

Pharmazie in sozialer Verantwortung



Arzneimittelversorgung und Digitalisierung – Wirkungen, Nebenwirkungen und Risiken

Gerd Glaeske

Während in vielen Bereichen des Gesundheitssystems noch immer diskutiert wird, wie durch die Einführung bereits vorhandener digitaler Möglichkeiten die Transparenz, die Qualität und die Effizienz der Versorgung von Patientinnen und Patienten verbessert werden kann, sind in der Arzneimittelversorgung spätestens seit Mitte der 1980er Jahre Projekte und Routinen umgesetzt worden, die uns heute die Chance bieten, das Geschehen in diesem Bereich vor allem aus quantitativer Sicht im Quer- und Längsschnitt der vergangenen Jahre beschreiben und in Ansätzen auch bewerten zu können. Und obwohl die Voraussetzungen in diesem Versorgungsbereich besonders günstig waren, weil klare und digital nutzbare Codierungen vorlagen und ständig weiterentwickelt und aktualisiert werden, wie z.B. die indikationsbezogenen Einordnungen der Wirkstoffe (ATC-Code (Anatomisch-Therapeutisch-

Chemischer Code)) oder die Dosierungswerte für jeden klassifizierten Wirkstoff (DDD/Defined Daily Dose) sowie auch eine 7stellige Pharmazentralnummer (PZN), über die jedes einzelne Arzneimittel nach Größe, Stärke und Applikationsform unverwechselbar identifiziert werden kann – ein Grund für das kürzlich in Testregionen eingeführte e-Rezept -, kam auch dieses differenziert und plausibel geordnete System dann an seine Grenzen, wenn es um die Frage der Nutzung dieser Daten ging – Transparenz bis auf die kleinste Stufe unter Analyse der Versicherten-, Arzt- und Institutionenkennzeichen sowie der Datenschutz wurde zum noch immer nicht gelösten Problem. Dass dieser Zusammenhang nach wie vor zu den bestehenden Barrieren gehört, kann im eigentlich so gut geregelten Bereich der Arzneimittelversorgung, in der alle praktischen Voraussetzungen für eine breite Nutzung digitaler Lösungen bestehen, beispielhaft gezeigt und auch auf

Inhalt dieser Ausgabe

Arzneimittelversorgung und Digitalisierung—Wirkungen, Nebenwirkungen und Risiken	1
Ich lese den Rundbrief, weil ...	3
Big Data im Gesundheitswesen Die Revolution, die unser Leben verändern wird	4
Die Arztgeheimnis—Cloud	7
VdPP-Mitgliederversammlung	11
Corona: Thesenpapier 3.0	12
20 Jahre Apotheker ohne Grenzen	15
Brief an ABDA: Aufarbeitung der NS-Vergangenheit	16
Apothekensterben und Public Health	17
Interview mit Iris Hinneburg	20
Stellungnahme zum Selbstmedikations-Papier der ABDA	22
Kurznachrichten	24
Ein Text über nachhaltige Apotheken in Zeiten der Klimakrise	26
Unabhängige Patientenberatung	29
Arzneimittelversuche an Heimkindern	30

andere Versorgungsbereiche übertragen werden, die bei weitem keine vergleichbar gute und schon lange etablierte Basis für eine digitale Nutzung von Versorgungsdaten aufweisen.

„Vom Papier zu digitalisierten Daten“

Eine erste Aktivität bezog in Deutschland den bundeseinheitlichen Medikationsplan ein, der statt der noch nicht eingeführten Gesundheitskarte eine Zwischenlösung ab dem 1. 10. 2016 bilden sollte, wenn Patientinnen und Patienten dauerhaft mehr als zwei Arzneimittel nebeneinander einnehmen mussten. Neben positiven Reaktionen beteiligter Patientinnen und Patienten (Projekt Erfurt, Korzilius & Osterloh 2018) gab es aber auch Kritik, da der Medikationsplan oft unvollständig war. So waren Medikamente vom Facharzt oder Selbstmedikationsmittel nur selten aufgeführt. Patienten vergaßen den Medikationsplan, sodass dieser nicht aktualisiert werden konnte. Des Weiteren sollte es laut Expertenmeinung einen Hauptverantwortlichen geben, der den Medikationsprozess leitet und überprüft, sodass Präparate auch entfernt werden, wenn der Patient sie nicht mehr einnehmen sollte. Eine gemeinsame Plattform für Ärzte, Apotheker, Krankenhäuser und Notärzte könnte auch die Schnittstellenproblematik verringern.

„Ein elektronischer Medikationsplan würde zudem eine höhere Zuverlässigkeit hinsichtlich der Aktualität gewährleisten, so die Meinung von Experten.“

Zudem haben die Patientinnen und Patienten das Recht, bestimmte Arzneimittel nicht eintragen zu lassen, was z.B. im Zusammenhang von Missbrauch (häufige Einnahme von

Analgetika) und Sucht (häufige Verordnung von Hypnotika, Tranquilizern oder Opioiden) zu einer problematischen, ja auch gefährlichen Intransparenz des angewendeten Arzneimittelspektrums führen kann.

In der Zwischenzeit wurde auch die Anwendung von elektronisch basierten Verordnungssystemen erprobt - als Beispiele digitalisierter Lösungen. Das Computerized Physician Order Entry (CPOE) bezeichnet die elektronische Arzneimittelverordnung, also die elektronische Erfassung und Verarbeitung von therapeutischen Anweisungen eines Arztes.

„Ziel ist die Steigerung der Medikationssicherheit und die Reduktion von Kosten.“

Eine Nutzung dieses digitalisierten „Verordnungsassistenten“ zeigte, dass Medikationsfehler reduziert werden können (Stürzlinger et al. 2009). Es zeigte sich aber auch, dass neue und eher überraschend auftretende Fehler, z.B. in der Eingabe und Verknüpfung vorkamen. In einem systematischen Review von Vélez-Díaz-Pallarés et al. (2018) wurde in allen 19 eingeschlossenen Studien ebenfalls über eine signifikante Reduktion von Medikationsfehlern berichtet, in Bezug auf unerwünschte Arzneimittelereignisse waren die Ergebnisse dagegen nicht eindeutig. Für Verschreibungsfehler wurde beim Einsatz von CPOE eine Reduktion um 71% ermittelt. Insgesamt war die Datenlage allerdings sehr heterogen, da die Ergebnisse der Basiserhebung für Medikationsfehler von 2,1-32,3% reichten und damit eine unsichere Referenz darstellten. Bezogen auf Dosierungsfehler wurde eine Reduktion um 80% ermittelt und bezüglich Arzneimittelinteraktionen ein Rückgang um 30%. Durch Anwendung von CPOE traten jedoch auch neue Fehler auf. Ein großes Problem bestand hinsichtlich „alert fatigue“. Der Begriff beschreibt das Phänomen, dass bei einer hohen Anzahl

klinisch nicht relevanter Meldungen die Aufmerksamkeit für einzelne Meldungen sinkt und dadurch auch wichtige Meldungen übersehen werden. Es kam auch mitunter zu einer falschen Auswahl von Arzneimitteln bei Dropdown-Menüs, bei denen die richtigen Medikamente angeklickt werden können, der Nutzer jedoch in der Zeile „verrutscht“. In einer Studie kam es dadurch auch zu inadäquaten Dosisangaben für ältere Personen, 41% der Dosisangaben entsprachen nicht den Empfehlungen für die betreffende Patientengruppe. Damit elektronische Verordnungssysteme ihre erhoffte Wirkung entfalten können ist es daher wichtig, Pharmazeuten und Ärzte bei der Entwicklung solcher Systeme mit einzubeziehen, um deren Umgang mit solchen digitalen „Assistenten“ kennenzulernen und die Nutzerfreundlichkeit zu verbessern.

Der erwähnte Review machte auch deutlich, dass beim Einsatz von CPOE-Systemen wie auch bei anderen E-Health-Anwendungen das Potenzial für Fehler berücksichtigt werden muss und schon deshalb eine kontinuierliche Evaluation unabdingbar ist - wie in der Arzneimitteltherapie müssen auch bei solchen Anwendungen Wirksamkeit, Unbedenklichkeit und Patientennutzen geprüft und bestätigt werden, weil ansonsten die Tatsache einer Innovation schon als positiv beurteilt würde - und das führt auch bei Arzneimitteln oft genug in die Irre (Glaeske, Ludwig, 2019).

Ein Problem beim Einsatz von E-Health-Anwendungen ist nämlich, dass sich die Nutzerinnen und Nutzer auf diese Technik verlassen, sodass vom System verursachte Fehler nicht erkannt werden. Dieses Phänomen ist als „automation bias“ bekannt und wurde von Lyell et al. (2017) im Rahmen einer experimentellen Studie mit 120 Medizinstudierenden nachgewiesen, die unter Nutzung einer korrekten, einer inkorrekten und - als Kontrolle - keiner elektronischen Entscheidungsunterstützung neun Szenarien analysieren sollten, wobei in jeder ein Verordnungsfehler

vorhanden war, welcher erkannt und berichtigt werden sollte. Die Studie kam zu dem Ergebnis, dass die Personen mit dem inkorrekten digitalen Entscheidungsunterstützungssystem weniger häufig Informationen nachgeschlagen haben als jene ohne Entscheidungsunterstützung und häufiger Fehler nicht erkannt haben.

„Elektronische Entscheidungsunterstützung bei der Arzneimittelversorgung nutzen!“

Beim Einsatz solcher Anwendungen ist es deshalb wichtig zu wissen, dass eine Garantie auf fehlerfreie Verordnungen nicht gegeben werden kann. Damit aber das Potenzial einer elektronischen Entscheidungsunterstützung bei der Arzneimittelverordnung überhaupt genutzt werden kann, sind nationale Standards für klinische

Schlüsseldaten wie die Abbildung von Medikamenten, Arzneimittelwirkstoffen, Dosierungsschemata und Labordaten notwendig, die in Deutschland derzeit noch nicht verfügbar sind (Grandt, Bates 2018). In Deutschland existieren zwar standardisierte Kodiersysteme für Krankheiten (ICD) und Verfahren (OPS), jedoch keine zur Darstellung von Wirkstoffen, Dosierungsschemata oder Labordaten. Dabei sind internationale Standards für die Dosierung von Medikamenten (HL7 CDA) und für Laborwerte (LOINC) bereits vorhanden, welche eingeführt werden könnten. Dies würde auch die Vergleichbarkeit von Daten im internationalen Rahmen ermöglichen. Eine Pilotierung und Tests sind bei der Etablierung von E-Health-Anwendungen wie bspw. CPOE-Systemen dringend erforderlich, damit diese den Anforderungen entsprechend angepasst werden können. Um das zu realisieren ist die

Bereitschaft notwendig, sich mit diesen Prozessen und den erkennbaren Problemen auseinanderzusetzen anstatt nach schnellen Lösungen zu suchen.



Literatur: beim Autor

Über den Autor:

Prof. Dr. Gerd Glaeske ist VdPP-Mitglied und arbeitet am SOCIUM Forschungszentrum, Ungleichheit und Sozialpolitik der Universität Bremen. Gerd Glaeske zählt zu den wichtigsten Experten in der Arzneimittelversorgungsforschung.

RUNDBRIEF — LESER:INNEN

Ich lese den Rundbrief, weil ...



... der VdPP die erste Pharmazeut:innenorganisation in einem losen bundesweiten Netzwerk ist, das sich zur Stärkung der Idee eines demokratischen Gesundheitswesens konsequent gegen zu viel Einfluss von rein wirtschaftlichen Interessen der Anbieter im Gesundheitswesen wendet, das sich für die Interessen von Patient:innen und für eine Ausrichtung des Gesundheitswesens auf eine Gemeinwohlorientierung sowie für eine deutliche Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung eintritt. Über Fortschritte in diese Richtung werde ich durch den Rundbrief informiert.

Udo Puteanus
Münster

Mitarbeiter beim Landeszentrum Gesundheit, NRW

In dieser neuen kleinen Kategorie äußern sich Rundbrief-Leser*innen und VdPP-Mitglieder, warum sie den Rundbrief lesen und was ihnen wichtig ist. Nachdem Gudrun Hahn in der letzten Ausgabe den Auftakt geschrieben hat, lesen wir hier die Meinung von Udo Puteanus, VdPP-Vorstandsmitglied. Die Redaktion freut sich über Beiträge zu dieser Rubrik.

DIGITALISIERUNG

Big Data im Gesundheitswesen Die Revolution, die unser Leben verändern wird

Ulrike Faber

Anfang Juli 2020 hat der Deutsche Bundestag das Patientendatenschutzgesetz PDSG verabschiedet. Es regelt das verpflichtende eRezept ab 2022 und die freiwillige ePatientenakte ab 2021.

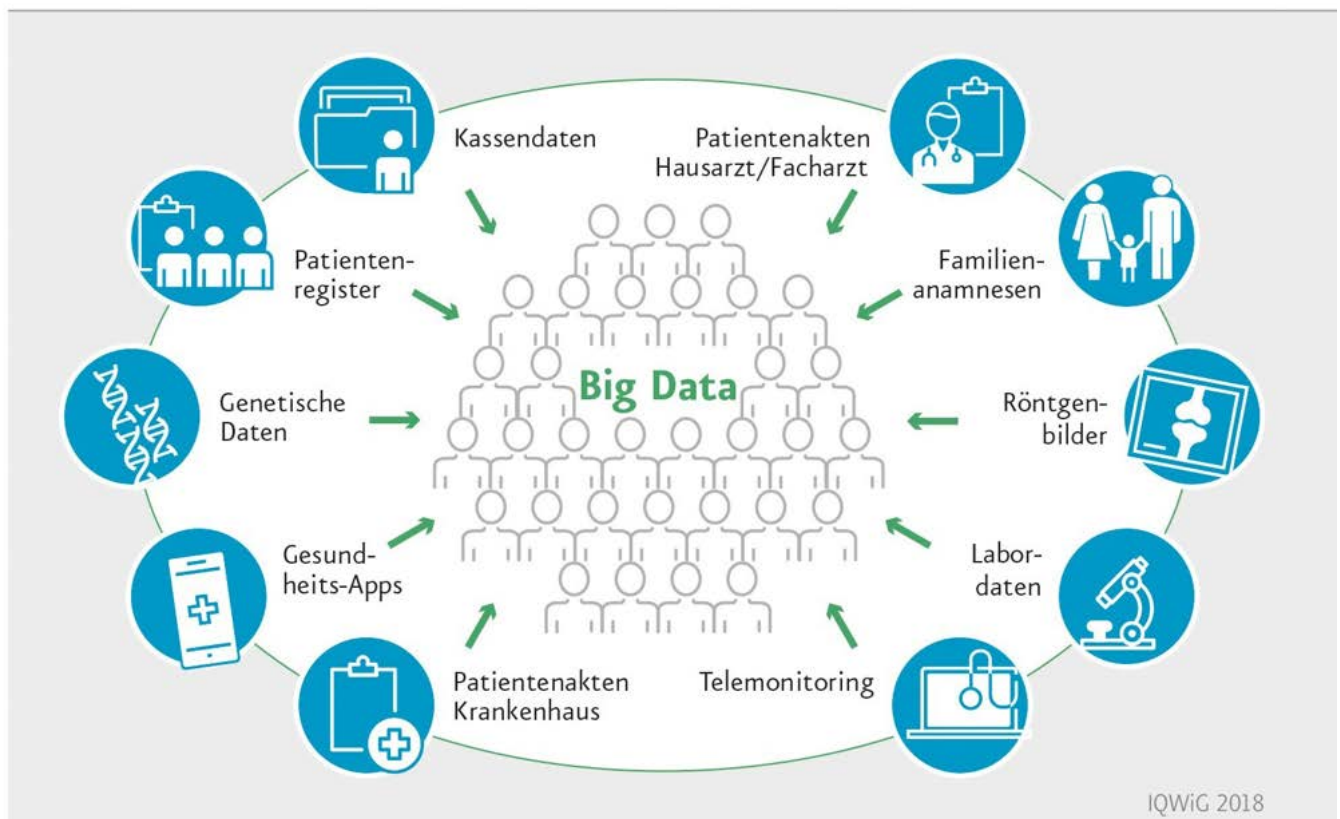
Die ausschließliche Fernbehandlung hatte der Deutsche Ärztetag 2018 freigegeben (siehe VdPP-Rundbrief 106). Mit den Komponenten eRezept und ePatientenakte kann die Digitalisierung im Gesundheitswesen nun richtig Fahrt aufnehmen. Die Gesundheitswirtschaft hatte auf diese „Freischüsse“ gierig gewartet. Aktuell übernimmt die schweizerische Versandapotheke Zur Rose den deutschen Telemedizin-Pionier TeleClinic - eine Fernbehandlungsplattform, die auch elektronische Verschreibungen anbietet. Die Shop-Apotheke orientiert auf eine integrierte E-Health-Plattform bis hin zur Telemedizin. Beide planen die Ausdehnung auf Medizin- und Sanitärprodukte.

Das riesige Gebiet mit dem kleinen Namen Big Data gehört zum Thema „Digitalisierung, für wen?“

Big Data ist ein nicht genau definierter Begriff für ständig wachsende Datenmengen in gigantischen Größenordnungen. Sie sind zu groß, zu komplex, zu schnelllebig und unstrukturiert, um sie mit manuellen und herkömmlichen Methoden der Datenverarbeitung bewältigen zu können. Die Datenquellen sind hete-

rogen: soziale Netzwerke, Fotos, Videos, MP3-Dateien, Blogs, Suchmaschinen, Tweets, Emails, Internet-Telefonie, Musikstreaming, Sensoren „intelligenter“ Geräte - und im Gesundheitswesen jede Menge Gesundheitsdaten. Daten werden ununterbrochen generiert, gesammelt, gehandelt, verknüpft, in Rechenprozeduren eingespeist und unter allen

Quellen für Big Data im Gesundheitswesen – einige Beispiele



Wir danken dem IQWiG für die freundliche Genehmigung zur Verwendung und Veröffentlichung der Grafik.

möglichen Fragestellungen analysiert.

Von Siemens Digital Health Services werden weltweit pro Stunde 200.000 Patienten mit Siemensgeräten untersucht. Die millionenfachen Daten könnten bald wertvoller sein als das Gerät an sich. Denn Daten sind kostbar. Sie nicht für eine Software zur Diagnostik auszubauen, wäre Verschwendung. Verknüpfung mit vielen anderen Daten zu realisieren, ist zeitgemäß. (1)

Viele Bürger stellen recht arglos Daten zur Verfügung, etwa ihre Messwerte aus Wearables, ohne zu bedenken, welche brisanten Erkenntnisse durch Verknüpfungen gewonnen werden können. Nicht nur die von IT-Unternehmen, Krankenkassen oder Pharmakonzernen angebotenen Apps können Big Data bedienen, auch bei ärztlich verordnungsfähigen Apps (Migräne, Diabetes, Depression...) wird der Datenschutz sehr kritisch bewertet. Wer überblickt die 130.000 Gesundheits-Apps? (siehe Rundbrief 107)

Von dem schillernden Gebilde Big Data sind solche großen Datenbanken abzugrenzen, deren Daten unter einer wissenschaftlich formulierten Zielsetzung erfasst werden, die gut strukturiert sind und für gezielte wissenschaftliche Fragestellungen genutzt werden können (etwa Pharmakovigilanz-Datenbanken).

Big Data: Auf in die Zukunft!

Mit Big Data werden euphorische Zukunftsvisionen für die Medizin verknüpft, ähnlich wie in den 1990er Jahren im Humangenomprojekt, bei dem erst mit dem Zutagetreten unerwartet komplexer Erwartungen eine gewisse Ernüchterung eintrat. Die Erwartungen, man könne über die Identifikation von genetischen Konstellationen eine eindeutige Verbindung zu Krankheitssymptomen finden und daraus leicht therapeutische Ansätze entwickeln, war naiv. Der Deutsche Ethikrat nennt nun – bei allen Risiken - neue Perspektiven durch Big Data für die Erforschung, Prävention, Diagnose und Behandlung von Krankheiten. (2) Der wissenschaftliche Dienst des Deutschen Bundestages entwarf 2013 die Vision einer nicht mehr reaktiven, sondern präventiven und personalisierten Medizin, die durch die genaue Kenntnis individueller Risikofaktoren, subjektiver Befindlichkeiten und möglicher Nebenwirkungen verabreichter Medikamente möglich werden würde. Das Besondere bei Big Data-Analysen sei vor allem die neue Qualität der Ergebnisse aus der Kombination bisher nicht aufeinander bezogener Daten. (3)

Big Data: Korrelation versus Kausalität

Big Data arbeitet mit Korrelationen, deren Aussage von „wahrer Erkenntnis“ über einen begründeten Hinweis bis zu offensichtlichem Nonsense reichen kann. Außerdem ist es eine statistische Binsenweisheit: Je mehr Daten man auswertet, desto mehr statistisch signifikante Korrelationen kann man auch finden, wenngleich von fraglicher Relevanz.



