# Rundbrief des
Vereins demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten

02 /2019
30. Jahrgang
103

Poliklinik Veddel, Hamburg

Pharmazie in sozialer Verantwortung

VdPP

## Apotheke der Zukunft:
# Aktiv in vernetzter Versorgung

**Die Themen „Apotheken in vernetzten Strukturen" und „interprofessionelle Zusammenarbeit" standen im Mittelpunkt des Herbstseminars am Donnerstag, 15. November in Berlin. Anhand von drei Beispielen erläuterten die ReferentInnen, wie Primärversorgung ortsnah, patientenorientiert und partizipativ weiterentwickelt und das pharmazeutische Potential genutzt werden kann.**

Udo Puteanus, VdPP-Vorstandsmitglied und Befürworter verstärkter interprofessioneller Zusammenarbeit, erläuterte in einer kurzen Einführung die Situation: ökonomische Interessenlagen, Fachkräftemangel und das Spannungsfeld von Ethik und Monetik stehen einer gut funktionierenden Pharmazie in sozialer Verantwortung und einer verbesserten gesundheitlichen Primärversorgung im Weg. Er erläuterte, wie gute Pharmazie bedarfsgerecht weiterentwickelt werden kann, um den Aufgaben einer patientenorientierten gesundheitlichen Primärversorgung gerecht zu werden (s. weiterführenden Artikel in diesem Rundbrief). Er hob hervor, dass die Apotheken als Teil von lokalen Public-Health-Netzwerken als niedrigschwellige Anlaufstelle für Arzneimittelfragen für die breite Bevölkerung zur Verfügung stehen.

Zu Beginn des Seminars stellte Andreas Fuchs von der AOK PLUS die Arzneimittelinitiative Sachsen/Thüringen (ARMIN) vor als Beispiel für interprofessionelle Zusammenarbeit (siehe auch Rundbriefe 95 und 96/2016). Ausgangspunkt für die Entwicklung des Modellprojekts waren erhöhte Risiken in der Arzneimittelversorgung, die sich aus Multimorbidität und Polypharmazie ergeben, und als Folge zu steigenden Krankenhauseinweisungen führen.

Das Modellvorhaben besteht aus drei Modulen:

## Inhalt dieser Ausgabe


Herbstseminar:
Aktiv in vernetzter Versorgung 1
Einführung zum Herbstseminar 3
Eckpunkte zur Weiterentwicklung des Apothekenmarktes — Stellungnahme 7
Vom interprofessionellen Lernen zur professionellen und pat.orien. Zusammenarbeit 9
Fachkräftemangel im Gesundheitswesen 11
Die UPD: von einer Erfolgs- zu einer Skandalgeschichte! 12
Ethnomedizin 16
Sozialpharmazie in Australien 18
Sonderheft „1968" erschienen 20
Das Märchen von den teuren Alten 21
Gesundheit ist mehr als Kosten 23
Chancen + Nutzen integrierter Quartiersapotheken 24
30 Jahre VdPP / MV 25
Manifest: Zugang zu Medikamenten in Europa verbessern 26


Liebe Vereinsmitglieder,
ich nehme den Jahreswechsel zum Anlass, allen zu danken, die mit ihrem Mitgliedsbeitrag den VdPP finanziell unterstützen. Ohne Geld würde auch beim VdPP nichts laufen, wie man ja den jährlichen Finanzberichten entnehmen kann.
Im Sommer wird es 30 Jahre her sein, dass wir in Hamburg-Rissen den VdPP gegründet haben. Das heißt auch, dass einige Mitglieder jetzt ihr halbes Leben lang Mitglied sind! Kommt im Juni nach Hamburg und lasst uns gemeinsam feiern.
Danke und bleibt dem VdPP gewogen!
Für den Vorstand
Thomas Hammer

Andreas Fuchs

1. Wirkstoffverordnung (an Stelle spezifischer Präparate),
2. Medikationskatalog (Wirkstoffe erster Wahl) und
3. Medikationsmanagement.

Mit diesen 3 Modulen soll eine leitliniengerechte, patientenorientierte und wirtschaftliche Versorgung sichergestellt werden.

Am Beispiel des Medikationsmanagements sieht man am deutlichsten, wie interprofessionelle Zusammenarbeit funktioniert, denn alle bringen ihr spezifisches Wissen ein. In diesem Fall sind es: der Patient selbst, die jeweils betreuende Arztpraxis, die Apotheke und die Krankenkasse AOK PLUS.
Vor allem zwischen Apotheker und Arzt findet ein stetiger Informationsausgleich statt. Dafür gibt es keine elektronische Krankenakte, wonach ein Teilnehmer aus dem Publikum später fragte, sondern eine Kommentarfunktion für den Austausch zwischen Praxis und Apotheke innerhalb des internetbasierten Medikationsplans. Auch an den Datenschutz wurde gedacht: Ein Zugang zu den Daten kann nur über ein geschütztes Netz der KVen per VPN stattfinden. Die Krankenkasse hat dabei keinen Zugriff auf die individuellen Patientenverordnungsdaten.

Es scheint Vorbehalte der Ärzteseite gegen das Projekt zu geben. So nehmen am Medikationsmanagement bisher nur knapp 200 ÄrztInnen teil aber rund 300 Apotheken.

Zur Finanzierung: 160 € pro Patient werden gleichermaßen für Arzt und Apotheker vergütet. Neben der anspruchsvollen fachlichen Aufgabe, liegt also auch ein finanzieller Anreiz vor. Patientinnen und Patienten erhalten eine intensive medizinische und pharmazeutische Betreuung, wenn sie sich für die Teilnahme an dem Projekt entscheiden.

Im zweiten Teil des Seminars stellte die Ärztin Patricia Hänel aus Berlin die Projekte **Gesundheitskollektiv Berlin (GeKo) und Poliklinik Veddel – Hamburg** vor. In beiden Fällen sind Sozial- und Gesundheitszentren in unterprivilegierten Stadtteilen entstanden bzw. in der Planung, wie sie in anderen Ländern bereits existieren und dort z.T. auch öffentliche Unterstützung bekommen. Hintergrund ist die Kritik an der bestehenden gesundheitlichen Ungleichheit, gekoppelt mit der Kritik am marktwirtschaftlichen Gesundheitswesen. Wenn man nur die Krankheit behandelt, ohne die Bedingungen der Lebenszusammenhänge und der Arbeitssituation zu erkennen, wird es auf lange Sicht keine Verbesserung der Gesundheitsbedingungen geben. Soweit die allgemeine Überzeugung.

Beide Projekte sind basisdemokratisch

Patricia Hänel

organisiert: Der hohe Anteil an ehrenamtlichem Engagement und eine multiprofessionelle Zusammenarbeit zeichnet jeweils die Kollektivstruktur aus.

Die **Poliklinik Veddel** im gleichnamigen Hamburger Stadtteil besteht aus Gesundheits- und Sozialberatung, einer allgemeinmedizinischen Praxis, aus psychologischer systemischer Beratung und einer Refugee Law Clinic. PharmazeutInnen sind bisher nicht involviert. Neben dem Zweig der Primärversorgung gibt es verschiedene Arbeitsgruppen (bspw. zu Rassismus, Schule und – ganz an der Problemlage orientiert – zum Schimmelbefall von Wohnungen), um gemäß den Ideen der Gesundheitsförderung die verschiedenen sozialen Einflussfaktoren auf die Gesundheit zu adressieren.

Das Konzept des Stadtteilgesundheitszentrums **Gesundheitskollektivs Berlin** besteht aus vier Säulen. Diese sind:

- Primärmedizinische Versorgung,
- partizipative Forschung und Evaluation,
- Gemeinwesenarbeit und Gesundheitsförderung und
- Selbsthilfe und Beratung.

Aktuell bestehen die praktischen Aktivitäten des Gesundheitszentrums vornehmlich aus einer mobilen Gesundheitsberatung in Zusammenarbeit mit lokalen Initiativen. Die Planung eines eigenen Neubaus in Neukölln ist weit fortgeschritten.

"Und wie wird das finanziert?" fragte eine interessierte Teilnehmerin aus dem Publikum. Eine kommunale Trägerschaft der Projekte wäre ideal, doch die Referentin berichtete, dass die im Prinzip wohl gesonnene kommunale Kontaktperson in Berlin glaubhaft versichert, kein Geld dafür zu haben. Zur Zeit versucht man die Finanzierung des Berliner Neubaus mit Hilfe einer Stiftung zu gewährleisten. Es gibt noch jede Menge zu tun!

*Daniel Fleer und Esther Luhmann*

# Herbstseminar : Einführung von Udo Puteanus

**Der VdPP stellt seine politische Arbeit unter das Motto „Pharmazie in sozialer Verantwortung". Es ist das Anliegen des Vereins, dass sich die pharmazeutischen Dienste mehr als bisher auch sozialen Fragen stellen. Das Herbstseminar greift diese Leitidee auf und diskutiert Projekte, die den Anspruch haben, die Arzneimittelversorgung und die Betreuung von erkrankten Menschen zu verbessern und soziale Aspekte verstärkt zu berücksichtigen.**

## Vor knapp zehn Jahren: Rolf Rosenbrocks „Traum von einer Sozialen Pharmazie"

Rolf Rosenbrock, ein führender Public Health Wissenschaftler in der Bundesrepublik, formulierte 2009 in seiner Rede zum zwanzigjährigen Bestehen des VdPP zum Thema „Traum von einer sozialen Pharmazie":

> **„Soziale Pharmazie ist die Wissenschaft und Praxis der bedarfsgerechten, zugänglichen und sicheren Versorgung mit bestmöglichen Arzneimitteln für die gesamte Bevölkerung." (1)**

Dabei grenzte er soziale Pharmazie deutlich ab von einer Pharmazie, wie sie heute in der Bundesrepublik gelebt wird. Soziale Pharmazie sei nach seinen Vorstellungen eben nicht gewinnorientiert sondern bedarfsgerecht; sie baue keine Hürden auf, z. B. durch Zuzahlungen, sondern sorge dafür, dass Patientinnen und Patienten pharmazeutische Produkte und Dienstleistungen erhalten, wenn sie sie benötigen; pharmazeutische Versorgung sei so organisiert, dass keine falschen Anreize geschaffen werden, die eine sichere Versorgung gefährden; soziale Pharmazie stelle zudem bestmögliche Arzneimittel zur Verfügung, was eine rein am Gewinn orientierte Arzneimittelforschung ausschließe und eine am Bedarf orientierte Forschung fördere; soziale Pharmazie dürfe zudem keine Menschen ausschließen, sie sei für alle Menschen verfügbar, unabhängig von Alter, Geschlecht, religiöser Überzeugung oder rechtlichem Status.

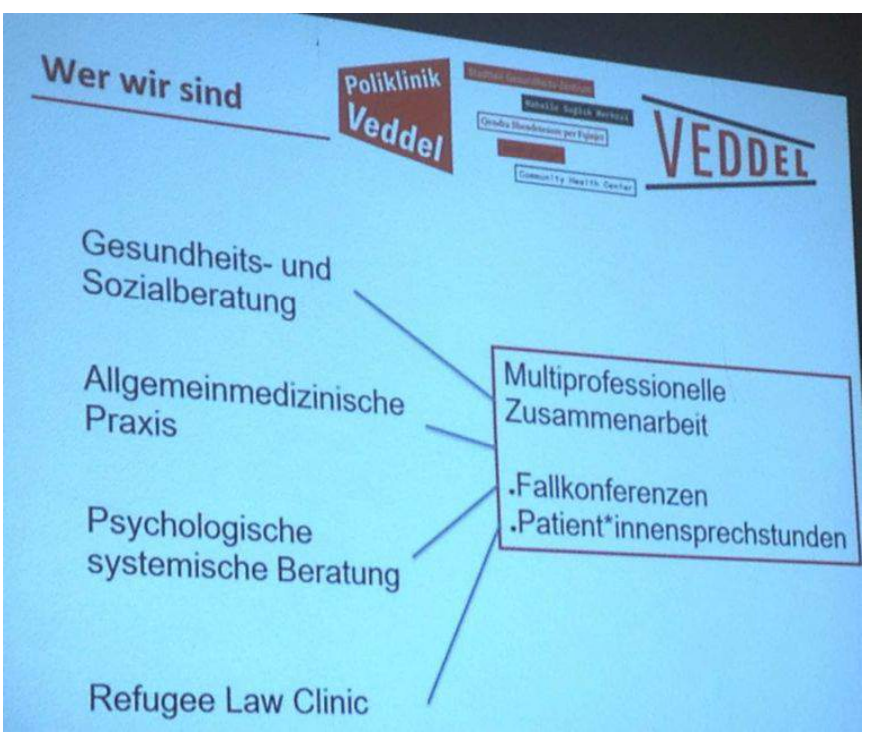
## Auf dem Weg zur „Sozialen Pharmazie"?

Doch wie ist die Situation heute in der Bundesrepublik?

Im Apothekenwesen herrscht das Konkurrenzprinzip. „Lage, Lage, Lage" ist eine wesentliche Überzeugung der Marktgläubigen. Sie meinen damit natürlich nicht die Lage von Apotheken dort, wo sie gebraucht werden, sondern dort, wo sie am meisten Gewinn erzielen. Gute Information und Beratung bei Selbstmedikation und bei verschreibungspflichtigen Arzneimitteln können eher die Apotheken anbieten, die eine solche Lage habe, die es sich also leisten können, ausreichend und gut qualifiziertes Personal bezahlen zu können.

Mittlerweile sind vermehrt Apotheken auf der Strecke geblieben. Apothekenschließungen sind aus Sicht der Versorgung dann zu beklagen, wenn sie aufgrund ihrer besonders intensiven und evidenzbasierten Beratung im Konkurrenzkampf untergingen. Zudem sind Schließungen von Nachteil für die öffentliche Gesundheit, wenn sich dadurch die Versorgungslage in Stadtrandlage oder im ländlichen Raum verschlechtert.

Kritisch ist zudem der Fachkräftemangel, insbesondere im ländlichen Raum. Es ist versäumt worden, rechtzeitig auf den Mangel zu reagieren



und die Fachkräfteausbildung zu forcieren sowie Anreize zu schaffen, die eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung in Stadtrandgebieten und im ländlichen Raum fördern. In der Folge ist der Fachkräftemangel der häufigste Grund für Apothekenschließungen in ländlichen Regionen.
Stark verbesserungsbedürftig sind die Ausbildungsangebote für pharmazeutische Fachkräfte. Einerseits wird im Studium zu wenig klinische Pharmazie angeboten, zum anderen sucht man vergeblich Ausbildungsinhalte zum Thema Public Health. Damit fehlen aber die Grundlagen für einen pharmazeutischen Nachwuchs, der patientenorientiert, interprofessionell und eingebettet in eine gemeinwohlorientierte Versorgung und Gesundheitsförderung ausgebildet wird.
Ist soziale Pharmazie deshalb nur ein „Traum", wie es Rosenbrock es 2009 formulierte? Ja, sicherlich sind wir weit entfernt von der Umsetzung einer solchen Pharmazie. Ein „Weiter so wie bisher" wird nicht ausreichen, die kommenden Herausforderungen im Gesundheitswesen zu meistern und pharmazeutische Produkte und Dienstleistungen dort anzubieten bzw. umzusetzen, wo sie im Sinne einer sozialen Pharmazie besonders gebraucht werden.

