



## APOTHEKE

Pharmazeutische Dienstleistungen: Was Apotheken können und sollen

## KLIMA

Pharmacists for Future: Klimaaktivist:innen in der Pharmazie

## SOZIALES

Apothekenschließungen in sozial benachteiligten Stadtteilen

## INHALT

- 3 Pharmazeutische Dienstleistungen: VdPP-Frühlingsseminar  
Von der Hamburger Regionalgruppe des VdPP
- 6 Zum Aktionsplan AMTS des Bundesgesundheitsministeriums  
Von Udo Puteanus
- 9 Zum Tod von Thomas Lampert  
Von Udo Puteanus und Daniel Fleer
- 10 Krank ohne Versicherung  
Ein Gastbeitrag der Medibüros Sachsen
- 12 Apothekenschließungen in sozial benachteiligten Stätten  
Von Udo Puteanus
- 13 Ich lese den Rundbrief, weil ...  
Von Thomas Hammer
- 14 Förderung der Selbstmedikation und Switches  
Von Gerd Glaeske
- 19 Faktencheck - Gesundheitswerbung  
Ein Gastbeitrag von Tanja Wolf
- 20 Apotheken mit dem Wort „Mohr“ im Namen  
Ein Gastbeitrag der Uni Braunschweig
- 22 Patente töten!  
Von Ulrike Faber
- 23 HIV, PreP, STIs und mögliche Antibiotika - Resistenzen  
Von Frauke Repschläger
- 26 Auf den Punkt gebracht: Der neue VdPP - Flyer  
VdPP
- 29 Grußwort des Vorstandes  
Von Thomas Hammer
- 30 Klimaaktivist:innen in der Pharmazie  
Von Ulrike Faber
- 31 Klima- und Umweltschutz: Eine neue Perspektive für den BPhD  
Ein Gastbeitrag von Patrick Neumann
- 32 Für eine klimagerechte Gesundheitsversorgung  
Von KLUG, Deutsche Allianz für Klimawandel und Gesundheit
- 33 Klimaneutraler Gesundheitssektor 2035  
Ein Aufruf von KLUG
- 34 Buchempfehlung: G. Glaeske: Auf Kosten der Patienten?  
Von Udo Puteanus
- 35 Buchbesprechung: Der Vater der Umweltbewegung  
Von Regina Schumann
- 36 Mitgliederversammlung 2021  
VdPP

## 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](mailto: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  
Klimaneutraler Druck

### Redaktion

Esther Luhmann (verantwortlich)  
Redaktionsanschrift:  
VdPP, Rundbrief-Redaktion  
Goldbekufer 36, 22303 Hamburg  
E-Mail: [redaktion@vdpp.de](mailto: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](mailto: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](mailto:redaktion@vdpp.de),  
Stichwort: Leserbrief

### Nächster Rundbrief

Der nächste VdPP-Rundbrief, Ausgabe Nr. 111, erscheint im September 2021. Redaktionsschluss ist am 30. Juli 2021.

# Pharmazeutische Dienstleistungen: Was Apotheken leisten können und sollen

Ein Bericht über das digitale Frühlingsseminar am 11. März 2021  
Von Gudrun Hahn, Thomas Hammer, Dorothea Hofferberth und Heidi Sauer

**M**it dem Vor-Ort-Apotheken-Stärkungsgesetz, das im Dezember 2020 beschlossen wurde, bekam die Apothekerschaft die Aufgabe, sich mit den Krankenkassenverbänden auf einen Modus zu einigen, welche Pharmazeutischen Dienstleistungen (Pharm. DL) für wen zu welchem Preis im nächsten Jahr zur Verfügung stehen. Die Zeit läuft. Kommt man bis zum 30.6.2021 nicht zu einer Einigung, entscheidet eine Schiedskommission.

Der VdPP lud jetzt nicht die beiden Verhandlungspartner (DAV und GKV) zu dem Frühlingsseminar ein, sondern: Für die Apothekerschaft sprach Frau Dr. Christiane Eckert-Lill von der ABDA. Sie ist dort die Geschäftsführerin für den Bereich Pharmazie. Eine Übersicht über mögliche Pharm. DL und ihre bereits evaluierten Projekte gab Susanne Erzkamp, AMTS-Managerin und Apothekerin. Mit Frau Carola Sraier, Sprecherin der Bundesarbeitsgemeinschaft der Patient:innenstellen (BAGP) und tätig als Patient:innenberaterin im Gesundheitsladen München, hatte die Patient:innen-Seite eine glühende Verfechterin für Leistungen, die über den reinen Verkauf eines Arzneimittels hinausgehen.

## Susanne Erzkamp: Erfahrungen aus Wissenschaft und Praxis

Die Referentin berichtet über die große Diskrepanz in der Therapietreue zwischen Patient:innen, die bei einer Polymedikation mit einem Medikationsplan begleitet werden, und denen, die ohne Betreuung bleiben.

Welche Möglichkeiten der Betreuung kann die Apotheke bieten?

Pharmazeutische Dienstleistungen:

- Erstellung eines Medikationsplans, regelmäßige Updates bei Änderungen in der Verordnung, dabei auch alle Medikamente (Selbstmedikation und Verordnung)

dokumentieren und beurteilen, die die Patient:innen einnehmen

- Interaktionschecks
- Stellen und Blistern der Medikamente
- Betreuung der Patient:innen in der Apotheke und bei Hausbesuchen
- Beratung zur Raucherentwöhnung, zur Ernährung, Erstellen von Diätplänen
- Schulung bei Selbstkontrolle durch die Patient:innen, wie BZ, HbA1c, Cholesterin, BMI etc. und: Schnelltestung auf Sars-CoV 2
- Folgeverordnungen und Dosisanpassungen

Frau Erzkamp war es besonders wichtig zu betonen, dass das Medikationsmanagement von der Apotheke geleistet wird!

Wie weit man mit Pharm. DL kommen kann, zeigen Studien aus Kanada. Nach einer Grippeimpfung in Apotheken sagten 28 % der Geimpften, dass sie sich ohne die Impfmöglichkeit in der Apotheke nicht hätten impfen lassen.

Zusammengefasst ist der Benefit:

- Verbesserung der Therapiequalität
- Zufriedenheit und Vertrauen der Patient:innen in die Beratung, was eine Zunahme der Adhärenz der Patient:innen zur Folge hat
- Reduktion von Polymedikation und falscher Einnahme
- leitliniengerechte Versorgung
- Kosteneffizienz

Voraussetzungen für die Praxis:

- Implementierung in der Apotheke: Studium, Ausbildung und Weiterbildung des Personals, Schaffung geeigneter Räumlichkeiten
- Zusammenarbeit mit den anderen Professionen im Gesundheitswesen
- Akzeptanz der Patient:innen
- Finanzierung der Dienstleistungen

Zum Abschluss wurde noch mal betont, dass die Patient:innen und ihre Therapien im Fokus aller Maßnahmen der Apotheken stehen sollen.

### Carola Sraier: Aus der Perspektive der Patientenvertretung

Anlass für eine Beratung der Patient:innen kann eine einfache, unabhängige Beratung oder Information zu Nebenwirkungen und Wechselwirkungen eines Arzneimittels sein, darüber hinaus aber auch eine Zweitmeinung zu einer verordneten Therapie oder ein Verdacht auf einen Behandlungsfehler.

Nach Meinung von Frau Sraier sind aus Sicht der Patient:innen folgende Anforderungen an Pharm. DL zu stellen:

Die Information in der Apotheke soll evidenzbasiert und unabhängig sein. Sie soll den Patient:innen verständlich in Wort und Schriftform zur Verfügung gestellt werden.

Für eine notwendige Vertraulichkeit, auch hinsichtlich des Datenschutzes, in der Apotheke und im Netz muss gesorgt sein.

Ein niedrighschwelliger Zugang vor allem für vulnerable Gruppen muss gewährleistet sein.

Folgende Fragen müssen nach ihrer Meinung beantwortet werden:

- Was sind die politisch vorgegebenen Ziele der neuen Leistungen?
- Was sind die wesentlichsten Aufgaben (Therapiesicherheit, Therapietreue, Versorgungsqualität)?
- Wie wird die Finanzierung geregelt?
- Wer sind die Auftraggeber:innen und wer die Nutzer:innen der Leistungen?

Zum Schluss ihres Vortrags wagte Frau Sraier noch einen Ausblick in die Zukunft.

Auf Pharmazeutische Dienstleistungen sollte es einen gesetzlichen Anspruch unabhängig vom Versicherungsstatus geben.

Außerdem wäre eine Einbindung der diese Dienstleis-

tungen anbietenden Apotheken in bestehende Strukturen wie Quartiersmanagement oder regionale Gesundheitszentren erstrebenswert.

### Dr. Christiane Eckert-Lill: Mehrwert für Patientinnen und Patienten

Im dritten Vortrag führte Frau Dr. Eckert-Lill aus, warum Pharmazeutische Dienstleistungen in der Apotheke zu einem Mehrwert für Patient:innen führen.

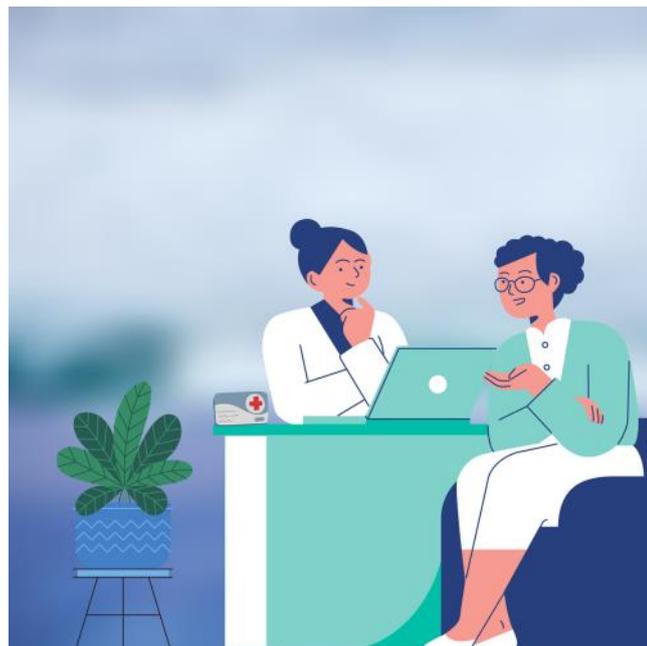
Schon jetzt, so Frau Dr. Eckert-Lill, erbringen Apotheker:innen Pharm. DL, die über die Anforderungen der Apothekenbetriebsordnung hinausgehen. Internationale Erfahrungen und Studien/Untersuchungen in Deutschland, z.B. Pharm-CFT-Studie, ARMIN oder Verbesserung von Inhalationstechniken und Blutzuckerkontrollen zeigen diese Bedeutung auf.

Die Referentin betonte, dass diese Pharm. DL z.T. sehr aufwendig sind und die Krankenkassen nicht bereit sind, sie anzuerkennen und zu honorieren. Mit der Veränderung des SGB V hat es eine neue Rechtsgrundlage gegeben. Diese muss nun umgesetzt werden.

Das verabschiedete Vor-Ort-Apotheken-Stärkungsgesetz (§ 129 ABS, 5e SGB V) sieht schon viele Pharm. DL vor, die zur Verbesserung der Sicherheit und Wirksamkeit der Arzneimitteltherapie führen sollen. Es berücksich-

tigt auch Maßnahmen der Prävention und die Problematik der pharm. Betreuung von Patient:innen in Gebieten mit geringer Apothekendichte.

Die Verhandlungen über Pharm. DL, Anspruchsvoraussetzungen, Vergütung und Abrechnungsablauf zwischen GKV und DAV müssen aber erst bis 30.06.2021 abgeschlossen sein. Der tatsächliche Start ist für den 01.01.2022 angesetzt. Schon jetzt sei es aber wichtig, dass sich Apotheken vorbereiten, z.B. durch Zusatzqualifizierung, Planung von Betriebsabläufen, Beschaffung von Infomaterial.



Ein umfassendes Beratungsgespräch  
zwischen Apotheker:in und Patient:in

Frau Dr. Eckert-Lill zeigte etliche Auswahlkriterien auf, die wichtig sind für die Apothekerschaft bei den anstehenden Verhandlungen. Dabei spielte es eine große Rolle, dass nur Apotheken - und nicht andere Berufsgruppen außerhalb - diese Pharm. DL erbringen dürften. Ebenso sei es notwendig, dass Apotheker:innen diese DL selbst veranlassen können und nicht nur durch Arzt/Verordner oder Krankenkassen beauftragt werden. Ferner sind natürlich die eindeutigen Abrechnungsmöglichkeiten der erbrachten Leistungen von Bedeutung.

Anstehende Aufgaben seien die schrittweise Erarbeitung eines Kataloges der Pharm. DL. Dabei müsse berücksichtigt werden, dass sie zu Prävention und Früherkennung von Volkskrankheiten, Verminderung von Risiken durch (Poly-) medikation und zu einer besseren Therapietreue führten. Als Beispiel für Pharm. DL betonte Frau Dr. Eckert-Lill die Medikationsanalyse und die Wichtigkeit der Begleitung von Patient:innen bei neuer Medikation und von chronisch und schwerst Kranken.

Zum Abschluss sprach sie die Hoffnung aus, dass alles klappt, sodass es am 01.01.2022 losgeht.

### Diskussion und Ausblick

Zur Bewertung von Pharmazeutischen Dienstleistungen braucht es eine Einschätzung, welchen Mehrwert diese Leistungen für die Patient:innen haben können. Mit dieser Frage eröffnete Florian Schulze die Diskussion.

Die vorhandenen wissenschaftlichen Untersuchungen werden nicht wertgeschätzt und somit fließen diese Erkenntnisse zu wenig in die Verhandlungen ein, sagte Herr Rose, Apothekenleiter und Wissenschaftler. Auf lange Sicht bedarf es einer Änderung der Approbationsordnung, damit zukünftige Pharmazeut:innengenerationen mit dem Schwerpunkt Arzneitherapiebegleitung ausgebildet werden.

Für das Problem der Nicht-Zusammenarbeit von Apotheker:innen und Ärzt:innen gab es keine Lösungsvorschläge. Punktuell gibt es gute Kooperationen, aber andererseits sprechen sich Medizin-Funktionäre z. B. strikt gegen die Erlaubnis zum Impfen in Apotheken aus.

Die besten Ansätze gibt es zurzeit im Bereich Pflege- und Altersheime. Medikationsanalysen führen hier zu deutlicher Therapie-Verbesserung vor allem von multimorbiden Patient:innen.

Wenn man genau hinhörte, vernahm man die Eupho-

rie, die im Anfang einer neuen Zeit steckt. Realistisch? Haben „Pharmazeutische Dienstleistungen“ das Potential zum Gamechanger für einen neuen Typ von Apotheken?

Die Diskussion machte noch mal deutlich, wer bei dem „Projekt“ Pharmazeutische Dienstleistungen zusammen am Tisch sitzt:

Die Visionäre, die aus den heutigen Defiziten den Aufbruch vorbereiten für eine Pharmazie, die nah an Patient:innen ist, das Wissen aus dem Studium kombiniert mit dem Wissen der Ärzt:innen und medikamentöse Therapie sicherer macht.

Die Standesorganisation, die mit Routine verhandelt, im Rücken die vielen Mitglieder, von denen die einen die Rakete in die Neuzeit zünden wollen und die anderen die Heringe fest in den Boden schlagen, damit das Jetzt erhalten bleibt.

Die Krankenkassen, die von Anfang an dagegen waren und die in erster Linie dann einen Mehrwert in Pharm. DL sehen, wenn sie damit für die eigene Kasse Werbung machen können.

Die Warner vor dem, was da kommen könnte: Finanzieller Missbrauch! Bezahlbarkeit nicht aus dem Auge verlieren! Sind die Studien wirklich so gut, wie gesagt wird? Datenschutz beachten!

Vielleicht kommen die Veränderungen notgedrungen. Die Vorlaufzeit für eine gute Planung darf man nicht ungenutzt verstreichen lassen. Wo Ärzt:innen in der Zukunft fehlen, muss die Arbeit anders verteilt werden. Jahrhunderte alte Dünkel-Politik hilft da niemandem. Medizin, Pharmazie und Pflege müssen an einem Strang ziehen.

#### Über die Autor:innen:

Alle 4 Autor:innen dieses Textes kommen aus Hamburg und sind dort in der Hamburger Regionalgruppe des VdPP aktiv.

#### Hinweis:

In der Deutschen Apotheker Zeitung sind zu dem Seminar bereits Beiträge erschienen, die Sie hier nachlesen können:

<https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/news/artikel/2021/03/12/krankenkassen-fuerchten-apotheken-hopping>

[https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/daz-az/2021/daz-11-2021/wer-soll-dienstleistungen-initiieren-duerfen-\(Bezahlschranke\)](https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/daz-az/2021/daz-11-2021/wer-soll-dienstleistungen-initiieren-duerfen-(Bezahlschranke))

# Zum Aktionsplan AMTS des Bundesgesundheitsministeriums

Udo Puteanus

Seit Anfang Februar 2021 ist der neue Aktionsplan Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) des Bundesgesundheitsministeriums veröffentlicht. Es ist inzwischen der fünfte seiner Art nach dem Start mit dem ersten Aktionsplan im Jahr 2008. In der Fachwelt wurden und werden die Aktionspläne viel beachtet.

**A**uf der Grundlage dieser im **Konsensverfahren** mit vielen Verbänden und Organisationen entwickelten Fahrpläne sind inzwischen eine Menge Projekte auf den Weg gebracht und zum großen Teil abgeschlossen worden. Außerdem fanden diverse Workshops und Tagungen statt mit der Fragestellung, wie Medikationsprozesse sicherer gemacht werden können.

Für Apotheker:innen in der direkten Versorgung von Patient:innen ist der **Bundeseinheitliche Medikationsplan** als ein Ergebnis dieser Aktionspläne sicherlich sehr bekannt; oder auch die **Priscus-Liste**, die derzeit kurz vor ihrer Aktualisierung steht. Mit Genugtuung werden sicherlich viele der interessierten Apotheker:innen bei allen Aktionsplänen beobachtet haben, dass diese Pläne konsequent auf **Interdisziplinarität** setzen und dabei die Apotheker:innen gleichberechtigt mitgedacht werden.

Dennoch scheinen die Ergebnisse der Aktionspläne bislang nur wenig den Alltag von Apotheker:innen oder von Ärzt:innen in Apotheke und Praxis zu bestimmen. Denn wo sind die **Anreize**, die Erkenntnisse der Aktionspläne im Alltag umzusetzen? Business as usual wird wie eh und je bezahlt, besonderes Engagement für die AMTS dagegen nicht. Und ob sich die Arzneimitteltherapiesicherheit für die eigentlich Betroffenen, nämlich die Patient:innen, merklich verbessert hat, weiß man in Gänze auch nicht

so genau. Wie es besser werden könnte, darüber haben die Ergebnisse der wissenschaftlichen Projekte einige Wege aufgezeigt. Jetzt gilt es, sie in der Fläche umzusetzen. Die zukünftigen „Pharmazeutischen Dienstleistungen“ können auf die Erkenntnisse der Aktionspläne aufsetzen und zu einer Anreizverschiebung führen.

Die eigentliche Musik spielt aber inzwischen bei den Projekten, die durch den **Innovationsfond** der gesetzlichen Krankenkassen über den Gemeinsamen Bundesausschuss Ärzte Krankenkassen gefördert werden. Denn dort wird sehr viel mehr Geld in die Hand genommen und zugleich das Ziel vorgegeben, Lösungen zu finden, die das Zeug haben, den Weg in die Regelversorgung zu finden, wenn ausreichend positive Erfolge nachweisbar sind.

## Fünfter Aktionsplan

Im fünften Aktionsplan zur Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) geht es wieder darum, alle an den Medikationsprozessen Beteiligten zu sensibilisieren, Fehler zu vermeiden, Fehlerquellen rechtzeitig zu erkennen und für diejenigen, die von Fehlern betroffen sind, sie rechtzeitig aufzufangen und die Folgen der Fehler zu begrenzen.

Wie bereits bei früheren Aktionsplänen sollen mehr und bessere Informationen für die Patient:innen zur Verfügung gestellt werden, damit diese sicherer mit Arzneimitteln umgehen können – diesmal unter dem

Stichwort Verbesserung der „**Health Literacy**“.

Neu ist der Versuch, die Arzneimitteltherapiesicherheit zu messen und dafür an der Dokumentation von Medikationsprozessen zu arbeiten. Ganz besonders wird hier auf die **Digitalisierung** gesetzt. Aber nicht nur hierbei, sondern auch in fast allen anderen Bereichen. Aber das war nicht anders zu erwarten, da der derzeitige Bundesgesundheitsminister Jens Spahn (CDU) genau dies zu einem Schwerpunkt seiner Arbeit als Minister erklärt hat.

## Überhaupt Digitalisierung

So soll zukünftig in Workshops mit Ärzt:innen und Apotheker:innen herausgearbeitet werden, wie AMTS bei der Verwendung des E-Rezeptes verbessert werden kann. In einem Workshop sollen neue Möglichkeiten der interprofessionellen Zusammenarbeit bei der Medikationsanalyse und dem Medikationsmanagement diskutiert werden.

Auch die elektronische Patientenakte sowie digitalisierte Systeme in den Krankenhäusern sollen für das Ziel AMTS genutzt werden. ABDA und die Krankenhausapotheker:innen (ADKA) sind bei den vorgesehenen Maßnahmen dabei.

