Rundbrief des

Vereins demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten

05 / 2020

31. Jahrgang 107

Pharmazie in sozialer Verantwortung

VdPP

Corona ist überall. Kaum ein Tag, ja nicht einmal eine Stunde vergeht, ohne dass wir an das Coronavirus, auch SARS-CoV-2 genannt, denken. In den Medien ist das Thema ständig präsent, Nachrichten aller Art prasseln auf uns ein und es bestimmt unseren Alltag und unseren Rhythmus. Das geht nicht nur uns allen privat so, sondern es betrifft auch die vielen systemrelevanten Berufe und die dahinterstehenden Menschen, die unser Gesundheitssystem am Laufen halten. Dazu gehören auch die Apothekerinnen und Apotheker, die in den knapp 20.000 Apotheken in Deutschland Tag für Tag ihre Türen öffnen und sich um die pharmazeutischen Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten kümmern. Auch in diesen turbulenten Zeiten.

In Anbetracht der aktuellen Lage berichten wir im ersten Teil dieser Ausgabe über Pharmazie in der Corona-Krise.

Wie es um den Alltag in der öffentlichen Apotheke steht, und vor allem, was sich seit dem Beginn der Corona -Krise getan hat, wollte der VdPP aus erster Hand erfahren; der Rundbrief startet mit einem Einblick in den Apothekenalltag. Prof. Dr. Gerd Glaeske geht den Ursachen der Lieferengpässe durch die Corona-Krise auf den Grund. Durch Abdruck des gemeinsamen Statements des Poliklinik-Syndikats—Solidarische Gesundheitszentren und des Thesenpapiers rund um Dr. Matthias Schrappe möchten wir zum einen ausdrücklich die Solidarität in der Gesellschaft bestärken und zum anderen für eine gute Berichterstattung sorgen.

Der zweite Teil befasst sich mit allerhand VdPP-relevanten Themen. Wir stellen die Lage der Apotheken vor Ort in Deutschland dar, kommentieren die Diskussion zur medizinischen Versorgung von Menschen ohne Papiere und berichten über das nicht Vorhandensein pharmazeutischer Kompetenz in lokalen Gesundheitszentren.

Wir freuen uns über einen Gastbeitrag von Dr. Benjamin Wachtler zum Thema Digitalisierung und Fluch und Segen von Gesundheits-Apps . Das Buch „Smarte grüne Welt“ wird ausführlich besprochen.

Wie der Klimawandel die Gesundheit beeinträchtigt und was wir Pharmazeut*innen dagegen tun können, erfahren wir auf Seite 20.

Allen Leserinnen und Lesern des Rundbriefs wünschen wir einen schönen Frühlingsanfang, starke Nerven in diesen turbulenten Zeiten, sowie eine gute Portion Gesundheit!

Bleiben Sie gesund!

Inhalt dieser Ausgabe

Interview zum Apothekenalltag in der Corona-Krise	2
Lieferengpässe in Zeiten von Corona	4
Aufruf zu mehr Solidarität	6
Thesenpapier zu Covid-19	7
Zugang zu medizinischer Versorgung	9
Grußwort des Vorstandes	10
Zur Kandidatur von Frau Overwiening	10
Apothekensterben	11
Medizinische Versorgung von Menschen ohne Papiere	16
Ich lese den Rundbrief, weil ...	17
Lokale Gesundheitszentren	18
Gesundheits-Apps	19
Pharmacists for Future !	20
PM zu Zolgensma	22
Arzneimittelversorgungsforschung	23
PTA-Reformgesetz	24
Buchbesprechung: Smarte grüne Welt	26

CORONA

Wünschenswert: Das Konkurrenzdenken ausschalten und näher zusammenrücken

Interview zum Apothekenalltag in der Corona-Krise

Esther: Liebe Frauke, danke, dass du dir in dieser ereignisreichen Zeit einen Moment Zeit nimmst, um mit mir über die Veränderungen seit der Corona-Krise zu sprechen. Fangen wir direkt an. Wie hat sich der Apothekenalltag in den letzten Wochen verändert? Was ist dir aufgefallen? Ich könnte mir zum Beispiel vorstellen, dass es mehr telefonische Anfragen und mehr Botendienste gibt, weil ältere Menschen nicht aus dem Haus gehen. Ist das richtig?
Frauke: Es ist tatsächlich so, dass mehr Patienten anrufen, um ihre Arzneimittel vorzubestellen, falls wir etwas nicht da haben, müssen sie nicht zweimal kommen, sodass der Kontakt reduziert wird. Einige Patienten sind sich bewusst, dass sie zur Risikogruppe gehören. Es gibt aber auch Patienten, die aus unserer Sicht zur Risikogruppe gehören, aber die Patienten nehmen das selbst so gar nicht wahr, und kommen selbst in die Apotheke. In diesem Fall bieten wir Botendienste verstärkt an.

Wie ich sehe, treffen die Patient*innen selbst schon Vorsichtsmaßnahmen. Aber wie schützt ihr euch? Welche *Schutzmaßnahmen* wurden in der Apotheke getroffen, um euch Mitarbeiter zu schützen?
Das hat sich schrittweise entwickelt. Zunächst haben wir Informationsschilder angebracht, damit Abstand gewahrt wird. An der Tür haben wir ein großes Stoppschild angebracht, sowie Bodenmarkierungen, die den Abstand zum HV-Tisch sicherstellen. Ziemlich schnell haben wir die Anzahl der Kunden in der Apotheke minimiert, die sich gleichzeitig in der Apotheke aufhalten sollen oder dürfen. Zunächst zwei Kunden, aber im Moment nur ein Kunde. In Ausnahmefällen (zum Beispiel, wenn Übersetzungen nötig sind) können auch zwei Kunden gleichzeitig in der Apotheke sein. Mittlerweile haben wir auch Plexiglasscheiben auf dem HV-Tisch stehen, sodass wir durch die physische Barriere geschützt sind.

In der Presse können wir lesen, dass Atemschutzmasken, Desinfektionsmittel, Handschuhe und Thermometer knapp sind oder schon, teils seit Tagen oder Wochen, ausverkauft sind. Wie steht es um die Lieferbarkeit von Arzneimitteln? Z. B. Paracetamol?
Das ist schwer zu sagen, denn wir hatten schon vor Corona mit erheblichen Lieferengpässen zu tun. Das war schon vor Corona ein großes Thema. Aber man stellt fest, dass Arzneimittel, die mit Corona in Verbindung gebracht werden, schwieriger zu bekommen sind. Seit ca. einer Woche sind die Thermometer ausverkauft und nicht nachbestellbar. Handschuhe und Desinfektionsmittel hatten bei uns nie eine große Rolle gespielt, werden aber jetzt verstärkt nachgefragt. Bei Arzneimitteln sehen wir, dass Ibuprofen und vor allem Paracetamol knapp sind. Sie werden häufig nachgefragt, aber sind schwierig zu bekommen.

Du hast die Desinfektionsmittel angesprochen. Kann man sagen, dass die *Rezeptur / Defektur* eine Art „Wiederbelebung“ durch Corona erfährt?
Die Berechtigungen sind da. Die Apotheken dürfen Desinfektionsmittel herstellen, aber auch hier sehen wir wieder das Problem der Lieferbarkeit der Rohstoffe. Zum Beispiel bekommen wir kein Glycerol, kein Ethanol, kein Isopropanol. Und auch die Gefäße zum Abfüllen werden knapp.

Wäre es denn dann möglich, dass man sich mit benachbarten *Apotheken* austauscht und aushilft? Ihr seid ja eine Filialapotheke, da bekommt ihr sicher Material von der Hauptapotheke?
Wir tauschen uns mit der Hauptapotheke aus. Dort haben sie zum Beispiel grad alles zusammen, um Desinfektionsmittel herstellen zu können. Mit benachbarten Apotheken haben wir bisher keinen Kontakt. Wünschenswert wäre es, wenn man das Konkurrenzdenken ausschaltet und näher zusammenrückt. Erfahrungen haben wir aber noch keine.

Was sieht man denn bei den *Praxen* und den verordnenden Ärzt*innen? Was lassen sie sich einfallen, um Versorgungsengpässen entgegen zu wirken? Sind sie vielleicht kooperativer als vorher?
Am Anfang hatten wir Sorge, dass Ärzte mehr verschreiben, damit sich die Patienten mit Arzneimitteln eindecken können. Aber das habe ich nicht festgestellt. Ich habe den Eindruck, dass die Praxen öfter Rezepte faxen, sodass sich die Patienten einen Weg sparen. Heute ist aber Quartalswechsel; die Praxen müssen die Versichertenkarte einlesen, wenn sie neue Rezepte ausstellen möchten. Da bleibt abzuwarten, wie sich das entwickelt. Aber tiefgreifende Veränderungen habe ich nicht festgestellt.

Ihr seid eine heimversorgende Apotheke und beliefert ein *Pflegeheim*. Gibt es neue Eindrücke bzw. Anforderungen aus eben diesem Pflegeheim?
Ja, das Pflegeheim hat seit ca. 2 Wochen sämtliche Besuche unterbunden, das heißt, wir können nicht mehr wie gewohnt auf die Wohnbereiche. Wir reduzieren die Besu-

che beim Heim und geben die Arzneimittel an einer zentralen Stelle ab, intern werden sie dann verteilt auf die verschiedenen Wohnbereiche, sodass wir eigentlich nur bis zur Tür kommen.

Es ist ja mittlerweile so, dass es jeden Tag fast stündlich neue Erkenntnisse und Informationen rund um das Virus und die Erkrankung gibt. Welche *Informationsquellen spezifisch für die pharmazeutische Versorgung* stehen zur Verfügung?
Wir haben natürlich Zugriff auf die Seite des Robert-Koch-Instituts, für generelle Hinweise und Arbeitsanweisungen. Die Apothekerkammer Berlin hat einen täglichen Newsletter etabliert, der sehr weitreichend ist. Das sind die Hauptquellen.

Gibt es Informationen von der ABDA?
Ich denke schon, aber ich persönlich nutze sie kaum. Aber die Apothekerkammer Berlin greift auf die Informationen der ABDA zurück.

Apothekerin Frauke Heller kämpft jeden Tag gegen die administrativen Auflagen, die eine gute pharmazeutische Versorgung beeinträchtigen, auch und gerade in schwierigen Zeiten.

Gibt es spezielle *Informationsmaterialien* für die Patient*innen, die sich informieren möchten?
Es gibt einen Flyer zur Hygiene, der in Zusammenarbeit mit der Apotheken-Umschau erstellt wurde. Er stellt die wichtigsten Informationen zusammen. Das steht in Papierform zur Verfügung. Wir sind eher diejenigen, die persönliche Fragen beantworten, da wie du meintest, sich die Informationslage sehr schnell ändert. Bis zum Druck eines Flyers wären diese Informationen vielleicht schon wieder veraltet. Das sieht man zum Beispiel an den Informationen rund um Ibuprofen im Zusammenhang mit Corona. Da haben sich die Informationen täglich geändert, das kann man gar nicht in Papierform/ über Flyer vermitteln. Die Patienten kommen dann auf uns zu und fragen nach, ob sie Ibuprofen oder besser Paracetamol nehmen sollten.

Darauf zielt eigentlich auch meine nächste Frage. Wie sieht die Bevölkerung die Arbeit der *Apotheke vor Ort* in diesen schwierigen Zeiten? Nimmt die Bevölkerung die Apotheke als niedrigschwelliges Angebot zur Information wahr? Spielt das persönliche Patient-Apotheker-Gespräch jetzt sogar eine größere Rolle?
Ich empfinde es so, dass weniger Menschen in die Apotheke kommen, weil weniger Menschen aus dem Haus gehen. Aber wir bekommen mehr Anrufe von Patienten, um sich zu informieren. Es gibt aber auch Patienten, die den Besuch in der Apotheke nutzen, um sich zu informieren oder sich mit uns auszutauschen. Der soziale Kontakt wird nachgefragt, wenn die Kunden sowieso hier sind. Aber ich habe Pateinten auch schon gebeten, nicht allein wegen der Apotheken-Umschau zu kommen, sondern nur, wenn es wichtig ist.

Wie du weißt, ist der VdPP auch ein politisch arbeitender Verein. Aus Sicht der Apotheker*innen vor Ort: Welche politischen Forderungen fehlen? Was kann die Politik tun, um euch die Arbeit zu erleichtern?
Als erstes fällt mir die Bürokratie ein. Aber das ist ja schon zum Teil schon passiert.

Stimmt, Rabattverträge und Substitutionsverbot sind zum Teil aufgehoben worden; erleichtert das die Arbeit?
Das sind sinnvolle Maßnahmen, da wir nicht mehr andauernd versuchen, die Lücken zu stopfen. Die Lieferengpässe bestehen ja weiterhin, nun haben wir die Möglichkeiten, auf andere Firmen auszuweichen, ohne, dass wir das groß erklären müssen. Patienten können so schneller versorgt werden, sie müssen nicht ein zweites Mal wiederkommen, um das bestellte Rabatt-Arzneimittel abzuholen. Das erleichtert den Alltag. Ein neuer Ansatz ist, dass die Kassen die Mehrkosten bei Festbetragsüberschreitungen übernehmen. Das hatte uns bisher eine Krankenkasse angeboten. Das stellt eine Entlastung für die Patienten dar. Der Patient kann ganz normal versorgt werden, wenn die Rabatt-Arzneimittel nicht lieferfähig sind, sondern nur das teure Original mit Mehrkosten. Diese muss er nun nicht zahlen.

