



Klimawandel, Pharmazie und Gesundheit

Deutscher Apothekertag 2022

Arzneimittel und
Ökotoxikologie

Arzneimittel
und Hitze

Arzneimittel
und Umwelt

Klimasensible Gesundheitsberatung in der Apotheke

Die nachhaltige Apotheke

Klima-Apothekenschaufenster

Globales

Globale Gesundheit und
Pharmazie in einer
solidarischen Welt

Soziales

Stigmatisierung von
Menschen mit chronischen
Erkrankungen

Digitales

Digitale Gesundheitsan-
wendungen - ein neues
Leistungsangebot

INHALT

- 3 Klimawandel, Pharmazie und Gesundheit
Vom VdPP zum Deutschen Apothekertag
- 5 Klima-Apothekenschaufenster gestalten!
Wie? Einfach mal anfangen.
Von der Berliner Regionalgruppe
- 7 Globale Gesundheit und Pharmazie in einer solidarischen Welt!
Ein Bericht von der VdPP-Fachtagung
- 10 Stigmatisierung von Menschen mit chronischen Erkrankungen
Ein Gastbeitrag von Lars Machetanz
- 12 Digitale Gesundheitsanwendungen—ein neues Leistungsangebot der Gesetzlichen Krankenversicherung
Von Ingeborg Simon
- 14 Ich lese den Rundbrief, weil ...
Von Bernd Rehberg
- 15 Zukunft der ambulanten Versorgung
Eine Veröffentlichung vom Verein Solidarisches Gesundheitswesen
- 16 Zum Tod von Prof. Dr. Gerd Glaeske
Nachruf vom VdPP
- 17 Grußwort des Vorstands
Thomas Hammer
- 18 „Gesundheit in allen Politikfeldern mitdenken“
Pharmazie anschlussfähig halten
Ein Kommentar vom VdPP-Vorstand
- 19 Arzneimittel in der Schwangerschaft
Eine Veröffentlichung der AkdÄ
- 20 Ethikrat: Hohe Preise - Gute Besserung? Wege zur gerechten Preisbildung bei teuren Arzneimitteln
Von Ingeborg Simon
- 22 Engagiert, humorvoll, gekonnt
Von Ulrike Faber
- 24 Pharmazeutische Berufsfelder: orientiert an Public Health
Zum VdPP-Herbstseminar

Bildnachweise:

S.1: Pixabay, S.3: Prof. Gabrysch, S.4: KLUG und Prof. Gabrysch, S.5: VdPP, S.8:Pixabay, S.11:Pixabay, privat (L.Machetanz), S.12:Eigene Darstellung nach BfArM, S.14: privat (I.Simon, B.Rehberg), S.15: Solidarisches Gesundheitswesen, privat (U.Puteanus), S.16: Raphael Hunerfauth, photothek.net, S.17: Pixabay, S.22:Mabuse-Verlag, S.23: Mabuse-Verlag, Sehstern, Roland Matticz

IMPRESSUM

Herausgeber

Verein demokratischer
Pharmazeutinnen und
Pharmazeuten e. V.
Geschäftsstelle Gudrun Meiburg
Goldbekufer 36
D-22303 Hamburg

Tel. und Fax: 040 650 548 33
E-Mail: info@vdpp.de
Web: <http://www.vdpp.de>

Bankverbindung
Postbank Berlin
IBAN: DE62 1001 0010 0020 0471 05

ISSN

Print: 2699-6871
Online: 2699-688X

Druck

100% Recyclingpapier, FSC®
Klimaneutraler Druck

Redaktion

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

Verantwortung und Urheberrechte

Für Beiträge, die mit vollem Namen gekennzeichnet sind, übernehmen die Autor:innen die volle Verantwortung. Die Urheberrechte liegen bei den Autor:innen.

Abonnement

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

Anfragen richten Sie bitte an info@vdpp.de

Leserbriefe

Die Redaktion freut sich über Ihre Meinung zu unseren Themen und Artikeln. Leserbriefe sind ausdrücklich erwünscht. Schreiben Sie an redaktion@vdpp.de, Stichwort: Leserbrief

Nächster Rundbrief

Der nächste VdPP-Rundbrief, Ausgabe Nr. 115, erscheint im Januar 2023. Redaktionsschluss ist am 30.11.2022.

KLIMAWANDEL UND PHARMAZIE

Klimawandel, Pharmazie und Gesundheit

Zum Deutschen Apothekertag 2022

Der Deutsche Apothekertag (DAT) 2022 mit dem Themenschwerpunkt Klimawandel, Pharmazie und Gesundheit ist ein besonderes Ereignis. Schon im letzten Jahr hatten etliche „Klima-Engagierte“ in der Pharmazie - dazu gehörten Pharmacists for Future und der VdPP - diese Idee entwickelt. Sie wurde erfreulicherweise von einigen Apothekerkammern in Anträgen formuliert und auf dem DAT 2021 beschlossen. Nun liegt es an uns allen, aus dieser Premiere etwas Zukunftsweisendes zu machen.

Bereits im Jahr 1896 berechnet der schwedische Nobelpreisträger Svante Arrhenius erstmals, dass eine Verdoppelung des Kohlendioxidgehalts der Atmosphäre zu einer Temperaturerhöhung um vier bis sechs Grad Celsius führen würde. 1972 fokussiert der Club of Rome mit „Die Grenzen des Wachstums“ den Blick auf Zukunftsprobleme der Menschheit und des Planeten. 1979 warnt die erste UN-Weltklimakonferenz in Genf vor den durch Menschen verursachten schädlichen Klimaveränderungen. 2015 beschließt die WHO ihre 17 Ziele für nachhaltige Entwicklung, darin Ziel 13 „Maßnahmen zum Klimaschutz“. 2019 stellt der Lancet Policy Brief für Deutschland fest: „Der Klimawandel stellt ein hohes und inakzeptables Risiko für die gegenwärtige und zukünftige Gesundheit der Bevölkerung auf der ganzen Welt dar“.

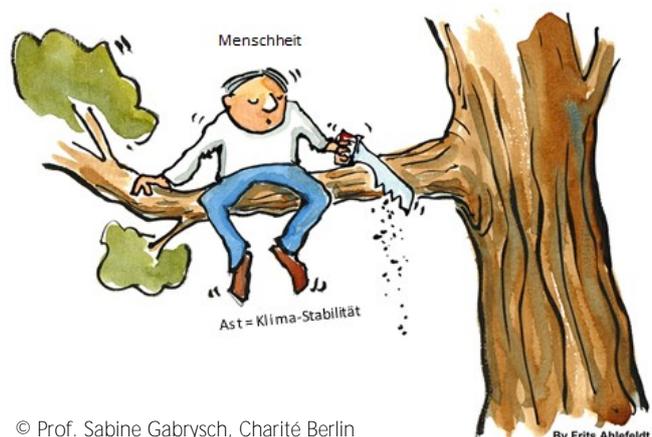
Endlich kommt politische Bewegung in die Problematik „Klimawandel und Gesundheit“:

- 2015 Deutscher Ärztetag: Klimawandel
- 2015 Berliner Ärzteversorgung beschließt Divestment (nachhaltig investierte Kapitalanlagen)
- 2017 Gründung der Deutschen Allianz Klimawandel und Gesundheit (KLUG)
- 2018 Fridays for Future und weltweite Klimastreiks mit Millionen Beteiligten
- 2019 Health for Future und der erste Lancet Policy Brief für Deutschland
- 2020 Gründung der Planetary Health Academy
- 2021 Pharmacists for Future

Die wachsende Sensibilisierung verschiedener Gesundheitsberufe hat zu vielfältigen Aktionen und Bündnissen geführt, die Pharmazie allerdings hat sich hier noch nicht erkennbar eingebracht. Das Buch „Die nachhaltige Apotheke“ vom Deutschen Apothekerverlag (2021) sei daher besonders hervorgehoben.

Der DAT 2022 ist für uns ein Hoffnungsträger, denn in unserem Berufsstand und im Gesundheitswesen besteht eine hohe Erwartungshaltung an eine Pharmazie in der Verantwortung für Klima und Gesundheit.

Der VdPP Vorstand



© Prof. Sabine Gabrysch, Charité Berlin

By Frits Ahlefeldt

Hinweis der Redaktion:

Treffen Sie den VdPP und die
Pharmacists for Future
auf der Expopharm:
Halle B1 / Stand A31

Prof. Dr. Sabine Gabrysch
Charité Berlin
Potsdam-Institut
für Klimafolgenforschung

1. Die Menschheit ist gerade dabei, ihre eigene Zukunft auf dem Planeten zu zerstören: Klimawandel, Artensterben, Verschmutzung von Luft, Wasser und Böden.
2. Es ist die allergrößte Bedrohung für die menschliche Gesundheit, die man sich vorstellen kann, ein medizinischer Notfall planetaren Ausmaßes.
3. Gleichzeitig haben wir ein enormes Gerechtigkeitsproblem. Millionen Menschen leben in extremer Armut, tragen kaum zur Umweltzerstörung bei, leiden aber stark darunter.
4. Wir brauchen dringend eine große Transformation unserer Gesellschaften basierend auf dem Verständnis, dass wir ein Teil der Natur sind und unser Wohlergehen von ihr abhängt.
5. Das bedeutet keinen Verzicht, sondern sogar einen Gewinn an Lebensqualität und Lebenslust, eine Rückbesinnung auf das, was uns wirklich wichtig ist.



KLIMANEUTRALER GESUNDHEITSEKTOR 2035
Praxen, Pflegeeinrichtungen, Krankenhäuser, Apotheken, Krankenkassen und weitere
Einrichtungen zusammen für eine klimaneutrale Gesundheitsversorgung bis 2035:
www.gesundheit-braucht-klimaschutz.de

Jetzt
mitsmachen!

Von KLUG

VOM WISSEN ZUM TRANSFORMATIVEN HANDELN

Planetary Health Vorlesungsreihe für Ärztinnen und Ärzte, Auszubildende, Studierende und Beschäftigte aller Gesundheitsberufe

Der Gesundheitssektor spielt eine zentrale Rolle in der Kommunikation, Prävention und Nachsorge der Auswirkungen der Klima- und Umweltkrise. Daher muss die Einbeziehung von Klimawandel und Planetary Health in die Aus-, Fort- und Weiterbildung in allen Gesundheitsberufen sichergestellt werden.

www.planetary-health-academy.de

KLIMAWANDEL UND PHARMAZIE

Klima - Apothekenschaufenster gestalten! Wie? Einfach mal anfangen.

Ein Beitrag der Berliner Regionalgruppe des VdPP

Die Idee ist folgende:

Apotheken sind so niedrigschwellig zu erreichen wie kaum eine andere Einrichtung im Gesundheitswesen, sie genießen hohes Vertrauen in der Bevölkerung und darüber hinaus besitzen sie die Kompetenz, über die Zusammenhänge Klima - adäquates Gesundheitsverhalten – Arzneimittel fachkundig zu beraten.

Patient:innen, Laufkundschaft, Passant:innen sind durch die Schaufenster gut zu erreichen. Die Gestaltung der Klima-Schaufenster lässt sich im Laufe der Zeit weiter entwickeln und professionalisieren.

Hier sind vier Beispiele:

- Sie lassen sich einfach umsetzen:
- eins für jede Jahreszeit.
- Diese Entwürfe können leicht in große Schaufenster-Formate übertragen werden.
- Sie lassen sich ergänzen, verbessern, ändern und Apotheken-individuell gestalten.

Praktische Hinweise unter:

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

Logo-APOTHEKE

Klima und Allergien

Wärmeres Wetter:

- Die Pollensaison beginnt früher und dauert länger
- Neue allergene Pflanzen siedeln sich an (Ambrosia)
- Allergien werden schlimmer
- Luftverschmutzung nimmt zu

**Asthma?
Heuschnupfen?**

In unserer Apotheke beraten wir Sie gern

Schaufenster-Gestaltung im Frühjahr

© Verein demokratischer Pharmazeuten und Pharmazien

Logo-APOTHEKE

Hitze und Gesundheit

- Gefahr: Hitzschlag
Sturz
Kreislaufbeschwerden
- Krankheiten können sich verschlimmern
- Arzneimittelwirkungen verändert
- Ältere Patienten sind empfindlicher

**Höheres Alter?
Kleinkinder?
Chronisch krank?
Schwangerschaft?
Arbeit im Freien?**

In unserer Apotheke beraten wir Sie gern

Schaufenster-Gestaltung im Sommer

© Verein demokratischer Pharmazeuten und Pharmazien

Logo-APOTHEKE

Klima und Infektionen

**Zeckenbisse?
Hautausschlag?
Durchfall?**

- Heiße Sommer, wärmere Winter: mehr Zecken
- Ausbreitung von tropischen Mückenarten
- Neue Infektionserreger in Europa

In unserer Apotheke beraten wir Sie gern

Schaufenster-Gestaltung im Herbst

© Verein demokratischer Pharmazeuten und Pharmazien

Logo-APOTHEKE

Klimawandel und schlechte Luft

- Feinstaub
- Schädliche Gase und krebserregende Stoffe in der Luft
- Vorsicht bei Atemwegserkrankungen
- Mehr Herzinfarkte

**Husten?
Asthma?
Atemnot?**

In unserer Apotheke beraten wir Sie gern

Schaufenster-Gestaltung im Winter

© Verein demokratischer Pharmazeuten und Pharmazien

Basisinformationen

Klimasensible Gesundheitsberatung in der Apotheke

Studien zur Bedeutung einer klimasensiblen Gesundheitsberatung in Apotheken sind in Deutschland noch nicht durchgeführt worden. Aber es gibt viel Literatur über unterschiedliche Einflüsse klimabedingter Faktoren auf die Gesundheit. Wir haben einige Literaturhinweise zur Vorbereitung auf die Schaulensteraktionen zusammengestellt:

zuerst allgemeine Informationen, dann arzneimittelspezifische Artikel und am Schluss Hinweise auf weitere unterstützende Materialien der Deutschen Allianz Klimawandel und Gesundheit (KLUG).

