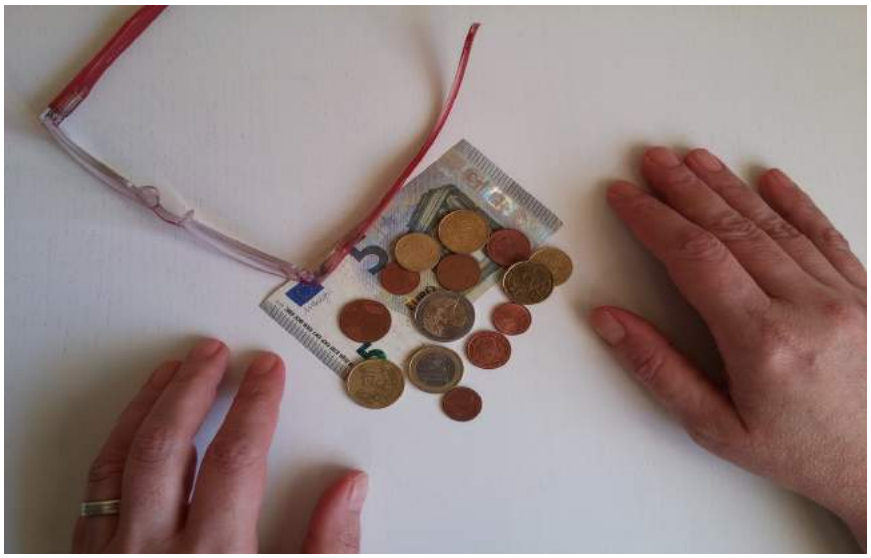
Rundbrief des
Vereins demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten

01 / 2020
31. Jahrgang
106



Pharmazie in sozialer Verantwortung

VdPP

Positionen des VdPP zur Arzneimittelversorgung sozial Benachteiligter

Notwendige Arzneimittel und gesundheitliche Versorgung für alle – solidarisch finanziert!

Hamburg, 18. November 2019
In einem so reichen Land wie der Bundesrepublik Deutschland gibt es viele Menschen, die sich die dringend benötigten Arzneimittel nicht leisten können. 15 Mio. Menschen gelten als armutsgefährdet. Für sie sind Zuzahlungen zu Arzneimitteln oftmals eine zu hohe Hürde; die bestehenden Härtefallregelungen für Zuzahlungen sind bei weitem nicht ausreichend und für viele zu kompliziert. Außerdem leben 500.000 Menschen ohne Papiere in Deutschland, ohne jegliche Absicherung. Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel müssen komplett aus eigener Tasche finanziert werden. Auch hierfür fehlt diesen Menschen sehr oft das Geld.
Glücklicherweise wächst die Hilfsbereitschaft von Menschen, die ihre Augen vor der Not nicht verschließen und tatkräftig helfen wollen, auch in der Apothekerschaft. Sie engagieren sich in Organisationen wie *Apotheker ohne Grenzen* oder bei sog. Medikamententafeln – oder auch einzeln im täglichen Apothekenbetrieb. Ihr Einsatz ist hoch lobenswert und kann dennoch nicht die Lösung sein für das Gesundheitswesen in diesem reichen Land – in einem Gesundheitswesen, das im Prinzip dem Solidaritätsgedanken verpflichtet ist. Seit vielen Jahren werden die Folgen der neoliberalen Politik deutlich: Die Gesundheitspolitik wird durch Privatisierung und Kommerzialisierung bestimmt und immer mehr Geld geht an Finanzinvestoren und global agierende Konzerne verloren. Die Folgen dieser Politik sind Armut und Ausgrenzung.
Der Anspruch auf Gesundheit und die Versorgung im Krankheitsfall ist ein Menschenrecht. Die Bundesrepublik hat den UN-Sozialpakt, der dies festschreibt, unterschrieben und ratifiziert. Die Realität in der Bundesrepublik sieht allerdings für viele Menschen komplett anders aus. Entweder haben sie gar keinen Zugang zu einer Versorgung oder sie

Inhalt dieser Ausgabe

VdPP-Positionen zur Arzneimittelversorgung sozial Benachteiligter 1
Notwendige Arzneimittel für alle—solidarisch finanziert! 4
Wie der Staat die Armen abzockt 6
Gesundheit ist nicht für alle bezahlbar 7
Apotheken und Gemeinwohlökonomie 9
Genderorientierte Gesundheitsversorgung 10
VdPP zu VVN-BdA 13
Ein Arbeitstag in einer öffentlichen Kiez—Apotheke 14
Vom Pillendreher zum Packungsdreher 15
Ein Bericht von der Fachkonferenz der dpgg 16
Fernbehandlung—Digitalisierung 20
Zur Substitutionstherapie Opioidabhängiger 24
30 Jahre Mauerfall: Grenzerfahrung 26

müssen zuvor große Hürden überwinden; zum Teil werden nur eingeschränkte Leistungen gewährt, oder Betroffene können die notwendigen Produkte oder Dienstleistungen nicht bezahlen.

DER VdPP FORDERT DAHER VON DEN POLITISCH VERANTWORTLICHEN

Für gesetzlich Krankenversicherte:

Die Zuzahlungen auf verordnete Arzneimittel müssen zurückgenommen werden.
Zuzahlungen haben keine Steuerungsfunktion. Sie belasten und bestrafen Erkrankte durch zusätzliche Ausgaben (welche Gesunde nicht belasten!): Zuzahlungen widersprechen dem Solidaritätsgedanken der Gesetzlichen Krankenversicherung. Zuzahlungen erschweren sozial Benachteiligten den Zugang zu Arzneimitteln und zwingen häufig zum Verzicht auf das benötigte Arzneimittel. Die angeblich „abfedernden" Härtefallregelungen sind für Menschen mit wenigen finanziellen Mitteln überhaupt nicht ausreichend, sodass diesen Menschen der Zugang zur notwendigen Versorgung erschwert, ja teilweise sogar unmöglich wird.
Eine solidarische Bürgerversicherung muss endlich umgesetzt werden. Die Zwei-Klassenmedizin muss endlich abgeschafft werden.
Weltweit ziemlich einmalig gibt es in Deutschland die zwei Systeme der Gesetzlichen und der privaten Krankenversicherung (GKV bzw. PKV). Die Besserverdienenden aus der PKV können sich der solidarischen Finanzierung des Gesundheitswesens entziehen. Die meisten Kosten entstehen in der GKV, weil der Sozialstatus (Einkommen, Bildung, Beruf) in allen Gesellschaften in enger Verbindung zur Gesundheit steht. Die sozial schlechter Gestellten aus der GKV sind nicht nur öfter krank und leisten mehr Zuzahlungen, sie finanzieren auch die Versorgung der ganz Armen und Bedürftigen. Eine Bürgerversicherung würde u.a. eine solidarische Finanzierung bewirken, die Arbeitgeber paritätisch beteiligen und einen großen Beitrag zu sozialer Gerechtigkeit leisten.
Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel müssen wieder in den Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenkassen aufgenommen werden, soweit sie zur Behandlung von Erkrankungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sind sowie das Maß des Notwendigen nicht überschreiten (§12 SGB V). Die Bestimmung in § 34 SGB V, nach der nur bei schwerwiegenden Erkrankungen nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel nach Festlegung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss zu Lasten der gesetzlichen Krankenkasse verordnungsfähig sind, muss dahingehend erweitert werden.
Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel (oder auch Medizinprodukte) können sinnvoll und die Therapie der ersten Wahl sein. Sie können auch im Sinne von Public Health notwendig sein, wenn dadurch Infektionsgefahren reduziert werden (z. B. Antimykotika oder antiparasitäre Mittel). Wenn Ärztinnen und Ärzte jedoch im Einzelfall verschreibungspflichtige Arzneimittel als Ersatz verordnen, um ihren Patienten finanzielle Probleme zu ersparen, ist dies nicht unbedingt eine rationale Therapieentscheidung; sie kann mit höheren Risiken verbunden sein. Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel müssen daher unabhängig von finanziellen Erwägungen für die Versorgung über ärztliche Verordnung zur Verfügung stehen.

Für nicht Krankenversicherte und Menschen ohne Papiere:

Die Versorgung von nicht Krankenversicherten oder Menschen ohne Papiere muss dem gleichen Versorgungsniveau entsprechen, wie die Versorgung regulär Versicherter.
Die Bundesrepublik hat sich mit Ratifizierung des UN Sozialpaktes schon 1973 dazu verpflichtet, allen Menschen, die auf dem Gebiet der Bundesrepublik leben, eine ausreichende medizinische Versorgung zu sichern. Dies wird nicht umgesetzt. Menschen ohne Papiere müssen zudem befürchten, bei therapeutischer Behandlung im Regelsystem anderen Behörden gemeldet zu werden – mit der Gefahr einer Abschiebung. Nicht krankenversicherte Menschen und Menschen ohne Papiere erhalten allenfalls rudimentäre Versorgungsleistungen, wenn sie krank sind. Demgegenüber heißt es in Artikel 12 des UN-Sozialpaktes: *"Die Vertragsstaaten erkennen das Recht eines jeden auf das für ihn erreichbare Höchstmaß an körperlicher und geistiger Gesundheit an. Die von den Vertragsstaaten zu unternehmenden Schritte zur vollen Verwirklichung dieses Rechts umfassen die erforderlichen Maßnahmen (...) zur Schaffung der Voraussetzungen, die für jedermann im Krankheitsfall den Genuss medizinischer Einrichtungen und ärztlicher Betreuung sicherstellen".* Dies gilt auch für Menschen ohne Papiere!
Ein staatlich finanziertes System der aufsuchenden Gesundheitsversorgung muss aufgebaut werden.
Menschen in Not, ohne Wohnung, ohne Versicherung oder ohne Papiere sind oftmals nicht in der Lage, die bestehenden gesundheitlichen Einrichtungen zu nutzen. Die Arbeit niedrigschwelliger und aufsuchender Hilfsorganisationen hat gezeigt, welch großer Bedarf an einer solchen Versorgung besteht. Diese Arbeit kann aber nicht ehrenamtlichem Engagement überlassen bleiben,

das in manchen Regionen vorhanden sein mag, in anderen aber nicht. Aufgrund der Vorgaben des UN Sozialpaktes haben alle Menschen in der Bundesrepublik das Recht auf gesundheitliche Versorgung, nicht nur diejenigen, die zufällig dort leben, wo soziales Engagement die größten Härten abmildert.

DER VdPP APPELLIERT AN DIE APOTHEKERORGANISATIONEN

Die genannten Probleme sind auch als Herausforderung für die Apothekerschaft zu verstehen.
Apothekerinnen und Apotheker haben den gesetzlichen Auftrag, die Bevölkerung ordnungsgemäß mit Arzneimitteln zu versorgen. Dies gilt für die gesamte Bevölkerung. Die Apothekerinnen und Apotheker dürfen nicht wegschauen, wenn viele Menschen von dieser Versorgung ausgeschlossen werden!
Unser Anspruch muss sein: In allen Apotheken müssen alle Menschen – unabhängig von ihrem Geschlecht, ihrer Hautfarbe, ihrer Religion, ihren finanziellen Möglichkeiten, ihrem Aufenthaltsstatus oder ihrer Lebensumstände – mit Respekt beraten und versorgt werden.
In vielen Apotheken wird dieser Grundsatz sicherlich mit viel Engagement gelebt. Aber die Hürde für rassistisches Gedankengut sinkt und einzelne Bevölkerungsgruppen in der Bundesrepublik werden zunehmend diskriminiert. Daher ist es notwendiger denn je, dass sich die Apothekerorganisationen offen und sehr deutlich zu Antirassismus und Antidiskriminierung bekennen. Sie sollten zudem einfordern und unterstützen, dass in den Apotheken allen Menschen unter Achtung ihrer Würde begegnet wird, und dafür laufend Angebote machen (Artikel, Veranstaltungen, sprachliche Übersetzungshilfen, Veröffentlichung einschlägiger Praxiserfahrungen, Kooperationsmöglichkeiten in der Region…). Angesichts des guten Ansehens der Apothekerschaft in der Bevölkerung sieht der VdPP hier auch eine gesamtgesellschaftliche Verantwortung.

Die Berufsorganisationen müssen ihre Erfahrungen zur notwendigen Verbesserung der Versorgung in die gesellschaftliche und politische Debatte einbringen.
n Armut lebende Menschen versuchen in der Regel, ihre Armut zu verstecken. Sie wird dann nicht sichtbar. Finanzielle Schwierigkeiten von Patientinnen und Patienten werden in den Apotheken bei der Abgabe von Arzneimitteln (niedrigschwellige Angebote!) oft deutlich. Apotheken haben daher beste Voraussetzungen, Notlagen in der gesundheitlichen Versorgung wie ein Seismograph zu erkennen und in die regionalen Sozial- und Gesundheitsberichtserstattungen einzubringen.
Ein noch nicht veröffentlichtes Pilotprojekt aus dem Großraum Braunschweig hat gezeigt, dass Mitarbeiter*innen von Apotheken darüber gute Kenntnisse haben und bereitwillig Auskunft geben. Dieses Potential muss genutzt werden.
Die Berufsorganisationen müssen aktiv einfordern, dass Menschen in Not heute und jetzt versorgt werden. Sie müssen humanitäre Hilfsprojekte unterstützen. Gleichzeitig müssen sie sich für eine staatliche Absicherung der Menschen in Not einsetzen.
Den notleidenden Menschen ohne Krankenversicherung, ohne ausreichende finanzielle Mittel, ohne Aufenthaltsgenehmigung muss unmittelbar geholfen werden – und nicht erst, wenn irgendwann die Bundesregierung, die Länder oder Kommunen eine gesundheitliche Versorgung absichern. Es darf nicht sein, dass Ehrenamtliche staatliche Verpflichtungen übernehmen. Die Tafelbewegung hat gezeigt: viel humanitäres Engagement ist in der Gesellschaft vorhanden; aber der Staat zieht sich aus der Versorgung der Ärmsten zurück, weil er sich einfach auf das humanitäre Engagement verlässt. Menschen in Not dürfen aber nicht auf Almosen in einzelnen Regionen angewiesen sein. Sie haben ein Recht auf staatlich abgesicherte gesundheitliche Versorgung (UN-Sozialpakt!). Viele Ansprechpartner stehen zur Verfügung: politische und gesellschaftliche, auch ehrenamtliche Organisationen, kommunale Stellen, etwa Öffentlicher Gesundheitsdienst. Die Unterstützung der Bedürftigen durch den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) ist geboten. Der ÖGD hat als staatliche Einrichtung den sozialkompensatorischen Auftrag in den Kommunen; er verfügt als untere staatliche Gliederung sowie als Ort der Daseinsvorsorge gute Kenntnisse zu den örtlichen Problemlagen. Die verantwortlichen Kommunen müssen auch durch ausreichende finanzielle Ausstattung dazu in die Lage versetzt werden.

