

## Themen dieses Rundbriefs

### Beiträge der VdPP- Fachtagung:

Erwartungen öffentlicher  
Apotheken an die  
Apothekenreform

Stationsapotheker:innen  
als positives Beispiel für  
Zusammenarbeit

Erfahrungen aus einem  
Gesundheitskiosk

Pharmazeutische  
Dienstleistungen und  
Primärversorgung

VdPP-Positionspapier zur  
Apothekenreform

Wie krank ist das denn?  
Über die Tagung von  
MEZIS und VdPP

Pharmaziegeschichte  
in Braunschweig  
vor dem Aus?

Jubiläum: 135 Jahre  
Reichenberger Apotheke  
in Berlin-Kreuzberg

## Positionspapier zur

# Apothekenreform



## INHALT

- 3** Apothekenwesen am Ende oder am Anfang? Beiträge und Diskussionen zum Positionspapier des VdPP Udo Puteanus
- 5** Vortrag Petra Kolle: Was erwarten VdPP-Apotheker:innen von einer Apothekenreform für öffentliche Apotheken Gudrun Hahn
- 6** Vortrag Christian Sommer: Stationsapotheker:innen als Beispiel interprofessioneller Zusammenarbeit Heidi Sauer
- 7** Vortrag Alexander Fischer: Gesundheitskiosk Hamburg-Billstedt Gudrun Hahn
- 8** Ich lese den Rundbrief, weil ...  
Thomas Hecker
- 9** Vortrag Sabine Haul: Pharmazeutische Dienstleistungen und Primärversorgung Ulrich Hagemann
- 10** Diskussionen und Beschlüsse der Mitgliederversammlung  
Ulrich Hagemann
- 11** Positionspapier zur „Apothekenreform“  
Stellungnahme des VdPP
- 15** 6. Deutscher Kongress für Patientensicherheit bei medikamentöser Therapie Kongressankündigung
- 16** Das Apothekenreform-Gesetz (ApoRG) – Flickschusterei statt erfüllter Hoffnungen Stellungnahme von DBfK, vdää\* und VdPP
- 19** Apothekenreform an einer zukunftsfähigen Primärversorgung ausrichten Pressemitteilung des VdPP
- 20** „Wie krank ist das denn?“ Bericht von der Fachtagung 2024 von MEZIS und VdPP Regina Schumann
- 21** Deklaration von Hannover zur Reduktion von Medikalisierung, Übertherapie und Pathologisierung MEZIS und VdPP
- 22** Aus für die Abteilung Pharmaziegeschichte in Braunschweig?  
Aufruf des VdPP und Offener Brief der Forschenden der Abteilung
- 22** Bündnis Transparenz in der Gesundheitsforschung  
Hinweis auf Positionspapier
- 24** „Nicht die Kranken belasten, Freie Apothekerschaft!“  
Leserbrief des VdPP-Vorstands
- 24** Wie geht es weiter mit Pharmazie und Public Health?  
Udo Puteanus
- 25** Anmerkungen zu „Pendelmigration und das Thema AMTS“  
Udo Puteanus
- 26** Grußwort des Vorstands  
Udo Puteanus
- 27** 135 Jahre Reichenberger Apotheke in Berlin-Kreuzberg  
Ulrike Faber
- 27** Tag gegen Hatespeech. VdPP verlässt die Plattform X  
VdPP-Vorstand
- 28** Mit weniger gedruckten Exemplaren des Rundbriefs Kosten reduzieren Daniel Fleer für den VdPP-Vorstand

### Bildnachweise:

Titelfoto: Thomas Reimer/Dreamstime. S.4: Privat (Udo Puteanus). S.5: Privat. (Gudrun Hahn). S.7: Privat (Heidi Sauer). S.8: Privat (Gudrun Hahn, Thomas Hecker). S.10: Hamburger Zinnschmelze, privat (Ulrich Hagemann). S.20: Foto oben Ulrike Faber, Fotos unten Regina Schumann. S. 25 und S.26: Privat (Udo Puteanus). S.27: Ulrike Faber. S.28: Heinz Landwehr.

## 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](mailto: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 Euro/6 Ausgaben, inkl. Versandkosten in Deutschland. Einzelheftbestellungen sind möglich.

Anfragen richten Sie bitte an [info@vdpp.de](mailto:info@vdpp.de)

### Leserbriefe

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

### Nächster Rundbrief

Der nächste VdPP-Rundbrief, Ausgabe Nr. 121, erscheint im Januar 2025. Redaktionsschluss ist am 30. November 2024.

## Fachtagung des VdPP am 8. Juni 2024

# Apothekenwesen am Ende oder am Anfang?

Die Beiträge und Diskussionen zum Positionspapier des VdPP

Zur Bewältigung des gesellschaftlichen Wandels – Demographie, Diversität, Klima, Fachkräftemangel sind hierfür nur einige Stichworte – muss sich das Gesundheitswesen und damit auch das Apothekenwesen anpassen. Die Zunahme des Betreuungsbedarfs bei älteren, multimorbiden Patient:innen, die oftmals viele verschiedene Arzneimittel anwenden müssen, erfordert Betreuungsstrukturen, in die pharmazeutische Kompetenzen der Apothe-

ken integriert sind. Zur Bewältigung dieser Herausforderungen wird sich das Apothekenwesen weiterentwickeln müssen. Der VdPP hat dazu auf seiner Fachtagung und seiner Mitgliederversammlung am 8./9. Juni 2024 in Hamburg ein Positionspapier diskutiert und verabschiedet (siehe Seiten 11 bis 15 in diesem Rundbrief). In den folgenden Artikeln werden die Beiträge der Fachtagung zusammengefasst.

**D**as Apothekenwesen ist wieder verstärkt im Umbruch. Nach vielen Jahren eines ständigen Wachstums bei der Anzahl an Vor-Ort-Apotheken seit Einführung der Niederlassungsfreiheit 1958 bis in die nuller Jahre unseres Jahrhunderts geht es seitdem mit der Zahl wieder abwärts. Inzwischen werden die Zahlen der achtziger, zum Teil sogar der siebziger Jahre erreicht. Und eine erneute Trendwende ist nicht zu erkennen. Die Honoraranpassungen für die erbrachten Leistungen, abhängig von politischen Vorgaben, blieben über viele Jahre aus.

Neben Lagerung, Prüfung, Herstellung und Abgabe von Arzneimitteln ist seit den achtziger Jahren Information und Beratung als neue pharmazeutische Tätigkeit hinzugekommen – seit 2022 im Rahmen von speziellen Pharmazeutischen Dienstleistungen auch extra bezahlt durch die Krankenkassen.

Der Bundesgesetzgeber beschloss weitere Änderungen bei der Finanzierung der Apotheken. War bis 2004 allein die Abgabe möglichst vieler und teurer Arzneimittel für die Apotheken lukrativ, ist es heute zwar weiterhin die Menge der Arzneimittel, aber kaum noch der von der Industrie festgesetzte Preis. Je höher der Preis, desto ärgerlicher kann es sogar für die

Apothekenleiter:innen werden, denn die Vorfinanzierung dieser Hochpreiser kann Probleme bereiten. Neue Einkommensquellen für Apotheken kamen hinzu: Notdienstvergütung über den Notdienstfonds, bezahlte Botendienste, die besagten Pharmazeutischen Dienstleistungen und von Apotheken durchgeführte Impfungen.

Insgesamt hat sich das Apothekenwesen also bereits weiterentwickelt. Vor allem mit den Pharmazeutischen Dienstleistungen hat sich eine interessante Tür geöffnet, die in Zukunft zu einer deutlichen Schwerpunktverlagerung im Apothekenwesen von der flächendeckenden Belieferung der Bevölkerung mit Arzneimitteln zu einer niedrigschwelligen Beratungsinstanz führen könnte.

### Die pharmazeutische Profession

Klinische Pharmazie ist für den VdPP in Zukunft die Schlüsselqualifikation für das professionelle Handeln des Personals in Vor-Ort-Apotheken, um eine evidenzbasierte Information und Beratung anbieten zu können. Dies ist notwendig, um als pharmazeutische Profession ein zentraler Partner in der Arzneimittelversorgung in interprofessionellen Behandler- und Pflgeteams zu werden. Wissenschaftlich abgesicherte Erkenntnisse zur Arzneimitteltherapiesicherheit haben gezeigt, dass die Gesellschaft des längeren

Lebens, der weiter voranschreitenden Diversität und in Zeiten des Klimawandels solche pharmazeutischen Informations- und Beratungsangebote für die Menschen braucht.

### Apotheken als niedrigschwellige Netzwerk-Partner

Aber noch etwas Anderes ist wichtig. Seit vielen Jahren, fast schon seit Jahrzehnten, weisen Sachverständige und Wissenschaftler:innen darauf hin, dass es viel mehr auf Prävention/Gesundheitsförderung und auf die „Sprechende Medizin“ ankommt, als derzeit durch unser heutiges Gesundheitswesen geboten wird.

Das Bundesgesundheitsministerium wagte mit dem ersten Referentenentwurf eines Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetzes (GVSG, Januar 2024) einen ersten Aufschlag, das Gesundheitswesen im Sinne der WHO-Definition einer Primärversorgung weiterzuentwickeln. Stichworte sind hier neben Prävention/Gesundheitsförderung: interprofessionelles Arbeiten, Stärkung der Health Literacy, Partizipation der Bevölkerung an einer Weiterentwicklung der lokalen Gesundheitsversorgung, Gesundheit als Querschnittsthema für alle Politikbereiche (Health in all Policies) und andere (mehr dazu von der [Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, BZgA](#)).

In diesem Zuge ist es für den VdPP von ganz entscheidender Bedeutung, dass auch die Arzneimittelversorgung und das Apothekenwesen in solche Überlegungen einbezogen werden, was aber leider zu oft vergessen wird. Auch der Entwurf des GVSG ging auf die Einbindung von Apotheken nicht ein. Dabei ist es ganz offensichtlich, dass Arzneimittel als meistgenutztes therapeutisches Mittel und mit Neben- und Wechselwirkungen sowie bei möglichen Anwendungsfehlern hochrisikobelastet sind. Zudem verursachen Arzneimittel hohe Kosten für die Solidargemeinschaft. Für den VdPP ist es daher selbstverständlich, dass Apotheken und Pharmazeutische Dienstleistungen in der Primärversorgung nach WHO nicht nur mitgedacht

ten. Angesichts der Pläne im Bundesgesundheitsministerium für eine Apothekenreform war es für den VdPP an der Zeit, sich ebenfalls zu positionieren. Das bisherige Programm des Vereins von 2009 kann dabei ohne Abstriche Grundlage bleiben, doch gilt es, das Apothekenwesen sowie die pharmazeutische Profession weiterzudenken. Dem VdPP geht es um eine bedarfsorientierte, leicht zugängliche Arzneimittelversorgung mit bestmöglichen Arzneimitteln für alle Menschen.

Information und Beratung durch pharmazeutisches Personal sowie eine Vernetzung mit (vor allem lokalen) Public-Health-Netzwerken sind dafür wesentlich.

modernen Primärversorgung zu suchen (etwa Gesundheitskiosk) und sich anhand der Erfahrungen der Stationsapotheker:innen bei der interprofessionellen Zusammenarbeit in einer gemeinsamen Struktur, dem Krankenhaus, motivieren zu lassen. Vor allem aber die oftmals triste Situation vieler Bedürftiger und die immensen Bedarfe der sozial Benachteiligten an einer pharmazeutischen Betreuung in einzelnen städtischen Quartieren ließ deutlich werden, wie wichtig es ist, dass sich die pharmazeutische Profession und das Apothekenwesen darauf einstellen.

In den folgenden Artikeln werden die einzelnen Vorträge der Referent:innen und die Diskussionen rund um den vorgelegten Entwurf eines Positionspapiers des VdPP auf der Fachtagung am 8. Juni 2024 in Hamburg zusammengefasst. Der bisher existierende Referentenentwurf wird noch zu einem Gesetzentwurf weiterentwickelt und im Herbst in die parlamentarischen Beratungen des Bundestages gehen. Der VdPP wird weiterhin das Thema begleiten und seine Vorschläge einbringen.

---

***In den folgenden Artikeln werden die einzelnen Vorträge der Referent:innen und die Diskussionen rund um den vorgelegten Entwurf eines Positionspapiers des VdPP auf der Fachtagung am 8. Juni 2024 in Hamburg zusammengefasst.***

---

werden müssen, sondern eine Schlüsselfunktion haben können. Wenn Apotheken eines Tages überwiegend über Pharmazeutische Dienstleistungen honoriert werden sollten, wäre dies ein entscheidender Schritt für das Apothekenwesen.

Aber die Widerstände auf diesem Weg sind groß: bei den Ärzt:innen, bei den Krankenkassen, bei den Hütern der Marktwirtschaft, die alles über den Markt und die Preise regeln wollen, und zu einem nicht geringen Teil bei den Apotheker:innen selbst. Denn wie viele der Apotheker:innen sind tatsächlich bereit, das bisherige Geschäftsmodell tiefgreifend zu ändern?

### **Pharmazie in sozialer Verantwortung**

Pharmazie in sozialer Verantwortung, das Motto des VdPP, lenkt den Blick auf die Menschen mit Informations- und Beratungsbedarf, vor allem auf die besonders bedürftigen Erkrank-

### **Zur Fachtagung am 8. Juni 2024 in Hamburg**

Mit der Fachtagung vom 8. Juni 2024 in Hamburg sollte für den VdPP ein entscheidender Schritt erfolgen. Auf der Grundlage der Ist-Situation für die heutigen Apotheken, den Erfolgen der Stationsapotheker:innen bei der Integration in interdisziplinäre Teams in Krankenhäusern, den positiven Erfahrungen mit dem Gesundheitskiosk in Hamburg und den Erfahrungen aus der Praxis zum Bedarf der Bevölkerung an pharmazeutischer Betreuung stellte der Vorstand des VdPP einen bereits seit Januar 2024 innerhalb des VdPP erarbeiteten Entwurf eines Positionspapiers vor und stellte ihn zur Diskussion.

Dem Vorstand sowie den anderen an der Vorbereitung beteiligten VdPP-Mitgliedern war es wichtig, die Erfahrungen von Apothekenleiter:innen aus dem VdPP einzubeziehen, den Kontakt mit Vertreter:innen einer

### Über den Autor

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



Fachtagung des VdPP am 8. Juni 2024

# Petra Kolle: Was erwarten VdPP-Apotheker:innen von einer „Apothekenreform“ für die öffentlichen Apotheken?

Bericht von Gudrun Hahn

**Kurze Antwort: Verbesserung(en)! Selten waren sich Kritiker und Befürworter unseres Gesundheitssystems so einig: So kann es nicht mehr weitergehen. Die vielen Apothekenschließungen in den letzten 10 Jahren sind nur ein Phänomen, das die Lage verdeutlicht (allein im Jahr 2023 haben 497 aufgehört).**

**P**etra Kolle, Inhaberin einer Apotheke am Rande von Hamburg St. Pauli, fasste in ihrem Vortrag zusammen, wo der Schuh drückt, wo es im Laufe der Jahre Verbesserungen gab und welche Pläne des Gesundheitsministeriums die Situation nur noch verschlimmern werden.

Egal welche Veränderungen es demnächst geben wird: Ohne ausreichendes Personal können die Apotheken ihren Arbeitsauftrag, die Bevölkerung ordnungsgemäß mit Arzneimitteln zu versorgen, nicht erfüllen. Der Apotheker:innen-Beruf ist unattraktiv geworden und nur wenige junge Kolleg:innen haben das Ziel, als Apotheker:innen in öffentlichen Apotheken zu arbeiten oder sie gar zu leiten. Zudem gehören weder Apotheker:innen noch PTA mittlerweile zu den gut bezahlten Berufen. Die goldenen Zeiten „der Apotheke“ sind vorbei. Kaputtgespart.

## **Apotheker:innen im Stimmungstief**

Wenn die Rabatte an die Krankenkassen erhöht werden und auch noch die Fixaufschläge auf Rx-Arzneimittel reduziert werden, ist es mit Gehaltserhöhungen schwierig.