Das sind gute Neuigkeiten für die Patient*innen und die versorgenden Apotheker*innen. Liebe Frauke, danke für das Gespräch und alles Gute. Bleib gesund und pass auf dich auf!

Das Interview führte Esther Luhmann, Apothekerin und Vorstandsreferentin des VdPP.

Über die Interview-Partnerin:

Frauke Heller, VdPP-Mitglied und Apothekerin in einer kleinen Kiezapotheke in Berlin-Reinickendorf. Sie studierte zusammen mit Esther Luhmann, VdPP-Vorstandsreferentin, an der FU Berlin.

CORONA

„Die Gefahr wird größer, dass sich Engpässe verstärken“

Von Gerd Glaeske

Immer öfter werden in Deutschland Arzneimittel knapp – auch schon vor der Corona-Krise. Es musste nicht erst das Coronavirus kommen, damit in Deutschland bestimmte Arzneimittel knapp werden – Meldungen darüber gab es auch schon früher. Aber verschärft sich jetzt die Lage? Und warum tritt dieses Phänomen überhaupt auf?

Schon in den vergangenen Jahren gab es mehr und mehr Lieferengpässe für Arzneimittel – mal waren es Schilddrüsenhormone, mal auch Wirkstoffe aus der Onkologie wie Melphalan, mal aus der Anaesthesie wie Propofol, immer wieder auch Mittel mit Ibuprofen. Die Anzahl der betroffenen Arzneimittel stieg deutlich an, derzeit sind 368 Produkte in der Liste des Bundesinstitutes für Arzneimittel und Medizinprodukte aufgelistet (30.03.2020), für einige von ihnen sollen noch im März 2020 die Lieferengpässe beendet werden – man darf gespannt sein. Lieferengpässe an sich sind nichts Neues – tatsächlich haben wir schon vor mehr als zehn Jahren die erste Publikation dazu veröffentlicht. Damals waren vor allem die Krankenhausapotheken betroffen, ein bis zwei Stunden pro Woche musste sich jemand darum kümmern, bei Lieferengpässen Ersatz zu beschaffen. Heute gibt es in großen Krankenhäusern wie z.B. in Universitätskliniken ein bis zwei Kräfte, die ganze Tage nichts Anderes tun, insbesondere, wenn es um sehr spezielle Produkte zur Behandlung von Schwerstkranken geht wie z.B. Antibiotika.

In der ambulanten Versorgung hat sich das Problem auch durch die Rabattverträge der gesetzlichen Krankenkassen (GKV) verstärkt. Das betrifft vor allem den Bereich der chronischen Erkrankungen oder Arzneimittel, die viel gebraucht werden. Dort kommen vor allem Generika zum Einsatz, also kostengünstige Nachahmer-Produkte, die derzeit rund 76 Prozent aller Arzneimittelverordnungen im vertragsärztlichen Bereich ausmachen. Die Produktionsstätten dieser Generika liegen oft in Indien und China, wo günstigere Produktionsbedingungen herrschen - die Lohnkosten sind deutlich niedriger, ebenso der Arbeitsschutz und die Rechte von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern. Und da die Rabattverträge der Kassen die Preise deutlich nach unten bewegt haben, die Hersteller aber trotzdem noch ihren Profit sichern wollten, sind viele pharmazeutische Hersteller in dieser Beziehung dem Beispiel der Textilindustrie gefolgt, eine neue Form des Kolonialismus. Der Nachteil für die Versorgung: Das „Just-In-Time-Prinzip“, mit dem wie in der Autoindustrie die Produktlieferungen genauso terminiert werden können, dass es keine Lücken im Nachschub gibt, andererseits aber Lagerkapazitäten („totes Kapital“) klein gehalten werden können, war wegen der langen Lieferketten oft gestört, der „Nachschub“ an Wirkstoffen oder Medikamenten kam zu spät an. Zudem waren Zuverlässigkeit oder Qualität auch nicht immer so, wie man sich das vorstellt, ganze Chargen von Generika verloren z.B. 2014 wegen Mängeln in der Bioverfügbarkeit ihre Zulassung („Alles – außer Kontrolle“, SZ 5. 12. 2014)

Arzneimittelproduktion in Asien

Dass jetzt ausgerechnet die Regionen wie Wuhan, Henan, Hubei oder Zhejiang vom Coronavirus betroffen sind, in denen etwa 60 Wirkstoffe wie Antibiotika, Schmerzmittel, NSAR, Statine, Cortisone, Antihypertensiva oder Vitamine hergestellt werden, ist eine unglückliche Entwicklung dieser Globalisierung – aber eine mit Auswirkungen. Da sich viele Pharmafirmen vor allem aus Profitaspekten von Billiglieferanten aus weit entfernten anderen Teilen der Welt abhängig gemacht haben, ist auch die Arzneimittelversorgung in Deutschland mehr und mehr davon betroffen. Dies gilt natürlich auch für andere Länder in Europa, übrigens auch für die USA, weil die Pharmafirmen dort hauptsächlich in Indien produzieren lassen. Diese Fabriken bekommen ihre Rohstoffe aber wiederum größtenteils aus China – insofern entstehen dort ebenfalls Abhängigkeiten, die sich jetzt noch dadurch verstärkt haben, dass Indien für 13 Wirkstoffe ein Exportverbot erlassen hat, um erst einmal die eigene Bevölkerung versorgen zu können. Was kann getan werden? In der Diskussion war die Planung einer nationalen Arzneimittelreserve.
Ich habe allerdings meine Zweifel, ob dies eine sinnvolle Lösung ist. Die Verordnungsdaten zeigen, dass wir etwa

3.000 Arzneimittel haben, die viel verordnet werden. Welche will man da auf Lager legen? Alle geht nicht, dafür ist der Markt zu differenziert. Man sollte allenfalls darüber nachdenken, bestimmte Arzneimittel zur Verfügung zu haben, zum Beispiel für die Krebsbehandlung oder als Narkosemittel. Wir erleben es gerade, dass aufgrund von Arzneimittelknappheit onkologische Behandlungszyklen verändert werden, weil Melphalan nicht lieferbar war und in der Chirurgie fehlen ausgewählte Anästhesiemittel wie Propofol.

Die Ursachen der Lieferprobleme liegen tief

Solche Vorschläge gehen aber m.E. ohnehin an den Ursachen vorbei. Ohne Frage gibt es eine ganze Reihe von Gründen, die den Lieferproblemen zugrunde liegen. Letztlich sind es aber die Anbieter von Arzneimitteln, die einerseits das Privileg haben, in den stabil finanzierten GKV-Markt mit Abnahmegarantie hineinproduzieren zu können, die andererseits aber nur bedingt die Pflichten übernehmen, die sich aus diesem Privileg ergeben. Im § 52 b des Arzneimittelgesetzes ist nämlich die Verpflichtung festgeschrieben, dass pharmazeutische Unternehmen und Großhandlungen „im Rahmen ihrer Verantwortlichkeit“ dafür Sorge zu tragen haben, „dass die vorzuhaltenden Arzneimittel dabei mindestens dem durchschnittlichen Bedarf für zwei Wochen entsprechen (müssen).“

Die Politik ist gefragt

Der erste Schritt aus meiner Sicht wäre daher, diesen sehr eng gesetzten zeitlichen Bereich auf z.B. 2-3 Monate zu erweitern, um insbesondere bei chronischen Erkrankungen auf einen ausreichenden Vorrat mit versorgungsrelevanten Arzneimitteln zurückgreifen zu können. Hier wäre die Politik gefragt, den Passus im Arzneimittelgesetz zu verändern. Die Politik sollte auch bezüglich der Rabattverträge tätig werden. Sicherlich ist es sinnvoll, in der GKV nach Möglichkeiten zu suchen, um die Ausgaben für die Arzneimittelversorgung in Grenzen zu halten, schließlich machen die rund 40 Mrd. Euro für Medikamente in der GKV etwa 18% der u.a. von den Versicherten eingezahlten Beiträge aus. Und da sind Rabattverträge ein gutes Instrument, um den Preiswettbewerb unter den pharmazeutischen Unternehmen für die Senkung der Ausgaben zu nutzen – 4,5 Mrd. Euro wurden so immerhin im Jahre 2018 eingespart. Dennoch sollten Rabattverträge so abgeschlossen werden, dass die Kassen mit mehreren pharmazeutischen Unternehmen Verträge schließen, damit beim Ausfall von einem Hersteller eine Alternative durch einen anderen Hersteller besteht. Eine weitere Voraussetzung sollte lauten, dass die pharmazeutischen Unternehmen auch Produzenten aus Europa oder Deutschland nachweisen sollten, um die Zuverlässigkeit und Sicherheit der Versorgung kalkulierbarer zu machen. Möglicherweise käme es dann zu Preissteigerungen, es könnte aber ein akzeptabler Mischpreis zwischen den unterschiedlichen Produktionen gebildet werden – was im Übrigen auch zu mehr Transparenz in der Preisfindung führen könnte. In keinem Fall dürfen aber Lieferengpässe zu zusätzlichen Belastungen der Patientinnen und Patienten oder der Krankenkassen führen – eventuelle Mehrkosten, die durch teure Beschaffungsprozeduren oder durch höherpreisige Alternativen bedingt sind, müssen vollständig von einem nicht lieferfähigen pharmazeutischen Unternehmer getragen werden.

„Pharma-Dialog“ und „Jour Fixe“

Seit dem „Pharma-Dialog“ wurde auch ein „Jour Fixe“ zum Thema „Lieferprobleme“ vereinbart, an dem Vertreter des BfArM, des Bundesministeriums für Gesundheit, der GKV, der Ärzte und Apotheker, der Pharmaverbände sowie anderer Institutionen teilnehmen. Der erst Jour Fixe fand am 8.9.2016 statt, am 25.3.2020 gab es die aktuelle Zusammenkunft. Im Protokoll wurde festgehalten, dass „die Arzneimittelversorgung in Deutschland in der Fläche grundsätzlich weiterhin als gut zu bewerten“ ist. Ärzte sollen nur bedarfsgerecht verordnen, in Apotheken sollen OTC-Produkte nur bei tatsächlichem Bedarf abgegeben werden. Ratschläge an die pharmazeutischen Unternehmen? Keine! Ein eher realitätsfernes Ergebnis.

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

CORONA

Aufruf zur Stärkung solidarischer Strukturen in Zeiten der Corona-Pandemie

März 2020

Im Zuge der Corona-Pandemie kommt es zu Krisen im Gesundheitssystem, der Wirtschaft und zu starken Einschränkungen des öffentlichen Lebens. Besonders betrifft dies bereits jetzt schon prekarisierte und diskriminierte Menschen - unter anderem Menschen, die auf Sozialleistungen angewiesen sind, sich in unsicheren Arbeitsverhältnissen befinden, Alleinerziehende, Wohnungslose und von Rassismus Betroffene werden es in der kommenden Zeit schwer haben. Auch bedeutet der Rückzug ins Private nicht für alle Menschen Schutz: Menschen mit wenig sozialen Kontakten, psychischen Erkrankungen oder Betroffene von häuslicher Gewalt sind hierdurch sogar stark gefährdet.
Um einer weiteren sozialen Spaltung entgegen zu wirken, ist solidarisches Handeln in unserer Gesellschaft nun wichtiger denn je. Es liegt an uns allen, ein Klima der gegenseitigen Unterstützung ohne Raum für Ausgrenzung, Diskriminierung und Vereinzelung zu schaffen!
Dabei werden Projekte der solidarischen Nachbarschaftshilfe besonders wichtig sein, gerade in sozio-ökonomisch schwachen Stadtteilen. Darunter fallen Einkaufs- und Kochhilfen, Kinderbetreuung, Ausgehen mit dem Hund und andere noch zu findende Formen der gegenseitigen Fürsorge, die jedoch immer auf eine Minimierung des Ansteckungsrisikos und damit auf eine Verlangsamung der Ausbreitungsgeschwindigkeit des Virus hin überprüft werden sollten.
Darüber hinaus bedarf es aber auch sofortigen staatlichen Handelns, um eine Verschärfung der strukturellen Benachteiligung von vielen Menschen zu verhindern.