Die Not vieler Menschen in der Bundesrepublik ist groß. Durch den demografischen Wandel ist zudem mit steigender Altersarmut zu rechnen.

VdPP—Vorstand

**Die Apothekerschaft ist gefordert!
Ordnungsgemäße Arzneimittelversorgung für alle!
Das ist nicht nur ihre gesetzliche Pflicht.
Es ist auch ihre in den Berufsordnungen formulierte und in der Gesellschaft von einem angesehenen Berufsstand erwartete Aufgabe.**

Bericht vom Herbstseminar

Notwendige Arzneimittel für alle – solidarisch finanziert

Von
Ulrike Faber

„Als ich die Daten zum ersten Mal gesehen habe, war ich erschrocken und habe mich gefragt, ob ich hier auf ein Entwicklungsland blicke“. Diese Bemerkung des Referenten Dr. Thomas Lampert hat mich nachhaltig beeindruckt. Die drei Vorträge an diesem Abend fand ich sehr informativ und eben auch emotional anrührend.
PD Dr. Thomas Lampert ist Soziologe am Robert Koch-Institut (RKI) und berichtete über *Die soziale und gesundheitliche Lage sozial Benachteiligter in Deutschland*. Am RKI werden darüber seit Jahrzehnten Daten systematisch erhoben, analysiert, bewertet und auch für die Politikberatung genutzt.

Welche Folgen hat soziale Ungleichheit in Deutschland?

Lampert legte dar, dass das Armutsrisiko der Menschen von 10% (1998) auf 17% (2016) gestiegen ist und in 2016 am höchsten war bei Arbeitslosen (über 60%), bei Alleinerziehenden (35%) und bei Kindern und Jugendlichen (23%). Die regionale Verteilung weist ein West/Ost und ein Süd/Nord-Gefälle auf und eine Belastung der großen Städte. 10% der vermögendsten Haushalte verfügen über ca. 60% des gesamten Privatvermögens, die unteren 50% über weniger als 1%. Die soziale Herkunft prägt die Bildungschancen. Bei niedrigem Sozialstatus besteht ein erhöhtes Krankheitsrisiko. Zur Mortalität und Lebenserwartung sind folgende Erkenntnisse alarmierend: Arme Frauen leben 4,4 Jahre kürzer als reiche Frauen, arme Männer leben 8,6 Jahre kürzer als reiche Männer. Familiäre Ressourcen können die gesunde Entwicklung im Kindes-und Jugendalter unterstützen. Frühkindliche Gesundheit nach sozialem Status wird insbesondere durch die Faktoren Rauchen in der Schwangerschaft, Stillen sowie die U-Untersuchungen deutlich beeinflusst.

Lamperts Fazit: Die Verringerung der sozialen Ungleichheit ist die zentrale Herausforderung für die Politik generell und auch für die Gesundheits- und Sozialpolitik.

Wie werden obdachlose Menschen in Berlin versorgt?

Die Apothekerin Dorothee Giese, Master of Public Health, engagiert sich bei *Apotheker ohne Grenzen* (AoG). Sie stellte AoG sowie das *Berliner Projekt zur Versorgung Obdachloser* vor. AoG wurde im Jahr 2000 als gemeinnützige NGO gegründet, hat 1.800 Mitglieder und finanziert sich durch Beiträge, Fördergelder und Spenden. AoG hat als Ziel, die Pharmazie als zentrales Element der Gesundheitsversorgung zu stärken. Den Menschen soll weltweit ein Leben in Gesundheit ermöglicht werden. Die Arzneimittelversorgung soll verbessert werden. Projekte in der Entwicklungshilfe und Nothilfe nach Katastrophen werden auch durch den Einsatz vor Ort unterstützt. Zum Obdachlosenprojekt in Berlin stellte Giese die Situation in Berlin vor:
In Berlin gibt es 4.000 bis 8.000 obdachlose Menschen (Tendenz steigend), davon 37% aus Deutschland, 30% aus EU-Ländern, 33% aus anderen Staaten, 10% Frauen (Zahlen aus 2019).
Die gesundheitlichen Unterschiede zwischen Obdachlosen und der übrigen Bevölkerung sind dramatisch. Hauterkrankungen z.B. sind häufig, aber auch psychische Erkrankungen.
Zehn Ambulanzen versorgten 2016 über 6.000 Menschen in Berlin, 2018 bereits über 12.000 Menschen in fast 37.000 Konsultationen.
Dorothee Giese leitet das Obdachlosenprojekt von AoG in Berlin. Giese nannte als ihr persönliches Motiv, sie wolle etwas zurückgeben vom eigenen guten Leben. Das Projekt ist in der Obdachlosenambulanz der Berliner Stadtmission (BSM) an der Lehrter Straße angesiedelt. Dort gibt es folgende Angebote: eine Ambu-

lanz als Anlaufstelle, ein Pflegezimmer, eine aufsuchende Straßenambulanz, zwei Sprechstunden pro Woche (mit Überauslastung!), in der Kältezeit Notübernachtungen und aufsuchende Hilfe mit Bussen.
Um die Situation obdachloser Menschen zu verbessern, übernimmt AoG hier pharmazeutische Aufgaben: die Auswahl und Beschaffung von Medikamenten, Lagerverwaltung, Schulungen (Hygiene, Übertragungswege, lokale Applikation…), die Entwicklung einer leitliniengerechten Arzneimittelbedarfsliste (85 Positionen), dazu Hilfsmittel, Verbandstoffe etc. Die Arzneimittel werden über eine niedergelassene Apotheke beschafft und durch Geldspenden finanziert. Nach Gieses Erfahrung sind Arzneimittelspenden und –sammlungen nicht sinnvoll!
Giese berichtete auch über die *Clearingstelle für nicht krankenversicherte Menschen*, die ein Hoffnungsschimmer für viele ist. Geschätzt 60.000 Menschen in Berlin haben keinen geregelten Zugang zur gesundheitlichen Versorgung. Viele von ihnen können aber in eine Krankenversicherung vermittelt werden. Leider geht das bisher nicht für Menschen, die keine Papiere haben.

Gibt es die notwendigen Arzneimittel für alle?

Frau Dr. Kerstin Kemmritz, Präsidentin der Apothekerkammer Berlin, nahm die Regularien der Arzneimittelversorgung und die Erfahrungen in den öffentlichen Apotheken in den Blick und fragte: *Was kann die Apothekerschaft tun?* Ein Schwerpunkt waren die Probleme mit Zuzahlungen bei Verschreibungen oder Selbstzahlungen, etwa bei OTC. Die einen Patienten haben Geld dafür, die anderen aber nicht und können sich keine Hilfe etwa bei Kopfschmerzen leisten. Zuzahlungen für verordnete Arzneimittel erreichten in 2018 die Höhe von 2,18 Milliarden Euro. Nur knapp 9 % der GKV-Versicherten sind zuzahlungsbefreit. Schon diese Zahlen belegen, dass die Zuzahlungen keine Steuerungswirkung haben können (eher eine negative, wie in der Diskussion bemerkt wurde!). Als Regelungsbedarfe wurden hervorgehoben die Überprüfung der Zuzahlungen, Vermeidung von Überforderung, Krankenversicherung für alle.
Handlungsoptionen für Apothekerorganisationen bestehen z. B. darin, weiterhin Bußgelder aus Berufsgerichtsverfahren an *Apotheker ohne Grenzen* o.a. zu überweisen. Apotheken sind niedrigschwellig erreichbare Anlaufstellen. Apotheker und Apothekerinnen können dort als qualifizierte Anlaufpartner helfen. Sie können aber auch Projektpartner für andere Organisationen werden, Qualität und Sicherheit in der Arzneimittelversorgung gewährleisten, Arzneimittel spenden (dies wurde von Frau Giese eher problematisiert!), und sie können ehrenamtlich tätig werden.

Was hilft?
Bedingungsloses Grundeinkommen? Schluss mit Zuzahlungen? Bürgerversicherung?

Lampert hielt in der Diskussion höhere Einkommen für wichtig, aber im Ganzen sei entscheidend, welche Ressourcen in der Gesellschaft den Menschen zur Verfügung stehen und wie sie lernen können, sie zu nutzen. Verantwortliche Institutionen orientieren sich immer noch auf vernünftiges Gesundheitsverhalten wie etwa gesunde Ernährung und kaum auf die Verhältnisse wie etwa Esskultur mit gemeinsamen Mahlzeiten, Wertschätzung und gesellschaftliche Teilhabe.
Diskutiert wurde auch die Frage, wie häufig es in der Offizin Reaktionen auf Zuzahlungsforderungen gibt. Reagiert jeder 3. oder doch jeder 5. Kunde? „Dann nehme ich jetzt das Geld, das ich für Strom zurückgelegt hatte“ wurde eine Kundin zitiert.
Eindringlich wurde eine Bürgerversicherung gefordert, welche die Wohlhabenden und Arbeitgeber an der solidarischen Finanzierung beteiligt und Entlastung für alle schaffen könnte.
Dieser Abend hat Nachdenklichkeit ausgelöst. Die Vorträge ergaben einen umfassenden Eindruck von der Problematik. Die aufgeschlossene Teilnahme der Kammerpräsidentin lässt hoffen, dass auch die Berufsorganisationen trotz aller Belastungen noch ein Stück aufmerksamer werden.

Weitere Informationen:
https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsK/2014_2_soziale_unterschiede.pdf?__blob=publicationFile
www.apotheker-ohne-grenzen.de

Bericht von Dr. Ulrike Faber, VdPP.Gründungsmitglied.

Hartz-IV-Skandal

Wie der Staat die Armen abzockt!

Von
Ulrike Faber

Das war der Aufmacher der Wochenzeitung *der Freitag* vom 31.Oktober 2019 - passend zu unserem Herbstseminar, aber gebracht in Vorbereitung auf die erwartete Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts zu den Hartz-IV-Sanktionen. In seinem Artikel zum kalten Sozialklima erinnert Christian Baron an zweifelhafte Politikeräußerungen.

der Freitag
Die Wochenzeitung
Hartz-IV-Skandal
Wie der Staat die Armen abzockt!
Wird das Bundesverfassungsgericht die Sanktionen kippen? S. 6/7

Titelbild der Zeitung „der Freitag“ vom 31. Oktober 2019

2005 kam aus dem Wirtschafts- und Arbeitsministerium von (damals) SPD-Minister Wolfgang Clement ein Papier „Vorrang für die Anständigen - Gegen Missbrauch, ‚Abzocke‘ und Selbstbedienung im Sozialstaat“. Darin war auch zu lesen, dass Biologen für „Organismen, die …auf Kosten anderer Lebewesen – ihren Wirten – leben, übereinstimmend die Bezeichnung ‚Parasiten‘ verwenden“.
Im Mai 2005 goss der damalige Bremer Wirtschaftssenator Peter Gloystein (CDU) auf dem Bremer Marktplatz bei der Eröffnung eines Weinfestes einem anwesenden Obdachlosen Sekt über den Kopf und spottete: „Hier hast du auch was zu trinken“.
Auf dem Wiesbadener Weihnachtsmarkt 2006 warf der Erwerbslose Henrico Frank dem rheinland-pfälzischen Ministerpräsidenten Kurt Beck (SPD) vor, für die hohe Arbeitslosigkeit im Land mitverantwortlich zu sein. Darauf entgegnete SPD-Chef, der Mann sehe nicht so aus als habe er in seinem Leben viel gearbeitet und gab ihm einen Rat mit auf den Weg: „Wenn Sie sich waschen und rasieren, dann haben Sie in drei Wochen einen Job“.
Allen bekannt ist sicher noch die Aussage von Guido Westerwelle (FDP) zum ALG-II-Urteil des Bundesverfassungsgerichts 2010 „Wer dem Volk anstrengungslosen Wohlstand verspricht, lädt zu spätrömischer Dekadenz ein.“
Im Juli 2017 twitterte Peter Tauber, damals CDU-Generalsekretär: „Wenn Sie was Ordentliches gelernt haben, brauchen Sie keine drei Minijobs“.
Jens Spahn (CDU), damals designierter Gesundheitsminister 2018: „Aber niemand müsste in Deutschland hungern, wenn es die Tafeln nicht gäbe….Hartz IV bedeutet nicht Armut, sondern ist die Antwort unserer Solidargemeinschaft auf Armut“.
Ist von solcher Politiker-Riege voller Verachtung zu erwarten, dass sie sich für eine Veränderung der Situation im Sinne von gesellschaftlicher Gerechtigkeit und gegen Armut einsetzt? Kaum. Alles muss mit erheblichem Druck politisch erkämpft werden.

Über die Autorin:
*Dr. Ulrike Faber ist VdPP-Gründungsmitglied und Apothekerin, die sich für die Rechte von Patient‘*innen einsetzt.*

Sozialpharmazie

Gesundheit ist nicht für alle bezahlbar

Von
Andreas Fey

Menschen in Armut haben Probleme, die Kosten für Arzneimittelzuzahlungen und für die verschreibungsfreien Medikamente aufzubringen. Wie erlebt das pharmazeutische Personal diese Problematik in der Apotheke und welche Hilfen werden zur Verfügung gestellt? Darüber führte Kathrin Förster im Rahmen ihrer Masterarbeit im Studienfach Präventive Soziale Arbeit eine Befragung in Apotheken durch.

