Pharmazie in sozialer Verantwortung
VdPP

Rundbrief

des Vereins demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten (VdPP)

Ausgabe Nr. 111 | 09 / 2021 | 33. Jahrgang

Wer rettet
150.000 Leben?

Wir fordern eine konsequente 1,5-Grad-Politik.
Gesundheit braucht Klimaschutz.

hundertfuenfzigtausend.de

ARZNEIMITTEL
Über die große globalisierte Unsicherheit: Veränderungen auf dem Arzneimittelmarkt
Seite 12

KLIMA
Ein Bericht über die VdPP-Fachtagung „Klimakrise konkret: Umwelt, Gesundheit, Pharmazie!“
Seite 3

SOZIALES
Neues zu Gesundheitszentren und Gesundheitskiosken, mit Beispielen aus Hamburg und Bochum
Seite 8

INHALT

3 **Klimakriste konkret: Umwelt, Gesundheit, Pharmazie!**
Von der Hamburger Regionalgruppe des VdPP

7 **Buchempfehlungen: Ein gesundes Gesundheitssystem**
Von Esther Luhmann

8 **Neues zu Gesundheitszentren und Gesundheitskiosken**
Von Udo Puteanus

11 **Zur Eröffnung eines Stadtteil-Gesundheitszentrums in Berlin**
Ein Spendenaufruf vom Gesundheitskollektiv Berlin

12 **Globalisierte Unsicherheit**
Von Gerd Glaeske

15 **Modernisierung des ÖGD - pharmazeutisches Potenzial nutzen**
Von Udo Puteanus

16 **Kurznachrichten aus dem VdPP**
Vom VdPP

18 **Pharmazeutische Dienstleistungen**
VdPP-Positionspapier

20 **Ich lese den Rundbrief, weil ...**
Von Daniel Fleer

21 **Gesundheit für Alle - Demonstration in Berlin**
Eindruck vom VdPP

22 **Impfstoff-Patente: Falsche Versprechen aus Brüssel und Berlin**
Vom Bündnis #makethemsign

23 **40 Jahre BUKO Pharma-Kampagne**
Von Ulrike Faber

25 **Buchbesprechung: Wirtschaftsgeschichte des Apothekenwesens**
Von Udo Puteanus

27 **Buchbesprechung: Klimaschutz ist Heimatschutz**
Von Regina Schumann

28 **Herbstseminar 2021**
VdPP

ZUM TITELBILD:
150.000 Leben könnten jährlich in Deutschland gerettet werden
Die 150.000 Leben ergeben sich aus einer 2021 in der Fachzeitschrift Lancet Planetary Health veröffentlichten Studie ("The public health implications of the Paris Agreement"): Die Festlegung nationaler Klimaschutzbeiträge, die die Einhaltung des Pariser Klimaabkommens für Deutschland möglich macht und zur Begrenzung der Erdüberhitzung auf 1,5 Grad Celsius beiträgt, könnte die schlimmsten Folgen des Klimawandels verhindern und in Zukunft viele Leben retten. Dazu gehören zum Beispiel weniger Todesfälle durch Hitzewellen oder weniger Atemwegserkrankungen durch sauberere Luft. Mehr Informationen unter: https://healthforfuture.de/150000-leben/ . Health for Future ist eine Initiative von KLUG: https://www.klimawandel-gesundheit.de/

IMPRESSUM

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

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

Bankverbindung
Postbank Berlin
IBAN: DE62 1001 0010 0020 0471 05

ISSN
Print: 2699-6871
Online: 2699-688X

Druck
100% Recyclingpapier, FSC ®
Klimaneutraler Druck

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

Verantwortung und Urheberrechte
Für Beiträge, die mit vollem Namen gekennzeichnet sind, 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.

Anfragen richten Sie bitte an info@vdpp.de

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

Nächster Rundbrief
Der nächste VdPP-Rundbrief, Ausgabe Nr. 112, erscheint im Januar 2022.
Redaktionsschluss ist am 30.11.2021.

MITGLIEDERVERSAMMLUNG 2021

Klimakrise konkret: Umwelt, Gesundheit, Pharmazie!

Ein Bericht über die Fachtagung des VdPP am 19. Juni 2021
Von Gudrun Hahn, Thomas Hammer, Dorothea Hofferberth und Heidi Sauer

Konkreter ging nicht! Bei realen oder gefühlten 30 Grad im Schatten trafen sich Interessierte am Samstagvormittag zu der Fachtagung .... vor dem Bildschirm.

Bei dieser Hitze war die Bereitschaft groß, sofort etwas zu unternehmen, um die Erderwärmung aufzuhalten. Aber hier ging es nicht um blinden Aktionismus. Vielmehr erklärte Dr. Dieter Lehmkuhl (Arzt und Gründungsmitglied von KLUG - Deutsche Allianz Klimawandel und Gesundheit) zunächst, wie das Thema in den letzten Jahren immer wichtiger wurde. Aus der Universitätsperspektive ließ uns Karina Witte (Dipl.-Pharm. und Doktorandin an der Albert-Ludwig-Universität in Freiburg) wissen, wie man das Thema auch angehen kann und zum Schluss, ganz praxisbezogen, stellte Claudia Reimers (Apothekerin und Koordinatorin der Umweltrunden der MediosApotheke) ein Beispiel für eine klimaneutrale Apothekengruppe vor.

> „Wir verstehen, dass die Welt kompliziert ist, und dass das, was wir fordern, nicht einfach oder unrealistisch erscheinen mag. Aber es ist viel unrealistischer zu glauben, dass unsere Gesellschaften die globale Erderhitzung überleben könnten, auf die wir zusteuern.
> Wir müssen uns unweigerlich grundlegend ändern. So oder so. Die Frage ist: werden die Veränderungen zu unseren Bedingungen oder zu den Bedingungen der Natur erfolgen."
> (Greta Thunberg, Luisa Neubauer u.a., Guardian, 18.08.2020)

Dr. med Dieter Lehmkuhl: „Was können Angehörige der Gesundheitsberufe gegen die Klimakrise tun?"

Gleich zu Beginn seines Vortrages betonte Dieter Lehmkuhl die Notwendigkeit, Bündnisse aus allen Bereichen des Gesundheitswesens zu schließen. Nur gemeinsam sei es möglich, auf die weitreichenden Folgen für die Gesundheit durch die Klimakrise hinzuweisen. Die Zeit drängt, denn die Klimalage wird zum "größten medizinischen Notfall des 21. Jahrhunderts" werden.
Eine über 10.000 Jahre andauernde Erdtemperatur mit einer Schwankung von +/- 1 °C bis ins 19. Jahrhundert hatte die menschliche Zivilisation möglich gemacht. Bei der dann folgenden von Menschen gemachten globalen Erwärmung wird damit gerechnet, dass bis zum Ende des 21. Jahrhunderts die Temperatur um 4-5 °C ansteigt, wenn nicht verschärfte Klimaschutzmaßnahmen ergriffen werden. An Kipppunkten wie z.B. der Verringerung des antarktischen Eisschildes und dem Auftauen des Permafrosts in der Nordhälfte der Erde ist wie beim Domino-effekt der Temperaturanstieg nicht rückholbar. Ein Großteil der Erde wird unbewohnbar.
Die globale Erderwärmung, die Verringerung der Artenvielfalt, der ungehemmte Ressourcenverbrauch, zerstörende Landnutzung, steigende CO_2 Emissionen u.a. sind apokalyptische Reiter für die Gesundheit der Menschen.
Direkte Folge des Klimawandels sind Extremwetterereignisse wie Hitze, Stürme, Dürren, Überschwemmungen, Waldbrände. Indirekte Auswirkungen sind zum Beispiel Luftverschmutzung (Feinstaub), Hitzeassoziierte Erkrankungen, Zunahme von Allergenen und veränderten Pollen sowie vermehrtes Auftreten von Erkrankungen wie Malaria oder Dengue u.a.. So gibt es schon jetzt Landschaften ohne Wasser in den USA, zum Beispiel in Oregon sterben Fische, weil die Seen austrocknen.
Die sozial Schwächsten und Kranken können sich am wenigsten dagegen schützen und werden zuerst und am stärksten betroffen sein.
Dieter Lehmkuhl forderte daher nun gerade ein besonderes Engagement der Gesundheitsberufe ein, wie es bereits in der Musterberufsordnung der Bundesärztekammer steht: Das „Leben zu erhalten, die Gesundheit zu schützen ...und an der Erhaltung der natürlichen Lebensgrundlagen in Hinblick auf ihre Bedeutung für die Gesundheit der Menschen mitzuwirken". Das ist nicht nur eine Frage der Ethik, sondern eine Handlungsanweisung!

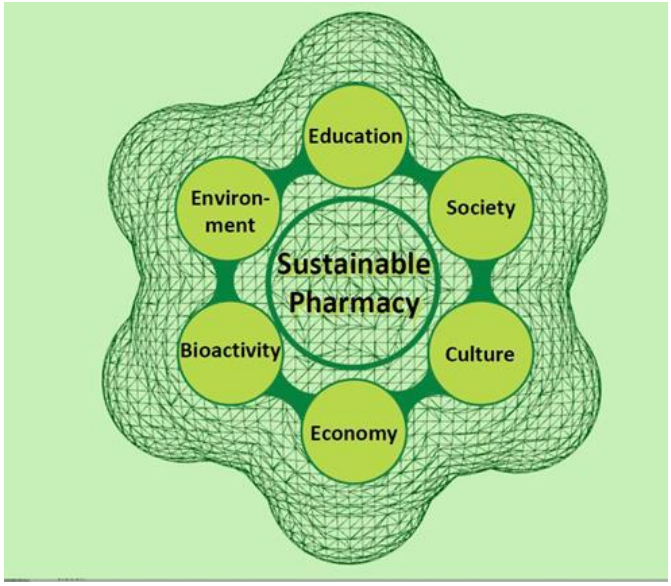
Nur radikal Großes kann der Klimakrise entgegengesetzt werden. Forschungsprogramme, die noch 20 Jahre dauern, kommen jetzt zu spät. Besondere Bedeutung für einen Erfolg liegt bei Gesundheitsorganisationen wie z. B. UKHACC (the UK Health Alliance on Climate Change).
Lehmkuhl betonte aber auch, dass jeder einzelne Mensch im privaten Rahmen mithelfen muss.
So ist es z.B. wichtig:

- höchstens 28g Fleisch pro Tag zu essen
- Geld nachhaltig anzulegen
- Stromanbieter zu wählen, die auf erneuerbare Energien setzen
- Konsum und Mobilität herunterzufahren
- politisch für Klimawandel aktiv zu werden.

Dieter Lehmkuhl beendete seinen Vortrag mit einem Zitat von Greta Thunberg (siehe Kasten auf Seite 3).

Dipl.-Pharm. Karina Witte:
„Nachhaltige Pharmazie - ein Zukunftskonzept"

Wo, wenn nicht an der Universität während der Ausbildung, können Wissen und Denkimpulse für ein zukünftiges Leben am besten vermittelt, angeregt und verankert werden?
Die Erwartung der Zuhörenden, auch von der Arbeit am pharmazeutischen Institut in Freiburg für das eigene Leben zu profitieren, war somit groß. Genau da setze Frau Witte an. „Werden Sie sich bewusst, was Sie von meinem Vortrag erwarten." Dafür bekamen wir 1,5 Minuten Denkzeit.
An der Uni Freiburg bieten Karina Witte und Prof. M. Müller eine interaktive Vorlesung an zu dem Thema: „Sustainable Pharmacy" für Studierende der Pharmazie und verwandter Wissenschaften. Die Kernfrage ist: Wie können wir das, was geschieht bzw. geschehen soll, möglichst nachhaltig gestalten?
Wenn jemand eine Vorlesung anbietet zum Thema „Nachhaltige Pharmazie", dann weckt das Lust an neuen Erkenntnissen. Kann ich in meinem Leben etwas davon umsetzen? Wie komplex „Nachhaltige Pharmazie" in der Umsetzung wird, wurde an dieser Definition deutlich:



„Nachhaltige Pharmazie ist die gleichzeitige, gleichberechtigte und dynamische Einbeziehung von pharmakologischen, ökologischen, ökonomischen und sozialen Aspekten mit dem Ziel für die jetzige und nachfolgenden Generationen eine wirksame Behandlung von Krankheiten zu ermöglichen." (Witte, Müller)

Dargestellt mit dem Schema eines Benzolrings sah ich - statt der Elektronen - Umweltargumente, soziale Argumente und wissenschaftliche Argumente hin- und herflitzen, dabei sich berühren und gleichzeitig abstoßen; für den Alltag noch keine Handlungsanweisung.

Anhand eines ethischen Dilemmas, der Wahl zwischen dem Leid verschiedener Gruppen, verdeutlichte Frau Witte wie schwer es uns fällt, in Situationen, die Verlust/Verzicht bedeuten, uns zu entscheiden und unsere eigenen Interessen zurückzustellen. Bei dem Überthema „Klimaschutz" ist man schnell bei der Forderung „Konsumverzicht". Den eigenen Konsum muss man verringern. Man darf aber nicht vergessen, dass das weitere Folgen hat. Z.B. wird woanders auf der Welt weniger verdient und die Armut vergrößert sich dort.

Auch bei der Diskussion über Nachhaltige Pharmazie ist es wichtig, kritisch zu reflektieren, welche Maßnahmen welche Folgeeffekte haben. Die Transformation wird nicht bequem sein. Das ist aber kein Aufruf NICHTS zu tun. Es ist weiterhin Aufgabe der Pharmazie, wirksame Medikationen zu entwickeln und an der Prävention von Krankheiten mitzuwirken.
Erich Kästners Spruch: „Es gibt nichts Gutes, außer man tut es", hat weiterhin Gültigkeit.
Zurück zu der Anfangsfrage, was wir jeweils von dem Vortrag erwarten. Eine Erwartung wurde erfüllt: Ich bekam Lust, irgendwo an diesen Themen zu arbeiten. Der andere Aspekt, etwas zu erfahren, wo konkret gearbeitet wird und wo sich gerade etwas ändert, wurde nicht gefüttert.

Claudia Reimers:
„So gehen wir's an!
- Wege zur klimaneutralen Apotheke"

Der Verbund der MediosApotheke besteht aus vier Standortapotheken in Berlin. Insgesamt gibt es 170 Mitarbeitende. Alle vier Apotheken wurden im Februar 2021 von Noventi als klimaneutral zertifiziert.
Der Zertifikatgeber Noventi prüft die Anforderungen, aber nicht die Angaben. Erfüllt die Apotheke die Voraussetzungen, wird die CO_2 Erzeugung pro Jahr berechnet. Zum Ausgleich unterstützt Noventi Klimaprojekte, die durch ihre Aktivitäten (z.B. Bäume pflanzen) diese CO_2 Mengen verbrauchen - deshalb „Klimaneutralität".
Mit viel Engagement berichtete Frau Reimers, wieviel Arbeit, aber auch Freude und Spaß dazu beitrugen, es zu schaffen.
Wichtige Voraussetzung war, dass von Anfang an alle Maßnahmen zum Umweltschutz und zur Klimaneutralität fest im QMS-System verankert wurden und jeder Standort ein:e Umweltbeauftragte:n hat, die sich 2-4 mal pro Jahr in Umweltrunden treffen.
In folgenden Bereichen wird gearbeitet:
1. Strom:

- jährliche Preisabfrage bei umweltfreundlichen Stromanbietern
- Kontrolle und Wartung aller besonders viel verbrauchenden Stromgeräte
- bei Neukauf wird auf den blauen Engel geachtet
- möglichst keine batteriebetriebenen Geräte wie kabellose Mäuse oder Tastaturen verwenden

2. Papier und drucken

- es gilt: Think before you Print

- Faxe auf E-Mail Adresse umleiten

3. Wasserschutz

- Toilettenspülspartaste
- Rezepturabfälle gesondert entsorgen

4. Plastikvermeidung, Mülltrennung, Recycling

- keine Plastiktüten bei Warenabgabe
- keine neuen Produkte mit Micro Plastik im Verkauf
- keine Kaffeekapseln
- bei Give-Aways auf Umweltverträglichkeit achten
- recycelbare Handschuhe verwenden (Leider bietet diese Firma den Service nicht mehr an.)
- Kittel aus 100 % Naturfaser

5. Logistik

- interner Post- und Warenaustausch mit wiederverwendbaren Behältnissen
- Fahrradkuriere
- Reduzierung der Anzahl von Großhandelslieferungen und Kisten
- Tankkarten mit CO_2 Ausgleich
- bei Dienstreisen unter 600 km keine Flüge

Frau Reimers betonte, dass schon viel geschafft sei, aber auch noch viel zu tun ist:

- die Suchmaschinen der Computer werden umgestellt auf Ecosia (Profit geht in Umweltprojekte)
- Dienstradleasing per Gehaltsumwandlung für Mitarbeitende
- gesundes Essen ohne Verpackungsmüll für Beschäftigte z.B. über die Vytal App

Mit besonders viel Freude stellte uns Frau Reimers eine Aktion der MediosApotheke vor: #FillTheBottle.
Apothekenmitarbeitende in weißen Kitteln sammelten rund um ihr Einzugsgebiet Zigarettenkippen in Flaschen ein. Dabei kam es zu vielen Gesprächskontakten mit Passanten, die für Information und Beratung genutzt werden konnten.
Zum Abschluss berichtete sie uns von einer lustigen Nacht- und Nebelaktion in allen Filialen, um noch mehr Kolleg:innen für eine Teilnahme am Programm von "viamedica: Klimaretter-Lebensretter" zu motivieren. Überall, wo es möglich war Klimapunkte zu sammeln, wurden lustige Merkzettel angeklebt z.B.:

- Fahrstuhl: Per Treppe geht es auch
- Fenster: Heizung aus beim Lüften
- Kühlschrank: saisonal und regional einkaufen

So wird immer wieder zum Nachdenken angeregt und es sorgte für viele Schmunzler.