Skonti/Rabatte auf Einkaufspreise wurden zum 1.6.2024 gesetzlich ein-

gefroren, wodurch sich der wirtschaftliche Spielraum noch mehr verringert. Zudem belasten steigende Mietkosten und höhere Energiepreise das Budget.

Die Verbesserungen der letzten Jahre bringen die Apotheker:innen auch nicht aus dem Stimmungstief: Aus dem Notdienstfonds werden Vollnotdienste honoriert. Davon profitieren Landapotheken sehr. Auch die Vergütung von pharmazeutischen Dienstleistungen ist ein Schritt in die richtige Richtung. Getrübt wird diese positive Entwicklung durch den Personalmangel. Wo keine Arbeitskräfte sind, kann es auch keine Impfungen und Ähnliches geben.

Dabei haben die Apotheken als niedrigschwellige Anlaufmöglichkeit für Patienten und Ratsuchende das Potenzial, interdisziplinär mit anderen im Gesundheitsbereich Tätigen zusammenzuarbeiten. Es fehlt aber an Strukturen, die den Austausch erleichtern.

## **Was plant das Bundesgesundheitsministerium?**

Es soll eine Honorarumverteilung von umsatzstarken zu umsatzschwachen Apotheken geben. Klingt sozial und gut. Das ABER folgt auf dem Fuß. Wie damit umgehen, wenn der hohe Umsatz durch „Hochpreiser“ bedingt ist? Hoher Umsatz ist nicht gleich hoher Gewinn. Eine Neiddebatte wird die Folge sein und die verbessert die Lage ganz sicher nicht. Auch die Reduzierung der Aufschläge auf Rx-Arzneimittel von 3 Prozent auf 2 Prozent wird einigen Apotheken die finanzielle Grundlage entziehen. Bereits jetzt

haben einige Apotheken Schwierigkeiten, hochpreisige Arzneimittel vorzufinanzieren und lehnen die Annahme solcher Verordnungen ab.

Bleiben noch die Stichworte Telepharmazie und die Vertretungsmöglichkeiten von PTA. Man kann gespannt sein, ob in den zu erwartenden Referentenentwürfen dazu richtungsweisende Vorschläge kommen. Eine höhere Kompetenz muss sicher mit einer höheren Qualifikation verbunden und damit an ein höheres Gehalt gekoppelt sein. Ansonsten lehnt die Berufsvertretung den Vorschlag ab.

## **Wie ist die Perspektive?**

Es lässt sich nicht leugnen: Gesellschaftliche Entwicklungen gehen auch am Gesundheitswesen nicht vorbei. Unsere Arbeit wird komplexer. Multimorbidität nimmt zu. Menschen mit geringen Deutschkenntnissen müssen genauso beraten werden wie die, die nur eben schnell ein Rezept einlösen wollen.

Was wir brauchen, sind verbesserte niedrigschwellige Angebote. Dafür muss interdisziplinäres Zusammenarbeiten verstärkt werden. Das geht nur, wenn alle Beteiligten des Gesundheitswesens an der Entwicklung mitwirken.

Über die Autorin  
**Gudrun Hahn** ist VdPP-Mitglied und aktiv in der Hamburger Regionalgruppe.



Vortrag auf der Fachtagung am 8. Juni 2024

# Christian Sommer: Stationsapotheker:innen als Beispiel interprofessioneller Zusammenarbeit

Bericht von Heidi Sauer

Der Referent Christian Sommer ist Fachapotheker für klinische Pharmazie und Medikationsmanagement im Krankenhaus. Er ist seit März 2024 Apothekenleiter der Klinikapotheke des Universitätskrankenhauses Hamburg-Eppendorf, nachdem er dort bereits seit 2018 Leiter der Stationsapotheke war.

Zunächst betonte der Referent, dass Arzneitherapie im Krankenhaus ein Hochrisikoprozess sei. Bei 6 Prozent aller stationären Patient:innen kommt es zu Medikationsfehlern, wobei 53 Prozent davon auf Fehler bei der Verabreichung und 16,5 Prozent auf Verordnungsfehler zurückzuführen sind. 200 000 Todesfälle sind in Deutschland auf Unerwünschte Arzneimittelereignisse (UAE) zurückzuführen.

Sommer führt diese unglaublichen Probleme auf den „klassischen Medikationsprozess“ zurück. Diesem liegt eine handschriftliche Verordnung der Ärzteschaft zu Grunde. Die Pflegekräfte auf den Stationen entnehmen dieser Anordnung entsprechend die Medikamente aus dem Vorratschrank der Station, stellen diese dann für die Patienten und führen darüber auch nur handschriftliche Dokumentationen. Wie risikoreich das ist, liegt auf der Hand: Lesbarkeit, Eindeutigkeit und Vollständigkeit, Transparenz für alle Beteiligten, das ist nicht immer gegeben. Auch die „reine Schrankbelieferung“ führt schnell zu Fehlern, etwa bei:

- Eindeutigkeit von Wirkstoff-/Präparatebezeichnung
- Sortierung/Übersichtlichkeit
- Anbruch/Verfall.

Bei diesem „klassischen“ Ablauf ist die Krankenhausapotheke meist nur zuständig für die „Befüllung“ des Stationsvorrates.

## Was bedeutet CLMM?

Der Begriff „Closed Loop Medication Management“ (CLMM) beschreibt einen in sich geschlossenen Prozess des Medikationsmanagements im stationären Bereich. Alle Schritte sollen zu jeder Zeit für alle Beteiligten verfügbar und nachvollziehbar sein. Voraussetzung ist ein einheitliches digitales System unter Einbezug der elektronischen Patientenakte. Siehe auch [www.adka.de/adka/adka-ziele/clmm/](http://www.adka.de/adka/adka-ziele/clmm/)

Daher hob Sommer die Bedeutung der Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) hervor. Sie ist die Gesamtheit der Maßnahmen zur Gewährleistung eines optimalen Medikationsprozesses mit dem Ziel, Medikationsfehler und vermeidbare Risiken für die Patient:innen bei der Arzneimitteltherapie zu verringern.

Mit dem geplanten Krankenhauszukunftsgesetz (KHZG) will der Gesetzgeber Besserung erreichen, zum größten Teil über Digitalisierung. Ein wichtiges Ziel muss es sein, allen am Medikationsprozess Beteiligten Zugriff auf notwendige und aktuelle Informationen zu ermöglichen. Er betonte, dass selbst beim „alten“ System durch „kleine Reiterchen“ (Klammer an der Patientenakte, wenn sich was verändert hat) schon Besserung im Ablauf erzielt wird, da es ein Achtungszeichen ist.

Durch das „Closed Loop Medication Management“ (CLMM) soll die Arzneimittelversorgung für die Patient:innen sicherer werden. Es treten 50 Prozent weniger Fehler allein durch die digitale Verordnung auf, da die Stationsapotheker:innen diese eingegebene Medikation direkt überprüfen können: Validierung, Dosis/Intervall, Applikationsart, Interaktionen. Dadurch können durch pharmazeutische Intervention Fehler vermieden oder auch andere, bessere Therapien für die Patient:innen erarbeitet werden.

Optimiert wird der Prozess durch die „Unit-Dose“-Produktion in der Krankenhausapotheke. Das heißt, tagesaktuell wird für jeden einzelnen Patienten jedes seiner Medikamente einzeln „eingetütet“ bzw. abgefasst. Das bedeutet: keine Verwechslungen mehr auf den Stationen bei der Abgabe der Medikamente an die Kranken durch die Pflegekräfte.

An einigen speziellen Fallbeispielen zeigte Sommer auf, wie bedeutsam pharmazeutisches Fachwissen ist, um schnell zu handeln, die Medikation aktuell anzupassen und somit den Patient:innen das Leben zu erhalten. Er betonte, dass die Zusammenarbeit mit der Ärzteschaft, den Pflegekräften, den Logopäden, den Physiotherapeuten und dem sozialmedizinischen Dienst auf den Stationen sehr gut funktioniert. Bei den Ärzt:innen sei klar ein Umdenkungsprozess zu erkennen. Schmunzelnd meinte er, sie

würden sich inzwischen freuen, wenn durch das Einwirken von Pharmazeut:innen Fehler vermieden werden. Der Referent räumte aber auch ein, dass es bisher nicht ausreichend gelungen sei, die Patient:innenaufnahme und das Entlassungsmanagement zufriedenstellend ins CLMM einzubinden.

So wichtig die Digitalisierung zur Fehlervermeidung und schnellen Reaktionsmöglichkeit aller im Krankenhaus zusammenarbeitenden Professionen auch ist, so sollten doch zum Wohle der Patient:innen alle Beteiligten persönliche Kontakte und Gespräche – untereinander und auch mit den Patient:innen – nicht vernachlässigen.

#### Über die Autorin

**Heidi Sauer** ist Apothekerin und arbeitete nach dem Staatsexamen zunächst an einer PTA-Schule. Später war sie angestellt in öffentlichen Apotheken tätig, meist in kleinen Orten, wo der Kundenkontakt sehr persönlich und die Beratung sehr wichtig war. Sechs Jahre lang arbeitete sie parallel als Herstellungsleiterin in der pharmazeutischen Industrie. Seit März 2020 ist sie im Ruhestand.



Vortrag auf der Fachtagung am 8. Juni 2024

## Alexander Fischer: Gesundheitskiosk Hamburg-Billstedt

Bericht von Gudrun Hahn

**Sicher erinnern sich noch viele an die Aussage von Karl Lauterbach vor zwei Jahren, in der er 1 000 Gesundheitskioske in ganz Deutschland versprach. Ob all die, die laut ihre Stimme gegen diesen Plan erhoben, wirklich wussten, was sie gerade ablehnen?**

**A**lexander Fischer, der Geschäftsführer des ersten deutschen Gesundheitskiosk in Hamburg Billstedt-Horn (eröffnet 2017), war selbst an der Planung beteiligt und weiß wohl bestens, was die Anfangserwartungen waren und was davon eintrat, bzw. wie sich die Gesundheitssituation in Billstedt verändert hat. Sein Vortrag war spannend und informativ.

Es ist allgemein bekannt, dass Menschen in Stadtteilen mit niedrigem Durchschnittseinkommen eine geringere Lebenserwartung haben als diejenigen in Stadtteilen mit gutverdienenden Einwohnern. Wie kann man daran etwas ändern? In mehreren europäischen Ländern hat man mit der Einrichtung von Gesundheitskiosken beachtliche Verbesserungen erzielt. Am längsten sind die Erfahrungen in Finnland, wo erstmals dieses niedrigschwellige Angebot aufgebaut wurde.

Diese Vorbilder im Kopf begann man in Hamburg das Projekt „Gesundheitskiosk“. Die Initiative ging von mehreren Hausärzten aus, deren Praxen die sozialmedizinische Versorgung der Patient:innen nicht mehr gewährleisten konnten. Es sollte ein

niedrigschwelliges Angebot werden, das die medizinische Grundversorgung durch Lotsendienste leichter zugänglich macht.

#### **Billstedt als sozialer Brennpunkt**

Billstedt ist ein Stadtteil mit vielen Sozialbauwohnungen aus den 70er Jahren. Der Ausländeranteil ist sehr hoch. Für den Kiosk fand man Räume mitten im Ortszentrum.

Wer kommt nun dorthin? Eine Erhebung stellte fest: 20 Prozent der Menschen erhalten eine Empfehlung von sozialen Einrichtungen, 30 Prozent kommen aus eigener Initiative und die Hälfte werden aus Arztpraxen dorthin empfohlen. Zu den „sozialen Einrichtungen“ zählen hier auch Schulen, mit denen man in gutem Kontakt steht.

Fachpersonal, überwiegend aus dem Pflegebereich, kümmert sich um die Patient:innen. Viele durchblicken das deutsche Gesundheitssystem nicht, auch weil sie die deutsche Sprache kaum können. Die Beratung findet, wann immer möglich, zunächst in der Muttersprache statt. Therapien werden erklärt, die Wichtigkeit der richtigen Medikamenteneinnahme vermittelt.

Gerade nach einem Krankenhausaufenthalt ist die Koordination von Hausarzt- und Krankenhausverordnungen besonders wichtig (nicht nur für Menschen mit Deutsch als Zweitsprache). Gesunderhaltung durch Prävention ist ein wichtiger Grundgedanke.

Zudem gibt es Schulungen und Weiterbildungsangebote, zum Teil von der Stadt Hamburg initiiert.

Die Finanzierung des Projekts erfolgt einerseits über eine Pauschale der beiden Krankenkassen AOK Rheinland/Hamburg und Mobil Krankenkasse, andererseits über städtische Fördergelder. Es können aber auch Einzelleistungen direkt bei den Krankenkassen abgerechnet werden.

### Angst vor Doppelversorgung unbegründet

Die Angst vor Doppelversorgung erwies sich als unbegründet. Den Arztpraxen werden kleine Arbeiten abgenommen, weniger Patienten kommen dafür in die Praxis, was bei einer Situation am Rande des Zusammenbruchs eine positive Aussage ist.

Eine Umfrage über einen Zeitraum von 18 Monaten ergab, dass vermeidbare Krankenhausfälle um 19 Prozent abgenommen haben und es pro Versicherten 1,9 Besuche mehr pro Jahr in den Arztpraxen gibt. Es kommt zu weniger dramatischen Erkrankungen. Sowohl die Akteure im Gesundheits-

system als auch die Leistungsempfänger sind zufriedener.

Der Gesundheitskiosk ist eine Schnittstelle zwischen medizinischer Versorgung und sozialer Arbeit. Zu Apotheken gibt es keine definierte Zusammenarbeit. Man tauscht sich fachlich aus, mehr aber auch nicht.

Vertreter:innen der Standesorganisationen geben ja immer wieder zu bedenken, dass mit Einrichtungen wie dem Gesundheitskiosk die Freiberuflichkeit im Gesundheitssystem in Frage gestellt wird. Dabei haben jüngere Kolleg:innen heutzutage andere Prioritäten in ihrer Berufstätigkeit. Nach dem bisherigen Stand der Erfahrungen sind die Bedenken gegenstandslos.

Die Arbeit im Kiosk und mit dem Kiosk macht nochmals deutlich, wie wenig in unserem Gesundheitssystem auf interdisziplinäre Zusammenarbeit Wert gelegt wird. Es gibt in unserem Gesundheitssystem keine zentrale vernetzende Instanz für die Bevölkerung. Ein relevanter Anteil der Bevölkerung hat eine eingeschränkte Gesundheits-

kompetenz, das heißt, diese Menschen können Gesundheitswissen nicht finden, bewerten und/oder adäquat umsetzen. Das Konzept Gesundheitskiosk will gerade diese Gesundheitskompetenz durch die Niedrigschwelligkeit verbessern.

Über die Autorin  
**Gudrun Hahn** ist VdPP-Mitglied und aktiv in der Hamburger Regionalgruppe.



### Rundbrief-Leser:innen

## Ich lese den Rundbrief, weil ...



... Korrektur: Ich würde den Rundbrief gerne öfter lesen, weil er umfassend und präzise die Arbeit des Vereins reflektiert. Zudem ist der Rundbrief eine exzellente Plattform, um Positionen zu aktuellen politischen Ereignissen zu publizieren. Aber in Übereinstimmung mit der Aussage eines berühmten 'Gesetzes' erreicht mich die Mail meistens gerade zu Beginn einer Dienstreise und gerät dann sehr leicht in Vergessenheit ... "

#### Dr. Thomas Hecker

Dr. Thomas Hecker ist Inspektor für Good Manufacturing Practice (GMP) beim Europäischen Direktorat für die Qualität von Arzneimitteln, Straßburg.

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.