Aufgrund von Kostensteigerungen für Krankenkassen wurden in der Vergangenheit unterschiedliche Reformmaßnahmen durchgesetzt. Hierzu gehörten im Besonderen Leistungsbeschränkungen und Selbstbeteiligungen für Versicherte. Die Auswirkungen dieser Änderungen, besonders für chronisch Kranke und Menschen in finanziell prekären Situationen, untersuchte Förster in ihrer Masterarbeit für die Region Wolfsburg/Braunschweig/ Wolfenbüttel.

Bereits frühere Untersuchungen [1-3] zeigten, dass eine prekäre wirtschaftliche Situation zu Engpässen der medikamentösen Versorgung führen kann. Um diese Engpässe auszugleichen, ist die Zuzahlungsbefreiung nach Erreichen der Belastungsgrenze (Härtefallregelung im SGB V) nicht ausreichend oder zu bürokratisch; sie wird offensichtlich zu selten genutzt.
Die Masterarbeit zielte darauf ab, die Situation der chancengerechten Arzneimittelversorgung in der niedersächsischen Region auf der Grundlage einer Befragung in Apotheken abzubilden.

Zur Erhebung der regionalen Situation wählte Förster (nach Zufälligkeit) sowohl Apotheken in Innenstadtlage als auch in benachteiligten Stadtteilen aus. Insgesamt beantworteten 50 Mitarbeiter einen standardisierten Fragebogen, der einerseits den Umfang erhob, in dem Patienten Auf- und Zuzahlungen nicht aufbringen, andererseits welche OTC-Präparate nicht gekauft werden konnten. Im Weiteren wurde erfragt, mit welchen Strategien die Mitarbeiter auf diese Situation reagieren. Ergänzend zu dieser quantitativen Erhebung führte Förster eine auf drei leitfadengestützte Interviews mit Hausärzten basierende qualitative Erhebung durch.

Die quantitative Erhebung zeigte, dass bereits 68% der Befragten Probleme der Kunden bei der Bezahlung von Aufzahlungen erlebt haben. Aufzahlungen sind zu leisten, wenn der Preis eines Arzneimittels den erstattungsfähigen Festbetrag überschreitet. Diese Zahlungen sind auch im Falle der Zuzahlungsbefreiung zu erbringen. Weiterhin berichteten fast zwei Drittel (64%) von Problemen bei den Zuzahlungen, und 92% der Befragten hatten in der Apotheke bereits einen Verzicht auf OTC-Präparate erlebt. Diese Probleme traten hauptsächlich bei Patienten im Alter von 21-65 Jahren auf.

Die Zuzahlungen zu Psychopharmaka und Analgetika konnten besonders häufig nicht erbracht werden. Im Bereich der OTC-Präparate verzichteten Betroffene vor allem auf Erkältungspräparate, aber auch auf Analgetika und Antazida. Die Reakti-

onen der Apothekenmitarbeiter waren unterschiedlich: So verwiesen 44% ihre Kunden an den Hausarzt, 27% ermöglichten eine Zahlung zu einem späteren Zeitpunkt, 20% gaben die Medikamente vergünstigt ab oder verwiesen letztendlich an die Krankenkassen.

Das sagen die Ärzte

Die Interviews mit den Hausärzten ergaben interessante und tiefergehende Informationen. So erwähnte einer der Ärzte, dass in der Praxis die Zeit zur Beratung über die Zuzahlungsbefreiung meist fehle und die Krankenkassen nicht ausreichend zu dieser Möglichkeit aufklären. Allen Ärzten war das Nichterwähnen finanzieller Probleme durchaus bekannt. Die Unterversorgung fiel meist erst durch Therapiemisserfolge auf, da Patienten die Medikamente nie regelgerecht eingenommen hatten. Aufschub, Dosisreduktion oder gar Verzicht sollten keine Instrumente der medikamentösen Versorgung sein und bergen gesundheitliche Risiken, so die befragten Ärzte. Ebenso wurden die Rabattverträge von den Ärzten bemängelt. Wechselnde Präparate könnten durch Unverträglichkeit mancher Hilfsstoffe sowie die veränderte Optik die Compliance der Patienten stören. Die Aut Idem-Regelung sei zu häufig mit Regress-Verfahren für die Ärzte verbunden, um diese erschöpfend zu nutzen.

Rx– und OTC-Arzneimittel

Im Bereich der verschreibungspflichtigen Arzneimittel äußerten die Befragten, dass bessere Informationen zur Zuzahlungsbefreiung ein erster Schritt sei diese Problematik anzugehen, auch wenn Gruppierungen wie Überschuldete oder Alleinerziehende mit Kindern selten davon profitierten. Die Apotheken könnten bei OTC -Präparaten eine vergünstigte Abgabe anbieten, dieses sollte jedoch in einem solidarischen Versicherungssystem ähnlich wie bei den Zuzahlungen nicht nötig sein, so die Masterstudentin. In einigen Fällen und bei großer Not bestünde von Seiten der Ärzte häufig nur die Möglichkeit, Altarzneimittel oder in der Praxis vorrätig gehaltene Präparate (kostenfrei) abzugeben.

Mittels der vorliegenden nicht repräsentativen Erhebung konnte der kausale Zusammenhang zwischen finanziellen Schwierigkeiten und Verzicht auf Arzneimittel zwar nicht vollumfänglich bewiesen werden, jedoch zeigten sich deutlich einige Versorgungslücken. Zur besseren Versorgung sind einerseits bessere Informationen und Info-Materialien zur Zuzahlungsbefreiung dringend notwendig, andererseits muss eine Vernetzung der Akteure des Gesundheitssystems mit Sozialdiensten, Schuldnerberatung und weiteren Beteiligten stattfinden, um vorhandene Möglichkeiten zum Ausgleich von Benachteiligung voll auszuschöpfen. Die vorhandenen Instrumente reichen derzeit nicht aus, die Unterschiede beim Zugang zu medikamentöser Versorgung auszugleichen. Auch wenn verschiedene Ansätze bestehen, durch Hilfen, wie Medikamententafeln und MediNetze, diese Lücke vorübergehend zu schließen, so sind dennoch zeitnahe Änderungen durch den Gesetzgeber unabdingbar, so das Fazit der Autorin.

Kathrin Förster: Medikamentöse Versorgung von Menschen in prekären wirtschaftlichen Situationen - eine Bestandsaufnahme in der Region. Masterarbeit zur Erlangung des akademischen Grades "Master of Arts (M.A.)" im Masterstudiengang "Präventive Soziale Arbeit" Schwerpunkt "Prävention und Rehabilitation" an der Fakultät Soziale Arbeit der Ostfalia Hochschule für angewandte Wissenschaften – Hochschule Braunschweig / Wolfenbüttel

[1] Münster, E: Arzneimittelkonsum, insbesondere Selbstmedikation bei überschuldeten Bürgerinnen und Bürgern in Nordrhein-Westfalen. Unter: https://www.lzg.nrw.de/pharmazie/projekt_beratung/arsemue/index.html (Abruf 11.11.19).
[2] Caesar W: Aus den Ländern: Wenn das Geld für Arzneimittel fehlt. Kongress Armut und Gesundheit. Unter: https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/daz-az/2014/daz-16-2014/wenn-das-geld-fuer-arzneimittel-fehlt (Abruf 11.11.19).
[3] Bremer P, Sauerland D, Wübker A: Zuzahlungen im deutschen Gesundheitssystem: Ausmaß, Determinanten und Konsequenzen für die Medikamenteninanspruchnahme. Böcken J, Braun B, Repschläger U (Hrsg.): Bertelsmann-Stiftung: Gesundheitsmonitor 2013. Bürgerorientierung im Gesundheitswesen. Kooperationsprojekt der Bertelsmann Stiftung und der BARMER GEK: 167-185.

Andreas Fey, Pharmazeut im Praktikum in der Sozialpharmazie im Landeszentrum Gesundheit NRW .

Apotheken und Gemeinwohlökonomie – interessanter Ansatz oder „Greenwashing“?

Ist Gemeinwohlökonomie ein Ansatz, als Apothekeninhaber ethischer, sozialer und ökologischer zu handeln?

> *„… Neuseeland, Schottland und Island zeigen bereits, dass es möglich ist, die Alleinherrschaft des Bruttoinlandsprodukts aufzuweichen. Dazu haben sie eine Ländergruppe gegründet, die sich für eine »Wohlfahrtswirtschaft« einsetzt. Faktoren wie psychische Gesundheit, Zugang zu Wohnraum und Gleichberechtigung von Frau und Mann fließen künftig in die Wohlstandsmessung ein. Klingt gut, aber reicht das aus für ein Umdenken in der Wirtschaft?*
>
> ***Neue Wirtschaft = neue Gesellschaft***
>
> *Eine damit zusammenhängende Idee, die derzeit nicht nur bei den Grünen, sondern in Berlin auch jenseits von Parteigrenzen kursiert, ist die der Gemeinwohl-Ökonomie (GWÖ). Annalena Baerbock schlug gleich auch noch vor, die Deutsche Bahn solle neben ihrer normalen Finanzbilanz eine Gemeinwohl-Bilanz erstellen lassen, testweise. Und zwar basierend auf den Ideen der Gemeinwohl-Ökonomie, einer offenen sozialen Bewegung, die um das Jahr 2010 aus dem österreichischen Attac-Umfeld hervorging. Eine zentrale Figur der Bewegung ist Christian Felber, Mitbegründer von Attac Österreich. Er ist so etwas wie der Vordenker der Gemeinwohl-Ökonomie, hat die Idee in Büchern ausgearbeitet. Die GWÖ ist nicht nur ein Ansatz, um die Wirtschaft neu zu ordnen – es geht auch um mehr direkte Demokratie, das wird im Gespräch mit ihm schnell klar. Felber und seine Mitstreiterinnen entwerfen letztlich den Vorschlag für eine neue Gesellschaft…“*

So der Anfang eines Artikels in der online-Zeitung perspective daily (perspective daily.de) vom 27. November 2019. Wer sich für das Thema interessiert, kann den kompletten Artikel auf den internen Seiten der VdPP-Website lesen. Interessant sind insbesondere die kritischen Diskussionen im Anschluss an den Artikel (auch dort einzusehen).

Apotheken haben sich vereinzelt auf den gemeinwohlökonomischen Weg gemacht, hier ein paar Beispiele:
https://www.youtube.com/watch?v=N88280cNlEE
https://17plus.org/naechstes-treffen-der-mindener-gwoe-gruppe/
https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/news/artikel/2019/08/16/apotheke-mit-gemeinwohl-oekonomie-zertifikat-ausgezeichnet/chapter:all

Wenn wir den Gedanken der Gemeinwohlökonomie zunächst auch interessant finden, die derzeitige Umsetzung durch Apotheken macht uns da etwas skeptisch. Reichen die genannten Kriterien aus, sich glaubwürdig als gemeinwohlökonomisch handelnder Betrieb zertifizieren zu lassen? Was ist mit evidenzbasierter Pharmazie? Wie wird der Gegensatz von Ethik und Monetik im Apothekenbetrieb aufgelöst? Wie viel Zukunftsperspektive für eine bessere Apotheke ist in dieser Idee zu erkennen, wie viel „Greenwashing“ zu befürchten?

Wenn viele von Euch Leser*innen dieses Thema interessant finden, können wir es vom Vorstand aufgreifen und in Zukunft für Euch und mit Euch aufbereiten.
Meldet Euch mit Eurer Meinung, wenn Ihr an diesem Thema Interesse habt: info@vdpp.de Stichwort Gemeinwohlökonomie.

Zum Artikel
perspective daily
https://perspective-daily.de/article/1036/eFEJ4VXT#/discussions-6648

VdPP-Vorstand

Gendermedizin

Genderorientierte Gesundheitsversorgung: ein Gewinn für Frauen und Männer

Von
Gerd Glaeske

Das Magazin der Süddeutschen Zeitung vom 25. Mai 2019 und die Böhmermann-Sendung Telelupe vom 24.10 2019 machten einmal mehr auf das Problem aufmerksam: Männer sind halt keine Patientinnen. Seit langem gibt es geschlechtsspezifische Unterschiede bei der Häufigkeit sowohl von Krankheiten und Todesursachen wie aber auch in der Art der Behandlung und der medizinischen Forschung. So sterben z.B. Frauen in den USA noch immer häufiger nach einem Herzinfarkt als Männer, der plötzliche Herztod durch einen Herzstillstand trifft dagegen häufiger die Männer. Andere Krankheiten kommen wiederum bei Frauen häufiger vor, z.B. Schilddrüsen- und andere Autoimmunerkrankungen.

Unterschiedliche Lebensstile und Lebenserwartungen

Die geschlechtsspezifischen Unterschiede spiegeln sich auch in der Lebenserwartung wider, die für Neugeborene weiter angestiegen ist. Laut Berechnungen des Statistischen Bundesamts für die sogenannte Sterbetafel 2014/2016 werden neugeborene Mädchen durchschnittlich 83 Jahre und zwei Monate leben. Jungen haben dagegen eine Lebenserwartung von im Schnitt 78 Jahren und vier Monaten allerdings auch mit regionalen Unterschieden. Hier stehen Baden-Württemberg am besten, Sachsen-Anhalt und das Saarland am schlechtesten da. Bei Männern spielen bei der höheren Sterblichkeit vor Herz-Kreislauferkrankungen, Leberkrankheiten, Diabetes mellitus sowie Krebserkrankungen eine wesentliche Rolle, insgesamt also Krankheiten, die oftmals auf den Lebensstil, auf den risikoreichen Umgang mit Nikotin, Alkohol oder Drogen oder auch risikoreiches Verhalten beim Motorrad- oder Autofahren zu tun haben. Es ist daher auch nicht erstaunlich, dass Todesfälle bei Männern deutlich häufiger auf Unfälle zurückgehen als bei Frauen, übrigens auch auf Suizide.

