

Themen dieses Rundbriefs

Interview:
Altersarmut und
Arzneimittelversorgung

Pharmazie und Public
Health: Initiative zur
beruflichen Vernetzung

Offener Brief zum
geplanten BIPAM

Stellungnahme zum
Entwurf des Klima-
anpassungsgesetzes

Zehn Jahre
Memento-Preis: die
Auszeichnungen 2023

Bericht vom UHC-Tag:
Gesundheitsversorgung
für alle Menschen

„Pillen-Poker“ – eine
Buchbesprechung

Veranstaltungen des
VdPP im Jahr 2024

Diskussionspapier

Cannabis- Legalisierung



INHALT

- 3** **Grußwort des Vorstands**
Daniel Fler
- 4** **Cannabis-Gesetz**
Diskussionspapier zum Entwurf der Bundesregierung
- 7** **Forschungsprojekt zur Altersarmut**
Interview mit Dr. Jacqueline Warth
- 10** **Pharmazie und Public Health Initiative zur Vernetzung von Pharmazeuti:innen mit Public-Health-Abschluss oder -Interesse**
- 11** **Onlineseminar am 18. Januar**
Pharmazie meets Public Health – Apotheken im Fokus
- 11** **Ich lese den Rundbrief, weil ...**
Ingeborg Simon
- 12** **Gesundheitskioske in Apotheken – geht das?**
Stellungnahme des VdPP
- 13** **Einbindung von Apotheken für eine bestmögliche Versorgung erforderlich** ADEXA Positionspapier
- 14** **Angekündigte Errichtung eines Bundesinstituts für Aufklärung und Prävention in der Medizin (BIPAM)** Offener Brief
- 15** **Aktueller Entwurf des Klimaanpassungsgesetzes**
Stellungnahme von KLUG und weiteren Organisationen
- 16** **Preisverleihung: Zehn Jahre Memento-Preis**
Ulrike Faber
- 18** **Bericht vom Universal Health Coverage Day**
Udo Puteanus
- 20** **Winterseminar am 1. Februar: Hohe Arzneimittelpreise – Gefährdung der Finanzierbarkeit des Gesundheitswesens**
- 20** **Mitgliederversammlung 2024**
Vom 7. bis 9. Juni in Hamburg
- 21** **Wie krank ist das denn? Medikalisierung, Übertherapie, Pathologisierung** Fachtagung von MEZIS und VdPP vom 12. bis 14. April
- 22** **Nie wieder Krieg! Friedensdemonstration in Berlin**
Ulrike Faber
- 23** **Buchbesprechung „Pillen-Poker“**
Esther Luhmann
- 24** **Jahresrückblick 2023**
Veranstaltungen und Aktionen des VdPP

IMPRESSUM

Herausgeber

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

Telefon: 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

Johanna Lederer (verantwortlich),
Heinz Landwehr, Esther Luhmann
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. Ver-
sandkosten 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. 119, erscheint im Mai 2024
Redaktionsschluss ist am 31. März 2024.

Bildnachweise:

Titelfoto Pixabay. S.3: Privat (Daniel Fler). S.4-6: Pixabay. S.6: Privat (Regina Schumann). S.8: Movecitizens/Uniklinik Düsseldorf S.10: Dreamstime/Adam Nowak. S. 11: Privat (Ingeborg Simon). S.15: Pixabay. S.17: Privat (Ulrike Faber). S.19: Sabine Haul. S. 20: Pixabay, Zinnschmelze. S.22: Privat (Ulrike Faber). S.23: Suhrkamp. Privat (Esther Luhmann).

Grußwort des VdPP-Vorstands

Daniel Fleer

Liebe Leserinnen,
liebe Leser,

aktuell geleite ich meine 12-jährige Tochter durch einen Klassiker der amerikanischen Unterhaltungskultur und schaue mir, zum Glück über Wochen verteilt, erstmals alle Star-Wars-Folgen an. Während dabei per Laserschwert massenweise Roboter-Kampfmaschinen gemetzelt werden, sieht die Wirklichkeit im sehr nahen und Nahen Osten leider wesentlich weniger heldenhaft aus. Ulrike berichtet in diesem Rundbrief von ihrer Teilnahme an der Friedensdemo am 25. November in Berlin.

Wer sich mittels Drogen diese Welt erträglicher machen möchte, dem soll ja bald neben Alkohol und Nikotin noch eine weitere legale Möglichkeit zur Verfügung stehen. Zu Chancen und Risiken sowie Varianten der Cannabis-Abgabe haben sich die Mitglieder der Berliner Regionalgruppe schlau gemacht. Sie möchten eine Diskussion zur Positionierung des VdPP anstoßen und präsentieren in diesem Heft die Regelungen des Freigabe-Gesetzentwurfes, eine mögliche Stellungnahme dazu sowie die Regelungen in den Niederlanden und den USA mit ihren Auswirkungen auf den Drogenhandel.

Auch der aktive Kern um den Vorstand des VdPP war und ist aktiv bei der (Mit-)Planung verschiedener Veranstaltungen. Udo berichtet von einer Veranstaltung in Berlin im Rahmen des Universal Health Coverage Days im Dezember, an der sich der VdPP inhaltlich und finanziell beteiligt hat. Außerdem findet ihr Infos zu einer Pharmazie- und Public-Health-Veranstaltung im Januar, zum VdPP-Winterseminar zu Arzneimittelpreisen im Februar, zur gemeinsamen VdPP-MEZIS-Fachtagung im April sowie zur Mitgliederversammlung im Juni in Hamburg. Und ihr werdet über das neue Buch von Jörg Schaaber, einem ausge-

*Der Wunsch zum
Neuen Jahr:
Weiterhin engagierte
und unverzagte
VdPP-Mitglieder.*

wiesenen Kenner des Arzneimittelmarktes, informiert: Esther hat „Pillen-Poker“ gelesen. Unsere Referentin rundet diesen Rundbrief mit einem Jahresrückblick der Aktivitäten in 2023 ab.

Der Vorstand wünscht Euch viel Spaß beim Lesen und sich selbst im kommenden Jahr weiterhin engagierte und unverzagte VdPP-Mitglieder.

Für den Vorstand
Daniel Fleer

*Dr. Daniel Fleer
leitet den Bereich
Nutzenbewertung im
Ressort Nicht-
medikamentöse
Verfahren beim Institut
für Qualität und Wirt-
schaftlichkeit im Gesund-
heitswesen (IQWiG).*



VdPP im Netz

 www.vdpp.de

 www.facebook.com/VdemPP/

 www.linkedin.com/company/vdpp

Spendenbescheinigungen

Liebe Mitglieder,
für euch alle zur Erinnerung: Für gezahlte Beiträge oder Spenden bekommt ihr nicht mehr automatisch von der Geschäftsstelle eine Bescheinigung. Es sei denn, die Zahlung betrug mehr als 300 Euro. Für die Steuererklärung reicht bis 300 Euro eine Kopie von eurem Kontoauszug.

Das Cannabis-Gesetz: Entwurf der Bundesregierung

Regina Schumann für die Berliner Regionalgruppe des VdPP

Der Gesetzentwurf wurde am 16. August 2023 vom Bundeskabinett beschlossen. Die Berliner Regionalgruppe des VdPP stellt eine kurze Bewertung des Entwurfs zur Diskussion (Stand des Gesetzgebungsverfahrens: November 2023).

1. Wir lehnen den Gesetzentwurf zum kontrollierten Umgang mit Cannabis (Cannabisgesetz – CanG) ab.

Der vorliegende Gesetzentwurf der Bundesregierung zur Freigabe von Cannabis zu Genusszwecken (siehe Kurzbeschreibung auf Seite 5 des Rundbriefs) kann nicht akzeptiert werden. Die Gründe dafür sind:

- Die Altersgrenze für den Bezug von Cannabis mit 21 bzw. 18 Jahren ist aus medizinischer Sicht zu niedrig angesetzt, da das menschliche Gehirn erst ab dem 25. Lebensjahr ausgereift ist. Auch der einmalige Konsum von Cannabis kann in Einzelfällen eine Psychose auslösen. Eine entsprechende Aufklärung dazu ist nicht vorgesehen.
- Die im Entwurf vorgesehene Produktion, Lieferung und Verteilung von Cannabis über als Verein eingetragene Anbauvereinigungen ist zu kompliziert, zu bürokratisch und nicht praktikabel.
- Die Qualitätskontrolle durch die Anbauvereinigungen setzt Kenntnisse und interne Qualitätssicherungsmaß-

nahmen voraus, die ein ehrenamtlicher Verein nur schwer erfüllen kann.

- Eine Evaluierung des Verfahrens ist nach vier Jahren vorgesehen, die dafür erforderlichen Voraussetzungen werden aber nicht definiert.

- Das Ziel, den illegalen Cannabishandel wesentlich einzuschränken, wird begrüßt. Dies kann allerdings nur mit den erforderlichen Rahmenbedingungen einer kohärenten Drogenpolitik erreicht werden (siehe auch die Situation in den Niederlanden und in den USA am Beispiel Kaliforniens – beschrieben auf Seite 6 des Rundbriefs).

2. Braucht Deutschland eine Regulierung zur Freigabe von Cannabis zu Genusszwecken und wenn ja, wie könnte sie aussehen und welche Kriterien sollten erfüllt sein?

Aus unserer Sicht ist eine Freigabe notwendig. Sie reagiert auf die gesellschaftlich geschaffenen Realitäten. Jugendliche und Erwachsene konnten durch ein Cannabis-Verbot bisher nicht vor den Auswirkungen eines Schwarzmarktes und gesundheitsgefährdenden verunreinigten Drogen geschützt werden. Folgende Eckpunkte einer Regulierung halten wir für notwendig:

- Maßnahmen der Prävention und Aufklärung zu Risiken und Schäden für unterschiedliche Zielgruppen (auch

mehrsprachig) müssen in relevanten Settings (Bildungs-, Ausbildungs- und Arbeitsstätten) etabliert werden.

- Der Konsum von Cannabis muss entkriminalisiert werden. Ggf. freierwerdende Ressourcen bei Polizei und Gerichten können dann gezielt für die Bekämpfung des Schwarzmarkts und der organisierten Kriminalität eingesetzt werden.

- Die Legalisierung von Drogen ermöglicht deren qualitative Überwachung in Verbindung mit effektiver und transparenter Aufklärung über Risiken und Schäden dieser Drogen.

- Insgesamt bedarf es in unserer Gesellschaft einer konzertierten, ausreichend finanzierten Aktion mit Informationen und Angeboten für suchtgefährdete Bevölkerungsgruppen unter Einbeziehung von Alkohol und Nikotin in einer kohärenten Suchtpolitik. Letzteres ist angesichts der im November 2023 im 10. Alternativen Drogenbericht genannten Zahlen (vorzeitige jährliche Sterbefälle durch Tabak- und Alkoholkonsum: 127 000 bzw. 74 000) von größter Bedeutung.