Der Storch bringt die Babys zur Welt. Oder doch nicht ?!

Die statistisch hoch signifikante Korrelation zwischen der Anzahl der Störche und der Geburtenrate in den Ländern Europas wurde vor vielen Jahren dargestellt. (4) Nimmt die Geburtenrate ab, **wenn** oder **weil** die Zahl der Störche abnimmt? Korrelation versus Kausalität. Weil wir wissen, dass der Klapperstorch keine Babys bringt, ist das mit den Störchen einfach.

Je unbekannter aber ein „Sachverhalt“ ist, desto größer wird die Gefahr, aus einer gefundenen, nicht wissenschaftlich hinterfragten Korrelation falsche Aussagen und falsches Handeln abzuleiten und schließlich Schaden zu erzeugen. Je mehr Daten ausgewertet werden, desto präziser und vertrauenswürdiger scheinen die Analyseergebnisse; umso schwerer fällt es, Fehler überhaupt nur zu vermuten. Was der Algorithmus produziert, wird als Realität deklariert: Signifikanz statt klinische Relevanz.

Big Data und Wissenschaft

Um den kausalen Zusammenhang zwischen einer medizinischen Intervention und einem klinischen Effekt (Nutzen, Schaden) zu belegen, gilt die Randomisierte kontrollierte klinische Studie (RCT) als Goldstandard. Das Ziel: durch valide, medizinisch-therapeutische Erkenntnisse die Patientenversorgung zu verbessern. Auf solchen Studien fußt auch die Evidenzbasierte Medizin (EbM).

Diese seit Jahrzehnten (weiter)entwickelte wissenschaftliche Methodik, in der Fallzahlplanung, Minimierung von systematischen Fehlern und Reproduzierbarkeit eine zentrale Bedeutung haben, wird von Big Data-Enthusiasten vom Tisch gefegt: Gerade die Kombination von bisher nicht aufeinander bezogenen Daten sei die neue Qualität und erzeuge neues Wissen. Nutzen wird behauptet, aber

nicht belegt. Selbst für die Arzneimittelzulassung hat die Europäische Arzneimittelagentur EMA die Anwendung von Big Data (Real World Data) diskutiert – und damit den kausalen Nachweis hinterfragt.

In vielen Arbeiten hat sich Prof. Antes vom Deutschen Cochrane-Zentrum in Freiburg mit diesen Fragen auseinandergesetzt. Überzeugende Beweise für den Nutzen von Big Data findet Antes nicht, nur Anekdoten wie Googles (letztlich falsche) Vorhersage für Grippeepidemien anhand von Klicks bei Google oder die Genanalyse des Tumors von Steve Jobs. (5)

Antes charakterisiert Big Data: 1.) Big Data beansprucht, unstrukturierte Daten zu analysieren und damit Wissen zu generieren. 2.) Big Data beansprucht die Verantwortung für die Nutzungsrechte aller Daten. 3.) Big Data-Analysen lassen sich nicht reproduzieren, da die reale Welt sich in jeder Sekunde verändert.

Somit ist Big Data ein Schlüsselbegriff für alles Mögliche in der digital veränderten Gesellschaft und im Gesundheitswesen. Ohne Zweifel bieten große Datenmengen neue Dimensionen des Erkenntnisgewinns, auch im Gesundheitswesen. Kurzfristig mögen leicht gewonnene Erkenntnisse und „Innovationen“ beeindruckend, langfristig gibt es jedoch zu konsequent wissenschaftlich gewonnenen Grundlagen – aus der Perspektive der Qualität und Ökonomie – keine Alternative. Validierungsstudien sind unverzichtbar.

Big Data und künstliche Intelligenz

Big Data ist die Basis für die grenzenlose Digitalisierung im Gesundheitswesen. Aus den Datenmengen werden mittels künstlicher Intelligenz und diffiziler Rechenprozeduren (Algorithmen) medizinische Wahrscheinlichkeiten gewonnen. Die Algorithmen arbeiten als selbst lernendes System, das sich immer weiter „verbessert“ und dessen Entscheidungsschritte irgendwann kein Mensch mehr nachvollziehen kann. Im Ergebnis sollen die konkurrierenden Produkte DrEd oder Ada oder Babylon Health oder all die Chatbots in Healthcare (6) in der Lage sein, Diagnosen zu erstellen und Therapieempfehlungen zu machen.

Alles zielt darauf ab, dass Patienten mit fertigen Diagnosen und dann auch Therapieempfehlungen zum Arzt kommen. Im Mittelpunkt stehen Messdaten, aber nicht Menschen in ihren sozialen und beruflichen Lebenswelten (alles wird gemessen und nichts mehr gespürt (7)).

Gesundheitsdaten sind die Königsklasse unter den Daten, das neue Rohöl in der „Informationsgesellschaft“.

Patientendaten auf dem Schwarzmarkt seien zehnmal teurer als Kreditkartennummern, warnte das FBI schon vor Jahren. Im deutschen digitalen Gesundheitsmarkt wird für 2025 ein Potenzial im dreistelligen Milliardenbereich ausgemacht. Prof. Antes: Big Data ist kein Wissenschaftskonzept, sondern ein Marketingkonzept der großen Internet-Konzerne Google, Apple, Facebook, Amazon, Microsoft.

Big Data und Datenschutz

Die Unübersichtlichkeit der Datenquellen ist erheblich. In den Stellungnahmen zum PDSG fällt eine durchgehende Kritik am mangelhaften Datenschutz auf; Daten der ePatientenakten stehen auf jeden Fall im Zentrum der Begierde, auch für Hacker und Cyberkriminalität. Die Klassiker des Datenschutzes zum Schutz der Privatsphäre (Zustimmung der Betroffenen, Möglichkeit der Nicht-Teilnahme und Anonymisierung) greifen bei Big Data kaum, wenn Daten kontinuierlich ohne Ziel gesammelt und unter immer neuen Fragestellungen kombiniert, aber nicht gelöscht werden. Die Zusammenführung vielfältiger Daten erleichtert die Reanonymisierung anonymisierter Daten. Scheinbar banale und sensibelste (Gesundheits-) Daten werden verknüpft und bieten tiefe Einblicke in den Gesundheitszustand, die Persönlichkeit und den individuellen Lebenswandel, so meint auch der Deutsche Ethikrat. Plötzlich finden sich Menschen beim Jobsuchen, beim Wohnungsvermieter, bei der Versicherung oder der Bank vor einer unsichtbaren Mauer. Eindringen in die Privatsphäre aber wirkt sich nicht nur auf das Individuum, sondern auch auf die Gesellschaft insgesamt aus. (8) Es ist der Weg in Stigmatisierung und Entsolidarisierung.

Sollte ein umfassender Datenschutz nicht gewährleistet werden können, wäre ein Verzicht auf die Nutzung von Big Data zu Forschungszwecken oder anderen Anwendungen die notwendige Folge. (9)

Quellenangaben:

- (1) App auf Rezept. Der Spiegel 15.7.2017
- (2) Big Data und Gesundheit –Datensouveränität als informationelle Freiheitsgestaltung. Deutscher Ethikrat 2018
- (3) Wissenschaftliche Dienste, Deutscher Bundestag. Nr. 37/13 (06. November 2013)
- (4) Der Storch bringt die Babys zur Welt (p = 0.008). Robert Matthews, Birmingham 2001
- (5) Prof. Dr. Gerd Antes Cochrane Deutschland, Universitätsklinikum Freiburg in: Big Data und Gesundheit. Bericht über die öffentliche Befragung des Deutschen Ethikrates
- (6) Textbasierte Dialogsysteme, die auf Datenbanken zurückgreifen
- (7) Angela v. Arnim, psychosomatische Ärztin in: Der menschliche Faktor. Süddeutsche Zeitung 23.10.2018
- (8) Privatheit in Zeiten der Digitalisierung. Stellungnahme 2018. Nationale Akademie der Wissenschaften Leopoldina
- (9) Christiane Fischer. Sondervotum in der Stellungnahme des Deutschen Ethikrats 2018



Über die Autorin:

Dr. Ulrike Faber ist VdPP-Mitglied und hat sich intensiv mit der Digitalisierung im Gesundheitswesen beschäftigt.

DIGITALISIERUNG

Zentrale Telematik-Infrastruktur in einfacher Sprache: Arztgeheimnis-Cloud

*Ein patientenorientiertes Plädoyer für mehr Demokratie und verständliche Begriffsbildung
bei der Digitalisierung des Gesundheitswesens*

Ein Gastbeitrag von Wilfried Deiß

Die Digitalisierung der innerärztlichen Kommunikation betrifft jeden aktuellen oder potentiellen Patienten, somit die gesamte Bevölkerung. Das zentrale Projekt dazu ist in Deutschland die Elektronische Gesundheitskarte /Telematik-Infrastruktur. Obwohl jeder betroffen ist, ist der Informationsstand der Bevölkerung auffällig schlecht. Insbesondere über den Kern des Projektes, die elektronische Patientenakte, besteht Unwissenheit. Es handelt sich nämlich um eine zentrale, dauerhafte Cloud-Speicherung von intimen Patientendaten, die dem Arztgeheimnis unterliegen. Der Autor plädiert für mehr Offenheit, mehr Demokratie und verständliche Erklärungen.

SCHLÜSSELWORTE: elektronische Gesundheitskarte eGK, Telematik-Infrastruktur TI, Zentrale Telematik-Infrastruktur, Elektronischer Arztbrief eArzbrief, elektronische Patientenakte ePA, elektronische Gesundheitsakte eGA, Gesundheitsdaten-Cloud, Big Data, Gesundheits-Apps

Die Begriffe sind die Griffe, mit denen wir die Dinge greifen und hoffentlich begreifen. Wer begreift „Zentrale Telematik-Infrastruktur“? Selbst Ärztinnen und Ärzte in Deutschland, die nun nach aktueller Gesetzeslage mitsamt Sanktionsandrohung gezwungen werden, ihre Praxen bis zum 1.7.2019 an die Telematik-Infrastruktur anschließen zu lassen, haben zum Teil nicht verstanden, worum es geht. Und die Patienten? Bei ihnen ist erwartungsgemäß der Informationsstand noch schlechter. Die Elektronische Gesundheitskarte ist inzwischen bekannt als Versichertenkarte mit Foto, und manche Patienten haben gehört, dass irgendwann die persönlichen Arztberichte AUF DER KARTE gespeichert werden sollen.

**„Auf der Karte“ ist NICHT
auf der Karte, sondern
ganz woanders**

Dass die Karte nur der Schlüssel zum bundesweiten Netzwerk ist, in dem Arztberichte dauerhaft gespeichert werden sollen, wissen nur die Wenigsten. {1}

Die Desinformation ist allerdings kein Zufall. Seit Start des Projektes eGesundheitskarte / Telematik-Infrastruktur um 2005 bleibt systema-

tisch die Notwendigkeit der Zentralen Datenspeicherung als Kern des Gesamtprojektes unerwähnt. Noch heute ist auf der Homepage der Gematik bei den Erläuterungen zur Elektronischen Gesundheitskarte zu lesen: „Neben den Versichertenstammdaten können - mittels der Elektronischen Gesundheitskarte - später auch medizinische Daten gespeichert werden.“ Die zentrale und dauerhafte Speicherung wird nirgends beschrieben und erläutert. Selbstverständlich benötigen wir eine zeitgemäße und tatsächlich auch praktikablere Informationsübertragung im Gesundheitswesen. Der Medienbruch von digital zu analog (Post, Fax) und zurück nach digital (Einscannen) ist unsinnig, umständlich und antiquiert. Wir benötigen unzweifelhaft eine gesicherte, verschlüsselte Punkt-zu-Punkt-Übertragung von Dokumenten im Gesundheitswesen. Aber es besteht KEINE ZWINGENDE NOTWENDIGKEIT für eine dauerhafte, zentralisierte Datenspeicherung von Patienteninformationen in einer Daten-Cloud. Meine Grundeinstellung diesbezüglich: Das Internet ist eine GENIALE Erfindung. Aber nur für Informationen, die für die Öffentlichkeit gedacht sind. Oder gerade eben noch für Informationen, bei denen kein relevanter Schaden entsteht, wenn sie versehentlich an die Öffentlichkeit oder in kriminelle oder

potentiell repressive Hände geraten.

**Selbstverständlich benötigen wir eine
gesicherte digitale Informationsüber-
tragung im Gesundheitswesen**

Kurz ein Schritt zurück in der Technik-Historie zur „HighTech“ der 70er und 80er Jahre. Als damals die Faxgeräte aufkamen, musste niemand aufwändig zur Anschaffung überzeugt oder gezwungen werden. Der Sinn und die Praktikabilität /Alltagstauglichkeit des Gerätes war sofort zu erkennen. Beim Telematik-Projekt gibt es nicht einmal ein vollständig funktionierendes Modellprojekt, an dem man Praktikabilität und Nutzen zumindest der wichtigsten medizinischen Anwendungen überprüfen hätte können.

Retrospektiv ist das Faxgerät (in seiner ursprünglichen, analogen Form) zudem ein gutes Beispiel für den Unterschied zwischen Einzelfallrisiko und Kollektivrisiko. Faxen ist eine Punkt-zu-Punkt-Kommunikation (heutzutage sind allerdings Fax-Server dazwischen geschaltet, weil die analogen Faxdaten für den Transport digitalisiert werden). Selbstverständlich sind schon unzählige zufällige Faxe fälschlicherweise an unzählige zufällige falsche Empfänger versendet worden. Allerdings ist die Wahrscheinlichkeit, dass das Irrläufer-Fax erstens eine kriminell verwendbare

Information enthält und außerdem an jemanden gerät, der diese verwenden will und kann, extrem klein. Im Gegensatz dazu wird bei einer dauerhaften, zentralen Speicherung das Einzelfallrisiko zum Kollektivrisiko und der Datenspeicher (Cloud) zur idealen Angriffsfläche für kriminelle Aktivitäten. {2}

Einzelfall-Risiken sind möglicherweise tolerabel, Kollektivrisiken nicht

Nun wieder zur Patientenperspektive: Es gibt eine unehrliche und eine ehrliche Frage an Patienten. Die Unehrlliche: „Möchten Sie, dass in Zukunft alle Ärzte, denen Sie das erlauben, mit Hilfe Ihrer Elektronischen Gesundheitskarte ihre medizinischen Befunde einsehen können?“ Fragen dieser Art sind in Akzeptanzstudien oft gestellt worden und von Patienten überwiegend bejaht worden. Die ehrliche Variante aber lautet: „Damit Sie allen Ärzten zu jeder Zeit die Erlaubnis erteilen können, Ihre medizinischen Befunde einzusehen, müssen alle Arztberichte

Genau darum geht es aber. Der Kern der Telematik-Infrastruktur (=TI), die Zentrale Telematik-Infrastruktur, der Sitz der Elektronischen Patientenakte (=ePA), ist nichts anderes als eine Daten-Cloud. Ich selbst habe mich daher entschieden, einen Begriff zu verwenden, der besser verständlich ist. Nicht mehr Zentrale Telematik-Infrastruktur, vielleicht noch Gesundheitsdaten-Cloud, sondern stattdessen: ARZTGEHEIMNIS-CLOUD. Es sind nämlich ganz besondere Daten, um die es hier geht, nicht die üblichen Nutzer-Daten, die bei Facebook, WhatsApp, Amazon, Google anfallen (und selbst da ist das Missbrauchspotential hoch), sondern persönliche und intime Informationen über Menschen insbesondere in somatischen und psychischen Ausnahmesituationen. Eine Foto-Cloud speichert Fotos. Eine Musik-Cloud speichert Musik. Die Arztgeheimnis-Cloud speichert Arztgeheimnisse - wenn wir das wirklich wollen. Ich plädiere für eine sorgfältige Nutzen-Risiko-Abwägung. Selbstverständlich hat die Cloud-Speicherung von Patienteninfor-

nicht nur einzelne sondern gleich Millionen Patienten-Datensätze entwendet werden, mit denen jetzt schon ein lukrativer Handel im Darknet betrieben wird? Sicher ist, dass die erforderliche Einverständniserklärung des Patienten die Risiken auf den Patienten verlagern wird.

Authentischer Begriff für „Zentrale Telematik-Infrastruktur“: Arztgeheimnis-Cloud

Wissen wir, was wir tun, wenn wir die dauerhafte Gesundheitsdaten-Cloudspeicherung favorisieren? Dieser Satz findet sich auch auf der beigefügten Grafik. Ab hier ergänzt dieser Text die beigefügte Grafische Darstellung.

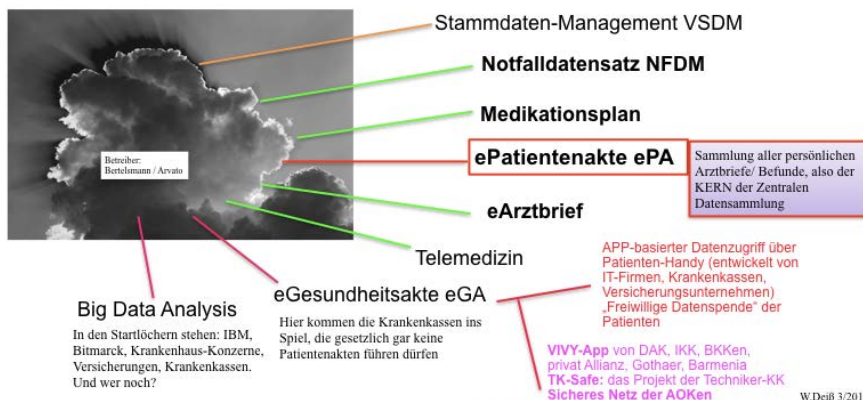
* Im Zentrum steht die „Wolke“= Cloud. Sie ist die Schaltstelle und Umschaltstelle für Alles, was im Netzwerk passiert. Während traditionell der Hausarzt die Arztberichte seiner Patienten in seiner Praxis sammelt (und als lokaler Akteur dem einzelnen Patienten seine Patientenakte auch schon heute sehr einfach zur Verfügung stellen kann, herkömmlich analog auf Papier oder zeitgemäß digital, zum Beispiel auf speziellen USB-Sticks {3}), soll dies nun in der Arztgeheimnis-Cloud für die gesamte Bevölkerung geschehen (nach aktuellem Stand noch als „freiwillige Anwendung“).

Nun die Stichworte der Grafik:

* Funktion Versicherten-Stammdaten-Management VSDM: Die erste Anwendung der TI. Keine medizinische Anwendung, sondern bürokratisch, Abgleich der Verwaltungsdaten auf der eGesundheitskarte mit dem Datenstand im Krankenkassen-Server. Dies ist sozusagen der Test der digitalen Infrastruktur auf Funktionsfähigkeit. Außerdem die Verlagerung von Verwaltungstätigkeit der Kassen in die Arztpraxen sowie (vielleicht) die Einsparung von Verwaltungskosten bei den Kassen.