Sex und Gender als Kontinuum

Gerade die zuletzt genannten Zusammenhänge zeigen aber sehr gut, dass nicht nur biologisch nachvollziehbare geschlechtsspezifische Unterschiede zwischen Männern und Frauen in Bezug auf Gesundheit, Krankheit und Tod zu berücksichtigen sind, sondern dass auch Gender Aspekte, zu verstehen als sozialer Ausdruck des biologischen Geschlechts, mitgedacht werden müssen. Eine genderorientierte Gesundheitsversorgung berücksichtigt daher nicht nur die biologisch feststehende „Ausstattung“ von Mann und Frau mit, sie ergänzt sie vielmehr um Einflüsse auf das Individuum, die durch die Umwelt, durch das soziale Umfeld und die jeweils gemachten Erfahrungen mitgeprägt werden. Insofern wird der Begriff Sex als Begriff für das biologische Geschlecht und Gender als Begriff für das soziale Geschlecht zu einem Kontinuum, das nicht zwischen diesen Begriffen abgrenzt, sondern je nach der gesundheitlichen Versorgungnotwendigkeit ineinander übergehen kann. Die Gendermedizin, oft als nur feministisches „Gedöns“ und „Genderunsinn“ abgewertet, ist nämlich auch für Männer von Bedeutung: Sie wären nämlich gut beraten, sich in ihrem Gesundheitsverhalten stärker an dem Gesundheitsbewusstsein von Frauen zu orientieren, weil sie dann eine ähnliche Lebenserwartung wie Frauen erreichen würden. Dass in diesem Zusammenhang allerdings auch gesellschaftliche Rahmenbedingungen nicht unberücksichtigt bleiben dürfen, soll der Vollständigkeit angemerkt werden: Rollen- und Habituskonzepte beeinflussen mit ihren anerzogenen, angewöhnten oder auch in dem jeweiligen sozialen Umfeld erwarteten, akzeptierten oder gar geförderten Verhaltens- und Entscheidungsstrukturen letztlich auch das gesundheitsorientierte Bewusstsein – hier sollte eine Public Health orientierte Strategie von Gesundheits-

förderung und Prävention sehr viel mehr Berücksichtigung finden.

Ein unterschätztes Thema: Geschlechtsspezifische Arzneimittelwirkungen

Bei einer Behandlung mit Arzneimitteln ist zudem die unterschiedliche Enzymausstattung bei Männern und Frauen zu berücksichtigen, die bei vielen Wirkstoffen zu ganz verschiedenen Abbaugeschwindigkeiten führen kann, wodurch sie bei gleicher Dosierung unterschiedlich lange im Körper bleiben wie z.B. der Betarezeptorenblocker Metoprolol, der bei Bluthochdruck, aber insbesondere bei Frauen häufig zur Migräneprophylaxe angewendet wird und dann bei gleicher Dosierung wie bei den Männern um 40% stärker wirkt, auch bezüglich der möglichen unerwünschten Wirkungen. Wirkungsunterschiede zeigen sich auch bei dem vielverordneten Schlafmittel Zolpidem (z.B. in Stilnox®, Bikalm® oder Generika). Frauen scheinen den Wirkstoff deutlich langsamer abzubauen als Männer. In einer von der amerikanischen Arzneimittelbehörde, der Food and Drug Administration (FDA) durchgeführten Untersuchung mit 250 Männern und 250 Frauen hatten 15% der Probandinnen 8 h nach der Einnahme von 10 mg – also der Dauer einer typischen Nachtruhe - Blutspiegel, bei denen das Reaktionsvermögen deutlich herabgesetzt ist (> 50 ng/ml). Bei den Männern waren es nur 3%. Aufgrund dieser Ergebnisse senkte die FDA die zugelassene Dosis für Frauen bei schnell freisetzenden Zolpidem-Präparaten jetzt von 10 auf 5 mg und von 12,5 mg auf 6,25 mg bei retardierten Produkten. Für Männer wird diese Dosisreduktion lediglich empfohlen (FDA News release, 10. Januar 2013). Solche Erkenntnisse sind oft Zufallsergebnisse aus der Forschung, da leider noch immer keine durchgängig gleiche Beteiligung von Frauen und Männern in Arzneimittelstudien und eine geschlechtsspezifische Auswertung der Ergebnisse erreicht wurde. Bei den klinischen Studien mit Erkrankten sind aktuell rund 30 bis 80 Prozent Teilnehmerinnen (70 bis 20 Prozent männliche Teilnehmer) beteiligt, wenn die Krankheit bei beiden Geschlechtern vorkommt. Eine Untersuchung aus den USA zeigt in diesem Zusammenhang solche zum Teil eher irritierenden Ergebnisse.

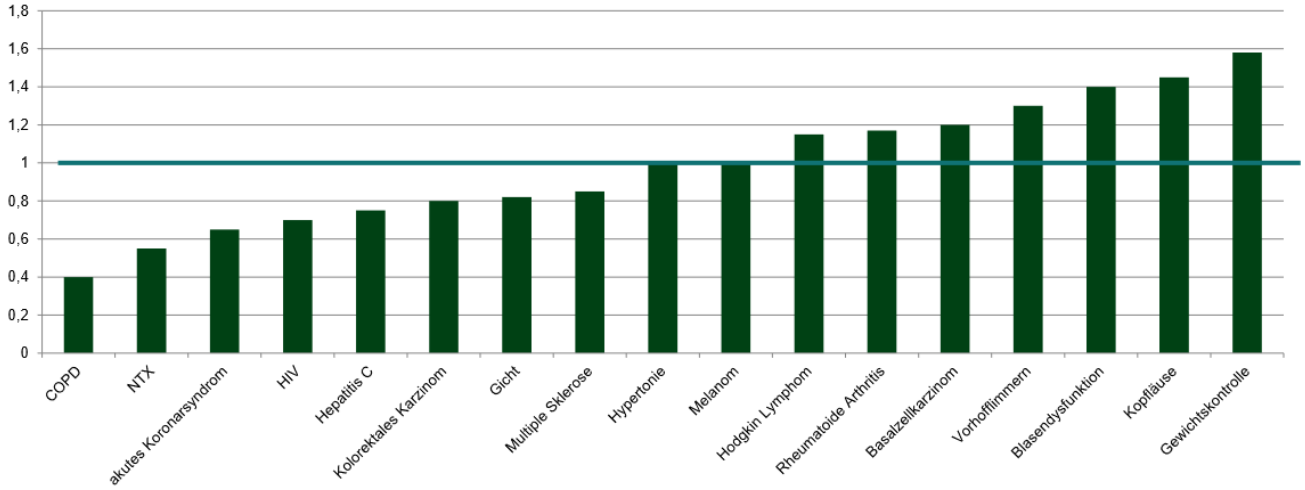


Abb.: Beteiligung von Frauen an klinischen Studien 2010-2012 (Phasen 2 und 3) nach Indikationen bei FDA-Zulassungen.1 wäre die Übereinstimmung mit der geschlechtssepzifischen Häufigkeit der Krankheiten bei Frauen (Noha et al., 2015).

Die Auswertung zeigt, dass bei relevanten Indikationen wie Koronarsyndrom oder Hepatitis eine zu geringe Beteiligung von Frauen stattfand, bei Kopfläusen und Gewichtskontrolle aber eine überproportionale.

Ab 2021 soll es in dieser Beziehung verpflichtende Regeln für die Einbeziehung von Frauen in klinische Studien geben. Während Studien noch immer zu wenig frauenorientiert ausfallen, ist dies bei Arzneimittelnamen schon immer anders gewesen: So wurde ein üblicher ACE-.Hemmer zur Senkung des hohen Blutdrucks während der Menopause FemPress genannt und das Schmerzmittel Naproxen fand sich in Produkten wieder mit den Namen Dysmenalgit, Dolormin für Frauen, Dolorsan Femina oder Naproxen Gyn, um die Anwendung bei Regelschmerzen anzusprechen.

In Zukunft Gender Medizin – ein Gewinn für Frauen und Männer

Es ist noch Einiges zu tun, um eine genderorientierte Gesundheitsversorgung in unserem Gesundheitssystem zu verankern. Dazu könnte z.B. die Versorgungsforschung einen Beitrag leisten, indem Studien die Arzneimittelversorgung mit einem naturalistischen geschlechterspezifischen Anteil von Frauen und Männern mit Blick auf den Patientennutzen durchgeführt würden. Aus solchen Ist-Analysen könnten dann geschlechtersensible Empfehlungen abgeleitet werden und Leitlinien zur Behandlung entstehen, die auf einer verbesserten Studienlage für die Arzneimitteltherapie und für andere medizinische Interventionen beruhen. Und wenn dann noch neben der kurativen Medizin die genderorientierten Präventionsprogramme intensiviert würden, käme man einem Gesundheitssystem näher, das mehr als heute die Verminderung von sozialer Ungleichheit und die Förderung einer Public-Health-Orientierung als Ziel verfolgt.

(Literatur beim Autor)

Über den Autor:

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

IMPRESSUM:

Herausgeber:
Verein demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten e. V.,
Geschäftsstelle Gudrun Meiburg, Goldbekufer 36, D-22303 Hamburg
Tel. 040 650 548 33, Fax 040 650 548 33
E-Mail: info@vdpp.de, URL: http://www.vdpp.de
Bankverbindung: Postbank Berlin, IBAN: DE62 1001 0010 0020 0471 05

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

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

Abonnement:
Sie haben auch die Möglichkeit, den VdPP-Rundbrief in gedruckter Form zu erhalten. Für die gedruckte Form erheben wir eine Gebühr von 30€ / 6 Ausgaben, inkl. Versandkosten in Deutschland. Einzelheftbestellungen sind möglich, bitte anfragen unter info@vdpp.de

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

BILDNACHWEISE:

Sofern nicht anders angegeben, sind alle weiteren Fotos von Esther Luhmann (ausgenommen, Autor*innenfotos). Fotos Seite 1, 7, 21, 28: pixabay, Seite 4: Ilona Duigo, Seite 6: Ulrike Faber, Seite 10: Foto von Herrn Raphael Huenerfauth, photothek.net, Seite 15: Heidi Sauer, Seite 18: Ulrich Hagemann, Seite 18: Logo von Ulrike Faber, Seite 22: Ulrike Faber, Seite 26 und 27: Regina Schumann

Pressemitteilung

Stellungnahme des VdPP zu Aberkennung der Gemeinnützigkeit der Bundesvereinigung der Vereinigung der Verfolgten des Naziregimes — Bund der Antifaschistinnen und Antifaschisten (VVN-BdA)

Hamburg, 16. Dezember 2019

Der Verein demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten(VdPP) ist entsetzt über die Aberkennung der Gemeinnützigkeit der Bundesvereinigung der Verfolgten des Naziregimes – Bund der Antifaschistinnen und Antifaschisten (VVN-BdA).

Wir sehen uns als gemeinnütziger gesellschaftspolitisch engagierter Verein, der sich im eigenen beruflichen Umfeld seit vielen Jahren immer wieder mit diskriminierenden, ausländerfeindlichen und neonazistischen Ereignissen konfrontiert sieht, mitbetroffen. Auch viele unserer Berufskolleg*innen besonders in der Pharmazeutischen Industrie haben sich nach 1933 in enger Zusammenarbeit mit den Naziorganisationen durch Mordhandlungen, Folterungen und Verbrechen gegen die Menschlichkeit schuldig gemacht.

Heute fragen wir mit der Shoa-Überlebenden, der Vorsitzenden des Auschwitz-Komitees und Ehrenvorsitzenden der VVN-BdA Esther Bejarano (Jg. 1924): „Wohin steuert die Bundesrepublik?“ Sie stellt diese Frage in einem offenen Brief an Finanzminister Olaf Scholz, der ihr 2012 als Hamburger Bürgermeister das Große Bundesverdienstkreuz verlieh wegen ihres Jahrzehnte währenden Engagements in der VVN-BdA. Und sie fragt weiter, was gemeinnütziger sein könnte als der Kampf für das Ziel „Nie wieder Krieg -nie wieder Faschismus“.

Die VVN-BdA ist die älteste und größte antifaschistische Organisation in unserem Land. Ihre Gründung durch Überlebende der Konzentrationslager und NS-Verfolgten geht zurück auf das Jahr 1947. Ihre Mitglieder sehen mit großer Sorge, dass heute wieder Synagogen angegriffen und jüdische Mitbürger*innen bedroht werden, dass Todeslisten kursieren und der Rechtsextremismus zunehmend in der Mitte der Gesellschaft Wirkung zeigt.

Der VdPP fordert im Einklang mit vielen zivilgesellschaftlichen Organisationen und Persönlichkeiten des öffentlichen Lebens die sofortige Rücknahme des Aberkennungsbescheids der Gemeinnützigkeit durch das Berliner Finanzamt. Wir brauchen mehr denn je die VVN-BdA als Protagonistin und Bündnispartnerin im aktuellen Kampf gegen Rechts!

Ingeborg Simon für den VdPP

Mehr Informationen zur Bundesvereinigung unter:

https://vvn-bda.de/

Zur Online—Petition:

https://www.openpetition.de/petition/online/die-vvn-bda-muss-gemeinnuetzig-bleiben

Apothekenalltag

Ein Arbeitstag in einer öffentlichen „Kiez-Apotheke“

Von
Ilona Durigo

Rund um die Abgabe von Arzneimitteln auf Rezept an einen Patienten gibt es so viele Vorschriften und Regeln, so dass die Beratung und die Arzneimittelqualität zurückbleiben. Anhand dieses Beispiels wird deutlich, was der Apotheker bzw. die Apothekerin alles zu beachten hat.

