

Das persönliche, direkte Gespräch in der Apotheke vor Ort laut Ursula Funke unabdingbar

Am 9. und 10. November lud die Landesapothekerkammer Hessen zur 101. Zentralen Fortbildung in die Universitätsstadt Gießen ein. Auch dieses Mal nahmen mehrere hundert Apotheker an der renommierten, zwei Mal jährlich stattfindenden Vortragsveranstaltung teil. Namhafte Referentinnen und Referenten aus den Bereichen Pharmazie und Medizin beleuchteten diesmal das Thema „Skelett und Bewegungsapparat“.

Zur Begrüßung gedachte Ursula Funke, Präsidentin der Landesapothekerkammer Hessen, dem Mauerfall, der sich am 9. November 2019 zum 30. Mal jährte. Dieses ganz besondere Ereignis sei dem Mut und der Energie der Bürgerinnen und Bürger in der DDR zu verdanken. Ein gutes Beispiel für ein harmonisches Zusammenwachsen sei die Pharmazie in Ost und West. Seit drei Jahren würde die gesamtdeutsche Apothekerschaft durch das EuGH-Urteil zur Preisbindung in ihren Grundfesten erschüttert.

Gleichpreisigkeit noch nicht wiederhergestellt

Die Bundesregierung habe trotz Verankerung im Koalitionsvertrag und der Aufforderung des Bundesrats das Rx-Versandverbot bisher nicht umgesetzt. Der hessischen Landesregierung und Sozialminister Klose dankte Funke für die vielen konstruktiven und intensiven Gespräche.

Direkt vor dem Deutschen Apothekertag habe der Bundesrat in seiner Stellungnahme zum Apotheke-vor-Ort-Stärkungsgesetz erkannt, dass zur Wiederherstellung der Gleichpreisigkeit das RxVV notwendig sei. Man könne daher festhalten, dass die Politiker auf Landesebene näher an den Menschen und ihren Bedürfnissen seien. Wie wichtig den Bürgern die flächendeckende Arzneimittelversorgung durch wohnortnahe Apotheken sei, zeige auch der riesige Erfolg der Petition des Pharmaziestudenten Benedikt Bühler.

Der Bundesrat habe sozusagen die Steilvorlage geliefert, daher habe sie gemeinsam mit ihrem bayerischen Kollegen Thomas Benkert einen Ad-hoc-Antrag zum Rx-Versandverbot initiiert, der dann von zahlreichen Apothekertagsdelegierten aus ganz Deutschland gestellt worden sei. Funke kritisierte erneut, dass Bundesgesundheitsminister Jens Spahn nach wie vor die angekündigte Alternative gleicher Wirkung (uneingeschränkte Gleichpreisigkeit) zum Rx-Versandverbot schuldig geblieben sei. Sein Auftreten auf dem Apothekertag sei sehr ernüchternd gewesen. Er habe erklärt, wenn die Apothekerschaft der Meinung sei, die Länder könnten einen besseren Gesetzesentwurf vorlegen, sollte sie die Länder beauftragen, er würde dann jedoch nichts mehr tun und abwarten. Funke erklärte, die hessische Kammer lasse sich keinen Maulkorb verhängen, vielmehr sei es die Aufgabe und Pflicht einer Körperschaft im Land, kontinuierlich mit der Landesregierung im Dialog zu stehen, Probleme zu thematisieren und Lösungen anzubieten. Sie habe sich auch in der Diskussion beim DAT nach der Frage der Gleichpreisigkeit konfrontiert, die es entweder – wie bei der Schwangerschaft – ganz oder gar nicht gäbe, er habe lapidar geantwortet, seine 90 Prozent Gleichpreisigkeit sei doch besser als nichts.

Durch den Weg über Brüssel sei derzeit vollkommen unklar, ob oder wann das Kanzleramt den Gesetzesentwurf zur Stärkung der Vor-Ort-Apotheken (VOASG) in den Deutschen Bundestag einbringe. Neben der unverzichtbaren Gleichpreisigkeit gäbe es noch zwei wichtige weitere Baustellen im Gesetzesentwurf: Man bräuchte ein Makelverbot von Rezepten auch für Dritte, insbesondere im Zusammenhang mit dem e-Rezept, die von Spahn vorgesehenen Versandautomaten müssten ersatzlos verschwinden.