Weiterhin setzt der fünfte Aktionsplan auf eine verstärkte Zusammenarbeit von Ärzt:innen und Apotheker:innen. Diesmal soll es schon bei den Studierenden losgehen. Pharmazie- und Medizinstudierende sollen zukünftig in gemeinsamen Veranstal-

Medikationsplan		für: Rudolf Testmann				geb. am: 19.10.1959				
Seite 1 von 1		ausgedruckt von: Praxis Dr. Michael Müller Schloßstr. 22, 10555 Berlin Tel.: 030-1234567 E-Mail: dr.mueller@kbv-net.de				ausgedruckt am: 01.05.2016				
Wirkstoff	Handelsname	Stärke	Form	morgens mittags abends zur Nacht				Einheit	Hinweise	Grund
Metoprololsuccinat	Metoprololsuccinat 1A Pharma 95 mg retard	95 mg	Tabl	1	0	0	0	Stück		Herz/Blutdruck
Ramipril	Ramipril-ratiopharm	5 mg	Tabl	1	0	0	0	Stück		Blutdruck
Insulin aspart	NovoRapid Penfill	100 E/ml	Lösung	20	0	20	0	I.E.	Wechseln der Injektionsstellen, unmittelbar vor einer Mahlzeit spritzen	Diabetes
Simvastatin	Simva-Aristo	40 mg	Tabl	0	0	1	0	Stück		Blutfette
<b>zu besonderen Zeiten anzuwendende Medikamente</b>										
Fentanyl	Fentanyl AbZ 75 µg/h Matrixpflaster	2,375mg	Pflast	alle drei Tage 1				Stück	auf wechselnde Stellen aufkleben	Schmerzen
<b>Selbstmedikation</b>										
Johanniskraut	Laif Balance	900 mg	Tabl	1	0	0	0	Stück		Stimmung
Für Vollständigkeit und Aktualität des Medikationsplans wird keine Gewähr übernommen. Version de-DE 2.2										

### Beispiel des bundeseinheitlichen Medikationsplans (BMP).

Quelle: <https://www.bundesaerztekammer.de/aerzte/telematikelemedizin/medikationsplaene/>

tungen lernen, und der Anteil an Pharmakotherapie soll in der Weiterbildung der Ärzt:innen eine größere Rolle spielen.

Gespannt sein darf man auf die geplanten »Listen von Hochrisikoarzneimitteln für den ambulanten und für den stationären Bereich«. Sobald man diese hat, sollen „risikominimierende Maßnahmen“ erarbeitet und für die Praxis empfohlen werden, heißt es im aktuellen Aktionsplan.

#### Was fehlt

Nun sind einige der geplanten 42 Maßnahmen unter Finanzierungsvorbehalt gestellt. Das ist zunächst normal. Aber kann man sicher sein, dass nach der kommenden Bundestagswahl noch genügend Steuermittel bereitgestellt werden, um alle Projekte umzusetzen? Da bleibt eine gewisse Skepsis.

Überhaupt, das Geld: Eine zentrale Stellung im Medikationsprozess haben die Pflegefachkräfte – gerade bei

der Versorgung multimorbider Patient:innen. Sie sehen die gesundheitliche Entwicklung der Patient:innen, sie sind für die Anwendung der Arzneimittel zuständig und beobachten den Therapieverlauf. Wenn dafür genug Zeit im eng getakteten Pflegealltag vorhanden wäre, wenn Pflegefachkräfte zudem besser im Fach Arzneimitteltherapie ausgebildet wären und wenn zudem AMTS für Pflegeheime „lukrativer“ wäre als die Nutzung der Medikamente als Hilfsmittel zur Bewältigung des Pflegealltags unter Bedingungen des Fachkräftemangels, ja dann könnte einiges zur Verbesserung der AMTS umgesetzt werden. Doch genau daran hapert es. Denn seit Jahren und insbesondere seit der Pandemie ist jedem Beobachter klar geworden, es fehlt an Pflegefachkräften an den verschiedensten Stellen. Ein wesentlicher Grund ist die mangelnde Bezahlung der Pflegefachkräfte und die deutschlandtypische Geringschätzung der Care-Arbeit.

Aus Sicht der „Pharmazie in sozialer Verantwortung“ fehlt bei den Aktionsplänen zur AMTS zudem ein Schwerpunkt, der sich um die besonders vulnerablen Bevölkerungsgruppen kümmert. Sicherlich, Multimedikationsprobleme und deren Bewältigung, die vor allem Bewohner:innen von Alten- und Pflegeheimen und Menschen mit Pflegebedarf im ambulanten Sektor betreffen, standen immer an zentraler Stelle. Aber was ist mit den Menschen, die Probleme haben, die Zuzahlungen zu leisten und daher oftmals ihre Therapien „strecken“, um nicht zu häufig erneut zur Kasse gebeten zu werden? Was ist mit den über 6 Millionen Überschuldeten, die häufig gleiche Probleme haben? Ganz zu schweigen von den vielen Namenlosen, die ohne Papiere schon seit einigen Jahren in der Bundesrepublik leben und im zunehmenden Alter in der Regel auch mehr Arzneimittel brauchen? Das sind zwar soziale Probleme; sie wirken sich aber auf die AMTS aus und dürfen

deswegen nicht vergessen werden.

Und ein Weiteres fällt auf: Die Aktionspläne unter der Regie des Bundesgesundheitsministeriums und umgesetzt von der AMTS- Geschäftsstelle bei der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) sind zentrale Veranstaltungen. Hier werden von den Headquarters der beteiligten Player sozusagen top down Maßnahmen vereinbart und umgesetzt. Ein Bottom-up-Ansatz wird nicht verfolgt. Vielleicht könnte aber bei der Erstellung des sechsten Aktionsplans verstärkt daran gedacht werden, von der lokalen Ebene aus die AMTS zu denken. Warum nicht mal überlegen, wie vorhandene lokale Vernetzungen ertüchtigt werden können, um AMTS zu verbessern? Oder auch die neu entstehenden Einrichtungen der gesundheitlichen Primärversorgung (Primary Health Care), die mit dem Anspruch antreten, Gesundheit nicht nur in den üblichen Kategorien der Gesundheitsberufe und Krankenkassen zu sehen, sondern darüber hinaus psychosoziale Aspekte einzubeziehen? Warum nicht besonderes Engagement bei der AMTS suchen, finden und anschließend fördern? Damit würden die durch die bisherigen Aktionspläne gewonnenen Erkenntnisse direkt im Alltag der Arzneimittelversorgung verankert und Best Practice-Beispiele verstetigt, die andere im lokalen Umfeld motiviert, gleichzuziehen. Möglicherweise könnte damit gezeigt werden, dass lokale Ansätze und Verabredungen ebenfalls die AMTS stärken und aufgrund der direkten Betroffenheit der Beteiligten sogar langfristig wirkende und direkt im Alltag erlebbare Verbesserungen möglich machen.

### Und noch ein Wort zum Öffentlichen Gesundheitsdienst

Seitdem die Corona-Pandemie deutlich gemacht hat, mit welchen personellen und sachlichen Defiziten der Öffentliche Gesundheitsdienst seine Aufgaben nach den rechtlichen Vorgaben des Bundes und der Länder (z. B. AMG, ApoG, IfSG, ÖGD-Gesetze) zu erledigen hat, wuchs die Erkennt-

nis, dass es so nicht weitergehen kann. Mit einem vier Milliarden Euro-Paket des Bundes über die nächsten sechs Jahre („Pakt für den ÖGD“) soll die Digitalisierung und die personelle Ausstattung des ÖGD der Kommunen verbessert werden. In erster Linie ist damit zu rechnen, dass der Infektionsschutz ausgebaut und viel Geld in die Digitalisierung gesteckt wird. Aber Vertreter von Public Health haben bereits laut und deutlich darauf hingewiesen, dass dieser Fokus viel zu eng ist, will man den ÖGD als wesentlichen Baustein einer umfassenden Public Health-Strategie nutzen. Notwendig ist ebenso die Investition und der Ausbau von Gesundheitsberichterstattung und vor allem von Prävention und Gesundheitsförderung zur Verbesserung der Verhältnisse für die sozial Benachteiligten.

Und aus Sicht der Pharmazie ist hinzuzufügen: Es reicht nicht, wenn der ÖGD die in den Gesetzen vorgegebenen Normen in Apotheken, Großhandlungen und Pharmaindustrie überprüft und immer feinere Instrumente der Qualitätssicherung durchsetzt. Der ÖGD muss auch dorthin schauen, wo vor Ort die Defizite bei der **Anwendung von Arzneimitteln** zu beobachten sind. Wie das geht, konnte in Nordrhein-Westfalen bereits im Rahmen der Sozialpharmazie in guten Ansätzen gezeigt und in der gemeinsamen Entschließung der Landesgesundheitskonferenz NRW 2012 dokumentiert werden. Deshalb sollte der milliardenschwere „Pakt für den ÖGD“ auch dafür genutzt werden, die AMTS zu stärken. Damit ergibt sich die Verbindung zum AMTS Aktionsplan: Bei der Entwicklung des sechsten seiner Art sollte der ÖGD nicht vergessen werden, denn durch seine lokale Verankerung, seine kommunale Vernetzung und seine interessenunabhängige Moderatorenpotenziale bietet er gute Möglichkeiten, bei einer bottom up-Strategie mitzuwirken.

### Fazit

Doch zunächst gilt es, dem jetzt veröffentlichten fünften Aktionsplan

zum Erfolg zu verhelfen – trotz Corona und über die Bundestagswahl hinaus.

Die Aktionspläne waren und sind ein wesentliches Instrument, AMTS weiterzuentwickeln. Insbesondere in den Anfangsjahren seit 2008 waren die Maßnahmen der Aktionspläne zentrale Antriebsfedern, um das Thema voranzubringen. Inzwischen hat sich vieles zum Innovationsfond verlagert. Sollen weitere Aktionspläne nach 2024 entwickelt und erfolgreich umgesetzt werden, wäre ein verstärkter Fokus auf fördernde und hemmende Faktoren bei der Umsetzung bisheriger AMTS-Maßnahmen in der Fläche, auf soziale Hintergründe für Risiken bei AMTS und auf die Potenziale des ÖGD wünschenswert.

### Über den Autor:

Udo Puteanus ist VdPP-Vorstandsmitglied und arbeitet beim Landeszentrum Gesundheit NRW. Er ist ein Experte in Sachen Sozialpharmazie.

### Weitere Informationen:

Aktionspläne zur Arzneimitteltherapiesicherheit: <https://www.akdae.de/AMTS/Aktionsplan/index.html>  
Pakt für den ÖGD: [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/O/OEGD/Pakt\\_fuer\\_den\\_OEGD.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/O/OEGD/Pakt_fuer_den_OEGD.pdf)

Hamburger Gesundheitszentren: Pharmazeutische Perspektive beachten: <https://www.pharmazeutischezeitung.de/pharmazeutische-perspektive-beachten-123688/>

Primary Health Care: <https://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/primaere-gesundheitsversorgung-primary-health-care/>

Entschließung der Landesgesundheitskonferenz NRW, 2012: ([https://www.mags.nrw/sites/default/files/assessent/document/21\\_landesgesundheitskonferenz\\_nrw.pdf](https://www.mags.nrw/sites/default/files/assessent/document/21_landesgesundheitskonferenz_nrw.pdf), vor allem S. 27 ff).

## Zum Tod von Thomas Lampert

Udo Puteanus und Daniel Fleer

Dr. Thomas Lampert, Soziologe beim Robert Koch-Institut, verstarb am 11. Dezember letzten Jahres. Er leitete viele Jahre den Fachbereich »Soziale Determinanten der Gesundheit« im Robert Koch-Institut, RKI, und war gerade Anfang 2020 zum Leiter der Abteilung Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring aufgestiegen.

**T**homas Lampert war ein bedeutender Wissenschaftler für das Thema soziale Benachteiligung und Gesundheit. Davon zeugen 582 Publikationen, davon allein 87 Publikationen, die bei Pubmed registriert sind.

Er war aber auch mit seiner hohen Sozialkompetenz und seinen Kommunikationsfähigkeiten ein sehr guter Vermittler des Themas in die Politik und in die Gesellschaft und konnte sich aufgrund seiner Forschungen und seiner vermittelnden Art ein breites Unterstützungsnetzwerk erarbeiten.

Auf dem diesjährigen Kongress Armut und Gesundheit wurde seine Arbeit an zwei Stellen gewürdigt: zum einen mit einer Veranstaltung „Wir tragen deine Arbeit weiter - Fachsymposium zum Themenbereich gesundheitliche Ungleichheit“; zum anderen mit der Verleihung des Carola Gold-Preises für seine Arbeit posthum. Viele bedeutende Public Health-Vertreter:innen des Arbeitsgebiets kamen zu Wort, insbesondere Bärbel Kurth (RKI), Rolf Rosenbrock (Paritätischer Gesamtverband), Andreas Mielck (Armutsforscher), Nico Dragano (Uni Düsseldorf), Svenja Matusall (Zukunftsforum Public Health), Benja-



min Kunz (RKI), Claudia Hövener (RKI), Thomas Ziese (RKI), Dagmar Starke (Akademie Öffentliches Gesundheitswesen).

Auch wenn es zwei Online-Veranstaltungen waren, gelang es sehr gut, die Arbeit von Thomas Lampert zu würdigen und der Trauer um den Menschen Thomas Lampert Raum und Zeit zu geben.

Warum gehen wir im VdPP-Rundbrief auf dieses Ereignis ein?

Thomas Lampert war auf dem VdPP-Herbstseminar 2019 (einen Beitrag von dem Seminar lesen Sie in Rundbrief 106) in Berlin einer der drei Referenten, und es gelang ihm, uns von der Dringlichkeit des Themas zu überzeugen: **Soziale Benachteiligung ist**

der zentrale Grund, warum Menschen frühzeitig erkranken und bis zu 10 Jahre eher versterben. Wer sich für mehr Gesundheit einsetzen will, kommt um das Thema Gesundheitliche Chancengleichheit nicht herum.

Zu Recht hatte sich der Vorstand sehr gefreut, diesen vielbeschäftigten Wissenschaftler für das Seminar gewinnen zu können. Nach der Veranstaltung hat Daniel Fleer ihm auf dem Nachhauseweg sein schlechtes Gewissen darüber offenbart, dass er ihm durch seine Bitte diesen langen Arbeitstag beschert hat. Thomas Lampert erwiderte darauf in bester Laune, es sei ein sehr interessanter Abend gewesen.

Diese Bewertung spricht für sein außergewöhnliches Engagement und für den VdPP, der weiter die „Pharmazie in sozialer Verantwortung“ fördert – auch in seinem Sinne.

*Udo Puteanus und Daniel Fleer für den Vorstand des VdPP*

Über Thomas Lampert und seine Arbeit:  
<https://www.bjoernfoerster.de/downloads/thomaslampert.mp4>

# Krank ohne Versicherung

Ein Gastbeitrag der Medibüros Sachsen

Momentan werden Behandlungen für Menschen ohne Krankenversicherung meist ehrenamtlich vermittelt und durch Spenden finanziert. Unsere Initiative fordert daher eine dauerhafte, niederschwellige und flächendeckende Lösung für versicherungslose Menschen in Sachsen. Unser Lösungsvorschlag ist die Etablierung eines durch den Freistaat Sachsen finanzierten Anonymen Behandlungsscheins sowie die Einrichtung von Clearingstellen.

Im Zuge der Corona-Pandemie zeigt es sich deutlich wie selten, wie prekär die Situation von Menschen ohne Krankenversicherung in Deutschland ist. Die Bundesrepublik hat sich national und international immer wieder dazu verpflichtet, das „Recht eines jeden auf das für ihn erreichbare Höchstmaß an körperlicher und geistiger Gesundheit“ (UN-Sozialpakt Artikel 12 Absatz 1) zu wahren. Doch in der Realität gibt es eine Vielzahl von Menschen, die durch das Raster fallen. 2019 waren laut Zahlen des Statistischen Bundesamts 61000 Menschen mit deutschem Pass oder gültigem Aufenthaltsstatus nicht versichert [1].

Dazu kamen im Jahr 2018 102000 Menschen, die aufgrund von Beitragschulden in den Notlagentarif ihrer Privaten Krankenversicherung eingestuft wurden, was eine deutliche Reduzierung des Leistungsanspruches bedeutet [2]. Auch für Asylbewerber:innen sind die Leistungen in den ersten Monaten des Asylverfahrens eingeschränkt. In der Praxis bedeutet diese Einschränkung für die Betroffenen, dass sie nur Anspruch auf die Behandlung akuter Erkrankungen bzw. Schmerzzustände und Versorgung im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Mutterschaft haben. Chronische Erkrankungen werden nicht behandelt [3][4].

Eine besonders vulnerable Gruppe von Menschen ohne Krankenversi-



cherung sind Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus. Theoretisch besteht auch für sie ein Anspruch auf eingeschränkte Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG), doch dies durchzusetzen, ist in der Praxis meist nicht möglich. Um Leistungen nach dem AsylbLG in Anspruch zu nehmen, muss ein Behandlungsschein vom örtlichen Sozialamt beantragt werden. Sozialämter sind als öffentliche Stellen allerdings meldepflichtig gegenüber der Ausländerbehörde. Jeder Versuch, medizinische Versorgung in Anspruch zu nehmen, bedeutet für illegalisierte Menschen also das Risiko einer Abschiebung.

Durch die Europäische Gesundheitskarte (EHIC) sollte für EU-Bürger:innen eigentlich in allen Ländern der EU-Mitgliedstaaten eine medizinische Versorgung gesichert sein. Während in Deutschland allerdings alle GKV-Karten die EHIC beinhalten, muss diese in einigen EU-Ländern extra beantragt werden [5]. Dies ist vielen Menschen nicht be-

kannt und geht mit bürokratischen Hürden einher. Zudem sind auch nicht alle EU-Bürger:innen in ihren Heimatländern versichert und haben somit auch keine EHIC.

Auch wenn die Gründe unterschiedlich sein mögen, hat eine fehlende Krankenversicherung für alle Betroffenen gravierende Auswirkungen. Krankheiten und Beschwerden, die bei einer sofortigen Behandlung leicht therapierbar gewesen wären, können sich chronifizieren und bis hin zu akuten Notfällen verschlimmern. Dieses Leiden ist absolut nicht notwendig und vermeidbar. Zusätzlich sind spätere Behandlungen chronifizierter Krankheiten naturgemäß teurer als eine direkte Therapie der Ursache, was auch für die Krankenhäuser, an die sich die Betroffenen schlussendlich wenden, eine unnötige Belastung darstellt [6] [7]. In der aktuellen Situation zeigt sich außerdem, dass die Ermöglichung medizinischer Grundversorgung für alle Menschen auch Anliegen der Gesamtgesellschaft sein muss. Wenn Menschen ohne Krankenversicherung es aus Angst vor Abschiebung oder Schulden vermeiden, ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen, ist das kein individuelles Problem.

Aus diesem Grund setzen sich die 39 deutschen Medinetze und Medibüros seit Jahren dafür ein, für alle Menschen einen Zugang zu medizinischer Versorgung zu ermöglichen, unabhängig von Versicherungs- und Auf-

enthaltensstatus. Meist funktioniert das auch heute noch ehrenamtlich. In Zusammenarbeit mit engagierten Ärzt:innen organisieren die Medinetze und -büros anonym und unentgeltlich Ärzt:innentermine und notwendige medizinische Behandlungen für Betroffene. Doch ihnen ist klar, dass das kein Dauerzustand sein kann. Daher setzen sich die Vereine für langfristige, staatlich finanzierte Konzepte für die Versorgung dieser Personengruppe ein. Das Mittel der Wahl hierfür ist der sogenannte **Anonyme Behandlungsschein**. Beispielhaft für dieses Konzept ist der Verein *Anonymer Krankenschein Thüringen e.V. (AKST)*, der seit 2017 durch das Land Thüringen gefördert wird. In Ausgabestellen in ganz Thüringen werden *Anonyme Krankenscheine* ausgegeben, mithilfe derer Menschen ohne Krankenversicherung anonym medizinische Versorgung in Anspruch nehmen können. Die Kosten der Behandlungen können Praxen, Labore und Apotheken mithilfe der Scheine mit dem Verein abrechnen [8]. Auch in Leipzig gibt es seit 2019 ein vergleichbares Projekt [9]. Für den Verein *Clearingstelle und Anonymer Behandlungsschein Leipzig e.V. (CABL)* steht neben der Ermöglichung medizinischer Versorgung auch die Eingliederung in die medizinische Regelversorgung im Fokus, welche für viele Betroffene aufgrund von sprachlichen oder bürokratischen Hürden nur sehr schwer ohne Unterstützung zu erreichen wäre.

Im letzten Jahr hat sich eine Initiative der sächsischen Medinetze und -büros gegründet, welche einen durch das Land geförderten Sächsischen Anonymen Behandlungsschein (SABS) mit Clearingangebot fordert. Vor allem in ländlichen Regionen sind Hilfestrukturen und Netzwerke, wie beispielsweise die Medinetze, deutlich schwächer ausgeprägt, was marginalisierte Gruppen zusätzlich benachteiligt. Daher ist es dringend nötig, flächendeckende Angebote zu schaffen. Doch auch ein Anonymer Behandlungsschein kann nur eine Zwischenlösung sein. Grundlegende rechtliche Probleme, wie die Situati-

on von Menschen ohne Aufenthaltsstatus, kann er nicht lösen. Dafür wäre eine Abschaffung der Übermittlungspflicht der Sozialämter gegenüber der Ausländerbehörde nötig, wie *Ärzte der Welt* es aktuell fordert [10].

