

Themen dieses Rundbriefs

Programm der MV
und Fachtagung am
8. und 9. Juni 2024

Die Reichenberger
Apotheke in Berlin

Winterseminar:
Finanzierbarkeit hoch-
preisiger Medikamente

Netzwerk Pharmazie
und Public Health

Konferenzbericht Public
Pharma for Europe

Interview:
Alltagsrassismus in
Apotheken

Studie zur medikamen-
tösen Versorgung bei
Pendelmigration

Keine Militarisierung
von Gesundheitswesen
und Gesellschaft

Mitgliederversammlung in Hamburg

Was bringt die Apotheken- reform?



INHALT

- 3** **Grußwort des Vorstands**
Frauke Heller
- 4** **Apothekenreform: Zukunftsweisend oder zu kurz gesprungen?**
Thema der Fachtagung Udo Puteanus und Ingeborg Simon
- 5** **Ablauf der Fachtagung**
Das Programm im Überblick
- 6** **Die Reichenberger Apotheke in Berlin**
Gudrun Hahn
- 9** **Bericht vom Winterseminar: Hochpreiser und deren
Finanzierbarkeit** Udo Puteanus und Frauke Repschläger
- 10** **Pharmazie meets Public Health**
Udo Puteanus
- 12** **Ich lese den Rundbrief, weil ...**
Esther Luhmann
- 14** **Erstes Netzwerktreffen Pharmazie und Public Health**
Bericht in der Pharmazeutischen Zeitung
- 15** **Konferenz Public Pharma for Europe**
Frauke Heller
- 18** **Alltagsrassismus in Apotheken**
Interview mit einer Betroffenen
- 20** **Diskontinuitäten der medikamentösen Versorgung älterer
türkeistämmiger Versicherter** Studie zur Pendelmigration
- 25** **6. Deutscher Kongress für Patientensicherheit bei
medikamentöser Therapie** Kongressankündigung
- 26** **Keine Militarisierung von Gesundheitswesen und Gesellschaft –
friedenstüchtig werden!** Ulrike Faber
- 27** **Irreführende Arzneimittelwerbung melden**
Aufruf von Gute Pillen – Schlechte Pillen
- 28** **Hand in Hand – jetzt solidarisch aktiv werden**
Aufruf
- 29** **Gesundheit von schutzsuchenden Menschen gefährdet**
Offener Brief von Ärzte der Welt
- 30** **Teilnehmer für BUKO-Straßentheater gesucht**
Aufruf
- 31** **PharmArt – ein Kunstprojekt**
Dorian Recker
- 32** **Mitgliederversammlung des VdPP am 8. und 9. Juni in Hamburg**
Einladung

Bildnachweise:

Titelfoto: Zinnschmelze Hamburg. S.3: Privat (Frauke Heller). S. 6-8: Reichenberger Apotheke. S. 8 unten: Privat (Gudrun Hahn). S.9: Privat (Frauke Repschläger, Udo Puteanus). S.10: Pixabay. S.12: Privat (Esther Luhmann). S. 13: Privat (Udo Puteanus). S.14: Pixabay, privat (Udo Puteanus). S.15: Public Pharma for Europe. S.17: Privat (Frauke Heller). S.19: Privat (Ingeborg Simon). S. 26, 27 unten: Privat (Ulrike Faber). S. 27 Plakat: Apotheken für den Frieden. Markenrechte am Wort- und Bildzeichen des Apotheken-A beim Deutschen Apothekerverband. S.31 : PharmArt by Draw.

IMPRESSUM

Herausgeber

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

Telefon: 040 650 548 33
E-Mail: info@vdpp.de
Web: <http://www.vdpp.de>

Bankverbindung
Postbank Berlin
IBAN: DE62 1001 0010 0020 0471 05

ISSN

Print: 2699-6871
Online: 2699-688X

Druck

100% Recyclingpapier, FSC®
Klimaneutraler Druck

Redaktion

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

Verantwortung und Urheberrechte

Für Beiträge, die mit vollem Namen
gekennzeichnet sind, übernehmen die
Autor:innen die volle Verantwortung.
Die Urheberrechte liegen bei
den Autor:innen.

Abonnement

Sie haben auch die Möglichkeit, den VdPP-
Rundbrief in gedruckter Form zu erhalten.
Für die gedruckte Form erheben wir eine
Gebühr von 30 € / 6 Ausgaben, inkl. Ver-
sandkosten in Deutschland.
Einzelheftbestellungen sind möglich.

Anfragen richten Sie bitte an info@vdpp.de

Leserbriefe

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

Nächster Rundbrief

Der nächste VdPP-Rundbrief, Ausgabe
Nr. 120, erscheint im September 2024
Redaktionsschluss ist am 31. Juli 2024.

Grußwort des VdPP-Vorstands

Frauke Heller

Liebe Leserinnen,
liebe Leser,

nun sitze ich hier und suche nach den passenden Worten für ein Grußwort des Vorstands. Seit dem letzten Rundbrief hat sich der Zustand der Welt nicht wesentlich verbessert. So mag es zumindest den Anschein haben. Die Correctiv-Recherche zu den rassistischen Plänen der AfD und anderen rechten Akteur:innen hat Anfang des Jahres große Wellen geschlagen. Der Gesundheitsminister möchte das Gesundheitswesen „kriegstüchtig“ machen, die Anpassung des Asylbewerberleistungsgesetzes (AsylbLG) sieht drastische Kürzungen vor.

Der VdPP hat sich dazu klar positioniert: durch die Beteiligung an der #Brandmauer bei der Hand-in-Hand-Demo in Berlin, durch einen Offenen Brief zum AsylbLG und in einem Artikel zur Militarisierung des Gesundheitswesens. Eine Demokratie lebt von der aktiven Beteiligung der Zivilgesellschaft und ich freue mich, Teil eines Vereins zu sein, dessen Mitglieder nicht nur auf die eigenen Sorgen und Ängste schauen, sondern sich aktiv und solidarisch für ein menschliches Miteinander einsetzen und dabei auch unangenehme Diskussionen nicht scheuen.

Neben diesen auf den ersten Blick vielleicht „themenfremden“ Beiträgen ist der Rundbrief dieses Mal vollgepackt mit Berichten über Veranstaltungen, deren Ziel es ist, die pharmazeutische Praxis besser zu vernetzen und im Sinne einer sozial gerechten Patient:innenversorgung zu verbessern.

Genannt seien hier das erste Netzwerktreffen zu „Pharmazie und Public Health“, die Konferenz zu „Public Pharma for Europe“ oder auch das VdPP-Winterseminar zum Thema „hochpreisige Arzneimittel“.

VdPP-Mitglieder schauen nicht nur auf die eigenen Sorgen, sondern setzen sich aktiv und solidarisch für ein menschliches Miteinander ein.

Darüber hinaus beschäftigt sich der Rundbrief dieses Mal mit der Situation der Apotheken vor Ort und mit Rassismus im Gesundheitswesen. Ein ausführlicher Bericht widmet sich der Reichenberger Apotheke in Berlin.

Für einen Blick über den pharmazeutischen Tellerrand gibt es in diesem Rundbrief außerdem einen Gastbeitrag über das Kunstprojekt „PharmArt“ sowie eine Vorstellung des „BUKO-Straßentheaters“ – zwei kreative Wege, Kultur mit Gesundheitsthemen zu verbinden.

Ich wünsche viel Spaß bei der Lektüre.

Für den Vorstand
Frauke Heller

Frauke Heller ist Mitglied im VdPP-Vorstand. Sie ist Apothekerin und Referentin für Globale Gesundheit bei medico international.



VdPP im Netz

 www.vdpp.de

 www.facebook.com/VdemPP/

 www.linkedin.com/company/vdpp

Beiträge und Spenden

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

Thema der Fachtagung und Mitgliederversammlung am 8. und 9. Juni 2024

„Apothekenreform“: Zukunftsweisend oder zu kurz gesprungen? Apotheker:innen in der zukünftigen Primärversorgung

Udo Puteanus und Ingeborg Simon

Kann die geplante Apothekenreform der Bundesregierung die Apotheken retten, die derzeit „auf der Kippe stehen?“ Greift die Apothekenreform für die Apotheken die Herausforderungen auf, die das Gesundheitswesen als Ganzes meistern muss vor dem Hintergrund der zukünftigen Probleme (vor allem demographischer Wandel, Fachkräftemangel oder fehlende finanzielle Ressourcen)?

Die letzte große Apothekenreform fand im Jahr 2004 statt: Der Versandhandel wurde eingeführt, die Gründung von Filialapotheken wurde ermöglicht und die Preisbindung für apothekenpflichtige Arzneimittel fiel. Kleinere Reformen gab es 2013 mit der Einführung des Notdienstfonds, 2020 mit der Bezahlung des Botendienstes und 2022 mit den honorierbaren Pharmazeutischen Dienstleistungen.

Das Bundesgesundheitsministerium präsentierte bislang nur Eckpunkte einer „Apothekenreform“ mit dem Ziel, die flächendeckende Arzneimittelversorgung über Apotheken zu sichern. Ein Gesetzentwurf lag zu Redaktionsschluss noch nicht vor; ein solcher soll aber nach der Sommerpause im Parlament beraten werden.

Die Reform wird vermutlich auf eine Umverteilung der finanziellen Mittel zugunsten kleiner, aber versorgungsrelevanter Apotheken in der Fläche setzen. Gleichzeitig sollen Zweigapotheken mit reduziertem pharmazeutischen Dienstleistungsangebot vermehrt an Orten gegründet werden können, an denen sich eine Vollapothek

ke wirtschaftlich nicht lohnt. Weitere Veränderungen sind geplant, doch noch ist nicht sicher, welche im Gesetzentwurf stehenden Absichten im parlamentarischen Prozess Bestand haben werden.

Die Zahl der Apotheken hat in den vergangenen Jahren abgenommen, und der Abwärtstrend hat sich in den letzten drei Jahren noch beschleunigt. Viele Apotheken werden geschlossen, sei es, weil Apotheker:innen fehlen, die ihre Apotheke übernehmen möchten, teils aus Frust der Apotheker:innen über die täglichen Zumutungen bei der Arbeit (beispielsweise Lieferengpässe, Retaxierungen, Personalmangel etc.) oder aus Gründen einer zu niedrigen Honorierung ihrer Leistung.

***Der VdPP mischt sich ein und
will eigene Vorstellungen für eine
Reform des Apothekenwesens
vorlegen.***

Der VdPP mischt sich ein und will eigene Vorstellungen für eine Reform des Apothekenwesens vorlegen. Auf der Fachtagung im Rahmen der Mitgliederversammlung am 8. und 9. Juni 2024 in Hamburg wird der Entwurf eines Positionspapiers zur Apothekenreform im Mittelpunkt der Diskussionen stehen.

Dabei sollen neben den Nöten der Apotheken die Herausforderungen für das Gesundheitswesen in den kommenden Jahren angesprochen werden; für Letztere hat das Bundesgesundheitsministerium Entwürfe zu Versorgungsgeetzen angekündigt, die allerdings kaum noch nennenswerte Aspekte zur Primärversorgung beinhalten dürften, wie im aktuellen Referentenentwurf vom April 2024 deutlich wird.

So viel sei schon verraten: Der VdPP wird nicht zentral die einzelnen Punkte der Apothekenreform kritisch diskutieren; wichtiger ist die Diskussion darüber, wie die pharmazeutischen Kompetenzen und Leistungen in einem sich verändernden Gesundheitswesen vor dem Hintergrund einer sich verändernden Gesellschaft optimal genutzt werden können.

Es werden also bald wichtige Weichen für das Apothekenwesen der Zukunft gestellt. Der VdPP wird sich aus seiner speziellen Perspektive „Pharmazie in sozialer Verantwortung“ einmischen; dafür wird die Mitgliederversammlung ein wichtiger Meilenstein sein. Alle Mitglieder und am Thema Interessierte sind herzlich eingeladen mitzudiskutieren.

Das Programm am 8. Juni im Überblick

Uhrzeit	Thema	Referent: innen
09:30	Begrüßung Einleitung <ul style="list-style-type: none"> ■ Die „Apothekenreform“ des BMG ■ Primärversorgung 	VdPP, Udo Puteanus
09:45	Was erwarten VdPP-Apotheker:innen in Apotheken von einer „Apothekenreform“?	Petra Kolle, VdPP, Apothekenleiterin
10:30	<ul style="list-style-type: none"> ■ Stationsapotheker:innen als Beispiel interprofessioneller Zusammenarbeit 	Christian Sommer, Chefapotheker UKE Hamburg
11:15	Pause	
11:30	<ul style="list-style-type: none"> ■ Aufgaben von Gesundheitskiosken und Erwartungen an Apotheken 	Alexander Fischer, Gesundheitskiosk Hamburg
12:15	Mittagspause	
13:15	<ul style="list-style-type: none"> ■ Wie lassen sich Pharmazeutische Dienstleistungen in die zukünftige Primärversorgung einbinden? 	Sabine Haul und Elisabeth Schuster
14:15	Pause	
14:30	<ul style="list-style-type: none"> ■ Positionspapier des VdPP und Diskussion 	VdPP/Plenum
15:45	<ul style="list-style-type: none"> ■ Zusammenfassung und Verabschiedung 	VdPP
16:00	Schluss der Veranstaltung	

Leben und Sorgen einer Kiez-Apotheke

Die Reichenberger Apotheke in Berlin

Gudrun Hahn

Am 8. Mai 1889 eröffnete die Scheffens Apotheke an der Reichenbergerstrasse/Ecke Liegnitzerstrasse in Berlin. Ab 1896 hieß sie Schlesische Apotheke, seit 1971 bis heute Reichenberger Apotheke.

Nicht weit weg vom Görlitzer Park (früher Görlitzer Bahnhof) und von der ehemaligen Grenze zu Ostberlin, die an dieser Stelle vom Spreekanal gebildet wurde, grenzt Kreuzberg hier an Treptow und Neukölln. Nach 135 Jahren ist die Apotheke noch immer am selben Platz. Was auch zur Folge hat, dass die Inneneinrichtung unter Denkmalschutz steht.

Aber weder Denkmalschutz noch das Alter der Apotheke verhindern, dass sich die Apotheke mit den Problemen auseinandersetzen muss, die heute (fast) jede Apotheke betreffen:

- Personalmangel ausgleichen,
- Lieferengpässe bewältigen,
- Unzufriedenheit/Frust der Patient:innen mit der heutigen Versorgungssituation aushalten,
- neue Technologien mit all ihren Pros und Contras anwenden,
- zunehmende Lieferdienste organisieren.

Also: Weitermachen, Verkaufen oder Schließen?

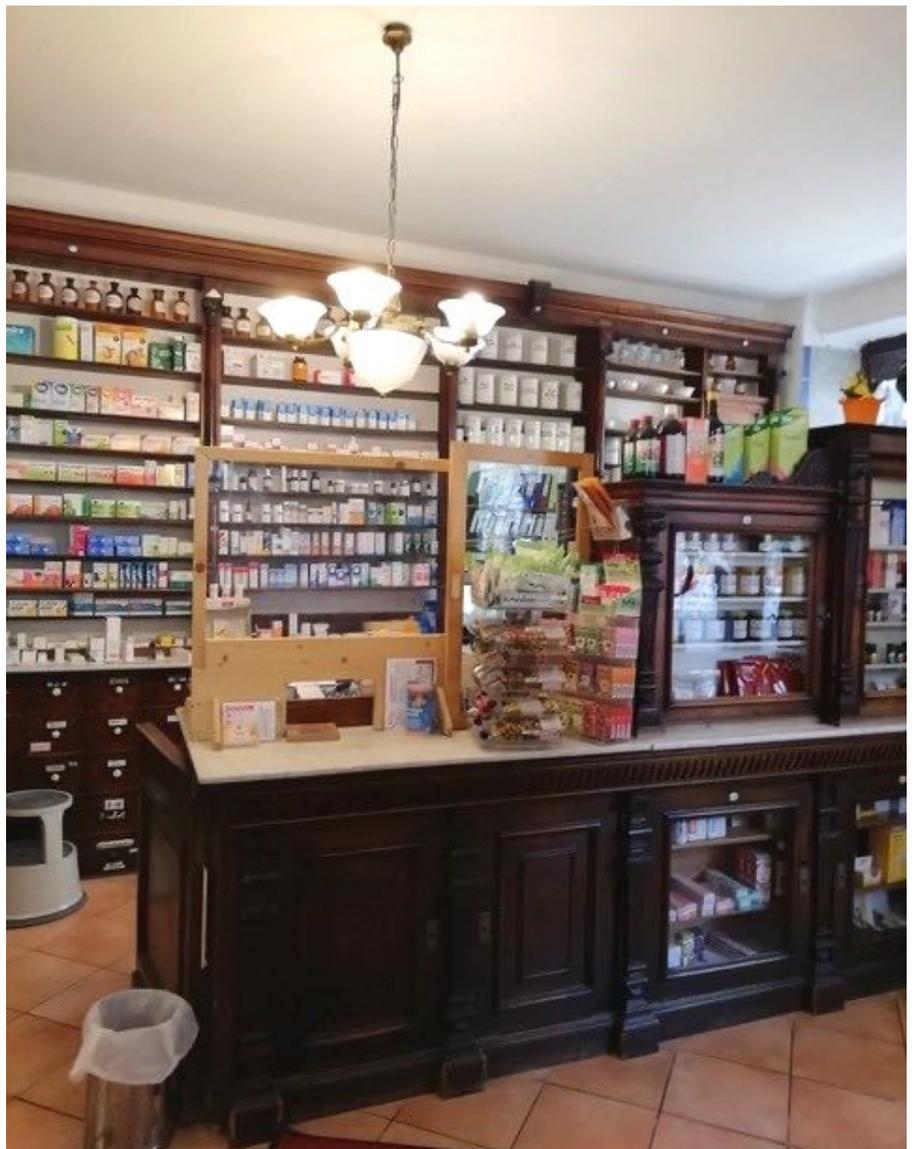
Was lässt einen da weitermachen?