**Folgende wesentliche Herausforderungen sind zu meistern:**

Der viel diskutierte demographische Wandel wird auch die Pharmazie vor große Herausforderungen stellen:

- In Zukunft werden sehr viel mehr ältere und hochaltrige Menschen versorgt werden müssen. Dies wird nach den bisherigen durch Individualisierung bestimmten gesellschaftlichen Erfahrungen mit der Vereinsamung vieler älterer Menschen und den damit verbundenen Problemen einhergehen. Hier muss, bspw. mit den WHO-Konzepten der gesundheitlichen Primärversorgung und der Gesundheitsförderung (2), entgegengewirkt werden.
- Die zunehmende Abwanderung der Menschen aus den ländlichen Gebieten in die Städte scheint auch in den nächsten Jahren fortzuschreiten. Die zurückbleibenden Menschen – auch hier sind es meist ältere Menschen – müssen ausreichend sozial und gesundheitlich versorgt werden. Dies gilt auch in städtischen Problemgebieten.

Dies erfordert vermehrte Anstrengungen der Heil- und Sozialberufe, sie müssen den Betroffenen adäquate Unterstützungsleistungen anbieten können. Das wird aber nur funktionieren, wenn solche auf Zusammenarbeit setzende, den Bedarf abdeckende sowie sich an den Bedürfnissen der Betroffenen orientierte Angebote umgesetzt werden.

Von Seiten der Pharmazie werden in diesem Zusammenhang ebenfalls Antworten erwartet:

- Viele der älter werdenden Menschen werden auf eine Vielzahl von Arzneimitteln angewiesen sein. Information und Beratung wird weiter an Bedeutung gewinnen. Die für eine gelingende Kommunikation notwendigen Fähigkeiten müssen erlernt und eingeübt werden, um interdisziplinär zu arbeiten und vor allem mit Patientinnen und Patienten erfolgreich komplexe Arzneitherapien zu bewältigen.
- Multimedikation, von der sehr viele ältere Menschen betroffen sind, erfordert hohe Aufmerksamkeit und die Zusammenarbeit aller Beteiligten, insbesondere in Heimen, in Krankenhäusern, in Wohngruppen, aber auch in der jeweils eigenen Häuslichkeit der Menschen.
- Neben den bereits verfügbaren Arzneimitteln werden neue Arzneimittel und Medizinprodukte entwickelt. Dies fordert die Pharmazie beim Informationsmanagement. In Zukunft werden Informationsangebote erwartet, die frei von Herstellerinteressen, gut verständlich und direkt anwendbar sind. Dafür werden gut informierte und den gesundheitlichen und sozialen Interessen von Patientinnen und Patienten verpflichtete pharmazeutische Fachkräfte gebraucht.

Unglücklicherweise fallen die kommenden Herausforderungen mit einem absehbaren starken Fachkräftemangel zusammen – in der Medizin, in der Pharmazie und vor allem in der Pflege. Notwendig ist deshalb einerseits der Ausbau von Ausbildungskapazitäten in der Bundesrepublik, andererseits der effizientere Einsatz der unterschiedlichen Professionen.
Nicht zuletzt werden in Zukunft viele ältere und multimorbide Patienten mit geringen finanziellen Ressourcen auskommen müssen. Dies wird zu Frustration oder Ängsten vor dem sozialen Abstieg führen. Zur adäquaten Versorgung muss deshalb auch das Gesundheits- und Sozialwesen einen wesentlichen Beitrag leisten.

**ARMIN, Veddel und GeKo – Schritte auf dem Weg zur sozialen Pharmazie?**

Der VdPP greift mit seinem Herbstseminar 2018 zwei der genannten Herausforderungen auf: Zum einen: Wir brauchen vermehrt gute und bedarfsgerechte Pharmazie. Zum anderen: Wir brauchen mehr gesundheitliche Primärversorgungsangebote, wobei Apotheken und in speziellen Settings arbeitendes pharmazeutisches Personal notwendig sind.

<u>Mehr gute und bedarfsgerechte Pharmazie</u>

In der Zukunft wird pharmazeutisches Personal benötigt, das die Herausforderungen des Wissensmanagements bei Multimedikation, komplexen Arzneitherapien und beim Einsatz neuer Arzneimittel beherrscht. Das ARMIN-Projekt aus Sachsen und Thüringen hat den Anspruch, hier neue Maßstäbe zu setzen.

Pharmazeutisches Personal dort einsetzen, wo es dringend gebraucht wird

Pharmazeutisches Personal mit ausreichender Qualifikation muss dort eingesetzt werden, wo es notwendig ist: Natürlich in Apotheken im Rahmen der gesundheitlichen Primärversorgung; natürlich in Krankenhäusern zur Versorgung der dortigen Patientinnen und Patienten sowie zum Informationsmanagement im Krankenhaus.
Es muss aber auch weiter gedacht werden: Pharmazeutisches Wissen wird auch in Alten- und Pflegeheimen benötigt, und zwar weit über das hinaus, was heute meist im Rahmen von Heimversorgungsverträgen praktiziert wird. Gute Pharmazie wird aber auch in gesundheitlichen Versorgungszentren mit unterschiedlichen Berufsgruppen oder in der Palliativversorgung gebraucht.

Mehr gute Apotheken in vernetzter Versorgung

Die Apotheken können im Sinne der Gemeinwohlorientierung auf kommunaler Ebene darüber hinaus zwei wichtige Funktionen übernehmen:
Zum einen können sie wichtige Informationen aus der Bevölkerung aufnehmen, denn die vielen Kontakte zu allen Bevölkerungsgruppen geben dem pharmazeutischen Personal eine vertiefte Kenntnis über deren Problemlagen. Dieses Wissen wird aber für die in den Kommunen Verantwortung Tragenden nur erkennbar, wenn diese Kenntnisse in kommunalen Strukturen eingebunden sind.
Zum anderen können wichtige Informationen über Angebote der Kommune oder anderer Anbieter über Apotheken an die Menschen und gezielt an bestimmte Bevölkerungsgruppen herangetragen werden. Durch ihre besondere Niedrigschwelligkeit haben Apotheken hier ein großes Potential.

Am Beispiel zweier Projekte aus Hamburg und Berlin (Veddel und GeKo) wird auf dem Herbstseminar aufgezeigt, welche Initiativen mit medizinischem und sozialem Personal bereits existieren, um die auf der Ebene der WHO entwickelten Konzepte der Primärversorgung und der Gesundheitsförderung aufzugreifen, wobei allerdings bis heute noch kein pharmazeutischer Vertreter diesen Initiativen beigetreten ist. Dies ist aber notwendig, um Teil der Weiterentwicklung einer ortsnahen und bevölkerungsorientierten sozialen Gesundheitspolitik zu werden.
Beispiele aus dem Ausland zeigen, wie dies gehen kann (3). In diesen Projekten wird pharmazeutisches Personal häufig mit eingebunden. Die Wertschätzung, die gegenüber der pharmazeutischen Wissenschaft und Praxis damit zum Ausdruck kommt, motiviert viele Berufsangehörige, sich in den neuen Strukturen der Primärversorgung zu engagieren, sei es in Beratungsstunden in primärmedizinischen Versorgungsangeboten, sei es durch Festanstellung in Alten- und Pflegeeinrichtungen oder sei es in Teams zur Palliativversorgung oder von Allgemeinarztpraxen.

**Mehrwert der Apotheken auf die Belange der ortsnahen Primärversorgung und der Gesundheitsförderung fokussieren**

Die Bundesrepublik verfügt derzeit noch über ein weitgehend ausreichendes Netz von Apotheken, so dass die Arzneimittelversorgung sichergestellt ist. Aus Sicht einer Pharmazie in sozialer Verantwortung muss der nächste Schritt aber sein, die Apotheken mit den übrigen Einrichtungen und Personen des Gesundheits- und Sozialwesens viel intensiver zu vernetzen und den Mehrwert der Apotheken für die Belange der Primärversorgung und der Gesundheitsförderung herauszuarbeiten und weiter auszubauen. Das Herbstseminar soll in dieser Richtung einen Impuls setzen.

(1) Rolf Rosenbrock (2009): Der Traum von der sozialen Pharmazie. Festrede aus Anlass des 20-jährigen Jubiläums der Gründung des VDPP am 20. Juni 2009 im Curio-Haus in Hamburg, unter: *www.vdpp.de/app/download/5784016857/Rosenbrock_VDPP_Festrede.pdf.*

(2) Weltgesundheitsorganisation, Regionalbüro für Europa (1978): Erklärung von Alma Ata zur Internationale Konferenz über primäre Gesundheitsversorgung, unter: http://www.euro.who.int/de/publications/policy-documents/declaration-of-alma-ata,-1978. Ders. (1986): Erklärung von Ottawa zur Gesundheitsförderung, unter: http://www.euro.who.int/de/publications/policy-documents/ottawa-charter-for-health-promotion,-1986

(3) Schaeffer D, Hämel K, Ewers M (2015): Versorgungmodelle für ländliche und strukturschwache Regionen. Anregungen aus Finnland und Kanada. Weinheim: Beltz Juventa. Puteanus U: Ausländische Beispiele. In: Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (2018): Das pharmazeutische Potenzial zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit. Tagungsdokumentation der Fachtagung Sozialpharmazie 2017 in Düsseldorf, 155-175, unter: https://www.lzg.nrw.de/_php/login/dl.php?u=/_media/pdf/service/Pub/2018_df/arzneimitteltherapiesicherheit_tagungsdoku.pdf

Udo Puteanus

# Termine

| | | |
|---|---|---|
| **14. und 15. März 2019** | **Berlin, Technische Universität** | **Armut und Gesundheit**<br>Public Health-Kongress<br>POLITIK MACHTthcam GESUNDHEIT<br>https://www.armut-und-gesundheit.de/ |
| **21. bis 23. März 2019** | **Berlin** | **Jahrestagung des Netzwerks Evidenzbasierte Medizin** zum Thema "EbM und Digitale Transformation in der Medizin"<br>https://www.ebm-kongress.de/ |
| **23. März 2019** | **Berlin** | Informiert Verhüten: Pille, Spirale, Zyklus-Apps und Co. Ein Fachtag des Arbeitskreis Frauengesundheit in Kooperation mit dem EbM-Netzwerk im Rahmen des EbM-Kongress 2019<br>https://www.arbeitskreis-frauengesundheit.de/tagungen/informiert-verhueten-pille-spirale-zyklus-apps-und-co/ |
| **14. Mai 2019** | **Hannover** | Präventionskongress des "Länger besser leben"-Instituts<br>http://www.socium.uni-bremen.de/ueber-das-socium/mitglieder/gerd-glaeske/projekte/laenger-besser-leben-institut/ |
| **22. bis 23. Juni 2019** | **Hamburg** | **Mitgliederversammlung**<br>„Interprofessionelle Zusammenarbeit“<br>30 Jahre VdPP |

Die Poliklinik Veddel befindet sich in einem lang gestreckten Gebäude, umgeben von Baugenossenschaftshäusern aus dem frühen 20. Jahrhundert.
Der „Hinterhof“ ist nach einer Seite weit geöffnet. An der nächsten Ecke gibt es seit Herbst 2018 wieder eine Apotheke, nach dem vor ein paar Jahren die Vorgängerin geschlossen hatte, kurz nach dem der letzte Arzt gegangen war.

VdPP Stellungnahme vom 28. Januar 2019 zu den

# Eckpunkten zur Weiterentwicklung des Apothekenmarktes

vorgelegt von Gesundheitsminister J. Spahn

**Am 11.12.2018 stellte Gesundheitsminister J. Spahn der ABDA seine Vorstellungen zur Weiterentwicklung des Apothekenmarktes in acht Eckpunkten vor. Ende Januar soll nach einer nicht mal achtwöchigen Diskussion (auch noch über Weihnachten/Neujahr) bereits ein Gesetzesentwurf vorgelegt werden.**

## Kommt die Aufhebung der Preisbindung für verschreibungspflichtige Arzneimittel (Rx)?

**Das Eckpunkte-Papier von Bundesgesundheitsminister Jens Spahn enthält als wesentlichen und entscheidenden Punkt die beabsichtigte Aufhebung der Preisbindung für verschreibungspflichtige Arzneimittel (Rx). Sie soll durch die Gewährung von Boni für importierte Rx-Arzneimittel umgesetzt werden. Allein eine Ablehnung der Boni-Regelung, wie dies von der ABDA-Mitgliederversammlung am 17. Januar einstimmig beschlossen wurde, wird nicht ausreichen, um die Gleichpreisigkeit für verschreibungspflichtige Arzneimittel langfristig zu sichern. Versandhändler aus dem Ausland werden weiter versuchen, die Regelung zu unterlaufen oder vor Gericht zu kippen. Versandhändler aus dem Inland werden ebenso nachziehen wie andere Apotheken.**

Im Übrigen lockt der Bundesgesundheitsminister die Apotheker mit einigen Angeboten bei Dienstleistungen und Honoraren. Die ABDA reagiert darauf halbherzig: sie pickt sich die Rosinen heraus und verkennt insgesamt offenbar die Gefahr einer dramatisch fortschreitenden Kommerzialisierung der Arzneimittelversorgung und des Apothekenwesens.

Dem VdPP ist es völlig unverständlich, warum die ABDA ihre Forderung zum Verbot des Rx-Versandhandels aufgegeben hat. Drei durch die ABDA beauftragte Gutachter haben unabhängig voneinander ein solches Verbot für rechtlich umsetzbar gehalten. Ihr Fazit: Das Verbot des Versandhandels ist europa-, verfassungs- und sozialrechtlich zulässig!

**Rx-Versandhandel muss verboten werden**

Der seit 2004 erlaubte Versand von Rx-Arzneimitteln hat die Arzneimittelversorgung den Mechanismen eines freien Marktes ein großes Stück näher gebracht und damit eine solidarisch organisierte soziale und ortsnahe Versorgung deutlich weiter geschwächt. Das war zwar marktkonform, aber gesundheitspolitisch unverantwortlich. Zwei Drittel der EU-Mitgliedsstaaten sind diesem Trend nicht gefolgt und verbieten weiterhin den Versand von Rx-Arzneimitteln.

**Es geht um mehr: Gefahren für unser Gesundheits- und Apothekenwesen werden verkannt**

Der Konflikt zwischen dem System der solidarischen Krankenversicherung und den wettbewerbsrechtlichen Regelungen auf EU-Ebene besteht seit Jahrzehnten und wird erstaunlicherweise so gut wie gar nicht thematisiert. Dabei geht es um das bei uns bestehende Kollektivvertragssystem zwischen den gesetzlichen Krankenkassen (GKV) und den Leistungsanbietern im Gesundheitswesen. Diese Verträge sind nach europäischen Wirtschafts- und Wettbewerbsrecht wettbewerbseinschränkende Maßnahmen. Darum müssen für ihre Existenzberechtigung zwingende Gründe des Allgemeinwohls geltend gemacht werden.
Der Grundsatz des Allgemeinwohls, nämlich der Solidarität der GKV, bedeutet vor allem: Die GKV erfüllt eine

soziale Aufgabe; die Leistungen sind für alle Versicherten gleich; die Beiträge sind einkommensabhängig; durch Umverteilung werden finanziell und gesundheitlich benachteiligte Personen geschützt.