Auf Nachfrage, ob denn diese ganzen Umsetzungen betriebsintern problemlos klappen, antwortete sie, dass die Chefin hinter allem steht und die Arbeit zu größten Teilen während der bezahlten Arbeitszeit stattfindet. Selbstverständlich gehe es ohne persönliches Engagement - manchmal auch außerhalb der Arbeitszeit - nicht. Fast alle Angestellten seien allerdings abgeholt und engagieren sich gerne.

Aus der Diskussion

Dass es viel zu tun gibt, um die Erderwärmung zu stoppen, darüber war man sich einig. Anfangen kann man immer am eigenen Arbeitsplatz und im persönlichen Umfeld. Wichtig wird sein, dort Veränderungen einzufordern, wo neue Strukturen und ein erweitertes Bewusstsein zu großen Auswirkungen führen. Der Deutsche Ärztetag wollte sich dieses Jahr mit dem Thema Klimawandel und Gesundheit befassen. Da aber die Veranstaltung nur online an zwei Tagen stattfand, wurde das Thema von der Tagesordnung genommen.

Für den Bereich der Pharmazie heißt Erderwärmung stoppen: Veränderungen in der Produktion, Reflexion der vorhandenen Arzneistoffe, Forschung mit erweiterten Vorgaben, Änderungen im Verschreibungsverhalten der Ärzt:innen, Ökonomie nicht ohne Ökologie denken. Das wurde in Richtung Krankenkassen gesagt. Arzneimittelhersteller müssen verpflichtet werden, ökologische Daten zu veröffentlichen. Als positives Beispiel wurden die „Kloka Listan" (Kluge Listen) aus Schweden angeführt. Die Regionalverwaltungen haben die Kompetenz, Positiv-Listen für Arzneimittel zu erstellen. Hierin finden sich auch Umweltargumente (Diclofenac). Verbraucher müssen leichter Zugang zu Informationen bekommen, um verantwortungsvoll mit ihren Arzneimitteln umgehen zu können.

Der Einfluss des Klimawandels auf Krankheitsausprägungen und somit unsere Gesundheit muss erkannt und anerkannt werden. Hier öffnet sich ein neues Arbeitsgebiet für die Kammern und Verbände aus dem Bereich des Gesundheitswesens. Der Zusammenhang zwischen Erderwärmung und Krankheiten muss dringend der Bevölkerung vermittelt werden.
Bei all dieser Arbeit mit und gegen Lobbygruppen darf aber auch weiter geträumt werden und auf Umsetzung hingearbeitet werden von

- „Unverpackt" Apotheken oder
- „Klimaneutralen Arzneimitteln" - erkennbar an einem Ampelaufdruck auf der Verpackung oder
- dass „green pharmacy" der Standard ist und kein exotischer Begriff mehr, oder
- dass der Kapitalismus Kollaps vor dem Öko Kollaps kommt.

Worldcafé am Nachmittag

Nach den Fachvorträgen am Vormittag traf man sich nach der Mittagspause zu Diskussionsrunden im Worldcafé: drei Themen, drei Moderator:innen.
Die Teilnehmenden der Fachtagung wurden in drei Gruppen aufgeteilt, die unter der Gruppenleitung jeweils 20 Min. über ein Thema diskutierten. Nach insgesamt dreimal 20 Min. trafen sich alle Diskutierenden dann wieder im Plenum. Die Gruppenleitungen/ Moderator:innen stellten die Ergebnisse der Diskussionen vor.

Als erste Moderatorin sprach **Annegret Dickhoff vom BUND** über das Thema „ **KLIK green und die Rolle der Pharmazeut:innen in grünen Krankenhäusern**". Annegret Dickhoff ist Diplomingenieurin, Pflegefachkraft

und aktives Mitglied im BUND. Sie arbeitet als Projektmanagerin bei KLIK green. Hier ist es ihre Aufgabe, Kliniken und Rehaeinrichtungen umweltfreundlicher zu gestalten. In den Krankenhäusern werden Klimamanager:innen ausgebildet, die dafür Sorge tragen sollen, den Klimaschutz zu fördern, die Kohlendioxidabgabe und den Abfall zu minimieren.
Sie kümmern sich um:

- Ersparnisse von Material und Kraftstoff,
- die Abwasserreinigung,
- die umweltfreundliche Entsorgung der Chemikalien aus den Laboren,
- regelmäßige Verbrauchskontrollen und
- eine effiziente Lagerhaltung.

Eine apothekenspezifische Arbeit bietet sich an für Pharmazeut:innen bei der Mitarbeit in der Hygiene- und Arzneimittelkommission, ebenso bei Visiten auf den Stationen. Eine weitere wichtige Aufgabe ist die regelmäßige Überprüfung der Medikationsdaten der Patient:innen.

Die zweite Arbeitsgruppe moderierte **Claudia Jenkes,** Journalistin und Geschäftsführerin der BUKO Pharma-Kampagne. Ihr Thema lautete „**Die unsichtbare Gefahr - Antibiotische Wirkstoffe und resistente Erreger in der Umwelt**“.
Sie fragte: Wie kann der Antibiotika-Verbrauch weltweit reduziert und wie können Resistenzen verhindert werden? Was kann die Apotheke zur Lösung dieses globalen Problem beitragen?
Nachdem die Teilnehmenden durch ein Video in das Thema eingeführt worden waren (Arzneimittelproduktion in Indien), wurde diskutiert, welche Anforderungen an alle Beteiligten wie Ärzt:innen, Apotheker:innen, pharmazeutische Industrie, Aufsichtsbehörden gestellt werden müssen.
Wichtig sind:

- interprofessionelle Zusammenarbeit von Ärzt:innen und Pharmazeut:innen,
- bessere und schnellere Diagnostik und damit gezielter Antibiotikaeinsatz,
- verzögerte Verschreibung (erstmal mit der Gabe des Arzneimittels abwarten, z.B.bei einer Otitis media im Kleinkindalter),
- zurückhaltender Einsatz neuentwickelter Antibiotika (Erhalt von Reserveantibiotika).

Von der Politik wird zweierlei gefordert. Zum einen strenge Kontrollen durch die Behörden in der Produktion von Antibiotika und zum anderen höhere Standards bei der Herstellung hinsichtlich Umweltverträglichkeit.
Hier ist mit starkem Widerstand der Pharmalobby zu rechnen. Claudia Jenkes berichtete von einem interessanten Experiment: In Bielefeld wurde 2016 die Vereinigung AnTib gegründet, ein Zusammenschluss von Mediziner:innen, die gemeinsam den sparsamen Einsatz von Antibiotika diskutieren und in die Praxis umsetzen. Als Folge wurden die Verschreibungen von Antibiotika reduziert. Bisher sind bedauerlicherweise noch keine Pharmazeut:innen an diesem Projekt beteiligt. (Anm. der Redaktion: s. Artikel auf Seite 23)

Als letzter Moderator sprach **Patrick Neumann**, zuständig für Public Health im Bundesverband der Pharmaziestudierenden, über „**Nachhaltige Lehre im Pharmaziestudium**“.
Er fragte: Warum fehlen in der Lehre umweltrelevante Hintergründe über den Klimawandel? Was muss geändert werden?
Das Pharmaziestudium hat ein starres und veraltetes Curriculum, es ist vollgepackt mit Pflichtveranstaltungen und Laborpraktika.

Folgende Forderungen wurden aufgestellt:

- der Klimawandel als **das** Problem der Gegenwart muss in das Studium eingebunden werden,
- fächerübergreifend müssen Probleme der Klimaveränderungen benannt werden,
- interdisziplinäre Vorlesungen mit Mediziner:innen und Chemiker:innen,
- Ethik als Pflichtfach; bei den Medizinstudierenden längst normal,
- nachhaltiges Arbeiten im Labor,
- kritische Auswahl der Chemikalien,
- ein fundiertes Wissen im Fach Toxikologie,
- umweltverträgliche Entsorgung,
- alternative Herstellungsverfahren.

Welche Lehren kann der VdPP aus diesen Diskussionen ziehen? Warum ist unser Berufsstand in Umweltfragen so wenig präsent, so zögerlich?

Dieses Seminar soll einen Anstoß zum Blick über den Tellerrand geben.
Die nordischen und angelsächsischen Länder sind in der Diskussion und Umsetzung von klimarelevanten Fragen in der Praxis schon weiter.
Die Apothekerschaft mit ihren vielen Kontakten zur Bevölkerung muss:

1. Umweltthemen in ihre Arbeit aufnehmen, diese weiterverbreiten, beispielsweise Hinweise zum Verhalten an sehr heißen Sommertagen geben,
2. Aufklärung über die korrekte Lagerung und Anwendung von Arzneimitteln leisten,
3. Informationen über die Entsorgung von Arzneimitteln vermitteln.

Die Apothekerschaft stellt bisher die Ökonomie in den Vordergrund. Es wird endlich Zeit, auch die Ökologie zu berücksichtigen. Sie muss Fragen und Antworten zum Klimawandel deutlich artikulieren und Lösungsvorschläge erarbeiten.
Der VdPP setzt sich für einen Antrag zum Deutschen Apothekertag 2021 ein, durch den der Klimaschutz ein prominentes Schwerpunktthema 2022 werden soll.
„Packen wir es an“!

Über die Autor:innen:
Gudrun Hahn, Thomas Hammer, Dorothea Hafferberth und Heidi Sauer sind VdPP-Mitglieder und in der Hamburger Regionalgruppe des VdPP aktiv.

BUCHEMPFEHLUNGEN

Ein gesundes Gesundheitswesen

Thematisch an das Thema der Fachtagung vom Juni anknüpfend erscheinen in Kürze zwei interessante Bücher, die sich ausführlich mit der Planetaren Gesundheit und der nachhaltigen Ausrichtung einer Apotheke beschäftigen. Zum einen hat unsere VdPP-Vorstandsreferentin Esther Luhmann das Buch „Die nachhaltige Apotheke" beim Deutschen Apotheker Verlag veröffentlicht. Das Buch bietet viele Tipps um Checklisten um die Apotheke nachhaltiger auszurichten. Zum anderen erscheint das Buch „Planetary Health" bei der Medizinisch Wissenschaftlichen Verlagsgesellschaft. Ein Sammelwerk an gut ausgearbei**tetem Hintergrundwissen und es bietet Exkurse zur Nachhaltigkeit im Gesundheitswesen.**

Von Arzneimittel bis Zukunft

Die Auswirkungen des Klimawandels begegnen uns jeden Tag. Auch für unsere Gesundheit stellen sie eine Gefahr dar. Ist es daher nicht auch Teil der heilberuflichen Verantwortung, etwas für die Gesundheit unseres Planeten zu tun? Welchen Beitrag kann das Apothekenpersonal hier leisten?
Dieser Frage geht die Autorin auf den Grund. Sie beleuchtet, welche Nebenwirkungen Arzneimittel auf die Umwelt haben können und wo sich Alternativen finden. Damit Umweltschutz im Apothekenalltag gelingt, bietet das Buch praktische Tipps und Checklisten für das gesamte Team. Denn die Apotheke kann nicht nur Ressourcen schonen und Patienten über gesundheitliche Folgen des Klimawandels beraten. Sie kann Vorbild sein.
Die Zukunft liegt in unserer Hand!

#nachhaltigeApotheke

Von Esther Luhmann.
Erscheint im Oktober 2021
Deutscher Apotheker Verlag
Stuttgart

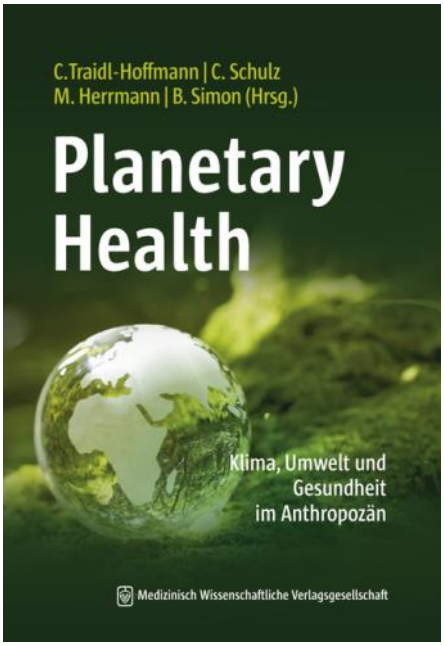
ISBN 978-3-7692-7809-5

Wenn die Erde krank ist, kann der Mensch nicht gesund sein

Das Konzept Planetary Health befasst sich mit den Zusammenhängen zwischen der Gesundheit des Menschen und der Gesundheit unseres Planeten. Bereits jetzt hat die zunehmende Zerstörung der Ökosysteme durch die raumgreifende Lebensweise des Menschen negativen Einfluss auf unsere Gesundheit, zuvorderst durch Umweltverschmutzung, Artensterben und die voranschreitende Klimakrise. Diese zunehmende Überschreitung planetarer Grenzen ist für die Gesellschaften eine beispiellose Herausforderung.
Es gilt nun, diese Entwicklung im Kontext von Gesundheit und Medizin zu berücksichtigen – und die Wissenschaften rund um die Medizin zu ertüchtigen, sich eingehend mit den Konsequenzen für die Gesundheit auseinanderzusetzen. Beispiele sind die tödlichen Auswirkungen von Hitzewellen, die Zunahme von Allergien oder auch das Auftreten neuartiger Krankheitserreger.
Dieses Fachbuch bündelt das aktuelle, für viele der medizinischen Fachgebiete noch neue Wissen über die vielfältigen Folgen der Klimakrise. Es sind Folgen, die auch noch die Gesundheit kommender Generationen beeinflussen werden.

Von C. Traidl-Hoffmann, C. Schulz, M. Herrmann, B. Simon
Erscheint im September 2021
Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

ISBN 978-3-95466-650-8



SOZIALPHARMAZIE

Neues zu Gesundheitszentren und Gesundheitskiosken

Udo Puteanus

In einer Pressemitteilung aus Hamburg vom 15. November 2019 heißt es „Gleiche Gesundheitschancen für Patientinnen und Patienten in Hamburg. Senat fördert in Quartieren mit besonderem sozialem Unterstützungsbedarf sieben Lokale Gesundheitszentren." Und jetzt tut sich auch etwas im Ruhrgebiet.

Gesundheitszentren sind an sich nichts Neues. Schon in den siebziger Jahren des letzten Jahrhunderts entstanden erste Gesundheitszentren, so z. B. in Riedstadt (bei Darmstadt) oder in Berlin-Gropiusstadt. Sie hatten den Anspruch, interdisziplinär zu arbeiten und sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen besonders zu berücksichtigen. Aber es waren auf privater Initiative bauende Projekte.
Auch die Polikliniken der ehemaligen DDR arbeiteten interdisziplinär im Sinne facharztübergreifender ambulanter Versorgung. Allerdings war die direkte Integration von Apotheken oder Sozialdiensten nicht die Regel.

Das aktuelle Hamburger Vorhaben reagiert auf die Erkenntnis, dass Prävention und Versorgung sozial Benachteiligter eine große Herausforderung für das Gesundheitswesen darstellen. Sie tragen die größte Krankheitslast und verfügen über die geringsten Ressourcen zur Förderung ihrer Gesundheit oder zur Nutzung der vorhandenen Angebote. Ihre gesundheitlichen Probleme sind sehr oft Folge ihrer sozialen Benachteiligung aufgrund schlechter Wohnumgebung, Arbeitslosigkeit oder täglich erlebter Demütigungen.
Das Besondere an den kommunalen oder lokalen Gesundheitszentren ist die Niedrigschwelligkeit und die Interdisziplinarität des Angebots von medizinischen, sozialen und psychologischen Kompetenzen. Damit wird ein ganzheitlicher Ansatz ermöglicht, um die Menschen in benachteiligten Stadtteilen oder auch ländlichen Regionen zu erreichen und ggf. an andere Hilfe- und Beratungsstellen weiter zu vermitteln.