Die Liebe zum Beruf ist eine Basis, ohne die man sich wahrscheinlich in Krankheit flüchten würde. Aber es zählen auch zum Beispiel Verbundenheit mit dem Viertel und den Menschen, die dort leben.

Zu dem Begriff „Kreuzberg“ hat wohl jeder/jede in Deutschland Assoziationen. Vor der Grenzöffnung arbeiteten in der Apotheke zwei Approbierte und

eine Helfer:in. Die Mauer, nur fünf Straßen weiter, machte das Stadtgebiet zu einer Randerscheinung von Berlin und so trafen sich dort auch die Menschen, die am Rand der Gesellschaft lebten – sei es, dass sie wenig Geld zum Leben hatten oder als Nicht-in-Deutschland-Geborene nur dort Wohnungen fanden.

In dem nahe gelegenen Görlitzer Park treffen sich weiterhin Menschen, die am Rande der Gesellschaft leben. Es ist ein Treffpunkt für Drogendealer. Aber nicht nur. Es ist ebenfalls ein beliebter Park für jedermann mit Liegewiese, Kinderbauernhof, mit Veranstaltungshaus, Sportplatz und Spielplatz.



Blick auf die denkmalgeschützte Inneneinrichtung der Apotheke

Mittelpunkt-Apotheke

Während vor wenigen Jahren die nächste Apotheke in Sichtweite war, schlossen mittlerweile viele Apotheken im näheren Umkreis. Gründe sind etwa Nachfolgemangel, zu geringer Umsatz oder fehlendes Personal. Oder die Miete wird bei Verkauf bis zu fünfmal teurer.

Jetzt ist die Reichenberger Apotheke eine Mittelpunkt-Apotheke für ein Einzugsgebiet von etwa 16 000 Menschen. Schließen wegen zu wenig Umsatz ist kein Thema mehr. Schließen würde auch bedeuten, all die Menschen im Bezirk im Stich zu lassen.

Jetzt ist das aktuelle Problem: Wie kann die zusätzliche Arbeit mit dem vorhandenen Personal geleistet werden? Vier Apotheker:innen arbeiten je 30 Stunden pro Woche und zwei PTA sind ganztags beschäftigt plus Überstunden. Eine PKA wäre super, aber in letzter Zeit einfach nicht zu finden.

Wie die Arbeit verteilen?

Die vorhandenen Apotheker:innen und PTA teilen sich unter anderem folgende Arbeiten:

- Sie versorgen eine ambulante Pflegestation (200 Patienten).
- Sie stellen Rezepturen her, vor allem auch Teemischungen; dafür kommen die Kund:innen von weither. Die Anzahl der vorhandenen Teedrogen geht weit über das hinaus, was andere Apotheken haben.
- Sie halten homöopathische Arzneimittel vorrätig und mischen sie auch zum Teil nach Angaben selbst.
- Sie versorgen rund 30 Substitutionspatient:innen.
- Sie beraten pro Tag etwa 200 Kund:innen, beliefern ihre Rezepte und versorgen sie mit allem, was im Handverkauf vorrätig ist.

Die Patient:innen sind international und die Mitarbeiter:innen bedienen viel in Englisch, Spanisch, Arabisch und Türkisch. Es gibt sehr viele Familien mit Kindern, viele Künstler, Schauspieler, Schriftsteller und Musiker. Arm und Reich treffen aufeinander.



Das Apothekengebäude an der Ecke Reichenbergerstrasse/Liegnitzerstrasse



Ein selbstgestaltetes Apothekenschau fenster

der. Da es bis jetzt nur zwei Bedienerplätze gibt, muss die Kundschaft oft lange auf die Beratung warten.

Wenn im Alltag davon gesprochen wird, Bürokratie abzubauen, denken wohl die wenigsten Menschen daran, was alles gemacht werden muss, bis ein Arzneimittel auf Rezept beim Patienten in der Tasche landet. In dem Maße, wie die Arzneimittelsicherheit erhöht wurde, wurden auch immer mehr Arbeitsschritte nötig.

Technischer Fortschritt heißt auch, noch etwas scannen, noch etwas eingeben, noch etwas dokumentieren, noch etwas vergleichen und die Entscheidungen auf das Rezept schreiben lassen, immer in der Hoffnung alles richtig gemacht zu haben, so dass am Ende des Monats auch das Geld von der Krankenkasse kommt, ohne Regressabschläge.

Lieferengpässe und Rabattverträge

Das Thema Lieferengpässe ist in dem bisher Gesagten noch gar nicht enthalten. War es vor Jahren noch eine Mitteilung in der Tageszeitung wert, wenn ein wichtiges Antibiotikum für Kinder nicht lieferbar war, so könnte man heute eine ganze Wochenzeitung damit füllen, welche Arzneimittel gerade nicht lieferbar sind.

Dass Frau Schmidt sagt, die Tabletten in der blauen Schachtel nimmt sie nicht. Ihre Tabletten waren immer in einer roten Schachtel: Alltag. Es sind aber nur die „Blauen“ lieferbar. Die Zeit läuft. Kann die Patientin überzeugt werden, dass rote oder blaue Verpackung für die Wirkung keinen Unterschied macht? Für den Verkaufserfolg gibt es 60 Cent zusätzlich von der Krankenkasse (Lieferengpasspauschale).

Wenn sich die Themen Lieferengpässe und Rabattverträge treffen, dann steigt der Blutdruck. Wer braucht noch Rabattverträge, wenn die Lieferengpässe das System ad absurdum führen? Laut Rabattvertrag muss für den Wirkstoff X das Produkt der Firma



Die Belegschaft der Apotheke im Jahr 1994

Y abgegeben werden. Der Computer sagt aber: nicht lieferbar. Ebenso fünf andere Produkte der Firmen A, B, C, D und E, die einen ähnlichen Preis haben und schwups ist man beim Originalpräparat, das deutlich teurer ist. All diese Erkenntnis muss auf dem Rezept dokumentiert werden. Dazu gelten für den Tag, an dem das Rezept ausgestellt wurde, andere Vorschriften (eilige Abgabe) als für die Tage danach! Da muss man schon hellwach am Arbeitsplatz sein, um nicht irgendeine Vorschrift zu übersehen, denn ohne Sonder-PZN erfolgt keine Erstattung seitens der Krankenkasse.

Eine besondere Apotheke

Von dem Beispiel Reichenberger Apotheke bin ich jetzt vom Einzelfall zum Allgemeinen gekommen. Zurück in die denkmalgeschützten Räume: Tritt man in die Apotheke ein, spürt man, das ist hier eine besondere Apotheke. Die Geschichte und ihre Pflege der antiken Einrichtung lassen für einen Moment die Krankheiten der Welt vergessen. Aber nur für einen Moment. Sobald das Rezept mit dem Computer korrespondiert, ist die raue Wirklichkeit wieder da. Wird sich demnächst etwas ändern? Keine Rabattverträge mehr? Alle ge-

wünschten Arzneimittel sind lieferbar? Wir können uns die Arbeit mit neuen, jungen Kolleg:innen teilen? Man darf ja träumen.

Aber das wird nicht reichen. Wir müssen über ganz grundlegende Reformen der Arzneimittelversorgung nachdenken.

Seit 30 Jahren führt Ilona Durigo die Reichenberger Apotheke. Dass es ihre Apotheke sein würde, die im Bezirk überlebt, war nicht immer vorhersehbar. Dieses Jahr kann man gratulieren zu 135 Jahren Reichenberger Apotheke und 30 Jahren Leitung: eine erfolgreiche Leitung.

(Der Bericht wurde von Gudrun Hahn nach einem langen Gespräch mit Ilona Durigo niedergeschrieben)

PS: Das Thema E-Rezept wurde ausgelassen. Das ist einen weiteren Artikel wert.

Über die Autorin

Gudrun Hahn ist VdPP-Mitglied und aktiv in der Hamburger Regionalgruppe.



Hochpreiser und deren Finanzierbarkeit

Udo Puteanus und Frauke Repschläger

Das Thema „Hochpreiser“ bei Arzneimitteln wird in der Gesetzlichen Krankenversicherung zu einem immer wichtigeren Thema. Inzwischen wird etwa jeder zweite Euro für patentgeschützte Präparate ausgegeben. Andererseits werden mit den immensen Preisen nur 6,8 Prozent der verordneten Tagesdosen bezahlt. Die restlichen 93 Prozent der Arzneimitteltagesdosen müssen mit dem übriggebliebenen Budget bezahlt werden. Kein Wunder, dass der Kostendruck bei Generika immer größer wird, während Hersteller von patentgeschützten Arzneimitteln in der Anfangszeit eines neu auf den Markt gebrachten Arzneimittels mit Patentschutz quasi alle Preise verlangen können, die sie sich wünschen.

Der Trend zu immer teureren Arzneimitteln wird schon seit einigen Jahren beobachtet und droht in naher Zukunft das GKV-Budget zu sprengen. Es müssen also Lösungen zur Kostenkontrolle gefunden werden, um auch in Zukunft noch alle erkrankten Menschen ausreichend mit Arzneimitteln versorgen zu können. Mit seinem Winterseminar am 1. Februar 2024 griff der VdPP dieses Thema auf mit dem Ziel, diese Problematik noch mehr als bisher in die Fachöffentlichkeit zu transportieren und den Druck zur Lösung des Problems zu erhöhen.

Die Pharmazeutische Zeitung berichtete am 2. Februar 2024 über das Winterseminar und zitierte die Sorgen, die Helmut Schröder, Geschäftsführer des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIDO) äußerte: „Angesichts der aktuellen Entwicklung befürchtet er (Helmut Schröder), dass das Gesundheitswesen irgendwann priorisieren müsse, sodass einige Menschen nicht mehr die benötigten Behandlungen finanziert bekämen. ‚In so einen Missklang möchte ich nicht geraten‘, stellt der Geschäftsführer des Wissenschaftlichen Instituts der AOK klar.“ In seinem Vortrag verdeutlichte der Referent, dass immer mehr Geld für weniger Versorgung benötigt wird. Im Jahr 2022 wurde jeder zweite Euro für patentgeschützte Arzneimittel ausgegeben. Aus diesen Gründen müsse eine andere Preisgestaltung implementiert werden, nämlich von einem nutzenorientierten hin zu einem fairen Preis. Ein fairer Preis beinhaltet dabei ein Gleichgewicht zwischen Bezahlbarkeit, Nutzen und Einnahmen. Dieses Modell wurde anhand von Beispielen verdeutlicht. Im Ergebnis forderte Helmut Schröder, wie auch schon auf der Jahrestagung des deutschen Ethikrates im Jahr 2022, dass eine ethische Debatte über den solidarischen und gerechten Umgang mit neuen teuren Medikamenten angestoßen werden müsse.

Der zweite Referent Andreas Großmann, Beratungspapotheker bei der AOK Rheinland/Hamburg, nannte weitere Fakten: Die Kosten für Arzneimittel sind in den letzten Jahren

proportional schneller und stärker angestiegen als die Einnahmen auf Seiten der Kostenträger. Eine fatale Entwicklung, die deutlich macht, dass die aktuell verwendeten Instrumente zur Preissteuerung nicht mehr wirksam sind. Er wies darauf hin, dass Instrumente zur mengenadjustierten Steuerung gestärkt werden, das AMNOG-System novelliert und neue Preismodelle für Arzneimittel für neuartige Therapien (Advanced Therapy Medicinal Products, ATMPs) eingeführt werden müssten. Die immer zahlreicheren ATMPs entsprechen dem medizinischen und technischen Fortschritt, wobei insbesondere Einmalanwendungen im Bereich der Gentherapien oder Car-T-Zell-Therapeutika, die über das Immunsystem wirken, stark an Bedeutung gewinnen. Es handelt sich um extrem hochpreisige Arzneimittel, die mehrere Millionen Euro kosten können.

Daraus ergibt sich eine Vielzahl von Fragen, nicht nur in Bezug auf die Arzneimitteltherapiesicherheit, sondern vor allem auch ökonomisch. Insofern war auch hier das Fazit, dass dringend entsprechende Debatten erforderlich sind, da ein „Weiter so“ kurzfristig zu gegebenenfalls dramatischen gesellschaftlichen Problemen führen könne.

In der anschließenden Diskussion war man sich einig, dass stetig ansteigende Sozialversicherungsbeiträge keine Lösung darstellen. Ergänzt wurden Aspekte aus dem Bereich der öffentlichen Apotheken, die bei extrem hohen Preisen nicht in Vorleistung treten können oder Probleme bei der Erstattung bekommen. Hochpreiser können teilweise nur direkt bestellt werden und die Zahlungsziele sind oft sehr kurz. Teilweise erfolgt die Rechnungsbegleichung bei Privatpatienten erst, wenn die private Krankenversicherung den Betrag erstattet hat oder bei GKV-Rezepten nach Einreichung im Rechenzentrum.

Als Fazit zeigt sich, dass die oben genannten „Hochpreiser“, die mittlerweile einen relevanten Versorgungsanteil ausmachen, nicht nur im medizinischen, sondern auch im ökonomischen Bereich eine Vielzahl von Problemen verursachen. Diese werden von der Bundesregierung bisher nur unzureichend oder gar nicht mit der nötigen Entschiedenheit angegangen, was insbesondere aus Sicht der Beitragszahler, aber auch Arbeitgeber dringend und zeitnah erforderlich wäre.

Über die Autor:innen

Frauke Repschläger ist VdPP-Mitglied und Beratungspapothekerin bei der AOK Rheinland/Hamburg.

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



Bericht über eine Veranstaltung des VdPP und des BPhD

Pharmazie meets Public Health

Udo Puteanus

Wie können Apotheken besser in Public-Health-Netzwerke integriert werden? Was leisten Apotheken heute schon, um die Gesundheit der Bevölkerung zu verbessern? Und wie können die guten und bereits existierenden Beispiele noch besser als bisher genutzt werden, um dem Berufsnachwuchs neue Perspektiven in Apotheken zu bieten sowie den heute bereits in Apotheken tätigen pharmazeutischen Mitarbeitenden neue Motivation zu geben?

Dies waren Fragen, die am 18. Januar 2024 in einer Online-Veranstaltung des Vereins demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten, VdPP, in Zusammenarbeit mit dem Bundesverband der Pharmaziestudierenden, BPhD, diskutiert wurden. Dabei konnte herausgearbeitet werden, dass beide Seiten, Apothekerschaft und Public Health, aufeinander zugehen und bereit sein müssen, sich für das Denken, die Tätigkeitsfelder und die Methoden des jeweils anderen zu öffnen.

Was will Public Health?

Public Health ist nach Definition des Robert Koch-Instituts eine interdisziplinäre und multidisziplinäre Disziplin, die sich mit der Verhinderung von

Krankheiten, der Verlängerung des Lebens und der Förderung der Gesundheit durch organisierte Anstrengungen der Gesellschaft befasst. Zu den „organisierten Anstrengungen der

Gesellschaft“ gehören alle Aktivitäten der gesundheitlichen Daseinsvorsorge, wie beispielsweise die Verabschiedung von Gesetzen und Verordnungen zur Gesunderhaltung der Bevölkerung



Die Brücke zwischen Pharmazie und Public Health ist noch wackelig. Aber es lohnt sich für beide Seiten, sie zu stärken.

(zum Beispiel Trinkwasserschutz, Infektionsschutz, Arzneimittelsicherheit). Dazu gehören aber auch Maßnahmen für gesundes Wohnen, sichere und gesunde Mobilitätsmöglichkeiten und das Thema Arzneimitteltherapiesicherheit. So sorgen etwa seit 2008 die Aktionspläne der Bundesregierung zur Arzneimitteltherapiesicherheit für ein koordiniertes Vorgehen und wissenschaftlich evaluierte Projekte für mehr Sicherheit bei der Verwendung von Arzneimitteln.

