Rundbrief des
Vereins demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten

10 / 2019
31. Jahrgang
105

Pharmazie in sozialer Verantwortung

VdPP

Notwendige Arzneimittel für alle – solidarisch finanziert!

Zum Herbstseminar des VdPP am 31.10.2019 in Berlin

4,2 Milliarden Euro jährlich (2018) zahlen erkrankte Menschen zusätzlich zu ihren GKV-Beiträgen, um die für sie notwendige Versorgung zu erhalten; mehr als die Hälfte davon sind Zuzahlungen für verordnete Arzneimittel. Hinzu kommen 4,6 Milliarden Euro für nichtverschreibungspflichtige aber apothekenpflichtige Arzneimittel. Für Erkrankte, die über genügend Finanzmittel verfügen, mag das erträglich sein, nicht jedoch für die ca. 15 Mio. Menschen in der Bundesrepublik, die als armutsgefährdet gelten. Hinzu kommen bis zu 500.000 Menschen, die ohne Papiere in Deutschland und damit ohne jegliche Absicherung leben müssen.
All diese Menschen aus prekären Lebensverhältnissen tragen aber eine weitaus größere Krankheitslast als die nicht betroffene, gut situierte Bevölkerung. Die Lebenserwartung der sozial Benachteiligten ist bis zu zehn Jahre geringer als die der obersten Bevölkerungsschicht.

Aber auch Beschäftigte mit mittleren oder sogar höheren Einkommen kann es treffen, wenn sie durch Krankheit, Trennung vom Lebenspartner oder andere widrige Umstände in die Überschuldung geraten. Für diese Gruppe gilt weiterhin das erzielte Bruttogehalt für die Berechnung der Härtefallgrenze für die Zuzahlungen, auch wenn ihnen im Entschuldungsverfahren nur geringe finanzielle Mittel frei zur Verfügung stehen.
Zwischenbilanz: Es gibt eine große Zahl von Erkrankten, für die Zuzahlungen eine kaum überwindbare Hürde sind; für die Arzneimittel Luxusgüter werden, die nur unzureichend oder eben auch gar nicht genutzt werden können.

Auf der anderen Seite wächst die Hilfsbereitschaft von Menschen, die ihre Augen nicht mehr verschließen und tatkräftig helfen wollen – auch in der Apothekerschaft, insbesondere beim Berufsnachwuchs. Sie engagieren sich in Organisationen wie *Apotheker ohne Grenzen* oder bei sog. Medikamententafeln – oder

Inhalt dieser Ausgabe

Notwendige Arzneimittel für alle – solidarisch finanziert 1
VdPP-Herbstseminar 2
Der medikamentöse Schwangerschaftsabbruch 3
PM des vdää zum §219a 6
Valsartan: Ein persönlicher Rückblick eines GMP-Inspektors 7
30 Jahre Pharmazie in sozialer und interprofessioneller Verantwortung 10
Fachkräftemangel im Gesundheitswesen: Bericht einer türkischen Ärztin 12
30 Jahre – eine Nachlese von Hans-Ulrich Deppe 16
Interprofessionelle Interviewpartner gesucht 19
Republik der Rezeptsammelstellen? 20
Termine 21
Interview zum PTA-Reformgesetz 22
Wir ziehen um 24

auch einzeln im täglichen Apothekenbetrieb.
Doch ist das die Lösung für unser Gesundheitswesen in einem der reichsten Länder der Welt?

- Ein Gesundheitswesen, das im Prinzip dem Solidaritätsgedanken verpflichtet ist, aber seit inzwischen vielen Jahren durch Privatisierung immer mehr Geld an Finanzinvestoren und Besserverdienende (Privatversicherte) verliert?
- Ein Gesundheitswesen, in dem das neoliberale Wirtschaftsdiktat Gesundheit zur Ware erklärt und Arzneimittel zur Kommerzware verkommen, z. B. als beworbene Ramschware einerseits oder als Spekulationsobjekt, belegt mit „Lieferengpässen", andererseits?

Was die meisten der im Gesundheitswesen Beschäftigten tagtäglich für die Gesundheit der einzelnen Menschen und damit für die Bevölkerung insgesamt leisten, ist von unschätzbarem Wert. Angesichts des zunehmenden Elends immer größerer Bevölkerungsgruppen – eine Realität, die durch weitere Migrationsprozesse, insbesondere aber durch den demographischen Wandel und der damit drohenden Altersarmut verursacht wird – muss viel deutlicher als bisher die Wiederbesinnung auf den Solidaritätsgedanken eingefordert werden. Hilfen für in Not geratene Menschen sind heute unverzichtbar, aber reicht das aus, kann das die Lösung sein?
Der VdPP wird sich beim diesjährigen Herbstseminar mit diesem Thema beschäftigen. Er will versuchen, dazu beizutragen, dass innerhalb der Apothekerschaft mehr als bisher das Solidaritätsprinzip politischer Leitgedanke für eine Politik einer besseren Arzneimittelversorgung wird.

Vorstand des VdPP

VdPP-Herbstseminar 2019:

Pharmazie in sozialer Verantwortung
Notwendige Arzneimittel für alle – solidarisch finanziert!

WANN? **Donnerstag, 31. Oktober 2019,** 19.30 - 21.30 Uhr
WO? Ökumenisches Zentrum, Wilmersdorfer Straße 163, 10585 Berlin

ReferentInnen:
Dr. Thomas Lampert: Robert-Koch-Institut, Berlin
Dorothee Giese, Apotheker ohne Grenzen, Berlin
Dr. Kerstin Kemmritz: Präsidentin der Apothekerkammer Berlin

Wir bitten um Anmeldung an info@vdpp.de
Die Teilnahme ist kostenlos.

Der medikamentöse Schwangerschaftsabbruch

Restriktion contra Selbstbestimmungsrecht

von Dr. Ildikó Szász

Die Auseinandersetzungen um den §219a StGB (Verbot der Werbung für Schwangerschaftsabbrüche), welche in den vergangenen zwei Jahren in aufsehenerregenden Strafprozessen gipfelten, möchte ich zum Anlass nehmen, um unsere Verantwortung für das Recht auf sexuelle Selbstbestimmung der Frau anzumahnen. Jahrelang hatten zwei Männer bundesweit hunderte von Frauenarztpraxen angezeigt, die auf ihren Webseiten ihre Patientinnen über die Möglichkeit eines Schwangerschaftsabbruches in ihrer Praxis informierten. Die betroffenen Ärztinnen und Ärzte strichen die Passagen auf Aufforderung

der Staatsanwaltschaften daraufhin, um einer Anzeige zu entgehen. Nicht so fünf mutige Frauen, Kristina Hänel aus Gießen, Natascha Niklaus und Nora Szász aus Kassel, Bettina Gaber und Verena Weyer aus Berlin. Sie mussten ihre Auffassung vor Gericht verteidigen. Ihrer Meinung nach handelte es sich um sachdienliche Informationen, nach Auffassung der Staatsanwaltschaften und Abtreibungsgegner um Werbung. Kristina Hänel wurde im November 2017 vom Amtsgericht und im Oktober 2018 vom Landgericht Gießen im Berufungsverfahren verurteilt. Sie ging erneut in Berufung, das Oberlandesgericht wies das Verfahren jedoch 2019 aufgrund der veränderten Gesetzeslage an das Landgericht Gießen zurück. Das Verfahren gegen Natascha Niklaus und Nora Szász wurde zunächst vertagt und 2019 eingestellt. Die drei Ärztinnen (Hänel, Niklaus und Szász) erhielten für ihre aufrechte Haltung im März 2019 den Anne Klein Frauenpreis der Heinrich Böll Stiftung. Nach der ersten Verurteilung von Kristina Hänel 2017 begann eine breite bundesweite Protestbewegung, welche die ersatzlose Streichung des §219a StGB forderte. Dieser Haltung schlossen sich SPD, Grüne und Die Linke an. Ein Erfolg schien in Sicht, bis die SPD in letzter Minute dem Druck der CDU nachgab, zurückzog und mit ihrem Koalitionspartner am 5.3.2019 eine Gesetzesänderung durchsetzte, die den betroffenen Ärztinnen und Ärzten bis heute keine Rechtssicherheit gewährt: Im Juni 2019 wurden, als erste nach deren Inkrafttreten, die Berliner Gynäkologinnen Bettina Gaber und Verena Weyer verurteilt.

Unsichere Versorgungslage für ungewollt Schwangerer

Was deutlich zu Tage tritt, ist, dass ungewollt schwangere Frauen in vielen Teilen Deutschlands sehr schlecht, bzw. gar nicht versorgt sind. In manchen Regionen finden sich mittlerweile keine Ärzte oder Ärztinnen mehr, welche Abbrüche durchführen. Schwangere, welche nach den Vorgaben der Beratungsregelung bis zur 14. Woche post menstruationem straffrei abtreiben, treffen in den entsprechenden Praxen und Krankenhäusern auf sehr unterschiedliche Bedingungen. Überwiegend wird die Absaugmethode, in Vollnarkose oder Lokalanästhesie, durchgeführt. Mancherorts jedoch wird noch die risikobehaftete Kürettage (Ausschabung) gemacht. Je nach Umfrage würden sich 50-70 % aller Frauen für den medikamentösen Abbruch entscheiden, wenn er ihnen angeboten würde. Dennoch wird dieser in Deutschland ledig-

lich in 22,6 % aller Fälle (Stand 2018) angewandt, in Bremen nur bei 3 % aller Abbrüche, in Berlin bei über 30 %. In Schweden werden 80% aller Abbrüche medikamentös durchgeführt, in der Schweiz sind es 75%. Die Methode kann bis zur 9. Woche (63.Tag) durchgeführt werden. Es gibt keinen vernünftigen Grund, warum wir im Vergleich zu europäischen Nachbarstaaten eine deutlich niedrige Rate haben.

Medikamentöse Methode des Schwangerschaftsabbruchs

Hierbei wird Mifepriston in Kombination mit Misoprostol angewandt. Dies ist in über 95% (99% bei einem Abbruch von bis zu 49 Tagen) aller Anwendungen erfolgreich. Die vaginale Blutung beginnt nach 1-3 Stunden und kann einige Stunden andauern. Das Verfahren kann nicht angewandt werden bei: Extrauteringravidität, Nierenversagen, schwerem Asthma, Porphyrie, Unterernährung, Blutgerinnungsstörungen und Behandlung mit Blutgerinnungshemmern .

Mifepriston (Mifegyne®): Seit 1999 in Deutschland zugelassen (Frankreich 1988). Es gibt Mifegyne® in den Dosierungen 200 mg und 600 mg, ausschließlich in oraler Applikationsform. Die Einnahme erfolgt unter ärztlicher Aufsicht. Bezug und Abgabe jeder Einzeldosis müssen in der Praxis dokumentiert werden. Mifepriston blockiert reversibel die Progesteron-Rezeptoren und hebt damit die wachstumsfördernden und kontraktionshemmenden Effekte von Progesteron auf Schleimhaut und Muskulatur der Gebärmutter auf. Dies führt zur Ablösung der Gebärmutterschleimhaut. Der Uterus spricht darüber hinaus stärker auf Prostaglandine an. Der Gebärmutterhals wird weicher und erweitert sich. Dosierung: bis zum 49. Tag der Amenorrhö 600 mg Mifepriston als Einzeldosis und 36-48 Stunden später 400 µg Misoprostol oral. Zwischen dem 50. und 63.Tag der Amenorrhö: 600 mg Mifepriston als Einzeldosis und 36-48 Stunden später sollte laut der Zulassung für Mifegyne® Gemeprost 1 mg vaginal appliziert werden. Dies wird zurzeit jedoch nicht vertrieben. Als Nebenwirkungen können unter anderem auftreten: Uteruskontraktionen, Krämpfe, Übelkeit, Erbrechen (spezifisch), Schmerzen, stärkere Blutungen, Infektionen, Sepsis (Schwangerschaftsabbruch allgemein).

