

Pharmazie
in sozialer
Verantwortung



Rundbrief des
Vereins demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten

Einladung
zur Mitgliederversammlung

Interprofessionelle Zusammenarbeit:

Pharmazie wozu?

Für die Patienten natürlich!

Multiprofessionell

Vernetzt

Sozial

**Mitgliederversammlung
und Fachtagung**

Hamburg, 22. und 23. Juni 2019





Interprofessionelle Zusammenarbeit:

Pharmazie wozu?

Für die Patienten natürlich: Multiprofessionell - Vernetzt - Sozial

Samstag, den 22. Juni 2019

9.30 - 17.00 Uhr

Fachtagung in der ehemaligen Viktoria Kaserne, Hamburg Altona

Arzneimitteltherapie muss sicher sein. Je mehr Arzneimittel angewendet werden, desto komplexer werden die Herausforderungen an einen sehr sorgfältigen, gut informierten Umgang mit ihnen. Für die Patient*innen kann es riskant werden, wenn die Zusammenarbeit der Professionellen nicht funktioniert.

Seit Jahren wird immer deutlicher wahrgenommen und aufgezeigt, dass das übliche unorganisierte „Aneinandervorarbeiten“ den Bedürfnissen der Patient*innen nicht gerecht wird. Zugleich werden die vielen

beruflichen Kompetenzen unzureichend genutzt. Offensichtlich gibt es Hürden, die nur schwer zu überwinden sind.

Auf der Fachtagung des VdPP wollen wir diese Hürden beleuchten sowie derzeit aktuelle Lösungsansätze vorstellen. Die politischen und interprofessionellen Konfliktlinien sollen diskutiert werden. Unser Ziel ist, im Sinne einer sozialen Pharmazie, eine Strategie zur Überwindung der Hindernisse zu entwickeln.

Referent*innen:

Erika Feyerabend, Sozialwissenschaftlerin und freie Journalistin (Gastvortrag)

Birgit Vogt, Diplom Pharmazeutin, MSc, Referentin Aktionsplan Arzneimittelsicherheit, Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft

Thomas Klatt, Wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft, Universitätsklinikum Halle (Saale)

Gruppenleiter*innen des Worldcafés

Kai-Uwe Helmers, Niedergelassener Hausarzt, in Hamburg

Dr. Gesine Picksak, Fachapothekerin für Arzneimittelinformation, Zentralapotheke der Medizinischen Hochschule Hannover,

Aleksandar Milosevic, Bundesverband der Pharmaziestudierenden in Deutschland (BPhD)

Wir bitten um Anmeldung über das Anmeldeformular auf www.vdpp.de oder per Email info@vdpp.de.

Tagungspauschale 20 € (Verpflegung und Rahmenprogramm)

Für die Fachtagung gibt es 7 Fortbildungspunkte von der Apothekerkammer Hamburg..

05 / 2019

30. Jahrgang

104

Pharmazie
in sozialer
Verantwortung



Rundbrief des
Vereins demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten



**Verein
demokratischer
Pharmazeutinnen und
Pharmazeuten**

Inhalt dieser Ausgabe

Editorial	4
Nur Mut: Der Weg zur interprofessionellen Zusammenarbeit	5
30 Jahre VdPP	7
Mit dem Melden von Nebenwirkungen Geld verdienen?	8
Arzneimittelbezogene Versorgungsforschung in Deutschland	9
Lunapharm Skandal	10
Interview mit Manuel aus Spanien	13
Interview: #Rette deine Apotheke	15
Rezension: Ferdinand Sauerbruch und die Charité	17
Gedanken zu Primärversorgungsmodellen in Finnland und Kanada	20
Hamburger Pflegeinitiative	22
„Apothekenstärkungsgesetz“: PE zu Referentenentwurf von J. Spahn	23
Termine	23
Zwei Leserbriefe zum Sonderrundbrief „1968er Revolte / VdPP / 50 Jahre kritische Pharmazie“	24
MV Tagesordnung	27
MV Einladung	28

Liebe Mitglieder,
Liebe Rundbriefleser und –leserinnen,

zwei Besonderheiten gibt es in diesem Jahr, wenn wir uns zur Mitgliederversammlung treffen:

Vor **30 Jahren** wurde nach einer kurzen Phase der intensiven Diskussion der Verein demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten gegründet. Ulrike Faber schreibt dazu auf Seite 4, wie der Verein in ihr Berufsleben passte, es bereicherte und noch heute passt.

Einen ausführlichen Rückblick haben wir bereits in unserem Sonderrundbrief von November 2018 gegeben: *Von der 68er Revolte zum VdPP - 50 Jahre kritische Pharmazie*. Dazu veröffentlichen wir zwei Leserbriefe.

Die Programmabfolge der diesjährigen Mitgliederversammlung, offener und interner Teil, ist dieses Jahr neu. Wir beginnen am Samstag mit einem ganzen **Fachtag**. Zu dem übergreifenden Thema Interprofessionelle Zusammenarbeit stellen wir uns die Frage: **Pharmazie Wozu?** Die Antwort ist schnell gefunden: Für die Patienten: multiprofessionell, vernetzt, sozial.

Jetzt gilt es die Schlagwörter mit Inhalten zu füllen. Sechs Expertinnen und Experten bringen ihre Aspekte zu dem Thema ein. Auf Seite 6 macht uns Esther Luhmann Mut an dem Thema dran zu bleiben und weist auf bestehende Projekte hin.

Nach der intensiven Arbeit kommt der entspannende Teil. Der VdPP lädt alle Teilnehmer und Teilnehmerinnen zu einer Barkassenfahrt durch den Hamburger Hafen ein. Bisher war das Wetter während der Mitgliederversammlungen immer gut. Das hoffen wir auch bei der 30. Zusammenkunft. Ich freue mich auf einen lauen Sommerabend. Gekostet wird anschließend im Portugiesenviertel, das man von der Barkasse aus zu Fuß erreichen kann. Ihr sollt ja mitbekommen, dass ihr in der Hafenstadt Hamburg seid.

Am Sonntag - zum Kontrast - treffen wir uns wieder in der ehemaligen Viktoria Kaserne zur Mitgliederversammlung. Geplant ist, das Procedere der MV zu straffen, indem alle vor der Veranstaltung die fertigen Berichte zugeschickt bekommen, mit der Bitte sie auch zu lesen.

In diesem Jahr finden wieder Vorstandswahlen statt. Ein Grund sich zu überlegen, ob man dafür kandidieren will

Hoffentlich bis Juni in Hamburg
Gudrun Hahn



IMPRESSUM

Herausgeber: Verein demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten e. V.,
Neptun-Apotheke, Bramfelder Chaussee 291, D-22177 Hamburg, Tel. 040 63917720, Fax 040 63917724,
E-Mail: info@vdpp.de, URL: <http://www.vdpp.de>,
Bankverbindung: Postbank Berlin, DE62 1001 0010 0020 0471 05

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

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

Esther Luhmann

Nur Mut: Der Weg zur interprofessionellen Zusammenarbeit

Es gehört mehr als nur Mut dazu, um aktiv an der interprofessionellen Zusammenarbeit mitzuwirken. Doch wie? Und wo? Und mit wem? Und wozu das Ganze? Viele Fragen stehen offen, wenn es um die konkrete Umsetzung geht. Was wir heutzutage erleben sind Modellprojekte, vorsichtige Versuche, dieser wichtigen Angelegenheit näher zu rücken. Es geht um die bessere Versorgungsqualität der Patientinnen und Patienten, wenn sie Arzneimittel einnehmen. Denn sie haben das Nachsehen, wenn wir weiter aneinander vorbei arbeiten statt miteinander und gemeinsam unsere beruflichen Potenziale zu nutzen, um den Arzneimittelprozess zu verbessern. Dabei haben andere Länder doch schon gezeigt, dass es funktionieren kann. Erinnerung sei an die letzte Mitgliederversammlung in Münster; dort berichtete Ravi Sharma aus London, wie Apotheker*innen in Praxen mit Ärzt*innen und Patient*innen eng zusammenarbeiten (s. RB 102 Okt.2018). Der vorliegende Artikel dient als Einführung zur interprofessionellen Fachtagung, die der VdPP anlässlich des 30. Jährigen Bestehens am 22. Juni in Hamburg organisiert hat.

Interprofessionelle Zusammenarbeit ist mehr als AMTS (Arzneimitteltherapiesicherheit), mehr als Medikationsanalyse und Medikationsmanagement. Zum Lösen arzneimittelbezogener Probleme (ABP) ist das Zusammenwirken von Apothekern, Ärzten und Pflegefachkräften unerlässlich. Die Schlagworte „Polypharmazie“ und „Multimorbidität“ sind gang und gäbe und führen zu einem erhöhten Risiko an Unerwünschten Arzneimittelwirkungen (UAW). Und diese gilt es zu vermeiden, bzw. zunächst zu erkennen und dann entsprechend zu handeln, um die Gesundheit der Patientinnen und Patienten zu verbessern.

Wichtige Entwicklungen in unserer Gesellschaft machen die interprofessionelle Zusammenarbeit unerlässlich:

1. Der demografische Wandel mit der immer älter werdenden Bevölkerung
2. Der Wandel des Krankheitspektrums; immer häufiger haben wir es mit Polymedikation zu tun

3. Der medizinische und pharmazeutische Fortschritt muss der aktuellen Lage angepasst werden
4. Die neuen digitalen Möglichkeiten
5. Fachkräftemangel im Gesundheitswesen
6. Begrenzte finanzielle Mittel

Erst wenn die vorhandenen Ressourcen optimal eingesetzt werden – und das geht nur mit interprofessioneller Zusammenarbeit – wird es zu einer besseren Gesundheitsversorgung der vielen betroffenen Patientinnen und Patienten kommen.

Verantwortungsbereiche klar definieren

Alle am Medikationsprozess Beteiligten können aufgrund ihrer Profession und ihren fachlichen Fähigkeiten erheblich dazu beitragen, den Arzneimittelprozess sicherer zu gestalten. Entsprechend der Ausbildung müssen die fachlichen Potentiale so eingesetzt werden, dass es nicht zu Über-

schneidungen kommt, die Aufgaben und Verantwortungsbereiche müssen allen Beteiligten klar sein.

Settings

Dabei sind verschiedene Settings zu beachten. Über das klassische Hausarzt - Apotheker - Modell hinaus bezieht die interprofessionelle Zusammenarbeit auch Pflegefachkräfte mit ein: in Heimen, in Krankenhäusern und im ambulanten Bereich. Je nach Setting unterscheidet sich die Situation, und damit gelten unterschiedliche Herausforderungen an die jeweilige Berufsgruppe. Verantwortungen müssen klar geregelt sein, sonst funktioniert es nicht.

Kommunikation

Ein Beispiel: In der Apotheke wird bei einem Patienten eine potenziell schwerwiegende Interaktion entdeckt. Ohne Rücksprache mit dem verordnenden Arzt kann das Medikament nicht abgegeben werden. Praktisch gibt es zwei Möglichkeiten mit dem Arzt zu kommunizieren: telefonisch oder per Fax. Laut einer

Veröffentlichung der Universität Bremen(1) hat das Fax Vorteile. Doch das sind nur erste Versuche. So auch ein Medikationsplan, in dem Ärzte und Apotheker die Medikamente eintragen, also ein gemeinsames Dokument nutzen, um zunächst einen Überblick über die Medikationssituation zu bekommen. Kommunikation kann darüber hinaus nützlich sein, wenn Ärzte und Apotheker einen gemeinsamen Weg finden, Informationen auszutauschen, entsprechend dem digitalen Zeitalter. Kommunikation kann schon im Studium gelehrt werden, nicht nur reine Kommunikationstechniken sondern auch die richtigen Mittel und Wege müssen gefunden werden.

Beispiel: Schweiz

Positives gibt es aus der Schweiz zu berichten, denn dort wurden in der Vergangenheit mehrere Modellprojekte etabliert und untersucht (2). „Die Apotheker verfügen jedoch über Kenntnisse und Kompetenzen in der Arzneimitteltherapie, die in der heute üblichen Normalversorgung weitgehend ungenutzt bleiben.“, heißt es in einem Bericht vom Bundesamt für Gesundheit der Schweiz. Von Qualitätszirkeln über Pharmazeutische Betreuung in Pflegeheimen und Einführung einer Medikationsprüfung bei Allgemeinpatienten bis hin zum Versorgungsmodell netCare (3), um einige Beispiele zu nennen.

Die Mischung macht's

Nicht zuletzt funktioniert die interprofessionelle Betreuung der Patientinnen und Patienten nur, wenn alle am Medikationsprozess Beteiligten sich auf Augenhöhe gegenüberstehen, sich respektvoll begegnen. Im Zeitalter der Digitalisierung dürfen und müssen moderne Medien und Plattformen genutzt werden, doch nach wie vor beruht die Zusammenarbeit vor allem auf Vertrauen zwischen den Beteiligten; der persönliche Austausch zwischen allen Beteiligten, insbesondere mit den Patientinnen und Patienten, ist aber weiterhin von wesentlicher Bedeutung.

Der VdPP steht für Pharmazie in sozialer Verantwortung. Auf der interprofessionellen Fachtagung möchten wir unter anderem zeigen, welche Maßnahmen ergriffen werden müssen, um die pharmazeutische Kompetenz mehr als bisher durch interprofessionelle Zusammenarbeit zum Nutzen der Patientinnen und Patienten einsetzen zu können.