Unsere Forderungen sind:

- Alle zum Infektionsschutz nötigen Informationen müssen mehrsprachig, barrierefrei und in leichter Sprache zugänglich sein.
- Unterstützung von solidarischen Nachbarschaftsstrukturen (auch finanziell).
- Aufstockung der Mittel sozialer und soziokultureller Träger und lokaler (Nachbarschafts-)Initiativen, damit diese gerade jetzt ihre wichtige, aber oft ehrenamtliche Arbeit sicherstellen können
- Die medizinische Versorgung muss **allen** Menschen in Deutschland, auch jenen ohne Krankenversicherung, niedrigschwellig zugänglich sein.
- Menschen ohne Aufenthaltsstatus muss explizit zugesichert werden, dass das Infektionsschutzgesetz eingehalten wird. Das heißt, weitergegebene Daten dürfen sich in keiner Weise negativ auf ihren Aufenthalt auswirken.
- Aussetzung von Abschiebung in alle Länder
- Es müssen ausreichend Wohnungen oder Zimmer für wohnungslose Menschen zur Verfügung gestellt werden, um Krankheitsbehandlungen und Quarantänemaßnahmen sicherzustellen. Zum Beispiel durch die Anmietung oder Beschlagnahmung von Hotels
- Menschen, die durch die kommende gesundheitliche und wirtschaftliche Krise in existenzielle Notlagen kommen, benötigen sofortige finanzielle Unterstützung und strukturellen Schutz. Dies kann Maßnahmen beinhalten wie:
  - ◊ Erhöhung und Entbürokratisierung der Grundsicherung
  - ◊ Verschärfung des Kündigungsschutzes
  - ◊ Arbeitsschutzmaßnahmen für Menschen in ungesicherten Arbeitsverhältnissen
  - ◊ Lohnfortzahlung auch für Geringverdienende
  - ◊ Verbot von Mieterhöhung und Zwangsräumung
  - ◊ Ein bedingungsloses Grundeinkommen
- Sicherstellung der medizinischen Versorgung auch über die deutschen Grenzen hinaus, besonders durch die Aufnahme von Schutzsuchenden an den Europäischen Außengrenzen. Sofortiger Stopp aller gesundheitsgefährdenden Maßnahmen zur Sicherung der europäischen Außengrenzen, besonders in Bezug auf Atemwegserkrankungen, wie Tränengas oder Ventilatoren.

Diese Maßnahmen dienen nicht nur der sozialen Gerechtigkeit, sondern auch der Verlangsamung der Ausbreitungsgeschwindigkeit des Virus.

Gemeinsames Statement des Poliklinik-Syndikats – Solidarische Gesundheitszentren
Unterzeichner*innen:
Gesundheitskollektiv Berlin e.V.
Gruppe für Stadtteilgesundheit und Verhältnisprävention e.V. (Poliklinik Veddel)
Solidarische Gesundheit Dresden e.V.
Solidarisches Gesundheitszentrum Leipzig e.V.
https://www.poliklinik-syndikat.org/#news

CORONA

Thesenpapier zur Pandemie durch SARS-CoV-2/Covid-19

Von Prof. Dr. med Matthias Schrappe, Hedwig Francois-Kettner, Dr. med. Matthias Gruhl, Franz Knieps, Prof. Dr. phil. Holger Pfaff und Prof. Dr. rer.nat. Gerd Glaeske
Vom 05. April 2020

Hier wird die Zusammenfassung dargestellt

Die Bedrohung durch SARS-CoV-2/Covid-19 macht ein Zusammenwirken von Politik und Wissenschaft notwendig. Eine sinnvolle Beratung der politischen Entscheidungsträger muss mehrere wissenschaftliche Fachdisziplinen umfassen, wobei die diagnostischen Fächer (hier: Virologie), die klinischen Fächer (hier: Infektiologie, Intensivmedizin) und die Pflege ganz im Vordergrund stehen sollten. Da eine Epidemie jedoch nie allein ein medizinisch-pflegerisches Problem darstellt, sondern immer auf die aktuelle Verfasstheit der gesamten Gesellschaft einwirkt und auch nur im Rahmen einer gesamtgesellschaftlichen Anstrengung zu bewältigen ist, erscheint zusätzlich eine Mitwirkung von Vertretern der Sozialwissenschaften, *Public Health*, Ethik, Ökonomie, Rechtswissenschaft und Politikwissenschaft unverzichtbar. Entscheidend ist hierbei die Einsicht, dass notwendige Verhaltensveränderungen auf Ebene der Bevölkerung und in den Institutionen (denen bei Covid-19 besondere Bedeutung zukommt) nie allein durch eindimensionale Einzelinterventionen (z.B. gesetzliche Vorschriften), sondern nur durch Mehrfach- bzw. Mehrebeneninterventionen erreicht werden können, zu denen eben auch psychologische, soziale, ökonomische und politische Maßnahmen zählen.

Im Einzelnen nimmt dieses Thesenpapier zu den drei Themenbereichen Epidemiologie, Prävention und gesellschaftspolitische Relevanz Stellung:

1. Epidemiologie

SARS-CoV-2/Covid-19 wird durch Tröpfchen-Infektion übertragen. Eine Infektion durch asymptomatische Virusträger ist möglich und epidemiologisch höchst relevant. Das epidemiologische Muster ist durch Risikogruppen (hohes Alter, Multimorbidität), die nosokomiale Übertragung im institutionellen Rahmen (Pflegeheime, Betreuungseinrichtungen, Krankenhäuser) und das spontane Auftreten von *Clustern* charakterisiert. Zur Diagnose dient der Nachweis von genetischem Material durch die PCR-Reaktion, welche jedoch nicht zwangsläufig eine gegebene Infektiosität bedeutet. Durch die mangelnde Verfügbarkeit wird das Testverfahren meist nur bei Symptomen oder gegebenem Kontakt zu Infizierten durchgeführt, populationsbezogene Daten sind daher kaum vorhanden.

These 1: Die zur Verfügung stehenden epidemiologischen Daten (gemeldete Infektionen, Letalität) sind nicht hinreichend, die Ausbreitung und das Ausbreitungsmuster der SARS-CoV-2/Covid-19-Pandemie zu beschreiben, und können daher nur eingeschränkt zur Absicherung weitreichender Entscheidungen dienen.

These 1.1. Die **Zahl der gemeldeten Infektionen** hat nur eine geringe Aussagekraft, da kein populationsbezogener Ansatz gewählt wurde, die Messung auf einen zurückliegenden Zeitpunkt verweist und eine hohe Rate nicht getesteter (v.a. asymptomatischer) Infizierter anzunehmen ist.
1. Die Zahl der täglich beim RKI gemeldeten Fälle wird in hohem Maße durch die *Testverfügbarkeit und Anwendungshäufigkeit* beeinflusst.
2. Unter Berücksichtigung dieser anlassbezogenen Teststrategie ist es nicht sinnvoll, von einer sog. *Verdopplungszeit* zu sprechen und von dieser Maßzahl politische Entscheidungen abhängig zu machen.
3. Die Darstellung in exponentiell ansteigenden Kurven der kumulativen Häufigkeit führt zu einer *überzeichneten Wahrnehmung*, sie sollte um die Gesamtzahl der asymptomatischen Träger und Genesenen korrigiert werden.
4. Die Zahl der gemeldeten Fälle an Tag X stellt keine Aussage über die Situation an diesem Tag dar, sondern bezieht sich auf einen *Zeitpunkt in der Vergangenheit*.
5. Ungefähr zwei Drittel der Infizierten werden zu diesem Zeitpunkt *nicht erfasst*.
6. Überlegungen zu *populationsbezogenen Stichproben* (Nationale Kohorte) müssen intensiviert werden.

These 1.2. Die Zahlen zur **Sterblichkeit (*Case Fatality Rate*)** überschätzen derzeit das Problem und können nicht valide interpretiert werden.
1. *Mangelnde Abgrenzung der Grundgesamtheit*: Es ist derzeit nicht bekannt, auf wie viel infizierte Personen die Zahl der gestorbenen Patienten zu beziehen ist;
2. *Fehlende Berücksichtigung der attributable mortality*: Es ist nicht klar, inwieweit die beobachtete Letalität tatsächlich auf die Infektion mit SARS-CoV-2 zurückzuführen und nicht durch die Komorbidität oder den natürlichen Verlauf zu erklären ist;
3. *Fehlender Periodenvergleich* über mehrere Jahre in glei-

chen Patientenkollektiven vergleichbarer Morbidität: Es gibt keine Erkenntnisse über die *excess-mortality* im Vergleich zu einer Alters-, Komorbiditäts- und Jahreszeit-gematchten Population in den zurückliegenden Jahren.

These 1.3. SARS-CoV-2 kann als **nosokomiale Infektion** in Krankenhäusern und Pflege- bzw. Betreuungseinrichtungen auf andere Patienten und Mitarbeiter übertragen werden.
Dieser Ausbreitungstyp stellt mittlerweile den dominierenden Verbreitungsmodus dar. Der Aufenthalt in Risikogebieten und der individuelle Kontakt wird an Bedeutung abnehmen.

These 1.4. Covid-19 ist durch ein **lokales Herdgeschehen** (*Cluster*) mit nicht vorhersehbarem Muster des Auftretens gekennzeichnet.
SARS-CoV-2/Covid-19 stellt keine homogene, eine ganze Bevölkerung einheitlich betreffende Epidemie dar, sondern breitet sich inhomogen über *lokal begrenzte Cluster* (z.B. Heinsberg, Würzburg, Wolfsburg) aus, die in Lokalisierung und Ausdehnung *nicht vorhersehbar* sind (komplexes System).

2. Präventionsstrategien

These 2: Die allgemeinen Präventionsmaßnahmen (z.B. *social distancing*) sind theoretisch schlecht abgesichert, ihre Wirksamkeit ist beschränkt und zudem paradox (je wirksamer, desto größer ist die Gefahr einer „zweiten Welle“) und sie sind hinsichtlich ihrer Kollateralschäden nicht effizient. Analog zu anderen Epidemien (z.B. HIV) müssen sie daher ergänzt und allmählich ersetzt werden durch Zielgruppen-orientierte Maßnahmen, die sich auf die vier Risikogruppen hohes Alter, Multimorbidität, institutioneller Kontakt und Zugehörigkeit zu einem lokalen *Cluster* beziehen.

Diese vier Risikofaktoren sind voneinander abhängig: Während betagte Personen ohne Multimorbidität kaum ein erhöhtes Risiko haben, steigt ihr Risiko mit zunehmender Multimorbidität rapide an, erhöht sich weiter bei Kontakt zu Krankenversorgungs- und/oder Pflegeeinrichtungen und „explodiert“ geradezu bei Auftreten spontan entstehender lokaler Herde. Für die Fortentwicklung der Präventionsstrategien sind u.a. folgende Empfehlungen zu geben:

- Ergänzung der allgemeinen Präventionsmaßnahmen (Eindämmung, *containment*) durch spezifische Präventionskonzepte,
- Entwicklung eines einfachen Risikoscores auf der Basis der o.g. vier Risikokonstellationen, der auf Einzelpersonen und Personengruppen anwendbar ist,
- Trennung der Betreuungs- und Behandlungsprozesse der Infizierten bzw. Nicht-Infizierten im institutionellen Rahmen (Entwicklung von Vorgaben), und
- zentrale Etablierung einer Hochrisiko-*Task Force*, die auf spontan entstehende Herde (*Cluster*) reagieren kann.

3. Gesellschaftliche Aspekte

These 3: Entstehung und Bekämpfung einer Pandemie sind in gesellschaftliche Prozesse eingebettet. Die derzeitig angewandte allgemeine Präventionsstrategie (partieller *shutdown*) kann anfangs in einer unübersichtlichen Situation das richtige Mittel gewesen sein, birgt aber die Gefahr, die soziale Ungleichheit und andere Konflikte zu verstärken. Es besteht weiterhin das Risiko eines Konfliktes mit den normativen und juristischen Grundlagen der Gesellschaft. Demokratische Grundsätze und Bürgerrechte dürfen nicht gegen Gesundheit ausgespielt werden. Die Einbeziehung von Experten aus Wissenschaft und Praxis muss in einer Breite erfolgen, die einer solchen Entwicklung entgegenwirkt.

Obwohl Solidarität und Verbundenheit eingefordert wird, ist davon auszugehen, dass die SARS-CoV-2/Covid-19-Pandemie und die bisherigen allgemeinen Präventionsmaßnahmen auf gesellschaftliche Prozesse einwirken und bestehende Konfliktlinien vertiefen. In erster Linie trifft dies auf die Problematik der sozialen Ungleichheit zu, denn allein die Bevölkerungs-bezogenen Maßnahmen treffen Personen mit niedrigem Einkommen und Selbstständige deutlich stärker als Personen mit größerem finanziellen Spielraum. In zweiter Linie wird die derzeitige Legitimationskrise des demokratischen Systems verschärft, denn erneut wird die Alternativlosigkeit des exekutiven Handelns dem demokratischen Diskurs gegenübergestellt (z.B. Reduktion der parlamentarischen Kontrolle). Die beiden letztgenannten Punkte werden verstärkt durch – drittens - ökonomische Risiken, die mit dem Fortbestehen und den eventuellen Verschärfungen in der Einschränkung von Freizügigkeit und Berufsausübung verbunden sind. Viertens besteht die Gefahr, dass unter Verweis auf den unaufschiebbaren Handlungsbedarf autoritäre Elemente des Staatsverständnisses aus Ländern mit totalitären Gesellschaftssystemen in das deutsche Staats- und Rechtssystem übernommen werden (z.B. individuelle Handyortung). Es muss klargestellt werden und klargestellt bleiben, dass es keinen *trade-off* zwischen der demokratischen Verfasstheit und den Bürgerrechten auf der einen Seite und den Anforderungen der Seuchenbekämpfung auf der anderen Seite geben darf.
Insbesondere dürfen die normativen Grundlagen des Rechtsstaates nicht relativiert werden.