Misoprostol: Erhältlich als Cytotec® mit 200 µg und als MisoOne® mit 400 mg Wirkstoff. Die Einnahme soll innerhalb von 36-48 Stunden nach der Gabe von Mifepriston, in der Praxis oder zu Hause, erfolgen. Diese erfolgt oral (optimal: 15-20 Minuten buccal und dann schlucken). Die eigentlich zur oralen Applikation konzipierten Tabletten können -off-label-use- auch vaginal, sublingual oder rektal verabreicht werden. Das Prostaglandin-1-Analogon Misoprostol bewirkt eine Kontraktion der Gebärmuttermuskulatur und trägt zur Weitung und Lockerung des Gebärmutterhalses bei. Die Firma Pfizer hat Cytotec® 2006 vom deutschen Markt genommen. Es kann aber weiterhin als Reimport bezogen werden, wird dann allerdings off-label-use angewandt. MisoOne® hat eine Zulassung zum medikamentösen Abbruch, ist aber nur bis zum 49. Tag zugelassen. Die Anwendung darüber hinaus ist somit ebenfalls ein off-label-use. Die in der Zulassung von Mifegyne® nach dem 49. Tag vorgesehene vaginale Applikation von Gemeprost ist nicht umzusetzen, da der Vertrieb des entsprechenden Präparates, Cergem®, von MSD eingestellt wurde.
Die wichtigsten Nebenwirkungen Misoprostols sind Schmerzen, Übelkeit, Erbrechen, Diarrhö, selten: schwere kardiovaskuläre Zwischenfälle. Prostaglandine wirken teratogen.

Begleitmedikation: Schmerzmittel (Ibuprofen, Diclofenac oder Paracetamol), Buscopan®, Antiemetika (Vomex®)
Findet der Abbruch zu Hause statt, muss ein Notfalltelefon eingerichtet sein. Die Kooperation mit Notfalleinrichtungen in direkter Nähe muss gesichert sein. Die Nachuntersuchung erfolgt nach 10 Tagen (Ultraschall oder ß-hCG Kontrolle).

Vorteile des medikamentösen Schwangerschaftsabbruchs

Der Abbruch ist äußerst risikoarm, es ist keine Operation und auch keine Narkose notwendig. Die Frau bestimmt, im Rahmen, selber den optimalen Zeitpunkt des Abbruches. Der Abbruch selbst kann schon zum frühesten Zeitpunkt erfolgen (Absaugmethode ab der 7. Woche). Es handelt sich um die kostengünstigste Methode mit der maximalen Autonomie der Betroffenen. Ein geringes Gefährdungspotential geht von der Anwendung des Prostaglandins aus, dies relativiert sich jedoch, da auch bei der Absaugung und der Kürettage der Muttermund ggf. mit Prostaglandinen geweitet wird.
Hinsichtlich der zahlreichen Vorteile für die Patientinnen sollte der VdPP die Verbreitung des medikamentösen Schwangerschaftsabbruchs unterstützen. Entgegen falscher Informationen auf den Internetseiten von Abtreibungsgegnern und/oder rechtsradikalen Aktivisten (z.B. www.Profemina.org) erhöhen medikamentöse Abbrüche nicht das Risiko von Frühgeburten, Unfruchtbarkeit und Krebs. Hier ist es für Betroffene besonders wichtig, schnell an wissenschaftlich abgesicherte Ergebnisse zu kommen und sich in ihrer Entscheidungsfreiheit nicht durch Verunsicherungen einschränken zu lassen. Optimal ist, besonders beim medikamentösen Abbruch, dass er zu einem sehr frühen Zeitpunkt erfolgt. Gerade daher ist es wichtig, dass Betroffene sich sehr schnell Informationen

darüber verschaffen, welche Ärzte und Ärztinnen in Frage kommen. Und gerade deshalb ist es wichtig, dass diese auf ihren Webseiten nicht nur darüber informieren, dass, sondern auch wie der Abbruch bei ihnen durchgeführt werden kann. Darüber hinaus könnte eine verstärkte Anwendung der medikamentösen Methode noch einen wichtigen gesundheitspolitischen Effekt haben: Sollten sich nicht ausreichend Gynäkologen und Gynäkologinnen finden, die chirurgische Abbrüche machen, könnten Angehörige anderer Fachrichtungen, zum Beispiel Allgemeinärzte, nach entsprechenden Fortbildungen, mit der medikamentösen Methode die Versorgung sicherstellen.

Versorgung von ungewollt Schwangeren in illegaler und/oder prekärer Lage

Um Frauen zu helfen, welche sich in Ländern befinden, in denen sie eine ungewollte Schwangerschaft nicht legal und sicher abbrechen können bzw. dies für sie nicht bezahlbar ist, arbeitet die Vereinigung „women on waves" von einem Schiff aus, welches sich in internationalem Gewässer auf hoher See aufhält. Sie geben per Internet Ratschläge rings um Schwangerschaft, Geburt und Verhütung und weisen auf den Versand der Präparate hin, mit welchen ein medikamentöser Abbruch durchzuführen ist. Diese bietet die Organisation „women on web" an. Der Versand erfolgt nach Angaben der Aktivistinnen gegen eine Spende.

Literatur/Informationen

Der medikamentöse Schwangerschaftsabbruch in der gynäkologischen Praxis. Ein Leitfaden. Berlin 2018 (Hg.: Profamilia und Familienplanungszentrum Balance e.V.)
www.bfarm.de und www.ema.europa.eu, Stichwort Mifegyne®
Statistisches Bundesamt Deutschland. Schwangerschaftsabbrüche. In: www.destatis.de
Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Schwangerschaft. In: www.gbe-bund.de
Fachinformation Mifegyne® und MisoOne®. Nordic Pharma

www.Familienplanung.de, www.arbeitskreis-frauengesundheit.de, www.sexuelle-selbstbestimmung.de, www.womenonwaves.org, www.womenonweb.org

Dr: Ildikó Szász,
Apothekerin
und VdPP-Mitglied

Mit diesem Beitrag von VdPP-Mitglied Ildikó und der Pressemitteilung des Vereins demokratischer Ärztinnen und Ärzte auf der Seite 6 möchte der VdPP zur Diskussion rund um den medikamentösen Schwangerschaftsabbruch beitragen.

Ildikó Szász erklärt in ihrem Beitrag ausführlich, wie es um die Wahl der betroffenen Patientinnen steht.
Aus der Pressemitteilung des Vereins demokratischer Ärztinnen und Ärzte (vdää) wird deutlich, dass Ärzt*innen sich weiterhin für eineStreichung des Paragraphen §219a aussprechen und sich für eine Entkriminalisierung der Ärzt*innen aussprechen.

Mit dem vdää hält der VdPP eine enge Verbindung, da sich beide Vereine für das Wohl der Patient*innen einsetzen sowie für eine Demokratisierung im Gesundheitswesen stehen.

Pressemitteilung des Vereins demokratischer Ärztinnen und Ärzte
Zur Streichung von §219a

Vom 07. August 2019

verein demokratischer ärztinnen und ärzte

Verein demokratischer Ärztinnen und Ärzte
Medizin mit sozialer Kompetenz
Pressesprecherin Dr. Nadja Rakowitz
Kantstraße 10 • 63477 Maintal
Telefon 06181 – 432 348
Mobil 0172 – 185 8023
info@vdaeae.de
www.vdaeae.de

Maintal, 07.08.2019

Wir kämpfen für

- eine gleich gute medizinische Behandlung von Menschen aller Schichten
- soziale und gerechte Arbeitsbedingungen in den Gesundheitsberufen
- die solidarische Unterstützung partizipativer Gesundheitsbewegungen international
- die uneingeschränkte medizinische Versorgung von Geflüchteten

Wir kritisieren

- die Kommerzialisierung der Medizin
- den Lobbyismus der Geräte- und Pharmaindustrie
- jede Form der Zwei-Klassen-Medizin

Wir sind

- Ärzt*innen
- Psychotherapeut*innen
- Medizinstudierende

Der „Kompromiss" der Großen Koalition zur Entkriminalisierung von Informationen zum Schwangerschaftsabbruch funktioniert nicht - Verein demokratischer Ärztinnen und Ärzte fordert weiterhin die Streichung des § 219a aus dem Strafgesetzbuch

„Nur dann können Ärzt*innen ihrer Informations- und Aufklärungspflicht auch bei der medizinischen Leistung des Schwangerschaftsabbruchs in vollem Umfang nachkommen und ungewollt Schwangere gut und rechtzeitig informieren", so Therese Jakobs, Mitglied des Vorstands des vdää.

Nach der heftig umstrittenen Reform des §219a im März 2019 wurden Bundesärztekammer und die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung beauftragt, eine bundesweite Liste mit Adressen von Ärzt*innen und Informationen zur Art der angebotenen medizinischen Leistungen zu erstellen. Aktuell fehlen in dieser Liste ganze Bundesländer und sogar die Suche nach Großstädten wie Köln, München oder Frankfurt geht leer aus. Auch erhalten Informationssuchende lediglich die Angabe, ob der Abbruch in der Praxis medikamentös oder operativ erfolgen kann - wichtige Informationen wie z.B. welche der operativen Methoden verwandt wird und bis zu welcher Schwangerschaftswoche der Eingriff in der Praxis durchgeführt wird, fehlen hingegen ganz.

Die großen Lücken in der bundesweiten Liste beruhen unserer Ansicht nach aber nicht nur auf der abnehmenden Anzahl von Ärzt*innen, die überhaupt Schwangerschaftsabbrüche durchführen, sondern auch auf der weiterhin bestehenden juristischen Unsicherheit für Ärztinnen und Ärzte. Viele Ärzt*innen haben sich bewusst gegen einen Eintrag in die bundesweite Liste entschieden, da sie mit Recht in dieser Liste auch die Möglichkeit eines öffentlichen Prangers sehen, die es rechtsextremen und fundamentalistischen Abtreibungsgegner*innen problemlos ermöglicht, Namen und Adressen zu sammeln. „Solange es keinen wirksamen Schutz sowohl für die Ärzt*innen, wie auch für die ungewollt Schwangeren gibt – etwa vor Belästigung und Verleumdung durch z.B. sogenannte ‚Mahnwachen' vor den Praxen – werden diese Listen unvollständig und damit sinnlos bleiben", so Dr. Susanne Zickler, Frauenärztin und Mitglied im Vorstand des vdää.

Wir brauchen hingegen politisch klare Entscheidungen, um Schwangerschaftsabbrüche endlich aus dem Strafgesetzbuch zu streichen. Nur so können wir fundamentalistische Angriffe auf die Entscheidungsfindung von Schwangeren und auf ihre medizinische Betreuung durch Ärzt*innen nachhaltig unterbinden.

Dr. Nadja Rakowitz
(Pressesprecherin)

Valsartan: Ein persönlicher Rückblick eines GMP-Inspektors auf ein Jahr Nitrosamin-Verunreinigungen von Angiotensin II Rezeptorantagonisten

von Dr. Thomas Hecker

Am 25. Juni 2018 erhielt ich einen Anruf eines erfahrenen deutschen Inspektors, der mit den Worten „Thomas, ich habe ein Problem!" begann. Trotz der evidenten Analogie zur Apollo-13-Mission, war an ein Lächeln nicht zu denken, denn dieser Kollege würde keinen Scherz machen, wenn es um die Sicherheit von Patienten geht.

Mit diesem Anruf und nachfolgendem unmittelbaren Informationsaustausch begannen Monate intensivster Auseinandersetzung mit Nitrosaminen als Verunreinigungen in pharmazeutischen Wirkstoffen, die sich keiner meiner KollegInnen im Europäisches Direktorat für die Qualität von Arzneimitteln (EDQM) in Straßburg hätte je vorstellen können.
In den Medien und von Fachleuten wurden die vermeintlichen Ursachen leider voreilig und ohne hinreichende Detailkenntnisse zum Sachverhalt publiziert. Interessierte KollegInnen können am Ende des Artikels einen kurzen Exkurs[1] in die komplexe Welt der Arzneimittelzulassung und des „Certification of Suitability to the monographs of the European Pharmacopoeia" Verfahrens des EDQM machen.
Im Jahr 2010 stellte die Firma Zhejiang Huahai Pharmaceuticals (ZHP), einer der großen chinesischen Hersteller von Arzneimittelwirkstoffen, einen Antrag auf ein Certificate of Suitability (CEP) für Valsartan. Dieser Antrag wurde gemäß der entsprechenden gültigen EU Verfahren bewertet und das CEP erteilt.