- **Bundesumweltamt (2016): Grundlagen des Klimawandels**
<https://www.umweltbundesamt.de/themen/klima-energie/grundlagen-des-klimawandels>
- **RKI und Bundesumweltamt (2013) Klimawandel und Gesundheit. Allgemeiner Rahmen zu Handlungsempfehlungen für Behörden und weitere Akteure in Deutschland**
https://www.rki.de/DE/Content/Kommissionen/UmweltKommission/Stellungnahmen_Berichte/Downloads/klimawandel_gesundheit_handlungsempfehlungen_2013.pdf?__blob=publicationFile
- **Quarks (2022) Wie der Klimawandel unsere Gesundheit gefährdet**
<https://www.quarks.de/umwelt/klimawandel/wie-der-klimawandel-unsere-gesundheit-gefaehrdet>
- **GGW 2020 · Lehmkuhl: Klimawandel und Gesundheit: Initiativen, Akteure und Handlungsfelder** · Jg. 20, Heft 1 (Februar), 23–30
https://www.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/Publikationen_Projekte/GGW/2020/wido_ggw_0120_lehmkuhl.pdf
- **Bundesumweltamt Broschüre (2009) Gesundheitliche Anpassung an den Klimawandel**
<https://www.umweltbundesamt.de/sites/default/files/medien/publikation/long/3753.pdf>
- **Bundesumweltamt (2021) Arzneimittel und Umwelt**
<https://www.umweltbundesamt.de/themen/chemikalien/arzneimittel/humanarzneimittel/arzneimittel-umwelt>
- **Esther Luhmann (2021) Die nachhaltige Apotheke.** Deutscher Apothekerverlag: <https://www.deutscher-apotheker-verlag.de/shop/produkt/9783769278095/die-nachhaltige-apotheke>
- **Tina v. Thülen (2022) Die nachhaltige Apotheke: Potentiale und Hindernisse am Beispiel einer klimasensiblen Gesundheitsberatung in der Apotheke**
- **Bundesverband der Pharmaziestudierenden (2022) Umwelt- und Klimakrise in der Pharmazie und der pharmazeutischen Lehre**
<https://www.bphd.de/positionspapiere/>
- **Ralph Krolewski (2022) Klimaschutz und Gesundheit: Die Patienten informieren**
<https://www.aerzteblatt.de/archiv/223883/Klimaschutz-und-Gesundheit-Die-Patienten-informieren>
- **Klinische Pharmakologie Uni Heidelberg (2019) Heidelberger Hitze-Tabelle**
https://www.dosing.de/Hitze/Heidelberger_HitzeTabelle_25.7.19_Public.pdf
- **Arzneimittelbrief (2019) Potenziell gefährliche Arzneimittel bei Hitzewellen**
<https://der-arzneimittelbrief.com/artikel/2019/potenziell-gefaehrliche-arzneimittel-bei-hitzewellen>
- **Bundesumweltamt (2022) Tipps gegen die Sommerhitze**
<https://www.umweltbundesamt.de/themen/tipps-gegen-die-sommerhitze>
- **KLUG (2021) Hitze und ihre Folgen**
<https://www.klimawandel-gesundheit.de/hitze-und-ihre-folgen/>
- **A. Herrmann (2019) Epidemiologie und Prävention hitzebedingter Gesundheitsschäden älterer Menschen**
<https://link.springer.com/article/10.1007/s00391-019-01594-4>
- **Bundesgesundheitsblatt (2019) Neue Wege zur Prävention gesundheitlicher Risiken und der Übersterblichkeit von älteren Menschen bei extremer Hitze**
https://www.klinikum.uni-muenchen.de/Bildungsmodule-Aerzte/download/de/materialien-zu-hitze-und-gesundheit/Becker_2019_Neue-Wege.pdf
- **Dt. Ärzteblatt (2015) Auswirkungen von Klimaveränderungen auf Patienten mit chronischen Lungenerkrankungen**
<https://www.aerzteblatt.de/archiv/173347/Auswirkungen-von-Klimaveraenderungen-auf-Patienten-mit-chronischen-Lungenerkrankungen>
- **Dt. Ärzteblatt (2015) Infektionskrankheiten: Klimawandel als Katalysator**
<https://www.aerzteblatt.de/archiv/170849/Infektionskrankheiten-Klimawandel-als-Katalysator>
- **KLUG (2021) Zunahme von Infektionskrankheiten**
<https://www.klimawandel-gesundheit.de/zunahme-von-infektionskrankheiten/>
- **Biodiversität und Klima (2013) Achtung – Allergie! Modelle zeigen klimawandelbedingte Ausbreitung der Beifußambrosie in Europa auf**
https://www.kwis-rlp.de/fileadmin/website/klimakompetenzzentrum/Klimawandelinformationssystem/Handlungsfelder/Biodiv_u_Klimawandel_Ambrosia_2013.pdf
- **RKI Epidemiologisches Bulletin 9/2021 (Zecken)**
https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2021/Ausgaben/09_21.pdf?__blob=publicationFile
- **KLUG Literaturverzeichnis zu „Klimawandel & Gesundheit“**
<https://www.klimawandel-gesundheit.de/literaturverzeichnis-zu-klimawandel-und-gesundheit/>
- **Deutsche Allianz Klimawandel und Gesundheit: KLUG - Materialien**
<https://www.klimawandel-gesundheit.de/materialien/>

MITGLIEDERVERSAMMLUNG

Globale Gesundheit und Pharmazie in einer solidarischen Welt!

Bericht über die Fachtagung des VdPP am 11. Juni 2022
von Regina Schumann und Gudrun Hahn

Nach zwei Jahren Veranstaltungen ausschließlich online wagte der VdPP dieses Jahr ein hybrides Veranstaltungsformat. Am Vortag der Mitgliederversammlung trafen sich Vereinsmitglieder vor Ort in Bonn, weitere Teilnehmende saßen am Computer zuhause, im Büro oder in ihrer Ferienwohnung, um sich über Eckpunkte der globalen Gesundheit zu informieren, die Entstehung der derzeitigen Probleme zu ergründen und Handlungsoptionen zu diskutieren. Vier Referent:innen waren eingeladen und ein ganzer Tagungstag stand dafür zur Verfügung.

Globale Gesundheit zwischen Menschenrecht und Interessenkonflikten

Im ersten Vortrag gab Dr. Andreas Wulf, medico international, einen Überblick über die aktuellen Diskussionen in Bereich Globaler Gesundheit, hier werden insbesondere die Dominanz infektiologischer Programme oder der Einfluss privater Akteure beim Public Private Partnership hinterfragt. Wulf spannte dann einen Bogen vom 19. Jahrhundert, in dem sich als erste nicht religiöse Organisation das Rote Kreuz gründete, über die ersten zwischenstaatlichen Akteure in Lateinamerika zu den philanthropischen Stiftungen eines George Soros oder der Rockefeller und Ford Foundation. Diese hatten und haben großen Einfluss aufgrund ihrer Forschungsförderung. Wulf betonte, dass bei all diesen Gründungen im-

mer auch das ökonomische Interesse ein wichtiger Grund war. Pharmaunternehmen als Akteure in der Globalen Gesundheit führten ab den 1970er Jahren zu heftigen Debatten in der WHO, nicht nur wegen ihrer starken Präsenz in einigen Projekten des Global Public Private Partnership, sondern insbesondere bei den geistigen Eigentumsrechten essentieller Gesundheitsprodukte (AIDS-Medikamente, Malaria-Therapien). Als wichtiger Gegenpart gründete sich daraus Health Action International. Weitere zivilgesellschaftliche Akteure wie OXFAM, misereor oder Brot für die Welt und auch medico international entstanden. Die AIDS-Bewegung hatte seit den 1980er Jahren große Bedeutung für die Diskussionen um Zugangs- und Eigentumsfragen in der Globalen Gesundheit.

Die Rolle der WHO in diesem Kontext ist eine eher zögerliche. Die WHO ist wenig offen für eine „public interest civil society“, sondern ist gefangen in ihren Rollen als technischen Apparat, normativer Fachbehörde und politischer Bühne der Mitgliedstaaten. Sie ist abhängig von der Finanzierung durch ihre Mitgliedstaaten und daher in ihrer Haltung ambivalent z.B. hinsichtlich der Mitgliedschaft von Taiwan oder der Sanktionen gegen Kuba oder den Iran.

Diskutiert wurde die Bedeutung von vernachlässigten Krankheiten, den immer größer werdenden Anteil privater Finanzierungen (Bill und Melissa Gates-Stiftung) und die Bedeutung zivilgesellschaftlicher Bewegungen, da bei der WHO doch immer ökonomische und koloniale Interessen im

Vordergrund stehen. Zu Letzterem verwies Wulf auf das People's Health Movement, das sich 2000 gründete und eine eigene Charta erstellte. Hier wurde ein Versuch gestartet, einen anderen Ort für die Diskussionen und Aktionen zur Globalen Gesundheit zu schaffen. Leider gibt es auch hier erhebliche Finanzierungsprobleme.

Covid-19: Globale (Un-)Gerechtigkeit der Impfstoff- und Medikamentenverteilung

Melissa Scharwey von der Medikamentenkampagne bei Ärzte ohne Grenzen zeigte, mit welchen Problemen die Zivilgesellschaft bei diesem Thema zu kämpfen hat. Die Medikamentenkampagne hat sich zum Ziel gesetzt, weltweit Barrieren für den gerechten und bezahlbaren Zugang zu Medikamenten abzubauen. In der aktuellen Covid-19-Pandemie hat die Medikamentenkampagne Krankenhäuser mit medizinischem Personal und Impfkampagnen unterstützt. Scharwey erinnerte daran, dass am Anfang der Pandemie deutsche Politiker:innen vollmundig verkündeten, dass Impfstoffe ein globales öffentliches Gut seien. Seit Impfstoffe gegen Covid-19 zugelassen sind, ist davon keine Rede mehr! Drei Viertel aller Impfdosen wurden bisher in den reicheren Ländern verabreicht. Die Auswirkungen der Pandemie gehen weit über die Viruserkrankung hinaus: HIV- und Tuberkulose-Behandlungen wurden vernachlässigt, Impfkampagnen gegen andere Krankheiten (z.B. Masern) eingestellt.

Das COVAX-Programm hat sein Ziel verfehlt, da sich die EU bilateral Impfdosen sicherte und so keine Impfdosen für ärmere Länder übrig blieben. Die Preisgestaltung bei den Covid-19-Impfstoffen ist typisch für den Pharmamarkt: Angebot und Nachfrage regeln den Preis und führen zu unterschiedlichen Preisen bei unterschiedlichen Herstellern und in verschiedenen Ländern. All dies ist ein Ausfluss des geltenden Patentrechts. Der Schutz des geistigen Eigentums ist wichtiger als der Schutz der Gesundheit von Menschen.

Im TRIPS-Abkommen (*Agreement on Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights*) gibt es die

Möglichkeit, trotz geltendem Patentschutz, zur Gewährleistung des Gesundheitsschutzes Patente zu umgehen und eigene Produktionen aufzubauen. Dieser TRIPS-Waiver zur Aussetzung des Patentschutzes für Covid-19-Impfstoffe und -Therapeutika für drei Jahre, den Indien und Südafrika beantragten, wird von über 100 Mitgliedstaaten unterstützt. Die EU (mit massivem Druck aus Deutschland), Japan und andere Staaten blockierten bisher jedoch eine entsprechende Entscheidung. Aktuell wird ein Kompromissvorschlag beraten, der aber aus Sicht von Scharwey problematisch ist und keine Lösung der drängenden Probleme in Afrika und anderen ärmeren Weltgegenden darstellt. Als Beispiel für die generische Herstellung eines Medikaments zur Behandlung von Covid-19 verwies Scharwey auf Baricitrinitab, das in Indien nunmehr weniger als 7 US-Dollar für eine Behandlung kostet, während in Südafrika wegen des Exportverbots 240 US-Dollar bezahlt werden müssen.

Positives Beispiel dafür, dass sich weltweite Proteste gegen den Patentschutz lohnen, war die Entscheidung der WTO 2001, diesen für HIV/AIDS-Medikamente aufzuheben. Die Preise für Behandlungen sanken damals auf 1 % der ursprünglichen Kosten! Darüberhinaus besteht die Notwendigkeit zum Technologietransfer, leider kooperieren hier die wichtigs-



ten Herstellerfirmen von Covid-19-Impfstoffen nicht. Die Covid-19-Pandemie hat wie mit einem Brennglas die Unzulänglichkeiten unseres globalen Gesundheitssystems offen gelegt. *Ärzte ohne Grenzen* fordert insbesondere die Bundesregierung auf, den TRIPS-Waiver nicht weiter zu boykottieren sowie Wissens- und Technologietransfers und öffentliche Forschungsförderung zu forcieren.