Was lernt der Nachwuchs über Public Health?

Zweifelsohne sind Apotheker:innen also Teil von Public Health. Nur kennen viele Apotheker:innen nicht die weiteren Aufgaben und die unterschiedlichen Methoden zur Gesunderhaltung der Bevölkerung. Zudem ist es bisher noch nicht ausreichend gelungen, die Pharmazie mit lokalen, überregionalen und auch bundesweiten Public-Health-Aktivitäten zu verknüpfen, so Dr. Udo Puteanus, Vorstandsmitglied des VdPP in seiner Einleitung zur Veranstaltung. Es fehle dem pharmazeutischen Nachwuchs an Möglichkeiten, die Aufgaben und Arbeitsweisen von Public Health kennenzulernen; anders sei dies bei den Medizinstudierenden, die sich während des Studiums auf Forschungs- und Lehrpersonal sowie auf sozialmedizinische Studieninhalte bei der Vorbereitung auf den Beruf stützen könnten. Aber auch sei das Interesse von Vertreter:innen aus dem Public-Health-Arbeitsfeld an der Pharmazie leider gering, so der Referent. Dabei habe die Pharmazie eine ganze Menge zu bieten, um die Gesundheit der Bevölkerung zu erhalten bzw. die Krankheitslast des Einzelnen bzw. der Bevölkerung insgesamt zu reduzieren. Im Paragraph 1 der Bundesapothekerordnung sei dies sogar an herausgehobener Stelle rechtlich verankert.

Wie sind Apotheken bereits jetzt in Public Health integriert?

Wie die Apotheke als Teil von Public Health agiert und welche weiteren Möglichkeiten Apotheken mit ihrem

pharmazeutischen Personal haben, erläuterte Dorothee Giese, angestellte Berliner Apothekerin, die zusätzlich einen Masterstudiengang Public Health absolviert hat. Wesentliche Public-Health-Aufgabe für Apotheken sei es, die Sicherheit der Arzneimittel, die an die Bevölkerung abgegeben werden, zu gewährleisten; sei es durch qualitativ einwandfrei hergestellte Arzneimittel im Rahmen der Rezeptur, sei es durch Einhaltung der

Aber auch im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung hätten die Apotheken Möglichkeiten. Dies zeige sich an den seit kurzem auch finanziell vergüteten Pharmazeutischen Dienstleistungen, so die Referentin. Beim Blutdruckmessen, bei der Erläuterung der Anwendung von Inhalativa oder bei den Medikationsanalysen könnten die Apotheken vorbeugend tätig werden. Darüber hinaus könnten Apotheken ihr Wissen an Kinder und

„Mehr Public Health in der Apotheke ist machbar und könnte ausgebaut werden, aber die Rahmenbedingungen könnten besser sein – zum Beispiel durch weniger Bürokratie!“

Dorothee Giese, angestellte Apothekerin in einer Berliner Apotheke

Abgabebestimmungen von Arzneimitteln, sei es bei Information und Beratung der Kund:innen/Patient:innen sowie der anderen Heilberufler:innen über die richtige Anwendung von Arzneimitteln. Auch die Pharmakovigilanz sei ein wesentlicher Baustein Public-Health-bezogener Aufgaben der Apotheker:innen, so die Referentin.

Welche weiteren Aktionsmöglichkeiten existieren?

Es gibt aber noch weitere Möglichkeiten, wie sich Apotheken im Bereich Public Health engagieren können, so Giese. Beispielsweise sei die Mitarbeit in lokalen Netzwerken, wie bei einem Demenzzentrum, im Bereich der Palliativversorgung oder bei der Versorgung suchterkrankter Menschen ein für die betroffenen Menschen sehr hilfreiches Aktionsfeld von Apotheken. Denn mit ihrer Niedrigschwelligkeit, ihrem Vertrauensvorsprung in der Bevölkerung und durch ihr gut ausgebildetes Personal hätten Apotheken sehr gute Möglichkeiten, in die Bevölkerung mit der Weitergabe von Informationen hineinzuwirken und im Rahmen ihrer Vernetzung den Menschen Hinweise zu geben, an wen sie sich zur weiteren Klärung ihrer gesundheitlichen Probleme wenden könnten (Lotsenfunktion).

Jugendliche im Rahmen einer Teilnahme an Unterrichtsveranstaltungen weitergeben, ein Angebot, was von vielen Schulen gern wahrgenommen werde.

Apotheken und Public Health aus der Sicht eines Gesundheitsamtes

Das zweite Referat hielt Gabriele Siemer vom Gesundheitsamt der Stadt Hamm. Als gelernte PTA kann sie einerseits auf viel Erfahrung als Mitarbeiterin in Apotheken zurückblicken. Andererseits konnte sie mit einem Abschluss im Bereich Gesundheitskommunikation das Arbeitsfeld Public Health intensiver kennenlernen. Seit vielen Jahren verknüpft sie nun Pharmazie und Public Health mit ihrer Tätigkeit im Gesundheitsamt – zunächst in dem Pharmazeutischen Dienst im Bereich Apothekenüberwachung und Sozialpharmazie (seit 1998) und seit einigen Jahren in der Geschäftsführung der Kommunalen Gesundheitskonferenz und in der Projektentwicklung.

Analyse, Bewertung, Lösungen, Umsetzung, Evaluation ...

Mit ihrem Vortrag zeigte sie auf, an welchen unterschiedlichen Stellen

Fortsetzung auf S. 13

Folgende Fachgesellschaften sind für Public-Health-Interessierte empfehlenswert

Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP) (www.dgsmp.de). In dieser traditionsreichen Fachgesellschaft waren bis vor ein paar Jahren die Sozialmediziner:innen in der Mehrheit. Insofern betrachtet sich die DGSMP auch als Teil der Arbeitsgemeinschaft wissenschaftlicher medizinischer Fachgesellschaften (AWMF). Inzwischen sind weitere Berufsgruppen dort vertreten, unter anderem auch (wenige) Pharmazeut:innen. Die Gesellschaft hat sich insofern geöffnet und betrachtet sich deshalb auch als eine Public-Health-Fachgesellschaft. Seit 2011 existiert im Ressort Öffentliche Gesundheit und Public Health der DGSMP eine Arbeitsgruppe Arzneimittel und Sozialpharmazie. Diese veranstaltet etwa alle zwei Jahre auf der DGSMP-Jahrestagung einen Workshop.

Deutsche Gesellschaft für Public Health (DGPH) (www.dgph.info). In ihr sind die universitären Vertreter:innen und Public-Health-Einrichtungen maßgeblich. Allerdings sind auch viele Sozialmediziner Mitglied der DGPH. Der Fachbereich ÖGD und Public Health ist identisch mit dem Ressort Öffentliche Gesundheit und Public Health der DGSMP. Insofern können auch in der DGPH über die Arbeitsgruppe Arzneimittel und Sozialpharmazie Aktivitäten gestartet werden.

Gesellschaft für Arzneimittelanwendungsforschung und Arzneimittel Epidemiologie (GAA) (www.gaa-ev.de). Diese interdisziplinäre Fachgesellschaft besteht aus Ärzt:innen, Apotheker:innen, Epidemiolog:innen, Sozialwissenschaftler:innen, Statistiker:innen. Apotheker:innen sind inzwischen die stärkste Berufsgruppe, danach folgen die Ärzt:innen. Hauptsächlich gehen die Aktivitäten der Fach-

gesellschaft von universitären Einrichtungen der Versorgungsforschung aus; aber es sind auch viele Vertreter:innen von Behörden (z. B. BfArM, PEI, LZG.NRW) sowie Krankenkassen und ihren Verbänden aktiv.

Kongress Armut und Gesundheit (<https://www.armut-und-gesundheit.de/>). Dieser Kongress bündelt Wissenschaft und Praxis von Public Health bezogen auf das Thema soziale und gesundheitliche Ungleichheiten. Neben der federführenden Institution „Armut und Gesundheit“ der Länder Berlin und Brandenburg ist die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) maßgeblich in die Planung und Durchführung der Veranstaltungen eingebunden. Aber es sind viele weitere Partnerorganisationen integriert. Auf den Veranstaltungen haben Praktiker:innen aus dem Public-Health-Arbeitsfeld die Möglichkeit, ihre Projekte und Arbeitsweisen vorzustellen und zu diskutieren, wobei neben Vertreter:innen aus den gesundheitlichen Berufsfeldern auch viele Vertreter:innen sozialer Berufe sich auf diesem Kongress engagieren.

Sozialpharmazie-Fachtagung der Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen (www.akademie-oegw.de) in Zusammenarbeit mit dem Landeszentrum Gesundheit NRW (www.lzg.nrw.de). Alljährlich – meist im Mai – führen beide Organisationen gemeinsam eine zweitägige Veranstaltung in Düsseldorf zu unterschiedlichen Themen durch. Diese Veranstaltung richtet sich zwar in erster Linie an Mitarbeiter:innen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) und hier insbesondere an die Amtsapotheker:innen in NRW, aber es können auch Externe teilnehmen.

Rundbrief-Leser:innen

Ich lese den Rundbrief, weil ...

... es mich immer wieder überrascht, wie gut er bisher geworden ist. Als Teil des Redaktionsteams freue ich mich über die fertige Ausgabe, die Vielfalt der Artikel und das wachsende Lob. Neben den üblichen pharmazeutischen Blättern spricht mich inhaltlich der Rundbrief am meisten an. Dafür danke ich an dieser Stelle allen, die dazu beitragen, dass der Rundbrief das ist, was er ist:
Ein lesenswertes Vereinsmagazin!



Esther Luhmann

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

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.

Apotheken Möglichkeiten haben, in Zusammenarbeit mit dem Landeszentrum Gesundheit NRW und mit anderen Professionen innerhalb der Stadt Hamm die Arzneimittelversorgung vor Ort zu analysieren und Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgung zu initiieren oder zu unterstützen. So sei es beispielsweise gelungen, die Arzneimittelversorgung von Bewohner:innen von Alten- und Pflegeheimen zu verbessern und die Pflegekräfte zum richtigen Umgang mit Arzneimitteln zu schulen.

amtes an vielen zusätzlichen Public-Health-Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung beteiligt, teilweise auch durch Projektgelder, die durch das Präventionsgesetz rechtlich abgedeckt sind und die Förderung von Projekten durch gesetzliche Krankenversicherungen ermöglichen. Insgesamt sei es in Hamm schon ganz gut gelungen, Pharmazie und Public Health näher zusammenzubringen und damit positiv auf die Gesundheit der Bevölkerung hinzuwirken, so die Referentin.

pharmazeutische Angebote sei, auch wenn sie derzeit noch nicht vergütet würden. Aber solche „Außendienstleistungen“ würden sich dadurch „rechnen“, dass die Berufszufriedenheit des pharmazeutischen Personals gesteigert werde und durch einen verbesserten Ruf von solchen Apotheken in der Bevölkerung auch zusätzliche Kunden für die Apotheke gewonnen werden könnten.

Insgesamt zeigte die Veranstaltung, dass beide Bereiche – Pharmazie und Public Health – zusammengedacht werden können und zusammengedacht werden müssen. Denn Apotheken haben durch ihre Nähe zur Bevölkerung und das Vertrauen bei den Menschen gute Zugangsmöglichkeiten zur Bevölkerung. Mit den lokalen Public-Health-Netzwerken, wie etwa den Kommunalen Gesundheitskonferenzen, existieren Strukturen, die eine koordinierende und kooperative Zusammenarbeit möglich machen und alle Bereiche – auch die Apotheken – in der Kommune zum Wohl der Gesundheit der Bevölkerung zusammenbringen.

Dies passiert derzeit schon, könnte aber angesichts der Herausforderungen (demographischer Wandel, Fachkräftemangel, Wachsen gesellschaftlicher und gesundheitlicher Ungleichheiten) in Zukunft noch viel stärker ausgebaut werden. Dazu bedarf es der Offenheit beider Seiten und der Veröffentlichung guter Praxisbeispiele.

Über den Autor

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



„Apotheken sind für ein Gesundheitsamt aufgrund ihrer Nähe zur Bevölkerung bei Präventionsmaßnahmen und zur Versorgung der Bevölkerung von großer Bedeutung.“

Gabriele Siemer, Gesundheitsamt Hamm

Auch habe man in den Nullerjahren dieses Jahrhunderts den rasanten Verordnungsanstieg von Methylphenidat beobachten und analysieren können, eine Aufgabe, die aufgrund der intensiven und kritischen Diskussion über die Verordnungszuwächse notwendig geworden war. Im Ergebnis des Projekts konnten allerdings keine auffälligen ärztlichen Verordnungsmuster erkannt werden.

... am Beispiel des arzneimittelbezogenen Entlassmanagements

Derzeit bearbeitet der Arbeitskreis Sozialpharmazie der Kommunalen Gesundheitskonferenz das Thema arzneimittelbezogenes Entlassmanagement. Hintergrund ist die Beobachtung, dass viele Apotheken die im Krankenhaus entstandenen Fehler beim Ausfüllen der Entlassrezepte und die zur Klärung erforderliche Mehrarbeit beklagen. In Zusammenarbeit mit Vertreter:innen aller Krankenhäuser in Hamm und der dortigen Apothekerschaft soll unter der Leitung der Amtsapothekerin des Gesundheitsamtes nach Lösungen gesucht werden.

... am Beispiel von Prävention und Gesundheitsförderung

Weiterhin werden die Apotheken über die Koordinierung des Gesundheits-

In der Diskussion mit den Teilnehmenden der Veranstaltung zeigte sich einerseits Skepsis, wie Apotheken an Public-Health-Maßnahmen verstärkt beteiligt werden können. Es wurde darauf verwiesen, dass es den Apotheken derzeit schwerfällt, personelle Kapazitäten für solche Aktivitäten freizustellen. Der Alltag in Apotheken sei geprägt von zu viel Bürokratie und zu wenig direkter Kommunikation mit Patient:innen. Da falle es schwer, über den Tellerrand der Apotheke hinaus aktiv zu werden, so die Meinung einzelner Diskutanten.

Beiträge zur Stärkung der Gesundheit der Bevölkerung steigern die Motivation

Es konnten aber auch weitere Möglichkeiten aufgezeigt werden, wie sich Apotheker:innen, die in Apotheken beschäftigt sind, in die Weiterentwicklung der Versorgung von Patient:innen oder in der Prävention einbringen können. Beispielsweise ist es in Hamburg gelungen, in Einrichtungen der Primärversorgung, wie bei der Poliklinik Veddel und im Gesundheitszentrum Lohbrügge, in direkter Zusammenarbeit mit anderen Professionellen tätig zu werden. Auch Hausbesuche seien möglich, wenn eine Apothekenleitung offen für neue

Bericht in der Pharmazeutischen Zeitung

Erstes Netzwerktreffen Pharmazie und Public Health

Udo Puteanus

Wie lässt sich die Brücke zwischen Pharmazie und Public Health festigen? Wie können Apothekerinnen und Apotheker mit einem Weiterbildungsabschluss aus dem Bereich Gesundheitswissenschaften/Public Health ihre umfangreichen Kenntnisse besser einbringen? Dies waren Fragen einer Online-Teilnehmerrunde des ersten Netzwerktreffens Pharmazie und Public Health am 22. Februar.

Der Verein demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten (VdPP) hatte dieses Treffen initiiert. „Wir möchten mit einem neuen Netzwerk für diese doppelt qualifizierten Fachleute eine Plattform bieten, wo das umfassende Wissen nicht nur gesammelt wird, sondern möglichst auch zu Initiativen für eine effektivere Nutzung pharmazeutischer Expertise für die öffentliche Gesundheit genutzt wird“, so Udo Puteanus vom Vorstand des VdPP in seiner Einleitung. Andererseits solle mit dieser Initiative dem pharmazeutischen Nachwuchs eine erweiterte Perspektive auf seine zukünftige Berufstätigkeit aufgezeigt werden.

Dies griff Anika Balkheimer, Public-Health-Vertreterin im Bundesverband der Pharmaziestudierenden (BPhD) und Mitorganisatorin des Treffens auf: „Wir setzen uns dafür ein, dass unter anderem Public-Health-Aspekte in einer zukünftigen Approbationsordnung vertreten sind“, so die BPhD-Vertreterin. Schon heute bemühe sich der Verband, mit Aktionen wie dem Blutspendemarathon die Pharmaziestudierenden für Herausforderungen der öffentlichen Gesundheit zu sensibilisieren. Deshalb unterstütze der BPhD diese Initiative des VdPP.