In den acht Jahren zwischen Antragstellung und dem Anruf meines deutschen Kollegen liegen:

- Qualifizierungen der Firma als Wirkstofflieferant durch zahlreiche EU-Arzneimittelhersteller, einschließlich gesetzlich geforderter Vor-Ort-Audits
- Die Genehmigung einer großen Anzahl von Wirkstoffen des Herstellers in zahlreichen Zulassungen weltweit
- Genehmigte Änderungen im Herstellungsverfahren für Valsartan
- GMP-Inspektionen der nationalen Überwachungsbehörde Chinas
- Eine Vielzahl von internationalen GMP-Inspektionen, wie beispielsweise von EU-Inspektoraten, der US FDA etc. für verschiedenste Wirkstoffe, einschließlich Valsartan

In dem Jahr zwischen dem Anruf meines Kollegen, sprich der Bekanntmachung der Verunreinigung von Valsartan mit dem potentiell kanzerogen N-Nitrosodimethylamin (NDMA) durch ZHP selbst, und Juli 2019 liegen sehr viele:

- Arzneimittelrückrufe auf Grund von Nitrosamin-Verunreinigungen
- Suspendierungen von Arzneimittelzulassungen und CEPs
- CTD Modul 3 / CEP Neubewertungen,
- Verdachtsbezogene Analysen von Arzneimitteln und Wirkstoffen die Sartane enthalten
- Meetings und Video-/Telefonkonferenzen zwischen verschiedensten Behörden (Zulassungsbehörden, GMP Inspektoraten, offiziellen Medizin-Prüflaboratorien etc.) weltweit
- Anlassbezogene GMP-Inspektionen (EU, EDQM, US FDA, Australien, Japan, Kanada) von ZHP und anderen Firmen, die in die Herstellung von Sartanen involviert sind.

Seitens der EU wurde ein Risikobewertungsverfahren eingeleitet. In diesem Kontext wurden rechtsverbindliche Grenzwerte für Nitrosaminverunreinigungen in sartanhaltigen Blutdruckmitteln eingeführt, die ihren Niederschlag in den Änderungen relevanter EP-Monografien durch das EDQM gefunden haben.

Alle Aktivitäten waren (und sind) ausnahmslos auf die Minimierung eines potentiell erhöhten Krebsrisikos für den Patienten ausgerichtet. Grob umrissen umfassen diese die akute Risikominimierung, Ursachenforschung sowie Prävention.

Ich bin überzeugt, dass alle in der Arzneimittelversorgung tätigen Apothekerinnen und Apotheker, wie auch viele Patienten die Sofortmaßnahmen der Behörden zu spüren bekommen haben: Die Rückrufe von nachweislich oder potentiell kontaminierten Arzneimitteln sowie das Ruhen von Zulassungen und CEPs führte zu entsprechenden Lieferengpässen von (Val)sartanpräparaten aber zeitgleich auch zum sofortigen Schutz von Patienten.

Wie in der Fachpresse bereits aufgeführt, wurde als unmittelbare Ursache für die Verunreinigung von Valsartan der Firma Zhejiang Huahai Pharmaceuticals mit N-Nitrosodimethylamin (NDMA) eine Änderung der Tetrazolringsynthese, insbesondere die Verwendung von Dimethylformamid festgestellt. Die zu diesem Zeitpunkt gültigen Arzneibuchmonografien sahen keine Prüfung auf diese Verunreinigung vor. NDMA und andere Nitrosamine waren vor Juni 2018 auf Grund von fehlender erforderlicher Sorgfalt in der Verfahrensentwicklung sowie im Transfer in die kommerzielle Produktion von einigen Wirkstoffherstellern nicht als mögliche Verunreinigungen in Sartanen identifiziert worden. Es ist heute bekannt, dass neben NDMA auch weitere flüchtige und nicht flüchtige Nitrosamine in Arzneimittelsynthesen entstehen können. Dieses Wissen findet in der retrospektiven und prospektiven Bewertung von Zulassungen entsprechend Anwendung.

Weitere Faktoren, die zur Nitrosamin-Bildung und deren Verbreitung in anderen Wirkstoffen beigetragen haben, sind GMP relevante Aspekte, wie beispielsweise unzureichende Prüfung von Syntheseausgangsstoffen sowie auch Kreuzkontaminationen, die durch inadäquate Reinigungsvalidierung oder Wiedergewinnung von Lösungsmitteln entstanden sind.

Eine wesentliche Rolle aus anderer Perspektive spielte die unzureichende Qualifizierung von Wirkstoffproduzenten durch die Hersteller von Arzneimitteln: Die EU-Gesetzgebung definiert eindeutig den Inhaber einer Herstellungs- bzw. Importerlaubnis als verantwortlich für die Qualität der eingesetzten Wirkstoffe. Dies ist insbesondere in Anbetracht des globalisierten Arzneimittelmarktes von enormer Bedeutung.

Hinsichtlich der vieldiskutierten möglichen Erkennbarkeit der Entstehung von Nitrosaminen in Arzneimittelsynthesen durch Behörden bleibt festzuhalten, dass die Verwendung von Valsartan, hergestellt durch ZHP, bis Sommer 2018 in vielen Zulassungen Europas, den USA, Australien und darüber hinaus genehmigt war.

Zusammenfassend bin ich der Auffassung, dass Behörden weltweit schnell zum Schutz von Patienten reagiert haben – trotz der Einzigartigkeit des Falles. Es macht Mut zu sehen, wie unbürokratisch und ohne Kosten und Mühen zu scheuen, ein EU/EDQM Team von erfahrenen Inspektoren und Assessoren bereits Anfang September 2018 anlassbezogene GMP Inspektionen von zwei Sartan-Herstellern in China durchführen konnt. Weiterhin existiert behördenübergreifender Konsens, dass um derartige potentielle Risiken künftig zu vermeiden entsprechende Lehren gezogen werden müssen. Daher werden derzeit im Nachgang des oben erwähnten Risikobewertungsverfahrens durch verschiedene Behörden, einschließlich des EDQM, unter Koordinierung der EMA präventive Maßnahmen diskutiert. Die Publikation von ersten Ergebnissen wird Ende 2019 erwartet..

Dr. Thomas Hecker ist VdPP-Mitglied und arbeitet beim Europäischen Direktorat für die Qualität von Arzneimitteln (EDQM) in Strasbourg als GMP Inspektor. Für den Rundbrief ging er die Ereignisse rund um den Valsartan-Skandal nochmal durch und berichtet über seine persönliche Erfahrung in Sachen Überwachung und Kontrolle von Arzneimittelwirkstoffen.

ANMERKUNG DES AUTORS.

*) Das Common Technical Document (CTD) ist ein vorgeschriebenes Dokumentenformat, in dem ein Pharmazeutischer Unternehmer die pharmazeutische Qualität, Unbedenklichkeit und Wirksamkeit eines Arzneimittels im Rahmen der Arzneimittelzulassung dokumentieren und bei den Arzneimittelzulassungsbehörden einreichen muss.
Das Dokument wurde im Rahmen der Arbeit des International Council for Harmonisation of Technical Requirements for Pharmaceuticals for Human Use (ICH) entwickelt und ist bindend für Arzneimittelzulassungsverfahren in der EU, den USA und Japan und einer Vielzahl anderer Länder/Regionen. Das Modul 3, das die Qualität beschreibt, ist in zwei Teile separiert: 3.2S (alle notwendigen Informationen, die die Qualität des Wirkstoffs belegen) und 3.2P (alle notwendigen Informationen die die Qualität des Arzneimittels belegen). Um den Teil 3.2S im Zulassungsdossier zu belegen gibt es für Antragsteller drei Möglichkeiten:

Das CTD wird komplett vom Antragsteller ausgefüllt. Dies bedeutet, dass auch vertrauliche Informationen zur Wirkstoffherstellung dem Antragsteller bekannt sind und entsprechend eingereicht werden. Dies ist in der Regel der Fall, wenn der Antragsteller auch Wirkstoffhersteller ist, insbesondere bei neuen Arzneimitteln, die unter Patentschutz stehen.

Die zweite Möglichkeit ist die sogenannte „Active Substance Master File Procedure" (ASMF) entsprechend den EU Richtlinien für Human- und Tierarzneimittel (2001/83 EC, 2001/82/EC). Um vertrauliche Informationen zu bewahren, wird das gesamte Dossier (Closed Part), also die erforderlichen Informationen des 3.2.S zu den nationalen Zulassungsbehörden zur Überprüfung gesendet. Der Closed Part enthält detaillierte Informationen zur Herstellung der Arzneistoffe wie beispielsweise Reaktionsparametern oder Informationen zur Prozessvalidierung. Der potentielle Zulassungsinhaber erhält vom Wirkstoffhersteller den sogenannten „Applicants Part" mit reduzierten – also nicht vertraulichen - Informationen. Diese Informationen müssen aber umfasserd genug sein, um dem künftigen Zulassungsinhaber alle möglichen Risiken im Zusammenhang mit der Verwendung eines Wirkstoffes einer bestimmten Herstellerfirma aufzuzeigen.

Der dritte Weg Zulassungsbehörden den Nachweis über die Qualität von (bestimmten) Wirkstoffen nachzuweisen, ist das oben genannte Certificate of Suitability (CEP) einzureichen. Dabei wird das gesamte Dossier, das die Informationen des CTD 3.2.S enthält, zum EDQM zur zentralen Bewertung gesendet (ähnlich der zentralen Bewertung von Zulassungsanträgen für Arzneimittel bei der European Medicines Agency (EMA)). Die Bewertung wird von Assessoren aus nationalen Zulassungsbehörden der Mitgliedsstaaten sowie Assessoren des EDQM vorgenommen. Der signifikanteste Unterschied zu der vorgenannten Verfahren ist die Tatsache, dass ein CEP unabhängig von einem Zulassungsantrag für ein Arzneimittel beantragt und erteilt werden kann. Daher ist es gängige Praxis, dass CEPs in multipler Zulassungsanträgen verwendet werden, ohne dass das Dossier erneut geprüft werden muss. . Änderungsanträge zu Herstellungs- und Prüfungsverfahren werden ebenfalls vom EDQM bearbeitet und entsprechend genehmigt oder abgewiesen. CEPs werden von Zulassungsbehörden der Unterzeichnerstaaten der Europäischen Arzneibuchkonvention und darüber hinaus anerkannt.
Im Falle von ASMFs und CEPs, also wenn der Arzneimittelhersteller nicht der Wirkstoffhersteller ist, ist es absolut unerlässlich, dass die Anforderungen, die im Kapitel 5 des Teil 1 des EU GMP Leitfaders nieder gelegt sind, eingehalten werden: Der Arzneimittelhersteller ist gesetzlich verpflichtet, sogenannte Verantwortungsabgrenzungs-Verträge (Qualitätsvereinbarung) mit dem Wirkstofflieferanten, die alle relevanten Aspekte der Produktion, der Qualitätskontrolle, etc. abdeckt, abzuschließen.

IMPRESSUM

Herausgeber: Verein demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten e. V.,
Geschäftsstelle Gudrun Meiburg, Goldbekufer 36, D-22303 Hamburg
Tel. 040 63917720, Fax 040 63917724
E-Mail: info@vdpp.de, URL: http://www.vdpp.de

NEUE ADRESSE

Bankverbindung: Postbank Berlin, IBAN: DE62 1001 0010 0020 0471 05

Redaktion: Esther Luhmann (verantwortlich)
Redaktionsanschrift: VdPP, Rundbrief-Redaktion, Goldbekufer 36, 22303 Hamburg
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 Autor*innen.

BILDNACHWEISE
Foto Seite 1, 7, 13, 14, 15: Pixabay,
Foto Seite 3: Ildiko Szász
Foto Seite 22: Frau Wahlbuhl
Sofern nicht anders angegeben, sind alle weiteren Fotos von Esther Luhmann (ausgenommen, AutorInnenfotos).