Der Hamburger Plan

Seit ein paar Jahren existiert in Hamburg die Poliklinik Veddel. Sie *„ist ein soziales Stadtteil-Gesundheitszentrum. Hier gibt es eine Allgemeinarztpraxis, eine Sozial- und Gesundheitsberatung und eine Psychologische Beratung. … Wir fragen nach gesundheitlicher Chancengleichheit, Lebensbedingungen und Lebenserwartung, denn Gesundheit und Krankheit sind auch durch politische Kräfteverhältnisse bestimmt."* So heißt es in der Selbstdarstellung der Poliklinik. Inzwischen hat die Poliklinik Veddel einen dritten Standort eröffnen können.
Die Stadt Hamburg hat nun aufgrund der positiven Erfahrungen mit der Poliklinik Veddel (sie ist auch Preisträgerin des diesjährigen Carola Gold-Preises von „Armut und Gesundheit Berlin-Brandenburg") beschlossen, bis zu sechs weitere kommunale Gesundheitszentren in sozial benachteiligten Stadtvierteln zu fördern. Neben Versorgungsfragen spielen vor allem Prävention und Gesundheitsförderung eine große Rolle. Aber auch die hausärztliche Versorgung, also die medizinische Versorgung, ist ein Schwerpunkt dieses Ansatzes. Neben der Vermittlung von Wissen, bspw. zur gesunden Ernährung und zu ausreichender Bewegung, sollen die Gesundheitszentren in die Quartiere hineinwirken und Anregungen geben, was verändert werden muss, damit die Verhältnisse im Quartier für ein gesundes Leben förderlicher werden.

Der Hamburger Gesundheitskiosk

Etwas anders ist die Idee des Gesundheitskiosks in HH Billstedt/Horn. Auch hier geht es um ein niedrigschwelliges, umfassendes und kostenloses Beratungs- und Kursangebot sowie die Vernetzung von Gesundheits- und Sozialangeboten und Institutionen im Stadtteil. Allerdings ist beim Gesundheitskiosk die hausärztliche Versorgung nicht direkt integriert, sondern eher assoziiert. Vorbild sind die Gesundheitskioske in Finnland, die an verschiedenen Stellen, wo Menschen zusammenkommen – z. B. in Einkaufszentren – informieren und beraten (Näheres dazu im VdPP-Rundbrief 104). Allein im ersten Jahr wurden im Hamburger Gesundheitskiosk mehr als 3.000 Beratungen geleistet, immer mit dem Ziel, die Gesundheitskompetenz der Einwohner:innen zu stärken.

Die Initiative in Bochum

Nun auch in Bochum. Per Pressemitteilung der Stadt Bochum vom 1. März 2021 kündigte die Stadt eine zentrale Anlaufstelle für Wattenscheider Bürgerinnen und Bürger bei Fragen rund um Gesundheit, Prävention, Pflege und Therapie an. Sie stützt sich bei diesem Vorhaben auf ein Gutachten, das durch Optimedis AG gemeinsam mit dem örtlichen Arbeitskreis Gesundheitskiosk erstellt wurde. Optimedis hatte schon den Gesundheitskiosk in Hamburg vorbereitet.

Mit dem Angebot soll, so die Zielrichtung, eine ergänzende integrierte Versorgungsstruktur in der Wattenscheider Innenstadt aufgebaut werden. Wie in Hamburg sind auch hier die Errichtung und Pflege eines interdisziplinären Netzwerks geplant.

Bis sich in Wattenscheid die Pforten für die Bevölkerung öffnen, müssen noch einige Hürden überwunden werden. Insbesondere die Finanzierung ist wie bei allen diesen Projekten der größte Brocken. Aber in Bochum ist man entschlossen, Schritt für Schritt voranzukommen.

Die Initiative in Essen

Auch in der Nachbarstadt Essen tut sich was. Der Start war hier allerdings unglücklich. Denn im Jahr 2020 schlossen zwei kleinere Krankenhäuser im Essener Norden für immer ihre Pforten. Vorausgegangen waren Proteste der Bevölkerung, die die wohnortnahe Krankenhausversorgung schätzten. Als dann zu Beginn des Jahres 2021 bekannt wurde, einen oder zwei Gesundheitskioske zu errichten, schlugen die Wellen hoch. „Ein Kiosk statt eines Krankenhauses", so fühlte sich die Botschaft an, die die Menschen aus der Information der Stadt mitnahmen. Die Bevölkerung sah sich nicht ausreichend wertgeschätzt und protestierte lautstark.

Vielleicht fanden die Proteste bei den Stadtobereren Gehör, denn noch im Frühjahr 2021 wurde bekannt, dass auf dem ehemaligen Gelände eines der beiden Krankenhäuser ein „Gesundheitszentrum" entstehen soll. Es wurde noch im Mai ein Forschungsteam beauftragt, ein tragfähiges Konzept dafür zu entwickeln.

Und darüber hinaus

Lokale oder regionale Gesundheitszentren oder Gesundheitskioske sind aber nicht nur im Ruhrgebiet derzeit im Gespräch. Die Robert Bosch Stiftung, die schon die Poliklinik in Hamburg und GEKO in Berlin unterstützte, förderte weitere Gesundheitszentren an verschiedenen Standorten der Bundesrepublik. Inzwischen liegen Abschlussberichte vor. Insbesondere die interdisziplinäre Zusammenarbeit sowie die Kooperation von Beschäftigten aus dem Gesundheits- und Sozialwesen in diesen Zentren wird als besonderes Plus hervorgehoben. Auch die Ansätze in den Bereichen Prävention und Gesundheitsförderung werden als großer Fortschritt verbucht.

Nun muss auch dort der mühsame Weg gesucht werden, wie die weitere Finanzierung sichergestellt werden kann. Große Hoffnungen setzen die Verantwortlichen auf Signale aus der Politik.

Signale aus der Politik

In einigen Wahlprogrammen für die Bundestagswahl finden sich Hinweise, dass Gesundheitszentren eine Option für die nächste Legislaturperiode werden könnten. Neue Überlegungen dieser Art werden auch notwendig sein, um den demografischen Wandel, den Fachkräftemangel und die finanziellen Herausforderungen der Zukunft zu meistern. Was nicht passieren darf, sind Qualitätseinbußen für die Bevölkerung, wie man sie im Essener Norden befürchtete.

Aus internationalen Untersuchungen ist bekannt, wie wertvoll die strukturell verankerte Zusammenarbeit unterschiedlicher Professionen und unterschiedlicher Versorgungssysteme (Gesundheit und Soziales) sein kann. In der Bundesrepublik hat man in den letzten Jahrzehnten fast ausschließlich auf ein Nebeneinander und nicht auf ein Miteinander gesetzt. Auch die Versuche, im SGB V die „Integrierte Versorgung" zu fördern, fanden nur wenig Resonanz. Am ehesten waren es noch die Medizinischen Versorgungszentren (MVZ), die von diesem Programm profitierten, allerdings nicht immer zum Wohle der Bevölkerung, sondern oftmals zum Wohle der Investoren. Aber das ist ein anderes Kapitel.

Das Beispiel Templin

Die sektorenübergreifende Versorgung von Patienten, also die Überwindung der Schranken zwischen der stationären und der ambulanten Versorgung, ist ein weiteres Ziel, das erreicht werden muss, um das deutsche Gesundheitswesen für die Patient:innen zu verbessern und auch effektiver zu machen. Im Brandenburger Templin gibt es ein solches Projekt, das vom Innovationsfond des G-BA gefördert wird. Hier wird versucht, die haus- und fachärztliche Versorgung sowie die Versorgung der Patient:innen im dortigen Krankenhaus eng zu verzahnen. Gerade an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung hakt es oftmals, ein Problem, auf das man sich in Templin besonders konzentriert.

Wird es in Zukunft eine Stärkung der Kommunen im Gesundheits- und Sozialwesen geben?

Diese Frage beantwortet Prof. Andreas Kruse, Vorsitzender der Siebten Altenberichtskommission (2016) so: „In ihren Empfehlungen fordert die Sachverständigenkommission (des Siebten Altenberichts) den Bund und die Länder dazu auf, die Kommunen zu stärken und sozialer Ungleichheit entgegenzuwirken. Sie plädiert für mehr Kooperation und Vernetzung in den Handlungsfeldern, die für ältere Menschen besonders bedeutsam sind (etwa Gesundheit, Sorge und Pflege, Wohnen sowie Mobilität)."

Der Altenbericht beinhaltet eine fundierte Analyse der meist insuffizienten Aufstellung der Kommunen für den kommenden demografischen Wandel (und in letzter Zeit immer mehr in den Vordergrund rückend: für den Klimawandel). Aber er gibt auch Empfehlungen, wie die Kommunen den Herausforderungen gerecht werden können – wenn man sie denn lässt und sie finanziell unterstützt. Und bezogen auf die Zusammenarbeit vor Ort heißt es: „Wenn die Gestaltung der Daseinsvorsorge an den beabsichtigten Wirkungen orientiert sein soll, dann müssen bei der Planung von Maßnahmen der Daseinsvorsorge mögliche Wechselwirkungen zwischen verschiedenen Handlungsfeldern (etwa Pflege, Gesundheit, soziale Infrastruktur und Mobilität) berücksichtigt werden.

Anstatt einzelne Leistungen isoliert zu betrachten, sollten die Kommunen die Daseinsvorsorge als Ganzes und ihre Gesamtwirkung auf die Lebensqualität der Menschen in den Blick nehmen." Also auch in diese Strategie passen gesundheitlich Primärversorgungszentren sehr gut hinein.

Die Pharmazeutische Perspektive

Hört man bei diesen Projekten etwas von Apotheken oder von Arzneimitteln? Gelegentlich schon, aber man muss schon sehr in die Tiefe gehen, um hier fündig zu werden. Und hört man etwas von den Apothekerkammern und -verbänden zu diesen Ansätzen? Hier schaut man weitgehend ins Leere. Mag ja sein, dass sich einzelne Vertretungen der Apothekerschaft mit Gesundheitszentren, Gesundheitskiosken und weiteren innovativen Versorgungsformen auseinandersetzen. Erkennbar wird dies allerdings in der Fachpresse oder auf Tagungen nicht. Eher setzt man auf Insellösungen wie www.apotheke20.de, und berücksichtigt nur unzureichend den ganzheitlichen Ansatz. Dies wäre aber nötig, um beim Aufbau von Primärversorgungszentren dabei sein zu können. Dies wäre auch deswegen notwendig, weil die zukünftigen Herausforderungen im Gesundheitswesen ohne pharmazeutische Expertise gar nicht ausreichend gelöst werden können, sind doch Arzneimittel das wichtigste und gerade bei alten Menschen auch sehr risikobehaftete Hilfsmittel zur Behandlung, Linderung und Vorbeugung von Erkrankungen. Vor dem Hintergrund der weiteren Alterung der Gesellschaft wird die Bedeutung des Medikationsmanagements weiter steigen.

Die zukünftig finanzierten Pharmazeutischen Dienstleistungen bieten die Chance, in Gesundheitszentren und in Gesundheitskiosken sowie in Einrichtungen der Langzeitpflege aktiv zu werden.

Aufgrund der bisher gewonnenen Erkenntnisse aus den Projekten zur Arzneimitteltherapiesicherheit sowie aus den Erfahrungen aus dem Ausland gibt es weitere Gründe, warum pharmazeutisches Know How und Apotheken als niedrigschwellige Einrichtungen des Gesundheitswesens beim Aufbau der Gesundheitszentren mitgedacht werden sollten.

Vier Gründe sollen hier aufgeführt werden:

1. Apotheken als Sensoren für Probleme im Quartier: In den Stadtteilen oder Quartieren der größeren und großen Städte stehen in der Regel Apotheken für die Bevölkerung zur Verfügung. Sie sind vor Ort verankert, genießen hohes Vertrauen in der Bevölkerung und kennen die Probleme, mit denen sich die Menschen des Nahbereichs herumschlagen (müssen). Oftmals sprechen die Mitarbeitenden der Apotheken auch die Sprachen, die vor Ort verbreitet sind und bekommen so einen guten Zugang zu den Menschen. Ein kommunales Gesundheitszentrum, das den Anspruch hat, in die Quartiere hineinzuwirken und problematische Verhältnisse zu erkennen und zu verbessern, sollte nicht auf dieses gut informierte und gut ausgebildete Potential in Apotheken verzichten.

2. Arzneimitteltherapiesicherheit: Inzwischen ist durch viele Untersuchungen belegt, dass mit einer guten interdisziplinären Zusammenarbeit zwischen allen am Medikationsprozess Beteiligten die besten Erfolge für die Patientinnen und Patienten erzielt werden, insbesondere bei Menschen mit Multimedikation. Vor allem in angelsächsischen Ländern hat man dies erkannt und dafür gesorgt, dass Apotheker:innen entweder Teil eines Praxisteams zusammen mit den Ärzt:innen und Pflegefachkräften werden; oder sie werden in Gesundheitszentren integriert, indem man sie dort zu festen Zeiten oder auf Anforderung im Sinne der interdisziplinären Zusammenarbeit zur Lösung von arzneimittelbezogenen Problemen einsetzt.

3. Unterstützung von Pflegefachkräften: Derzeit sind zu Recht Pflegefachkräfte beim Aufbau von kommunalen Gesundheitszentren an zentraler Stelle eingeplant. Denn ein Großteil der erwarteten Patienten haben oder werden Pflegebedarf haben. Pflegefachkräfte benötigen ein fundiertes Wissen über Arzneimittel, wollen sie ihre Aufgabe der Versorgung incl. der Vergabe von Arzneimitteln und der Krankenbeobachtung sachgerecht durchführen. Dies ist aber nur selten der Fall. Deshalb brauchen sie direkte Ansprechpartner, die sie unterstützen und beraten können. Auch hier zeigt ein Blick in andere Länder, dass es Apotheker:innen sind, die sich hier anbieten und genutzt werden.

4. Selbstmedikation: Seit 2004 sind verschreibungsfreie Arzneimittel in der Regel nicht mehr erstattungsfähig. Menschen mit geringen finanziellen Ressourcen haben Probleme, diese Arzneimittel zu kaufen. Entweder verzichten sie deshalb darauf, oder die Ärzte verordnen schon mal höher dosierte Arzneimittel, die unter Verschreibungspflicht fallen, aber eigentlich nicht angemessen wären. Beides ist für die betroffenen Patienten nicht sachgerecht. In den geplanten niedrigschwelligen Anlaufstellen wird pharmazeutisches Know How gebraucht, um den Menschen Möglichkeiten aufzuzeigen, mit und ohne Selbstmedikation über die Runden zu kommen – idealerweise ohne eigene Profitinteressen.

Kommunale Gesundheitszentren und Pharmazie zusammen denken!

Sicherlich wird es weitere Bereiche geben, in denen pharmazeutisches Fachwissen oder die soziale Bedeutung von Apotheken in Quartieren für den Versorgungsauftrag der geplanten Gesundheitszentren hilfreich wäre. Der Aufbau der lokalen Gesundheitszentren oder von gesundheitlichen Primärversorgungszentren bietet die Möglichkeit zu zeigen, wie beides zusammen gedacht und zu einem guten Angebot für die Nutzer:innen der Gesundheitszentren entwickelt werden kann.

In Hamburg wird bereits versucht, einen „pharmazeutischen Fuß" in die Tür zu bekommen. Konkrete Gespräche laufen dort bereits. Und auch in Bochum soll der Versuch gestartet werden. Vielleicht gelingt dies auch in Berlin, Dresden, Leipzig und Köln, also überall dort, wo vergleichbare Initiativen existieren.

Über den Autor:
Dr. Udo Puteanus ist VdPP-Mitglied und beim Landeszentrum Gesundheit in Nordrhein-Westfalen für den Bereich der Sozialpharmazie verantwortlich.
Quellen: beim Autor

SPENDENAUFRUF

Gesundheitskollektiv Berlin

Liebe Kolleg:innen,

in wenigen Monaten eröffnen wir in Neukölln ein innovatives Stadtteil- Gesundheitszentrum – das erste dieser Art in Berlin! Nun müssen wir noch die letzten Kosten stemmen und haben hierfür eine Spendenkampagne gestartet:

Soziale Ungleichheit = Gesundheitliche Ungleichheit
Aus der Forschung wissen wir: Der Unterschied in der Lebenserwartung zwischen Menschen mit geringem und hohem Einkommen liegt zwischen 5 und 10 Jahren. Der Zusammenhang zwischen sozialen und gesundheitlichen Faktoren wird jedoch in der Gesundheitsversorgung noch zu wenig berücksichtigt. Wir wollen dies ändern und legen daher unserer Arbeit ein bio-psycho-soziales Modell von Krankheit zugrunde.