„Wir sitzen alle im selben Boot (?)“

In der Diskussion wurde der zurzeit verhandelte TRIPS-Waiver im Hinblick darauf thematisiert, dass dieser faule Kompromiss sehr wahrscheinlich verabschiedet wird. (Hinweis der Redaktion: im Juni verabschiedet) Weiterhin wurde genauer gefragt, wie *Ärzte ohne Grenzen* einen Strukturwandel im globalen Gesundheitssystem voranbringen kann und welche Ansätze dabei verfolgt werden. Scharwey führte dafür insbesondere die Zusammenarbeit mit anderen NGOs an, um Synergien zwischen den NGOs zu

nutzen, sowie die Öffentlichkeitsarbeit, um den Druck auf Regierungen zu erhöhen. Es wurde gefragt, warum es bei Covid-19 anders als bei HIV/AIDS keine weltweite Solidarität gibt. Damals waren die Betroffenen sehr engagiert und die Diskussion sehr emotional. Heute sind die Prozesse wie z.B. der TRIPS-Waiver sehr kompliziert und technokratisch. In

Europa scheint darüberhinaus die Bevölkerung einigermaßen zufrieden mit den nationalen Politiken zur Pandemie zu sein.

Solidarität mit dem globalen Süden gibt es auch nicht hinsichtlich der Auswirkungen des Klimawandels

auf die globale Gesundheit und in Bezug auf Klimagerechtigkeit. Die derzeitige Hitzewelle in Indien, die häufigen Starkregenereignisse, die aktuellen Nahrungsmittelkrisen zeigen die Dringlichkeit, hier aktiv zu werden, z.B. in Projekten wie der Wiederaufforstung, Schaffung klimaneutraler Städte, der Anpassung der Lebensgewohnheiten an das sich ändernde Klima. Viele dieser Diskussionen finden im Rahmen der ONE HEALTH-Initiative statt, auch die NGOs versuchen klimaneutral zu werden. Hier wie auch bei anderen Problemen heißt das Motto: „Global denken, lokal handeln“. Die bereits in vielen Strategiepapieren wie z. B. dem Klima- und Gesundheits-Papier des Umweltbundesamtes erhobenen Forderungen müssen nun endlich umgesetzt werden.

Die Diskussion endete mit einem doch positiven Blick auf die Zivilgesellschaft heute. Unterschiedliche NGOs arbeiten zwar auf unterschiedlichen Gebieten, kooperieren aber miteinander und das ist auch gut so!

Sichere Arzneimittel weltweit!

Weiter ging es mit Gesa Gnegel, Apothekerin und Doktorandin an der Universität Tübingen, die darüber berichtete, wie die universitäre Pharmazie zur Globalen Gesundheit beitragen kann. In ihrem Projekt „Arzneimittelqualität in afrikanischen Ländern“ untersucht sie den Anteil minderwertiger und gefälschter Arzneimittel. Diese Forschung liefert durch konkrete Daten einen Beitrag zur Schaffung von Entscheidungsgrundlagen für das Risikomanagement. Die Studien in der Demokratischen Republik Kongo und in Kamerun umfassten insgesamt 506 Proben und zeigten entgegen landläufiger Meinung, dass 85 % der untersuchten Arzneimittel den qualitativen Anforderungen entsprachen. Drei beprobte Arzneimittel enthielten aber überhaupt keinen Arzneistoff.

Gnegel berichtete weiter über die Schwierigkeiten der Qualitätsprüfung in den afrikanischen Ländern. Da es nur wenige Untersuchungslabore gibt, werden zunehmend Screening-Laboreinheiten benutzt. Weltweit gibt es bereits 900 verschiedene Kofferlabore, die jeweils ca. 10 Wirkstoffe (von den Untersuchern aus den 105 WHO-Arzneistoffen ausgewählt) identifizieren und quantifizieren können.

Das zweite Standbein in Tübingen neben der Forschung im Rahmen des WHO-Ziels einer Guten Gesundheit ist, Studierende und Approbierte zu Themen der Globalen Gesundheit zu sensibilisieren und auszubilden. Dazu gibt es einen achttägigen Zertifikatskurs „Pharmazie in der Entwicklungszusammenarbeit und Katastrophenhilfe“, der einmal im Jahr angeboten wird und auf eine entsprechende Tätigkeit vorbereiten soll.

Nach dem spannenden Vortrag von Gesa Gnegel wurde die Situation der Arzneimittelfälschungen in Europa diskutiert. Ausgangspunkt von Aktivitäten der deutschen Arzneimittelbehörden mit dem Bundeskriminalamt waren Mitte der 2000er gefälschte Arzneimittel im Bereich der toxischen Männlichkeit (Viagra, Testosteron,

Anabolika). Aktivitäten einer Arbeitsgruppe der EU führten in den letzten Jahren durch Anforderungen an sichere Arzneimittelverpackungen zu mehr Sicherheit auch für andere Arzneimittelgruppen.

Vom Hörsaal in die weite Welt

Last but not least berichtete Frauke Heller, Apothekerin, Studentin des „International Health“-Studiengangs an der Charite Berlin und seit kurzem Referentin für Globale Gesundheit bei *medico international*, von den zu durchlaufenden Entwicklungsphasen und erlebten Erkenntnisprozessen vom Studium bis zu den realen Herausforderungen der Globalen Gesundheit. Im Studium gab es nur ansatzweise Studieninhalte zur klinischen Pharmazie und Public Health-Aspekte fehlten völlig. Heller machte ein Forschungspraktikum in Mexiko und ging nach dem Studium und ersten Erfahrungen in der öffentlichen Apotheke für *Apotheker ohne Grenzen Schweiz* nach Madagaskar. Sie arbeitete dort im Projekt *Pharmelp* (Initiative für den Kampf gegen gefälschte Medikamente) in einer *Dispensaire* (Arzneimittelausgabestelle) im Nordwesten Madagaskars. Sie führte Personalschulungen und Verordnungsanalysen durch und hatte viele Gespräche mit Ärzt:innen. Die Probleme vor Ort waren die miserable Infrastruktur (überschwemmte Strassen in der Regenzeit, schlechte Versorgungslage der Bevölkerung) und der Umgang mit Arzneimitteln. Oft werden Arzneimittel oder Spritzen weiter- oder wiederverwendet. Die verordneten Arzneimittel sind oft zu teuer für die Patienten.

Zurück in Deutschland führten sie ihre unmittelbare Erfahrung, wie Gesundheitsversorgung im Globalen Süden (nicht) funktioniert, zum Kurs „Pharmacy in Global Health“ der Universität Tübingen und zum Masterstudiengang „International Health“. Wieder in der öffentlichen Apotheke fragte Heller sich, wo sie sich als Apothekerin hier einbringen könnte, ganz im Sinne des WHO-Ziel „Good Health and Well-Being“. Bei *medico international* ist sie nun angekom-

men, um für Global Health auch in die weite Welt zu wirken.

„Fragen Sie Ihren Arzt oder Apotheker?“

In der Diskussion ging es um die Notwendigkeit von Technologietransfer und den Aufbau von Pharmaziestudiengängen trotz fehlender Laborkapazität im Globalen Süden. Die Sicherheit von Arzneimitteln müsste über eine stärkere Lieferantenqualifizierung von Anfang an gewährleistet werden und nicht erst bei der Überprüfung des gelieferten Produkts. Das Fehlen von Kontroll- und Aufsichtsbehörden begünstigt Korruption und kriminelle Handlungsweisen.

Um Pharmazeut:innen auch auf Aufgaben in der Globalen Gesundheit vorzubereiten, sind Verbesserungen in der Ausbildung notwendig. Hier gibt es kleine Fortschritte, die Anforderungen sind eingebracht und werden bei der Reformierung des Pharmaziestudiums hoffentlich umgesetzt.

Aber auch jetzt schon können Apotheken in Deutschland ihre Rolle als Multiplikator erfüllen und z.B. in ihren Schaufenstern ihre Patient:innen für Klimaberatungen gewinnen, über Auswirkungen des Klimawandels aufklären und über durch den Klimawandel verstärkte Flucht- und Migrationsbewegungen informieren. Apotheker:innen können und müssen sich viel stärker als Akteure einbringen und sich mit anderen lokal und global im Gesundheitswesen vernetzen!

Über die Autor:innen:

Dr. Regina Schumann ist VdPP-Mitglied und aktiv in der Berliner Regionalgruppe. Sie war über 30 Jahre in einer Bundesoberbehörde im gesundheitlichen Verbraucherschutz tätig und dabei international im Europarat und bei der Europäischen Kommission lediglich an Schreibtischen aktiv.

Gudrun Hahn ist VdPP-Mitglied und aktiv in der Hamburger Regionalgruppe. Sie unterrichtete lange an einer PTA-Schule.

SOZIALPHARMAZIE

Stigmatisierung von Menschen mit chronischen Erkrankungen

Ein Gastbeitrag von Lars Machetanz

Übergewichtige Personen sind willensschwach. Depressive sollen sich zusammenreißen und Menschen mit HIV stehen auf dem OP-Plan ganz unten, weil nach dem Eingriff ohnehin alles desinfiziert werden muss. Die Liste der Diskriminierungen im Zusammenhang mit chronischen Erkrankungen ist lang, der professionelle Umgang mit Betroffenen in der Apotheke umso wichtiger. Aus diesem Grund stand das Thema im Mittelpunkt der diesjährigen 25. Fachtagung Sozialpharmazie am 10. und 11. Mai, online veranstaltet von der Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen (AÖGW) in Zusammenarbeit mit dem Landeszentrum Gesundheit NRW (LZG.NRW). Wie es zur Stigmatisierung kommt, was Betroffene erleben und welche Gegenmaßnahmen in der Apotheke ergriffen werden können, beleuchteten die Gastredner aus verschiedenen Perspektiven anhand der Beispielerkrankungen Endometriose und HIV.

Den Einstieg in die Veranstaltung gab Medizinerin Prof. Dr. Claudia Kiessling, Lehrstuhl für die Ausbildung personaler und interpersonaler Kompetenzen im Gesundheitswesen an der Uni Witten/Herdecke, mit einer einleitenden Übersicht zu den Hintergründen von Stigmatisierung. Stigmen, so erklärte sie, werden nach dem Soziologen Erving Goffman als Ausdruck der Abwertung Einzelner oder einzelner Gruppen infolge sozialer „Randständigkeit“ bzw. „Andersartigkeit“ verstanden. Dabei kommt es zur Verallgemeinerung einer spezifischen Eigenheit auf den Gesamtcharakter oder auf vermeintliche Charakterfehler (z.B. Willensschwäche, unnatürliche Leidenschaften, Unehrenhaftigkeit) der Person. Am Anfang steht die Wahrnehmung einer Normabweichung, welche durch Aktivierung negativer Stereotype und Vorurteile zur sozialen Abgrenzung und schlussendlich zur Diskriminierung der stigmatisierten Person führt.

Obwohl sich Stigmen einer rationalen Begründung und Kritik weitgehend entziehen, lassen sich doch wiederkehrende Merkmale benennen, die sie begünstigen. Gemeinsam mit dem Plenum sammelte Prof. Kiessling einige Beispiele: Angst vor potentiell lebensbedrohlichen Gefahren (AIDS, Krebs), scheinbar unerklärliche oder unbegründete



Leiden (Psychische Erkrankungen, Endometriose), ekelbehaftete Themen (Darm-erkrankungen, Hauterkrankungen) und solche Leiden, für die Betroffene selbst verantwortlich gemacht werden (Adipositas, Depression, HIV, Suchtprobleme). Dass Stigmatisierung jedoch keine Lappalie ist, zeigt sich durch den nachweislich negativen Einfluss auf körperliche (Symptomzunahme, maladaptive Copingstrategien wie Rauchen oder Alkoholkonsum) und mentale (soziale

Isolation, Depression, Angststörungen) Outcomes.

Und wie spricht man nun mit Patient:innen über die genannten Tabu-Themen? Auch darauf gab Prof. Kiessling Antworten, denn das Konzept der „Hidden-Agenda“, das vornehmlich bei der Arztkonsultation zur Anwendung kommt, lässt sich grundsätzlich auch auf die Apotheke übertragen. Dafür muss zuerst eine vertrauliche Umgebung unter Wahrung der Privatsphäre geschaffen werden. Zudem ist eine empathisch-wertschätzende, aber auch sachliche Gesprächsführung nötig, wobei nicht davon ausgegangen werden kann, dass die Patient:innen als erstes von ihrem wichtigsten Anliegen berichten. Vielmehr muss durch offene Fragen und aktives Zuhören in Erfahrung gebracht werden, ob es nicht noch ein verstecktes („hidden“) Thema gibt, das deutlich wichtiger sein kann als der offizielle Grund der Konsultation. Negative Stereotypen sollten

im Gespräch sofort korrigiert und die Patient:innen in ihrer Kontaktaufnahme mit der Apotheke bestärkt werden.