Bereits vorab hatte der VdPP über die Fachpresse und durch eine Anfrage bei Universitäten mit Public-Health-Weiterbildungsangeboten für dieses Netzwerktreffen geworben und nach Schwerpunkten des Interesses an einem solchen Netzwerk gefragt. „Im Ergebnis zeigt sich, dass ein Bedarf besteht, die Fähigkeiten und Interessen derjenigen mit der Doppelqualifikation Pharmazie und Public Health

mehr als bisher abzurufen und einzusetzen“, so Esther Luhmann, Referentin des VdPP-Vorstands bei der Darstellung der Umfrageergebnisse.

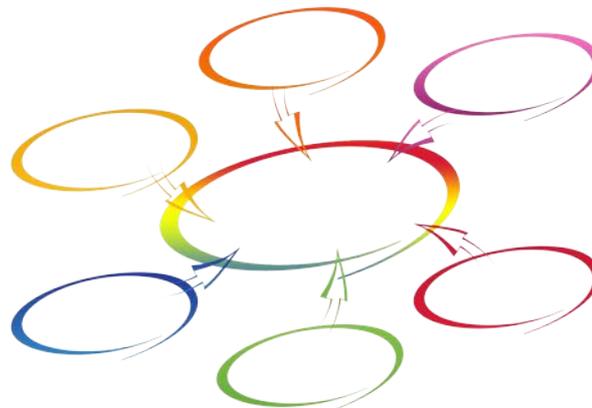
In einem Brainstorming diskutierten die Teilnehmenden Möglichkeiten, wie man Wissen, Erkenntnisse und Methoden aus den beiden Bereichen Pharmazie und Public Health besser nutzen kann. Es gelte einerseits pharmazeutisches Know-how verstärkt in der Public Health Scientific Community zu verankern. Andererseits müsse dafür gesorgt werden, dass Public Health bei Pharmazeutinnen und Pharmazeuten, insbesondere beim pharmazeutischen

Nachwuchs, mehr als bisher präsent ist. Dies eröffne neue Möglichkeiten, miteinander Lösungen für drängende Zukunftsfragen in den Bereichen der Arzneimittelversorgung, der Arzneimitteltherapiesicherheit und zum Thema Prävention und Gesundheitsförderung zu finden, so der Tenor der Diskussion.

Die Teilnehmenden nannten eine Fülle von Möglichkeiten, wie diese Ideen konkret umgesetzt werden können. „Wir wollen die in diesem Treffen spürbare Motivation aufgreifen und versuchen, die Netzwerkarbeit zu verstetigen, um die Brücke zwischen Pharmazie und Public Health auszubauen“, so Puteanus ist seinem Resümee.

Weitere Interessenten sind gern gesehen und können sich an den VdPP wenden unter referentin@vdpp.de.

Erschienen in der Pharmazeutischen Zeitung vom 9. 2. 2024 auf Seite 74.



Über den Autor

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



Konferenzbericht

Public Pharma for Europe

Frauke Heller

Unter dem Titel „Public Pharma for Europe“ kamen am 15. und 16. März 2024 rund 140 Interessierte zu einer zweitägigen Konferenz im Mundo Madou in Brüssel sowie online zusammen, um sich damit auseinanderzusetzen, wie Pharmainfrastruktur anders gestaltet werden kann. Initiiert wurde das Treffen durch die belgische NGO Médecine pour le Peuple (MPLP) und das europäische People's Health Movement (PHM Europe).



Rund 140 Interessierte trafen sich zu einer Konferenz in Brüssel.

Lieferengpässe, ungleicher Zugang zu Arzneimitteln, extrem hochpreisige Medikamente, die Opioidkrise in den USA – einige von vielen Probleme, die Gesundheitssysteme der ganzen Welt vor große Herausforderungen stellen. Und alles Symptome eines tieferliegenden Problems: der immer stärker voranschreitenden Finanzialisierung von Gesundheit als Ware.

Der US-Ökonom Gerald Epstein definiert Finanzialisierung als „die wachsende Bedeutung finanzieller Motive, von Finanzmärkten, Finanzmarktakteur:innen und auf Finanzen ausgerichteten Institutionen im nationalen und internationalen ökonomischen Handeln“ [1],[2]

Das Gewinnmodell der Pharmaindustrie hat sich in den letzten Jahren erheblich verändert. Die multinationalen Pharmakonzerne sind nicht mehr nur Unternehmen, die Medikamente herstellen und verkaufen. Ein großer Teil ihrer Gewinne stammt nicht mehr aus dem Verkauf von Arzneimitteln, sondern aus Finanzgeschäften. Die Dividenden, die an die Aktionäre ausgeschüttet werden, steigen ständig und übersteigen die für die Forschung und Entwicklung neuer Medikamente

bereitgestellten Mittel. Die People's Vaccine Alliance stellte beim World Health Summit 2023 in Berlin entsprechende Zahlen vor: Demzufolge haben mindestens fünf der großen Player im Pharmageschäft (Amgen, Novo Nordisk, Novartis, AbbVie und Johnson&Johnson) zwischen 2020 und 2022 mehr Aktienausschüttungen an Aktionäre gezahlt als in Forschung und Entwicklung investiert[3]. Überspitzt gesagt sind nicht mehr die Patient:innen die Zielgruppe einer Pharmafirma, sondern die Shareholder.

Öffentliche Gelder – private Profite

Die COVID-19-Pandemie hat die Konsequenzen dieser Entwicklung sehr deutlich gemacht. Wurden Impfstoffe zu Beginn der Pandemie noch als „Universal Common Good“ (also als universelles Gemeingut) bezeichnet [4], nahmen die reichen Länder mit erfolgreicher Entwicklung wirksamer Impfstoffe zunehmend Abstand von ihren Solidaritätsbekundungen. Die Rufe nach Freigabe der Patente und geistigen Eigentums blieben auf politischer Ebene erfolglos und haben eine zivilgesellschaftliche Debatte über die Monopolmacht von Pharmaunternehmen entfacht. Was bei Preisgestaltungen und Verteidigung der geistigen Eigentumsrechte nämlich

häufig unter den Tisch fällt, ist die Tatsache, dass ein Großteil der wissenschaftlichen Errungenschaften, die die Basis für erfolgreiche Arzneimittel bilden, durch öffentliche Gelder finanziert wurden: sei es durch universitäre Grundlagenforschung oder wie im Fall von BionTech, Moderna und Co. durch enorme staatliche Subventionen.

Das Versagen der Marktlogik und die damit verbundenen Lieferengpässe von essentiellen Arzneimitteln treten dabei auch in Deutschland immer deutlicher zutage. Insbesondere im Generika-Bereich herrscht ein eklatanter Mangel an Arzneimitteln, da die Produktion aufgrund zu geringer Gewinnmargen schlicht nicht attraktiv genug ist. Kurz gesagt: Pharmakonzerne erforschen und produzieren nicht, was gesundheitlich notwendig ist, sondern womit sich der größte Gewinn erwirtschaften lässt. War ein mangelnder Zugang zu Arzneimitteln und Gesundheitsversorgung bislang vorrangig ein Problem von ärmeren Ländern, ist das Thema mittlerweile hoch oben auf der Agenda der deutschen und europäischen Gesundheitspolitik. Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) versucht mit

Fortsetzung auf S. 17

Drei Modelle für Public Pharma

European Salk Institute – Médecine pour le Peuple, Belgien

Die belgische NGO MPLP stellte ihre Vision eines öffentlichen R&D-Instituts vor, das „European Salk Institute“. Der Name des Instituts ist inspiriert von Jonas Salk, dem Erfinder des Polio-Impfstoffs, der auf die Frage, wem das Patent an seiner Erfindung gehöre, antwortete: „Nun, den Menschen, würde ich sagen. Es gibt kein Patent. Könnten Sie die Sonne patentieren?“[5]

Kernidee des Salk-Instituts ist, dass medizinisches Wissen und technologische Errungenschaften, die mithilfe öffentlicher Finanzierung erreicht wurden, auch in der öffentlichen Hand bleiben. Um dies zu erreichen, soll das Institut einerseits Forschung und Entwicklung mit öffentlichen Geldern vorantreiben oder entsprechende Forschungsaufträge vergeben, die dann an entsprechende Bedingungen geknüpft sind, wie etwa Transparenz über alle Entwicklungsschritte und -kosten sowie die öffentliche Bereitstellung der Ergebnisse und Produkte. Eine Patentierung ist nicht mehr vorgesehen.

Stattdessen soll eine „Public Knowledge Database“ geschaffen werden, in welcher Forschungsergebnisse und technologisches Wissen gesammelt und geteilt werden. Der dritte Pfeiler ist die finale Produktion und Distribution von Pharmazeutika und Medizinprodukten. Für diese werden pharmazeutische Hersteller beauftragt, die sich an zuvor festgelegte Kriterien halten müssen. Dazu zählen neben Qualität und Preis zum Beispiel auch Arbeitsbedingungen oder Umweltstandards.

Public Common Partnerships – Remix the Commons, Frankreich / Abundance, Großbritannien

Keir Milburn von Abundance aus Großbritannien stellte das Konzept der Public-Common-Partnership, also eine öffentlich-gemeinschaftliche Partnerschaft, zum Aufbau einer alternativen pharmazeutischen Infrastruktur vor. Im Gegensatz zu dem sehr gängigen Modell der Public-Private-Partnerships, liegen die Kontrolle über Entscheidungen bei den betroffenen Gemeinschaften. Er betonte die Wichtigkeit von Transparenz über Investitionen und Kosten bei der Forschung und Produktion.

Auf der Idee der Public-Common-Partnerships basiert auch das Projekt des französischen Kollektivs „Remix the Commons“. Ziel des Projekts ist es, ein internationales Netz von Arzneimittelfabriken als Public-Common-Partnerships zu schaffen, um Arzneimittel für den öffentlichen Bedarf herzustellen. Kernidee ist, dass die Fabriken in Gemeinschaftsbesitz und unter gemeinsamer Leitung in lokale Gesundheitsgemeinschaften eingebettet sind. Die pharmazeutische Produktion könnte sich auf diese Weise besser in ein ganzheitliches Gesundheitskonzept einfügen als die private Produktion für den Markt. Anstelle des Ziels, den Verkauf von Arzneimitteln zu maximieren, könnte ein PCP-Modell einen Teil der Gewinne in Projekte umleiten, die sich beispielsweise mit den umweltbedingten Ursachen von Krankheiten befassen und so den Bedarf an pharmakologischen Interventionen verringern. Die Produktion würde sich zunächst auf patentfreie Arzneimittel konzentrieren, doch könnten im Laufe der Zeit eigene Forschungskapazitäten aufgebaut werden. Das Modell soll zunächst in Frankreich – wo bereits konkrete Standorte untersucht werden – pilotiert und danach auf weitere Länder ausgeweitet werden.

Pharma für Alle – Beat Ringger, Schweiz

Beat Ringger von „Pharma für Alle“ stellte die Idee eines Public Service Pharma Clusters vor. „Wenn wir uns nur auf Forschung und Entwicklung konzentrieren, werden wir scheitern. Wir müssen sicherstellen, dass das, was in der öffentlichen Forschung und Entwicklung entsteht, nicht an die große Pharmaindustrie geht. Wir sollten uns selbst ermächtigen und versuchen, ein Public Service Pharma Cluster mit allen Organisationen zu organisieren, die an diesen Dingen arbeiten.“

Er hat dazu ein sehr lesenswertes Buch geschrieben: „Pharma fürs Volk“, erschienen im Rotpunktverlag, in dem er die Vision des Public Service Pharmaclusters ausführlich beschreibt.

Die von ihm mitgegründete Initiative „Pharma für Alle“ arbeitet derzeit an einer Volksinitiative in Basel für die Schaffung eines kantonalen steuerfinanzierten Fonds für den gemeinnützigen Pharmasektor. Sollte dieser Volksentscheid erfolgreich sein, wäre der Kanton Basel verpflichtet, jährlich einen festen Betrag (anvisiert sind 70 Millionen Schweizer Franken) in öffentliche Pharmaforschung und -produktion zu investieren, die dann analog zum „European Salk Institute“ als öffentliches Gemeingut gehandelt wird.

einem Gesetz entgegenzusteuern, das den schmissigen Namen „Arzneimittel-Lieferengpassbekämpfungsgesetz“ trägt; in Brüssel steht dieser Tage die neue EU Pharmaceutical Strategy auf der Tagesordnung.

Die Erfahrung der letzten Jahrzehnte zeigt jedoch, dass Regulierung alleine nicht ausreicht, um die Defizite anzugehen. Versuche zur Eindämmung der Monopolstellung von großen Pharmaunternehmen waren bislang nur mäßig erfolgreich. Weil es um das Menschenrecht auf bestmögliche Gesundheit geht, darf die Entscheidung, welche Arzneimittel hergestellt und erforscht werden, nicht länger in den Händen der Aktionäre der Pharmakonzerne liegen.

Diskutiert wird zum Beispiel, ob an die Förderung mit öffentlichen Geldern und die Zulassung von Arzneimitteln generell Bedingungen geknüpft werden können („public return on public investment“) und zum anderen, ob andere Formen der Arzneimittelforschung und -produktion möglich sind.

„Dann machen wir es halt selbst“

Mehrere Initiativen haben sich hierzu in den letzten Jahren im europäischen Kontext gegründet und arbeiten daran, die Produktion oder sogar Forschung und Entwicklung von Arzneimitteln zurück in die öffentliche Hand zu überführen und von einer marktorientierten Logik zu entkoppeln, hin zu bedarfsorientierter Planung.

Viele von ihnen waren in Brüssel mit dabei, um Fragestellungen zu diskutieren, Lösungsansätze vorzustellen und eine gemeinsame Strategie zu entwickeln, wie diese Ansätze von der Theorie in die Praxis überführt werden können.

In intensiven Panel-Diskussionen und Workshops wurde diskutiert, warum es eine öffentliche pharmazeutische Infrastruktur braucht, wie es um die wirtschaftliche Machbarkeit steht

und welche Strategien und Herausforderungen es für die Umsetzung einer öffentlichen pharmazeutischen Infrastruktur gibt.

Bereits bestehende Beispiele, wie Pharmaforschung und -produktion in öffentlicher Hand aussehen könnte, sind die US-amerikanischen NHI (National Health Institutes) mit einem jährlichen Etat von rund 5 Milliarden US-Dollar oder auch die brasilianische Gesundheitsforschungseinrichtung Fiocruz.

Darüber hinaus wurden weitere neue Konzepte und Modelle vorgestellt, die sich über verschiedene Wege der Problematik nähern. Auf Seite 16 werden drei davon etwas näher vorgestellt.

„Sie haben das Geld – wir haben die Netzwerke!“

Im Laufe der Konferenz wird klar, dass es viele durchaus vielversprechende Ideen und Herangehensweisen gibt, um das aktuelle Modell, das Profite über Menschenrechte stellt, anzugehen und umzukrempeln. Am ehesten wird dies gelingen, wenn alle Akteur:innen ihre Kräfte bündeln und Synergien herausarbeiten. Die Konferenz war ein erster Schritt, um ein Netzwerk zu bilden, das aus der Arbeit der unterschiedlichen Initiativen gespeist wird. Alle Beteiligten sind mit einer großen Motivation nach Hause gegangen.

"Wir müssen Rechenschaft ablegen und uns persönlich zu dieser Aktion verpflichten. Es ist an der Zeit, das WARUM mit dem WIE zu verbinden", sagt Leigh Haynes (PHM Europe/Simmons University). „Auf dieser Konferenz haben wir eine enorme Menge an gemeinsamen Erkenntnissen zusammengetragen. Jetzt können wir die Bewegung, die wir begonnen haben, festigen und an der Bildung von Koalitionen arbeiten.“

Die Pharmawelt neu zu gestalten klingt wie eine Utopie – aber man wird ja noch träumen dürfen, oder?

Zum Weiterlesen

Public Pharma for Europe – Website

[https://](https://publicpharmaeurope.taplink.ws/)

publicpharmaeurope.taplink.ws/

<https://pharma-fuer-alle.ch/>

<https://www.in-abundance.org/case-studies/pharmaceutical-production-in-common>

Buch: Beat Ringger „Pharma für Alle“, ISBN 9783858699633, Taschenbuch, Rotpunktverlag,

Referenzen

[1] Epstein G.A. (Ed), „Introduction: Financialization and the World Economy“, Financialization and the World Economy, Cheltenham: Edward Elgar Publishing Ltd, 2006, S. 3-16.

[2] Siehe hierzu auch Nicoletta Denticos lesenswerten Beitrag „Finanzialisierung von Gesundheit“ <https://rosalux-geneva.org/de/die-finanzialisierung-der-gesundheit/>

[3] <https://peoplesvaccine.org/resources/media-releases/big-pharma-spent-almost-as-much-enriching-shareholders-as-on-research-and-development-during-pandemic/>

[4] EU-Kommissionspräsidentin von der Leyen bei der WHO-Presskonferenz am 24.02.2020, https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/en/statement_20_741

[5] De Ceukelaire W, Joye T. A European Salk Institute Could Ensure Accessible and Affordable Medicines. International Journal of Social Determinants of Health and Health Services. 2024;54(2):183-190. doi:10.1177/27551938241232239

Über die Autorin

Frauke Heller ist Apothekerin, Referentin für Globale Gesundheit bei medico international und Mitglied des VdPP-Vorstands.