Unser Versorgungskonzept
In Kooperation mit einer allgemeinmedizinischen und einer pädiatrischen Praxis bieten wir Kinder- und Jugendpsychotherapie, Sozialberatung, psychologische Beratung für Erwachsene und Familien mit Kindern sowie ein Case und Care Management an. Geplant ist außerdem die Kooperation mit einer Psychotherapeutin für Erwachsene. Darüber hinaus setzen wir im Stadtteil und lebensweltorientierten Settings Projekte im Bereich Gesundheitsförderung und Gemeinwesenarbeit um. Darunter fallen z.B. unsere Mobile Gesundheitsberatung, Nachbarschaftsprojekte und ein Sport- und Bewegungsangebot auf einem öffentlichen Platz.

Zentrale Merkmale unserer Arbeit sind die Partizipation der Stadtteilbewohner:innen und die interprofessionelle Zusammenarbeit: Verschiedene Berufsgruppen arbeiten gemeinsam mit den Menschen im Stadtteil daran, die Gesundheit zu verbessern und gesundheitsförderliche Lebenswelten zu schaffen. Gleichzeitig bemühen wir uns um einen möglichst barrierearmen und niedrigschwelligen Zugang zu Gesundheit, Beratung und Information – für alle!

Wie geht es weiter
Bisher setzen wir unsere verschiedenen Angebote dezentral um. Jetzt haben wir die Chance in einen Neubau einzuziehen, der Platz für unsere verschiedenen Angebote hat. So können wir unsere Vision von einer umfassenden Versorgung unter einem Dach Wirklichkeit werden lassen.
Als Herzstück des Gesundheitszentrums wird es im Neubau außerdem ein Nachbarschaftstreff geben, als Anlauf- und Treffpunkt für Bewohner:innen des Stadtteils und als Raum für Veranstaltungen, Selbsthilfe- und Gruppenangebote, wie z.B. ein Kiezfrühstück oder eine intergene- rationale Frauengruppe. Dort werden wir Gesundheit gemeinsam gestalten!

Gesundheit für alle – mit Ihrer Unterstützung!
Damit wir einziehen können, brauchen wir Ihre Unterstützung! In den nächsten Monaten müssen wir noch 19.000 Euro zusammenbringen, um die letzten Kosten vor dem Einzug zu stemmen.
Wir finanzieren uns durch Projektförderungen, Mitgliedsbeiträge und Spenden. Manche Ausgaben können nicht durch Förderungen finanziert werden, z.B. die Kaution für die Miete. Auch reichen unsere Mitgliedsbeiträge und Spenden (noch) nicht, um die Einrichtung des Nachbarschaftstreffs komplett abzudecken.

Wir sind daher auf Ihre Spende angewiesen – Helfen Sie uns jetzt beim Endspurt!

Wir sagen herzlichen Dank!

Kontakt:
Gesundheitskollektiv Berlin e. V.
Am Sudhaus 2
12053 Berlin
www.geko-berlin.de
info@geko-berlin.de

Spendenkonto:
Gesundheitskollektiv e. V.
IBAN: DE88 1002 0500 0001 6111 01
BIC: BFSWD33BER
Verwendungszweck: Spende

ARZNEIMITTELMARKT

Globalisierte Unsicherheit: Veränderungen auf dem Arzneimittelmarkt

Gerd Glaeske

Viele Menschen sind täglich auf Medikamente angewiesen. Dementsprechend stellen Ausgaben für Arzneimittel einen großen Teil der Kosten dar, die von den Krankenkassen beglichen werden müssen. Die Hersteller hingegen können enorme Gewinne erzielen. Kostendruck auf der einen und der Wunsch nach größeren Gewinnen auf der anderen Seite haben dazu geführt, dass die Arzneimittelherstellung in den vergangenen Jahrzehnten zunehmend in sogenannte Billiglohnländer verlagert wurde. Unser Autor zeigt, welche negativen Folgen diese Entwicklung für die Patient:innen, aber auch für die Produktionsländer und die Beschäftigten vor Ort hat.

Zunächst eine persönliche Erfahrung: Mitte der 1980er-Jahre war ich im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation (WHO) eingeladen, in Syrien mit dort tätigen Krankenhausapothekern Konzepte zu entwerfen, mit denen die Arzneimittelsicherheit des Landes verbessert werden könnte. Dabei ging es vor allem um Antibiotika, die aus dem Ausland bezogen wurden. Es hatte sich herausgestellt, dass in den Apotheken Präparate verkauft und auch in den Krankenhäusern angewendet wurden, die nur einen Teil der deklarierten Dosierung enthielten. Für die Patient:innen stellten sie bei einer notwendigen Behandlung bakterieller Infektionen also ein Risiko dar.

Illegale Produktionsstätten

Die Recherchen ergaben, dass sich auf Schiffen vor der Küste des Landes illegale und folglich nicht kontrollierbare Produktionsstätten für Arzneimittel befanden, die ihre Produkte nach Syrien schleusten und mit dem Verkauf einen erheblichen Profit machten. Die mobilen Produktionsstätten konnten jederzeit davonschwimmen, eine Schließung dieser „Fälscherwerkstätten" war kaum möglich. Und auch die Identifikation der gefälschten Produkte war alles andere als einfach: Sie trugen Namen international bekannter pharmazeutischer Unternehmen. Wer sollte da auf den ersten Blick Zweifel an der Herkunft haben? Der Arzneimittelmarkt war eben auch seinerzeit schon ein globaler Markt. Und es kann nicht erstaunen, dass auch mehr und mehr kriminelle Energie zu Arzneimittelfälschungen führte, mit denen sich gute Geschäfte machen ließen. In Syrien wurden aufgrund der Beratung durch die internationale Expertengruppe in der Folge übrigens die Qualitätsmaßnahmen und Kontrollen der aus dem Ausland eingeführten Arzneimittel deutlich erhöht – auch wenn diese Aktivitäten nicht immer erfolgreich waren. Zudem hatte die Expertengruppe eine weitere Strategie empfohlen: Es sollten Produktionsstätten im eigenen Land aufgebaut werden, unter anderem in Krankenhausapotheken, in denen vor allem patentfreie unverzichtbare und bewährte Arzneimittel hergestellt werden sollten. Das Ziel war, unabhängiger von Fremdproduktionen zu werden und der Gefahr durch Fälschungen zu entgehen.

Enorme Gewinne möglich

Internationalen Erfahrungen zufolge lässt sich mit billig kopierten Medikamenten mehr Gewinn machen als mit Drogen. So ist ein neuer „Geschäftszweig" entstanden, und zwar nicht nur in Asien und Afrika, sondern auch in den USA und in Europa. Dieses globalisierte Geschäft setzt auf bekannte Arzneimittelnamen, die – obwohl rezeptpflichtig – im Internet gegen Vorlage einer Kreditkarte ohne Rezept gekauft werden können. Präparate wie Viagra®, Prozac® und Ritalin® oder Wirkstoffe wie Oxycodon und Fentanyl sind so bekannt wie Rolex-Uhren, Louis Vuitton-Taschen oder Ray Ban-Brillen. Die WHO schätzt, dass mittlerweile jedes zweite im Internet vertriebene Medikament gefälscht ist.

Produktion in Billiglohnländern

Der globalisierte Arzneimittelmarkt hat aber auch andere Entwicklungen beschleunigt, beispielsweise die Verlagerung der Produktion in sogenannte Billiglohnländer. Wichtigstes Vorbild war hierbei wohl die Textilindustrie. Die Verantwortlichen haben in diesem Produktionszweig sehr früh erkannt, dass eine Profitsteigerung vor allem dadurch möglich wird, dass Produktionskosten gesenkt werden – außereuropäische Billiglohnländer wie Bangladesch oder China wurden zu willkommenen Geschäftspartnern. Dass die Rahmenbedingungen für die Menschen, die dort ihre Arbeitskraft für umgerechnet wenige Euro pro Tag verkaufen müssen, zum großen Teil unerträglich sind, dass die ökologischen Auswirkungen wenig Beachtung finden, dass Abwässer offen durch Dörfer oder Ansiedlungen geleitet werden, dass Kinderarbeit üblich ist und Korruption,

physische sowie psychische Gewalt für viele Menschen zum Arbeitsalltag gehören – all das wurde und wird noch immer billigend in Kauf genommen. Nur grauenhafte Katastrophen wie der Brand in einer Textilfabrik in Bangladesch im April 2013 erregen heute Aufmerksamkeit und verleiten die auftraggebenden Unternehmen zu Versprechungen, etwa zu besseren Arbeitsbedingungen oder mehr Sicherheit am Arbeitsplatz. An der realen Situation vor Ort ändert sich meist wenig.

Wettbewerbsfähigkeit und Rabattverträge

Dem Beispiel der Textilindustrie sind inzwischen viele pharmazeutische Unternehmen gefolgt. Auch ihnen ging es um Wettbewerbsfähigkeit in einem Arzneimittelmarkt, der vor allem in Deutschland von preisgünstigen Generika dominiert wird. Rund 76 Prozent der Arzneimittel, die zulasten der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) verordnet werden, entfallen hierzulande auf diesen Bereich der Nachahmerprodukte. Verstärkt und gefördert wurde der bestehende Preisdruck nach Ansicht vieler Experten durch Rabattverträge für bestimmte Arzneimittel: Pharmahersteller können sich – auf eine entsprechende Ausschreibung – bei Krankenkassen „bewerben", um einen exklusiven Vertrag zur Versorgung der Versicherten mit einem bestimmten Arzneimittel zu schließen. Die Krankenkasse sichtet die Angebote und entscheidet dann, welches Unternehmen den Zuschlag für einen Zeitraum von meist zwei Jahren erhält. Möglich gemacht wurden solche Belieferungsverträge durch das im Januar 2003 in Kraft getretene Beitragssatzsicherungsgesetz. Das seit Mai 2006 geltende Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz sowie das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (seit April 2007) erweiterten die Möglichkeiten der Krankenkassen zum Abschluss von Rabattverträgen noch einmal. Das Ziel ist durchaus nachvollziehbar: Die angebotenen Arzneimittel mit gleichem Wirkstoff, gleicher Dosierung und Zubereitung, die aber zu durchaus unterschiedlichen Preisen angeboten wurden, sollten bei guter Qualität zu einem möglichst günstigen Preis für die Versorgung der Versicherten zur Verfügung gestellt werden – letzten Endes, um zu einer Senkung bei den Arzneimittelausgaben der gesetzlichen Krankenkassen beizutragen.

Produktion wird unsicherer

Die pharmazeutischen Unternehmen, die sich bei den Rabattverträgen um den Zuschlag bewarben, mussten also mit möglichst günstigen Preisen in den Bieterwettbewerb einsteigen – die Verlagerung ihrer Wirkstoff- oder Arzneimittelproduktion in Billiglohnländer erschien daher als eine lohnende Strategie. Vor allem Produktionsstätten in Indien und China wurden zu Auftragnehmern führender deutscher Generikaunternehmen. Dort wurden extrem hohe Rabatte angeboten – von bis zu 98 Prozent ist die Rede!
In den vergangenen Jahren haben sich aber die Probleme mit den weit entfernten Produktionsstätten gehäuft. Es lief nicht immer alles „glatt", Qualitätsprotokolle wurden „geschönt" und Kontrollen fielen lückenhaft aus, etwa im Hinblick auf die Weitergabe von Aufträgen an Sub-Sub-Unternehmen, die zu deutlich niedrigeren Standards produzieren. Dazu kam der Verdacht von Korruption und Bestechung.

Rückrufaktion und Verkaufsstopp

Dazu zwei Beispiele: 2014 gab es eine Rückrufaktion sowie die Empfehlung eines Verkaufsstopps für rund 700 Generika. Die indische Firma GVK Biosciences hatte für die betroffenen Produkte sogenannte Bioäquivalenzstudien durchgeführt. Solche Untersuchungen sind für die Zulassung erforderlich und werden als Nachweis dafür verlangt, dass ein Generikum und das zugehörige Originalpräparat gleichartig wirken. Bei einer Prüfung der Unterlagen fielen jedoch Datenmanipulationen auf – „Alles außer Kontrolle" titelte damals die Fach- und Tagespresse. Mit anderen Worten: Die Studien zeigten nicht mit ausreichender Sicherheit, dass die Generika genauso gut wirkten wie die Originalpräparate. Um die Mittel dennoch verkaufen zu können, waren die Daten „geschönt" worden. Dass bei diesen Aktivitäten Bestechung im Spiel war, darf wohl vermutet werden. Es wäre eben auch ein Verlust für die Produzenten in Indien gewesen, ganze Produktchargen wegen mangelnder Qualität zu vernichten. Die Leidtragenden waren die Patient:innen, die mit diesen qualitativ minderen Arzneimitteln behandelt wurden. Sie sollten – so lautete die Empfehlung der zuständigen Zulassungsbehörden – mit ihren Ärzt:innen und Apotheker:innen nach möglichen Alternativen suchen.

Der Fall Valsartan

Beim „Valsartan"-Fall im Sommer 2018 waren die Patient:innen weit mehr belastet. Dieses zweite Beispiel zeigt zudem, wie wenig die Qualitätskontrollen der europäischen Länder, die in China oder Indien produzieren lassen, auf die globalisierten Strukturen vorbereitet sind. Seit 2012 wurde der blutdrucksenkende Wirkstoff Valsartan vom chinesischen Pharmakonzern Zhejiang Huahai Pharmaceutical hergestellt und nach Europa exportiert – verunreinigt mit dem möglicherweise krebserregenden N-Nitrosodimethylamin (NDMA). Die Hintergründe dieses besorgniserregenden Vorgangs sind inzwischen weitgehend aufgeklärt. Neben dem chinesischen Hersteller tragen auch das für die Prüfung der betroffenen Valsartan-Präparate verantwortliche Europäische Direktorat für die Qualität von Arzneimitteln (EDQM) sowie die Zulassungsinhaber in Europa eine Mitverantwortung. Es gilt deshalb jetzt, die Schwachstellen in der Herstellung und Überwachung derartiger Wirkstoffe genau zu identifizieren und abzustellen, damit das Vertrauen der Patient:innen in die Qualität und Sicherheit der ihnen verordneten Medikamente nicht weiter aufs Spiel gesetzt wird. Über sechs Jahre lang waren viele Chargen dieses Blutdrucksenkers verkauft worden, nach vorsichtigen Schätzungen haben 900.000 Patient:innen diese Mittel eingenommen, möglicherweise über längere Zeit. Die Menge des Nitrosamin-verwandten Stoffes reichte von 3,7 bis 22 Mikrogramm pro Tablette und ist damit unter Umständen so hoch wie die Nitrosa-

minmenge von drei bis vier Zigaretten. Ein Krebsrisiko ist für Patienten, die über lange Zeit Valsartan zur Blutdrucksenkung eingenommen haben, also durchaus denkbar. Der chinesische Produzent hatte 2011 von der EDQM, der europäischen Prüfbehörde, eine sogenannte Konformitätsbescheinigung für seinen Valsartan-Wirkstoff erhalten. Damit durfte das Unternehmen seinen Wirkstoff an Pharmahersteller in Europa verkaufen. Im Jahr 2012 stellte die chinesische Firma dann ihren Herstellungsprozess für Valsartan um. Das neue Verfahren war billiger und ertragreicher, aber eben auch mit der krebserregenden Substanz belastet. Dabei hatte die europäische Prüfbehörde EDQM einen entsprechenden Änderungsantrag des Herstellers geprüft und genehmigt. Dort sah man offenbar keine Anhaltspunkte für die Bildung des Nitrosamins – ein Befund, der von pharmazeutischen Expert:innen der Universität Würzburg bei einer nachträglichen Prüfung des Herstellungsverfahrens im Juli 2018 anders beurteilt wurde: Danach hätte die Verunreinigung des Wirkstoffs erkannt werden können, vielleicht sogar müssen. In Deutschland haben 17 Pharmaunternehmen das belastete Valsartan an Apotheken und damit an die Patient:innen ausgeliefert, auch den zuständigen Länderüberwachungsbehörden ist die Verunreinigung bei Prüfungen nicht aufgefallen. Man verließ sich offenbar auf die vorliegende Konformitätsbescheinigung CEP – ein Blankoscheck für die zertifizierte Qualität. Hier wird ganz klar deutlich, dass Prüf-, Zulassungs- und Kontrollbehörden noch nicht ausreichend auf einen globalisierten Pharmamarkt vorbereitet sind.