Esther Luhmann





1. Pulst, A. et al. Kommunikation zwischen Apothekern ... Dtsch. Med. Wochenschr. 2018; 143:e18-e24

2: Andreas Frei, IZAA, Interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Apothekern und anderen universitären Medizinalpersonen und / oder Gesundheitsfachpersonen. Erfahrungen, Erfolgsfaktoren, Risiken, gesundheitsökonomische Analyse. Schlussbericht. Erarbeitet für das Bundesamt für Gesundheit (BAG), Schweiz. Sektion Heilmittelrecht, unter: https://www.google.de/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=2ahUKUewjCu6P9w9fhAhXB2aQKHQn9A78QFjAAegQIAhAC&url=https%3A%2F%2Fwww.bag.admin.ch%2Fdam%2Fbag%2Fde%2Fdokumente%2Fnat-gesundheitspolitik%2Fkoordinierte_versorgung%2Fverstaerkung_bestehender_aktivitaeten%2Fbag_apotheker_schlussbericht_v2.pdf.download.pdf%2Fbag_apotheker_schlussbericht_v2.pdf&usq=AOvVaw3lzPnbVG2SGCF8gr7EBFU1

3: Erni P, von Overbeck J, Reich O et al.: netCare, a new collaborative primary health care service based in Swiss community pharmacies, Research in Social and Administrative Pharmacy 11 (2015), 622-626. (s.u.)

Available online at www.sciencedirect.com





Research in Social and Administrative Pharmacy ■ (2015) ■ ■ ■

RESEARCH IN SOCIAL & ADMINISTRATIVE PHARMACY

Research Brief

netCare, a new collaborative primary health care service based in Swiss community pharmacies

Pina Erni, M.Sc.^{1a,*}, Jan von Overbeck, Dr. Med^b, Oliver Reich, Ph.D^c,
Martine Ruggli, M.Sc.¹

^aSwiss Association of Pharmacists, Stationsstrasse 12, 3097 Liebefeld, Switzerland
^bMedgate Medical Consultant, Canton Health Officer of Bern, Postfach, Gellertstrasse 19, 4020 Basel, Switzerland
^cDepartment of Health Sciences, Helsana Group, Postfach, 8081 Zurich, Switzerland

netCare, ein niedrigschwelliges Angebot von Schweizer Apotheken zur Grundversorgung in Kooperation mit Ärztinnen und Ärzten.

Ulrike Faber

30 Jahre VdPP

Im April 1989 einigten sich auf einem Treffen in Kaufungen bei Kassel die dort versammelten Pharmazeutinnen und Pharmazeuten auf ein Vereinsprogramm für eine patientenorientierte Arzneimittel- und Standespolitik. Es wurde die Grundlage für den Verein demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeu-

ten, der am 17. Juni des gleichen Jahres in Hamburg Rissen gegründet wurde.

Ulrike Faber wirft einen Blick zurück auf die Zeit vor 1989, die Vereinsgründung und die Vorteile, die der Verein uns politisch bringen soll und auch persönlich bringen kann.



Dreißig Jahre VdPP – das sind für mich 30 Jahre: Apotheke, Apothekertage, Arzneimittelabhängigkeit, Arzneimittelversorgung, Arzneimittelinformation, Demokratie, evidenzbasierte Medizin, Frauen, Frieden, Gesundheitswesen, Gleichgesinnte, Krankenhauspharmazie, Medikationsanalyse, Patientenvertretung, Pharmazie, Politik, rationale Pharmakotherapie, soziale Verantwortung, Standesvertretung, Zulassungserleichterung ...(hier gibt es so viel aufzuzählen!).

Als ich 1965 in der Apotheke mit dem Praktikum anfang, das damals dem Studium vorgeschaltet war, lag „Contergan“ knappe vier Jahre zurück; ein Thema war es nicht.

Einmal im Monat ging ich zum Praktikantenunterricht und traf dort andere Pharmaziepraktikantinnen und –praktikanten. Viele erzählten ähnliche Geschichten aus ihren Apotheken. Wir gaben kleine Päckchen Schmerzkombis als „Probe“ ab, wir füllten Pepsinwein in zurück gebrachte Originalflaschen. Ich nahm Appetitzügler Mirapront oder Fugoa Depot. Nebenwirkungen? Wenn ich erkältet war, schluckte ich Fiobrol (Wirkstoff Butazolidin). Indikation? In einer Apotheke wurde darum gewetteifert, wem es am besten gelang, Ladenhüter oder Großpackungen zu verkaufen.

Erste Berufseindrücke... Ohne Zweifel habe ich vom Chef für mein ganzes Berufsleben viel gelernt, aber eigentlich war es etwas öde.

Das änderte sich für mich erst, als ich an die Uni kam, mitten in die Studentenrevolte. Wir begriffen, dass wir eine soziale Verantwortung für Patientinnen und Patienten haben, dass wir für ein Gesundheitswesen kämpfen sollten, welches zum Wohle der Patienten ausgerichtet sein müsste.

Die Pharmazie begann interessant zu werden: Studentische Gruppen, Gewerkschaften, Friedensbewegung, Kammerdelegierte, Apothekertage usw. usf. Wir entwickelten eine pharmazeutische und gesellschaftliche Grundhaltung, diskutierten, schrieben Artikel, Anträge, Flugblätter, erwarben unterschiedlichste Qualifizierungen. Einige übernahmen elterliche Apotheken, andere starteten alternative Apothekenprojekte.

Die Zeit wurde reif, endlich! endlich! einen Verein zu gründen, in dem alle Pharmazeutinnen und Pharmazeuten mit ihren verschiedenen beruflichen Schwerpunkten, unterschiedlichen Politikerfahrungen, mit ihren kritischen Ansprüchen an die Standesvertretungen und ihren Forderungen für Patienteninteressen, soziale Sicherheit und Frieden sich zusammen tun, um fachlich, politisch und sozial an ei-

nem Strang zu ziehen.

Im Juni 1989 haben wir den „Verein demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten (VdPP)“ gegründet und den Namen später durch das eingängige Motto „Pharmazie in sozialer Verantwortung“ (unser berufspolitisches Herzblut!) ergänzt. Hurra!

Diese ganze Geschichte ist in der Sonderausgabe unseres Rundbriefs aufgeschrieben und illustriert: „Von der 68er Revolte zum VdPP. 50 Jahre kritische Pharmazie“.

In den 30 Jahren hat sich natürlich viel verändert. Der Grundwiderspruch aber besteht nach wie vor: patientenorientierte Arzneimittelversorgung einerseits versus gewinnorientierte Pharmapolitik großer Konzerne andererseits. Dieser Konflikt hat sich eher wieder verschärft, wenn wir nur an die Diskussionen um Zulassungsbeschleunigung, pauschale Nutzenbewertungen, die angestrebte Entwertung von Selbstverwaltung, an Hochpreispolitik, Lieferengpässe und nicht am Bedarf ausgerichtete Pharmaforschung denken.

Unsere politische Arbeit scheint dringender denn je, auch angesichts des Zustandes der Welt mit Umweltzerstörung, Kriegen, neoliberaler Bedro-

hung der Lebensgrundlagen, des sozialen Zusammenhalts und der Demokratie.

Das Gute am VdPP: Die Auseinandersetzung mit aktuellen Themen, die Verständigung auf ein Programm, die

politische Einmischung, das Erkämpfen von Erfolgen – es gibt Kraft. In dem ich mich mit anderen für etwas engagiere, kann ich Entwicklungen besser einordnen und fühle mich fremden politischen Interessen nicht einfach schicksalhaft ausgeliefert.

Das Tolle am VdPP: unsere Ziele. Sie stehen in unserem Programm und auf der Rückseite jedes Rundbriefs. Ich finde sie nach wie vor aktuell und wegweisend für eine patientenorientierte Pharmazie.

Mit dem Melden von Nebenwirkungen Geld verdienen! Geht das?

Anfang April 2019 veröffentlichte die Kaufmännische Krankenkasse KKH eine Pressemitteilung über eine neue elektronische Möglichkeit, per App Nebenwirkungen zu melden (1). Ihr Partner ist **Medikura Digital Health GmbH** in München (2), das die App entwickelt und dafür Fördergelder des Bundeswirtschaftsministeriums, der Europäischen Union und von Privatinvestoren erhalten hat. **Nebenwirkungsmeldung auf dem Weg zu Gewinn-orientiertem Geschäftsmodell?**

„Einfach und 100% DSGVO-konform“! (3)

Die Versprechungen der App-Entwickler sind vollmundig: zeitsparend (für Ärzte, Apotheker und vor allem für Pharmafirmen). So funktioniert das System: auf einer Webseite können Patienten tatsächlich relativ einfach Beschreibungen über gesundheitliche Beschwerden eintragen. Abgefragt werden die angewendeten Arzneimittel sowie personenbezogene Daten (Alter, Geschlecht, Erkrankungen). Die Meldung wird mit einem Klick pseudonymisiert an den pharmazeutischen Unternehmer (PU) des verdächtigten Arzneimittels geschickt. Man kann wählen, ob man die Nebenwirkungsmeldung auch Arzt oder Apotheker zukommen lassen will. Diese können gegenüber dem PU freiwillig weitere Angaben machen, die auch der Patient später einsehen kann. Aber die PU können auch bei Arzt oder Apotheker nach weiteren Informationen zur Kausalitätsbewertung der Nebenwirkung fragen. Ärzte und Apotheker sollen ihre Patienten auf diese Möglichkeit der Meldung von Nebenwirkungen hinweisen.

Es drängen sich viele Fragen auf. Da es um sensible gesundheitsbezogene Daten geht: ist der Daten-

schutz wirksam gesichert? Können Ärzte vom Patienten ohne deren vorherige Zustimmung einbezogen werden? Können sie vom PU mehrfach zu Auskünften aufgefordert werden? Wie werden Beteiligte über das System und die Bedeutung von Nebenwirkungsmeldungen als Verdachtsfälle informiert? Die Angaben auf der Webseite und der App offenbaren weitgehende Unkenntnis über Pharmakovigilanz, nämlich Art, Methoden, Nutzen-Schaden-Bewertung von Arzneimitteln, über Arzneimittelsicherheit sowie über Verantwortlichkeiten bei PU und Arzneimittelbehörden. Wo steht Medikura im etablierten System? Wie wird Medikura finanziert? Wie unabhängig und transparent ist Medikura? Sollen durch einen Alarmismus über Arzneimittelrisiken (Geschäfts-)Partner wie z.B. Krankenkassen gewonnen werden?

Medikura Capture

„Individuelles Auftreten. Seien Sie ganz Sie selbst und stellen Sie Ihren Patienten dar, wie es zu Ihrer Corporate Identity passt – Sie werden schnell merken, dass UAW-Meldungen Teil einer zufriedenen Customer-Journey sind.“

So wendet sich Medikura an die Pharmaunternehmer.

Und: *„Wir übermitteln Ihnen alle relevanten Informationen und ermöglichen Ihnen den direkten Austausch mit Patienten, Ärzten und Apothekern“* und: *„Die bürokratisch aufwendige Entbindung von der Schweigepflicht übernehmen wir für Sie“*.

Wie bitte? Über viele Jahre ist in Deutschland (und in der EU) ein wissenschaftlich fundiertes, ausgefeiltes System zur Meldung von Nebenwirkungen für alle Beteiligten entwickelt worden - mit klaren Verantwortlichkeiten auf gesetzlicher Basis. Das System schließt Auditierungen von Firmen und Behörden ein. Bis heute ist wichtiges Prinzip, dass die Pharmakovigilanz – die Meldung von Nebenwirkungen – unabhängig und frei von finanziellen Interessen bleibt.

Zweifellos müssen Firmen, Behörden, Ärzte und Apotheker elektronische Möglichkeiten zur Meldung von Nebenwirkungen anbieten. Schon jetzt können Patienten Nebenwirkungen elektronisch an die Behörden PEI und BfArM melden. Damit stehen sichere Meldewege und hilfreiche Hintergrundinformationen zur Verfügung! Grundsätzlich soll die Meldung von Nebenwirkungen niedrigschwellig möglich und für die Informanten kostenlos sein. Wir verfügen über ein gutes System (an dem übrigens auch

Apotheken beteiligt sind). Das scheinen die Unterstützer der App nicht verstanden zu haben.

Ich habe mal eine Meldung an www.nebenwirkungen.de geschickt; mal sehen, was passiert.

Ulrich Hagemann

- (1) www.nebenwirkungen.de
- (2) www.medicura.com
- (3) DSGVO: EU-Datenschutz-Grundverordnung
Pharmakovigilanz: System zur Überwachung der Arzneimittelsicherheit (aus dem griechischen pharmakon "Heilmittel,

Gift" und dem lateinischen vigilantia "Wachsamkeit, Fürsorge")
UAW: unerwünschte Arzneimittelwirkungen

Arzneimittelbezogene Versorgungsforschung in Deutschland

Wissenschaftler*innen führen zu Beginn eines neuen Projektes eine gründliche Recherche durch, um den Stand von Wissenschaft und Technik zu erfassen und bei der Planung und Durchführung des Projektes zu berücksichtigen. Dazu gibt es verschiedene Hilfsmittel wie bspw. internetbasierte Suchmaschinen, z. B. pubmed. (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>). Allerdings ist nicht garantiert, dass alle aktuellen Forschungsergebnisse oder Projektskizzen dort verzeichnet sind. Manche Ergebnisse, Zwischenergebnisse oder sich in der Startphase befindliche Projekte finden sich in solchen Suchmaschinen nicht. Hier kann die Sammlung „Arzneimittelbezogene Versorgungsforschung“ eine Ergänzung sein, die jetzt für die Bundesrepublik für das Jahr 2018 auf der Website der Gesellschaft für Arzneimittelanwendungsforschung und Arzneimittelepidemiologie, GAA, veröffentlicht wurde und öffentlich zugänglich ist.*

Dieses Angebot richtet sich aber nicht nur an Wissenschaftler*innen, sondern auch an alle Interessierten, die wissen wollen, ob zu bestimmten Fragestellungen bereits Forschungsgruppen arbeiten und welche Ergebnisse ggf. schon erzielt wurden.