* Dann der Notfalldatensatz NFDM: vielleicht auch „erweiterter Notfalldatensatz“. Dann sind es nicht nur Allergien und Unverträglichkeiten, sondern auch die wichtigsten Dauerdiagnosen, denn erst dann hat der Datensatz relevante Bedeutung. Diese zweite An-

Wer soll auf jeden Fall angeschlossen werden? 200.000 Ärzte/Zahnärzte + 20.000 Apotheken + 3000 Krankenhäuser + 200 Krankenkassen
Wer erhält vielleicht noch Zugriff? Heilmittelerbringer/ Physiotherapeuten, Pflegedienste
Wer nach aktuellen Plänen ausserdem? Patienten über Handy-Apps
Und wer ist ebenfalls dabei? IT-Konzerne, IBM, Bitmark, Krankenhauskonzerne sowie Versicherungen wie die Allianz



in einer Zentralen Datenbank dauerhaft gespeichert werden. Möchten Sie, dass in Zukunft Ihre persönlichen Arztberichte, die allesamt dem Arztgeheimnis unterliegen, nicht mehr nur bei Ärzten gespeichert werden, sondern zusätzlich alle zusammen und dauerhaft in einer bundesweiten Zentralen Datenbank, also in einer Daten-Cloud?“

Unehrlliche oder ehrliche Frage an Patienten?

mationen einen Verfügbarkeitsvorteil. Aber ist der medizinische Nutzen wirklich groß genug, um die Risiken zu rechtfertigen? Wo sind die großen Modellversuche, die den Nutzen nachweisen? Man muss sich klar machen, dass der persönliche Schaden bei Gesundheitsdaten-Missbrauch irreparabel sein kann, da reicht es nicht, einen Account zu löschen oder ein Passwort zu ändern. {2} Und wie ist die Rechtslage/ Haftungsfragen, wenn wie in einigen Ländern schon geschehen

wendung ist psychologisch geschickt gewählt. Denn der Notfalldatensatz passt tatsächlich noch auf die eGesundheitskarte, ist also tatsächlich AUF DER KARTE gespeichert, so dass die dauerhafte zentrale Speicherung noch im Nebel bleibt. Aus meiner Sicht ist der Notfalldatensatz in der Form wenig praxisrelevant und vor allem ein Akzeptanzvehikel.

* Nun der Medikationsplan. Den gibt es schon, auf Papier. Den gab es auch schon immer, auf Papier. Auch der würde noch AUF DIE KARTE passen, natürlich mit „Original“ in der Cloud. Wirklich praktikabel ist der digital gespeicherte Medikationsplan, wenn jederzeit durch Tastendruck ein Ausdruck davon angefertigt werden kann, und zwar in der AKTUELLEN Form, allein schon deshalb, weil der Patient den Plan als Einnahmeplan benötigt. Der jederzeit aktuelle und medizinisch auf Indikation, Interaktion und auf patientenindividuelle Besonderheiten geprüfte Medikationsplan wird aber nur dann funktionieren, wenn für seine Anfertigung EIN Arzt hauptverantwortlich ist, in der Regel der Hausarzt. Wenn das nicht geregelt ist, wird aus dem System, das unerwünschte Wirkungen und Wechselwirkungen vermeiden soll, eine potentielle medikamentöse Gefahr für den Patienten, zumindest aber ein Durcheinander mit Tendenz zur Polymedikation.{4}

* Jetzt der eArztbrief. Stimmt, es ist dringend notwendig, in Zukunft Arztberichte von Ärzten und Krankenhäusern in digitaler gesicherter/ verschlüsselter Form zu versenden. Im TI-System gibt es das noch nicht. Es existiert in Anfängen im KV-Connect-System der Kassenärztlichen Vereinigungen. {5} Man könnte das auch so machen, dass die Informationsübermittlung Punkt-zu-Punkt ist, das heißt, die Nachricht wird nach Abruf durch den Empfänger automatisch im Zwischenspeicher gelöscht. In der Arztgeheimnis-Cloud ist das definitiv NICHT Punkt-zu-Punkt, im Gegenteil. Grundprinzip ist ja gerade, dass alle medizinischen Dokumente nicht nur versendet und abgerufen werden, sondern dauerhaft gespeichert bleiben. Womit wir wieder beim kollektiven Datenschutz-Risiko wären.

Der Kern der Cloud: die Elektronische Patientenakte ePA

* Damit kommen wir zur wichtigsten Komponente der Cloud-Speicherung: die elektronische Patientenakte. Dort werden (beim jetzigen Stand der Dinge nur mit Zustimmung der Patienten, es ist aber schon von einzelnen Vorgängen wie dem Versand von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen, die auch Diagnosen-Ziffern enthalten, die zu Pflichtanwendungen werden sollen) ALLE Berichte dauerhaft gespeichert, damit jeder behandelnde Arzt bei Vorlage der eGK, PIN-Nummer sowie Vorhandensein von Arztausweis/ Praxisausweis die Berichte des Patienten zu jeder beliebigen Zeit rund um die Uhr abrufen kann. Inwieweit der Arzt die wirklich dringenden Informationen wie aktuelle Diagnosenliste und aktuellen Medikationsplan findet, ist eine andere Frage, siehe weiter unten.{6}

* Telemedizin: Behandlung /Beratung auf Entfernung. Machen Ärzte schon lange, nämlich meist per Telefon. Telefonisch lassen sich sehr viele Fragen und Probleme lösen. Der Hausarzt-Alltag wäre gar nicht zu bewältigen, wenn jede Fragestellung im persönlichen Arzt-Patient-Kontakt bearbeitet werden müsste. Nun kommt telemedizinisch die Video-Komponente dazu. Das sieht gut aus, ergibt ein gutes Marketing, aber der Zusatznutzen ist noch nicht bewiesen. Zudem ist die Videosprechstunde technisch aufwändig und dauert länger als eine normale Konsultation. Mit Sicherheit ersetzt in ländlichen Gebieten die Telemedizin nicht die externe Versorgungsassistentin.{7}

* BIS HIERHIN kann man den medizinischen Sinn bei Vielem noch erkennen und mit viel gutem Willen und Vertrauen an die Möglichkeit einer hohen Datensicherheit glauben. Aber nun, wir sind im Zeitalter von Handy-Apps und BigData, wird es noch viel komplizierter.{8}

Big Data in den Startlöchern

* Jetzt kommt nämlich die elektronische GESUNDHEITSakte eGA ins Spiel. Ja, das ist etwas anderes als die ePati-

entenakte. Hier sind die Krankenkassen am Zug. Krankenkassen dürfen nämlich keine eigenen Patientenakten führen. Nun ist die eGA so eine Art Teilmenge der ePA, nämlich der Teil, den der Patient sehen darf im PC oder Handy. Zusätzlich kann der Patient eigene Daten, z.B. Handy-App-Daten von Fitnesstrackern, in seine Gesundheitsakte laden und wenn er möchte, irgendwann dem Arzt vorlegen. Das alles läuft unter der Flagge der Krankenkassen. Wer als Patient dem zustimmt, leistet sozusagen eine freiwillige Datenspende an seine Krankenkasse. Ob dadurch die medizinische Behandlung besser wird, ist sehr fraglich. Mit Sicherheit aber ist per Datenanalyse eine bessere Selektion von Patientenrisiken möglich. Insofern ist es kein Zufall, dass die diesbezüglichen (unterschiedlichen) Projekte von Krankenversicherungsunternehmen massiv unterstützt werden, von IT-Firmen sowieso. Die derzeit wohl bekannteste eGesundheitsakte über die Vivy-App hat übrigens einen eigenen Server in Frankfurt, der an die TI angeschlossen werden soll. Beteiligte gesetzliche Krankenversicherungen sind DAK, IKK, und BKKen. Mit an Bord auch private Versicherer wie Allianz, Gothaer, Barmenia. Der Datenschutzerklärung von Vivy ist zu entnehmen, dass verschiedene Dienste (auch in den USA) genutzt werden, um die Daten zu unterschiedlichen Zwecken zu verwenden, zum Beispiel für Werbung und Benutzerunterstützung. {6}

* Bis hierhin war das vielleicht noch „Small Data“. Wenn aber irgendwann massive Datenmengen in der Arztgeheimnis-Cloud angesammelt sind, dann wird es für die Big-Data-Firmen interessant. In den Startlöchern stehen private Krankenversicherungen, gesetzliche Krankenkassen, Krankenhauskonzerne und IT-Firmen wie Bitmarck, IBM. Je größer der Datenpool, desto mehr Interessenten werden folgen. Und wie es scheint, ist es den Lobbyisten gelungen, die entsprechenden Türen vorsorglich offen zu halten. Die Betreiber der Arztgeheimnis-Cloud selbst ist übrigens die Bertelsmann-Tochter ARVATO.

* Mit diesen zusätzlichen Zugangswegen über Handys wird die Frage der

Datensicherheit endgültig ad absurdum geführt. Diesbezüglich verweise ich auf den letzten Kongress des CCC Chaos-Computer-Club und die dortigen Gefahrenanalysen bezüglich Patientenakten/ Gesundheitsakten. {2} {9}

App-Zugang oder: die Selbstvernichtung der Datensicherheit

Bezüglich der Digitalen Rückständigkeit der Bundesrepublik Deutschland wird oft auf das Beispiel von Estland verwiesen, wo es schon seit über 15 Jahren eine Zentrale Datenspeicherung von Patientendaten gibt. In Estland damals unter völlig anderen Bedingungen: EINE Krankenkasse für alle Esten. Damit gleiche Bedingungen für alle und keine Konkurrenz von Krankenkassen untereinander. Hoher Grad von Gemeinwohlorientiertheit und Transparenz. Damals Big Data noch kein Thema. Keine Großkonzerninteressen. Keine Pharmaindustrie. Ob das auf Dauer gut gehen wird in Estland, weiß ich nicht. Jedenfalls sind die Voraussetzungen ganz anders als in Deutschland. Zudem sind in Norwegen, Dänemark, USA bereits Millionen von Patientenakten gehackt worden. {2} Patientenakten werden aktuell im Internet für etwa 60-100 Dollar gehandelt, bestens geeignet für Identitätsdiebstahl oder Erpressungen.

Ansonsten möchte ich -gerade auch aus hausärztlicher Sicht- eine Art Lackmустest für die Digitalisierung im Gesundheitswesen anregen, basierend auf einer einfachen Erkenntnis: Digitalisierung betreffend einer konkreten Problemstellung ist nur dann sinnvoll, wenn sie mehr kann, als schon analog geht. Wie folgt:

Was für die allgemeine Patientenbehandlung und im Notfall unbedingt nützlich ist....

Das wichtigste Informations-Werkzeug im Gesundheitswesen ist eine AKTUELLE Diagnosenliste (mit Unverträglichkeiten/ Allergien) in Verbindung mit einem AKTUELLEN Medikationsplan. Die Kombination aus beidem nenne ich Diagnosen-Medikations-Dokument. Bei unseren Patienten ist das ein im lokalen Praxisverwaltungssystem digital

gespeichertes Dokument, aus dem mit einem Tastendruck ein DIN-A4 Ausdruck erstellt werden kann. Dieses wichtige Blatt Papier gibt der Arzt persönlich in die Hand des Patienten. Bei jeder Änderung von Medikamenten, Dosierungen, Diagnosen, Unverträglichkeiten (das passiert etwa bei jedem 2. oder 3. Patientenkontakt!) wird neu ausgedruckt. Das Dokument kann der Patient selbst lesen. Er kann Fragen dazu stellen. Er kann Fehler erkennen, die ich vielleicht als Arzt beim Eintragen gemacht habe. Er kann selbst entscheiden, welchem Facharzt oder Krankenhaus er das Dokument vorlegt.

Nun der Test: Schafft es ein Digitales System wie die TI / Arztgeheimnis-Cloud, diese alltagsrelevanten Informationen (mit denen sich übrigens JEDER Notfall bewältigen lässt) genauso sicher, unkompliziert und praktikabel zur Verfügung zu stellen, wie das Stück Papier namens Diagnosen-Medikamenten-Dokument? Oder finden sich die relevanten Informationen lediglich in einem Meer von Datenmüll nach stundenlangem Suchen und nur unter der Voraussetzung, dass der Arzt Internetverbindung hat?

Aus Digitalisierung wird Digitalismus

Abschließend zur Digitalen „Rückständigkeit“ in Deutschland. Inzwischen hat man den Eindruck, aus Digitalisierung ist eine Art Digitalismus geworden, eine Entwicklung, die wie ein Schicksal hinzunehmen sei und nicht hinterfragt werden darf. Wie wäre es denn, wenn wir zurück auf den Boden der Demokratie kommen, den Patienten die ehrlichen Fragen stellen, und danach mit Patienten und Ärzten zusammen die fraglos großen Möglichkeiten digitaler Technik praxistauglich nutzen: Einfache und praktikable Punkt-zu-Punkt-Kommunikation, Vermeidung des Kollektiv-Datenrisikos bei Akzeptanz eines geringen Einzelfall-Restrisikos unter der Voraussetzung des nachgewiesenen medizinischen Nutzens, Erleichterung des medizinischen Alltages, Verbesserung der Versorgung? Vielleicht sind wir ja demnächst NICHT RÜCKSTÄNDIG, sondern das einzige Land weltweit, in dem einerseits ein funktionierendes digitales

Informationsaustausch-System im Gesundheitswesen OHNE dauerhafte zentrale Speicherung von Patienteninformationen existiert und andererseits die Arztgeheimnisse der Patienten NICHT gehackt worden sind und auch nicht gehackt werden können. Und die komplette Patientenakte? Die kann als digitale Kopie der lokalen, hausärztlichen Daten auch heute schon mit wenig Aufwand dem Patienten in verschlüsselter Form an die Hand gegeben werden, wenn der Patient das wünscht.

Eine sehr alte Regel, die noch immer gilt

Wir Ärzte würden dann das tun, was wir seit Altertum schon immer tun sollten: Primum nil nocere. Vor allem nicht schaden. Die notwendige Abwägung von Nutzen und Schaden gilt nicht nur für Medikamente und Operationen, sondern auch für die Verwendung von Technik. Der Gegner dieser Menschlichkeit in der Medizin sind Machtverhältnisse und Profitinteressen bei einem gleichzeitigen Defizit von Demokratie.

Genau deshalb die Frage: Wissen wir, was wir tun?

LITERATUR: beim Autor



Wilfried Deiß ist Hausarzt-Internist in Siegen und einer der Experten zur Telematik-Infrastruktur. Wir danken herzlich für die Abdruckgenehmigung des Beitrags.

7. und 8. November 2020

Digitalisierung - der Knaller im Gesundheitswesen - aber für wen!?

Telematik-Infrastruktur, E-Rezept-App, künstliche Intelligenz, e-PA, Gematik, eHealth-Konnektor, Chatbot, Patientendaten-Schutzgesetz, Kocobox, Digitale-Versorgung-Gesetz, ePA-Datengesetz, SOAP, SMC-B-ORG, KIM, D-Trust, CGM, VPN . . . Alle Medien und auch die Fachpresse sind voll vom Wunderwerk Digitalisierung. Wer behält den Überblick, worum es eigentlich geht - angesichts der Anforderungen im Berufs- und Ausbildungsstress und wenn noch die Zeit drängt? Der VdPP kann auch nicht alle Fragen beantworten. Aber wir stellen die wichtigste Frage:

Für wen? Für die Patienten? Für ihre Gesundheit? Für ihren Schutz? Für ihre Sicherheit? Für ihre Versorgung? Für ihre Versorger? Diese Aspekte werden wir beleuchten und diskutieren und hoffentlich das Gute und das Kritische, auch das Empörende und das Interessante heraus arbeiten.

Referent:innen

Stefan Streit, Facharzt für Allgemeinmedizin, Köln

Tim Steimle, Fachbereichsleiter Arzneimittel bei der Techniker Krankenkasse

Oliver Schneider, Beauftragter für Lehre und Studium des Bundesverbands der Pharmaziestudierenden in Deutschland (BPhD) e. V.

Ingeborg Simon, Landesseniorenbeirat Berlin

Tanja Wolf, Referentin Gesundheitsmarkt, Verbraucherzentrale NRW e. V.

Anmeldung

Bitte nutzen Sie das Online-Formular auf <http://www.vdpp.de/termine/mitgliederversammlung-2020/>
Wir bitten um Anmeldung bis zum 23.10.2020.

Tagungspauschale

30 € Für Verpflegung und Rahmenprogramm
Studierende und Arbeitslose zahlen keine Tagungspauschale.

Adresse

IBIS Hotel Bonn, Vorgebirgsstraße 33, 53119 Bonn

Hinweis

Bitte beachten Sie, dass die Teilnehmerzahl aufgrund der aktuellen Corona-Maßnahmen beschränkt ist. Zusätzliche Teilnehmer:innen können sich online dazu wählen. Die Informationen werden per E-Mail nach Anmeldung bekannt gegeben.

Programm

Freitag, 06. November

Ab 19.00 Ankunft und Abendessen

Samstag, 07. November

9:30 – 9:45 Begrüßung

9:45 – 10:30 Stefan Streit: Der ärztliche Blick in die telematische Zukunft

10:30 – 11:15 Tim Steimle: Pilotprojekt zum e-Rezept: Risiken und Nebenwirkungen

11:15 – 11:45 Kaffeepause

11:45 – 13:00 Diskussion

13:00 – 14:00 Mittagessen

14:00 – 16:00 Worldcafé

1. Oliver Schneider: Wichtige Fertigkeiten aus dem Studium für die Berufswelt in Zeiten der Digitalisierung

2. Ingeborg Simon: Wie Senior:innen die Digitalisierung im Gesundheitswesen erleben

3. Tanja Wolf: Digitales Gesundheitswesen aus Sicht des Verbraucherschutzes

16:00 Kaffeepause und Rahmenprogramm

20:00 Abendessen

Sonntag, 08. November

9 – 13 Uhr Mitgliederversammlung

CORONA

Thesenpapier 3.0

Die Pandemie durch SARS-CoV-2/Covid-19 - eine erste Bilanz -

Prof. Dr. med. Matthias Schrappe, Köln; Hedwig François-Kettner, Berlin; Dr. med. Matthias Gruhl, Bremen; Prof. Dr. jur. Dieter Hart, Bremen; Franz Knieps, Jurist, Berlin; Prof. Dr. phil. Holger Pfaff, Köln; Prof. Dr. med. Klaus Püschel, Hamburg; Prof. Dr. rer.nat. Gerd Glaeske, Bremen.

Das Thesenpapier 3.0 baut auf den vorangegangenen Papieren auf, aktualisiert die epidemiologische Analyse und stellt den „Dritten Weg“ der spezifischen Prävention, die juristische Analyse und die Problematik der Corona-Tracing-App in den Vordergrund. Die epidemiologische Situation hat sich insofern beruhigt, als dass sich das sporadische Auftreten von den derzeit dominierenden Herdausbrüchen, die in erster Linie soziale Risikofaktoren (z.B. Wohn- und Arbeitssituation) abbilden, differenzieren lässt. Eine zweite Welle droht derzeit noch nicht, außer es käme zu einer Situation (z.B. schwere wirtschaftliche Krisen), in der Herdausbrüche zu einer allgemeinen Verbreitung in der Bevölkerung führen (Abb. 1, These 1).

Insofern ist zur Steuerung ein Set von epidemiologischen Kennzahlen sinnvoll (s. Dimension 1 im *Balanced Infection Control Score* in Kap. 2.3), das an die Stelle der bisherigen dramatisierenden Zahlen zur Häufigkeit und Mortalität (4,7% statt <0,5%) treten sollten: sporadisches und herdförmiges epidemisches Auftreten sowie Infizierte und Erkrankte müssen getrennt berichtet werden, im Vordergrund stehen klinische Endpunkte (z.B. Krankenhausaufnahme), der Bezug zum regionalen Testumfang sollte erkennbar sein, allgemeine repräsentative und spezielle Kohorten (bei besonderen Risikosituationen, z.B. Personal in Einrichtungen) und longitudinale Kohorten mit Progression müssen zugrunde gelegt werden

(These 2).

Entsprechend müssen die Teststrategien gestaltet werden (These 3).

Zur Prävention werden zunächst die unterschiedlichen Ziele gegeneinander abgewogen: Eradikation, stabile Kontrolle und Herdimmunität. Da eine Eradikation aussichtslos und das Erreichen der Herdimmunität zu schwer steuerbar sind, bleibt als Gebot der Stunde eine stabile Kontrolle des Infektionsgeschehens, die sowohl unterschiedlich stark ausgeprägte allgemeine Präventionsmaßnahmen (z.B. Verbot von Großveranstaltungen) als auch eine zielorientiert-spezifische Präventionsstrategie umfasst. Dieser „dritte Weg“ (Schrappe et al. 2020C) sieht eine Kombination von *ex post*-Maßnahmen (z.B. Nachverfolgung von Infektionsketten) und *ex ante*-Maßnahmen (z.B. zugehendes Erkennen von Risikosituationen) vor (These 4).