Im nächsten Vortrag konkretisierte Prof. Dr. Sylvia Mechsner, Leiterin des Endometriosezentrums an der Charité Berlin, das Thema Stigmatisierung am Beispiel ihres Fachgebietes. Sie verdeutlichte, wie sehr diese Erkrankung noch immer unterschätzt wird, obwohl eine Lebenszeitprävalenz von circa zehn Prozent aller Frauen angenommen wird. Starke Schmerzen und entzündliche Veränderungen, die teilweise zur Unfruchtbarkeit führen, werden nicht selten in die Schublade Psychosomatik oder Hysterie gesteckt, so Mechsner. Die „Numerische Rating-Skala (NRS)“ dient dazu, Schmerzen von null bis zehn zu quantifizieren; null bedeutet kein Schmerz, zehn steht für die stärksten vorstellbaren Schmerzen. Sie ermahnte: „Patientinnen mit Endometriose geben teilweise Schmerzen von acht bis neun an, das entspricht etwa den Schmerzen von Müttern bei einer Geburt. Dort bekommen die Frauen eine Periduralanästhesie (PDA).“ Als Grund für den häufig unangemessenen Umgang mit Endometriose nannte sie die anspruchsvolle Diagnostik. Die vermeintlich unsichtbare Erkrankung lasse sich gerade im Anfangsstadium nur schwer nachweisen.

Carlo Kantwerk von der Deutschen AIDS-Hilfe führte mit einer Übersicht zur Prävalenz, Infektionswegen, Präventionsmaßnahmen und einem aktuellen Stand zu Therapien in das Thema HIV ein. Die vollständige Heilung ist mit der antiretroviralen HIV-Therapie bisher nicht möglich, aber die Therapie ermöglicht ein langes und gutes Leben. Zudem ist HIV unter erfolgreicher Therapie auch beim Sex nicht übertragbar. Mit dem Dreiklang aus Schutz mittels Kondom, Präexpositionsprophylaxe (PrEP) und dem Schutz durch Therapie stehen heute gute Präventionsmöglichkeiten zur Verfügung. „Seit 2020 haben wir endlich auch die erste 90 erreicht“, stellte er fest und bezog sich damit auf das in Deutschland mittlerweile erreichte „90-90-90-Ziel“ aus dem „UNAIDS-Programm“ der Vereinten Nationen. Dieses zielte darauf ab, dass 90 Prozent der HIV-positiven Menschen von ihrer Infektion erfahren, davon 90 Prozent eine antiretrovirale Therapie erhalten und die Viruslast bei wiederum 90 Prozent der Therapierten unter der Nachweisgrenze liegt. In diesem Zusammenhang ging Kantwerk auch auf die Stigmatisierung von Menschen mit HIV ein. Diese, so erklärte er, wirkt der Bereitschaft, sich testen zu lassen, stark entgegen und behinderte somit jahrelang das Erreichen der „Ersten Neunzig“. Problematisch ist Stigmatisierung aber nach wie vor, denn ein Drittel der HIV-Neudiagnosen erfolgen auch heute noch in einem späten Stadium der Infektion mit schweren Immundefekten, 18 Prozent erleiden sogar bereits AIDS-definierende Erkrankungen. Mittlerweile ist das Ziel auf „95-95-95-0“ verschärft worden, die Null steht dabei für null Diskriminierung.

Wie sich Stigmatisierung anfühlt und an welchen Stellen sie zu finden ist, erklärte Matthias Kuske, Freiberufler und HIV-Aktivist, der ursprünglich für einen Vortrag unter dem Titel „AIDS-Erkrankungen, aus der Perspektive eines Betroffenen“ eingeladen worden war. Wie gerecht der Gast-

redner seiner Aufgabe wurde, verdeutlichte er eindrucksvoll mit den ersten Folien, auf denen er den oben genannten Titel in „Leben mit HIV, aus der Perspektive eines Menschen mit HIV“ korrigierte. Er sei weder Betroffener, noch habe er AIDS, denn AIDS stelle ein schweres Symptombild dar, das nur bei unbehandelter HIV-Infektion ausbreche. Darüber hinaus stellte er klar, dass keine Erkrankungen stigmatisiert werden, sondern die Menschen, die sie tragen. Mit beachtlicher Offenheit berichtete er von seinen persönlichen Erfahrungen mit Stigmatisierung und betonte, dass er sich trotz einiger Nebenwirkungen infolge der antiretroviralen Therapie im Kern gesund fühlt. Viel Aufklärungsarbeit ist nötig, denn Menschen, die sich in regelmäßiger Therapie befinden und eine Viruslast unterhalb der Nachweisgrenze haben – bezeichnet als „Schutz durch Therapie“ – stellen kein Infektionsrisiko für Andere dar. Besondere Hygienemaßnahmen sind also weder im Alltag noch bei medizinischen Eingriffen, wie z.B. Operationen, notwendig.

Zum Ende der Fachtagung schlug Apotheker Erik Tenberken, Inhaber einer Kölner Apotheke, den Bogen zur öffentlichen Apotheke. Er verwies auf die hohe Relevanz der Therapieadhärenz bei einer HIV-Infektion, die heute durch Single-Tablet-Regime und neue Applikationsformen mit Depotwirkung (Injectables) deutlich besser erreichbar sei als noch vor einigen Jahren. In seinem Vortrag berichtete er von den Möglichkeiten, die Diskretion in der Apotheke zu wahren und damit gute Voraussetzungen für eine patientenorientierte pharmazeutische Beratung zu schaffen. Trennwände, leise Hintergrundmusik, ein separater Beratungsraum und die Aushändigung der Arzneimittel in blickdichten Verpackungen sind Lösungen, die er in seiner Apotheke seit vielen Jahren erfolgreich einsetzt, um möglichst schnell einen Zugang zu den beratungsrelevanten, aber möglicherweise schambehafteten Themen der Patient:innen zu erhalten. Interessierte Apotheken können ihre Spezialkompetenz auf diesem Gebiet durch Anschluss an die „Deutsche Arbeitsgemeinschaft HIV- und Hepatitis-kompetenter Apotheken e.V. (DAH²KA)“ ausbauen. Abschließend erinnerte Tenberken daran, dass die Forschung zu HIV-Heilmitteln bzw. Impfstoffen zwar wünschenswert, aber die globale Versorgung der Menschen mit den vorhandenen HIV-Therapeutika aktuell viel wichtiger sei – gerade vor dem Hintergrund der jüngsten politischen Ereignisse.

Über den Autor:



Lars Machetanz

Lars Machetanz, Gesundheits- und Krankenpfleger und derzeit als Pharmazeut im Praktikum in der Apotheke. Der Text entstand in seiner Zeit als Pharmazeut im Praktikum beim Landeszentrum Gesundheit im Bereich Sozialpharmazie.

DIGITALISIERUNG

Digitale Gesundheitsanwendungen - ein neues Leistungsangebot der Gesetzlichen Krankenversicherung

Ingeborg Simon

Apotheken und Arztpraxen können ein Klagelied anstimmen über die Unzulänglichkeiten und Pannen im Rahmen der Digitalisierung des Gesundheitswesens bei der Etablierung elektronischer Neuerungen (ePa, eCard, eMedikationsplan).

Wie geschmiert läuft es hingegen bei der Entwicklung von Gesundheits-Apps, deren Zahl inzwischen in die Hunderttausende geht. Einige von ihnen sind in der letzten Legislaturperiode mit tatkräftiger Unterstützung der Gesundheitspolitik als sog. Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) verordnungswürdige Leistungsangebote in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) geworden (§33a SGB V).

Ihre Aufnahme in den Leistungskatalog der Kassen wird in Pharmaziekreisen bisher wenig registriert, obgleich ihre Einführung zumindest mittelbar für die „Vor-Ort-Apotheken“ Auswirkungen auf deren Apothekenalltag haben wird. Ein Grund für diese Zurückhaltung könnte sein, dass der Vertriebsweg für die „Apps auf Rezept“, die in die Gruppe der Medizinprodukte I und IIa fallen, vollständig an Großhandel und Apotheken vorbeiführt. Ihre Auslieferung erfolgt direkt vom Hersteller an den Versicherten auf Veranlassung von Ärzt:innen oder der jeweiligen Kasse des/der Versicherten. Die damit vollzogene Aufkündigung des klassischen Distributionsmodus ist mehr als nur eine logistische Veränderung und sollte eigentlich auch von pharma-

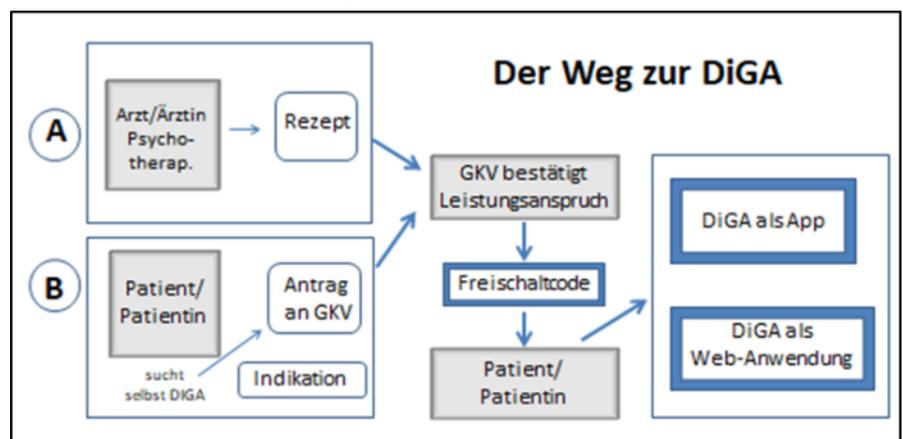
zeutischer Seite berufsspezifisch problematisiert und als Paradigmenwechsel verstanden und bewertet werden.

Auch der VdPP steht vor der Aufgabe, sich mit den DiGA als neuem Angebot in der gesundheitlichen Versorgung auseinanderzusetzen.

Was genau sind DiGA oder Apps auf Rezept?

Während GesundheitsApps seit Jahren ihren festen Platz in der Lifestyle- und Wellnessbewegung haben und vor allem von jüngeren Menschen („digital natives“) als Angebote zur Gesundheitspflege und Verbesserung ihrer Lebensqualität wertgeschätzt werden, entstanden die digitalen Gesundheitsanwendungen mit dem In-Kraft-Treten des Digitalen Versorgungsgesetzes (DVG) vom 1. Januar 2020. Seit Oktober 2020 können Apps von Ärzt:innen und Psychothe-

rapeut:innen auf Rezept verordnet werden, wenn sie zuvor eine erfolgreiche fachliche Begutachtung gemäß § 139e SGB V durch das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) durchlaufen haben. Sie müssen dazu geeignet sein, bei den Versicherten „die Erkennung, Überwachung, Behandlung oder Linderung von Krankheiten zu unterstützen“. Da die DiGA rechtlich als Medizinprodukte eingestuft werden, entfällt hier der bei Arzneimitteln vorgeschriebene Zulassungsprozess. Stattdessen wurde ein sogenanntes „Fast-Track-Verfahren“ beim BfArM etabliert, nach dem das BfArM innerhalb von 3 Monaten über die Aufnahme in das DiGA-Verzeichnis der Bundesoberbehörde zu entscheiden hat. DiGA können auf zwei verschiedene Wege in das Verzeichnis aufgenommen werden. Wenn der Hersteller eine *dauerhafte* Aufnahme beantragt, muss er posi-



Es gibt zwei Möglichkeiten, DiGAs zu erhalten.
Abb.: Eigene Darstellung, vereinfacht nach BfArM.

ve Versorgungseffekte nachweisen. Dazu müssen valide Vergleichsstudien (Anwendung der DIGA versus Nichtanwendung) vorliegen. Zweitens ist auch eine Aufnahme als *Erprobung* für zunächst ein Jahr möglich, wenn noch keine Evidenz für positive Versorgungseffekte besteht. Der Hersteller muss allerdings plausibel darlegen, dass seine DIGA eine Versorgungsverbesserung erwarten lässt und ein Evaluationskonzept vorlegen. Auf beiden Wegen können die DIGA nach Prüfung in das Verzeichnis der verordnungsfähigen Angebote aufgenommen werden. Mit Stand vom Januar 2022 waren 28 DIGA gelistet, davon 8 dauerhaft und 20 erst vorläufig. Die bisher am häufigsten verordneten Apps auf Rezept betreffen die Indikationen Depression, Migräne, Schlafstörungen, Tinnitus, Diabetes, Schlaganfall und Übergewicht. Eine Besonderheit ist, dass sich Versicherte mit entsprechender ärztlicher Diagnose eine passende DIGA auch selbst aussuchen und einen Antrag bei ihrer Kasse stellen können.

Was sagen Ärzt:innen und Krankenkassen zu DIGA?

Obleich die Apps auf Rezept seit Oktober 2020 verordnet werden können, herrscht nach wie vor Skepsis vor. Die Ärzteschaft sieht ein großes Problem darin, dass der Gesetzgeber nicht einmal ärztlichen Sachverstand bei der Entwicklung der DIGA fordert und dass die Erprobung auf Rezept auf Kosten der Beitragszahler erfolgt. Sie hält die Nutzenbewertung für nicht hinreichend, sieht keinen Zusatznutzen und bemängelt, dass das BfArM und nicht der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) die Nutzenüberprüfung vornimmt. Ärztlicherseits wird auch befürchtet, dass die DIGA möglicherweise als Lückenbüßer eingesetzt werden, um die im Zuge des wachsenden Ärzt:innenmangels entstehenden Versorgungsempässe zu schließen. Die Bundesärztekammer fordert einen rechtlichen Ordnungsrahmen für versorgungsorientierte digitale Anwendungen, um den Ärzt:innen Handlungssicherheit zu geben.