Die Liste zeigt, dass auf unterschiedlichen Kongressen arzneimittelbezogene Versorgungsforschung in der Bundesrepublik diskutiert wird. Da nicht alle Interessierten alle Tagungen und Kongresse besuchen können, ist es hilfreich, dass mit dieser Liste eine Übersicht über die Themen der anderen, nicht besuchten Kongresse zur Verfügung steht.

Die Liste beruht auf den Veröffentlichungen der Programme und der verfügbaren Abstracts der Kongresse des jeweils vergangenen Jahres. Aus dem Jahr 2018 konnten für die Liste 13 Tagungen/Kongresse ausgewertet werden. Zum großen Teil können die Abstracts dort direkt angeklickt werden.

Die Liste kann keine Vollständigkeit garantieren, da kleinere Tagungen/Kongresse möglicherweise unberücksichtigt blieben oder Projekte der arzneimittelbezogenen Versorgungsforschung auf Kongressen vorgestellt wurden, die nicht im Fokus der Ersteller der GAA-Liste standen. In der Liste werden zudem nur Informationen von Tagungen/Kongressen aus der Bundesrepublik Deutschland verwendet. Aber für das Jahr 2019 lässt sich die Liste vielleicht noch verbessern.

Dazu ein Appell an alle: Wer auf Tagungen und Kongressen interessante Projekte sieht, die zur Aufnahme in die Liste 2019 interessant sein könnten, leitet diese Information bitte weiter. Rückmeldung in solchen Fällen und bei allgemeinen Verbesserungsvorschlägen an udo.puteanus@lzg.nrw.de.

* https://www.gaa-arzneiforschung.de/sites/gaa-arzneiforschung.de/myzms/content/e205/e207/e3611/00-19-01-10ListearzneibezogeneVersorgungsforschung_ger.pdf



Udo Puteanus

Ulrich Hagemann

Der Lunapharm-Fall und die Folgen

Ulrich Hagemann ist Apotheker und Biochemiker. Er arbeitete bis 2011 im Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM), zuletzt als Abteilungsleiter für Pharmakovigilanz. Er leitete im August 2018 die von der Gesundheitsministerin in Brandenburg eingesetzte Task Force Lunapharm.

Am 12. Juli 2018 wurde im Magazin „Kontraste“ des rbb (Rundfunk Berlin Brandenburg) ein Beitrag ausgestrahlt, der sich mit dem Import von Arzneimitteln aus dem Ausland durch eine pharmazeutische Großhandelsfirma (Lunapharm im Land Brandenburg) und dem weiteren Vertrieb dieser Arzneimittel überwiegend in Berlin, aber auch in anderen Bundesländern und ins EU-Ausland beschäftigte. Es handelte sich fast ausschließlich um „hochpreisige“ Arzneimittel zur Behandlung von Krebserkrankungen. Der Art nach waren es monoklonale Antikörper und um Proteinkinase-Inhibitoren.

Das Aufregende an dem Fernsehbeitrag war jedoch, dass behauptet wurde, die Arzneimittel seien aus Gesundheitseinrichtungen (z.B. aus Krankenhäusern) in Griechenland entwendet und über eine Apotheke in Athen an die Großhandelsfirma in Brandenburg geliefert worden. Es seien hohe Gewinne gemacht und zudem Patienten mit Tumorerkrankungen ein gesundheitlicher Schaden zugefügt worden – eine Story „fresh and dramatic“.

Die öffentliche Reaktion auf den Fernsehbeitrag war enorm. Es handelte sich um den größten Arzneimittel-skandal überhaupt. Die Kommentare bis hin zur Forderung nach dem Rücktritt der Brandenburgischen Gesundheitsministerin Diana Golze ließen nicht auf sich warten. Es ergab sich eine brisante Melange: wenige überprüfbare Fakten, rasche und scheinbar endgültige Erklärungen

und Urteile („Staatsversagen“), vielleicht schwere gesundheitliche Schäden durch gefälschte Arzneimittel und Todesfälle, Griechenland-Schelte.

Task Force zur Aufarbeitung des Falles

In dieser Situation berief die Gesundheitsministerin Diana Golze eine sogenannte Task Force mit dem Auftrag, strukturelle und organisatorische Defizite bei der Überwachung des Verkehrs mit Arzneimitteln auf Landesebene, hier Brandenburg, zu beschreiben und Vorschläge für eine Verbesserung der Überwachungspraxis zu machen.

Vor allem die Art der Berichterstattung und das Interesse daran, den Sachverhalt zu verifizieren, veranlassten mich, den Auftrag anzunehmen, diese Task Force zu leiten. Verbunden damit war, dazu binnen vier Wochen dem Gesundheitsausschuss des Landtages Brandenburg einen Bericht vorzulegen – eine Herausforderung. Mir liegt daran, darauf hinzuweisen, dass die Task Force kein Fehlverhalten einzelner Personen untersuchen sollte, das als Grundlage für disziplinarische Schritte hätte dienen können.

Die Task Force legte dem Gesundheitsausschuss am 27. August 2018 einen vorläufigen Bericht vor, in dem aber noch nicht Resultate aus chemisch-analytischen Untersuchungen von bei Lunapharm sichergestellten Arzneimitteln enthalten waren. Diese lagen erst im September 2018 vor

und wurden im Endbericht der Task Force dargestellt. Der Endbericht der Task Force ist auf der Webseite des Ministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie (MASGF Brandenburg) verfügbar¹.

Worum ging es?

Aus den gesichteten Akten ergaben sich mehrere Themenbereiche, die für die Bewertung des Vorgangs relevant waren. Dazu gehören

- die rechtlichen Rahmenbedingungen für den (Groß-)Handel von Arzneimitteln innerhalb der EU,
- die rechtlichen Vorschriften und Möglichkeiten zur Verhinderung des Inverkehrbringens gefälschter Arzneimittel in die legalen nationalen Handelsketten,
- die personelle und finanzielle Ausstattung der Landesbehörde,
- logistische und organisatorische Vollzugshindernisse und die
- Rechts- und Fachaufsicht.

EU-Recht und das deutsche Arzneimittelgesetz

Kaum ein anderer Themenbereich ist in der EU rechtlich so weitgehend vereinheitlicht wie der Arzneimittelbereich. Im vorliegenden Fall spielen die EU-Verordnungen eine Rolle, die die zentrale Zulassung von Arzneimitteln, also die Zulassung bei der European Medicine Agency (EMA), betreffen, sowie die sogenannte EU-Fälschungsrichtlinie².

Mit der Erteilung einer (einzigen) zentralen EU-Zulassung (zwingend vorgeschriebenen u.a. für Arzneimittel zur Tumorbehandlung) kann das Arzneimittel in allen EU-Mitgliedstaaten in den Verkehr gebracht werden. Der freie Warenverkehr innerhalb der EU bringt es mit sich, dass solche, an sich identischen Arzneimitteln eines Herstellers, die aber auf den nationalen Arzneimittelmärkten der EU zu unterschiedlichen Preisen verkauft werden, von einem „Niedrigpreisland“ in ein „Hochpreisland“ exportiert werden dürfen und können. Im importierenden Land bedarf es keiner gesonderten Zulassung durch die nationale Zulassungsbehörde. Allerdings müssen die im- und exportierenden Großhändler eine Großhandelsgenehmigung haben, über die Basisdaten bei der EMA gespeichert werden. Dieses Import-Konzept wurde im Lunapharm-Fall wirksam: Zentral zugelassene Tumorarzneimittel konnten von Lunapharm aus Griechenland importiert werden – in diesem Fall noch unter dem besonderen Umstand, dass die Arzneimittel möglicherweise aus griechischen staatlichen Gesundheitseinrichtungen gestohlen worden waren³. Aus diesem Fall und weiteren aus den letzten Jahren weiß man, dass die Handelswege und Verkäufe von derartigen Arzneimitteln innerhalb der EU über mehrere Zwischenhändler erfolgen können, so dass die genauen Handelswege kaum noch oder gar nicht mehr rekonstruiert werden können. Nach Auffassung der Task Force stellen diese Regelungen so etwas wie ein Einfallstor für als gefälscht zu klassifizierende Arzneimittel in die legalen Handelsketten der EU-Mitgliedstaaten dar.

Neue EU-Vorschriften zu „gefälschten“ Arzneimitteln

Mit der EU-„Fälschungsrichtlinie“ (RL 2011/62/EU) wurde eine erweiterte Definition von Arzneimittelfälschung eingeführt. Danach ist ein gefälschtes

Arzneimittel eines, das mit falschen Angaben über „den in Aufzeichnungen und Dokumenten beschriebenen Vertriebsweg“ vertrieben wird (neben den bisher schon geltenden Kriterien wie falsche Angaben zur stofflichen Identität und Qualität oder Zulassung und Herkunft). Gerade dieses weitere Kriterium für eine Arzneimittelfälschung war im Fall Lunapharm entscheidend.

Handlungsmöglichkeiten für Überwachungsbehörden

Um eine vernünftige Bewertung des Lunapharm-Falles beurteilen zu können, musste die Task Force aber auch grundsätzliche Regelungen aus dem Arzneimittelgesetz (AMG), wie z.B. die Auslegung des Begriffes „begründeter Verdacht“, berücksichtigen, darüber hinaus das, was GMP- und GDP-Richtlinien an Handlungsmöglichkeiten bieten, welche Maßnahmen wann durch zuständige Behörden ergriffen werden können, sowie Regeln in Verwaltungsverfahren. Im Großen und Ganzen sind die bestehenden Richtlinien und Verwaltungsvorschriften geeignet, den Verkehr mit Arzneimitteln effektiv zu überwachen und Verstöße dagegen zu ahnden.

Welche Schlüsse können aus dem Fall Lunapharm gezogen werden?

Aus dem Fall Lunapharm können einige Schlüsse gezogen werden, die nicht nur für Brandenburg relevant sind, sondern darüber hinaus.

Da ist zunächst die Tatsache, dass der sogenannte Parallelvertrieb (im Unterschied zum Parallel- oder Re-Import!) das illegale Einschleusen von gefälschten Arzneimitteln in die legale Handelskette erleichtert. Der Parallelvertrieb sollte deshalb nicht mehr zulässig sein. Um dies zu erreichen, müsste aber eine Initiative von Seiten Deutschlands gegenüber der EU-Kommission erfolgen. Die jetzige Gesundheitsministerin in Branden-

burg, Susanna Karawanskij, hat dies gegenüber dem Gesundheitsminister Spahn bereits angeregt.

Schuldenbremse und „Schwarze Null“: zum Nachteil der Arzneimittelsicherheit

Von überragender Bedeutung waren und sind im vorliegenden Fall die Folgen einer erbarmungslosen, geradezu erpresserischen Sparpolitik, zu der die Bundesländer mit Verweis auf die und wegen der „Schuldenbremse“ gezwungen sind. Was in zahlreichen Bereichen unserer Gesell-



schaft und in der öffentlichen Vorsorge immer krasser zum Vorschein kommt, hat auch im Fall Lunapharm eine Rolle gespielt. Das Land Brandenburg hat in den letzten Jahren so massive Einsparungen beim Personal der Einrichtungen des Landes und der Kommunen vorgenommen, dass, wie in diesem Fall, eine flächendeckende und gute Überwachung von pharmazeutischen Betrieben in Brandenburg nicht gewährleistet war. Es war zu Stellenkürzungen, Abordnungen zu anderen Stellen, zu Problemen bei der Besetzung freier Stellen gekommen sowie zu Ausschreibung von unattraktiven Stellen mit Zeitverträgen. Es bestand ein Mangel an Personal-Kapazitäten, um freie Positi-

onen z.B. wegen Mutterschaft, Elternzeit, Fortbildung, letztlich auch wegen Urlaubsansprüchen auszugleichen. Ebenso war die Bezahlung der Beschäftigten des Landes Brandenburg kritisch zu bewerten, weswegen die Stellen nicht die notwendige Attraktivität hatten. Dies alles ist für die meisten anderen Bundesländer und den Bund ebenso relevant.