Auch sind Projekte wie AKST und CABL immer vom politischen Wohlwollen der jeweiligen Regierung abhängig und können nicht unbedingt mit der Regelversorgung vergleichbare Leistungen anbieten. Aufgrund beschränkter finanzieller Mittel kann CABL e.V. im Moment zum Beispiel nur ambulante Behandlungen finanzieren. Für stationäre Aufenthalte müssen sich die Betroffenen weiter auf Spenden verlassen. Eine solche Situation ist höchst problematisch, da gerade stationäre Behandlungen eine enorme finanzielle Belastung darstellen. Langfristiges Ziel muss also weiterhin ein gleichberechtigter, niedrighschwelliger Zugang zu medizinischer Versorgung für alle Menschen bleiben.

#### Verfasser:in des Textes:

Die Initiative Sächsischer Anonymer Behandlungsschein ist ein Zusammenschluss von Medinetz Leipzig e.V., Medinetz Dresden e.V. und Medibüro Chemnitz e.V..



#### Quellen:

- [1] Statistisches Bundesamt (2020). Weniger Menschen ohne Krankenversicherungsschutz. Pressemitteilung Nr. 365 vom 15. September 2020. <[www.destatis.de](http://www.destatis.de)>
- [2] Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Fraktion Die Linke. – Drucksache 19/11882. <<https://dip21.bundestag.de/dip21/btd/19/122/1912281.pdf>>, abgerufen am 16.02.21
- [3] Verbraucherzentrale. Was tun bei Beitragsschulden in der privaten Krankenversicherung? <<https://www.verbraucherzentrale.de/wissen/gesundheitspflege/pflegeantrag-und-leistungen/was-tun-bei-beitragsschulden-in-der-privaten-krankenversicherung-54429>>, abgerufen am 16.02.21
- [4] Asylbewerberleistungsgesetz (AsylBLG). § 4 Leistungen bei Krankheit, Schwangerschaft und Geburt
- [5] GKV-Spitzenverband. Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung - Ausland. Informationen zur Europäischen Krankenversicherungskarte (EHIC) und zur Provisorischen Ersatzbescheinigung (PEB). <[https://www.dvka.de/de/leistungserbringer/informationsportal\\_ehic\\_peb/informationsportal\\_rahmenseite.html?country=Spanien](https://www.dvka.de/de/leistungserbringer/informationsportal_ehic_peb/informationsportal_rahmenseite.html?country=Spanien)>, abgerufen am 9.11.20
- [6] Bozorgmehr, K., Razum, O. (2015). Effects of Restricting Access to Health Care of Health Expenditures among Asylum-Seekers and Refugees: A Quasi-Experimental Study in Germany, 1993-2013. <<http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0131483>>, abgerufen am 21.01.21
- [7] European Agency for Fundamental Rights (2015). Cost of exclusion from healthcare. The case of migrants in an irregular situation. <<https://fra.europa.eu/en/publication/2015/cost-exclusion-healthcare-case-migrants-irregular-situation>>, abgerufen am 28.12.20
- [8] Anonymer Krankenschein Thüringen. Medizinische Versorgung für Menschen ohne Krankenversicherung. <<https://www.website.aks-thueringen.de/>>, abgerufen am 16.02.21
- [9] Clearingstelle und Anonymer Behandlungsschein Leipzig e.V. <<https://cabl-leipzig.de/>>. Abgerufen am 16.02.21.
- [10] Offe (2021). Schriftliche Stellungnahme von Dr. Johanna Offe, Ärzte der Welt e.V. anlässlich der öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestages am 13. Januar 2021. <[https://www.bundestag.de/resource/blob/816306/4b6f8e5608bd56520e8f498d1bb25bcd/19\\_14\\_0265-3-Aerzte-der-Welt-Gesundversorgung-data.pdf](https://www.bundestag.de/resource/blob/816306/4b6f8e5608bd56520e8f498d1bb25bcd/19_14_0265-3-Aerzte-der-Welt-Gesundversorgung-data.pdf)>. Abgerufen am 16.02.21

#### Hinweise der Redaktion:

Der VdPP hat sich in den Rundbriefen 106 und 107 ausführlich mit dem Thema auseinandergesetzt.

Gerade frisch publiziert: Andreas Fey: Arzneimittelversorgung für Menschen in prekären Lebenssituationen – Schriftliche Befragung von medizinischen Hilfen. In der Public Health Zeitschrift: Das Gesundheitswesen, April 2021: Als Ergebnis dieser Befragung wird deutlich, dass die Arzneimittelversorgung für diesen Personenkreis sehr unzureichend ist. Es fehlt an (Spenden-)Geldern, um den Bedarf an Akut-, insbesondere aber an Dauermedikation zu decken und die Versorgung auf dem üblichen hohen Niveau zu gewährleisten. Es müssen dringend Wege gefunden werden, wie eine Regelversorgung für Menschen im prekären Lebenssituationen realisiert werden kann. Abstract unter: <https://www.thieme-connect.de/products/ejournals/abstract/10.1055/a-1385-0131>. Mehr zu dieser Untersuchung im kommenden Rundbrief 111.

# Apothekenschließungen in sozial benachteiligten Stadtteilen - und die Folgen?

Udo Puteanus

Viele Apotheken haben in den letzten Jahren ihre Tore für immer geschlossen. Für gering besiedelte ländliche Räume kann die Schließung einer Apotheke eine Versorgungslücke aufreißen, wenn keine Alternative vor Ort vorhanden ist. In den Städten wird jedoch kaum von einer Versorgungslücke gesprochen, wenn Apotheken schließen. Denn man geht davon aus, dass genügend andere Apotheken vorhanden sind.

**D**ass es sich trotzdem lohnt einmal genauer hinzuschauen, an welchen Stellen in den Städten die Apotheken schließen, zeigt eine Projektarbeit, die der Student Florian Rausch im Rahmen seines Studiengangs der Arzneimittelwissenschaften an der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster im Jahr 2020 verfasste. Seine Fragestellung: Sinkt die Zahl der Apotheken in Großstädten in erster Linie dort, wo eher sozial Benachteiligte leben? Denn – so seine Überlegung – in solchen Stadtteilen ist die Kaufkraft gering, und die Zahl der ambulant praktizierenden Ärzte sinkt dort eher als in den Stadtteilen mit hoher Kaufkraft.

## Ergebnisse einer Projektarbeit

Rausch bat die in den Gesundheitsämtern beschäftigten Aptsapothecker:innen von zwölf nordrhein-westfälischen Großstädten, die Standorte der ehemaligen und somit geschlossenen (nicht verlegten) Apotheken der letzten 10 Jahre (2010 bis 2019) zu benennen. Anschließend überprüfte er, ob der Anteil an Schließungen in den sozial benachteiligten Stadtteilen höher war als in den privilegierten Stadtteilen. Für die Identifizierung der Stadtteile als sozial benachteiligte bzw. als sozial privilegierte Stadtteile nutzte er die in den Städten verfügbaren Daten über den Anteil der ALG II-Empfänger:innen. Zur Auswertung kamen die Apothekenschließungen der Stadtteile mit dem höchsten Anteil an ALG II-Empfänger:innen im Vergleich zu den Stadtteilen mit dem niedrigsten Anteil (oberstes und unterstes Quintil).

Das Ergebnis war wie erwartet: Während in den privilegierten Stadtteilen im Untersuchungszeitraum die Zahl der Apotheken durchschnittlich um 2,31 pro 100.000 Einwohner sank, lag der Wert in den sozial benachteiligten Stadtteilen mit 4,81 etwa doppelt so hoch.

Was bedeutet dies zunächst?

- Wenn die Zahl der ambulant praktizierenden Ärzt:innen abnimmt – und das ist in sozial benachteiligten Stadtteilen häufig der Fall – sinkt auch die Zahl der Apotheken.
- Die Auswahl an Apotheken für die Bevölkerung in sozial benachteiligten Stadtteilen wird kleiner.
- Die Bevölkerung muss weitere Wege zur nächsten Apotheke zurücklegen.
- Damit sinkt die Standortqualität für den Stadtteil mit der Folge, dass diejenigen, die es sich leisten können, einen zusätzlichen Grund haben, den Stadtteil zu verlassen.

Letztlich öffnet sich die Schere zwischen reichen und armen Stadtteilen immer weiter.

## Apothekenschließungen – Zeichen des Abstiegs

Für abgehängte Stadtteile ist aber auch Folgendes zu berücksichtigen: Die Morbiditätsrate ist dort sehr viel größer als in Stadtteilen mit privilegierten Bevölkerungsschichten mit der Folge, dass auch die Lebenserwartung niedriger ist. Demnach ist gerade dort der Bedarf an guten Präventions- und Versorgungsangeboten besonders hoch. Die Kassenärztlichen Vereinigungen, die aufgrund ihres Sicherstellungsauftrags eigentlich für eine ausgewogene ärztliche Verteilung sorgen müssten, haben die sich immer häufiger abzeichnende Unter- und Überversorgung in den Großstädten durch ihre Bedarfsplanung bislang stoppen können. Das hat letztlich Folgen für die Apotheken, bei denen es bekanntlich eine solche Bedarfsplanung nicht gibt.

Dies alles bedeutet, dass sich in den letzten Jahren der Abstand zwischen aufstrebenden und abgehängten Stadtteilen immer weiter vergrößert hat. Mit der Untersuchung von Florian Rausch wurde erstmals nachgewiesen, dass dieser Trend auch an der Zahl der Apothekenschließungen erkennbar ist.

### Gesundheitliche Primärversorgung – ein neuer kommunaler Ansatz

Will man diese Entwicklung nicht einfach achselzuckend hinnehmen, sind dringend neue Präventions- und Versorgungslösungen notwendig, die den unterschiedlichen Bedarfen gerecht werden. Während einzelne Gesundheitspolitiker, Gesundheitswissenschaftler und in Kommunen beschäftigte Verantwortungsträger dieses Problem für die medizinische Versorgung und zum Teil auch für die pflegerische Versorgung zumindest im Ansatz bereits im Fokus haben, wird die pharmazeutische Perspektive meist nicht oder nur rudimentär berücksichtigt. Zu beobachten ist dies bei den ersten zaghaften Versuchen, gesundheitliche Primärversorgungsangebote nach internationalen Vorbildern aufzubauen, so z. B. im Rahmen der von der Robert Bosch-Stiftung geförderten sog. PORT-Gesundheitszentren, beim Hamburger Gesundheitskiosk oder in Berlin, Köln und Hamburg beim Aufbau von lokalen Gesundheitszentren.

Aus Sicht einer Gesundheitspolitik in sozialer Verantwortung darf allerdings der Arzneimittelbereich nicht vergessen werden. Denn Medikamente werden neben ihrem sinnvollen Einsatz zur Behandlung oder Vorbeugung von Erkrankungen nicht selten auch zur Medikalisierung sozialer Probleme eingesetzt, sei es bspw. zur Ruhigstellung von Patient:innen, sei es zur Korrektur von ernährungsbedingten Erkrankungen, die durch eine an den Problemen des Stadtteils und ihrer Bewohner:innen orientierten Prävention und

Gesundheitsförderung eigentlich vermeidbar wären. Andererseits ist der Bedarf von Information und Beratung über die richtige Anwendung von Arzneimitteln in Stadtteilen mit einem hohen Anteil von multimorbiden Patient:innen besonders groß.

### Die Pharmazie nicht vergessen

Die überproportionale Schließung von Apotheken in sozial benachteiligten Stadtteilen mag für die reine Belieferung von Patient:innen mit Arzneimitteln unproblematisch sein. Denn Versand und Botendienste können hier in die Bresche springen. Apotheken und Apotheker:innen haben aber einen vom Staat und von der Gesellschaft eingeforderten **öffentlichen Versorgungsauftrag** (im § 1 des Apothekengesetzes). Damit ist nicht einfach die Abgabe von Arzneimitteln gemeint, sondern das sich kümmern um den am Wohl des Einzelnen orientierten Einsatz der Arzneimittel. In sozial benachteiligten Stadtteilen müssen also genügend Pharmazeut:innen tätig sein, um den Versorgungsauftrag erfüllen zu können.

Dies ist eine gemeinsame Aufgabe von Staat und Apothekerschaft. Wenn also an den Aufbau von gesundheitlichen Primärversorgungscentren gedacht wird, muss eingefordert werden, die Pharmazeutische Betreuung des Einzelnen und der jeweiligen vor Ort-Bevölkerung mit zu berücksichtigen.

#### Hinweis:

Weitere Informationen zu den Ergebnissen des Projektes beim Verfasser unter [puteanus@vdpp.de](mailto:puteanus@vdpp.de)

#### Über den Autor:

Dr. Udo Puteanus ist VdPP-Vorstandsmitglied und Mitarbeiter beim Landeszentrum Gesundheit NRW. Dort arbeitet er eng mit den Amtsapotheker:innen zusammen.

## RUNDBRIEF - LESER:INNEN

### Ich lese den Rundbrief, weil ...



... ich nach 109 gelesenen Ausgaben weiterhin der Meinung bin, dass man bei der Lektüre einen guten Eindruck von der Meinungsvielfalt und den Aktivitäten des VdPP bekommen kann.

**Thomas Hammer**  
VdPP - Vorstand, Hamburg

In dieser kleinen Kategorie äußern sich Rundbrief-Leser:innen und VdPP-Mitglieder, warum sie den Rundbrief lesen und was ihnen wichtig ist. Die Redaktion freut sich über Beiträge zu dieser Rubrik.

TEIL  
II

VERSCHREIBUNGSPFLICHT

## Förderung der Selbstmedikation und Switches: Strategie ohne Nebenwirkungen?

Gerd Glaeske

Im Mai 2020 hatte die ABDA ein Positionspapier zum Ausmaß und zur Bedeutung der Selbstmedikation in Apotheken veröffentlicht. Der VdPP hat sich mit dem Thema „Selbstmedikation“ intensiv beschäftigt und hat Forderungen nach evidenzbasierten Informationen zu Arzneimitteln in der Selbstmedikation gestellt. Gesundheitsökonomische Analysen - sowohl für die einzelne Apotheke, die Arzneimittelversorgung und die Auswirkungen auf die Kosten im Gesundheitswesen insgesamt sowie für die pharmazeutische Industrie wurden aber bisher nur wenig in die Diskussion einbezogen. In einem ersten Beitrag im Rundbrief Nr. 109 wurden der Mechanismus von Entlassung von Wirkstoffen aus der und Unterstellung unter die Verschreibungspflicht dargestellt. In diesem zweiten Teil werden wirtschaftliche Daten zum Umfang der Selbstmedikation und die ökonomischen Auswirkungen auf andere Kostenbereiche im Gesundheitswesen analysiert.

In Deutschland sind etwa 100.000 verschiedene Arzneimittel im Zuständigkeitsbereich des BfArM verkehrsfähig – wobei bei gleichem „Markennamen“ jede Wirkstärke oder Darreichungsform als eigenständiges Arzneimittel zählt (1):

Von den verkehrsfähigen Arzneimitteln sind:

34.900	freiverkäuflich
17.550	apothekenpflichtig
45.500	verschreibungspflichtig
2.341	betäubungsmittelrezeptpflichtig
7	Sonderrezept (T-Rezept-)pflichtig

In diesen Zahlen sind auch etwa 7500 Arzneimittel der Besonderen Therapierichtungen nach einem abgeschlossenen Zulassungs- oder Registrierungsverfahren enthalten, die sich aktuell im Verkehr befinden, die meisten davon sind nicht verschreibungspflichtig. Diese Aufstellung zeigt, dass etwa die Hälfte aller Arzneimittel (nicht Packungen) in der Zuständigkeit des BfArM verschreibungspflichtig ist und die andere Hälfte ohne Rezept gekauft werden kann. Darüber hinaus fallen als biomedizinische Arzneimittel 2700 Arzneimittel, inklusive etwa 300 Impfstoffe, in die Zuständigkeit des Paul-Ehrlich-Instituts, die alle verschreibungspflichtig sind (2). Sonderrezepte sind für die Verschreibung von Arzneimitteln mit den Wirkstoffen Lenalidomid, Pomalidomid und Thalidomid vorgeschrieben (3).

Die Verteilung der in Apotheken abgegebenen bzw. verkauften Packungen ist ganz ähnlich: Von den rund 1,5 Mrd. Packungen, die 2019 in Apotheken oder als Praxisbedarf abgegeben wurden, waren 752 Mio. Packungen verschreibungspflichtig und 751 Mio. Packungen nicht verschreibungspflichtig.

Der Gesamtumsatz in Apotheken betrug für Arzneimittel im Jahr 2019 zu Apothekenverkaufspreisen 58,8 Mrd. Euro, davon entfielen 51,7 Mrd. Euro (+ 5,9% gegenüber dem Vorjahr) auf die rezeptpflichtigen Arzneimittel. Rezeptfreie Arzneimittel erzielten 7,2 Mrd. Euro (+ 1,4% gegenüber dem Vorjahr) – das entspricht 12,3% des Gesamtumsatzes. Daraus ergeben sich die Durchschnittspreise der jeweiligen Arzneimittelgruppen: Die rezeptpflichtigen Arzneimittel kosten im Durchschnitt 68,75 Euro pro Packung, die rezeptfreien 9,59 Euro. In diesem Zusammenhang muss erwähnt werden, dass ein Teil der rezeptfreien Mittel trotzdem verordnet wird (ca. 15,5 % von allen apothekenpflichtigen Arzneimitteln; Beispiel: ASS als Thrombozytenaggregationshemmer). Das entspricht einem Umsatz von 1,3 Mrd. Euro im Segment der rezeptfreien Mittel (4).

Der größte Teilumsatz, nämlich 78,2%, kommt in der Apotheke durch Verordnungen für die 73,34 Mio. GKV-Versicherten zustande (GKV: Gesetzlich Krankenversicherung), im Jahr 2019 waren dies 46,0 Mrd. Euro. Der zweitgrößte Teil (14,5%) wird für die 8,74 Mio. Versicherten der privaten Krankenversicherungen (PKV) für 8,6 Mrd. Euro verordnet. An diesen Zahlen lässt sich die ökonomische Attraktivität der Privatversicherten erkennen, die pro Jahr

für etwa 980 Euro Umsatz pro Versichertem sorgen, während es in der GKV lediglich 627 Euro pro Versichertem sind (alle Daten nach B.A.H. (Bundesverband der Arzneimittelhersteller e.V., 2018 (7), und eigene Berechnungen). Zu berücksichtigen sind bei den GKV-Versicherten die Zuzahlungen u. a. für ihre Arzneimittelversorgung, die bis zum Status der Zuzahlungsbefreiung bezahlt werden müssen – sie betragen im Jahr 2019 rund 2,2 Mrd. Euro (5).

Betrachtet man ausschließlich den nicht verordneten rezeptfreien Markt der Arzneimittel, die im Jahre 2019 in Apotheken im Rahmen der Selbstmedikation verkauft wurden, so geht es nach den Daten des B.A.H. um 592 Mio. Packungen mit einem Umsatzvolumen von 5,4 Mrd. Euro – und damit um einen prozentualen Anteil am Gesamtumsatz in Apotheken von knapp über 9%. Dies ist das Marktsegment, in dem Entlassungen aus der Verschreibungspflicht nach Meinung vieler Apotheker:innen für eine Steigerung des apothekenbeeinflussbaren Umsatzes sorgen könnten.

Nach Meinung von Experten, vor allem aus den Verbänden der pharmazeutischen Unternehmer (hier ist der B.A.H. besonders aktiv), dienen „Switches“ (6) einer Entlastung der solidarischen Krankenversicherungssysteme in Deutschland. Die Argumente lauten: „Durch mehr Selbstmedikation werden in den Arztpraxen mehr Freiräume für Patienten geschaffen, die unabdingbar einer ärztlichen Konsultation bedürfen. Die wirkt sich gleichzeitig kostensparend auf das GKV-System aus. Die zeitliche Ersparnis eines Arztbesuchs können Patienten für ihre Genesung einsetzen. Schon jetzt attestieren 71 Prozent der Bevölkerung in Deutschland Apothekern eine hohe Vertrauenswürdigkeit.“

Und weiter: „Vor diesem Hintergrund leisten Switches sowohl im Hinblick auf eine effiziente und bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung für den Einzelnen als auch aus ökonomischer Sicht für die Gesellschaft einen wichtigen Beitrag für eine zukunftsfähige Gesundheitsversorgung.“ (Dr. med. Traugott Ullrich, Stellvertretender Vorsitzender des BAH; 7).