Epidemien stellen kein rein biologisch-medizinisches Problem dar, sondern sind als gesellschaftliches bzw. soziales Phänomen zu verstehen, und zwar in zweierlei Hinsicht: erstens verwirklichen sie sich aufgrund sozialer bzw. gesellschaftlicher Risiken (z.B. Arbeitsbedingungen in der Fleischindustrie), zweitens ist ihre erfolgreiche Bekämpfung nur auf der Basis sozialer Interaktionen bzw. Interventionen möglich (ähnlich der modernen *infection control*-Strategien bei der Bekämpfung nosokomialer Infektionen). Wirksame Präventionsmaßnahmen müssen daher auf der Ebene der Gesamtgesellschaft und auf der Ebene

der Organisationen den gesellschaftlichen und sozialen Kontext in den Mittelpunkt stellen (These 5).

Um hierfür einen „Kompass“ zu entwickeln, wird in Anlehnung an die *Balanced Score Card* eine vierdimensionale Matrix vorgeschlagen, die die Dimensionen Epidemiologie, Ökonomie, Wissen/Ausbildung sowie Grundrechte vorsieht. Die Zahl der Dimensionen und die darin enthaltenen Kriterien dieses *Balanced Infection Control Score* umfassen nicht alle möglichen Aspekte, sondern greifen einzelne Aspekte heraus, die als für die Steuerung grundlegend angesehen werden. Die soziale Situation von Kindern und Frauen unter den Bedingungen der Krise und des *Lockdowns* macht deutlich, wie entscheidend es ist, nicht nur medizinisch/epidemiologische Kriterien zu beobachten (z.B. Zahl von Neuinfektionen), sondern auch andere Aspekte wie die soziale Situation zur Steuerung mit heranzuziehen (These 6).

Wie bereits in Thesenpapier 2.0 ausgeführt, müssen die allgemeinen Präventionsmaßnahmen (z.B. physische Distanz) durch spezifische Präventionsstrategien ergänzt werden, um eine optimale Wirksamkeit zu erreichen. Diese umfassen einerseits den Schutz des einem hohen Risiko ausgesetzten Personenkreises, der z.B. durch einen Risiko-Score identifiziert werden kann (Thesenpapier 2.0). Andererseits muss der Prävention von Herdausbrüchen besondere Aufmerksamkeit zukommen, wie ja durch die aktuelle Situation eindrucksvoll bestä-

tigt wurde. Bei der Prävention von solchen emergenten (nicht vorhersehbaren, nicht verhinderbaren) Herdausbrüchen muss man Maßnahmen, mit denen ein Ausbruch eingegrenzt werden kann (*ex post*-Ansatz), von solchen Maßnahmen unterscheiden, die bereits primär das Auftreten eines Herdgeschehens zu verhindern versuchen (*ex ante*-Ansatz). Dieses ist vor allem die Aufgabe sozialmedizinischer (aufsuchender) Interventionen auf regionaler und kommunaler Ebene (These 7).

An vier Beispielen wird zunächst der *ex post*-Ansatz konkret geschildert: Präventive Schulungsteams, Krisen-Interventionsteams, Pflegerische Notfalldienste und Test-Teams (These 8).

Im nachfolgenden Kapitel zum Öffentlichen Gesundheitswesen wird naturgemäß auf dessen – in Zukunft weiter zu stärkenden – Kompetenz der sozialmedizinischen *ex ante*-Prävention Bezug genommen, die vor allem in der frühzeitigen Identifikation von möglichen Herdausbrüchen bzw. entsprechenden Risikosituationen durch zugehende, niedrigschwellige Angebote besteht und möglichst auf den Aspekt sanktionierender Maßnahmen verzichten sollte. Die Gesundheitsämter müssen generell als „Anwälte der Prävention“ in unserem Gesundheitswesen gestärkt werden. (These 9).

In den letzten Wochen stand die Situation von Kindern und Jugendlichen ganz im Mittelpunkt des öffentlichen und wissenschaftlichen Interesses. Zahlreiche epidemiologische und klinische Fragen sind nach wie vor offen, entsprechende Studien sind von größter Wichtigkeit. *Outcome*-relevante Endpunkte (Erkrankungsrate, Mortalität) sollten Surrogatmarkern (z.B. Viruslast) vorgezogen werden, wobei auch aus letzteren wichtige Erkenntnisse gezogen werden können. Ebenso wichtig sind gesellschaftspolitische Fragestellungen, denn Kinder und Jugendliche bedürfen zur Wahrung ihrer Zukunftschancen der (vor)schulischen Betreuung und Ausbildung, und die Eltern bedürfen in einer arbeitsteiligen Gesellschaft dieser Betreuung, damit sie ihre Arbeit wahrnehmen können. Es stellt sich jedoch zunehmend her-

aus, dass der Übergang vom *Shutdown* zu einem geregelten Betrieb der Einrichtungen einen enormen Regelungsbedarf auslöst (These 10).

Ganz im Mittelpunkt dieses Thesenpapiers 3.0 steht wieder die Forderung, sich auf rational begründbare Handlungsgrundlagen zu berufen (und dabei die Mehrdimensionalität der Antworten nicht zu vergessen). Ein wichtiges Beispiel ist die klinische Forschung – die Erkrankung durch SARS-CoV-2/ Covid-19 stellt geradezu einen Imperativ zu verstärkter klinischer Forschung dar. Nur hierdurch kann diese Erkrankung in ihren pathophysiologischen Zusammenhängen greifbar und dadurch behandelbar werden, so dass sich auch für die gesellschaftliche Wahrnehmung die Chance eines rationalen Umgangs mit dieser Herausforderung ergibt. Die Standards der auf den Erkenntnissen von Evidenzbasierter Medizin und Health Technology Assessment beruhenden klinischen Forschung sind jedoch gerade unter den Bedingungen des enormen Handlungsdrucks als Voraussetzung für jeden Erkenntnisgewinn ernst zu nehmen. Schnelligkeit geht schon allein deswegen nicht vor Gründlichkeit, weil die Propagierung falscher Schlussfolgerungen zu falschen Weichenstellungen auf politischer Ebene Anlass geben kann (These 11).

Der Widerspruch zwischen individuellem und gesellschaftlichem Anspruch ist beim Umgang mit pflegebedürftigen und eingeschränkten Personen sowie mit Personen, die sich im Prozess des Sterbens befinden, ganz besonders ausgeprägt, da der Begriff der Würde der einzelnen Person hier besonders akzentuiert erscheint. Die Situation der entsprechenden Einrichtungen als Hotspots bei der Entstehung von Herdausbrüchen ist gut beschrieben, daher besteht – auf der anderen Seite – kein Zweifel an der Berechtigung, hier Einschränkungen einzuführen. Allerdings muss in Zukunft mit Nachdruck an Lösungen gearbeitet werden, die eine erträgliche Gestaltung dieser Situation ermöglichen, auch wenn diese Lösungen einen erhöhten Ressourcenbedarf zur Folge haben (Übernahme von Kosten der Testung von Bewohnern und Be-

suchern etc.) (These 12).

Ganz entscheidend ist hierbei die juristische Wertung, denn je weiter sich die Anti-Corona-Politik von allgemeineren Maßnahmen („*Lockdown*“) entfernt bzw. nur einige wenige grundlegend erhält, desto notwendiger wird zukünftig für die speziellen und spezifischen Präventions- und Reaktionsmaßnahmen (Strategie der stabilen Kontrolle) der Grundsatz der differenzierenden Bewertung gerade auch unter verfassungsrechtlichen Gesichtspunkten. Alle Formen von generellen Kontakt- oder Besuchssperren erscheinen insofern problematisch, weil dort wo spezifische Präventionsmaßnahmen möglich und geboten sind, ausnahmslose generelle Verbote nicht mehr angemessen sein werden (These 13).

Unter den veränderten Bedingungen von Erkenntnis, Erfahrung und spezifischen Präventionsstrategien werden generelle Isolationen/Sperren in stationären Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen als gravierende Grundrechtseinschränkungen grundsätzlich unverhältnismäßig (These 14).

Eine wichtige Rolle spielt derzeit, sowohl in der öffentlichen Diskussion als auch im politischen Raum, die sog. *Corona-Tracing-App* der Bundesregierung. In der rein juristischen Betrachtung begegnet die *Corona Tracing-App* in der implementierten Form zunächst keinen wesentlichen rechtlichen Bedenken. Allerdings ist es unbedingt notwendig, diese Einführung gesetzlich abzusichern, um missbräuchliche Verwendungen – zum Beispiel im privaten Geschäftsverkehr - auszuschließen und datenschutzrechtlich bedenkliche Ausweitungen und Begleitnutzungen zu verhindern. Die Organisation der Prozesse im Umfeld dieser App ist verbesserungsfähig (These 15).

Positiv sind insbesondere der dezentrale Ansatz und die *open source*-Technologie aufgenommen worden, es bleiben jedoch Fragen offen: (1) die Anonymität des Nutzers auf der Ebene des Betriebssystems ist unklar; (2) die Parametrierung durch den Betreiber z.B. hinsichtlich Kontaktdauer und räumlicher Distanz ist nicht transparent geregelt (neue Einwilligungserklärung bei Änderung notwendig?); (3)

die Verhältnismäßigkeit der Verhaltensmodifikation durch den Zwang zur Registrierung bei Apple bzw. Google, zum Nicht-Ausschalten des Smartphones sowie zur anhaltenden Aktivierung von Kamera, Bluetooth und (Android) Standortfunktionen erscheint noch nicht abschließend geklärt; (4) soziale Aspekte der Ausstattung mit entsprechenden Geräten (z.B. Existenz eines Mobilfunkvertrages) werden ausgeblendet; (5) es handelt sich in erster Linie um eine *ex post*-Maßnahme; (6) die Wirksamkeit und Effizienz ist bereits auf den ersten Blick zweifelhaft; (7) die Gefahr des Missbrauchs kann nicht ausgeschlossen werden; (8) die Nutzung im privaten Geschäftsverkehr mit Aushöhung der Freiwilligkeit ist laut offizieller Stellen nicht möglich, wird aber bereits diskutiert – eine gesetzliche Regelung ist dringend geboten.

In einem abschließenden Kapitel wird der soziale und gesellschaftspolitische Bezug der SARS-CoV-2/Covid-19-Epidemie problematisiert. Dieser Bezug ist nicht spannungsfrei, denn die Krise fördert staatliche Durchgriffsmöglichkeiten – durchaus gewünscht von der Bevölkerung – und verändert gleichzeitig und deutlich die Priorisierung der gesellschaftlichen Themen. Die entstehende Situation bietet einerseits eine große Dynamik (z.B. werden Fragen gestellt, die vorher tabu waren), andererseits kommt es zu einer massiven Diskursverengung. So herrschen in der öffentlichen Diskussion bestimmte Denk- und Interpretationsmuster in einem Maße vor, dass anderslautenden Meinungen kaum Raum gegeben wird (und im Netz sog. verschwörungstheoretische Formeln großen Zuwachs erfahren).

Die Kompetenz einer freiheitlichen Gesellschaft, gerade aus der Pluralität der Kenntnisse und Meinungen ihre besondere Problemlösungskompetenz abzuleiten, wird außer Kraft gesetzt. Diese Anspannung, die dem Ziel geschuldet ist, alle Kräfte zu bündeln, muss jedoch irgendwann wieder aufgelöst werden. Dieses *de-briefing* führt allerdings in eine Situation, in

der die Gesellschaft Lösungen für „nie gestellte Fragen“ finden muss, in jedem Fall eine schwierige Aufgabe. Die Lösung von paternalistischen Konzepten im Regierungshandeln ist eine der wichtigsten Voraussetzungen, ja geradezu das Vorbild für das Gelingen dieses Normalisierungsprozesses.

Die wichtigsten Botschaften auf einen Blick

- Sporadisches und epidemisches Muster differenzieren: In der epidemiologischen Analyse ist derzeit deutlich das sporadische Auftreten von den aktuellen Herdausbrüchen (bei kritischer Wohn- oder Arbeitssituation) zu abzugrenzen, beide müssen getrennt berichtet und adressiert werden (Abb. 1).
- Dysfunktionale Dramatisierung: Das Berichtswesen des RKI bzw. der Bundesregierung muss dringend aktualisiert werden, ein hier vorgelegter Vorschlag umfasst die differenzierte Darstellung von sporadischen und epidemischen Fällen und den Bericht von Versorgungs-relevanten Krankheitszuständen (z.B. asymptomatische Infizierte, stationäre Behandlungsbedürftigkeit).
- Stabile Kontrolle des Infektionsgeschehens: Eine Eradikation der Epidemie ist nicht erreichbar, möglich ist aber eine stabile Kontrolle sporadischer Fälle, vor allem aber von Herdausbrüchen (die nicht vorhersehbar und nicht zu verhindern sind).
 - Situation ist beherrschbar: Durch ein vorbereitetes und gut ausgerüstetes Gesundheitswesen ist die derzeitige Situation beherrschbar, daher sollte die Diskussion um die Aufhebung des Pandemie-Status und der Einschränkung der Grundrechte eröffnet werden (Wahrung der Verhältnismäßigkeit).
- *Balanced Infection Control Score*: Zur Einschätzung der Wirksamkeit von Präventionsmaßnahmen ist eine mehrdimensionale Matrix notwendig, die nicht nur infektionsepidemiologische Kennzahlen umfasst, sondern

auch solche aus den Bereichen Ökonomie, Grundrecht und Wissen/Ausbildung.

- Der „dritte Weg“: Erfolgreiche Prävention umfasst neben allgemeinen und nachfassenden Maßnahmen vor allem Zielgruppen-orientierte, spezifische Maßnahmen, die *ex ante* primär das Auftreten von Risikosituationen zur Herdentstehung zu verhindern suchen. Der Öffentliche Gesundheitsdienst muss ausgebaut werden.
- Klinische Forschung fördert den rationalen Umgang: Die Aufarbeitung der klinischen und pflegerischen Fragestellungen, die Covid-19 betreffen, stellen ein zentrales Element eines rationalen Umgangs der Gesellschaft und der Bevölkerung mit der Epidemie dar.
- Die Würde des Menschen: Besonders bei Langzeitpflege, Behinderungen oder im Prozess des Sterbens müssen alle erdenkbaren Anstrengungen unternommen werden, um Situationen und Maßnahmen zu verhindern, die die Würde des Menschen einschränken. Rechtlich erscheinen allgemeine Einschränkungen dann als problematisch, wenn spezifische Lösungen möglich sind und die Verhältnismäßigkeit durch Verbesserung der epidemischen Situation in Frage steht.
- *Corona-Tracing-App* wirft beunruhigende Fragen auf: Anonymität, Standortbestimmung, Freiwilligkeit, Verhaltensmodifikation, Wirksamkeit und Effizienz – zu allen diesen Aspekten (und weiteren) sind erhebliche Zweifel angebracht.

Dies ist die Zusammenfassung, die am 28. Juni 2020 veröffentlicht wurde.

Die Vollversion der Thesenpapiere ist nachzulesen unter:

https://www.socium.uni-bremen.de/uploads/thesenpapier_3.pdf

Online finden Sie auch die zuvor veröffentlichten Thesenpapiere vom Frühling 2020.

APOTHEKER OHNE GRENZEN

Zwanzig Jahre Apotheker ohne Grenzen Herzlichen Glückwunsch AoG!

Vor zwanzig Jahren wurde Apotheker ohne Grenzen gegründet, zunächst als Sektion der französischen Organisation *Pharmaciens sans frontières*. Vorbild war letztlich die erfolgreiche Gründung von *Ärzte ohne Grenzen*, einer Hilfsorganisation, die bereits seit den siebziger Jahren aktiv ist.

Apotheker ohne Grenzen betreut dauerhaft einige Projekte in Ländern wie Argentinien, Mexiko, der Demokratischen Republik Kongo, Nepal, Kenia, Philippinen und Haiti. Zum anderen werden kurzfristig Noteinsätze zur Arzneimittelversorgung durchgeführt, z. B. beim Balkan-Hochwasser 2014, in Liberia und auf den Philippinen. Aber auch in der Bundesrepublik unterstützt AoG Projekte zur Betreuung von Menschen in prekären Situationen, insbesondere in Berlin und Mainz.

AoG sammelt Spenden für diese Projekte, finanziert damit Arzneimittel bzw. Strukturen zur Arzneimittelversorgung und schult Pharmazeut:innen, die anschließend projekt-

bezogen eingesetzt werden können.

Beeindruckend ist die Beobachtung, wie es AoG gelingt, vor allem junge Pharmazeut:innen für ihre Ziele zu begeistern. Nach eigenen Angaben von AoG ist die lokale Verwurzelung von *Apotheker ohne Grenzen* eine entscheidende Stärke und überaus wichtig für den Erfolg. Und dies gelingt offensichtlich sehr gut in Städten, in denen Pharmazie studiert werden kann. Die Mitarbeit bietet direkte Aktionen für die „gute Sache“ und das Erleben von Gemeinschaft für die Stärkung von Gemeinwohl.

Viele wählen nach der Schulzeit Pharmazie als Studienfach, um ihre naturwissenschaftlichen Begabungen und Neigungen mit ihrem Ziel zu verknüpfen, Menschen zu helfen. AoG bietet die Chance, den Blick zu weiten - vom Einzelfall zur bevölkerungsbezogenen Perspektive. Und damit ist der Schritt nicht mehr weit, Strukturen zu hinterfragen: Was führt zu dem Elend, was muss unbedingt geändert werden? Für die eine oder andere wird das Engagement bei AoG vielleicht deswegen auch der Einstieg in politisches Engagement, auch wenn dies gerade nicht zum Programm von AoG gehört. Wir wünschen *Apotheker ohne Grenzen* weiterhin erfolgreiche Arbeit in den Krisenregionen der Welt, aber ebenso Erfolg bei der Begeisterung junger Menschen für das Gemeinwohl.

fen, Menschen zu helfen. AoG bietet die Chance, den Blick zu weiten - vom Einzelfall zur bevölkerungsbezogenen Perspektive. Und damit ist der Schritt nicht mehr weit, Strukturen zu hinterfragen: Was führt zu dem Elend, was muss unbedingt geändert werden? Für die eine oder andere wird das Engagement bei AoG vielleicht deswegen auch der Einstieg in politisches Engagement, auch wenn dies gerade nicht zum Programm von AoG gehört. Wir wünschen *Apotheker ohne Grenzen* weiterhin erfolgreiche Arbeit in den Krisenregionen der Welt, aber ebenso Erfolg bei der Begeisterung junger Menschen für das Gemeinwohl.

Der Vorstand des VdPP



APOTHEKER OHNE GRENZEN

IMPRESSUM:

Herausgeber:

Verein demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten e. V.,
Geschäftsstelle Gudrun Meiburg, Goldbekufer 36,
D-22303 Hamburg
Tel. und Fax: 040 650 548 33
E-Mail: info@vdpp.de, Web: <http://www.vdpp.de>
Bankverbindung: Postbank Berlin,
IBAN: DE62 1001 0010 0020 0471 05

ISSN: Print: 2699-6871, Online: 2699-688X

Druck: 100% Recyclingpapier

Redaktion:

Esther Luhmann (verantwortlich)
Redaktionsanschrift: VdPP, Rundbrief-Redaktion,
Goldbekufer 36, 22303 Hamburg;
E-Mail: redaktion@vdpp.de

Verantwortung und Urheberrechte:

Für Beiträge, die mit vollem Namen gekennzeichnet sind, übernimmt die Autorin/ der Autor die volle Verantwortung.

Die Urheberrechte liegen bei den Autor:innen.

Abonnement:

Sie haben auch die Möglichkeit, den VdPP-Rundbrief in gedruckter Form zu erhalten. Für die gedruckte Form erheben wir eine Gebühr von 30 € / 6 Ausgaben, inkl. Versandkosten in Deutschland. Einzelheftbestellungen sind möglich.

Anfragen richten Sie bitte an info@vdpp.de

Leserbriefe:

Die Redaktion freut sich über Ihre Meinung zu unseren Themen und Artikeln. Leserbriefe sind ausdrücklich erwünscht.