Sie nahm für medico international an der Konferenz teil.



Interview

Alltagsrassismus in Apotheken

Ingeborg Simon

Bereits im Rundbrief 117 haben wir auf den Seiten 22 bis 24 ein Interview zum Thema „Rassismus im Gesundheitswesen“ veröffentlicht. Das nachfolgende Gespräch hat

Ingeborg Simon mit ihrer früheren Kollegin G. Z., die ihren vollen Namen hier nicht nennen möchte, über Alltagsrassismus in der Apotheke geführt.

Meine Gesprächspartnerin ist seit 1992 Pharmazeutisch-kaufmännische Angestellte (PKA). Sie kam mit ihrer Familie in den 80er Jahren aus Anatolien nach Berlin. Zwischen 1992 und 2013 hat sie mit Unterbrechungen in Berlin in mehreren Apotheken in unterschiedlichen Bezirken in Ost und West gearbeitet. Wir beide kennen uns aus einer Zusammenarbeit in einer Kreuzberger Kiezapotheke. Die dort verbrachten gemeinsamen Jahre bezeichnet sie rückblickend als ihre schönste Zeit. Seitdem kennen wir uns persönlich, haben unsere freundschaftlichen Kontakte bis heute beibehalten, auch nachdem sich unsere beruflichen Wege trennten.

G. verließ ihre letzte Arbeitsstelle nach einer von ihr veranlassten Kündigung im Jahr 2013. Sie ist sich nicht sicher, ob sie noch mal in einer Apotheke

arbeiten möchte. Heute engagiert sie sich in der Sozialarbeit als Gemeindefachkraft und Sprachvermittlerin im Flüchtlings- und Migrationsbereich zur Unterstützung und Begleitung von Familien bei gesundheitlichen und sozialen Problemen im Gesundheitswesen.

Sehr oft berichtete G. mir über ihre Alltagserfahrung von Diskriminierung und Rassismus in den Apotheken, wo sie als Auszubildende und später als PKA tätig war. Für mich persönlich waren ihre Berichte beunruhigend und erschreckend. Natürlich war mir Alltagsrassismus nicht fremd, allerdings nicht als „täglich Brot“ auch in Apotheken. Die von G. genannten Beispiele machten mir aber deutlich, dass hier Zustände zur Sprache kamen, die offenbar nicht nur als seltene Ausnahmen in Berliner Apotheken passierten.

Warum wusste ich darüber so wenig? Gab es dazu in der Fachpresse keine Berichte? Waren und sind die Erlebnisse von G. verallgemeinerbar? Müssten sie zum Anlass genommen werden, auf mehr Transparenz und Offenheit zu drängen? Oder sind das alles nur krasse Einzelfälle?

Zumindest liegt es nahe, in unserer Gesellschaft, in der Rassismus, Fremdenfeindlichkeit, Sexismus sowie zunehmend tätliche Auseinandersetzungen inzwischen an der Tagesordnung sind, genauer nachzufragen.

Als ich G. fragte, ob sie bereit wäre, mit mir über ihre Erfahrungen und Erlebnisse für den Rundbrief des VdPP zu sprechen, stimmte sie zu mit der Auflage, ihre Anonymität zu wahren. Unser Interview fand am 9. Februar 2024 statt.

Hast Du Alltagsrassismus und Fremdenfeindlichkeit in den Apotheken ab und zu, oft oder ständig erlebt?

G.Z.: Diese Erfahrungen waren „mein täglich Brot“ fast überall.

Betreffen Deine Erfahrungen eher einzelne Personen oder die Kolleg:innen insgesamt?

G.Z.: Das war unterschiedlich. Auffällig mir gegenüber waren die Putzfrauen, die mich gelegentlich aufforderten, Putzdienste und ähnliche Arbeiten zu übernehmen. Natürlich lehnte ich das ab, aber es war schon eine Belastung für mich. Wenn andere Kolleg:innen solche Dispute mitbekamen, schritten

sie nie ein, taten so, als hätten sie das nicht gehört. Gelegentlich habe ich mit dem Chef über solche, aber auch andere für mich belastende Probleme gesprochen. Selbst wenn Verständnis geäußert wurde, folgte das entschuldigende Achselzucken mit dem Hinweis, dass das Apothekengeschäft nicht gefährdet werden dürfte. Als ich in einer der ersten Apotheken, die ich kennenlernte, den Chef fragte, warum ich über 300 DM weniger verdiene als meine anderen PKA-Kolleginnen ohne Migrationshintergrund, die auch nicht wie ich zu Putzarbeiten aufgefordert wurden, brüllte er mir von hinten ins Ohr, das ginge mich gar nichts an und

solche Vergleiche seien bei ihm nicht erlaubt.

War der Umgang mit den anderen Apothekenangestellten kollegial?

G.Z.: Das war in den Apotheken sehr unterschiedlich. Es gab zum Beispiel in einer der größten Apotheken, in der ich arbeitete, ein Klima des Schweigens. Es gab wenig Freundlichkeit, es wurde manchmal hörbar über mich gesprochen, ohne mich einzubeziehen. Es war auch die Regel mir gegenüber, ohne dass ich das angeboten hatte, geduzt zu werden oder als „Mäuschen“ oder „Mädelchen“ angesprochen zu werden. Mein Name wur-

de oft falsch betont oder verstümmelt, gleichzeitig wurde aber von mir erwartet, die Chefin mit „Frau Doktor“ anzusprechen. Gelegentliches Ständedenken machte sich bemerkbar, wenn ich insbesondere zu Beginn einer neuen Tätigkeit um Hilfe bat. Ich hatte mich an die PKA zu wenden und sonst an niemanden.

Ich weiß natürlich nicht, ob diese Erfahrungen verallgemeinerbar sind, aber ich erlebte so etwas öfter. Im Unterricht an der Berufsschule, bei Fortbildungsveranstaltungen oder zwischen den Schülerinnen wurde darüber geschwiegen. Alltagserfahrungen aus der Apotheke waren da kein Thema. Ich habe nie den Versuch unternommen, meine Wahrnehmungen dort zu thematisieren. Ob es heute noch so ist, kann ich nicht sagen.

Kam es zwischen den Kolleginnen während einer Arbeitspause in der Apotheke auch mal zu Fragen über persönliche Dinge?

G.Z.: Ich wurde selten darauf angesprochen. Ich habe selbst auch nicht versucht, von mir oder meiner Familie zu reden, wenn ich spürte, dass dahinter kein wirklich ehrliches Interesse stand. Allerdings kann ich mich an ein Gespräch erinnern, das mich fassungslos machte. Ich wurde von der Putzfrau gefragt, wo ich herkomme. Ich antwortete: „Aus Prenzlauer Berg“, worauf sie nachhakte: „Ich meine, wo du w i r k l i c h herkommst.“ Ich wiederholte meine Antwort. Sie war damit unzufrieden, ließ dann aber von weiterem Nachbohren ab. Ich hätte ihr noch sagen können, dass ich Deutsche bin wie sie, aber das hätte sie sicher nur noch mehr beunruhigt. Das ist so ein Beispiel, das ich als demütigend und respektlos empfand.

Du sprichst mehrere Sprachen. Wird in den Apotheken davon Gebrauch gemacht?

G.Z.: Ja natürlich. Manche Leute kamen nur in die Apotheke, um meine Hilfe zu erbitten. Ich machte das gerne, erfuhr da auch viel Dankbarkeit. Von den Kolleg:innen wurde das

natürlich auch häufig genutzt, aber es war einfach selbstverständlich.

Wie hast Du Vorstellungsgespräche erlebt? Wurde dabei besonderer Wert auf Deine Sprachkenntnisse gelegt?

G.Z.: Dass ich sprachlich bestimmte Vorteile mitbringe, wurde als selbstverständlich vorausgesetzt und nicht besonders abgefragt. Aber deine Frage ruft mir zwei Beispiele von Vorstellungsgesprächen in Erinnerung, die ich beide als besonders krass erlebte. Das erste liegt mindestens 20 Jahre zurück, ist mir aber bis heute unvergesslich geblieben. Ich stellte mich in einer Apotheke vor, die in einer Gegend lag, in der es neben Reisenden und Touristen auch reichlich Wohnungslose, Drogenabhängige, Prostituierte und Bettler gab. Ich fand mich mit weißer Leinenhose, roten Sandalen und roter Bluse gut gekleidet. Als

ich mein Anliegen vortrug, kam die Leiterin vom HV-Tisch nach vorne in die Offizin, taxierte mich sehr abschätzig mit verzogenen Mundwinkeln langsam von Kopf bis Fuß und meinte: „Solche Leute wie Sie beschäftige ich hier nicht!“

Beim zweiten Vorstellungsgespräch, das noch nicht so lange zurückliegt, kam ich auch auf eine Anzeige. Der eine PKA suchende Apotheker war offenbar arabischer Herkunft. Gleich zu Beginn der Begrüßung fragte er mich, ob ich Schweinefleisch essen würde. Als ich das bejahte, kam die nächste Frage: Und das würde ich dann wie jedes andere Essen auch in der Mikrowelle warm machen? Ich bejahte auch diese Frage. Damit war das Vorstellungsgespräch beendet. Ich konnte mir nicht verkneifen, abschließend zu bemerken, dass auch ich keinerlei Lust hätte, hier zu arbeiten.

Das ist nur ein kleiner Ausschnitt der Erfahrungen, die G. in der Apotheke gemacht hat. Diese könnte sie in unbegrenzter Zahl mit Erlebtem aus Arztpraxen, Arbeitsagenturen, Elternversammlungen, öffentlichen Dienststellen, aus Hausverwaltungen, Supermärkten und Bürgerämtern ergänzen.

Die hier dokumentierten Erlebnisse sind Fakt. Bisher können sie natürlich nur als persönliche Erfahrungen einer Einzelnen zur Kenntnis genommen werden. Themen zu Rassismus und Fremdenfeindlichkeit finden sich aber seit längerem in der allgemeinen öffentlichen Berichterstattung und werden auch nicht mehr als bedauerliche Einzelfälle dargestellt. Bisher habe ich auch keine Vorstellung davon, ob und wenn ja, in welchem Ausmaß dieses Thema in und für die Apotheken von besonderer Relevanz ist und aus der Tabuzone herausgeholt werden muss. In der Fachpresse finde ich dazu bisher keine Antwort.

Da unsere Gesellschaft aber insgesamt in einer Zeit einschneidender

Veränderungen und Umbrüche lebt und Diskriminierung oder Rassismus inzwischen alltäglich geworden sind, fällt es mir schwer, mir vorzustellen, dass die Apotheken als „Insel der Seligen“ davon völlig unberührt bleiben. Oder?

Zwei Beiträge aus dem Ärzteblatt zum Weiterlesen:

Rassismus im Gesundheitswesen: Kein Einzelfall

<https://www.aerzteblatt.de/archiv/225000/Rassismus-im-Gesundheitswesen-Kein-Einzelfall>

Rassismus und Diskriminierung im Gesundheitssystem keine Seltenheit

<https://www.aerzteblatt.de/treffer?mo-de=s&wo=1041&typ=1&nid=147154&s=Rassismus&s=gesundheitswesen>

Über die Autorin

Ingeborg Simon ist Apothekerin, VdPP-Mitglied und im Landesseniorenbeirat Berlin politisch aktiv.



Originalartikel zum Thema Pendelmigration

Diskontinuitäten der medikamentösen Versorgung älterer türkeistämmiger Versicherter

Veröffentlicht in der Zeitschrift für Allgemeinmedizin 6/2023, S. 305–309

Hintergrund

Menschen mit Migrationshintergrund (die Person selbst oder mindestens ein Elternteil hatte bei Geburt keine deutsche Staatsangehörigkeit) stellen ca. 27 % der Gesamtbevölkerung Deutschlands dar. Unter den Personen mit Migrationshintergrund im Alter ab 65 Jahren stammen ca. 10 % aus der Türkei [1]. Ein unbekannter Anteil dieser türkeistämmigen Bevölkerungsgruppe lebt abwechselnd in Deutschland und der Türkei [2, 3]. Diese Pendelmigrant*innen können durch ihre transnationale Lebensform den Kontakt zu ihren (Enkel-)Kindern in Deutschland und zu Verwandten sowie Freund*innen im Herkunftsland gleichermaßen aufrechterhalten [3, 4].

Unter den türkeistämmigen Migrant*innen in Deutschland sind viele ehemalige Arbeitsmigrant*innen. Sie sind gesundheitlich oft stärker belastet als andere Bevölkerungsgruppen [5]. Chronisch erkrankte türkeistämmige Migrant*innen sind in Deutschland bei ihren Hausärzt*innen angebunden, aber auch beim Pendeln auf medikamentöse und medizinische Versorgung angewiesen [6]. Es gibt Hinweise auf Unregelmäßigkeiten in der medizinischen Versorgung dieser Bevölkerungsgruppe während der Türkeiaufenthalte [6, 7]. Derartige Diskontinuitäten bergen das Risiko von Komplikationen [6]. Bisher fehlen für Deutschland quantitative Studien zu möglichen Diskontinuitäten, die auf einen Zusammenhang mit Pendelmigration hindeuten.

Ob und welche Diskontinuitäten der medikamentösen Versorgung für ältere türkeistämmige Versicherte nachzuweisen sind, untersuchten wir daher im quantitativen Zweig des Projekts „Transnationale medikamentöse Versorgung älterer, türkeistämmiger PendelmigrantInnen“, gefördert durch das Landeszentrum Gesundheit NRW.

Methodik

Diskontinuitäten in der medikamentösen und medizinischen Versorgung älterer türkeistämmiger Versicherter wurden nach positivem Votum der Ethikkommission der Universität Bielefeld im Rahmen einer Sekundärdatenanalyse mit Abrechnungsdaten der AOK Rheinland/Hamburg [8] untersucht. Dazu wurden türkeistämmige Versicherte im Alter ab 60 Jahren, die zwischen 2012 und 2018 dauerhaft versichert waren, anhand ihrer Staatsangehörigkeit

Die Autor:innen

Alex Stern¹, Nurcan Akbulut¹, Simone Schöfeld¹, Hürrem Tezcan-Güntekin^{1,2}, Ilknur Özer-Erdogdu^{1,3}, Meryem Aslan^{1,4}, Olga Dortmund⁵, Oliver Razum¹

1) AG3 Epidemiology & International Public Health, School of Public Health/Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universität Bielefeld, Bielefeld, Deutschland; 2) Professur für interprofessionelle Handlungsansätze mit Schwerpunkt auf qualitativen Forschungsmethoden in Public Health, Alice Salomon Hochschule Berlin, Berlin, Deutschland; 3) Lehrstuhl für Versorgungsforschung, Fakultät für Gesundheit (Department für Humanmedizin), Universität Witten/Herdecke, Witten, Deutschland; 4) Pflegewissenschaft, Fachbereich Gesundheitswesen, Hochschule Niederrhein, Krefeld, Deutschland; 5) Steuerung und Versorgungsentwicklung, Bereich Gesundheitsmanagement, AOK Rheinland/Hamburg–Die Gesundheitskasse, Düsseldorf, Deutschland

und eines Namensalgorithmus [9] identifiziert, der auch türkeistämmige Menschen deutscher Staatsangehörigkeit erfasst. Die Daten aus 2012 dienten zum Aufbau der Basis Kohorte. Als Vergleichsgruppe dienten alle nichttürkeistämmigen Versicherten ab 60 Jahren. Einschlusskriterien waren für beide Gruppen das Vorliegen von Asthma bronchiale, arterieller Hypertonie, Diabetes mellitus II, koronarer Herzkrankheit oder rheumatoider Arthritis, da bei diesen Erkrankungen von regelmäßigen ärztlichen Kontakten und einer Dauermedikation auszugehen ist. Mehrfacherkrankungen wurden miterfasst. Angaben zur genauen Art der Medikation (z. B. Insulinpflicht bei Diabetes mellitus) wurden nicht analysiert.

Zur Abbildung von Diskontinuitäten wurden 3 dichotome Indikatoren (A–C) entwickelt (s. Tab. 1). Indikator A erfasst eine ausbleibende Medikamentenverordnung über ein Quartal. Indikator B erfasst eine Überversorgung mit Verordnungen im Vorquartal sowie ausbleibenden Ärzt*innenkontakt und ausbleibende Medikamentenverordnungen im Folgequartal. Indikator C berücksichtigt zusätzlich zu den Kriterien von Indikator B Aus- und spätere Wiedereinschreibungen in Disease-Management-Programmen (DMP) (s. Tab. 1).