Im Jahr 2018 stellte der B.A.H. die Ergebnisse einer Befragung von Ärzt:innen, Apotheker:innen, „Stakeholdern“ und Verbraucher:innen in Deutschland vor, die gesundheitsökonomische Berechnungen und weitere repräsentative Befragungsergebnisse enthielt (7). Die folgenden Daten aus dieser Untersuchung sollen die Strategie zur Ausweitung der Selbstmedikation stützen. Es geht dabei auch um eine grundlegende Veränderung, nämlich z.B. alle oder zumindest die meisten Wirkstoffe einer Indikationsgruppe (Asthma, Heuschnupfen oder andere) insgesamt aus der Verschreibungspflicht zu entlassen und nicht mehr nur nach und nach einzelne Wirkstoffe. 940 Apothekenmitarbeitende nahmen an der BAH-Befragung teil, darunter 752 Apotheker:innen und 145 Pharmazeutisch-technische Assistenten:innen und etwa 1.000 Verbraucher:innen (8):

- 85% der befragten Apotheker:innen sind für weitere Switches.
- 95% der Befragten sehen darin die Möglichkeit einer Stärkung der „apothekerlichen Kompetenz“.
- Als die drei bedeutendsten Indikationen für einen Switch nannten die befragten Apotheker:innen Heuschnupfen, Akne und Migräne.
- 51% der Ärzt:innen (Befragung über die Ärztezeitung; n=540) befürworteten weitere Switches, 45% lehnen das ab, 33% sehen für sich eine Aufwertung bei schwerwiegenden Gesundheitsproblemen.
- Als die drei wichtigsten Indikationen für einen Switch wurden von den Ärzt:innen Heuschnupfen, Akne und Sodbrennen genannt.
- 57% der Verbraucher:innen (n=1.000) sind für weitere Switches, „weil Apotheker gut beraten“.
- Daneben hielten 43% der befragten Verbraucher:innen Impfungen, in erster Linie Grippeimpfungen, durch die Apotheker:innen für sinnvoll.
- Als wichtigste Indikationen für einen Switch gaben Verbraucher:innen Blasenentzündung, Pilzkrankungen und Migräne an.

Einige Aussagen und Ergebnisse dieser Befragungen sind überraschend. Es ist fraglich, ob sich nach durchgeführten Switches die Anforderungen an die apothekerliche Kompetenz per se erhöhen können. Ohne Zweifel verlangen einige dieser Mittel eine erhöhte Beratungsintensität und Kompetenz. Aber warum sollte sich die mit einer Ausweitung der Selbstmedikation und neuen Switches einstellen? Wir wissen, dass seinerzeit bei zwei Triptanen bezüglich der Altersbegrenzung (65 Jahre) als auch bei Protonenpumpenhemmern bezüglich der Anwendungsdauer und Dosierung Mängel in der Beratung aufgedeckt wurden.

Der Eindruck bleibt, dass mit den Switches neue Umsatzsegmente im Selbstmedikationsbereich gefunden werden sollen, die den 9%-Anteil der rezeptfreien apothekenpflichtigen Arzneimittel erhöhen sollen – durch Laienwerbung der Hersteller und den Wunsch der Verbraucher:innen, bislang rezeptpflichtige Arzneimittel ohne Rezept in der Apotheke kaufen zu können und so die Zuzahlung zu sparen. Diese Arzneimittel werden oft als die besseren empfunden werden, weil sie bisher nur vom Arzt verordnet werden durften.

## Die Switch-Euphorie verdeckt Probleme

Interessanterweise werden in den Befragungsergebnissen kaum mögliche Risiken erwähnt. Die Switch-Euphorie scheint die befragten Apotheker:innen gefangen genommen zu haben: Denn Switches können auch ein wirtschaftliches Risiko mit sich bringen. Für ein verschreibungspflichtiges Arzneimittel erhalten die Apotheken einen Fixaufschlag von 8,35 Euro. Bei rezeptfreien Arzneimitteln besteht seit dem 1.1.2004 ein Preiswettbewerb, die Preise

sind variabel, die ökonomische Planbarkeit ist geschwächt. Zudem bleibt die Frage offen, ob die Patient:innen die gewechselten Arzneimittel in gleicher Menge wie zuvor nachfragen oder ob die durch Switches rezeptfrei gewordenen Arzneimittel zu einem „add-on“, also zu einer zusätzlichen Anwendung zu verschriebenen Arzneimitteln, werden. Das wäre eine Mengenausweitung, die einen unerwünschten Mehrgebrauch von Arzneimitteln fördern könnte. In dieser Untersuchung ist nicht zur Sprache gekommen, dass die Erfassung der gekauften Mengen, der Dauer der Einnahmen, aber auch die Erfassung von unerwünschten Wirkungen durch die Kontakte der Verbraucher:innen zu verschiedenen Apotheken erschwert ist.

Das trifft auch für die Notwendigkeit zu, dass sich mit neuen und differenzierten Arzneimittelsegmenten auch die Qualifikation im Wissen und in der Kommunikation verbessern muss und z.B. Kenntnisse in der klinischen Pharmazie wichtiger als bisher werden.

## Qualifikationsmaßnahme EviNews – mehr Zweifel als Hoffnung

Zur Verbesserung der Beratungskompetenz in der Apotheke wurde von der ABDA das Konzept der EviNews ins Leben gerufen, mit dem den Apotheker:innen eine kontinuierliche Fortbildung für die Bewertung und Empfehlung von Arzneimitteln, vor allem solchen aus der Selbstmedikation, zur Verfügung gestellt werden soll. Das Projekt begann im Jahre 2017 und soll nach einer positiven Evaluation für weitere drei Jahre verlängert werden. Im Jahre 2020 wurden Ergebnisse dieser Evaluation publiziert – und die sind wenig überzeugend (9: eine vergleichbare Befragung von Patient:innen ist von der gleichen Autorengruppe publiziert worden, 10). Die Evaluation hat nämlich gezeigt, dass lediglich 1.975 Personen diese Informationen abonniert haben, also nur jede zehnte Apotheke dieses Angebot angenommen haben, bei rund 50.000 Apotheker:innen wäre dies nur jede/r 25-ste. 179 (9%) Abonnent:innen haben sich an einer Befragung zur Nutzung und zum Wert dieser Informationen beteiligt, davon waren 150 in öffentlichen Apotheken tätig. Nahezu die Hälfte dieser Gruppe, nämlich 43%, empfand diese Informationen als kaum brauchbar in ihrer alltäglichen Apothekenpraxis.

Dieses Ergebnis zeigt das schon lange bestehende Problem der Implementierung von Maßnahmen zur individuellen Fortbildung und Beratungskompetenz in Apotheken. Daher verbessern eine Erhöhung der Zahl der gewechselten Wirkstoffe und Arzneimittel die Kompetenz der Apotheker:innen wahrscheinlich nicht ohne adäquate, präparatebezogene und industrieunabhängige Fortbildungsmaßnahmen (vergl. 7). Vielmehr wird die Einsicht gestärkt, dass sich die Apotheke grundsätzlich zu einem Ort der niederschweligen Ansprache und Beratung im Sinne von Public Health und Sozialpharmazie entwickeln muss („kognitive Pharmazie“) und dazu eine erweiterte und aktuelle Kompetenz notwendig ist.

## Was ist der Nutzen von weiteren Switches für das Solidarsystem? Sind sie ein Beitrag zur Entlastung des Systems? Mehr Fragen als Antworten

Fragwürdiger sind die ständigen Hinweise darauf, dass die Selbstmedikation und weitere Switches zu einer Entlastung unseres Solidarsystems beitragen würde. Im Jahre 2013 wurde auf einer Veranstaltung des Apothekerverbandes Nordrhein versucht, diese immer wieder vorgetragene These durch Zahlen zu belegen. In einer Untersuchung der Gesundheitsökonominnen Cosima Bauer und Uwe May wurde das Resümee gezogen, dass die Selbstmedikation die GKV bei verschiedenen Ausgabenarten entlastet, da die Patient:innen ihre Arzneimittel selbst bezahlen und weder ein Arztbesuch noch eine Verordnung notwendig wird. Es würden Wartezeiten entfallen sowie Kosten durch Arbeitsausfall von Patient:innen, Ärzt:innenhonorare und die Kosten für ein verordnetes Medikament. Als Ergebnis wird festgehalten, dass mit jedem für ein OTC-Arzneimittel ausgegebenen Euro der Krankenversicherung in Deutschland etwa 4,50 Euro eingespart werden könnte. Dies führe zu folgendem Ergebnis, so May: „Der OTC-Markt in Deutschland hat ein Volumen von 5 Mrd. Euro pro Jahr [2013; GG]. Wenn wir davon ausgehen, dass Apotheken 20 Prozent dieses Umsatzes induziert haben, dann wären dies 1 Mrd. Euro.“ (11). Würde diese Kalkulation stimmen, nämlich dass so für jeden für Selbstmedikation ausgegebenen Euro 4,50 Euro eingespart würden, dann ergäbe sich eine Summe von 4,5 Mrd. Euro, durch die unser Versicherungssystem entlastet würde. Die Berechnung stammt aus dem Jahre 2013. Im Jahre 2020 zitiert das ABDA-Papier (vergl. 5) zur Selbstmedikation bereits eine Zahl von 20 Mrd. Euro, mit der die Solidargemeinschaft – und damit kann nur die GKV gemeint sein, die PKV ist schließlich nicht als solidarische Versichertengemeinschaft einzuordnen – entlastet würde. Das wäre eine Steigerung der Entlastung um knapp 500 Prozent in sieben Jahren. Auch dieser Betrag geht auf eine Publikation von Bauer und May aus dem Jahre 2017 (12) zurück – mit erstaunlichen Ergebnissen. Jetzt werden nicht nur 4,50 Euro für jeden ausgegebenen Euro für die Selbstmedikation eingespart, sondern 17 Euro. In der Zusammenfassung der Studie heißt es: „Durch Selbstbehandlung ist derzeit ein Entlastungseffekt von 21 Mrd. Euro p.a. für die GKV im Bereich der Arzt- sowie Arzneiversorgung zu verzeichnen. Volkswirtschaftlich werden Produktivitätsminderungen infolge von Abwesenheiten am Arbeitsplatz im Wert von 6 Mrd. Euro p.a. vermieden. Im Ergebnis geht statistisch jeder Euro, der für Selbstmedikation aufgewendet wird, mit einer Ressourceneinsparung von insgesamt 17 Euro für GKV und Volkswirtschaft einher. Für Ärzt:innen und Verbraucher:innen bringt Selbstbehandlung eine deutliche zeitliche Entlastung, so dass nicht zuletzt knappe Arztkapazitäten für alternative medizinische Verwendungen freigesetzt werden. Durch eine gezielte Förderung der Selbstbehandlung könn-

ten künftig zusätzliche Effizienzpotenziale realisiert werden.“

Im Papier des B.A.H. (13) wird gezeigt, wie diese Berechnungen zu Einsparsummen durch die Selbstmedikation zustande kommen, hier dargestellt am Beispiel der Wirkung eines Switches für einen Wirkstoff zur Behandlung von Bindehautentzündungen:

<b>Kosten</b>	
Direkt: Arzneimittelkosten OTC	11.343.000 €
<b>Ersparnis</b>	
Direkt:	
Arzneimittelkosten Verordnung	18.471.000 €
Behandlungskosten Arzt	36.892.000 €
Indirekt:	
Therapiebedingte Arbeitsausfälle	7.573.000 €
Arbeitsunfähigkeitsbedingte Ausfälle	9.749.000 €
Zeit der Patienten	100.428.000 Minuten

Tabelle 1: Behandlung von Bindehautentzündungen

Dieses Beispiel zeigt, dass die Autor:innen, aber auch die Vertreter:innen der ABDA, in ihren Selbstmedikationspapieren unser solidarisches Gesundheitssystem nur bedingt verstanden haben. In diesem System bemühen sich die gesetzlichen Krankenkassen und deren Institute (z.B. das Wissenschaftliche Institut der AOK (WIdO), das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) oder auch der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA)) seit vielen Jahren, die direkten Kosten durch Qualitätssicherungsmaßnahmen, durch Maßnahmen der Transparenzförderung sichtbar zu machen. Durch „aufdeckende“ Studien aus der Versorgungsforschung soll die immer noch vorhandene Über-, Unter- und Fehlversorgung reduziert werden und nicht notwendige oder unwirtschaftliche oder therapeutisch zweifelhafte medizinische Interventionen vermieden werden. Dies stellt ein schwieriges Unterfangen dar, weil es mitten in den „Maschinenraum“ unseres Gesundheitswesens hineinwirkt, in dem leider immer noch ökonomisch Anreize und finanzielle Verteilungskämpfe zwischen den einzelnen Sektoren – z.B. ambulante und stationäre Versorgung – unübersehbar sind.

Immer geht es in diesem Zusammenhang um „direkte Kosten“, die bezogen auf Fehlallokationen analysiert werden. Wäre unser solidarisches Gesundheitssystem steuerfinanziert wie z.B. in Großbritannien, Neuseeland oder Australien, würden auch „indirekte Kosten“ in diesem Zusammenhang eine Rolle spielen, wie z.B. krankheitsbezogene Folgen wie Langzeitarbeitsunfähigkeit, Pflegebedürftigkeit, Frühberentung oder Berufsunfähigkeitsrenten.

Die folgende Tabelle zeigt eine Übersicht über die Ausgaben im Gesundheitsbereich 2019 (14).

Wenn von den Fürsprecher:innen einer Ausweitung der

Gesundheitsausgaben, in Milliarden Euro und Anteil in Prozent, 2019

Ausgabenträger	Anteil in %	Ausgaben in Mrd. Euro
Öffentliche Haushalte	4,16	16,95
GKV	57,12	232,75
SPV	10,32	42,06
Gesetzliche Rentenversicherung	1,24	5,03
Gesetzliche Unfallversicherung	1,52	6,21
Private Haushalte	12,92	52,62
Private Krankenversicherung	8,50	34,64
Arbeitgeber	4,22	17,18
Insgesamt	100,00	407,45

Tabelle 2: Gesundheitsausgaben 2019 in Deutschland (SPV: Soziale Pflegeversicherung)

Selbstmedikation in einer Modellrechnung ein Einsparpotenzial von 17 Euro für jeden ausgegebenen Euro für OTC-Produkte errechnet wird und damit bei 5,4 Mrd. Umsatz rund 20 Mrd. Euro Einsparungen zustande kommen (siehe das ABDA-Papier zur Selbstmedikation), sind erhebliche Zweifel angebracht. Auf welcher Datenbasis kommt diese Berechnung zustande, welche Daten waren dafür zugänglich, welche Annahmen liegen den Publikationen zugrunde und ist die Aneinanderreihung von Kostenblöcken, wie in Tabelle 1 gezeigt, überhaupt eine realistische Abbildung der Versorgung und medizinischen Behandlung in unserem System? Wenn private Haushalte ohnehin schon belastet werden (Tabelle 2), u.a. durch rund 2,2 Mrd. Euro an Selbstbeteiligung nur im Arzneimittelbereich, ist jede weitere Form der finanziellen Beteiligung an den Gesundheitskosten unter sozialen Aspekten kritisch zu hinterfragen. Insgesamt, über alle Leistungen berechnet, muss man davon ausgehen, dass die Versicherten etwa 6 – 8% der Leistungsausgaben im Rahmen der bereits eingeführten Selbstbeteiligung tragen müssen, also insgesamt ca. 15 bis 20 Mrd. Euro.

## Wie ist die Qualität und Eignung der Arzneimittel für die Selbstmedikation?

Es gibt viele Bereiche, in denen Unter-, Über- und Fehlversorgung auch in der Selbstmedikation zur Diskussion stehen. Nicht alle rezeptfreien Arzneimittel sind aus pharmakologischer und therapeutischer Sicht empfehlenswert. Studien der Stiftung Warentest (vergl. Ratgeber „Rezeptfreie Medikamente“; 15) sprechen in diesem Zusammenhang bei vielverkauften Mitteln von etwa 30%, die zur Behandlung in der Selbstmedikation wenig geeignet sind – sowohl wegen Zweifeln am therapeutischen Nutzen als auch wegen pharmakologisch nicht begründeter Wirkstoffkombinationen oder wegen eines Missbrauchspotenzials.

In diesem Zusammenhang sollte erwähnt werden, dass für die meisten geschwichten Wirkstoffe noch ein vergleichsweise guter Evidenzstand vorliegt, da sie zuvor als verschreibungspflichtige Arzneimittel zugelassen waren und im Rahmen des Zulassungsverfahrens aussagekräftige Daten aus klinischen Studien zur Wirksamkeit und Unbedenklichkeit vorlagen. Dies ist ein Vorteil gegenüber vielen anderen vielverkauften rezeptfreien Arzneimitteln, die schon lange im Handel sind.

Allerdings fehlen in Switch-Verfahren oft umfangreiche und systematisch erhobene und analysierte Daten zur Anwendung in der Selbstmedikation. Diese sollten nach der Entlassung aus der Rezeptpflicht erhoben werden. Hier, wie auch in anderen Bereichen der Arzneimittelversorgung in Apotheken, muss die Blickrichtung verändert werden - weg vom Objekt Arzneimittel und hin zum Subjekt der Arzneimittelanwender:innen. Kooperation, Kommunikation und Kompetenz werden daher zu Schlüsselbegriffen für die Zukunft in Apotheken. Insofern können pharmazeutische Dienstleistungen in unserem Gesundheitssystem, wenn sie evidenzorientiert angeboten und umgesetzt werden, mehr Nutzen für die gesellschaftliche Wohlfahrt bieten als die Ausweitung der Selbstmedikation. Für die auf der Basis wenig nachvollziehbarer Studienergebnisse eine deutliche Entlastung für unser solidarisches Krankenversicherungssystem propagiert wird.

## Zusammenfassung beider Artikel

In einem ersten Beitrag im Rundbrief 109 wurde dargestellt, dass der Abgabestatus von Arzneimitteln überwiegend durch nationale Verordnungen und nach eingehender Beratung in Sachverständigengremien geregelt wird.

Dadurch können flexibel neue Erkenntnisse zur Wirksamkeit und Sicherheit in die Praxis der Arzneimitteltherapie eingeführt werden. Arzneimittelwerbung für rezeptfreie Arzneimittel trägt nicht zur sicheren Arzneimittelanwendung bei und sollte nach Auffassung des VdPP verboten werden.

Apotheker:innen müssen sich auf ihre Kernkompetenzen besinnen, nämlich durch eine gute und verständliche Beratung die Arzneimittelversorgung im Sinne der Wirksamkeit, der Sicherheit und des Patientennutzens zu gestalten. Der nicht verordnete rezeptfreie Markt der Arzneimittel hat ein Umsatzvolumen von 5,4 Mrd. Euro – das entspricht 9% des Gesamtumsatzes in Apotheken. Die Förderung der Selbstmedikation durch weitere Switches dient vor allem den ökonomischen Interessen pharmazeutischer Unternehmen. Apotheker:innen müssen sich den Verbraucher:innen und Versicherten zuwenden, sie im System der Arzneimittelversorgung und –therapie unterstützen und bei Entscheidungen als neutrale Beratungsinstanz bestmögliche Hilfe anbieten – das macht eine Apotheke auch auf Dauer unverzichtbar. Verbraucher:innen benötigen sie als eine kompetente und verständliche „Filterinstanz“ zwischen den ökonomischen Interessen der Anbieter und ihrem Bedarf

an wirksamen und gut verträglichen Arzneimitteln – die „Charakterisierung“ für einen Teil der Selbstmedikationsarzneimittel: „Bestenfalls nur teuer, schlechtestenfalls auch noch problematisch“ sollte der Vergangenheit angehören.

Der VdPP muss sich für eine Arzneimittel-Versorgungsforschung vor und nach der Entlassung eines Wirkstoffes aus der Verschreibungspflicht einsetzen. Daran sollten sich seine Mitglieder auch so weit wie möglich aktiv beteiligen. Der VdPP muss weiterhin fachlich hochwertige Fortbildung fordern, deren Ergebnisse im Apothekenalltag mit dem Ziel genutzt werden können, den Verbraucher:innen und Patient:innen in Vor-Ort-Apotheken verständliche und evidenzbasierte Empfehlungen leicht zugänglich anzubieten.