Schreiben Sie an redaktion@vdpp.de,

Stichwort: Leserbrief

ABDA

Brief an den Präsidenten der ABDA zur Aufarbeitung der NS-Vergangenheit des Berufsstandes

ABDA

Hr. Friedemann Schmidt

Präsident der ABDA

Heidestraße 7

10557 Berlin

15. Juli 2020

Aufarbeitung der NS-Vergangenheit des Berufsstandes

Sehr geehrter Herr Präsident Schmidt,

wir entnehmen der Presse, dass die ABDA beschlossen hat, das Verhalten der Apothekerschaft in der NS-Zeit wissenschaftlich aufarbeiten zu lassen.

Dieses Vorhaben kommt spät, aber nun soll es kommen, und das ist gut, denn besser spät als gar nicht.

Die Bundeszentrale für Politische Bildung schreibt zur Erinnerungskultur: Verdrängen, vergessen, verschweigen – die deutsche Erinnerung an Nationalsozialismus und Zweiten Weltkrieg hat selbst eine Geschichte. Eine intensive Auseinandersetzung und Aufarbeitung setzte erst zögerlich ein...

Der VdPP möchte Ihnen für Ihre Initiative sehr ausdrücklich danken.

Wir begrüßen auch, dass Sie die Notwendigkeit in den Zusammenhang mit den zunehmenden besorgniserregenden rechtsextremen Tendenzen in Deutschland und anderen europäischen Staaten gestellt haben. Es gibt keine Befreiung von der Vergangenheit, denn die „Tatsachenwahrheiten“ (Hannah Arendt) bleiben mit ihren Wirkungen bestehen.

Wie Sie vielleicht wissen, hat der VdPP während des Deutschen Apothekertages 1991 das Thema „Die Vertreibung und Vernichtung jüdischer Apotheker im Dritten Reich“ zum Gegenstand einer Ausstellung und einer begleitenden Busfahrt zu historischen Stätten gemacht. Hier wurde auch der Antrag für eine Tafel des Gedenkens an die jüdischen Kollegen eingebracht. In unserem Sonderrundbrief „Von der 68er Revolte zum VdPP - 50 Jahre kritische Pharmazie“ ist das auf S. 11 dargestellt.

Den Sonderrundbrief fügen wir bei.

Wir hoffen auf eine konstruktive Umsetzung des Vorhabens, in dessen Ergebnis sicherlich auch die Verwendung der derzeit nicht „angebrachten“ (?) Gedenktafel wieder geprüft werden wird.

Mit freundlichen und kollegialen Grüßen

VdPP- Vorstand

BILDNACHWEISE:

Seite 1, 5, 24, 26: Pixabay, Seite 2: Foto von Herrn Raphael Huenerfauth, photothek.net, Seite 2: Udo Puteanus, Seite 4: IQWiG, Seite 6: Ulrike Faber, Seite 8 und 10: Wilfried Deiß, Seite 15: Apotheker ohne Grenzen, Seite 21: Viktoria Mühlbauer, Iris Hinneburg, Seite 25: VdPP, KLUG, Ulrike Faber, Seite 28: VdPP, Seite 29: Sylvia Gabelmann, Seite 30: Mabuse Verlag

APOTHEKENSTERBEN

Apothekensterben und Public Health

Udo Puteanus



TEIL II

Wie im letzten VdPP-Rundbrief bereits beschrieben, ist die Zahl der Apotheken in der Bundesrepublik von ihrem Höchststand von mehr als 21.600 im Jahr 2000 auf etwa 19.000 im Jahr 2019 gesunken. In erster Linie schlossen Apotheken in Städten; alleinstehende Landapotheken waren bislang weniger von der Schließungswelle betroffen. Nachwuchsmangel bei Apothekenleiter:innen, die Orientierung der jüngeren Generationen in die Metropolregionen oder ländliche Oberzentren sowie in andere pharmazeutische Berufsfelder sind wesentliche Gründe (Rundbrief 107). Es wurde auch diskutiert, dass wir zwar das Apothekensterben als Verlust bekannter und vertrauter Anlaufpunkte für die Bevölkerung beklagen, dass wir aber nicht wissen, was dies gesundheitlich für die Bevölkerung bedeutet, wenn die gewohnte Apotheke wegfällt.

Beim Blick auf die Zahl der Apotheken pro 100.000 Einwoh-

mittelbezogenen Probleme, auch die Lebensqualität und unterschiedliche „Surrogatparameter“ durch gut trainierte und motivierte Apotheker:innen günstig beeinflusst werden können, allerdings fehlen noch die überzeugenden Nachweise, unter welchen Bedingungen die besonders harten Endpunkte wie die Zahl der Krankenhauseinweisungen und Todesfälle durch Aktivitäten der Apotheker:innen oder der Apotheken beeinflusst werden.

Am ehesten finden sich diese überzeugenden Nachweise in Krankenhäusern, in denen gut ausgebildete Pharmazeut:innen intensiv in die Arzneimittelanamnese, in die Entscheidungen über Arzneitherapien im Krankenhaus und deren Monitoring oder beim Übergang vom ambulanten in den stationären Sektor und wieder zurück eingebunden sind. Sogar der ansonsten gegenüber den Apotheker:innen eher kritisch eingestellte Prof. Daniel Grandt (ehemaliger Präsident der Dt. Gesellschaft für Innere Medizin und ein führender ärztlicher Vertreter für mehr Patientensicherheit) fand lobende Worte für seine Krankenhausapotheker.

“

Pharmazeutisches Know How ist gefragt

”

„Die Politik“ ist im Grunde willig

ner im europäischen Vergleich befindet sich die Bundesrepublik mit 23 Apotheken pro 100.000 Einwohner in der unteren Hälfte. Ausreißer sind Dänemark mit 6/100.000 und Griechenland mit 88/100.000 Einwohner. Die Apothekendichte sagt jedoch nichts darüber aus, ob in einem Land eine Über- oder Unterversorgung zu beobachten ist; erst recht lässt sich nichts in der wissenschaftlichen Literatur dazu finden, ob durch die Apothekendichte der Gesundheitszustand der Bevölkerung beeinflusst wird.

Was also kann getan werden, um das Apothekensterben abzubremsen und unter welchen Voraussetzungen ist dies im Sinne von Public Health?

Wird die Gesundheit der Bevölkerung durch das Apothekensterben negativ beeinflusst oder ist sie eher von der Qualität der Arzneimittelversorgung incl. Information und Beratung abhängig? Darüber wissen wir so gut wie nichts; allerdings klingt es plausibel, dass eine gute Versorgungsqualität wichtiger ist als die Zahl der Apotheken. Aus den bislang bekannten Untersuchungen im In- und Ausland wissen wir heute zwar, dass die Adhärenz, die Zahl der arznei-

Fehlende oder nicht ausreichend überzeugende Argumente sind immer eine Schwachstelle, wenn um neue Finanzmittel aus Töpfen der Solidargemeinschaft gerungen wird. So verwundert es schon fast, dass im Apothekennotdienstsicherstellungsgesetz vom 15. Juli 2013 der Notdienstfonds verankert wurde, der insbesondere ländlichen Apotheken mehr Geld für Notdienste bescherte. „Wir wollen die Landapotheken stärken, damit auch die dortige Bevölkerung ausreichend und ortsnah auf die Produkte und Dienstleistungen der Apotheken zurückgreifen kann“, so in etwa die gängige Begründung der verantwortlichen Politiker. Weitere finanzielle Unterstützungen sind in der Diskussion. Ob sie ausreichen werden, das Apothekensterben abzubremsen, muss abgewartet werden, ist aber aufgrund der genannten Gründe nicht unbedingt wahrscheinlich.

Weltweit zeigt sich, dass auf Apotheken und Apotheker:innen nirgends verzichtet wird. Aber es zeigt sich auch, dass sich etwas ändert. Um nur einige Beispiele zu nennen: Die Ausbildung wird in vielen Ländern immer mehr auf Klinische Pharmazie fokussiert, Apotheker:innen in Krankenhäusern werden immer wichtiger, Apotheker:innen werden in anderen Berufsfeldern außerhalb von Apotheken zur Lösung von Medikationsproblemen und pharmakoökonomischen Fragestellungen immer häufiger eingesetzt. Zudem kommen Apotheker:innen vermehrt in kleineren oder größeren Versorgungseinrichtungen der Primärversorgung

zum Einsatz, z. B. in größeren Arztpraxen (Australien, UK etc.), in Family Health Centers in Kanada oder in „Gesundheitskiosken“ (Finnland).

Pharmazeutische und andere Dienstleistungen weltweit auf dem Vormarsch

In Apotheken werden zudem neue Dienstleistungen verankert wie das Impfen, das Medikationsmanagement für besonders vulnerable Personengruppen, die „vorärztliche“ Versorgung von Patienten mit leichteren Erkrankungen, oder die Beratung von Patienten/Kunden in Präventionsfragen. Insofern wird auf die ortsnahe Institution Apotheke gesetzt, vor allem in Ländern und Kommunen mit einem Ärzt:innen-Mangel. Aber auch hier sind es weniger die handfesten Beweise für eine bessere Gesundheitsversorgung durch Apotheken, sondern eher Überlegungen, wie man mit weniger Mitteleinsatz (preisgünstige Apothekenleistungen bei fehlenden und teureren Ärzt:innen) möglichst viele Effekte erzielt, die in der Bevölkerung auf positive Resonanz stoßen.

Die Public Health-Perspektive

Für Public Health, also dem Bemühen von Wissenschaft und Praxis von „öffentlicher Gesundheit“ für eine Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung, ist es wichtig, die Verhältnisse vor Ort so zu gestalten, dass möglichst alle Menschen gesund aufwachsen, gesund leben und arbeiten sowie im Alter möglichst lange gesund bleiben und am gesellschaftlichen Leben teilnehmen können. Gute pharmazeutische Produkte und Dienstleistungen gehören dazu. Damit dies gelingt, sollten alle Maßnahmen auf den verschiedenen Ebenen bis zu den Kommunen daraufhin überprüft werden, ob sie der Gesundheit dienen und die Gesundheitsressourcen des Einzelnen und der Gemeinschaft stärken. Die Gesundheit sollte also in allen Politikbereichen eine wichtige Rolle spielen (WHO-Ansatz: health in all policies).

Sollten Apothekenstandorte als Public Health-Maßnahme deswegen gesichert werden?

Wesentlich ist für Public Health, die einzelnen Menschen zu erreichen und sie mitzunehmen, damit sie neue Präventions- und Versorgungsangebote kennenlernen und annehmen. Die neuen Angebote müssen aber auch den Bedarfen und Bedürfnissen der Bevölkerung immer wieder angepasst werden, um die Akzeptanz zu halten oder zu erhöhen. Dafür muss in die Bevölkerung hineingehört werden, dafür braucht es sensible Kommunikationspartner für die unterschiedlichsten Bevölkerungsgruppen, die Probleme aufnehmen und zur Lösung beitragen oder an ggf. andere Stellen weitertragen können.

Aus der Public Health-Perspektive könnten die ortsnahen Apotheken daher in vielerlei Hinsicht Vorteile bieten:

- Apotheken sind eine niedrighschwellige Eintrittspforte zum Gesundheitswesen und können einen wesentlichen Beitrag zur Verbesserung der Arzneimittelver-

sorgung leisten.

- Apotheken erreichen alle Bevölkerungsschichten, insbesondere diejenigen, die viele Arzneimittel benötigen und besonderen Beratungsbedarf haben; viele von diesen Bevölkerungsgruppen (ältere, multimorbide Menschen, Familien, Menschen aus anderen Kulturkreisen, sozial Benachteiligte etc.) stehen besonders im Fokus von Public Health-Maßnahmen, da bei ihnen der Bedarf an Hilfen am größten ist; hier könnten Apotheken wesentliche Unterstützung leisten.
- Apotheken genießen hohes Vertrauen in der Bevölkerung.
- Sie beschäftigen gut ausgebildetes Personal (auch wenn Public Health-Aspekte in den Curricula derzeit zu selten aufgegriffen werden).
- Sie sind örtlich verankert, kennen die Bevölkerung und können deren Problemlagen erfassen; sie haben Kontakte in die ortsnahe Gesellschaft und damit die Möglichkeit, sich gut zu vernetzen.
- Apotheker:innen haben als Heilberufe und Apotheken als Einzelhandelsunternehmen einen öffentlichen Auftrag und sind besonderen staatlichen Regelungen unterworfen. „Er (die Apothekerin, der Apotheker) dient ... der Gesundheit des einzelnen Menschen und des gesamten Volkes“ (Bundesapothekerordnung). Und: „Den Apotheken obliegt die im öffentlichen Interesse gebotene Sicherstellung einer ordnungsgemäßen Arzneimittelversorgung der Bevölkerung“ (Apothekengesetz). Arzneimittelgesetz, Sozialgesetze, Betäubungsmittelgesetz, Heilberufsgesetze usw. sind weitere spezielle staatliche Regelungen des Einzelhandelsbetriebs Apotheke bzw. der Apotheker:innen.

Apotheken haben aus Public Health-Perspektive aber auch gravierende Nachteile:

- Sie sind verkaufs- und profitorientierte Einzelhandelsunternehmen.
- Sie werden im Geflecht des Arzneimittelmarktes vom Großhandel und pharmazeutischen und nicht pharmazeutischen Unternehmen und deren Werbeaktivitäten beeinflusst und sind von den örtlichen Ärzt:innen und ihren Verordnungsgewohnheiten abhängig.
- Sie sind in der Regel nicht ausreichend in Medikationsprozesse integriert, um ihr pharmazeutisches Potenzial optimal einbringen zu können.
- Vertreter:innen der Apothekerschaft konzentrieren sich bei ihren Lobbytätigkeiten – strukturell bedingt – auf den eigenen Vorteil und kaum auf Public Health-Themen und den kritischen Umgang mit Arzneimitteln und der Arzneimittelwerbung.
- Apothekenpersonal ist nicht ausreichend Public Health geschult. Ausbildungs- und Tätigkeitsfeld sind überwiegend die Arzneimittel mit einem an den Naturwissenschaften orientierten Ansatz; Determinan-

ten von Gesundheit und Krankheit aus der Public Health-Perspektive (WHO-Ansatz zur Prävention und Gesundheitsförderung) sind in Ausbildung und in der Arbeitswelt der Apotheken nicht verankert; bei Ärzt:innen liegen die Dinge schon ein wenig anders (z. B. Sozialmedizin im Curriculum), auch wenn der Public Health-Ansatz bei Prävention und Versorgung aus Public Health-Perspektive dort ebenfalls zu wenig gelebt wird.

Keine Chance, die Public-Health-Perspektive gegen das Apothekensterben zu nutzen?

Die Bedeutung von Apotheken und dem dort beschäftigten Fachpersonal für die Gesundheit der vor Ort-Bevölkerung wird durch Public Health-Vertreter:innen bislang aus den oben genannten Gründen und vielleicht auch schon allein aufgrund der niedrigen Anzahl gering eingeschätzt. Ärzt:innen, Pflegefachkräfte, andere Heilberufe und vor allem Sozialberufe sind für Public Health weitaus bedeutender.

Diese Nachteile haben es bislang weitgehend be- oder gar verhindert, dass Apotheken und Apotheker:innen als potentielle und gleichwertige Partner in lokalen Public Health-Netzwerken akzeptiert und in Präventionsaktivitäten eingebunden werden.

Vorteile von Apotheken und Public Health nutzen

Warum in Zukunft die Vorteile der Apotheken weiter ignorieren bzw. an den eingefahrenen (Vor)-Urteilen und Denkweisen festhalten? Warum nicht daran arbeiten, das Apothekenwesen weiterzuentwickeln, die Ausbildung neu zu orientieren, die Vernetzung voranzutreiben, Nachteile und Vorurteile abzubauen – und zwar auf beiden Seiten: auf der Seite der Apothekerschaft und auf der Seite von Public Health?

Wäre es nicht eine Perspektive, wenn es gelänge, Apotheken einerseits als wesentlichen Teil einer am Gemeinwohl orientierten Primärversorgung (Prävention und Versorgung) einzubinden und für die Kommunen als wesentlichen Teil der Daseinsvorsorge zu etablieren? Und wenn es andererseits gelänge, die Apotheker:innen mit ihrem pharmazeutischen Spezialwissen (insb. mit stark intensivierter Klinischer Pharmazie) als gleichwertigen Partner in komplexe Medikationsprozesse einzubinden? Damit dies geschieht, müsste sich die Apothekerschaft aber bewegen und den Mut aufbringen, ihre Gemeinwohlverpflichtungen glaubwürdig zu leben. Das bedeutet, die Aus-, Fort- und Weiterbildung zu ändern, den Konflikt zwischen Ethik und Monetik zumindest zu entschärfen und die Möglichkeiten der Arzneitherapien realistisch in das Gesamtkonzept von Gesundheit und Krankheit im Sinne der WHO einzubetten.

Gute Pharmazeut:innen werden gebraucht, damit Arzneimittel richtig eingesetzt werden; gute vor Ort-Apotheken werden gebraucht, die jedem die Chance bieten, beim Bezug von Arzneimitteln über deren Nutzen und Risiken patientenorientiert aufgeklärt zu werden. Apotheken werden

aber auch gebraucht, um den örtlichen Public Health-Netzwerken den Zugang zur Bevölkerung zu erleichtern. Gute Apotheken können dem Einzelnen Perspektiven für mehr Gesundheit eröffnen, sie können in die Bevölkerung vor Ort hineinhören und erkannte Probleme in das örtliche Public Health-Netzwerk einbringen. Nicht zuletzt schaffen Apotheken ortsnahe Arbeitsplätze und steigern die Lebensqualität von strukturgeschwächten Gebieten.

Aber...

Ja, es gibt viele „Wenns“ und „Abers“, betrachtet man die aktuellen Bedingungen, unter denen Apotheken arbeiten. Und vielleicht ist es einfacher, im Abwehrkampf gegen den Versandhandel darauf zu hoffen, dass ansonsten alles so bleibt wie es ist. Das ist aber wenig wahrscheinlich, da unter den derzeitigen Voraussetzungen weiterhin Apotheken geschlossen und damit Konzentrationsprozesse im Apothekenwesen vorangetrieben werden. Die „Plattform-Ökonomie“ und weitere digital unterstützte Angebote werden neue ökonomische Machtzentren erzeugen, und das finanzielle Volumen des Arzneimittelmarktes ist einfach zu attraktiv, als dass nicht die verschiedensten Interessenten versuchen werden, einen möglichst großen Teil des Kuchens zu ergattern. Auch fehlt es derzeit an ausreichend gutem pharmazeutischem Fachpersonal.

Apotheken sterben, wenn sie nicht mehr gebraucht werden – Apothekensterben wird gebremst, wenn ihr Nutzen beweisbar und erlebbar ist

Die Zukunft der Apotheken braucht gemeinwohlorientierte Perspektiven und gute Beispiele für eine „Pharmazie in sozialer Verantwortung“. Dafür wird gut ausgebildetes pharmazeutisches Personal benötigt, das optimal eingesetzt werden muss, um die sich abzeichnenden Probleme (mehr ältere Menschen, mehr Multimedikation, mehr Fachkräftemangel etc.) zu lösen; zum anderen kann die ortsnahe Verankerung der Apotheken in Public Health-Netzwerken dazu beitragen, damit das Potenzial der Apotheken für mehr Gesundheit genutzt und der soziale Zusammenhalt vor Ort gestärkt wird.

Beispiele gibt es, wie oben angedeutet wurde; jetzt muss der Mut aufgebracht werden, sie unter bundesdeutschen Vorzeichen und im Sinne des Gemeinwohls zu testen. Vielleicht kann damit das Apothekensterben abgebremst werden.

Quellen: beim Autor

Über den Autor:

Dr. Udo Puteanus ist VdPP-Mitglied und Mitarbeiter beim Landeszentrum Gesundheit NRW im Bereich Sozialpharmazie.

Qualitätssicherung in der pharmazeutischen Fortbildung - Ein Interview mit Iris Hinneburg

Viktoria Mühlbauer

Viktoria Mühlbauer, VdPP: Iris, du hast zusammen mit weiteren Mitgliedern des Fachbereichs Evidenzbasierte Pharmazie im Netzwerk Evidenzbasierte Medizin die Qualitätssicherung der pharmazeutischen Fortbildung unter die Lupe genommen. Ihr habt das in der ZEFQ (Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen) publiziert, auf die leider nicht alle Zugriff haben. Magst du deshalb zusammenfassen, was ihr gemacht habt?