In jedem Fall können aber schon jetzt geringfügige Änderungen des Arzneimittelgesetzes (AMG) Entscheidungen der Überwachungsbehörden durchsetzungsfähiger machen. Dazu gehört eine Vorschrift, nach der ein Rückruf von Arzneimitteln oder ein Widerruf der Großhandels- oder Herstellungserlaubnis durch eine Überwachungsbehörde obligatorisch sofort wirksam wird („Sofortvollzug“) und Rechtsmittel einer Firma keine aufschiebende Wirkung haben (wie bei anderen Sachverhalten im AMG). Damit würde zuerst im Interesse von Patienten eine mögliche Gefahr beseitigt werden und nicht das wirtschaftliche Interesse einer pharmazeutischen Firma im Vordergrund stehen. Entsprechende Vorschläge sind in die Diskussion um das GSAV (Gesetz für mehr Sicherheit in der Arzneimittelversorgung) eingebracht worden. Ob eine Zentralisierung der Überwachung des Verkehrs von Arzneimitteln in Deutschland, wie bald nach den Berichten über den Lunapharm-Fall gefordert, z.B. durch Schaffung einer neuen (großen) Bundesbehörde, effektiver wäre und dann rascher gehandelt werden könnte, ist fraglich. Es käme darauf an, Auftrag, Kompetenz und Ausstattung dieser Behörde so zu gestalten, dass die Ziele erreicht werden und die Arbeitsergebnisse transparent und überprüfbar dargestellt werden

Risikokommunikation

Ein wenig beachtetes Aktionsfeld ist oft die Risikokommunikation sowohl nach außen an die Öffentlichkeit als auch gegenüber einzelnen betroffe-

nen Patienten – so auch im Lunapharm-Fall. Es ist nur zu verständlich, dass Patienten, die aus den Medien über gefälschte Arzneimittel erfahren, die sie vielleicht selbst erhalten oder erhalten haben, ein massives Interesse daran haben zu erfahren, was das für sie bedeutet. Zwar werden bei der Herstellung anwendungsfertiger Arzneimittel zur Injektion die Chargennummern beim Hersteller (z.B. in einer Apotheke) dokumentiert, aber der Einrichtung, in der es beim Patienten angewendet wird, liegen die Nummern verarbeiteter Chargen nicht zwingend vor. Der Lunapharm-Fall hat deutlich gemacht, wie schwierig es ist, betroffene Patienten ausfindig zu machen, die Arzneimittel dieses Großhändlers erhalten haben. Eine andere Frage ist, wer mit diesen Patienten spricht und was er bei fehlenden verlässlichen Informationen vermitteln kann.

Geminderte pharmazeutische Qualität?

Schließlich gehört zum Lunapharm-Fall auch, dass die chemisch-analytische Untersuchung von den bei Lunapharm beschlagnahmten Arzneimitteln aus der griechischen Quelle keine Qualitätsminderung ergab (mit einer Ausnahme, in der das Haltbarkeitsdatum bereits überschritten und der Gehalt gemindert war). Ob das für Arzneimittel zutrifft, die in diesem Fall früher schon verabreicht wurden, kann nicht mehr verifiziert werden; es gibt keine „Reste“ der verabreichten Arzneimittel. Ein gesundheitlicher Schaden für Patienten, die monoklonale Antikörper aus dieser Quelle erhalten haben, hinsichtlich ihrer Tumorerkrankung kann nicht ausgeschlossen werden. Eine psychische Belastung durch die Berichterstattung zu den seinerzeit teils vagen Erkenntnissen ist aber wahrscheinlich.

Und in Griechenland?

Während der öffentlichen Diskussion

wurde in den Medien kein Wort darüber verloren, was dieser Fall für Patienten in Griechenland und das dortige Gesundheitssystem bedeutete. Die Task Force hat dazu in ihrem Bericht Folgendes festgehalten:

Die Mitglieder der Task Force legen großen Wert auf die Feststellung, dass durch rechtswidriges Handeln von Personen oder Firmen im Ausland einerseits Patienten in Deutschland einem gesundheitlichen Risiko ausgesetzt wurden. Andererseits wurden in diesem Fall den Patienten in Griechenland wichtige Arzneimittel vorenthalten und eine medizinisch begründete Behandlung dieser Patienten unmöglich gemacht. Durch ein solches Handeln wurde darüber hinaus den Gesundheits- und Sozialsystemen substanzieller Schaden zugefügt. Die Mitglieder der Task Force halten solches Handeln für ethisch und moralisch inakzeptabel.

Was danach geschah

Das weite Interesse anderer Überwachungsbehörden auf Länder- und Bundesebene an dem Bericht der Task Force zeigt die ganze Tragweite und Problematik. Leider, wie in so vielen Fällen, musste „erst etwas passieren“, bis sich eines Problems mit einem gründlichen Ansatz angenommen wird.

Der Lunapharm-Fall hatte den Rücktritt der brandenburgischen Gesundheitsministerin am 28. August 2018 zur Folge. Die politische Debatte um den Fall in den brandenburgischen Gremien verstummte daraufhin mit sofortiger Wirkung. Die Nachfolgerin als Gesundheitsministerin, Susanna Karawanskij, hat eine Initiative im Bundesrat zum SGB V („Importquote“) eingebracht und eine weitere auf EU-Ebene zur Änderung von EU-Recht gefordert. Ungeöhnlich schnell wurden einige Stellen für die brandenburgische Landesbehörde und das Gesundheitsminis-

terium im Landeshaushalt bewilligt, ausgeschrieben und bis jetzt zum Teil besetzt. Organisatorische Änderungen und Umstrukturierungen sind noch nicht abgeschlossen.

Die Staatsanwaltschaft Potsdam hat ihre Ermittlungen gegen die Firma Lunapharm noch nicht abgeschlossen. Ob es zu einem Gerichtsverfahren kommt ist offen. Auch in Athen waren Ermittlungen gegen die dortige exportierende Apotheke und mögliche Hintermänner eingeleitet worden. Ergebnisse sind hier nicht bekannt und könnten nur auf offiziellen zwischenstaatlichen Wegen erhalten werden. Die Firma Lunapharm hat in regionalen Medien angekün-

digt, Schadensersatzklagen gegen das Land Brandenburg in „dreistelliger Millionenhöhe“ einzureichen.



Ulrich Hagemann

1: <https://masgf.brandenburg.de/cms/detail.php/bb1.c.607630.de>.

2: Die „Delegierte Verordnung“ der EU zur Serialisierung (EU 2016/161) zu verschreibungspflichtigen Arzneimitteln spielte im Lunapharm-Fall keine entscheidende Rolle; sie trat erst am 9. Februar 2019 in Kraft.

3: Im griechischen Arzneiversorgungssystem kann die Regierung bestimmte Arzneimittel kaufen, die dann mit einem Aufkleber als „governmental products“ gekennzeichnet werden und nicht exportiert werden dürfen. Es liegen glaubwürdige Belege dafür vor, dass solche Arzneimittel verwendet und die Aufkleber entfernt wurden, so dass sie in den EU-internen legalen Vertrieb eingebracht werden konnten.

Interview mit Manuel Fernandez

„Ich will ein guter deutscher Apotheker werden!“

Manuel Fernandez* ist Apotheker und leidenschaftlicher Naturwissenschaftler aus Spanien. Er ist 40 Jahre alt und hat in Spanien an der Uni gearbeitet. Eine Reise nach Deutschland weckte die Idee, hier zu arbeiten. Nach vielen Gesprächen mit den Behörden und Freunden, ersten Sprachkursen und weiteren Deutschlandbesuchen war es Ende 2016 soweit: Mit einem Angebot der Arbeitsagentur kam der Umzug nach Deutschland.

Wie alles begann

Als im Dezember 2016 das Angebot von der Arbeitsagentur kam, entschloss er sich, seiner Karriere als Apotheker eine Chance zu geben. Zunächst machte er mehrere Praktika und gleichzeitig einen Deutschkurs. Ein halbes Jahr später folgte dann die Fachsprachenprüfung - ohne Erfolg. Als wäre das nicht genug, folgte darauf die Kündigung in der Apotheke, wo er bisher arbeitete. Und so nimmt die Geschichte ihren Lauf. Zwischen Praktika und Fachsprachenprüfung, zwischen Hoffnung und Aussichtslosigkeit.

Manuel zahlte jedes Mal mehrere hundert Euro für die Fachsprachenprüfung, hinzu kommen die Kurse zur Vorbereitung. Das alles will bezahlt sein. Nicht nur die Fachsprachenprüfung kostet Geld, sondern auch die neue Arbeitserlaubnis, die für jede Arbeitsstelle erneuert werden muss. Manuel gibt nicht auf, lernt fleißig deutsch und findet einen neuen Praktikumsplatz. Um sich weitere Hilfe zu holen, tritt er der ADEXA und Verdi bei. Nachdem er viel Bürokratie (akademische Zertifikate, Übersetzungen, ...) auf sich genommen hat, Gespräche mit Behörden und der Apothekerkammer geführt hat, war es dann soweit: Er stellte den Antrag

der Approbation und der Berufserlaubnis bei der zuständigen Behörde.

Ein paar Monate später kam die erfreuliche Nachricht: Da er die Sprachprüfung B2 bestanden hatte, bekam er die Berufserlaubnis für 2 Jahre ausgestellt. Wie sich herausstellte, gibt es für Apotheker mit Berufserlaubnis keinen Tarifvertrag und auch die Arbeitsrechte waren Manuel nicht klar. Trotz Berufserlaubnis arbeitete er weiter als Praktikant, zum Teil auch als PTA, aber mit einem Gehalt unter Mindestlohn. Einen PTA-Vertrag inklusive PTA-Gehalt hält Manuel für angemessen, doch bis heute hat er keine Apotheke gefunden, die das zahlt, „deswegen arbeite ich weiter

als Praktikant, mit einem niedrigen Gehalt, unter dem Mindestlohn.“, so Manuel.

Der deutsche Arbeitsalltag

Der Arbeitsalltag des Praktikanten Manuel bestand zunächst vor allem aus kaufmännischen Tätigkeiten und Botenlieferungen, später kamen auch Labor- und Rezepturaufgaben hinzu.

ihm lässt er mich wissen, dass er auch an einer Weiterbildung zum Fachapotheker interessiert ist. Ein Apotheker verdient in Deutschland mehr als in Spanien, bei Manuel ist das aber nicht der Fall, mit einem PTA-Gehalt verdient er in etwa so viel wie ein Apotheker in Spanien.

Manuel denkt, dass die deutschen Apotheken mehr dem Wettbewerb

den Bemühungen mit der Sprache, der Integration, den Behörden, will Manuel das nicht aufgeben, sondern weiterkämpfen, bis er die Fachsprachenprüfung bestanden hat und einer Approbation nichts mehr im Wege steht. „Deutschland ist ein EU-Land und ich glaube an das EU-Projekt“, sagt er im Interview.

Manuels größter Wunsch ist es, endlich die Approbation zu erhalten und eine unbefristete Stelle in einer Apotheke zu bekommen: „Ich möchte ein guter deutscher Apotheker werden!“ Er wünscht sich auch mehr Unterstützung von der Kammer, eine Art Stipendium oder ein besseres Beratungsangebot für ausländische Apotheker könnte er sich vorstellen, „weil ich denke, dass wir so den Fachkräftemangel im Gesundheitsbereich lösen können.“, so Manuel. Er weiß aber auch, dass es nicht gut für sein Heimatland ist, wenn qualifizierte Arbeitskräfte auswandern. Er aber hat sich für Deutschland und damit zwangsläufig auch gegen sein Heimatland entschieden.

*Namen von der Redaktion geändert

Esther Luhmann



„Im Allgemeinen hatte ich gute Erfahrungen mit KollegInnen, fast immer waren sie nett zu mir, sie halfen mir und erklärten mir.“, berichtet Manuel von seiner Erfahrung mit den ArbeitskollegInnen. Er erzählt aber auch von einigen Fällen, in denen Kollegen wegen seiner Sprache irritiert waren. In Apotheken in der Stadt, mit internationalem Charakter, ist es nicht so stark. Auch mit den Patientinnen und Patienten in der Apotheke hat er gute Erfahrungen gemacht.

Wenn Manuel mal nicht weiter weiß oder Hilfe braucht, wendet er sich zuerst an Kollegen, aber auch an seinen Chef. Die Kammer oder auch die Gewerkschaft sind weitere Ansprechpartner.

Vergleich: Spanien und Deutschland

Die Arbeitsbedingungen findet Manuel im Vergleich zu Spanien besser: „Hier gibt es überall die Möglichkeiten die berufliche Karriere zu entwickeln, durch Fort- und Weiterbildungen.“ Mittlerweile verfügt Manuel über ein Fortbildungszertifikat der Apothekerkammer. Im Gespräch mit

unterliegen, auf Grund der Niederlassungsfreiheit. In Spanien reguliert die Kammer die Apothekendichte. Mehr Wettbewerb bedeutet auch kommerzielleres Treiben, mehr Medikamente, mehr Homöopathie und mehr Kosmetik.

Wie ergeht es anderen Spaniern? Manuel hat durch Sprachkurse und Fortbildungen auch andere Spanier kennen gelernt, die nach Deutschland gekommen sind, um hier zu arbeiten. Die Erfahrungen sind ganz unterschiedlich: Manche haben sofort die Fachsprachenprüfung bestanden und damit stand ihnen nichts mehr im Weg um die Approbation zu bekommen, er kennt aber auch andere Fälle, in denen die Spanier aufgegeben haben und wieder zurück in ihr Heimatland gegangen sind. Jeder Fall ist unterschiedlich.

Manuel fühlt sich wohl in Deutschland

Er hat sich eingelebt, Freunde gefunden und gibt nicht auf. Im Moment stehen die beruflichen Fortschritte an erster Stelle, aber auch die Freizeit soll nicht zu kurz kommen. Nach all



Interview mit Maria Zoschke zum Protestmarsch am 24. März 2019 in Berlin

#retteDeineApotheke

#retteDeineApotheke. Mit diesem Hashtag setzt sich Maria Zoschke zusammen mit zwei anderen jungen Apothekern für den Erhalt der öffentlichen Apotheke vor Ort ein. Am 24. März 2019 wurde in Berlin ein Protestmarsch organisiert, um lautstark gegen eine Politik zu protestieren, die ein bedrohliches Apothekensterben nach sich ziehen wird. Viele Forderungen der jungen Apotheker decken sich mit den Vereinszielen des VdPP. Das nahmen wir zum Anlass, mit der Berliner Apothekeninhaberin über die aktuellen Entwicklungen der Arzneimittelversorgung im Gesundheitswesen zu sprechen.