Einige neue DiGAs aus dem DiGA-Verzeichnis des BfArM:

CANKADO PRO-React Onco
Vorläufig aufgenommen | CANKADO GmbH, Deutschland

Cara Care für Reizdarm
Vorläufig aufgenommen | HiDoc Technologies GmbH, Deutschland

HelloBetter Panik
Dauerhaft aufgenommen | GET.ON Institut für Online Gesundheitstrainings GmbH, Deutschland

Invirto- Die Therapie gegen Angst
Vorläufig aufgenommen | Sympatient GmbH, Deutschland

Weitere Informationen unter:
<https://diga.bfarm.de/de/verzeichnis>

Auch für die GKV gilt als notwendige Anforderung für die Bewertung der DIGA der nachgewiesene medizinische Nutzen für die Versicherten, der gegenüber bereits bestehenden Versorgungsangeboten geprüft und belegt werden muss. Die GKV kritisiert, dass sich das BfArM in Fragen von Datensicherheit und Datenschutz auf die Herstellerangaben verlassen muss und Verstöße nicht sanktionieren darf. Sie fordert wie die Ärzteschaft, den GBA als Prüfbehörde einzusetzen. Ein wichtiger Kritikpunkt betrifft den Prozess der Preisbildung. Bei einigen Apps auf Rezept sind die Preise nach Auskunft der GKV mit ihrer Leistung im DIGA-Verzeichnis explodiert, da der Hersteller die Preishöhe zunächst alleine bestimmt. So wurden von den Kassen Preiserhöhungen bis zu 500% registriert. Erst nach einem Jahr ab Verordnungsfähigkeit gilt ein mit der GKV ausgehandelter Preis. Der erste DIGA-Bericht des GKV-Spitzenverbandes für den Zeitraum September 2020 bis September 2021 weist rund 50.000 genehmigte DIGA für insgesamt 13 Mio. Euro aus. Aktuell liegen die Preise pro Quartal zwischen 204 € und 740 €. Genaue Auswirkungen auf die Beitragssätze sind noch nicht bekannt.

Hohe Erwartungshaltung bei Verbraucher:innen

Nicht nur die Ärzteschaft und die Kostenträger müssen sich im zunehmend digitalisierten Versorgungsalltag neu justieren, sondern auch die Versicherten und Patient:innen. Mit der Verbreitung der GesundheitsApps in der Gesundheitswirtschaft haben sie gelernt, bei entsprechender persönlicher digitaler Ausstattung für die Gesunderhaltung und zur Prävention relevante Daten, Mess- und Laborwerte zur Selbstkontrolle zu erfassen, zu bewerten und zu speichern in ihrer Datensammlung (ePA). Diese Daten können von ihnen bei Bedarf nach eigener Auswahl verwendet werden im Kontakt mit Ärzt:innen analog oder virtuell oder mit Internetportalen und kommerziell betriebenen Callcentern im In- und Ausland. Da ist es nicht verwunderlich, dass diese Entwicklung hin zu mehr erhoffter Selbstbestimmung nach der Etablierung der DIGA im Leistungskatalog des SGB V auch das Arzt-Patient-Verhältnis verändert (der Arzt als Digitalotse und Coach). Der sicherlich wachsende Einsatz von indikations-spezifischen DIGA zur Krankheitsbewältigung verlangt von Seiten der Therapeut:innen ebenso wie von Seiten der Patient:innen neue Formen der Kommunikationsbereitschaft und des Informationsaustauschs.

Ausschließlich virtuelle Kontakte, für die der Deutsche Ärztetag 2018 grünes Licht gab, stellen dabei ein in ihren Auswirkungen auf das Vertrauensverhältnis Arzt-Patient noch nicht abschätzbares neues Problem dar. Der Prozess des „shared -decision-making“ wird komplexer und anspruchsvoller und setzt auf der Seite des Kranken Gesundheitskompetenz und Bereitschaft zur Mitarbeit voraus. Diese Bedingungen zu erfüllen, dürfte der Mehrheit der Versicherten vor allem im Alter und bei Multimorbidität schwerfallen. Viele Umfragen bei den Verbraucher:innen und Versicherten belegen allerdings den Wunsch, von den mit der Digitalisierung erreichten Fortschritten schnell profitieren zu können.

Und was sagt die Pharmazie?

Formal gesehen, haben die „Vor-Ort-Apotheken“ mit DIGA und deren Einsatz nichts zu tun, weil der Weg von der Verordnung zu den Patient:innen die Apotheken nicht berührt. Aber es wäre ignorant, sich nicht auch seitens der Pharmazie „vor Ort“ mit GesundheitsApps, Apps auf Rezept und deren Anwendungsmöglichkeiten für Patient:innen zu befassen, zumal es auch im Apothekenalltag immer häufiger hier zu Anfragen in der Beratung kommt. Anfang des Jahres erschien in der PZ vom 13.1.2022 erstmals eine ausführliche Einführung als „Wegweiser im App-Dschungel“. Außerdem wurde die Serie „PZ App-Check“ gestartet, die DIGA indikationsbezogen vorstellt. Der Apothekertag 2021 hatte bereits in zwei Anträgen die Aufnahme der DIGA in die ABDA-Datenbank gefordert sowie die Einbeziehung der Apotheker:innen in den Leistungsbereich nach §33a SGB V. Die Bundesapothekerkammer entwickelte ein Curriculum zu „Digitale Kompetenzen für Apotheker“, das auch Gesundheits-Apps und DIGA thematisiert. Der Berufsstand fordert von der Politik, strukturell stärker eingebunden zu werden, um z. B. bei App-

Verordnungen zur Unterstützung einer Pharmakotherapie (Diabetes, Asthma, Depressionen, Schmerzen) auskunfts- und beratungsfähig zu sein.

Es bleiben noch viele Fragen offen!

Die offenen Fragen zu den digitalen Gesundheitsanwendungen betreffen die Qualität des Zulassungsverfahrens, die Nutzenbewertung, die Preisbildung, die zusätzlichen Belastungen des GKV-Haushalts, die Finanzierung der Erprobungsphase zulasten der Beitragszahlenden, den Einsatz von DIGA als Lückenbüßer oder zur Überbrückung von Wartezeiten, den Datenschutz, die Datensicherheit und Haftungsfragen.

Systemkritische Debatten außerhalb einzelner Fachkreise finden kaum statt. Ähnlich wie die Ärzteschaft, die sich in ihren „Thesen zur Weiterentwicklung der ärztlichen Patientenversorgung durch Digitalisierung“ (Stand Januar 2021) mit den Chancen und Risiken und Anforderungen an den Berufsstand ausführlich befasste, müssen sich auch die Pharmazeut:innen vor allem in den „Vor-Ort-Apotheken“ mit den Folgen der Digi-

talisierung, den Chancen und Risiken für die Patient:innen sowohl bei selbst erworbenen als auch bei verordneten Apps auseinandersetzen. Diese neuen Medienformate müssen Eingang finden in die tägliche patientenorientierte individuelle Beratungspraxis. Hohe Fachkompetenz, Empathie und ein niedrigschwellig zugänglicher guter Service sind die Pfunde, mit denen nur analog und wohnortnah gewuchert werden kann. Dieses Alleinstellungsmerkmal der Apotheke vor Ort muss jeden Tag in der Konkurrenz mit dem Versandhandel als Vorteil erlebbar gemacht werden!

Über die Autorin:

Ingeborg Simon ist Apothekerin und VdPP-Mitglied. Sie ist in der Berliner Regionalgruppe aktiv und engagiert sich beim Berliner Seniorenrat.



RUNDBRIEF - LESER:INNEN

Ich lese den Rundbrief, weil ...



... der Rundbrief mit seinen Artikeln nie oberflächlich Probleme im Gesundheitswesen behandelt. Im Fokus steht immer das Wohl der Patient:innen und nie das Wohl der Pharmaindustrie. Er greift Probleme auf, die richtungsweisend für die Zukunft des Gesundheitswesens sind. Themen werden schon problematisiert, bevor die Politik realisiert, dass es sie gibt.

Bernd Rehberg
VdPP - Vorstandsmitglied, 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.

GESUNDHEITSWESEN

Zukunft der ambulanten Versorgung

Ein Gesprächsangebot

Solidarisches Gesundheitswesen, vdää* und VdPP präsentieren eine Neuerscheinung:

Ambulante Versorgung im deutschen Gesundheitswesen. Bestandsaufnahme und Veränderungsbedarf – Ein Gesprächsangebot. Frankfurt a. M., Juli 2022:

http://www.solidarisches-gesundheitswesen.de/wp-content/uploads/2022/08/SG_Ambulante-Versorgung_07-2022.pdf

Von Udo Puteanus (VdPP) leicht veränderte Pressemitteilung (kursive Teile des Textes) des vdää:*

Die ambulante medizinische Versorgung hierzulande ist dringend reformbedürftig. Das sehen inzwischen nicht nur linke Patient*innen, Ärzt*innen und Gesundheitspolitiker*innen so, sondern das ist seit einiger Zeit auch im gesundheitspolitischen Mainstream angekommen. Dass die Sektorentrennung sinnwidrig und für eine gute Versorgung kontraproduktiv ist, sagen inzwischen Viele. Dass Allgemein-, Fach- und Psychotherapiepraxen im Kleinunternehmertum Fehlkonstruktionen sind, sagen Mitglieder des Vereins demokratischer Ärzt*innen (vdää*), seit es ihn gibt. Dass sie »falsche Anreize setzen«, kann man inzwischen auch in anderen Kreisen vernehmen.

Diese falschen Anreize sind im Konflikt von Ethik und Monetik auch im Apothekenwesen deutlich erkennbar.

Wie aber sähe gute, sinnvoll verfasste und patientenorientiert arbeitende ambulante Versorgung aus? Die Broschüre legt kein Modell aus einem Guss vor, sondern präsentiert Zwischenergebnisse und Denkanstöße aus einer laufenden Diskussion. Wie sähen sinnvolle Primärversorgungszentren und eine gelingende interprofessionelle Zusammenarbeit im Gesundheitswesen aus? Welche Eigentums- und Finan-



zierungsstrukturen würden diese Modelle stützen? Worin besteht die Bedeutung der Bedarfsplanung, was ist die Rolle der Kommunen? Welche Gefahren drohen durch die zunehmenden Aktivitäten von Private-Equity-Fonds im ambulanten Sektor?

Auf offener Bühne zelebrieren die Ständesvertreter:innen – zurzeit insbesondere der Ärzt:innen und Apotheker:innen – wie man mit Kompetenzgerangel und dem Verfolgen finanzieller Interessen nicht im Interesse der Patient:innen weiterkommt. Mit dem vorliegenden Gesprächsangebot wollen vdää und VdPP Perspektiven aufzeigen und zur Diskussion stellen, wie man gemeinsam an einer tatsächlichen Patientenorientierung im Gesundheitswesen arbeiten kann.*

Die Diskussion ist eröffnet – die Autor*innen freuen sich über kritische Kommentare und ergänzende, weiterführende Ideen.

Gedruckte Fassung zu bestellen unter solid.g-wesen@gmx.de

Die Broschüre ist kostenlos. Der Verein Solidarisches Gesundheitswesen ist aber dankbar für Spenden zur Deckung seiner Unkosten für Layout, Druck und Versand.



Dr. Udo Puteanus

Dr. Udo Puteanus ist Apotheker, VdPP-Vorstandsmitglied und arbeitet beim Landeszentrum Gesundheit NRW im Bereich Sozialpharmazie. An der Veröffentlichung hat er aktiv für den VdPP mitgearbeitet.

NACHRUF

Wir haben einen guten Freund und unermüdlichen Mitstreiter verloren

Zum Tod von Prof. Dr. Gerd Glaeske am 27. Mai 2022

Gerd Glaeske ist tot. Welch ein Verlust!

Für die Älteren unseres Vereins war er ein Freund aus Studienzeiten, nicht nur als Kommilitone, sondern in jedem Sinne „laborübergreifend“, in den Aufbruchzeiten an den Unis und unter Berufsanfänger:innen. Wir wollten eine pharmaunabhängige und patientenfreundliche Arzneimittelversorgung. Wir waren gegen die Macht der Pharmahersteller. Alles wurde in Frage gestellt. In Hamburg und Berlin fanden wir uns zusammen, entwickelten erste Forderungen und planten gemeinsame Aktionen. Die Frankfurter machten mit. Das war Anfang der 70er Jahre.



Der Markt (vor 1980) war ganz besonders geprägt durch die Arzneimittelwerbung und die Marktdominanz der pharmazeutischen Industrie und ihre Interessen. Erst das neue Arzneimittelgesetz (AMG 1976) führte Wirksamkeitsnachweis und Unbedenklichkeitsnachweise neben der pharmazeutischen Qualität als Zulassungskriterium ein. Gute wissenschaftliche Studien zur Wirksamkeit und Unbedenklichkeit waren rar. Kritische Stimmen gab es kaum. Die gesellschaftspolitischen Auseinandersetzungen mit der Pharmazeutischen Industrie um Wirksamkeit und Unbedenklichkeit im AMG nach dem Contergan-Skandal waren zäh. An der gewerkschaftlichen Stellungnahme zum AMG-Referentenentwurf waren wir zusammen mit Gerd Glaeske beteiligt.

Gerd Glaeskes Mantra war: Wir brauchen eine wirksame und glaubwürdige, also wissenschaftlich fundierte Gegenöffentlichkeit, wenn wir die Interessen der Patient:innen vertreten und eine rationale (evidenzbasierte) Arzneimitteltherapie erreichen wollen.

