziehungsproblematik zwischen Kunden und Experten zurückgefahren wird, schafft keinerlei Ansatzpunkt für eine inhaltliche Auseinandersetzung oder gar Lösungsansätze für die aufgeworfenen Fragen. Die Anwendung ethischer Prinzipien wie Empathie, Dialogbereitschaft und Respektierung von Patientenautonomie können den Konflikt nicht aus der Welt schaffen. Das totale Ausblenden gesellschafts- und wirtschaftspolitischer Einflussfaktoren auf den Apothekenalltag, die schon mit dem Erscheinungsbild der Apotheke beginnen und in der Arzneimittelgesetzgebung, der Werbepraxis, der Lobbyarbeit der pharmazeutischen Hersteller ihre Fortsetzung finden, schließlich als Konflikt zwischen Gewinn machen und patientengerechter Dienstleistung in jeder Apotheke täglich erlebt werden, verhindert eine hilfreiche Antwort. Mit gut gemeinten Ratschlägen für die Beratungspraxis in der Apotheke allein ist es nicht getan.

Wie kann man ein Buch über Ethik schreiben, in dem das Lernen sozialer Kompetenz eingefordert wird, aber die naheliegende Forderung nach der Einführung des Studienfachs Sozialpharmazie unterlassen? Wie kann man eine gute Beratungspraxis anmahnen, ohne auch nur ein Wort über die Notwendigkeit der evidenzbasierten Arbeit auch in der Pharmazie zu verlieren? Wie kommt es, dass bei der erfahrenen Apothekerin und Berufsfunktionärin kein Wort zur Bedeutung der Selbstmedikation für die Beratungspraxis in der Apotheke fällt? Warum sind die Pharmaindustrie, die Heilmittelwerbung oder das Erscheinungsbild der Apotheken kein Thema? Und warum richten sich kritische Fragen nicht an die eigenen Berufsorganisationen - allen voran die ABDA, die immer wieder aus ökonomischen Gründen ethisch relevante Ansätze der Berufs- und Standespolitik missachtet. Jüngstes Beispiel war hier das praktische Scheitern des auf dem Apothekertag 2014 angenommenen Antrags zur Einführung von evidenzbasierten Entscheidungshilfen für OTC-Mittel.

Hier müssen wir im VdPP auch in Zukunft noch viel Aufklärungs- und Überzeugungsarbeit leisten!

Ingeborg Simon

Pharmazie und Ethik: Vom Umgang mit Menschen in der Apotheke

von Erika Fink, Cornelia Tromm
Govi-Verlag 2015

Die Pille und ich

Vom Symbol der sexuellen Befreiung zur Lifestyle-Droge

Das ist ein lesenswertes Buch ... **sagt Ulrike Faber, Berlin**

Seit 1959 gab es in der Bundesrepublik keine Kondomautomaten mehr, denn der Bundesgerichtshof verbot ihre Aufstellung mit der Begründung, sie provozierten die Ausübung von Geschlechtsverkehr.

Diese Episode kennzeichnet das piefige sexualfeindliche Klima in der damaligen Bundesrepublik. Mit solchen und vielen anderen spannenden Details führt uns die Autorin durch ihr Thema. Dass sie dabei die jeweilige Entwicklung in der Bundesrepublik und in der DDR in eigenen Kapiteln darstellt, ist ein Verdienst, denn so etwas ist immer noch nicht selbstverständlich.

Am 1. Juni 1961 wurde in der Bundesrepublik *Anovlar* still und unauffällig auf den Markt gebracht. Statt Empfängnisverhütung propagierte Schering zunächst die Minderung von Menstruationsbeschwerden gegenüber ausgewählten Ärzten. Verschrieben wurde *Anovlar* vor allem verheirateten Frauen, die bereits mehrere Kindern hatten.

1965 brachte VEB Jenapharm mit *Ovosiston* die erste Pille in der DDR heraus.

Katrin Wegner ermöglicht eine gute Orientierung im Stoff, indem sie den sich entwickelnden Umgang mit der Pille anhand von drei „Pillengenerationen" beschreibt.

Die erste Pillengeneration der 1935 bis 1955 geborenen Frauen musste sich im Westen bis in die 70er Jahre die Pille erkämpfen gegen massive Vorbehalte über den *befürchteten Verfall der Sitten* und das *sorglose Ausleben der Sexualität.* Die Pille wurde dadurch ein Symbol der sexuellen Befreiung.