Maria, starten wir mit dem Anfang der Bewegung. Wie kam es zu der Idee? Warum gerade jetzt?

Auslöser für den Protest war ein Brief der EU-Kommission, der Deutschland dazu auffordert, den Arzneimittelmarkt zugunsten internationaler Großkonzerne zu liberalisieren. Wenn das eintritt, was die EU fordert, könnte das für tausende Apotheken das Aus bedeuten. Das Nachsehen hätten nicht zuletzt die Patienten, denen die Stammapotheke verloren geht. Diese komplexe Gemengelage hat uns dazu gebracht, etwas zu unternehmen. Und so entstand die Idee für den Protestmarsch.

Die wohnortnahe Versorgung mit Arzneimitteln ist eine Herzensangelegenheit des VdPP. Warum ist euch das so wichtig für Apotheker und Patienten?

Apotheken sind einfach mehr als reine Medikamentenverkaufsstellen. Sie sind ein wichtiger Pfeiler im Gesundheitswesen und helfen jeden Tag Millionen von Menschen. Sie sind Orte des Vertrauens, der Geborgenheit, der sozialen Wärme. Und sie sind auch ein wichtiger Wirtschaftsfaktor. Die Apotheken bieten mehr als 150.000 wohnortnahe Arbeitsplätze. Sie zahlen im Jahr rund 400 Millionen Euro Gewerbesteuer, die den Kommunen für Kitas, Schulen und Schwimmbäder zur Verfügung stehen. Am Ende geht es um einen ganzen Berufsstand. Wir verstehen

uns als junge Apotheker und haben die große Sorge, dass das alles unter den geplanten Bedingungen keine Zukunft mehr hat.

Viele Menschen kommen in die Apotheken und stellen ihre intimsten Fragen. Und bekommen dann fachkundige Antworten. Ohne Wartezeit und ohne Terminvergabe. Sofort und ohne Bedingungen. Und das sollte aus unserer Sicht politisch nicht zerstört werden. Hier wird Politik für internationale Großkonzerne und gegen die Menschen im Land gemacht. Wir fordern, dass die Politik den Rahmen schafft, damit wir als junge Pharmazeuten auch noch in 25 oder 30 Jahren jederzeit und mit vollem Einsatz den Menschen vor Ort helfen können.

Über das Pro und Kontra des Versandhandels wurde in den letzten Jahren viel diskutiert. Das Versandhandelsverbot ist eine zentrale Forderung. Wieso? Welche Risiken seht ihr? Wie steht ihr zum Rx-Boni-Verbot?

Aus unserer Sicht ist es ein großer Fehler, davon auszugehen, dass Arzneimittel ein normales Wirtschaftsgut sind. Arzneimittel sind ein besonderes Gut, das dem Schutz der menschlichen Gesundheit dient. Das Rx-Versandhandelsverbot ist eine effektive Möglichkeit, dem Rechnung zu tragen, das Rx-Boni-Verbot eine andere. Würde die Preisbindung für verschreibungspflichtige Medikamente fallen, hätte das für die Patienten

nur auf den ersten Blick positive Folgen. Denn es würde eine Rabattschlacht folgen zum Beispiel um starke Schmerzmittel, um abhängig machende Schlafmittel, um Antibiotika. Und diese Rabattschlacht würden unzählige, wahrscheinlich tausende Apotheken nicht überleben. Die Folge für die Patienten wäre, dass weitere Stammapotheeken verloren gehen. Weitere Orte des Vertrauens, weitere Orte der Hilfe.

Und es könnte dann passieren, dass wie im Fall des Blutdruckmittels, das nicht bestellbar war, Unternehmen wie internationale Versandapotheeken sich einen großen Vorrat anlegen und dann die Preise anziehen. Dann kostet die Packung nicht mehr 5 Euro, sondern plötzlich 50 Euro oder 100 Euro. Wer es haben will, der muss bezahlen... Dann gilt nur noch freie Marktwirtschaft. Und das ist aus unserer Sicht das Fatalste, was dem Patienten passieren kann.

Und noch etwas: Wir kritisieren nicht den Versandhandel mit OTC-Produkten. Das bietet für viele Patienten, die stärker aufs Geld achten müssen, die Möglichkeit sich zu entscheiden. Aber den Versand von Rx-Arzneimitteln durch internationale Logistikkonzerne, den wollen wir nicht. Erstens, weil dies das deutsche Apothekenwesen zerstören würde, das von Patienten hoch geschätzt wird. Zweitens, weil die deutschen Apotheken das schon heute viel besser können: dank Vorbestell-Apps,

persönlicher Beratung und Botendienst.

Als VdPP kämpfen wir gegen den massiven Einfluss großer Wirtschaftskonzerne auf alle praktischen Bereiche der Arzneimittelversorgung, d.h. wir kämpfen gegen eine starke Lobby. Was genau unternimmt ihr um das zu stoppen?

Wir werden nicht aufhören uns zu wiederholen, wie wichtig die Apotheken für die Menschen sind. Und zwar so lange, bis es auch der letzte Politiker, Krankenkassen-Chef oder Apotheken-Skeptiker gehört und verstanden hat. Da gibt es bei einigen noch jede Menge Nachholbedarf.

„Spahn muss weg!“ hieß es auf der Demo. Muss er wirklich ganz weg oder reicht ein Umdenken beim Beispiel Versandhandel, eurer Kernkritik an seiner Politik?

Die Euphorie der Teilnehmer auf der Veranstaltung war riesig. Trillerpfeifenkonzerte, Sprechgesänge, diesen tollen Einsatz hatten wir selber nicht erwartet. Rufe wie „Spahn muss weg“ sind allerdings nicht unsere Linie. Wir wollen konstruktiven Druck ausüben und nicht polemisieren.

Habt ihr den Bundesgesundheitsminister direkt angesprochen? Wie hat er reagiert?

Einer der Mitorganisatoren der Demo, Dr. Joachim Schrot, hat den Bundesgesundheitsminister für den 12. April zu sich in seine Apotheke nach Schleswig-Holstein eingeladen. Die Gelegenheit ist günstig, weil Herr Spahn dort auch zum Mehlbeutelesen der Jungen Union eingeladen ist. Bisher haben wir noch keine Rückmeldung vom Minister erhalten, sind aber zuversichtlich, da Herr Spahn gern auf persönliche Einladungen reagiert.

Wurdet ihr von der ABDA unterstützt? Sucht ihr die Zusammenarbeit mit den Landesorganisationen? Wie beurteilt ihr das Taktieren der ABDA zu Rx-Versandhandel und Rx-Boni?

Die Arbeit der ABDA hinter den Kulissen ist wichtig. Ohne diesen ständigen Austausch zwischen Spitzenver-

bänden und der Politik stünden die Apotheken vermutlich sogar noch schlechter da als heute. Da gibt es viele gute Ansätze wie zum Beispiel die Bürgermeister-Kampagne.

Wir erwarten aber vor allem etwas von der Politik und weniger von der ABDA. Nämlich, dass sie endlich erkennt, wie wichtig die Apotheken für die Gesundheitsversorgung in Deutschland sind. Und das sollte die ABDA aus unserer Sicht auch einmal mit breiter Brust vortragen. Den Rückzug von der Forderung nach

Zeitpunkt nicht ausschließen.

Nach der Demo in Berlin hat unsere facebook-Seite zudem ordentlich an Fahrt aufgenommen. Wir finden es toll, wie intensiv die Nutzer unsere Beiträge liken, teilen und kommentieren. Zum Beispiel die Grafik mit dem Vergleich zwischen vor Ort-Apotheken und EU-Versendern. Dieser Post wurde mehr als 2.300 mal geteilt. Und zeigt, wie wichtig soziale Medien für unsere Art der Kommunikation sind. Wir werden diese Kanäle auch weiterhin intensiv nutzen, um



einem Rx-Versandverbot sehen wir kritisch.

War es das oder werdet ihr noch weiter mobilisieren und zu Protesten aufrufen? Was habt ihr vor? Es gibt ja eine Menge Herausforderungen für die Pharmazie, etwa Qualität der Beratung oder evidenzbasierte Pharmazie oder interprofessionelle Vernetzung oder Patientenorientierung. Sind das auch für euch relevante Fragen, um die ihr euch auch kümmern wollt?

Die Apotheken können sich auf eine Sache verlassen: Wir werden nicht lockerlassen. Und haben noch einige Pfeile im Köcher. Was genau als nächstes kommt, können wir an dieser Stelle allerdings noch nicht verraten. Dass es eine weitere Demo gibt, können wir zumindest zum heutigen

über unsere Themen zu informieren.

Maria, danke dass du dir die Zeit genommen hast um mit uns über eure Beweggründe zu sprechen. Wir wünschen euch viel Erfolg, denn der liegt im gemeinsamen Interesse.

Maria Zoschke ist Inhaberin von 2 Apotheken in Berlin und hat zusammen mit den Apothekern Maximilian Wilke und Dr. Joachim Schrot die Aktion #retteDeineApotheke organisiert. Damit setzt sie sich für die Apotheke vor Ort ein.

Das Interview führte Esther Luhmann.

Buchrezension von Dr. Udo Schagen

Christian Hardingham: Ferdinand Sauerbruch und die Charité - Operationen gegen Hitler

Zuerst erschienen in H-Soz_Kult, 20.03.2019

Hin und wieder stellen wir im Rundbrief ein Buch vor, welches wir unbedingt empfehlen wollen.

Heute ist es anders: Wir raten ab.

Sicher nicht zufällig erschien dieses neue Buch über den Chirurgen Sauerbruch parallel zu der zweiten Staffel der ARD-Serie "Charité" (im rbb), die zur Zeit des Nationalsozialismus spielt und in der Sauerbruch ganz im Mittelpunkt steht. Allein der Untertitel "Operationen gegen Hitler" suggeriert Widerstand. Ziemlich falsch!

Wir halten die Rezension dazu für lesenswert. Sie ermöglicht uns, einen historisch qualifizierten Blick auf diese Vergangenheit zu werfen. Nur so können wir aus der immer wieder notwendigen Beschäftigung mit der Nazi-Vergangenheit unsere Lehren ziehen.

Mit seiner lückenhaften Darstellung unterstützt das Buch Erinnerungskultur nicht. Aber es passt in den Zeitgeist, in dem die Nazi-Zeit – vom Mitläufertum bis zum Verbrechen – revidiert wird.

Begeisterte Leserbriefe bei Amazon („ihn in den Kreis derjenigen aufnehmen, die Widerstand geleistet haben“ - „völlig neues Licht in das Leben und Wirken eines Mannes, der offenbar aktiv gegen die Nazis agierte hatte“ - „Spannende und gut recherchierte Geschichtsschreibung“) zeigen, wie Geschichtsklitte-rung wirkt.

Wir danken dem H-Soz_Kult am Institut für Geschichtswissenschaften der Humboldt-Universität zu Berlin für die freundliche Genehmigung zum Nachdruck.



Kein anderer deutscher Mediziner ist mit Leben und Werk so gut erforscht wie Ernst Ferdinand Sauerbruch (1875-1951). Von 1927 bis 1949 war er Ordinarius der Berliner Medizinischen Fakultät und Direktor der Chirurgischen Klinik in der Charité. Seine Beliebtheit bei Patienten, sein charismatischer Vortrag, seine ärztlichen und wissenschaftlichen Verdienste und auch seine politische Nähe zum Nationalsozialismus waren nicht nur Gegenstand von ungezählten Nachrufen und Zeitzeugenberichten, sondern auch von wissenschaftshistorischen Monographien und Aufsätzen. Ein weiterer Grund für die Dichte der Forschung zur Person war, dass ein als „Autobiographie“ vermarktetes Buch, in zehn Sprachen übersetzt, eine Millionenaufgabe erreichte und zahlreiche Mythen über ihn begrün-

dete, obwohl es weder von ihm geschrieben noch autorisiert worden war.[1]

Umso mehr überrascht, wenn nun Verlag und Autor ein Buch ankündigen, in dem vollständig Neues über Sauerbruch berichtet werden soll, insbesondere über sein Verhältnis zum nationalsozialistischen Staat. Der Autor, Christian Hardingham, geht von der These aus, dass Sauerbruch zu Unrecht als „Dulder, dann als [...] Befürworter der Nazis“ und heute bereits als „NS-Täter“ dargestellt werde. (S. 18) Diese Behauptungen seien anzuzweifeln, da lediglich „drei kurze kritische Texte“ und ein Lexikonartikel auf diese Fragestellung eingingen.[2] Es werde Zeit, „genau aufzuschlüsseln“, ob dem Chirurg politische Nähe zum Nationalsozialismus vorgeworfen werden könne. „Dies solle

nun umfangreich wie nie zuvor und ein für alle Mal geklärt werden.“ „Bisher nicht beachtete Quellen“ würden das Bild des Ferdinand Sauerbruch gänzlich neu beleuchten und aufzeigen, wie aktiv dieser gegen die Nazis »operierte«, kämpfte und wer ihn dabei unterstützt habe. (S. 22/23). Stützen werde er sich, weil „bisher nicht beachtet“, vor allem auf drei Werke: Die Erinnerungen des jüdischen Chirurgen Rudolf Nissen[3], die Biographie des Spions Fritz Kolbe [4] und ein von ihm so bezeichnetes Tagebuch des elsässischen Chirurgen Adolphe Jung[5].