Weiteres Gesetzgebungsverfahren kritisch begleiten

In ihrer eindringlichen Ansprache bat Ursula Funke alle Apotheker neben der Forderung nach Gleichpreisigkeit besonders in Bezug auf die Themen Makelverbot und Versandautomaten mit den Abgeordneten in ihren Wahlkreisen im Gespräch zu bleiben. Es sei sinnvoll, gerade auch diejenigen anzusprechen, die auf den ersten Blick nicht viel mit Gesundheitspolitik zu tun haben. Ihnen müssten Sachverhalte erklärt werden, damit sie verstünden, welche Auswirkungen es auf die Bürger und Apotheken im Wahlkreis habe, wenn etwa Wiederholungsverordnungen über e-

Rezepte ohne Makelverbot ausgestellt würden. Ein Makelverbot sei unabdingbar. Sie bedauerte, dass Bundesgesundheitsminister Spahn nicht bereit war, das Makelverbot ebenfalls im Masernschutzgesetz unterzubringen. Daher müsse das weitere Gesetzgebungsverfahren sehr deutlich und sehr kritisch begleitet werden.

Persönliches Beratungsgespräch durch nichts zu ersetzen

Ursula Funke richtete das Augenmerk noch auf die bereits verabschiedeten Änderungen der Arzneimittelpreis- und Apothekenbetriebsordnung und fokussierte hier auf die Neuregelungen beim Botendienst, der nun grundsätzlich und nicht mehr nur im Einzelfall möglich ist. Funke grenzte diesen klar von den Fällen ab, wie sie derzeit tagtäglich in jeder Apotheke durchgeführt werden. Die aktuellen Pläne zum Botendienst sähen die „face to face“-Beratung in der Apotheke nicht mehr unbedingt vor, es könne auch ein Gespräch per Videotelefonie geführt werden. Dass die Patienten sich den persönlichen Kontakt somit ganz „ersparen“ könnten, gebe ihr sehr zu Denken. Damit werde der Boden für eine Arzneimittelversorgung außerhalb der Apotheke und zur Trivialisierung des Arzneimittels bereitet und – wenn diese Versorgungsform sich etabliere – werde die Apotheke nur noch ein gutes und gesichertes Arzneimittellager sein. Dies sei jedoch nicht ihre Auffassung von Pharmazie, mahnte Funke, und sie sei überzeugt, gerade auch nicht Kolleginnen und Kollegen, die sich hier zur Fortbildung einfinden würden. Sichere Arzneimittelversorgung, zu der die individuelle und persönliche Beratung und Betreuung gehört, müsse im Regelfall *in* der Apotheke und nicht an der Haustür und nicht per Videotelefonie stattfinden.

Zusammenhalt für eine flächendeckende Versorgung

Ursula Funke betonte außerdem die bedeutende Rolle der persönlichen Begegnung des Apothekers mit den Patienten – an allen Orten. Niedersachsen sei hier voran gegangen und habe nun den Apotheker auf Station gesetzlich verankert. Der Vorstand sei hierzu auch mit dem Ministerium im Gespräch.

Eine flächendeckende Versorgung anzubieten sei besonders im ländlichen Raum eine Herausforderung. Gemeinsam mit den Ärzten müsse die Apothekerschaft Lösungen finden. Funke stellte heraus, dass der Berufsstand der Apotheker zusammenhalten und geeint nach Antworten suchen müsse. Sie schloss mit den Worten: „Wir wollen gute Pharmazie, wir wollen unsere Kunden gut beraten und umfassend betreuen, und hierfür ist die Apotheke in der Offizin und im Krankenhaus der richtige Platz. Um dies leisten zu können, muss der Gesetzgeber jedoch die notwendigen Rahmenbedingungen erhalten bzw. schaffen“.