Nehmen wir folgendes Szenario an: Der Kunde betritt die Apotheke und überreicht das Rezept. Nun beginnt die Arbeit des Apothekers:

Zunächst muss die GKV[1] – Nummer und dann die PZN[2] (die hoffentlich auf dem Rezept steht) eingegeben werden. Wenn die PZN nicht stimmt, erfolgt der Rückruf beim Arzt: „Rezeptheilung“ ist gefragt oder gegebenenfalls muss ein neues Rezept her. Ist die PZN richtig, so kommen die Rabattverträge ins Spiel. Hier gibt es mehrere Möglichkeiten:

Fall 1: Der Artikel ist lieferbar!

Fall 2: Das Rabatt-Arzneimittel ist nicht lieferbar und wir wählen eines der 4 billigsten Arzneimittel aus. Wenn es lieferbar ist, kommt die Sonder-PZN mit aufs Rezept. Wenn es nicht lieferbar ist, müssen wir ein anderes Arzneimittel auswählen, auch in diesem Fall muss die Sonder - PZN mit auf das Rezept gedruckt werden.

Fall 3: Der Patient sieht das ausgewählte Arzneimittel und lehnt ab, Hier können heftige Diskussionen entstehen!

Fall 4: Für das Arzneimittel gilt kein Rabattvertrag, aber es gibt Reimporte, auch hier gibt es Regelungen zur Einhaltung der gesetzlich vorgeschriebenen Quoten.

Auf einem Rezept sind maximal 3 Arzneimittel erlaubt. Ein Patient mit mehreren Rezepten (mit jeweils 3 Arzneimitteln) erhält aus Zeitgründen eine Abholnummer. Das ist entspannter für alle!

Sonderfall Medizinprodukt

Wenn ein Rezept ein Medizinprodukt (z.B. Diabetikerbedarf, Inhalatoren, Blutdruck-Messgeräte, …) enthält, dürfen diese erst nach Einholung einer Kostenübernahme bei der Clearingstelle abgegeben werden . Das kann dauern!

Sonderfall: Rezepturarzneimittel

Ein Rezept enthält eine rezeptpflichtige Salbenanfertigung. Bevor wir mit der eigentlichen Herstellung beginnen können, sind etliche Vorprüfungen, angelehnt an Industriemaßstab, nötig: Prüfprotokoll der Ausgangsstoffe, Herstellungsprotokoll, Plausibilitätsprotokoll, Beachtung aller Hygienevorschriften mit Protokoll, nicht zu vergessen die Gefahrstoffkennzeichnung.

Rezeptabrechnungsstelle

Die Rezepte werden drei mal im Monat zur Endabrechnung von der Rezeptabrechnungsstelle abgeholt. Vor der Übergabe muss eine Kollegin alle Rezepte noch einmal auf Richtigkeit des Aufdrucks überprüfen (SonderPZN, ...), meist außerhalb der Arbeitszeit als Überstunden. Eine fehlerhafte Abgabe führt zur Retaxierung und Nullabrechnung.

Generika vs. Original

Eine weitere Hürde sind die Billigangebote an Generika. Die lassen Original-Arzneimittel verschwinden. Die betroffenen Hersteller produzieren in z.B. Asien für Deutschland. Patienten, die an bestimmte Arzneimittel gewöhnt sind, haben kein Recht mehr auf ein gleiches. Firma XY muss akzeptiert werden (Ausnahmen sind unter bestimmten Bedingungen möglich). Das gibt böse Stimmen in der Apotheke. Zur Zeit fühlt man sich als Fußabtreter für die Pharmaindustrie und die GKVen.

Unser Kiez

In unserem Bezirk SO 36 ist die Apothekenanzahl in den letzten Jahren um die Hälfte geschrumpft, was auch für die Arztpraxen gilt. Die jetzt verbliebenen Apothekeninhaber*innen und Ärzt*innen sind fast alle ca. 60 Jahre und älter. Aus Kostengründen kann man nicht nur Apotheker einstellen, PTAs und PKAs sind aber rar.

Wie schön ist unser Beruf eigentlich. Wir sind das Zentrum für Gesundheit und das soziale Netz in weitem Umkreis (hier etwa 15.000 Menschen). Die Vielfalt der Kunden auch mit Vielsprachigkeit, erste Unfallhilfe für Radfahrer, Zuwendung für Ältere, Schwangere, kleine Kinder und Menschen aller Couleur lässt uns weitermachen.

Es kommen sicher wieder neue Zeiten und neue Bedingungen.

Über die Autorin:
Ilona Durigo ist Inhaberin der Reichenberger Apotheke in Berlin-Kreuzberg und VdPP-Mitglied.

[1]GKV = Gesetzliche Krankenversicherung
[2]PZN = Pharmazentralnummer

Glosse

Vom Pillendreher zum Packungsdreher

Von
Heidi Sauer

Es ist morgens kurz vor 9 Uhr. Herr C. betritt die Apotheke, um seine vier Medikamente abzuholen. Am Vortag hatte er zwei Rezepte reingereicht mit der Bitte, sie zu bearbeiten. Er käme morgen, um alles zusammen abzuholen. Ich ergreife seine Medikamente aus dem Abholfach. Er will sie mir gleich aus der Hand nehmen und in seinen Beutel packen. Aber ich muss ihn leider bremsen: „Stopp, Herr C. Ich muss ihre Packungen erst auf „Echtheit“ überprüfen.“ „Was heißt das denn?“ „Jede Packung hat jetzt einen Sicherheitscode, der ist wie ein Fingerabdruck ganz speziell nur für diese eine Packung.“ „Und warum haben sie das nicht schon vorher erledigt? Sie wussten doch, dass ich heute komme.“ „Erst wenn die Packung die Apotheke verlässt, dürfen wir sie ausscannen“. Er gibt sich mit der Erklärung zufrieden und beobachtet, wie ich jede Packung hin und her wende, ehe ich sie über den Scanner ziehe. „Diese Übung kenne ich“ sagt er. „Die musste ich in der Reha mit einem Würfel machen zum Training meiner Finger und Hände“. Da es keine Normierung gibt, wo auf einer Packung der Data Matrix Code aufzudrucken ist, muss ich leider oft die Packung zu allen sechs Seiten drehen, ehe ich ihn finde. Herr C. schmunzelt: “Sie haben es auch nicht leicht“. Das Schlimmste ist, dass ich viel Zeit vertan habe, ohne ein Wort der Beratung. Ich frage wenigstens noch, ob er denn wisse, wie er die Medikamente einzunehmen hätte. „Machen sie mal ihre Fingerübungen weiter. Ich kenne alle Medikamente.“

***Heidi Sauer** ist angestellte Apothekerin in einer Landapotheke und Mitglied im VdPP.*

„Sie haben es auch nicht leicht!“

Im Wareneingangsbereich geht durch das securPharm-System viel Zeit verloren, die in der Patientenbetreuung dann fehlt. Es beginnt damit, dass jede einzelne Packung über den DataMatrixCode gescannt werden muss. Es geht nicht mehr bei zehn gleichen Packungen zu tippen 10x und dann einmal scannen. Jetzt ist jede Packung einzigartig und muss für sich gescannt werden!

Noch schlimmer kommt es, wenn der Printcode einen „Druckfehler“ hat und nicht vom System erkannt wird. Dann müssen zur Verifizierung PC (Produktcode), SN (Seriennummer), Verfalldatum und Charge per Hand eingetippt werden. So bei uns geschehen, als vierzig Packungen Grippeimpfstoff eintrafen und davon fast ein Drittel nicht über den Printcode verifizierbar war. Die gleiche Prozedur und der gleiche immense Zeitaufwand beim Ausscannen wurde nötig, als die Ware die Apotheke zu den Arztpraxen verließ.

Und nun zuletzt noch eine kleine Bemerkung zum Schmunzeln:

In der Nacht vom 8.10.2019 ab 22 Uhr zum 9.10.2019 bis 7 Uhr wurden bundesweit Wartungsarbeiten am securPharm-System durchgeführt. Laut Information der Apothekerkammer Niedersachsen würde in diesem Zeitraum das System abgeschaltet und es könnten auch „im Anschluss an die Wartungsarbeiten, Folgeverzögerungen oder –fehler“ möglich sein. Es sei dann „erlaubt, Arzneimittel abzugeben und die Verifizierung und Ausbuchung nachträglich durchzuführen, sobald die Störungen behoben sind. Dafür muss die Seriennummer und der Produktcode bei der Abgabe notiert (oder der Data Matrix Code abfotografiert) und die Packung nachträglich manuell ausgebucht werden.“ Zum Glück hatten wir keinen Notdienst und auch später keine Probleme. Ich hatte mir schon vorgestellt, zum Patienten rasen zu müssen, um ihm die „gefälschte“ Packung wieder abzunehmen.

Beispiel einer Arzneimittelpackung mit Data-MatrixCode

Öffentlich-private Partnerschaften und Initiativen zur Globalen Gesundheit: „win-win“ oder „win-lose“

Eine Fachkonferenz der Deutschen Plattform für Globale Gesundheit

Von
Ulrich Hagemann

Die deutsche Plattform für Globale Gesundheit (dpgg)[1] hatte zu einer Vortrags- und Diskussionsveranstaltung im November 2019 in Berlin geladen. Im Zentrum standen die seit langem kontrovers diskutierten Öffentlich-Privaten Partnerschaften (ÖPP), hier aber besonders solche im Rahmen zahlreicher Initiativen oder Konzepte zur Globalen Gesundheit. Sind die ÖPP effizient? Wer profitiert oder verliert etwas von ÖPP? Wie groß sind bereits jetzt die Vernetzungen im Rahmen von ÖPP und wie werden sie geführt und kontrolliert? Wie wird mit vorhandenen Interessenkonflikten umgegangen?

Zunächst wurde mit kurzen Vorträgen in das Thema und die Problematik eingeführt. Öffentlich-Private Partnerschaften stehen seit ihrem ersten „Auftauchen“ in der Kritik wegen des möglichen Einflusses privater, in der Regel finanzieller oder politischer, Interessen auf Gebieten der gesellschaftlichen Daseinsvorsorge, der Infrastruktur und Kultur. Was liegt der Kritik zugrunde, welche Mechanismen wirken in ÖPP, haben ÖPP Vorteile (vermeintliche oder wirkliche) und Nachteile?

Governance for Global Health

In ihrem einführenden Überblick zum Thema beschrieb Anna Holzscheiter (TU Dresden Bereich Internationale Politik, Forschung zu Governance for Global Health sowie internationale Gesundheits- und Menschenrechtspolitik) bereits existierende Strukturen und Institutionen privater Akteure, die über Ländergrenzen oder Kontinente hinweg, neben vertraglich fixierten Formen der internationalen Zusammenarbeit in Organisationen (Vereinte Nationen, WHO, EU etc.), Gesundheitspolitik gestalten und betreiben. Zweifellos gibt es zunehmend gravierende Probleme der gesundheitlichen Versorgung und Prävention, die nicht mehr nur einzelne Regionen betreffen, sondern alle Länder (z.B. Antibiotika-Resistenz, vernachlässigte (Tropen-) Krankheiten, Pandemien).

Diese sogenannte Club Governance sei eine Folge der Globalisierung und habe zu einer weltumspannenden Beschäftigung auf unterschiedlichen Gebieten (z. B. Umwelt, Wirtschaft und Handel, Chancengleichheit, und eben auch Gesundheit) geführt. Es sei im Einzelfall schwierig, rein ökonomische Interessen von humanitären Absichten zu unterscheiden und zu bewerten und wie sich die unterschiedlichen Interessen der Beteiligten für die Menschen, denen geholfen oder deren Entwicklung gefördert werden soll, tatsächlich auswirken.

Club Governance basiere eher auf einem weiten Netzwerk mit Teilnehmern und gleichartigen Absichten und Initiativen. Nach Holzscheiters Meinung vereinigen sie weniger Lobbyisten. In der Fachwelt habe sich dazu der Begriff „Philanthrokapitalismus“ entwickelt; immerhin kommt das Geld, das von Stiftungen in eine ÖPP eingebracht wird, aus immensen Profiten privater Firmen. Die Tatsache, dass diese Netzwerke selbst sehr groß sind und viele Teilnehmer einschließen, aber auch komplexe gesundheitliche Probleme behandeln, wurde als ein Plus von Club Governance und dem Projekt Global Health angesehen. Auf der anderen Seite gingen Club Governance und ÖPP mit einer Entpolitisierung einher in dem Sinne, dass z. B. schlagwortartig festgestellt werde, dass Millionen „Leben gerettet“ wurden, wo staatliche Institutionen inaktiv waren. Damit inszenierten sich auch solche Stiftungen und trügen zu einer Verwässerung des Begriffs „not for profit“ bei. Auch werde im Einzelfall staatliches Handeln verdrängt.

Global Health und private Akteure

Auf dem Gebiet von Global Health sind private Akteure mit sehr hohen finanziellen Beiträgen engagiert, so z.B. die Bill und Melinda Gates Stiftung (seit 1994) oder der Wellcome Trust, eine gemeinnützige Stiftung zur Gesundheitsforschung und -förderung. Auch die Bundesregierung hat seit dem G20-Gipfel 2017 in Deutschland ein starkes politisches und finanzielles Engagement auf diesem Gebiet beschlossen und mit den anderen Staaten vereinbart.

Mareike Haase (Brot für die Welt und dpgg) ergänzte die Einführung um Erläuterungen zu den „Nachhaltigen Entwicklungszielen“ („Sustainable Development Goals“, SDGs) der Vereinten Nationen. Diese gehen weit über Gesundheit hinaus und enthalten auch u.a. Armutsbekämpfung, Ernährung, Gleichstellung, Beseitigung von Ungleichheit.