Für eine versicherte Person wurde die Versorgung als diskontinuierlich nach Indikator A, B oder C definiert, wenn die jeweiligen Bedingungen mindestens einmal im Beobachtungszeitraum 2013–2018 zutrafen. Zur statistischen Auswertung wurde das relative Risiko (RR; Konfidenzintervalle mit Konfidenzniveau 99 %) jeweils separat für Diskontinuitäten laut Indikatoren A, B und C mit der Software R

[10] berechnet. Das Auftreten einer Diskontinuität gemäß dem Indikator wurde jeweils als Outcome definiert. Türkeistämmige Versicherte galten als exponiert und nicht-türkeistämmige Versicherte als nichtexponiert.

Darstellung der Ergebnisse

Stichprobe

Insgesamt wurden 30.560 türkeistämmige Versicherte (17.901 Frauen, 12.659 Männer) im Alter von 60 Jahren oder älter identifiziert, die von 2012–2018 dauerhaft bei der AOK Rheinland/Hamburg versichert waren. Bei rund 19 % dieser Versicherten lag nur eine der eingeschlossenen Erkrankungen vor, bei weiteren 37 % lagen mehrere gleichzeitig vor (s. Tab. 2). Rheumatoide Arthritis wurde aufgrund der geringen Fallzahlen von den weiteren Analysen ausgeschlossen.

Analyse

Bei 84–87 % der erkrankten türkeistämmigen Versicherten trat erkrankungs- und geschlechtsunabhängig eine Diskontinuität gemäß Indikator A auf, gemäß Indikator B bei 21–25 % und gemäß Indikator C bei 6–9 %. Bei Versicherten im Alter von ≥ 75 Jahren traten die Diskontinuitäten etwas seltener auf als in den jüngeren Altersgruppen. Auffällig sind das alters- und geschlechtsübergreifend seltene Auftreten der Diskontinuitäten laut Indikatoren B und C bei koronarer Herzkrankheit (B: 0,5–1,8 %, C: 0,1–0,5 %, $n=6151$) sowie das häufige Auftreten beider Arten von Diskontinuität bei Diabetes mellitus II (B: 30,2–36,3 %, C: 12,0–17,6 %, $n=8961$).

Der Vergleich der Diskontinuitäten zwischen türkeistämmigen und nichttürkeistämmigen Versicherten (insgesamt $n=502.167$) wird am Beispiel von Diabetes mellitus bei männlichen Versicherten demonstriert, da hier die Ergebnisse aufgrund großer Zellbesetzungen besonders gut vergleichbar sind (s. Tab. 3).

Türkeistämmige Männer aller Altersgruppen mit Diabetes hatten ein signifikant höheres Risiko für alle 3 Typen einer Diskontinuität im Vergleich zu nichttürkeistämmigen Versicherten mit einem RR zwischen 1,55 und 3,85. Bei der Diskontinuität vom Typ C zeigten sich für Diabetes die größten Unterschiede zwischen beiden Versichertengruppen (s. Tab. 3).

Die Diskontinuität vom Typ A weist für alle analysierten Erkrankungen signifikant erhöhte RR für türkeistämmige Versicherte auf (RR zwischen 1,30 und 2,03). Für die Diskontinuität vom Typ B liegen für Diabetes und Asthma für alle Versicherten, für Hypertonie bei den weiblichen Versicherten unter 75 Jahren und für KHK bei weiblichen Versicherten ≥ 75 Jahre signifikante Unterschiede vor (RR zwischen 1,31 und 2,90). Bei der Diskontinuität vom Typ C bestehen neben Diabetes bei beiden Geschlechtern auch für weibliche Versicherte unter 65 Jahren mit Asthma signifikante Unterschiede zwischen den Versichertengruppen

Zusammenfassung

Hintergrund: In Deutschland ansässige türkeistämmige Menschen im Rentenalter halten sich öfter für längere Zeiträume in der Türkei auf. Durch diese Pendelmigration können bei chronischen Erkrankungen Unregelmäßigkeiten in der medikamentösen und medizinischen Versorgung auftreten, die zu einer Verschlechterung des Gesundheitszustands führen. Quantitative Analysen zu Diskontinuitäten bei der Versorgung lagen bisher nicht vor.

Methode: Medikamentöse und Versorgungsdiskontinuitäten bei älteren chronisch kranken türkeistämmigen Versicherten wurden im Vergleich zu den übrigen Versicherten analysiert. Datenbasis waren Versichertendaten der AOK Rheinland/Hamburg aus den Jahren 2012–2018 zur Versorgung bei Asthma bronchiale, Diabetes mellitus, Hypertonie und koronarer Herzkrankheit.

Ergebnis: Diskontinuitäten der medikamentösen und der ärztlichen Versorgung treten, abhängig von der Erkrankung, signifikant häufiger bei türkeistämmigen als bei anderen Versicherten auf. Insbesondere bei Diabetes mellitus und Asthma bronchiale weisen türkeistämmige Versicherte vergleichsweise hohe Chancen für Diskontinuitäten auf. Bei türkeistämmigen Versicherten zwischen 60 und 64 Jahren treten Diskontinuitäten tendenziell seltener auf als bei Versicherten im Rentenalter.

Schlussfolgerungen: Ein Teil der türkeistämmigen Versicherten in Deutschland weist Versorgungslücken auf. Angesichts der Verteilung der Diskontinuitäten nach Versichertengruppe, Alter und Erkrankung liegt Pendelmigration als anteilige Ursache nahe. Ärzt*innen sollten längere Türkeiaufenthalte als mögliche Ursache von Unregelmäßigkeiten in der Medikation und Behandlung der Zielgruppe frühzeitig ansprechen, um inadäquater Versorgung vorzubeugen.

Schlüsselwörter:

Pendelmigration · Chronische Erkrankung · Diabetes Mellitus · Medikamentenverordnung · Sekundärdatenanalyse

(RR zwischen 2,21 und 3,85). Die meist geringer erhöhten RR männlicher Versicherter im Vergleich zu Frauen in der Altersgruppe 60–64 Jahre sind ebenfalls auffällig. Bei Diabetes zeichnet sich die Differenz zwischen 60–64 Jahren und den höheren Altersgruppen bei männlichen Versicherten deutlich ab (s. Tab. 3). Die anderen Erkrankungen zeigen insgesamt eine klare Tendenz zu höheren RR mit steigendem Alter.

Tab 1: Indikatoren zur Erfassung medikamentöser Diskontinuitäten bei türkeistämmigen Versicherten ≥ 60 Jahre

Voraussetzung ^a	Ausbleibende Verordnung über mind. ein Quartal	Mehrfachverordnung im Vorquartal	Ausbleibender Arzt*innenkontakt über mind. ein Quartal ^b	Austragung und Wiedereinschreibung in DMP
Indikator A	x	–	–	–
Indikator B	x	x	x	–
Indikator C	x	x	x	x

^a Bezogen auf Zielerkrankung. ^b Ermittelt anhand von EBM

Tab 2: Erkrankte Versicherte nach Herkunft, Altersgruppe und Geschlecht (AOK Rheinland/Hamburg, 2012–2018^a)

Altersgruppe/ Erkrankung	60–64		65–69		70–74		≥ 75	
	T	NT	T	NT	T	NT	T	NT
Asthma bronchiale	340 m	4980 m	477 m	3606 m	360 m	3738 m	154 m	3644 m
	1003 w	7783 w	760 w	5935 w	391 w	7163 w	179 w	9073 w
Diabetes mellitus II	1042 m	17.952 m	1641 m	14.845 m	1261 m	17.023 m	596 m	17.893 m
	2227 w	15.204 w	1961 w	13.470 w	1164 w	19.669 w	483 w	33.133 w
Arterielle Hypertonie	1670 m	41.042 m	2684 m	32.582 m	2257 m	38.241 m	1083 m	42.617 m
	3729 w	43.282 w	3345 w	37.159 w	1935 w	52.702 w	954 w	88.981 w
Koronare Herzkrankheit	897 m	16.945 m	1499 m	14.885 m	1306 m	19.367 m	650 m	24.097 m
	1171 w	10.948 w	1197 w	10.713 w	788 w	17.695 w	385 w	36.523 w
Rheumatoide Arthritis	8 m	456 m	12 m	318 m	14 m	438 m	8 m	411 m
	54 w	1002 w	48 w	793 w	23 w	1117 w	13 w	1209 w

T türkeistämmig, NT nichttürkeistämmig, m männlich, w weiblich (n= 30.560)

^a Unabhängig vom Jahr der Erkrankung, Mehrfacherkrankungen möglich

Datenquelle: Abrechnungsdaten AOK Rheinland/Hamburg 2012–2018, Datenhalter: AOK Rheinland/Hamburg, eigene Darstellung

Tab. 3 Vergleich türkeistämmiger und nichttürkeistämmiger Versicherter, Diskontinuitäten laut Indikatoren A–C, männliche Versicherte mit Diabetes mellitus, nach Altersgruppen, 2013–2018

Indikator	N		Indikator A		Indikator B		Indikator C	
	T	NT	T	NT	T	NT	T	NT
60–64	1042 (100,0%)	17.952 (100,0%)	782 (75,1%) ^a	8700 (48,5%)	332 (31,9%)	2844 (15,8%)	156 (15,0%)	962 (5,4%)
65–69	1641 (100,0%)	14.845 (100,0%)	1327 (80,9%)	6720 (45,3%)	595 (36,3%)	2143 (14,4%)	288 (17,6%)	676 (4,6%)
70–74	1261 (100,0%)	17.023 (100,0%)	1051 (83,4%)	6992 (41,1%)	418 (33,2%)	2162 (12,7%)	201 (15,9%)	730 (4,3%)
≥ 75	596 (100,0%)	17.893 (100,0%)	483 (81,0%)	7329 (41,0%)	180 (30,2%)	2269 (12,7%)	81 (13,6%)	793 (4,4%)
–	N		RR (KI)		RR (KI)		RR (KI)	
60–64	1042	17.952	1,55 (1,47–1,62)*		2,01 (1,77–2,27)*		2,79 (2,27–3,42)*	
65–69		14.845	1,79 (1,72–1,85)*		2,51 (2,27–2,77)*		3,85 (3,25–4,55)*	
70–74	1261	17.023	2,03 (1,95–2,11)*		2,61 (2,32–2,92)*		3,72 (3,07–4,49)*	
≥ 75	596	17.893	1,98 (1,86–2,08)*		2,38 (2,00–2,80)*		3,07 (2,31–4,03)*	

RR relatives Risiko; KI Konfidenzintervall, T türkeistämmige Versicherte, NT nichttürkeistämmige Versicherte

^a Anteil an insgesamt Erkrankten der Altersgruppe nach Herkunft in Prozent

*Signifikant bei Konfidenzniveau 99 %

Datenquelle: Abrechnungsdaten AOK Rheinland/Hamburg 2012–2018, Datenhalter: AOK Rheinland/Hamburg, eigene Darstellung

Diskussion

Diskontinuitäten in der Versorgung älterer türkeistämmiger chronisch erkrankter Patient*innen stellen kein seltenes Phänomen dar und treten überzufällig häufiger als bei anderen Versicherten auf. Die beobachteten Diskontinuitäten weisen auf fehlenden Ärzt*innenkontakt hin, der auf eine Nichtinanspruchnahme notwendiger Kontrolluntersuchungen in Deutschland oder auf Pendelmigration zurückgeführt werden könnte.

Eine Erklärung für das häufige Auftreten von Indikator A wäre eine Überversorgung im Vorquartal durch Verschreibungen größeren Umfangs zwecks Ressourcenschonung und für Indikator B eine anderweitige fachärztliche Versorgung. Diese möglichen Ursachen erklären allerdings nicht die Unterschiede zwischen türkeistämmigen und nicht türkeistämmigen Versicherten, weil sie auf beide Versicherungengruppen zutreffen. Migrationsspezifische Zugangsbarrieren, wie z. B. fehlende Mehrsprachigkeit oder Diskriminierung [11], von denen häufiger die türkeistämmigen Versicherten betroffen sind, bieten alternative Erklärungsansätze.

Längere Aufenthalte in der Türkei bieten ebenso eine Erklärung für die häufigeren Diskontinuitäten bei den türkeistämmigen Versicherten. Für diese Erklärung spricht insbesondere, dass der beobachtete Unterschied zwischen türkeistämmigen und nichttürkeistämmigen Versicherten ab dem 65. Lebensjahr größer wird und mit zunehmendem Alter weiter steigt: Pendelmigrant*innen verlängern ihre Türkeiaufenthalte nach Erreichen des Rentenalters [6]. Auch die häufiger signifikanten RR bei den weiblichen im Vergleich zu männlichen Versicherten deuten auf Pendelmigration hin: Die deutlich erhöhte Nutzung transnationaler medikamentöser Versorgung durch türkeistämmige Frauen der Einwanderungsgeneration im Vergleich zu dänischen und jüngeren türkeistämmigen Frauen wurde bereits von Nielsen et al. [12] aufgezeigt. Dieser Unterschied blieb bei Frauen im Gegensatz zu Männern auch bei Adjustierung auf Ehe- und sozioökonomischen Status stabil [12]. Für die Variation der Diskontinuitäten bietet deren mögliche unterschiedliche Bewertung durch die türkeistämmigen Versicherten eine Erklärung: Während KHK möglicherweise als so ernst bewertet wird, dass mögliche Versorgungslücken im Rahmen von Türkeiaufenthalten vermieden werden, sind für Diabetes Schwierigkeiten in Bezug auf Krankheitsverständnis und -management für ältere türkeistämmige Personen bekannt [13]. Adäquate Einschätzungen des Stellenwerts von Kontrolluntersuchungen und angepasster Medikation setzen voraus, dass den Patient*innen die dazu notwendigen Informationen erfolgreich übermittelt werden konnten. Partiiell unerfüllte, medikationsbezogene Informationsbedarfe sind bei der Zielgruppe bei Antibiotika näher untersucht und werden durch unterschiedliche Kommunikationsstile und fehlende Kultursensibilität verursacht [14]. Bezogen auf den Kom-

munikationsstil kann von hausärztlicher Seite das aktive Erfragen von Pendelvorhaben, dem bisherigen Verständnis von und Schwierigkeiten mit der Medikation wahrscheinlich dazu beitragen, Versorgungslücken zu reduzieren.

Limitationen

Die Auffälligkeiten der Versorgung türkeistämmiger Versicherter deuten auf Pendelmigration hin. Welchen Anteil der Diskontinuitäten sie letztlich tatsächlich erklärt, lässt sich aber nicht sicher nachvollziehen, ebensowenig, wie oft in diesen Fällen die vollumfängliche Versorgung in der Türkei möglich war. Aus den verwendeten Daten kann des Weiteren der sozioökonomische Status der Versicherten und dessen spezifischer Einfluss auf die Versorgung nicht abgeleitet werden, wenngleich eine systematische Benachteiligung der Gruppe älterer türkeistämmiger Menschen gegenüber der Allgemeinbevölkerung bekannt ist [1].

Stärken

Erstmals sind für ältere chronisch kranke türkeistämmige Personen Diskontinuitäten in der medikamentösen und ärztlichen Versorgung in Deutschland für mehrere Erkrankungen anhand von Versichertendaten näher untersucht und die beschriebenen Differenzen bei der Versorgung türkeistämmiger und nichttürkeistämmiger Versicherter abgebildet worden. Der Nachweis signifikant höherer Risiken für Diskontinuitäten im Vergleich zu anderen Versicherten insbesondere bezogen auf Diabetes und Asthma ist ein wichtiger Hinweis auf nicht gedeckte Versorgungsbedarfe der Zielgruppe.

Fazit für die Praxis

- Eine zahlenmäßig relevante Untergruppe der chronisch erkrankten türkeistämmigen Bevölkerung erhält seltener Verordnungen und verpasst notwendige Hausärzt*innenkontakte. Ein wie großer Anteil der Diskontinuitäten auf Pendelaufenthalte zurückzuführen ist, lässt sich aus den GKV-Daten nicht abschließend klären.
- Hausärzt*innen sollten Pendelmigration als mögliche Ursache ausbleibender Terminvereinbarungen und medikamentöser Unregelmäßigkeiten in Behandlungsplanung und -besprechung einbeziehen, um das Risiko inadäquater Versorgung zu reduzieren. Eine zielgruppenspezifische Abfrage und Informationsvermittlung kann sich am Vorgehen für Antibiotika orientieren.
- Die Teilnahme an DMP gestaltet sich bei älteren türkeistämmigen Versicherten mit KHK ähnlich zuverlässig wie bei anderen GKV-Versicherten. Eine Herausforderung bleibt, vergleichbare Erfolge auch für Asthma bronchiale und Diabetes mellitus zu erzielen.