Die Vereinbarkeit dieses bundesdeutschen solidarisch verfassten Kollektivvertragsrechts mit dem europäischen Wettbewerbsrecht gilt aber nur, solange die Krankenkassen die soziale Aufgabe wahrnehmen, solange sie keine wirtschaftliche Tätigkeit ausüben und solange sie nicht als Unternehmen im Sinne des europäischen Marktrechts agieren.

Je stärker jedoch die Privatisierung von Versicherungsangeboten in der GKV vorangetrieben wird und je stärker die gesetzlichen Krankenkassen als wirtschaftlich handelnde Akteure auftreten (sie nutzen den Versandhandel ja als Hebel zur Verstärkung des Wettbewerbs), desto größer wird die Gefahr, dass die europäische Rechtsprechung ihnen den sozialen Charakter abspricht. Sie werden dann als Unternehmen eingestuft werden, die unter das EU-Wettbewerbsrecht fallen. Mit dem Vorschlag des Bundesgesundheitsministers rückt die Gefahr ein großes Stück näher.

Ein solidarisches Gesundheitswesen wird von den Vertretern des Neoliberalismus als Fremdkörper und Handelshemmnis des globalen Wettbewerbs bewertet, wie man unlängst in den Auseinandersetzungen um die diversen Freihandelsabkommen (vergl. TTIP) erleben konnte.

## Das Versandhandelsverbot muss das eigentliche Ziel bleiben

Der Gesundheitsminister und ehemalige Staatssekretär im Bundesfinanzministerium handelt sicher ganz bewusst und ist offensichtlich entschlossen, die Kommerzialisierung des Gesundheitswesens im Sinne der neoliberalen Ideologie voranzubringen.
Hier ist eine andere Politik gefragt. Es wäre von der ABDA richtig und konsequent, an der Forderung zum Verbot des Rx-Versandhandels wie in den Jahren zuvor unbedingt festzuhalten, wie es auch die Koalitionsvereinbarung anstrebt. Dieser Weg wurde nun am 17. Januar 2019 von der ABDA Mitgliederversammlung verlassen.

## Zur Honorierung von Dienstleistungen und zur Strukturförderung

Die auch in den Eckpunkten erhaltenen Vorschläge zur Honorierung von Dienstleistungen und zur Strukturförderung zum Erhalt der ortsnahen Versorgung sind interessant und diskussionswürdig, sofern sie geeignet sind, die Arzneimittelversorgung zu verbessern und die Apotheken als Orte der patientenorientierten Versorgung zukunftsfähig zu machen.
Der VdPP sieht aber das Verbot des Rx-Versandhandels und die Aufrechterhaltung der Gleichpreisigkeit bei verschreibungspflichtigen Arzneimitteln als die derzeit zentralen Ziele, die zügig diskutiert und umgesetzt werden müssen.

## Die Apotheke der Zukunft braucht dringend mehr

Die Zukunft des Apothekenwesens darf nicht an neoliberal geprägten politischen Interessen von Politik und Wirtschaft ausgerichtet werden. Unter diesen Bedingungen würden Apotheken mittelfristig eher zu kleinen Bausteinen von kommerziell ausgerichteten Gesundheitsplattformen oder ähnlichen Konstrukten; die Patientenorientierung würde den kommerziellen Interessen damit aber noch weiter untergeordnet.

Um die Apotheke als Teil eines sozialen und solidarischen Gesundheitswesens zukunftsfest zu machen, braucht es mehr als die Umsetzung der vorgelegten Eckpunkte. Die bereits in der WHO-Charta von Ottawa 1986 geforderte Neuausrichtung aller Gesundheitsdienstleister auf das Ziel der Gesundheitsförderung muss auch für das Apothekenwesen gelten.

Der VdPP wird sich in diesem Sinne auch in die anstehenden Diskussionen um die Eckpunkte einbringen.
Das Prinzip für diese Auseinandersetzungen ist Programm des VdPP:
**Pharmazie in sozialer Verantwortung!**

*VdPP- Vorstand*

IMPRESSUM

*Herausgeber:* Verein demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten e. V.,
Neptun-Apotheke, Bramfelder Chaussee 291, D-22177 Hamburg, Tel. 040 63917720, Fax 040 63917724,
E-Mail: info@vdpp.de, URL: http://www.vdpp.de,
Bankverbindung: Postbank Berlin, DE62 1001 0010 0020 0471 05

*Redaktion:* Gudrun Hahn (verantwortlich), Thomas Hammer
*Redaktionsanschrift:* Neptun Apotheke, s. o. , E-Mail: redaktion@vdpp.de.

Für Beiträge, die mit vollem Namen gekennzeichnet sind, übernimmt die Autorin/ der Autor die volle Verantwortung.
Die Urheberrechte liegen bei den Autor*innen.

# Vom interprofessionellen Lernen zur professionellen und patientenorientierten Zusammenarbeit

## Interview mit Constantin Hauser zur interprofessionellen Zusammenarbeit im Gesundheitswesen der Zukunft

**VdPP: Lieber Constantin, als Beauftragter der Gesundheitspolitik innerhalb des BPhD setzt du dich für die Stimmen der Studierenden auf nationaler und europäischer Ebene ein. Aus dieser Position heraus ist es zu einer gemeinsamen Stellungnahme mit anderen Akteuren im Gesundheitswesen gekommen. Wie kam es zu der Zusammenarbeit und zur gemeinsamen Stellungnahme? Woher kam der Impuls?**

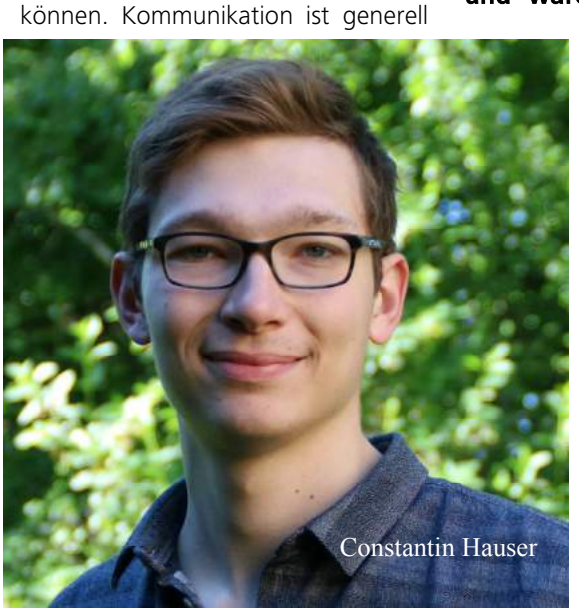
Constantin Hauser: Wir haben sehr gute Verbindungen zur Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland (bvmd), weil wir wissen, dass man viele Themen nur gemeinsam angehen kann. Anfang des Jahres war ich bei einem gesundheitspolitischen Wochenende der Medizinstudierenden eingeladen. Es nennt sich SolutionLab. Die Mediziner hatten zusammen mit der Bundesarbeitsgemeinschaft Junge Pflege im Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe e.V. schon an dem Papier gearbeitet und waren auf der Suche nach weiteren Partnern. Ich denke, man sieht die Handschrift der Pflege und der Medizin, die wir als BPhD komplett unterstützen. Wir hatten uns schon damit beschäftigt und 2015 als BPhD ein Papier dazu herausgebracht.

**In der Stellungnahme fordert Ihr eine interprofessionell aufgestellte Lehre. Wie kann man sich das vorstellen? Was bedeutet das konkret für die Pharmaziestudierenden? Gibt es schon einen solchen Ansatz?**

Bis jetzt gibt es ja sehr wenig, um nicht zu sagen gar keine interprofessionell aufgestellte Lehre. Uns schwebt zunächst die gemeinsame Lehre mit den Medizinern vor, weil wir da am meisten Überschneidungen sehen. Interessant ist aber auch die Zusammenarbeit mit Psychologen und den Pflegekräften. Wir merken immer wieder, dass uns Mediziner bestimmte Kompetenzen gar nicht zutrauen. In den Fächern Anatomie, Physiologie, Immunologie und Pharmakologie zum Beispiel können wir uns sehr gut eine gemeinsame Lehre vorstellen. Dadurch würden weniger Missverständnisse auftreten.

**Glaubt Ihr, ein gemeinsamer Gesundheitscampus, wie im Papier gefordert, ist ausreichend? Oder könnten die Forderungen noch weitergehen?**

Vom Gesundheitscampus träumen wir. Es wird noch lange dauern, bis solche Konzepte integriert werden können. Kommunikation ist generell einfacher, wenn man an einem Ort ist. Gemeinsame Vorlesungen können eher realisiert werden, wenn alle an einem Ort studieren. Es geht uns darum, die Professionen schon im Studium räumlich näher zusammenzubringen. Das wäre der erste Schritt. Langfristig sehen wir aber auch praktische, interaktive Ausbildung, wo wir zum Beispiel gemeinsam an Fallbeispielen arbeiten.


Constantin Hauser

**Für den VdPP ist es wichtig, dass das Studium der Pharmazie auch sozialwissenschaftliche und gesundheitspolitische Aspekte vermittelt. Medizinstudierende werden im Fach Sozialmedizin mit diesen Themen konfrontiert. In einigen Ländern der EU wird Sozialpharmazie im Studium angeboten. In Deutschland ist das nicht der Fall. Welchen Stellenwert haben diese Themen für den BPhD? Welchen Stellenwert sollten sie im Studium haben und wäre dies auch etwas für die interprofessionelle Lehre?**

Ich muss ehrlich sagen, dass ich den Begriff „Sozialpharmazie" vorher noch nicht gehört habe. In meinem Studium spielt das gar keine Rolle, dachte ich. Als ich mich dann aber mit dem Begriff befasst habe, in Vorbereitung auf das Interview, habe ich gemerkt, dass doch einige Themen vorkommen, vor allem in der

Klinischen Pharmazie. Der BPhD hat sich zu dem Schlagwort noch nicht offiziell geäußert, aber inhaltlich werden die Themen bei uns diskutiert, auch in der Arbeitsgemeinschaft Gesundheitspolitik.

**Stichpunkt: Fachkräftemangel. Was genau fordert Ihr, um gegen den Fachkräftemangel vorzugehen? Kann es Synergien geben?**

In dem Papier setzten wir uns dafür ein, dass der Patient im Mittelpunkt steht. Durch die effiziente Nutzung der Ressourcen, wollen wir eine gute Versorgung garantieren. Eine interprofessionelle Zusammenarbeit bedeutet für uns auch Effizienz.

**Glaubst du, dass die Digitalisierung zur Effizienz beiträgt, vor allem auch um das gesundheitliche Wohl der Patientinnen und Patienten zu fördern?**

Bei der Digitalisierung geht es um mehr als E-Mails schreiben und große Datenmengen austauschen. Wir freuen uns zum Beispiel sehr, dass das E-Rezept endlich eine Deadline hat. Das ist uns sehr wichtig. Durch die Digitalisierung sehen wir die Kommunikation gefördert. Digitale Anwendung kann aber auch nur das Mittel zum Zweck sein, die gegenseitige Wertschätzung darf nicht verloren gehen, im Sinne einer besseren Versorgung.

**Die Stellungnahme habt Ihr im September 2018 veröffentlicht. Was ist bisher geschehen?**

Zunächst wollen wir mit der Stellungnahme Aufmerksamkeit erregen; wir sprechen mit der Fachpresse und anderen Verbänden darüber. Es wird spannend im nächsten Jahr, wenn die Änderungen der Approbationsordnung endlich angegangen werden. Wir haben ein starkes Netz, um mit der lokalen Lehre in Kontakt treten zu können, um Ideen einzubringen und mit einfachen Mitteln schon kleine Dinge umzusetzen. Das dauert leider erfahrungsgemäß sehr lange, bis sich Ideen in den Köpfen der Entscheidungsträger durchsetzen.

**Mit Ideen, die man dann in der Zukunft umsetzen möchte, fängt es meist an. Als VdPP beschäftigen wir uns seit Jahren mit der „Apotheke der Zukunft". Wie sieht die ideale Apotheke der Zukunft für dich, für den BPhD aus?**

Erst kürzlich haben wir eine Studie zu einem Zukunftsszenario zusammen mit dem Wort&Bild Verlag durchgeführt, in der wir die Studierenden unter anderem auch zu ihren Erwartungen bezüglich der zukünftigen Entwicklung der Apotheken befragt haben. Die Beratungsleistung (z. B. Medikationsmanagement und AMTS) der Apotheker sehen wir in der Zukunft viel stärker. Die Apotheke, so wie wir sie heute kennen, wird zwar noch ein Teil der Versorgung bleiben, aber sie wird sich ändern. Das wird nur funktionieren, wenn wir mit den Ärzten zusammenarbeiten. Wir sehen auch schon in der Professorenschaft, dass der Wille da ist. Der Gedanke der interprofessionellen Zusammenarbeit ist auch an den entscheidenden Stellen angekommen.

**Der VdPP hat im Oktober dazu ein Herbstseminar veranstaltet. In den beiden vorgestellten Projekten Gesundheitskollektiv Berlin und Poliklinik Veddel sind PharmazeutInnen nicht vertreten. Bei ARMIN sieht das anders aus, dort funktioniert das Zusammenarbeiten von Ärzten und Apothekern, auch der Patient wird mit eingebunden.**

Ich beobachte auch bei den Projekten eine geringe Beteiligung von ApothekerInnen. Es gibt immer mal wieder einen Austausch, es bleibt oft lokal. Ich glaube, es liegt auch zum Teil an der etablierten Apothekerschaft. Bei den Studierenden sehe ich allerdings, dass es nicht mehr notwendig ist, darüber zu sprechen, OB sondern WIE Interprofessionalität funktionieren kann. Ich denke, man kann von einem Gedankenwandel in der Apothekerschaft ausgehen, der es einfacher macht, solche Projekte in der Zukunft auch mit ApothekerInnen zu besetzen.

**Danke, Constantin, für deine Zeit und die aufschlussreichen Antworten. Es ist schön zu hören, dass sich der pharmazeutische Nachwuchs so engagiert.**

Das Interview führte Esther Luhmann, VdPP-Vorstandsreferentin.

Constantin Hauser studiert Pharmazie im 7. Semester an der Uni Heidelberg. Er ist im Bundesverband der Pharmaziestudierenden in Deutschland e.V. (BPhD) der Beauftragte für Gesundheitspolitik und erarbeitet mit der Arbeitsgruppe Gesundheitspolitik die Position der Studierenden zu verschiedenen aktuellen und grundlegenden Themen der Gesundheitspolitik.