### Über den Autor:

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



### Quellen und Literatur:

- (1) BfArM, Stand 10. März 2021 /www.bfarm.de/DE/Service/Statistiken/AM. Die Zahlen sind leicht gerundet. Nur für Arzneimittel, die in einem zentralisierten EU-Verfahren zugelassen wurden (n= 19710; in der o.g. Zahlen enthalten) werden auch unterschiedliche Packungsgrößen als gesonderte Arzneimittel gezählt.
- (2) [https://www.pei.de/DE/arzneimittel/arzneimittel\\_node.html?sessionid=1C11F004DFA9A069E3FADB7CF5B87179.intranet232](https://www.pei.de/DE/arzneimittel/arzneimittel_node.html?sessionid=1C11F004DFA9A069E3FADB7CF5B87179.intranet232). Letzter Zugriff: 10. März 2021
- (3) [https://www.bfarm.de/DE/Bundesopiumstelle/T-Rezept/T-Rezept-Muster\\_node.html](https://www.bfarm.de/DE/Bundesopiumstelle/T-Rezept/T-Rezept-Muster_node.html) Letzter Zugriff: 10. März 2021
- (4) <https://www.g-ba.de/richtlinien/anlage/17/>. Letzter Zugriff: 9. März 2021
- (5) ABDA – Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände 2020. Selbstmedikation als integraler Bestandteil einer umfassenden Arzneimittelversorgung. [https://www.abda.de/fileadmin/user\\_upload/assets/Selbstmedikation\\_Selbstmedikation\\_Positionspapier\\_ABDA\\_Mai\\_2020.pdf](https://www.abda.de/fileadmin/user_upload/assets/Selbstmedikation_Selbstmedikation_Positionspapier_ABDA_Mai_2020.pdf). Letzter Zugriff: 9. März 2021
- (6) Als Switch bezeichnet man eine Änderung der Verkaufsabgrenzung, also als ein „Umstieg“ von Verschreibungspflicht zu Rezeptfreiheit und umgekehrt.
- (7) Bundesverband der Arzneimittelhersteller – B.A.H 2018, S. 2: Von der Verschreibungs- zur Apotheken-Pflicht. <https://www.bah-bonn.de/publikationen/publikationen-studien/> Letzter Zugriff: 11. März 2021
- (8) Ebenda: Bundesverband der Arzneimittelhersteller - B.A.H. 2018, S. 6 -13
- (9) Moritz, K., Seiberth, J.M., Schiek, S. *et al.* Evidence-based self-medication: development and evaluation of a professional newsletter concept for community pharmacies. *Int J Clin Pharm* 43, 55–65 (2021). <https://doi.org/10.1007/s11096-020-01100-6> Letzter Zugriff: 10. März 2021
- (10) Seiberth JM, Moritz K, Vogel CF, Bertsche T, Schiek S. Public's perspectives on guideline- recommended self-medication consultations in German community pharmacies. *Health Soc Care Community*. 2021; 29:194–205. <https://doi.org/10.1111/hsc.13082> Letzter Zugriff: 10. März 2021
- (11) Zitiert nach: <https://www.pharmazeutische-zeitung.de/ausgabe-432013/selbstmedikation-ist-kein-selbstlaeufer/>. Letzter Zugriff 25.11.2020.
- (12) May U, Bauer C. Apothekengestützte Selbstbehandlung bei leichteren Gesundheitsstörungen – Nutzen und Potenziale aus gesundheitsökonomischer Sicht. *Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement* 2017; 22(S 01): S12-S22. DOI: 10.1055/s-0042-120487
- (13) B.A.H 2018: Von der Verschreibungs- zur Apotheken-Pflicht. [https://www.bah-bonn.de/bah?type=565&file=redakteur\\_filesystem%2Fpublic%2F20180606\\_BAH\\_switches\\_D\\_web.pdf](https://www.bah-bonn.de/bah?type=565&file=redakteur_filesystem%2Fpublic%2F20180606_BAH_switches_D_web.pdf). Letzter Zugriff: 10. März 2021
- (14) Statistisches Bundesamt, Gesundheitsausgaben nach Ausgabenträger, 12. Mai 2020, ausgewählte Daten, Prozentanteile ergänzt ([www.destatis.de](http://www.destatis.de)).
- (15) Stiftung Warentest, 2009: <https://www.test.de/Handbuch-Rezeptfreie-Medikamente-Lotse-durch-den-Arzneimittelschunzel-1810623-0/>. Letzter Zugriff: 16.03.2021

## Faktencheck – Gesundheitswerbung

Ein Gastbeitrag von Tanja Wolf

Vom energetischen Wunderwasser bis zur Colon-Hydro-Therapie, vom falschen „homöopathischen Arzt in Indien ausgebildet“ bis zum Großkonzern: Im Internet wird viel versprochen, was Heilung bringen soll. Doch manches davon schadet nicht nur dem Geldbeutel, sondern auch der Gesundheit. Deshalb bietet die Verbraucherzentrale NRW auf einer neuen Webseite Orientierung und Tipps, um gute von schlechten Gesundheitsinformationen unterscheiden zu können.

Unter [www.faktencheck-gesundheitswerbung.de](http://www.faktencheck-gesundheitswerbung.de) zeigt die Verbraucherzentrale NRW in Kooperation mit der Verbraucherzentrale Rheinland-Pfalz, wie Verbraucher:innen sich besser informieren können und wie sie sich im Netz zurechtfinden können. Helfen teure Quantenenergiesteine wirklich gegen Krebs? Schützt Kamel-Dung vor dem Corona-Virus? Welche Selbstzahlerleistungen beim Arzt sind wirklich nötig? Vor allem aber mahnt die Verbraucherzentrale unlautere und irreführende Gesundheitswerbung ab. Denn bisher gehen Aufsichtsbehörden nur selten gegen wirkungslose oder gar gefährliche Angebote vor.

Mehrere Abmahnungen sind seit Projektstart bereits verschickt, zahlreiche sind vorbereitet. So mahnte die VZ NRW zum Beispiel erfolgreich einen YouTuber ab, der in seinem Video Werbung machte über einen 730-Euro-Quantenenergiestein, der angeblich Tumore verschwinden lässt. Das Video ist nun entfernt. Aber es gibt im Netz zahlreiche weitere Gesundheitsprodukte oder Verfahren ohne wissenschaftliche Belege, von der Bioresonanz bis zum Aura-Balance-Akku, den man als Plastikkarte unter die Matratze legt und der gegen alles hilft. Seit Jahren werden auch Geschäfte gemacht mit Heilsteinen und Edelsteinstäben, die angeblich die Gesundheit fördern, die Qualität des Trinkwassers verbessern oder Leitungswasser beleben und „energetisieren“ und damit Blockaden auflösen (mehr dazu hier: <https://www.faktencheck-gesundheitswerbung.de/gesund-im-netz/fakten-gegen-absurdes-aus-dem-netz-55146#>).

Auf der Webseite finden Verbraucher:innen leicht verständliche Informationen über die Ge- und Verbote zu Heilmitteln und Nahrungsergänzungsmitteln. Auch darüber, wie Ärzt:innen werben dürfen und welche Rechte Patient:innen haben, wird informiert. Das Projektteam der Verbraucherzentralen identifiziert Anbieter, die gegen das Heilmittelwerbegesetz verstoßen, weil sie in der Werbung ihrem Mittel zum Beispiel eine Wirkung zuschreiben, die es nicht hat. Oder die fälschlicherweise den Eindruck erwecken, dass Erfolge mit Sicherheit zu erwarten sind oder dass keine Nebenwirkungen oder Schäden bei bestimmungsmä-

ger oder längerer Anwendung entstehen können. Denn falsche Heilsversprechen können dazu führen, dass Menschen sich auf unwirksame Mittel verlassen oder bei einer bestehenden Erkrankung auf verordnete Arzneimittel oder Therapien verzichten. Zudem untergraben Falschinformationen das Vertrauen in medizinische und politische Institutionen.

Zur medizinischen Absicherung arbeitet das Projekt eng mit Vertretern verlässlicher Gesundheitsinformation zusammen, etwa der Redaktion von „Gute Pillen – Schlechte Pillen“, mit Medizin transparent von Cochrane Österreich und dem IGeL-Monitor des MDS. Faktencheck Gesundheitswerbung ist Unterstützer der „Guten Praxis Gesundheitsinformation“ (GPGI) des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin (DNEbM).

Ziel ist es, Menschen vor Schäden und Fehlinformation zu schützen und die Gesundheitskompetenz zu stärken. Das Projekt unter dem offiziellen Titel „Verbraucherschutz im Markt der digitalen Gesundheitsinformationen und Individuellen Gesundheitsleistungen“ wird gefördert vom Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (BMJV).

Schon 2014 startete das Portal [www.igel-aerger.de](http://www.igel-aerger.de) für Probleme rund um Selbstzahlerleistungen beim Arzt. 2016 folgte das Portal [www.kostenfalle-zahn.de](http://www.kostenfalle-zahn.de) für Informationen rund um zahnmedizinische Behandlungen. Beide wurden ebenfalls vom BMJV gefördert.

### Über die Autorin:

Tanja Wolf ist Projektleiterin beim Projekt „Verbraucherschutz im Markt der digitalen Gesundheitsinformationen und Individuellen Gesundheitsleistungen“ beim Verbraucherbüro Düsseldorf.



APOTHEKENNAMEN

# Apotheken mit dem Wort „Mohr“ im Namen

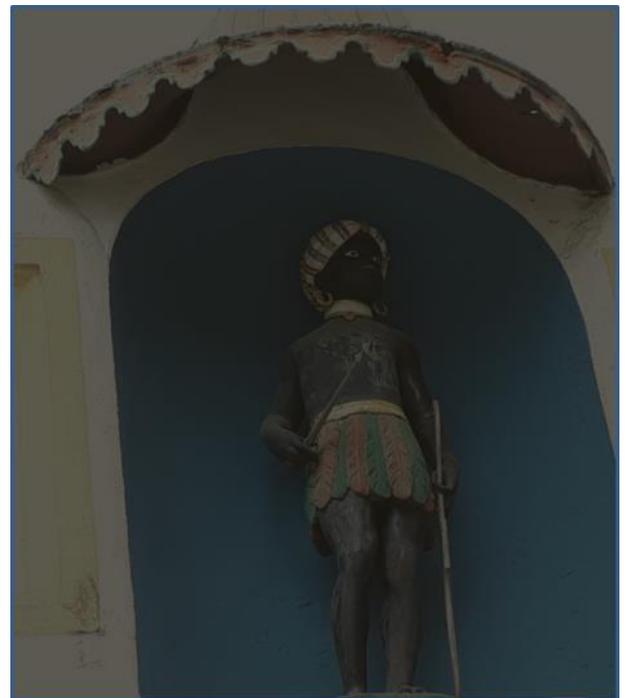
Ein Gastbeitrag der Universität Braunschweig

Zur Sammlung von Dokumenten zur Geschichte von Apotheken mit dem Wort „Mohr“ im Namen und anderen Apothekennamen mit Afrikabezug

Im Zuge der Black Lives Matter-Bewegung wurde das Problem des strukturellen Rassismus in den letzten Monaten zum Gegenstand öffentlicher Diskussionen. In diesem Zusammenhang wurden Apotheken, die die Bezeichnung „Mohr“ im Namen tragen, erneut mit Forderungen nach deren Umbenennung konfrontiert. (1) Während die Befürworter:innen einer Umbenennung auf die abwertende Bedeutung des M-Worts und damit verbundene Erfahrungen der Diskriminierung hinweisen, halten ihnen Inhaber:innen betroffener Apotheken und Standesvertreter:innen die lange Namenstradition, die intensiven Kosten einer Umbenennung sowie Verweise auf die ursprüngliche Bedeutung des Begriffs entgegen. Meist wird argumentiert, dass sich das Wort „Mohr“ vom lateinischen Wort „maurus“ ableitet, das mit „mauretanisch“ oder „afrikanisch“ übersetzt wird. Hieraus wird gefolgert, dass der Name eine Ehrung der Mauren zum Ausdruck bringt, indem er diese als Übermittler pharmazeutischen Wissens würdigt.

Vom Blickwinkel der Pharmaziegeschichte aus gesehen bedarf diese Interpretation jedoch einer seriösen historischen Überprüfung.(2) Bezüglich der ersten überlieferten Apotheken dieses Namens aus dem 16. Jahrhundert wurde in der Forschung z. B. auch diskutiert, ob sich der Name von Hausnamen, vom Heiligen Mauritius oder von den Heiligen Drei Königen ableitet. Betont wird jedoch in der Regel, dass die Beweggründe der Apothekengründer:innen sehr ungewiss sind. Hinsichtlich späterer Jahrhunderte wird die Namensgebung in den Zusammenhang des Exotismus gestellt. Für das 18. Jahrhundert wird in der Forschung etwa auf die Existenz von „Kammermohr:innen“ hingewiesen, meist versklavte Menschen, die unter Wohlhabenden als Prestigeobjekte gehandelt wurden.(3) Zu dieser Argumentation passen auch viele der Apothekenlogos sowie andere historische Bildmaterialien, die häufig stilisierte Schwarze Menschen zeigen und das Bild des afrikanischen „Wilden“ reproduzieren.

Die Mitarbeiter:innen der *Abteilung für Geschichte der Naturwissenschaften mit Schwerpunkt Pharmaziege-*



*schichte* an der *TU Braunschweig* sind daran interessiert, zur Versachlichung der Debatte beizutragen. Zu diesem Zweck möchten wir graue Literatur, beispielsweise Broschüren und Gelegenheitsschriften, aber auch Zeitungsartikel, Auszüge aus Chroniken sowie Hinweise auf Entstehung der Apothekenlogos etc. sammeln. Um einen apothekenspezifischen Zugang zu erarbeiten, gilt unser Interesse neben den M-Apotheken weiteren Apothekennamen mit Bezug zu Afrika wie „Elefanten-Apotheke“,

„Löwen-Apotheke“ oder „Straußen-Apotheke“. Zum einen soll dies der Kontextualisierung der M-Apotheken dienen, zum anderen können diese Namen für postkoloniale Leseweisen von Bedeutung sein, die in der Pharmaziegeschichte bislang wenig Berücksichtigung fanden. Je nach Zuspruch werden wir zu einem späteren Zeitpunkt erwägen, das gesammelte Material öffentlich zugänglich zu machen. Zudem unterstützen wir mit unseren Forschungsergebnissen gerne Apotheken bei der Kommunikation ihrer Geschichte.

Falls Sie an der Aufarbeitung der Geschichte dieser Apotheken mitwirken möchten, freuen wir uns über Hinweise und über die Zusendung von Broschüren, Gelegenheitschriften, Zeitungsartikeln und anderem Material (gerne auch in Kopie), das zur Historisierung der infrage stehenden Apothekennamen beitragen kann. Ihre Dokumente können Sie uns auf postalischem Wege oder per E-Mail zukommen lassen.

#### Hinweise:

(1) Wir folgen hier dem u. a. von Selbstorganisationen Schwarzer Menschen gemachten Vorschlag und bezeichnen diese Apotheken als „M-Apotheken“, um das Wort nicht mehr als notwendig wiederholen zu müssen. Dies hat den praktischen Nebeneffekt, dass auf diese Weise

auch verschiedene Apothekennamen wie „Mohren-Apotheke“ oder „Apotheke zum schwarzen Mohren“ unter einem Begriff zusammengefasst werden können.

(2) Vgl. Bräunlein, Peter J. (1991). Magier, Märtyrer, Markenzeichen. Tucherbräu und Mohren-Apotheken, in: Lorbeer, Marie; Wild, Beate (Hg.): Menschenfresser – Negerküsse. Das Bild vom Fremden im deutschen Alltag, Berlin: Elefanten Press; Hagen, Monika. (1969). „Die deutschen Apothekennamen. Topographie, Typologie und Benennungsmotivik“, Deutsche Apotheker-Zeitung, Vol. 109, S. 1655–1665 u. Krause, Konrad. (1938). „Die Namen der deutschen Apotheken“, Deutsche Apotheker-Zeitung, Vol. 53, S. 641–645

(3) Vgl. Martin, Peter. (1993). Schwarze Teufel, edle Mohren, Hamburg: Junius, S. 41–49

#### Kontaktdaten:

Abteilung für Geschichte der Naturwissenschaften  
mit Schwerpunkt Pharmaziegeschichte  
TU Braunschweig  
Beethovenstr. 55. 38106 Braunschweig  
apotheekennamen@posteo.net

#### Autor:innen:

Dominik Merdes, Helena Messerich und Bettina Wahrig

## Wie finden wir die Bezeichnung „Mohren - Apotheke“?

Historisch? Exotisch? Besonders? Nett? Überholt? Kolonial? Rassistisch? Unreflektiert?

Der VdPP spricht in seinem Programm auch den Zusammenhang zwischen Frieden und Gesundheit an. *Das beginnt in unserem Umfeld*, so schrieben wir 2009, z.B. *im Umgang mit Patientinnen und Patienten... und auch im Umgang mit Menschen mit anderem kulturellen Hintergrund. Wir versuchen, strukturelle Gewalt zu erkennen, zu benennen und aufzulösen.*

Bei „Mohren - Apotheke“ ist es auf den ersten Blick nicht das Wort „Mohr“; es sind eher die durchgehend erniedrigenden, lächerlich machenden Darstellungen von Menschen mit schwarzer Hautfarbe, die uns irritieren, die wir ablehnen. Egal, wo das Wort etymologisch und historisch herkommt, ein Zusammenhang mit unserer verbrech-

schon kolonialen Geschichte im 19. und frühen 20. Jahrhundert ist nicht von der Hand zu weisen. Die gesellschaftliche Auseinandersetzung mit dieser deutschen Kolonialgeschichte ist überfällig.

Wir unterstellen nicht, dass die Namensgebungen bewusst aus rassistischen Gründen erfolgt sind oder aus solchen Gründen getragen werden. Wenn wir aber strukturelle Gewalt erkennen und Menschen nicht mit Begriffen verletzen wollen, dann müssen wir uns auseinandersetzen. Damit fängt die Auflösung struktureller Gewalt in der Gesellschaft an. Damit beginnt unser Bekenntnis gegen Diskriminierungen.

*VdPP-Vorstand*

### BILDNACHWEISE:

Seite 1: Julian Toewe, Seite 4, 29: Pixabay, Seite 7: Bundesärztekammer, Seite 9://www.rki.de/DE/Content/Institut/OrgEinheiten/Abt2/Nachruf\_ThomasLampert.html, Seite 10 und 11: Medibüros Sachsen, Seite 13: Thomas Hammer, Seite 18: Raphael Huenerfauth, photothek.net, Seite 19: www.faktencheck-gesundheitswerbung.de, Seite 20: Ulrike Faber, Seite 23: gynäkologie + geburthilfe, Ausgabe 6/2020, Seite 24: © Paul Rosié, Dt Hygienemuseum, Seite 25: machsmitt.de und Frauke Repschläger, Seite 30: Ulrike Faber, Seite 31: BPhD, Seite 32, 33: KLUG, Seite 34: Mabuse Verlag, Seite 35: Penguin Verlag

PATENTE

# Patente töten!

Ulrike Faber

Zahlreiche Bewegungen aus aller Welt fordern eine Aussetzung der Corona-Impfstoff-Patente. Im Februar 2021 haben über 200 Organisationen aus dem Globalen Süden Bundeskanzlerin Angela Merkel und die EU aufgefordert, die Öffnung der Impfstoff-Patente für Covid-Impfstoffe nicht länger zu blockieren. Die Länder kämpfen darum, Impfstoffe zu erhalten, während die Pandemie ihre Gesellschaften und Volkswirtschaften zerstört.

**D**urch die Freigabe von Patenten etwa für Corona-Impfstoffe müssen Prävention, Behandlung und Eindämmung von Covid-19 weltweit gesichert werden. Denn die Covid-19 Pandemie ist erst dann vorbei, wenn sie für alle vorbei ist! Insofern wäre die Freigabe zugleich ein Gebot der Vernunft.

Wir erleben, wie die Industrienationen die Interessen von Pharmakonzernen schützen und damit die globale Verfügbarkeit der Impfstoffe massiv behindern. Das führt in Europa zu logistischen Schwierigkeiten; global führt es dazu, dass in den armen Regionen dieser Welt nur ein Bruchteil der Bevölkerung rasch geimpft werden kann und die Menschen dort nicht nur an Corona sterben, sondern auch an den sozialen Folgen der Pandemie: an Armut und fehlender Gesundheitsversorgung.

## Internationale Solidarität!

Unsere internationale Solidarität ist jetzt gefragt, denn das Virus trifft alle, aber auf unterschiedliche Weise. Die globale Impfstoff-Versorgung ist derzeit von einigen wenigen Pharma-Unternehmen abhängig, die ihre riesigen Gewinne über Patente absichern und damit das Wissen und die Produktion in ihren Händen behalten wollen.

Die Regierungen der Industrienationen weigern sich mit der Blockade gegen die Aussetzung der Patente ihrer Verpflichtung nachzukommen, die Macht der Pharmakonzerne im Menschheitsinteresse zu begrenzen.

## Gemeingut der Menschheit!

Das Wissen über Covid-19 ist ein Gemeingut der Menschheit und der Zugang zu bestmöglicher Gesundheitsversorgung ist ein Menschenrecht!



(Aus der Presseinformation von medico international)

## Patente aussetzen!

Am 10. März trafen sich die 162 Mitglieder im *TRIPS council* der Welthandelsorganisation (WTO), um erneut über den Antrag von mehr als 100 Ländern des Globalen Südens zu beraten, Covid19-Patente und andere geistige Eigentumsrechte auszusetzen. Doch Deutschland, Europa und fast alle Industriestaaten blockieren den sogenannten "TRIPS Waiver" zur Aussetzung geistiger Eigentumsrechte während der Pandemie.

Aus diesem Grunde protestierten wir am 12. März in Solidarität mit den Menschen des Globalen Südens vor dem deutschen Wirtschaftsministerium in Berlin.

## Der VdPP war dabei!

Der Druck auf die WTO ist groß. Weitere Aktionen werden erforderlich sein, um den Druck zu verstärken und den TRIPS Waiver zu erzwingen.

[Hinweis der Autorin:](#)

**Verständliche Informationen über Corona-Impfstoffe:**  
<https://www.gesundheitsinformation.de/unterstuetzung-in-der-corona-krise.html>

Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) hat den gesetzlichen Auftrag zur Aufklärung der Öffentlichkeit in gesundheitlichen Fragen. Die Website richtet sich mit einem breiten Themenspektrum an erkrankte wie gesunde Bürgerinnen und Bürger.

[Über die Autorin:](#)

Dr. Ulrike Faber ist Apothekerin und VdPP-Mitglied.

## GESUNDHEITSVERSORGUNG

# HIV, PreP, STIs und mögliche Antibiotika - Resistenzen

Frauke Repschläger

Ohne Berücksichtigung des Corona-Jahres 2020 zeigt sich weltweit ein Anstieg bakterieller, sexuell übertragbarer Krankheiten (*sexually transmitted infections* - STI). Besonders betroffen ist die Gruppe von Männern, die Sex mit Männern haben (MSM). Zwar konnte insgesamt - insbesondere bei MSM - die medikamentöse Prävention von HIV-Infektionen verbessert (Schutz durch Therapie - *Treatment as Prevention*) sowie Neuinfektionen HIV - negativer Personen durch PrEP (Prä-Expositions-Prophylaxe) verhindert werden, dennoch bestehen aufgrund der Zunahme der STI die Gefahr von Resistenzentwicklungen, wie z. B. bei der Gonorrhö.