30 Jahre Pharmazie in sozialer – und interprofessioneller - Verantwortung

Bericht der Mitgliederversammlung 2019
Hamburg

30 Jahre Verein demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten. 30 Jahre Gegenöffentlichkeit. 30 Jahre Einsatz für eine Demokratisierung im Gesundheitswesen. 30 Jahre patientenorientierte Arzneimittelberatung – am besten durch interprofessionelle Zusammenarbeit. Deshalb widmete sich der VdPP am Samstag, 22. Juni in Hamburg der multiprofessionellen Vernetzung und hatte Referenten aus den Bereichen Pharmazie, Medizin, Pflege, Lehre und Soziologie geladen - zur Förderung des interprofessionellen Austauschs.

Gudrun Hahn, Gründungsmitglied des VdPP, begrüßte alle Anwesenden und erklärte, was der Verein in 30 Jahren alles auf die Beine gestellt hatte. Die BUKO Pharma-Kampagne aus Bielefeld, der Verein demokratischer Ärztinnen und Ärzte (vdää), die Initiative von unbestechlichen Ärztinnen und Ärzten (MEZIS) und Petra Kolle von der Apothekerkammer Hamburg gratulierten dem VdPP zum 30-jährigen Vereinsjubiläum. Durch die Veranstaltung führte Dr. Udo Puteanus, auch Gründungsmitglied und ein Verfechter der Sozialpharmazie. Durch drei interessante Vorträge am Vormittag wurde eine gemeinsame Basis aller Teilnehmer*innen geschaffen; im zweiten Teil der Fachtagung ging es interaktiver zu: Im WorldCafé wurden die unterschiedlichen Erfahrungen in kleinen Gruppen ausgetauscht.

Digitalisierung als zweiteiliges Schwert

„Digitales Panoptikum" lautete der Titel der Key-Note-Speakerin Erika Feyerabend, Soziologin und Journalistin. In ihrem Vortrag machte sie deutlich, dass das Gesundheitswesen im Wesentlichen ein Gesundheitsmarkt ist, denn alle Zeichen stehen auf Wachstum. Der Einsatz digitaler Techniken muss demnach im Kontext von Wachstum und Gemeinwohl-Interessen gesehen werden. Über Digitalisierung im Gesundheitswesen wird momentan viel diskutiert: Von Biomedikalisierung, Telemonitoring, Gentests und Applikationen ist die Rede. Als Türöffner der Digitalisierung im Gesundheitswesen ist das Krankenhaus-Informationssystem zu sehen, schnell wurden aber digitale Verfahren zur Leistungsdokumentation verwendet.
Die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte wird heiß diskutiert. Eine der großen Fragen ist die Sicherheit der Daten. Frau Feyerabend machte deutlich, dass mehr Daten nicht unbedingt mehr Wissen bedeuten und in der Bevölkerung eine große Verunsicherung herrscht. So kam die Referentin zu dem Schluss, dass Digitalisierung nur dort Sinn macht, wo sie den PatientInnen nutzt.

10 Jahre Aktionsplan AMTS

Interprofessionelle Zusammenarbeit ist für eine verbesserte Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) unerlässlich. Frau Birgit Vogt arbeitet als Apothekerin in der Geschäftsstelle der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft und ist dort Referentin im wissenschaftlichen Sekretariat zum Aktionsplan Arzneimitteltherapiesicherheit des Bundesministeriums für Gesundheit. Anschaulich erklärte sie die Entwicklung des Aktionsplans AMTS während der letzten 10 Jahre. Ein wesentlicher Erfolg des Aktionsplan AMTS war die Einführung eines bundesweit einheitlichen Medikationsplans. Seit dem 1. Oktober 2016 haben GKV-Versicherte, die mindestens 3 verschreibungspflichtige Arzneimittel anwenden, Anspruch auf Erstellung des Medikationsplanes. Frau Vogt stellte fest, dass immer mehr PatientInnen nachfragen und dieses Mittel zur Verbesserung ihrer Gesundheit nutzen. Dieser ist freiwillig, somit kann er auch unvollständig sein, denn die PatientInnen entscheiden welche Arzneimittel in den Plan aufgenommen werden. Nicht geklärt sind die Hoheit über die Daten und die Verantwortlichkeit. Auch gibt es keine einheitliche Datenbank, welche die Daten kontinuierlich pflegt. ApothekerInnen haben nur begrenzt Zugang zum Plan, obwohl die Selbstmedikation eine wichtige Rolle bei der Medikation spielt.

Zur Rolle der Pflegenden

Welche Rolle die Pflegefachkräfte im Medikationsprozess spielen, erläuterte Thomas Klatt, Gesundheits- und Pflegewissenschaftler der Universität Halle. Je nach Setting (Psychiatrie, Krankenhaus, Ambulanz und stationäre Versorgung) sind die Beteiligung und die Entscheidungskompetenzen der Pflegefachkräfte sehr unterschiedlich stark ausgebildet. Durch die zugespitzte Situation im Pflegebereich, insbesondere durch den Fachkräftemangel, die schlechte Bezahlung und die steigende Anzahl der zu versorgenden PatientInnen wird die

Arzneimitteltherapie als einfache und praktische Therapie bevorzugt eingesetzt. Da nicht immer ÄrztInnen und schon gar keine ApothekerInnen verfügbar sind, sind die Pflegefachkräfte oft auf sich gestellt. Angaben zu Bedarfsmedikation sind oft unvollständig, sodass die Pflegefachkraft selbst entscheiden muss, ob und wenn ja wie viel von dem entsprechenden Arzneimittel gegeben werden soll. Er sprach sich für eine intensivierte Ausbildung der Pflegefachkräfte aus.

Interprofessioneller Austausch im WorldCafé

Die drei geladenen LeiterInnen der Kleingruppen moderierten anschaulich und informativ. Aleksandar Milosevic, Pharmaziestudent der Uni München und Beauftragter für Bildung und Tagung beim Bundesverband der Pharmaziestudierenden (BPhD) sprach mit den TeilnehmerInnen über die Notwendigkeit der interprofessionellen Lehre, die grundsätzlich nicht als nötig erachtet wird. Vielmehr kommt es auf eine gemeinsame Sprache, also ein Verständnis zwischen den Studierenden unterschiedlicher Studiengänge an. Es wurde diskutiert, welche Auswirkungen es auf die interprofessionelle Zusammenarbeit haben könnte, wenn alle ein Jahr gemeinsam studieren würden. Vorstellbar wäre auch eine Famulatur, die alle GesundheitsberuflerInnen in einem anderen Bereich ausüben müssten, dann würden Pharmaziestudierende die Famulatur nicht in der Apotheke absolvieren, sondern z. B. in einer Arztpraxis und Medizinstudierende würden einen Einblick in den Apothekenalltag erhalten.

Die Arbeit der StationsapothekerInnen im Krankenhaus wurde von Dr. Gesine Picksak von der Medizinischen Hochschule Hannover unter die Lupe genommen und sie berichtete von ihrem Arbeitsalltag sowie den Chancen und Herausforderungen für ApothekerInnen auf Station in Form der Tandemvisite, die derzeit aus ÄrztInnen, ApothekerInnen und Pflegefachkräften besteht. In der Diskussion stellte sich heraus, dass das Team durchaus erweiterungsfähig ist. PhysiotherapeutInnen, DiätassistentInnen und SozialarbeiterInnen sollten mit ins Boot geholt werden. Einen kritischen Punkt sieht die Fachapothekerin für Klinische Pharmazie im Bereich des Entlassmanagements; noch immer funktioniert die Zusammenarbeit hier nicht gut genug, vor allem steht der Patient nach der Entlassung oft alleine da. Ein Sozialberatungsgespräch könnte helfen. Neben der Präsenz vor Ort, also auf Station, spielt die Digitalisierung eine wichtige Rolle zum Informationsausgleich.

Der Hamburger Arzt Kai-Uwe Helmers sprach in seiner Gruppe vor allem über Probleme bei der Heimversorgung. Hier läuft alles zusammen: Im Heim, in der ambulanten Versorgung und im Krankenhaus arbeiten Arzt, Apotheker und Pflegefachkräfte zusammen – nicht ohne Kommunikationsprobleme. Trotz Heimversorgungsverträgen kommt es häufig zu Kompetenz-Problemen. An der Schnittstelle zwischen stationärer und ambulanter Versorgung stellte sich auch hier heraus, dass es an vielen Stellen hapert und die Versorgung nicht immer optimal läuft. Problematisch sieht Helmers auch den Umgang mit der Meldung von Nebenwirkungen, hier wünscht er sich mehr Unterstützung von den ApothekerInnen.

Kompetenz und Kommunikation

Auf dieser Fachtagung wurde deutlich, dass in den letzten Jahren schon viel geschehen ist. Dennoch stellt sich immer wieder die Frage nach der Kompetenz. Jede Profession hat ihre Kompetenz und sollte sie herausstellen und Präsenz zeigen. Digitalisierung kann ein Mittel zur verbesserten Kommunikation sein, ersetzt aber nicht den persönlichen Kontakt vor Ort.
Die Zusammenarbeit aller Akteure im Gesundheitswesen ist ein wichtiges Vereinsziel des VdPP. Mit dieser Fachtagung hat der VdPP ein kleines Stück zur verbesserten Kommunikation zwischen den Gesundheitsberufen beigetragen und in diesem Sinne die Versorgung der PatientInnen verbessert.

Esther Luhmann

VdPP-Vorstandsreferentin

Fachkräftemangel im Gesundheitswesen

„Ich sollte ein Heidengeld bezahlen"

Dr. Özlem Pamuk* kommt aus der Türkei und hat dort 8 Jahre als Ärztin gearbeitet. Seit 2017 lebt sie in Deutschland, n einer Kleinstadt in Niedersachsen. Im Internet hat sie jemanden kennengelernt, der ihr ein Vorstellungsgespräch vermittelt hat. Dafür hat sie bezahlt. So fing alles an.

Von
Esther Luhmann
VdPP-Vorstandsreferentin

Kurz nach dem Erhalt des Facharzttitels in der Türkei fasste Özlem zusammen mit ihrem Mann den Entschluss auszuwandern. Nach Sprachprüfungen, unbezahlten Praktika, Hospitationen und Kurzurlauben in Deutschland, nach unzähligen Terminen mit verschiedensten Behörden und einigen Vorstellungsgesprächen hatte Özlem im Dezember 2017 ihren ersten Arbeitstag in einem deutschen Krankenhaus.

„Um ehrlich zu sein, habe ich wirklich keine guten Erinnerungen an meinen ersten Arbeitsplatz." Ihrer Meinung nach reicht nur ein Kollege um für Unruhe zu sorgen. Das ist aber unabhängig von der Nationalität, denn auch für die deutschen KollegInnen war es problematisch in diesem Krankenhaus. Das Schwierigste war am Anfang, mit den Schwestern gut auszukommen. Özlem beschreibt sie als manipulativ und sie versuchten immer, die Anfänger zu überprüfen. Zum Glück hatte Özlem schon Erfahrungen in ihrem Heimatland und konnte selbstsicher auftreten. An ihrem zweiten Arbeitsplatz gab es fast keine deutschen Ärztinnen, das Personal war viel freundlicher und sehr hilfsbereit.

Der Weg durch die Bürokratie

Zurzeit hat sie eine Berufserlaubnis, die zwei Jahre gültig ist in dem Bundesland in dem sie ausgestellt wurde. In diesem Zeitraum sollte man die Approbation bekommen, die bei der Ärztekammer beantragt wird. Özlem hatte sich zu einem Gutachten-Prozess angemeldet, weil sie schon Berufserfahrung hat, ausgebildete Fachärztin ist und (fast) alle Unterlagen hat übersetzten lassen. Diese Prozedur dauert immer noch an und Özlem wartet auf Antwort von der Ärztekammer. Von anderen türkischen Ärzten, mit denen sie an derselben Universität in der Türkei studiert hat, die aber schon vor 5-6 Jahren direkt nach der Uni ausgewandert sind, weiß sie, dass es damals einfacher war und schneller ging. Sie findet es unfair, dass diese Kollegen, die direkt nach der Uni nach Deutschland kamen, ohne Facharzttitel – wie sie – und nur mit einem „normalen" B2 Deutsch-Zertifikat nach Deutschland kamen, innerhalb von einigen Wochen die Approbation bekommen haben. Sie sieht es als Fehler, dass sie ihren Facharzt in der Türkei gemacht hat. Obwohl die Facharztausbildung ihrer Meinung nach viel besser in ihrer Heimat war, bedauert sie es nicht.