Korrespondenzadresse

Alex Stern
AG3 Epidemiology & International Public Health, School of
Public Health/Fakultät für Gesundheitswissenschaften,
Universität Bielefeld
Postfach 100131, 33501 Bielefeld, Deutschland
E-Mail: a.stern@uni-bielefeld.de

Förderung. Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-
Westfalen, Förderkennzeichen: LZG TG 72 003/2016.

Funding. Open Access funding enabled and organized by
Projekt DEAL.

Quellennachweis:

Der hier veröffentlichte Beitrag ist in der Zeitschrift für All-
gemeinmedizin in der Ausgabe 6/2023 erschienen ([https://
link.springer.com/article/10.1007/s44266-023-00095-3](https://link.springer.com/article/10.1007/s44266-023-00095-3)).
Die Onlineversion unter [https://doi.org/10.1007/s44266-
023-00095-3](https://doi.org/10.1007/s44266-023-00095-3), online publiziert am 14.8.2023, Copyright bei
den Autor:innen, enthält Tabellen 4 bis 10 mit Daten zu
Diabetes mellitus, Asthma bronchiale, koronarer
Herzkrankheit und Hypertonie. Nicht veröffentlicht in die-
sem Rundbriefbeitrag sind das Abstract in englischer Spra-
che und die Hinweise zur Einhaltung ethischer Richtlinien.

Dieser Artikel wird unter der Creative Commons Namens-
nennung 4.0 International Lizenz veröffentlicht, welche die
Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und
Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, so-
fern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle
ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons
Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenom-
men wurden.

Die in diesem Artikel enthaltenen Bilder und sonstiges
Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative
Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende
nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material
nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht
und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vor-
schriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiter-
verwendungen des Materials die Einwilligung des jeweili-
gen Rechteinhabers einzuholen.

Weitere Details zur Lizenz entnehmen Sie bitte der Lizenz-
information auf

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>.

**Wir danken den Autor:innen und dem Springer-Verlag für
ihre Zustimmung zur Veröffentlichung im VdPP-Rundbrief.**

Literatur

1. Statistisches Bundesamt (2022) Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund. Ergebnisse des Mikrozensus 2021. <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Migration-Integration/Publikationen/Downloads-Migration/migrationshintergrund-2010220217004.html>. Zugegriffen: 10. Juni 2023
2. Aydin Y (2018) Heimat Almanya. Die deutsch-türkische Migration. <https://www.bpb.de/internationales/europa/tuerkei/253189/heimat-almanya>. Zugegriffen: 17. Jan. 2023
3. Dietzel-Papakyriakou M (2005) Potentiale älterer Migranten und Migrantinnen. *Z Gerontol Geriatr* 38:396–406
4. Laubenthal B, Priesl (2012) Alter und Migration – eine transnationale Perspektive. In: Motel-Klingebiel H, Schimany A, Baykara-Krumme P (Hrsg) Viele Welten des Alterns. Ältere Migranten im alternden Deutschland. SpringerVS, Wiesbaden, S 385–410
5. Nowossadeck S, Klaus D, Gordo RL, Vogel C (2017) Migrantinnen und Migranten in der zweiten Lebenshälfte. Report Altersdaten 2/2017. Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin (<https://www.ssoar.info/ssoar/handle/document/55395> (letzter Zugriff 17.01.2023))
6. Bilecen B, Tezcan-Güntekin H (2015) Transnational healthcare practices of retired circular migrants. COMCAD Working Paper 127. COMCAD, Bielefeld
7. Transnationale Migration YT (2011) Dargestellt am Beispiel des Pendelns älterer türkischer Migrantinnen und Migranten. Universitätsbibliothek Technische Universität Dortmund, Dortmund (<https://eldorado.tu-dortmund.de/handle/2003/29155> (letzter Zugriff 17.01.2023))
8. AOK Rheinland/Hamburg–Die Gesundheitskasse (2020) Abrechnungsdaten 2012–2018. AOK Rheinland/Hamburg, Düsseldorf (Aufbereitung und Erfassung d. Indikatoren durch OD/AOK Rheinland/HH, nachfolgen-
de stat. Analysen durch AS/Universität Bielefeld und SSch/Universität Bielefeld)
9. Razum O, Zeeb H, Beck K, Becher H, Ziegler H, Stegmaier C (2000) Combining a name algorithm with a capture–recapture method to re-trieve cases of Turkish descent from a German population-based cancer registry. *EurJCancer* 36:2380–2384
10. The R Foundation The R Project for Statistical Computing 2023. www.r-project.org. Zugegriffen: 10. Juni 2023
11. Schwarz B, Markin K, Salman R, Gutenbrunner C (2015) Barrieren für Migranten beim Zugang in die medizinische Rehabilitation der gesetzli-
chen Rentenversicherung. *Rehabilitation* 54:362–368
12. Nielsen SS, Yazici S, Gronwald Petersen S, Blaakilde AL, Krasnik A (2012) Use of cross-border healthcare services among ethnic Danes, Turkish immigrants and Turkish descendants in Denmark. A combined service and registry study. *BMCHHealthServRes* 12:390
13. Yilmaz-Aslan Y, Brzoska P, Berens E-M, Salman R, Razum O (2013) Gesundheitsversorgung älterer Menschen mit türkischem Migration-
shintergrund. Qualitative Befragung von Gesundheitsmediatoren. *ZGerontolGeriatr* 46:346–352
14. Erdsiek F, Aksakal T, Özcebe H et al (2020) Antibiotikanutzung bei Menschen mit türkischem Migrationshintergrund. Wissen, Einstellungen und Interaktion mit ÄrztInnen und ApothekerInnen. *Gesundheitswesen* 82:594–600

Kongressankündigung

6. Deutscher Kongress für Patientensicherheit bei medikamentöser Therapie

Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft

Am 24. und 25. Oktober 2024 findet unter dem Vorsitz von Prof. Dr. Petra Thürmann und Prof. Dr. Wolf-Dieter Ludwig der „6. Deutsche Kongress für Patientensicherheit bei medikamentöser Therapie“ im Langenbeck-Virchow-Haus in Berlin statt.

Vor über 15 Jahren startete das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) den „Aktionsplan zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit in Deutschland“ und richtete eine Koordinierungsgruppe bei der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) ein. Der Aktionsplan soll klären: Wie gehen wir mit Fehlern um? Was lernen wir daraus? Und vor allem, wie können wir Medikationsfehler verhindern und die Arzneimitteltherapie für unsere Patientinnen und Patienten sicherer gestalten?

Im Februar 2021 veröffentlichte das BMG den „Aktionsplan AMTS 2021-2024“, nachdem er am 6. Januar 2021 vom Bundeskabinett beschlossen worden war. Mit diesem Aktionsplan wurde die Initiative zur Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) zum vierten Mal fortgeschrieben, was ihren hohen gesundheitspolitischen Stellenwert unterstreicht.

Seit dem letzten Kongress 2018 hat sich viel getan, nicht nur im Bereich der Digitalisierung. Daher erfolgt nun die Einladung zum „6. Deutschen Kongress für Patientensicherheit bei medikamentöser Therapie“. Bei diesem Kongress

können Interessierte gemeinsam mit Experten die erreichten Fortschritte betrachten und Lösungsansätze für bestehende sowie zukünftige Herausforderungen aus verschiedenen Perspektiven diskutieren.

Die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) lädt herzlich dazu ein, Abstracts für den bevorstehenden Kongress einzureichen. Erwünscht sind Beiträge aus verschiedenen Themenbereichen der AMTS.

Nähere Informationen gibt es unter: <https://www.patientensicherheit2024.de/abstract/>. Die Abstracts müssen bis zum 15. Mai 2024 eingereicht werden. Die ausgewählten Abstracts werden veröffentlicht und die Autoren der besten Beiträge haben die Möglichkeit, ihre Arbeit während des Kongresses vor einem breiten Publikum als Poster oder Vortrag zu präsentieren.

Der Kongress wird von der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft veranstaltet und vom Bundesministerium für Gesundheit gefördert. Weitere Informationen zum Kongress unter: <https://www.patientensicherheit2024.de/>

6. Deutscher Kongress für Patientensicherheit bei medikamentöser Therapie

24. – 25. Oktober 2024 | Langenbeck-Virchow-Haus | Berlin, Deutschland



Frieden

Keine Militarisierung von Gesundheitswesen und Gesellschaft – friedienstüchtig werden!

Ulrike Faber

Gesundheitsminister Karl Lauterbach (SPD) will das deutsche Gesundheitswesen auf mögliche „militärische Konflikte“ vorbereiten. Bereits im Januar 2023 hatte der Sachverständigenrat Gesundheit und Pflege (SVR) im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums Empfehlungen herausgegeben, wie das Gesundheitswesen gegen Krisenfälle aller Art „resilient“ zu machen sei.

Für den „militärischen Bündnisfall“ tauscht sich der Gesundheitsminister bereits mit Spezialisten der Bundeswehr aus, ein Gesetzentwurf ist bis zum Sommer 2024 geplant. Es soll offenbar schnell gehen mit der „Zeitenwende“, auf die auch Lauterbach sich beruft.

Dies ist ohne Zweifel ein Beitrag zum Ziel von Minister Pistorius (SPD), Deutschland müsse „kriegstüchtig“ werden. Wir sehen uns mit einer Militarisierung des Gesundheitswesens konfrontiert.

Katastrophenschutz ja, Militarisierung nein

Apothekerinnen und Apotheker stellen tagtäglich die Arzneimittelversorgung von Millionen Menschen sicher. Diese Verantwortung wird ernst genommen, sie hat sich auch in Krisensituationen bewährt.

Der VdPP sieht einen solidarischen, sozialen, friedlich ausgerichteten Handlungsbedarf angesichts großer Fehlentwicklungen. In der Pharmazie sind die dringenden Herausforderungen überhöhte Arzneimittelpreise, Lieferengpässe, zunehmende ökonomische Zwänge, Fachkräftemangel



Für Frieden: Ostermarsch 2024 in Berlin

und eine niedrigschwellige Versorgung sozial benachteiligter Menschen.

Lauterbachs Plan ist ein Irrweg

Insgesamt wurde das Gesundheitswesen in den letzten Jahren harten ökonomischen Zwängen ausgesetzt: Privatisierungen, Krankenhausschließungen und Druck auf ambulante Versorgungsstrukturen überlassen neue Bereiche dem Profitsystem. Krisensituationen (Corona, Klimakatastrophen ...) führen zu harten Belastungen der Beschäftigten und zu Einschnitten in der Patientenversorgung. Dieses entwicklungsbedürftige Gesundheitswesen kann nicht verbessert werden, wenn mit Reform die Vorbereitung auf militärische Konflikte

gemeint ist, zumal in der derzeitigen Haushaltspolitik eine weitere finanzielle Aufstockung des Verteidigungshaushalts zu Lasten des Gesundheitsetats vorgenommen wird. Schon jetzt ist absehbar, dass die sozial Benachteiligten am meisten betroffen sein werden, was Finanzierungseinschnitte und Leistungskürzungen angeht. Im Übrigen verfügen wir in Deutschland über das Katastrophenschutzamt, das für Bevölkerungs- und Katastrophenschutz zuständig ist. Die geplante Militarisierung des Gesundheitswesens bedeutet: Zugriff auf medizinisches Personal, Befehlsketten, Verlegung von Patientinnen und Patienten, erweiterte Vorratshaltungen und dazu Übungseinsätze.

Hoffentlich wird die ABDA eine kritische und realistische Position zu den Plänen des Gesundheitsministers entwickeln

Der VdPP sieht die Apothekerinnen und Apotheker in ihrem Auftrag, die Bevölkerung ordnungsgemäß mit Arzneimitteln zu versorgen, auch in einer besonderen politischen und gesellschaftlichen Verantwortung, sich für ein solidarisches Gesundheits- und Arzneimittelwesen in Frieden einzusetzen.

Wir wissen alle, was Krieg heißt: unzählige Opfer, Tod, Verstümmelung, Traumatisierung, Gewalt, Zerstörung, Klima-Desaster. Dies gilt es unbedingt zu verhindern.

Die moderne Hochrüstung lässt uns nur eine Wahl: Diplomatie, Verhandlungen, Klugheit, Beharrlichkeit. Die Orientierung an den universellen Menschenrechten muss auf eine internationale Sicherheitsarchitektur ausgerichtet sein, die alle Länder schützt. Das ist nicht naiv (wie u.a. Lauterbach andeutet), sondern alternativlos und, zugegeben, nicht einfach. In der öffentlichen Debatte finden wir diese Begriffe viel zu wenig, geschweige denn entsprechendes gesellschaftliches und politisches Handeln. Das müssen wir ändern.

Viele von uns erleben gerade ein Déjà-vu: In der Friedensbewegung der 1980er Jahre haben wir uns mit „Apotheken für den Frieden“ in vielen Aktionen für Frieden und gegen die Vorstellung von der möglichen Führung eines Atomkrieges eingesetzt. Aber auch konventionelle Kriege sind nicht zu bewältigen!

Dieses Plakat der Initiative „Apotheken für den Frieden“ hat eine lange Geschichte: Es entstand in den 1980er Jahren und ist heute so aktuell wie damals.

Literaturhinweise

Müssen uns besser auf Krisen vorbereiten. Lauterbach-Interview. Neue Osnabrücker Zeitung vom 2. März 2024. Bei Bundesgesundheitsministerium, Presse, Interviews <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/interviews/interview/noz-02-03-24>

Krieg ist keine Lösung. Vdää-Pressemitteilung 03.03.2024 <https://www.vdaae.de/2024/03/13/pressemitteilung-vom-03-03-2024-krieg-ist-keine-loesung/>

Lauterbach will Gesundheitswesen für militärische Konflikte rüsten.



Das große Carthago führte drei Kriege.
Es war noch mächtig nach dem ersten,
noch bewohnbar nach dem zweiten.
Es war nicht mehr auffindbar nach dem dritten.

Bertolt Brecht 1951

APOTHEKEN FÜR DEN FRIEDEN

Deutsches Ärzteblatt. Ärzteblatt.de News-Archiv 4. März 2024 <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/149727/Lauterbach-will-Gesundheitswesen-fuer-militaerische-Konflikte-ruesten>

Über die Autorin

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



Irreführende Arzneimittelwerbung in Medien melden

Die Zeitschrift „Gute Pillen – Schlechte Pillen“ (GPSP) sucht immer wieder Anzeigenjäger:innen, die irreführende Werbung für ihre Rubrik „Werbung – Aufgepasst!“ aufspüren (siehe <https://gutepillen-schlechtepillen.de/rubrik/werbung-aufgepasst/>).

**Gute Pillen –
Schlechte Pillen**

Das können Anzeigen und Advertorials (als Artikel getarnte Werbung) in Kunden- oder Programmzeitschriften wie auch in Fachblättern sein.

Hinweise gerne per Mail an redaktion@gp-sp.de
Oder per Post an:
Gute Pillen – Schlechte Pillen
August-Bebel-Str. 62, D-33602 Bielefeld

Aufruf

Hand in Hand – jetzt solidarisch aktiv werden

Wir rufen dazu auf, der rechten Normalisierung in Deutschland und Europa nicht länger zuzuschauen. Krisen, Kriege, Katastrophen – die Welt um uns herum gerät immer mehr ins Wanken. Vieles, worauf wir uns verlassen haben, ist unsicher.

In einer sich schnell bewegenden Welt sehen wir, wie sich das politische Klima in Europa bedrohlich verändert. Ängste vor Veränderungen, Verlust und Armut werden absichtlich geschürt, Menschen werden gegeneinander ausgespielt. Die Gräben in der Gesellschaft vertiefen sich.

In Deutschland entwickelt sich die politische Landschaft alarmierend: Rechte und rechtsextreme Ansichten bekommen öffentlichen Rückhalt. Rassismus, Antisemitismus und andere Formen gruppenbezogener Menschenfeindlichkeit nehmen zu. Menschen werden etwa aufgrund von Armut, Arbeitslosigkeit oder Obdachlosigkeit herabgesetzt und sozial ausgegrenzt. Gleichzeitig werden zwingende Aufgaben wie Klimaschutz und soziale Gerechtigkeit zu lästigen Zumutungen abgewertet. Respektlosigkeit, Anfeindungen und das Leugnen von Fakten dominieren Teile der gesellschaftlichen Stimmung. Die Abgrenzung gegenüber Verächtern der Demokratie wie der AfD schwindet. Für Menschenrechte einzustehen, wird in Frage gestellt. Geflüchtete werden massiv entrechtet, sie und Menschen, die sie unterstützen, werden zunehmend kriminalisiert. Unser gesellschaftliches Zusammenleben, die Vielfalt und Fairness: Ja, unsere Demokratie ist in Gefahr.