In der DDR wurden moralische Vorbehalte gegen die Pille bald überwunden. Dort wurde ein Geburtenrückgang befürchtet, der in eine *bevölkerungsbiologische Niederlage* münden könnte. In die kontroversen Debatten gingen auch die Vorstellungen von der Unabhängigkeit und Selbständigkeit der Frauen im Sozialismus mit ein. Und schließlich präsentierte 1967 *Neues Deutschland* die Pille als Beitrag zur Befreiung der Frau von der Angst vor Schwangerschaft.

In den 70er Jahren hatte sich der Gebrauch der Antibabypille (West) und der Wunschkindpille (Ost) normalisiert. Aber gegen Ende der 70er Jahre werden Frauen auch pillenmüde, wollen sich nicht länger *mit Hormonen voll stopfen*; die Pille gilt manchen als *Machwerk des Patriarchats*, Risiken werden diskutiert.

Die 2. Pillengeneration der 1965 bis 1980 geborenen Frauen wird schon in die zunehmende sexuelle Liberalisierung hineingeboren und nimmt die Pille als Selbstverständlichkeit.

Für die 3. Pillengeneration (nach 1980 Geborene) ist nun die Pille gar nicht in erster Linie ein Verhütungsmittel, geschweige denn ein Arzneimittel, sondern ein Lifestyle-Produkt, welches schönere Haut macht, die Brüste vergrößert und Abnehmen erleichtert. Der Gebrauch der Pille ist völlig selbstverständlich geworden.

Die Autorin hat mit vielen Frauen als Zeitzeuginnen interessante Interviews geführt, sie reflektiert die Bedeutung der Entwicklung für das sich verändernde Selbstverständnis der Frauen und stellt Themen rund um die Pille dar: Legalisierung des Schwangerschaftsabbruchs, Hormone in den Wechseljahren, Viagra usw.

Es ist interessant zu beobachten, wie sich Rolle und Bedeutung eines Arzneimittels mit der gesellschaftspolitischen Entwicklung in Ost und West und über die Jahrzehnte völlig verändern.

Allerdings waren die Veränderungen kein Selbstlauf, wie man beim Lesen manchmal vermuten könnte. Die Hersteller der Pillen haben ja nicht einfach am Rande gestanden. Sie haben immer mehr neue Präparate eingeführt und ihre Vermarktungsstrategien zielgenau entwickelt. Gegenüber Teenagern wurde die Pille mit bunten Herzchen und rosa Täschchen verniedlicht und so das heutige Lifestyle-Bild geradezu produziert. Damit geht eine weitgehende Vernachlässigung der Nebenwirkungen einher. Das Thromboserisiko ist zwar nicht groß. Es führt aber aufgrund der großen Zahl der nahezu 7 Mio. Nutzerinnen doch zu etlichen thrombotischen Ereignissen, z. T. mit tödlichen Folgen. Viele der Todesfälle wären durch Nichtzulassung oder Nichtverordnung der Gestagene mit vergleichsweise höherem Risikopotenzial und durch konsequente individuelle Risikoberatung in den gynäkologischen Praxen vermeidbar. Die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft hat darüber im Jahr 2014 ausführlich informiert und bietet Informationsmaterial an. Das alles kann man zwar im Buch finden, aber hier fehlt dem Buch der Biss: Die jeweiligen Verantwortlichkeiten werden leider nicht deutlich genug herausgearbeitet, geschweige denn wird von den Akteuren deutlich gefordert, ihrer Verantwortung für die Risikominimierung gerecht zu werden. Das ist schade.

Trotzdem ist die Lektüre dieses Buches sehr zu empfehlen.

ISBN 978-3-40-668278-0
203 S.
C. H. Beck
14,95 Euro

Pharmazie
in sozialer
Verantwortung

VdPP

TERMIN VORMERKEN
17. und 18. März 2016
Berlin

TERMIN VORMERKEN
17. bis 19. Juni 2016

Die Mitgliederversammlung 2016 findet in Frankfurt am Main statt.

KONTAKT

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

Tel. 040 63917720 - Fax 040 63917724

E-Mail: geschaeftsstelle@vdpp.de

Mehr Informationen, Artikel und aktuelle Termine finden Sie unter:

www.vdpp.de

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

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

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

VORSTAND

Daniel Fleer
Fusion93@web.de

Thomas Hammer
hr.hammer@web.de

Viktoria Mühlbauer
vmuehlbauer@posteo.de

Bernd Rehberg
bernd@bernd-rehberg.de

Florian Schulze
Florian.schulze@web.de

NÄCHSTER RUNDBRIEF

Der nächste VdPP-Rundbrief erscheint im April 2016

Redaktionsschluss ist am 15. März 2016