Quelle: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/C/Cannabis/Gesetzentwurf_Cannabis_Kabinett.pdf



Einige wichtige Regelungen aus dem Cannabis-Entwurf der Bundesregierung, insbesondere zum Artikel 1: Gesetz zum Umgang mit Konsumcannabis (Konsumcannabisgesetz – KCanG, Säule I):

- Cannabis darf ausschließlich von Anbauvereinigungen an ihre Mitglieder zum nicht-medizinischen Eigenkonsum abgegeben werden. Mitglieder können Personen ab 18 Jahren mit Wohnsitz oder gewöhnlichem Aufenthalt in Deutschland sein.
- Eine Anbauvereinigung darf an Mitglieder bis zu 25 Gramm Cannabis pro Tag und bis zu 50 Gramm Cannabis pro Monat zum Eigenkonsum abgeben. An Heranwachsende (18 bis 21 Jahre) dürfen maximal 30 Gramm Cannabis pro Monat mit einem THC-Gehalt von höchstens zehn Prozent abgegeben werden.
- Personen ab 18 Jahren ist in ihrer Wohnung oder im Bereich ihres befriedeten Besitzums die nicht-gewerbliche Erzeugung von insgesamt bis zu drei weiblichen blühenden Pflanzen pro Kalenderjahr zum Zwecke des Eigenkonsums von Cannabis (privater Eigenanbau) erlaubt.
- Die Anzahl der Mitglieder in einer Anbauvereinigung ist auf maximal 500 begrenzt. Eine Mitgliedschaft in mehr als einer Anbauvereinigung ist untersagt.
- Die Anbauvereinigung stellt bei Abgabe aufklärende evidenzbasierte Informationen über Cannabis, einen risikoreduzierten Konsum und Hinweise auf Beratungs- und Behandlungsstellen zur Verfügung. Auf mögliche neurologische und gesundheitliche Schäden bei einem Konsum im Alter von unter 25 Jahren, notwendige

Vorkehrungen zum Kinder- und Jugendschutz, inklusive Nichtkonsum in Schwangerschaft und Stillzeit, Wechselwirkungen mit Arzneimitteln und bei Mischkonsum mit anderen psychoaktiv wirksamen Substanzen sowie zur Straßenverkehrstauglichkeit und zum Bedienen von Maschinen ist hinzuweisen.

- Die Definition von Anbauvereinigungen schreibt ihre Ausgestaltung als rechtsfähiger eingetragener Verein im Sinne des Vereinsrechts vor. Andere Rechtsformen, insbesondere Genossenschaften, Gesellschaften, nicht rechtsfähige Vereine oder im Ausland ansässige Vereinigungen, können keine Anbauvereinigungen bilden.

In den erläuternden Texten steht: Ausschließlich Anbauvereinigungen können eine Erlaubnis erhalten. Andere Rechtsformen als eingetragene Vereine mit entsprechendem Satzungszweck, insbesondere gewerbliche Anbieter, Apotheken, gemeinnützige Gesellschaften, Stiftungen, Genossenschaften oder sonstige Institutionen und Organisationen sind nicht antragsberechtigt. Sonst werden Apotheken nur im Zusammenhang mit medizinischem Cannabis erwähnt!

- Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung die Zahl der Anbauvereinigungen, die in einem Kreis oder einer kreisfreien Stadt eine Erlaubnis erhalten dürfen, auf eine Anbauvereinigung je 6 000 Einwohner:innen zu begrenzen.

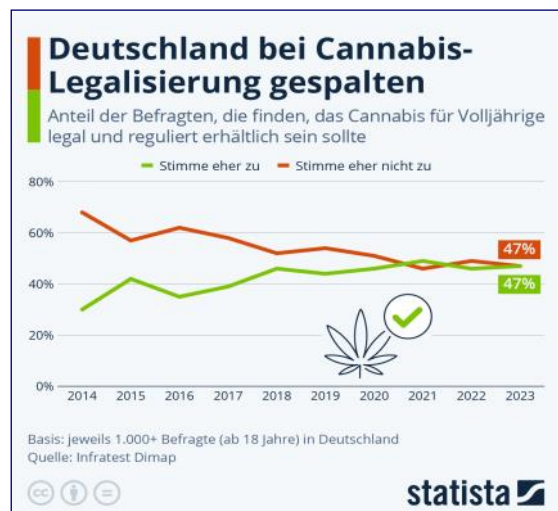
■ Die Mitglieder sollen möglichst aktiv in der Vereinigung mitwirken. Daher ist neben den Tätigkeiten der Mitglieder beim Anbau nur die Mitwirkung von sozialversicherungspflichtig beschäftigten Mitarbeitenden der Vereinigung zulässig.

- Es gilt ein allgemeines Werbeverbot für Cannabis. Auch Werbung und Marketing für Anbauvereinigungen, etwa in Schaufenstern, ist unzulässig.

■ Es gibt bestimmte Qualitätsvorgaben für Anbau und Abgabe in Anbauvereinigungen.

- Zum Qualitätsmanagement zählt, dass Mitglieder oder Beschäftigte der Anbauvereinigung regelmäßig Stichproben ziehen, um die gartenbauliche Qualität des Cannabis zu prüfen.

Säule II – regionales Modellvorhaben mit kommerziellen Lieferketten (Entwurf war für das 2. Halbjahr 2023 angekündigt): Vollständige Regulierung ist erst später nach einer Pilotphase geplant, die im Jahr 2024 beginnen sollte.



Regulierung in den Niederlanden: Politik des Duldens

Das Ziel ist, den Drogenkonsum kontrollierbar und transparent zu machen, was wiederum zur Entkriminalisierung beitragen soll. In Coffeeshops dürfen bis zu fünf Gramm Cannabis pro Person verkauft werden. Der Konsum und die Abgabe aller anderen Drogen, inklusive der legalen Drogen Alkohol und Tabak, ist in Coffeeshops verboten. Der Erwerb von Marihuana und Haschisch ist dort nach Vollendung des 18. Lebensjahres gestattet. Seit 1976 wird der Besitz von bis zu 30 Gramm Cannabis toleriert (nicht verfolgt), obwohl dies nach dem Gesetz als Straftat gilt.

Den Betreibern eines Coffeeshops ist es verboten, Cannabis für das Gewerbe zu kaufen oder selbst zu produzieren. Damit stehen die Coffeeshop-Betreiber vor dem Problem, zwar legal Cannabis-Blüten und Haschisch bis zu 5 Gramm pro Kunden verkaufen zu dürfen, aber nicht in größeren Mengen einzukaufen. Sie müssen ihre Produkte weiterhin vom Schwarzmarkt beziehen. Die organisierte Kriminalität erstarkte, auch weil die illegale Cannabisproduktion in den Niederlanden ignoriert wird. Die Strafverfolgung von Drogenkriminalität wurde in den Niederlanden lange missachtet.

Die Niederlande starten im Herbst 2023 ein Experiment mit dem Handel mit legal angebautem Marihuana. Coffeeshops in den südlichen Städten Tilburg und Breda dürfen als erste in einer Testphase die legal gezüchteten Drogen verkaufen. Da Coffeeshops

durch die aktuelle Rechtslage auf den Schwarzmarkt angewiesen sind, musste die niederländische Regierung eine Alternative finden. Daher hat sie diesem Experiment mit staatlich kontrolliertem Anbau von Marihuana zugestimmt. Zehn zertifizierte Cannabisproduzenten beliefern 90 Coffeeshops in elf Kommunen. Nach dem Experiment will die Regierung 2028 über die vollständige Legalisierung von Cannabis entscheiden.

Quelle: https://de.wikipedia.org/wiki/Niederl%C3%A4ndische_Drogenpolitik

Regulierung in den USA

Der Gebrauch, Besitz und Verkauf von Cannabis in den Vereinigten Staaten ist durch Bundesrecht verboten. Dennoch haben bisher 23 der 50 amerikanischen Bundesstaaten sowie der Bundesdistrikt und Regierungssitz Washington, D. C., Cannabis als Rauschmittel für Personen ab 21 Jahren legalisiert. Weitere acht Staaten haben den Konsum entkriminalisiert. Da Cannabis nach den Bundesgesetzen noch immer illegal ist, darf es nicht über die Grenze eines Bundesstaates geschafft werden – Cannabis, das in einem Bundesstaat verkauft wird, muss dort angebaut und verarbeitet worden sein. Auch das Mitführen von Cannabis auf Flughäfen und in Flugzeugen ist illegal, da dort Bundesrecht gilt.

Kalifornien: Seit 2018 darf Cannabis an Personen, die mindestens 21 Jahre alt sind, in lizenzierten Läden verkauft werden. Der Besitz von bis zu einer Unze (28 Gramm) Marihuana ist legal, ebenso der Besitz von bis zu 8 Gramm

Haschisch und der Anbau von bis zu 6 Cannabispflanzen. Der Besitz von Marihuana zu medizinischen Zwecken ist bis zu einer Menge von 8 Unzen (ca. 227 Gramm) legal.

Fast zwei Drittel der gesamten legalen Hanfernte der USA stammt aus Kalifornien.

Neben dem legalen Anbau gibt es weiterhin einen großen kommerziellen Markt für illegales Cannabis, das vorzugsweise auf Flächen angebaut wird, die dem Staat gehören. Diese illegalen Plantagen werden den mexikanischen Kartellen zugerechnet. Die Flächen werden von mexikanischen Arbeitern angelegt und auch unter Waffeneinsatz gegen Polizisten verteidigt. Der illegale Anbau geht mit erheblichen Umweltschäden einher, da die Cannabispflanzen sehr viel Wasser benötigen und damit Quellen versiegen. Außerdem werden zum Anbau auch verbotene Pflanzenschutzmittel eingesetzt, die umweltschädlich und toxisch sind.

Quelle: https://de.wikipedia.org/wiki/Rechtliche_Stellung_des_Cannabisgebrauchs_in_den_USA

Über die Autor:innen

Regina Schumann in Zusammenarbeit mit Ulrike Faber, Ulrich Hagemann, Ingeborg Simon (Mitglieder der Berliner Regionalgruppe)



Forschungsprojekt zur Altersarmut

Altersarmut und Verzicht auf Arzneimittel

Interview mit Dr. Jacqueline Warth

Schon seit vielen Jahren, nicht erst seit der Inflation ab 2022, deutet es sich an: Viele Patient:innen, denen das Geld fehlt, verzichten auf verordnete Arzneimittel und auf Selbstmedikation. Vielen fehlt auch ausreichend Geld für Nahrungsmittel; sie sind deswegen auf die Angebote der Tafeln angewiesen. Diese aber haben aufgrund der Zunahme der Zahl der Tafelbesucher:innen und der abnehmenden Angebote aus den Supermärkten nicht mehr ausreichende Mengen für die Menschen zu bieten. Mit dem demographischen Wandel und der Zunahme der

Zahl der in Rente gehenden Menschen nimmt der Problemdruck weiter zu; denn oftmals ist mit dem Renteneintritt auch der Weg in die Armut verknüpft. In Apotheken spüren es die Mitarbeiter:innen häufig, wenn solche finanziellen Benachteiligungen zu Verzicht führen. Aber wie viele der Betroffenen kommen erst gar nicht mehr in die Apotheke; wie viele versuchen vielleicht sogar über – oftmals dubiose – Internetquellen an billige Alternativen zu kommen mit all den Gefahren, die damit zusammenhängen?

Der wissenschaftliche Kenntnisstand über Ausmaß und Folgen des Verzichts auf Arzneimittel – seien sie verordnet oder selbst gekauft – ist in der Bundesrepublik äußerst rudimentär. Schon gar nicht hat man sich hierzulande wissenschaftlich mit der Frage auseinandergesetzt, welche Beweggründe die Betroffenen haben oder welche Abwägungen sie vornehmen müssen, wenn sie über Verzicht nachdenken.

Dr. Jacqueline Warth, wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Allgemeinmedizin (ifam) am Centre for Health and Society (chs) an der Medizinischen Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf will sich im kommenden Jahr im Rahmen eines Forschungsprojektes mit solchen Fragen auseinandersetzen. Sie wird dazu Patient:innen, aber auch Ärzt:innen, Apotheker:innen und andere Berufsangehörige aus dem Gesundheitswesen befragen.

Im folgenden Interview geht sie auf die Hintergründe des Projektes ein sowie auf die möglichen Maßnahmen, die aufgrund der Erkenntnisse angezeigt sein könnten.