Lieferengpässe bei Medikamenten

Eine weitere „Nebenwirkung" der Globalisierung ist, dass es immer wieder zu Lieferengpässen kommt und Arzneimittel über einen gewissen Zeitraum nicht verfügbar sind. Das passiert beispielsweise, wenn bestimmte Produkte von einem Tag auf den anderen wegen eines Verkaufsstopps oder wegen sonstiger Probleme bei der Herstellung vom Markt genommen werden müssen. Aus Kostengründen bevorzugen viele pharmazeutische Unternehmen nämlich das Konzept des „schmalen Lagers". Gefüllte Lager sind letztlich totes Kapital und man weiß nie, ob alle „Vorräte" auch nachgefragt und verkauft werden. Bei Patient:innen, die eine regelmäßige Therapie mit bestimmten Arzneimitteln benötigen, kann ein solcher Lieferengpass allerdings zu Behandlungsunterbrechungen und zu einer Verschlimmerung der Krankheit führen. Dabei werden pharmazeutische Unternehmer gesetzlich verpflichtet, eine angemessene und kontinuierliche Bereitstellung des Arzneimittels sicherzustellen, damit der Bedarf von Patienten gedeckt ist. Solange aber keine Sanktionen ausgesprochen werden, wenn Lieferprobleme auftreten, ist keine Änderung zugunsten der Patient:innen zu erwarten. Und es gibt noch einen Grund für solche Lieferengpässe: Die Ausschreibungen der Rabattverträge der Kassen gewinnen nur wenige Firmen. Das bedeutet aber auch, dass die übrigen Unternehmen die Arzneimittel und Wirkstoffe, deren Lieferung durch den Rabattvertrag geregelt wurde, nun nicht mehr im gleichen Umfang weiterproduzieren wie zuvor – schließlich werden die Rabattvertragsfirmen zu den Hauptlieferanten. Treten aber dann Lieferprobleme auf, sind andere Firmen nur bedingt in der Lage, diese Engpässe zu überbrücken.

Und das Fazit?

Die Globalisierung hat schon längst auch den Pharmamarkt erreicht. Man fühlt sich an eine neue industriell- und profitorientierte Kolonialisierung erinnert, wenn Unternehmen ihre Produktionsstätten in Billiglohnländer auslagern und dort die humanitär, sozial und ökologisch defizitären Strukturen für ihre Wettbewerbsfähigkeit und Gewinnoptimierung nutzen. Doch gerade im umkämpften deutschen Generikamarkt sind die politisch gewollten Rabattverträge mit der GKV ein Grund für die Verlagerung der Arzneimittelproduktion in Billiglohnländer. Die derzeitige Situation sollte grundsätzlich überdacht werden: Es gibt aus Sicht der Patientenversorgung keinen guten Grund für eine Arzneimittelproduktion, die vor allem auf Preisdumping setzt. Die Qualität von Arzneimitteln sollte nicht zugunsten allein merkantilistischer Strategien zur Disposition gestellt werden. Unabhängig von diesen Überlegungen ist es aber aktuell unter dem Eindruck der bekannt gewordenen unerwünschten Ereignisse und Auswirkungen dringend erforderlich, die Überwachungsaktivitäten zu intensivieren. Ziel muss es sein, dass weder die Menschen in den ausländischen Produktionsstätten noch die Patient:innen in Deutschland, die eine qualitätsgeprüfte, verträgliche und zuverlässig verfügbare Arzneimitteltherapie erwarten, geschädigt werden. Beides ist aber derzeit nicht auszuschließen.

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

Anm. der Redaktion:
Der Artikel ist bereits beim Mabuse-Verlag erschienen.

ÖFFENTLICHE GESUNDHEIT

Modernisierung des ÖGD - pharmazeutisches Potenzial nutzen

Udo Puteanus

Die Corona-Pandemie hat es offengelegt: Der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) kann seine rechtlich fixierten Aufgaben im Infektionsschutz nicht erfüllen. Personelle und materielle Defizite im ÖGD, auf die Insider seit Jahrzehnten warnend hingewiesen hatten, standen plötzlich ganz vorn in der öffentlichen Wahrnehmung. Die Politik reagierte relativ schnell: Sie stellte Personal aus anderen Behörden und der Bundeswehr zur Verfügung, um Infektionsketten nachzuverfolgen und zu unterbrechen. Außerdem einigten sich Bund und Länder auf einen „Pakt für den ÖGD"

Mit diesem Pakt soll der ÖGD mit insgesamt vier Milliarden Euro bis 2026 modernisiert und personell ausgebaut werden. Dabei steht der Infektionsschutz derzeit im Vordergrund.
Aber es gibt auch Stimmen, die den ÖGD insgesamt stärken wollen. So hat bspw. das Zukunftsforum Public Health – ein bundesweiter Zusammenschluss verschiedener Public Health-Institutionen und Personen – in seinem 2021 veröffentlichen Positionspapier gefordert, den ÖGD in all seinen Aufgabenbereichen zu stärken und weitere Berufsgruppen aus dem Gesundheits- und Sozialwesen sowie aus anderen Politikfeldern für den ÖGD zu rekrutieren. An einer Stelle werden auch Pharmazeut:innen in diesem Positionspapier erwähnt und die Problematik der Polypharmazie für ältere, multimorbide Patient:innen aufgegriffen.
Warum es sich lohnt, beim Ausbau des ÖGD das pharmazeutische Potenzial zu berücksichtigen, begründeten Amtsapotheker:innen aus den Bereichen Qualitätssicherung und Sozialpharmazie in einer Stellungnahme an den Beirat zum Pakt für den ÖGD.

In der Corona-Pandemie zeigten sich anfangs ebenfalls Defizite bei der Umsetzung von Hygienemaßnahmen und bei der Klärung rechtlicher Fragen in einem sich ständig ändernden Verordnungsfeuerwerk der Bundes- und Landesregierungen. Später kam der Aufbau von Impfzentren und deren Betrieb hinzu, was zum großen Teil ebenfalls vom ÖGD gestemmt wurde. Gleiches gilt für die Beratung beim Aufbau und bei der Kontrolle der Bürgerteststellen u.v.m.

Pharmazeutisches Know-how, das in NRW im ÖGD auf kommunaler Ebene durch die Amtsapotheker:innen repräsentiert ist, wurde intensiv eingebunden.
Wie in anderen Bereichen ist auch die bestehende pharmazeutische Ausstattung des ÖGD nicht ausreichend, um Krisen dieser Dimension neben den übrigen Aufgaben zu stemmen. In Zukunft wird mit ähnlichen Herausforderungen zu rechnen sein, heißt es in dem Positionspapier. Zudem erwarten Politik und Gesellschaft, dass Arzneimittel und die Arzneimittelversorgung sicher sind und dass dies auch in Zeiten eines sich abzeichnenden demografischen Wandels unter den Bedingungen eines sich verstärkenden Fachkräftemangels vor Ort gewährleistet wird.

Gründliche Analysen der bestehenden Probleme und darauf aufbauend Maßnahmen zur Verbesserung der Verhältnisse in der Kommune sind Aufgaben des ÖGD. Deshalb sind Gesundheitsberichterstattung und Prävention/ Gesundheitsförderung zu wichtigen Themen des ÖGD geworden. Dies sollte auch für die Arzneimittelversorgung und die Stärkung der Patientensicherheit gelten. Es ist notwendig, so das Anliegen der Autor:innen, Medikationsprozesse zu analysieren und zu bewerten, um allen Menschen – auch sozial Benachteiligten oder Menschen mit Handicaps – eine gute Arzneimittelversorgung zu gewährleisten.
Die Gesundheitsministerkonferenz hat im Jahr 2018 ein neues Leitbild für den ÖGD verabschiedet. Anhand der dort aufgelisteten Aufgabenfelder eines modernen ÖGD haben die Amtsapotheker:innen herausgearbeitet, was dies für die Arzneimittelversorgungssicherheit bedeutet. Im Fazit dieses Positionspapiers heißt es, dass die Herausforderungen der Arzneimittel- und Medizinprodukteversorgung in einer älter werdenden Gesellschaft gemeistert werden müssen und dafür auf lokaler Ebene innerhalb der kommunalen Strukturen eingebundener (sozial-) pharmazeutischer Sachverstand wichtig ist. Die Autor:innen plädieren dafür, die Chancen, die sich durch den Pakt für den ÖGD ergeben, zum Ausbau ausreichender pharmazeutischer Dienste in den Kommunen zu nutzen, damit sie auf die zukünftigen Risiken und Krisen im Sinne einer resilienten Kommune vorbereitet sind.

Über den Autor:
Dr. Udo Putenaus ist VdPP-Mitglied und Mitarbeiter beim Landeszentrum Gesundheit NRW. Dort ist er gut in den Öffentlichen Gesundheitsdienst integriert und setzt sich für die Stärkung der pharmazeutischen Kompetenz ein.

Quellen:
Beim Autor

Pharmacists for Future : Logo in neuem Look

Die *Pharmacists for Future*, eine Initiative des VdPP, hat ein neues Logo.
Im alten Logo war das Apotheken-A enthalten. Das Apotheken-A mit einer Friedenstaube hat der VdPP in den 80er Jahren sehr intensiv in der Friedensbewegung genutzt. Niemand hat es damals beanstandet, viele haben es bewundert.
Das Apotheken-A ist als Marke des Deutschen Apothekerverbandes (DAV) eingetragen und somit juristisch geschützt. In diesem Jahr hat die ABDA (und darin der DAV) die Nutzung des Apotheken-A für das Logo von *Pharmacists for Future* definitiv untersagt.
Daher haben sich die *Pharmacists* Gedanken um ein neues Logo gemacht, welches hier abgebildet ist.

© Roland Matticzk/ RM Sehstern Berlin

Die *Pharmacists for Future* treffen sich einmal im Monat., immer am ersten Dienstag im Monat und besprechen in einem netten und konstruktiven Beisammensein die nächsten Schritte.

Sind Sie an den Themen interessiert und möchten die Pharmacists for Future kennenlernen? Dann melden Sie sich bei Esther Luhmann unter referentin@vdpp.de

Die nächsten Treffen im Jahr 2021 finden an folgenden Terminen statt:
Dienstag, 5. Oktober
Dienstag, 2. November
Dienstag, 7. Dezember

Der VdPP bedankt sich an dieser Stelle auch noch einmal beim Büro RM Sehstern, wo das Logo erstellt wurde.

Wie Versorgungswerke zum Divestment stehen

Die Folgen des Klimawandels und die Notwendigkeit, wirksame Schritte dagegen zu unternehmen, veranlasste den VdPP, sich mit den Investitionen und der Art der Investitionsfelder, in denen die Versorgungswerke der Apotheker Mitgliedsbeiträge anlegen, zu befassen und näher zu analysieren. Es gibt Belege dafür, dass Versorgungswerke der Apotheker Teile der Beiträge ihrer Mitglieder in Industriebetriebe, Projekte oder Fonds anlegen, die fossile Brennstoffunternehmen einschließen oder zu Landkäufen in Ländern des Südens für die Anlage von Monokulturen (Landgrabbing; siehe auch https://sicherheitspolitik.bpb.de/m8/articles/landgrabbing) dienen. Eine der Forderungen des VdPP st, den Abzug von Investitionen der Versorgungswerke der Apotheker:innen aus derartigen Geldanlagen voranzutreiben und eine Reinvestition in nachhaltige Projekte und Anlagen vorzunehmen (Divestment). Wir halten Investitionen in fossile Brennstoffunternehmen für ethisch nicht akzeptabel und mit unserer Berufsauffassung für nicht vertretbar.

Daher haben wir uns an die Arbeitsgemeinschaft berufsständischer Versorgungswerke e. V. gewandt und nachgefragt, wie es um die Anteile der Vermögenswerte und Investitionen in fossile Brennstoffunternehmen steht. Gefragt haben wir auch nach Alternativen, die die Versorgungswerke anbieten, die Investitionen an fossilen Brennstoffunternehmen oder Landgrabbing ausschließen möchten. Denn das ist für immer mehr Apotheker:innen wichtig. Zumal die Apotheker:innen zwangsläufig Mitglied in einem der in Deutschland bestehenden Versorgungswerke für Apotheker:innen sind. Viele VdPP-Mitglieder und auch andere nachhaltig ausgerichtete Apotheker:innen wollen das nicht weiter hinnehmen und gehen der Sache auf den Grund.
Als VdPP werden wir weiter Transparenz schaffen und auf die Problematik aufmerksam machen.
Eine erste Antwort haben wir bereits erhalten, aber es sind noch viele Fragen offen. Hier im Rundbrief und auf unserer Homepage werden wir über die weiteren Entwicklungen berichten.
Übrigens gibt es solche Bestrebungen auch bei ärztlichen Versorgungswerken und in anderen Berufsgruppen.

In eigener Sache: Sprache im Wandel

Maskulinum, Femininum, Neutrum sind in der deutschen Grammatik fest verankert. Die drei Artikel machen die deutsche Sprache kompliziert, andere Sprachen (z. B. die englische Sprache) kommen nur mit einem Artikel aus und haben auch die Diskussion um eine gendergerechte Ausdrucksweise nicht.
Beim Gendern geht es um einen geschlechtergerechten und geschlechtersensiblen Ausdruck. Viel zu oft wird noch das generische Maskulinum verwendet, von dem sich viele nicht angesprochen fühlen.

Wir finden: Gendern ist fair.

Darum hat sich die Redaktion zur Aufgabe gemacht, eine gendersensible Sprache in den hier im Rundbrief veröffentlichten Artikeln zu verwenden.
Binnen-I, Gendersternchen oder Doppelpunkt? Es gibt viele Arten und Schreibweisen für eine gendersensible Ausdrucksweise. Wir haben uns für den Rundbrief für den Doppelpunkt entschieden.
Erfreulicherweise verwenden auch immer mehr Fachzeitschriften und Nachrichtenagenturen eine gendersensible Wortwahl.
Sprache im Wandel bedeutet auch, dass auch wir wachsen und dazulernen, um in den Artikeln im Rundbrief alle Geschlechter anzusprechen.

Als Grundlage dienen der Redaktion und den Autor:innen der Beiträge die Hinweise zusammengestellt von https://www.genderleicht.de/ .

Grußwort des Vorstands

Wenn unsere Mitglieder diesen Rundbrief in den Händen halten, ist der Bundestagswahlkampf 2021 schon Geschichte. In Koalitionsgesprächen werden nun viele Zukunftsfragen verhandelt werden. Das Gesundheitswesen wird dabei eine wichtige Rolle spielen. Denn die sich abzeichnenden finanziellen Defizite bei den Krankenversicherungen werden zum Handeln zwingen. Nach den bisherigen Erfahrungen aus vergangenen „Gesundheitsreformen" werden Sparrunden für die sog. Leistungserbringer, Zuzahlungserhöhungen für Erkrankte, Beitragserhöhungen für Versicherte, Privatisierung von bislang durch die Krankenkassen finanzierte Leistungen und, und, und auf der Tagesordnung stehen. Was sich davon letztlich umsetzen lässt, wird in vorparlamentarischen und parlamentarischen Diskussionen unter dem Einfluss unterschiedlicher Lobbygruppen ausgehandelt werden. Das verheißt für eine Weiterentwicklung einer patientenorientierten Arzneimittelversorgung zunächst nichts Gutes.

Möglicherweise werden aber auch neue Versorgungsformen, die in Richtung des Konzeptes der Primärversorgung der WHO gehen, eine Chance bekommen. In manchen Wahlprogrammen der Parteien wurden solche Ideen aufgegriffen. Die Kommunen erhalten dabei meist eine größere Bedeutung. Weiterhin wird Interdisziplinarität groß geschrieben. Deswegen könnten auch pharmazeutische Dienstleistungen zukünftig eine stärkere Rolle spielen und in Primärversorgungszentren zum Einsatz kommen. Mit unserem geplanten Herbstseminar am 10. November wollen wir unseren Beitrag leisten, damit die Kompetenzen von Apotheker:innen und die lokal verankerten Apotheken im Sinne unserer Zielrichtung „Pharmazie in sozialer Verantwortung" mitgedacht und anschlussfähig werden.

Udo Puteanus für den VdPP - Vorstand

PHARMAZEUTISCHE DIENSTLEISTUNGEN

Positionspapier zu zusätzlichen Pharmazeutischen Dienstleistungen nach dem VOASG

VdPP - Positionspapier vom Mai 2021

Mit Inkrafttreten des „Vor-Ort-Apotheken-Stärkungsgesetzes" (VOASG, 15. Dezember 2020) ermöglicht der Gesetzgeber den Apotheken, zusätzliche GKV-finanzierte Pharmazeutische Dienstleistungen anzubieten [1]. Vorab müssen sich Deutscher Apothekerverband und der GKV-Spitzenverband über die Ausgestaltung der Dienstleistungen bis zum 30.06.2021 einigen. Sollte dies nicht gelingen, ist ein Schiedsgerichtsverfahren vorgesehen.