Iris Hinneburg: Fortbildung ist in Deutschland hauptsächlich die Sache der siebzehn Apothekerkammern, die alle das Thema Fortbildung etwas unterschiedlich angehen. Damit es für eine Veranstaltung Fortbildungspunkte gibt, muss die Fortbildung akkreditiert werden. Wir haben recherchiert, welche Angaben die 17 Kammern und die Bundesapothekerkammer abfragen, wenn man einen Antrag auf Akkreditierung einer Veranstaltung stellt. Wir haben vorab ein Bewertungsschema erstellt, das auf den Leitsätzen der apothekerlichen Fortbildung und den Fortbildungskriterien anderer Organisationen (z.B. der AkdÄ) beruht. Dieses Bewertungsschema beinhaltet drei Kategorien: inhaltliche Qualitätssicherung, den Umgang mit Interessenskonflikten und den Umgang mit Sponsoring. Die Anforderungen der einzelnen Apothekerkammern haben wir dann anhand dieses Schemas bewertet.

Und was kam bei eurer Untersuchung heraus?

Es gab mehrere interessante Befunde: Die Apothekerkammern handhaben die Anforderungen an Fortbildungsveranstaltungen doch sehr verschieden. Es gibt große Unterschiede, welche Aspekte überhaupt adressiert wurden und wie detailliert die Auseinandersetzung damit stattfindet. Sehr erschreckend fand ich, wie selten die Interessenskonflikte der Referenten erklärt werden müssen, dabei wäre das ja ganz einfach umzusetzen. Nur eine Kammer macht dies verpflichtend. Die 16 anderen haben das Thema Interessenskonflikte nicht mal adressiert! Allerdings musste der Beruf des Referenten immer angegeben werden, also ob der Referent Apotheker ist oder Herstellungsleiter in der pharmazeutischen Industrie. Aber das ist nicht das Gleiche wie eine explizite Nennung von Interessenskonflikten.

Das ist ja wirklich erstaunlich! Warum, denkst du, ist das so?

Ich kann mir nur vorstellen, dass die Sensibilität diesbezüglich nicht vorhanden ist oder das Thema nicht als wichtig

genug erachtet wird. Denn es ist ja wirklich leicht abzufragen. Manche inhaltlichen Anforderungen sind ja viel schwieriger zu überprüfen - z.B. dass die Darstellung von Nutzen und Schaden auf systematischen Übersichtsarbeiten beruhen soll.

Was war noch überraschend?

Was uns sehr gewundert hat: Nur ein Drittel der Kammern hat die Einreichung des Skriptes zur Akkreditierung gefordert. Bei manchen Kammern wurde zwar um die Skripteinreichung gebeten, aber es war nicht verpflichtend. Die Hälfte der Kammern wollte das Skript gar nicht sehen. Wir haben jetzt zwar keine Pseudo-Einreichung gemacht - vielleicht wollen die anderen Kammern das Skript zu einem späteren Zeitpunkt. Aber es stand nichts dazu auf der Webseite oder im Antragsformular. Die Überprüfung der Folien kostet zwar Zeit, wäre aber eine sehr niedrigschwellige Art und Weise, die Qualität zu überprüfen.

Fehlt es in den Kammern vielleicht an der notwendigen personellen Ausstattung, um die Skripte zu überprüfen?

Das ist schon möglich. Gleichzeitig wäre die verpflichtende Skripteinreichung eine gute Möglichkeit zu signalisieren: Wir wollen, dass die Fortbildung ordentlich gemacht ist.

Was mich auch noch sehr gewundert hat: Gut die Hälfte der Kammern fragt Angaben zum Sponsoring ab, aber keine einzige will Angaben zur Höhe und Art des Sponsorings wissen! Dabei könnten daraus Hinweise zur Verzerrung der Inhalte abgeleitet werden. Es ist ja ein großer Unterschied, ob jemand Kugelschreiber eines Pharmagroßhandels auslegt oder der pharmazeutische Unternehmer ein Luxusabendessen bezahlt. Auch das wäre einfach zu erfragen und überprüfen.

Habt ihr die Apothekerkammern mit euren Ergebnissen konfrontiert?

Einer der Mitautoren, Oliver Schwalbe, ist in einer Arbeitsgruppe von Fortbildungsbeauftragten der Apothekerkammern. Er hat es in die Gruppe mit hineingenommen. Wir haben aber noch keine Rückmeldung erhalten. Wir wollten auch nicht zu konfrontativ sein, sondern bieten interessierten Kammern gerne eine individuelle Beratung an.

Ihr habt euch jetzt mit der Fortbildung befasst. Gelten dieselben Aspekte auch für die Weiterbildungsveranstaltungen?

Wir haben leider keinen Einblick, wie die von den Kammern selbst organisierten Fortbildungsveranstaltungen und die Weiterbildungen gehandhabt werden. Aber ich fürchte, wenn die Anforderungen an die externen Veranstalter schon so niedrig sind, wird es für die internen Veranstaltungen nicht besser sein.

Das macht ja nicht gerade Hoffnung. Sollte es denn deiner Meinung nach überhaupt Fortbildungspunkte für Veranstaltungen geben, die durch den pharmazeutischen Unternehmer organisiert werden?

Nein, auf keinen Fall. Auch MEZIS spricht sich klar dagegen aus. Es gibt auch andere Ideen, etwa von der AkdÄ, dass in unabhängigen Veranstaltungen die doppelte Punktzahl pro Zeiteinheit vergeben werden soll.

Mir ist es schon ein paar Mal passiert, dass pharmazeutische Fortbildungen inhaltlich ziemlich schlecht waren, obwohl sie nicht vom pharmazeutischen Unternehmer veranstaltet wurden. Hast du dazu einen Lösungsvorschlag?

Um die inhaltliche Qualität zu verbessern, müssen dicke Bretter gebohrt werden. Das ist sehr arbeitsintensiv und dafür sind in den Kammern nicht die nötigen Ressourcen vorhanden. Meist sind die akkreditierenden Stellen mit nur einer Fortbildungsbeauftragten und einer Assistenz besetzt, soweit ich das überblicke. Da können nicht 300 Fortbildungsveranstaltungen pro Jahr in der Tiefe geprüft werden. Ich glaube aber, dass man trotzdem an dieses Thema ran muss. Aber es wäre schon ein Fortschritt, Anforderungen wie die der AkdÄ zu übernehmen: Ausgewogene, möglichst

vollständige Informationen zu präsentieren, z.B. Nutzen und Schaden darzustellen und systematische Übersichtsarbeiten und HTA-Berichte als Quelle zu nutzen. Oder dass die Kammern auch mal Fortbildungen für Referenten anbieten - wie man gute und verlässliche Quellen findet, was eine ausgewogene Darstellung beinhaltet etc. Es ist auch fraglich, ob diese Dinge auf Länderebene passieren müssen. Vielleicht könnte die Bundesapothekerkammer für relevante Themen die wichtigsten Quellen zusammen stellen – sodass jede/r Fortbildungsbeauftragte weiß, zum Thema Herz-Kreislauf sind das und das die wichtigsten systematischen Übersichtsarbeiten zum Einsatz von Statinen. Oder dass die Bundesapothekerkammer die Fortbildungsbeauftragten der einzelnen Kammern mit dem Zugang zu UpToDate oder ähnlichen Quellen ausstattet.

Um die inhaltliche Qualität zu verändern, muss aber auch das Bewusstsein vorhanden sein, dass Praxiserfahrung allein kein relevantes Kriterium für die Qualifikation der Vortragenden ist...

Herzlichen Dank liebe Iris! Wir sind gespannt, wie sich der Umgang mit dem Thema Fortbildung zukünftig entwickelt...

Verweis auf folgende Publikation:

Hinneburg, Günther, Fleer, Schwalbe: Qualitätssicherung in der pharmazeutischen Fortbildung: Eine Analyse der Akkreditierungsunterlagen der deutschen Apothekerkammern. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen. Dezember 2019, Vol. 149, S. 49-56.

Über die Gesprächspartnerinnen:

Die Interview-Partnerin war Dr. Iris Hinneburg, freie Medizin-Journalistin. Sie studierte Pharmazie und absolvierte nach ihrer Promotion eine journalistische Weiterbildung. Seit 2010 ist sie freie Medizin-Journalistin mit dem Schwerpunkt gute Gesundheitsinformationen und referiert in der Fort- und Weiterbildung von Apothekerinnen und Apothekern zur Bewertung von Studien. Daneben engagiert sie sich im Deutschen Netzwerk Evidenzbasierte Medizin.

Das Gespräch führte Viktoria Mühlbauer, VdPP-Mitglied und Mitglied im Netzwerk Evidenzbasierte Medizin.

Über das Netzwerk Evidenzbasierte Medizin:

Das EbM-Netzwerk versteht sich als das deutschsprachige Kompetenz- und Referenzzentrum für alle Aspekte der Evidenzbasierten Medizin. Es vereint Vertreterinnen und Vertreter verschiedener Fächer, Professionen, Sektoren und Organisationen und bietet Raum für unabhängige, kritisch-wissenschaftliche Diskussionen zu allen Fragen im Zusammenhang mit einer evidenzbasierten gesundheitlichen Versorgung. Das Netzwerk wurde im Jahr 2000 gegründet, um Konzepte und Methoden einer evidenzbasierten und patientenorientierten Medizin in Praxis, Lehre und Forschung zu verbreiten und weiter zu entwickeln, und hat heute ca. 1000 Mitglieder. Evidenzbasierte Medizin (EbM) fördert den bewussten und am Patientenwohl orientierten Gebrauch der jeweils besten empirischen Evidenz für Entscheidungen in der Versorgung von Individuen oder ganzer Bevölkerungsgruppen. Weitere Informationen unter: <https://www.ebm-netzwerk.de/de>



STELLUNGNAHME

Stellungnahme des VdPP zum Positionspapier der ABDA

„Selbstmedikation als integraler Bestandteil einer umfassenden Arzneimittelversorgung“
vom Mai 2020

Hamburg, 29. Juni 2020
Der VdPP (Verein demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten) begrüßt, dass die ABDA eine Position zur Selbstmedikation vorgelegt hat und sich darin auch für den Erhalt der Apothekenpflicht bei Arzneimitteln der Selbstmedikation stark macht.

Der VdPP kritisiert aber, dass es die Landesvertretung seit Jahrzehnten versäumt, einen überzeugenden Weg einzuschlagen, um aus dem Verkaufsraum Apotheke eine am Verbraucherschutz orientierte Einrichtung des Gesundheitswesens zu machen.

Am 12. Juni 2020 veröffentlichte die ABDA das Positionspapier „Selbstmedikation als integraler Bestandteil einer umfassenden Arzneimittelversorgung“. Die ABDA begründet die Sonderstellung der Apotheken beim Verkauf apothekenpflichtiger Arzneimittel mit der Beratungsbedürftigkeit dieser „Waren besonderer Art“.

Apothekenpflichtige Arzneimittel der Selbstmedikation und ärztlich verordnete verschreibungspflichtige Arzneimittel seien „integraler Bestandteil“ der Arzneimittelversorgung und bedürften aus Gründen des Verbraucherschutzes der gemeinsamen Beratung. Die Ausweitung der Selbstmedikation sei eine gezielte Entlastung des Gesundheitswesens und der Krankenversicherungen gewesen.

Die ABDA reagiert damit zum jetzigen Zeitpunkt auf die Bestrebungen auf nationaler und europäischer Ebene, den Selbstmedikationsmarkt weiter zu liberalisieren. Verbraucher haben in immer mehr Ländern der EU die Möglichkeit, Arzneimittel in Drogerien, Supermärkten o.a. zu kaufen. Die Bedeutung der Apotheken als Gesundheitseinrichtungen wird geschwächt. Profite gehen verloren.

Das ABDA-Papier soll offensichtlich auch als Argumentationshilfe dienen für in Brüssel anstehende Gespräche über das Rx-Versandhandelsverbot nach Koalitionsvereinbarung und über das Rx-Boni-Verbot, welches von Gesundheitsminister Spahn befürwortet und von der ABDA gefordert wird, um die Präsenzapotheken in der Bundesrepublik gegen EU-Wettbewerbsrecht abzuschotten.

Der VdPP begrüßt das Positionspapier der ABDA in seiner Grundausrichtung: Arzneimittel sind keine normalen Gebrauchsgüter, sondern risikobehaftete Produkte. Vor allem ältere, multimorbide Menschen mit vielen ärztlich verordneten Arzneimitteln sind häufig durch Multimedikation/Polypharmazie gefährdet. Für diese besonders vulnerablen Menschen darf die Risikolast nicht durch Selbst-

medikation weiter erhöht werden; daher müssen Information und Beratung in Apotheken aus Verbraucherschutzgründen besonderen Anforderungen genügen und unmittelbar vor Ort zur Verfügung stehen.

Die Grundfrage ist, ob dies in den Apotheken, die ja im Bereich der Selbstmedikation vom Arzneimittelverkauf leben, umsetzbar ist.

Wird Information und Beratung als heilberuflicher Auftrag flächendeckend umgesetzt?

Die ABDA über Selbstmedikation: „In aller Regel unterstützt der Apotheker diese mit heilberuflicher Beratung“. Sicherlich wird in vielen Apotheken der heilberufliche Auftrag ernst genommen. Aber reicht die Behauptung „In aller Regel“? Die Aussage ist eher ein frommer Wunsch, denn untersucht hat die ABDA diese Situation nicht. Noch nicht einmal die Ergebnisse von Pseudo-Customer-Untersuchungen zur Beratungspraxis in Apotheken werden veröffentlicht (und werden somit nicht zum Aufdecken von Defiziten und zum Formulieren anspruchsvoller Ziele genutzt!). Die ABDA ist angreifbar, wenn sie ungünstige Ergebnisse anderer „Testkäufer“ negiert, in denen schlechte Beratungen offengelegt werden. Die ABDA ist auch nicht überzeugend, wenn sie angesichts von in Apotheken bevorzugt empfohlenen Präparaten (etwa Thomapyrin intensiv, WICK MediNait, Grippostad) keine Probleme ausmacht.

Ist Information und Beratung in Apotheken „evidenzbasiert“?

Die ABDA verweist auf die durch die Bundesapothekerkammer gesetzten Standards zur Qualitätssicherung in der Selbstmedikation. Gut.

Aber viele Fragen bleiben offen: Werden die Standards aktualisiert? Werden sie gelebt? Was bringen sie dem Apothekenpersonal? Wird evidenzbasierte Beratung in Apotheken durch diese Hilfen besser umgesetzt?

Wie ist im profitorientierten Unternehmen Apotheke evidenzbasierte Beratung überhaupt möglich? Der Grundkonflikt ist der Interessenkonflikt zwischen Ethik und Monetik. Wer an Arzneimitteln verdient, wird eher einen Nutzen ausmachen, als ein Risiko erkennen, wird eher empfehlen als abraten. Dabei geht es nicht um etwas Ehren-

rühriges, sondern um ein normales menschliches Verhalten in Interessenkonflikten, das durch viele valide Studien wissenschaftlich belegt ist.

Daher sind zwei Herangehensweisen in der Apotheke gänzlich unverzichtbar: Erstens den Interessenkonflikt benennen statt verschweigen. Zweitens wissenschaftliche Erkenntnisse (evidenzbasierte Pharmazie!) systematisch verfügbar machen, sie auf dem aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse halten und sich daran orientieren und vom ersten Tag der Ausbildung an als pharmazeutischen Ethos zu pflegen. Dies war die Intention des Antrages zum Deutschen Apothekertag 2014 zur evidenzbasierten Beratung in der Selbstmedikation, an dem der VdPP mitgearbeitet hatte. Herausgekommen ist EVI-News, ein Newsletter, den der VdPP kritisch als ziemlich unzureichend kommentiert hat.

Seit Jahren und Jahrzehnten benennt die ABDA die Grundkonflikte nicht.

Sind rezeptfreie Arzneimittel wirksam und sicher?

Viele Arzneimittel können als „Beweis“ ihrer Wirksamkeit nur auf ihre Tradition und auf Erfahrungswissen verweisen, wurden aber nicht zureichend auf Wirksamkeit, Unbedenklichkeit und Qualität geprüft. Die (oft nur behauptete) „Wirkung“ eines Arzneimittels erlaubt keinerlei Rückschluss auf den indikationsbezogenen „therapeutischen Nutzen“, welcher wissenschaftlich zu belegen wäre. Dies differenziert die ABDA nicht.

Bei den sog. Switches betont die ABDA die besondere Bedeutung der Apothekenpflicht als Verbraucherschutznorm. Diese eigentlich verschreibungspflichtigen Arzneistoffe werden dem Selbstmedikationsmarkt laufend in meist niedrigerer Dosierung zur Verfügung gestellt und mit viel Werbung in den Markt gedrückt. Eine einzige kritische Bemerkung? Voltaren-Werbung zur besten Sendezeit? Aufsteller vor Apotheken mit Schnäppchenangeboten? Zugaben als Kaufanreize in Apothekenschauelfenstern? Verbot der Laienwerbung! Alles Fehlanzeige! Kein Ziel! Im Gegenteil: Die ABDA hat in den 1980er Jahren die „Freidosenregelung“ gegen viele Bedenken aus Fachkreisen maßgeblich unterstützt. Wo bleibt die wissenschaftliche Begleitung solcher Markteinführungen, wenn die ABDA sich als Verbraucherschutzbarriere versteht? Gerade aus Apotheken heraus könnten dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) als maßgeblicher Pharmakovigilanzbehörde Risikohinweise geliefert und das heilberufliche Engagement gut unter Beweis gestellt werden. Die ABDA aber setzt auf den guten Glauben an die Umsetzung der Standards durch alle Apotheken.

Selbstmedikation entlastet?

Positiv wird hervorgehoben, nicht selten ersetze die Selbstmedikation den Arztbesuch oder ergänze die veranlasste Therapie. Was bedeutet dies? Die angeführten gesundheitsökonomischen Berechnungen berücksichtigen keine

Schäden durch inadäquate Selbstmedikation. Gibt es sie nicht? Auch hier bleibt Versorgungsforschung ein Fremdwort. Zu welchem Nutzen bzw. Schaden für die Patienten kann denn der Verzicht auf den Arztbesuch und dafür Selbstmedikation möglicherweise führen?

Stimmt es, dass die Selbstmedikation einen erheblichen Beitrag zur Entlastung des Gesundheitssystems leistet? Worauf bezieht sich die Behauptung? Immerhin werden private Geldbeutel mit 20 Mrd. Euro belastet. Für welchen Patienten-Benefit?

Gegen die Trivialisierung von Arzneimitteln

Der VdPP unterstützt das Anliegen der ABDA gegen die weitere (Neo)Liberalisierung des Arzneimittelmarktes, welche mit der „Trivialisierung“ der Arzneimittel einhergeht. Sie zeigt sich z. B. im Versand, in der Werbung und in der Degradierung von Arzneimitteln aus der Verschreibungspflicht oder Apothekenpflicht in den Mass Market oder in das Segment der Nahrungsergänzungsmittel.

Apotheken als wichtiger Teil der Daseinsvorsorge!

Auch der VdPP sieht in den Apotheken die zentrale Stelle, die als Einrichtung des öffentlichen Gesundheitswesens für die ordnungsgemäße Arzneimittelversorgung zuständig ist. Die Apotheken sind als wichtiger Teil der Daseinsvorsorge dem Gemeinwohl verpflichtet. Der Apothekerberuf ist ein wissenschaftlich fundierter Beruf, von dem die Gesellschaft erwarten darf, dass die Leistungen hochqualifiziert erbracht werden.

Dem Positionspapier der ABDA fehlt die Überzeugungskraft, weil sie ihre Argumentation nicht oder nicht ausreichend an diesen realen Problemen schärft und in Abgrenzung von „Arzneimittelverkäufern“ (Versand, Internet) nicht wirklich auf wissenschaftliche Qualität der Beratung orientiert. Beratungsqualität wird behauptet, aber kaum unterstützt und schon gar nicht evaluiert.

Der Anspruch muss überzeugend gelebt und in berufspolitisches Handeln umgesetzt werden. Das wäre die wirksamste und glaubwürdigste Haltung, um überzeugend für den Erhalt und die Absicherung einer flächendeckenden Versorgung mit Präsenzapotheken zu werben.