Vortrag auf der Fachtagung am 8. Juni 2024

# Sabine Haul: Pharmazeutische Dienstleistungen und Primärversorgung

Bericht von Ulrich Hagemann

Allen pharmazeutisch Tätigen ist klar, dass die gegenwärtige Berufspraxis in Apotheken sowohl mangelbehaftet für Patient:innen als auch unbefriedigend für die Mitarbeiter:innen ist. Aber wie kann und muss eine für die Patient:innen effektive pharmazeutische Praxis aussehen, die gleichzeitig dem hohen Anspruch an einen

Gesundheitsberuf unter den heutigen Bedingungen entspricht und auch noch begeistert? Das hat Sabine Haul, Hamburg, eindrucksvoll am Beispiel des Gesundheitszentrums Lohbrügge und des Netzwerks Demenz in Bergedorf geschildert.

In Hamburg bestehen acht lokale Gesundheitszentren, vier Gesundheitskioske und eine Poliklinik (mit drei Standorten). Vor allem in den sozial benachteiligten Quartieren und Wohngebieten kommen alle negativen Faktoren, die eine gute medizinische und pharmazeutische Versorgung der Bewohner:innen erschweren vor bzw. zusammen. Das sind individuelle Faktoren und Barrieren wie geringe Sprachkenntnisse, kulturelle Einflüsse, körperliche Behinderung oder kognitive Barrieren, Alter oder soziale Isolation und Ausgrenzungen aller Art.

Auf der anderen Seite wirken dort alle gravierenden aktuellen Einschränkungen im Versorgungssystem wie Arzt- und Personalmangel, Erreichbarkeit von und Zugang zu medizinischen Einrichtungen, Zeitmangel und unzureichende Kommunikation mit Patient:innen. Eine regionale sektoren- und berufsübergreifende primärmedizinische Zusammenarbeit ist da ein gutes Konzept. Funktioniert das auch in der Praxis?

Sabine Haul hat es in ihrem Vortrag überzeugend belegt. Sie stellte vier Hauptaufgaben von Primärversorgungszentren dar. Das sind

- das Bestimmen und Erkennen sozialer Determinanten von Gesundheit
- Gesundheitsförderung und Prävention

- Ermöglichung niedrigschwelliger Zugangs zu Gesundheits- und sozialen Dienstleistungen und
- eine Lotsenfunktion für die Bürger:innen und Patient:innen.

Der Bedarf für Unterstützung besteht in den uns allen bekannten Situationen und Personengruppen: alte Menschen, Menschen mit Behinderung, sprachliche oder kulturelle Barrieren, Alleinerziehende, Kinder und Jugendliche, eingeschränkte Mobilität, psychiatrische Probleme sowie Notsituationen.

Natürlich muss es in den Primärversorgungszentren formale Ablauf- und Zuständigkeitsregeln geben, die nicht nur wegen des Umgangs mit personenbezogenen Daten, sondern auch für optimale Arbeitsabläufe und Überprüfungen der Effektivität unverzichtbar sind. Die wichtigsten Partner der Zentren sind: ambulante Pflegedienste, Hausärzt:innen, Apotheker:innen, (inkl. PTA, PKA), soziale Beratungsstellen, sozialpsychiatrische Beratung, Pflegeberatung, Suchtberatung sowie Gesundheitsämter. Eine große Bedeutung haben Angebote zur Prävention in der Wohn- und Arbeitsumgebung, zur Vermeidung von Erkrankungen oder zur möglichst vollständigen Beseitigung von Beschwerden.

Die Betreuung und Versorgung von Demenzpatient:innen stellt eine besondere Herausforderung dar, weil

die bewusste Kooperation mit den Patient:innen eingeschränkt ist. Sie erfordert besondere Kompetenzen der Beteiligten. Das beginnt bei der Diagnose der Erkrankung und auch von Begleiterkrankungen und setzt sich bei der rechtlichen Betreuung, der Unterstützung der Angehörigen und Pflegedienste, der vorübergehenden oder dauerhaften Pflege und bei allen therapeutischen Maßnahmen fort.

Apotheken und das pharmazeutische Personal haben in diesem Konzept wichtige Aufgaben und Möglichkeiten, die andere Einrichtungen nicht haben. Sie sind fast immer verfügbare und unkomplizierte Anlaufstellen, die meistens am Ort gut bekannt sind und in denen ein Vertrauensverhältnis zu den Patient:innen besteht – ein wichtiger Punkt in einer „Kompetenzkette“. Dort können der Bedarf an Unterstützung für Beratung festgestellt werden, der Inhalt des Bedarfs an die richtige Stelle oder Einrichtung weitergeleitet und die Patient:innen in diesem Prozess begleitet werden. Oft steht die Medikation von Patient:innen im Mittelpunkt. Besonders kritisch ist eine Multimedikation durch Verordnungen verschiedener Ärzt:innen oder im Rahmen einer Selbstmedikation. Bei Multimedikation mit allen ihren negativen Folgen kann pharmazeutisches Personal diese kritisch beurteilen. Dabei kann

es um die Sinnhaftigkeit und Notwendigkeit der Anwendung bestimmter Arzneimittel überhaupt gehen oder etwa um Wechselwirkungen, die bedenklich sein können. Eventuell kann dann der schwierige Prozess eines sinnvollen „Deprescribing“ durch behandelnde Ärzt:innen eingeleitet werden.

Die überkommene Zergliederung der Berufsgruppen und ihrer jeweiligen Aufgaben in unserem Gesundheitssystem bringen Konkurrenzdenken und Kompetenzstreitigkeiten mit sich. In Lohbrügge wurde die Erfahrung gemacht, dass Ärzt:innen die Arbeit des Primärversorgungszentrums zum Teil zunächst nicht akzeptierten oder kritisierten, nach gewisser Zeit und positiven Erfahrungen jedoch dankbar waren und Unterstützung anboten.

Worin liegen die Möglichkeiten für die Einbindung von Apotheken in Gesundheitszentren? Das sind vor allem die „Niedrigschwelligkeit“, eine angemessene Vergütung und Finanzierung, das Abbauen von Berührungspunkten zwischen den potenziellen Kooperationspartnern, eine Zusammenarbeit auf „Augenhöhe“, die Erarbeitung sinnvoller Kommunikationswege, eine effiziente Zusammenarbeit und Begegnungsmöglichkeiten zum direkten fachlichen Austausch. Dann kann mit einiger Wahrscheinlichkeit eine notwendige Entlastung aller Beteiligten erwartet werden und eintreten.

Man kann den Initiativen in Hamburg nur Beständigkeit, finanzielle Stabilität und hohe Effizienz wünschen. Das Konzept ist dringend zur Nachahmung in anderen Regionen und Städten zu empfehlen.

#### Über den Autor

**Dr. Ulrich Hagemann** war Leiter der Abteilung Pharmakovigilanz im Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM). Er ist Mitglied der Berliner Regionalgruppe.



*Der diesjährige  
Tagungsort der VdPP-  
Mitgliederversammlung:  
die historische  
Hamburger Zinn-  
schmelze.*



Mitgliederversammlung am 9. Juni 2024

## Positionspapier: Gesundheits- und Apothekenreform und Referentenentwurf des BMG

Bericht von Ulrich Hagemann

Die Mitgliederversammlung 2024 fiel in eine Zeit, in der bereits seit Längerem mehrere schwerwiegende strukturelle Probleme in der Versorgung mit Arzneimitteln in Apotheken offenbar geworden waren und in den Fachkreisen diskutiert wurden. Dazu kamen weitreichende Vorschläge von Gesundheitsminister Karl Lauterbach auf den Tisch, erst in einem Eckpunktepapier, nun aber auch in einem konkreten Referentenentwurf (Apothekenreformgesetz – ApoRG). Dadurch, dass vom BMG auch der Entwurf des Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetzes (GVSG) vorgelegt wurde, war die Herausarbeitung der Probleme der beabsichtigten Gesetzesänderungen und der Position des VdPP nicht einfach, aber nötig.

Die MV fand also genau zum richtigen Zeitpunkt statt, um eine Analyse der Situation vorzunehmen und zu be-

schreiben, eigene Forderungen zu formulieren und die Gesetzesvorhaben zu kommentieren.

#### **Zusammenfassung**

Zur Diskussion und dann auch zur Annahme durch die Mitglieder stand der Entwurf eines Positionspapiers zum Themenkomplex. Der vorgelegte Entwurf war sehr ausgereift und die Diskussion bezog sich nur auf bestimmte Begriffe, kleine Präzisierungen und Ergänzungen. Das Positionspapier wurde somit angenommen. Alle Teilnehmer dankten den Autor:innen und Kommentator:innen für ihre ausgezeichnete Arbeit. Das Positionspapier und eine Pressemitteilung dazu sind inzwischen publiziert. Der VdPP, der vdä\* und der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe haben dazu im Juli 2024 eine gemeinsame Stellungnahme herausgegeben (siehe Seite 16; alle Dokumente sind auch unter [www.vdpp.de](http://www.vdpp.de) verfügbar).

## VdPP nimmt Stellung

## Positionspapier zur „Apothekenreform“

Nachfolgend im Wortlaut das „Positionspapier des VdPP zur Weiterentwicklung der ortsnahen Arzneimittelversorgung über Vor-Ort Apotheken und eine verbesserte Einbindung pharmazeutischer Kompetenzen in eine zukünftige interdisziplinär ausgerichtete und patient:innenorientierte Primärversorgung“.

## Abnahme der Anzahl an Apotheken

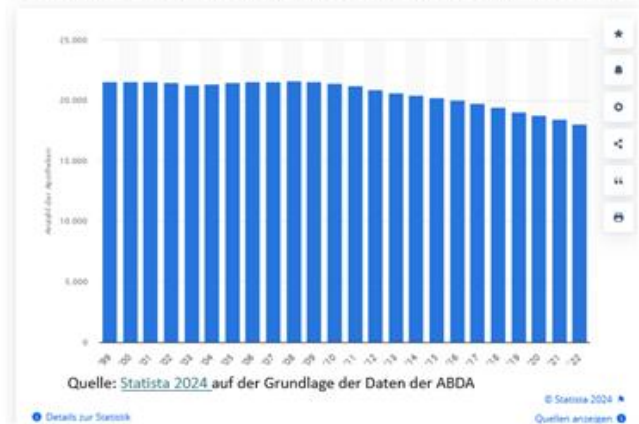
Das Apothekenwesen in der Bundesrepublik steckt in einer Krise. In den Jahren 1999 bis 2022 sank die Zahl von 21 590 Apotheken auf 18 068 und Anfang 2024 auf unter 17 500 Apotheken. Der Trend zeigt weiterhin nach unten. Wachsender Fachkräftemangel, geringe Verdienst- und Aufstiegsmöglichkeiten, die Unattraktivität der Arbeit in Apotheken und der Rückgang der Zahl der Ärzt:innen in für sie unattraktiven Quartieren der Städte und im ländlichen Raum werden als Hauptgründe genannt.

So deprimierend die Situation für das Apothekenwesen und vor allem für die von der Schließung der Apotheken Betroffenen ist (Apothekenleiter:innen und Mitarbeitende sowie Patient:innen), stellt sich aus Public-Health-Perspektive und aus Sicht der Patient:innen die Frage: Ist der Rückgang der Zahl der Apotheken für die Qualität der Arzneimittelversorgung kritisch und damit für die Gesundheit der Bevölkerung von Relevanz? Wie viele Apotheken braucht das Land?

Aus Sicht des VdPP ist zunächst jede Apotheke von Bedeutung, die für die Patient:innen einen wesentlichen Teil der ortsnahen Gesundheitsversorgung sicherstellt und zudem wichtige Aufgaben für das Gemeinwohl und den sozialen Zusammenhalt in der Gesellschaft übernimmt; Apothekenschließungen erfordern für die Patient:innen meist weitere Wege und Kraft für den Aufbau einer Vertrauensbeziehung zur neu gewählten „Stammapotheke“.

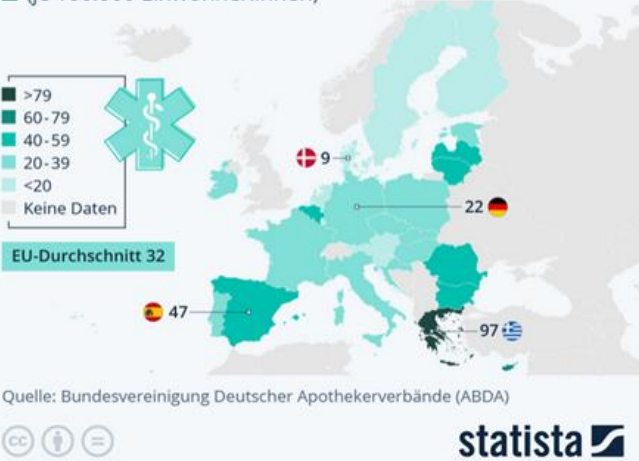
Derzeit (2024) versorgen in der Bundesrepublik durchschnittlich 21 Apotheken 100 000 Einwohner. Im EU-Durchschnitt sind es 32 Apotheken, wobei die Spanne von 97 Apotheken (Griechenland) bis zu 9 Apotheken (Dänemark) reicht (Stand 2020). Zwar ist jedes Arzneimittelversorgungssystem in den EU-Ländern anders und der Vergleich der nackten Zahlen hinkt; dennoch bleibt die Frage, ob sich durch den Rückgang der Zahl der Apotheken bei uns die Versorgung aus Public-Health-Perspektive bereits besorgniserregend verschlechtert hat. Oder handelt es sich eher um eine Marktbereinigung, ohne gesundheitliche Auswirkungen, wie es Ökonomen oftmals sehen und wie sie in vielen anderen Wirtschaftssparten beobachtet wird?

Gesamtzahl öffentlicher Apotheken in Deutschland in den Jahren 1999 - 2022



## Versorgung mit Apotheken hierzulande unter EU-Schnitt

Apothekendichte in ausgewählten Ländern Europas 2020 (je 100.000 Einwohner:innen)



Von Seiten der ABDA und ihrer Mitgliedsorganisationen ist der Grund für die Apothekenschließungen in erster Linie die ungenügende Honorierung der Leistungen der Apotheken. Dies führe dazu, dass sich die nachwachsende Generation nur noch selten für die Übernahme einer Apotheke entscheide und das Personal von Apotheken aufgrund vergleichsweise niedriger Gehälter in Apotheken nach anderen Beschäftigungsmöglichkeiten, wie z. B. in der Industrie oder bei den Krankenkassen, suche.

In der Tat warten die Apotheken seit 2013 auf eine Anpassung des Zuschlags auf die Abgabe von verordneten Arzneimitteln. Der Zuschlag beträgt immer noch 8,35 Euro pro Packung (2004: 8,10 Euro) – inflationsbereinigt müsste er aber bei über 11 Euro liegen. Außerdem erhalten Apotheken einen Aufschlag von 3 % auf den Einkaufspreis der jeweils abgegebenen Packung. Die Apotheken finanzieren die Arzneimittel vor und bekommen erst bis zu 6 Wochen später das Geld. Die Versorgung von Patient:innen, denen hochpreisige Arzneimittel verordnet werden (Arzneimittel mit einem Apothekeneinkaufspreis von mehr als 1 238,50 Euro), ist für Apotheken aufgrund der schwierigen Vorfinanzierung wirtschaftlich höchst risikoreich. Aus diesem Grund muss in Zukunft dafür gesorgt werden, dass die Versorgung von Patient:innen mit Hochpreiskern ohne die heutigen wirtschaftlichen Risiken möglich wird.

Den Gesetzlichen Krankenkassen muss auf den Zuschlag von 8,35 Euro durch die Apotheken ein Rabatt gewährt werden. Dieser Rabatt wurde für 2 Jahre von 1,77 auf 2 Euro erhöht, um die Krankenkassen finanziell zu stärken. Auch an der Rabattpflicht hat sich über die Jahre nichts geändert.

Die Pharmazeutische Industrie hat über Preisanhebungen bzw. hohe Preisansetzungen bei neuen Arzneimitteln („Hochpreiskern“) indirekt bei den Apotheken für mehr Umsatz gesorgt. Mehr Umsatz ist aber keinesfalls gleichbedeutend mit mehr Gewinn. Die Bedingungen, unter denen Apotheken betrieben werden, wirken sich unterschiedlich auf die Gewinne aus.