Die anschließende Podiumsdiskussion mit Ilse Hahn (BM wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung), Kathrin Hartmann (Journalistin), Christoph Benn (Arzt mit Auslandsaufenthalten in Afrika, Public Health, Berater u.a. im Rahmen des Global Fund) konzentrierte sich auf Möglichkeiten, unter den Bedingungen weltweiter enormer Herausforderungen für die Gesundheitssysteme und eines verbreiteten Mangels an Geld, Mitteln, Forschung und Personal auf allen Ebenen eine wirkungsvolle Entwicklung zu mehr und umfassender Gesundheit zu ermöglichen, vorwiegend in Ländern mit geringem oder mittlerem Einkommen, aber nicht nur dort. I. Hahn machte deutlich, dass es in der Entwicklungspolitik Deutschlands eine Abkehr von reiner finanzieller oder materieller Hilfe gab (z.B. Lieferung von Arzneimitteln oder medizinischen Geräten), sondern dass die Entwicklung von stabilen und effektiven Gesundheitssystemen in den Ländern Vorrang habe. Als Mitglied des Vorstandes des Global Fund und dort als Vertreterin Deutschlands skizzierte sie die Komplexität, die Zusammenarbeit staatlicher Stellen und internationaler Organisationen, wie der WHO, mit privaten Stiftungen zu organisieren. Dazu gehöre die Formulierung gleicher Ziele, Aufgaben, Rechte und Pflichten der Partner, die z.B. in einem „Memorandum of Understanding“ (MoU) niedergelegt werden können, ohne dass es sich um völkerrechtliche Verträge handelt.

Chr. Benn ging auf die Arbeitsweise des Global Fund ein und vor allem auf die Frage, welchen Einfluss private Geldgeber auf die Entscheidungen über die Schwerpunkte der Hilfen zur Entwicklung von Gesundheitssystemen haben. Der Global Fund werde zu 93% von Regierungen gespeist, der Anteil privater Finanzierer sei entsprechend klein. Das Entscheidungsgremium des Global Fund („Board“) entscheidet über die Verwendung der Geldmittel. Der Vorstand besteht aus 20 Mitgliedern, der sich mehrheitlich aus den staatlichen Geldgebern und Vertretern der regionalen Institutionen sowie den privaten Geldgebern, Nicht-Regierungsorganisationen und Partnerorganisationen (z.B. WHO und Weltbank) zusammensetzt (https://www.theglobalfund.org/en/board).

K. Hartmann berichtete über ihre Erkenntnisse aus Recherchen zum immensen Einfluss weltweit agierender Konzerne auf die Entwicklung von Ländern mit geringem oder niedrigem Einkommen, und zwar auf verschiedenen Gebieten (Umwelt, Gesundheit, Infrastruktur etc.). Einige dieser Konzerne verursachten einerseits erhebliche Umwelt- und Infrastrukturschäden mit direkten gesundheitlichen Folgen für die Menschen oder diese hätten negative Auswirkungen auf Gesundheitssysteme. Andererseits seien sie „indirekt“ an ÖPP beteiligt, unter anderen am Global Fund, der Geld z.B. in Aktienfonds anlegt mit Anteilen eben dieser Konzerne.[2] In diesem Zusammenhang wurde aus dem Publikum das Problem von Interessenkonflikten angesprochen, die es in ÖPP zwangsläufig (aber auch in vielen anderen Organisationen) gibt. Wie und ob sie aufgedeckt und transparent dokumentiert werden und wie mit ihnen umgegangen wird, um sachfremde Einflüsse zu vermeiden, wurde nicht weiter diskutiert.

Global Health und Politik

Im zweiten Teil der Fachkonferenz trafen Abgeordnete der Parteien im Bundestag, außer der AfD, zu einer Podiumsdiskussion zusammen (Heike Behrens (SPD), Georg Kippels (CDU), Achim Kessler (Die Linke) und Ottmar von Holtz (Bündnis 90/Grüne). Das Thema hieß „Partnerschaften mit privaten Akteuren: Nutzen für die globale Gesundheit oder Risiko für die Demokratie?“. Auf diese Fragen gab es keine endgültigen Antworten, aber Informationen über die Arbeitsweise, Themen, die Zusammenarbeit mit Gremien auf EU-Ebene und anderen multilateralen Organisationen sowie über unterschiedliche Auffassungen und Schwerpunkte der Abgeordneten in den zuständigen BT-Ausschüssen. Einigkeit bestand darin, dass Gesundheit ein Grundrecht ist und als Teil der Daseinsvorsorge in staatliche Hände gehört. Als solches muss Gesundheit in allen Politikfeldern bedacht werden. Nach wie vor nehme die WHO, trotz ihrer fragilen finanziellen Ausstattung und struktureller Mängel, eine herausragende Rolle ein.

Resümee für den VdPP

Die Fachkonferenz bot allerhand Informationen zum Global Fund und der Vielzahl von Projekten, um das „Nachhaltige Entwicklungsziel Gesundheit für alle“ erreichen zu können. Ob ÖPP eine Struktur sein können, mit deren Hilfe große und viele Menschen betreffende Aufgaben besser gelöst werden können als durch einzelstaatliche Aktivitäten und ob dabei alle Beteiligten profitieren („win-win“) oder ob es in solchen Strukturen immer Verlierer gibt („win-lose“), blieb vage. Wahrscheinlich gibt es dafür keine allgemeingültige Antwort. Transparenz über Strukturen und darüber, wie Entscheidungen einer ÖPP zu Stande kommen, wurde als essenziell angesehen. Es fehlte die Zeit, etwas über Kontrollmechanismen zu erfahren, wie eine ÖPP, oder hier im Besonderen der Global

Fund, bestehende Interessenkonflikte behandelt und neutralisiert, damit das betreffende Vorhaben erfolgreich ist. Bemerkenswerterweise wurden Kriege und bewaffnete Konflikte als größte Ursache für die Schädigung oder Vernichtung von Gesundheitssystemen mit schlimmsten Auswirkungen auf die betroffenen Menschen nicht zur Sprache gebracht. Also, dieses und allerhand andere Aspekte sind Stoff für weitere Fachkonferenzen.

Anmerkungen des Autors:

[1]Der VdPP ist offiziell Mitglied und Unterstützer der dpgg. Mehr zu dieser Plattform unter: https://www.plattformglobalegesundheit.de/

[2]Der Global Fund hat angeblich eine Abkehr von dieser Anlagepolitik eingeleitet.

Über den Autor:

Dr. Ulrich Hagemann ist VdPP-Gründungsmitglied und war bis Ende 2010 Leider der Abteilung Pharmakovigilanz im Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM).

NEWS

Pharmacists for Future: Pharmazie in sozialer Verantwortung

Apotheker*innen sind wissenschaftlich ausgebildet und verstehen die Gefahren des Klimawandels.
Sie kennen ökologische Probleme in der Arzneimittelversorgung.
Sie wissen aus ihrer Arbeit mit Patientinnen und Patienten, wie wichtig gute Umweltbedingungen für die Gesundheit sind.

Soziale Verantwortung ist nicht teilbar. Wir unterstützen die Bewegung *Fridays for Future* und den Mut und die Forderungen der jungen Generation.

Auf den Demonstrationen treffen wir auch: Health for Future, Kritische Medizin, IPPNW, medico international, vdää und viele andere aus dem Gesundheitswesen.

GRUßWORT

„Zukunft ist der Maßstab“

Kurz nach Weihnachten, kurz nach dem Jahreswechsel: Ein neues Jahr ist angebrochen. Die Aussichten auf die kommende Zeit sind nicht rosig: Klimawandel, Artensterben, Apothekenrückgang, Profitstreben vor menschlicher Zuwendung – jetzt in Form von Digitalisierung und ihrer „disruptiven“ Folgen. Gibt es denn keine positiven Aussichten?

„Zukunft ist der Maßstab“, so die gedankliche Basis von acht zwanzigjährigen Autoren, als sie ihr Buch schrieben: „Ihr habt keinen Plan. Dafür machen wir einen“ (Blessing-Verlag); so das fast schon verzweifelt klingende Klammern an das Prinzip Hoffnung. Wer jetzt zwanzig Jahre alt ist, steht vor einem riesigen Aufgabenberg, der kaum zu bewältigen ist. Und vor einer Zukunft, die mit herkömmlichen Gesellschaftsentwürfen nicht gestaltbar erscheint. Was bleibt als letzter Leitgedanke dieses Autor*innen-Teams: „Zukunft ist der Maßstab“. Was nicht ökologisch, sozial und humanistisch ist, muss zurückgedrängt werden. Was dem zukünftigen Zusammenleben auf dieser Erde dient – Mensch und Natur – das soll der Maßstab für politisches Handeln sein.

Sind wir als VdPP hier anschlussfähig? Was können wir beitragen, welche Perspektiven können wir aufzeigen? Unser Projekt VdPP ist sicherlich auf einem guten Weg, doch wir müssen Antworten finden und benennen, wie wir die Zwanzigjährigen begeistern können, wie wir Zukunft zum Maßstab zu machen gedenken.

Udo Puteanus für den VdPP-Vorstand

NEWS

„Von der 68er Revolte zum VdPP – 50 Jahre kritische Pharmazie“

Von der 68er Revolte zum VdPP
50 Jahre kritische Pharmazie

Unter dieser Überschrift veröffentlichte der Verein demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten (VdPP) die Hintergrundgeschichte seiner Entstehung und seines Wirkens bis heute. Die Publikation bietet einen spannenden Rückblick auf eine politisch turbulente Zeit seit Anfang der 60er Jahre und ihre aus heutiger Sicht nahezu unglaublichen Zusammenhänge, nämlich der 68er Revolte.

Die gesamte Ausgabe steht Ihnen jetzt online zur Verfügung:
http://www.vdpp.de/rundbrief/sonderrundbrief-2018/

Wenn Sie die Ausgabe für 5€ in Papierform erhalten möchten, dann schreiben Sie bitte eine E-Mail an:
info@vdpp.de.

Digitalisierung im Gesundheitswesen

Fernbehandlung Digitalisierung - E-Rezept - Versandhandel - Big Data

Von
Ingeborg Simon und Ulrike Faber

Im Mai 2018 änderte der Deutsche Ärztetag die ärztliche (Muster-)Berufsordnung (MBO-Ä) und lockerte so mit großer Mehrheit das bis dahin geltende berufsrechtliche Verbot der ausschließlichen Fernbehandlung: Künftig können Beratung und Behandlung über Kommunikationsmedien auch ohne persönlichen Erstkontakt „im Einzelfall" erlaubt sein, *„wenn dies ärztlich vertretbar ist und die ärztliche Sorgfalt insbesondere durch die Art und Weise der Befunderhebung, Beratung und Behandlung sowie Dokumentation gewahrt wird und die Patientin oder der Patient auch über die Besonderheiten der ausschließlichen Beratung und Behandlung über Kommunikationsmedien aufgeklärt wird"*(neuer Wortlaut des §7(4) MBO-Ä). Gleichzeitig stellte der Vorstand der Bundesärztekammer klar, dass der persönliche Arzt-Patient-Kontakt weiterhin „Goldstandard" ärztlichen Handelns bleiben muss.
Die Autorinnen versuchen, diese Entscheidung in eine schon lange laufende Entwicklung einzuordnen und hinterfragen die Folgen für unser Gesundheitswesen, für die Patientinnen und Patienten und die Akteure.

Alle Bundesländer - bis auf Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern - haben die Lockerung des Fernbehandlungsverbots in ihre Länderberufsordnungen aufgenommen.
Die Reaktionen auf den Beschluss, dessen Annahme lange strittig schien, waren überwiegend positiv. Der Bundesgesundheitsminister zeigte sich begeistert. Innerhalb der Ärzteschaft äußerte sich nur der Hausärzteverband kritisch. Er forderte klare Regelungen für eine sinnvolle ausschließliche Fernbehandlung; entscheidend sei, dass diese Angebote freiwillig seien und von den Krankenkassen nicht als Kostensparprogramm missverstanden würden.
Hingegen erwarten die Befürworter der digitalen ärztlichen (Fern)Behandlung Vorteile: die Beseitigung der Unterversorgung im ländlichen Raum, den Zeitgewinn der PatientInnen bei der Terminsuche, keine Wartezeiten in der Sprechstunde, Arztkontakte unabhängig von Ort und Zeit. Optimisten behaupten, dass mit Zeitersparnissen durch die telemedizinische Versorgung persönliche Sprechzeit dazu gewonnen und somit ein intensiverer Arzt-Patienten-Kontakt ermöglicht wird.

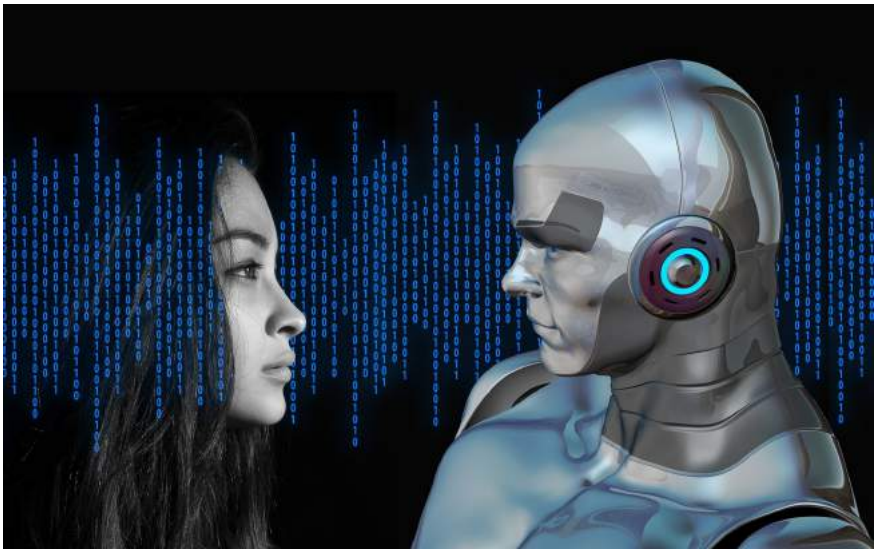
Die IT-Branche setzt auf die Jüngeren

Ältere dazu befragte Menschen bleiben skeptisch. Sie wollen mehrheitlich nicht auf den direkten Kontakt zu ihren Ärzten verzichten. Die IT-Branche setzt vorrangig auf jüngere Menschen, die Generation der „digital natives", denen digitale Angebote vor allem bei Wellness und Gesundheitsförderung längst vertraut sind. Die Anwendung unterschiedlichster „Wearables" zum Selbsttracking und Ablieferung von Messwerten sind selbstverständlicher Teil ihrer Lebensführung geworden. Jüngere Menschen, befragt zur Akzeptanz einer nur virtuellen ärztlichen Versorgung, haben keinerlei Bedenken. Ein kritisches Hinterfragen möglicher Folgen einer ausschließlichen Fernbehandlung auf das Arzt-Patient-Verhältnis ist kaum zu erwarten.
Die Fernbehandlung, inzwischen auch von den Krankenkassen befürwortet, wird sich spätestens mit ihrem Übergang in die Regelversorgung zu einem neuen gewichtigen Leistungsangebot der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) entwickeln.