Das gesamte Dokument finden Sie auf: www.vdpp.de

CORONA

Zugang zu medizinischer Versorgung: Für alle – jetzt sofort – für immer!

Pressemitteilung vom 14. April 2020

35 bundesweite Medibüros und Medinetze weisen auf die dramatische Versorgungssituation von hunderttausenden Migrant*innen ohne Krankenversicherungsschutz in der Corona-Krise hin. In einem offenen Brief an die gesundheitspolitischen Verantwortlichen ersuchen sie dringend um eine schnelle, bundesweit einheitliche und nachhaltige Lösung. Die unterzeichnenden und unterstützenden Organisationen mahnen an, dass der sichere und verlässliche Zugang zu gesundheitlicher Versorgung ein Menschenrecht ist und ohne Einschränkungen gewährt werden muss.
Der offene Brief wurde am 13. April 2020 versendet an:
Bundesgesundheitsminister JENS SPAHN, Bundesminister für Arbeit und Soziales HUBERTUS HEIL, Bundesminister des Innern, für Bau und Heimat HORST SEEHOFER, die Vorsitzende der Gesundheitsministerkonferenz 2020 DILEK KALAYCI, die TEILNEHMER*INNEN der Gesundheitsministerkonferenz 2020

Angesichts der Corona-Pandemie hat die WHO am 04.04.2020 Regierungen weltweit dazu aufgefordert, Geflüchteten, Migrant*innen, Obdachlosen sowie Menschen ohne Krankenversicherung Zugang zu Tests und Behandlung zu geben und finanzielle Barrieren abzubauen. Schon am 24.03.2020 haben ÄRZTE DER WELT mit über 40 mitzeichnenden Organisationen in einem offenen Brief an den Corona-Krisenstab der Bundesregierung ihre tiefe Besorgnis darüber ausgedrückt, dass Hunderttausende in Deutschland keine Möglichkeit haben, sich testen und behandeln zu lassen oder in Quarantäne zu gehen. Illegalisierte Migrant*innen, die auf anonyme Diagnostik und Behandlung angewiesen sind, fürchten, dass ihre Daten an die Ausländerbehörden übermittelt (§ 87 AufenthG) und sie abgeschoben werden. Andere schrecken vor hohen Behandlungskosten zurück und vermeiden Arztbesuche, Untersuchungen oder Tests. Auch zu verlässlichen Informationen in ihrer Sprache über das Coronavirus und die Lungenkrankheit Covid-19 haben viele Menschen keinen Zugang. Sie sind von der Pandemie besonders bedroht. Trotz lokaler, bundesweiter und internationaler Vorstöße, Empfehlungen und breiter medialer Berichterstattung sind in Deutschland bis heute weder Kostenübernahme, Zuständigkeit noch Verfahrensweise für unversicherte Menschen verbindlich geregelt. Das ist grob fahrlässig.

Die Corona-Krise zwingt außerdem zivilgesellschaftliche, oft ehrenamtlich getragene Einrichtungen für Menschen ohne Krankenversicherung, wegen des hohen Ansteckungsrisikos und fehlender Schutzvorkehrungen ihre Sprechstunden zu reduzieren oder gar auszusetzen. Menschen mit chronischer oder akuter Erkrankung bleiben schlichtweg unversorgt. Das hat verheerende gesundheitliche Folgen.

Die dramatischen Zustände sprechen unmissverständlich für eine schnelle, bundesweit einheitliche und nachhaltige Lösung!

Wir fordern:
1. die sofortige, ausnahmslose und dauerhafte Eingliederung von allen unversicherten Menschen in das reguläre, gesetzliche Krankenversicherungssystem unabhängig vom Aufenthaltsstatus.
2. die vollständige Abschaffung der Übermittlungspflicht nach § 87 AufenthG.

Auch wenn provisorische Lösungen in der Krise naheliegend scheinen: Der derzeitige Ausnahmezustand akzentuiert nur die Probleme des Normalzustands. Dieser war schon ‚vor Corona' mangelhaft – und muss dringend an menschenrechtlich bindende Standards angepasst werden. Die Pandemie spitzt tagtägliche Ausgrenzung sowie Entrechtung zu und macht die strukturellen Defizite von bestehenden medizinischen Parallelsystemen sichtbar.
In Deutschland leben hunderttausende illegalisierte Migrant*innen sowie EU-Bürger*innen, die aus der medizinischen Regelversorgung ausgeschlossen sind. Die fatale Konsequenz: Krankheiten werden nicht rechtzeitig erkannt oder behandelt, chronifizieren, verlaufen schwer, enden tödlich. Seit Jahren versuchen ehrenamtliche Initiativen wie die Medibüros und Medinetze, eine Versorgung über freiwillige Ärzt*innen zu organisieren, um das Schlimmste zu verhindern. In den letzten Jahren sind auf lokaler Ebene temporäre Projekte einer Clearingstelle und/oder eines „Anonymisierten Krankenscheins" erkämpft worden. Weitere Städte und Bundesländer bemühen sich aktuell darum. Diese Schritte sind zu unterstützen, da sie die Situation zumindest vergleichsweise verbessern.
Doch befristete, lokale Projekte oder ehrenamtliche Unterstützung lösen die Probleme nur notdürftig. Sie etablieren lückenhafte Parallelsysteme. Die finanziellen und personellen Ressourcen sind begrenzt und unbeständig. Projekte zur Vergabe „Anonymisierter Krankenscheine" sind organisatorisch aufwendig und gegebenenfalls kostenintensiv. Ehrenamtliche Initiativen wiederum hängen von Spendengeldern, der Zeit und der Motivation von Freiwilligen ab. In

beiden Fällen haben Betroffene anders als gesetzlich Versicherte keinen zuverlässigen und sicheren Zugang zum Gesundheitssystem – und damit zu medizinischer Versorgung.
Dieser Zugang aber muss allen Menschen, die in Deutschland leben, offenstehen: uneingeschränkt und langfristig. Daher fordern wir die gesundheitspolitisch Verantwortlichen dringend auf: Geben Sie mit der Eingliederung in das medizinische Regelsystem unabhängig vom Aufenthaltsstatus sowie mit der Abschaffung von § 87 endlich eine Garantie auf dieses Menschenrecht!

Der offene Brief ist gezeichnet von den Medibüros und Medinetzen Berlin, Bielefeld, Bochum, Bonn, Bremen, Chemnitz, Dortmund, Dresden, Düsseldorf, Erlangen, Essen, Freiburg, Gießen, Göttingen, Halle, Hamburg, Hannover, Jena, Karlsruhe, Kiel, Köln, Leipzig, Lübeck, Magdeburg, Mainz, Marburg, Nürnberg/Fürth, Oldenburg, Paderborn, Plauen, Rhein-Neckar, Rostock, Solingen, Tübingen, Ulm, Würzburg (Stand 15.04.2020).

KONTAKT: info@medibuero.de
DIE FORDERUNGEN WERDEN UNTERSTÜTZT VON:

Ärzte der Welt e.V. • Bundesweite Arbeitsgemeinschaft Psychosozialer Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAfF e.V.) • Bundeszahnärztekammer (BZÄK) • Café 104 München • Deutsche Aidshilfe e.V. • Flüchtlingsrat Baden-Württemberg e.V. • Flüchtlingsrat Berlin e.V. • Flüchtlingsrat Brandenburg e.V. • Flüchtlingsrat Bremen e.V. • Flüchtlingsrat Mecklenburg-Vorpommern e.V. • Flüchtlingsrat Rheinland-Pfalz e.V. | Arbeitskreis Asyl • Flüchtlingsrat Sachsen-Anhalt e.V. • Flüchtlingsrat Schleswig-Holstein e.V. • Kritische Mediziner*innen Freiburg der Fachschaft Medizin (Ofamed) • Poliklinik Veddel e.V. • Sächsischer Flüchtlingsrat e.V. • Solidarity City Berlin • Verein demokratischer Ärztinnen und Ärzte (vdää) • Verein demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten (VdPP) • Women in Exile e.V.

Weitere Informationen: https://medibuero.de/

Grußwort des VdPP-Vorstands

Ein Grußwort des Vorstands zu schreiben, fällt in Corona-Krisenzeiten wirklich schwer. So viel ist im Umbruch, so viel ist ausgesetzt, neu verfügt, spekuliert, angeordnet, außer Kraft gesetzt, eingefordert, überwacht, überstürzt, alternativlos, wieder rückgängig gemacht, undemokratisch, freiheitseinschränkend usw. usw.
Aber dagegen steht manches Solidarische, Mitfühlende, Sorgende, Heldenhafte, Nachdenkliche, Gemeinwohlorientierte usw. usw. Die Corona-Krise hält uns fest in Bann. Die Rückkehr in den normalen Alltag wird schwer werden. Was kommt danach? Ich denke, in der Zeit danach wird es weiterhin wichtig sein, für Solidarität, Demokratie und Gemeinwohlorientierung im Gesundheitswesen zu streiten – vielleicht wird es sogar noch wichtiger werden. Doch zunächst, Euch allen wünsche ich: Bleibt gesund!
Udo Puteanus für den VdPP-Vorstand

Zur Kandidatur von Frau Overwiening

Die Kandidatur von Gabriele Regina Overwiening auf den Posten der ABDA Präsidentin wird die Standesvertretung im Wesentlichen aus zwei Gründen durcheinanderwürfeln: Erstens ist es höchste Zeit, dass eine Frau Chefin der frauendominierten Apothekerschaft wird. Zweitens hat Overwiening in ihrem Kammerbezirk Westfalen-Lippe immer wieder mit progressiven, qualitätsorientierten Aktionen auf sich aufmerksam gemacht. Den heilberuflichen Versorgungsauftrag authentisch zu verkörpern ist Voraussetzung für Verhandlungen um gesetzgeberische Neuerungen – und für neues Selbstvertrauen und modernes Selbstverständnis in der Apothekerschaft selbst. Da kann Overwiening punkten.
Nicht eindeutig hat sie sich zur Kompromisslösung beim Versandhandel/Rabattverbot geäußert. Wenn dieses Gesetz in der EU gekippt wird, wird noch deutlicher, dass ein Kompromiss in dieser Frage nur ein arg fauler Kompromiss ist. Hier wäre von Overwiening eine klarere Haltung pro Versandverbot wünschenswert. Aber gibt es innerhalb der ABDA dafür den notwendigen Spielraum?
Mit Aussicht auf verstärkte Akzentuierung des heilberuflichen Auftrags der Apothekerschaft freuen wir uns nach ihrer Wahl auf einen fairen demokratischen Wettstreit der Ideen.

VdPP-Vorstand

APOTHEKENSTERBEN

Ist die Arzneimittelversorgung gefährdet?

TEIL I

Die Zahl der Apotheken hat seit 2008 bis Ende 2019 abgenommen. Woran liegt das? Und ist die flächendeckende Versorgung der Bevölkerung mit Arzneimitteln über Apotheken gefährdet?

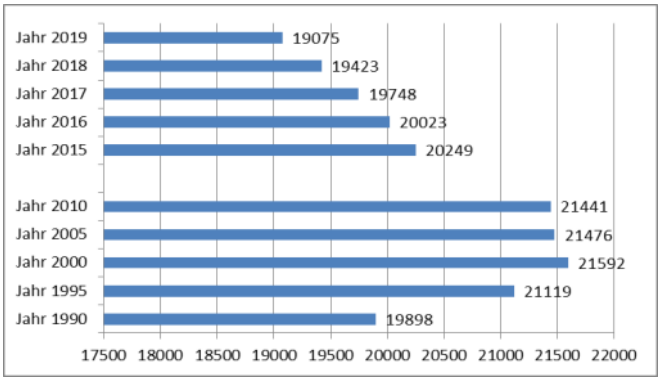
Von Udo Puteanus

Warum schließen Apotheken?