„Neue Regelungen sollten unbedingt eingeführt werden. Ich kenne sogar einige Professorinnen, die nur wegen dieser Prozeduren nicht nach Deutschland auswandern können, auch wenn sie gute Deutsch-Kenntnisse haben."

Da die Türkei nicht zur EU gehört, ist alles etwas komplizierter. Anders als bei Manuel, dem spanischen Apotheker, über den wir im letzten Rundbrief (RB 104) berichtet haben. Özlem hat eine blaue Karte; diese stellt die Arbeits - und Aufenthaltsgenehmigung für hoch qualifizierte Fachkräfte aus nicht EU-Ländern dar. Zusätzlich brauchte sie den Nachweis der bestandenen Fachsprachprüfung und einen Arbeitsvertrag. Dazu braucht man wiederum mindestens eine Berufserlaubnis oder die Zusage der Erteilung dieser. Deutsche Bürokratie eben.

Arbeitsalltag im Detail

Am Anfang hatte sie große Angst, mit ihrer gebrochenen

Sprache mit den Patient*innen zu kommunizieren, berichtet Hatice im Interview. „Ich hatte mir große Sorgen gemacht, weil ich dachte, dass ich wegen meiner Sprachbarriere das Vertrauen zu meinen PatientInnen nicht aufbauen könnte.", erzählt sie. Das geht vermutlich vielen so. Aber mit der Zeit hat sie verstanden, dass sich fast alle PatientInnen nicht für ihre Sprache interessieren, sondern sie waren zufrieden und nett, solange man den PatientInnen zeigt, dass sie wichtig sind, verbunden mit einem Lächeln. Es gibt PatientInnen die irritiert sind wegen ihrer Aussprache, aber das sind die wenigsten. Da Hatice versucht sich viel Zeit für die Patient*innen zu nehmen und so lange wie möglich zuhört, erlebt sie oft Positives.

Das liebe Geld

Özlem hat ein „Heidengeld" bezahlt, wie sie sagt. Für Sprachkurse (Deutsch und medizinisches Deutsch), Flugtickets, Übersetzungen und Beglaubigungen für Dokumente die die Ärztekammer fordert, dazu die Umschreibung des Führerscheins, der Umzug usw. .
Sie konnte sich die Arbeitszeiten aus der Türkei anerkennen lassen, sodass sie eine Gehaltsstufe höher gerutscht ist. Immerhin. Aber im Vergleich zu ihrem Land verdient man als Arzt – unter Berücksichtigung der Lebenskosten – weniger. Über die Gehälter von deutschen Kolleg*innen weiß sie nicht viel. Zufrieden ist sie dennoch.

Die Arbeitsbedingungen

In der Türkei wird zeitlich mehr gearbeitet, mit weniger Urlaubstagen. „Besonders als Assistenzärzte arbeiten wir in unserem Land unmenschlich." Aber es gibt bessere Weiterbildungen, besonders im theoretischen Bereich, wie Özlem findet. In ihrer ersten Stelle gab es keine Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten. In der neuen Stelle wird aber mehr darauf geachtet und es geht strukturierter vor sich. Nachteilig empfindet sie, dass die Weiterbildungen alle vom Chef abhängig sind. Sie bemerkt, dass ihr hier als Ärztin viel mehr Respekt entgegengebracht wird, besonders von den Pflegekräften. Das sei in der Türkei anders. Auf der anderen Seite hat sie im Alltag das Gefühl, dass Arzt sein ein ganz normaler Beruf zu sein scheint. In der Türkei wurde sie auch außerhalb der Klinik mit „Frau Doktor" angesprochen. Türkische Kolleg*innen stimmen ihr zu.
In der Türkei sind Arbeit und Privatleben viel enger miteinander verknüpft als in Deutschland. Hier in Deutschland sollte man eine bestimmte Linie ziehen, „aber ich weiß noch nicht wie", sagt uns Özlem im Gespräch.

Für die Zukunft wünscht sich Özlem eine „erfolgreiche und ruhige Arbeit". Die fachlichen Erwartungen an den Job sollen erfüllt werden. Der bisherige Verlauf war für sie sehr erschöpfend und entmutigend, wenn man feststellt, dass zwei Kandidaten mit identischer Ausbildung in verschiedenen Bundesländern eine ganz andere Prozedur durchlaufen müssen. Am Ende bekommt der eine die Approbation und der andere muss viele zusätzliche Ausbildungen machen. Wer soll das verstehen? Geduld und viel Motivation gehören ihrer Meinung nach schon dazu, wenn man sich darauf einlässt. Und realistische Erwartungen. Sie wusste schon, dass es ein langer Weg werden wird, aber wenn sie verzweifelt, dann denkt sie immer daran, dass vieles in ihrem Heimatland viel schlimmer ist.

*Namen von der Redaktion geändert

NEWS

Vorstand ohne Viktoria

Auf der vergangen Mitgliederversammlung stand die Entlastung und Neuwahl des VdPP-Vorstandes auf der Tagesordnung. Bernd, Daniel, Thomas und Udo wurden als Vorstandsmitglieder durch Wiederwahl im Amt bestätigt. Leider hatte sich Viktoria, als ohnehin einziges weibliches Mitglied, nicht wieder zu Wahl gestellt. Der Verlust wiegt schwer, denn einerseits ließ sich auf der Mitgliederversammlung auch keine der Anwesenden zu einer Mitarbeit im Vorstand bewegen und andererseits geht mit Viktoria eine Mitstreiterin verloren, die die Vorstandsarbeit mit viel Engagement, Kompetenz und mit ihrem ansteckenden Lachen bereichert hat. In diesem Jahr ist es ihr Mitte März gelungen, ihre letzte Publikation zu veröffentlichen, die für den Abschluss ihrer Doktorarbeit notwendig war. Thema: Kommunikation mit Patientinnen über deren Prognose (früher Brustkrebs, Prognosetools, Entwicklung einer Entscheidungshilfe, https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-019-3988-2). Wir gratulieren ganz herzlich zum Doktortitel!

Offensichtlich hat sie sich danach nicht auf den Lorbeeren ausgeruht und weiter mit Vollgas neben der wissenschaftlichen Arbeit auch noch in der öffentlichen Apotheke gearbeitet. Schließlich hat sie sich dazu entschieden, aufgrund ihrer „relativ vielen Projekte eine Runde mit der Vorstandsarbeit aussetzen". So dürfen wir immerhin darauf hoffen, sie vielleicht in zwei Jahren wiedergewinnen zu können.
Liebe Viktoria, wir vermissen dich, danken dir für deine langjährige Unterstützung der VdPP-Vorstandsarbeit und wünschen dir alles Gute für deine Zukunft.

Daniel Fleer für den Vorstand des VdPP

NEWS

Wir ziehen um!

Innerhalb der 30-jährigen Geschichte des VdPPs gab es schon einmal einen Umzug in eine neue Apotheke. Lange hatte der VdPP seine Geschäftsstelle in der Neptun-Apotheke in Hamburg,. Im Sommer 2019 wurde die Apotheke verkauft. Mit der Übergabe der Apotheke verlässt auch die Geschäftsstelle des VdPP die Apotheke und zieht um. Gudrun Meiburg hatte als Leiterin der Geschäftsstelle des VdPPs mit dem Umzug alle Hände voll zu tun. Nachdem nun etwas Ruhe eingekehrt ist, sich die Wogen geglättet haben, ist der VdPP innerhalb Hamburgs umgezogen.

Ab sofort kontaktieren Sie uns bitte über die neue Postanschrift:

VdPP – Verein demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten
Geschäftsstelle Gudrun Meiburg
Goldbekufer 36
22303 Hamburg

NEWS

Glückwunsch, Frau Dr. Kemmritz!

Liebe Frau Dr. Kemmritz,

wir gratulieren Ihnen ganz herzlich zu Ihrer Wahl zur Kammerpräsidentin der Apothekerkammer Berlin! Auch für den VdPP ist es immer wieder schön zu sehen, wenn sich jahrelange beharrliche Oppositionsarbeit auszahlt und Veränderungen im System möglich sind. Wir wünschen Ihnen, dass Sie viele Ihrer Vorhaben umsetzen können. Vielleicht gelingt uns ja mal wieder gemeinsam ein Projekt?

Herzliche Grüße.
Der VdPP-Vorstand

#Alle Fürs Klima

Hamburg, 20.9.19 Durch den Lautsprecher kam die Durchsage, dass der Demonstrationszug losgegangen sei, aber ... im Mittelfeld der Demo bewegte sich nichts! Mehr als eine weitere Stunde standen wir mit Blick auf die Alster und viele selbstgeschriebene Plakate bevor sich die Menge in Bewegung setzte.
Kein Durchkommen zu der „Intensivstation" von Health for Future. Eine Woche lang hat die Gruppierung einen Aktionsstand an der Alster, um zu diskutieren und sich zu informieren. Patient Erde hat 42 Grad Fieber. Da muss gehandelt werden!
Fridays-for-Future mobilisierte mehr Menschen, als man erwartet hatte. Super, da steht man dann auch mal knappe drei Stunden an der gleichen Stelle. In Hamburg sollen, laut Organisatoren 90.000 Menschen zusammen gekommen sein, in ganz Deutschland 1,4 Millionen aller Altersgruppen.
Zeitgleich präsentierte die Bundesregierung ihre Pläne, wie sie die vorgegebenen Klimaziele erreichen will. Das war das Kontrastprogramm.
Gudrun Hahn für den VdPP

NEWS

30 Jahre - eine Nachlese

Der VdPP feierte auf seiner MV 2019 sein 30jähriges Bestehen. Da lag dieses Ereignis beim VDÄÄ schon 3 Jahre zurück. Einer der Protagonisten der Gesundheitsbewegung, Hans-Ulrich Deppe, würdigte in seiner Geburtstagsrede 2016 zum Auftakt der Jahreshauptversammlung des VDÄÄ die vergangenen 30 Jahre "Demokratische Medizin als soziale Bewegung". Da passt es ganz gut, wenn der VdPP diesen Beitrag hier dokumentiert. Leicht erkennbar werden in seinem Beitrag die Schnittstellen und Berührungspunkte zum VdPP, die wir ja teils ausführlich in unserem Sonderrundbrief dargestellt haben. Ohne die wesentlich von Seiten der MedizinerInnen initiierte bundesdeutsche Gesundheitsbewegung wäre der VdPP nicht das geworden, was er heute repräsentiert. Das macht dieser Vortrag nochmal deutlich.
Die Redaktion dankt Hans-Ulrich Deppe vom vdää für die freundliche Genehmigung des Artikels.

Demokratische Medizin als soziale Bewegung:
Thesen von Hans-Ulrich Deppe zur Entstehung und Ideengeschichte des Vereins Demokratischer Ärztinnen und Ärzte

Zum Auftakt der Jahreshauptversammlung führte Hans-Ulrich Deppe anlässlich des 30jährigen Bestehens des vdää in die Geschichte der kritischen Medizin ein. Wir dokumentieren seinen Vortrag.

Wenn wir heute über die »Zukunft des Gesundheitswesens« sprechen, gilt: Wer über die Zukunft reden will, muss von der Gegenwart ausgehen. Und wer die Gegenwart verstehen will, sollte deren reale Geschichte kennen. Zur Geschichte und Vorgeschichte des vdää gäbe es viel zu sagen. Ich habe mir einige zentrale Punkte herausgegriffen. Diese Punkte sind sicher nicht unbekannt. Ich halte sie für charakteristisch und denke, dass sie besonders zur Einführung in das Gesundheitspolitische Forum geeignet sind.