Der Anstieg der STI hängt zum einen mit der intensivierten Diagnostik aufgrund der regelmäßigen und geforderten Kontrollen in Zusammenhang mit der Verordnung von PrEP zusammen, aber auch mit einem veränderten Sexualverhalten. HIV ist mit modernen Therapeutika gut therapierbar, so dass Patienten bei guter Lebensqualität mit einer fast normalen Lebenserwartung rechnen können. Diese verbesserte Lebenssituation wirkt sich auch auf den Alltag aus. Denn der HIV-Schutz birgt Gefahren, besonders für MSM: Diese haben, so Herr Dr. Rasokat, Universität Köln, in einer aktuellen Veröffentlichung<sup>1</sup>, HIV-Therapeutika sowie PrEP als lang ersehnte Befreiung vom Kondomzwang erfahren. Eine sexuelle Revolution, die der mit Einführung der Antibabypille verbundenen durchaus vergleichbar sei. Dabei werde allerdings nur zu gerne die Tatsache verdrängt, dass die HIV-PrEP, anders als der Gebrauch von Kondomen, keinerlei Schutz vor STI bieten. Beispielsweise bei Syphilis zeige sich dieses Dilemma seit nunmehr zehn Jahren. Die Schere zwischen HIV- und Syphilis-Neuinfektionen öffnet sich immer weiter.

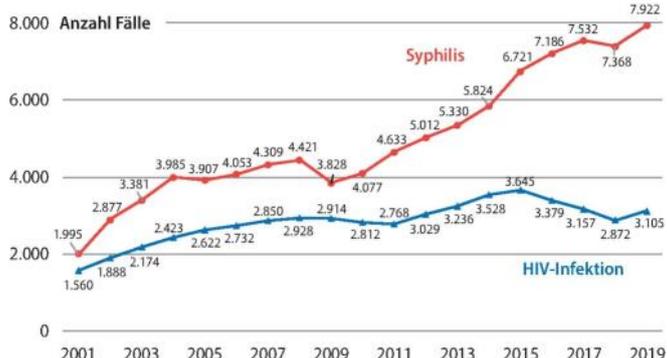


Abb. 1: Syphilis und HIV in Deutschland: Neuerkrankungen pro Diagnosejahr in den Jahren 2001-2019, (1).

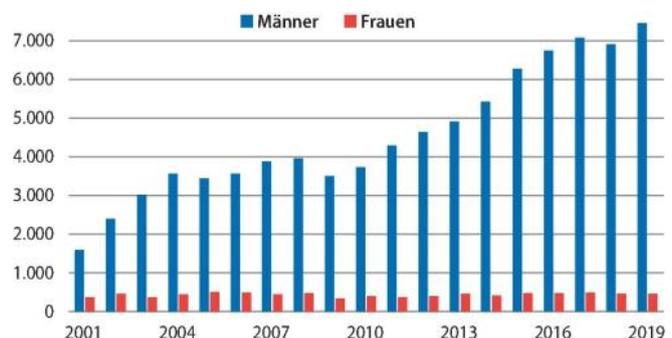


Abb. 2: Syphilis: Neuinfektionen pro Jahr nach Geschlecht, Deutschland 2001-2019, (1)

Bis zum Jahr 2000 war Syphilis nach dem Gesetz zur Meldung von Geschlechtskrankheiten meldepflichtig. Anfang 2001 trat das Infektionsschutzgesetz mit Einführung einer nicht-namentlichen Labormeldepflicht für Syphilis-Diagnosen in Kraft. Zunächst stieg nach Angaben des Robert Koch-Institutes (RKI) die Zahl der gemeldeten Infektionen bis 2004 an. Dann stabilisierten sich die Meldezahlen bis 2004 auf etwa 3.000 bis 3.500 Fälle pro Jahr. Ab 2009 sank die Anzahl, um dann seit 2010 - abgesehen von 2018 - kontinuierlich auf knapp 8.000 Fälle im Jahr 2019 anzusteigen. Vorwiegend betroffen sind homo- und bisexuelle Männer, darunter viele HIV-Positive. Der Frauenanteil an den 2019 gemeldeten Fällen liegt bei knapp 6%.

Dieser Trend zeigt sich auch in einer internationalen Studie aus 2019, als in JAMA<sup>2</sup> veröffentlicht wurde, dass PrEP-Nutzer ein hohes Risiko haben, an einer anderen bakteriellen STI zu erkranken. Ärzte diagnostizierten bei fast 75% der Patienten, die eine PrEP nutzten, innerhalb des ersten Jahres Tripper, Chlamydien oder Syphilis (Forscher um Jason Ong von der London School of Hygiene and Tropical

Medicine in London im Fachmagazin «JAMA Network Open»).

Die Studiendaten müssen jedoch differenziert betrachtet werden. Denn die Häufigkeit der Untersuchungen und Diagnosen hängt auch mit dem sozialen Gefälle zusammen: In Ländern mit hohem Durchschnittseinkommen wurden STI wie Gonorrhö, Chlamydien und Syphilis viel häufiger nachgewiesen als in Ländern mit niedrigem oder mittlerem Durchschnittseinkommen. Fazit: Bei intensiverer Diagnostik werden auch mehr Fälle gefunden.

Dennoch müsste von PrEP - Nutzern und deren Partnern eigentlich umgesetzt werden, was die HIV-Prävention rät. Nämlich vor allem beim Oralsex ein Kondom zu verwenden. Aber auch andere Übertragungswege sind möglich, wie durch Schmierinfektionen bei Nutzung von Sexspielzeug oder gemeinsamem Drogengebrauch (Nadeln, Röhren zum Sniefen).

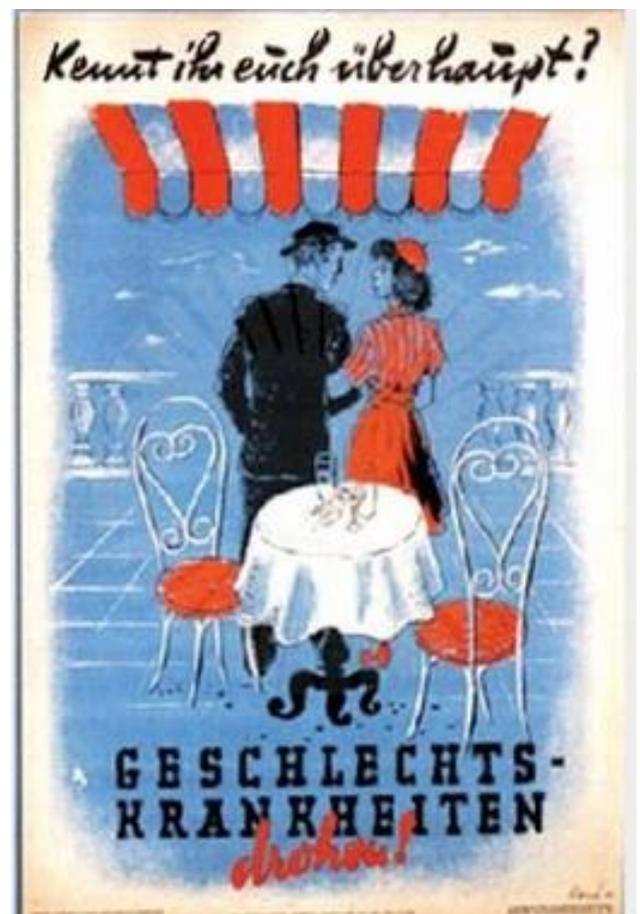
Der Anstieg bakterieller STI kann jedoch nicht allein oder hauptsächlich mit der Einführung von PrEP in Zusammenhang gebracht werden. Laut einer Studie aus 2019<sup>3</sup> zeigen Auswertungen von Langzeitstatistiken, dass es sich bei dem weltweit beobachteten Phänomen der erneuten Zunahme von STI aller Art um eine mittlerweile jahrzehntelange Entwicklung handelt. Zudem beschränkt sich diese Zunahme keineswegs ausschließlich auf Männer. In den USA haben sich z. B. Chlamydien - Infektionen bei Frauen zwischen 2002 und 2018 von 600.000 auf 1,1 Mio. in etwa verdoppelt und die Anzahl bei Frauen nachgewiesener Gonokokken-Infektionen ist zwischen 2012 und 2018 von 170.000 auf 240.000 angestiegen<sup>4</sup>.

Und hier entstehen neue Probleme: Häufige (Neu-) Infektionen mit bakteriellen STI, die – auch leitliniengerecht - immer wieder mit Antiinfektiva behandelt werden, bergen das Risiko der Entstehung von Resistenzen als auch von Nebenwirkungen (z. B. Nierenschädigungen). Dass die Resistenzgefahr real ist, zeigen Infektionen mit multiresistenten Gonorrhö-Bakterien, die in der britischen Boulevardpresse als „Super-Tripper“ bezeichnet werden, da sie gegen gängige Antiinfektiva wie Azithromycin oder Ciprofloxacin resistent geworden sind. Diese Entwicklung hat in Deutschland dazu geführt, dass seit 1. März 2020 Gonorrhö-Infektionen nicht-namentlich gemeldet werden müssen, wenn eine verminderte Empfindlichkeit gegenüber Azithromycin, Cefixim oder Ceftriaxon besteht. Dabei ist bereits die verminderte Empfindlichkeit gegen nur eines dieser drei Antibiotika ausreichend und verpflichtet zur Meldung.

In diesem Zusammenhang ist zu prüfen, ob der Weg einer Prophylaxe mit Antibiotika, wie z.B. Doxycyclin zur Prävention von Syphilis, sinnvoll ist. Dazu werden aktuell mindestens fünf Studien, die den Fokus auf MSM oder Transgender-Personen, die Sex mit Männern haben, durchgeführt. Ziel der Studien ist, mögliche Resistenzentwicklungen zu bestimmen<sup>5</sup>.

Medikamentöse Präventionen können im Ergebnis ggf. auch einen laxeren Umgang in Hinblick auf Sexualkontakte bewirken. Die Zunahme der STI zeigt, dass insgesamt –also auch von heterosexuellen Menschen und nicht selten Jugendlichen- die Safer-Sex-Regeln generell nicht mehr beachtet werden. Zudem besteht die Gefahr, dass die betreuenden und behandelnden Ärzt:innen eher als „Präventions-Dienstleister“ wahrgenommen werden, wie in einem Beitrag aus 2019 in „HIV and more“<sup>6</sup> dargestellt:

*Und wissen die Beteiligten eigentlich noch, worüber wir reden? Über „Krankheitsfälle“? Wir reden nicht über Sex mit HIV-infizierten Menschen, deren Virus unter der Nachweiskante ist. Wir reden über unsafes Sex mit Menschen (Plural!), von denen man nicht einmal den Vornamen weiß. Aber schon klar. Ein falsches Wort und man sitzt in der Ecke moralinsaurer Abstinenzprediger. Gleich neben Erika Steinbach. Ist man das, wenn man fragt, ob sich Menschen vor dem Sex nicht vielleicht doch auch noch – kurz! – unterhalten könnten? Ein bisschen Smalltalk, Leute. Wie heißt Du? Hast Du mal einen Test gemacht? Hallo, Schnelltest! Ist das naiv, spießig, hinterwäldlerisch? Aber dafür gibt es ja jetzt auch noch eine Kampagne, gefördert durch das Niedersächsische Gesundheitsministerium. Sie ist preisverdächtig. Sie wirbt dafür, vor dem Sex offener miteinander zu sprechen.*



Plakat von 1947  
© Paul Rosié, Dt Hygienemuseum (Quelle: (6) )

Man kann eine handsignierte DVD von Pornostar „Hans Berlin“ gewinnen. Mitarbeitende der Aidshilfe Niedersachsen Landesverband e.V. und deren Angehörige sind von der Teilnahme ausgeschlossen. Die Kampagne heißt: „Fick positiv“.



Werbung aus 2012 (7)

#### Fazit:

Die aktuelle Comic-Kampagne der Bundesregierung und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, u.a. mit dem Aufmacher „Juckt's im Schritt?“ scheint nicht so zu greifen wie erwünscht (zumal angezweifelt werden darf, dass jeder Leser den Begriff „Schritt“ entsprechend interpretiert). Und auch Corona und Lockdown haben nicht zu einem nennenswerten Absinken der STI - Zahlen geführt:

So zeigt beispielsweise die Syphilisstatistik des RKI für die Stadt Köln im Vergleich der Jahre 2019 und 2020 einen nur geringen Rückgang der Inzidenzen pro 100.000 Einwohner von 24,6/100.000 auf 20,9/ 100.000, für München von 13,1/100.000 auf 10,2/100.000 und für Berlin Mitte von 31,2/100.000 auf 30,4/100.000, für Leipzig aber sogar einen Zuwachs von 10,12/100.000 auf 10,68/100.000 und für Berlin-Friedrichshain/Kreuzberg von 45,38/ 100.000 auf 50,22/100.000. Sexualwissenschaftler:innen kommen zu dem Resümee, dass sich in diesem Bereich „hoch-kommunikative“ Menschen von COVID-19 kaum beeindruckt zeigen, und auch eine gewisse Bereitschaft besteht, sich über Kontaktverbote hinwegzusetzen. Eine britische Studie hat ergeben, dass die Neigung, sich nicht an die vorgegebenen Regeln zu halten, mit männlichem Geschlecht, Alkoholkonsum und der Dauer des Lockdowns in Tagen assoziiert ist.<sup>6</sup>

Es ist zu fordern, dass umfassender und/oder verständlicher als bisher über STI und Kondombenutzung, auch bei PrEP und Oralsex, informiert wird.

Zusätzlich sollte das Thema in weiterführenden Schulen (im neu zu schaffenden Schulfach Gesundheit, in dem auch relevante Themen wie Verhütung, Ernährung etc. implementiert werden), Universitäten und anderen Bil-

dungseinrichtungen angesprochen werden. Denn nicht entdeckte bakterielle STI können schwerwiegende Folgen, wie z. B. Sterilität, nach sich ziehen. Und über die betroffenen Individuen hinaus hat diese Entwicklung auch eine gesamtgesellschaftliche Bedeutung in Bezug auf Antibiotikaresistenzen!

#### Über die Autorin:

Frauke Repschläger ist Fachapothekerin für Arzneimittelinformation und Apothekerin für Geriatrische Pharmazie. Nach Studium der Pharmazie in Braunschweig und Berlin mehrjährige Tätigkeit in Apotheken. 1992 bis 1995 Beratungsapothekerin der AOK in Niedersachsen, seit 2007 bei der AOK Rheinland/Hamburg. Von 1998 bis 2007 Dozentin an der PTA-Schule in Bonn-Bad Godesberg. Mitautorin von „Fertigarzneimittelkunde“ und „PTA-Prüfung in Fragen und Antworten“, Deutscher Apothekerverlag; Gutachterin Stiftung Warentest „Handbuch Medikamente“. Sie ist außerdem VdPP - Mitglied seit 1989.



#### Weiterführende Informationen:

- <https://www.liebesleben.de/fuer-alle/sexuell-uebertragbare-infektionen/sti-uebertragungswege/>
- <https://www.prepineurope.org/en/>

#### Quellen:

<sup>1</sup>Rasokat, H. Syphilis 2020 - die Infektionszahlen steigen stetig. *gynäkologie + geburtshilfe* **25**, 38–45 (2020). <https://doi.org/10.1007/s15013-020-3175-x>

<sup>2</sup>Ong JJ, Baggaley RC, Wi TE, et al. Global Epidemiologic Characteristics of Sexually Transmitted Infections Among Individuals Using Preexposure Prophylaxis for the Prevention of HIV Infection: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Netw Open*. 2019;2(12):e1917134. doi:10.1001/jamanetworkopen.2019.17134

<sup>3</sup>Chow EPF, Grulich AE, Fairley CK. Epidemiology and prevention of sexually transmitted infections in men who have sex with men at risk of HIV. *Lancet HIV* 2019;6:e396-405

<sup>4</sup>Scott-Sheldon LAJ, Chan PA. Increasing Sexually Transmitted Infections in the U.S.: A Call for Action for Research, Clinical, and Public Health Practice. [editorial]. *Arch Sex Behav* 2020;49(1):13-17

<sup>5</sup>Juliana S Grant, Chrysovalantis Stafylis, Connie Celum, Troy Grennan, Bridget Haire, John Kaldor, Anne F Luetkemeyer, John M Saunders, Jean-Michel Molina, Jeffrey D Klausner, Doxycycline Prophylaxis for Bacterial Sexually Transmitted Infections, *Clinical Infectious Diseases*, Volume 70, Issue 6, 15 March 2020, Pages 1247–1253, <https://doi.org/10.1093/cid/ciz866>

<sup>6</sup> Ausgabe 4/2019: Warum die PrEP auch nerven kann (hivandmore.de)

<sup>7</sup><https://www.horizont.net/marketing/nachrichten/-25-Jahre-Anti-Aids-Kampagne-Wie-sich-die-Werbung-ueber-die-Zeit-veraendert-hat-111382>

## VEREINSINHALTE

# Auf den Punkt gebracht: Der neue VdPP - Flyer

Der VdPP hat sein Programm von 2009 um einige Themen aktualisiert und stellt die wichtigsten Punkte in einem Flyer dar. Hier sind sie schon einmal abgedruckt:

## 1. Die Apotheke vor Ort ist die Apotheke der Zukunft

Vor-Ort-Apotheken sind ein niedrighschwelliges Angebot für eine patientenorientierte Arzneimittelberatung. Sie leisten einen wichtigen Beitrag zur Gesundheitsversorgung. Als Wirtschaftsunternehmen müssen Apotheken zugleich ihre eigene ökonomische Existenzgrundlage sichern. Zunehmender wirtschaftlicher Druck begünstigt rein ökonomische Entscheidungen und kann so die Qualität der pharmazeutischen Versorgung gefährden. Kommerzielle Apothekenketten sind keine Lösung. Unterschiedliche Eigentumsformen, wie private, gemeinnützige, genossenschaftliche, sind denkbar.

Der VdPP fordert:

- Die wissenschaftliche Qualität der pharmazeutischen Profession muss in allen Apotheken gesichert sein
- Prävention und Gesundheitsförderung gehören in den Katalog der pharmazeutischen Dienstleistungen
- Die Zusammenarbeit und Vernetzung mit anderen Akteur:innen im Gesundheitswesen muss angestrebt und gefördert werden

## 2. Apotheken und Online-Handel

Der Online-Handel mit Arzneimitteln erhöht für Vor-Ort-Apotheken den Konkurrenzdruck. Durch wegfallende Preisbindung für verschreibungspflichtige Arzneimittel bei Boni-Gewährung durch ausländische Online-Händler wären sie im Nachteil, ebenso durch oft höhere Betriebs- und Personalkosten. Eine solche Entwicklung würde zu Lasten der Vor-Ort-Apotheken gehen. Diese müssen mit personenbezogenen Dienstleistungen beauftragt werden, die in der regionalen Versorgung niedrighschwellig und wohnortnah benötigt werden.

Dadurch können die Versorgung verbessert und die Apotheken existentiell gesichert werden.

Der VdPP fordert:

- Der Versand von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln aus dem Ausland muss verboten werden
- Die wohnort- und zeitnahe Versorgung rund um die Uhr muss gesichert werden
- Neue pharmazeutische Dienstleistungen sollen den Patient:innen personenbezogen und niedrighschwellig angeboten werden

## 3. Sozialpharmazie

Die pharmazeutische Wissenschaft basiert auf naturwissenschaftlichen Grundlagen. Aber Bedarf, Anwendung und Nutzen von Arzneimitteln werden wesentlich von gesellschaftlichen Interessen, politischen Maßnahmen sowie sozialen und kulturellen Gegebenheiten beeinflusst. Diesen Faktoren muss die Berufsausübung der Apotheker:innen überall Rechnung tragen. Für eine evidenzbasierte, patientenorientierte, soziale und gerechte Arzneimittelversorgung müssen die Strukturen analysiert, kritisch reflektiert und neuen Herausforderungen laufend angepasst werden. International hat sich für diese Themen das Fach Sozialpharmazie etabliert.

Der VdPP fordert:

- Sozialpharmazie mit ihren sozialwissenschaftlichen Methoden gehört in das Curriculum des Pharmaziestudiums
- Sozialpharmazeutische Themen müssen in der Fort- und Weiterbildung verankert werden
- Die Berufsorganisationen müssen sozialpharmazeutische Erkenntnisse als Herausforderung zum Handeln begreifen
- Pharmazeut:innen müssen ihre Perspektive um sozialpharmazeutische Aspekte erweitern und sich einer gemeinwohlorientierten, interdisziplinären Gesundheitsförderung verpflichten

## 4. Evidenzbasierte Pharmazie und Patientenorientierung

Pharmazeut:innen sind wegen ihrer wissenschaftlichen Qualifikation gefragt. Ob in der öffentlichen Apotheke, im Krankenhaus, in Institutionen, bei der Beratung von Ärzt:innen oder Patient:innen: Überall sollte die pharmazeutische Tätigkeit wissenschaftlich fundiert sein, indem sie die Erkenntnisse über Arzneimittel aus validen wissenschaftlichen Studien zugrunde legt. Dies ist etwa für die Beratung in der Selbstmedikation und für das Projekt der Arzneimittel-Therapiesicherheit (AMTS) unverzichtbar. Eine evidenzbasierte Pharmazie, die professionelle Erfahrungen und individuelle Patientenbedürfnisse einbezieht, muss konsequent beruflicher Standard und das Qualitätsmerkmal der Pharmazie werden.