Nissen hatte über zwölf Jahre als Assistent, Oberarzt und Stellvertreter Sauerbruchs gearbeitet. Er emigrierte 1933 nach Istanbul, zunächst gegen den Rat aber dann doch mit Sauerbruchs Unterstützung, und widmete

seinem Lehrer 1969 ein fast 40seitiges Kapitel voller Bewunderung für dessen faszinierende Persönlichkeit, seine großen Verdienste, seine Vortragskunst, seine glänzenden Schriften, das von den Kranken in ihn gesetzte unbegrenzte Vertrauen etc. Aber Nissen berichtet auch von Sauerbruchs morbid nationalistischer Überheblichkeit und den gravierenden politischen Vorwürfen seiner Nähe zu Nationalsozialisten am Beispiel der Mitunterzeichnung des „Bekennnis der Professoren [...] zu Adolf Hitler“ im November 1933. Noch kritischer kommentiert Nissen, dass keiner der mit Sauerbruch Anwesenden bei einem Vortrag über Versuche an KZ-Insassen protestiert habe. Es sei möglich, „daß die amoralische und sadistische ‚Führerschicht‘“ Experimente befürwortete, um dem „im Existenzkampf stehenden Heere zu helfen.“ Es sei aber „undenkbar, daß nicht jeder Mensch die Mißhandlung eines Wehrlosen, seine grausame Tötung und Verstümmelung als das empfindet, was es ist: als ein Verbrechen.“ Hardinghaus, der die Autobiografie Nissens als „wertvollste veröffentlichte Quelle“ bezeichnet (S. 23) und der sich ausdrücklich auf Nissen beruft, geht in seiner Darstellung auf Nissens kritische Beurteilung Sauerbruchs nicht ein, nimmt sie nicht einmal zur Kenntnis. Das ist schon deshalb erstaunlich, weil Nissens Werk im Gegensatz zur Meinung von Hardinghaus als Standardwerk breite Beachtung fand. Damit zeichnet er nicht nur von Sauerbruch, sondern auch von Nissen ein falsches Bild. Nach Hardinghaus sei die Publikation zu Fritz Kolbe ebenfalls nicht beachtet worden. Ein kurzer Blick ins Internet hätte ihn vor dieser Einschätzung bewahrt. Kolbe war zwar eng mit Sauerbruchs Sekretärin befreundet. Sauerbruch wusste von Kolbes Kontakten zu den Alliierten, transportierte sogar Briefe für ihn, war aber nie, wie Hardinghaus ohne Beleg schließt,

Akteur in der Spionage.

Die Aufzeichnungen Adolphe Jungs über seine Zeit von 1942-1945 an der Seite Sauerbruchs standen bisher der Öffentlichkeit nicht zur Verfügung. Der Autor bezeichnet Jungs Aufzeichnungen als „imponierendste und bedeutendste aller Quellen“. Das „Tagebuch“ habe ihm „exklusiv“ zur Verfügung gestanden. Die Frage, ob es sich um ein solches handelt, belegt er nicht, ist aus quellenkritischer Sicht aber nicht unwichtig. Die Herausgeber schreiben in der Einleitung: „Grundlage der Edition sind handschriftliche Aufzeichnungen Adolphe Jungs, die er in der Zeit nach dem Zweiten Weltkrieg in Heften und Notizbüchern niederlegte.“ Der Bericht Jungs ist also kein „Tagebuch“, sondern ist nach dem Krieg für die Familie und möglicherweise zu seiner Rechtfertigung vor einer französischen Kommission zur Untersuchung von Kollaborationsvorwürfen verfasst worden.

Was aber berichtet Jung Neues zu Sauerbruch? Für dessen Persönlichkeit gibt er eine ähnliche Charakterisierung wie Nissen dies für die zwölf Jahre vor 1933 getan hat, und erwähnt die seit langem bekannten Hilfen Sauerbruchs für Verfolgte sowie auch drastische Kritik an Ereignissen während des 2. Weltkrieges. Nur wird Sauerbruch dadurch nicht zum grundsätzlichen Gegner des Nationalsozialismus. Sogar der Auffassung von Jung, Sauerbruch habe über den Versuch des Attentats auf Hitler „Bescheid gewusst, ohne daran beteiligt gewesen zu sein“ steht die Auffassung von Sauerbruchs Frau Margot entgegen, wenn sie von einer Begegnung mit Widerständlern des 20. Juli berichtet: „Mein Mann war sehr befreundet mit Popitz, das war einer seiner besten Freunde [...], er war wahnsinnig national und auf diesem Boden haben sie sich gefunden.“ Beim Geburtstag von Sauerbruch, am 3. Juli 1944, berichtete sie

zwar, dass Beck, Popitz, Hassel, Jessen etc. bei ihm waren – aber auch: „Sauerbruch wusste nichts [...] sie wollten ihn nicht einbeziehen.“ Sie und ihr Mann hätten zusammen auf der Terrasse gegessen. Die Herren hätten Sauerbruch nicht als Mitwisser belasten wollen.[6]

Ähnlich fahrlässig wie mit seinen „neuen“ Quellen geht H. mit der Literatur um, die nach seiner Auffassung als Quellen für eine Verurteilung Sauerbruchs als „NS-Täter“ dienen. In keiner der zitierten Arbeiten wird Sauerbruch tatsächlich als „NS-Täter“ charakterisiert. Kudlien und Andree haben zwar bereits 1980 mit W. Sontheimer von Sauerbruchs in letzter Konsequenz antidemokratischer Haltung und der Sympathie des immerhin schon 48jährigen Sauerbruch mit dem Hitler-Ludendorff-Putsch im November 1923, seinem „Offenen Brief an die Ärzteschaft der Welt“ im November 1933, in dem er die „harten und schweren Eingriffe“ als „Grundlage einer Wiedergeburt unseres unwürdig behandelten und zurückgesetzten Volkes“ verteidigte, berichtet; seinem Einsatz für verfolgte Juden und seiner intern wiederholt geäußerten Kritik stünden „jedoch seine bis zum Ende des Krieges andauernde Bereitschaft zum offiziellen Mitmachen, seine uneingeschränkte Verfügbarkeit gegenüber.“ Noch im März 1939 hatte Sauerbruch als Hauptredner einer Tagung mit 15.000 Teilnehmern die Schaffung „einer wahrhaft durchgreifenden Gesundheitspolitik“ durch die „nationalsozialistische Bewegung“ gelobt. Sauerbruch, so Kudlien schon 1970, erweise sich letztlich als „schwankender, differenzierter Bejaher“ des Nationalsozialismus.

Die Lobeshymnen Sauerbruchs auf den Führer und den Nationalsozialismus, die ausgestrahlten Tondokumente seiner Reden vom Oktober 1933, vom November 1933 und noch vom Januar 1938 sind erhalten.



Obwohl Hardinghaus die diese Reden enthaltenden Arbeiten kennt, zitiert er daraus nur Ausschnitte und die Rede von 1938 erwähnt er gar nicht. Da bezog sich Sauerbruch immer noch ausdrücklich auf den „9. November 1923, wo die erste nationale Machtprobe scheiterte und Enttäuschung und Verzweiflung unsere Hoffnungen begruben.“ Er fuhr fort: „Nun kam das Jahr 1933 – mit ihm die entscheidende Wendung für unser Vaterland durch den Führer.“

Alle Forschungsanträge zur Medizin und zur Rassenhygiene, auch die zu Menschenversuchen in Konzentrationslagern, mussten über den Tisch von Sauerbruch als Fachspartenleiter Medizin im Reichsforschungsrat gehen; er war für ihre Bewilligung verantwortlich. Dies verschweigt Hardinghaus zwar nicht. Aber, er diskutiert drei geförderte Versuchsreihen, die Senfgas-Experimente in Natzweiler, Mengeles Infektionsexperimente und die Zwillingstötungen in Auschwitz-Birkenau zur „Gewinnung“ präparierter Augen, nur, um zu dem Schluss zu kommen, dass aus den Anträgen nicht hervorgegangen sei, dass die beantragten „Versuche mit menschlichem Leid verbunden“ gewesen seien. Nicht zur Kenntnis genommen hat Hardinghaus hierzu das einschlägige Standardwerk Wolfgang Eckarts, in dem diskutiert wird, wie wahrscheinlich es ist, dass der oberste Medizin-Forschungsbeauftragte des Reiches mit seinem exzellenten Netzwerk ins Militär und die Ministerien nichts von den Menschenversuchen gewusst haben sollte.[7] Auch Eckart verurteilt Sauerbruch nicht als „NS-Täter“, sondern schreibt, er habe sich auf eine bisweilen schwer verständliche, bisweilen sogar unerträgliche Weise mit den jeweiligen politischen Machthabern arrangiert.

Jede Beurteilung einer zeitgeschichtlichen Person aus den hinterlassenen Dokumenten ihr nahe stehender Zeitzeugen hat seine bekannten Schwierigkeiten. Bei Sauerbruch allerdings

stehen dem Interessierten darüber hinaus zahlreiche von Sauerbruch selbst autorisierte Dokumente als Quellen zur Verfügung. Dass diese bei einer Einschätzung seiner Nähe zum Nationalsozialismus das größte Gewicht haben, sollte selbstverständlich sein. Die Bezeichnung des Buches durch den Verlag als „erste umfassende Biografie des bedeutenden Chirurgen“ muss angesichts nicht mitgeteilter neuer Erkenntnisse als nicht überzeugend angesehen werden.

Anmerkungen:

[1] Ferdinand Sauerbruch, *Das war mein Leben*. Bad Wörishofen 1951.

[2] Fridolf Kudlien / Christian Andree, Sauerbruch und der Nationalsozialismus, in: *Medizinhistorisches Journal* (1980), S. 201-221; Ernst Klee, *Das Personenlexikon des Dritten Reiches*, Augsburg 2005, S. 520f.; Marc Dewey u.a., *Ernst Ferdinand Sauerbruch and His Ambiguous Role in the Period of National Socialism*. *Annals of Surgery* 244(2006), S. 315–321 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1602148/> (13.03.2019); dies., Ernst Ferdinand Sauerbruch und seine ambivalente Rolle während der Zeit des Nationalsozialismus, in: *Deutsche Gesellschaft für Chirurgie – Mitteilungen* 2006, Nr. 4, S. 325-333; Wolfgang U. Eckart, „Der Welt zeigen, daß Deutschland erwacht ist ...“. Ferdinand Sauerbruch und die Charité-Chirurgie 1933-1945, in: Sabine Schleiermacher / Udo Schagen (Hrsg.), *Die Charité und das Dritte Reich. Zur Dienstbarkeit medizinischer Wissenschaft im Nationalsozialismus*, Paderborn 2008, S. 189-206.

[3] Rudolf Nissen, *Helle Blätter - dunkle Blätter. Erinnerungen eines Chirurgen*, Stuttgart 1969.

[4] Lucas Delattre, Fritz Kolbe. *Der wichtigste Spion des Zweiten Weltkriegs*, München 2004.

[5] Susanne Michl / Thomas Beddies / Christian Bonah (Hrsg.), *Zwangsversetzt. Vom Elsass an die Berliner Charité. Die Aufzeichnungen des Chirurgen Adolphe Jung, 1940-1945*, Berlin 2019.

[6] Margot Sauerbruch als Zeitzeugin wörtlich bzw. dem Sinne nach im Film des SFB, „Zwischen Geist und Gewalt - Die Berliner Mittwochsgesellschaft“, ausgestrahlt am 20. Januar 1985. Für diese Information danke ich der Regisseurin und Drehbuchautorin Dagmar Wittmers vom 28. Februar 2019.

[7] Wolfgang U. Eckart, *Medizin in der NS-Diktatur. Ideologie, Praxis, Folgen*. Wien u.a. 2012, S. 263, 291, 298f., 301; ders., *Ferdinand Sauerbruch – Meisterchirurg im politischen Sturm. Eine kompakte Biographie für Ärzte und Patienten*. Wiesbaden 2016, S. 32-37.

Zitation

Udo Schagen: Rezension zu: *Hardinghaus, Christian: Ferdinand Sauerbruch und die Charité. Operationen gegen Hitler. München 2019*, in: H-Soz_Kult, 20.03.2019, www.hsozkult.de/publicationreview/id/rezbuecher-30742.

Copyright © 2019 by H-NET; Clio-online and H-Soz-Kult, and the author, all rights reserved. This work may be copied and redistributed for non-commercial, educational purposes, if permission is granted by the author and usage right holders. For permission please contact hsk.redaktion@geschichte.hu-berlin.de.

Hardinghaus, Christian, Ferdinand Sauerbruch und die Charité. Operationen gegen Hitler. Europaverlag Berlin, München 2019

248 S., 20,00 €, ISBN 978-3-95890-236-7



Gedanken zu Primärversorgungsmodellen in Finnland und Kanada

auf der Grundlage der Studie von Schaeffer, Hämel, Ewers: Versorgungsmodelle für ländliche und strukturschwache Regionen.

Die Publikation „Versorgungsmodelle für ländliche und strukturschwache Regionen“ von Schaeffer, Hämel und Ewers charakterisiert Primärversorgungsmodelle strukturschwacher Regionen Kanadas und Finnlands und stellt darüber hinaus einen Vergleich mit den gesundheitlichen Versorgungsstrukturen in Deutschland an. Doch warum sollte man sich als Pharmazeut mit gesundheitlichen Versorgungsmodellen in Kanada und Finnland auseinandersetzen?

Für die Diskussion um die Entwicklung des Apothekenwesens mag diese Thematik, zumindest im ersten Moment, nicht so relevant sein. Doch in der näheren Betrachtung zeigen sich interessante Perspektiven.

Demografie

In Deutschland, Kanada und Finnland ergeben sich aus der demografischen Entwicklung ähnliche Schwierigkeiten für das Gesundheitssystem. Prognosen rechnen für 2050 in allen drei Ländern mit einem signifikanten Anstieg der Anzahl der älteren Menschen. Laut Angaben der Bundeszentrale für politische Bildung wird 2060 jede dritte in Deutschland lebende Person mindestens 65 Jahre alt sein.