Frau Dr. Warth, was hat Sie bewegen, sich diesem Thema zu widmen? Armut nimmt in Deutschland zu und betrifft ganz unterschiedliche Grup-

pen. Als Gesundheitswissenschaftlerin blicke ich mit Sorge auf diese Entwicklung. Denn zahlreiche Studien beschreiben, dass Armut Gesundheitschancen und Krankheitsrisiken maßgeblich beeinflusst. Gerade ältere Menschen sind in Deutschland häufig armutsgefährdet. Mehr als jede fünfte Person über 65 Jahre muss mit einem Einkommen unterhalb der Armutsgrenze auskommen. Bei einer alleinlebenden Person lag die Armutsgrenze 2022 bei weniger als 1 250 Euro im Monat, die für ihre Miete, Lebensmittel, Bustickets und eben auch Zuzahlungen für Arzneimittel oder andere Gesundheitsausgaben reichen müssen.

Dabei können wir davon ausgehen, dass der Bedarf an Gesundheitsleistungen gerade bei Senior:innen deutlich erhöht ist, weil sie mit zunehmendem Alter häufiger von Erkrankungen betroffen sind.

Gesetzlich Versicherte müssen jährlich Kosten für verschreibungspflichtige Medikamente, Hilfsmittel, Krankenhauszuzahlungen etc. bis zu einer Höhe von zwei Prozent ihres Jahreseinkommens selbst tragen, chronisch Kranke bis zu einem Prozent. In dem Fall, dass die Zuzahlungen diese sogenannte Belastungsgrenze übersteigen, können Patient:innen einen Antrag auf die Befreiung von weiteren Zuzahlungen beantragen, wenn sie

sämtliche Quittungen mit den Einkommensnachweisen bei ihrer Krankenkasse einreichen.

Wie gehen ältere Menschen in dieser Lage mit Zuzahlungen für Medikamente um? Sprechen sie mit ihrer Hausärztin oder ihrem Apotheker, wenn sie das Geld für Zuzahlungen nicht aufbringen können? Inwiefern sind Betroffene, Ärzt:innen und Apotheker:innen über die mögliche Beantragung einer sogenannten Zuzahlungsbefreiung informiert? Diese Fragen wurden in Deutschland bislang wissenschaftlich kaum untersucht. Aber genau dieses Wissen ist wichtig, um das Ausmaß und Einflussfaktoren auf mögliche kostenbedingte Versorgungsproblematiken älterer Menschen aufzudecken und auf dieser Grundlage mögliche finanzielle Hürden für eine sichere und wirksame Arzneimitteltherapie auszuräumen.

Warum ist die Bevölkerungsgruppe der älteren Menschen für Sie bzw. für das Projekt von besonderem Interesse?

Internationale Studien weisen darauf hin, dass besonders die Bevölkerungsgruppe älterer Menschen von finanziellen Belastungen durch Zuzahlungen betroffen ist. Und in der Folge verzichten einige aus Kostengründen trotz chronischer Erkrankung auf Gesundheitsleistungen, z.B.

auf verordnete Medikamente oder Arztbesuche. Wenn Patient:innen aus Kostengründen weniger Medikamente einnehmen als verordnet, spricht man in der Fachliteratur von „kostenbedingter Nicht-Adhärenz“. Studien aus Nordamerika und europäischen Staaten, auch vereinzelte Untersuchungen aus dem deutschsprachigen Raum, dokumentieren eine solche kostenbedingte Nicht-Adhärenz u.a. in der Form, dass ältere Patient:innen Medikamentendosen verringern, die Einnahme verzögern oder gänzlich auf die Medikamenteneinnahme verzichten. In der Folge beschreiben Studien eine Verschlechterung des Therapieerfolgs, erhöhte Inanspruchnahme ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung und einen schlechteren Gesundheitszustand bis hin zur Übersterblichkeit. In Deutschland gibt es bislang allerdings kaum Kenntnisse über die Verteilung, Einflussfaktoren und klinische Auswirkungen kostenbedingter Nicht-Adhärenz bei älteren Menschen in der Arzneimitteltherapie. Gerade im Hinblick auf die wachsende Altersarmut in Deutschland ist es wichtig, Versorgungsproblematiken und die möglichen negativen Auswirkungen für ältere Menschen in den Blick zu nehmen.

Genau darum geht es auch bei dem Projektvorhaben „ver_SUM“. Im Fokus des Forschungsprojekts stehen der kostenbedingte Medikamentenverzicht und Strategien, die ältere Patient:innen und Professionelle im Umgang mit Zuzahlungen in ihrem Lebens- bzw. Versorgungsalltag anwenden. Eine qualitative Befragung von älteren GKV-Versicherten, Hausärzt:innen, Apotheker:innen und ggf. weiteren Gesundheitsberufen soll erstmalig in Deutschland vertiefende Erkenntnisse hierzu schaffen.

Wie wollen Sie bei Ihrem Projekt vorgehen; zunächst, wie wollen Sie die Betroffenen erreichen?

Um Betroffene zu erreichen, haben wir geplant, ganz unterschiedliche Kontaktwege zu nutzen. In vorherigen Projekten haben wir die Erfahrung

Dr. Jacqueline Warth, Institut für Allgemeinmedizin (ifam), Centre for Health and Society (chs), Medizinische Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf



gemacht, dass wir Patient:innen z.B. über soziale Medien, Aushänge an öffentlichen Orten gut erreichen können, oder auch über Patient:innen- und Selbsthilferepresentierungen sowie soziale oder medizinische Anlaufstellen.

Wenn ich es richtig verstanden habe, wollen Sie im Projekt einen qualitativen Studienansatz verfolgen. Was sind die Hintergründe und die Abgrenzungen zu quantitativen Untersuchungen?

Im Projekt haben wir bewusst einen qualitativen Studienansatz gewählt. Konkret werden wir mit Betroffenen und ebenso auch Professionellen in der hausärztlichen und pharmazeutischen Versorgung in Nordrhein-Westfalen sogenannte „Leitfadeninterviews“ als eine qualitative Methode der strukturierten Datenerhebung durchführen und dieses Datenmaterial systematisch auswerten. Die Stärke von diesem offenen Ansatz liegt darin, dass es uns auf diesem Weg möglich ist, überhaupt erst einmal zu beleuchten, wer aus Kostengründen auf Medikamente verzichtet, unter welchen Umständen sich Patient:innen dazu

entscheiden, und welche Rolle beteiligte Professionelle im Umgang mit Zuzahlungsschwierigkeiten dabei im Versorgungsalltag spielen. Denn grundsätzlich wird menschliches Handeln dadurch bedingt, wie Menschen objektive Gegebenheiten – wie etwa Zuzahlungsregelungen – subjektiv wahrnehmen und interpretieren. Wenn wir also die subjektiven Sichtweisen von Patient:innen und bislang kaum untersuchte Handlungsrouninen, Einstellungen und Erfahrungen aus der Perspektive der Professionellen erfassen möchten, brauchen wir eine offene und explorative Herangehensweise. Mit quantitativen, standardisierten Methoden der Datenerhebung, wie sie in der epidemiologischen Forschung häufig angewandt werden, können wir solche Erkenntnisse nicht gewinnen.

Der qualitative Studienansatz kann damit sozusagen einen Grundstein legen, um das Ausmaß, die Verteilung und Einflussfaktoren auf kostenbedingte Nicht-Adhärenz langfristig auch auf Bevölkerungsebene quantitativ analysieren, dokumentieren und bewerten zu können.

Was versprechen Sie sich von der Befragung von Berufsgruppen aus dem Gesundheitswesen? Wie intensiv ist deren Einblick in die finanziellen Probleme ihrer Patient:innen?

Eine erfolgreiche Arzneimitteltherapie setzt nach meinem Verständnis voraus, dass Abstimmungen zwischen den beteiligten Professionellen wie z.B. Hausärzt:innen, Apotheker:innen, Medizinischen Fachangestellten und den konkreten Bedarfen von Patient:innen stattfinden. Von der Mitteilung der ärztlichen Indikationsstellung und Verordnung über die Beratung und Abgabe in der Apotheke bis hin zur eigenständigen Einnahme zuhause und der Therapiebeobachtung. Auch durch meine eigene vorherige wissenschaftliche Arbeit und Gespräche mit Hausärzt:innen und auch anderen Berufsgruppen im Gesundheitswesen habe ich erfahren, dass ein Teil der Patient:innen finanzielle Probleme durchaus mit ihnen bespricht, obwohl das Thema oft mit Schamgefühlen verbunden ist.

Sicherlich hängt es von einer Reihe von Faktoren ab, wie intensiv deren Einblick in die finanziellen Probleme ihrer Patient:innen ist. Wie lange kennen sie ihre Patient:innen schon, welche Lösungswege sehen sie, wie bewerten sie einen Verzicht auf verordnete Medikamente usw.? Vor dem Hintergrund ist es aus meiner Sicht ganz entscheidend, sowohl die Sichtweisen von Patient:innen als auch die Perspektive und Erfahrungen der beteiligten professionellen Akteur:innen in der Arzneimitteltherapie zu erheben.

Brauchen Sie Unterstützung, um ausreichend Berufsangehörige, z. B. aus dem pharmazeutischen Arbeitsfeld, interviewen zu können? Und wenn ja, welche Form der Unterstützung brauchen Sie?

Wer Interesse hat, von eigenen Erlebnissen und Erfahrungen mit Patient:innen mit Zuzahlungsschwierigkeiten zu berichten, ist herzlich eingeladen, uns zu kontaktieren. Gerne können Leser:innen in ihrem berufli-

chen Umfeld von der geplanten Befragung berichten und Kontaktdaten weitergeben. Auch wer Fragen zu der Thematik oder dem Forschungsprojekt hat, kann gern Kontakt mit uns aufnehmen.

Kontakt: Jacqueline.Warth@med.uni-duesseldorf.de

Was ist Ihre Hypothese oder Vermutung: Was werden wir nach Abschluss Ihres Projektes wissen? Werden wir weitere Projekte dieser Art brauchen, um genügend Erkenntnisse zu sammeln, wie wir für die Betroffenen notwendige Hilfesysteme aufbauen oder weiterentwickeln?

Wenn ich an den Abschluss des Projekts denke, blicke ich auf eine Reihe von Erkenntnissen darüber, wie es dazu kommt, dass ältere Menschen in Deutschland aus Kostengründen auf Medikamente verzichten, über welches Wissen und Einstellungen über geltende Zuzahlungsregelungen Patient:innen und beteiligte Professionelle verfügen und wie sie mit Zuzahlungsschwierigkeiten im (Versorgungs-)Alltag umgehen. Diese Erkenntnisse sind auch ein Schritt, um zu verstehen, welche Unterstützungsbedarfe Betroffene beschreiben und inwieweit Hilfesysteme im Versorgungsalltag bereits bestehen oder ausgebaut bzw. entwickelt werden können.

Zudem bestehen heute noch einige weitere Fragen, die bislang unbeantwortet sind. Etwa die Frage nach der Zahl der Betroffenen in Deutschland, den Auswirkungen auf ihre gesundheitliche Lage und ggf. nachfolgende Kosten für Gesundheitsausgaben. Wir werden weitere – dann auch quantitative – Projekte brauchen, um ein genaues Verständnis des Ausmaßes und der Hintergründe des kostenbedingten Medikamentenverzichts zu erreichen. Doch aus gesundheits- und sozialpolitischer Sicht ist dieses Verständnis von hoher Bedeutung, damit empirisch begründete Maßnahmen zielgerichtet entwickelt und implementiert werden können, die der Verschärfung bestehender gesundheitlicher Ungleichheiten entgegenstehen.

Sehen Sie schon heute Möglichkeiten, den Betroffenen besser als bisher zu helfen?