1. Die Demokratische Medizin ist aus der Kritischen Medizin hervorgegangen

Was ist bzw. war die Kritische Medizin? (1) Die Kritische Medizin entstand im Kontext der Studentenbewegung, die sich als antiautoritäre, sozialistische und antifaschistische Bewegung verstand. Diese Orientierung spiegelt sich auch in der Geschichte des vdää wider.
Nach den tödlichen Schüssen auf den Studenten Benno Ohnesorg während einer Demonstration gegen den Schah von Persien am 2. Juni 1967 in Berlin kam es an nahezu allen Universitäten zur Gründung von »Kritischen Universitäten«. Es entstanden also Alternativen unter dem Dach der existierenden versteinerten Universitäten. Viele Hochschullehrer aus der Nazizeit waren noch immer in Amt und Würden. Die Kritischen Universitäten sollten die Inhalte bearbeiten, die in der offiziellen Lehre bewusst verschwiegen wurden. Diese Bewegung ging von den Gesellschaftswissenschaften aus – insbesondere der Kritischen Theorie, die in Frankfurt mit Theodor W. Adorno und Max Horkheimer stark vertreten war. Sie beeinflusste sehr schnell andere Fakultäten wie die der Juristen, die Psychologen, Pädagogen, auch die Wirtschaftswissenschaftler und die Medizin. In der Medizin fiel sie auf fruchtbaren Boden, da diese besonders autoritär strukturiert war.
Die Medizin unterschied sich allerdings von den anderen Fakultäten. Während die meisten Fakultäten allein an der Universität beheimatet waren, fand in der Medizin die klinische Ausbildung bereits in Einrichtungen der späteren Berufspraxis statt. Der autoritäre Druck (2) in den Kliniken – insbesondere in Person der Chefärzte – spielte damals eine große Rolle. Heute wird er durch den ökonomischen Druck überlagert bzw. ergänzt.
Also, wie kam es nun zur Kritischen Medizin? Ganz konkret, wie ich es erlebte: Ich hatte mich entschieden nach meinem Medizinstudium, ein Zweitstudium der Soziologie anzugehen. 1967 wurde ich wissenschaftlicher Assistent bei dem Soziologen Werner Hofmann in Marburg. Bei ihm lernte ich politische Ökonomie. Dort suchte mich der Medizinstudent Manfred Braun vom *Sozialistischen Deutschen Studentenbund* (SDS) auf und sagte: Du bist doch Mediziner. Kannst du nicht mit uns einen Arbeitskreis über »Medizin und Gesellschaft« machen? Wir suchten nach Vorbildern in der Weimarer Republik und fanden von dem Medizinhistoriker Henry Sigerist, der 1933 von Leipzig an die Johns Hopkins Universität in Philadelphia emigrieren musste, die Rede, die er kurz nach seiner Ankunft vor Medizinstudenten hielt. Wir übersetzten sie, veröffentlichten sie in den Marburger Blättern und luden damit zu einem Seminar »Soziologie des Krankenhauses« ein. Aus diesem Seminar ist der *Arbeitskreis Kritische Medizin* (AKM) hervorgegangen. Er war sozusagen die Marburger Basisgruppe. Das erste überregionale Treffen der medizinischen Basisgruppen fand 1969 in Mainz statt.

Es folgte 1973 der legendäre Marburger Kongress »Medizin und gesellschaftlicher Fortschritt« (3). Das war in der Zeit, in der das »klassenlose Krankenhaus« (4) in Hanau geplant wurde und unser Kollege Hans Mausbach mit einem Berufsverbot belegt war. An dem Kongress nahmen etwa 1.800 Mitarbeiter aus allen Bereichen des Gesundheitswesens teil. Darüber hinaus kamen Vertreter der Gewerkschaften, Studenten, Kommunalpolitiker und renommierte Wissenschaftler.
Es wurde über Missstände diskutiert, u.a. über die

- ungleiche regionale Verteilung der niedergelassenen Ärzte,
- Personalmangel in den Krankenhäusern,
- den Einfluss der Pharmaindustrie,
- Widerstand gegen die konservativen bzw. reaktionären Standesorganisationen.

Themen, die uns auch heute noch bekannt vorkommen!
Schon kurz nach diesem Kongress diskutierten wir auch über die Teilnahme an Wahlen zur Delegiertenversammlung der Landesärztekammer. Die Diskussionen fanden statt unter der Überschrift »Marsch durch die Institutionen«. Das war nicht selbstverständlich. Einige hielten das nämlich nicht für revolutionär. Die Beteiligung an den Wahlen wurde nicht sofort realisiert. Erst ab 1976 kam es zu erfolgreichen Kandidaturen in fast allen Landesärztekammern. Es begann in Hessen. Wir waren sozusagen die Blaupause, an der sich viele orientierten. Die Kritische Medizin ist dann als *Demokratische Medizin* in die Kammern eingezogen mit der Parole:

2. *Demokratische Berufspolitik statt gruppenegoistische Standespolitik (5)*

Das Eindringen der Demokratischen Ärzte und Ärztinnen in die Landesärztekammern veränderte die gesundheitspolitische Landschaft. Es verhinderte, dass die Ärzteschaft – wie zuvor – nicht mehr nur mit einer konservativen Stimme sprechen konnte. Es gab nun auch Ärzte, die sich von den gruppenegoistischen Zielen der ärztlichen Standespolitik absetzten und dazu in Opposition standen. Dabei ging das solidarische Denken der Demokratischen Ärzte über ihre unmittelbaren Berufsinteressen hinaus. Sie suchten Kontakt zu den nichtärztlichen Mitarbeitern, den Sozialversicherten und ihren Gewerkschaften sowie Patientenorganisationen. Sie organisierten sich selbst in Gewerkschaften. Sie verstanden politische Solidarität berufsübergreifend – und zwar als die Solidarität der abhängig Beschäftigten. Und ihre Absicht war es, deren Interessen innerhalb und außerhalb des Gesundheitswesens gegenüber dem Staat und dem Kapital durchzusetzen. Im Gesundheitswesen ging es um strukturelle Reformen mit dem Ziel einer humanen und sozialen medizinischen Versorgung – und es ging zugleich um demokratische Arbeitsbedingungen. Wir dachten dabei u.a. an öffentliche-kommunale Polikliniken. Das war übrigens eine Reizwort für die Standespolitiker und sie forderten uns auf: »Geht doch nach Drüben!«

3. *Medizin und Faschismus (Antifaschismus)*

Es gab nun auch Ärztinnen und Ärzte, die sich mit der Vergangenheit der Standesorganisationen in der Zeit des Faschismus beschäftigten. Wir waren bereits sensibilisiert durch die Dokumentation des Nürnberger Ärzteprozesses von Alexander Mitscherlich (6), dem Frankfurter Psychoanalytiker. Wir wollten wissen, wie unsere Vorgänger beteiligt waren an Zwangssterilisierungen, an der Tötung von Juden und Sozialisten, an der »Ausmerzung lebens-unwerten Lebens« oder an medizinischen Menschenversuchen mit tödlichem Ausgang. Wir sahen darin eine perverse Verachtung des Eids des Hippokrates. Auf den Gesundheitstagen Anfang der 1980er Jahre, an denen jeweils mehrere tausend Gesundheitsarbeiter teilnahmen, haben wir uns ausführlich mit der Medizin im Faschismus beschäftigt.
Nach heftigen Auseinandersetzungen ist es schließlich der kritischen und demokratischen Gesundheitsbewegung gelungen, die Phalanx der hart gesottenen Altnazis in der Ärzteschaft zu brechen. Erstmals gelang es Mitgliedern des vdää 1987 auf dem Deutschen Ärztetag in Karlsruhe das Thema auf die Tagesordnung zu setzen. Maßgeblich daran beteiligt war übrigens unser Vorsitzender Wulf Dietrich. 1989 hat Ellis Huber dann als Präsident der Landesärztekammer Berlin gegen heftige Widerstände den Deutschen Ärztetag in Berlin, den er ausrichtete, mit der Nazimedizin konfrontiert.
Das Thema hat sich bedauerlicher Weise nicht erledigt! In neuen Kleidern – wie aggressiven rassistischen Ressentiments – taucht es leider heute wieder auf und hat in den letzten Jahren sogar massiv zugenommen.

4. *Soziale Frage: Klassenmedizin*

In der sozialen Medizin hat es Tradition, danach zu fragen: Verteilen sich die Krankheiten in einer Gesellschaft gleich oder ungleich? Durch zahlreiche

empirische Studien – die bis zu Rudolf Virchow (7) zurückreichen – konnte belegt werden, dass die unteren sozialen Klassen auch heute noch häufiger und schwerer erkranken als die oberen. Als Ursache dafür wird den Arbeits- und Lebensbedingungen besondere Bedeutung beigemessen. Die gleiche Frage stellt sich natürlich auch für die Behandlung von Krankheiten. Das kommt besonders in der Spaltung der Versorgung in Privatpatienten und Kassenpatienten zum Ausdruck. Bernd Kalvelage (8) hat das eindrucksvoll wieder für die heutige Zeit nachgewiesen und mit persönlichen Erfahrungen aus seiner Praxis unterlegt. Dies unterstützt die These, dass der Umgang mit Krankheit und Gesundheit in einer Klassengesellschaft auch von den Gesetzen und Regeln einer Klassengesellschaft geprägt wird. Und diese Regeln folgen im Kapitalismus den Bedingungen der Akkumulation von Kapital.
Das betrifft freilich die Gesellschaft insgesamt und wird aktuell an der Polarisierung der Gesellschaft sowie der Prekarisierung der Arbeitswelt sichtbar. Aber deutlich wird das heute auch bei uns in der Krankenversorgung an den exorbitanten Profiten der Pharma- und Geräteindustrie, bei Operationen von Hüft- und Kniegelenken (bei denen im Hintergrund möglicherweise Boni eine Rolle spielen!) oder bei der Anwendung von IgeLeistungen – alles immer wiederkehrende Kritikpunkte der demokratischen Medizin. Diese Kritik ging von dem Grundsatz aus, dass Gesundheit ein Menschenrecht ist und nicht der Kommerzialisierung preisgegeben werden darf.

5. *Gesundheit: Menschenrecht statt Kommerzialisierung*

Das, was wir heute in der Krankenversorgung erleben, ist eine nicht mehr zu kontrollierende Kommerzialisierung der Medizin. (9) Der Neoliberalismus ist inzwischen auch hier voll angekommen und hat der Profitmaximierung einen neuen lukrativen Markt erschlossen. Ärztliches Handeln wird immer mehr zur Ware bzw. zu einer kommerziellen Dienstleistung. Nicht mehr der medizinische Bedarf sondern der ökonomische Profit der Leistungsanbieter bestimmt weitgehend die Regeln der Krankenversorgung, ob im Krankenhaus durch die DRG und Privatisierungen oder die IgeLeistungen in der Praxis. Die Verbetriebswirtschaftlichung des Umgangs mit kranken Menschen zerstört den hippokratischen Eid vollends. Dem widersetzt sich die demokratische Medizin seit ihren Anfängen. Als Ziel vertritt sie nämlich das Grundrecht eines jeden Menschen auf »Wohlbefinden« und einen »bestmöglichen Gesundheitszustand« und zwar in Anlehnung an die Weltgesundheitsorganisation. Sie kämpft deshalb auch mit der IPPNW gegen die Gefahren eines Atomkriegs und unterstützt soziale Bewegungen zur Durchsetzung der Menschenrechte.

6. *Internationales*

Das Menschenrecht Gesundheit lässt sich natürlich nicht auf ein Land oder eine Region beschränken – es sei denn chauvinistisches Denken bestimmt die Richtung. Menschenrechte haben internationale Geltung. Sie gelten für Bangladesch ebenso wie für die USA. Wir wissen jedoch, dass das Menschenrecht auf Gesundheit – wie andere Menschenrechte auch – in vielen Regionen unseres Globus mit Füßen getreten werden – ob das bei den sozialen Ursachen von Krankheiten oder bei der desaströsen medizinischen Versorgung geschieht. Immer wieder überziehen alte und neue Epi-demien die armen Länder, obwohl sie unter wissenschaftlichen Gesichtspunkten heute eingedämmt oder ausgerottet werden könnten. Die meisten der dort lebenden Menschen haben keinen Zugang zu einem funktionierenden Gesundheitssystem. Die Medikamente sind häufig überteuert und nicht bezahlbar. Die Pharmaindustrie verteidigt ihre Patente vehement gegen Menschenrechte und nimmt den Tod von vielen Menschen in Kauf! Und die reichen Länder profitieren von medizinischen Fachkräften aus den armen Ländern, indem sie sie als »Lückenbüßer« importieren. Das sind alles Themen, die keineswegs neu aber immer noch wichtig sind. Sie gehören zum Kern von Demokratischer Medizin und werden von *medico international* schon lange bearbeitet. Der vdää fühlt sich deshalb *medico*, das übrigens auch aus der Studentenbewegung hervorgegangen ist, eng verbunden.