Die Verantwortung der Apotheken und der Apotheker:innen hat er immer wieder angemahnt und die dafür notwendigen Strukturen benannt und gefordert - so etwa als Mitglied im *Sachverständigenrat Gesundheit*. In dem von ihm mit erarbeiteten Sondergutachten „Koordination

und Integration - Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens“ (2009) thematisierte er die wichtige Rolle des pharmazeutischen Berufstandes für die Versorgung:

Die zu erwartende Ausweitung der Primär – und der fachärztlichen Versorgung wird den Anteil und die medizinische Bedeutung der ambulanten Arzneimitteltherapie in Zukunft noch er-

höhen. Dies verstärkt die Notwendigkeit, die Arzneimitteltherapie unter Beteiligung der Apotheken in eine fachübergreifende Zusammenarbeit der verschiedenen Versorgungsbereiche zu integrieren (...) Bei Einbindung in ein sektorübergreifendes Versorgungsnetz können Apotheker stärker als heute die Verantwortung für Qualität und Wirtschaftlichkeit der Arzneimitteltherapie übernehmen (...) Eine zielorientierte Kooperation in einem Versorgungsnetz setzt bei den Apotheken allerdings besondere Qualifikationen voraus.

Solche Forderungen stießen bei der konservativen pharmazeutischen Standesvertretung auf Kritik: Er würde den Beruf der Pharmazie angeblich nicht hinreichend würdigen.

Das hielt Gerd Glaeske nicht davon ab, seine Positionen konsequent, evidenzbasiert und mit hoher wissenschaftlicher Kompetenz öffentlich deutlich zu machen und nachvollziehbar zu vertreten. Bei Funk und Fernsehen war er deshalb ein gern gesehener Gast – einer, der kämpferisch und laienverständlich kritische Sachverhalte vermitteln konnte.

Seine Kooperationspartner waren Patientenorganisationen, Selbsthilfegruppen, Verbraucherschützer, Gewerkschaften, Krankenkassen, auch andere Berufsorganisationen. Gern interdisziplinär: Wenn es um Verbesserungen in der Arzneimittelversorgung und im Gesundheitswesen ging, war er für die Zusammenarbeit offen.

Viele Bücher und Veröffentlichungen sind Ausdruck seiner früh entwickelten konsequenten Haltung und seiner schier

unermüdlischen Schaffenskraft zur Durchsetzung von Betroffeneninteressen:

Bittere Pillen (Mitarbeit als beratender Sachverständiger); **Bewertender Arzneimittelindex** (beim Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin); **Positivliste für Arzneimittel**; **Handbuch Medikamente – vom Arzt verordnet, für Sie bewertet** (verantwortlich für Stiftung Warentest); **Altern ist keine Krankheit**; **Lieber Handeln statt Schlucken**; **Was hilft? Arzneimittel für Frauen**; **Beiträge als Suchtexperte bei der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS)**; **Testkäufe** zur Evaluierung der Beratungsqualität in Apotheken. (Damit hat er sich dort keine Freunde gemacht. Dabei ging es ihm nicht ums Anklagen; aber die Standesvertretung konnte die schwierigen Ergebnisse nicht als Chance für erforderliche Verbesserungen verstehen).

Gegen viele seiner Arbeiten blieben heftige Angriffe nicht aus. Glaeske wies auf die Interessenkollision hin: *Kritik, die geeignet ist, Umsätze und Absatzstrategien zu gefährden...soll...mit allen politischen Mitteln unterbunden werden.*

Etliche Klagen der Industrie gegen Bewertungen bei Stiftung Warentest und andere Publikationen wurden eingereicht; er hat in allen Prozessen gesiegt.

Mit dem Tod von Gerd Glaeske ist eine pharmazeutische Stimme verstummt, die politisches und gesellschaftliches Gewicht hatte. Viele seiner Vorschläge wurden aufgegriffen, zum Teil wurden sie umgesetzt, immer aber wurden

sie sehr ernsthaft diskutiert. Das Einzigartige an ihm war: Er genoss als Vertreter der Pharmazie breite Anerkennung für seine wissenschaftliche und publizistische Arbeit; die Orientierung auf Patient:innen und Verbraucher:innen war für ihn maßgebend.

Ein persönliches Wort aus dem VdPP soll nicht fehlen.

Gerd konnte gut zuhören. Seine wachen Augen ermunterten die Menschen, mit ihm ins Gespräch zu kommen, er motivierte. Zielstrebig wie er war, achtete er darauf, dass die Dinge auch klappen. So hat die Zusammenarbeit mit ihm Spaß gemacht - vom Ernst der Dinge bis zum Lachen und Herumalbern war alles drin.

Der VdPP hat Gerd Glaeske viel zu verdanken.

Seine gutachterlichen Festschreibungen von 2009 wie die Forderung, *Apotheken müssen sich in einem zukünftigen System einer sektorübergreifenden populationsbezogenen Versorgung als Institutionen positionieren, die stärker als heute Verantwortung für die Qualität und Wirtschaftlichkeit bei der Arzneimittelauswahl mittragen (community pharmacies)* sind für den VdPP handlungsleitend geworden.

Gerd Glaeske gehörte nicht nur zu den Gründern unseres Vereins. Er war einer seiner wichtigsten Protagonisten. Er engagierte sich trotz seiner zahlreichen anderen Verpflichtungen insbesondere in der Entstehungsphase. Wenn der Verein ihn brauchte und um Unterstützung bat, war er zur Stelle. Er wird uns allen sehr fehlen!

Danke, Gerd.

Im Juni 2022

Grußwort des Vorstands an die VdPP-Mitglieder

Liebe Leser:innen!

Ich möchte am Anfang erst einmal alle grüßen, die wie ich im Juni an der Mitgliederversammlung in Bonn teilgenommen haben. Es hat mir großen Spaß gemacht, dass wir uns endlich mal wieder leibhaftig treffen konnten und nicht alleine zuhause vor unseren Bildschirmen sitzen mussten.

Eine Ursache, wieso man sich dabei so wohlfühlen konnte, war sicherlich auch unser Tagungsort, das Gustav-Stresemann-Institut. Die Unterbringung und der Tagungsraum ließen keinen Wunsch offen. Und das i-Tüpfelchen vom Ganzen war der große Garten, in dem man sich abends von der großen Hitze des Tages erholen und plaudernd das eine oder andere Getränk zu sich nehmen



konnte.

Die Freude am Zusammensein wirkte sich dann auch auf unsere Fachtagung und die MV aus. Einen Bericht darüber wird es im Rundbrief an anderer Stelle geben.

Allen, die dieses Treffen vorbereitet haben und für eine reibungslose Durchführung gesorgt haben, möchte ich an dieser Stelle danken.

Und alle, die sich nun ärgern, weil sie nicht dabei gewesen sind, kann ich vielleicht damit trösten, dass es im nächsten Jahr wieder eine MV geben wird, und zwar in BERLIN.

Thomas Hammer
Für den VdPP-Vorstand

GESUNDHEITSPOLITIK

„Gesundheit in allen Politikfeldern mitdenken“ Pharmazie anschlussfähig halten

Ein Kommentar zum Beitrag im Deutschen Ärzteblatt

Wir möchten auf einen Artikel aus der online-Ausgabe des deutschen Ärzteblattes vom 15. Juli 2022 aufmerksam machen. Er weist auf wesentliche Folgen sozialer Ungleichheiten hin und gibt Hinweise, was unbedingt getan werden kann und muss.

Das Deutsche Ärzteblatt berichtet darin über einen Kongress der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen, auf dem darauf hingewiesen wird, dass benachteiligte Bevölkerungsgruppen oftmals nur bedingt Zugang zu medizinischer Versorgung haben und im Vergleich zu anderen Gruppen mit einer geringeren Lebenserwartung rechnen müssen. Deshalb dürfe Gesundheit nicht als einzelnes Politikfeld betrachtet werden, sondern müsse auch in allen anderen Bereichen mitgedacht werden (Weltgesundheitsorganisation: Health in all Policies).

Zudem habe die Coronapandemie die Situation von prekären und benachteiligten Gruppen nochmals verschärft. Der Epidemiologe und Public-Health Professor Michael Marmot vom *Institut of Health Equity am University College London* berichtete, dass die Lebenserwartung der Menschen im Vereinigten Königreich im vergangenen Jahrzehnt insgesamt stagniere. Bei benachteiligten Bevölkerungsgruppen sei die Lebenserwartung in den vergangenen Jahren im Vereinigten Königreich sogar gesunken. „Menschen, die in ärmeren Nachbarschaften leben, haben eine kürzere Lebenserwartung“, zitiert das Ärzteblatt. Die Pandemie habe diese Effekte nochmals verstärkt.

Marmot berichtete zudem von Beispielen aus Finnland und Neuseeland, Länder, die es politisch besser gemacht hätten. Er nannte dabei klare Ziele für eine faire Gesellschaft und gesunde Lebensweise. „Jedes Kind sollte den besten Start ins Leben ermöglicht bekommen ... Weiter sei faire und gute Arbeit nötig, gesunde Lebensstandards für alle sowie die Schaffung von gesunden und nachhaltigen Plätzen und Communities. Wichtig sei außerdem, die Rolle und

Einfluss von Gesundheitsprävention zu stärken.“

Weiterhin wird in diesem Bericht deutlich, was alles getan werden kann und muss, um die Situation, insbesondere für soziale Benachteiligte, zu verbessern.

Nicht nur der Inhalt dieses Berichtes ist wichtig und zeigt Perspektiven für eine bessere Gesundheitsversorgung der Bevölkerung auf, wichtig ist auch, dass der Artikel im Deutschen Ärzteblatt erscheint, während die deutschen pharmazeutischen Fachzeitschriften über die Veranstaltung absolut nichts berichten. Daran wird deutlich, woran es in der deutschen Pharmazie mangelt: Es fehlt uns an Nähe zu Public Health, es fehlt uns das Bewusstsein dafür, was wirklich wichtig ist, um die Gesundheit der Bevölkerung voranzubringen, und was die Rolle der Pharmazie ist.

Die Fixierung auf das Arzneimittel aus rein naturwissenschaftlicher Perspektive, die allenfalls rudimentäre und in keinster Weise ausreichende Beschäftigung mit psychosozialen und diesbezüglichen epidemiologischen Fragen, die fehlende Öffnung der Pharmazie für Fragen von Public Health – eine solche eingeschränkte Sichtweise wird auch in Zukunft verhindern, dass die pharmazeutischen Potenziale im Konzert mit den anderen Disziplinen, insbesondere Medizin, Pflege, Sozialarbeit ernst genommen und ausreichend genutzt werden.

Dabei ist es manchen Vordenkern in der Pharmazie durchaus bewusst, dass wir hier gewaltige Defizite haben. Interessant ist bspw. der Podcast der Deutschen Apotheker Zeitung mit Dr. Isabell Waltering zu pharmazeutischen Dienstleistungen, insbesondere zur Medikationsanalyse; sie stellt darin fest: „Wir haben eine Dienstleistung entwickelt, ohne den Adressaten (Patient:in) zu fragen, was er damit anfangen soll oder was er damit anfangen möchte“. Edalat (Chefredakteur der Deutschen Apotheker Zeitung): „Der Feldtest läuft gerade, wie es ankommt“. Waltering: „Wir sollten bedarfsgerecht kommunizieren, welche Bedürfnisse vorhanden sind. Wir implizieren Bedürfnisse, wir stülpen sie auf unsere Patienten und Patientinnen über: ‚Der Patient weiß ja gar nicht, was für ihn gut ist‘. Wir wollen aber

shared decision making machen. Da zeigen sich Gegensätze. Der Patient braucht mehr Raum, wir müssen in seinen Kopf gucken, wir müssen herausbekommen, was der Patient braucht, was die Triggerpunkte sind, was er wissen will.

Oder Dr. Olaf Rose, der in seinen Kommentaren an verschiedenen Stellen (ebenfalls in der Deutschen Apotheker Zeitung) immer wieder mal darauf hinweist, wie wichtig Sozialpharmazie für die Weiterentwicklung der Pharmazie ist.

Es reicht nicht aus, die bestehenden pharmazeutischen Dienstleistungen auszubauen und von den Krankenkassen bezahlen zu lassen. Die Pharmazie als Disziplin und die Apotheken als wichtige niedrigschwellige Institution des Gesundheitswesens müssen sich für Fragen von Public Health öffnen – in Aus-, Fort- und Weiterbildung, im öffentlichen Erscheinungsbild und in der Zusammenarbeit mit anderen Disziplinen und Professionen im Gesundheits- und Sozialsystem.

Der VdPP wird auch in Zukunft immer wieder darauf auf-

merksam machen, dass Pharmazie nur professionell vernetzt und unter dem Dach von Public Health eine gute Zukunftschance hat. Deswegen weisen wir an dieser Stelle auf den Artikel aus dem Deutschen Ärzteblatt hin, mit dem Wunsch an die pharmazeutische Fachpresse, solche Themen konsequent aufzugreifen und die Apothekerschaft zu motivieren, sich solchen Themen vermehrt zuzuwenden.