Im ersten Vortrag ging **Dr. Meike Welz**, NADA, auf Anti-Doping-Bestimmungen, Aufbau und Entstehung der Verbotsliste und Ausnahmemöglichkeiten für chronisch kranke Sportler ein. So gebe es beispielsweise für Asthmatiker durchaus auch im Sport zulässige Beta2-Blocker, die in einer festgelegten Tageshöchstdosis angewandt werden dürfen. Auch insulinpflichtige Diabetiker dürften – auch wenn Insulin auf der Verbotsliste steht – an Wettkämpfen teilnehmen. Möglich macht dies eine Ausnahmegenehmigung, die bei der NADA beantragt werden müsse. Bei Dopingkontrollen müssten solche Substanzen offengelegt werden. Sie machte deutlich, unter welcher rigider Überwachung Spitzensportler stünden und dass inzwischen auch im Freizeitsportbereich wie bei Volksläufen, Dopingproben genommen würden. Dr. Welz appellierte an die Apotheker, insbesondere Freizeitsportler auf die Gefahren durch Einnahme von z. B. NSAR vor und während sportlicher Belastung zu sensibilisieren, da die Schmerzmitteleinnahme in diesem Bereich erschreckend hoch sei. Das Thema Nahrungsergänzungsmittel sei sehr schwierig zu Händeln, über die sog. Kölner Liste könnten sich Sportbegeisterte über getestete und somit „saubere“ Nahrungsergänzungsmittel informieren.

Professor Nurcan Üçeyler, Uni Würzburg, machte deutlich, dass das Fibromyalgie-Syndrom sehr heterogen sei und es zur Diagnose immer noch keine objektiven Marker gebe. Die Patienten hätten an verschiedenen Stellen Schmerzen, dieser könne sehr lokal, stark verteilt oder am ganzen Körper auftreten. Es sei ein chronisch, tief sitzender Muskelschmerz, der oft auch

wandere. Zusätzlich träten Symptome wie Schlafstörungen, Steifigkeit oder Erschöpfung auf. Es gebe mittlerweile erste Hinweise, dass eine Degeneration kleiner Nervenfasern für eine Ursache für die Erkrankung sei. Die Behandlungsdomäne liege nicht in der Pharmakotherapie sondern physikalischen Anwendungen wie Balneotherapie, Physiotherapie aber auch körperlicher und sozialer Aktivität und psychologischer Verfahren. Nach Möglichkeit solle ein multimodaler Ansatz gewählt werden. In Deutschland gebe es – anders als in den USA – bisher keine zugelassenen Arzneimittel für Fibromyalgie.

Dr. Franziska Gladisch fokussierte in ihrem Vortrag die verschiedenen Schmerzarten und ging im Anschluss auf LWS- und HWS-Syndrom ein. Meist seien Rückenschmerzen durch unseren modernen Lebensstil verursacht: Bewegungsmangel, falsche Haltung, Übergewicht und Stress machen sich oft als Rückenschmerzen bemerkbar. Das Vermeiden von Aktivität bei erstmaligem Auftreten von Schmerzen sei die falsche Reaktion, da Bewegungsmangel die Muskulatur schwächt und die Schmerzsituation so verschlimmere. Auch das chronische HWS-Syndrom sei auf eine meist degenerative Veränderung der tragenden Strukturen zurückzuführen. Durch das „Dichtmachen“ der Muskulatur träten auch das Phänomen eingeschlafener Hände oder Arme auf, was für die Betroffenen meist ängstigend sei. Durch Bewegung, Physiotherapie/Krankengymnastik könne man die Muskelstrukturen gut wieder auflockern. Es sei eher kritisch zu sehen, wenn es in einzelnen Fingern kribbele – dies sei für sie als Ärztin ein Warnsignal. Sie wies auch darauf hin, dass die Manifestation chronischen Schmerzes bereits nach 6 Wochen beginne.