Der VdPP begrüßt die Weiterentwicklung der pharmazeutischen Tätigkeiten in Apotheken. Untersuchungen in verschiedenen Ländern konnten nachweisen, dass Pharmazeutische Dienstleistungen notwendig und sinnvoll sind, wenn sie bedarfsgerecht, patientenorientiert, evidenzbasiert und in Zusammenarbeit mit anderen Beteiligten an den Medikationsprozessen, insbesondere mit Pflegefachkräften und Ärzt:innen, ausgeführt werden.

Es besteht aber derzeit die Gefahr, dass die vom Gesetzgeber geforderten Verhandlungen zwischen Apothekerschaft und GKV oder ggf. die Ergebnisse eines Schiedsgerichtsverfahrens entweder zu keinem Ergebnis führen oder den oben genannten Ansprüchen nicht genügen werden. Dies hätte zur Folge, dass der an sich gute Ansatz letztlich nicht überzeugend umgesetzt würde und damit Pharmazeutische Dienstleistungen den nächsten zu erwartenden Sparrunden im Gesundheitswesen zum Opfer fallen – und dies auf unabsehbare Zeit.

Der VdPP bekräftigt hiermit seine bereits am 25.04.2019 geäußerten Forderungen zur Einführung von Pharmazeutischen Dienstleistungen:

- Bei der Einführung von Pharmazeutischen Dienstleistungen muss die fortlaufende Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) eine zentrale Rolle spielen.
- Für alle neuen Dienstleistungen aus der Apotheke muss ihr patientenorientierter Nutzen belegt sein.
- Patientenorganisationen sind zu beteiligen.
- Die spezifisch pharmazeutischen Handlungsoptionen müssen mit ärztlichen und pflegerischen Kompetenzen zusammengeführt werden, damit ein gemeinsam entwickeltes und abgestimmtes Medikationsmanagement umgesetzt werden kann.
- Sie müssen wissenschaftlich evaluiert werden.

Seit dem Inkrafttreten des Gesetzes haben sich die Diskussionen weiterentwickelt.

Der VdPP ergänzt hiermit seine bisherige Position um folgende Aspekte:

1. Die Einführung Pharmazeutischer Dienstleistungen muss an den Stellen erfolgen, wo sie zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) derzeit am dringendsten gebraucht werden.

2. Die Einführung Pharmazeutischer Dienstleistungen kann nicht dazu beitragen, eine flächendeckende Arzneimittelversorgung über Apotheken zu gewährleisten, wie es in der Begründung der Bundesregierung zum VOASG postuliert wird. Dafür sind andere Maßnahmen notwendig.

Zu 1. Verbesserte Pharmazeutische Dienstleistungen zur Steigerung der Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)

Aus Sicht des VdPP müssen verbesserte Pharmazeutische Dienstleistungen zur Steigerung der Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) und im Sinne von Pharmazeutischer Betreuung an den Bedarfen und Bedürfnissen von Patient:innen orientiert sein. Wissenschaftliche Studien, insbesondere aus dem angelsächsischen Ausland, haben nachweisen können, dass solche Pharmazeutischen Dienstleistungen in enger Kooperation mit anderen Berufsgruppen die Arzneimitteltherapie sicherer machen [2].

Die Erbringung von Pharmazeutischen Dienstleistungen muss an spezielle Bedingungen geknüpft werden. Insbesondere müssen sie bei den Patientengruppen erbracht

werden, die besonders von ihnen profitieren, also bei denen wesentliche Verbesserungen des Gesundheitszustands oder Linderung von Krankheitssymptomen erreicht werden können. Darüber hinaus brauchen nach den bisherigen Erkenntnissen insbesondere multimorbide, geriatrische oder geschwächte Patient:innen mit Multimedikation solche Dienstleistungen. Wesentlich ist auch, dass sie dort erbracht werden, wo sie besonders dringend gebraucht werden, also in Alten- und Pflegeheimen sowie ambulant in der Häuslichkeit bei nicht mobilen Betroffenen.

Insgesamt wäre es zielführender, vor einer Entscheidung durch den Deutschen Apothekerverband und den GKV-Spitzenverband vorab eine unabhängige wissenschaftliche Arbeitsgruppe unter Beteiligung der Patientenvertretung zu beauftragen, die größten Problembereiche in der Arzneimittelversorgung und das mögliche Verbesserungspotential durch pharmazeutischen Sachverstand zu analysieren und Vorschläge zu unterbreiten.

Pharmazeutische Dienstleistungen, die akademisch fundiertes Handeln erfordern, können nur von Apotheker:innen erbracht werden, die ausreichend qualifiziert sind und dies regelmäßig durch Weiter- oder Fortbildungsmaßnahmen nachweisen können.

Aus Sicht des VdPP gehören zu diesen Pharmazeutischen Dienstleistungen insbesondere:

- Umfassende Medikationsanalysen in Kombination mit anschließenden Fallbesprechungen im interdisziplinären Team. Diese Pharmazeutischen Dienstleistungen können auch Maßnahmen der Apotheken zur Vermeidung von Krankheiten und deren Verschlimmerung sein.
- Erprobung des Einsatzes von Apotheker:innen in ambulanten medizinischen Einrichtungen (Praxen, MVZ…) zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit.
- Umfassende und regelmäßige Schulungen von Pflegefachkräften zum Umgang mit Arzneimitteln und zur Therapiebeobachtung. Gemeint sind z. B. inhouse-Schulungen, die weit über die bisherigen Schulungen hinausgehen und die eine zeitweise Anwesenheit der Apotheker:in in den Alten- und Pflegeheimen bzw. im ambulanten Pflegedienst erfordern.
- Arzneimittelbezogenes Entlassmanagement als wichtiger Teil eines intersektoralen Medikationsmanagements.
- Pharmazeutische, auch aufsuchende Betreuung von „bestimmten Patientengruppen, die besondere Aufmerksamkeit und fachliche Unterstützung bei der Arzneimitteltherapie benötigen" (aus: VOASG), und ergänzend: soweit durch ihre Mobilitätseinschränkungen ein Besuch in der Apotheke unzumutbar ist.
- Unterstützung bestehender und Aufbau neuer Qualitätszirkel zur evidenzbasierten Arzneimittelversorgung für alle an Medikationsprozessen beteiligten Berufsgruppen.

Zu 2. Flächendeckende Versorgung

Die Einführung zusätzlicher Pharmazeutischer Dienstleistungen kann nicht - wie es vom Gesundheitsminister behauptet wird - dazu dienen, die „Vor Ort-Apotheken" zu stärken und damit die flächendeckende Arzneimittelversorgung zu sichern. Denn qualitativ hochwertige Pharmazeutische Dienstleistungen erfordern Investitionen in Fort- und Weiterbildung, in technische Hilfsmittel und in die Zusammenarbeit mit anderen Heilberufen. Solche Investitionen werden in erster Linie von finanziell starken und gut vernetzten Apotheken getätigt werden können, sodass finanziell und personell schwächer aufgestellte Apotheken nicht mithalten oder nur ein geringeres Qualitätsniveau anbieten können. Weitere Konzentrationsprozesse im Apothekenwesen wären die Folge, nicht aber eine flächendeckende Arzneimittelversorgung durch Präsenz-Apotheken. Der VdPP sieht in der Begründung des VOASG vielmehr eine Beruhigungspille für den Berufsstand, der seine Forderung nach einem Versandhandelsverbot verschreibungspflichtiger Arzneimittel aus dem Ausland nicht durchsetzen konnte und deshalb zur Ruhigstellung eine neue Dienstleistung als Ersatzangebot erhält.

Unter „flächendeckender Versorgung" versteht der VdPP eine ortsnahe und ordnungsgemäße Arzneimittelversorgung durch Präsenz-Apotheken überall in der Bundesrepublik – auch in ländlichen Räumen und in sozial benachteiligten Quartieren und Ortschaften. Die dort wohnenden Menschen müssen die Möglichkeit haben, sich in Präsenz-Apotheken über Arzneimittel informieren und beraten zu lassen. Nach welchen Kriterien die flächendeckende Versorgung gewährleistet ist oder nicht, hängt von örtlichen Voraussetzungen ab. Deshalb muss auch maßgeblich vor Ort entschieden werden, an welcher Stelle und unter welchen Voraussetzungen die Existenz von Apotheken gesichert oder der Aufbau einer Apotheke gefördert werden soll.

In unterversorgten Regionen müssen Apotheken unterstützt oder geschaffen werden, die bereit sind, einen Versorgungsauftrag in der Fläche oder in sozial benachteiligten Gebieten/Quartieren zu übernehmen. Näheres könnte in Landkreisen und kreisfreien Städten entschieden und bspw. durch Kommunale Gesundheits- oder Versorgungskonferenzen vorbereitet werden.

Die Gewährleistung einer flächendeckenden Arzneimittelversorgung durch Apotheken ist keine Aufgabe der Krankenversicherung, sondern der öffentlichen **Daseinsvorsorge.** Deswegen müssen Maßnahmen zur Sicherstellung einer flächendeckenden Arzneimittelversorgung durch

„Vor-Ort-Apotheken" über Steuergelder finanziert werden, bis sie sich ggf. selbst tragen.

Um dem Ziel einer besseren d. h. gerechteren Gesundheitsversorgung insgesamt näherzukommen, sollten solche geförderten oder betriebenen Apotheken gleichzeitig entweder Teil eines Netzwerkes der sog. „Primärversorgung" sein oder besser noch in „Primärversorgungszentren" eingebunden werden [3]. Auf diese Weise wären sie zukunftssicher aufgestellt.

Sofern bereits unterversorgte Gebiete bestehen, sollte der Aufbau von Zweigapotheken und kommunalen Apotheken erleichtert und finanziell unterstützt werden. Um eine vollwertige Versorgung zu gewährleisten, müssen solche Apotheken ortsnah ausreichend vernetzt sein [4].

Der VdPP appelliert an den DAV und die GKV, bei den Verhandlungen zur Einführung der von den Beitragszahlern finanzierten Pharmazeutischen Dienstleistungen das Ziel zu verfolgen, dass pharmazeutische Kompetenzen vordringlich dort finanziell vergütet werden, wo sie dringend gebraucht werden und den Betroffenen mehr Gesundheit und Lebensqualität ermöglichen.

An den Gesetzgeber appelliert der VdPP, die rechtlichen Möglichkeiten und die finanziellen Mittel zur Verfügung zu stellen, damit die flächendeckende Arzneimittelversorgung über Präsenzapotheken im Sinne einer Primärversorgung weiterentwickelt wird.

VdPP-Vorstand, 31. Mai 2021

Quellen:

[1] Pharmazeutische Dienstleistungen im SGB V: https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/__129.html hier Absatz 5e. Begründung der Pharmazeutischen Dienstleistungen im Entwurf des VOASG unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/A/Apotheken-vor-Ort-staerken_RefE_080419.pdf.

[2] Aus pharmazeutischer Perspektive: O. Rose: Wegweisende AMTS-Projekte. Dt. Apoth. Ztg. 159 (2019): 1354-1360. O. Rose, VL Cheong, S Dhaliwall et al.: Standards in medication review: an international perspective. Canadian Pharmacists Journal 153 (2020): 215-223

[3] Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung: Leitbegriffe zur Prävention und Gesundheitsförderung, hier: Primäre Gesundheitsversorgung (Primary Healh Care): https://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/primaere-gesundheitsversorgung-primary-health-care/ Auch: Robert Bosch Stiftung (Hg.) (2020): Vision und Umsetzung eines PORT-Gesundheitszentrums: https://www.bosch-stiftung.de/sites/default/files/publications/pdf/2020-11/Vision_und_Umsetzung_eines_PORT-Gesundheitszentrums.pdf. Universität Hamburg – Hamburg Center for Health Economics Pressemitteilung vom 8.4.2021 mit Verweis auf Gutachten (2021): Verbesserter Zugang, zufriedenere Akteurinnen und Akteure. Gesundheitskiosk verbessert Versorgung in sozial benachteiligten Stadtteilen Billstedt und Horn https://www.hche.uni-hamburg.de/presse/pressemitteilungen.html.

[4] Dazu auch die diskutierwürdigen Überlegungen zu einer flächendeckenden Versorgung mit Apotheken: Markus Grunenberg und Dr. Michael Bäumler (beide vom GKV-Spitzenverband): „Zurück in die Zukunft: Zur Modernisierung der Arzneimittelversorgung durch Apotheken" in G+S 1/2021].

Anm. der Redaktion:

Aktuelle Ergänzung zum Positionspapier Pharmazeutische Dienstleistungen:

Laut gesetzlicher Vorgabe hätten Krankenkassen und Deutscher Apothekerverband bis zum 30. Juni 2021 ein Ergebnis zum Thema Pharmazeutische Dienstleistungen vorlegen müssen. Dieser Termin ist inzwischen ohne Ergebnis verstrichen. Nach weiteren Versuchen der Einigung meldete die Pharmazeutische Zeitung am 7. September 2021, dass die Gespräche endgültig gescheitert seien und der Deutsche Apotheker Verband sich bemühe, die Schiedsstelle schnellstmöglich anzurufen. (s. a.: https://www.pharmazeutische-zeitung.de/gespraeche-ueber-pharmazeutische-dienstleistungen-scheitern-127862/seite/alle/)

RUNDBRIEF - LESER:INNEN

Ich lese den Rundbrief, weil …

… er mit interessanten Artikeln gefüllt ist und ich mich dabei über die versammelte Kompetenz im VdPP zu verschiedensten aktuellen Themen im Bereich der Pharmazie freue.

Dr. Daniel Fleer
VdPP - Vorstand, Siegburg

In dieser kleinen Kategorie äußern sich Rundbrief-Leser:innen und VdPP-Mitglieder, warum sie den Rundbrief lesen und was ihnen wichtig ist.
Die Redaktion freut sich über Beiträge zu dieser Rubrik.

PATENTE

Impfstoff-Patente: Eindrücke von der Demo

Bilder von der Demo am Sonntag, 13. Juni 2021 „Gesundheit für Alle - #GebtDiePatenteFrei" vom Willy-Brandt-Haus zum Kanzler:innenamt. Auch der VdPP war vertreten. Der Eindruck des VdPP: Keine besonders große Demo, aber eine besonders kämperische. Vor allem die jungen Leute sind ganz offensichtlich empört und wollen sich einmischen.

PATENTE

Impfstoff-Patente: Falsche Versprechen aus Brüssel und Berlin

Bündnis fordert Merkel und von der Leyen auf, Blockade des Waivers zu beenden
Pressemitteilung des Bündnis #makethemsign vom 23. Juli 2021

Das Bündnis #makethemsign, ein Zusammenschluss aus zivilgesellschaftlichen Akteuren und politischen Initiativen, wirft Bundeskanzlerin Angela Merkel und EU-Kommissionspräsidentin Ursula von der Leyen falsche Versprechen in der Corona-Impfstoffpolitik vor. Anlässlich des General-Council-Treffens der Welthandelsorganisation (WTO) am 27. und 28. Juli fordert das Bündnis beide Politikerinnen auf, endlich die temporäre Verzichtserklärung von Patenten auf Impfstoffe, Medikamente und andere medizinische Güter („Waiver") zur Eindämmung der Covid-19-Pandemie zu unterzeichnen. Bundesregierung und Europäische Union blockieren den Waiver seit vielen Verhandlungsrunden.

„Merkel betont immer wieder, der Impfstoff müsse ein ‚öffentliches Gut' sein, das für alle Menschen zugänglich und bezahlbar ist. In Wahrheit betrachtet die Bundesregierung den Impfstoff aber als Handelsware", kritisiert Roland Süß vom globalisierungskritischen Netzwerk Attac für #makethemsign.

„Wer von Gesundheit als öffentlichem Gut spricht, darf von der Aussetzung der Patente nicht schweigen. Wertvolle Zeit ist in dieser Hinsicht bereits verstrichen, während sich Lippenbekenntnisse und falsche Versprechen fortsetzen. Wir wollen endlich eine Unterschrift unter dem Waiver!", ergänzt Herbert Beck, der die Dienstleistungsgewerkschaft Verdi im Vorstand der internationalen Gewerkschaft der öffentlichen Dienste (Public Services International) vertritt. Auch Verdi engagiert sich bei #makethemsign.