Der Vorstand des VdPP

Hinweise der Redaktion:

„Gesundheit in allen Politikfeldern mitdenken“, Deutsches Ärzteblatt online vom Freitag, 15. Juli 2022, unter: <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/135894/Gesundheit-in-allen-Politikfeldern-mitdenken?rt=92f256f060403d17f47b139c2ba65ce2>

Der Beitrag in der Deutschen Apotheker Zeitung: <https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/news/artikel/2022/07/15/wie-startet-und-kommuniziert-man-die-pharmazeutischen-dienstleistungen>

ARZNEIMITTERTHERAPIESICHERHEIT

Arzneimittel in der Schwangerschaft

Neue Veröffentlichung der AkdÄ

Von der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) sind wir gebeten worden, auf das kürzlich veröffentlichte Merkblatt „Information für Frauen im gebärfähigen Alter sowie Schwangere und Stillende“ hinzuweisen.

Dies tun wir gern, da wir die Arbeit der AkdÄ und der anderen beteiligten Institutionen zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit sehr schätzen.

Die AkdÄ schreibt:

„Während der Schwangerschaft und in der Stillzeit hat die sichere Arzneimitteltherapie der betroffenen Patientinnen höchste Priorität. Im Rahmen des Aktionsplans AMTS 2021-2024 wurde nun das anhängende Merkblatt für Patientinnen „Information für Frauen im gebärfähigen Alter sowie Schwangere und Stillende“ auf der AMTS-Homepage unter Maßnahme [2] veröffentlicht ([https://www.akdae.de/fileadmin/user_upload/akdae/AMTS/Aktionsplan/Aktionsplan-2021-2024/docs/M02-](https://www.akdae.de/fileadmin/user_upload/akdae/AMTS/Aktionsplan/Aktionsplan-2021-2024/docs/M02-Patienteninformationen.pdf)

[Patienteninformationen.pdf](https://www.akdae.de/fileadmin/user_upload/akdae/AMTS/Aktionsplan/Aktionsplan-2021-2024/docs/M02-Patienteninformationen.pdf)). Die Information wurde federführend vom Pharmakovigilanz- und Beratungszentrum für Embryonaltoxikologie (Embryotox | <https://www.embryotox.de/>) und unter Beteiligung der Beratungsstelle für Medikamente in Schwangerschaft und Stillzeit (Reprotox | <https://www.uniklinik-ulm.de/frauenheilkunde-und-geburtshilfe/schwerpunkte/geburtsmedizin/medikamentenberatung.html>) sowie des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin (ÄZQ | <https://www.aeqz.de/>) erstellt.

Wir bitten Sie im Rahmen Ihrer Öffentlichkeitsarbeit auf die neu erschienene Information für Patientinnen hinzuweisen – etwa in Ihren Rundschreiben oder auf Ihren Homepages – um damit einen wichtigen Beitrag zur Sensibilisierung für die sichere Arzneimitteltherapie in Schwangerschaft und Stillzeit zu leisten.

Der Flyer kann den betroffenen Patientinnen auch ausgedruckt ausgehändigt werden, z. B. als Auslage in der Arztpraxis oder Apotheke.“

ETHIKRAT

Ethikrat: Hohe Preise - Gute Besserung? Wege zur gerechten Preisbildung bei teuren Arzneimitteln

Ein ganz persönlicher Kommentar zur Jahrestagung des Deutschen Ethikrats
am 22. Juni 2022 von Ingeborg Simon

Ich war neugierig und gespannt angesichts dieser hochaktuellen Fragestellung, die sich ja unter dem Eindruck des dramatischen Gerangels um das Patentrecht in Sachen Covid-19-Pandemie geradezu aufdrängte. Aber nicht nur da. Hohe Preise für neue Arzneimittel machen ja auch seit langem Schlagzeilen und bereiten uns große Sorgen wegen der zunehmenden Gefährdung unseres solidarisch finanzierten Gesundheitssystems.

Hier braucht es aus berufenem Munde ethisch begründete Antworten auf die globale Verteilungsgerechtigkeit, die wenige noch reicher macht und viele leiden und sterben lässt. Dieses Elend hatte ja offenbar auch den Ethikrat dazu veranlasst, die Arzneimittelpreisbildung zu einem ethisch relevanten Thema der Jahrestagung zu machen. Bei so viel versammelter Professionalität war meine Erwartung hoch.

Und das Ergebnis dieser vielstündigen Erörterungen? Für mich eine absolute Enttäuschung! Die hier geäußerten Empfehlungen, Bedenken und einzelnen Forderungen, so mein Eindruck, erreichten nicht einmal den Erkenntnis- und Entwicklungsstand der 70er und 80er Jahre. Uralter Wein in uralten Schläuchen! Es wurden wieder die alten Fragen aufgeworfen und mit den alten Erklärungen scheinbar neu begründet. Das alles verlief gesittet und in freundlicher Atmosphäre mit

viel Verständnis für unterschiedliche Haltungen. Man demonstrierte Ausgewogenheit! Die vorbereiteten Fragen fügten sich brav ins Gesamtkonzept. Es herrschte verständnisvolle Einigkeit. Nur das Mittagsbuffet tröstete.

Der Ethikrat, der gemäß seinem gesetzlichen Auftrag ethische, gesellschaftliche, naturwissenschaftliche, medizinische und rechtliche Fragen sowie die voraussichtlichen Folgen für Individuum und Gesellschaft bearbeiten soll, ist hier seinem prioritär ethischen Anspruch meiner Wahrnehmung nach überhaupt nicht gerecht geworden. Na klar, es wurden kluge Dinge gesagt, Aktuelles präsentiert, auch Probleme dargestellt, aber ohne richtungsweisende Antworten auf die vom Ethikrat selbst aufgeworfene Fragestellung der Tagung. Allein die junge Vertreterin von Ärzten ohne Grenzen sprach mutig aus, worüber alle anderen schwiegen! Aber sie war ganz allein auf weiter Flur!

Zur Illustrierung meiner persönlichen Enttäuschung präsentiere ich ein paar von mir *ausgewählte* Zitate. Sie stammen aus den eingereichten Abstracts der Referent:innen zum Thema, die allen Teilnehmenden vorlagen.

**Bertram Häussler, IGES Institut
Berlin**

Die heutige Gestaltung der Pharmapreise ist ein Kernstück für eine dau-

erhaft günstige Versorgung mit Arzneimitteln.(...) Hohe Preise, die in einem begrenzten Zeitraum in wohlhabenden Ländern verlangt werden, sind damit die Grundlage dafür, dass das global verfügbare Arsenal an Arzneimitteln ständig wächst und zu langfristig niedrigen Preisen weltweit zur Verfügung steht. Eine Alternative dazu ist derzeit nicht in Sicht.

Helmut Schröder, Wissenschaftliches Institut der Ortskrankenkassen (WidO)

Neue Wege zu einem fairen Preis sind gefragt. Die heute ausgerufenen hohen Preise werden über den „Wert“ des Arzneimittels für die Gesellschaft oder für das Individuum begründet. Es stellt sich allerdings die Frage, ob dieses Paradigma allein trägt, stehen doch auch Fragen der gesellschaftlichen Finanzierbarkeit und damit der Verteilungsgerechtigkeit im Raum. (...) Die Preissetzung muss grundsätzlich verändert werden. Ein Algorithmus, der (...) vom Internationalen Verband der Krankenkassenverbände und Krankenversicherungen auf Gegenseitigkeit (AIM) entwickelt wurde, ermöglicht eine alternative Preisermittlung. Dabei wird auf Kosten und Investitionen von Unternehmen ein Grundgewinn gewährt. Zusätzlich werden Therapieinnovationen mit einem Bonus honoriert, der vom Innovationsgrad des Arzneimittels abhängt. So kann das Gleichgewicht zwischen der Bezahlbarkeit, dem Nut-

zen und der Einnahmen der Industrie wiederhergestellt werden.

Han Steutel, Verband forschender Arzneimittelhersteller (VfA)

Das Innovationsmodell der pharmazeutischen Industrie ist ein Kreislaufmodell. Die Umsätze von heute finanzieren den Fortschritt von morgen. Es ist wissenschaftlich unmöglich, Arzneimittelpreise nach Kriterien der Fairness und Gerechtigkeit zu beurteilen. Auch lassen sich Arzneimittelpreise nicht nach den Entwicklungs-, Produktions- und Vertriebskosten bemessen. Vielmehr sollten die Preise den Wert von Arzneimitteln widerspiegeln, um gesellschaftlich optimale Innovationsanreize setzen zu können. (...) Arzneimittelforschung in Deutschland wird nahezu ausschließlich von privaten Unternehmen finanziert. Unternehmerisches Engagement ist damit nach wie vor einer der entscheidenden Faktoren für den Fortschritt der Medizin.

Bettina Kemkes-Matthes, Universitätsklinikum Gießen und Marburg

Für PatientInnen mit hereditären hämorrhagischen Diathesen bedeutet die Verfügbarkeit teurer Faktoren - und auch anderer Präparate die Chance, ein fast normales Leben führen zu können. Die Finanzierung derart hochpreisiger Medikamente in Deutschland über die Krankenkassen ist für die Betroffenen ein großes Glück. Allerdings sind viele weitere für die optimale Behandlung notwendige Maßnahmen wie Sportangebote, Physiotherapie, spezielle Beratungsangebote, Schwangerschaftsplanung nicht oder nicht ausreichend finanziert. Hier leisten die pharmazeutischen Unternehmen über die Entwicklung moderner und sicherer Medikamente hinaus einen großen und wichtigen Beitrag.

Stephan Kruij, Mucoviszidose e.V., München

Mit den neuen Wirkstoffen erleben viele Erkrankte einen begeisterten Neuanfang. (...) Der positiven Wir-

kung steht allerdings ein nach Meinung von ExpertInnen ebenfalls „unbezahlbarer“ Preis gegenüber, der die langfristige Verfügbarkeit des Medikaments in Frage stellt. Aus Sicht der PatientInnen werden deshalb (...) Überlegungen dargestellt, ob und wie sich diese hohen Medikamentenpreise rechtfertigen lassen, welche Kriterien dafür in Frage kommen und was unternommen werden könnte, um zu einer gerechten und fairen Bepreisung für seltene Erkrankungen zu gelangen. Zu bedenken sind dabei auch zahlreiche Nebenfolgen solcher Preise z.B. in ärmeren Ländern, für die Immigration von Betroffenen nach Deutschland sowie für die Selbsthilfeorganisation.

Markus Zimmermann, Nationale Ethikkommission CH

Jede Gesellschaft zieht im Bereich der Gesundheitsversorgung Grenzen, gerechte und ungerechte. Im Vortrag geht es um die gerechtigkeitsethische Frage, wie sich der Zugang zu hochpreisigen Medikamenten und teuren medizinischen Verfahren politisch fair ausgestalten lässt (...), da es unmöglich oder zumindest mit widersprüchlichen Folgen verbunden wäre, allen Behandlungsbedürftigen alle zur Verfügung stehenden Mittel zu finanzieren.

Andreas Reis, WHO Genf

Trotz vielseitiger Appelle an die globale Solidarität hat die Covid-19-Pandemie erneut die grotesken Ungleichheiten im Zugang zu lebenswichtigen Medikamenten, Impfstoffen und Diagnostica vor Augen geführt. (...) Die Präsentation wird Ursachen und mögliche Lösungsansätze für diese Problematiken aus Sicht der WHO diskutieren. (...) Hier seien vor allem die Product Development Partnerships (Produktentwicklungspartnerschaften) und Initiativen zum Technologietransfer bei der Impfstoffherstellung genannt sowie das Projekt eines internationalen Pandemie-Vertrages, über den die Mitgliedsländer der WHO seit Anfang des Jahres 2022 verhandeln.

Reto Hilty, Max - Planck -Institut für Innovation und Wettbewerb, München

Es ist schwierig, beim Patentrecht anzusetzen. Eine Reduktion des Schutzes kann sich unmittelbar auf Investitionsentscheidungen auswirken. Vordergründige Verteilungsgerechtigkeit wird dann möglicherweise zu dem Preis erkaufte, dass innovative Pharmaprodukte fehlen. (...) Statt beim Patentrecht anzusetzen, sind mangels ausreichenden Wettbewerbs in Pharmaproduktenmärkten auch staatliche Preiskontrollen denkbar. Die Bestimmung eines „gerechten“ Preises ist allerdings schwierig, weil erfolglose Entwicklungen querfinanziert werden können müssen. (...) Öffentliche Mittel können dort helfen, wo mangels Renditeaussichten alternative Investitionsanreize erforderlich sind (z.B. Förderprogramme).

Meike Schwarz, Ärzte ohne Grenzen

Ansätze dafür, wie man diesen grundlegenden Fehler im System der globalen Gesundheit beheben könnte, gibt es nicht erst seit der Covid-19-Pandemie. Zu Lösungsansätzen zählen die Aussetzung von Patenten auf medizinische Produkte in Gesundheitsnotständen, die Abkopplung der Produktionspreise von vermeintlich hohen Forschungskosten, der Aufbau von lokalen Produktionsstandorten sowie ein umfassender Technologietransfer an geeignete Hersteller im globalen Süden. Über diese Instrumente wird bereits seit Jahrzehnten diskutiert.

Über die Autorin:

Ingeborg Simon ist Apothekerin, VdPP-Mitglied und im Berliner Seniorenrat politisch aktiv.