Zur Stellungnahme: Stellungnahme: https://www.bphd.de/wp-content/uploads/2018/09/2018-09_Gemeinsame-Stellungnahme_Interprofessionellen-Arbeiten-im-Gesundheitswesen-der-Zukunft-.pdf

Zur Studie mit dem Wort&Bild Verlag: https://www.bphd.de/mitmischen-statt-nur-moersern/projekte-und-schwerpunkte/grundlagenanalyse-zu-pharmaziestudium-berufliche-zukunftsperspektiven-2018-mit-dem-wort-bild-verlag/

# Fachkräftemangel im deutschen Gesundheitswesen und eine mögliche internationale Lösung

**Über den Fachkräftemangel im Gesundheitswesen liest man fast täglich, denn alle Bereiche sind betroffen: Apotheken, die keine/n NachfolgerIn finden und unter Umständen sogar die Apotheke schließen müssen, von Praxen auf dem Land, die aus denselben Gründen die Türen schließen und von überarbeiteten Ärztinnen und Ärzten, sowie den vielen Pflegekräften, die aufgrund von Doppelschichten am Rande der Erschöpfung leben. Hinzu kommt der demografische Wandel, die deutsche Bevölkerung wird immer älter und der Pflegebedarf steigt. Und letztlich sind es die Patientinnen und Patienten, die nicht mehr ortsnah und schnell behandelt werden können. Meist wird in der Bundesrepublik nur die Frage gestellt, ob ausländische Fachkräfte eine Möglichkeit sein können, um dem Fachkräftemangel im deutschen Gesundheitswesen entgegenzuwirken. Im Folgenden sollen jedoch die Menschen im Mittelpunkt stehen, die zu uns kommen und hier arbeiten wollen. Wie läuft die Anerkennung genau ab? Wie lange dauert das und was gilt es alles zu beachten? Finden die Einwanderer hier ein neues Zuhause oder was sind die Hindernisse?**

**Berufserlaubnis, Fachsprachenprüfung, Gleichwertigkeitsprüfung.**

Um in Deutschland als ApothekerIn arbeiten zu können, braucht man die staatliche Anerkennung, die so genannte Approbation bzw. Berufserlaubnis. Innerhalb der EU gelten die Grundsätze der automatischen Anerkennung. Klingt so, als wäre es einfach. Doch das ist es nicht.
Kommt der Bewerber oder die Bewerberin aus einem so genannten Drittstaat, also nicht aus einem der EU-Länder, muss zunächst geprüft werden, ob die im Ausland absolvierte Ausbildung gleichwertig der deutschen ist, die so genannte Gleichwertigkeitsprüfung. Teil des Prozesses ist die Fachsprachenprüfung; dabei handelt es sich um eine spezielle Sprachprüfung, die über das Niveau eines normalen Sprachkurs ( der Umgangssprache), hinausgeht. Hier werden die Kenntnisse der pharmazeutischen / medizinischen Sprache getestet. Die ABDA schreibt dazu in ihrem Bericht für 2018: „Fast alle Apothekerkammern der Länder sind von ihrer Landesbehörde mit der Durchführung der Fachsprachenprüfung beauftragt worden."

Es ist also "Kammersache". Aus dem Bericht geht auch hervor, dass sich die Anzahl der Anträge innerhalb eines Jahres (von 2016 zu 2017) mehr als verdoppelt hat. Es kommen also mehr ausländische Apotheker und Apothekerinnen nach Deutschland.

Die meisten KandidatInnen kommen - innerhalb der EU - aus Rumänien und Spanien oder aus Drittstaaten, wie z. B. aus Syrien. Wie es der Zufall will, haben wir einen spanischen und einen syrischen Apotheker gefunden, die bereit waren uns ausführlich zu berichten.

Schaufenster in Swinemünde, Polen

**Drei Menschen, drei Geschichten**
Soweit, so gut. Wir haben weiter gefragt und wollten wissen, wie sich Menschen fühlen, die zu uns kommen und unter welchen Bedingungen sie hier arbeiten, welche Kosten und Mühen sie auf sich genommen haben. Wir wollen zeigen, wie ehrgeizig die Bewerber sind. Sie geben nicht auf, trotz bürokratischer Hürden und persönlichen Krisen.

In Vorbereitung auf diese Serie haben wir mit drei KandidatInnen gesprochen, sie förmlich ausgefragt über ihre berufliche und persönliche Situation. In den kommenden Rundbriefen stellen wir ihre Geschichten vor, wie sie aus dem Ausland nach Deutschland gekommen sind, um hier zu arbeiten. Wir haben die drei befragt über ihre Situation, ihren Aufenthaltsstatus, ihren Kontakt zu Behörden, über Erfahrungen in ihrer ersten Arbeitsstelle und zu ihren Zweifeln und Wünschen.

Im Rundbrief Nr. 104 (erscheint im Sommer 2019) stellen **wir Manuel Fernandez*, Apotheker aus Spanien** vor. Manuel ist seit 2 Jahren in Deutschland und sucht noch immer einen festen Job. Über mehrere Praktika und kurze Arbeitsverhältnisse hat er bereits Erfahrungen in deutschen Apotheken gesammelt, doch für einen festen Job fehlt ihm die Approbation.

Für den Artikel in der Ausgabe 105 (erscheint im Herbst 2019) sprachen wir mit **Dr. Hatice Göler*, eine türkische Assistenzärztin**, die in Niedersachsen lebt und arbeitet, mit einer Berufserlaubnis; auf die Approbation wartet sie noch. Bis zum Herbst hat sie sie vielleicht schon.

Und zum Schluss erzählen wir im Rundbrief Nr. 106 (erscheint im Winter 2020) von **Hamid Abdul*, Apotheker aus Syrien**, der in Berlin lebt und arbeitet. Geburtsurkunde und andere Dokumente musste er trotz des Krieges in Syrien besorgen. Über Umwege hat er das geschafft.

*Namen von der Redaktion geändert

*Esther Luhmann*

Quellen:

https://www.abda.de/themen/apotheke/berufe/apotheker/apothekerdiplome/als-auslaendischer-apotheker-in-deutschland-arbeiten/

# Die Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD): Von einer Erfolgs - zu einer Skandalgeschichte!

Eine späte Frucht der Frauen-, Selbsthilfe- und Gesundheitsbewegung der 68er-Revolte war die Implementierung des §65b ins Sozialgesetzbuch V durch die erste und einzige „Grünen"- Bundesgesundheitsministerin Andrea Fischer im Rahmen der GKV - Gesundheitsreform 2000. Unter der Überschrift: „Förderung von Einrichtungen zur Verbraucher- und Patientenberatung" wurden hier erstmals die Voraussetzungen für die 2010 entstandene Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD) geschaffen zur gesundheitlichen Information, Beratung und Aufklärung von Versicherten. Als Bedingung der Förderung entsprechender Einrichtungen musste der Nachweis über ihre Neutralität und Unabhängigkeit vorliegen.

Wie bedeutsam der § 65b SGB V für die Patienten- und Selbsthilfebewegung und deren Streben nach Unabhängigkeit der Beratung und Information war, zeigte sich an den in den 90er Jahren zunehmenden Versuchen der Pharmazeutischen Industrie, einen Zugang in ihre Gruppen zu finden. Angebote der finanziellen Unterstützung erwiesen sich als wirksame Köder. Hilfreiche Spenden und Sponsoren von der Pharmaseite wurden oft gar nicht (mehr) als mögliche Einflussnahme wahrgenommen. Damit wurde immer häufiger die Glaubwürdigkeit der gesundheitlichen Selbsthilfebewegung in Zweifel gezogen.

Eine 2008 von den Ersatzkassen herausgegebene Broschüre zu dieser Problematik („Ungleiche Partner - Patientenselbsthilfe und Wirtschaftsunternehmen im Gesundheitswesen", April 2008), die sich als kritischer Ratgeber für die Patientenselbsthilfe verstand, dokumentierte anschaulich den Prozess der Vereinnahmung durch die Pharmalobby, gegen die man sich zuvor in den 70er und 80er Jahren als kritische Gegenöffentlichkeit zu emanzipieren versucht hatte. Kritische Beobachter, die vor dieser Entwicklung warnten, kamen hier zu Wort. Jörg Schaaber von der BUKO Pharma-Kampagne meinte, „Viele PatientenvertreterInnen haben es noch nicht verstanden, dass die Einflüsterungen der Industrie nicht Teil der Lösung, sondern Teil des Problems sind. Firmen sind eben keine Wohltätigkeitseinrichtungen, sondern auf Gewinnerzielung ausgerichtete Unternehmen". Professor Ludwig, Vorsitzender der Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft, stellte „ein bedenkliches Ausmaß der Infiltration der Selbsthilfegruppen durch die Pharmaindustrie" fest. Das war im Januar 2007 und gilt bis heute fort.

## Die UPD im Modellstatus

Zu dem Zeitpunkt, als diese Kassenpublikation erschien, befand sich die spätere „Unabhängige Patientenberatung Deutschland" (UPD) auf gutem Weg hin zu dem Ziel, den §65b SGB V aus seiner Modellphase in die Regelversorgung überzuleiten. Einer der Protagonisten, Günter Hölling vom Verbund unabhängiger Patientenberatung (VuP), hat die Entwicklung von 2000 bis 2010 in der Zeitschrift Dr. Mabuse vom November/ Dezember 2018 nachgezeichnet. In seinem Beitrag mit dem Titel „Vom Gemeinnutz zum Eigennutz" ist mit Blick auf die heutige Situation der UPD interessant zu erfahren, dass zu Beginn des Modellprojektes - Phase 1 von 2000 bis 2004- keine besonderen Voraussetzungen für die Beteiligung am Modellvorhaben formuliert wurden. So konnten auch Leistungserbringer teilnehmen, was damals die Frage aufwarf, wer glaubwürdig unabhängige Patientenberatung anbieten kann und wer nicht.

In der 2. Phase des Modellprojektes ab 2005 wurden jetzt lt. Hölling die Kriterien enger gefasst und es konnten sich nur gemeinnützige Organisationen mit Erfahrung in der Patientenberatung an der Ausschreibung beteiligen. Diese Voraussetzungen wurden von der Verbraucherzentrale Bundesverband (vzbv), dem Sozialverband VdK und dem Verbund unabhängiger Patientenberatung (VuP) - später vereint als UPD - erfüllt und so erhielten sie 2005 den Zuschlag für Modellphase 2. Am Ende des Modellversuchs bekam die UPD Bestnoten von den NutzerInnen und der wissenschaftlichen Begleitforschung. Das überzeugte die Politik, und der Gesetzgeber überführte das Modellprojekt 2010 in die Regelversorgung des SGB V. Wie erwartet erhielt die UPD den Zuschlag durch den Vertragspartner GKV im Einvernehmen mit dem Patientenbeauftragten der Bundesregierung für den Zeitraum von 2011 bis 2015.

## Bewährungsprobe bestanden

Jetzt begann der erfolgreiche weitere Ausbau der UPD. Die Nachfrage wuchs ständig und unterstrich damit den großen Bedarf, der auf Seiten der Ratsuchenden bestand. Mit dem Start wurde zeitgleich für den Zeitraum 2011 bis 2015 das IGES-Institut mit der wissenschaftlichen Begleitung und Evaluation beauftragt. Der Aufgabenkatalog der UPD entwickelte sich vielfältig. Ein besonderer Schwerpunkt war natürlich die telefonische Patientenberatung. Weitere Zielbereiche waren Netzwerkaktivitäten der UPD, ihre Lotsenfunktion, der Aufbau der Bundesgeschäftsstelle und des Internetauftritts.

Die Bewertung durch IGES im nachzulesenden Abschlussbericht vom Oktober 2015 war sehr zufrieden stellend. Der Gutachter hob das hohe Niveau der Beratungsqualität besonders hervor. Eine Befragung 2014 bestätigte diese Einschätzung: 96% der Ratsuchenden fanden die Beratung gut oder sehr gut. Sie würden sich zu 99% erneut an die UPD wenden und sie weiterempfehlen. Allerdings kam es beim telefonischen Beratungsdienst häufiger zu längeren Wartezeiten. Auch der Wunsch nach lokalen Beratungsstellen in der Fläche konnte nicht überall bedarfsgerecht befriedigt werden. Diese Engpässe machten weiteren Handlungsbedarf deutlich, der vor allem durch die steigende Nachfrage entstand. Die Politik reagierte und 2014 gelang es auf Betreiben des Koalitionspartners SPD, für die nächste Ausschreibungsphase ab 2016 das jährliche Budget von 5,2 Millionen € auf 9 Millionen € zu erhöhen und die Laufzeit von 5 auf 7 Jahre zu verlängern.

## Gemeinnutz muss dem Eigennutz weichen

Und dann passierte das, womit die wenigsten gerechnet hatten. Im Vergabeverfahren 2015 konnten sich die bisherigen drei Träger der UPD nicht wieder durchsetzen. Stattdessen fiel die Entscheidung zugunsten eines nicht-gemeinnützigen Unternehmens, die Sanvartis GmbH, die als Callcenter für die Pharmaindustrie und die Krankenkassen tätig ist. Die fehlende Gemeinnützigkeit und die Nähe zu den Auftraggebern stießen sowohl in Fachkreisen als auch in den

öffentlichen Medien auf heftige Proteste. Einhellig wurde die Glaubwürdigkeit eines der Pharmalobby nahestehenden Dienstleisters in Frage gestellt. Das Deutsche Ärzteblatt (18.3.16) kommentierte, dass jetzt erstmals ein profitorientiertes Unternehmen eine aus dem zivilgesellschaftlichen Engagement entstandene Organisation übernommen hätte. Die Sorge, dass die im Gesetz festgeschriebene Wahrung der Unabhängigkeit und Neutralität nicht mehr gewährleistet werden könnte, bestimmte alle Erklärungen von der Bundesärztekammer, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung über die Oppositionsparteien im Bundestag bis hin zu der Bundesarbeitsgemeinschaft Patientenstellen (BAGP), den Sozial- und Wohlfahrtsverbänden und Nichtregierungsorganisationen. Auch der VdPP gab eine Stellungnahme ab, in der es hieß: „Unabhängigkeit kann nicht erkauft werden" (s. Rundbrief 93/2015). Alle Proteste blieben erfolglos. Schon im Dezember 2015 mussten die bundesweit aufgebauten 21 Beratungsstellen der UPD schließen, die online- und die Telefonberatung wurden eingestellt. Die mehr als 70 qualifizierten BeraterInnen verloren ihren Arbeitsplatz.

Als wäre das alles nicht schon schlimm genug, kam es noch schlimmer. Dank einer Indiskretion von Insidern erfuhr die Öffentlichkeit im August 2018, dass die UPD gGmbH mit ihrer Muttergesellschaft Sanvartis GmbH an die Careforce Sanvartis Holding weiter verkauft wurde. Der neue Eigentümer ist in der Pharmabranche tätig u.a. bei der Ausbildung und dem Einsatz von PharmareferentInnen. Die Pharmazeutische Industrie wird es freuen. Sie scheint am Ziel: Die Selbsthilfe- und Patientenbewegung kehrt in ihre Einflusssphären zurück und macht damit alle erfolgreichen Anstrengungen der Vergangenheit um den §65b und seine Wirksamkeit als neutrale unabhängige Instanz zugunsten der Ratsuchenden zunichte. Das sehen das Bundesministerium und der GKV-Spitzenverband gänzlich anders. Sie können in dem Verkauf von Sanvartis und der UPD keinerlei Veränderungen für eine unabhängige Beratung der UPD erkennen.