Grundsätzlich besteht ja die schon angesprochene Möglichkeit der Zuzahlungsbefreiung für Patient:innen. Die gesetzliche Belastungsgrenze soll dazu dienen, dass gerade kranke Menschen durch Zuzahlungen „nicht unzumutbar belastet werden“. Krankenkassen benachrichtigen ihre Versicherten allerdings nicht automatisch, wenn sie mit geleisteten Zuzahlungen ihre Belastungsgrenze erreicht haben. Sie müssen ihre Zuzahlungen selbst im Blick behalten und alle Zuzahlungsbelege sammeln, damit sie eine Befreiung von weiteren Zuzahlungen für den Rest des Jahres beantragen können. Das ist wichtig für Patient:innen zu wissen. Verständliche Patient:inneninformationen über bestehende Regelungen können also Betroffenen schon heute helfen.

Wichtig ist dabei zu berücksichtigen, dass nicht verschreibungspflichtige Medikamente immer von Patient:innen selbst bezahlt werden müssen. Das kann für einige Menschen eine zusätzliche finanzielle Herausforderung sein. Damit in Armut lebende Menschen trotzdem Krankheiten wie z.B. Kopfläuse, Pilzerkrankungen, Allergien, Magen-/Darmerkrankungen etc. behandeln können, bieten etwa sogenannte Medikamententafeln rezeptfreie Arzneimittel teils zuzahlungsfrei an. Solche Projekte gibt es an mehreren Standorten bundesweit, z.B. in Solingen. An diese Projekte können Betroffene bei Bedarf als kurzfristige Hilfestellung verwiesen werden. Doch sicherlich sind diese Anlaufstellen nur eine provisorische Lösung. Eine flächendeckende Arzneimittelversorgung armutsbetroffener Menschen kann durch diese Angebote nicht sichergestellt werden.

Frau Dr. Warth, vielen Dank für das Interview. Ich wünsche Ihnen viel Erfolg bei diesem Projekt.

Das Interview führte Dr. Udo Puteanus, Vorstandsmitglied des VdPP.

Aufruf

Pharmazie und Public Health

Initiative zur Vernetzung von Pharmazeut:innen mit Public-Health-Abschluss oder Public-Health-Interesse

Pharmazie und Public Health sind zwei (Wissenschafts-)

Bereiche, die bislang nur wenig interagieren. Dies ist aber notwendig und sinnvoll, um das Potenzial pharmazeutischer Tätigkeitsfelder für die Gesundheit der Bevölkerung besser einbringen zu können. Und es gibt durchaus Studierende und Kolleg:innen (z. B. Apotheker:innen und Pharmazeutisch Technische Assistent:innen), die sich für Public Health interessieren und ein Aufbaustudium Public Health oder Gesundheitswissenschaften nach ihrem Pharmaziestudium oder nach ihrer Ausbildung anstreben und/oder erfolgreich absolvieren.

Nach einem solchen Studium arbeiten vermutlich die meisten „Ursprungspharmazeut:innen“ wieder in ihrem angestammten Berufsfeld. Aber was wird vom erworbenen Public-Health-Wissen im pharmazeutischen Umfeld genutzt? Welche Erkenntnisse/Aspekte werden in der täglichen Praxis umgesetzt oder würden gerne umgesetzt werden und welche Hindernisse stören dabei? Was lässt sich praktisch tun, um Public-Health-Ansätze im pharmazeutischen Alltag besser zu verankern?

Diesen Fragen möchten der Verein demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten, VdPP, und der Bundesverband der Pharmaziestudierenden in Deutschland, BPhD, nachgehen und zur Vernetzung der Pharmazeut:innen mit Public-Health-Abschluss bzw. mit dem Ziel eines solchen Abschlusses beitragen.

VdPP und BPhD haben sich seit 2022 intensiv mit dem Thema beschäftigt und auf der Grundlage einer Veröffentlichung über pharmazeutische Berufsfelder und Public Health [1] eine neunteilige Online-Seminarreihe durchgeführt mit dem Ziel, die Brücke zwischen Pharmazie und Public Health auszubauen und zu stärken. Nun möchten wir mit Pharmazeut:innen mit Public-Health-Abschluss oder Public-Health-Interesse ins Gespräch kommen und eine Vernetzung anbieten.



Deshalb haben wir diesen Aufruf gestartet!

Bisher haben sich schon ca. 20 Interessierte gemeldet. Sie sind darüber informiert worden, dass wir Anfang des neuen Jahres ein erstes Online-Treffen planen. Im Vorfeld soll eine Umfrage erfolgen, in der die Interessierten ihre Vorstellungen für das neue Netzwerk äußern können. Das Ergebnis soll als Einstieg in die Diskussion beim ersten Online-Treffen vorgestellt werden.

Pharmazeut:innen mit Public-Health-Abschluss, die Public-Health-Studierenden bzw. die Interessent:innen bitten wir weiterhin, sich beim VdPP zu melden und zwecks Austausch ihre Kontaktdaten zu hinterlassen bei Esther Luhmann, VdPP-Vorstandsreferentin, referentin@vdpp.de

Weitere Infos finden Sie auf der neuen Unterseite des VdPP: <http://www.vdpp.de/pharmazie-und-public-health/>

Für den VdPP:

Dr. Udo Puteanus, Vorstandsmitglied des VdPP, puteanus@vdpp.de

Für den BPhD:

Anika Balkheimer, Beauftragte für Public Health, publichealth@bphd.de

[1] Verein demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten, VdPP: Pharmazeutische Berufsfelder und Public Health. Im Dienst der Öffentlichen Gesundheit. Online 20.10.2022.

Download des PDF unter: http://www.vdpp.de/app/download/5816356678/VdPP_Pharmazeutische+Berufsfelder+und+Public+Health.pdf

Veranstaltungshinweis

Pharmazie meets Public Health – Apotheken im Fokus

Veranstalter: BPhD und VdPP**Wann:** Donnerstag, 18.01.2024, 20 - 22 Uhr**Wo:** Online, Zoom

Was: Als niederschwellige Anlaufstelle stellen Apotheken einen wesentlichen Teil der Primärversorgung dar. Leider werden die Bedeutung und das Potenzial der Verbindung von Pharmazie und Public Health zur Verbesserung der Gesundheit des Einzelnen sowie der Bevölkerung insgesamt immer wieder übersehen. Doch welche entscheidende Rolle können Apotheken in diesem Kontext spielen? Welche Strukturen bestehen bereits oder bieten Potenzial für die Zukunft, und was genau ist eigentlich Public Health?

Diese Veranstaltung knüpft an die gemeinsame Reihe des BPhD mit dem VdPP zu den pharmazeutischen Berufsfel-

dern an und widmet sich diesmal ganz dem Thema Pharmazie und Public Health in der Öffentlichen Apotheke.

Referierende:

Dr. Udo Puteanus, Apotheker, VdPP-Vorstandsmitglied
„Pharmazie und Public Health: Zum Hintergrund einer wichtigen Verknüpfung“

Dorothee Giese, angestellte Apothekerin in Berlin, MPH
„Public Health-Aspekte der Arzneimittelversorgung über Apotheken“

Gabriele Siemer, PTA und BHC, Gesundheitsamt Hamm
„Public Health und Pharmazie: Aus der Perspektive eines Gesundheitsamtes“

Rundbrief-Leser:innen

Ich lese den Rundbrief, weil ...

... ich für mein zivilgesellschaftliches Engagement im Bereich Gesundheit und Pflege in der Berliner Landespolitik auf eine stets aktuelle Berichterstattung in Grundsatzfragen angewiesen bin. Die dafür notwendige Unterstützung finde ich in der berufsständisch ausgerichteten Pharmazeutischen Zeitung nicht. Seit über 50 Jahren lese ich sie und treffe immer wieder auf die unveränderten altvertrauten Positionen einer Standespolitik, die sich vehement und immer wieder nach dem gleichen Schema gegen eine Beteiligung an den Debatten zu wichtigen Strukturveränderungen sperrt. Schlagworte wie Freiberuflichkeit, private Unternehmensverantwortung, Honorarfragen ("ohne Moos nichts los!") prägen ein berufliches Selbstverständnis, das vorrangig auf Bewahren, Konservieren, Abschotten beruht. Berufliche Weiterentwicklung, globale (Mit-)verantwortung, Kooperation statt Konfrontation gegenüber den anderen gesundheitlichen Berufen, neue Versorgungsmodelle, ein ganzheitliches Gesundheitsverständnis – Fehlanzeige.

Darum brauche ich den Rundbrief des VdPP als Orientierungshilfe!

Ingeborg Simon
Apothekerin, VdPP-Mitglied
und politisch aktiv im Landessenorenbeirat Berlin



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.

Stellungnahme

Gesundheitskioske in Apotheken – geht das?

VdPP

Die ABDA-Nachwuchsorganisation AByou bittet per 11. offizieller Postdepesche vom 08.09.23 die Apotheker:innen, Gesundheitsminister Prof. Lauterbach aufzufordern, von seiner Idee, Gesundheitskioske aufzubauen abzusehen und stattdessen das dafür notwendige Geld den Apotheken und Arztpraxen zukommen zu lassen. Diese würden dafür sorgen, dass die geplanten Aufgaben der Gesundheitskioske von diesen niedrigschwelligen Einrichtungen übernommen würden.

Spielen wir das einmal gedanklich durch. Solange Apotheken in Konkurrenz zueinander stehen, müsste zunächst geklärt werden, welche dieser Konkurrenzapotheken in einem Stadtteil das „Privileg“ bekommen würde, zum Gesundheitskiosk weiterentwickelt zu werden. Da schon von Minister Lauterbach 1 000 ins Spiel gebrachte Gesundheitskioske äußerst ambitioniert sind, müssten sich hier also zunächst die Apotheken einigen. Denn alle Apotheken zu Gesundheitskiosken auszubauen, würde ja ein Vielfaches kosten. Anschließend wären auch „Absprachen“ mit Arztpraxen notwendig, die ja ebenso Gesundheitskioske werden sollen.

Nehmen wir an, dies würde gelingen und eine Apotheke in einem Stadtviertel würde zum potentiellen Gesundheitskiosk werden, müsste sie die Kommune davon überzeugen; denn Kommunen werden ja sinnvollerweise das Initiativrecht für Gesundheitskioske haben. Gesundheitsämter verfügen über ihre Gesundheitsberichterstattung über die notwendigen Daten, um entscheiden zu können, wo ein Gesundheitskiosk aufgebaut werden muss.

Nehmen wir an, die ausgewählte Apotheke könnte die Kommune überzeugen, der richtige Standort für einen Gesundheitskiosk zu sein, müssten als nächstes die dafür notwendigen Räumlichkeiten vorhanden sein, die schon allein aufgrund der Apothekenbetriebsordnung von den Räumen der Apotheken eindeutig abgegrenzt sein müssten. Dies wäre auch notwendig, denn die mit Gesundheitskiosken angesprochenen Bevölkerungs- bzw. Personengruppen sind oftmals – aus welchen Gründen auch immer – bislang nicht in die Apotheke oder in eine Arztpraxis gegangen. In vielen Fällen nutzen sie nämlich aus Unkenntnis oder Angst gar keine Einrichtung des Gesundheitswesens oder die Notaufnahme im Krankenhaus, wenn es gesundheitlich gar nicht mehr anders geht. Hier sollen die Mitarbeiter:innen der Gesundheitskioske im Laufe der Zeit das Vertrauen bei diesen Bevölkerungsgruppen aufbauen, damit sie die Einrichtungen des Gesundheitswesens richtig nutzen.