Gleichzeitig sind die Ausgaben für den Betrieb von Apotheken und für ihr qualifiziertes Personal drastisch gestiegen (zum Beispiel bei Sachkosten, Mieten, Gehältern).

Weiterhin wird die Arbeit in Apotheken durch umfangreichere rechtliche Vorgaben und u. a. Lieferengpässe belastender. Durch die Versandapotheken verloren die Präsenzapotheken im Bereich der nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittel einen nennenswerten Anteil am Umsatz (etwa 15 bis 20 % in diesem Segment). Im verschreibungspflichtigen Segment stagniert der Anteil durch Versandapotheken bei etwa 1 %, was sich aber durch die Einführung des elektronischen Rezeptes zugunsten der Versandapotheken verändern könnte.

Begrüßenswerte Entwicklungen ermöglichen den Apotheken, neue Aufgaben zu übernehmen und sich damit zusätzliche Einkommensquellen zu erschließen: Seit der Corona-Pandemie können Botendienste zu Lasten der GKV abgerechnet werden, Impfungen sind in Apotheken möglich geworden und werden von der GKV bezahlt, pharmazeutische Dienstleistungen, wie das Blutdruckmessen

oder die erweiterte Medikationsberatung bei Polymedikation, werden von der GKV honoriert.

Bedingt durch die außerordentlich knappe Personalsituation in den Apotheken wird jedoch diese Zusatzarbeit kaum bewältigt und die Gelder für die Pharmazeutischen Dienstleistungen aus dem dafür vorgesehenen Budget werden kaum abgerufen. Auch wurde die Gebühr für die Dokumentation von Betäubungsmittelrezepten in den letzten Jahren erhöht, was allerdings nur für wenige spezialisierte Apotheken von Relevanz ist.

Besonders ländliche Apotheken, die häufiger als städtische Apotheken zur Dienstbereitschaft (Notdienst) verpflichtet werden, profitieren zudem von den Geldern des sog. Notdienstfonds, der ebenfalls von der GKV gefüllt und pro Notdienst an Apotheken ausgezahlt wird (derzeit 437,76 Euro pro Vollnotdienst).\*

Dennoch zeigt die sinkende Anzahl der Apotheken, dass viele Apotheken existenziell bedroht sind. Der Trend hat sich in den letzten Jahren beschleunigt, und eine Umkehr ist nicht abzusehen.

---

***Die Vertreter:innen der Apothekerschaft wurden zu keiner Zeit bei der Ausgestaltung der Apothekenreform einbezogen. Die Vorschläge sind daher praxisfremd und die Probleme werden nicht gelöst.***

---

In dieser Situation haben die Apothekerverbände ihren Protest auf die Straße getragen und mit einer beachtlichen Anzahl von Teilnehmenden an Demonstrationen im Jahr 2023 gezeigt, dass es für sie so nicht weitergehen kann.

## Geplante Apothekenreform des Bundesgesundheitsministeriums (BMG)

Das BMG plant mit einer Apothekenreform eine Umverteilung der vorhandenen Mittel von umsatzstarken auf umsatzschwächere Apotheken. Außerdem soll die Gründung von Zweigapotheken, die durch geringere sachliche und personelle Anforderungen im Vergleich zu Vollapotheken gekennzeichnet sind, erleichtert werden. Das BMG sieht in seinem Referentenentwurf für ein Apothekenreform-Gesetz darin eine Möglichkeit, vor allem in ländlichen Regionen die Arzneimittelversorgung über Präsenz-Apotheken zu erleichtern. Ein entsprechender Gesetzentwurf wird erwartet.

Die Vertreter:innen der Apothekerschaft wurden zu keiner Zeit bei der Ausgestaltung der Apothekenreform einbezogen. Die Vorschläge sind daher praxisfremd, und die Probleme werden nicht gelöst. Ein unproduktiver Konkurrenzkampf der Apotheker:innen untereinander wäre bei der Umsetzung der aufgezeigten Pläne vorprogrammiert. Der VdPP kritisiert diese Pläne des BMG. Nach dem derzeitigen Stand dienen sie auch nicht dazu, eine pati-

ent:innenorientierte Arzneimittelversorgung zu verbessern, was aber dringend notwendig ist, sollen die zukünftigen Herausforderungen für die Arzneimittelversorgung und für die Gesundheit der Bevölkerung bewältigt werden. Für den VdPP ist es stattdessen dringend erforderlich, das Apothekenwesen und vor allem die Kompetenzen der pharmazeutischen Profession intelligenter als bisher für die Versorgung zu nutzen, auch unter dem Aspekt der Versorgungsgerechtigkeit zugunsten vulnerabler Gruppen und unterversorgter Regionen.

## Herausforderungen für das Gesundheitswesen

Die Herausforderungen für das Gesundheitswesen sind angesichts der finanziellen Nöte, des demographischen Wandels, der sich abzeichnenden vermehrten Altersarmut und des bestehenden und sich in Zukunft verschärfenden Fachkräftemangels immens. Der Sachverständigenrat für das Gesundheitswesen (SVR-G) hat in vielen seiner Gutachten herausgearbeitet, dass der Mangel an Prävention und Gesundheitsförderung, der Mangel an interprofessioneller Zusammenarbeit und das Nichterreichen der besonders vulnerablen Bevölkerungsgruppen wesentliche Gründe für die Probleme sind und sich in Zukunft weiter verstärken werden. Es besteht also dringender Handlungsbedarf.

Das BMG plante neben einer Apothekenreform ein Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (GVSG), das im Sinne einer von der WHO konzipierten Primärversorgung zum Abbau der wesentlichen Probleme beitragen soll. Die bisher bekannten Pläne sind von Seiten des VdPP bereits kritisch kommentiert worden.\*\* Nach dem neuesten Referentenentwurf (April 2024) sind allerdings überraschenderweise die wesentlichen Primärversorgungsansätze (z. B. Gesundheitskioske) wieder entfernt worden. Mit der jetzt vorliegenden Gesetzesinitiative sollen in erster Linie Hausärzte finanziell bessergestellt sowie die Zuständigkeit für das Apothekenhonorar aus dem Wirtschafts- in das Bundesgesundheitsministerium verlagert werden.

## Apothekenreform mit Primärversorgungsansätzen verknüpfen!

Apotheken und pharmazeutische Leistungen kommen im Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz nicht vor. Gleichzeitig soll aber mit der Apothekenreform des BMG die flächendeckende Arzneimittelversorgung über Vor-Ort-Apotheken und Zweigapotheken gestützt werden. Der VdPP fordert, die Apothekenreform mit den bisher in den älteren Entwürfen eines GVSG vorgesehenen Primärversorgungsansätzen von Anfang des Jahres 2024 zu verknüpfen mit dem Ziel, die Arzneimittelversorgung endlich interprofessionell zu organisieren und verstärkt auf die Versorgung der besonders vulnerablen Bevölkerungsgruppen

zu fokussieren. Apotheken sind dabei wichtige Anlaufstellen für die Bevölkerung und im Sinne von Public Health unverzichtbar für die Sicherheit der Arzneimittelversorgung und für die flächendeckende Erreichbarkeit der Bevölkerung – auch für Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung. Letzteres zeigte sich eindrucksvoll während der Corona-Pandemie.

Zur Bewältigung der zukünftigen Herausforderungen müssen die in den Apotheken vorhandenen und auszubauenen pharmazeutischen Kompetenzen im Vordergrund stehen, abgesichert mit der Bereitstellung von ausreichenden, auch finanziellen Ressourcen und geeigneten Rahmenbedingungen.

## Pharmazeutische Kompetenzen werden vor allem an den Schnittstellen gebraucht

In folgenden Bereichen muss pharmazeutische Kompetenz deutlich mehr als bisher genutzt werden:

**Schnittstelle stationär-ambulant:** Derzeit werden Patient:innen und deren Angehörige zu oft allein gelassen, wenn sie aus dem Krankenhaus entlassen werden und die weitere Medikation sichergestellt werden muss. Die Folge sind vermeidbare Medikationsfehler mit teils gravierenden Nachteilen für die Patient:innen und sogar Wiedereinweisungen ins Krankenhaus; im schlimmsten Fall sind Todesfälle zu beklagen. Apotheken bzw. pharmazeutische Kompetenzen im ambulanten Bereich sind bislang so gut wie gar nicht im Entlassmanagement der Krankenhäuser involviert (Stationsapotheker:innen sind allerdings in Krankenhäusern im Medikationsmanagement tätig, meist aber nicht im Entlassmanagement). Das muss sich ändern und die Honorierung der ambulant erbrachten pharmazeutischen Leistungen darauf ausgerichtet werden.

**Schnittstelle ambulante Arzneimittelversorgung/Alten- und Pflegeheime:** Mit Fortschreiten des demographischen Wandels bei gleichzeitiger Zunahme des Fachkräftemangels müssen alle verfügbaren Kompetenzen optimal genutzt werden. Schon zum jetzigen Zeitpunkt sind viele Medikationsfehler an der Schnittstelle Alten- und Pflegeheime, ärztliche und pharmazeutische Versorgung zu beklagen. Gründe sind vor allem unzureichende Abstimmungen, Zeitmangel und eine Überforderung des verfügbaren Personals bzw. eine zu geringe Nutzung von Kompetenzen des pharmazeutischen Personals z. B. im Rahmen von Fortbildungsangeboten zur Arzneimittelversorgung. Auch dies ist inzwischen national wie international als wesentliches Problem anerkannt. Die bevorstehende Weiterentwicklung der stationären Pflege bis hin zu akademisierten Pflegeleistungen – auch in Deutschland – ist in diesem Zusammenhang sehr zu begrüßen. Nun gilt es, die pharmazeutischen Kompetenzen verstärkt zu nutzen und in die Planungen zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit

einzu beziehen. Die Bestimmungen zu den Arzneimittelversorgungsverträgen nach §12a Apothekengesetz sollten in dieser Hinsicht weiterentwickelt werden.

**Information und Beratung der Patient:innen und Kund:innen durch das pharmazeutische Personal in Apotheken:** Die richtige Anwendung von Arzneimitteln mag für viele Menschen selbstverständlich sein. Ergebnisse von Untersuchungen zeigen aber, dass ein großer Teil der Bevölkerung Schwierigkeiten mit der korrekten Anwendung von Arzneimitteln hat mit der Folge von gesundheitlichen Risiken und finanziellen Belastungen der Menschen und der Krankenkassen. Zudem wird klima- und umweltbelastender Arzneimittelmüll über das unvermeidbare Maß hinaus produziert. Mit zunehmendem Alter und mit einer Zunahme des Anteils an sozial Benachteiligten an der Gesamtbevölkerung häufen sich die Anwendungsfehler, sodass vor dem Hintergrund des demographischen Wandels mehr und effektivere Unterstützungsangebote notwendig sind. Die Honorierung der Pharmazeutischen Dienstleistung „Erweiterte Medikationsberatung bei Polymedikation“ ist ein erster Schritt, der interdisziplinär weiterentwickelt werden muss.

**Zusammenarbeit bei der ambulanten medizinischen und pharmazeutischen Versorgung:** Eine gute Zusammenarbeit von medizinischer und pharmazeutischer Versorgung wird heutzutage in zu wenigen Fällen praktiziert. Berufrechtliche Schranken und Kompetenzgerangel zwischen Ärzt:innen und Apotheker:innen sowie die organisatorischen Schranken zwischen Arztpraxis und Apotheke behindern eine optimale Versorgung von Patient:innen. Stationsapotheker:innen in Krankenhäusern – im Krankenhausgesetz Niedersachsens gesetzlich festgeschrieben – konnten in Krankenhäusern inzwischen nachweisen, wie eine gute Zusammenarbeit auf Augenhöhe im stationären Setting möglich ist.<sup>\*\*\*</sup> Auf vergleichbare strukturelle Voraussetzungen muss auch im ambulanten Bereich hingearbeitet werden, um den zukünftigen Herausforderungen gerecht zu werden. Das Projekt ARMIN in Sachsen und Thüringen konnte bereits zeigen, wie strukturierte Zusammenarbeit zwischen ambulanter medizinischer und pharmazeutischer Versorgung zu Erfolgen führt.

**Schnittstelle Versorgung Erkrankter und Prävention/ Gesundheitsförderung:** Es ist zu kurz gesprungen, will man allein über eine Optimierung der Versorgung die zukünftigen Herausforderungen meistern. Prävention und Gesundheitsförderung sind ebenso auszubauen. Auch dies wird in der Bundesrepublik schon seit vielen Jahren angemahnt. Der Aufbau und die Pflege von Versorgungs- und Präventionsnetzwerken, insbesondere auf lokaler Ebene, sind notwendig, um alle Menschen zu erreichen.

Als besonderes Beispiel ist hier die Herausforderung bei klimabedingten Hitzewellen zu nennen, in denen Apothe-

ken häufig früher und schneller als andere Institutionen die Gefährdung ihrer Patient:innen erkennen und sie bezüglich ihres Verhaltens und ihrer ggf. anzupassenden Medikation beraten können. Die niedrigrschwelligten Apotheken mit ihrem oftmals hohen Vertrauen in der Bevölkerung können in solchen Netzwerken eine sehr wichtige Rolle spielen.

Für besonders benachteiligte Bevölkerungsgruppen, die bislang unzureichend erreicht werden, sind besondere Versorgungs- und Gesundheitsförderungsangebote notwendig. Für neue Einrichtungen der Primärversorgung (z. B. „Gesundheitskioske“) müssen pharmazeutisch ausgebildete Fachkräfte vorhanden oder leicht erreichbar sein, die Nutzen und Risiken beim Einsatz von Arzneimitteln kennen und den Mitarbeitenden und ggf. auch direkt den Nutzer:innen dieser Einrichtungen professionell vermitteln können.

### Apothekenwesen patient:innenorientiert und professionell pharmazeutisch ausrichten!

Um die Apotheken in die neuen Planungen für eine zukunftsweisende Arzneimittelversorgung einzu beziehen, muss mit der geplanten Apothekenreform kurzfristig das Apothekensterben gestoppt werden, vorrangig in Regionen, in denen bislang schon weite Wege für die Bevölkerung zur nächsten Apotheke bewältigt werden müssen und in Quartieren mit besonderem Entwicklungsbedarf. Denn gelingt dies nicht, drohen Versorgungslücken, die zu einem späteren Zeitpunkt nicht mehr oder nur noch schwer wieder geschlossen werden können.

Gleichzeitig muss dafür gesorgt werden, dass die pharmazeutischen Kompetenzen verstärkt für die Arzneimittelversorgung der Menschen vor Ort inklusive patient:innenorientierter Information und Beratung sowie für die interprofessionelle Zusammenarbeit genutzt werden. Möglichkeiten müssen dabei zielgruppengerecht ausgebaut werden. Darüber hinaus müssen die Apotheken in die lokalen Bemühungen für Prävention und Gesundheitsförderung stärker einbezogen und Teil von lokalen Public-Health-Netzwerken werden. In solchen Netzwerken geht es um am Gemeinwohl orientierte Arbeit unterschiedlicher Beteiligter und unterschiedlicher Verwaltungsbereiche der Kommunen für die Gesundheit der Bevölkerung („Health in all Policies“). Apotheken und ihr Personal können durch ihre Nähe zur Bevölkerung wichtige Informationsvermittler sein und insbesondere pharmazeutische Aspekte der Prävention und Versorgung einbringen.

Für den VdPP ist es vorrangig, dass Apotheken im Sinne einer patient:innenorientierten Arzneimittelversorgung handeln können und dass pharmazeutische Kompetenzen in hoher Qualität dem Gesundheitswesen versorgungs- und bedarfsgerecht zur Verfügung stehen.