Doch wir sind entschlossen, laut und aktiv zu werden: für eine offene, demokratische, plurale und solidarische Gesellschaft, gemeinsam gegen den Rechtsruck in Deutschland und Europa! Schweigen ist keine Option! Wir müssen sichtbar und hörbar werden. Die Zeit zu handeln ist jetzt, denn bei den Kommunal-, Landtags- und Europawahlen in 2024 geht es um viel! Jetzt sind wir ALLE gefragt:

- Für Solidarität und Respekt, gegen Hass und Hetze
- Für Gerechtigkeit und Toleranz, gegen Spaltung
- Für eine Gesellschaft, die niemanden zurücklässt, für Menschenwürde, gegen Ausgrenzung
- Für Selbstbestimmung und Humanität, Menschenrechte für alle, gegen Rassismus, Antisemitismus und andere Formen gruppenbezogener Menschenfeindlichkeit.

Über 2 000 Organisationen haben den Aufruf schon unterzeichnet, darunter der VdPP.

Weitere Informationen unter www.gemeinsam-hand-in-hand.org

Wer sich dem Aufruf anschließen möchte, schreibt an info@gemeinsam-hand-in-hand.org



HAND IN HAND
#WirSindDieBrandmauer

Wer wir sind

Als engagierte Personen, Organisationen und Initiativen aus verschiedenen Teilen der Zivilgesellschaft schauen wir der Normalisierung rechter Politiken und Diskurse sowie dem Erstarken der extremen Rechten in Deutschland und Europa nicht länger zu.

Unser Ziel ist es, eine breite zivilgesellschaftliche Vernetzung auf die Beine zu stellen. Mit unterschiedlichen Aktionen wollen wir im Laufe des Jahres – insbesondere im Kontext der bevorstehenden Kommunal-, Europa- und Landtagswahlen – unsere Stimme für Demokratie und Menschenrechte erheben und lokale Initiativen im Kampf gegen Rechts unterstützen.

Offener Brief von Ärzte der Welt

Gesundheit von schutzsuchenden Menschen gefährdet: Zeitraum für abgesenkte Sozial- und Gesundheitsleistungen für Asylsuchende darf nicht verlängert werden

Sehr geehrter Herr Bundeskanzler Scholz,
sehr geehrter Herr Bundesminister Heil,
sehr geehrte Damen und Herren Abgeordnete,

in großer Sorge um die Gesundheit schutzsuchender Menschen in Deutschland rufen wir Sie mit aller Dringlichkeit dazu auf:

Stoppen Sie sofort das Vorhaben, den Zeitraum von 18 auf 36 Monate zu verlängern, in dem Asylsuchende nur Anspruch auf abgesenkte Sozial- und Gesundheitsleistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz erhalten sollen!

Seit es das Asylbewerberleistungsgesetz gibt – seit über 30 Jahren – bezeugen zivilgesellschaftliche Organisationen und Verbände in ihrer humanitären Arbeit die ernstesten Folgen, die es für die Gesundheit geflüchteter Menschen hat, sie von notwendigen Sozialleistungen und insbesondere medizinischer Versorgung auszuschließen. Aktuell noch haben Asylsuchende in den ersten 18 Monaten lediglich Anspruch auf medizinische Versorgung bei akuten Erkrankungen, Schmerzen, Schwangerschaft und Geburt. Oft entscheidet medizinisch nicht geschultes Personal in den Sozialämtern, ob darüber hinaus Leistungen in Anspruch genommen werden können – zum Beispiel bei chronischen und psychischen Erkrankungen. Daneben haben Geflüchtete mit massiven Barrieren wie Diskriminierungen und Verständigungsproblemen zu kämpfen.

Die Bundesregierung wurde bereits mehrfach von den Vereinten Nationen dafür gerügt, dass Deutschland Asylsuchenden das Recht auf Gesundheitsversorgung verwehrt. Sie nun noch länger zu benachteiligen, ist menschenrechtswidrig und ignoriert die jüngste ausdrückliche Aufforderung des UN-Komitees zur Konvention gegen Rassismus (ICERD), die Ungleichbehandlung im Zugang zu Sozial- und Gesundheitsleistungen zu beenden (08.12.2023).

Auch das Bundesverfassungsgericht hat schon vor über zehn Jahren entschieden, dass die „Menschenwürde ... migrationspolitisch nicht zu relativieren“ ist. Der Versuch, die Flucht nach Deutschland zu begrenzen, indem man Geflüchteten den Zugang zu notwendiger Gesundheitsversorgung versagt, ist also nicht nur unwirksam (Sozial- und Gesundheitsleistungen als Pull-Faktor für Migration sind empirisch nicht belegt und wird von neuerer Migrationsforschung als unterkomplexe Theorie problematisiert) und unmenschlich, sondern auch verfassungswidrig.

Die Bundesregierung hat in ihrem Koalitionsvertrag den klaren politischen Willen geäußert, das Asylbewerberleistungsgesetz im Lichte der Rechtsprechung des Bundesver-

fassungsgerichts weiterzuentwickeln und den Zugang zu Gesundheitsversorgung für Asylsuchende zu vereinfachen. Das aktuelle Vorhaben läuft dieser Absicht massiv entgegen, würde sogar das Gegenteil bewirken.

Letztlich kommt eine Schlechterbehandlung bei der Gesundheitsversorgung ganzer Bevölkerungsgruppen die Gemeinschaft auch teuer zu stehen. Denn wenn Krankheiten chronifizieren oder zum Notfall werden, kosten sie das Gesundheitssystem mehr, als wenn man sie präventiv oder bei den ersten Symptomen behandelt.

Anstatt die Leistungen für Asylsuchende immer weiter zu kürzen, fordern die unterzeichnenden Organisationen deshalb:

- **Asylbewerberleistungsgesetz abschaffen!**
- **Den Anspruch auf alle Gesundheitsleistungen aus dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen für Geflüchtete gesetzlich verankern**
- **Einführung einer elektronischen Gesundheitskarte für Geflüchtete in allen Bundesländern**
- **Anspruch auf qualifizierte Sprachmittlung gesetzlich verankern**
- **EU-Aufnahmerichtlinie für besonders schutzbedürftige Geflüchtete flächendeckend und systematisch umsetzen.**

Wir bitten Sie, rechten Parolen und populistischen Hetzkampagnen gegen Migrant*innen und geflüchteten Menschen entschieden entgegenzustehen und unsere freiheitlich-demokratischen und menschen- und verfassungsrechtlichen Grundprinzipien mit Ihrer Politik zu verteidigen. Gerne stehen wir für Rückfragen und zum persönlichen Austausch zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

(Über 50 Organisationen und Einzelpersonen haben den Brief schon unterzeichnet, darunter Udo Puteanus als Vorstandsmitglied des VdPP)

Weitere Informationen unter

www.aerztderwelt.org/unsere-projekte/deutschland/deutschland/gesundheitsleistungen-von-schutzsuchenden-gefahr

Kontakt:

Dr. Johanna Offe

Bereichsleitung Grundsatz und

Advocacy

Ärzte der Welt e. V.

johanna.offe@aerztderwelt.org



Aufruf

Kostenlose Teilnahme am BUKO- Straßentheater



**TOURNEE 2024
WIR SUCHEN DICH!**

Du wolltest schon immer mal Theater spielen und dich politisch engagieren? Dann bist du bei "Schluck&weg" genau richtig!

Workshops in Bielefeld:
5.-7. April, 3.-5. Mai,
14.-16. Juni,
30. August - 1. September

Die Kosten für die Workshops, Anreise, Unterkunft und Verpflegung werden übernommen.

Tournee: 2.-15. September

www.bukopharma.de
Anmeldung an: eg@bukopharma.de

Gefördert von ENGAGEMENT GLOBAL mit Mitteln des

BUKO
Pharma-Kampagne






Die BUKO Pharma-Kampagne sucht auch in diesem Jahr wieder engagierte Menschen, die sich für eine global gerechte Gesundheitsversorgung stark machen wollen. Sie bietet die kostenlose Teilnahme an einem Straßentheater-Projekt zum Thema vernachlässigte Tropenkrankheiten (NTDs).

Für das Theaterprojekt Schluck & Weg sucht BUKO engagierte Leute, die sich für eine global gerechte Gesundheitsversorgung stark machen wollen. Es besteht die Möglichkeit, in vier Wochenendkursen in Bielefeld developmentpolitisches Straßentheater als Aktionsform kennenzulernen und auszuprobieren. Unter Anleitung einer Theaterpädagogin und Regisseurin können die Teil-

nehmer:innen Theater Techniken erlernen und gemeinsam ein rund 20-minütiges Theaterstück entwickeln.

Der inhaltliche Fokus liegt dabei auf vernachlässigten Tropenkrankheiten (NTDs), Fachinformationen steuert die BUKO Pharma-Kampagne bei. Vom 2. bis 15. September geht es dann zwei Wochen lang auf Tournee – quer durch Deutschland. Das Stück wird auf öffentlichen Plätzen, in Fußgängerzonen und auch an Schulen aufgeführt. Reisekosten und Tournee-Organisation übernimmt die BUKO Pharma-Kampagne.

Theatererfahrung ist keine notwendige Voraussetzung für die Projekt-Teilnahme. Spaß an der Sache und Lust auf politisches Engagement stehen im Vordergrund!

Mehr Informationen gibt es unter: <https://bukopharma.de/de/strassentheater-menu/aktuelle-tournee>

Anmeldungen bei Esther Guthy
eg@bukopharma.de

BUKO-Pharma-Kampagne | Gesundheit – global und gerecht e.V.
August-Bebel-Str. 62, 33602 Bielefeld,
Telefon 0521 – 60 550

Wer spenden möchte, kann Geld auf folgendes Konto überweisen:
Gesundheit – global und gerecht e.V.
IBAN: DE97 4805 0161 0000 1056 27,
BIC: SPBIDE3BXXX

Gastbeitrag

PharmArt – ein Kunstprojekt

Dorian Recker

Das, was uns im Alltag umgibt, womit wir tagtäglich zu tun haben, das ist es, was unsere Phantasie anregt, was uns inspiriert und kreativ werden lässt.

Mein Alltag als Mediziner sind kranke Menschen, Medikamente, Verordnungen. Als meine Frau, sie ist Ärztin und Apothekerin, eines Tages mit Müllsäcken voller Medikamente nach Hause kam, zum Teil originalverpackt, alle noch lange haltbar, im Wert von hunderten von Euro, da stellte ich mir die Frage, ob wir uns diesen verschwenderischen Umgang mit unseren Ressourcen noch leisten können. Jährlich landen Millionen Tonnen an Medikamenten im Wert von mehreren Milliarden Euro auf dem Müll.

Ich wollte diesen Substanzen aus dem Müllsack eine letzte Ehre erweisen. So fing ich an, daraus mit Hilfe von Material aus dem Baumarkt und Miniaturen aus dem Modellbau Szenarien zu erstellen. Dann habe ich meinen Freund Andreas Willems, Dipl. Graphikdesigner und Fotograf, gebeten, die Szenarien zu fotografieren. Im weiteren Verlauf wurden sie fototechnisch und künstlerisch von ihm weiterverarbeitet. So entstanden unsere Arbeiten unter dem Titel PharmArt.

Am Anfang stand noch die Faszination für die Buntheit und Vielfalt der Tabletten und Kapseln im Vordergrund (Magical Mystery Park), sowie die

Perfektion und Robustheit der Blister, von der eine gewisse Kälte, Sterilität, Anonymität ausging (Pharma City). Die weiteren Arbeiten standen im Zeichen der Corona-Pandemie (Corona-Beach, Impfstation) und der Kriege (Friedhof, Schlachtfelder), bevor wir uns der komplexen Problematik der Pharmazie zuwandten: Lieferengpässe, Polypharmazie (Multimedication, One more Year), Kosten (Exhibition, Die goldene 8, Fly fly away), Arzneimittelentsorgung (On fire), Multiresistenz, Umweltverschmutzung (Thx India), Apothekensterben (In memoriam) und zuletzt auch einem Appell: Weg mit den Beipackzetteln (Mountain High)!

Wir verstehen unsere PharmArt als Botschaft: Wir wollen für Respekt und Wertschätzung des Gutes Pharmazie sensibilisieren, für einen achtsamen Umgang mit unseren Ressourcen, für

Nachhaltigkeit und mutige Innovationen (Recycling). Wir wollen alle Beteiligten (Bürger, Fachverbände, Krankenkassen, Pharmaunternehmen, Politik) ohne Schuldzuweisungen zu einem Dialog bringen, um neue Wege zu finden und gemeinsam zu gehen. Über Ausstellungen, Pressemitteilungen, Kooperationen wollen wir die Thematik weitertragen. Ein Drittel aus dem Erlös des Bilderverkaufs spenden wir an gemeinnützige Organisationen, die sich für ähnliche Themen engagieren.

Über den Autor

Dr. Dorian Recker arbeitet als Kardiologe in Krefeld. Aus Pharmamüll erstellt er Kunstwerke, die der Grafikdesigner und Fotograf Andreas Willems für Ausstellungen fotografiert und künstlerisch bearbeitet. Mehr Informationen zu dem Kunstprojekt: <https://www.pharmart.gallery/>



Magical Mystery Park: eines der frühen Werke von Dorian Recker und Andreas Willems

Fachtagung und Mitgliederversammlung am 8. und 9. Juni in Hamburg

„Apothekenreform“: Zukunftsweisend oder zu kurz gesprungen? Apotheker:innen in der zukünftigen Primärversorgung

Das Bundesgesundheitsministerium plant eine „Apothekenreform“ mit dem Ziel, eine flächendeckende Arzneimittelversorgung über Apotheken zu sichern. Dabei setzt die Reform u.a. auf eine Umverteilung der finanziellen Mittel zugunsten kleiner, aber versorgungsrelevanter Apotheken in der Fläche. Gleichzeitig sollen Zweigapotheken mit reduziertem pharmazeutischen Dienstleistungsangebot vermehrt an den Orten gegründet werden können, an denen sich eine Voll-Apotheke wirtschaftlich nicht lohnt.

Die heutigen und vor allem die zukünftigen Herausforderungen an das Gesundheitswesen erfordern eine Neuausrichtung der Primärversorgung. Wie lassen sich die wesentlichen und am häufigsten vorkommenden Erkrankungen vermeiden bzw. behandeln? Und dies vor dem Hintergrund des demographischen Wandels, eines zunehmenden Mangels an Fachpersonal, der auseinandergehenden Schere zwischen Arm und Reich sowie der immer weiter steigenden Kosten für Arzneimittel? Und wie können die Apotheker:innen und die Apotheken in eine zukünftige Primärversorgung eingebunden werden? Wie kann pharmazeutische Kompetenz in Zukunft noch besser zum Wohl der Gesundheit des Einzelnen wie der gesamten Bevölkerung beitragen? Und was hat all das mit den Plänen des Bundesgesundheitsministeriums für eine „Apothekenreform“ zu tun?

Der VdPP wird am 8. Juni 2024 über diese Fragen ein Positionspapier zur Apothekenreform und zur Pharmazie in der zukünftigen Primärversorgung diskutieren, wobei die höchst angespannte Situation in den Apotheken die Ausgangsbasis der Diskussion sein wird (siehe auch Seite 4).

Freitag, 7. Juni

Ab 18 Uhr Treffen im Restaurant T.R.U.D.E.,
Maurienstraße 13-15, 22305 Hamburg Barmbek
(zwischen U-Bahnhof Barmbek und Osterbekkanal)

Samstag, 8. Juni

Um 9:30 Uhr Beginn der öffentlichen Fachtagung
Tagungsort: Zinnschmelze, Maurienstr. 19, 22305 Hamburg
Vorläufiges Tagungsprogramm siehe Seite 5
Mittagessen im Museum der Arbeit

Ab 17 Uhr Rundgang (ca. 2 Stunden), durchgeführt von der
Geschichtswerkstatt Barmbek, Treffpunkt Zinnschmelze

Ab 19 Uhr Treffen im Café Sommerterrassen,
Südring 44, 22303 Hamburg

Sonntag 9. Juni

Von 9 bis ca. 14 Uhr Mitgliederversammlung in der Zinnschmelze

Zur Anmeldung nutzen Sie bitte das Online-Formular auf
www.vdpp.de/termine/mitgliederversammlung-2024/

Kosten: Wenn Sie vor Ort sind, beträgt die Teilnahme-
pauschale 50 Euro. Teilnahme nur am Samstag 30 Euro, nur
am Sonntag 20 Euro. Darin sind Verpflegung (inkl. Mittagessen
am Samstag) und das Rahmenprogramm enthalten. Sollten
die Kosten eine Hürde für Sie darstellen, kontaktieren Sie
bitte die VdPP-Geschäftsstelle. Die Online-Teilnahme ist
kostenlos.

Die Akkreditierung der Fachtagung wurde bei der
Apothekerkammer Hamburg beantragt.



Bitte nicht vergessen:

Am Sonntag, den 9. Juni 2024, findet die Europa-Wahl statt.