Der VdPP fordert:

- Evidenzbasierte Pharmazie als Ausbildungsinhalt an Universitäten mit dem Ziel einer patientenorientierten Berufspraxis
- Praktische und aktuelle IT-Verfügbarkeit der Evidenzlage in der Apotheke, insbesondere für den Bereich Selbstmedikation
- Stärkung der Vor-Ort-Apotheken durch wissenschaftlich fundierte individuelle Beratung
- Herstellerunabhängige Fort- und Weiterbildung in Berufsorganisationen

## 5. Ethik und Monetik

In Apotheken als Wirtschaftsunternehmen ist ein Interessenkonflikt zwischen heilberuflichem Auftrag und kaufmännischem Handeln immanent; gleiches gilt für Arztpraxen und Krankenhäuser. In der Pharmazie vermissen wir eine strukturierte Debatte über Interessenkonflikte und über den Einfluss von Werbung und Big Pharma.

Der VdPP fordert:

- Eine pharmazeutische Berufsethik muss im Zentrum pharmazeutischen Handelns stehen und nach innen und außen vertreten werden
- Hohe ethische berufliche Standards sind im Umgang mit Interessenkonflikten unverzichtbar
- Fort- und Weiterbildungen über Interessenkonflikte müssen in die Berufsordnungen der Apothekerkammern aufgenommen werden

## 6. Ausbildung, Fort- und Weiterbildung

Das Pharmaziestudium, die PTA-Ausbildung, auch die Fort- und Weiterbildung genügen nicht den Herausforderungen an die pharmazeutischen Tätigkeiten in der Zukunft. Alle Ausbildungsbereiche müssen auf eine wissenschaftlich

fundierte, nachhaltige und patientenorientierte Berufspraxis vorbereiten. Dies wird auch von den Pharmaziestudierenden reklamiert.

Der VdPP fordert:

- Eine gründliche Revision der Approbationsordnung, der Curricula an den Universitäten, der PTA-Ausbildungsinhalte und ihre Orientierung auf eine moderne Pharmazie
- Der VdPP unterstützt alle Anstrengungen, um notwendige Reformen durchzusetzen

## 7. Frauen und Pharmazie - Frauen und Gesundheit

Apothekerinnen stellen zwei Drittel der Approbierten; sie arbeiten überwiegend in Teilzeit und sind seltener in leitenden Positionen, ob in Apotheken oder Standesorganisationen, in der Industrie, Krankenhauspharmazie oder in Lehre und Forschung.

Frauen sind anders krank und reagieren oft anders auf Arzneimittel. Ihre gesundheitlichen und sozialen Probleme werden häufig medikalisiert.

Der VdPP fordert:

- Durchsetzung der Gleichberechtigung in allen gesellschaftlichen Bereichen, auch durch Quotenregelungen
- Die Wahl von Gleichstellungsbeauftragten in den Kammern
- Die Intensivierung von Gender-Pharmazie und Gender-Medizin
- Eine Aus- und Weiterbildung, die für geschlechtsspezifische Fragestellungen sensibilisiert
- Öffentlichkeitswirksame Ächtung frauenfeindlicher Werbung und einer Medizin, die das Frau-Sein zur Krankheit erklärt

## 8. Digitalisierung im Gesundheitswesen

IT-Strukturen gehören seit langem unverzichtbar zum pharmazeutischen Alltag. Der Online-Handel mit Arzneimitteln ist etabliert. Mit dem E-Rezept ab 2021 nimmt die Digitalisierung Fahrt auf. Was praktisch und sinnvoll ist, wirft zugleich die Frage auf, ob die wichtigen persönlichen Patientenkontakte zur Beratung in Vor-Ort-Apotheken erhalten bleiben oder zunehmend durch Telepharmazie verdrängt werden. Eine technisch mögliche Umleitung der E-Rezepte auf Versand-Apotheken setzt zugleich die Vor-Ort-Apotheken einem harten Wettbewerbsdruck aus und wird für viele zu einer Existenzfrage werden.

#### Der VdPP fordert:

- Goldstandard der Beratung muss das direkte persönliche Gespräch bleiben
- Alten und hilfsbedürftigen Patient:innen ist der barrierefreie Zugang zu IT-Anwendungen zu gewährleisten
- Apotheken erbringen digitale Dienstleistungen nur für Patient:innen, die in der Apotheke persönlich bekannt sind (ausgenommen Notfälle)
- Digitalisierung muss von Vor-Ort-Apotheken genutzt werden, um kommunale gesundheitliche Netzwerke der Prävention und Gesundheitsförderung auszubauen
- Ein lückenloser Datenschutz ist für alle Digitalisierungsprozesse abzusichern

## 9. Arzneimittelpolitik

Arzneimittelpolitik, die Ausgestaltung des Arzneimittelmarktes, die Preisbildung, die Forschungsschwerpunkte für Innovationen und die Patentsicherung werden weitgehend durch pharmazeutische Konzerne bestimmt. Die Pharmaindustrie beeinflusst auch Therapie-Leitlinien. Arzneimittelforschung nach vorrangig profitorientierten Gesichtspunkten und Arzneimittelzulassungen auf Basis unzureichender Studiendaten gefährden Patient:innen weltweit. Eine Hochpreispolitik bedroht die solidarisch finanzierten Krankenversicherungen.

#### Der VdPP fordert:

- Arzneimittelzulassungen, die sich nur auf Ergebnisse aus klinischen Studien stützen, die nach dem anerkannten Stand der Wissenschaft durchgeführt wurden
- Arzneimittelzulassungen vor Abschluss der Erprobung nur für absolut notwendige und ethisch vertretbare Anwendungen
- Politische Maßnahmen gegen die Hochpreispolitik für Arzneimittel, auch zum Schutz der solidarischen, sozialen Sicherungssysteme
- Patientenorientierte, evidenzbasierte, unabhängige und transparente Information über Nutzen und Schaden von Arzneimitteln
- Konsequente Beseitigung der Ursachen von Lieferengpässen und Maßnahmen zur Eindämmung von Arzneimittelfälschungen

## 10. Gesundheitspolitik

Der staatliche Auftrag, die Gesundheitsversorgung als öffentliche Daseinsvorsorge zu gestalten, wird nicht ausreichend erfüllt. Die Gesamtwirtschaft drängt auf niedrige Gesundheitsausgaben, die Gesundheitsindustrie lobbyiert für beste Profitbedingungen. Interessen von Patient:innen bleiben oft auf der Strecke. Indikatoren für gesundheitliche

Chancengleichheit wie gute Bildung und Abbau von sozialer Ungleichheit werden politisch vernachlässigt. Der Zugang zu benötigten Leistungen unabhängig vom sozialen und ökonomischen Status ist nicht solidarisch gewährleistet.

#### Der VdPP fordert:

- Eine solidarische Bürgerversicherung, die von allen durch einkommensabhängige Beiträge finanziert wird und allen einen gleichen Leistungsanspruch sichert
- Konsequente Realisierung der Patientenbeteiligung auf allen Ebenen der Selbstverwaltung
- Umsetzung der gesundheitspolitischen *Handlungsfelder der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung* von 1986

## 11. Gesundheit und Klimaschutz

Der Klimawandel mit seinen bedrohlichen Auswirkungen auf die Natur und die Gesellschaft wird zunehmend wahrgenommen. Seine gesellschaftspolitischen Ursachen, die gesundheitlichen Folgen und die Notwendigkeit von Gegenmaßnahmen werden oft noch verdrängt. Auch Pharmazeut:innen müssen auf die Bedrohungen reagieren, die Gesundheitsrisiken erkennen, insbesondere im Zusammenhang mit Arzneimitteln und ihrer Anwendung.

#### Der VdPP fordert:

- Fort- und Weiterbildung über klimabedingte Gesundheitsrisiken durch die Berufsorganisationen
- Aufklärung und Beratung der Patient:innen über Präventionsmöglichkeiten und über erforderliche Verhaltensregeln
- Zügige Realisierung von klimaneutralen Apotheken
- Thematisierung der Klimaprobleme in allen pharmazeutischen Tätigkeitsbereichen, etwa auch in Krankenhäusern und Verwaltungen
- Umsetzung von Klimazielen durch Beteiligung in lokalen Netzwerken
- Abzug von Investitionen der Versorgungswerke der Apotheker:innen in fossile Brennstoffunternehmen und Reinvestition in nachhaltige Anlagen (Divestment)
- Beteiligung an öffentlichen Klimaaktionen im Gesundheitswesen

## 12. Globale Gesundheit und Frieden

Das WHO-Ziel *Gesundheit für alle* ist eine globale Aufgabe. Weltweit bestehende Ungleichheiten bei Gesundheits- und Lebenschancen sind politisch verursacht, etwa die Hürden beim Zugang zu preiswerten unentbehrlichen Arzneimitteln und Impfstoffen, vor allem in den Ländern des globalen Südens. Die sozialen Determinanten von Krankheit werden

gegenüber individualisierten Risiken weitgehend vernachlässigt. Hier muss verantwortungsvolle globale Gesundheitspolitik ansetzen. Kriege verursachen und verschärfen alle Probleme.

#### Der VdPP fordert:

- Die finanzielle und politische Stärkung der WHO durch ihre Mitgliedsorganisationen
- Die Schaffung und Förderung von gesunden Lebens- und Umweltbedingungen auf lokaler, nationaler und globaler Ebene
- Eine Gesundheitspolitik unter Einbeziehung aller sozialen, ökologischen und gesundheitlichen Auswirkungen im Sinne von *Health-in-all-Policies*
- Die Umsetzung von Gesundheitsprogrammen vor allem in armen Ländern unter Nutzung ihrer kulturellen und traditionellen Ressourcen
- Unterstützung des globalen Aufrufes „Patente töten“
- Wirksame Maßnahmen gegen die Ausbreitung von Antibiotika-Resistenzen
- Ein Lieferkettengesetz, das Unternehmen zur Einhaltung sozialer, ökologischer, menschenrechtlicher und arbeitsrechtlicher Sorgfaltspflichten zwingt
- Abrüstung, Ende der Waffenexporte, weltweite Ächtung von Atomwaffen, friedenssichernde Politik

Der VdPP ist für alle, die Gleichgesinnte für die Verwirklichung einer patientenorientierten Berufspraxis suchen, die sich nicht mit der Macht der Anbieter und der Ohnmacht der Patient:innen im Gesundheitswesen abfinden wollen, die einen kritischen Umgang mit dem Widerspruch zwischen Ethik und Monetik anstreben, die eine demokratische Berufspolitik wollen, die Gendergerechtigkeit im Beruf und in der Gesellschaft fordern und sich gegen den Klimawandel engagieren.

### Nicht alles allein regeln wollen!

#### Besser:

- Erfahrungen austauschen
- Fragen diskutieren
- Entwicklungen verstehen
- Lösungen finden
- Forderungen einbringen
- Kontakte mit Pharmazeutinnen und Pharmazeuten aus allen Berufsfeldern herstellen
- Berufliche Perspektiven entwickeln

Dafür brauchen wir eine überregionale Struktur wie den VdPP und die Vernetzung und Zusammenarbeit mit anderen Akteurinnen und Akteuren im Gesundheitswesen.

## Grußwort des Vorstandes

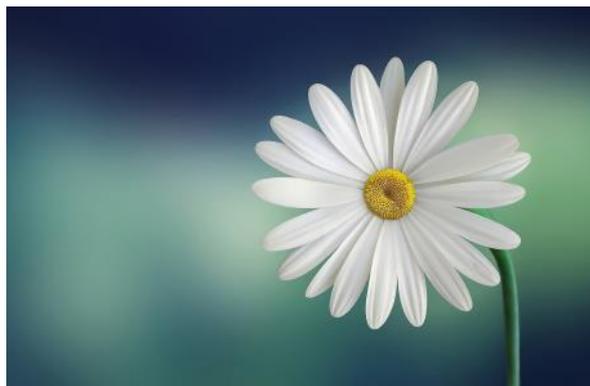
Seit nunmehr einem Jahr hat uns die Corona-Pandemie fest im Griff. Die Angst vor einer Ansteckung, die Sorge um erkrankte Angehörige oder Freund:innen, die verschiedenen Lockdowns und die Kontaktbeschränkungen haben unser Leben völlig verändert.

Welche Auswirkungen hatte das nun auf den VdPP?

Anfangs keine guten: Die Mitgliederversammlung, die im Juni in Bonn stattfinden sollte, musste genauso abgesagt werden wie das geplante Herbstseminar. Und die Regionalgruppen in Berlin und Hamburg konnten sich nicht mehr wie gewohnt treffen.

Es dauerte eine Weile, bis wir einen passenden Anbieter für Videomeetings gefunden hatten, um so problemlos miteinander kommunizieren zu können. Danach konnte das Vereinsleben wieder Fahrt aufnehmen.

Drei Beispiele dafür: Unter der Regie der Berliner Regional-



gruppe wurde ein aktualisiertes Kurzprogramm für den neuen VdPP - Flyer (s. Seite 26—29) erarbeitet.

Einige Vereinsmitglieder hoben die „Pharmacists for Future“ aus der Taufe, an deren ersten Treffen auch mehrere junge Apotheker:innen und Studierende teilnahmen, die nicht im VdPP sind.

Und zu guter Letzt fand anstelle des ausgefallenen Herbstseminars zum ersten Mal ein Frühlingseminar statt mit dem Titel „Pharmazeutische Dienstleistungen – Was Apotheken können und sollen“. An diesem Webinar nahmen über 60 (!) Personen teil.

Man sieht also: Der VdPP ist quicklebendig. Das kann er allerdings nur deswegen sein, weil auch in diesen schwierigen Zeiten viele dem Verein Zeit und Energie geschenkt haben. Dafür möchte ich mich im Namen des Vorstandes herzlich bedanken.

*Thomas Hammer für den Vorstand*

## Klimaaktivist:innen in der Pharmazie

Ulrike Faber

Schon dreimal haben sich die Pharmacists for Future (Ph4F) getroffen. Wer? Ja: die Pharmacists for Future! - Eine Reihe im Herzen junger und auch wirklich junger Menschen, die etwas wollen, nämlich sich für Nachhaltigkeit engagieren, für einen radikalen Wechsel des klimaschädlichen Lebens in der Politik, im Beruf, im Gesundheitswesen, im Land, in der Welt.

Studierende aus Halle, aus Heidelberg, aus Freiburg, aus Tübingen, Mainz und Kiel. Und Apotheker:innen, auch einige aus dem VdPP. Und Mitglieder des Bundesverbandes der Pharmaziestudierenden BPhD. (Hoffentlich niemand vergessen!) Alle waren bei den letzten Treffen dabei.

Es ist so, als ob überall kleine Klima-Pflänzchen sprießen würden: Einige nehmen an den regionalen H4F-Gruppen teil, suchen aber auch einen pharmazeutischen Bezug. In Freiburg lief eine gut besuchte Vorlesung über nachhaltige Pharmazie (dazu ein Interview im VdPP Rundbrief 109). Nun hat, durch Freiburg angeregt, auch in Halle eine solche Vorlesung begonnen, die auf großes Interesse bei den Studierenden stößt. An der Heidelberger Uni hat sich eine neue Klima-Gruppe gebildet, die von vielen besucht war und ein sehr gutes Feedback hatte.

Es ist interessant und macht Spaß, von solchen Aktivitäten zu erfahren, zeigt es doch, wie vielen die ganze Klimaproblematik inzwischen wirklich auf den Nägeln brennt. Das macht auch Hoffnung.

Unsere ersten Zoom-Treffen waren bestimmt durch gegenseitiges Kennenlernen und durch die Suche nach möglichen Handlungsansätzen. Zoom bietet einige Möglichkeiten, sich auch persönlich kennen zu lernen, z.B. indem wir in kleine Gruppen geleitet wurden und uns einige Minuten lang über persönliche Motive und Erfahrungen austauschen konnten.

Themensuche bezieht sich ja zugleich auf Themen und auf Struktur: einen Verein gründen? Arbeitsgruppen bilden? Das steht (noch) nicht an. Die Einbindung in die regionalen Gruppen und Mitgliedschaft bei KLUG (Deutsche Allianz Klimawandel und Gesundheit), wo der VdPP Mitglied ist, sorgen für Vernetzung und Kontakte. Immerhin hat sich Ph4F eine gemeinsame Plattform geschaffen: Slack, wo man sich anmelden, Kontakte pflegen, Termine erfahren Infos einstellen und austauschen kann.

Klimarelevante Themen gibt es in der Pharmazie genug. Drug-design in der Forschung, Abfallvermeidung im stu-

dentischen Labor an den Unis, Belastung der Abwässer durch Arzneimittel und Aktivitäten wie Beteiligung von Krankenhausapotheken an der BUND-Aktion Klik green für klimaneutrale Krankenhäuser, Aufklärung und Information in den Apotheken, Aktionen im Rahmen der Berufspolitik und an den Unis usw. usw. – mehr kann man in zwei Stunden gar nicht besprechen.

So viel Stoff braucht Struktur. Mit Hilfe neuer Kommunikationstechniken wurden in der letzten Sitzung unter Beteiligung aller(!) die Motivationen, Ideen und Traumziele in thematische Schwerpunkte komprimiert. Daran werden wir beim nächsten Treffen am 4. Mai weiter arbeiten (immer der erste Dienstag im Monat). Infos dazu sind auf der Homepage des VdPP eingestellt.

Gut fand ich auch die Feedback-Runde am Schluss. Eine Erstsemester-Studentin meinte, sie sei erstmal nur zum Schnuppern gekommen; alles habe sie noch nicht verstanden, aber es habe ihr sehr gut gefallen und sie finde es toll, jetzt dazu zu gehören.

### Hinweis:

Der Apotheker und DAZ-Voluntär Marius Penzel ist auch bei den Pharmacists for Future aktiv und hat über das erste Treffen in der DAZ berichtet:

<https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/daz-az/2021/daz-6-2021/pharmacists-for-future-treten-in-aktion> (Bezahlschranke)

### Mehr zu den Treffen unter:

<http://www.vdpp.de/pharmacists-for-future/>

### Über die Autorin:

Dr. Ulrike Faber ist VdPP-Mitglied und von Anfang an bei Pharmacists for Future dabei.



# Klima- und Umweltschutz: Eine neue Perspektive für den BPhD

Ein Gastbeitrag von Patrick Neumann

Spätestens seit den ersten „Fridays for Future“ Demonstrationen und Greta Thunberg ist der Klimawandel ein Thema, mit dem jede\*r fast täglich konfrontiert wird. Sei es beim Wetterbericht, wenn die Rede von „Wetterchaos“ ist, oder in den Nachrichten, wenn von Waldbränden oder von „einem der trockensten Jahre in den letzten Jahrzehnten“ berichtet wird.

Als Interessensverband der Pharmaziestudierenden hat der BPhD sich überlegt, wie es eigentlich mit dem großen und vielfältigen Bereich der Pharmazie im Zusammenhang mit Klima, aber auch allgemeiner, der Umwelt, aussieht. Denn auch im Bereich der Pharmazie kann und sollte umweltbewusster gedacht und gehandelt werden. Gerade uns als Nachwuchs ist dies ein wichtiges Anliegen, dass die Pharmazie, sei es Industrie oder die öffentliche Apotheke, ihren Beitrag leistet.

Anfang 2021 hat der Bundesverband der Pharmaziestudierenden in Deutschland die AG Klima und Umwelt ins Leben gerufen und am 01.02. fand das erste Treffen statt. Am ersten Treffen wurden gemeinsam mit den Studierenden Themen und Punkte gesammelt, welche diskutiert werden wollen.

Doch was hat nun das Schmelzen der Polare mit der Pharmazie zu tun und warum sollten die Pharmazeut:innen sich damit beschäftigen?

Die Klimakrise bedeutet nicht nur, dass es wärmer wird, der Meeresspiegel steigt und es immer mehr Wetterextreme gibt. Das Klima hat auch einen erheblichen Einfluss auf unsere Gesundheit.

Die Klimakrise ist die größte gesundheitliche Krise des Menschen! Als an-



gehende Heilberufler:innen ist es wichtig, dass auch die Pharmazeut:innen die Folgen erkennen und in der Apotheke zu den Auswirkungen des Klimawandels beraten werden kann. Auch die Allergiesaison wird verlängert, da durch mehr CO<sub>2</sub> in der Luft eine höhere Aktivität der Bäume vorliegt, wodurch es automatisch zu einer Zunahme der Pollen kommt. Ebenfalls sind auch Infektionskrankheiten und Pandemien, wie wir sie aktuell erleben, zu beachten. Durch die Zerstörung von Ökosystemen für unsere Rohstoffe haben Viren die Möglichkeit, aus ihrem geschlossenen Ökosystem auszubrechen. Durch die Nähe zum Menschen oder zum Nutztier besteht die Möglichkeit, dass sich Viren auszubreiten können.

Im Jahr 2020 stand Deutschland auf Platz 3 mit den meisten Hitzetoten weltweit und Allergiker leiden schon zu Jahresbeginn unter Allergiebe-

schwerden, die von Jahr zu Jahr immer stärker werden. Neben den Hitzewellen gibt es aber auch weitere Folgen für die Gesundheit.