Professor Stefan Rehart, Frankfurt, sensibilisierte dafür, dass Arthrose insbesondere zu Beginn oft mit Rheuma verwechselt werde. Im Gegensatz zu Rheuma sei Arthrose aber keine entzündliche Erkrankung, sondern eine degenerative Gelenkzerstörung durch den Verlust von Knorpel. Dies könne alle Körperregionen betreffen. Er hob mehrfach deutlich hervor, dass sämtliche zur Regeneration des Knorpels angepriesenen Substanzen nicht wirksam seien. Die Diagnostik müsse über Röntgen in zwei Ebenen erfolgen – dies und nichts anderes sei der Standard – in Ausnahmen könne dann noch ein MRT nachgeschaltet werden. Ein multimodales Therapiekonzept sei angezeigt. Hierzu zählten u. a. Bewegung, Gewichtsreduktion, Krankengymnastik, Ergotherapie, Orthopädietechnik, Balneotherapie, Psychologie, Selbsthilfegruppen, Hilfsmittelversorgung, Osteoporosetherapie, Coxibe. Symptomatisch könne auch mit Salben, Heilerde Moor, Franzbranntwein usw. behandelt werden. Salben kämen an Knie und Fingern durchaus an (Eindringtiefe 5-6 cm), an Hüfte und Schulter weniger. Ein endoprothetischer Ersatz sei für Patienten mit sehr stark zerstörten Gelenken ein Segen. Es sollte dann aber ein erfahrener Operateur, z. B. in einem zertifizierten Endoprothese-Zentrum gewählt werden.

Professor Manfred Schubert-Zsilvecz, Frankfurt, ging in seinem Vortrag auf die Therapie der Osteoporose ein. Die Leitlinien zu Prophylaxe, Diagnostik und Therapie der Osteoporose seien zuletzt 2017 aktualisiert worden. Für die spezifische Osteoporose-Therapie sollten Arzneimittel eingesetzt werden, die die Frakturrate nachweislich senken. Er machte darauf aufmerksam, dass in Deutschland eine Unterversorgung von Osteoporose-Patienten bestehe, obwohl es ausreichend gut wirksame Arzneistoffe gebe. Risikopatienten sollten ihre Koordination und das Gleichgewicht schulen und ihre Muskelkraft fördern, da über die Arbeit der Muskeln auch die Knochen stimuliert würden. Die Basistherapie bestehe aus einer ausreichenden Calcium-Aufnahme aus der Nahrung und 800-1000 I.E. Vitamin D-Supplement. Bei Gesunden solle keine Supplementierung von Calcium erfolgen, außer die Aufnahme über die Nahrung reiche nicht aus. Es gebe keine Indikation zur Primärprophylaxe mit 1000 mg/d, die Knochendichte und das Frakturrisiko würden kaum beeinflusst. Auch eine isolierte Vitamin D-Zufuhr sei nicht sinnvoll. Bei über 65jährigen mit erhöhtem Risiko für einen Vitamin D-Mangel sei allerdings eine Supplementierung sinnvoll. Im Weiteren ging er auf die zugelassenen Medikamente ein und wies darauf hin, dass eine Bisphosphonat-Therapie auch länger als 3 – 5 Jahre erfolgen könne. Für Teriparatid gelte zu beachten, dass hiermit maximal 24 Monate therapiert werden dürfe und das auch nur einmal.

Im letzten Vortrag ging **Dr. Peter Reichardt**, Berlin, auf Weichteilsarkome, gastrointestinale Stromatumore (GIST) und Knochentumore ein. In einem sehr wissenschaftlichen Vortrag stellte er verschiedene Zahlen zur Häufigkeit, Verteilung, Metastasierung und Überlebenschancen vor. Die Weichteilsarkome betrafen ca. 1 % der Krebserkrankungen von Erwachsenen, etwa 10 % der Erkrankten hätten zum Diagnosezeitpunkt bereits Metastasen entwickelt, häufig in der Lunge, sehr selten auch in Lymphknoten. Das mediane Überleben habe sich auf 20 Monate erhöht. Die Erstlinientherapie bildeten die Anthracycline. Lokalisierte GIST würden operativ entfernt, bei niedrigem Rezidivrisiko erfolge keine adjuvante Therapie. Bei Rezidivrisiko oder der metastasierten Formen komme Imatinib zum Einsatz. Knochentumore bildeten zu 90 % Mikrometastasen. Der Nachweis erfolge radiologisch. Nach der Bildgebung oder Biopsie schließe sich eine neoadjuvante Chemotherapie an, gefolgt von einer Lokaltherapie und adjuvanter Chemotherapie