Der VdPP sieht darin eine wichtige Herausforderung für die neu zu wählende ABDA-Spitze.

Der VdPP-Vorstand

Die Stellungnahme der ABDA können Sie hier nachlesen: <https://www.abda.de/aktuelles-und-presse/pressemitteilungen/detail/selbstmedikation-als-teil-der-daseinsvorsorge-2/>

Grußwort des Vorstandes

Ja, ich mache mir Sorgen, ich mach mir große Sorgen. Und ja, ich habe auch Angst, Angst vor dem Herbst und dem Winter. Wie wird das Coronavirus mutieren, in welche Richtung, noch aggressiver, noch ansteckender?! Und wie werden sich die Menschen verhalten? Abstand, Maskenpflicht? Es wurde doch alles so schön gelockert, ging doch, war doch prima. Wird die Politik noch weitere Lockerungen zulassen? Natürlich müssen die Kinder raus, raus aus den Wohnungen, raus zu den sozialen Kontakten in die Schulen, in die Kitas – aber ohne Auflagen?! Kinder sind genauso infektiös wie Erwachsene, das haben Studien, wenn man sie denn genau liest, bewiesen. Und wie wird die Situation in Deutschland sein, wenn die Urlauber aus Italien, aus Spanien, von Mallorca wieder nach Hause kommen? Sonne, Strand, Straßencafé - Maskenpflicht, Abstand – quatsch. Und dann kommt doch der Impfstoff, dann ist Corona doch sowieso erledigt und eigentlich haben wir doch längst in Deutschland Herdenimmunität – Bullshit Höchstens 1 % , Ergebnis einer Untersuchung von Blutspendern.

Ja, schön wär's mit dem Impfstoff, nur schon die In-

fluenza hat uns gelehrt: Immunität - vielleicht 3, vielleicht 5 Monate, auf keinen Fall 2 bis 3 Jahre. Wir müssen uns jedes Jahr neu impfen lassen. Warum wohl? Neue „Virusstämme“, Immunität futsch!! Covid 19 wird uns noch Jahre begleiten.

Wir lernen immer mehr über Covid 19. Über die Riech- und Geschmacksnerven dringt das Virus ins Gehirn vor und ist dort wahrscheinlich für Schlaganfälle, Herzin-

farkte, Sprachausfälle, Wortfindungsschwierigkeiten und Demenz mitverantwortlich!! Wir wissen schon länger, dass die Nieren angegriffen werden und die Patienten zur Dialyse müssen.

Ich bin Hochrisikopatient: 77 Jahre alt, Schlaganfall im August 2018, Krampfanfall (leichter epileptischer Anfall) im September 2019. Permanente Herzrhythmusstörungen.

Können Sie jetzt verstehen, warum ich vor dem Winter, vor einer 2. Welle wie in Israel oder Kalifornien Angst haben muss?

Aber klar, so schlimm muss es ja nicht kommen. Das hoffe ich sehr - schließlich male ich hier sehr schwarz!! Aber fundiert und realistisch.



Das jedenfalls ist meine Meinung

Bernd Rehberg

USA verlassen die Weltgesundheitsorganisation

Das ging durch alle Medien. Viel wurde geschrieben.

Wir zitieren Bertolt Brecht:

Herr Keuner und die Zeitungen

Herr Keuner begegnete Herrn Wurr, dem Kämpfer gegen die Zeitungen. "Ich bin ein großer Gegner der Zeitungen", sagte Herr Wurr, "ich will keine Zeitungen." Herr Keuner sagte: "Ich bin ein größerer Gegner der Zeitungen: ich will andere Zeitungen."...

Wir wollen und brauchen eine gute WHO!

#blacklivesmatter

Rassismus geht uns alle an. Rassismus ist nicht nur ein Problem von Schwarzen und People of Color. Rassismus ist strukturell, systematisch, institutionell und das schon seit Jahren und Jahrhunderten.

Als VdPP missbilligen wir jegliche Art von Rassismus. Wir verstehen uns als Verein, der sich für einen respektvollen menschlichen Umgang einsetzt und stehen für ein tolerantes Miteinander in der Gesellschaft.

Unser Anspruch ist: In allen Apotheken müssen alle Menschen – unabhängig von ihrem Geschlecht, ihrer Hautfarbe, ihrer Religion, ihren finanziellen Möglichkeiten, ihrem Aufenthaltsstatus oder ihrer Lebensumstände – mit Respekt beraten und versorgt werden. So steht es im VdPP-Programm.

#pharmacistsforfuture

Es gibt eine neue Facebook-Seite, die sich um Klima und Gesundheit dreht, und die Rolle der Apotheker:innen. Dort werden regelmäßig Beiträge zur Klimakrise und deren Auswirkung auf unsere Gesundheit und die Rolle der Apotheke gepostet.

Die Arbeitsgruppe „Pharmacists for Future“ im VdPP arbeitet an neuen Beiträgen, Flyern, sie vernetzt sich, tauscht sich aus und macht so auf das Thema unter klimabewussten Apotheker:innen aufmerksam.

Denn wir sind der Meinung, dass sich auch Apotheker:innen stärker in das Geschehen einbringen sollten, denn sie sind wissenschaftlich ausgebildet und können die Gefahren der Klimakrise nachvollziehen.

Schauen Sie vorbei, hinterlassen Sie einen Like oder einen Kommentar und teilen Sie die Seite mit Freund:innen und Kolleg:innen.

Mehr Informationen:

<https://www.facebook.com/pharmacistsforfuture/>



KURZNACHRICHTEN

VdPP ist Mitglied bei KLUG

KLUG, das steht für Deutsche Allianz Klimawandel und Gesundheit.

Die **Deutsche Allianz Klimawandel und Gesundheit e.V. (KLUG)** ist ein Netzwerk von Einzelpersonen, Organisationen und Verbänden aus dem gesamten Gesundheitsbereich.

Das Ziel von KLUG ist es, deutlich zu machen, welche weitreichenden Folgen die Klimakrise auf die Gesundheit hat! Wir müssen uns auf diese enorme Herausforderung einstellen. Klimaschutz ist auch Gesundheitsschutz, deshalb muss die Erderwärmung auf nicht mehr als 1,5° C begrenzt werden!



Durch die Mitgliedschaft bei KLUG bringt der VdPP die pharmazeutische Expertise in die Diskussion ein!

Gesundheit braucht Klimaschutz!



Ja, das braucht sie wirklich.

Deshalb gingen am Montag, 3. August in Berlin mehrere Gesundheitsberufler in Arbeitskleidung auf die Straße, um auf den Missstand aufmerksam zu machen. Eine neu gegründete Gruppe in Berlin mit dem Namen „Berlin4Future“ hatte dazu schon zum zweiten Mal zur KlimaMontagDemo aufgerufen.

Auf der Demo war auch der VdPP neben anderen Gesundheitswissenschaftlern vertreten. Zusammen mit KLUG und Health4Future steht der VdPP für den Klimaschutz ein.

Dieses Bild zeigt den VdPP, wie er sich unter dem Motto „Pharmacists for Future!“ auf der Demonstration am 3. August 2020 in Berlin für den Klimaschutz einsetzt.

KURZNACHRICHTEN

KLIMAWANDEL

Ein Text über nachhaltige Apotheken in Zeiten der Klimakrise

Esther Luhmann

In diesem Artikel soll es darum gehen, warum wir klimaneutrale Apotheken brauchen, warum der Klimawandel und seine gesundheitlichen Folgen auch Apotheker:innen betreffen, und er soll Hinweise geben, den Apothekenalltag klimaneutral und nachhaltig zu gestalten und zeigt auf, wie Klimaschutzmaßnahmen umgesetzt werden können.

Doch fangen wir von vorne an. Wenn wir über die gesundheitlichen Folgen des Klimawandels sprechen, muss uns klar sein, was das bedeutet und welche weitreichenden Folgen das Problem mit sich bringt. Kurz- und längerfristige Klimaveränderungen beeinflussen die Gesundheit, dies kann direkt und indirekt erfolgen. Wir merken jetzt schon die zum Teil extremen Wetterbedingungen und wie sie unsere Gesundheit beeinflussen. Ganz subjektiv. Es sind extreme Witterungsbedingungen, die zunehmende Hitze und Trockenheit auf der einen Seite, auf der anderen Seite Hochwasser sowie Überschwemmungen und die damit verbundenen Krankheitsüberträger wie Mücken, die Abnahme der Ozonschicht und die damit einhergehende erhöhte UV-Strahlung, die zu erhöhtem Hautkrebsrisiko führen kann, die uns belasten. Durch den Klimawandel ändern sich auch die Flora und Fauna, was zur Entwicklung hochallergener Pflanzen führt und somit unsere Gesundheit beeinflusst. Und zwar unserer aller Gesundheit—mehr oder weniger.



Vor allem die Hitze macht uns zu schaffen

Extremwettererscheinungen, wie Hitze, können sich gesundheitsgefährdend auswirken, vor allem für Säuglinge und Kleinkinder, aber auch ältere und pflegebedürftige Menschen sind besonders betroffen, ebenso wie chronisch Kranke. Insbesondere das Herz- Kreislaufsystem ist betroffen, aber auch bei Patient:innen mit Nieren- und Atemwegserkrankungen ist Vorsicht geboten. Die Gefahren durch Hitze können stark variieren, so sind etwa gesunde Erwachsene bei normaler Lebensführung kaum gefährdet. Mögliche Maßnahmen sowie Tipps und Empfehlungen für Verhaltensweisen hat der Deutsche Wetterdienst erarbeitet. (1)

Übeltäter CO₂

Wenn es um Klimaneutralität eines Unternehmens (in diesem Fall einer Apotheke) geht, dann geht es um den CO₂-Ausstoß. Dazu muss zunächst der CO₂-Ausstoß ermittelt werden und im Anschluss, soweit möglich, reduziert werden. Doch es geht auch um die Frage WIE wir das klimaschädliche Gas CO₂ reduzieren können. Wichtig sind die Apotheken-internen Prozesse, die zu mehr Klimaneutralität führen. Diese können in ganz unterschiedlichem Ausmaß stattfinden: Es geht um mehr als nur Licht aus, Stecker ziehen und das Fahrrad benutzen.

Gesagt, getan

Vorrangig soll es hier um Maßnahmen gehen, die jede Apotheke, jede:r Chef:in und jede:r Mitarbeiter:in tun kann. Viele der Tipps in der Infobox sind leicht umzusetzen und erfordern lediglich eine Umstrukturierung des Alltags. Andere sind etwas aufwendiger und erfordern neue Anschaffungen bzw. komplexere Umstrukturierungen und Recherchen wie z.B. zu nachhaltigen Lieferanten. Nichts desto trotz ist es wichtig, dass sich das Apothekenteam gemeinsam für einen Weg Richtung Klimaneutralität und Nachhaltigkeit einsetzt und sich regelmäßig daran erinnert.

Wichtig sind die Umsetzungen vor Ort, in der Apotheke (s. Tipps in der Infobox). Kann man das nur zum Teil durchführen oder lässt es sich aus anderen Gründen nicht gut realisieren, so hat man immer noch die Möglichkeit, Projekte, die sich für Wiederaufforstung, nachhaltige Energieerzeugung aus nachwachsenden Rohstoffen oder Wasseraufarbeitung einsetzen, zu unterstützen. Hierbei gilt es aber zu beachten, dass die Bäume erst nach Jahren ihre volle Kapazität, CO₂ zu binden bzw. zu verarbeiten, entfalten.

NOVENTI vereint diese beiden Möglichkeiten. (3) Seit 2018 ist der Apothekendienstleister nach eigenen Angaben klimaneutral. Und nun hat die Firma eine Initiative gegründet, mit der Apotheken klimaneutral werden sollen. Und das funktioniert so: Gemeinsam mit dem Kooperationspartner Fokus Zukunft wird der CO₂-Fußabdruck der Apotheke berechnet. Die Apotheke verpflichtet sich, die Maßnahmen vor Ort durchzuführen. Im Gegenzug kompensiert Noventi die restlichen CO₂-Emissionen durch Unterstützung mehrerer Projekte im Ausland.

Die vier Maßnahmen sind:

1. Einführung eines Programms zur Mülltrennung
2. Senkung des Stromverbrauchs sowie der Umstieg zu einem zertifizierten 100% Ökostromanbieter
3. Einsparung von Plastik und Papier
4. Umstieg auf Druckerzeugnisse aus recycelbarem Papier aus einer klimaneutralen Druckerei.

Die vorgeschlagenen Maßnahmen von Noventi sind unzu-

reichend, aber zumindest ein Anfang. Aus dieser, in erster Linie, PR-Aktion kann noch viel mehr Potential geschöpft werden. Die Infobox zeigt weitere mögliche Maßnahmen auf.

Apotheken, die sich für mehr Nachhaltigkeit einsetzen, können und sollten es öffentlich machen. Sie können zum Beispiel auf ihrer Homepage und in sozialen Medien damit werben und ziehen so neue und vor allem klimabewusste Patient:innen an. Und könnte es nicht auch in nachhaltigen Apotheken eine:n Klimaschutzbeauftragte geben?!

Ein Blick nach links und rechts

Viele Universitäten haben bereits ein Nachhaltigkeitsbüro. Richtig gelesen. Nachhaltigkeitsbüro. Es gibt nachhaltige Gesamtkonzepte an deutschen Universitäten, Strategien, Maßnahmen und Pläne wurden geschrieben, Umweltmanagementsysteme erarbeitet und Netzwerke geschlossen. Es gibt einzelne Vorreiter, doch in der Breite hat sich das veränderte Verhalten noch nicht durchgesetzt. Die Unis haben also zumindest einen Anfang gemacht, die Studierenden

Infobox: Hier ein paar Tipps, was die Apotheke und ihre Mitarbeiter:innen/Apothekenleitung/Team tun können: Diese Auflistung soll als Idee verstanden werden und zeigt Beispiele auf, die mehr oder weniger leicht umzusetzen sind.

- *Müll: Mülltrennung, besser: Müllvermeidung, Ordnungsgemäße Arzneimittelentsorgung (vernünftiger Einkauf, sodass erst gar nicht so viel verfällt)*
- *Strom: Ökostrom, Stecker ziehen, wenn Gerät nicht benutzt wird, bzw. Steckerleisten mit Ein/Aus Schalter*
- *Gebäude: bei der Sanierung auf Wärmedämmung achten*
- *Papier: Umweltpapier und papierlos faxen (Umstellung auf E-Mail), Papier doppelseitig bedrucken*
- *Bad: recyceltes Toilettenpapier, Stoffhandtücher statt Einwegtücher (diese regelmäßig waschen, vor allem in Corona-Zeiten)*
- *Digital: Onlinespeicher und E-Mail-Ordner regelmäßig leeren, eventuell nachhaltige Mail-Adresse/ Server (Betrieb mit Energie aus nachwachsenden Rohstoffen) einrichten*
- *Beleuchtung: nur die Räume beleuchten, die ständig genutzt werden, am besten mit LED-Lampen*
- *Sortiment: Produkte von nachhaltig wirtschaftenden / klimaneutralen Firmen ins Sortiment nehmen*
- *Kosmetik: Kosmetische Produkte ohne Mikroplastik anbieten*
- *Tüten: Plastik- und Papiertüten vermeiden, wiederverwertbare Tüten verwenden*
- *Mobilität: Umweltfreundliche Botendienste mit dem Fahrrad (oder Auto mit Ökostrom)*
- *Kommunikation: Mit Kolleg:innen und Patient:innen über die Klimakrise und ihre Folgen sprechen*
- *Bildung: PhiPs in der Ausbildung gezielt auf Klimaneutralität sensibilisieren*
- *Patient:innen: Aufklärung der Patient:innen über bedarfsgerechten Arzneimittelverbrauch und -entsorgung, Gefährdete Patient:innen konkret ansprechen und aufklären*
- *Schaufenster: Mit klimarelevanten Themen gestalten (statt mit Werbung)*
- *Engagement: Zusammenschluss mit regionalen Gesundheits- und Sozialnetzwerken*
- *Arbeitsweg: Öffentliche Verkehrsmittel, Fahrrad oder Fahrgemeinschaften bevorzugen*
- *Arbeitskleidung: Bei der Auswahl auf Nachhaltigkeit, Wasserverbrauch bei der Herstellung, Materialart, ... achten*
- *Lieferanten: Die Waren bei einem möglichst klimaneutralen Großhandel beziehen*
- *Nachhaltigkeits-Kodex: Formulierung eines spezifischen Nachhaltigkeits-Kodex für die Apotheke*
- *Online-Apotheke: Klimaneutraler Versand der Bestellungen*
- *Darüber hinaus: Ein Apothekenmitarbeiter rettet Lebensmittel und teilt sie mit seinen Kolleg:innen. Auch so trägt man zu mehr Nachhaltigkeit bei.*
- *... Sie haben weitere Ideen? Dann schreiben Sie an: redaktion@vdpp.de*

sind nachhaltig geprägt und verlassen die Uni im Idealfall mit einem klimagerechten Bewusstsein. Das gilt hoffentlich auch für Pharmaziestudierende, wo doch Pharmazeut:innen durch ihre wissenschaftliche und gesundheitsrelevante Bildung die perfekten Voraussetzungen für das Thema haben. Wünschenswert wäre, wenn die Klimakrise und die gesundheitlichen Folgen mit in das Curriculum der Pharmazie aufgenommen würde.

Aber wie sieht es mit den Landesvertretungen (ABDA und Apothekerkammer) aus? Beim Deutschen Apothekertag 2019 gab es 2 Anträge, die den Klimawandel betreffen. Zum einen stellte die Apothekerkammer Berlin den Antrag, ein Aktionsbündnis „Arzneimittelversorgung sicher, gut und nachhaltig“ ins Leben zu rufen. Der Antrag wurde angenommen. Beim zweiten Antrag handelt es sich um eine nachhaltige und klima- und umweltfreundliche Arzneimittelversorgung. Auch dieser Antrag wurde angenommen. Es bleibt abzuwarten, was aus den Anträgen wird. Sie sind ein bescheidener Anfang. Wichtig wäre, dass es nicht nur bei Lippenbekenntnissen bleibt, sondern auch Taten folgen. Wäre es nicht wünschenswert, wenn auch die Landesvertretungen eine:n Beauftragte:n für Nachhaltigkeit hätten? Der Deutsche Ärztetag 2020 hätte das Thema Klima und Gesundheit gehabt, dieser wurde aber leider abgesagt. Nichts desto trotz begrüßen wir als VdPP diese Weitsicht und Aktualität der Ärzteschaft. Die Landespolitik der Apotheker:innen könnte sich dort etwas abgucken. In Richtung pharmazeutische Dienstleistungen kann und darf der Blick im Kontext mit dem Klimawandel nicht vernachlässigt werden. Neue pharmazeutische Dienstleistungen mit Hinblick auf die Klimakrise könnten im Bereich Ernährung, Nachhaltigkeits- und Resilienzstrategien, Gesundheitsverhalten in Hitzeperioden, Medikationshilfen bei Allergien, etc. sein; unterstützt durch Aufklärung im Schaufenster und durch Infoblätter.

Auch die Politik ist gefragt, denn ohne politische Maßnahmen geht es nicht. Die Eigeninitiative einzelner reicht nicht aus, um aktiv gegen die Klimakrise und deren gesundheitliche Folgen zu wirken. Es gibt viele konkrete Handlungsmöglichkeiten, wie in diesem Artikel aufgezeigt. Dem müssen politische Aktionen folgen, um dem Thema mehr Gewicht zu verleihen.

Außerdem gilt es in der weiteren Auseinandersetzung mit dem Thema natürlich auch, die ökologischen Bedingungen der Arzneimittelproduktion, Rückstände im Wasser, ...

unter die Lupe zu nehmen. In den letzten Wochen konnte man in der Fachpresse immer wieder lesen, dass es bei bestimmten COVID-19-Arzneimitteln keine Umweltverträglichkeitsprüfungen geben wird. Die EU will die Entwicklung von Arzneimitteln und Impfstoffen beschleunigen und hat dafür eine Ausnahmeregelung beschlossen. Welche Auswirkungen das auf die Umwelt hat, kann nur erahnt werden.