Nehmen wir an, die Apotheke ist zum Gesundheitskiosk auserwählt worden und hat die notwendigen Räumlichkeiten. Nun braucht sie das richtige Personal. Dies sind keine Apotheker:innen oder Ärzt:innen oder PTA oder MFA, sondern Community Health Nurses, Sozialarbeiter:innen, Sozialpädagog:innen und ggf. Psycholog:innen. Und sie müssen die wesentlichen im Stadtteil gesprochenen Sprachen beherrschen.

Und nehmen wir an, dieses Personal ist gefunden und eingestellt; dann gilt es sicherzustellen, dass neben den Beratungsanlässen („Wie finde ich die richtige Gesundheitseinrichtung?“, „Welche Anträge kann ich stellen?“, „Wie stelle ich diese Anträge?“ usw.) das weitere und nach unserer Ansicht wichtigste Ziel, nämlich Prävention und Gesundheitsförderung, im Vordergrund steht. Also: Welche Probleme bestehen vor Ort, die die Gesundheit der Menschen beeinträchtigen, welche Maßnahmen können ergriffen werden, diese Probleme im Stadtviertel oder in den Häusern zu lösen? Wie können Gesundheitskompetenzen aufgebaut werden? Dazu muss Vertrauen zu den Sprecher:innen unterschiedlichster Bevölkerungsgruppen aufgebaut werden, damit sie in die jeweilige Community hineinwirken. Und das alles in Abstimmung mit anderen städtischen Ämtern, wie den Jugendämtern, den Sozialämtern, den Verkehrsbehörden, den anderen Sozialleistungsträgern usw. (Health in all Policies nach WHO-Ansatz Prävention und Gesundheitsförderung sowie Primärversorgung, nachzulesen in den „Leitbegriffen zur Gesundheitsförderung“ der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung).

Nehmen wir an, die Apotheke schafft dies alles mit dem Geld, das einem Gesundheitskiosk zugestanden wird, ohne dabei die eigentliche Aufgabe, die ordnungsgemäße Arzneimittelversorgung sicherzustellen, aus dem Auge zu verlieren, ja dann haben wir ein Modell, das es durchaus Wert sein könnte, im Vergleich zu bestehenden Gesundheitskiosken verglichen zu werden.

Wir sind gespannt, welche Apotheken diesen Weg erfolgreich absolvieren werden. Nach unseren Vorstellungen sollte eher versucht werden, mit den Gesundheitskiosken und den anderen Gesundheitseinrichtungen vor Ort in einem Netzwerk zusammenzuarbeiten und dabei die pharmazeutischen Aspekte von Gesundheit einzubringen. Das ist für uns der Weg, den Apotheken und ihre Mitarbeiter:innen aufgrund ihrer Qualifikationen gehen sollten.

Vorstand des VdPP
Hamburg, 18.09.2023

ADEXA-Positionspapier zu Gesundheitskiosken

Einbindung von Apotheken für eine bestmögliche Versorgung erforderlich

Das Bundesgesundheitsministerium will mit dem Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune (Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz – GVSG) durch die Einführung von Gesundheitskiosken in besonders benachteiligten Kommunen und Stadtteilen niedrigschwellige Beratungsangebote für gesundheitliche Behandlung und Prävention einrichten. Dadurch soll schnelle, unbürokratische und kompetente gesundheitliche Beratung und Unterstützung ermöglicht werden.

ADEXA – Die Apothekengewerkschaft begrüßt, dass die Bundesregierung die Probleme des immer komplexer und teurer werdenden Gesund-

ADEXA bedauert, dass der aktuelle Gesetzentwurf pharmazeutische Leistungen und Apotheken gänzlich unerwähnt lässt.

heitssystems erkennt und tiefgreifende Reformen auf den Weg bringen will, um das Gesundheitssystem – besonders im Sinne der Patientinnen und Patienten aus strukturell schwächeren Regionen – stabil und zukunftssicher zu gestalten.

Zu den Aufgaben der Gesundheitskioske sollen laut Gesetzentwurf u. a. eine niedrigschwellige Beratung, die Koordinierung von erforderlichen Gesundheitsleistungen und die Anleitung zu deren Inanspruchnahme, die Vermittlung von Leistungen der medizinischen Behandlung, Prävention und Gesundheitsförderung sowie die Bildung eines sektorenübergreifenden Netzwerkes gehören.

Aus Sicht der Apothekenangestellten bietet der Gesetzentwurf eine gute Grundlage, den aktuellen und zukünftigen Herausforderungen wie dem demografischen Wandel oder dem Fachkräftemangel zu begegnen. Um die immer größer werdende Lücke in der Versorgung zu schließen, ist es sogar notwendig, innovative und ziel-

gruppenspezifische Versorgungsangebote zu schaffen. Der entscheidende Erfolgsfaktor für die bestmögliche Versorgung der Patientinnen und Patienten stellt aus Sicht von ADEXA allerdings das Zusammenwirken und Ineinandergreifen der bestehenden und neuen Akteure im Gesundheitswesen dar.

Vor diesem Hintergrund bedauert ADEXA, dass der aktuelle Gesetzentwurf pharmazeutische Leistungen und Apotheken gänzlich unerwähnt lässt. Dabei ist es offensichtlich, dass eine Vielzahl der Patientinnen und Patienten, die die Gesundheitskioske aufsuchen, im weiteren Verlauf mit Arzneimitteln versorgt werden oder pharmazeutisch beraten werden müssen.

Zudem sind Vor-Ort-Apotheken und die Apothekenangestellten schon jetzt wichtige Schnittstellen sowohl zu Patientinnen und Patienten als auch zu allen anderen Akteuren der Gesundheitsförderung in ihrer jeweiligen Region und können durch ihre Erfahrungen und Expertise unter anderem maßgeblich zur Bildung eines sektorübergreifenden Netzwerkes beitragen. Der Gesetzentwurf lässt in seiner aktuellen Version somit ein großes Potenzial zum Nachteil der Patientinnen und Patienten ungenutzt.

Im nun anstehenden Gesetzgebungsverfahren gilt es die Chance zu nutzen, ein vollumfängliches, interdisziplinäres und integratives Angebot im Sinne der Gesundheit zu schaffen. Dazu bedarf es klar einer Berücksichtigung der Apotheken bei der gesetzlichen Regelung der Gesundheitskioske, dies gilt für die Weitervermittlung von Patientinnen und Patienten an Apotheken ebenso wie für die Kooperation zwischen Gesundheitskiosken und Apotheken.

ADEXA – Die Apothekengewerkschaft
September 2023

Offener Brief

Zur angekündigten Errichtung eines Bundesinstituts für Aufklärung und Prävention in der Medizin

Vom VdPP mitunterzeichnet

Zum Hintergrund: Am 4. Oktober 2023 kündigte das Bundesministerium für Gesundheit die Neuordnung seiner nachgeordneten Behörden an. Ein neues Bundesinstitut für Prävention und Aufklärung in der Medizin (BIPAM) im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit soll sich um die Vermeidung nicht übertragbarer Krankheiten wie Krebs, Demenz und Herz-Kreislauf-Erkrankungen kümmern. Darin sollen die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) sowie Teile des Robert Koch-Instituts (RKI) integriert werden.

Konkret soll das neue Institut Strategien zur Vorbeugung entwickeln und sich bei der Umsetzung auch mit den örtlichen Gesundheitsämtern abstimmen. Als Themen werden auch die Modellierung von Krankheitsentwicklungen, der Gesundheitsschutz im Klimawandel (etwa Hitzeschutz) sowie die Gesundheit von Kindern nach der Pandemie genannt.

Das RKI soll sich zukünftig ganz auf die Abwehr von Infektionskrankheiten konzentrieren. Das neue Institut soll auch eine Vernetzung mit Public-Health-Instituten anstreben.

In einem offenen Brief wenden sich zahlreiche Organisationen (darunter der VdPP) und viele Einzelpersonen an Minister Karl Lauterbach. Der Brief bezieht sich einleitend darauf, dass im Koalitionsvertrag der Ampelparteien die Gründung eines

Bundesinstituts für öffentliche Gesundheit angekündigt wird, das die „Aktivitäten im Public-Health Bereich, die Vernetzung des ÖGD und die Gesundheitskommunikation des Bundes“ bündelt.

In dem Brief heißt es weiter, dass diese Ankündigung bei Praktiker:innen, Wissenschaftler:innen sowie bei den staatlichen und zivilgesellschaftlichen Institutionen im Bereich Public Health große Hoffnungen geweckt habe. Bisher fehle nämlich in Deutschland eine Institution, die auf Basis eines kontinuierlichen Dialogs mit der Praxis Leitlinien für Interventions-Methoden sowie eine Qualitätssicherung der Gesundheitsförderung und Prävention wissenschaftlich entwickelt und in die Praxis kommuniziert. Ein Bundesinstitut für öffentliche Gesundheit (BiÖG) wäre der passende Ort für eine solche praxisbezogene Interventionsforschung und Qualitätssicherung von Präventions- und Fördermaßnahmen.

„Leider finden sich diese – in vielen Stellungnahmen zur geplanten Institutsgründung geäußerten – Ansätze in den von Ihnen am 4. Oktober 2023 der Presse vorgestellten Eckpunkten eines ‚Bundesinstituts für Prävention und Aufklärung in der Medizin‘ nicht oder nur rudimentär wieder. Darunter leidet nicht nur die nach einem modernen Public-Health-Verständnis gelebte Gesundheitsförderung und Prävention, sondern auch die zukünftige Akzeptanz und Reputation einer solchen Institution.“

Bereits durch den Namen „Bundesinstitut für Aufklärung und Prävention in der Medizin, kurz: BIPAM“ werde ein nicht mehr zeitgemäßes Verständnis von Public Health zementiert. Der alleinige Bezug auf einzelne Krankheiten mindere in der Praxis die Wirksamkeit. Sinnvoll wären hingegen Schwerpunkte auf besonders belastete und belastende Lebenswelten und vulnerable Gruppen. Auch sei es verwunderlich, dass bei der Auswahl der Erkrankungen zum Beispiel der ganze Bereich der psychischen Gesundheit ausgeklammert wird.

Die Ausführungen münden schließlich in folgende Aufforderung an den Minister: „Herr Minister Lauterbach, lassen Sie uns gemeinsam wagen, Gesundheit breiter, weiter und nachhaltiger zu denken und die Weichen für eine Zukunft zu stellen, in der Gesundheit und Wohlbefinden als Menschenrecht von allen gelebt werden kann und in der Deutschland auch einen international sichtbaren Leuchtturm bauen könnte.“

Hier ist der offene Brief mit allen Unterzeichnenden zu finden:

https://www.gesundheitbb.de/fileadmin/user_upload/GesBB/Materialien/Presse/Offener_Brief_BIPAM.pdf

Zur Verlautbarung des Bundesministeriums für Gesundheit:

<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/praeventions-institut-im-aufbau-pm-04-10-23>

Stellungnahme

Gemeinsame Stellungnahme zum aktuellen Entwurf des Klimaanpassungsgesetzes

KLUG und weitere Organisationen

In einer gemeinsamen Stellungnahme fordern der Deutsche Pflegerat, der BKK-Dachverband, die Bundesärztekammer, der AWO Bundesverband, die Public Health-Fakultät der Universität Heidelberg, das Centre for

Planetary Health Policy und die Deutsche Allianz Klimawandel und Gesundheit (KLUG) Nachbesserungen im Klimaanpassungsgesetz. Der VdPP gehört zu den Erstunterzeichnenden.

Die Stellungnahme richtet sich an die Mitglieder des Bundestages und Bundesrates sowie die Vertreter:innen der Bundesländer zur Verabschiedung des Gesetzentwurfes.