Um die Zusammenhänge zwischen Klima und Gesundheit näher zu erläutern, wurde zusätzlich eine kleine Vortragsreihe auf die Beine gestellt. In der Vortragsreihe haben die Studierenden die Chance mit Expert:innen zu diskutieren oder ihre Fragen zu stellen:

- Klima und Gesundheit
- Ernährung und Umwelt
- Klimakrise und mentale Gesundheit
- Kommunikation in der Klimakrise

Die Vortragsreihe startete am 15.03.2021 und konnte viele Studierende noch zu einem kleinen Abendvortrag bewegen. Am 25. Mai gibt es den nächsten Vortrag, bei dem es um Kommunikation in der Klimakrise gehen wird. Jede:r ist herzlich eingeladen.

Die Zugangsdaten gibt es immer auf unserer Homepage oder auf Instagram.

#### Über den Autor:

Patrick Neumann ist Pharmaziestudent in Marburg und im BPhD für das Amt für Public Health zuständig.

Mehr zum BPhD unter:  
<https://www.bphd.de/>

# Für eine klimagerechte Gesundheitsversorgung in Deutschland

Ein Positionspapier von KLUG Deutsche Allianz Klimawandel und Gesundheit

## ABSTRACT:

**Ausgangspunkt:** Die Klimakrise wird zum größten medizinischen Notfall des 21. Jahrhunderts.

**Ziel:** Das Gesundheitssystem muss eigene Maßnahmen für die Transformation ergreifen, um der Klimakrise entgegenzuwirken:

1. Reduktion des CO<sub>2</sub>-Fußabdruck auf netto Null (Mitigation)
2. Anpassung an die Folgen der Klimakrise (Adaptation)

**Begründung:** Das Gesundheitssystem hat mit knapp 5% erheblichen Anteil an den nationalen Treibhausgasemissionen. Bereits jetzt führt der Klimawandel in Deutschland zu einer Zunahme von Krankheiten und vorzeitigen Todesfällen.

**Umsetzung:** Eine Reduktion des CO<sub>2</sub>-Fußabdrucks, also der direkten und indirekten CO<sub>2</sub>-Emissionen, gelingt durch:

- Reduktion des Energieverbrauchs
- Reduktion direkter Treibhausgase
- Nutzung regenerativ erzeugter Energien
- Reduktion des Verkehrs von Patienten und Mitarbeitenden
- klimaneutrales Bauen
- regionale, gesunde Ernährung
- Abfallvermeidung und -verwertung
- Nachhaltigkeitskriterien im Einkauf für Investitionsgüter, Verbrauchsmaterial und Arzneimittel
- Implementierung in Lehre und Forschung
- Digitalisierung
- Kommunikation der Ziele in das Gesundheitssystem und die Bevölkerung

Krankheiten aufgrund von Erderwärmung, Umweltverschmutzung und Fehlernährung nehmen zu. Die Anpassung an die Klimakrise gelingt durch die Erstellung von Hitzeaktionsplänen, Personalentwicklung, baulichen Schutz vor extremen Wetterereignissen und mit einer Ausrichtung der Versorgung auf die Vermeidung und Behandlung der Krankheitslast, die mit der Klimakrise zusammenhängt (u.a. Allergien, Lungenerkrankungen, Übergewicht, Hitze-

Kranke, Beeinträchtigungen der mentalen Gesundheit, tropische Infektionskrankheiten).

Der Gesundheitssektor ist zentral in der Gesellschaft verankert, er stellt damit einen wichtigen Faktor für das Gelingen der Transformation dar. Für die Umsetzung der genannten Punkte sind jeweils viele Akteure unterschiedlicher Profession und Zuständigkeiten zu gewinnen. Funktionierende Lösungen müssen über administrative Hoheitszonen hinweg umgesetzt werden.

**Wir empfehlen daher die Gründung von ministeriellen Planungsgruppen, die aus Vertretern der Ressorts für Gesundheit, Umwelt, Verbraucherschutz und Wissenschaft, Vertretern der Heilberufe, der Krankenkassen und Experten der Transformation bestehen. Das Ziel dieser Planungsgruppen ist es, die politischen Rahmenbedingungen zu schaffen für eine klimagerechte Gesundheitsversorgung.**

Mehr zur Pressemitteilung, zur Veröffentlichung des Positionspapieres unter: <https://www.klimawandel-gesundheit.de/keine-gesundheit-ohne-klimaschutz-was-jetzt-getan-werden-muss/>

Das gesamte Positionspapier lesen Sie hier: <https://zenodo.org/record/4610637#.YHmHUGzblU>

## Mehr zu KLUG:

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

Unser Ziel 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! Mehr unter: <https://www.klimawandel-gesundheit.de/>

Der VdPP ist Mitglied bei KLUG und unterstützt die Forderungen nach einem klimaneutralen Gesundheitswesen.



# Klimaneutraler Gesundheitssektor 2035

Ein Aufruf für Gesundheitseinrichtungen

**P**raxen, Pflegeeinrichtungen, Krankenhäuser, Apotheken, Krankenkassen und weitere Einrichtungen treten zusammen für eine klimaneutrale Gesundheitsversorgung bis 2035 ein! Im April 2021 startete der Aufruf. Für die Teilnahme an der Initiative benötigen die Einrichtungen keinen ausgearbeiteten Plan. Wichtig dagegen ist die Bereitschaft, sich gemeinsam auf den Weg zu machen, nach und nach geeignete Maßnahmen zu ergreifen und Zwischenziele zu definieren. Dazu gehört auch, die Patient:innen dabei zu unterstützen, sich vor gesundheitlichen Folgen des Klimawandels zu schützen.

Machen Sie mit! Tragen Sie Ihre Apotheke ein: <https://gesundheit-braucht-klimaschutz.de/>

Meine Einrichtung beteiligt sich an der Initiative Klimaneutraler Gesundheitssektor 2035:

- \* Wir stellen dafür unsere Einrichtung auf Strom und Wärme aus regenerativ erzeugten Energien um.
- \* Wir unterstützen die lokal emissionsfreie Mobilität der Mitarbeitenden.
- \* Wir unterstützen unsere Patient\*innen, sich vor den gesundheitlichen Folgen des Klimawandels zu schützen.
- \* Wir definieren wichtige Zwischenziele unserer Einrichtung auf dem Weg zur Klimaneutralität.
- \* Wir fordern, das Ziel einer bis 2035 klimaneutralen Gesundheitsversorgung gesetzlich zu verankern.

Der Gesundheitssektor verursacht 5% der Treibhausgasemissionen, ein Drittel davon direkt durch die Einrichtungen.

Um die globale Erwärmung auf 1,5 °C zu begrenzen, müssen die Treibhausgasemissionen schnell auf netto Null sinken.

Gesundheit braucht Klimaschutz – denn gesunde Menschen gibt es nur auf einem gesunden Planeten.



## Klimaneutraler Gesundheitssektor 2035

Als Verein demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten und als Initiator von Pharmacists for Future rufen wir insbesondere alle Apotheken auf, sich an dieser Initiative zu beteiligen. Der VdPP unterstützt die Ziele und setzt sich zudem dafür ein, dass insbesondere an den Schutz der sozial Benachteiligten gedacht werden muss und sich dies auch in Planungsgremien an herausragender Stelle zeigen muss. In Bezug auf die Klimagerechtigkeit müssen die Begriffe „Soziales“ und „Benachteiligung“ in weiteren Diskussionen im Vordergrund stehen.“

BUCHEMPFEHLUNG

# Auf Kosten der Patienten?

Kritische Kommentare zur Pharmaindustrie

Udo Puteanus

**W**er sie noch nicht kennt, kann sich jetzt einen Überblick verschaffen: Zehn Jahre kritische Kommentare des Pharmamarktes von unserem VdPP-Mitglied Gerd Glaeske, zusammengefasst in einem Buch und zeitgleich mit der 250. Ausgabe der Zeitschrift Dr. med. Mabuse. In nahezu jeder Ausgabe dieser Zeitschrift hat Gerd zu aktuellen Fragen des Arzneimittelmarktes Stellung bezogen: Welche Arzneimittel werden verschrieben, die eigentlich gar nicht angezeigt wären, an welcher Stelle werden zu hohe Preise für Medikamente verlangt, wo bestehen unvermeidbare Risiken bei der Anwendung von Arzneimitteln, wie sind die gesetzlichen Initiativen der jeweiligen Bundesregierung zu werten, an welcher Stelle erfolgt Medikalisierung von Problemen, die eigentlich anders gelöst werden müssten und, und, und...

Für „alte Häsinnen und Hasen“ erinnert das Buch z. B. an den langen und beschwerlichen Weg der „Gegen-öffentlichkeit“ gegenüber der stetigen Werbetour der Pharmaindustrie, an die verlorenen Kämpfe um die Positivliste, an das zähe Ringen um die Nutzenbewertung, an die Kämpfe rund um die Rabattverträge.

Für alle diejenigen, die sich erst seit kurzem mit dem Thema Arzneimittelmarkt und -politik kritisch auseinandersetzen, ist dieses Buch sicherlich unverzichtbar für einen Einstieg. Denn es liefert eine Übersicht über Arzneimittelthemen, die auch heute noch in der Diskussion sind. Und es ist eine Sammlung, die zeigt, wie Gerd Glaeske „Gegenöffentlichkeit“ lebt. Keine Apotheker:in hat sich wie er zu fast allen Fragen des Arzneimittelmarktes öffentlich geäußert, nicht nur schriftlich und durch Organisation von Kongressen, sondern ganz besonders und bewusst auch in Presse, Funk und Fernsehen. Er war und ist gern gesehener Gast in Verbrauchermagazinen und Sendungen zu Arzneimittelfragen.

Gerd Glaeske hat im Laufe seines Lebens viele berufliche Stationen durchlaufen und noch viel mehr angestoßen. So war er bspw. bei der Gründung des VdPP dabei und ist



Gerd Glaeske: Auf Kosten der Patienten? Kritische Kommentare zur Pharmaindustrie, Mabuse Verlag 2021  
ISBN: 9783863215538

auch heute noch Mitglied. Und auch bei der Gründung der Gesellschaft für Arzneimittelanwendungsforschung und Arzneimittelepidemiologie war seine Expertise gefragt. Nicht zuletzt mischte er beim Aufbau des Deutschen Netzwerks zur Versorgungsforschung mit, und er war viele Jahre Mitglied des Sachverständigenrates für Fragen des Gesundheitswesens (SVR). Noch heute sind seine Ausführungen im Sondergutachten des SVR aus dem Jahr 2009 zur Zukunft des Apothekenwesens sehr lesenswert, auch wenn er mit seiner Haltung gegenüber dem Versandhandel nicht die Linie des VdPP vertritt.

Er engagiert sich in den achtziger Jahren - damals noch als Pionier—bei der Datenerfassung und -auswertung von Arzneimittel-Rezepten. Seine Kämpfe gegen die verordnete Arzneimittelabhängigkeit (Benzodiazepine) oder gegen eine unverantwortliche Selbstmedikation (z. B. Thomapyrin, MediNait) sind legendär, ebenfalls sein Einsatz gegen

Gefahren bei der Einnahme von bestimmten Kontrazeptiva. Vieles davon findet sich regelmäßig in seinen Kolumnen in der Zeitschrift Dr. med. Mabuse, und jetzt für die letzten zehn Jahre nochmals dokumentiert in dem Buch des Verlags.

Derzeit ist Gerd Glaeske wissenschaftlicher Leiter des „Länger besser leben“-Institutes an der Uni Bremen. Genau dies ist ihm auch zu wünschen.

### Über den Autor:

Dr. Udo Puteanus ist Apotheker, VdPP-Vorstandsmitglied. Er hat einen ausgeprägten Sinn für die Rechte von Patient:innen und kennt Gerd Glaeske seit Jahren.

### Über Gerd Glaeske:

Prof. Dr. Gerd Glaeske ist Apotheker, VdPP-Mitglied und ein Experte in der Arzneimittelversorgungsforschung. Das Wohl der Patient:innen liegt ihm sehr am Herzen. Ein Beitrag von Glaeske zur Selbstmedikation ist in diesem Rundbrief auf den Seiten 14-18 zu lesen.

## BUCHBESPRECHUNG

# Alexander von Humboldt: Der Vater der Umweltbewegung

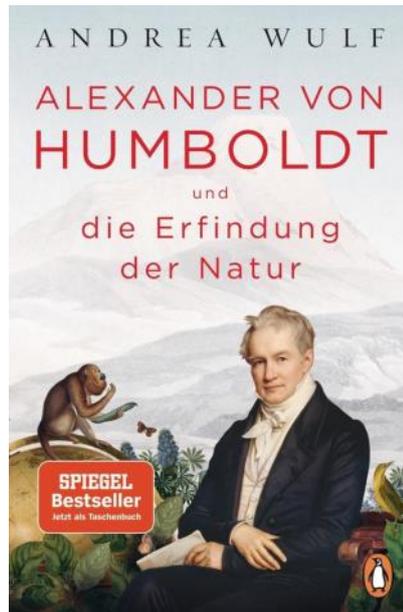
Regina Schumann

Das eindrucksvolle Buch von Andrea Wulf „Alexander von Humboldt und die Erfindung der Natur“ ist eine tolle Biographie über einen überaus klugen, wissbegierigen und arbeitssüchtigen Naturwissenschaftler. Atemlos verfolgte ich seine Südamerikaexpedition Anfang des 19. Jahrhunderts und seine aufregenden kreativen Jahre in Paris. Richtig beeindruckt war ich aber vor allem, wie sich durch seine veröffentlichten Ideen und Gedanken unsere Sicht auf die Welt veränderte und welchen Einfluss er dadurch auf weitere Naturforscher:innen hatte. Noch heute wirken Humboldts Ideen und gelten als Grundlage für die Klimaschützer:innen des 21. Jahrhunderts. Schon auf seiner Südamerikareise beschrieb Humboldt die Auswirkung des Menschen auf Landschaft und Klima und entwickelte an seinen Erkenntnissen am Valenciasee in Venezuela den Begriff der „vom Menschen verursachten Klimaveränderungen“. Dieselben Einflüsse beobachtete und beschrieb er auch für andere Gegenden der Erde (in Italien, Russland, in Nordamerika) und wurde damit zum „Vater der Umweltbewegung“.

Die Männer, die ihm im 19./20. Jahrhundert folgten, seine Ideen aufgriffen und erstmals Umwelt- und Klimaschutz in Projekten umsetzten, werden in Andrea Wulfs Buch ebenfalls gewürdigt. Ich erfuhr, dass Henry David Thoreau, den ich davor als etwas spinnerten Einsiedler ansah, genau diese bedingungslose Naturliebe verkörperte, ohne die unser Klima nicht zu retten ist. Er forderte bereits 1851 den Schutz der Wälder!

Dass der Mensch durch seine Eingriffe die Natur aus dem Gleichgewicht bringt, hat später George Perkins Marsh in „Man and Nature“ beschrieben. Marshs Zukunftsvision war trostlos: „Wenn sich nichts ändere, drohe unserem Planeten ein finsternes Schicksal: zerborstene Oberflächen, klimatische Exzesse.. und vielleicht sogar das Aussterben der Menschheit“. Wie weitsichtig von Marsh und wie nah sind wir schon seiner Utopie!

Ein weiterer Schüler Humboldts, John Muir, entdeckte das



Andrea Wulf:  
Alexander von Humboldt und die  
Erfindung der Natur  
Penguin Verlag  
ISBN 978-3-328-10211-3

Yosemite-Tal mit seiner vielfältigen Botanik und setzte sich für den Erhalt dieses Gebietes ein. 1890 wurden große Teile des Tals als Yosemite-Nationalpark ausgewiesen und der Kontrolle der US-Bundesregierung unterstellt. Später war Muir der erste Aktivist, der mit unzähligen Artikeln und Leserbriefen auf die schützenswerte Natur aufmerksam machte und für ihren Erhalt kämpfte. Eine nationale Protestbewegung für den Umweltschutz war geboren.

Im Epilog des Buches wird der Beitrag Humboldts und seiner Schüler bis heute gewürdigt: „Humboldts Erkenntnis, dass alle gesellschaftlichen, wirtschaftlichen und politischen Aspekte eng mit Umweltproblemen verknüpft sind, hat nichts von ihrer Aktualität eingebüßt.“ Der Bericht des Weltklimarats der UNO von 2014 bestätigt die bald 200 Jahre alten Erkenntnisse Humboldts, im Bericht heißt es, dass die globale Erwärmung „irreversible Auswirkungen auf Menschen und Ökosystem haben wird.“

Lest die Biographie von Humboldt und lasst Euch inspirieren von seinen Ideen und seiner Energie! Eine unserer Forderungen im VdPP zu „Gesundheit und Klimaschutz“ ist die „Umsetzung von Klimazielen durch Beteiligung in lokalen Netzwerken“ und die „Beteiligung an öffentlichen Klimaaktionen im Gesundheitswesen“. Lasst uns mit KLUG und den Ph4F aktiv werden!

### Über die Autorin:

Dr. Regina Schumann ist Apothekerin, VdPP-Mitglied und leidenschaftliche Leserin. Ihr Kommentar: „Was habe ich das letzte Jahr mit Corona getan? Im VdPP am Flyer gearbeitet, zuhause dicke Bücher gelesen und mich für die VdPP-Gruppe der „Pharmacists for Future“ (Ph4F) interessiert. Wie das alles verbinden? Mit einer Buchbesprechung, die perfekt zum Anliegen von Ph4F und zum Kapitel „Gesundheit und Klimaschutz“ im VdPP-Flyer passt.“

### Hinweis:

Alle Zitate sind aus dem besprochenen Buch.

## Fachtagung und Mitgliederversammlung des Vereins demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten e.V.

# Klimakrise konkret: Umwelt, Gesundheit, Pharmazie!

Wer sich soziale Verantwortung auf die Fahnen schreibt, kommt in dieser Welt am Thema Klimakrise nicht mehr vorbei. Längst bleibt es nicht bei den körperlich erfahrbaren heißen Sommern in unserer Region. Ein tieferer Einblick in die Entwicklung offenbart ein weites Spektrum an gesicherten Erkenntnissen und dramatischen Auswirkungen überall auf der Erde. Der wissenschaftliche und globale Blick ist das eine: Er lässt Probleme erkennen, aber erzeugt ein Gefühl von Ratlosigkeit und Ohnmacht.

Darum ist zusätzlich das andere wichtig: Konkret werden! Was spielt sich in meinem gesundheitspolitischen Umfeld ab, welche pharmazeutischen Herausforderungen entstehen, wie verändert sich die Verantwortung der pharmazeutischen Profession? Eigene Handlungsmöglichkeiten erkennen kann etwas bewirken und auch Mut machen.

Darum haben wir ein klimarelevantes pharmazeutisches Kaleidoskop in den Mittelpunkt der VdPP-Fachtagung gestellt.

### REFERENT:INNEN

**Dr. Dieter Lehmkuhl**, Arzt und Gründungsmitglied von KLUG (Deutsche Allianz Klimawandel und Gesundheit)

**Dipl.-Pharm. Karina Witte**, Apothekerin und Doktorandin an der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg und in Weiterbildung zur Fachapothekerin für Toxikologie und Ökologie

**Claudia Reimers**, Apothekerin und Koordinatorin der Umwelttrunden der MediosApotheke in Berlin

**Dipl.-Ing. Annegret Dickhoff**, Projektleiterin Klimaschutz in Gesundheitseinrichtungen, (KLIK Green) beim BUND (Bund für Umwelt und Naturschutz Deutschland), Berlin

**Claudia Jenkes**, Diplom-Journalistin und Geschäftsführerin der BUKO Pharma-Kampagne, Bielefeld

**Patrick Neumann**, Pharmaziestudent und Beauftragter für Public Health beim Bundesverband der Pharmaziestudierenden e. V. (BPhD)

### ANMELDUNG

Bitte nutzen Sie das Online-Formular auf <http://www.vdpp.de/termine/mitgliederversammlung-2021/>

Die Veranstaltung findet digital (via Zoom) statt. Der Link zur Fachtagung wird nach der Anmeldung versandt.

### AKKREDITIERUNG

Eine Akkreditierung wurde bei der Bundesapothekerkammer (BAK) beantragt.

### HINWEISE

Die Teilnahme ist kostenlos.

### PROGRAMM

#### Samstag, 19. Juni

9:30 – 9:45 Begrüßung

9:45 – 11:15 Vorträge von:

*Dieter Lehmkuhl: „Was können Angehörige der Gesundheitsberufe gegen die Klimakrise tun?“*

*Karina Witte: „Nachhaltige Pharmazie - ein Zukunftskonzept? Erfahrungen aus der Spezial-Vorlesung.“*

*Claudia Reimers: „So gehen wir's an! – Wege zur klimaneutralen Apotheke“*

11:15 – 11:45 Kaffeepause

11:45 – 13:00 Diskussion

13:00 – 14:00 Mittagspause

14:00 – 16:00 WorldCafé mit:

*Annegret Dickhoff: „KLIK Green und die Rolle der Pharmazeut:innen in grünen Krankenhäusern“*

*Claudia Jenkes: „Die unsichtbare Gefahr - Antibiotische Wirkstoffe und resistente Erreger in der Umwelt“*

*Patrick Neumann: „Nachhaltige Lehre im Pharmaziestudium“*

ab 16:00 Ausklang des Tages

#### Sonntag, 20. Juni

9 - 13 Uhr Mitgliederversammlung