Pharmacists for Future steht für klimabewusste Apothekerinnen und Apotheker, denn sie haben die wissenschaftliche Ausbildung und wissen um die gesundheitlichen Folgen der Klimakrise.

Im VdPP hat sich eine Arbeitsgruppe zum Thema „Klima und Gesundheit“ gegründet. Wer sich für das Thema interessiert, kann sich gerne an uns wenden und die Bewegung „Pharmacists for future“ unterstützen und weiter verbreiten.

Quellen: bei der Autorin

Weiterführende Literatur und Hinweise:

Schritt für Schritt zum nachhaltigen Lieferkettenmanagement, Praxisleitfaden für Unternehmen, Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz, Bau und Reaktorsicherheit

https://www.bmu.de/fileadmin/Daten_BMU/Pool/Broschueren/leitfaden_nachhaltige_lieferkette_bf.pdf

Leitfaden zum Deutschen Nachhaltigkeitskodex, Orientierungshilfe für mittelständische Unternehmen, Rat für Nachhaltige Entwicklung, Bertelsmann Stiftung

<https://www.nachhaltigkeitsrat.de/wp-content/uploads/migration/documents/>

[Leitfaden zum Deutschen Nachhaltigkeitskodex.pdf](#)

Unsere letzte Chance, Der Reader zur Klimakrise, Blätter für deutsche und internationale Politik

https://www.blaetter.de/sites/default/files/downloads/edition/KlimaReader_Inhalt.pdf

Über die Autorin:

Esther Luhmann ist Apothekerin, VdPP-Mitglied und arbeitet als Referentin für den VdPP-Vorstand. Nicht nur im pharmazeutischen Arbeitsalltag setzt sie sich für mehr Umweltschutz und Nachhaltigkeit ein, das Thema liegt ihr auch privat am Herzen.

UNABHÄNGIGE PATIENTENBERATUNG

Unabhängige Patientenberatung muss wieder unabhängig und verstetigt werden

Ein Gastbeitrag
von Sylvia Gabelmann

Viele Patient*innen benötigen fachkundigen Rat und Unterstützung, zum Beispiel wenn ihnen ihre Krankenkasse Leistungen verweigert oder wenn sie den Verdacht haben, Opfer eines Behandlungsfehlers geworden zu sein. Expert*innen gehen davon aus, dass sich jedes Jahr mehrere hunderttausend Behandlungsfehler in Deutschland zutragen (vgl. APS-Weißbuch Patientensicherheit). Patient*innen brauchen darum Angebote zur Unterstützung bei der Wahrnehmung ihrer Interessen und Rechte sowie bei der Suche nach benötigten Informationen.

Eine „Unabhängige Patientenberatung Deutschland“ (UPD), getragen von Patientenorganisationen und Sozialverbänden, erwarb sich mit ihrer hohen Kompetenz das Vertrauen der Ratsuchenden. Ab 2016 übertrugen der Patientenbeauftragte der Bundesregierung Laumann sowie der Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenkassen die Durchführung der UPD jedoch an den privaten Inverstor Sanvartis. Seitdem verstummen die Kritik wegen der Mittelverwendung, einem Qualitätsverlust, Einschränkungen bei der persönlichen Erreichbarkeit sowie Zweifeln an der Unabhängigkeit und Neutralität nicht. Auch der Bundesrechnungshof teilt diese Kritik in seinem Bericht weitgehend.

DIE LINKE im Bundestag hat dazu mehrere Kleine Anfragen (auf Bundestags-Drucksache 19/4709 sowie 18/13130) sowie Anträge (BT-Drs. 19/14373 und 18/7042) vorgelegt. Ziel: eine wirkliche Unabhängigkeit dieser Beratungseinrichtung UPD wiederherzustellen. Bei einer öffentlichen Anhörung im Gesundheitsausschuss im Juni 2020 unterstützten zahlreiche Sachverständige die Forderungen der LINKEN:

Finanzierung aus öffentlichen Töpfen, zum Beispiel über Steuern, um einen möglichen Einfluss der Krankenkassen auszuschließen.

Verstetigung der UPD, da eine turnusmäßige Ausschreibung zu einem Kompetenzverlust führt.

Keine Vergabe der UPD an privatwirtschaftliche Unternehmen. Sie muss stattdessen von Organisationen durchgeführt werden, die wirklich für Patient*innen eintreten und unabhängig von allen Akteuren im Gesundheitswesen sind. Geeignet wären dafür die Organisationen, die auch im „Gemeinsamen Bundesausschuss“ für die Patienteninteressen benannt sind.

Trägerschaft für die UPD zum Beispiel bei einer noch zu gründenden Patientenstiftung. Durch die öffentliche Sachverständigen-Anhörung im Bundestag zum Antrag der LINKEN und dem Bericht des Bundesrechnungshofes ist endlich Wind in die Sache gekommen. Da die

Krankenkassen bereits im kommenden Jahr die erneute Ausschreibung vorbereiten müssten, sollte nach Möglichkeit noch vor der Bundestagswahl 2021 eine entsprechende Gesetzesänderung erfolgen. So gilt es jetzt im Sommer und Herbst diesen Jahres, innerhalb des Parlaments, aber auch von außen den Druck auf das Bundesgesundheitsministerium und die Koalitionsfraktionen zu erhöhen, um eine UPD zu etablieren, die wirklich unabhängig und im Interesse der ratsuchenden Patient*innen agiert.

Patientenstellen in Gesundheitsläden und einige Verbraucherzentralen bieten seit über 30 Jahren eine unabhängige Patientenberatung an. Auf ihre Initiative hin sind die Krankenkassen seit 2007 gesetzlich verpflichtet, eine Unabhängige Patientenberatung Deutschland mit zunächst 5,2 Mio. Euro, später dann 9 Mio. Euro zu fördern (§ 65b SGB V). Den Zuschlag erhielt zunächst ein Konsortium aus Patientenorganisationen, Sozialverband VdK und Verbraucherzentrale.

Bei der Neuausschreibung 2015 wurde der Zuschlag für die Durchführung der UPD an den privaten Inverstor Sanvartis erteilt. Dieser neue Träger führt einen nicht unbeträchtlichen Teil der Fördermittel gewinnbringend an den Mutterkonzern für IT-Leistungen ab und war zudem auch für viele Krankenkassen als Callcenter tätig. 2018 ging Sanvartis an die Careforce-Gruppe, die in großem Maße für die Pharmaindustrie arbeitet.

Aus Protest traten mehrere renommierte Mitglieder des UPD-Beirats, darunter Prof. Rosenbrock, von ihrem Posten zurück. Auch der Bundesrechnungshof übt harsche Kritik.



Über die Autorin:

Sylvia Gabelmann (61 Jahre) ist seit 2017 Mitglied des Deutschen Bundestags und dort die einzige Apothekerin. Neben Arzneimittelpolitik kümmert sie sich als Sprecherin vor allem auch um Patientenrechte.

BUCHBESPRECHUNG

Sylvia Wagner: Arzneimittelversuche an Heimkindern zwischen 1949 und 1975

Frederike Schriever und Udo Puteanus

Die Untersuchung zu Arzneimittelprüfungen an Heimkindern stützt sich auf die 2019 abgeschlossene pharmaziehistorische Dissertation „Arzneimittelversuche an Heimkindern zwischen 1949 und 1975“. Die Krefelder Pharmazeutin Sylvia Wagner stellt die Ergebnisse ihrer Recherchen zu Arzneimittelversuchen an Kindern und Jugendlichen in Einrichtungen der Fürsorgeerziehung, in Kinder- und Jugendheimen sowie heilpädagogischen und kinder-/ jugendpsychiatrischen Einrichtungen vor.

Nach Darstellung des bisherigen Forschungsstandes und der Quellen widmet sich Wagner ausführlich den dort belegten Arzneimittelprüfungen an Heimkindern in der Zeit zwischen 1949 und 1970. Es folgen rechtliche und ethische Betrachtungen der Arzneimittelprüfungen.

Bereits vor der Untersuchung war bekannt, dass Heimkinder nach 1945 zu Prüfungen mit Neuroleptika missbraucht worden waren – und nicht nur in staatlichen, sondern auch in kirchlichen Institutionen. Darüber berichtete 2010 auch der Abschlussbericht eines von der Bundesregierung eingesetzten „Runden Tisches“ zur Heimerziehung in den 50er und 60er Jahren (RTH). Solche Arzneimittelstudien erfolgten nicht nur in der Bundesrepublik, sondern auch in vielen anderen europäischen und außereuropäischen Staaten.

Wagners Untersuchungen gehen aber über den RTH-Bericht weit hinaus und berücksichtigen neben deutschsprachigen wissenschaftlichen Publikationen in Fachzeitschriften auch Quellen aus stationären Institutionen der Behindertenhilfe sowie aus psychiatrischen Einrichtungen. Darüber hinaus öffneten die Pharmazeutischen Unter-



Frankfurt am Main. Mabuse 2020
(Mabuse-Verlag 2020,
ISBN 9783863215323)

nehmen Merck Kg und Bayer/Schering ihre Archive.

Es kamen neben Neuroleptika hauptsächlich Arzneimittel gegen Bettnässen, zur Gewichtsreduktion oder „Triebdämpfung“ sowie zur Verbesserung des Hirnstoffwechsels zum Einsatz. Konkret werden 11 Schicksale von Heimkindern mit Arzneimittelprüfungen zu Neuroleptika und zwei zu weiteren Arzneistoffen (Pyriothionin, Cyproturonacetat) detailliert aufgearbeitet.

Mit den Recherchen und den ersten Ergebnissen 2016 zu Impf- und anderen Arzneimittelversuchen an Heimkindern erreichte die Autorin bereits viel Aufmerksamkeit; in Nordrhein-Westfalen beauftragte das Gesundheitsministerium daraufhin Wissenschaftler, weitere Forschungen voranzutreiben (Rutz 2020).

Wagner widerlegt die These, dass es sich bei den bis dahin aufgedeckten Fällen um Einzelfälle handelte. Es wird zudem deutlich, dass bei gründlicher Recherche weitere Fälle von Arzneimittelversuchen ans Licht kommen könnten, was im Rahmen der vorliegenden Arbeit nicht möglich war. Immerhin lebten in der damaligen Zeit ca. 800.000 Kinder und Jugendliche in solchen von der übrigen Gesellschaft völlig abgeschotteten Einrichtungen. Bislang haben sich aber nur 20.000 Betroffene an einen entsprechenden Hilfsfonds gewandt (DLF 2018).

Institutionelle Voraussetzungen

Auch die prekären Lebensbedingungen der Kinder und Jugendlichen in den Heimen werden von Wagner detailliert beschrieben. Die Heranwachsenden hatten in vielen Einrichtungen Zwangsarbeit zu leisten.

In seinen soziologischen Untersuchungen prägte der Kanadier Erving Goffman den Begriff der „Totalen Institution“ für Einrichtungen dieser Art. Dort herrschten u. a. Unterdrückung, Demütigung und ein Klima, den Willen der „Insassen“ zu brechen und sie von Kontakten nach außen abzuschotten. Damit sie „funktionierten“, kamen Mittel zum Einsatz, um besonders auffällige Kinder und Jugendliche ruhigzustellen. Insofern waren die Grundvoraussetzungen vorhanden, Arzneimittel anzuwenden und zu testen.

Gesellschaftliche Voraussetzung

Die Gesellschaft wollte mit verhaltensauffälligen Kindern nichts zu tun haben und deklassierte sie mit dem Begriff der Verwahrlosung. Wegsperrern und der gesellschaftlichen Wahrneh-

mung zu entziehen, war die Devise. Es dauerte bis 1991, bis der Begriff der „Verwahrlosung“ aus rechtlichen Vorgaben verschwand und die bisher üblichen „Fürsorgeeinrichtungen“ zugunsten modernerer pädagogischer Einrichtungen abgeschafft wurden. Aufrüttelnd sind die beschriebenen inadäquaten Behandlungen, nicht selten mit einer Eskalation der Verhaltensauffälligkeiten. Arzneimittel wurden eingesetzt, um die Kinder und Jugendlichen in den Alltag der Einrichtung einzugliedern. Die verordnenden Ärzte zeigten wenig Skrupel und handelten entgegen ihrer ethischen Verpflichtung, in erster Linie niemandem zu schaden. Auf der anderen Seite forderten die Einrichtungsleitungen, die Kinder gefügig zu machen, damit sie den Alltagsablauf mit den spärlich vorhandenen personellen Ressourcen nicht störten.

Rechtliche Vorgaben

Es fehlten nicht die rechtlichen Vorgaben, die die inadäquate Praxis in den Einrichtungen hätten verhindern können, ganz im Gegenteil: Es existierten durchaus rechtliche Vorgaben, die z. B. die Einwilligung der Fürsorgeberechtigten einforderten. Diese Vorgaben wurden aber nicht eingehalten und offensichtlich auch nicht überwacht.

Auch positive Nutzen-Risiko-Abwägungen für die Patienten oder Probanden fehlten. Stattdessen stand der Nutzen der Therapie mit Neuroleptika und anderen Medikamenten für die Einrichtung im Vordergrund. Kinder und Jugendliche sollten im besten Fall besser zugänglich gemacht werden für heilpädagogische Ansätze. Beim Lesen der beschriebenen „Versuche“ und Fallbeobachtungen wird dem Leser viel abverlangt, wenn dort von „Krankengut“, schwachsinnigen „Lebewesen“, „Idioten-Patienten“, „Kotz“- und „Betonspritzen“ usw. berichtet wird, wenn es um den Umgang mit Kindern und Jugendlichen geht und Neuroleptika als Hilfsmittel für Erzieher eingesetzt werden.

Auch die in Wagners Buch erfolgte Wiedergabe der Erfahrungen eines Ärzteteepaars, welches Chlorproma-

zin zum Selbstversuch eingenommen hatte, lässt erahnen, welches Leid den Kindern angetan wurde. Zudem übertrafen die angewandten Dosen häufig die Erwachsenenosis, und die Vielzahl der auftretenden Nebenwirkungen wurde entweder durch Dosissteigerungen oder die Gabe eines anderen Medikamentes versucht abzustellen. Auch Kombinationen verschiedener Neuroleptika kamen zum Einsatz. Die Autorin verweist zu recht darauf, dass die Kenntnis dieser pharmaziehistorischen Hintergründe sensibel machen sollte, wenn Psychopharmaka heute bei Kindern und Jugendlichen eingesetzt werden. Gerade vor dem Hintergrund steigender Verordnungszahlen bei Psychopharmaka für junge Menschen sollten sich Verordner dieser Hintergründe bewusst sein.

Unter den schwierigen Voraussetzungen der oftmals verborgenen und nur schwer zu findenden Quellen ist mit der Arbeit von Wagner eine wesentliche Grundlage geschaffen worden, die dazu auffordert, das Thema und die bis heute reichenden Folgen der damaligen Geschehnisse weiter zu ergründen. Vor dem Hintergrund des damals bestehenden breiten gesellschaftlichen Konsenses, wie mit „schwierigen“ Kindern und Jugendlichen umzugehen ist, ist es Aufgabe der Gesellschaft heute, das Geschehene vollständig aufzuklären, Entschädigungslösungen zu finden und die heutige Praxis in Heimen und Psychiatrien usw. zu hinterfragen: Werden ggf. weiterhin die Würde des Menschen einschränkende Maßnahmen vorgenommen? Zu denken ist insbesondere an die schwierige Situation in Alten- und Pflegeheimen, in denen über Gewalt und Ruhigstellen berichtet wird und in denen die personelle Ausstattung ungenügend ist.

Eines sei noch angemerkt: Der Begriff der „sozialen Medikation“ wird hier synonym zum nicht medizinisch indizierten Einsatz von Arzneimitteln (zur Ruhigstellung etc.) gebraucht. Dadurch wird dieser Begriff negativ konnotiert. Er wird an anderer Stelle allerdings (vor allem im englischsprachigen Raum) durchaus positiv im Rahmen von Versorgung („Care“) eingesetzt, indem Ärzte statt Arzneimittel

soziale Kontakte „verordnen“ können und damit den betroffenen, meist vereinsamten Menschen den Zugang zu sozialen Kontakten erleichtern. Hier wäre eine differenziertere Nutzung des Begriffs wünschenswert gewesen.

Ausblick

Die neu bekannten Missbrauchsfälle der heutigen Zeit machen deutlich, dass Kindern und Jugendlichen oftmals nicht in Würde leben können, so wie es ihnen eigentlich zustünde. Zeigt sich hier eine Nachwirkung der damaligen Zeit? Reflektieren wir diese Verbrechen ausreichend und stellen wir sie genügend in unseren heutigen gesamtgesellschaftlichen Kontext? Die Diskussion muss konsequent weiterverfolgt werden. Insbesondere der Einsatz von Arzneimitteln, die ja immer mit Risiken verbunden sind und im Prinzip eine Körperverletzung bedeuten, muss stets in Frage gestellt werden. Das berührt auch das Thema einer ausreichenden Personalausstattung dieser Einrichtungen.

Den abschließenden Worten der Autorin ist nichts hinzuzufügen: „Den ehemaligen Heimkindern ist zu wünschen, dass sie Anerkennung erfahren und in ihrem Leben mit den Folgen des erlittenen Unrechts unterstützt werden. Eine Aufarbeitung kann das Geschehene nicht ungeschehen machen, aber eine vertiefte Kenntnis dieser besonderen Umstände ihrer Kindheit und Jugend hilft den Betroffenen sicherlich im Umgang mit ihrer persönlichen Geschichte. Eine weitere Aufarbeitung ist unerlässlich, dies verlangt die Würde der Betroffenen.“

Quellen: bei den Autor:innen

Über die Autor:innen: Frederike Schriever absolviert zur Zeit ein Praktikum in der Sozialpharmazie, beim Landeszentrum Gesundheit NRW, unter der Leitung von Udo Puteanus.

Sylvia Wagner, geb. 1964, hat Pharmazie an der Universität Münster studiert und im Fach Geschichte der Pharmazie promoviert. Sie arbeitet freiberuflich als Pharmaziehistorikerin.

NEUER TERMIN NEUER TERMIN NEUER TERMIN NEUER TERMIN NEUER TERMIN

VdPP - Mitgliederversammlung am 7. und 8. November in Bonn

DIGITALISIERUNG IM GESUNDHEITSWESEN wird das Thema der diesjährigen Fachtagung im Rahmen der Mitgliederversammlung am 07. und 08. November 2020 in Bonn sein. Es sind verschiedene Vertreter aus dem Gesundheitswesen geladen, um möglichst viele Aspekte der Digitalisierung, der Risiken und Nebenwirkungen aufzuzeigen und zu diskutieren.

Alle weiteren Angaben zur Veranstaltung entnehmen Sie bitte dem beigelegten Flyer oder dem Informationsblatt auf Seite 11. Dort haben wir alle wichtigen Informationen für Sie zusammengefasst.

Wir freuen uns auf eine anregende und unterhaltsame Diskussion und wir freuen uns auf Ihre Teilnahme. Um Anmeldung wird gebeten unter: info@vdpp.de oder auf der Homepage unter:

<http://www.vdpp.de/termine/mitgliederversammlung-2020/>

NEUER TERMIN NEUER TERMIN NEUER TERMIN NEUER TERMIN NEUER TERMIN

VdPP

Verein demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten
Geschäftsstelle Gudrun Meiburg
Goldbekufer 36
D-22303 Hamburg
Telefon- und Faxnummer 040/650 548 33
E-Mail: info@vdpp.de

Mehr Informationen, Artikel und aktuelle Termine finden Sie unter:

www.vdpp.de

Der Verein demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten wurde 1989 mit dem Ziel einer patientenorientierten Arzneimittel- und Standespolitik gegründet.

Die übergeordneten Vereinsziele des VdPP sind:

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

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

VORSTAND

Daniel Fleer
fleer@vdpp.de

Thomas Hammer
hammer@vdpp.de

Udo Puteanus
puteanus@vdpp.de

Bernd Rehberg
rehberg@vdpp.de

GESCHÄFTSSTELLE

Gudrun Meiburg
info@vdpp.de

NÄCHSTER RUNDBRIEF

Der nächste VdPP-Rundbrief,
Ausgabe Nr. 109, erscheint im
Januar 2021.
Redaktionsschluss ist am
30. November 2020.