Eingangs heißt es: „Als Netzwerk von Organisationen aus dem Gesundheits-, Pflege- und Sozialwesen sowie der Freien Wohlfahrtspflege begrüßen wir den Gesetzentwurf für ein Bundes-Klimaanpassungsgesetz (KANg). Die übergeordnete Zielvorgabe, die den ‚Schutz von Leben und Gesundheit, [...] sowie von Natur und Ökosystemen‘ miteinander verschränkt und Ersteres als oberstes Schutzgut anerkennt (§ 1 und Zu § 1 KANg) ist eine wichtige Schärfung zum Referententwurf.“ Positiv wird die sektorübergreifende Natur des Gesetzes, welche Klimaanpassung als gemeinsame Verantwortung versteht und vorschreibt, hervorgehoben.

Dennoch sei es notwendig, die Dimensionen Pflege, Gesundheit und Soziales im Gesetzestext stärker zu berücksichtigen. Sie seien zentral dafür, klimawandelbedingt zunehmenden Krankheiten vorzubeugen, diese zu behandeln und die Bevölkerung durch die Förderung ihrer Resilienz zu schützen und in ihrer Gesundheit zu fördern. Der Sachverständigenrat Gesundheit und Pflege der Bundesregierung attestiere jedoch dem Gesundheits- und Pflegesektor eine mangelnde Anpassungs- und Reaktionsfähigkeit gegenüber Krisen.



In der Stellungnahme werden folgende Forderungen für Anpassungen in dem Klimaanpassungsgesetz aufgeführt:

- Die zentrale Bedeutung eines krisenresilienten und reaktionsfähigen Gesundheits- und Pflegesektors für Klimaanpassung u.a. durch die Ausarbeitung eines Clusters Gesundheit und Pflege hervorheben

- Den sozialen Sektor durch ein eigenes Cluster ergänzen, um vulnerable Gruppen in ihren Lebenswelten zu schützen und die Klimaresilienz der Einrichtungen und Dienste der freien Wohlfahrtspflege zu stärken

- Durch das KANg einen klaren gesetzlichen Rahmen für gesundheitlichen Hitzeschutz und Hitzeresilienz schaffen

- Der Dringlichkeit wirksamer Klimaanpassung durch den Fokus auf zügige Umsetzung und intersektorale Kooperation nachkommen

- Wirksame Klimaanpassung durch nachhaltige und niedrigschwellig zugängliche Finanzierung ermöglichen.

Hier ist der vollständige Text der Stellungnahme mit allen Unterzeichnenden zu finden:

<https://www.klimawandel-gesundheit.de/stellungnahme-klimaanpassungsgesetz/>

Der Link zum Gesetzentwurf:

<https://www.bmu.de/gesetz/gesetzentwurf-eines-bundes-klimaanpassungsgesetzes>

Preisverleihung

Zehn Jahre Memento-Preis

Ulrike Faber

Es gibt Ereignisse, die in dieser (nicht nur herbstlich) trüben Zeit einfach wohltuend, erfreulich und interessant sind. So eins war im November die Verleihung des Memento-Preises 2023 in Berlin Mitte. Memento bedeutet Mahnung.

Die drei Memento-Preise für Forschung, für Medien und für Politik werden vom Memento-Bündnis vergeben. Zu diesem Bündnis haben sich im Jahre 2014 vier gesundheitspolitisch aktive Organisationen zusammengeschlossen: Ärzte ohne Grenzen, Brot für die Welt, BUKO Pharma-Kampagne, DAHW Deutsche Lepra- und Tuberkulosehilfe. Sie formulieren ihre gemeinsamen Ziele so:

Marktversagen

Da der Preis zum zehnten Mal vergeben wurde, war ein Rückblick auf zehn Jahre naheliegend. Einiges hat sich verbessert, etwa bei den Tuberkulose-Behandlungen. Aber leider bestehen die meisten Probleme nach wie vor. Denn es geht um strukturelle Probleme in den Ländern des Globalen Südens und um die Strukturen der globalen Gesundheitspolitik. Sie sind unzureichend, ungeeignet und ungerecht angelegt, auf die Erzielung hoher Gewinne orientiert.

Die Hauptprobleme sind immer noch HIV, Malaria, Tuberkulose, vernachlässigte Tropenkrankheiten (Schlafkrankheit, Chagas), Schlangenbisse. Nach wie vor besteht ein großer Bedarf an Diagnostika, Arzneimitteln, Impfstoffen. Und zunehmend muss der Blick auch auf nicht übertragbare Krankheiten gerichtet werden.

Forschung wird weiterhin an kommerziellen Interessen ausgerichtet (wenig Antibiotika-Forschung, da wenig profitabel). Die Preise sind mehr denn je intransparent, ungerecht und völlig überdimensioniert (Hepatitis C). Marktmonopole behindern den Zugang zum medizinischen Fortschritt (Corona-Impfstoffe).

Vor allem betroffen sind die ärmeren Menschen im Globalen Süden, jedoch zunehmend auch die Armen in den Ländern

mit mittlerem und hohem Einkommen. Das Memento-Bündnis spricht von Marktversagen und benennt die vielen Forschungslücken.

Medienpreis

Der Memento-Medienpreis ging an den Freien Journalisten Martin Zingg. In den Mittelpunkt seines Recherche-Projekts stellt er die Arbeit einer mongolischen Chirurgin, der es gelungen ist, für Hepatitis-C-Patientinnen und -patienten



Foto mit freundlicher Genehmigung der BUKO Pharma-Kampagne

„Mit dem Memento-Preis zeichnen wir besonderes Engagement in den Bereichen Politik, Forschung und Journalismus zu vernachlässigten Gesundheitsbedürfnissen von Menschen in ärmeren Ländern aus. Wir treten dafür ein, dass Menschen weltweit die Gesundheitsversorgung bekommen, die sie benötigen und dies zu Preisen, die sie bezahlen können. Nur so kann das Menschenrecht auf Gesundheit verwirklicht werden.“

in der Mongolei eine bezahlbare Therapie zu erkämpfen. Er weist auf die enge Verbindung von übertragbaren und nicht übertragbaren Krankheiten hin. Und er setzt auf Hartnäckigkeit.

Forschungspreis

Jan-Felix Drexler, Professor für Virologie an der Berliner Charité, erhielt den Memento-Forschungspreis. In seiner Danksagung stellte er vor, worum er sich kümmert: Virusdiagnostik in Ländern des Globalen Südens. Diese weniger zahlungskräftigen Länder sind für die Diagnostika-Hersteller aus dem Globalen Norden kein relevanter Markt. Virus-Tests, die im Norden gut funktionieren, werden nicht für Situationen des Globalen Südens adaptiert. Zu beachten ist beispielsweise, dass Coronatests bei Malaria-infizierten Menschen sehr oft (25%) zu falsch positiven Testergebnisse führen.

Ein anderes Problem tritt in Lateinamerika auf, wo sich seit einigen Jahren das durch Stechmücken übertragene Zika-Virus ausbreitet. Das Virus verursacht nur moderate Krankheitssymptome, aber es wird ein Zusammenhang mit dramatischen Schäden bei ungeborenen Kindern gesehen, insbesondere eine Microzephalie, welche zum Tod führt oder die Entwicklung des Kindes allerschwerstens beeinträchtigt.

Die Tests fallen, in Abhängigkeit von der Qualität der Labore, zu 25% falsch positiv aus. Schwangerschaftsabbrüche – oft illegal – werden dann nahegelegt und haben sich in Lateinamerika vervielfacht. Das sind natürlich direkte Implikationen für das öffentliche Gesundheitswesen. Es braucht nicht viel Phantasie, um sich vorzustellen, wohin in einer konservativen, sehr katholischen Region der weitere Weg für viele Frauen, aber auch ihre Kinder und ihre Familien führt – und das aufgrund eines so häufig falschen Testergebnisses.

Politikpreis

Den Memento-Politikpreis erhielt die Ärztin Tina Rudolph, die als Abgeordnete für die SPD im Deutschen Bundestag sitzt und sich für eine gerechtere weltweite Gesundheitsversorgung engagiert. „Es muss Einigkeit darüber herrschen, dass wir nie wieder eine so gravierende globale Ungleichheit zulassen wie beim Zugang zu Gesundheitsgütern während der Covid-19-Pandemie“. Hier ist Politik natürlich besonders gefragt. Ihr Appell: „Es ist nicht Deine Schuld, dass die Welt ist wie sie ist. Es wäre nur Deine Schuld, wenn sie so bleibt.“

Abschließend wurde von Melissa Scharwey von Ärzte ohne Grenzen formuliert:

„Die Deutsche Bundesregierung ist zentraler Akteur und einer der größten Geber im Bereich Globale Gesundheit. Gleichzeitig ist die Bundesregierung stark von Industrieinteressen beeinflusst. Wir fordern, dass dieser Interessenskonflikt gelöst wird und dass sich die politische Entscheidung im Bereich der globalen Gesundheit an den Interessen der Menschen und Betroffenen orientieren, auch in ärmeren Ländern.“

Die wichtigsten Forderungen

1. Wenn Forschung und Entwicklung durch staatliche Gelder unterstützt werden, müssen damit Bedingungen für gerechten Zugang einhergehen.
2. Es braucht Wissens- und Technologietransfer, dafür müssen Kooperationen zwischen Herstellern eingefordert werden.
3. Das starre Beharren auf geistigen Eigentumsrechten ist schädlich. Existierende rechtliche Maßnahmen müssen umgesetzt werden, um die Barrieren abzubauen.
4. Es braucht umfassende Transparenz, sei es bei Forschungs- und Produktionskosten, klinischen Studien oder Verträgen.

Um das zu erreichen, muss die Bundesregierung sich jenseits bestehender Interessenskonflikte auf das eigentliche Ziel, Gesundheit zu fördern, fokussieren.

Alle diese Forderungen unterstützt auch der VdPP. Und darum sollte hier unbedingt ausführlich von diesem wichtigen Ereignis Memento-Preisverleihung berichtet werden.

Über die Autorin

Dr. Ulrike Faber ist Apothekerin, VdPP-Mitglied und organisiert die Berliner Regionalgruppe des VdPP. Außerdem ist sie bei den Pharmacists for Future aktiv.



Universal Health Coverage Day

Pharmazeutische Unterstützung für diejenigen, die sie besonders brauchen

Udo Puteanus

Es ist kaum auszuhalten: Immer mehr Menschen müssen auf den Straßen schlafen, die Zahl der Rentner:innen, die von Grundsicherung leben müssen, steigt. Menschen, die vor Armut und Gewalt in Länder des reichen Nordens fliehen, werden – wenn überhaupt – nur unzureichend versorgt, wenn sie erkranken. Der Anteil derjenigen, die sich Gesundheit nicht mehr leisten können, steigt weiter an.

Eine Veranstaltung, die am 12. Dezember 2023 in Berlin im Rahmen des internationalen „Universal Health Coverage Day“ stattfand, setzte sich mit dieser Thematik auseinander. Dabei wurde auf die krasse Unterversorgung derjenigen hingewiesen, die keine Krankenversicherung haben bzw. innerhalb des Versicherungssystems auf angemessene Versorgung verzichten müssen.