Eine Apothekenreform und ein mit Primärversorgungsansätzen versehenes Versorgungsgesetz des BMG müssen aus unserer Sicht zusammengedacht und weiterentwickelt werden. Werden die Kompetenzen der pharmazeutischen Profession und die Chancen einer niedrigschwelligen Arzneimittelversorgung über Apotheken nicht ausreichend berücksichtigt, werden die zukünftigen Herausforderungen für die Arzneimittelversorgung nicht zu meistern sein. In anderen Ländern wurde bereits gezeigt, wie das pharmazeutische Potenzial besser für Versorgung und Prävention eingesetzt werden kann.\*\*\*\* Diese Erkenntnisse müssen auch in der Bundesrepublik genutzt werden. Das von der Bayerischen Landesapothekerkammer getragene und projektbezogen von Seiten der Staatsregierung mitfinanzierte Wissenschaftliche Institut für Prävention im Gesundheitswesen (WIPiG) ist ein guter Ansatz, der noch mehr als bisher interprofessionell und auf Public-Health-Ziele ausgerichtet werden sollte.

Die derzeitigen Umbruchzeiten müssen vor dem Hintergrund der zukünftigen Herausforderungen – auch im Apothekenwesen – für eine Weiterentwicklung des bisherigen Systems von Versorgung, Prävention und Gesundheitsförderung genutzt werden. Ziel muss es sein, im Sinne nachhaltiger Prinzipien die Gesundheit der Bevölkerung, insbesondere der sozial Benachteiligten, zu erhalten und zu fördern.

Vorstand des VdPP

Das Papier entstand auf der Grundlage eines Entwurfs, den die Mitgliederversammlung des VdPP am 9. Juni 2024 in Hamburg verabschiedete.

#### Literaturhinweise:

\* Steigerung um mehr als fünf Prozent. Höchste Notdienstpauschale seit Gründung des NNF. In: Deutsche Apotheker Zeitung online: <https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/news/artikel/2024/03/20/hoechste-notdienstpauschale-seit-gruendung-des-nff>

\*\* z. B. Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (GVSG): Chancen nutzen! In: Deutsche Apotheker Zeitung online v. 30.06.2023. <https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/news/artikel/2023/06/30/chancen-nutzen>

\*\*\* z. B. Skjøt-Arkil H, Lundby C, Kjeldsen LJ et al: Multifaceted Pharmacist-led Interventions in the Hospital Setting: A Systematic Review

\*\*\*\* Über Beispiele für erweiterte pharmazeutische Dienstleistungen in der Versorgung und bei Prävention und Gesundheitsförderung in unterschiedlichen Ländern berichtet die Serie „An international series on the integration of community pharmacy in primary health care“ der wissenschaftlichen Fachzeitschrift Pharmacy Practice. Die einzelnen Artikel (open access) wurden in den Jahren 2020 und 2021 veröffentlicht, z. B. England: <https://pharmacypractice.org/index.php/pp/article/view/1870/787>;

Spanien: <https://pharmacypractice.org/index.php/pp/article/view/1999/813>;

Australien: <https://pharmacypractice.org/index.php/pp/article/view/1967/808>;

Portugal: <https://pharmacypractice.org/index.php/pp/article/view/2043/823>;

USA: <https://pharmacypractice.org/index.php/pp/article/view/2160/846>;

Kanada: <https://pharmacypractice.org/index.php/pp/article/view/2171/850>;

Dänemark: <https://pharmacypractice.org/index.php/pp/article/view/2212>;

Deutschland: <https://pharmacypractice.org/index.php/pp/article/view/2248>;

Der Sachverständigenrat Gesundheit berichtete bereits im Jahr 2009 über gute ausländische Beispiele: <https://dserver.bundestag.de/btd/16/137/1613770.pdf>, hier Seiten: 348-351, vor allem die Ziffern 761-764.

#### Kongressankündigung

## 6. Deutscher Kongress für Patientensicherheit bei medikamentöser Therapie

Bereits im Rundbrief 119 auf Seite 26 haben wir darauf hingewiesen, dass am 24. und 25. Oktober 2024 der „6. Deutsche Kongress für Patientensicherheit bei medikamentöser Therapie“ stattfindet.

Tagungsort ist das Langenbeck-Virchow-Haus in Berlin, Luisenstraße 58/59.

Seit dem letzten Kongress 2018 hat sich viel getan, nicht nur im Bereich

der Digitalisierung. Daher können Interessierte beim aktuellen Kongress gemeinsam mit Experten die erreichten Fortschritte betrachten und Lösungsansätze für neue Herausforderungen aus verschiedenen Perspektiven diskutieren. Themen sind etwa „Adhärenz als Faktor für einen digitalen Medikationsprozess“ oder „PApp – Die Patientenapp zur Verbesserung der Adhärenz“. Auch der VdPP wird auf der Tagung vertreten sein.



Der Kongress wird von der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft veranstaltet und vom Bundesministerium für Gesundheit gefördert. Den Vorsitz haben Prof. Dr. Petra Thümann und Prof. Dr. Wolf-Dieter Ludwig. Weitere Informationen gibt es unter <https://www.patientensicherheit2024.de/>

## Gemeinsame Stellungnahme

des Deutschen Berufsverbandes für Pflegeberufe, DBfK  
des Vereins demokratischer Ärzt\*innen, vdää\*  
des Vereins demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten, VdPP

zum Referentenentwurf eines Gesetzes für eine Apothekenhonorar- und Apothekenstrukturreform  
(Apothekenreform-Gesetz – ApoRG)

vom 12. Juli 2024

# Das Apothekenreform-Gesetz (ApoRG) - Flickschusterei statt erfüllter Hoffnungen

## Apothekenreform-Gesetz bringt keine Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) in der Primärversorgung

Die vom Bundesgesundheitsministerium auf den Weg gebrachte Apothekenreform wird die Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) für die erkrankten Menschen nicht verbessern. Qualitätsreduzierte Arzneimittelabgabestellen, wie sie jetzt mit Zweigapotheken und Filialapotheken im ApoRG angedacht sind, sind keine Lösung. Zur Verbesserung der AMTS werden stattdessen niedrig-

schwellige, patientenorientierte und dem Gemeinwohl verpflichtete Kompetenzzentren für die Arzneimittelversorgung der Menschen vor Ort gebraucht, in denen qualifizierte Apotheker:innen und PTA für AMTS tätig sind, eingebunden in interprofessionelle Teams der Primärversorgung und in lokale Public-Health-Netzwerke.

**D**as geplante ApoRG wird zudem den Fachkräfte- und Nachwuchsmangel nicht beheben, wird das Apothekensterben in der Fläche nicht aufhalten und wird bestenfalls punktuelle kurze Atempausen durch interne Umverteilung von Finanzmitteln bewirken. Aber die vorliegenden Probleme einer qualifizierten Weiterentwicklung der Arzneimittelversorgung vor Ort durch Apotheken – niedrigschwellig, wohnortnah, interdisziplinär, mit Schwerpunkten in sozialen Brennpunkten und unterversorgten Gesundheitsregionen – kommen im ApoRG überhaupt nicht vor. Hier geht es ausschließlich um quantitative Fragen der Arzneimittelversorgung in der Fläche.

### Hoffnungen auf eine multiprofessionelle Primärversorgung wurden enttäuscht

Qualitätsfragen, die auch die Arzneimittelversorgung mittelbar betreffen, wurden bis Anfang dieses Jahres vom Bundesministerium für Gesundheit mit dem Referentenentwurf eines Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetzes (GVSG) erwartet. Erste Vorentwürfe des Ministeriums für eine verbesserte Primärversorgung unter Einbeziehung von Kommunen und Gesundheitsfachberufen hatten beim Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK), Verein demokratischer Ärzt\*innen (vdää\*) und Verein demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten (VdPP) die Hoffnung geweckt, die von ihnen seit Jahrzehnten geforderte Gesundheitsstrukturreform könne jetzt endlich Wirklichkeit werden. Deren Kerngedanken einer umfassenden, multiprofessionellen Herangehensweise in der Gesundheitsversorgung im Sinne von Public Health – mit einer

Aufwertung von Gesundheitsförderung und Prävention und mit verstärkter Betreuung und Beratung von Menschen in Quartieren mit besonderem Entwicklungsbedarf, bspw. durch Community Health Nurses (CHN) – sollten ursprünglich auch strukturprägend für die Angebote im Quartier/Kiez werden, so die Hoffnungen vieler. Die von Bundesgesundheitsminister Lauterbach in diesem Kontext damals vorgeschlagenen Primärversorgungseinrichtungen wie Gesundheitskioske und Gesundheitsregionen, die in einigen europäischen und außereuropäischen Ländern sowie in einigen Bundesländern längst erfolgreich arbeiten, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) für die Regelversorgung empfohlen wurden und die vom Sachverständigenrat im Gesundheitswesen als Gesundheitszentren seit 2009 propagiert werden, wurden nach den Vorentwürfen im Gesetzentwurf erwartet. Diese Erwartung wurde bitter enttäuscht. In einer gemeinsamen Stellungnahme vom April 2024 haben DBfK, vdää\* und VdPP diesen Verzicht auf eine zukunftsfähige Gesundheitsversorgung kritisiert.[1]

Noch im März 2024 auf dem Armuts- und Gesundheitskongress in Berlin hatte Bundesgesundheitsminister Lauterbach unter Beifall versprochen, er werde für die Einrichtung der Gesundheitskioske kämpfen. Längst ist er vor der mächtigen Ärztelobby in die Knie gegangen. Mit der Nichtbeachtung der Gesundheitskioske als Anlaufstelle der Primärversorgung vor Ort wurde auch der erste Ansatz einer umfassenden ganzheitlichen Versorgung, der auch den Einsatz von Arzneimitteln betroffen hätte, zunichte gemacht.



### Apothekenreform belässt es bei den berufsständischen Grenzen

Nun reiht sich auch die Apothekenreform ein in die Reihe der Flickschusterei im Gesundheitswesen. Der speziell nur für den Bereich der Arzneimittelversorgung durch Apotheken vorgelegte Entwurf des ApoRG enthält keinerlei Ansätze für eine patientenorientierte, interprofessionelle Teamarbeit in der Primärversorgung, sondern isoliert und zementiert die bestehenden Strukturen der Arzneimittelversorgung durch die Apotheken in den konservativen berufsständischen Grenzen. Eine bessere Integration pharmazeutischer Kompetenzen ist aber erforderlich und unverzichtbar, schließlich gehört die Pharmakotherapie zu den am häufigsten angewandten Behandlungsformen und bedarf deshalb der besonderen Aufmerksamkeit.

### Verbesserte Arzneimitteltherapiesicherheit braucht interprofessionelle Teamarbeit

Schon heute sind 6,5 Prozent der Vorstellungen in Notaufnahmen auf unerwünschte Arzneimittelwirkungen, also auf Schwachstellen bei der Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS), zurückzuführen [2], und jährlich sterben wegen häufig unsachgemäßer oder falscher Medikation mehr Menschen als im Straßenverkehr. Die größten Risiken bestehen bei Menschen, die viele unterschiedliche Arzneimittel anwenden müssen, deren Verordnungen oft von verschiedenen Behandler:innen erfolgen, und die sich bei diesen entstehenden komplexen Medikationsregimen nicht selten allein gelassen fühlen. Multimorbidität im Alter und/oder im Pflegefall verschärfen diese Risikolage nochmals erheblich. Das ganze Ausmaß lässt sich schon heute im Rahmen von ambulanten Hausbesuchen von Pharmazeut:innen feststellen, die diese fast immer in ihrer Freizeit und unbezahlt durchführen.

Ein Weiteres kommt aufgrund des Klimawandels hinzu: Die vielen Hitzetoten der vergangenen Sommer im Rahmen der Klimakatastrophe zeigen einen bisher unerfüllten Handlungsbedarf intensiver Einzelbetreuung vor allem von vulnerablen Gruppen bei der Anpassung der Arzneimitteltherapie. Hier müssen pflegerische, pharmazeutische und medizinische Expertisen in Zukunft viel mehr als bisher ineinandergreifen.

Eine wirklich zukunftsweisende Apothekenreform muss vorrangig das Ziel verfolgen und die Voraussetzungen dafür schaffen, die Arzneimitteltherapiesicherheit zu verbessern durch effektive Nutzung aller Kompetenzen, so auch der niedrigschwelligen „Vor-Ort-Apotheken“. Ihre pharmazeutischen Dienstleistungen und Kompetenzen entfalten die größte Wirkung in enger Zusammenarbeit mit Kolleg:innen anderer psychosozialer, pflegerischer und medizinischer Disziplinen. Dass diese Form der umfassenden Betreuung und Begleitung dem Bedarf von Patient:innen nach Unterstützung und Hilfe bis hinein in das persönliche Wohnumfeld am ehesten entspricht, ist keine abstrakte Erwartung, sondern erlebbare Alltagserfahrung.



Deutscher Berufsverband  
für Pflegeberufe

verein  
demokratischer  
ärzt\*innen



### Interprofessionelle Zusammenarbeit

Seit einigen Jahren arbeiten wir verstärkt mit dem Verein demokratischer Ärzt\*innen (vdää\*) und dem Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) zusammen und versuchen so, gemeinsame Positionen zu den Herausforderungen des Gesundheitswesens zu erarbeiten und nach außen zu kommunizieren. Das hilft uns, in den Diskussionen die Positionen der beiden anderen Berufe zu verstehen und zu berücksichtigen. Gleiches gilt natürlich auch andersherum, denn wir wollen die pharmazeutischen Aspekte für ein solidarisches, demokratisches und klima-/umweltfreundliches Gesundheitswesen in einem breiteren Rahmen einbringen. Letztlich ist es unser Ziel, Interprofessionalität und Integration, wie wir es im Positionspapier der diesjährigen Fachtagung und Mitgliederversammlung diskutiert haben, auch mit neuen strukturellen Rahmenbedingungen zu verknüpfen. Wir wollen das alte, an Privilegien orientierte Kammer- und Standesdenken langfristig überwinden zugunsten regionaler Gesundheitsnetzwerke, in denen alle im Gesundheits- und Sozialwesen Verantwortlichen einer Region gemeinsam entscheiden und handeln.

Das neueste Produkt ist die hier abgedruckte Stellungnahme der drei Verbände VdPP, vdää\* und DBfK zur „Apothekenreform“ aus dem Bundesgesundheitsministerium. Wir freuen uns sehr, dass wir diese Stellungnahme zusammen mit den beiden anderen Verbänden erarbeiten konnten. Den eingeschlagenen Weg wollen wir weitergehen und hoffen, mit einer solchen Zusammenarbeit die überholten Standesgrenzen zu überwinden und zu einer verbesserten interprofessionellen gesundheitlichen Versorgung für alle Menschen beizutragen.

Udo Puteanus

### Ziele einer zukunftsweisenden Apothekenreform

Eine zukunftsweisende Apothekenreform muss zum Ziel haben, die Arzneimitteltherapiesicherheit zu verbessern. Dafür wesentlich ist eine optimale Nutzung der Apotheken und ihrer pharmazeutischen Kompetenzen in interprofessionellen Teams, idealerweise in einer am Gemeinwohl orientierten Struktur,

- zur ortsnahen Versorgung, Beratung und Begleitung aller arzneimittelbedürftigen Patient:innen,
- zur Betreuung älterer, multimorbider Patient:innen und deren Angehörigen bei ihren Arzneimitteltherapien (auch

durch Hausbesuche) zur optimalen Nutzung von Arzneimitteln und zur Minimierung von Risiken,

- zur Unterstützung der Behandler:innen beim Medikationsmanagement, vor allem in Zusammenarbeit mit Hausärzt:innen, und beim arzneimittelbezogenen Krankenhaus-Entlassmanagement,
- zur Unterstützung und Beratung der Pflegefachpersonen, vor allem in der Langzeitpflege (ambulant oder in einer stationären bzw. teilstationären Einrichtung), zum Umgang mit Arzneimitteln, zur arzneimittelbezogenen Therapiebeobachtung, zur Anwendung von Arzneimitteln an den Patient:innen und ggf. in Zukunft zur Weiterverordnung von Arzneimitteln; dies sollte auch beim Aufbau von neuen Primärversorgungseinrichtungen oder bei Gesundheitskiosken mitbedacht werden,
- als niedrigschwellige und vom Vertrauen der Bevölkerung getragene Anlaufstellen des Gesundheitswesens zur Unterstützung von örtlichen Public-Health-Maßnahmen.