Die Situation kann ganz unterschiedlich sein. Denn es gibt mehrere Gründe für das Schließen von Apotheken:

Die Situation auf dem Land:

- Die Zahl der auf dem Land lebenden Menschen sinkt, sodass weniger Kunden in die Apotheken kommen. Landflucht und Zuzüge in die Städte lassen sich auch bei Ärzt*innen beobachten. Dadurch fehlen den Apotheken Rezepte und Kunden. In Städten sind es oftmals abwandernde Ärzt*innen aus einem für sie wirtschaftlich nicht mehr attraktiven Umfeld, sodass Apotheken auch dort ihre wirtschaftliche Grundlage verlieren.
- Seit einigen Jahren zieht es Ärzt*innen nicht nur in die Städte, sondern – wenn sie auf dem Land bleiben – vermehrt in Medizinische Versorgungszentren (MVZ), in Gemeinschaftspraxen oder Praxisgemeinschaften. Auch dies spüren Apotheken an alten Standorten.
- Die Anziehungskraft der Städte lässt für viele junge Pharmazeut*innen das Leben auf dem Land unattraktiv erscheinen. Folge ist ein Nachwuchsmangel, der insbesondere in ländlichen Regionen verhindert, dass Apotheken nach altersbedingtem Ausscheiden des Apothekenleiters weiterbetrieben werden können.
- Für die Zukunft erschwerend kommt hinzu, dass in den nächsten Jahren viele Apothekenleiter*innen wie auch Ärzti*nnen in das Rentenalter kommen und auf der Suche nach Nachfolger*innen sind. Es ist absehbar, dass die sich auftuende demographische Lücke nicht zu schließen ist.
- Junge Apotheker*innen sind – wie ihre ärztlichen Altersgenoss*innen – heute seltener als früher bereit, als Unternehmer*innen in Kleinbetrieben zu arbeiten und Gefahr zu laufen, oftmals nur über Selbstausbeutung den Anforderungen zu entsprechen. Inzwischen gibt es finanziell interessante andere Arbeitsmöglichkeiten für junge Apotheker*innen, die sich z. B. auch in Teilzeitbeschäftigung und ohne Notdienste erledigen lassen. Arbeitsplätze in der Klinik oder Industrie, in Behörden oder Verbänden werden von Berufseinsteiger*innen zudem häufiger als fachlich anspruchsvoller und interessanter wahrgenommen.
- Aus der Beobachtung der typischen Landapotheken in Nordrhein-Westfalen (das sind Apotheken, die im Umkreis von fünf Straßenkilometern keine Konkurrenzapotheken haben) lässt sich seit 2012 erkennen, dass es bis 2018 nur selten alleinstehende Apotheken waren, die aufgeben (mussten). Eher ließ sich die Abnahme der Zahl der Apotheken vor allem in größeren und kleineren Städten aufgrund der Konkurrenzsituation und des Nachwuchsmangels beobachten. Möglicherweise ändert sich dies gerade, da 2019 ein Anstieg bei den Schließungen der typischen Landapotheken erkennbar wird.



Zahl der Apotheken (incl. Filialapotheken) 1990 bis 2019 (2019 vorläufig) (ABDA 2019)

Damit sind wir bei den Städten:

- In den Städten ist bzw. war die Zahl der Apotheken vor etwa zehn Jahren am höchsten. Immer noch hält sich in der breiten Bevölkerung die Wahrnehmung „Es gibt ja mehr Apotheken als Bäcker“. Gerade wieder verkündete ein Gesundheitsminister diesen alten wie falschen Spruch. Aber es war und ist schon lange nicht mehr so. Gerade in den für Apotheken weniger lukrativen Stadtteilen schließen die Apotheken, weil die Leiter*innen keinen Nachfolger finden und/oder weil sich die wirtschaftliche Situation für diese Apotheken eingetrübt hat. Dennoch ist es auch richtig, dass in den Innenstädten die Zahl der Apotheken in der Regel weiterhin sehr hoch ist; zumindest solange dort die Zahl der Ärzt*innen und der kaufkräftigen Bevölkerung nicht sinkt.
- Versandhandel greift zumindest im OTC-Geschäft inzwischen mit ca. 15 Prozent einen beträchtlichen Umsatz ab. Bei Rx-Arzneimitteln ist der Umsatz per Versand (noch?) gering (ca. 1-2%). Insgesamt ist der Versandhandel aber ein zumindest intensiv gefühlter Faktor für das Apothekensterben, wenn er auch von den Vertreter*innen der Apothekerschaft aus standespolitischen Gründen überbewertet wird. Wie sich die Corona-Krise auswirken wird, lässt sich noch nicht sagen.
- Die Aufschläge pro Arzneimittelverordnung, die die Apotheken zur Deckung ihrer Kosten erhalten, sind in den letzten Jahren nicht mehr – der allgemeinen Preisentwicklung folgend – erhöht worden. Aber die fixen Ausgaben einer Apotheke sind gestiegen. Beides zusammen hat ebenfalls zum Apothekensterben beigetragen.

Düstere Aussichten?

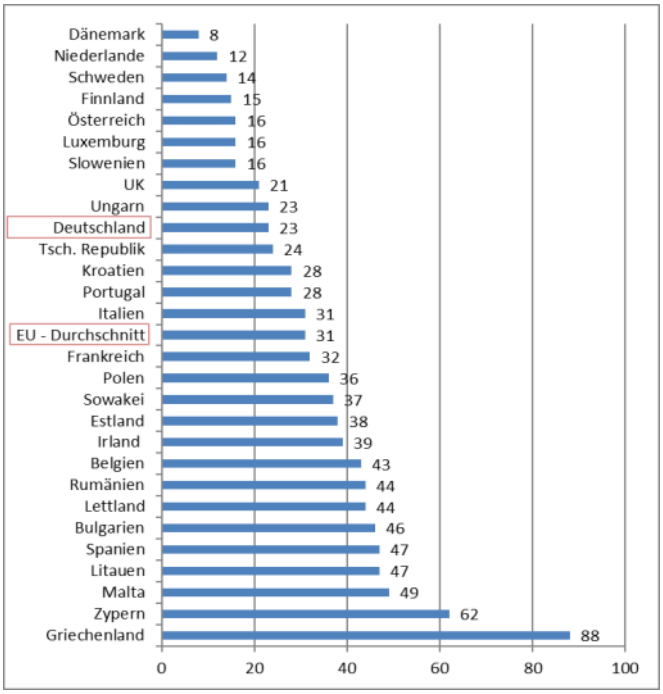
Einige Wirtschaftsexperten sehen besonders düster in die Zukunft der Apothekenlandschaft. Für rund 7.600 von den ca. 20.000 Apotheken sehen sie kaum eine Überlebenschance. So steht es im 2hm-Gutachten des Bundeswirtschaftsministeriums Ende 2017. Eventuell entstehende Versorgungslücken könnten nach den Vorstellungen der Gutachter durch den Versandhandel geschlossen werden. (4) Zudem schlagen sie die Senkung des Verordnungsaufschlags vor bei gleichzeitiger Erhöhung struktureller Zuwendungen, z. B. über den Notdienstfonds, um die Apothekendichte in der Fläche zu sichern. Von Seiten der Apothekerschaft wurde dieses Konzept abgelehnt, die ABDA fand es sogar nicht einmal würdig, sich überhaupt dazu zu äußern.

Für diejenigen, die das finanzielle Aus ihrer Apotheke sehen oder die keinen Nachfolger finden, bricht oftmals eine Welt zusammen. Die existentiellen Sorgen und die Aussicht, dass ihre mit viel Herzblut geführten Apotheken keine Chance mehr haben, führt in die Verbitterung, wie man es an vielen Leserbriefen in der pharmazeutischen Fachpresse lesen kann. Und dies prägt sich auch in das Bewusstsein der nachfolgenden Generation ein. So verwundert es nicht, dass sich manchmal ein ganzer pharmazeutischer Jahrgang einer Universität die Übernahme einer Apothekenleitung nicht mehr vorstellen kann.

Was ist die „richtige“ Apothekendichte?

In Griechenland gibt es 88 Apotheken auf 100.000 Einwohner, in Frankreich 32; im EU-Durchschnitt sind es 31 Apotheken/100.000 Einwohner, in Deutschland 23, in Österreich 16, in den Niederlanden 12 und in Dänemark 8 (ABDA 2019). So ungleich ist das in Europa. Was sind die Gründe dafür und gibt es für eine bedarfsgerechte Apothekendichte überhaupt irgendwelche Kriterien?

Die Standesführung der Apotheker*innen sieht die flächendeckende Versorgung mit Arzneimitteln über Apotheken in Zukunft in Deutschland gefährdet und versucht mit der umfangreichen und von vielen Marktpartnern

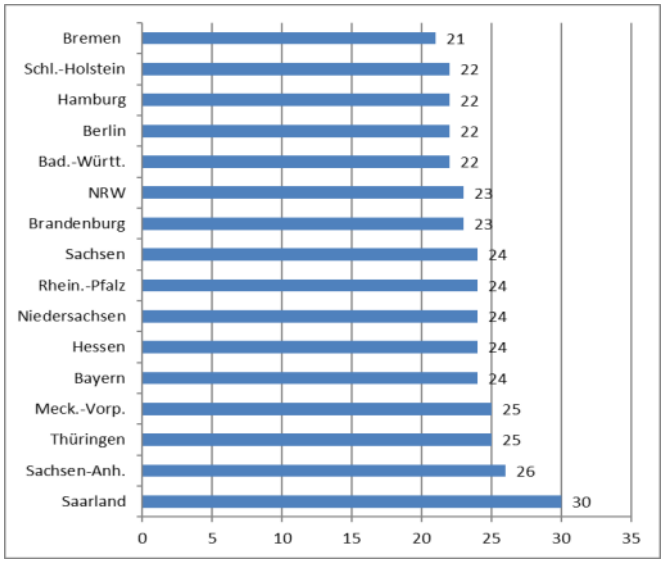


Apotheken pro 100.000 Einwohner in Europa (ABDA 2019)

unterstützten Kampagne *#unverzichtbar* die Bevölkerung für ihr Anliegen zu gewinnen und damit politischen Druck aufzubauen. Ziel ist es inzwischen allerdings nicht mehr, den Versandhandel verbieten zu lassen, sondern die „Gleichpreisigkeit" zu erhalten, also die rechtliche Absicherung, dass in allen Apotheken – also auch in den Versandapotheken – der Preis für verschreibungspflichtige Arzneimittel gleich bleibt. Auch einige Bürgermeister*innen unterstützen diese Kampagne.

Ist die flächendeckende Versorgung gefährdet?

Nach den Äußerungen von Standesvertreter*innen ist die flächendeckende Versorgung derzeit aber nicht gefährdet; weder in Brandenburg oder Mecklenburg-Vorpommern, in Bundesländern also, in denen die Bevölkerung schon mal 20 bis 30 Kilometer bis zur nächsten Apotheke (und zur nächsten Ärztin) fahren muss, noch anderswo. Dennoch wird immer wieder die Gefahr heraufbeschworen, dass sich das in Zukunft ändern könnte. Wenn die Versorgung aber in den dünnbesiedelten Flächenländern nicht gefährdet ist, wie soll sie dann in den bevölkerungsstärkeren Bundesländern oder gar in Stadtstaaten oder Metropolregionen gefährdet sein? Warum sich aufregen, wenn Patient*innen mal 100 Meter, 500 Meter oder ein paar Kilometer mehr bis zur nächsten Apotheke gehen oder fahren müssen. Zur Ärztin oder zum Arzt werden diese Entfernungen ja ebenfalls zurückzulegen sein. So ist doch die Realität auf dem Land.



Apotheken pro 100.000 Einwohner nach Bundesländern (ABDA 2019)

Das Thema „flächendeckende Versorgung" lässt sich auch aus einer anderen Perspektive betrachten, und zwar: Was ist in Deutschland notwendig, damit alle Menschen ausreichend schnell die notwendigen Arzneimittel erhalten und diese auch richtig anwenden; also wie viele Apotheken und wie viel pharmazeutische Kompetenz und Kommunikationsvermögen müssen vor Ort vorhanden sein, um den Versorgungsauftrag erfüllen zu können? Und gibt es weitere Funktionen für Apotheken, die für die Bevölkerung vor Ort wesentlich sind?

Zur ersten Frage, der ausreichend schnellen Belieferung: Daraus ergeben sich weitere Fragen:

- Was ist ausreichend schnell: sofort, nach einer Stunde, nach sechs Stunden, nach 24 Stunden oder sogar noch später? Wie kommt der Kunde zur Apotheke: zu Fuß, per Fahrrad, per Öffentlichem Nahverkehr oder per Auto, und: fährt er/sie selbst oder wird gefahren? Wer den Apothekenalltag kennt, weiß, dass die sofortige Belieferung auch heute schon nur zum Teil gewährleistet werden kann. Mit Vorbestellungen, Nutzung von Botendiensten – und ja, auch mit Versand – entwickeln die Menschen ihre Strategien, Arzneimittel zu beziehen.
- Was sind notwendige Arzneimittel, die sofort verfügbar sein müssen? In der Selbstmedikation kann sicherlich auf vieles verzichtet werden, aber in der einen oder anderen Situation hätte man schon gern sofort ein Schmerzmittel oder Nasentropfen, auch oder gerade im Notdienst. Auch verschreibungspflichtige Arzneimittel hätte man im Notfall gern sofort, wenn man den Notarzt aufgesucht hat, ohne erst die nächste notdiensthabende und ausreichend lieferfähige Apotheke suchen zu müssen. Aber auch außerhalb des Notfalls hätte man gern seine Arzneimittel in der Regel möglichst schnell.
- Und dann die Frage, können alle Menschen ihre Arzneimittel rechtzeitig beziehen? Was ist mit den sozial Benachteiligten, die z. B. kein Auto haben, die die Zuzahlungen nicht aufbringen oder kein Geld für die Selbstmedikation haben; die Unterstützung brauchen, um ihre Arzneimittel beziehen und einnehmen zu können. Flächendeckende Versorgung könnte hier heißen, dass nicht nur die Apotheke vor Ort ist, sondern dass auch konkrete Lösungen für die bestehenden Probleme gefunden werden müssen. Neben pharmazeutischer Kompe-

tenz könnten hier (auch) ganz andere Fähigkeiten gefragt sein, z. B. Kompetenzen der Sozialarbeit, der Psychologie und Sozialpädagogik.