**Protest**

Im Gesundheitsausschuss des Bundestages wurde massive Kritik geäußert wegen der mangelnden Transparenz über die Verwendung der Fördergelder in Millionenhöhe. Es sei unklar, wofür sie ausgegeben würden. Dazu gab es auch einige kleine Anfragen von LINKE und Grünen, bei denen alle Fragen zu den Finanzen und deren Verteilung mit dem stereotypen Verweis auf die Geheimhaltungspflicht gegenüber Dritten unbeantwortet blieben. Was hier von Seiten der Regierung als verfassungsrechtlich verpflichtend für die Nichtbeantwortung geltend gemacht wurde, war bei der „alten" UPD nie ein Problem, da Bilanzen und Zahlen offen einsehbar waren. Auch die Regelungen der Fördervereinbarung zwischen dem GKV-Spitzenverband und Sanvartis geben Rätsel auf. Der damalige Patientenbeauftragte Karl-Josef Laumann betonte, es habe ein faires und rechtmäßiges Verfahren gegeben. Außerdem verwies er darauf, dass in der Fördervereinbarung ein Kündigungsrecht bei Verletzungen der Unabhängigkeit wirksam werden könnte. Im Übrigen habe er noch eine zusätzliche Kontrolle durch einen Auditor eingebaut. Die vertraglichen Regelungen zu überwachen, sei Aufgabe des GKV-Spitzenverbandes als alleiniger Vertragspartner der UPD. Der könne auch mit Sanktionen reagieren. Der GKV-Spitzenverband selbst sieht das etwas anders. Er verweist auf die Kontrollaufgaben des Patientenbe-

auftragten und des Beirats. Die Bundesarbeitsgemeinschaft Patientenstellen (BAGP) hat den Bundesgesundheitsminister zum Handeln aufgefordert, um gegen die Verantwortlichen wegen der möglichen Verschwendung von Versichertengeldern zu ermitteln. Der Minister schweigt.

**Qualität mangelhaft!**

Die Gemengelage ist inzwischen dramatisch, nachdem sich auch noch der wissenschaftliche Beirat der UPD in einem Schreiben vom 20.9.18 an den Patientenbeauftragten zu Wort gemeldet hat und die Qualität der Informationen der UPD als mangelhaft beschrieben hat. Er fordert den Vorsitzenden des Beirats, den Patientenbeauftragten Ralf Brauksiepe (1), zu schnellem Handeln auf, da die dargelegten Mängel den Kern der Aufgaben der UPD beträfen und immer wieder in den letzten zweieinhalb Jahren vergeblich thematisiert wurden. „Zum jetzigen Zeitpunkt erfüllt die UPD ihr vertraglich vereinbartes Leistungsversprechen nicht", so lautet das Urteil der WissenschaftlerInnen. Der GKV-Spitzenverband findet die Vorwürfe nicht so schlimm, verharmlost sie als handwerkliche Fehler, die aber nicht schwerwiegend genug seien, um die Fördervereinbarung infrage zu stellen. Man erwarte die Mängelbeseitigung im Laufe des Jahres 2019.

Stellungnahmen von prominenter Seite der KBV fordern inzwischen einen kompletten Neuanfang, der Bundesärztekammerpräsident erwartet von Politik und Auftraggeber eine lückenlose Aufklärung aller Fragen und Verdächtigungen. Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Bundeszahnärztekammer und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung haben sich politisch zu Wort gemeldet. ABDA und Bundesapothekerkammer schweigen bis heute – zumindest in ihrem offiziellen Standesblatt Pharmazeutische Zeitung.

(1) seit November 2018 nicht mehr im Amt

Jetzt hat offenbar endlich auch der Bundesrechnungshof (BRH) die seit Längerem von Seiten der Opposition an ihn gerichteten Aufrufe zu handeln erhört. Wie es in einer Mitteilung des BRH heißt, will die zuständige Fachabteilung jetzt vom GKV - Spitzenverband die Fördervereinbarung mit der UPD/Sanvartis anfordern und prüfen (s. Deutsches Ärzteblatt vom 2.11.18).

**Was tun?**

Der durch die Vergabe an Sanvartis begangene Systembruch im SGB V von der Gemeinnützigkeit zur Privatisierung bedeutet das Ende der unabhängigen Patientenberatung. Daran ändern die formal besiegelte Gemeinnützigkeit der Sanvartis-UPD, die eingesetzte Auditorin, weitere Kontrollauflagen, Gutachten oder die Löschung irreführender Informationen auf der Website der neuen UPD nichts. Ohne demokratische Informations- und Kontrollmöglichkeiten regieren die Gesetze des Gesundheitsmarktes.

Prof. Dr. Rolf Rosenbrock, Vorsitzender des Paritätischen Gesamtverbandes und ehemaliges Mitglied des wissenschaftlichen Beirats der UPD, verband seinen Austritt aus diesem Gremium mit der Forderung: „Eine wirkliche Unabhängige Patientenberatung gehört nicht in die Hand der Gewinnwirtschaft, sondern unter die Regie der Zivilgesellschaft."

Zahlreiche Proteste aus Politik und Zivilgesellschaft setzen auf einen Neuanfang. Dazu gehört unbedingt die Neuregelung der Vergabepraxis. Die Auswahl durch den GKV-Spitzenverband gilt als interessengebunden und nicht zielführend, wie Günter Hölling (VuP) aus Betroffenensicht einschätzt. Von unterschiedlicher Seite wurde eine neue Struktur der Trägerschaft ins Gespräch gebracht, z.B. eine zivilgesellschaftliche Patientenstiftung. So ließen sich die in §65b SGB V geforderte Patientenorientierung im Gesundheitswesen stärken und die Problemlagen im System aufzeigen.

Letztlich muss schnell eine Lösung gefunden werden, die jeglichen Verdacht eines Interessenkonfliktes vermeidet. Schon das denkbare Risiko einer Beeinflussung sollte darum zukünftig vermieden werden und die mit der „alten" UPD erreichte Glaubwürdigkeit wieder hergestellt werden!

Ingeborg Simon

**Fotonachweis:** Foto S. 2 Thomas Hammer, S. 23: Barbara Klemm,
Sofern nicht anders angegeben sind alle weiteren Fotos von G. Hahn
(ausgenommen AutorInnenfotos) ,

# Ein Blick über den Tellerrand: Ethnomedizin

**Als eine besondere Art der interprofessionellen Zusammenarbeit könnte man die Wissenschaft der Ethnomedizin bezeichnen. Es handelt sich dabei um eine interdisziplinäre Zusammenarbeit nicht nur aus den Bereichen Ethnologie und Medizin, sondern auch um Kultur-, Gesellschafts-, Sozialwissenschaften sowie Psychologie. Auch die Entwicklungshilfe, die Wirtschaftlichkeit einer Region oder die Werte von Religion spielen eine Rolle. Alles in allem ein großes Thema. Hier sollen neben der allgemeinen Einführung in das Thema auch Beispiele und Erfahrungen aufgezeigt werden.**

Ethnomedizin ist weit mehr als traditionelle Medizin, auch wenn im englischen Sprachgebrauch von „traditional medicine" die Rede ist. Ethnomedizin beschäftigt sich mit den Heilmethoden verschiedener Völker. Sie geht der Frage nach, worin Heiler die Ursachen von Krankheiten sehen und wie sie dagegen vorgehen. Jede Kultur hat ihre eigene Vorstellung von Gesundheit und Krankheit und eine eigene Heilmethode. Je nach Volk mag man zunächst an Ayurveda, traditionelle chinesische Medizin (TCM), spirituelle Zeremonien, Schamanismus und Medizinmänner denken. Heiler wissen sehr viel über die Heilkraft von einheimischen Pflanzen. In der Ethnomedizin geht es dabei aber nicht nur um den chemischen Extrakt der Pflanze, sondern auch um ihre Zubereitung, ihre Anwendung und die Art und Weise der Einnahme, sowie die mentale Verfassung des Erkrankten.

*Abbildung 2* zeigt eine kleine Apotheke am Straßenrand. „Pharmacie gasy" bedeutet madagassische Apotheke . Dort kann man Kräuter, Hölzer, Steine und sonstiges zur Gesundheitsförderung kaufen.

## Beispiel: Madagaskar

Madagaskar ist eins der ärmsten Länder der Welt. Der Zugang zu Medikamenten ist oft schwierig. Ein Artikel von Frauke Heller, ehrenamtliche Apothekerin von Apotheker ohne Grenzen (Schweiz), über das allgemeine Gesundheitswesen in Madagaskar ist bereits Im Rundbrief Nr. 99 erschienen. Hier soll es um die 18 verschiedenen Völker in Madagaskar gehen, mit ihren eigenen kulturellen und religiösen Hintergründen, die Auswirkungen auf die Gesundheit haben.

„Fady" ist ein häufig benutztes Wort auf Madagaskar. Es sind Verbote oder Tabus, die das Leben auf Madagaskar regeln; alle Lebensbereiche sind betroffen, auch die Gesundheit. So berichtet Anne Fournier, eine französische Ärztin, die in einem Gesundheitszentrum im Busch arbeitet, dass

*Abbildung 1* zeigt einen Arzneimittelschrank, eine Art „Apotheke" im Gesundheitszentrum, im Busch (Tsarahasina) von Madagaskar, das ehrenamtlich von Parisern geleitet wird.

eine Patientin die Behandlung nicht bezahlen wollte, da es an diesem Tag „fady“ sei, Geld zu bezahlen. „Die Arbeit ist eh schon anstrengend, auch wegen der kulturellen Unterschiede, die einen immer wieder zum Staunen bringen“, so die ehrenamtliche Ärztin.

## Beispiel: Nepal

In Nepal gibt es ein offizielles Gesundheitswesen. Es arbeiten ähnlich wie bei uns Ärzte in Krankenhäusern und sogenannten Healthposts, die die Versorgung der Bevölkerung mit westlicher Medizin sicherstellen sollen. Daneben existiert auch gleichberechtigt und anerkannt die Ayurveda Medizin, ebenfalls mit Healthposts. Beides wird an Universitäten gelehrt. Nicht öffentlich und also nicht staatlich kontrolliert und gefördert gibt es überall Schamanen, die von der Bevölkerung sehr geachtet werden. Das Wissen dieser Personen wird nur von Person zu Person weitergegeben. Hilfskräfte aus dem "Westen" haben kaum Zugang zu diesen Schamanen.

Christl Trischler, VdPP-Mitglied und Mitglied bei Apotheker ohne Grenzen und Tradaid berichtet von einem Einsatz: „Bei der Arbeit für Apotheker ohne Grenzen in Nepal habe ich gelernt, dass die Leute dort ganz anders mit dem Begriff Durchfall umgehen. Sie haben etwa sieben verschiedene Arten von Durchfall und behandeln sie mit jeweils unterschiedlichen pflanzlichen Zubereitungen.“
Sieben verschiedene Arten von Durchfall? Dieses Beispiel der Durchfallerkrankung stammt aus der Ayurveda Medizin und zeigt, warum die Ethnomedizin so spannend ist, mit unserem Verständnis aber zum Teil nur schwer zu verstehen. Einen Blick über den Tellerrand wagen und mit Wissen für die Kultur neue Einblicke gewinnen. Darum geht’s.

## Voneinander lernen

Ähnliche Erfahrungen hat auch Dorothee Giese, Gründerin von TradAid und Einsatzkraft für Apotheker ohne Grenzen, gemacht: "Immer wieder habe ich erlebt, dass am Ende eines Hilfseinsatzes versucht wurde, weiterhin über uns westliche Medikamente zu beziehen, die sie in ihrem Land nicht oder nur für viel Geld erstehen konnten. So entsteht Abhängigkeit statt Selbstständigkeit - aber wer kann es verdenken?"

*in Abbildung 3* sieht man verschiedene Kräuter, die am Straßenrand von Antananarivo verkauft werden.

Damit spricht die Gründerin von Tradaid ein weiteres und sehr wichtiges Thema an, denn Erfahrungen mit Ethnomedizin machen wir heutzutage vor allem bei Einsätzen mit Hilfsorganisationen und NGOs vor Ort. Aber “humanitäre Hilfe ist Geber-orientiert und weckt damit nur neue Bedürfnisse und Begehrlichkeiten und ignoriert lokale Kompetenzen und kulturelles Erbe”, so Dorothee Giese.

Diese Beispiele zeigen, wie wichtig das Verständnis der Völker und Kulturen bei Einsätzen in der medizinischen Entwicklungsarbeit ist. Dabei gilt es vor allem ihre kulturelle und ökonomische Identität und Autonomie zu erhalten, und keine Abhängigkeiten zu schaffen. Zum einen sind Bildung und Gesundheit Grundvoraussetzungen dafür, auf der anderen Siete aber auch das Verständnis und der Respekt gegenüber der Ethnomedizin.

*Esther Luhmann*

**Buchempfehlungen**:
Gert Chesi : Die Medizin der schwarzen Götter
Michael Heinrich: Ethnopharmazie und Ethnobotanik
Zeitschrift: Curare, herausgegeben von der Arbeitsgemeinschaft Ethnomedizin e. V.

**Links:**
http://www.tradaid.de/
https://institut-ganzheitsmedizin.de/
http://www.who.int/traditional-complementary-integrative-medicine/en/
https://www.apotheker-ohne-grenzen.de/

**Fotos:** Esther Luhmann

# Sozialpharmazie in Australien

## Veranstaltung des VdPP in Münster (W)

**Am 28. November 2018 besuchte Dr. Karen Luetsch von der University of Queensland den VdPP in Münster. Im Rahmen einer zweieinhalbstündigen intensiven Diskussion informierte sie über die Pharmazie in Australien, die Ausbildung an den dortigen Universitäten und die Zunahme neuer Aufgaben für Apothekerinnen und Apotheker im australischen Gesundheitswesen.**

### Pharmazeutisches Studium

Die Regierung des fünften Kontinents bemüht sich seit vielen Jahren, den Nutzen aller Berufsgruppen im Gesundheitswesen auf Patientenorientierung, interprofessionelle Zusammenarbeit und ökonomische Effizienz zu trimmen. Diesen Zielen dient auch die pharmazeutische Ausbildung. Während die deutsche Ausbildung weitgehend wirkstofforientiert ist, stehen in Australien klinische und therapeutische Anwendungen der Arzneimittel im Vordergrund. Zudem wird großer Wert auf interdisziplinäre Zusammenarbeit schon während des Studiums gelegt. Schon im Grundstudium erhalten die Studierenden verschiedener Disziplinen gemeinsam einen Überblick über das australische Gesundheitswesen, die Bedeutung ethischer Grundsätze und einen bevölkerungsorientierten Zugang zur Versorgung.