#### Beispiele, Lösungsansätze

- Das Modellvorhaben von Apothekerkammern und KVen mit der AOK plus in Thüringen und Sachsen (ARMIN) zeigte als retrospektive Kohortenstudie ein verringertes Mortalitätsrisiko für Patient:innen, die in das Projekt eingeschrieben waren, im Vergleich zu Kontrollpersonen; es verbesserte zudem die Zusammenarbeit der beiden Heilberufe zur Stärkung der Versorgungsqualität für die beteiligten Patient:innen deutlich.[3]
- Die S3-Leitlinie Multimedikation der DEGAM beschreibt die unterschiedlichen Aufgaben beider Berufsgruppen (Ärzt:innen, Apotheker:innen) bei umfangreicher Pharmakotherapie.[4]
- Das Land Niedersachsen schreibt in seinem Krankenhausgesetz vor, Stationsapotheker:innen in ausreichender Zahl als Beratungspersonen für arzneimittelbezogene Fragestellungen einzusetzen. Sie verbessern die Arzneimitteltherapiesicherheit und können sich an der Schulung von Ärzt:innen und Pflegefachpersonen beteiligen, unterstützen patientenindividuelle Betreuung der Patient:innen und können bei der Aufnahme und bei der Entlassung von Patient:innen eingesetzt werden, insbesondere wenn Medikationsumstellungen vorgesehen sind.[5] Wie eine solche Zusammenarbeit auch im ambulanten Setting möglich ist, ist in angelsächsischen Ländern zu erkennen.[6]
- Das Apothekengesetz schreibt den Apotheken, die einen Heimversorgungsvertrag mit einem Alten- und Pflegeheim abzuschließen haben, vor, den Pflegefachpersonen und den Heimbewohner:innen bei der Anwendung von Arzneimitteln zur Seite zu stehen und sie zu beraten. Außerdem sollen sie Schulungen für die Pflegefachpersonen durchführen und die Lagerbestände im Heim regelmäßig überprüfen. In der Realität zeigt sich, dass solche Vorgaben nicht ausreichen, sondern dass oftmals vermehrte Aktivitäten der heimversorgenden Apotheken notwendig wären. Da die finanziellen Anreize dafür aber nicht ausreichen, besteht hier noch Handlungsbedarf. Sinnvoll wäre es zudem, wenn

auch vergleichbare Versorgungsverträge mit ambulanten Pflegediensten abgeschlossen werden könnten, was derzeit aus rechtlichen Gründen nicht möglich ist.

Zur Bewältigung der heutigen und zukünftigen Herausforderungen brauchen wir niedrigschwellige wohnortnahe interprofessionelle Teams in der regionalen Gesundheitsversorgung, in die auch die Pharmazeut:innen aus den „Vor-Ort-Apotheken“ einbezogen werden müssen, um ihr Wissen rund um eine evidenzbasierte Pharmazie einbringen zu können. Das noch in der Ressortabstimmung befindliche Apothekenreform-Gesetz kann dazu keinen wirksamen Beitrag leisten.

DBfK, vdää\* und VdPP verweisen zur Weiterentwicklung einer zukunftsfähigen, solidarischen und am Gemeinwohl orientierten Primärversorgung auf ihre gemeinsame [Stellungnahme zum neuen Referentenentwurf eines Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz \(GVSG\) vom 8. April 2024](#), auf ihre [Stellungnahme zur „Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung mittels Community Health Nurses als zentrale Akteure“](#) sowie auf das [Positionspapier des VdPP zur Weiterentwicklung der ortsnahen Arzneimittelversorgung über Vor-Ort-Apotheken und eine verbesserte Einbindung pharmazeutischer Kompetenzen in eine zukünftige interdisziplinär ausgerichtete und patientenorientierte Primärversorgung](#).

#### Kontakt:

Dr. Udo Puteanus, VdPP-Vorstand: puteanus@vdpp.de  
Esther Luhmann, VdPP-Referentin: referentin@vdpp.de

#### Literaturhinweise:

- [1] DBfK, vdää\* und VdPP: Gemeinsame Stellungnahme zum Referentenentwurf des Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz vom 08.04.2024. Unter: [https://www.vdaee.de/wp-content/uploads/2024/05/Gemeinsame-Stellungnahme-GVSG-neue-Fassung-\\_vdaee\\_vdpp\\_DBfK-05-05-2024.pdf](https://www.vdaee.de/wp-content/uploads/2024/05/Gemeinsame-Stellungnahme-GVSG-neue-Fassung-_vdaee_vdpp_DBfK-05-05-2024.pdf)
- [2] Mirjam Martin: Patientensicherheit: Medikationsfehler vermeiden. Dtsch Arztebl 2022; 119(39): A-1632 / B-1362
- [3] Meid A, Wirbka L, Moecker R et al: Mortalität und Hospitalisierungen von Patienten mit interprofessionellem Medikationsmanagement. Resultate der Arzneimittelinitiative Sachsen-Thüringen (ARMIN). Unter: <https://www.aerzteblatt.de/archiv/230667/Mortalitaet-und-Hospitalisierungen-von-Patienten-mit-interprofessionellem-Medikationsmanagement>.
- [4] DEGAM: Hausärztliche Leitlinie Multimedikation, 2021. Unter: [https://register.awmf.org/assets/guidelines/053-043L\\_S3\\_Multimedikation\\_2021-08.pdf](https://register.awmf.org/assets/guidelines/053-043L_S3_Multimedikation_2021-08.pdf)
- [5] Deutsches Ärzteblatt, 19. Mai 2022: „Stationsapotheker können dazu beitragen, die Qualität der Patientenversorgung zu verbessern“. Unter: <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/134204/Stationsapotheker-koennen-dazu-beitragen-die-Qualitaet-der-Patientenversorgung-zu-verbessern>. Daniela Hüttemann: Klinische Pharmazie. Wie steht es um Apotheker auf Station? Pharm. Ztg. online, 20.12.2023. Unter: <https://www.pharmazeutische-zeitung.de/wie-steht-es-um-apotheker-auf-station-144374/seite/alle/?cHash=b04ec876653d1e63b9f1c00b18826239>.
- [6] Pharmacypractice 2020: Primary health care policy and vision for community pharmacy and pharmacists in England. Unter: <https://pharmacypractice.org/index.php/pp/article/view/1870/787>. Auch Sachverständigenrat Gesundheit 2009: Unter: <https://dserver.bundestag.de/btd/16/137/1613770.pdf>, hier Seiten: 348-351, vor allem die Ziffern 761-764.

Pressemitteilung

# Apothekenreform an einer zukunftsfähigen Primärversorgung ausrichten

VdPP-Vorstand

**B**undesgesundheitsminister Prof. Karl Lauterbach plant eine Apothekenreform zur Sicherung der flächendeckenden Versorgung mit Arzneimitteln über Vor-Ort-Apotheken. Nach Jahren der Abnahme der Zahl der Apotheken weit unter EU-Niveau und einem ausgeprägten pharmazeutischen Fachkräftemangel in Apotheken ist eine Apothekenreform tatsächlich dringend notwendig. Seit kurzem kursiert ein Referentenentwurf für ein Apothekenreform-Gesetz, dessen Inhalt allerdings nicht zu einer Verbesserung der Arzneimittelversorgung beitragen würde.

Der Verein demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten, VdPP, hat auf seiner Fachtagung am 8. Juni 2024 in Hamburg ein Positionspapier zur geplanten Apothekenreform erarbeitet. Da bislang nur ein Referentenentwurf, aber noch kein Gesetzentwurf vorliegt, konzentriert sich das Positionspapier des VdPP auf grundlegende Herausforderungen, die mit einer Apothekenreform aufgegriffen werden müssen:

Wesentlich ist, dass die pharmazeutische Profession mit ihren spezifischen Kompetenzen weit mehr als bisher in Medikationsprozesse, insbesondere an Schnittstellen, eingebunden wird. Dies ist notwendig, um die Herausforderungen der kommenden Jahre und Jahrzehnte (demographischer Wandel, Fachkräftemangel u. a.) zu bewältigen und insbesondere älteren, multimorbiden Patient:innen zur Sicherung der medikamentösen Therapie Arzneimittel-expert:innen zur Seite zu stellen.

Niedrigschwellige Apotheken müssen zur Sicherung einer flächendeckenden Arzneimittelversorgung für alle Bevölkerungsgruppen erreichbar sein. Da Apotheken Teil der Grundversorgung sind und für viele Menschen eine Institution darstellen, der sie großes Vertrauen entgegenbringen, darf die Anzahl an Apotheken nicht weiter planlos abnehmen.

Apotheken und vor allem an den Bedarfen der Bevölkerung ausgebildete pharmazeutische Fachkräfte sollten aus Sicht des VdPP in eine zukunftsweisende Primärversorgung integriert werden. Eine Weiterentwicklung der pharmazeutischen Kompetenzen und Integration in Versorgungseinrichtungen (zum Beispiel Gesundheitskioske,

Polikliniken) und Versorgungsnetze (z. B. Gesundheitsregionen) ist notwendig.

Apotheken und pharmazeutische Fachkräfte sollen Arzneimitteltherapien für die Menschen sicherer machen, sie müssen für interprofessionelle Zusammenarbeit zur Verfügung stehen. Sie sollten in kommunalen Netzwerken zu Knotenpunkten für die Versorgung Erkrankter sowie für Prävention und Gesundheitsförderung weiter ausgebaut werden. In der Versorgung muss das pharmazeutische Personal den Menschen beratend und betreuend während der Pharmakotherapie zur Verfügung stehen.

Mit einer Apothekenreform müssen die Voraussetzungen für eine verstärkte Einbindung der Apotheken und der pharmazeutischen Kompetenzen in eine allen Menschen zugängliche, auf Solidarität fußende und am Gemeinwohl orientierte Primärversorgung geschaffen werden. Integriert in eine solche Primärversorgung bietet sich für die Apotheken eine zukunftsweisende Perspektive und eine Verbesserung der Arzneimittelversorgung für die Patient:innen.

Die bisher bekannt gewordenen Pläne aus dem Bundesgesundheitsministerium entsprechen in keinster Weise diesen Zielen. Sie würden nicht einmal den derzeitigen Status quo absichern und drohen sogar zu einem Qualitätsverlust bei der Arzneimittelversorgung zu führen.

Das gesamte VdPP-Positionspapier „Positionspapier des VdPP zur Weiterentwicklung der ortsnahen Arzneimittelversorgung über Vor-Ort-Apotheken und eine verbesserte Einbindung pharmazeutischer Kompetenzen in eine zukünftige interdisziplinär ausgerichtete und patient:innenorientierte Primärversorgung“ findet sich hier: <http://www.vdpp.de/presse/vdpp-aporeform/>

Ansprechpartner:innen:

Dr. Udo Puteanus, VdPP-Vorstand, puteanus@vdpp.de  
Esther Luhmann, VdPP-Vorstandsreferentin,  
Tel. 0176-20839802, E-Mail: referentin@vdpp.de

Mehr Informationen unter [www.vdpp.de](http://www.vdpp.de)

Bericht von der Fachtagung 2024 MEZIS und VdPP

## „Wie krank ist das denn?“

Regina Schumann

Am 12. und 13. April 2024 fand die gemeinsam von VdPP und MEZIS organisierte Fachtagung zu „Medikalisierung, Übertherapie und Pathologisierung“ in Hannover statt.

Bereits am Freitag Abend regte der Keynote-Vortrag von Günter Egidi, einem niedergelassenen Hausarzt aus Bremen, zu Diskussionen an. Er berichtete über die schleichende Korrumpierung in der Hausarztpraxis, die systemimmanent angelegt ist und scheinbar unausweichlich stattfindet. Für ihn spielt vor allem eine Rolle, dass Ärzt:innen dafür bezahlt werden, etwas zu tun und nicht fürs Nichtstun, ähnlich wie es in der öffentlichen Apotheke täglich zu beobachten ist – vom Abraten allein kann sich eine Apotheke nicht finanzieren. Aber auch Angst (der Patient:innen) und Bequemlichkeit (der Verschreibenden) spielen eine Rolle. Egidi gab Empfehlungen, wie Ärzt:innen Überversorgungen und Unterversorgung vermeiden können.

Nach diesem Vortrag wurde der „Goldene-Zäpfchen-Award 2024“ verliehen. Der Award wird für besonders dreiste Einflussnahmen und Profitstreben im Gesundheitswesen verliehen, dieses Jahr an Novo Nordisk für seine Werbung zur Abnehmspritze Wegovy. Die Performance zur Verleihung ließ kein Auge trocken ... Wer den ganzen Auftritt verfolgen will,



Den Goldene-Zäpfchen-Award 2024 erhielt Novo Nordisk für die Werbung zur Abnehmspritze Wegovy. Auf dem Foto: Regina Schumann, Thomas Hammer, Frauke Repschläger (v.l.n.r.)

dem empfehle ich das tolle Video: <https://digitalcourage.video/w/oPZkVDN4tA1fuPA38878rh>

Am Samstag Vormittag gab es Impulsvorträge, zunächst zur Geschichte der Medikations- und Medikalisierungskritik von Bettina Wahrig, Professorin für Pharmazie- und Wissenschaftsgeschichte an der Technischen Universität Braunschweig<sup>1</sup>, eine Tour de Force durch die Jahrhunderte. Natürlich wurden Ivan Illich, Robert Koch und Erika Hickel erwähnt! Bettina Wahrigs Fazit: Erfahrungsbasierte und theoriegeleitete Macht- und Wissenschaftskritik ist notwendiger denn je! Weiter ging es mit Jörg Schaaber von der BUKO Pharma-Kampagne, der

über Arzneimittelinnovationen und deren Preisbildung unter dem Motto „Zu viel, zu teuer und zu wenig Nutzen“ berichtete. Er nannte zwei Beispiele aus dem Bereich der Krebsmedikamente; die Arzneistoffe wurden zunächst auf Grundlage schwacher Studiendaten zugelassen und mussten nach weiteren Studien wenige Jahre später wieder vom Markt genommen werden. Diese „Schieflagen“ hat er in seinem Buch „Pillenpoker“ ausführlich beschrieben (siehe Buchbesprechung im VdPP-Rundbrief 118).

David Klemperer schloss sich mit seinen Ausführungen, wie Überversorgung und Unterversorgung gemindert werden kann, an. Er verwies darauf, dass das deutsche Gesundheitssystem der Treiber von Überversorgung und Unterversorgung ist, insbesondere durch das anbieter- und sektorenorientierte Vergütungssystem („Steuerung: Geld, Geld, Geld“). Was kann also in diesem System getan werden, wenn es nicht so schnell zu einem populationsorientierten und sektionsübergreifenden Zukunftskonzept mit starker Primärversorgung kommt? Die richtige „Dosis Medizin“ ist (leider nur) in kleinen Schritten möglich. Es braucht leicht verfügbares Handlungswissen und evidenzbasiertes medizinisches Wissen. Die Entscheidungsqualität muss verbessert und eingefahrene Denkmuster müssen aufgebrochen werden.



Zufriedene Gesichter nach der Tagung beim Sundowner: Thomas, Udo und ganz rechts Ulrike vom VdPP, dazwischen Laila Haroon (l), Beauftragte des BPhD für Qualitätsmanagement, und Anika Balkheimer, Präsidentin des BPhD

Petra Thürmann, Professorin für Klinische Pharmakologie an der Universität Witten/Herdecke, stellte in ihrem Vortrag Beispiele und Hilfen für „Deprescribing“ bei Polypharmakotherapie vor. Wichtig sei vor allem ein systematisches Vorgehen in der (haus)ärztlichen Betreuung, dabei müssen Indikationen und vor allem der Nutzen von Pharmaka regelmäßig überprüft werden. Sie stellte Studien vor, die gezeigt haben, dass bei sorgfältig überwachtem Deprescribing im Einzelfall Patientenpräferenzen „lebensnäher“ sein können als die Ergebnisse von klinischen Studien – dieses Spannungsfeld müssen behandelnde Ärzt:innen aushalten!