Was ist der Bedarf an Apotheken?

Was ist notwendig, damit die Menschen befähigt werden, ihre Arzneimittel richtig anzuwenden? Man könnte ja der Meinung sein, dass mit einer Apotheke vor Ort am ehesten alle Fragen rund um die verordneten und gekauften Arzneimittel geklärt werden. Bei Betrachtung der bestehenden Adhärenzprobleme könnte aber bezweifelt werden, ob die Apotheken bei der derzeitigen flächendeckenden Ausbreitung ausreichend Lösungen anbieten. Es scheint doch so zu sein, dass es auf eine Apotheke in unmittelbarer Nähe zu den Patient*innen gar nicht ankommt. Oder vielleicht doch? Wäre es ohne sie weit schlimmer mit der Adhärenz?

Was wissen wir darüber, wenn Apotheken aufgeben – bspw. Landapotheken oder Quartiersapotheken mit Alleinstellungsmerkmal? Wie wird die Arzneimittelversorgung vor Ort beeinträchtigt, verschlechtern sich die Voraussetzungen, dass die Menschen ihre notwendigen Arzneimittel erhalten, gehen sie aufgrund des Fehlens von Ansprechpartnern vor Ort häufiger falsch mit Arzneimitteln um? Und wirkt sich dies auf die Gesundheit der Bevölkerung negativ aus? Die Antwort: Wir wissen es nicht, denn darüber gibt es keine Untersuchungen. Niemand hat bisher hingeschaut, was sich in der betroffenen Bevölkerung tut, wenn eine Landapotheke (ohne Alternativapotheke) geschlossen wurde; niemand weiß, ob Ausweichstrategien der Betroffenen den Bezug und den Umgang mit Arzneimitteln positiv oder negativ beeinflussen. Übrigens: Auch bei Arztpraxen ist man bei dieser Frage nicht viel weiter. Auch hier ist zu wenig darüber geforscht worden, wie sich die Gesundheit der Bevölkerung verändert, wenn der Dorfarzt aufgibt. Die bisherige Bedarfsplanung, die es bei Ärzt*innen ja gibt, berücksichtigt weitgehend nur die Zahl der zu versorgenden Menschen, nicht aber deren spezifische Bedarfe, die je nach Region völlig unterschiedlich sein können.

Natürlich, in Katastrophensituationen sind Apotheken vor Ort als Anlaufstationen eine wesentliche Stütze im Gesundheitswesen. Das wird gerade in der derzeitigen Corona-Pandemie wieder deutlich. Auch wenn gleichzeitig der Versand von Arzneimitteln steigt, viele Menschen brauchen vor Ort Ansprechpartner, denen sie vertrauen; sie brauchen konkrete und sofortige Hilfen, um Probleme rund um die Arzneimittel und Medizinprodukte zu lösen. Und sie zeigen in Corona-Zeiten oftmals ihre Dankbarkeit für das Engagement des pharmazeutischen Personals.

Was wir wissen, ist, dass die Lebensqualität sinkt, wenn Einzelhandelsgeschäfte, Handwerker*innen, Ärzt*innen und andere Dienstleister aufgeben, wenn Schulen und kulturelle Einrichtungen verschwinden, wenn alles mühseliger wird und wenn sich das Gefühl breitmacht, abgehängt zu werden. In diese Abwärtsspirale sind auch Apotheken hineingeraten.

Es ist zu befürchten, dass das Apothekensterben zunächst weitergehen wird. Es wird ein Stück gewohnte Arzneimittelversorgung über Apotheken verloren gehen, es wird Vertrautheit und Lebensqualität vermisst werden, wenn es nicht gelingt,

1. die Apotheken vor unfairer Konkurrenz (wie (internationaler) Versandhandel) zu schützen,
2. die Bedeutung der Präsenz-Apotheken für die Gesundheit der Bevölkerung deutlich zu machen und damit weitere finanzielle Unterstützung zu begründen,
3. junge Apotheker:innen für die Übernahme von Apotheken bzw. deren Filialen zu gewinnen und
4. Apotheken als Teil der Daseinsvorsorge der Kommunen zu begreifen.

Pharmazeutische Kompetenz wird auch in Zukunft gebraucht, das scheint sicher. In vielen Ländern der Erde werden neue pharmazeutische Leistungen pilotiert, evaluiert und weiterentwickelt. Wir hängen in Deutschland etwas hinterher, wie allein schon der Blick auf die universitäre Ausbildung der Pharmazeut*innen zeigt.

In Zukunft muss bei uns mehr Mut aufgebracht werden, um die sich ankündigenden Herausforderungen zu meistern.

Dazu mehr im nächsten Rundbrief.

Quellen: beim Autor

Über den Autor:

Dr. Udo Puteanus ist VdPP-Mitglied und Mitarbeiter beim Landeszentrum Gesundheit NRW im Bereich Sozialpharmazie, sein Steckenpferd. Unter anderem befasst er sich mit der flächendeckenden pharmazeutischen Versorgung.

APOTHEKENSTERBEN

Fotografische Impressionen zu Apothekenschließungen in Berlin

Von Ulrike Faber

Apothekensterben in Berlin *

2017 :	10 Eröffnungen und 30 Schließungen	-20
2018:	4 Eröffnungen und 26 Schließungen	-22
2019:	12 Eröffnungen und 24 Schließungen	-12

Fotos: U. Faber

* Bei einigen Schließungen/Eröffnungen handelt es sich um Umzüge. Die umgezogene Apotheke braucht eine neue Betriebserlaubnis und zählt als Eröffnung.

MENSCHENRECHTE

Medizinische Versorgung von Menschen ohne Papiere

Von Ulrike Faber

„Medizinische Versorgung für alle – solidarisch finanziert“ - so hieß das VdPP-Seminar im letzten Herbst, über das wir im Rundbrief 105 ausführlich berichtet haben. Eine Forderung des VdPP lautet: „Die Versorgung von nicht krankenversicherten oder Menschen ohne Papiere muss dem gleichen Versorgungsniveau entsprechen wie die Versorgung regulär Versicherter.“
Diese Aussage hat zu Fragen und Diskussionen geführt: Kann denn ein Staat zur Versorgung verpflichtet sein, wenn er den legalen Aufenthaltsstatus nicht gewährt hat?
Wir halten diese Frage für wichtig und klärungsbedürftig und wollen darlegen, worauf die VdPP- Forderung basiert.

Allgemeine Erklärung der Menschenrechte Artikel 25 Abs. 1 (1948)

„Jeder Mensch hat das Recht auf einen Lebensstandard, der Gesundheit und Wohl für sich selbst und die eigene Familie gewährleistet, einschließlich Nahrung, Kleidung, Wohnung, ärztliche Versorgung und notwendige soziale Leistungen, sowie das Recht auf Sicherheit im Falle von Arbeitslosigkeit, Krankheit, Invalidität oder Verwitwung, im Alter sowie bei anderweitigem Verlust der eigenen Unterhaltsmittel durch unverschuldete Umstände.“

Hier ist die Rede von allen Menschen, nicht nur von Menschen mit legalem Aufenthaltsstatus.

UN Sozialpakt Artikel 12 (1966)

„(1) Die Vertragsstaaten erkennen das Recht eines jeden auf das für ihn erreichbare Höchstmaß an körperlicher und geistiger Gesundheit an.
(2) Die von den Vertragsstaaten zu unternehmenden Schritte zur vollen Verwirklichung dieses Rechts umfassen die erforderlichen Maßnahmen

- zur Senkung der Zahl der Totgeburten und der Kindersterblichkeit sowie zur gesunden Entwicklung des Kindes;
- zur Verbesserung aller Aspekte der Umwelt- und der Arbeitshygiene;
- zur Vorbeugung, Behandlung und Bekämpfung epidemischer, endemischer, Berufs- und sonstiger Krankheiten;
- zur Schaffung der Voraussetzungen, die für jedermann im Krankheitsfall den Genuss medizinischer Einrichtungen und ärztlicher Betreuung sicherstellen.“

Die Bundesrepublik hat den UN-Sozialpakt unterzeichnet und ratifiziert. Die Bestimmung gilt seit 1976 als völkerrechtlich verbindlich. Es geht um das Recht eines jeden.

Genfer Deklaration des Weltärztebundes (1948)

Gut begründet wird das Recht auf gesundheitliche Versorgung auch durch die „Deklaration von Genf“ des Weltärztebundes. Sie wurde in die Berufsordnung für die deutschen Ärzte übernommen. Aus dem Gelöbnis:
„Als Mitglied der ärztlichen Profession …. gelobe ich feierlich, mein Leben in den Dienst der Menschlichkeit zu stellen. Ich werde nicht zulassen, dass Erwägungen von Alter, Krankheit oder Behinderung, Glaube, ethnischer Herkunft, Geschlecht, Staatsangehörigkeit, politischer Zugehörigkeit, Rasse, sexueller Orientierung, sozialer Stellung oder jeglicher anderer Faktoren zwischen meine Pflichten und meine Patientin oder meinen Patienten treten.“

Das Asylbewerberleistungsgesetz schränkt Menschenrechte ein § 1 Abs. 1 AsylbLG

Flüchtlinge im Asylverfahren, Kriegs- oder Bürgerkriegsflüchtlinge, Flüchtlinge mit Bleiberecht aufgrund einer

Altfallregelung oder einer Duldung aufgrund von Krankheit oder anderen Abschiebehindernissen und Ausländer, die vollziehbar ausreisepflichtig sind, fallen unter das Asylbewerberleistungsgesetz.

Menschen ohne Papiere sind ausreisepflichtig und erhalten somit nur stark eingeschränkte medizinische Leistungen. Damit schränkt das AsylbLG die in den oben genannten Normen niedergelegten Menschenrechte ein.

Verweise der Diakonie auf das Bundesverfassungsgericht

„… Grundsätzlich ist kritisch zu hinterfragen, inwiefern der über das Asylbewerberleistungsgesetz eingeschränkte Anspruch auf gesundheitliche Versorgung von Menschen ohne Papiere dem verfassungsrechtlichen Schutzstandard generell entspricht. Ihre medizinische Versorgung ist im Wesentlichen auf akute Erkrankungen und Notfälle reduziert. Dies widerspricht der vom Bundesverfassungsgericht benannten Pflicht, sich schützend und fördernd vor die Rechtsgüter auf Leben und körperliche Unversehrtheit eines jeden Menschen (Art. 1 I, Art. 2 II 1 GG) zu stellen. Gemäß Forderung des BverfG (vom 18.07.2012, Az.: 1 BVerfG 10/10) können geringere Leistungen nur durch einen geringeren Bedarf rechtfertigt werden…“

Bundeszentrale für politische Bildung: Zur Begrifflichkeit und zum Aufenthalt ohne Papiere

„Es gibt viele Beweggründe, warum Menschen ihr Herkunftsland verlassen oder nicht mehr zurückkehren… Welcher Aufenthalt als legal oder nicht legal definiert wird, unterliegt politischen Schwankungen…Seit Inkrafttreten des Asylpakets II im März 2016 sind in Deutschland Abschiebehindernisse aus gesundheitlichen Gründen restriktiver formuliert, sodass ein Leben ohne Papiere die Alternative zur Abschiebung sein könnte…
Auf die Bezeichnung "illegal" wird verzichtet, da sie oft mit Kriminalität assoziiert wird und Rechtlosigkeit nahelegt….
Im Menschenrechtskontext ist nicht grundsätzlich ausgeschlossen, ohne Papiere in einem Staat zu leben. Umso wichtiger ist es, dass Papierlosigkeit in der Logik der Menschenrechte nicht mit Rechtslosigkeit gleichgesetzt werden darf, sondern dass ein diskriminierungsfreier Zugang gefordert ist…“

Wir begrüßen sehr, dass es diese international geltenden Menschenrechte gibt. Die aktuelle Situation in Griechenland/Türkei zeigt, dass wir sie nicht nur entschieden anwenden, sondern auch entschieden verteidigen müssen.

Über die Autorin:

Dr. Ulrike Faber ist VdPP-Mitglied und begrüßt die internationale Diskussion um medizinische Versorgung für alle.

N E U

Ich lese den Rundbrief, weil …

… ich mitbekomme, was in Deutschland, Europa und der Welt wichtig ist in Bezug auf die Pharmazie.
Ich schaue aus meiner kleinen Blase und sehe, die Probleme werden nicht weniger, aber sie werden benannt und hin und wieder gibt es einen Lichtblick.