Den Fuß in der Tür behalten

Bereits 2017 hat der Ärztetag eine Arbeitsgruppe konstituiert, um auf den dramatischen Wandel durch die Digitalisierung zu reagieren. Immer mehr Unternehmen boten medizinische Beratung online an, häufig aus dem Ausland, also der hiesigen Rechtsaufsicht entzogen. Der Deutsche Ärztetag wollte versuchen, der ausländischen Konkurrenz im online-Geschäft Paroli zu bieten. Aber auf dem Deutschen Ärztetag 2019 stellte der Telematik-Beauftragte der Bundesärztekammer (BÄK) fest, nicht der Gesetzgeber stelle die große Gefahr für die Ärzte dar,

sondern Amazon, Google und all die anderen großen Player. Die BÄK werde das Ziel der guten Patientenversorgung nicht aus den Augen verlieren, sondern schauen, „wie wir den Fuß in der Tür behalten."
Die „AG Digitalisierung" der BÄK bereitet das Thema Digitalisierung für den Ärztetag 2020 vor, wozu auch die Auswirkungen auf das Arzt-Patienten-Verhältnis gehören sollen.



Innovative telemedizinische Angebote in Goldgräberstimmung

Der Beschluss zur gelockerten Fernbehandlung und das Digitale Versorgungsgesetz (DVG) haben eine Flut innovativer telemedizinischer Angebote ausgelöst. Der Vorsitzende des Gemeinsamen Bundesausschusses Josef Hecken vergleicht „die Diskussion um die Digitalisierung im Gesundheitswesen gerne mit der Goldgräberstimmung vor 200 Jahren in Amerika." Das Thema kommt nicht mehr aus den Schlagzeilen und animiert seitdem Krankenkassen, Krankenhausketten, Medienkonzerne, Start-ups, Versicherungs- und Elektrokonzerne, eigene Angebote zum Online-Handel aufzubauen - in der Erwartung, zügig mit den bundesdeutschen gesetzlichen Krankenkassen ins Geschäft zu kommen, sobald das DVG in Kraft getreten ist.
Internationale Technologiekonzerne als Anbieter von online-Dienstleistungen sind dabei, digitale Parallelstrukturen eines 2. Gesundheitsmarktes in Konkurrenz zum etablierten GKV – System zu installieren und das ganze System umzukrempeln. Und die Akteure der bundesdeutschen Gesundheitsversorgung konzentrieren sich mal eben auf Fragen des Datenschutzes, der Datensicherheit, der Defizite bei der technischen Umsetzung und sorgen sich um die angemessene Honorierung digitaler Leistungen.
Die kontroverse Diskussion auf dem Ärztetag 2018 um die „Lockerungen" der Fernbehandlung spielt keine Rolle mehr. Virtuelle Fernbehandlung ist eben die Alternative zur analogen Praxisbehandlung. Fast hilflos wirken Forderungen, die „Fernbehandlung sollte als Teil des Sicherstellungsauftrags den versorgenden Praxen vorbehalten bleiben." Ja, so hatte sich der Ärztetag 2018 das vorgestellt! Die Felle schwimmen davon. Schon ein Jahr später hofft die BÄK nur noch, im online-Geschäft wenigstens noch den Fuß in der Tür zu behalten.

Das E-Rezept und die Fernbehandlung

Das E-Rezept in der ärztlichen Versorgung ab 2020 wird kommen. Dann wird auch die ausschließliche Fernbehandlung Fahrt aufnehmen. Gesundheitsminister Spahn ist davon überzeugt, dass erst die Einführung des E-Rezeptes die Telemedizin zu einer Erfolgsgeschichte machen wird.
Das befürchtet auch ABDA-Präsident Friedemann Schmidt. Er erwartet mit dem E-Rezept ein rasantes Wachstum des online-Versandhandels: „Am Ende des Prozesses werden Apotheker in einer wettbewerbsorientierteren Welt leben müssen als heute". Die junge Generation sei es gewöhnt, Dienstleistungen und Produkte auf unterschiedlichen Wegen zu erhalten. „Diese Vorstellungen kollidieren mit unserer zentralen Auffassung, dass Arzneimittelabgabe nur von Mensch zu Mensch stattfinden kann." Die Apotheker seien ein eher konservativer Berufsstand mit defensiver Strategie. Sie müssten sich heute fragen, ob ihre Strategie noch trägt.
Seine Befürchtungen für die „Vor-Ort-Apotheken", in Konkurrenz mit den Versandapotheken den Kürzeren zu ziehen, sind nachvollziehbar. Der Chef der Schweizer DocMorris-Mutter Zur Rose, Walter Oberhänsli, sagt voraus, dass mit dem E-Rezept die Versandapotheke nur noch „einen Klick" entfernt sei. Ihren Siegeslauf könne auch der Rx-Versandhandel ohne Bonigewährung nicht mehr aufhalten. Die börsennotierten Online-Apotheken DocMorris/Zur Rose und Shop-Apotheke planen eine milliardenschwere Gesundheitsplattform und dürften die

größten Profiteure des E-Rezeptes werden. Derweil diskutieren die deutschen Apotheker über das Boniverbot. Die Marketingagentur Dr. Kaske prognostiziert die Schließung jeder dritten Offizin-Apotheke bis 2030.

Ab 2021 soll das E-Rezept zum Versorgungsalltag gehören. Die Patienten können dann die digitale Verordnung auf ihrer App entgegen nehmen oder sie direkt via Netz an eine Apotheke ihrer Wahl übermitteln lassen. Was geschieht dann mit dem digital in der Apotheke angekommenen Rezept? In die Apotheke gehen? Wer sich fernbehandeln lässt, wird vermutlich gerne den Botendienst der Apotheke in Anspruch nehmen, der mit dem Gesetz zur Stärkung der „Vor-Ort- Apotheken“ vorgesehen ist, oder aber gleich eine Versandapotheke einspannen.

GERDA in Baden-Württemberg

In einem Modellprojekt von Apothekerkammer und –verband werden seit November 2019 E-Rezepte mit Hilfe des Programms „GERDA“ („Geschützter E-Rezept-Dienst der Apotheken“) getestet. Patienten können zur Fernbehandlung „bequem vom eigenen Sofa aus“ per Videochat mit dem Arzt sprechen und das elektronische Rezept dann an eine Apotheke ihrer Wahl senden. Hier soll - so die Hoffnung der am Projekt beteiligten Pharmazeut*innen – die beratende pharmazeutische Tätigkeit unmittelbar oder per Botendienst mittelbar wirksam werden.

Sind „Vor-Ort-Apotheken“ und wohnortnahe Arztpraxen Auslaufmodelle?

Meistens wird beschwichtigt. Der Digitalisierungsprozess sei noch nicht so weit, der direkte Mensch zu Mensch-Kontakt soll als Goldstandard erhalten bleiben, telemedizinische Prozesse würden nur zur Entlastung und Unterstützung bei Routineanforderungen im Alltag dienen usw.

Das Foto zeigt eine Werbung von DocMorris auf dem Berliner S-Bahnhof Friedrichstraße.
Doc Morris ist vorbereitet. Die Apotheke vor Ort auch? Lässt das E-Rezept die Apotheken wirklich sterben?

Die Presse vermittelt, woher der Wind weht

E-Rezept lässt Apotheken sterben (Pharm.Ztg. 02.05.2019)
Noch kann die Künstliche Intelligenz Ärzte nicht ersetzen (Die WELT 13.06.2019)
Auslaufmodell arztgeführte Praxis? (Ärztezeitung 29.07.2019)
Schöne neue Welt - ersetzt der Computer bald den Arzt? (G+G 6/19)
Wachstumstreiber E-Rezept (Handelsblatt Düsseldorf 23.08.2019)
Wie das E-Rezept den Markt für Apotheken verändert (Handelsblatt 20.04.2019)

Es wäre weltfremd, die Abschaffung des Digitalisierungsprozesses zu fordern. Der pharmazeutische und der ärztliche Alltag zeigen seit langem den großen Nutzen digitaler Anwendungen, den niemand mehr missen möchte. In ländlichen Regionen sind schon seit längerem (persönlich vermittelte) telemedizinische Versorgungsstrukturen etabliert. Nichtärztliche Praxisassistent*innen besuchen ihre Patient*innen – dabei der

„Telekoffer“ und die telemedizinische „Standleitung“ zur Arztpraxis. Auch Videosprechstunden sind seit Juli 2017 gesetzlich zulässig und abrechenbar. Entscheidend bei all diesen Modellprojekten ist, dass die Ärzte ihre Patient*innen persönlich kennen. „Direkter Kontakt bleibt Goldstandard.“

Bisher gibt es über die gesellschaftspolitischen Auswirkungen der Digitalisierung im Gesundheitswesen keine nennenswerten öffentlich geführten Debatten. Die Standesorgane "Deutsches Ärzteblatt" und "Pharmazeutische Zeitung" sind zwar voll mit Beiträgen zur Telemedizin, zu Big Data und zur Künstlichen Intelligenz, aber da geht es vorrangig um technische Fragen zum Datenschutz, zum Haftungsrecht, zur Transparenz und zur Honorierung. Erfreulicherweise hat der vdää auf seiner Mitgliederversammlung im November 2019 die Auseinandersetzung begonnen mit dem Thema “Analog-Digital-Total“ Das sehen wir als einen guten Aufschlag.

Wie wird sich die Medizin entwickeln, wenn man die gegenwärtigen Trends sich selber überlässt?

Im August 2016 warnte der Arzt und Politologe Christian Thielscher vor Fremdbestimmung und Deprofessionalisierung des Arztberufes. Anlass war ein in Silicon Valley von IBM und Apple gestartetes Projekt „Dr. Watson“. 2.000 Menschen sollen „Dr. Watson“ fit machen für Diagnose und Therapie. Dr. Watson könnte auch Rezepte schreiben und liefern lassen. Einem als „Bachelor of Medicine“ billigeren Arzt bliebe die Rolle eines Kommunikators, und der Wegfall von 20.000 Apotheken würde auch eine Menge Geld sparen.
„Wie wird sich die Medizin entwickeln“ fragt er, „wenn man die gegenwärtigen Trends sich selber überlässt?“

Die Professorin Ammicht-Quinn (Zentrum für Ethik in den Wissenschaften der Universität Tübingen) zu Künstlicher Intelligenz: „Menschen sind nicht ihr Blutdruck… Menschen haben Wünsche, Hoffnungen, Ängste… Wir brauchen ein Bewusstsein dafür, dass auch die nicht quantifizierbaren Bereiche menschlichen Lebens wichtig sind.“
Corinna Schäfer vom Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin befürchtet: Die persönliche Beziehung zum Therapeuten, die Gewissheit, dass er mir helfen wird – das alles geht verloren… Medizin ist nur noch eine anonyme Dienstleistung.

Ein erster Problemaufriss stellt mehr Fragen als er Antworten geben kann

Behält das bio-psycho-soziale Krankheitsmodell seine Bedeutung als Grundlage ärztlichen und pharmazeutischen Handelns?
Was wird aus dem Anspruch einer ganzheitlichen Versorgung und der Einbeziehung der Patientinnen und Patienten (partizipative Entscheidungsfindung)?

Die Gesundheitsbranche steht vor einem gewaltigen Wandel. Dafür sind Fernbehandlung und E-Rezept die unverzichtbaren Beschleuniger. Die Triebkraft ist der milliardenschwere Handel mit Gesundheitsdaten (Big Data!). Das aber wird in einem weiteren Artikel darzustellen sein.

(Quellen bei den Autorinnen)

Über die Autorinnen:

Ingeborg Simon ist VdPP - Gründungsmitglied und Mitglied im Landesseniorenbeirat Berlin.

Dr. Ulrike Faber ist auch VdPP-Gründungsmitglied und in der Patientenvertretung aktiv.

Sozialpharmazie

Zur Substitutionstherapie Opioidabhängiger

Von
Udo Puteanus

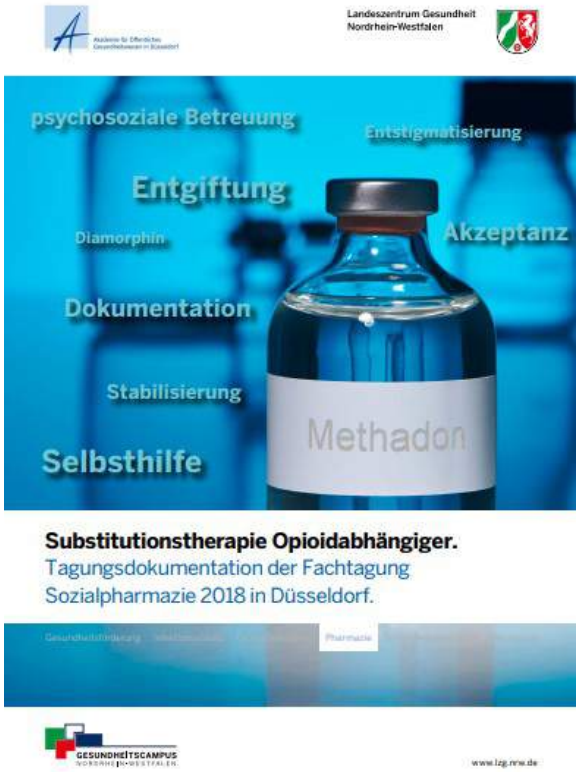
Die Substitutionstherapie mit Opioiden für Suchterkrankte ist in den letzten beiden Jahrzehnten zu einer wissenschaftlich allgemein anerkannten, evidenzbasierten Behandlungsmethode weiterentwickelt worden. Sie steht den Suchterkrankten als Regelleistung der Gesetzlichen Krankenversicherung zur Verfügung. Die 2017 novellierte Betäubungsmittelverschreibungsverordnung (BtMVV) und die neuen Richtlinien der Bundesärztekammer erleichterten die Durchführung der Opioidsubstitutionstherapie.