Am Nachmittag ging es dann in verschiedene Workshops, um das erworbene Wissen und neue Erkenntnisse zusammenzuführen und eine gemeinsame Deklaration zu formulieren. Am 12. Juli 2024 wurde eine Presseerklärung von MEZIS zum „Gesetz für gesunden Pharmastandort? – Krankmacherei und Übertherapie stoppen!“ veröffentlicht, in der auf die „Deklaration von Hannover“ verwiesen wird (siehe rechts oder [https://mezis.de/wp-content/uploads/2024/07/MEZIS-VdPP\\_Hannover-Deklaration\\_2024-07-12.pdf](https://mezis.de/wp-content/uploads/2024/07/MEZIS-VdPP_Hannover-Deklaration_2024-07-12.pdf)).

Darin formulieren unsere beiden Berufsgruppen, dass wir „anstreben, unser Handeln ausschließlich auf eine Verbesserung der Gesundheitsversorgung sowie auf Prävention und Gesundheitsförderung auszurichten.“ In den nächsten Schritten sollen konkrete Handlungsempfehlungen erarbeitet werden. Eine weitere Zusammenarbeit ist also fest eingeplant! Diese Veranstaltung, an der auch Vertreter:innen des Bundesverbands der Pharmaziestudierenden mit großem Interesse teilgenommen haben, hatte das Ziel, mehr Verständnis zwischen den Berufsgruppen im Gesundheitswesen aufzubauen: Das ist gelungen!



## Deklaration von Hannover

### Absichtserklärung zur Reduktion von Medikalisierung, Übertherapie und Pathologisierung

#### **Präambel:**

Die fortlaufende Entwicklung und Fortschritte im Gesundheitswesen führen zu einer breiten Vielfalt an Diagnostik- und Behandlungsmöglichkeiten. Sie sollen die Lebensqualität verbessern, bergen jedoch die Gefahr einer zunehmenden Medikalisierung, Übertherapie und Pathologisierung alltäglicher menschlicher Erfahrungen.

Im Rahmen unserer Fachtagung „Wie krank ist das denn? – Medikalisierung, Übertherapie, Pathologisierung“ vom 12.-14.4.2024 in Hannover haben wir gemeinsam die Ursachen dieser Entwicklung beleuchtet und Lösungen und Alternativen diskutiert.

#### **Daraus entstand folgende Absichtserklärung:**

**Wir Ärztinnen und Ärzte und wir Apothekerinnen und Apotheker streben an, unser Handeln ausschließlich auf eine Verbesserung der Gesundheitsversorgung sowie auf Prävention und Gesundheitsförderung auszurichten.**

Die Gesundheit und Lebensqualität des Individuums und der Bevölkerung sollen der Indikator sein, an dem wir die Qualität unseres Handelns und unserer Entscheidungen messen. Das setzt eine Verbesserung der interprofessionellen Zusammenarbeit im Gesundheits- und sozialen Sektor voraus (im Sinne der Förderung einer Primärversorgung) und beinhaltet auch gesundheitsökonomische Abwägungen und die Beachtung der Auswirkungen auf Umwelt und Klima.

Wir setzen uns dafür ein, dass finanzielle Fehlanreize, die Pathologisierung und Über- oder Unterversorgung fördern, abgebaut werden.

**Wir setzen uns gemeinsam dafür ein, dass die unabhängige Erarbeitung und Aktualisierung evidenzbasierter Entscheidungshilfen und Gesundheitsinformationen kontinuierlich gefördert werden.**

Die Nutzung unabhängiger Entscheidungshilfen soll Grundlage sein für die Beratung von Patient:innen und Kund:innen. Damit wirken wir sowohl einer Überschätzung von Arzneimittelwirkungen, unnötigen Arzneimittelgaben als auch überflüssiger Diagnostik (MRT, Labor) und unnötigen Operationen entgegen.

Wir unterstützen außerdem die unabhängige Förderung der Patient:innen-selbsthilfe und wollen deren Akzeptanz und Beteiligung stärken.

Wir danken allen, die an der Erstellung der Deklaration von Hannover mitgewirkt haben. Die Verfasser:innen möchten im nächsten Schritt konkrete Handlungsempfehlungen erarbeiten, die Ärzt:innen, Apotheker:innen und Patient:innen als Anleitung („Hands-On“) und Informationsquellen bereitgestellt werden. Dabei stehen die Reduktion des Pharma-Lobbyismus, Stärkung der evidenzbasierten Medizin und Leitlinien, einschließlich der NVL (Nationalen Versorgungsleitlinien), im Fokus.

Lesenswert ist auch ein im Neuen Deutschland erschienener Artikel von Ulrike Henning: „Wenn Pharmahersteller Patienten ‚informieren‘“, erschienen am 15.04.2024: <https://www.nd-aktuell.de/artikel/1181456.gesundheit-wenn-pharmahersteller-patienten-informieren.html>

1) Die Professur und die Abteilung sind aktuell gefährdet, siehe S. 22.

Offener Brief

## Aus für die Abteilung Pharmaziegeschichte in Braunschweig?

VdPP-Vorstand

### Liebe VdPP-Mitglieder,

der Braunschweiger „Abteilung für Geschichte der Naturwissenschaften mit Schwerpunkt Pharmaziegeschichte“ droht die Schließung. Dies wäre nicht nur für die Pharmaziegeschichte in Deutschland ein schwerer Schlag, sondern auch für kritische Auseinandersetzung mit den Grundlagen und der Weiterentwicklung der Pharmazie. So heißt es in der Petition:

Durch die Schließung der Abteilung würde für Studierende der Pharmazie eine wichtige Gelegenheit verloren gehen, erste Kontakte zur Pharmazie- und Wissenschaftsgeschichte zu

knüpfen und über eine rein naturwissenschaftliche Perspektive hinaus kritische Positionen innerhalb der Pharmazie zu entwickeln.

Der Vorstand des VdPP hat sich bereits im April 2024 mit der drohenden Schließung beschäftigt und erarbeitet dazu einen Leserbrief, der veröffentlicht werden soll, sobald der Text der Petition in der pharmazeutischen Fachpresse erschienen ist.

Wir bitten alle VdPP-Mitglieder, die nebenstehende Petition zu unterschreiben und damit etwas dazu bei-

zutragen, dass die Abteilung möglichst erhalten bleibt.

Vielen Dank

Udo Puteanus  
(Im Namen des Vorstands des VdPP)

**Zur Petition** siehe Seite rechts. Sowie im Internet unter:  
<https://www.openpetition.de/petition/online/schliessung-der-braunschweiger-abteilung-fuer-pharmazie-u-wissenschaftsgeschichte-verhindern>

### Mehr Studien veröffentlichen

## Bündnis Transparenz in der Gesundheitsforschung

Das Bündnis Transparenz in der Gesundheitsforschung hat sich 2023 zusammengeschlossen und fordert eine lückenlose Registrierung aller klinischen Studien und eine zeitnahe Veröffentlichung von Studienergebnissen. In ihm arbeiten HTA.de, Cochrane Deutschland, Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin, TranspáriMed und BIH Quest Center zusammen.

Die unvollständige, verspätete oder ganz ausbleibende Veröffentlichung von Ergebnissen klinischer Studien bedroht evidenzbasierte Entscheidungen. Zwar müssen Studien mit Arzneimitteln und bestimmten Medizinprodukten wie etwa Stents oder Herz-

schrittmachern in der EU bereits registriert und ihre Ergebnisse veröffentlicht werden. Für Studien mit anderen Interventionen (etwa ein Drittel der von medizinischen Fakultäten durchgeführten Studien) besteht diese gesetzliche Verpflichtung jedoch nicht.

Die Lösung des Problems wäre im Prinzip einfach und ist beispielsweise in den Artikeln 35 und 36 der Deklaration von Helsinki festgehalten: die Registrierung sämtlicher klinischer Studien in einer öffentlich zugänglichen Datenbank und die Veröffentlichung aller Ergebnisse.

Das Bündnis hat nun ein Positionspapier „Unveröffentlichte Studienergeb-



nisse gefährden die evidenzbasierte Gesundheitsversorgung“ veröffentlicht. Darin wird gefordert, in Deutschland die Rahmenbedingungen für eine vollständige Studienregistrierung und Ergebnisveröffentlichung zu schaffen.

Zum Positionspapier:  
<https://www.cochrane.de/positionspapier-buendnis-transparenz>

# Offener Brief

## an die Präsidentin der TU Braunschweig Prof. Dr. Angela Ittel zur drohenden Schließung der Abteilung für Geschichte der Naturwissenschaften mit Schwerpunkt Pharmaziegeschichte

Sehr geehrte Frau Präsidentin,

mit großem Bedauern haben wir erfahren, dass die Professur für Geschichte der Naturwissenschaften mit Schwerpunkt Pharmaziegeschichte an der TU Braunschweig nicht wieder besetzt werden soll. Die Nichtwiederbesetzung der Professur von Prof. Dr. Bettina Wahrig zöge die Schließung der Abteilung für Geschichte der Naturwissenschaften mit Schwerpunkt Pharmaziegeschichte nach sich.

Diese Abteilung ist einer der wenigen Orte in Deutschland, an denen sich Pharmazeut:innen im Bereich der Humanwissenschaften weiterbilden und im Fach Pharmaziegeschichte promovieren können. Die Braunschweiger Pharmaziegeschichte zeichnet sich durch ihr besonderes Profil aus. 1958 wurde sie von Wolfgang Schneider begründet. In seiner Praxis liegen die Anfänge der über 1 000 historische Arzneimittel umfassenden Arzneimittelhistorischen Sammlung Schneider, welche die Abteilung beherbergt.

Schneiders Nachfolgerin Erika Hickel integrierte sozialgeschichtliche Ansätze und die feministische Wissenschaftskritik in die Pharmaziegeschichte. Unter Bettina Wahrig fand die Abteilung eine breitere wissenschaftsgeschichtliche Ausrichtung und sie brachte sich in verschiedene interdisziplinäre und internationale Projekte ein, beispielsweise in den Masterstudiengang Kultur der Technisch-Wissenschaftlichen Welt, das Braunschweiger Zentrum für Gender Studies und das Forschungsprojekt Materialities of Medical Cultures in/between Europe and East Asia.

Aktuell promovieren 14 Doktorand:innen an der Abteilung. Die Forschungsprojekte der Abteilung bemühen sich darum, die komplexen Prozesse der pharmazeutischen Wissensproduktion besser zu verstehen und die eurozentrische Sicht auf Pharmazie- und Wissenschaftsgeschichte zu erweitern. Auf diese Weise hat die Abteilung die kritische Auseinandersetzung mit der Pharmaziegeschichte geschärft und den Austausch mit anderen Forschungsfeldern gefördert.

Zudem vermittelt die Abteilung zukünftigen Apotheker:innen Kenntnisse in Geschichte und Ethik. Aufgrund der großen gesellschaftspolitischen Bedeutung ihrer Kernaufgabe, der ordnungsgemäßen Versorgung der Bevölkerung mit Arzneimitteln, ist dies dringend erforderlich. Durch die Schließung der Abteilung würde für Studieren-

de der Pharmazie eine wichtige Gelegenheit verloren gehen, erste Kontakte zur Pharmazie- und Wissenschaftsgeschichte zu knüpfen und über eine rein naturwissenschaftliche Perspektive hinaus kritische Positionen innerhalb der Pharmazie zu entwickeln.

Wir appellieren daher an die Präsidentin der Technischen Universität Braunschweig, die Entscheidung der Nichtwiederbesetzung der Professur für Geschichte der Naturwissenschaften mit Schwerpunkt Pharmaziegeschichte zu überdenken und den Fortbestand der Abteilung zu sichern.

Mit freundlichen Grüßen

Die Forschenden der Abteilung für Geschichte der Naturwissenschaften mit Schwerpunkt Pharmaziegeschichte

Kontakt: [forschende.pharmaziegeschichte@posteo.org](mailto:forschende.pharmaziegeschichte@posteo.org)

### Begründung

- Die Nichtwiederbesetzung der Professur von Prof. Dr. Bettina Wahrig zöge die Schließung der Abteilung für Geschichte der Naturwissenschaften mit Schwerpunkt Pharmaziegeschichte nach sich.
- Ein einzigartiger Ort der Forschung zur Pharmazie- und Wissenschaftsgeschichte.
- Die Geschlechterforschung an der TU Braunschweig würde geschwächt.
- Durch die Schließung der Abteilung würde für Studierende der Pharmazie eine wichtige Gelegenheit verloren gehen, erste Kontakte zur Pharmazie- und Wissenschaftsgeschichte zu knüpfen und eventuell in Pharmaziegeschichte zu promovieren.
- Die Abteilung vermittelt zukünftigen Apotheker:innen Kenntnisse in Geschichte und Ethik. Aufgrund der großen gesellschaftspolitischen Bedeutung ihrer Kernaufgabe, der ordnungsgemäßen Versorgung der Bevölkerung mit Arzneimitteln, ist dies dringend erforderlich.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung, Forschende der Abteilung für Geschichte der Naturwissenschaften mit Schwerpunkt Pharmaziegeschichte aus Braunschweig

Die Petition im Netz:

<https://www.openpetition.de/petition/online/schliessung-der-braunschweiger-abteilung-fuer-pharmazie-u-wissenschaftsgeschichte-verhindern>

## Leserbrief

## Nicht die Kranken belasten, Freie Apothekerschaft!

VdPP-Vorstand

Die „Freie Apothekerschaft“ schlägt vor, dass die geforderten höheren Honorare für die Apotheken zukünftig durch höhere Zuzahlungen der GKV-Patient:innen zu Arzneimitteln und sonstigen GKV-Leistungen finanziert werden sollten. Für den Verein demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten, VdPP, wäre diese Lösung inakzeptabel: Zuzahlungen treffen die Schwächsten am meisten, denn es sind meist ältere multimorbide Menschen, die die meisten Arzneimittel brauchen, daher die höchsten Zuzahlungen leisten und meist über geringe finanzielle Ressourcen verfügen.

Die Härtefallregelung kann nur greifen, wenn die Patient:innen diese von sich aus beantragen und die nötigen Zuzahlungsbelege vorlegen können. Aus der Praxis ist bekannt, dass dies nicht allzu oft gelingt und insofern die Härtefallregelung nicht in Anspruch genommen werden kann. Bezeichnend ist, dass es keine unabhängigen Untersuchungen darüber gibt, zu welchem Anteil Berechtigte diesen Antrag erfolgreich stellen und wie hoch der Anteil ist, der auf Arzneimittel aus finanziellen Gründen verzichten muss. Es gibt keine beauftragte Stelle, die sich um die betroffenen Menschen kümmert, damit sie die Härtefallregelung in Anspruch nehmen können. Sicherlich werden einige Apo-

theken altruistisch einen Unterstützungsservice anbieten, dies ist aber kein Ersatz für eine ausreichend rechtlich und praktisch abgesicherte Unterstützung aller Betroffenen. Gesundheitskioske, die diese Aufgabe hätten übernehmen können, wurden – Stand heute – wieder aus dem Referentenentwurf für ein Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz herausgenommen.

Die Forderungen der Freien Apothekerschaft nach einem angemessenen Honorar für Apotheken sind sicherlich gerechtfertigt. Diese Finanzierung aber von den Schwächsten einzufordern statt von denen, die zu den privilegierten Schichten der Bevölkerung gehören, ist schäbig, unsolidarisch und völlig inakzeptabel. Es bleibt zu hoffen, dass sich keine Vertreter:innen der übrigen Apothekerverbände einer solchen Forderung anschließen.

Vorstand des VdPP

**Bezug:** Der Leserbrief bezieht sich auf den Beitrag der Deutschen Apothekerzeitung vom 4. 7. 2024 „Wie die Freie Apothekerschaft höhere Honorare finanzieren will“ von Kirstin Sucker-Sket. Online unter: <https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/news/artikel/2024/07/04/wie-die-freie-apothekerschaft-hoehere-honorare-finanzieren-will>

Bericht vom 2. Netzwerktreffen am 18.5.2024

## Wie geht es weiter mit Pharmazie und Public Health?

Seit diesem Jahr gibt es innerhalb des VdPP das Netzwerk Pharmazie und Public Health. Ziel ist es, Public-Health-Ziele und -Methoden verstärkt mit pharmazeutischen Inhalten zu verknüpfen. Außerdem wollen wir mit dem Netzwerk die doppelt Qualifizierten (Pharmazeutischer Abschluss und Public Health/Gesundheitswissenschaften-Studium) sowie die am Thema Interessierten zusammenbringen.