Dazu heißt es von den Veranstaltern (u. a. Ärzte der Welt, Obdachlosenhilfe, Diakonie, VdPP): „Mit dem UN-Sozialpakt hat sich Deutschland dazu verpflichtet, den Zugang zu medizinischer Versorgung für alle Menschen im Land sicherzustellen. Im Rahmen der Agenda für nachhaltige Entwicklung hat sich darüber hinaus die internationale Staatengemeinschaft das Ziel gesetzt, die allgemeine Gesundheitsversorgung für alle Menschen (Universal Health Coverage, UHC) bis 2030 zu erreichen.“

Die Stärkung der Basisgesundheitsversorgung (Primary Health Care, PHC) gilt hierbei als wichtige Grundvoraussetzung. Das PHC-Konzept beinhaltet neben dem Zugang zu prä-

ventiver, kurativer und rehabilitativer Versorgung auch die Schaffung von gesundheitsfördernden Lebensbedingungen und die Partizipation der Betroffenen an Maßnahmen im Gesundheitsbereich. In diesem Zusammenhang wurden die Pläne des Bundesgesundheitsministeriums diskutiert, die Primärversorgung zu stärken (etwa durch Gesundheitskioske, Primärversorgungszentren im Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz).

Eine gute Arzneimittelversorgung gehört zu einer guten Primärversorgung. Gerade ältere Menschen sind auf die Hilfe von Fachleuten angewiesen, die sie bei der Bewältigung komplexer Arzneitherapien unterstützen und begleiten. Die meist ehrenamtlichen Initiativen verdeutlichten im Rahmen einer begleitenden Postersession, mit welcher geringen finanziellen Mitteln sie versuchen, wenigstens die größte Not zu lindern. Oftmals fehlen auch die notwendigsten Arzneimittel, um etwa eine chronische Erkrankung dauerhaft behandeln zu können.

Ehrenamtliches Engagement, um die Not der Armen zu lindern, sei unverzichtbar, so Prof. Rolf Rosenbrock in seiner Keynote. Dieses Engagement funktioniere aber nur, wenn organisatorische Ressourcen zur Verfügung stehen, um Diskussions- und Planungsprozesse zu initiieren, zu begleiten und zu konkreten Handlungen weiterzuentwickeln. Dafür sei der Staat zuständig. Zudem sei wesentlich, dass die verschiedenen Professionen aus dem Gesundheits- und Sozialbereich in gut funktionierenden Netzwerken zusammenarbeiten. Dafür sei es aber unbedingt notwendig,

dass in gemeinsamen festen Strukturen gearbeitet werde und dieses Ziel beim Aufbau neuer Primärversorgungsstrukturen berücksichtigt werde.

Der VdPP beteiligte sich an der Veranstaltung mit einem finanziellen und inhaltlichen Beitrag. Anhand eines Posters erläuterten Sabine Haul und Elisabeth Schuster, was Apotheken und ihr Personal leisten können, wenn sie in einem Netzwerk der Primärversorgung mitarbeiten. Beide zeigten anhand ihrer Erfahrungen bei der interprofessionellen Zusammenarbeit in den Polikliniken Berlin und Hamburg, wie sie pharmazeutisches Wissen und Können denen zur Verfügung stellen, die darauf besonders angewiesen sind. Apotheker:innen seien allerdings oftmals eine „vergessene Profession“, so Sabine Haul, Apothekerin aus Hamburg; alle verstünden zwar sofort, warum die Apotheken im Quartier als niedrigschwellige Anlaufstellen wichtig seien, um den sozial benachteiligten Menschen erste Hilfestellungen zu geben. Aber wenige betrachteten sie als wichtige Expert:innen einer Primärversorgung, vor allem nicht in Politik und in Forschung. Das sei auch Folge der Selbstdarstellung der Apotheken und ihrer Standesorganisationen in den letzten Jahrzehnten, wie Diskutanten am Poster vermerkten.

Über den Autor

Dr. Udo Puteanus ist Apotheker, Vorstandsmitglied des VdPP und arbeitete beim Landeszentrum Gesundheit NRW im Bereich Sozialpharmazie.



Gerade ältere Menschen sind auf die Hilfe von Fachleuten angewiesen, die sie bei der Bewältigung komplexer Arzneitherapien unterstützen und begleiten.



Elisabeth Schuster (links) und Sabine Haul präsentierten das Poster „Apotheken in lokalen Public-Health-Netzwerken“. Das Poster des VdPP findet sich auf der Website des VdPP: www.vdpp.de

Termine für das Jahr 2024



Winterseminar: Hohe Arzneimittelpreise – Gefährdung der Finanzierbarkeit des Gesundheitswesens

Die rasante Preisentwicklung bei Arzneimitteln, sowohl im ambulanten wie auch im stationären Bereich, betrifft im Wesentlichen neue patentgeschützte Arzneimittel und sogenannte „Hochpreiser“. Die gewinnstärksten Pharmakonzerne konzentrieren ihre Geschäftsfelder überwiegend auf diese Segmente. Hinzu kommen Probleme in Produktion und Logistik, die durch die Corona-Pandemie verstärkt wurden. Den Begriff „Lieferengpass“ kennen mittlerweile nahezu alle Patient:innen oder Apothekenkund:innen.

In dem Seminar sollen verschiedene Aspekte in Hinblick auf Arzneimittelpreise betrachtet werden:

1. Welche politischen Rahmenbedingungen sind für Zulassung und Preisgestaltung erforderlich?
2. Welche Einflussmöglichkeiten hat die GKV in diesem Szenario und welche Instrumente stehen ihr zur Verfügung?

Welchen Stellenwert hat das Modell für faire Preisfestsetzung in Europa (AIM)?

3. Wie kann Lieferengpässen entgegengewirkt werden?
4. Wie kann den Patient:innen der Zugang zu notwendigen Arzneimitteln gesichert werden und wie muss Forschung für dringend benötigte Arzneimittel gestaltet werden? Wie gestaltet man Preise, Preisbildung, Preispolitik und Finanzierbarkeit der Arzneimittelversorgung?

Das Seminar findet als Onlineveranstaltung via Zoom am Donnerstag 1.2.24 von 20 bis 22 Uhr statt.

Die Veranstaltung ist kostenlos, eine BAK-Akkreditierung wird angestrebt. Genaues Programm und Referierende folgen.

Mehr Infos unter: www.vdpp.de

Mitgliederversammlung 2024 in Hamburg

Unsere 35. Mitgliederversammlung findet vom 7. bis 9. Juni 2024 statt. An dem Sonntag der MV findet die Europawahl statt. Diese Terminüberschneidung haben wir zu spät bemerkt. Wir tagen in Hamburg Barmbek in der Zinnschmelze.

Die Zinnschmelze ist in den denkmalgeschützten Räumen der alten Zinnschmelze aus dem 19. Jahrhundert beheimatet. Sie gehörte zur ehemaligen New York Hamburger Gummiwarenfabrik. Heute bildet sie zusammen mit den historischen Gebäuden des Museums der Arbeit und der Neuen Fabrik den „Museumshof“. Das



Ensemble ist ein wichtiges Zeugnis der industriellen Geschichte Barmbeks.

Im Tagungsort gibt es keine Übernachtungsmöglichkeit. Anders als in den Jahren zuvor bitten wir euch, eure Zimmer selbst zu buchen.

Diese Hotels sind in der direkten Nachbarschaft:
ibis Styles Hotel Hamburg-Barmbek, Fuhlsbüttler Str. 32, 22305 Hamburg. In Sichtweite 3 Minuten zu Fuß.

IntercityHotel Hamburg-Barmbek, Fuhlsbüttler Str. 101, 22305 Hamburg. 5 Minuten zu Fuß.

Heikhotel am Stadtpark, Flüggestraße 5, 22303 Hamburg. 20 Minuten zu Fuß oder 3 Bushaltestellen.

Gemeinsame Fachtagung von MEZIS und VdPP

Wie krank ist das denn? – Medikalisierung, Übertherapie, Pathologisierung

Die bundesweite Ärzteinitiative MEZIS e.V. und der VdPP (Verein demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten) laden ein zur gemeinsamen Fachtagung.

Thema: „Wie krank ist das denn?“

Wann: 12. bis 14. April 2024

Wo: Haus St. Clemens, Platz an der Basilika 3, 30169 Hannover

Inhalt:

Die fortlaufende Entwicklung und Fortschritte im Gesundheitswesen führen zu einer breiten Vielfalt an Behandlungsmöglichkeiten, die die Lebensqualität verbessern sollen. Doch inmitten dieses Fortschritts herrscht eine Debatte über die Grenzen der Medikalisierung, die zunehmende Tendenz zur Übertherapie und die Pathologisierung alltäglicher menschlicher Erfahrungen.

Im Rahmen unserer Fachtagung „Wie krank ist das denn?“ gehen wir der Komplexität von „Medikalisierung, Übertherapie, Pathologisierung (MÜP)“ auf den Grund. Wir beleuchten die Ursachen und Auswirkungen auf die individuelle Gesundheit und das Gesundheitssystem. Als Ziel der Fachtagung möchten wir gemeinsam Lösungen und Alternativen erörtern, MÜP abzubauen und einen Aktionsplan für Ärzt:innen, Pharmazeut:innen, Studierende und Patient:innen erarbeiten.

Folgende Fragen stehen im Fokus:

Warum beschäftigen wir uns mit dem Thema? Wo liegen die Ursprünge der MÜP?

Wer sind die gesellschaftlichen Treiber für MÜP? Warum verschreiben wir so viel? Warum glauben wir, dass alles mit Pillen heilbar ist?

Welche Rolle spielen Ärzt:innen und Pharmazeut:innen? Sind sie „nur“ ausführende Organe von Bio-/Nanotechnologie, IT und letztlich der Pharmaindustrie? Wieso sollten sie an dem System etwas ändern? Sie verdienen doch daran. Wie können wir hier ansetzen?

Was hat MÜP gebracht? Schadet MÜP mehr, als sie bringen?

Wie können wir mehr Bewusstsein für MÜP schaffen, Fehlansätze erkennen und versuchen, MÜP abzubauen.

Das Programm

Freitag, 12. April 2024

18 Uhr Keynote-Vortrag „Medikalisierung, Übertherapie, Pathologisierung“ (Dr. med. Günther Egidi, Arzt für Allgemeinmedizin, Stellv. Sektionssprecher Fortbildung bei der DEGAM, Vorsitzender der Akademie für hausärztliche Fortbildung Bremen)

19:45 Uhr Verleihung MEZIS Award „Goldenes Zäpfchen“

20:30 Uhr Get Together

Samstag, 13. April,

9:30 Uhr Impulsvorträge

Blick in die Vergangenheit (Bettina Wahrig)

Bestandsaufnahme, Analyse, Nutzen (N.N.)

Bewertung, Awareness, Lösungsansätze (N.N.)

11:30 Uhr Workshopblock I:

Workshop 1: Historischer Abriss (Prof. Dr. Ralf Bickeböller, MEZIS)

Workshop 2: „Player des Systems“ (Manja Dannenberg, MEZIS)

13:30 Uhr Workshopblock II:

Workshop 3: Deprescribing (N.N.)

Workshop 4: Bedeutung für das Klima (Esther Luhmann, VdPP)

Workshop 5: Verschreibungsansätze & Strategien (N.N.)

14:30 Uhr Workshopblock III:

Workshop 6: Disease Mongering (N.N.)

Workshop 7: Selbsthilfe- und Patient:innengruppen (N.N.)

Workshop 8: Werbung, Direct-to-Customer (N.N.)

16 Uhr- Plenum

17:45 Uhr MEZIS Mitgliederversammlung 2024

20 Uhr Get Together

Sonntag, 14. April 2024

9:30 bis 12 Uhr Rahmenprogramm

Das Fachtagungs-Programm mit weiteren Informationen zu Referierenden und Inhalten folgt in Kürze.

Friedensdemonstration

Nie wieder Krieg

Ulrike Faber

Kaltes Wetter und Regen. Sich zu Verabredungen zusammenzufinden, war gar nicht so einfach bei den vielen schwarzen Kapuzen und Regenschirmen. Viele Menschen trauen sich derzeit nicht auf Demonstrationen, weil im Vorfeld schon eine Atmosphäre der Angst vor Gewalt oder vor „falschen politischen Freunden“ erzeugt wird.