Nicht nur die erhöhte Altersstruktur wird problematisch werden. Der gleichzeitige Infrastrukturabbau und Fachkräftemangel in außerstädtischen Regionen tragen zu den zukünftigen Herausforderungen bei, die das deutsche Gesundheitssystem bewältigen muss. Wer wird die vielen

älteren Menschen dann mit gesundheitlichen Leistungen versorgen? Finnland und Kanada reagieren bereits seit einiger Zeit mit veränderten Primärversorgungsmodellen. Nachfolgend sollen einige Beispiele herangezogen und die besondere Relevanz für das Apothekenwesen herausgearbeitet werden.

Primärversorgungsmodelle in Finnland: Gesundheitskiosk und Mallu Klinik

Gesundheitskiosk

Gesundheitskioske haben sich an vielen Stellen Finnlands als ergänzendes Modell zur Primärversorgung etabliert. Sie sind ein Angebot im ländlichen Raum und befinden sich meist in Lebensmittelversorgungseinrichtungen, um der Bevölkerung möglichst niedrigschwellig zur Verfügung zu stehen. Mehrere speziell qualifizierte Pflegefachkräfte (akademisch ausgebildete Nurses) sind im Gesundheitskiosk angestellt und stehen als kontinuierliche Ansprechpartner bei gesundheitlichen Fragen zur Verfügung. Sie leisten Unterstützung bei kleineren Gesundheitsproblemen wie Impfungen, Wundversorgung, Blutdruck- und Blutzuckermessungen. Daneben geben sie Informationen zu Prävention und Gesundheitsförderung sowie zu vorhandenen gesundheitlichen und sozialen Angeboten in der Gemeinde. Themenbezogene Veranstaltungen zu gesundheitlichen Themen wie Zahngesundheit und Diabetes finden statt. Das Angebot richtet sich nach der Bedarfslage der regionalen Bevöl-

kerung. Die Pflegefachkräfte wissen um die vorwiegenden Gesundheitsprobleme der regionalen Bevölkerung.

Mallu Klinik

Ein weiteres finnisches Projekt zur Ergänzung der Primärversorgung ist die mobile Mallu Klinik. In Begleitung von akademischen Pflegefachkräften werden mit der mobilen Klinik ländlich abgelegene Regionen angefahren. Die Pflegefachkräfte beraten in gesundheitlichen Fragestellungen, führen Check Ups, Impfungen sowie einfache Blutuntersuchungen durch und geben Hilfestellungen beim Medikamentenregime. Zielgruppe ist vor allem die ältere Landbevölkerung mit chronischen Erkrankungen. Die mobile Klinik stimmt sich besonders umfassend mit den Kommunen der Regionen ab: Definierte Routen werden in regelmäßigen Abständen abgefahren. Die sogenannten Public Health Nurses wissen um die dominierenden Erkrankungen der regionalen Bevölkerung.

Primärversorgungsmodelle in Kanada: Nurse Practitioner-Led Clinics und Family Health Teams

Nurse Practitioner-Led Clinics

In Kanada kam es vor allem in strukturschwachen Regionen mit besonderem Ärztemangel zur Etablierung der Nurse Practitioner-Led Clinics, der NPLCs. NPLCs sind in Kanada ambulante Primärversorgungseinrichtungen, die von akademischen Pflegefachkräften, den Nurse Practitioners,

geführt werden. In den Einrichtungen sind keine Ärzte tätig. Die Hauptverantwortung der Primärversorgung liegt bei den akademischen Pflegefachkräften. In Aufgabenprofil und Arbeitsweise sind die NPLCs mit Arztpraxen und ambulanten ärztlichen Kliniken vergleichbar.

Die Autonomie der akademischen Pflegefachkräfte in der Primärversorgung ist auffallend groß, was vor allem ärztlicherseits vielfach kritisiert wurde. Freiberuflich tätige Ärzte fürchteten um finanzielle Einbußen. Da jedoch die NPLCs primär in Gebieten mit besonderem Ärztemangel angesiedelt wurden, erlangte die Kritik wenig Aufmerksamkeit.

Family Health Teams

Family Health Teams (FHT) in Kanada sind multiprofessionelle Teams, die ältere Patienten in der eigenen Häuslichkeit aufsuchen und interdisziplinär unterstützen. In FHT arbeiten verschiedene Gesundheitsprofessionen integrativ zusammen. Koordiniert wird das Ganze durch die kommunalen Gesundheitszentren. Jeder Bürger darf für die gesamte Zeit der medizinischen Betreuung einen Hauptverantwortlichen aussuchen. Diese verantwortliche Person wirkt als Koordinator und übernimmt die Verantwortung für die gesamte medizinische Versorgung des Patienten. Während in städtischen Regionen Ärzte die Rolle des Hauptverantwortlichen einnehmen, übernehmen in ländlichen Regionen vor allem Nurse Practitioners diese Position. In FHT auf dem Land übernehmen Nurse Practitioners weitere Verantwortungsbereiche. In einigen Teams arbeiten die Pflegefachkräfte ohne Ärzte und koordinieren eigenständig die medizinische Betreuung. Je nach Bedarf der Kommunen sind die tätigen FHT unterschiedlich spezialisiert. In Regionen mit besonders vielen älteren Menschen werden Pharmazeuten konsultativ herangezogen. In der Abteilung „Seniors Health“ setzen sie sich mit

Multimorbidität und Multimedikation auseinander.

Was haben die kanadischen und finnischen Primärversorgungsmodelle mit den aktuellen Schwierigkeiten des deutschen Apothekenwesens – insbesondere im ländlichen Raum – zu tun?

Aus den vorgestellten Primärversorgungsmodellen lässt sich ganz besonders eine Entwicklung ableiten: die Übernahme primärmedizinischer Versorgungsleistungen durch die akademisch ausgebildeten Nurses. In ländlichen und strukturschwachen Regionen übernehmen immer mehr Nurses primärmedizinische Verantwortungsbereiche, die ursprünglich Ärzten vorbehalten waren.

Die Schwierigkeiten der demografischen Situation haben zu einer Veränderung der Rollenmuster in der Primärversorgung beigetragen.

Was hat zu diesen bedeutenden Veränderungen in Kanada und Finnland beigetragen? Warum ist gerade in Deutschland die Veränderung bei den Rollenmustern in der Gesundheitsversorgung so schwer?

In jedem Fall wird die demografische Situation die Veränderungen der Primärversorgung in beiden Ländern begünstigt haben. Vor allem in strukturschwachen und ländlichen Regionen Kanadas und Finnlands haben die akademischen Nurses einen zunehmend größeren Verantwortungsbereich erhalten. In städtischen Regionen werden viele der Projekte weiterhin durch den Arzt übernommen.

Aber könnte nicht auch die Struktur des Gesundheitssystems in Kanada und Finnland zu den bedeutenden Veränderungen beigetragen haben? Die finnische und kanadische Gesundheitsversorgung wird zu einem

großen Teil über die Kommunen organisiert. In Finnland und Kanada besteht eine Dezentralisierung des Gesundheitssystems. Kommunale Gesundheitszentren setzen sich mit der Planung, Steuerung und Finanzierung der Gesundheitsversorgung auseinander. Gesundheitsbezogene Projekte, wie die oben vorgestellten Primärversorgungsmodelle, können deutlich unkomplizierter umgesetzt werden.

In Deutschland fällt die Organisation



der Gesundheitsversorgung in fragmentierte Zuständigkeiten. Das Gesundheitssystem ist pluralistisch strukturiert. Viele verschiedene Krankenkassen, Selbstverwaltungsgremien wie der Gemeinsame Bundesausschuss, die Kassenärztlichen Vereinigungen, die berufsständischen Kammern und die Länder nehmen Einfluss auf die Gestaltung der Gesundheitsversorgung. Die Abstimmungsprozesse sind besonders komplex und fordern die Einbeziehung vieler Akteure. Doch nicht nur die Organisationsstruktur, auch die Finanzierung des Gesundheitssystems in Deutschland zeigt eine Fragmentierung durch un-

terschiedliche Kranken- und Pflegekassen. Die Einnahmen für die Gesundheitsausgaben in Deutschland erfolgen zum größten Teil aus Sozialversicherungsbeiträgen. Könnte nicht auch die derartige Fragmentierung der Gesundheitsgelder Ursache für die eher zurückhaltenden Veränderungen im Dienstleistungsangebot des Apothekenwesens darstellen? Die Gelder für die akademischen Nurses in den vorgestellten Projekten stammen aus staatlichen Ressourcen, die kommunal verwaltet werden. Denn die Gesundheitsausgaben in Kanada und Finnland werden vor allem über

Steuern finanziert und stehen dem Staat als Ganzes zur Verfügung. Das ist in Deutschland so nicht der Fall. Die Erstattung gesundheitsbezogener Projekte muss in Deutschland häufig mit verschiedenen Krankenkassen einzeln ausgehandelt werden. Als Beispiel sei die Finanzierung der Medikationsanalysen genannt.

Die Erklärungsversuche zu den statischen Versorgungsstrukturen in Deutschland werden der multifaktoriellen Komplexität wohlredend nicht gerecht. Auffällig ist die besondere Flexibilität und Dynamik der Versor-

gungssysteme Kanadas und Finnlands. Die demografischen Entwicklungen werden auch in Deutschland zu Veränderungen führen. Wir stehen in Zeiten des Wandels. Wäre es gerade vor diesem Hintergrund nicht sinnvoll, nach neuen Perspektiven für das Apothekenwesen zu schauen? Sich um eine stärkere kommunale Beteiligung und neue Aufgabenfelder für Apotheken zu bemühen?

Armina Khalaf

*Pharmazeutin im Praktikum,
Sozialpharmazie Münster*

Hamburger Bündnis für mehr Personal im Krankenhaus Was bringt der 7. Mai?

Am 29.3.2018 übergab die Volksinitiative „Gegen Pflegenotstand im Krankenhaus“ 27.623 Unterschriften im Rathaus an die Hamburger Bürgerschaft (Parlament). Trotz des Erfolgs konnte der nächste Schritt, das Volksbegehren, nicht beantragt werden, da der Hamburger Senat (Landesregierung) die Initiative durch den Gang zum Hamburger Verfassungsgericht ausbremste. Unter mehreren Punkten sollte geklärt werden, ob hier in die Gesetzgebungskompetenz des

Bundes eingegriffen wird und ob die Initiative bei der Beantragung des Volksbegehrens zu viele neue Formu-

lierungen in den Abstimmungstext eingefügt hat, so dass der Text nicht mehr ausreichend dem Urtext der Volksinitiative entspricht.



Laut dpa wird das Urteil am 7. Mai 2019 erwartet. Dann wird sich entscheiden, ob die Initiative ihre Pläne weiter verfolgen kann, oder ob für die Verbesserung der Pflege im Krankenhaus andere Wege betreten werden müssen.

Gudrun Hahn



Presseerklärung 24.4.2019

Zum Referentenentwurf für ein „Apotheken-Stärkungsgesetz“ vorgelegt von Gesundheitsminister Jens Spahn

Der VdPP begrüßt die lebhafteste Diskussion zum geplanten "Apotheken-Stärkungsgesetz". Er befürchtet aber, dass die entscheidenden Herausforderungen einer patientengerechteren Arzneimittelversorgung im Vorschlagsgestrüpp eines "Wünsch-Dir-was" untergehen. Für den VdPP sind drei Aspekte von essentieller Bedeutung:

1. Gleichpreisigkeit und Boniverzicht

Der VdPP fordert ein Verbot des Rx-Versandhandels ohne Hintertürchen. Jede Lockerung provoziert neue ökonomische und juristische Auseinandersetzungen, die zur weiteren Beeinträchtigung der Versorgungs- und Beratungsqualität der Präsenzapotheken führen. Boni, auch differenziert gestaltet, untergraben die Gleichpreisigkeit. Wenn jetzt Minister Spahn die Regelung des einheitlichen Arzneimittelabgabepreises aus dem Arzneimittelgesetz ins Sozialgesetzbuch V überführen will, erschwert das wahrscheinlich einen weiteren Zugriff durch den Europäischen Gerichtshof. Aber dann werden auch entsprechende gesetzlich abgesicherte Maßnahmen für Privatversicherte und SelbstzahlerInnen zwingend erforderlich. Andernfalls müssten wir uns schwerkranke Privatversicherte oder z.B. Frauen als Selbstzahlerinnen ihrer Antibabypille vorstellen, die einem Preiskampf um die besten Boni-Angebote ausgesetzt sind!

2. Neue Pharmazeutische Dienstleistungen

Für den VdPP müssen sich neue pharmazeutische Dienstleistungsangebote unmittelbar und nachvollziehbar aus dem gesetzlichen Versorgungsauftrag der Apotheken herleiten lassen. Dabei sollte die fortlaufende Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) eine zentrale Rolle spielen. Die spezifisch pharmazeutischen Handlungsoptionen müssen mit ärztlichen und pflegerischen Kompetenzen zusammengeführt werden, damit ein gemeinsam entwickeltes und abgestimmtes Medikationsmanagement umgesetzt werden kann. Patientenorganisationen sind zu beteiligen. Für alle neuen Dienstleistungen aus der Apotheke muss ihr patientenorientierter Nutzen belegt sein; sie müssen im Einvernehmen mit den anderen VersorgungspartnerInnen implementiert und wissenschaftlich evaluiert werden.