Gudrun Hahn
Hamburg und Frankfurt
Ehemalige PTA-Lehrerin
Aus aktuellem Anlass lässt sie sich mit selbstgenähter Schutzmaske fotografieren.

In dieser neuen kleinen Kategorie äußern sich VdPP-Mitglieder und Rundbrief-Leser*innen dazu, warum sie den Rundbrief lesen und was ihnen wichtig ist.
Den Auftakt macht Gudrun Hahn, ehemals verantwortlich für die Gestaltung des Rundbriefs.
Leser*innen, die uns mitteilen möchten, warum sie den Rundbrief lesen, wenden sich bitte an die Redaktion.

VERSORGUNG

Lokale Gesundheitszentren – es geht voran. Und wo bleibt die Pharmazie?

Von Udo Puteanus

Lokale Gesundheitszentren – das ist eine schon seit Jahrzehnten bei fortschrittlichen Mitarbeiter*innen aus dem Gesundheitswesen propagierte Form von gesundheitlichen und sozialen Dienstleistungen, um Erkrankte besser als bisher betreuen zu können. Denn Erkrankungen sind oftmals nicht nur medizinisch zu behandeln, sondern berühren auch ganz andere Bereiche des Lebens.

Gesundheitsförderung

Schon in den siebziger Jahren des 20. Jahrhunderts gab es erste Initiativen multiprofessioneller Gesundheitszenten. Dabei wurde und wird auf Teamarbeit gesetzt. Erkrankte sollen in den lokalen Gesundheitszentren nicht nur medizinisch von Ärzt*innen betreut werden, sondern auch von Psychologen, Sozialarbeitern, Hebammen und anderen. Es geht dabei nicht nur um Therapie; genauso hoch wird das Potential der Gesundheitsförderung gewertet.

Im neuesten Berliner Ärzteblatt (Februar 2020, Herausgeberin: Berliner Ärztekammer) hat die freie Journalistin Julia Frisch zusammengetragen, welche Initiativen es derzeit gibt und auf welchem Erfahrungsschatz neuere Initiativen aufbauen können. Die Übersicht macht Mut, dass es jetzt tatsächlich entscheidend vorangeht und die noch bestehenden rechtlichen und finanziellen Hürden in absehbarer Zeit überwunden werden können. Die Zeit scheint reif zu sein, solche lokalen Gesundheitszentren oder gesundheitlichen Primärversorgungszentren auf den Weg zu bringen.

Und die Pharmazie?

Leider fehlt in dem sehr lesenswerten Artikel und dem dazugehörigen Editorial wieder mal die pharmazeutische Perspektive. Obwohl inzwischen bekannt ist, dass bis zu 30% der Krankenhauseinweisungen der älteren und hochbetagten, multimorbiden Patient*innen aufgrund von unerwünschten Arzneimittelwirkungen verursacht werden, wird die pharmazeutische Expertise bei den Planungen der zukunftsweisenden Gesundheitszentren nicht berücksichtigt.

ZURÜCK IN DIE ZUKUNFT

Multiprofessionelle Gesundheitszentren suchen neue Versorgungswege

Die Idee von lokalen Gesundheitszentren bekommt in Deutschland aktuell neuen Schwung. Einzelne Initiativen – so auch in Berlin – zeigen, wohin die Reise für eine enge, multiprofessionelle Zusammenarbeit zwischen Gesundheits-, Therapie- und Sozialberufen gehen könnte, die sich am Bedarf der Kiezbewohner orientiert. Die Projekte offenbaren aber auch, welche dicken Bretter gebohrt werden müssen, damit sie den Weg in die Regelversorgung finden.

Von Julia Frisch

Julia Frisch, Zurück in die Zukunft, Seite 1

Projekte in Berlin und Hamburg

Gerade in Berlin und Hamburg, wo bereits Kontakte zu den bestehenden Projekten existieren, müsste es doch möglich sein, einen Fuß in die Tür zu bekommen. Beim VdPP-Herbstseminar 2018 hatte die Ärztin Patricia Hänel – seit fünf Jahren beim geplanten Gesundheitszentrum GEKO in Berlin dabei – signalisiert, dass pharmazeutische Kompetenz dort gebraucht wird. Sicher, die derzeitigen Hürden zur pharmazeutischen Mitarbeit in solchen Gesundheitszentren sind hoch; aber zur Zukunft einer umfassenden Versorgung in Gesundheitszentren gehören auch gut ausgebildete Pharmazeut*innen. Andere Länder machen es vor, wie es geht und was es den Patient*innen und dem Gesundheitswesen als Ganzes bringt.

Hinweise des Autors:
Julia Frisch, Februar 2020: ZURÜCK IN DIE ZUKUNFT. Multiprofessionelle Gesundheitszentren suchen neue Versorgungswege, unter: http://www.berliner-aerzte.net/pdf/bae2002_014.pdf kostenfrei zugänglich.
Dazu auch der Kommentar des VdÄÄ-Mitglieds Michael Janßen: Multiprofessionelle Gesundheitszentren für mehr Zugangsgerechtigkeit, unter: http://www.berliner-aerzte.net/pdf/bae2002_003.pdf.

Über den Autor:

Dr. Udo Puteanus ist VdPP-Vorstandsmitglied und verfolgt seit Jahren die Entwicklungen rund um lokale Gesundheitszentren sowie die damit verbundene pharmazeutische Versorgung.

DIGITALISIERUNG

Gesundheits-Apps – Rückschritt durch technischen Fortschritt

Ein Gastbeitrag von Dr. Benjamin Wachtler

Der Markt der Gesundheits-Apps ist in den letzten Jahren rasant gewachsen. Derzeit finden sich in den App-Stores von Android und Apple zusammen ungefähr 130.000 Apps, die in der Rubrik Gesundheit geführt werden. Es herrscht Goldgräberstimmung in den Start-Ups der Metropolen: Es gilt den Gesundheitsmarkt zu erobern, der mit seinen regulierten Strukturen ein immenses Einsparungs- und Modernisierungspotential verspricht und damit eine traumhafte Anlagemöglichkeit für privates Kapital. Doch die Heilsversprechungen der Technologieindustrie und Teilen der Gesundheitswissenschaften können durch die Apps meist nicht erfüllt werden, wie Norbert Schmacke und Heinz-Harald Abholz in ihrem Beitrag deutlich machen. Neben der Tatsache, dass die allermeisten Apps keinen Nutzen, geschweige denn einen Zusatznutzen nachweisen können, ist zu befürchten, dass der „Gesundheits-App-Hype“ zu einem Rückschritt hin zu einem biologisch-individualistischem Verständnis von Gesundheit, Krankheit, Prävention und Gesundheitsförderung führen wird.

Denn fast allen Anwendungen ist gemein, dass sie sich ausschließlich auf das individuelle Verhalten fokussieren oder die individuelle medizinische Therapie unterstützen sollen. Das individuelle Verhalten soll durch technische Unterstützung modifiziert werden und wird so isoliert zum alleinigen Handlungsfeld der Prävention. Damit wird das Gesundheitsverhalten losgelöst von seinen sozialen Bedingungen ausschließlich im Kontext der individuellen Verantwortung gedacht. Diese Fokussierung auf die individuelle Verhaltensprävention widerspricht dabei den Forderungen des Präventionsgesetzes, die lebensweltlichen Bedingungen in denen Menschen leben bei der Entwicklung von Angeboten der Prävention und Gesundheitsförderung miteinzubeziehen und es ignoriert wesentliche Erkenntnisse aus Public Health und Gesundheitswissenschaften hinsichtlich wirksamer und nachhaltiger Interventionen der Gesundheitsförderung. Durch die in der Natur von Gesundheits-Apps liegende Fokussierung auf das individuelle Verhalten als alleinige Ursache von Gesundheit und Krankheit und Gesundheit werden somit die weiteren gesellschaftlichen Bedingungen aus dem Bereich von Medizin und Prävention entfernt. Die Potentiale der „Verhältnisprävention“, also der Vermeidung von Krankheit durch die Verbesserung der sozialen Bedingungen in denen Menschen leben und arbeiten, drohen durch den digitalen Hype noch mehr als bisher ignoriert zu werden.

Gleichzeitig wird Gesundheits-Apps immer wieder das Potential zugeschrieben die Gesundheitschancen zu verbessern. In Bezug auf die gesundheitliche Chancengleichheit zeigen die wenigen internationalen Studien jedoch, dass Gesundheits-Apps die soziale Ungleichheit weiter reproduzieren. Sie werden mehr von den Menschen in höheren sozioökonomischen Positionen genutzt und würden, sollten sie wirklich wirken, die soziale Ungleichheit in der Gesundheit eher vergrößern. Bei wenig nachweisbaren Nutzen bergen Gesundheits-Apps als Ausdruck eines unreflektierten und unkontrollierten technischen Fortschritts also prinzipiell das Risiko zu einem theoretischen und praktischen Rückschritt im Bereich der präventiven Medizin und Gesundheitsförderung.

Über den Autor:
Dr. Benjamin Wachtler ist Arzt in Berlin. Im Verein demokratischer Ärztinnen und Ärzte (vdää) ist er im erweiterten Vorstand und setzt sich vor allem für die medizinische Versorgung illegalisierter Migrant*innen ein.

Anmerkung der Redaktion:
Dieser Beitrag ist bereits im „Gesundheit braucht Politik“ - Magazin, (Ausgabe 4-2019 auf Seite 19) vom Verein demokratischer Ärztinnen und Ärzte erschienen.
Wir danken herzlich für die Genehmigung der Verwendung des Beitrags.

KLIMAWANDEL

Pharmacists for Future!

Das Thema Klimawandel ist heute Alltagsgespräch geworden.

Von Ingeborg Simon

Die früher eher aus dem globalen Süden bekannten Folgen des Klimawandels wie Dürreperioden, Überschwemmungen oder Hurrikans werden auch im globalen Norden zunehmend erkennbar. Kranke Wälder, Orkane, ausgetrocknete Flussbetten, Hitzewellen, Wald- und Moorbrände sind inzwischen auch bei uns zu beängstigenden Vorboten tiefgreifender nachhaltiger Klimaveränderungen geworden. Die im August 2018 durch die schwedische Schülerin Greta Thunberg initiierte Bewegung über die Zukunft unseres Planeten wurde zum Weckruf einer zunehmend beunruhigten Gesellschaft. Sie löste inzwischen weltweite Debatten insbesondere bei der jungen Generation über ihre Zukunft aus und sensibilisierte mit ihren Freitagsdemonstrationen eine wachsende Zahl von Unterstützer*innen aus Kreisen der Politik, der Wissenschaft und der Zivilgesellschaft.

Ein Logo „Pharmacists for Future" hat die Berliner Regionalgruppe mit Blick auf zukünftige Teilnahmen und Sichtbarkeit an Fridays for Future-Demonstrationen schon mal entworfen.

Klimawandel und Gesundheitswesen

Heute geht es nicht mehr allein um Fragen des Klimawandels rund um die 2015 beschlossenen Pariser Klimaziele mit dem Focus auf die Absenkung der CO_2- Emissionen. Immer häufiger wird der Klimawandel auch im Zusammenhang mit der Gesundheit untersucht. Die dazu vom Weltklimarat (IPPC) in seinen Berichten 2010 und 2014 gegebenen Anstöße wurden insbesondere von Großbritannien aufgegriffen. Die international renommierten englischen Medizinjournale *The Lancet* und *British Medical Journal* sehen die Klimakrise als Krise des Gesundheitswesens. The Lancet bezeichnet den Klimawandel als die größte Gefahr für die globale Gesundheit des 21. Jahrhunderts. Auf Initiative der Berichte einer Lancet Commission bildete sich 2017 eine internationale Forschungskooperation, die mit dem „Lancet Countdown Report" seitdem kontinuierlich die gesundheitlichen Folgen des Klimawandels aufzeigt.

Kernbotschaften im Policy-Brief

Im November 2019 wurde dem Report erstmals ein Bericht für Deutschland - der „Policy Brief"- hinzugefügt. Mitgewirkt daran haben die Bundesärztekammer, die Charité, das Helmholtz Zentrum München, das Potsdam-Institut für Klimafolgenforschung und die Hertie School. Er enthält Kernbotschaften und Empfehlungen zu hitzebedingten Risiken des Klimawandels in Deutschland, zu erforderlichen Maßnahmen des Klimaschutzes im deutschen Gesundheitssektor sowie Empfehlungen zur Erstellung von Unterrichtseinheiten zum Klimawandel und Gesundheit in den Lehrplänen der Aus-, Fort- und Weiterbildung aller Gesundheitsberufe. Adressaten sind alle Angehörigen des Gesundheitswesens und deren Institutionen in Bund, Land und Kommune.