### Kommunikation und Patientenorientierung

Hinzu kommt die Fokussierung im Studium auf gelingende Kommunikation zwischen den Heilberufen und den Patienten sowie zwischen den Heilberufen untereinander. Gegenüber den Patienten wird nicht in erster Linie trainiert, wie man als Pharmazeut sein Wissen dem Patienten gegenüber vermittelt, um ihn zur Adhärenz zu bringen, wesentlich ist für die Lehre, dass zunächst verstanden wird, warum Adhärenzprobleme entstehen. Das bedeutet, zunächst aktiv zuzuhören und zu verstehen, welche Probleme für den Patienten im Vordergrund stehen, in welchem komplexen Umfeld des Einzelnen die Arzneitherapie eingebettet ist und welche Hindernisse existieren, bevor der Patient den Sinn und die Ziele der Therapie versteht und die Ziele als eigene Ziele übernimmt.

Luetsch erläuterte, Patientenorientierung sei auch für Pharmazeuten in Australien kein Selbstläufer. Apothekerinnen und Apotheker seien auch dort von ihrer naturwissenschaftlichen Ausrichtung und Sozialisation gewohnt, strukturiert und logisch zu denken und diese Sichtweise auch gegenüber den Patienten zu vermitteln. Patienten funktionierten aber nur selten nach diesem Prinzip, und die Einhaltung von Einnahmezeitpunkten bzw. die Akzeptanz der Therapie sei keine Selbstverständlichkeit. Wolle man Non-Adhärenz verstehen, müsse man sich auf das Denken und Fühlen des Gegenüber einstellen; der Patient müsse in der Lage sein, seine Gefühle und Sichtweisen zu artikulieren und spüren, dass sie ernst genommen werden. Erst wenn diese Gesprächsgrundlage vorhanden sei, könne es gelingen, ihn von der Notwendigkeit des Einhaltens der Therapieregime zu überzeugen. Das brauche viel Zeit, die allerdings nur selten vorhanden sei. Aber es müsse den naturwissenschaftlich orientierten Pharmazeuten bewusst werden, dass Patientenorientierung mehr sei, als verständliche Informationsvermittlung.

### Sozialpharmazie in Forschung und Lehre

In Australien werden solche sozialpharmazeutischen Inhalte in vielen Fächern der Pharmazie immer wieder im Studium integriert. Insbesondere in der klinischen Ausbildung werden sozialpharmazeutische Themen verankert. Dabei kann man dort auf eigene und internationale Studienergebnisse zurückgreifen. Australien hat sich in den vergangenen Jahren intensiv der sozialpharmazeutischen Forschung gewidmet und die Ergebnisse auf internationalen Kongressen vorgetragen. Australiens Universitäten sind dabei in der Lage, auf ausreichende Forschungskapazitäten zurückgreifen zu können, um eigene Projekte zur Weiterentwicklung des Apothekerberufs zu evaluieren. Dies ist die Voraussetzung, um Nachweise zu erbringen, ob neue pharmazeutische Dienstleistungen wirklich Vorteile für die Patienten oder Kostenersparnisse für das Gesundheitswesen mit sich bringen. Denn Patientenorientierung und Kostensenkung sind auch in Australien wesentliche Triebfedern, um neue Dienstleistungen einzuführen.

### Evaluation der Ergebnisse neuer pharmazeutischer Dienstleistungen

Apotheker haben in der letzten Zeit insbesondere im Krankenhaus nachweisen können, dass sie Kosten sparen können. Aber auch die Dienstleistungen beim Patienten in dessen Häuslichkeit (Home Medicines Review, HMR) oder in den Alten- und Pflegeheimen (Residential Medication Management Review, RMMR) wurden nach Evaluation als pharmazeutische Dienstleistung etabliert.

Home Medicines Review, also Haus-

besuche bei Patienten durch Pharmazeuten, werden von Apothekern und Patienten gut akzeptiert. Ärzte können ein solches Review alle zwei Jahre für ihre Patienten verordnen, währenddessen der Apotheker mit dem Patienten über die Arzneitherapie spricht, und Apotheker können pro Monat bis zu 20 solcher Reviews abrechnen, die einen Patientenbesuch und einen schriftlichen Bericht einschließen. Um diese Dienstleistung erbringen zu können, braucht man eine Provider Nummer, dazu ein Training und eine Akkreditierung, die regelmäßig durch Fortbildungsnachweise aktualisiert werden muss.

Meist werden direkt nach dem Studium zusätzliche Qualifikationen erworben, um nachzuweisen, dass insbesondere spezielle Kenntnisse aus dem Bereich Klinische Pharmazie und Pharmakotherapie vorhanden sind sowie Kommunikationstechniken beherrscht werden. Von Seiten des pharmazeutischen Nachwuchses werden die Anforderungen akzeptiert, die zwar Mehrarbeit erfordern, die aber auch besonders im Krankenhausbereich eine bessere Bezahlung möglich machen.

Von Seiten der Standesorganisationen werden die Aktivitäten zur Weiterentwicklung des Berufs unterstützt und die entsprechende Evaluationsforschung mit finanziellen Mitteln gefördert. Es sei ihnen damit gelungen, den Apothekerberuf besser als bisher als wichtige Berufsgruppe im australischen Gesundheitswesen zu etablieren, so Luetsch.

## Interprofessionelle Zusammenarbeit

Die interprofessionelle Zusammenarbeit mit Ärzten und anderen Gesundheitsberufen wird schon möglichst früh im Studium angelegt. Im beruflichen Alltag funktioniert sie dort am besten, wo es gelingt, durch gute Kommunikation und wertvolle Informationen den Ärzten nützlich zu sein. Ohne solche erkennbaren Vorteile würden auch in Australien solche Dienstleistungen nur wenig Erfolg haben.

Dass die Zusammenarbeit zwischen Arzt und Apothekern in Down Under grundsätzlich etwas weniger vermint ist als in Deutschland, zeigt sich daran, dass das Thema Impfen in Apotheken nicht zu unumkehrbaren Verwerfungen führt. Impfen in Apotheken ist in vielen Regionen für Apotheker inzwischen selbstverständlich. Das Angebot wird von der Bevölkerung

Dr. Karen Luetsch

gut angenommen, auch wenn es in der Apotheke den Kunden etwas kostet, beim Arzt in den meisten Fällen aber nicht. Nach Luetsch hat die Einführung von Impfmöglichkeiten in der Ärzteschaft zwar auch zu Unmut geführt, das habe aber an der grundsätzlich guten Zusammenarbeit nicht viel geändert, vor allem nachdem klar wurde, dass vor allem Grippeimpfungsraten durch den Zuspruch zuvor nicht geimpfter Menschen gestiegen sind.

Auch in Australien wird wie in England daran gearbeitet, Apotheker in Arztpraxen einzugliedern, um Ärzte zu entlasten und den Patienten intensivere Gespräche über Arzneimittel zu ermöglichen. In England beobachtet Luetsch, dass in manchen Praxen die angestellten Apotheker dazu übergehen (müssen), die Patienten ähnlich schnell abzufertigen, wie das die Ärzte tun. Möglicherweise werde hier die Chance vertan, Patienten mehr Zeit zu geben, um ihre Therapie zu akzeptieren und danach auch umzusetzen, so Luetsch. Dies ändere aber nichts daran, dass der Weg, Apotheker in Arztpraxen zu etablieren, wie in England auch in Australien weitergegangen werden soll.

## Verschreiben Apotheker in Zukunft Arzneimittel ?

Die australische Standesorganisation der Apothekenbesitzer argumentiert gegenüber Politik und Ärzteschaft sehr forsch, um ihre Interessen und damit die Ausdehnung von Dienstleistungen durchzusetzen. Derzeit werde versucht, dass Apotheker auch Arzneimittel verschreiben dürfen. Laut Luetsch müsse hierbei aber berücksichtigt werden, dass die dafür notwendige Verantwortungsübernahme nicht von allen Apothekern gewollt wird. Da derzeit die Zahl der Ärzte im Gegensatz zu England ausreichend hoch sei, bestehe in Australien grundsätzlich nicht der Druck, derartige Dienstleistungen den Apothekern zu übertragen. Auch müssen Bedenken, wie diese eventuell zu einer weitern Fragmentierung der Gesundheitsversorgung beitragen, noch angesprochen werden.

## Resümee

Vortrag und Diskussion zeigten den Teilnehmern deutlich, dass die australische pharmazeutische Praxis innerhalb der Primärversorgung der deutschen Pharmazie ein deutliches Stück voraus ist. Sozialpharmazeutische Lehr- und Forschungsangebote spielen dabei eine wichtige Rolle. Ausreichend gute Zusammenarbeit der Heilberufe, Finanzierung von Bera-

tungsleistungen, eine auf klinische Pharmazie als Schwerpunkt setzende Ausbildung und eine ausreichende Forschungslandschaft, die Weiterentwicklungen von pharmazeutischen Dienstleistungen wissenschaftlich begleiten kann, all das sind Voraussetzungen, die die Pharmazie im Rahmen der ambulanten Versorgung voranbringen.
Aus deutscher pharmazeutischer Perspektive bleibt oftmals nur ein Staunen, was alles möglich ist; nicht nur in Australien, Kanada, Niederlande, Dänemark, England, USA, Finnland usw.. In vielen anderen Staaten wird auf klinisch pharmazeutisches Wissen gebaut, die Ausbildung angepasst, neue Dienstleistungen gefördert und Pharmazie verstärkt in die gesundheitliche Primärversorgung integriert. Und in der Bundesrepublik? Auch hier warten drängende Probleme auf ihre Lösung: bei der Versorgung älterer, multimorbider Patienten, bei der Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe, bei der Integration der Apotheken in kommunale Netzwerke der Gesundheitsförderung, bei der Versorgung von Krankenhauspatienten und in vielen anderen Bereichen. Es bleibt zu hoffen, dass die notwendigen Veränderungen auch hierzulande kommen werden und dazu beitragen, Pharmazie im Sinne einer echten Patientenorientierung weiterzuentwickeln. In Australien spielt die Sozialpharmazie dabei eine wichtige Rolle.

Udo Puteanus

## Von der 68er Studentenbewegung zum VdPP 50 Jahre kritische Pharmazie

Anfang November 2018 erschien unser Sonderheft „**Von der 68er Studentenbewegung zum VdPP - 50 Jahre kritische Pharmazie“.**
Mittlerweile sollten es alle Vereinsmitglieder per Post erhalten haben. Weitere Exemplare können bei der Geschäftsstelle bestellt werden — gegen eine Spende von fünf Euro für das Apotheken museum in Cottbus.

Alle, die mitgearbeitet haben, bedanken sich für die zahlreichen Rückmeldungen. Es war ein arbeitsintensives Projekt. Eure Reaktionen haben uns gezeigt, dass sich die Arbeit gelohnt hat.
Den Layout-Fehler auf Seite 14 bitten wir zu entschuldigen. Die Korrektur drucken wir unten auf der Seite ab.

Das Redaktionsteam

## Sonderheft: Fehlerkorrektur Seite 14, links unten

### Hier der gesamte Abschnitt mit den fehlenden Worten:

„In der Überzeugung, dass die Berufsausübung von Pharmazeutinnen und Pharmazeuten nicht nur rein naturwissenschaftlichen Gesetzen folgt, sondern in einem sozialen, von gesellschaftlichen Strömungen beeinflussten Umfeld stattfindet, forderten die an der Gründung beteiligten KollegInnen die Aufnahme von sozialpharmazeutischen Themen in die Ausbildung zur Apothekerin/zum Apotheker. Was als „Social Pharmacy“ in vielen Ländern seit den sechziger Jahren des 20. Jahrhunderts kontinuierlich auf- und ausgebaut wurde, findet bis heute in der Bundesrepublik nicht statt. Die Pharmaziehistorikerin Erika Hickel hat bereits 1983 aufgrund internationaler Vorbilder die Einführung sozialpharmazeutischer Inhalte in das Pharmaziestudium gefordert – allerdings ohne Erfolg. [51,52] Sie unterstützte zudem mit der Vorlesung zur Sozialpharmazie in Braunschweig die Bemühungen zur Etablierung dieses Fachs, das noch 1990 in der ehemaligen DDR an drei Universitäten vertreten war.“

# Das Märchen von den teuren Alten

**Dem Gesundheitswesen unserer alternden Gesellschaft droht die Kostenexplosion. Klingt einleuchtend ist aber falsch.**

**In der Wochenendausgabe der taz erschien am 3./4. November 2018 der folgende Artikel von Bernd Hontschik, Arzt aus Frankfurt am Main. Nur minimal verändert veröffentlichte die DAZ den Artikel am 8.11.2018 (DAZ 158 (2018): 4604—4606, Nr. 45). Unter dem Titel „Gesundheit ist mehr als Kosten" schrieb der VdPP dazu einen Leserbrief . Diesen veröffentlichen wir im Anschluss auf Seite 23.**

Unser Gesundheitswesen ist in Gefahr! Das hört man immer wieder. Die größte Gefahr gehe davon aus, dass die Gesundheit bald nicht mehr bezahlbar sein werde. Der medizinische Fortschritt mache die Medizin immer teurer, deswegen könne er nicht mehr allen zugute kommen. Man werde rationieren, priorisieren und zuteilen müssen. Und dann ist da außerdem auch noch die immer weiter steigende Lebenserwartung, die immer größer werdende Zahl alter Menschen. Älter ist kränker ist teurer lautet das Schreckgespenst. Aber stimmt das eigentlich alles?

Der Begriff der Kostenexplosion ist 1974 vom damaligen Gesundheitsminister von Rheinland-Pfalz, Heiner Geißler, in die politische Diskussion eingeführt worden. Mit Hilfe einer irreführenden Visualisierung von eigentlich recht geringen statistischen Schwankungen der Gesundheitskosten entstand der Eindruck einer steil ansteigenden Kostenkurve. Der *Spiegel* setzte daraufhin mit der Serie: „Krankheitskosten: Die Bombe tickt" im Jahr 1975 das ganze Land unter Strom. Spätestens jetzt war klar: es bestand dringender Handlungsbedarf. Es ist jetzt zwanzig Jahre her, dass ein Taschenbuch mit dem Titel „Das Märchen von der Kostenexplosion" erschienen ist und sich 1998 zu einem Bestseller entwickelte. Bis dahin hatte der Begriff der Kostenexplosion aber schon eine enorme Bedeutung in allen Diskussionen um die Zukunft des Gesundheitswesens erlangt. Alle Welt war der Meinung, dass das Gesundheitswesen bald nicht mehr bezahlbar sein würde und auf den totalen Zusammenbruch zusteuere.

Tatsächlich gibt es aber keine Kostenexplosion im Gesundheitswesen. Es hat auch noch nie eine gegeben. Die Ausgaben für das Gesundheitssystem sind in unserem Land seit Jahrzehnten konstant. Sie betragen zehn bis zwölf Prozent des Bruttoinlandsprodukts mit minimalen Ausschlägen nach oben oder unten, und zwar nicht wegen explodierender Kosten, sondern wegen konjunktureller Schwankungen dieses Bruttoinlandsprodukts. In dem nun schon zwanzig Jahre alten Büchlein wurde damals die These von der Kostenexplosion definitiv widerlegt, ja ad absurdum geführt. Man könnte nun meinen, dass das Thema der Kostenexplosion im Bereich des Gesundheitswesens eigentlich für immer erledigt sei. Weit gefehlt. Seitdem und bis heute wird in jeder Talkshow und bei jeder Erörterung über die Zukunft unseres Gesundheitswesens immer wieder auf die Kostenexplosion verwiesen.