Neue Möglichkeiten der Vergabe und die Anpassung der Therapieziele eröffneten neue Optionen, führen aber auch zu Diskussionen und Unsicherheiten. So können heute Substitutionsmittel in Heimen, Apotheken oder auch ambulanten Pflegediensten zur direkten Einnahme bereitgestellt werden, was in Hamburger Apotheken schon viele Jahre lang möglich war.

Aber in Apotheken stellt sich bspw. die Frage, ob sich die vielfache Vergabe von Substitutionsmitteln mit dem übrigen Apothekenbetrieb verträgt.

In Heimen wird überlegt, ob Opioidabhängige unter Substitutionstherapie gemischt mit nicht Suchterkrankten leben sollen, oder ob die Abtrennung in eigene Einrichtungen oder Stationen vorteilhafter für die Bewohner ist.
Auf der im Mai 2018 durchgeführten und mit der jetzt vorliegenden Publikation dokumentierten Fachtagung Sozialpharmazie wurde deutlich, in welchem Spannungsfeld Substitutionstherapie stattfindet: zwischen rechtlichen Vorgaben und Anpassungsnotwendigkeiten an die Realität der ärztlichen und pharmazeutischen Praxis sowie an die Lebensumstände der Suchterkrankten.

Angesichts der Abnahme der Zahl qualifizierter substituierender Ärztinnen und Ärzte muss intensiv darüber nachgedacht werden, wie die Substitutionstherapie Opioidabhängiger in Zukunft gestaltet werden soll. Die mit den rechtlichen Vereinfachungen beabsichtigte Attraktivitätssteigerung der Substitutionstherapie für die Ärztinnen und Ärzte hat bislang noch nicht zu einer Zunahme der Zahl qualifizierter Ärztinnen und Ärzte geführt.



Die Tagungsdokumentation „Substitutionstherapie Opioidabhängiger“ kann kostenlos heruntergeladen werden.
https://www.lzg.nrw.de/_media/pdf/service/Pub/2019_df/tagungsdokumentation_sozialpharmazie_2018.pdf

Über den Autor:
Dr. Udo Puteanus ist VdPP-Gründungsmitglied und Mitarbeiter beim Landeszentrum Gesundheit NRW im Bereich Sozialpharmazie.

VdPP Jahresrückblick 2019

30 Jahre VdPP! Das sind für viele von uns auch 30 Jahre Apotheke, Apothekertage, Arzneimittelversorgung, Arzneimittelinformation, Demokratie, evidenzbasierte Medizin und Pharmazie, Frauen in der Pharmazie, Frieden, Gesundheitswesen, Gleichgesinnte, interprofessionelle Zusammenarbeit, kritische Pharmazie, Medikationsanalyse, Patientenvertretung, Politik, rationale Pharmakotherapie, Standesvertretung und soziale Verantwortung.
Auf der Mitgliederversammlung im Juni in Hamburg feierten wir das 30-Jährige Jubiläum mit allen Anwesenden.

Interprofessionelle Zusammenarbeit stand dieses Jahr im Mittelpunkt der 30-jährigen Vereinsgeschichte. Auf der Mitgliederversammlung im Juni in Hamburg wurde mit Vertretern unterschiedlicher Fachdisziplinen im Gesundheitswesen über die Möglichkeiten der interprofessionellen Zusammenarbeit diskutiert.

Pharmazie in sozialer Verantwortung! Ein Kernthema des VdPP und Thema des Herbstseminares "Notwendige Arzneimittel für alle – solidarisch finanziert!". Im Anschluss an das Herbstseminar hat der VdPP ein Positionspapier zur Arzneimittelversorgung sozial Benachteiligter entwickelt und die Verantwortlichen der Politik und die Apothekerschaft aufgerufen endlich im Sinne einer sozialen Pharmazie zu handeln.

"50 Jahre kritische Pharmazie", ist bereits im vergangenen Jahr erschienen. Der kritische Blick auf die Pharmazie, die Gesundheits- und Sozialpolitik hat uns auch dieses Jahr bewegt. Das Heft steht seit November 2019 kostenlos auf unserer Homepage zur Verfügung.
Wenn Sie die Ausgabe per Post für 5€ erhalten möchten, dann schreiben Sie an: info@vdpp.de

Jens Spahn, der Bundesgesundheitsminister beschäftigte uns in diesem Jahr mehrfach. Anfang des Jahres veröffentlichten wir eine Stellungnahme zum Eckpunkte-Papier von Bundesgesundheitsminister Spahn. Es enthält als wesentlichen und entscheidenden Punkt die beabsichtigte Aufhebung der Preisbindung für verschreibungspflichtige Arzneimittel.
http://www.vdpp.de/presse/vdpp-pm-eckpunktepapier-bgm-spahn/

Das Apotheken-Stärkungsgesetz war in diesem Jahr in aller Munde. Pläne von Gesundheitsminister Jens Spahn wurden umgesetzt und der VdPP befürchtet, dass die entscheidenden Herausforderungen einer patientengerechten Arzneimittelversorgung im Vorschlagsgestrüpp eines „Wünsch-dir-was" untergehen.
http://www.vdpp.de/presse/vdpp-pm-apotheken-st%C3%A4rkungsgesetz/

Rx-Versandhandel muss verboten werden
In mehreren Stellungnahmen und Pressemitteilungen haben wir das gefordert, denn es geht um mehr: Gefahren für unsere Gesundheits- und Apothekenwesen werden verkannt, der Patient kommt zu kurz und Pharmazie in sozialer Verantwortung verliert an Bedeutung.

Neue Adresse! Innerhalb der 30-jährigen Geschichte des VdPPs gab es schon einmal einen Umzug in eine neue Apotheke. Lange hatte der VdPP seine Geschäftsstelle in der Neptun-Apotheke in Hamburg. Im Sommer 2019 wurde die Apotheke verkauft. Mit der Übergabe der Apotheke verlässt auch die Geschäftsstelle des VdPP die Apotheke und zieht um. Die neue Postanschrift finden Sie auf der letzten Seite dieses Rundbriefs.

VdPP Jahresrückblick 2019

30 Jahre Mauerfall

"Grenzerfahrungen“

Von
Regina Schumann

30 Jahre nach dem Mauerfall habe ich mich auf die Reise begeben – mit dem Rad entlang der ehemaligen „Zonengrenze“, die Teil des „Eisernen Vorhangs“ war. Drei Wochen von Ilsenburg (Harz) nach Kronach (Franken), 530 km, unzählige Höhenmeter, auf dem deutsch-deutschen Radweg. Ich habe in Sachsen-Anhalt, Niedersachsen, Hessen, Thüringen und Bayern übernachtet, gegessen, Kaffee getrunken und mit vielen Menschen gesprochen.

Gemeinsamkeiten

Wie überall auf dem Land, weit weg von Großstädten, geht das Sterben der Kleinbetriebe voran. Gasthöfe machen zu, Metzgereien und Bäckereien werden weniger, kleine Einkaufsläden schließen, Apotheken werden zu Rezeptsammelstellen. Links und rechts des Weges sind die Folgen der Trockenheit zu sehen, Äcker stauben, in den Wäldern wird massiv Holz geschlagen, im Harz vor allem Fichten, 30 % der Buchen sind schon geschädigt. Die Flüsse und Bäche sind nur noch Rinnsale und Mücken haben mich überhaupt nicht gestochen…

Foto 1: Vom ersten Grenzzaun der Grenzanlagen an wurde ohne Vorwarnung geschossen (Freiland-Grenzmuseum Sorge (Harz))

Die Mauer im Kopf

Es gibt sie noch, durch kleine Dörfer in Thüringen zieht sich die Grenze zwischen den „alteingesessenen“ Bewohnerinnen und Bewohnern (oft Angehörige der DDR-Grenztruppe oder der Staatssicherheit) und den Rückkehrern, die 1952, 1961 oder auch noch 1978 zwangsumgesiedelt wurden oder in den 70er und 80er Jahren ausgereist waren, und denen aus „Westdeutschland“ zugezogenen, die mit viel Engagement Altes erhalten und Neues erschaffen wollten. Konflikte werden nicht ausgetragen oder bereinigt, nur in Gesprächen mit Einzelnen kommen die Verwerfungen zur Sprache. Eklatant ist der sichtbar schlechtere Zustand der Dörfer in Sachsen-Anhalt im Gegensatz zu den Dörfern in Südthüringen. Liegt es an der gemeinsamen Geschichte im hessisch-thüringischen Eichsfeld oder in der Rhön, die durch die schon im 19. Jahrhundert willkürlich gelegten Landes- bzw. nach Kriegsende gezogenen Zonengrenzen geteilt wurden? Oder liegt es daran, dass in Nordbayern 0 % Arbeitslosigkeit herrscht und nach der Wende viele Menschen jenseits der Grenzen dort schneller als anderswo wieder Arbeit gefunden haben?

Erinnerungskultur

Ich habe viele Freilandmuseen mit Grenzzäunen, Wachtürmen, Erinnerungstafeln, Gedenksteinen und Denkmäler für die Toten an der Grenze und die geschleiften Dörfer in der „Sicherheitszone“ gesehen. Zwangsumsiedlungen waren in den 50er, 60er und 70er Jahren (DDR-Aktion „Ungeziefer“) ein Mittel der DDR, ihre Grenze zu „sichern“. Ganze Dörfer verschwanden oder ihre Bewohnerinnen und Bewohner flohen noch kurz vorher über die in den 50er Jahren noch nicht gesicherte grüne Grenze. 30 Jahre nach dem Mauerfall ist viel aufgearbeitet, in den Museen gibt es Biografisches, Zeitzeugen erzählen ihre Geschichte, Fotos zeigen die brutalen Auswirkungen der Grenze. Reicht das? Ende September ist vom Bundestag beschlossen worden, die Unterlagen der „Behörde des Bundesbeauftragten für die Unterlagen des Staatssicherheitsdienstes der ehemaligen Deutschen Demokratischen

Republik“ ins Bundes-Archiv nach Koblenz zu überführen. Ist die Aufarbeitung beendet oder gibt es kein Interesse mehr an der Aufarbeitung?

Der Weg voran

Foto 2: Am 9.11.2013 wurde das Denkmal zwischen Herleshausen (Hessen) und Lauchröden (Thüringen) eingeweiht. Es steht kurz vor der erst 1989 wieder errichteten Brücke über den (Grenz-)Fluss Werra. Es ist von Tobias Michael: „Aus der Enge in die Weite“ und im Rahmen des Projekts "Kunst an der Grenze" der ARS NATURA-Stiftung errichtet worden.

Am „grünen Band“ - dem ehemaligen Todesstreifen – haben sich in den 90er Jahren verschiedene Pflanzen angesiedelt. Der BUND hat sich dafür eingesetzt, dass es als Biotop erhalten bleibt. Es zieht sich an vielen Stellen sichtbar durchs Land. Immer noch sichtbar sind teilweise die Kolonnenwege, Betonstraßen, auf denen DDR-Grenzsoldaten die Zäune kontrollierend abfuhren. In 20 Jahren werden alle Bäume so hoch sein, dass man in den Wäldern den Unterschied nicht mehr wahrnimmt, in der Agrarlandschaft bleiben die grünen Bänder sichtbar – aber wie lange noch?
Sichtbar bleiben die Freilandmuseen, die Denkmäler, die Erinnerungstafeln, solange sie gepflegt, finanziert und oft von Ehrenamtlichen betreut werden. Bildungsstätten und die Ortsmuseen stehen bereit für die jüngeren Generationen, sich zu informieren und zu reflektieren, welche Gefahr von totalitären Regimen und nationalistischen Bewegungen ausgeht.
Sieht man die Verletzungen der Natur und der Menschen, 70 Jahre nach dem letzten Krieg in Deutschland und 30 Jahre nach dem Mauerfall, hat man eine kleine Ahnung, wie es derzeit Flüchtlingen aus Kriegs- und Bürgerkriegsgebieten geht.

Wird der Klimawandel nicht bald durch wirksame Maßnahmen überall auf der Erde gestoppt, wird es Hunger-Katastrophen, soziale Unruhen, Krieg und Chaos auf der ganzen Welt und auch bei uns geben.

Links

https://www.bstu.de/
https://www.bund.net/gruenes-band/
http://www.grenzerinnerungen.de/anschriften.htm

Über die Autorin:

Dr. Regina Schumann ist Apothekerin und Gründungsmitglied des VdPP.
Sie war über 30 Jahre im gesundheitlichen Verbraucherschutz tätig.

Pharmazie in sozialer Verantwortung

VdPP

Wir sind umgezogen!

VdPP

Verein demokratischer
Pharmazeutinnen und Pharmazeuten

Geschäftsstelle Gudrun Meiburg
Goldbekufer 36
22303 Hamburg

Tel.: 040 - 650 548 33
Fax: 040 - 650 548 33

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.

MEHR INFORMATIONEN, ARTIKEL UND AKTUELLE TERMINE FINDEN SIE UNTER

WWW.VDPP.DE

VORSTAND

Daniel Fleer
fleer@vdpp.de

Thomas Hammer
hammer@vdpp.de

Udo Puteanus
puteanus@vdpp.de

Bernd Rehberg
rehberg@vdpp.de

GESCHÄFTSSTELLE

Gudrun Meiburg
info@vdpp.de

NÄCHSTER RUNDBRIEF

Der nächste VdPP-Rundbrief erscheint im Mai 2020. Redaktionsschluss ist am 25. März 2020.