Darum haben die Demo-Verantwortlichen erklärt:

„Rassismus, Antisemitismus, Faschismus und alle Formen gruppenbezogener Menschenfeindlichkeit lehnen wir ab. Deshalb gibt es keine Zusammenarbeit mit der AfD und anderen rechtsextremen Kräften. Entsprechende Äußerungen oder das Zeigen einschlägiger Symbole haben auf der Kundgebung und Demonstration keinen Platz. Das Zeigen von Nationalfahnen ist unerwünscht. Ebenso bitten wir auf Parteifahnen zu verzichten. ...“

Es wurde eine kämpferische friedliche Veranstaltung mit 20 000 Menschen. Der Aufruf der vielen Einzelpersonen und Organisationen, die Redebeiträge, die Berichterstattung in den Medien, die Grußadressen – alles sehr informativ und spannend – finden sich unter: <https://nie-wieder-krieg.org/>

Ich möchte an dieser Stelle nur einiges (zusammengefasst) wiedergeben aus der Rede von Frau Professor Dr. Gabriele Krone-Schmalz, die von 1987 bis 1991 als ARD-Korrespondentin in Moskau gearbeitet hat. Die Klarheit ihrer Rede hat mich beeindruckt:

„Das ungenierte Kriegsgeschrei kann ich so nicht hinnehmen“, so Krone-Schmalz. Sie hat den Eindruck, dass sich die Mehrheit in unserer Gesellschaft, schon gar die schweigende, weniger Kriegsrhetorik wünscht als vielmehr ernsthafte diplomatische Aktivitäten. „Das ist das Kerngeschäft der Politik! Waffenlieferungen sind eine Bankrotterklärung.“ Nicht ein militärischer Plan – ein politischer Plan ist das Entscheidende! Der fehlt, mit Blick auf Russland und die Ukraine sowie auf Israel und den Nahen Osten. Es wird in Kategorien von Sieg und Niederlage gedacht und argumentiert. Wertegeleitete Außenpolitik? Zivile Opfer werden je nach Täter unter Kriegsverbrechen oder Kollateralschaden verbucht.

Was nützt der üblich gewordene Bekenntniszwang? „Natürlich ist der russische Angriffskrieg auf die Ukraine völkerrechtswidrig!“ „Ja-Aber“ relativiert das nicht, sondern sucht einen Ausweg. Es geht jetzt darum, die Ausweitung von Kriegen zu verhindern und bestehende Kriege zu beenden. Das ist nicht einfach, wird aber gar nicht erst versucht. „Der politische Wille fehlt, die politische Analyse sowieso; stattdessen geht es um Ideologie und Moral.“ Der Kampf um Demokratie findet nicht im Ausland, nicht in der Ukraine statt, sondern innerhalb unserer Landesgrenzen. Deshalb brauchen wir eine starke Friedensbewegung: Gewaltfreiheit, intelligentes Selberdenken und Mut zu besseren Lösungen als Kriegsgeschrei und Beschimpfungen wie „Lumpenpazifisten“.

Erschreckend ist, dass Hardliner und Scharfmacher so viel Gehör finden. Offensichtlich fehlt vielen die Erfahrung, was Krieg bedeutet. „Krieg, ganz gleich welcher, ist Barbarei. Krieg ist das Kriegsverbrechen.“ Es ist nötig, über Wege zu streiten, aber angstfrei, respektvoll und faktenbasiert. Der Kampf um Frieden muss in die Mitte der Gesellschaft zurückkehren, denn Konfrontationsdenken führt in die Sackgasse. Den Druck von unten sollte man nicht unterschätzen.

Das Brandenburger Tor ist ein guter Ort, um sich als mündige Bürger der Verantwortung bewusst zu werden, die man in einem demokratischen Staat hat. Mündige Bürger sind systemrelevant! „Es ist an der Zeit, dass die schweigende Mehrheit sieht, wie wichtig es ist, sich zu Wort zu melden, sich nicht mundtot machen zu lassen und sich mit aller Kraft dafür einzusetzen, was bislang bei uns selbstverständlich schien: FRIEDEN!“



Über die Autorin

Dr. Ulrike Faber ist Apothekerin, VdPP-Mitglied und organisiert die Berliner Regionalgruppe des VdPP. Außerdem ist sie bei den Pharmacists for Future aktiv.



Buchbesprechung

Ein wertvolles Buch

Esther Luhmann

Das Geschäft mit unserer Gesundheit“, so der Untertitel. Wie wahr! Das Buch gibt einen tiefen Einblick in die Machenschaften der Pharmaindustrie, die politischen Gesetzgebungen und wie diese geschickt von der Pharmaindustrie umgangen werden können.

Der Autor deckt auf, klärt auf über die verbreitete Annahme, dass Arzneimittel wegen ihrer Produktionskosten so teuer sein müssen. Am Beispiel des Hepatitis-C-Medikaments Sofosbuvir zeigt der Autor, dass die Produktionskosten in diesem Fall gerade einmal 0,1% des Verkaufspreises betragen und macht auch deutlich, dass exorbitant hohe Arzneimittelverkaufspreise nicht mit den Forschungskosten zu rechtfertigen sind.

Neben tiefen Einblicken in die Machenschaften der Pharmaindustrie bietet das Buch auch einen kleinen Geschichtsunterricht, denn die Entwicklungen des Arzneimittel- und Gesundheitswesens werden landesweit und weltweit dargestellt. Die Leser:innen erhalten einen guten Einblick, warum viele für uns selbstverständliche Dinge so sind, wie sie sind.

Das Fett weg bekommt vor allem die Pharmaindustrie, aber auch Behörden, Fachgesellschaften und Patient:innenverbände werden unter die Lupe genommen, wie sie sich von der Pharmaindustrie beeinflussen lassen. Mit dem Fokus auf Arzneimittel. Spannend auch das Kapitel zu den Nahrungsergänzungsmitteln (von Schaaber „Scharlatane“ genannt), ein weiterer großer Markt, mit viel Potenzial, dazu schwammige und grenzwertige Werbeaussagen.

Nach vielen erschreckenden, gut recherchierten, verständlich erklärten Beispielen platzt einem fast der Kopf beim Lesen; Kopfschütteln und Unverständnis steht den Leser:innen ins Gesicht geschrieben. Und immer setzt Jörg Schaaber noch einen drauf: Wenn man denkt, es geht nicht noch schlimmer, nicht noch schamloser, kommen Sätze wie „Hinzu kommt, dass ...“, „Aber damit ist die Geschichte noch nicht zu Ende.“

Es liest sich wie ein gut recherchierter, mit viel Hintergrundinformationen versehener und anschaulich geschriebener Krimi zu den Machenschaften der Pharmaindustrie. An manchen Stellen ist es kaum auszuhalten und lässt einen fast verzweifeln und das ganze (Gesundheits-)System in Frage stellen. Bis glücklicherweise das letzte Kapitel einen Ausblick gibt, wie es auch anders gehen könnte, und Mut und Hoffnung für unsere Gesundheit macht!



Jörg Schaaber
Pillen-Poker. Wie uns die Pharmaindustrie schadet und was man dagegen tun kann
Erscheinungsdatum: 11.09.2023
240 Seiten
Klappenbroschur
18,00 Euro
ISBN: 978-3-518-47241-5

Mehr Infos: <https://www.suhrkamp.de/buch/joerg-schaaber-pillen-poker-t-9783518472415>

Schaaber gibt konkrete (politische) Ausblicke, was zu tun ist. Er zeigt Beispiele zu Forschungskosten und -finanzierung und hebt die Vorteile der öffentlichen Forschung deutlich hervor. So macht er die Anleitungen zum politischen Handeln deutlich. Auf Basis seiner genauen Recherchen und Analysen bietet er konkret ableitbare Forderungen, auf die auch der VdPP schon das ein oder andere Mal zurückgegriffen hat, indem Jörg Schaaber als Referent zu VdPP-Veranstaltungen eingeladen wurde.

Fazit:

Ein Buch für alle, die sich nicht weiter täuschen lassen wollen und einen kritischen Blick auf die Pharma- und Arzneimittelwelt nicht scheuen. Wertvoll nicht nur für Menschen aus dem Gesundheitswesen, sondern auch für Patient:innen ein echter Gewinn!

Über die Autorin

Esther Luhmann ist Apothekerin, VdPP-Vorstandsreferentin und aktiv bei den Pharmacists for Future.



Ein kurzer Rückblick auf das Jahr 2023

Pharmazie und Public Health

Im Wintersemester 2022/23 und im Sommersemester 2023 führten wir zusammen mit dem Bundesverband der Pharmaziestudierenden in Deutschland (BPhD) eine neunteilige Seminarreihe durch, um den Studierenden die Inhalte von Public Health durch die verschiedenen Berufsfelder nahe zu bringen. Viele Berufsfelder für Apotheker:innen wurden in ihrem Zusammenhang mit Public Health dargestellt. Berichte darüber gibt es in den Rundbriefen 115, 116 und 117, nachzulesen auf unserer Website: <http://www.vdpp.de/rundbrief/>

Im Anschluss daran riefen beide Organisationen zu einem Netzwerk auf: Gesucht werden Apotheker:innen mit einem Abschluss in Public Health.

Primärversorgung

1. Das Thema Primärversorgungseinrichtungen stand nicht nur auf der Mitgliederversammlung im Juni in Berlin im Mittelpunkt. Unter dem Titel „Apotheken im Netzwerk einer bevölkerungs- und patientenorientierten Primärversorgung“ wurde diskutiert, wie es gelingen kann, die Apotheken ins Netzwerk mit einzubeziehen.

2. Der VdPP hat zusammen mit dem Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe, DBfK, und dem Verein demokratischer Ärzt:innen, vdää*, ein gemeinsames Eckpunktepapier formuliert, in dem wir Lösungswege für eine zukunftsfähige Gesundheitsversorgung aufzeigen. Community Health Nurses, interprofessionelle Zusammenarbeit und die Förderung von Primärversorgungszentren sind aus unserer Sicht zentrale Bausteine, um Gesundheit und Wohlbefinden der Bevölkerung langfristig zu sichern.

3. Die Apothekenvertretung ABDA und AByou hatten sich in einer Postdepesche gegen Gesundheitskioske ausgesprochen. Darauf haben wir im VdPP reagiert und uns für eine pharmazeutische Komponente in den Gesundheitskiosken stark gemacht und rufen dazu auf, diese Chance zu nutzen (siehe Seite 10)!

4. Der VdPP war Mitveranstalter von #UniversalHealth-CoverageDay, zusammen mit Ärzte der Welt und anderen Organisationen: Gesundheitsversorgung für alle am 12. Dezember in Berlin (siehe S. 18).

VdPP für mehr Klimaschutz

1. Immer mehr Institutionen im Gesundheitssektor, darunter WHO, Weltärztebund, Bundesärztekammer, Deutscher Pflegerat und die Deutsche Allianz Klimawandel und Gesundheit unterstützen eine medizinisch begründete Forderung nach einem Nichtverbreitungsabkommen fossiler Energieträger. Wir als VdPP sehen das auch so und haben die Forderung unterzeichnet.

2. Der VdPP unterstützt den Aufruf von Greenpeace und schreibt erneut alle Versorgungswerke an: „Verantwortungsvolle Rente – zerstört meine Altersvorsorge das Klima?“ (siehe Rundbrief 117).

3. Der VdPP unterstützt nach wie vor die Initiative Pharmacists for Future, vor allem auf organisatorische Art.

Und vieles mehr. Nachzulesen in den Rundbriefen und natürlich auf unserer Website <http://www.vdpp.de>