7. *Kernpunkte einer Demokratischen Medizin (10)*

Als Kernpunkte einer Demokratischen Medizin werden weltweit immer wieder genannt und sollten in der Zukunft nicht vernachlässigt werden:

- Die Gesundheitsförderung wird ausgebaut, ohne die Krankenversorgung zu vernachlässigen.
- Die Krankenversorgung ist alleine am medizinischen Bedarf auszurichten und nicht an kommerziellen Interessen.
- Die gesamte Bevölkerung hat freien Zugang zur medizinischen Versorgung.
- Die medizinischen Leistungen sind für alle gleich, unabhängig von den individuellen finanziellen Möglichkeiten.
- Die Finanzierung erfolgt solidarisch und sozial gerecht in Form von Steuern oder Beiträgen.
- Patientinnen und Patienten sind als soziale Subjekte in der Krankenversorgung anzuerkennen.

Solche Kernpunkte haben universellen Charakter (11). Sie richten sich gegen die Unterwerfung der Krankenversorgung unter die Gesetze des globalen Marktes und stehen für eine Absicherung des sozialen Risikos Krankheit durch die solidarische Bereitstellung öffentlicher Güter. Sie demonstrieren, dass das Prinzip der Solidarität als Alternative

zur Kommerzialisierung der Krankenversorgung möglich ist. Und deshalb lohnt es sich auch, dafür zu kämpfen.
Mit einem Zitat aus meinem Eröffnungsvortrag auf dem Gründungskongress des vdää am 8. November 1986 möchte ich schließen. Hier heißt es: »Die Gesundheitsbewegung wendet sich gegen soziale Ungleichheit und kommerzielle Interessen im Gesundheitswesen. Sie geht davon aus, dass Kranke in der Stunde der Not ein Recht auf gleiche Versorgung haben und dass das Geschäft mit der Krankheit einzustellen ist: Die Privatisierung wird deshalb grundsätzlich abgelehnt.« (12) Das ist – wie ich meine – auch heute noch, 30 Jahre danach nicht zu korrigieren!

Anmerkungen

1 Hagen Kühn: »Kritische Medizin«, in: Jahrbuch für Kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften 49, Hamburg 2014, S. 141-156
2 Zur Disziplinierung von Hans Mausbach siehe: Hans -Ulrich Deppe: »Krankheit ist ohne Politik nicht heilbar«, Frankfurt 1987, S. 180f.
3 Der Kongress ist dokumentiert in: Hans-Ulrich Deppe u.a. (Hrsg.): »Medizin und gesellschaftlicher Fortschritt«, Köln1973
4 Hans See: »Die Gesellschaft und ihre Kranken oder Brauchen wir das klassenlose Krankenhaus«, Hamburg 1973, S. 224-246
5 Winfried Beck: »Nicht standesgemäß«, Frankfurt a.M. 2003; vdää: »Gute Medizin braucht Politik. Programmatische Grundlagen des vdää«, Maintal 2012, S. 10
6 Alexander Mitscherlich / Fred Mielke: »Medizin ohne Menschlichkeit, Dokumente des Nürnberger Ärzteprozesses«, Frankfurt 1960
7 Rudolf Virchow: »Die Not im Spessart. Mitteilungen über die in Oberschlesien herrschende Typhus-Epidemie«, Darmstadt 1968
8 Bernd Kalvelage: »Klassenmedizin. Plädoyer für eine soziale Reforma-tion der Heilkunst«, Berlin 2014
9 Hans-Ulrich Deppe: »Zur Kommerzialisierung der Krankenversorgung – Solidarische Alternativen sind möglich!«, Diskussionspapiere des Instituts für Medizinische Soziologie2011-1, April 2011; www.uni-frankfurt.de/60470505/Deppe
10 Ebenda, S. 76; vgl. auch vdää: »Gute Medizin braucht Politik. Programmatische Grundlagen des vdää«, Maintal 2012
11 Hans-Ulrich Deppe: »A situacao atual e as perspectiva dos sistemas universais des saúde«, Saude em Debate (Rio de Janeiro), 29, 2005, S. 365-370
12 Hans-Ulrich Deppe: »Gesundheitspolitik, Ärztepolitik und Gesundheitsbewegung«, Eröffnungsreferat auf dem Gründungskongress des vdää, in: Demokratisches Gesundheitswesen, Heft 12, 1986 und Heft 1, 1987 (besonders S. 20); ders.: »Soziale Verantwortung und Transformation von Gesundheitssystemen, Frankfurt 1996, S. 49

www.vdaeae.de

IN EIGENER SACHE

Als VdPP haben wir uns in diesem Jahr auf der Mitgliederversammlung intensiv mit der INTERPROFESSIONELLEN ZUSAMMENARBEIT befasst.
Einer der eingeladenen Referenten, Thomas Klatt, Mitarbeiter der Martin-Luther Universität Halle-Wittenberg und Experte im Bereich für die Zusammenarbeit zwischen Pflegekäften und Pharmazeut*innen, hat uns über sein Projekt informiert. Dafür sucht er Interviewpartner. Insbesondere sucht er noch Pharmazeut*innen und Ärzt*innen die bereit sind, ein Interview zu geben. Aber auch Mitarbeiter*innen aus dem pflegerischen Bereich sind herzlich willkommen.

Das Gespräch bedarf keiner Vorbereitungen und dauert ca. 45-60 Minuten.
Bitte wenden Sie sich direkt an

Thomas Klatt: E-Mail: thomas.klatt@uk-halle.de oder Telefon: 0345 557-1203

Republik der Rezeptsammelstellen?

Von Dr. Udo Puteanus

Eine Provinzposse aus Westfalen-Lippe bringt mich ins Grübeln. Da gibt es im Kammerbezirk eine einzige Zweigapotheke, die laut Apothekengesetz mindestens aus einer Offizin, ausreichendem Lagerraum und einem Nachtdienstzimmer bestehen muss. Eine Mindestgröße ist nicht vorgegeben, auch ein Labor ist nicht Pflicht. Die Zweigapotheke kann von einem Angestellten der Apotheke, die die Zweigapotheke betreibt, „geleitet" werden, eine Filialleitung ist nicht notwendig. Ja sogar eine ausschließliche Anwesenheit einer Pharmazieingenieurin ist möglich; diese hat allerdings keine Vertretungsbefugnis.

Apotheke, Filialapotheke, Zweigapotheke ?!

Nun gab es in Westfalen-Lippe Streit unter Apothekern, da diese Zweigapotheke seit den siebziger Jahren des letzten Jahrhunderts nicht ein einziges Mal Notdienst gemacht hatte. Pikanterweise gehörte die Zweigapotheke zur Apotheke des langjährigen Kammerpräsidenten aus Westfalen-Lippe. Aber das nur am Rande.
Interessant ist die Diskussion der Apotheker darüber, warum man eine Zweigapotheke genehmigt habe, die das Apothekengesetz ja nur in besonderen Situationen vorsehe; man könne doch viel effektiver und zur Beruhigung der Konkurrenzapotheker eine Rezeptsammelstelle eröffnen und die Zweigapotheke schließen. Die Leerung der Rezeptsammelboxen werde reihum unter den ortsnahen Apotheken turnusmäßig aufgeteilt.

Auch in Hessen sind Rezeptsammelstellen scheinbar die richtige Lösung nach Apothekenschließungen. Der Chef des Hessischen Apothekerverbandes, Holger Seyfarth, und der Hessische Kammer-Geschäftsführer Ulrich Laut lassen sich von der DAZ online zur Versorgung durch Rezeptsammelstellen zitieren: „Unsere Botschaft ist: Auch dort gewährleisten die hessischen Apotheken die flächendeckende Versorgung, obgleich dies mit teils hohem Aufwand für die einzelnen Betriebe verbunden ist". https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/news/artikel/2019/08/19/hessen-16-126-aeltere-menschen-ohne-apotheke-in-der-gemeinde/chapter:2.

Gerade in Bundesländern mit geringer Bevölkerungsdichte wird das Instrument der Rezeptsammelstelle von den Apotheken gern genutzt, z. B. wenn eine Landapotheke geschlossen wird. So war es auch in Hüffenhardt, wo DocMorris mit seiner Automatenapotheke einstieg (und juristisch scheiterte). Darüber nachzudenken, ob vielleicht eine Zweigapotheke die bessere Alternative zur ordnungsgemäßen Arzneimittelversorgung der Bevölkerung wäre, insbesondere aufgrund der face to face-Information und -Beratung, eine solche Diskussion findet in der Regel nicht statt. Stattdessen wird erklärt, trotz abnehmender Zahl an Apotheken sei die flächendeckende Versorgung gewährleistet.

Weiter gedacht würden wir bei einem zusätzlichen Rückgang der Apothekenzahlen zu einem Land der Rezeptsammelstellen werden – zumindest im ländlichen Raum. Wie aber passt das zusammen mit den gebetsmühlenartigen Stellungnahmen aus der Apothekerschaft, dass nur eine Präsenzapotheke die ordnungsgemäße Arzneimittelversorgung sicherstellen könne, der Versand oder der massenhafte Botendienst könnten dies aber nicht.

Rezeptsammelstellen als scheinbar richtige Lösung nach Apothekenschließungen

Zur ordnungsgemäßen Arzneimittelversorgung per Apotheken gehört laut Apothekengesetz die Ausstattung von Apotheken mit Labor und Rezeptur. Abgespeckte Zweig- und Notapotheken brauchen dies nicht, sind deshalb preisgünstiger und würden ihre pharmazeutischen Dienstleistungen auf Information und Beratung konzentrieren. Für die Bevölkerung in kleinen Ortschaften würde dies völlig reichen, um über Arzneimittel mit einem Gegenüber sprechen zu können. Eventuelle Rezepturen stehen aus der Hauptapotheke sechs bis 24 Stunden später in einer solchen Zweig- oder Notapotheke zur Verfügung. Schneller wird es auch der Botendienst nicht schaffen.

Warum also werden Rezeptsammelkästen aufgestellt?

Warum setzt sich die Apothekerschaft nicht dafür ein, dass vermehrt Zweig- oder Notapotheken zum Einsatz kommen? Oder sogar die Integration der Arzneimittelversorgung in gesundheitliche Primärversorgungszentren? Nach eigenen Aussagen wäre dadurch doch eine Arzneimittelversorgung sehr viel besser und menschlicher als durch Versand

per Versandapotheke oder per Botendienst. Natürlich müssen solche Kleinst-Apotheken Notdienst wie die anderen machen, wenn man das jetzige Notdienstsystem der Apotheken als Weisheit letzter Schluss betrachtet. Aber das ist eine andere Frage.

Wenn es auf die menschliche Zuwendung ankommt, auch bei der Arzneimittelversorgung, dann müssen Menschen vor Ort sein, Fachleute, die Auskunft geben können und direkt helfen, die sich sorgen, wenn Hilfe notwendig wird. Vielleicht nicht nur in Zweig- oder Notapotheken, vielleicht geht das auch in neuartigen Primären Gesundheitsversorgungseinrichtungen; solche Beispiele gibt es bereits in anderen Ländern.

Durch das e-Rezept werden Rezeptsammelstellen bald überflüssig und kein Diskussionsthema mehr sein. Was aber bleibt auf der Tagesordnung? Auf die menschliche Kommunikation und Zuwendung kommt es an – auch bei der Arzneimittelversorgung. Eine Apothekerschaft in einer Republik der Rezeptsammelstellen oder der kommerzanfälligen e-Rezepte wird dies nicht leisten.