Als einzelner Beitragszahler spürte man ja nichts von der Konstanz der Gesundheitskosten, im Gegenteil. Man spürte stattdessen eine kontinuierliche Erhöhung der Krankenkassenbeiträge. Diese beruhte aber nicht auf einer Kostenexplosion, sondern auf einem dramatischen Einnahmeeinbruch der Gesetzlichen Krankenversicherung durch die zunehmende Arbeitslosigkeit in den achtziger und neunziger Jahren des letzten Jahrhundert, die teilweise bis zu zwölf Prozent betrug. Die dadurch fehlenden Beitragseinnahmen konnten nur durch Beitragserhöhungen aufgefangen werden. Und um diese Beitragserhöhungen möglichst gering ausfallen zu lassen, wurden Selbstbeteiligungen der Erkrankten eingeführt, auch wenn diese dem Konzept einer Solidarversicherung diametral widersprachen. Rezeptgebühr, Zuzahlungen, individuelle Zusatzbeiträge und selektive Beitragserhöhungen mit eingefrorenem Arbeitgeberanteil waren solche Veränderungen. Dadurch wurden die Krankheitskosten mehr und mehr, Schritt für Schritt von der Solidargemeinschaft auf den einzelnen Kranken zurückgewälzt. Diese Entwicklung wurde von ausnahmslos allen politischen Parteien betrieben und fand ihren Höhepunkt in der rot-grünen Agenda 2010. Der damalige Bundeskanzler Gerhard Schröder rief gleich zu Beginn seiner Regierungserklärung am 14. März 2003 den paradigmatischen Satz ins Plenum: „Wir werden Leistungen des Staates kürzen, Eigenverantwortung fördern und mehr Eigenleistung von jedem Einzelnen abfordern müssen".

Zeitgleich wurde ein neues Vergütungssystem in den Krankenhäusern eingeführt, das die Vergütung an die Schwere der Erkrankung und den Aufwand der therapeutischen Maßnahmen koppelte, die Diagnosis Related Groups (DRG), oder auf deutsch:

Diagnosebezogene Fallgruppen. Diese Umstellung hatte und hat bis heute enorme Auswirkungen. Die Liegezeit wird nun mit allen Mitteln reduziert, die Fallzahlen werden mit allen Mitteln erhöht und die Diagnosen werden so weit wie möglich dramatisiert, um in einer höhere Bezahlgruppe der DRGs zu gelangen. Aus diesem DRG-System heraus ergibt sich der Case Mix Index. Der Case Mix Index ist der Durchschnitt aller DRGs, die ein Krankenhaus gegenüber den Kassen zur Abrechnung bringt. Je höher der Case Mix Index, desto höher die Vergütung. Erreicht eine Klinik den von der Geschäftsleitung vorgegebenen Case Mix Index nicht, droht Unterfinanzierung, d.h. Verkauf oder Schließung. Das führt zu einem enormen Druck der Geschäftsleitungen auf die ärztlichen und pflegerischen Berufe. Diese werden zu einem ökonomischen Denken in Gewinn- und Verlustkategorien gezwungen und verlieren dabei notgedrungen den eigentlichen ärztlichen und pflegerischen Auftrag immer mehr aus dem Auge.
Auch genau in jener Zeit begann dazu noch eine Privatisierungswelle von öffentlichen Einrichtungen, insbesondere von Krankenhäusern, die inzwischen solche Ausmaße angenommen hat, dass Deutschland heute mit der Zahl der privatisierten Krankenhausbetten an der Spitze in der Welt steht, noch vor den USA.

Aber damit nicht genug. Es gibt noch ein zweites Märchen, eine zweite, nicht minder furchterregende Katastrophe, die auf das Gesundheitswesen zurollt. Die immer höhere Lebenserwartung, die Veränderung der sogenannten Alterspyramide, die inzwischen mehr einem gerupften Tannenbaum als einer Pyramide gleicht, sei dazu geeignet, die Ressourcen unseres Gesundheitswesens zu sprengen. Die immer weiter steigende Lebenserwartung bzw. der immer höhere Anteil älterer Menschen an der Gesamtbevölkerung sind Tatsachen. Darüber kann und muss man nicht diskutieren. Es kann aber niemandem entgangen sein, dass man von einer „Überalterung" unserer Gesellschaft spricht. Es ist ja so einleuchtend: je älter, desto kränker, desto teurer.

Das ist aber falsch. Das steigende Durchschnittsalter verursacht im Gesundheitswesen keine unlösbaren Probleme, sondern hauptsächlich erhebliche Veränderungen im Krankheitsspektrum. Es ist nämlich so, dass jeder Mensch, über seinen ganzen Lebenszyklus betrachtet, etwa 70 bis 80 Prozent der Kosten im Gesundheitswesen im letzten Jahr seines Lebens verursacht. Es ist dabei völlig gleichgültig, ob er mit 40, 60 oder 80 Jahren stirbt. Es ist sogar so, dass diese Kosten im letzten Lebensjahr bei einem 40jährigen im Allgemeinen deutlich höher sind als bei einem 80jährigen, da man bei jüngeren Patienten naturgemäß wesentlich radikalere und invasivere, also auch teurere Therapieentscheidungen trifft. Es ist immer das letzte Lebensjahr das kostenträchtigste, wie gesagt mit etwa 70 bis 80 Prozent der verursachten Kosten eines gesamten Lebens. Das nennt man den Kompressionseffekt. Das steigende Durchschnittsalter der Bevölkerung wird wahrscheinlich eine völlige Neukonzeption der Pflegeversicherung erzwingen, und es wird möglicherweise auch Verteilungsprobleme zwischen jung und alt in der Rentenversicherung geben, aber im Gesundheitswesen ist ganz sicher nicht mit Problemen zu rechnen, die nicht innerhalb des bestehenden Systems, die nicht mit bereits vorhandenen Ressourcen gelöst werden könnten. Denn: Mit der steigenden Lebenserwartung wird der Lebensabschnitt des gesunden Altseins immer länger, und die hohen Kosten - im letzten Jahr des Lebens, um es noch einmal zu sagen - entstehen dementsprechend immer später.

Hätten die Propagandisten der Kostenexplosion und der Altersdemagogie Recht, dann wäre unser Gesundheitswesen ja längst zusammengebrochen. Das ist aber mitnichten der Fall. Der ökonomische Druck, der im gesamten Gesundheitswesen inzwischen herrscht, muss also ganz andere Gründe haben als eine Kostenexplosion, die es gar nicht wirklich gibt, und eine Alterslawine, die angeblich auf das Gesundheitswesen zurollt, aber dort nie eintreffen wird. Die Märchen von der Kostenexplosion und der Altenlawine dienen nur dazu, ein im Grunde gut funktionierendes Sozialsystem mit einer sogenannten Gesundheitsreform nach der anderen zum Abschuss freizugeben. Das ist ein kompletter, tief greifender Kurswechsel. Er wirkt sich bis in das letzte Krankenzimmer, bis in den letzten Operationssaal aus.
In das Gesundheitswesen hat unsere Gesellschaft bislang einen Teil ihres Reichtums investiert, zum Wohle aller. Das Gesundheitswesen war ein wichtiger Teil des Sozialsystems. Nun zieht sich der Staat zurück und macht Platz für Investoren. Nun wird das Gesundheitswesen zu einem Wirtschaftszweig. Ab sofort gelten ganz andere Gesetze als in einem Sozialsystem. Die Gesundheitswirtschaft wird zur Quelle neuen Reichtums für Investoren, die durch hohe Renditen von mehr als zehn Prozent dorthin gelockt werden, wie sie zur Zeit in keinem anderen Wirtschaftszweig auch nur annähernd winken. Die Marktwirtschaft verliert ihr soziales Mäntelchen.

Dieser Deformationsprozess hat Ursachen, die außerhalb des Gesundheitswesens und außerhalb der Humanmedizin gesucht werden müssen und zu finden sind. Er ist Teil einer Umwälzung, von der ausnahmslos alle Sozialsysteme in unserer Gesellschaft betroffen sind. In einfachen Worten kann man das so dechiffrieren: Nicht mehr der Kranke ist Gegenstand der Medizin, der Heilkunst, sondern die

Krankheit ist Gegenstand eines Programms; um es genau zu sagen: eines profitablen Wirtschaftsprogramms. Das ist die Konkretion der Verwandlung des Gesundheitswesens in eine Gesundheitswirtschaft. Und um diesen Vorgang wirksam zu vernebeln, braucht es auch weiterhin die Märchen von der Kostenexplosion und von der Alterslawine.

Dr. Bernd Hontschik

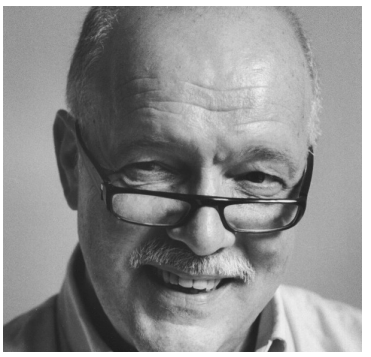


Foto: Barbara Klemm

Zum Autor: „Bernd Hontschik war Oberarzt an der Chirurgischen Klinik am Städtischen Krankenhaus Frankfurt-Höchst und betrieb eine chirurgische Praxis in der Frankfurter Innenstadt. Er ist Herausgeber der Taschenbuchreihe „medizinHuman" im Suhrkamp Verlag und schreibt Kolumnen für die Frankfurter Rundschau." Der VdPP bedankt sich für die Abdruckrechte.

# Gesundheit ist mehr als Kosten

***Leserbrief zum Beitrag von Dr. med. Bernd Hontschik in der Deutschen Apotheker Zeitung vom 8.11.2018 (DAZ 158 (2018): 4604-4606, Nr. 45)***

Danke DAZ! Die pharmazeutische Fachzeitschrift DAZ lässt mit dem leicht modifizierten Artikel von Dr. med. Bernd Hontschik aus der taz vom 3./4. November 2018 eine Stimme zu Wort kommen, die aufräumt mit der Mär von der „Kostenexplosion" im Gesundheitswesen; die klar benennt, dass Privatisierung und Ökonomisierung im Gesundheitswesen nicht den Menschen, nicht den Kranken und nicht den Versicherten dient, sondern denjenigen, die am Raubbau des solidarischen Gesundheitswesens kräftig verdienen. Damit greift Hontschik die Argumente von Braun/Kühn/Reiners aus dem Jahr 1998 auf.

Danke auch für die klaren Worte, dass ein längeres Lebensalter nicht unbedingt mit mehr Krankheit und mehr Kosten verbunden sein muss. Dass ein gesundes Altern lange Zeit möglich ist, wenn Menschen gesund aufwachsen, ein gesundes Arbeitsumfeld erleben und noch im hohen Alter wertgeschätzt werden sowie im Krankheitsfall auf solidarische Sicherungssysteme vertrauen können.

Genau das sind die Ziele, die schon seit den siebziger und achtziger Jahren des letzten Jahrhunderts auf der Ebene der Weltgesundheitsorganisation in den Deklarationen von Alma Ata 1978 und Ottawa 1986 mit den Ideen Primärversorgung und Gesundheitsförderung beschrieben und ausformuliert wurden. Ideen, die inzwischen von einigen Ländern zum Teil umgesetzt werden. Davon lesen wir leider in den pharmazeutischen Fachzeitschriften viel zu wenig, obwohl die Ideen durchaus die Arbeit in den Apotheken betreffen und mittel- bis langfristig den Apotheken und den pharmazeutischen Berufen neue Perspektiven bieten.

Auch in der Bundesrepublik werden Schritte in diese Richtung einer neuen Primärversorgung und Gesundheitsförderung gegangen. Der jahrelange Kampf um ein Präventionsgesetz hat aber gezeigt, welche Widerstände gegen eine solche Politik überwunden werden müssen, wenn die Menschen in den Mittelpunkt gestellt werden sollen und nicht der Profit. Jetzt, wo Fachkräftemangel überall zu spüren ist, wo der ländliche Raum mit den zurückbleibenden älteren Menschen abgehängt wird, wo insofern Marktmechanismen nicht mehr greifen, jetzt wird darüber diskutiert, wie die Verhältnisse verändert werden müssen, um die Primärversorgung zu sichern und die Ressourcen der Menschen zu stärken. Natürlich steht dahinter auch immer der Gedanke, wie die Arbeitskräfte dem Arbeitsmarkt zur Verfügung bleiben und wie Menschen im höheren Alter möglichst wenig Kosten verursachen.

Es ist eigentlich erbärmlich, dass es immer erst zu solchen Verwerfungen kommen muss, bis gute Ideen eine Chance bekommen. Umso dankbarer muss man denjenigen sein, die Konzepte aus den Ideen entwickeln, mit viel persönlichem Engagement ausprobiert und immer wieder thematisiert haben. Ganz zuvorderst sind hier die Organisatorinnen und Organisatoren des inzwischen größten Public Health-Kongresses der Bundesrepublik zu nennen, die seit inzwischen 25 Jahren den Kongress Armut und Gesundheit in Berlin veranstalten und damit das Kernthema von Primärversorgung und Gesundheitsförderung in den Mittelpunkt rücken.

Von den weiterführenden Konzepten der Primärversorgung und der Gesundheitsversorgung im Sinne der WHO-Programmatik ist zwar im Gastbeitrag von Dr. Hontschick nichts zu lesen, aber sie gehören dazu, will man nicht bei der Mär von der

„Kostenexplosion“ und der Kritik am rein ökonomischen Denken stehen bleiben.
Es wäre schön, wenn auch die anderen Fachzeitschriften häufiger solchen Stimmen Platz bieten würden. Dies würde dazu beitragen, dass innerhalb des gesamten Berufsstandes der Apothekerinnen und Apotheker mit mehr Weitblick und mit mehr solidarischem Grundverständnis über die Zukunft des Apotheken- und Gesundheitswesens diskutiert werden könnte.

Auch in Zukunft wird uns die Mär von der „Kostenexplosion“ immer wieder präsentiert werden, wenn es wirtschaftlich bergab geht; wenn die bisherigen Gewinne privatisiert sind und die kommenden Verluste wieder sozialisiert werden, also von den Beitragszahlern, den Steuerzahlern und vor allem von den Erkrankten. Daher brauchen wir mehr von solchen aufklärenden Beiträgen. Sie sind notwendig, damit die zukünftigen Verteilungskämpfe in der pharmazeutischen Welt auf einen Diskurs treffen, mit denen bereits im Vorfeld Konzepte darauf abgeklopft werden, ob sie den Menschen dienen, zur Stärkung ihrer Ressourcen beitragen und das Gesundheitssystem insgesamt im Sinne der Patientenorientierung demokratischer machen.

Danke DAZ! Und auch mutig weitere Schritte gehen!

*Vorstand des VdPP*

# Quartiersentwicklung:

# Chancen und Nutzen integrierter Quartiersapotheken

## *Veröffentlichung zum Fachtag „Älter werden in Münster“*

Der demografische Wandel wird in den nächsten Jahren bis Jahrzehnten eine zentrale Herausforderung sein. Das Älterwerden der Menschen und die damit verbundenen Konsequenzen für die Kommunen gilt es verstärkt in den Blick zu nehmen. Mit dem 7. Altenbericht wird die Thematik der kommunalen Daseinsvorsorge aus der Perspektive der älteren Menschen umfassend beleuchtet.