Das zweite Treffen fand am 18. Mai 2024 statt. Nach der Vorstellung der Aufgaben und Ziele der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und

Prävention (DGSMP) durch den Leiter des dortigen Ressorts Öffentliche Gesundheit und Public Health, Jeffrey Butler, diskutierten die Teilnehmenden, wie die Belange des neu gegründeten Netzwerkes dort vertreten werden könnten. Anbieten würde sich die Jahrestagung der DGSMP im September 2025. Ideen dafür und Mitstreitende werden noch gesucht. Seit Mai gibt es nun auch eine Onlineplattform für das neue Netzwerk Pharmazie und Public Health. Nach dem Vorbild der Initiative Pharmacists for Future haben wir uns für das Angebot „Slack“ entschieden. Über

diese Onlineplattform wollen wir unsere Kommunikation führen und dokumentieren.

Des Weiteren wollen wir ein Buchprojekt beim Deutschen Apotheker Verlag voranbringen, das sich dem Thema Arzneimitteltherapiesicherheit und Public Health aus verschiedenen Perspektiven widmen soll. Auch hier sind alle herzlich eingeladen, mitzumachen.

Das nächste Treffen des Netzwerkes wird online voraussichtlich Ende September 2024 stattfinden.

Udo Puteanus



Anmerkungen zu einem Artikel im letzten Rundbrief (119/2024)

## Pendelmigration und das Thema AMTS

Udo Puteanus

Vielleicht war es nicht gleich verständlich, warum im letzten Rundbrief (119/Mai 2024, S. 20-24) der Artikel „Diskontinuitäten der medikamentösen Versorgung älterer türkeistämmiger Versicherter“ aus der Zeitschrift für Allgemeinmedizin abgedruckt wurde. Ziel war es, auf eine Problematik zu verweisen, die für das Thema Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) eine hohe Bedeutung hat und insofern eine deutlich höhere Priorität als bisher im täglichen Alltag der Apotheken und in der Versorgungsforschung verdient.

**B**islang wurde dieses Thema noch nicht intensiv wissenschaftlich untersucht, obwohl immer mehr Menschen, die im letzten Jahrhundert von der Bundesrepublik als Arbeitnehmer:innen aus anderen (insbesondere südeuropäischen Ländern und der Türkei) angeworben wurden, inzwischen ein höheres Alter erreicht haben und oftmals Arzneimittel, möglicherweise auch viele Arzneimittel benötigen. Und ein großer Anteil dieser Bevölkerungsgruppen pendelt zwischen Deutschland und ihrem Geburtsland und verbringt dort teils mehrere Monate.

Arzneimitteltherapie muss kontinuierlich erfolgen, Unterbrechungen gefährden die Patient:innen. Dies war der Ausgangspunkt der Versorgungswissenschaftler:innen der Uni Bielefeld bei ihrer Forschungsarbeit, die speziell türkische Pendelmigranten in den Fokus nahmen. Untersuchungsziel war die Antwort auf die Frage, ob durch das Pendeln zwischen den Ländern eine kontinuierliche medikamentöse Therapie gefährdet sein könnte.

Ergebnis ihrer Untersuchung anhand von Routinedaten einer Krankenkasse:

Ein Teil der türkeistämmigen Versicherten in Deutschland weist Versorgungslücken auf, Pendelmigration liege als Ursache nahe, so die Wissenschaftler:innen. Es folgt ein Appell an Ärzt:innen, die Problematik bei der Versorgung dieser Menschen zu berücksichtigen und sie gezielt auf das Thema Pendelmigration und Sicherung einer kontinuierlichen Arzneimitteltherapie anzusprechen. Das Gleiche gilt natürlich auch für die Apotheker:innen in Apotheken, die in dem Artikel aber leider nicht genannt werden.

Ein weiterer Punkt ist bei diesem Projekt interessant: Das der Veröffentlichung zugrundeliegende Projekt „Transnationale medikamentöse Versorgung älterer, türkeistämmiger PendelmigrantInnen“, wurde durch das Landeszentrum Gesundheit NRW ge-

---

***Arzneimitteltherapie muss kontinuierlich erfolgen, Unterbrechungen gefährden die Gesundheit.***

---

fördert. Dies ist eine Landeseinrichtung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) in diesem Bundesland. Eine wichtige und in Zukunft wahrscheinlich immer wichtiger werdende Aufgabe des ÖGD ist es, gesundheitliche Herausforderungen für sozial benachteiligte Menschen zu erkennen, zu analysieren und Maßnahmen zur Bewältigung der Probleme anzustoßen. Gerade für Letzteres sind die Gesundheitsämter als lokale Verantwortliche für die Gesundheit der Bevölkerung prinzipiell sehr gut geeignet. Die Sozialpharmazie im ÖGD, verankert im Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst in NRW, ist dabei der Bereich, der sich dieser Themen annehmen muss.

Es reicht oftmals nicht aus, auf Initiativen aus der universitären Forschung zu warten, bis solche Themen aufgegriffen werden. Deshalb braucht es handlungsfähige und mit ausreichend finanziellen Mitteln ausgestattete Einrichtungen des ÖGD, die auf der Grundlage ihres sozialkompensatorischen Auftrags die gesundheitliche Lage der sozial Benachteiligten im Auge haben. Der ÖGD muss in der Lage sein, entsprechende Forschung anzuregen, zu finanzieren und deren Ergebnisse im Rahmen ihres Auftrags der Politikberatung und der Koordination der gesundheitlichen Versorgung auf lokaler Ebene zu verbreiten.

Das Projekt „Diskontinuitäten der medikamentösen Versorgung älterer türkeistämmiger Versicherter“ zeigt, wie es gehen kann. Nun sollten diese Erkenntnisse auch in Arztpraxen und Apotheken zu Veränderungen führen, damit die betroffenen Bevölkerungsgruppen in Zukunft besser versorgt werden.

### Über den Autor

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



## Grußwort des VdPP-Vorstands

Udo Puteanus

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

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

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

So stand es früher in jedem Rundbrief unseres VdPP. Seit Rundbrief 109 vom September 2020 haben wir darauf verzichtet. Stattdessen gibt es seit 2021 den Flyer, der die wesentlichen Programmpunkte des VdPP auflistet. Unsere Kommunikation ändert sich also.

Kommunikation ist unser wesentliches Aktionsfeld, sei es über Veranstaltungen, Veröffentlichungen, Leserbriefe oder eben über den Rundbrief. Um eine Gegenöffentlichkeit gegenüber der offiziellen Standespolitik der ABDA und deren Mitgliedsorganisationen sowie gegenüber anderen Interessengruppen der Apothekerschaft und der Arzneimittelindustrie aufrechtzuerhalten, geht es auch gar nicht anders.

Aber wir müssen uns anpassen und die Kommunikationsgewohnheiten beobachten, analysieren und darauf aufbauend unsere Kommunikationsstrategie ausrichten, wollen wir erfolgreich sein.

So lest ihr in diesem Rundbrief, wie wir nun auch vermehrt auf die Digitalisierung unseres Rundbriefs setzen, ob wir in Zukunft weiterhin auf den Kommunikationskanal X (ehemals Twitter) bauen wollen, wie wir überhaupt mit „social media“ umgehen sollten, oder ob wir Formate wie die Zoom-Meetings (zum Beispiel den VdPP-Stammtisch) vorantreiben wollen.

Unsere Artikel in der Zeitschrift Dr. med. Mabuse sind zwar noch altbacken gedruckt, aber wir versuchen, über diesen Kanal unsere auf Arzneimittel und Apotheken konzentrierte Kommunikation nun auch über diese Zeitschrift voranzubringen. Damit und mit der Zusammenarbeit des VdPP mit dem Verein demokratischer Ärzt\*innen (vdää\*) und dem Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) haben wir unser Kommunikationsnetzwerk weiter gefestigt, beispielsweise durch die gemeinsame Stellungnahme zur Apothekenreform. Gleiches gilt für unsere Zusammenarbeit mit dem Bundesverband der Pharmaziestudierenden (BPhD).

Außerdem müssen wir darüber nachdenken, ob Leserbriefe an unsere gedruckten pharmazeutischen Fachzeitschriften noch zeitgemäß sind. Noch vor zehn Jahren gab es in fast jeder Ausgabe von DAZ und PZ seitenweise Leserbriefe. Heute findet man kaum noch welche. Stattdessen gibt es bei den kostenfreien Onlineangeboten digitale Kommentarmöglichkeiten für die Leser:innen. Sie werden insbesondere bei apotheke adhoc genutzt, die PZ bietet eine solche Möglichkeit allerdings (noch?) nicht an.

Dass wir noch viel an unseren Kommunikationswegen arbeiten müssen, ist uns bewusst. So hat etwa die Jahrestagung im Rahmen der Mitgliederversammlung im Juni 2024 in Hamburg nicht so viele Teilnehmende angelockt, wie wir es uns gewünscht hatten. Auch über dieses Format, dessen Ausgestaltung und die dazugehörige Werbung müssen wir nachdenken.

Wie immer laden wir alle Mitglieder des VdPP und uns wohlgesonnene Pharmazeut:innen dazu ein, mitzudiskutieren und Vorschläge einzubringen. Zum Beispiel auf einer unserer nächsten Vorstandssitzungen.

Udo Puteanus

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



### VdPP im Netz

 [www.vdpp.de](http://www.vdpp.de)

 [www.facebook.com/VdemPP/](https://www.facebook.com/VdemPP/)

 [www.linkedin.com/company/vdpp](https://www.linkedin.com/company/vdpp)

### Beiträge und Spenden

Liebe Mitglieder, liebe Spender:innen, für Beiträge und Spenden ist der VdPP allen dankbar. Bei Quittungen gilt Folgendes: Für die Steuererklärung reicht bei Beträgen bis 300 Euro eine Kopie des Kontoauszugs. Daher bekommt ihr eine automatische Bescheinigung von der Geschäftsstelle nur bei Zahlungen von mehr als 300 Euro.

## Herzlichen Glückwunsch, liebe Reichenberger, liebe Ilona



*Die Glückwünsche des VdPP überbrachten Regina Schumann (links) und Ulrike Faber (rechts). In der Fotomitte die Inhaberin der Apotheke, Ilona Durigo.*

### 135 Jahre Reichenberger Apotheke in Berlin-Kreuzberg

In unserem Rundbrief 119 hat Gudrun Hahn diese Kiez-Apotheke vorgestellt. Inzwischen hat die Apotheke ihr 135-jähriges Bestehen gefeiert. Wunderbar! Zum Glück erlaubte das sonnige Mai-Wetter ein munteres Fest auf dem Bürgersteig, denn so viele Menschen hätten in der kleinen Offizin niemals Platz gefunden.

Das bunte multi-kulturelle Publikum rund um Ilona Durigo, die die Apotheke seit 30 Jahren führt, zeigte aus einer neuen Perspektive die Verbundenheit der Apotheke mit ihrem Kiez.

Ulrike Faber

### Tag gegen Hatespeech

## VdPP verlässt die Plattform X

Anlässlich des Tags gegen Hatespeech am 18. Juni 2024 hat der VdPP gemeinsam mit 46 anderen Organisationen die Plattform X, früher

Twitter, verlassen. Zu den Organisationen aus den Bereichen Umwelt, Gesundheit, Landwirtschaft, Menschenrechte und Soziales gehören unter anderem urgewald, Pharmacists for Future, KLUG, Ärzte der Welt, AWO International und Kindernothilfe.

In einem gemeinsamen Statement kommentieren die 47 eXit-Organisationen: „Hass, Hetze, Aufrufe zu Gewalt, Desinformation: Das alles gehört seit der Übernahme durch Elon Musk in immer größerem Umfang zu den alltäglichen Umgangsformen auf X. Zunehmend bestimmen Extremismus und Demokratiefeindlichkeit die dortigen Debatten. Viele dieser Inhalte werden vom Betreiber ignoriert. Die-

ser Verrohung der Debattenkultur wollen wir uns entgegenstellen ...

Die Entscheidung zum eXit fiel vor dem Hintergrund, dass sich auf X eine besondere Verrohung des Umgangs-tons erkennen lässt, wie es sie in dieser Form auf keiner anderen Social-Media-Plattform gibt.“

Nähere Information hierzu gibt es auf der Seite [www.byebyeelon.de](http://www.byebyeelon.de).

Auf der Webseite finden Betroffene auch Tipps, wie sie sich gegen Hass und digitale Gewalt im Netz wehren können.

Der VdPP wird weiterhin auf LinkedIn und Facebook aktiv sein.



Aufruf an die Mitglieder zum VdPP-Rundbrief

## Mit weniger gedruckten Exemplaren unsere Kosten reduzieren

**M**it seinen inzwischen 120 Ausgaben stellt der Rundbrief ein essenzielles, wenn nicht das wichtigste Medium der Vereinsarbeit des VdPP dar. Zugleich dokumentiert er das mit der Erstellung verbundene große Engagement der aktiven Mitglieder. Dies gilt nicht nur für das Schreiben der Artikel, sondern auch für die ehrenamtliche Arbeit von Johanna Lederer und ihrem Mann Heinz, die das Layout aller Artikel hin zum fertigen Produkt übernehmen. Mein ganz herzlicher Dank dafür an dieser Stelle!

Allerdings erzeugt der Druck und Postversand des Rundbriefs Kosten, die mit gut 1 800 Euro pro Jahr 9 Prozent der Gesamtausgaben des Vereins im vergangenen Jahr darstellen.

Vor dem Hintergrund, dass der VdPP 2023 fast 4 000 Euro mehr ausgegeben als eingenommen hat, wurden auf der vergangenen Mitgliederversammlung im Juni Maßnahmen diskutiert, wie der VdPP dieses existenzielle Defizit senken kann. Bei der Besprechung des Finanzplans für das laufende Jahr 2024 wurden auch die Ausgaben für den Rundbrief beleuchtet. Laut Geschäftsstelle können wir rund 600 Euro im Jahr sparen, wenn es uns gelingt, mit nur noch 100 statt 150 gedruckten Exemplaren für jede der drei jährlichen Ausgaben auszukommen. Außerdem kann damit ein – wenn auch zugegebenermaßen nur kleiner – Beitrag zur Senkung des Ressourcenverbrauchs geleistet werden.

Um das zu erreichen, konnte ich die Mehrheit der Anwesenden von meinem Vorschlag überzeugen, dass wir den Rundbrief in ausgedruckter Version nur noch den Mitgliedern zusenden werden, die dies aktiv einfordern. Umgesetzt wird dies, indem wir, wie in diesem Artikel, die Mitglieder informieren, dass wir sie um eine entsprechende Rückmeldung per E-Mail an die Geschäftsstelle ([info@vdpp.de](mailto:info@vdpp.de)) bitten, auch weiterhin den gedruckten Rundbrief zu erhalten.



*Ab der Ausgabe 122 erhalten Mitglieder den Rundbrief in gedruckter Form nur noch auf besonderen Wunsch.*

Alle, von denen die Geschäftsstelle keine entsprechende Nachricht erhält, beziehen ab der übernächsten Ausgabe (122) nur noch die digitale Version. Selbstredend bedeutet dies nicht, dass man sich endgültig entscheiden muss. Im Falle, dass man sich anders entscheidet oder sich bis zur Ausgabe 122 noch nicht gemeldet hat, reicht eine kurze Nachricht, um den Rundbrief wieder, wie gewohnt, auf Papier zu erhalten.

Bitte prüft daher in den nächsten Monaten, ob nicht ein Lesen des Rundbriefs am Bildschirm ausreichend für euch sein könnte und informiert die Geschäftsstelle, falls ihr nicht auf eine digitale Version umsteigen möchtet.

Daniel Fleer für den Vorstand des VdPP