3. Präsenzapotheken sichern den niedrigschwelligen Zugang zu gesundheitlichen Dienstleistungen

Der VdPP ist überzeugt, dass die Apotheke der Zukunft nur als Netzwerkerin in regionalen gesundheitlichen Verbänden eine Perspektive haben kann. Denn nur kooperative multiprofessionelle Arbeitsstrukturen machen die erforderlich ganzheitliche Versorgungs- und Beratungsqualität möglich. Dabei muss die "Vor-Ort-Apotheke" mit ihrer Kompetenz als Lotsin und Zubringerin ins Gesundheitssystem aktiv werden und ihre niedrigschwellige Erreichbarkeit nutzen, die den Menschen vertraut ist. Pharmazeutische Kompetenz als integraler Bestandteil wohnortnaher gesundheitlicher Versorgungs- und Betreuungszentren kann helfen, Hürden und Brüche in der Versorgungskette zu überwinden.

Der Vorstand
24.4.2019

Termine

14. Mai 2019	Hannover	Präventionskongress des "Länger besser leben"-Instituts http://www.socium.uni-bremen.de/ueber-das-socium/mitglieder/gerd-glaeske/projekte/laenger-besser-leben-institut/
16. bis 17. Mai 2019	Frankfurt am Main	Medico international: Stiftungssymposium Demokratie in der Krise Was hindert die kritische Öffentlichkeit, das politische Denken zu erneuern und zur Demokratisierung der Demokratie beizutragen?
Di, 28. Mai 2019 18:00 Uhr	Hannover	Der digitale Patient - Was bedeutet das eigentlich? Vorträge von Prof. Dr. Dr. Michael Marscholke und Peter L. Reichertz, Institut für Medizinische Informatik, Ort: Hörsaal F, Gebäude J1, Ebene H1.

Von der 68er Revolte zum VdPP 50 Jahre kritische Pharmazie

Anfang November 2018 erschien
unser Sonderheft

„Von der 68er Revolte zum VdPP - 50 Jahre kritische Pharmazie“.

Mittlerweile sollten es alle Vereins-
mitglieder per Post erhalten ha-
ben. Weitere Exemplare können
bei der Geschäftsstelle bestellt
werden — gegen eine Spende von
fünf Euro für das Apotheken-
museum in Cottbus.

Von den vielen Rückmeldungen,
die wir bekommen haben, drucken
wir zwei Leserbriefe ab. Michael
Regus hielt auf dem Marburger
Kongress das Hauptreferat: „Das
Gesundheitswesen in der BRD.
Situation und Perspektiven“. So-
wohl Michael Regus als auch Udo
Schagen haben in den letzten 50
Jahren intensiv die Kritische Medi-
zin sowohl beeinflusst als auch
beobachtet. Über diese Rückmel-
dungen freuen wir uns ganz be-
sonders.

Das Redaktionsteam

Leserbriefe

Prof. Dr. med. Michael Regus

12167 Berlin, den .01.2019
Adolfstraße 14
Tel.: 030-79783340
regus@sozialmedizin.uni-siegen.de

Liebe VdPP-Redaktion,

vielen Dank für die Übersendung der Sonderausgabe eures Rundbriefs. Glückwunsch zu dem Jubiläum! Den Rückblick auf die Geschichte der kritischen Pharmazeutinnen und Pharmazeuten seit 1968 finde ich sehr interessant. Ich war seinerzeit Mitinitiator des darin erwähnten Marburger Kongresses im Jahr 1973. Natürlich ist nicht alles so gekommen, wie wir es damals geglaubt und gehofft haben. Die gesellschaftlichen Grundprobleme wurden aber richtig erkannt und sind im Kern immer noch die gleichen - teilweise sogar in verschärfter Form. Andererseits wurden aber – wie in eurem Artikel auch deutlich wird – wichtige Anstöße gegeben und im Verlauf der Zeit beachtliche Erfolge erzielt. Der Kampf für eine demokratische Berufs- und Gesundheitspolitik war also keineswegs vergeblich. Er ist aber, wie ihr richtig betont, auch weiterhin unbedingt notwendig. Ich hoffe daher, dass Euer engagierter Appell zum „Weitermachen“ möglichst viel Resonanz findet.

Mit herzlichen Grüßen

Michael Regus

*Jahrgang 1943,
von 1976 bis 2009 Professor für Sozialmedizin an der Universität Siegen*

Leserbrief des Medizinhistorikers Dr. Udo Schagen

Die Sonderausgabe des VdPP-Rundbriefs „Von der 68er Revolte zum VdPP. 50 Jahre kritische Pharmazie“ wünsche ich mir in die Hand aller kritischen Kolleginnen und Kollegen in den Berufen um und in der Medizin.

Die meisten der Fragen, die uns heute noch beschäftigen, wenn wir im Gesundheitswesen etwas zum positiven Wandel beitragen wollen, sind schon Ende der neunzehnerziger und in den siebziger Jahren angesprochen worden. Es ging schon damals um mehr Patientennähe, rationalere Strukturen, weg von prioritärer Gewinnorientierung und um mehr Chancengleichheit beim Zugang zu den Leistungen des Gesundheitswesens für alle Bevölkerungsgruppen, auch um mehr Chancengerechtigkeit für die Beschäftigten des Gesundheitswesens selbst.

Der fünfzehnteilige Einleitungsaufsatz gibt den Rückblick auf die politische Diskussion und den Zusammenhang der Kritik am Gesundheitswesen und der allgemeinen Aufbruchsituation. Er erinnert an die Mängel im Bildungswesen, an die nicht aufgearbeitete NS-Vergangenheit und den Protest gegen das Vietnam-Bombardement der US-Amerikaner. Ihre demokratischen Traditionen und ihr Engagement gegen den nationalsozialistischen Völkermord waren der Nachkriegsgeneration lange Jahre als großes Vorbild erschienen. Nun brach es zusammen.

Auch über das sorgfältig ausgesuchte Bildmaterial gelingt es den Autorinnen, die Jahrzehnte der sechziger bis achtziger Jahre, die Ereignisse, Tagungen, Kongresse einer kritischen Gegenöffentlichkeit zur rein ständischen Lobbypolitik der Ärzte- und Pharmazeuten-Verbände leben-

dig werden zu lassen. Diese Gegenöffentlichkeit zielte in antiautoritären Formen gegen den „Autoritarismus“ der alten Bundesrepublik. Er stammte noch aus dem Kaiserreich, „der guten alten Zeit“. Die antiautoritären Formen schienen auch ein Gegenmodell zur am liebsten vergessenen, weil von der großen Mehrheit der Deutschen unterstützten Nazi-Vergangenheit.

Aber die neue antiautoritäre Gegenöffentlichkeit machte sich auch, allerdings in sich zunehmend zersplitternden Gruppierungen, eine andere deutsche Tradition zu eigen und zum Ausgangspunkt ihrer Aktivitäten: Das Zusammengehen mit den Organisationen der Arbeiterbewegung, den Gewerkschaften, den Sozialdemokraten des Gothaer Programms und den aus der Novemberrevolution hervorgehenden Kommunisten der Luxemburg-Liebnecht-Tradition. In diesem Zusammenhang wurde auch nach Errungenschaften im zweiten deutschen Nachkriegsstaat, der DDR, gefragt, der im Aufsatz kaum erwähnt

wurde. Die volle Gleichberechtigung der Frauen im Beruf und das rational organisierte Gesundheitswesen stießen auf großes analytisches und praktisches Interesse: die Durchlässigkeit stationärer und ambulanter Betreuung, die überwundene Lobbymacht der Pharma- und Medizingeräteindustrie sowie die Alternative zur hochprivilegierten, aber problematischen Organisation von Privatanbietern ärztlicher und pharmazeutischer Versorgung erschienen als nachahmenswerte Modelle.

Eine umfangreiche Literaturliste gibt Hinweise für weitere Lektüre. Ihr wären für die Interessenten an den prägenden Ereignissen der sechziger und siebziger Jahre allenfalls folgende Lektüreempfehlungen hinzuzufügen: *Jutta Ditfurth: Rudi Dutschke und Ulrike Meinhof. Geschichte einer politischen Freundschaft. 2., erw. Aufl., Hamburg 2018*

Peter Weiss: I come out of my hiding place. 1966; Vietnam!, Berlin 1966.

Im Ganzen ist das Sonderheft mit seiner Darstellung der Vorgeschichte und der Geschichte des VdPP und auch seinen Berichten zu Alternativmodellen von Apotheken eine überaus gelungene Arbeit.

Herzlichen Glückwunsch zum dreißigjährigen Bestehen!

Dr. Udo Schagen
Institut für Geschichte der Medizin
und Ethik in der Medizin - Charité -
Universitätsmedizin Berlin
<https://medizingeschichte.charite.de/forschung/forschungsschwerpunkt-zeitgeschichte-der-medizin/>





KONTAKT

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

Tel. 040 63917720 - Fax 040 63917724

E-Mail: info@vdpp.de

Mehr Informationen, Artikel und aktuelle Termine
finden Sie unter:

www.vdpp.de

VORSTAND

Daniel Fler
fler@vdpp.de

Thomas Hammer
hammer@vdpp.de

Viktoria Mühlbauer
muehlbauer@vdpp.de

Udo Puteanus
puteanus@vdpp.de

Bernd Rehberg
rehberg@vdpp.de

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

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

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

NÄCHSTER RUNDBRIEF

Der nächste
VdPP-Rundbrief
erscheint im
Oktober 2019.
Redaktionsschluss ist
am 31. August 2019



Tagesordnung der Mitgliederversammlung 2019

am 23. Juni 2019 in Hamburg

Zu den Punkten 5, 6, 7, 8, 9 und 16 werden die Informationen in einem Newsletter kurz vor der MV per E-Mail versendet. Wir bitten diese im Vorwege zur Kenntnis zu nehmen.

- TOP 1 Wahl der Versammlungsleitung und Protokollführung
- TOP 2 Bestätigung der Tagesordnung
- TOP 3 Genehmigung des letzten MV-Protokolls
- TOP 4 Bestätigung der neuen Mitglieder
- TOP 5 Beschlusskontrolle
- TOP 6 Rechenschaftsbericht des Vorstandes
- TOP 7 Rechenschaftsbericht der Referentin
- TOP 8 Kassenbericht / Finanzbericht 2018
- TOP 9 Bericht der Rechnungsprüferinnen
- TOP 10 Fragen und Diskussion der Punkte 5 bis 9
- TOP 11 Entlastung und Neuwahl der RechnungsprüferInnen
- TOP 12 Entlastung und Neuwahl des Vorstandes
- TOP 13 Diskussion zukünftiger Arbeitsschwerpunkte
- TOP 14 Herbstseminar 2019
- TOP 15 Anträge
- TOP 16 Finanzplan 2019
- TOP 17 Verschiedenes

Alle **Anträge** an die MV bitte bis **7. Juni 2019** an die Geschäftsstelle schicken. Diese liegen dann als Tischvorlage vor. Anträge, die später fertig werden, bitte fertig kopiert mitbringen.

Einladung

Mitgliederversammlung 2019 und Fachtagung

21. Juni bis 23. Juni

Hamburg Altona

Programm

Freitag, 21. Juni

19.00 Uhr Abendessen,
(ab) Blaue Blume, s.u.

Samstag, 22. Juni

9.30 Uhr Begrüßung

9.45 Uhr Erika Feyerabend:
„Digitales Panoptikum“

11.00 Uhr Birgit Vogt: Aktionsplan Arzneimittel-
sicherheit des BMG

11.20 Uhr Thomas Klatt: Zur Rolle der Pflegenden in
der interprofessionellen pharmazeutischen
Versorgung

13.00 Uhr Mittagspause

14-16 Uhr World Café mit

Kai-Uwe Helmers: Arzt u. Apotheker Hand
in Hand, Erfahrungen aus der Hausarztpraxis

Dr. Gesine Picksak: Tandemvisite: Ärzte -
Apotheker - Pflegekräfte. Geht das
überhaupt?

Aleksandar Milosevic: Interprofessionelle
Lehre

18.00 Uhr Rahmenprogramm: Hafensrundfahrt

20.30 Uhr Abendessen
Portugiesenviertel s.u.

Sonntag, 23. Juni

9.00 Uhr Mitgliederversammlung

13.30 Uhr Ende der MV

Tagungsort und Unterkunft

Internationales Bildungszentrum **dock europe e.V.**

in der ehemaligen Viktoria-Kaserne

Bodenstedtstr.16 / Zeiseweg

22765 Hamburg Altona

(Foto siehe Rundbrief 103)

Bahnreisende fahren bis Bahnhof HH—Altona,

Dann 15—20 Minuten Fußweg

Anmelden

Online über www.vdpp.de oder

per E-Mail: info@vdpp.de

Kosten

Die Tagungspauschale beträgt ohne Übernachtung
20 €.

Bitte überweist den Betrag sowie die Übernach-
tungskosten **vor** der MV auf das

VdPP-Konto DE 62 1001 0010 0020 0471 05

Stichwort: MV 2019

Tagesordnung **siehe Seite 27**

Treffpunkt Freitagabend:

Blaue Blume

Gerichtstraße 49/Ecke Harkortstr.

22765 Hamburg Altona

Abendessen Samstagabend:

Casa Madeira

Ditmar-Koel-Str. 14

20459 Hamburg

Unterkunft

Wurde bereits gebucht. Siehe

E-mail der Referentin vom 8.2.19.

Spätentschlossene suchen sich bitte

selbst eine Unterkunft, evtl. gibt es

bei dock europe noch Zimmer

040 80 60 92 20

info@dock-europe.net.