Bei der Frage nach Wohnwünschen wird deutlich: Ungefähr 60% der Menschen wollen im Alter in den eigenen vier Wänden leben und notfalls vom Pflegedienst unterstützt werden. Mit zunehmendem Alter werden die Aktionsradien aber immer kleiner. Stadtteile werden neben der eigenen Wohnung zum wichtigsten Aktionsraum. Das fordert die Kommunen, unterstützende Settings aufzubauen und Strukturen zu verbessern, sodass ein selbstbestimmtes und selbstständiges Leben im vertrauten Wohnumfeld möglich ist.
Versorgungsstrukturen in den einzelnen Quartieren müssen an die Bedürfnisse einer immer älter werdenden Gesellschaft angepasst werden.
Durch Quartiersentwicklung sollen Strukturen geschaffen werden, um die Teilhabe und die Selbstbestimmung im Alter zu ermöglichen. Ziel ist es, für ältere Menschen stabile neue nachbarschaftliche Netzwerke aufzubauen. Bereits bestehende professionelle und ehrenamtliche Initiativen sowie die Angebote von sozialen und gewerblichen Dienstleistern sollen attraktiver und bekannter gemacht werden. Außerdem sollen bedarfsgerecht neue Angebote vor Ort entwickelt werden.

In Münster gibt es bereits fünf laufende altengerechte Quartiersentwicklungsprojekte, darunter auch das Modellprojekt „Hiltrup-Ost“. Mit gutem Beispiel voran geht dort die **Quartiersapotheke.** Sie kooperiert eng mit der Quartiersentwicklerin des Sozialamtes. Diese „ist in monatlichen Abständen vor Ort, um die Bürgerinnen und Bürger zu informieren und mit ihnen ins Gespräch zu kommen. Aber auch im alltäglichen Betrieb kümmert sich die Apotheke um mehr als nur um die Versorgung mit Medikamenten und pflegt den sozialen Kontakt zu ihren Kunden. Eine solche Apotheke als Kooperationspartner ist für die Quartiersentwicklung von großem Wert und wird in jedem Stadtteil gewünscht.“ So heißt es in der Einleitung der Tagungsdokumentation zum Fachtag „Älter werden in Münster – sich versorgen“, der im März 2018 in Münster stattfand.

Ein Workshop auf diesem Fachtag beschäftigte sich mit dem Thema Gesundheit und den Anforderungen an die Quartiersentwicklung. Dabei konnte die Bedeutung der in die Entwicklung integrierten und mit anderen Anbietern gut vernetzten Apotheke herausgehoben werden.
Die Tagungsdokumentation wird leider nicht von der Stadt Münster als online-Publikation zur Verfügung gestellt, sondern nur als Print-Version. Eine PDF-Version kann aber angefordert werden: Stadt Münster Sozialamt, Sozialplanung – Quartiersentwickung, Yvonne von Kegler, Von-Steuben-Str. 5, 48143 Münster, vonKegler@stadt-muenster.de

# 30 JAHRE VDPP

## MITGLIEDERVERSAMMLUNG 2019

## IN HAMBURG

| | | |
|---|---|---|
| ANREISE: | 21. JUNI | EHEMALIGE VIKTORIA-KASERNE |
| MV: | 22./23.JUNI 2019 | BODENSTEDTSTR./ZEISEWEG |
| | | 22765 HAMBURG ALTONA |

Der Samstag, 22. Juni, ist dem Thema „**Interprofessionelle Zusammenarbeit**" gewidmet. Am Sonntag findet die eigentliche Mitgliederversammlung statt. Wir wollen am Samstag früh beginnen. Deshalb bitten wir alle, am Freitag bereits anzureisen. Weitere Informationen folgen.

Unser Tagungsort:
Vor fast 140 Jahren entstand in Hamburg Altona die preußische Viktoria-Kaserne. Das Ende des ersten Weltkriegs war auch das Ende der Kasernenfunktion. Nach sehr unterschiedlicher Verwendung während der letzten 100 Jahre hat eine Initiative von KünstlerInnen und kreativ Arbeitenden das Gebäude von der Stadt Hamburg erworben und gestalten es seit ein paar Jahren um zu einem Ort zum Arbeiten. Wir werden in den Räumen des Konferenzzentrums „doc Europe" unsere Mitgliederversammlung abhalten. Verpflegen wird uns die „Cantina fux und ganz".

ehemalige Viktoria-Kaserne, Hamburg Altona

# MANIFEST zu den Europawahlen:

## Entwickelt in der European Alliance for Responsible R&D and Affordable Medicines

# Gesundheit hat Vorrang:
# Zugang zu Medikamenten in Europa verbessern

29.11.2018

**Viele Europäische Länder können ihrer Bevölkerung eine Gesundheitsversorgung auf hohem Niveau bieten, deren Kernprinzipien Gleichheit, Solidarität und Universalität sind. Auch wenn es immer noch bedeutsame Ungleichheiten gibt, sowohl zwischen verschiedenen EU Staaten als auch innerhalb eines Staates, können wir dennoch grundsätzlich stolz auf diese Gesundheitsversorgung sein – besonders im Vergleich zum viele ausgrenzenden und teuren US-Modell.**

Gesundheitsversorgung ist ein öffentliches Gut, das von grundlegender Bedeutung für das Wohlergehen der Menschen ist. Es handelt sich um eines der wichtigsten Grundrechte, und die meisten EuropäerInnen wünschen, dass die EU mehr für die Gesundheit tut.(1) Zum Recht auf Gesundheit gehört der Zugang zu rechtzeitiger, akzeptabler und bezahlbarer Versorgung und zu qualitativ hochwertigen Medikamenten.(2)

Mitgliedsstaaten sind verpflichtet, dieses Recht auf nicht diskriminierende Weise umzusetzen. Aber in den letzten Jahren haben wir uns bei der Produktion und der Preisgestaltung neuer Medikamente zunehmend einer Logik gebeugt, die auf zweistellige Gewinne ausgerichtet ist.

Viele Gesundheitssysteme in der EU leiden unter den Folgen einer einseitigen Industriepolitik und Regeln für geistige Eigentumsrechte im pharmazeutischen Sektor. Beide zielen fast ausschließlich auf das Wachstum der europäischen Wirtschaft und auf Gewinnmaximierung, statt die Versorgung der Bevölkerung mit guten und bezahlbaren Medikamenten in den Mittelpunkt zu stellen. In Europa und weltweit steigen die Preise neuer Arzneimittel schnell. Das bedeutet für die öffentlichen Gesundheitssysteme enorme finanzielle Belastungen. In der Folge wird eine steigende Zahl von Behandlungen für lebensbedrohende Infektionen und Krankheiten wie Krebs oder Hepatitis C für viele PatientInnen und viele nationale Gesundheitssysteme unbezahlbar.(3)

Das ist das Resultat eines ineffektiven und teuren Systems für Forschung und Entwicklung (F&E), das neue Medikamente mit Monopolen belohnt. Der Patentschutz versagt dabei, gesunden Wettbewerb zu fördern und wirkliche Innovationen zu belohnen.(4) Das derzeitige System erlaubt es Firmen, exorbitante Preise zu verlangen, die die Budgets öffentlicher Gesundheitsversorgung strapazieren. Geld, das an anderer Stelle fehlt. So gefährden sie die Nachhaltigkeit öffentlicher Gesundheitssysteme in Europa.(5)

Es müssen dringend Maßnahmen ergriffen werden, damit Regierungen und BürgerInnen Zugang zu bezahlbaren unentbehrlichen innovativen Medikamenten haben. Ein wichtiger Schritt in diese Richtung sind gemeinschaftliche Forschungsprozesse und das Teilen von Wissen. Die EU hat bereits Schritte in diese Richtung unternommen, indem sie Open Science und Open Innovation fördert. Diese Ansätze müssen ausgeweitet und auch in der biomedizinischen F&E umgesetzt werden.

1) 70% der EuropäerInnen wollen, dass die EU mehr für Gesundheit macht – so eine Umfrage von Eurobarometer im März2017 www.europarl.europa.eu/external/html/eurobarometer-052017/
2) Gesundheitsversorgung ist auch einer der 20 Grundsätze der europäischen Säule sozialer Rechte https://ec.europa.eu/commission/priorities/deeper-and-fairer-economic-and-monetary-union/european-pillar-social-rights/european-pillar-social-rights-20-principles_de#kapitel-iii-sozialschutz-und-soziale-inklusion
3) Nach einer Schätzung von2016 würde die Behandlung von 55% der Menschen mit chronischer Hepatitis C in Frankreich mehr kosten als das Budget aller öffentlichen Krankenhäuser in Paris. www.unsgaccessmeds.org/inbox/2016/3/4/pauline-londeix-enligsh-translation
4)RVS Development of new medicines. Better, faster, cheaper. 2017 www.raadrvs.nl/uploads/docs/Recommendation_Development_of_New_Medicines.pdf
5) Collier R. Drug development cost estimates hard to swallow. Canadian Medical Association Journal.2009;180(3): 279. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2630351Prasad V, Mailankody S. Research and Development Spending to Bring a Single Cancer Drug to Market and Revenues After Approval. JAMA Intern Med. 2017;177(11):1569–1575. doi:10.1001/jamainternmed.2017.3601 https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/article-abstract/2653012
Médecins Sans Frontières. Lives on the Edge: Time to Align Medical Research and Development with People's Health Needs. May 2016. Page 13. Available from: www.msfaccess.org/sites/default/files/R&D_report_LivesOnTheEdge_Updated29Sept_ENG_2016.pdf
6) Die Nutzung von TRIPS Flexibilitäten sollte in Europa ausgeweitet und außerhalb der EU gefördert werden.

Die anstehenden EU Wahlen sind eine Chance, Menschen und ihre Bedürfnisse in den Mittelpunkt der Europäischen Politik zu stellen. Das kann dazu beitragen, das Vertrauen der Bürger in das Projekt Europa zu festigen, indem es zeigt: Die EU kümmert sich um das, was den BürgerInnen am meisten bedeutet.

Gute Regeln für gesundheitsrelevante Forschung und Entwicklung sind ein wesentlicher Baustein des Projekts Europa. Um hier die BürgerInnen in das Zentrum der politischen Entscheidungen zu stellen, müssen folgende Themen für das nächste Europäische Parlament und die Europäische Kommission höchste Priorität bekommen:

- Public return on public investment:

Das Geld der SteuerzahlerInnen, das in biomedizinische F&E investiert wird, sollte eine öffentliche Rendite bringen und der Gesellschaft nützen. EU Investitionen müssen sich an den Bedürfnissen der öffentlichen Gesundheit orientieren, und die Forschungsergebnisse müssen zugänglich, verfügbar und bezahlbar sein. Open Science, Open Data und Zugang zu den wissenschaftlichen Veröffentlichungen sollten zum Standard werden.

- Ein nachhaltiges System der Forschung und Entwicklung:

Die EU und ihre Mitgliedsstaaten sollten gesunden Wettbewerb fördern und wirkliche Innovation belohnen. Das schafft ein nachhaltiges System für Regierungen und Patienten. Neue Modelle der F&E, die auf Open Science Prinzipien basieren, sollten erprobt werden. Beispiele sind De-Linkage-Modelle, die Arzneimittelentwicklung von der Aussicht auf hohe Preise abkoppeln, Forschungsprämien, sozialverträgliche Lizenzierungen und Open Source Forschung. Solche Modelle sollten mit Pilotprojekten, Machbarkeitsstudien und neuen Finanzierungsprogrammen gefördert werden.

- Gesunder Wettbewerb und Handel:

Die EU sollte ihr System für geistige Eigentumsrechte reformieren, um eine gesunde Balance zwischen privaten und öffentlichen Interessen zu erreichen. Wettbewerb ist wichtig, um echten Fortschritt zu fördern: Die EU sollte einen fairen Wettbewerb ermöglichen, indem sie wettbewerbswidrigen Praktiken entgegenwirkt und sie auch sanktioniert. Zudem sollte es die EU unterlassen, unfaire Standards für geistige Eigentumsrechte zu exportieren, Statt dessen sollte sie die Handelspolitik so ausrichten, dass sie der öffentlichen Gesundheit weltweit dient.(6)

- Wirkliche Innovation und Sicherheit der PatientInnen:

Neue innovative Arzneimittel müssen einen therapeutischen Zusatznutzen im Vergleich zu existierenden Behandlungsmöglichkeiten bieten. Hohe Standards für die wissenschaftliche Prüfung der Marktzulassung müssen gesichert und gefördert werden. Die Transparenz klinischer Studiendaten und der Risikoüberwachung von Arzneimitteln müssen verbessert werden. Europaweite Zusammenarbeit bei der Nutzenbewertung von Gesundheitstechnologien (Health Technology Assessment) sollte ausgebaut werden, wobei die Entscheidungen auf Evidenz beruhen müssen und auf größtmögliche Transparenz und Unabhängigkeit, basieren sollten. Jede Art von Interessenkonflikt sollte ausgeschlossen werden.

**Weitere Informationen unter: medicinesalliance.eu**

Unterstützende Organisationen:

1. TranspariMED
2. Wemos Foundation
3. Commons Network
4. EKPIZO
5. Salud por Derecho
6. Global Health Advocates - GHA
7. Health Action International -HAI
8. Acceso Justo al Medicamento, AAJM
9. T1 International
10. AIDES
11. PRAKSIS
12. Health and Trade Network
13. Aidsfonds
14. NoGracias (Spain)
15. GAT - Grupo de Ativistas em Tratamentos
16. ARAS - the Romanian Association Against AIDS
17. International Society of Drug Bulletins (ISDB)
18. Health Projects for Latvia
19. Policies forEquitable Access to Health
20. Verein demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten (VdPP)
21. Prescrire
22. Médecins du Monde
23. BUKO Pharma-Kampagne
24. European Network against Privatization and Commercialization of Health and Social Protection
25. Platform for Action on Health and Solidarity (Belgium)

Pharmazie in sozialer Verantwortung

VdPP

# Mitgliederversammlung in Hamburg

## 21. bis 23. Juni 2019

## KONTAKT

VdPP
c/o Neptun-Apotheke - Bramfelder Chaussee 291 -
D-22177 Hamburg

Tel. 040 63917720 - Fax 040 63917724

E-Mail: info@vdpp.de

Mehr Informationen, Artikel und aktuelle Termine finden Sie unter:

**www.vdpp.de**

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

- Patientenorientierte Arzneimittelberatung und Versorgung
- Demokratisierung des Gesundheitswesens und der Standesorganisationen
- 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

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

## VORSTAND

**Daniel Fleer**
fleer@vdpp.de

**Thomas Hammer**
hammer@vdpp.de

**Viktoria Mühlbauer**
muehlbauer@vdpp.de

**Udo Puteanus**
puteanus@vdpp.de

**Bernd Rehberg**
rehberg@vdpp.de

## NÄCHSTER RUNDBRIEF

Der nächste VdPP-Rundbrief erscheint im Mai 2019. Redaktionsschluss ist am 25. März 2019