Von Washington bis Kapstadt:
Weltweit fordern Menschen Freigabe der Patente

Indonesien, Südafrika, Iran: Überall auf der Welt steigt die Anzahl von Menschen, die an Covid-19 erkranken und besonders in armen Ländern auch sterben. „Wir stehen vor einer Menschheitsaufgabe – und die europäischen Regierungen überlassen die Entscheidung, wer wie viele Impfdosen zu welchem Preis produziert, der Pharmaindustrie. Diese Weigerung, politische Verantwortung zu übernehmen, fordert Menschenleben", sagt Anne Jung von Medico International für #makethemsign.

Doch rund um den Globus mehren sich die Stimmen gegen diese Blockadehaltung. Von Washington über Kapstadt bis Tübingen finden Protestaktionen für den Waiver statt, und international fordern Hunderte Wissenschaftler den Waiver.

„Deutschland ist mitschuldig an der Aufrechterhaltung dieser Pandemie"

Die People's Vaccine Alliance geht an vielen Orten der Welt für die Freigabe der Patente auf die Straße und kooperiert mit #makethemsign. Tian Johnson, Leiter der African Alliance, die die Arbeit der People's Vaccine Alliance in Afrika koordiniert, sagt: „In Südafrika sterben mehr Menschen denn je an Covid-19. Wegen der Monopole von Pharmakonzernen wie BioNtech haben wir keine Impfstoffe, die uns schützen. Die Aussetzung der Patente auf Covid-19-Technologien ist absolut notwendig für die Massenproduktion von dringend benötigten Impfstoffen auf der ganzen Welt. Deutschland ist mitschuldig an der Aufrechterhaltung dieser Pandemie, ermöglicht die Gier der Pharmakonzerne und fördert das massenhafte Sterben. Kanzlerin Merkel muss unterschreiben und aufhören, im Weg zu stehen!"

Die Kampagne #makethemsign fordert die Aufhebung des Schutzes von geistigen Eigentumsrechten auf Impfstoffe, Medikamente und andere medizinische Güter zur Eindämmung der Covid-19-Pandemie.

Zur Webseite der Kampagne:
https://makethemsign.eu

ONE HEALTH

40 Jahre BUKO Pharma-Kampagne und Antibiotika-Resistenzen

Ulrike Faber

Internationale Solidarität hat eine lange Tradition. Blicken wir auf 40 Jahre BUKO Pharma-Kampagne!
Ihre Ursprünge liegen in den 70er Jahren, als sich in Folge der 1968er Bewegung sehr viele sehr unterschiedliche Solidaritätsgruppen bildeten. Sie bündelten ihre politische Arbeit in einer Dachorganisaton. Das „Dach" heißt heute ***Bu**ndesko**ordination Internationalismus*** und arbeitet als Netzwerk kapitalismus-und globalisierungskritischer Auseinandersetzungen und Aktivitäten. Dazu gehört die BUKO Pharma-Kampagne.

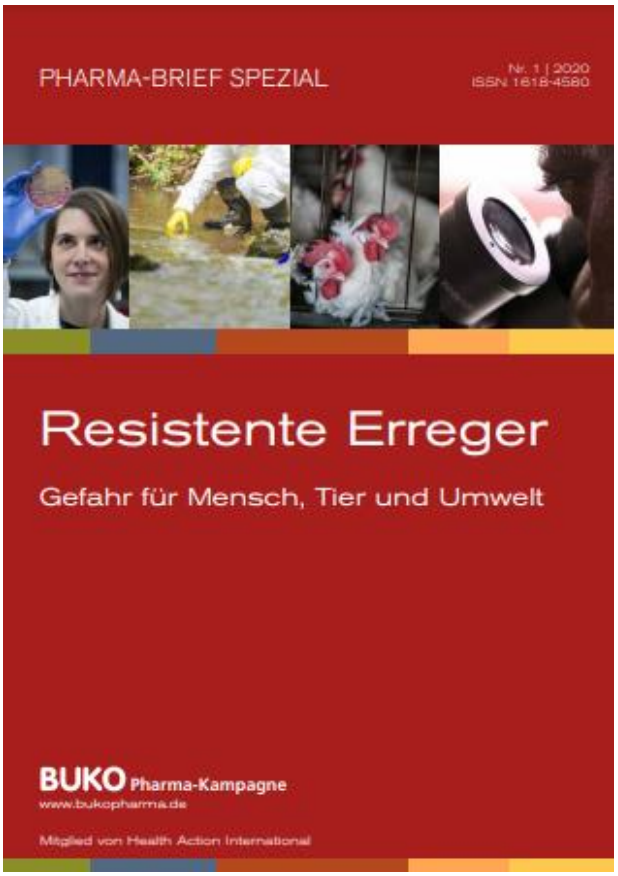
Praktiken der multinationalen Konzerne in der Dritten Welt

… so steht es in ihrem ersten Pharma-Brief vom April 1981. Das war ein Titel von fast zeitloser Aktualität, da wir bis heute die Verantwortung multinationaler Konzerne erkennen müssen, die für Hunger, Krankheit, Armut und mangelnde Gesundheitsversorgung vor allem im Globalen Süden stehen. Arzneimittelforschung, Patientenschutz, AIDS, Tuberkulose, HPV, Sucht, Frieden, Klima seien beispielhaft genannt für all die Themen, über welche die Pharmakampagne seit 40 Jahren nicht nur aufgeklärt hat, sondern für die sie sich, international vernetzt, unermüdlich engagiert und sie in politische Forderungen umsetzt.
Aktuell trägt BUKO im Bündnis mit vielen anderen Organisationen (inkl. VdPP) auch die Kampagne *makethemsign* zur Freigabe der Patente für Corona-Behandlungen mit.
Gänzlich unverzichtbar – und als Abo gut leistbar – ist der BUKO-Pharmabrief für alle, die über die pharmapolitische Situation in der Welt unterrichtet sein wollen. Nicht zu vergessen die virtuelle Ausstellung *Antibiotika-Resistenzen weltweit* und die tollen themenbezogenen Sonderrundbriefe und das Straßentheater *Schluck und weg*.

One World - One Health. Antibiotika-Resistenzen als globales Gesundheitsproblem

… so der Titel der Feier zum 40.Geburtstag. Die musste leider online geschehen und unter Verzicht auf solche wunderbaren Erlebnisse wie der Austausch mit angereisten internationalen Gästen bei früheren Jubiläen, abwechslungsreichem Programm und so guter Atmosphäre unter Menschen mit gleichen solidarischen Zielen.
Es waren trotzdem zwei unglaublich interessante und auch stimmungsvolle Tage: Rund 160 Fachleute aus 10 Ländern diskutierten am 30.4. und 1.5.2021 auf Einladung der BUKO Pharma-Kampagne die globale Resistenzproblematik im Bereich Mensch, Tier und Umwelt. Der Pharmabrief 5/2021 berichtet ausführlich, und alle Präsentationen und Diskussionen lassen sich am Bildschirm noch einmal erleben.

Apotheken und Antibiotika Warum spielen Apotheken in regional vernetzter Versorgung keine Rolle?



Der Pharma-Brief Spezial von 2020 berichtet ausführlich über die Gefahren für die Umwelt bei resistenten Erregern. Ein MUSS für jede Apotheke.

Nr. 6 | Juli/August 2021

PHARMA-BRIEF

Rundbrief der BUKO Pharma-Kampagne

Mitglied von Health Action International

Patente sind auch keine Lösung

Warum wir andere Wege gehen müssen, um Forschung zu finanzieren

„Ohne Patente kein medizinischer Fortschritt" – gerade in der Diskussion um den Patent-Waiver bei der Welthandelsorganisation wird Big Pharma nicht müde, dieses Argument zu wiederholen. Doch nicht nur hohe Arzneimittelpreise, die für große Teile der Weltbevölkerung unbezahlbar sind und fehlende Forschung für vernachlässigte Krankheiten strafen dieses Mantra Lügen. Auch die Tatsache, dass die entscheidende Grundlagenforschung vorwiegend öffentlich finanziert wird, macht ein Umdenken notwendig und wirtschaftlich attraktiv.

Die ungleiche Verteilung von Covid-19-Impfstoffen hat noch einmal schlaglichtartig deutlich gemacht, wie ungerecht es in der globalen Gesundheitsversorgung zugeht. Statt die preiswerte Produktion großer Impfstoff-Mengen zu ermöglichen, verteidigt Big Pharma seine Patentrechte buchstäblich um jeden Preis – Menschen sterben wegen fehlendem Schutz.

Dabei wiederholt sich Geschichte: In der Aids-Pandemie hat es zehn Jahre gebraucht, um Preissenkungen für HIV-Medikamente für die – am stärksten betroffenen – armen Länder durchzusetzen. Das hat Millionen Menschen das Leben gekostet und unsagbares Leid verursacht.[1] Es gibt aber auch zahlreiche andere Krankheiten, bei denen die Versorgung wegen hoher Preise und Monopole seit Jahren miserabel ist. Es seien hier nur Krebsmedikamente[2] und Insulin[3] erwähnt.

Gesellschaftsvertrag

Man muss sich vergegenwärtigen, dass Patente ein Steuerungsinstrument sind: Sie sollen einen Anreiz für gesellschaftlich nützliche Erfindungen darstellen. Im Arzneimittelbereich hat der Schutz von Wirkstoffen eine durchaus wechselvolle Geschichte.[4] Im ersten deutschen Patentgesetz von 1877 wurde entgegen dem ursprünglichen Entwurf ein Stoffschutz von Arzneimitteln ausdrücklich ausgeschlossen. Entscheidend dafür war eine Eingabe der Deutschen Chemischen Gesellschaft: „Ein chemisches Produkt läßt sich auf verschiedenen Wegen und aus verschiedenen Materialien darstellen; die Patentierung des Produktes selbst würde verhindern, daß später aufgefundene, verbesserte Verfahrensweisen im Interesse des Publikums und der Erfinder zur Ausführung gelangen".[5]

Der Aspekt der Hemmung des Fortschritts durch zu weitreichenden Patentschutz spielte Ende des neunzehnten und bis weit ins zwanzigste Jahrhundert auch in anderen Staaten wie Frankreich, England oder der Schweiz eine Rolle. In einigen reichen Ländern liegt die Einführung eines absoluten Stoffschutzes noch nicht lange zurück: In Deutschland geschah dies erst 1968, in der Schweiz 1977 – beide Länder verfügten zu diesen Zeitpunkten schon über eine wirtschaftlich starke Pharmaindustrie.[6]

Liebe LeserInnen,

wir freuen uns, Ihnen gleich zwei neue Vorhaben von uns vorstellen zu können: Ein Projekt befasst sich mit den Folgen von Covid-19 für die Gesundheitsversorgung in ärmeren Ländern (S. 6). Und wir bereiten eine Fortbildungsreihe vor, die sich mit den strukturellen Mängeln in der globalen Arzneimittelversorgung beschäftigt (S.4).

Aus gegebenem Anlass setzen wir uns noch mal mit dem Mantra der Industrie auseinander; ohne Patente gäbe es keine Pharmaforschung (links). Dass es oft eher ums Geschäft als um die Gesundheit geht und welch zweifelhafte Rolle die US-FDA bei der Zulassung eines Alzheimer-Medikaments spielt, darum geht es auf S. 3.

Eine anregende und vielleicht auch aufregende Lektüre wünscht Ihnen Ihr

Jörg Schaaber

Inhalt

US-Zulassung 3
Alzheimermittel ohne Evidenz
In eigener Sache 4
Baustelle Arzneimittelversorgung
Gesundheit in Peru 6
Die Folgen von Covid-19

Die aktuellste Ausgabe des Pharma-Briefes vom Juli/August 2021.

Ein interessanter Vortrag sei hier besonders hervorgehoben. Warum: wegen der Rolle der Apotheken! Der Kinderarzt Dr. Roland Tillmann stellte das Projekt *Antibiotische Therapie in Bielefeld AnTiB vor*. Mit dem Ziel, die antbiotische Therapie zu verbessern, wurde es 2017 gestartet, vernetzte zunächst Kinderärzte, später weitere Ärztinnen und Ärzte aus Gynäkologie, Allgemeinmedizin, Urologie und HNO-Heilkunde im ganzen Bezirk Westfalen-Lippe. Das Vorgehen: Gemeinsame Beratungen antibiotischer Therapien – Formulierung und Aktualisierung von Standardbehandlungen – Fortbildungen - Analysen des Verordnungsverhaltens. Kooperationspartner: Kliniken, Labore, Fachgesellschaften für Pädiatrie bzw. Infektiologie, die Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Uni Bielefeld, die KV Westfalen-Lippe. Das Verordnungsverhalten konnte nachhaltig verbessert werden.

Ergebnisse:
Und die Rolle der Apotheken? Keine. Wie kann das sein? Haben sie nicht so oft zuerst mit verunsicherten Kranken, mit ängstlichen Eltern zu tun und werden um Rat gefragt? Werden hier nicht die verordneten Antibiotika abgegeben? Sind hier nicht gerade der Ort und die Zeit für Einnahmehinweise?

Warum spielen Apotheken in regional vernetzter Versorgung keine Rolle?

Forderungskatalog:
Antibiotika-Resistenzen:
Aufruf zum Handeln in allen Politikbereichen

… so der aus den Vorträgen, Diskussionen und Workshops der Fachtagung resultierende Entwurf des Forderungskatalogs für die weitere Arbeit.
Diese Erkenntnis fand bereits ihren Niederschlag:

Apotheken müssen als wichtige Anlaufstellen für Patient:innen stärker einbezogen werden.

Welche Möglichkeiten, welche Herausforderungen! Entweder die Apotheken lassen sich zum Jagen tragen oder aber, sie werden selbst aktiv und zeigen, welchen Beitrag sie leisten können und wollen.

Der VdPP wird die notwendige Teilnahme der Apotheken in regional vernetzter Versorgung weiter thematisieren und hoffentlich anregen.
Auch unter diesem Gesichtspunkt war die Tagung der BUKO Pharma-Kampagne ein großer Gewinn.

Danke, BUKO!

Über die Autorin:
Dr. Ulrike Faber ist VdPP-Mitglied. Sie war lange als Patientenvertreterin im GBA (Gemeinsamer Bundesausschuss) aktiv und engagiert sich auch bei den Pharmacists for Future. Die BUKO Pharma-Kampagne, als Begleiterin des VdPP, kennt sie seit Jahrzehnten, außerdem hat sie die Publikationen von BUKO im Abo.

Weitere Informationen:

https://www.bukopharma.de/de/
https://www.medico.de/material/artikel/make-them-sign-flyer
https://www.bukopharma.de/de/publikationen/pharmabrief
https://bukopharma.de/antibiotika-resistenzen-ausstellung/
https://bukopharma.de/de/strassentheater-menu/schluckweg-stellt-sich-vor
https://www.bukopharma.de/konferenz/

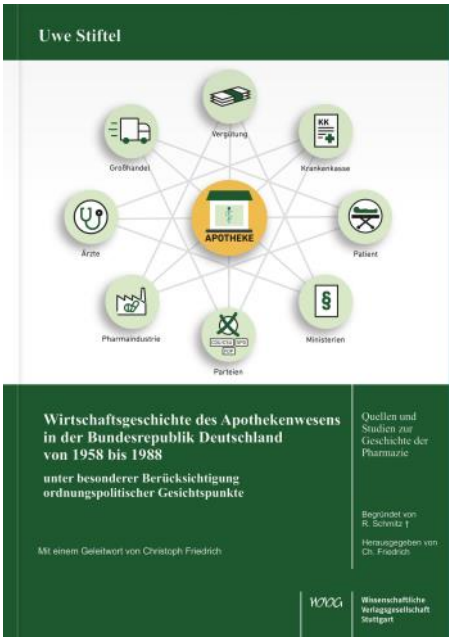
BUCHEMPFEHLUNG

Wirtschaftsgeschichte des Apothekenwesens

Bundesrepublik Deutschland von 1958 bis 1988
Unter besonderer Berücksichtigung ordnungspolitischer Gesichtspunkte

Udo Puteanus

Sind die Auseinandersetzungen um die Arzneimittelausgaben und die wirtschaftliche Entwicklung der Apotheken ein Paradebeispiel des korporatistischen Ansatzes bei der Aushandlung von Interessen von Verbänden mit den Zielen des Staates? Diese Grundfrage wird von Stiftel in seiner Dissertation weitgehend bejaht. Am Beispiel der Apothekerverbände, insbesondere der ABDA, zeichnet der Wissenschaftshistoriker (nicht Pharmaziehistoriker) nach, an welchen Stellen die organisierte Apothekerschaft bei der Interessendurchsetzung erfolgreich war, an welchen Stellen der Staat die Expertise der Apothekervertreter nutzte und wo die Arbeit der ABDA erfolglos blieb.