Anmerkung der Redaktion:

Informationen zur Jahrestagung, inkl. einer Videoaufzeichnung, finden Sie unter:

<https://www.ethikrat.org/jahrestagungen/hohe-preise-gute-besserung/>

BUCHBESPRECHUNG

Engagiert, humorvoll, gekonnt

Ulrike Faber

Über 33 Jahre lang hat Roland Matticzki die Titelgrafiken der Mitgliederzeitschrift „BERLINER ÄRZTE“ der Ärztekammer gestaltet: jeden Monat eine Grafik, über 400 insgesamt.

Endlich war Schluss mit Pharmawerbung auf dem Cover!

Er hat das Hauptthema der jeweiligen Ausgabe bildlich und (oft) sprachlich aufgegriffen: sei es verkürzt, verfremdet, facettenreich, provokativ, meist angereichert um die (sozial)politische Dimension. Sein liebstes Werkzeug ist wohl die Metapher, und gerade diese phantasievollen, witzigen, hintergründigen, verschmitzten Kombination von Bild und Wort macht das Geheimnis der Wirksamkeit aus: man muss lachen, aber das Lachen bleibt stecken; man muss raten; man stutzt; man überlegt; man denkt sich: *oh je!* oder *ja – genau!*

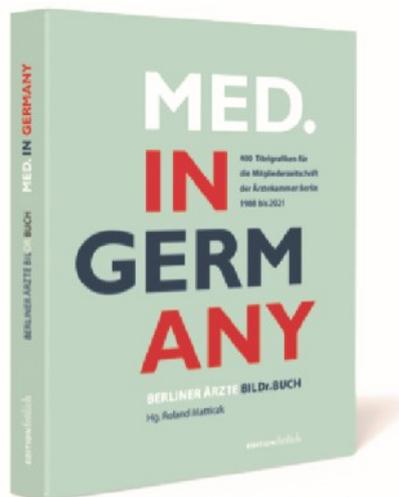
Arzneimittelversorgung in der Dritten Welt Blauer Himmel, Sonne, Wüste - eine geschmolzene Plastikspritze im gelben Sand.

Arm aber krank? Ein leeres Portemonnaie - verschiedene Tabletten sind heraus gefallen.

Klimawandel und Gesundheit Ein halb geschmolzener Schokoladen-Weihnachtsmann - Sonnige Feiertage.

Aber sie lassen sich nicht beschreiben, diese Grafiken, man muss sie sehen: <https://www.aekb.de/fileadmin/mitgliederzeitschrift/2021/b2105.pdf>

Roland Matticzki und seine Agentur SEHSTERN haben sie glücklicherweise



Der Katalog kann zum Buchhandelspreis (32 €) über folgende Adressen bestellt werden:
Verlag: Edition Frölich Berlin,
www.editionfrölich.de, buch@frölich.de
Vertrieb: Mabuse Verlag und Vertrieb Frankfurt/
Main: versand@mabuse-verlag.de

in einer Ausstellung in der Berliner Ärztekammer präsentiert. Die neue Plakatgröße gibt den kleinen DinA4-Formaten der Titelblätter eine erfrischend neue Kraft.

Noch besser ist der begleitende Katalog, bewahrt er doch auch die Grafiken vor dem Versinken im Archiv der Kammerblätter.

Alle Titelblätter sind abgebildet, nach Jahren und Monaten gruppiert. Aber darauf lässt es Roland Matticzki nicht beruhen, wieder zeigt er seine Liebe zur Sprache. Vierundsechzig Autorinnen und Autoren – Profis aus dem Gesundheitswesen, Wegbegleiter, Zeitzeugen - hat er gebeten, ausgewählte Blätter persönlich zu besprechen (siehe auch mein nebenstehen-

der Text zur Kapsel, „Handeln statt schlucken“). Matticzki: *Herausgekommen ist ein cross-over Projekt zwischen Design und Medizin.*

Diese so unterschiedlichen Texte sind kurzweilig zu lesen. Die Katalogstruktur erlaubt, vom Kurzporträt der Autoren zum Text und der Grafik zu blättern, und umgekehrt auch von Text/Grafik zur jeweiligen Autorin bzw. Autor zu gehen. Das entfaltet einen gewissen „Lesesog“.

Natürlich darf ein Interview mit Roland Matticzki nicht fehlen. Es geht um die Entwicklung von Grafik-Design und gewährt Einblicke ins alte Westberlin (Metropole und Dorf!) und den Aufbruch nach den 1968ern, die politische Entwicklung über die Jahrzehnte, das sich verändernde Gesundheitswesen. Vieles wird in Erinnerung gerufen: die schwarze Tazze als TAZ-Logo, das Plakat für den 1. Berliner Gesundheitstag (1980) etwa oder für das Tempodrom, den UFA-Circus und natürlich das bekannte Plakat „Apotheke“ (Berlin 1982) als Satire auf die Gesundheitswirtschaft.

Der Reiz der Arbeiten liegt in der Kombination von gestalterischem Können, unerschöpflichen Ideen, Spaß am Spiel mit der Sprache, politischer Haltung und viel Humor.

Der Katalog ist ein Kunstbuch, ein Geschichtsbuch, ein Kulturbuch, ein Lehrbuch, ein Spaß- und Genussbuch; ein aktuelles Buch auch. Bestimmt werde ich ihn, den Katalog, gern auch mal verschenken.

Die Kapsel, entworfen von Roland Matticzki, hat es in sich:

Sie tauchte nicht nur auf dem Cover der „Berliner Ärzte“ im April 1990 auf, sondern auch auf dem Cover des Buches „Wechselwirkungen“, von 1999.

Im Jahr 2021 konnten die Pharmacists for Future die Kapsel mit freundlicher Genehmigung von Roland Matticzki in ihr Logo einbauen. Die Abbildungen sind auf der nächsten Seite zu sehen.

Aufbruch, dringender denn je

Diese Kapsel ist ein Hingucker. Ich finde sie großartig. Ihre kräftig strahlenden Farben schmeicheln dem Auge. Die Sonne scheint. Aber dann: Sie bricht auf! Menschen laufen heraus in unterschiedliche Richtungen, befreit aus der Enge, energiegeladen und aufrecht.

Es handelt sich nicht einfach um die leblose Kapsel als pharmazeutische Darreichungsform, was der Titel Handeln statt Schlucken suggerieren könnte. Handeln ist klar, aber Schlucken? Arzneimittel? Ja, das auch...

In diesem Heft 4/1990 wird der hohe irrationale Arzneimittelkonsum in der Bundesrepublik Deutschland dargestellt und als bundesdeutsche Schluckkultur kritisiert. Mit einem Aufruf zum Handeln stellt Ellis Huber das Projekt Rationaler Arzneimittelkonsum für Berlin vor. Von einer (ärztlichen) Profession ist da die Rede, welche die Zwänge des Systems bereitwillig schluckt, statt zu revoltieren.

Die angewachsene Wut über die Situation wird nicht länger runter geschluckt. Der lange beklagte Zustand wird nicht mehr ohne Widerrede hingenommen. Aufbrechen, loslaufen, sich befreien: diese optimistische Ansage der Kapsel ist viel mehr als weniger Arzneimittel schlucken. Und plötzlich wird sichtbar, wie viele Menschen in der alten festen Form zusammen gedrückt sind, schon auf den Ausgang gerichtet. Der Ausgang allerdings ist kein Spaziergang, etwas Klettern ist schon noch erforderlich, das sieht man genau.

So wird mit dieser Kapsel die damals formulierte und heute noch aktuelle Botschaft viel-sagend ins Bild gesetzt – Handeln statt schlucken ist ein ganzheitlicher Prozess der Emanzipation, der alle angeht.

Ein paar Jahre später, 1999, erschien im Mabuse-Verlag unser Band Wechselwirkungen. Beiträge zu Pharmazie

und Politik. Darin werden die vielen Facetten des Arzneimittels in der Verknüpfung mit Politik und Gesellschaft dargestellt, also Defizite in der Arzneimittelversorgung und notwendige Lösungsvorschläge. Ein schönes Buch und eine absolut zu den Beiträgen passende Umschlaggrafik: die Kapsel! Diese Kapsel ist mir in den vielen Jahren meines berufspolitischen Lebens im Verein demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten – Pharmazie in sozialer Verantwortung vertraut geworden.

Wieder ist Aufbruch angesagt und dringender denn je, der Kampf gegen den Klimawandel. Heraus aus der bequemen Engstirnigkeit! Es geht um nichts Geringeres als unser Leben auf diesem Globus zu retten.

Und plötzlich ist diese Kapsel für mich auch ein schönes Sinnbild eher aus der Botanik als der Pharmazie: die Samenkapsel.

Wenn sie reif ist, springt sie auf und setzt die Samen frei. Neue Pflanzen entwickeln neue Kraft, manchmal brauchen sie viel Zeit, aber sie leben und entfalten irgendwann ihre Wirkung.

Das Buch „Wechselwirkungen Beiträge zu Pharmazie und Politik“ wurde von mehreren VdPP-Mitgliedern geschrieben und 1999 veröffentlicht.



Dieser Text von Dr. Ulrike Faber ist im Katalog auf Seite 32 zu lesen.





Pharmazeutische Berufsfelder: orientiert an Public Health

Apotheker:innen üben ihren Beruf an unterschiedlichen Stellen des Gesundheitswesens aus: in Apotheken, in Behörden, in der Wissenschaft, im Katastrophenschutz, in Ausbildungseinrichtungen, in der Industrie, in Krankenkassen, in Verbänden, in der Politik und in vielen weiteren Bereichen des Gesundheitswesens. Auch die Mitglieder des VdPP arbeiten in verschiedenen Berufsfeldern. Nach Bestehen der durch eine staatliche Behörde abgenommenen Prüfung („Staatsexamen“) und nach Erhalt der Approbationsurkunde eröffnen sich dem pharmazeutischen Nachwuchs eine Fülle von beruflichen Entwicklungschancen.

Berufliche Chancen – berufliche Verantwortung

Was auf der einen Seite nach großer Freiheit und beruflichen Chancen ohne Ende aussieht, ist auf der anderen Seite, wie bei anderen (Gesundheits-)Berufen auch, staatlich eng reglementiert. Und die gezogenen Grenzen sind gut legitimiert: Denn sobald Heilberufler ihren Beruf ausüben, geht es um einen fundamentalen Aspekt der Daseinsvorsorge des Staates – es geht um die Gesundheit der Bevölkerung. Die Bürger:innen müssen sich auf die Vorsorge des Staates verlassen können und auf die Qualität des Handelns der im Gesundheitswesen beschäftigten, staatlich anerkannten Professionellen.

Wenn es brenzlich wird, muss man sich auf die Feuerwehr verlassen können, wenn z. B. eine Pandemie ausbricht, muss man sich auf das Gesundheitswesen verlassen können.

Apotheker:innen – Teil von Public Health

Public Health ist die „Wissenschaft und Praxis zur Verhinderung von Krankheiten, zur Verlängerung des Lebens und zur Förderung von physischer und psychischer Gesundheit unter Berücksichtigung einer gerechten Verteilung und effizienten Nutzung der vorhandenen Ressourcen“ (*Deutsche Gesellschaft für Public Health*). Es ist die wissenschaftliche und praktische Disziplin, die die öffentliche Gesundheit im Fokus hat, die die wissenschaftlichen Grundlagen und Daten zur Gesundheit der Bevölkerung(sgruppen) liefert, die die Politik be-

rät und die eng mit den Praktiker:innen auf lokaler, regionaler, bundesweiter und weltweiter Ebene verknüpft sein soll. Wenn Apotheker:innen ihren Beruf an unterschiedlichen Stellen und Institutionen ausüben, sind sie als Apotheker:innen der Öffentlichen Gesundheit / Public Health verpflichtet; auch wenn es für sie wie für alle Gesundheitsberufe im weitgehend privatwirtschaftlich organisierten Gesundheitswesen um sehr viel Geld, Macht und Einfluss geht.

Der VdPP, der sich einer Pharmazie in sozialer Verantwortung verpflichtet fühlt, will die Public Health-Aspekte der sehr unterschiedlichen Berufsfelder der Apotheker:innen herausarbeiten und damit beim beruflichen Nachwuchs wie auch bei allen Berufsangehörigen dafür werben, sich mit der Approbation und ab Aufnahme der Berufstätigkeit als Apotheker:innen als Teil der gesamtgesellschaftlichen Aufgabe, Gesundheit des Einzelnen wie der gesamten Bevölkerung, zu betrachten.

Am Gemeinwohl orientierte Perspektiven in allen pharmazeutischen Berufsfeldern

Mit der Verpflichtung auf die Öffentliche Gesundheit sind für die Berufsangehörigen Perspektiven verbunden, innerhalb des Gesundheitswesens mitzuhelfen, die Public Health-Ziele für mehr Gesundheit der Bevölkerung weiterzuentwickeln und umzusetzen.

Dies möchte der VdPP im Rahmen von Veranstaltungen oder Plattformen in die Berufsöffentlichkeit tragen. Er will dazu im Interesse der Gesundheit der Bevölkerung aufzeigen, dass Apotheker:innen „im Dienst der Gesundheit“ und verstärkt mit dem Ziel einer verbesserten Zusammenarbeit mit anderen Gesundheits- und Sozialberufen ihre Kompetenzen und Potenziale für die Öffentlichen Gesundheit einbringen müssen und wollen.

Die Auftaktveranstaltung, die wir gern zusammen mit dem Bundesverband der Pharmaziestudierenden (BPhD) durchführen möchten, wird im Rahmen des Herbstseminars des VdPP im Oktober 2022 stattfinden. Nähere Informationen folgen.