TERMINE

VdPP – Herbstseminar:
31. Oktober, Berlin
Pharmazie in sozialer Verantwortung
Notwendige Arzneimittel für alle – solidarisch finanziert!
http://www.vdpp.de/termine/

Fachkonferenz der dpgg:
11. November, Berlin
Deutsche Plattform für Globale Gesundheit
Öffentlich-Private Partnerschaften in der globalen Gesundheit
https://www.plattformglobalegesundheit.de/win-win-oder-win-loose/

GAA - Jahrestagung:
21. - 22. November, Bonn
Jahrestagung der Gesellschaft für Arzneimittelanwendungsforschung
Und Arzneimittelepidemiologie
https://www.gaa-arzneiforschung.de/e1256/e3434/e3441/index_ger.html

Kongress Armut und Gesundheit:
8.-10. März 2020, Berlin
Politik macht Gesundheit
Gender im Fokus
https://www.armut-und-gesundheit.de/

Memento Preis:
11. März 2020, Berlin
Memento Preis für vernachlässigte Krankheiten
"Politischer Wille"
https://memento-preis.de/

Interview zum PTA-Reformgesetz

Der VdPP spricht mit Kerstin Wahlbuhl über den aktuellen Referentenentwurf zum Beruf der PTA . Als Mitglied der Arbeitsgruppe Theoretische und Praktische Ausbildung der Deutschen Pharmazeutischen Gesellschaft (DPhG) hat sich Frau Wahlbuhl intensiv mit den PTA-Ausbildungsänderungen beschäftigt, da sie eine derjenigen ist, die die PTA-Ausbildung nach rechtlichen Vorschriften realisieren muss. Mit dem Gesetz soll das Berufsbild und die Ausbildung zum PTA im Hinblick auf die geänderten Anforderungen der Apothekenpraxis reformiert werden. Wir sind uns einig, dass das notwendig ist, trotzdem hapert es. Darüber wollen wir sprechen.

VdPP: Frau Wahlbuhl, denken Sie, dass der Vorschlag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) ausreicht, um das Bild des PTA attraktiver zu machen, um so auch dem Fachkräftemangel in der Apotheke entgegenzuwirken?

Frau Wahlbuhl: Generell ist ein Beruf mit seiner Ausbildung verknüpft. Ich möchte aber deutlich zwischen Beruf und Ausbildung unterscheiden. Für die Attraktivität des Berufes zählen zunehmend mehr die Arbeitsbedingungen wie Arbeitszeiten, Vereinbarkeit mit Familie oder auch Freizeitgestaltung, die Höhe des Gehaltes und die entgegengebrachte Wertschätzung. Ein Gesetz zur Ausbildung - konkret das PTA-Reformgesetz – regelt die Bedingungen für den Weg in diesen Beruf, aber nicht den Beruf selbst. Die Attraktivität einer Ausbildung wird dadurch beeinflusst, wie dieser Weg in den Ausbildungsstätten umgesetzt wird. Attraktivitätssteigernd sind ein größerer Praxisbezug und die Anpassung an die derzeitigen und zukünftigen Tätigkeiten. Das ergibt sich im PTA-Reformgesetz insbesondere durch die neu aufgenommenen Unterrichtsstunden für „Übungen zur Abgabe und Beratung" bei gleichzeitiger Kürzung der Fächer „Allgemeine und pharmazeutische Chemie", „Chemisch-pharmazeutische Übungen" und „Übungen zur Drogenkunde" . Dadurch sollen die zeitgemäß wichtigen Kompetenzen gestärkt werden. Zudem werden im PTA-Reformgesetz die Stunden der allgemeinbildenden Fächer ersetzt durch „Verfügungsstunden für ergänzendes

Lehrangebot der Schule". Das bedeutet, dass das Angebot der Schule flexibel an die Schüler und auch an die Bedürfnisse des Standorts angepasst werden kann. Insgesamt wird die Ausbildung tatsächlich attraktiver.

Wenn der PTA weiter professionalisiert wird, wie es im Entwurf heißt, was unterscheidet dann den Apotheker vom PTA? Wo sollen die Grenzen gezogen werden?

Grundsätzlich bleiben die bisherigen Grenzen, denn weiterhin gilt für den Beruf des Apothekers die Bundes-Apothekerordnung, für die PTA gilt das PTA-Gesetz, und für das gemeinsame Arbeiten in der Apotheke gilt die Apothekenbetriebsordnung. Professionalisierung der PTA bedeutet Kompetenzerweiterung, um die aktuellen und zukünftigen Herausforderungen noch besser bewältigen zu können. Zu diesen neuen Herausforderungen gehört zum Beispiel die Erweiterung der pharmazeutischen Dienstleistungen. Professionalisierung der PTA bedeutet nicht eine gleichzeitig erfolgende „Minder-Professionalisierung" von Apothekern.

Der Entwurf spricht auch die Verlängerung der Ausbildung auf insgesamt 3 Jahre an. Zwingende Gründe für eine Verlängerung der Ausbildung sieht das BMG aber nicht. Vor allem die Umstrukturierung der Schulen und Lehranstalten wird als kritisch gesehen. Der PTA soll also mehr Verantwortung übernehmen, bei gleichbleibender Ausbildungszeit. Halten Sie das für realistisch?

Direkt nach der Ausbildung kann eine PTA keine Verantwortung übernehmen. Jedoch nach einigen Berufsjahren können versierte PTA mit zunehmender Erfahrung und entsprechenden Fortbildungen durchaus Verantwortung in einzelnen Bereichen übernehmen. Diese Übernahme von mehr Verantwortung - als bisher - kann nur der Verantwortliche, prinzipiell der Apothekenleiter, beurteilen. Eine Verlängerung der Ausbildungszeit auf drei Jahre würde die Ausbildung für viele Interessierte nicht attraktiver machen, schließlich ist sie mit höheren Kosten verbunden. Außerdem könnten bei gleichbleibender Ausbildungskapazität letztendlich 20 Prozent weniger PTA an den Schulen ausgebildet werden, was den Fachkräftemangel verstärken würde. Insgesamt ist gegenüber den Berufsjahren länger tätiger PTA die Ausbildungszeit relativ gering. Gerade sehr junge PTA-Schul-Absolventen entwickeln sich in den nachfolgenden

Berufsjahren weiter. So widerspricht eine gleichbleibende Ausbildungszeit nicht einer zunehmenden Verantwortungsübernahme.

Wie steht der PTA gegenüber anderen Ausbildungsberufen im Gesundheitswesen da? Bei Pflegekräften wird ja sogar über eine Akademisierung gesprochen.

Als akademisierte Fachkraft haben wir in den Apotheken die Apotheker. Der Zugang zu diesem Beruf steht allen offen: Grundsätzlich ist keinem verboten, das Abitur zu machen und dann zu studieren. Ein akademisierter PTA-Beruf versperrt allerdings den Realschulabsolventen den Zugang, wodurch der Fachkräftemangel vergrößert würde. Im Vergleich zu anderen Ausbildungsberufen im Gesundheitswesen sind PTA bei der Apotheken-Kundschaft auch ohne Akademisierung angesehen.

Wie steht es um das Gehalt? Zur Zeit verdient ein PTA (Berufsanfänger) 12€ pro Stunde. Ist das gerechtfertigt?

Um das PTA-Gehalt steht es schlecht – genau wie bei den anderen Apothekenberufen. Die PKA verdienen bekanntlich so wenig, dass kaum männliche „Versorger" diesen Beruf erlernen. Selbst die angestellten Apotheker verdienen im Vergleich zu anderen akademischen Berufen wie Juristen oder Ingenieuren erschreckend wenig. Leider lässt die finanzielle Lage vieler Apothekeninhaber oftmals kein höheres Gehalt zu. Hierzu ist die Standespolitik gefragt.

Was sagen Sie zur Schulgeldfreiheit? Würde das den Beruf aus Ihrer Erfahrung attraktiver machen?

Wie bei der ersten Frage möchte ich zwischen Beruf und Ausbildung unterscheiden. Nicht der Beruf, aber die Ausbildung wird attraktiver – zumindest der Beginn dieser Ausbildung.

Denn leider müssen wir eine zunehmende Abbrecherquote verzeichnen: dazu gehören PTA-Schüler, die von den Eltern zu dieser Ausbildung gedrängt wurden, sowie eine steigende Anzahl an Schülern, die im Laufe der Ausbildung merken, dass ihnen Voraussetzungen zum Lernen fehlen. Letztlich ist nicht jeder angemeldete Schüler automatisch nach zweieinhalb Jahren fertiger PTA. Die Schulgeldfreiheit ist wünschenswert, damit Interessierte nicht zu anderen Ausbildungen abwandern. Aber Schulgeldfreiheit darf nicht dazu führen, dass bei der Ausbildung übermäßig gespart wird. Von vielen Schulen kennt man den Sanierungsstau maroder Schulgebäude, Eltern schulpflichtiger Kinder kennen den Materialmangel – und das damit verbundene häufige Einsammeln von „Kopiergeld". Das übermäßige Sparen würde außerdem zu Qualitätseinbußen führen, weil notwendige Investitionen wie zum Beispiel in moderne Computer, aktuelle Rührsysteme, neue Analysengeräte und Übungsapotheken nicht getätigt werden könnten. Auch die Mitarbeiter in den PTA-Schulen benötigen angemessenes Gehalt. Das Sparen am Personal darf nicht dazu führen, dass die lehrenden Apotheker in der PTA-Ausbildung durch geringer bezahlte PTA oder Berufsfremde ersetzt werden. Das ist für eine fundierte, praxisnahe Ausbildung kontraproduktiv.
Hinzufügen möchte ich, dass das Schulgeld ergänzend zur Schulfinanzierung von den Schulen verlangt wird und nur einen – oftmals kleinen - Teil der Ausbildungskosten ausmacht.

Was muss aus Ihrer Sicht noch getan werden, um den Beruf des PTA attraktiver zu gestalten, damit die pharmazeutische Versorgung in der Apotheke der Zukunft nicht zum Erliegen kommt?

Zusammengefasst sind für die Attraktivität des PTA-Berufes die Arbeitsbedingungen entscheidend wie Arbeitszeiten, Vereinbarkeit mit Familie und Freizeitgestaltung, Gehaltshöhe und die entgegengebrachte Wertschätzung. Leider wird die Freude an der Arbeit zunehmend durch die vielen formalen Kriterien bei der Arzneimittelabgabe getrübt. Um dem PTA-Mangel entgegenzuwirken ist die Anpassung der Ausbildung wichtig, damit die PTA zeitgemäße Kompetenzen erlangen. Für die Attraktivität des PTA-Berufes ist die Ausbildung selbst eben nur ein Aspekt unter diversen anderen.

Liebe Frau Wahlbuhl, danke für das Gespräch.

Das Gespräch führte Esther Luhmann, VdPP-Vorstandsreferentin.

Frau Wahlbuhl ist Apothekerin mit diversen abgeschlossenen Fachapotheker-Weiterbildungen. Sie ist die Vorsitzende der Arbeitsgruppe Theoretische und Praktische Ausbildung der Deutschen Pharmazeutischen Gesellschaft (DPhG-AG TuPA) und hat sich intensiv mit den Entwicklungen zur PTA-Ausbildung befasst. Praktische Erfahrungen hat sie im Unterrichten von PTA-Schülern an den Sabine Blindow-Schulen in Hannover seit vielen Jahren sowie durch Tätigkeiten in weiteren pharmazeutischen Bereichen, u.a. diversen Apotheken.

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird nur die männliche Form der Berufe Apotheker und PTA verwendet. Weibliche und anderweitige Geschlechteridentitäten werden dabei ausdrücklich mitgemeint.

Pharmazie in sozialer Verantwortung

VdPP

NEUE ADRESSE

VdPP

Verein demokratischer
Pharmazeutinnen und Pharmazeuten

Geschäftsstelle Gudrun Meiburg
Goldbekufer 36

22303 Hamburg

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.

MEHR INFORMATIONEN, ARTIKEL UND AKTUELLE TERMINE FINDEN SIE UNTER

WWW.VDPP.DE

VORSTAND

Daniel Fleer
fleer@vdpp.de

Thomas Hammer
hammer@vdpp.de

Udo Puteanus
puteanus@vdpp.de

Bernd Rehberg
rehberg@vdpp.de

NÄCHSTER RUNDBRIEF

Der nächste VdPP-Rundbrief erscheint im Januar 2020. Redaktionsschluss ist am 30. November 2019.