Apotheken sind eingebunden in das Gesundheitswesen und mit besonderen Privilegien und Pflichten ausgestattet, wie auch Ärzte, Krankenhäuser und andere sog. Leistungserbringer. Die Apotheken sind aber auch Wirtschaftsunternehmen; so können die Aufgaben, Beschränkungen, Pflichten und Privilegien unterschiedlich gewichtet und gewertet werden. Die Verbände vertreten die wirtschaftlichen Interessen, der Staat und seine Administration sind im besten Falle dazu da, die Gesundheit der Bevölkerung zu schützen und zu verbessern. Der Staat wirkt aber im Spielfeld unterschiedlicher Interessen, wie z. B. der Pharmaindustrie, der Gewerkschaften (hier mit der Besonderheit der industrienahen Gewerkschaft für Chemie, heute Industriegewerkschaft für Bergbau, Chemie und Energie), der Krankenkassen, der anderen Leistungserbringer usw. Im autoritären Staat werden die Verbände nur zum Teil in die Gesetzgebung eingebunden, ein Interessenausgleich über unterschiedliche Ministerien und politische Aushandlungen entfallen meist oder sind nicht transparent.

Pluralistische Theorie und korporatistische Theorie

Stiftel beschreibt in seiner Dissertation zunächst zwei damals gängige politikwissenschaftliche Theorien: zum einen die pluralistische Theorie, nach der sich in einer Gesellschaft eine Vielzahl von Interessen in Verbänden bündelt und jeder Verband bemüht ist, möglichst Einfluss auf staatliches Handeln auszuüben. Parteien und Ministerialbürokratie sind an den Kompromiss-Entscheidungen „wie in einem Parallelogramm" (Stiftel) beteiligt. Die Verflechtungen zwischen den Interessenverbänden und den Entscheidungsträgern sind eher gering.

Bei der korporatistischen Theorie wird von einer engeren und dauerhaften Verflechtung von Entscheidungsträgern und Interessenverbänden ausgegangen. Beide Seiten versuchen im Idealfall, gemeinsam Entscheidung vorzubereiten. Der Staat versuche, so die Theorie, die unterschiedlichen Interessen zu integrieren. Staat und Verbände wollen sich in diesem Modell wechselseitig beeinflussen und für ihre jeweiligen Interessen einspannen. Insofern nutze der Staat in einer immer komplexer werdenden Gesellschaft die Verbände, um ordnungspolitisch zum Ziel zu kommen. Teilweise werde aber dadurch auch die Macht der Parlamente reduziert und die Administration gestärkt.

Die Bundesrepublik Deutschland wird in diesem Zusammenhang immer als ein Beispiel genannt, in dem der Korporatismus stark ausgeprägt sei, gerade im Gesundheitswesen. Die Verkammerung der Heilberufe, die Einführung der Kassenärztlichen Vereinigungen und die Übertragung von Macht auf die Selbstverwaltung (heute: Gemeinsamer Bundesausschuss) werden als Beispiele für diese Theorie angeführt. Auch die Schaffung der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen Mitte der siebziger Jahre des letzten Jahrhunderts wird als Beispiel genannt.

Das Wirken der ABDA bei den politischen Auseinandersetzungen um das Apotheken- und Arzneimittelrecht

Zu Beginn der Untersuchung des Wirtschaftshistorikers steht ein für die Apothekerschaft erdrutschartiger Neuanfang mit der Niederlassungsfreiheit für Apotheker, durchgesetzt durch das Bundesverfassungsgericht 1958. Damit wurden die Apotheker in einen freieren Markt entlassen.

Obwohl die Niederlassungsfreiheit zunächst viele Ängste bei der Apothekerschaft hervorrief, konnte sie ihre neuen Freiheiten zur Verdoppelung der Zahl der Apotheken von 1958 bis 1979 nutzen, ohne dass nennenswerte wirtschaftliche Verwerfungen für die einzelnen Apotheken beklagt wurden. Möglich war dies unter anderem durch den wirtschaftlichen Aufschwung der Bundesrepublik bis Ende der sechziger Jahre und die damit verbundenen finanziellen Möglichkeiten der Gesetzlichen Krankenversicherung.
Stiftel beschreibt die Auseinandersetzungen um die Arzneimittelgesetze 1961 und 1976, um die Apothekengesetze und die Apothekenbetriebsordnung. Auch das Heilmittelwerbegesetz sowie die Arzneimittelpreisverordnung werden behandelt.

In der Auseinandersetzung um die Ausgaben für Arzneimittel

In den Mittelpunkt der Arbeit stellt der Autor aber den Versuch des Staates seit Ende der sechziger Jahre, bei den Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung einzusparen. Anhand der verschiedenen Kostendämpfungsgesetze dieser Zeit bis 1989 arbeitet der Autor heraus, an welchen Stellen die Apotheker bei der Durchsetzung ihrer Interessen erfolgreich waren und bei welchen Gesetzesvorhaben sie teilweise nicht einbezogen wurden. Dabei berücksichtigt er, dass auch die unterschiedlichen beteiligten Bundesministerien verschiedene Vorstellungen davon hatten, wie sich der Arzneimittelmarkt entwickeln sollte sowie ob und wie die Ausgaben für Arzneimittel zu begrenzen seien. Je nach politischer Farbe der Ministeriumsleitung konnte die Apothekerschaft mal besser, mal weniger erfolgreich ihre Interessen durchsetzen. Insbesondere bei FDP-Wirtschaftsministern hatten die Apotheker die größten Erfolge.
Dass die Versuche, die Arzneimittelausgaben wesentlich zu senken, im Untersuchungszeitraum 1958 bis 1988 weitgehend scheiterten, habe einen wesentlichen Grund im erfolgreichen Abwehrkampf der Verbände, insbesondere der Pharmazeutischen Industrie, so Stiftel. Sie lehnten das damals schon geplante Festbetragssystem, eine Positivliste für verordnungsfähige Arzneimittel, eine Nutzenbewertung und eine Aufweichung des Substitutionsverbotes ab. Außerdem gelang es ihnen durch Platzierung neuer Arzneimittel im Markt, die Ausgaben für Arzneimittel weiter zu steigern. Da die Apothekerschaft von teureren Arzneimitteln unter den Bedingungen der damaligen Arzneimittelpreisverordnung profitierte, hatte diese ebenfalls keine wirtschaftlichen Interessen an günstigeren Arzneimittelpreisen für die GKV. Bei der Aufweichung des Substitutionsverbotes hätten die Apotheker die Chance gehabt, zusammen mit den Krankenkassen wirksam die Preise zu beeinflussen, was sie aber abgelehnt hatten. Der damalige Vorsitzende des Sachverständigenrates Prof Dr. Detlev Zöllner kommentierte dies nach Stiftels Angaben mit der Aussage, Apotheker wollten wohl lieber weiterhin als Verteiler von Industriepräparaten wahrgenommen werden.

Erfolgreiche ABDA?

Der Autor nutzt umfangreiches Quellenmaterial aus Archiven der beteiligten Bundesministerien sowie die Fachzeitschriften und das Apotheker-Jahrbuch für seine Analysen. Hinzu kommt ein Interview mit dem langjährigen Sprecher der ABDA-Geschäftsführung, Dr. Johannes Pieck. Bei der Auswahl der verwendeten Sekundärliteratur zeigt sich die Verankerung des Wissenschaftlers in der Wirtschafts- und Sozialgeschichte der Universität Marburg; es fehlt die Berücksichtigung einzelner pharmaziehistorischer Arbeiten, die vor allem beim Organisationsaufbau der ABDA sowie zu den Hintergründen der Arzneimittel- und Apothekengesetze eine genauere Analyse ermöglicht hätten. Dies verwundert ein wenig, da doch als Zweitgutachter der Arbeit der Leiter des Instituts für Geschichte der Pharmazie an der Universität Marburg gewonnen werden konnte.
Im Fazit kommt der Autor zu dem Schluss, dass die Wirtschaftsgeschichte des Apothekenwesens in der Bundesrepublik Deutschland zwischen 1958 und 1988 ein gutes Beispiel dafür sei, wie die Verflechtung zwischen Apothekerschaft und Regierungsvertretern die Korporatismustheorie stützt. Im Ergebnis konnten die Vertreter der Apothekerschaft die Rolle der Apotheken im Arzneimittelmarkt insgesamt stärken. Ein weiterer Versuch – diesmal vom damaligen Arbeitsminister Norbert Blüm – die Stellung der Apotheker durch Abschwächung des Substitutionsverbotes zu stärken, scheiterte an der, wenn auch knappen, Ablehnung der Apothekerschaft selbst.

Über den Autor:
Dr. Udo Puteanus ist VdPP-Mitglied, Apotheker und beim Landeszentrum Gesundheit in NRW im Bereich Sozialpharmazie aktiv. Er hat in Pharmaziegeschichte promoviert.

BILDNACHWEISE:

Seite 1: Health for Future, S. 4: Karina Witte, S. 7: Deutscher Apotheker Verlag und Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH & Co., S.11: Gesundheitskollektiv Berlin, S.15: Raphael Huenerfauth, photothek.net, S.16: Roland Matticzk / RM Sehstern Berlin, vdpp.de und Pixabay, S. 17: Pixabay, S.20: privat (Daniel Fleer), S. 21 Uwe Hiksch, S.22: makethemsign-Bündnis, S. 23 und 24: BUKO Pharma-Kampagne, S. 24: privat (Ulrike Faber), S. 25: Deutscher Apotheker Verlag, S. 26: privat (Udo Puteanus), S.27: Verlag Kiepenheuer & Witsch GmbH & Co. KG

BUCHBESPRECHUNG

Klimaschutz ist Heimatschutz

Regina Schumann

Mit diesem Slogan beschreiben Nick Reimer und Toralf Staud in einem Interview zu ihrem Buch „Deutschland 2050 - Wie der Klimawandel unser Leben verändern wird" (1) die Schlussfolgerungen ihrer Recherchen.

Die beiden Autoren, der Energie- und Umweltverfahrenstechniker und Journalist Reimer sowie der Journalist Staud, hatten sich bereits 2007 mit dem Klimawandel beschäftigt und in ihrem Buch „Wir Klimaretter – So ist die Wende noch zu schaffen" Technologien beschrieben, mit denen bis 2020 der CO2-Ausstoß um die Hälfte gesenkt werden könnte. Elf konkrete Maßnahmen, die sich damals hätten realisieren lassen, u.a. Kohlenstoff-Konten, Kerosinsteuer, Niedrigenergiehäuser, sparsamere Autos und Dezentralisierung der Stromversorgung, wurden von den beiden Autoren beschrieben.

Vierzehn Jahre später sind wir beim Klimaschutz noch nicht weiter, es gibt lediglich Absichtserklärungen der Weltgemeinschaft (das Pariser Klimaabkommen von 2015) , der EU-Kommission (im Juli 2021 wurde ein Paket von Vorschlägen zur Senkung der Netto-Treibhausgasemissionen bis 2030 verabschiedet) und der Bundesregierung (novelliertes Klimaschutzgesetz vom Juli 2021). Aber reichen diese Absichtserklärungen?

Die Autoren haben sich alle Teilgebiete des Klimawandels angesehen, mit Expert:innen diskutiert und sie gefragt, wie es 2050 in Deutschland bei ungebremstem weiterem Energie - und Ressourcenverbrauch aussieht. Sie beschäftigen sich mit Klimamodellen, beleuchten die Auswirkungen auf den Menschen, die Natur, Wasser, Wald und Städte, aber auch auf den Verkehr, die Wirtschaft und Landwirtschaft und letztlich auf die Politik. Hier einige eindringliche Prog-

Erschienen bei Kiepenheuer & Witsch 2021
ISBN 978-3-462-00068-9

nosen aus dem Buch: „Starkregen, Sturzfluten und Überschwemmungen wird es in Deutschland 2050 wesentlich häufiger geben als bisher. Doch zugleich nehmen Dürren zu, Wasser wird zum umkämpften Gut." Der Mangel an Wasser wird Auswirkungen nicht nur in Deutschland haben, sondern überall auf der Welt. Es wird gewaltige Bevölkerungswanderungen geben, die das, was wir jetzt kennen, bei weitem in den Schatten stellen werden. Da helfen keine Mauern in Mexiko oder in Ceuta. Auf der anderen Seite wird Starkregen bis 2050 um 30 Prozent zunehmen. Im Buch werden dafür vor allem „die Nordseeküste sowie die Mittelgebirge – ein breiter Streifen vom südlichen Nordrhein-Westfalen und Teilen Rheinland-Pfalz quer über Hessen und Südthüringen bis hinunter in den Osten und die Mitte Bayerns" bezeichnet. Die schlimmsten Befürchtungen werden wahr: Strom- und Wasserversorgung brechen zusammen, die Mobilnetze funktionieren nicht, alle Deiche und kleineren Hochwassermaßnahmen reichen nicht aus....

Doch die nun geforderten Maßnahmen, wie vor solchen Katastrophen frühzeitig gewarnt und ihre Auswirkungen abgemildert werden können, alleine helfen nicht und sind nur Kosmetik. Jetzt muss der Klimawandel so weit es möglich ist gebremst werden, und das sollte „sofort und unverzüglich" erfolgen! Denn, auch wenn wir jetzt auf die Bremse treten, wird es mindestens 10 bis 15 Jahre dauern, bis sich der Klimawandel verlangsamt. Bleiben jedoch schnelle und drastische Emissionssenkungen aus, beschleunigt sich der Klimawandel weiter. Nicht der Klimaschutz verändert unser Leben, im Gegenteil, Klimaschutz würde etwas Stabilität z.B. beim Wetter, in der Landwirtschaft, in unserer ganzen Umgebung und in der Welt geben!

Das Buch endet mit einem Interview mit Ortwin Renn vom Potsdamer Institut für Transformative Nachhaltigkeitsforschung. Renn beantwortet Fragen zu den Wechselwirkungen von Klimawandel, Politik und Gesellschaft und es werden die Auswirkungen des Kimawandels auf unsere Demokratie diskutiert.

Ich kann nur hoffen, dass die Weckrufe endlich gehört werden und alle mit Freude und Einsicht ihren Beitrag zum Klimaschutz liefern. Damit wir, unsere Kinder und Kindeskinder noch in einer lebenswerten Gesellschaft leben können!

Über die Autorin:
Dr. Regina Schumann ist Apothekerin, VdPP-Mitglied, sie liest gerne und viel. Im VdPP - Rundbrief schreibt sie regelmäßig über Bücher, die ihr gefallen haben!

Pharmazie in sozialer Verantwortung
VdPP

Ankündigung zum VdPP Herbstseminar

10. November 2021 um 20 Uhr

GESUNDHEIT, KOMMUNE, APOTHEKE
Wie passt das zusammen?

Gesund leben zu können und im Krankheitsfall versorgt zu werden - das ist für die Menschen wesentlich. Für Gesundheitsförderung brauchen sie eine gesunde Umwelt, gesunde Arbeitsbedingungen, eine bewegungsfördernde Verkehrsinfrastruktur und öffentliche Räume für soziale Kontakte, Gespräche und geistige und kulturelle Anregungen.

Für Gesundheitsversorgung brauchen sie ortsnahe medizinische, pharmazeutische, pflegerische und psychosoziale Versorgungsangebote – in stationären und ambulanten Versorgungseinrichtungen und Versorgungszentren, die kooperativ zusammenarbeiten. Ob dies alles zufriedenstellend möglich ist, wird von den Menschen vor Ort erlebt, aber auch eingefordert und beeinflusst. Quartiere, Kommunen und Regionen sind die Nahbereiche, in denen Gesundheitsförderung und Gesundheitsversorgung stattfindet.

Wesentliche Entscheidungen im Gesundheitswesen fallen zwar auf Bundesebene, sie betreffen aber die Menschen vor Ort. Bislang wurde dies wenig in Frage gestellt. In den letzten Jahren wird aber verstärkt diskutiert, ob die Kommunen nicht eine stärkere Rolle im Gesundheitswesen spielen sollen und wollen, denn hier werden die gesellschaftlichen Veränderungen konkret und hier treten neue Probleme auf, die gelöst werden müssen.

Welche Herausforderungen gibt es zu meistern, welche Chancen stecken in den sich abzeichnenden Veränderungen? Wie passen Gesundheit, Kommune und Apotheken zusammen? Darüber möchte der VdPP mit den geladenen Referent:innen und den Teilnehmenden ins Gespräch kommen.

Das Seminar findet online über Zoom statt.
Die Teilnahme ist kostenlos.

Nähere Informationen zu den Referent:innen, zum Ablauf und zur Anmeldung erhalten Sie zeitnah unter:
http://www.vdpp.de/termine/herbstseminar-2021/

Pharmazie in sozialer Verantwortung
VdPP

Herbstseminar 2021