Deutsche Allianz Klimawandel und Gesundheit

Im Herbst 2017 wurde nach angelsächsischem Muster die Deutsche Allianz Klimawandel und Gesundheit (KLUG) ge-

gründet. Ihr Ziel ist es, das Problem Klimawandel auch in unserem Land als wichtiges Gesundheitsthema in Politik und Gesellschaft voranzubringen. Im August 2019 gründete KLUG die Aktionsplattform „Health for Future“, die sich mit einem Aufruf „Gesundheit braucht Klimaschutz“ an die Beschäftigten im Gesundheitswesen wandte. Im Juni 2019 wurde die erste Professur für Klimawandel und Gesundheit in Deutschland an der Charité besetzt. Im März 2018 bildete sich die „AG Klimawandel und Gesundheit - Kritische Mediziner*innen Deutschland“. Sie verabschiedete ein Positionspapier, in dem ausführlich die gesundheitlichen Folgen von Luftverschmutzung und Treibhausgasemissionen, sowie die sozioökonomischen und psychosozialen Auswirkungen dargestellt werden. Die daraus abgeleiteten Forderungen werden inzwischen von mehreren Medizinischen Fachgesellschaften, dem Marburger Bund und der Berliner Ärztekammer mit getragen.

Angesichts dieser Aktivitäten wundert es, dass der Zusammenhang zwischen Klimawandel und Gesundheit im Bundesgesundheitsministerium bislang kaum thematisiert wurde. Offenbar werden die klimawissenschaftlichen Zusammenhänge und die Gefahr eines Klimakollapses in großen Teilen von Politik und Gesellschaft immer noch nicht genügend verstanden.

Klimawandel und Pharmazie

Leider müssen wir das (selbst)kritisch auch für unsere Profession feststellen. Dabei könnte und müsste die Pharmazie eigene spezifische Beiträge leisten. Bei der Lektüre des Policy Briefs für Deutschland ergeben sich auch für die Apotheken und die Pharmazie insgesamt zahlreiche Handlungsoptionen. Der Brief fordert z.B. in Erwartung weiterer prognostizierter Hitzewellen die Aufstellung von Hitzeaktionsplänen für Gesundheits- und Sozialeinrichtungen. Für solche präventiven Maßnahmen hat die Bundesregierung 2017 Leitlinien veröffentlicht, die aber bisher nicht systematisch umgesetzt wurden. Auch der ökologische Fußabdruck ist im deutschen Gesundheitssektor beträchtlich mit etwa 5% der nationalen Treibhausgasemissionen. Pharmazeutika und Medizinprodukte haben daran einen besonders hohen Anteil. Darum empfiehlt der „Policy Brief“ für Deutschland die Aufstellung spezifischer Klimaschutzpläne auf der Grundlage bestehender Leitlinien in Einrichtungen der gesundheitlichen Versorgung (also auch der Apotheken!). Kritisiert wird der Mangel an Bildungsangeboten in allen Gesundheitsberufen, die den Zusammenhang zwischen Klimawandel und menschlicher Gesundheit vermitteln. Bei den Empfehlungen des Policy-Briefs wird auch ausdrücklich die Einbeziehung der kommunalen Ebene gefordert. Aktuell wird im Berufsstand über die vorgesehene Einführung neuer pharmazeutischer Dienstleistungen im „Vor-Ort-Apothekenstärkungsgesetz“ (VOASG) diskutiert. Hier ergeben sich vor allem im Bereich der Prävention und Aufklärung auf der kommunalen Ebene für die „Vor-Ort-Apotheken“ als niedrig schwellige Anlaufstellen viele Möglichkeiten, die Patient*innen und Versicherten über die Zusammenhänge zwischen Klimawandel und Gesundheit aufzuklären (auch mit Hilfe der Schaufensterflächen!).

Meine Recherchen zu eventuell bereits vorhandenen Aktivitäten im Apothekenbereich beim Thema Klimaschutz und Pharmazie blieben im Ergebnis mager. Auf dem Deutschen Apothekertag im September 2019 gab es zwei Anträge der Kammern aus Berlin und Hamburg, in denen zwar vom Klimawandel die Rede war (Drs 4.11.1 und Drs. 4.11.2), die aber als konstruktive Beiträge zum Umgang mit den Folgen der Klimakrise untauglich sind. Das war`s!

Klimawandel und Ärztetag

Da stimmt es hoffnungsvoll, dass der Klimawandel und seine gesundheitlichen Auswirkungen das zentrale Thema auf dem Deutsche Ärztetag 2020 in Mainz werden soll. Das ist vor allem den vielen Aktivist*innen und Initiativen aus dem Gesundheitswesen zu verdanken, die seit Anfang dieses Jahrtausends dafür kämpfen, die Klimakrise endlich als gesundheitliche und gesellschaftliche Herausforderung anzuerkennen.

Pharmacists for Future

Auch der pharmazeutische Berufsstand muss endlich seine Bringepflicht erkennen. Der VdPP sieht sich hier Insbesondere herausgefordert. Anregungen zum Handeln gibt es genug. Der vdää hat z.B. in seiner Zeitschrift für eine soziale Medizin („Gesundheit braucht Politik“) Nr.3/18 in Zusammenarbeit mit der AG Klimawandel und Gesundheit der kritischen Mediziner*innen viele sehr bedenkenswerte Beiträge veröffentlicht, deren Lektüre sich auch für uns unbedingt lohnt! Wir sollten auf der nächsten Mitgliederversammlung auch über einen Beitritt zur Deutschen Allianz Klimawandel und Gesundheit (KLUG) diskutieren (www.klimawandel-gesundheit).

Anmerkung der Autorin:
Dieser Beitrag stützt sich ganz wesentlich auf die lesenswerten Ausführungen von Dieter Lehmkuhl (GGW Jg.20, Heft 1, Hrg. vom Wissenschaftlichen Institut der AOK (WidO))

Über die Autorin:

Ingeborg Simon ist VdPP - Mitglied und Mitglied im Landesseniorenbeirat Berlin, mit großem Interesse am Klimawandel und seinen Folgen, vor allem für die Gesundheit.

PRESSEMITTEILUNG

Hochpreisige Arzneimittel: Pharmaindustrie verabschiedet sich von Moral und Solidargedanken

Hamburg, 29. Januar 2020

Der Verein demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten (VdPP) fordert die Bundesregierung auf, rechtliche Rahmenbedingungen zu schaffen, um das ethisch hoch fragwürdige Vorgehen verschiedener Pharmafirmen bei der Vermarktung ihrer z. T. völlig überteuerten Produkte zu beenden. Gleichzeitig müssen gesetzliche Voraussetzungen geschaffen werden, dass neue Arzneimittel für die Solidargemeinschaft der gesetzlichen Krankenversicherten (GKV) bezahlbar bleiben.

Immer öfter wird in Deutschland das Heilmittelwerbegesetz umgangen und für verschreibungspflichtige Arzneimittel geworben. Insbesondere bei schwersten Erkrankungen, wie z. B. die Spinale Muskelatrophie (SMA), auch „Muskelschwund“ genannt, werden Eltern instrumentalisiert, Therapien einzufordern, auch wenn zur Behandlung zugelassene Arzneimittel zur Verfügung stehen. Häufig wird derartige Arzneimittelwerbung „getarnt“ in „informierenden Anzeigen“, über Zeitungsbeiträge, oder sie werden über Selbsthilfegruppen empfohlen.

Das Beispiel des SMA-Arzneimittels Zolgensma der Firma Novartis zeigt, dass große Pharmafirmen immer weniger selbst forschen. Stattdessen versorgen sie gezielt entweder Universitäten mit erforderlichen Finanzmitteln oder kaufen kleine erfolgversprechende Biotechfirmen. Die Kosten derartiger Unternehmungen müssen aus Sicht der Investoren schnellstmöglich wieder eingebracht werden, wobei auf Beitragszahler und auf das Finanzgefüge der GKV als Ganzes keine Rücksicht genommen wird.

Ein Beispiel: Die einmalige Behandlung mit Zolgensma kostet über 2 Millionen EUR. Der Preis wird mit dem Wert von gewonnener Lebensqualität, -zeit oder eingesparten Kosten, z. B. für Pflege, begründet. Früher wurde hingegen mit hohen Forschungskosten argumentiert. Beides ist jedoch nicht korrekt und vor allem nicht überprüfbar. Die Unternehmen sind nämlich nicht bereit offenzulegen, welche Kosten für den Kauf der Patente/Firmen, für Forschung und Entwicklung ausgegeben werden; das Gleiche gilt für Marketing, also z.B. Zahlungen für meist fragwürdige Anwendungsbeobachtungen, Vortragende oder Kongresse.

Mit der Vermarktung von Zolgensma wurde in mehrfacher Hinsicht ein neues Kapitel eingeleitet: Preise in dieser Höhe wurden bislang noch nie für ein Arzneimittel gefordert. Sofern sich diese Geschäftspolitik als Blaupause durchsetzt, wird angesichts weiterer Arzneimittel dieser Art in Zukunft damit zu rechnen sein, dass die Arzneimittelausgaben den Rahmen des Möglichen der GKV sprengen werden und somit das ganze GKV-System in Frage gestellt wird.

Zudem ist es ethisch nicht akzeptabel, dass Krankenkassen und die Gesellschaft als Ganzes mit Video-Homestories (z. B. in den USA: www.Zolgensma.com) unter Druck gestellt werden. In emotionaler Form zeigen solche Filme erkrankte Kinder, die das Arzneimittel erhalten und Besserung erfahren haben. Eine derartige Werbung ist in Deutschland zwar nicht zulässig, dennoch hat es Zolgensma auf diese Weise in die bundesdeutschen Medien geschafft: Die „Bild“-Zeitung berichtet online über kleine Patienten und den „Kampf“ der Eltern mit den Kostenträgern. Völlig ausgeblendet wird, dass die Kinder ggf. auf ein zugelassenes Arzneimittel (z. B. Spinraza®) eingestellt sind. Auch die Anwendung eines nicht zugelassenen Arzneimittels (off-label) ist kein Thema. Dies birgt aber erhebliche Risiken für die Patient*innen und haftungsrechtliche Fragen für die behandelnden Ärzt*innen.

Anstelle ein für besondere Fälle rechtlich vorgesehenes Härtefallprogramm beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte zur Anzeige zu bringen (sog. „Compassionate Use“-Programm), wie es in ähnlich gelagerten Fällen Standard ist, soll Zolgensma nunmehr weltweit „verlost“ werden. Novartis hat Krankenkassen zudem „angeboten“, zunächst eine „Anzahlung“ in Höhe von 10 EUR zu leisten und dann später den Rest zu zahlen. Insgesamt kann hier nur von einer „Verrohung“ und von Zynismus seitens der Pharmazeutischen Industrie gesprochen werden.

Der VdPP fordert von der Bundesregierung, diese Form der „Vermarktung“ zu beenden. Es müssen gesetzliche Rahmenbedingungen geschaffen werden, um eine Preisfestsetzung via externer Preisreferenzierung durchführen zu können: Gleichzeitig muss eine breite Diskussion angestoßen werden, z. B. mit dem Deutschen Ethikrat zusammen mit dem Sachverständigenrat Gesundheit und weiteren Expertengremien im Gesundheitswesen – auch europaweit. Es muss die Frage dringend beantwortet werden, wie das solidarisch finanzierte Gesundheitswesen angesichts der aktuellen Entwicklungen erhalten werden kann.

VdPP-Vorstand

Quellen:
https://www.bfarm.de/DE/Arzneimittel/Arzneimittelzulassung/KlinischePruefung/CompassionateUse/_node.html
https://www.tagesschau.de/investigativ/ndr-wdr/zolgensma-107.html
http://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/etudes/join/2011/451481/IPOL-ENVI_ET(2011)451481(SUM01)_DE.pdf

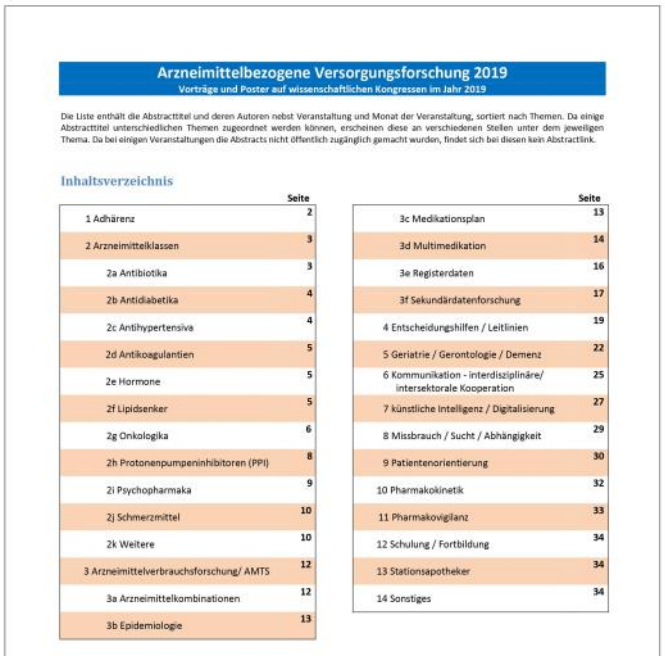
VERSORGUNGSFORSCHUNG

Arzneimittelversorgungsforschung: ein Jahresüberblick

Von Udo Puteanus

Wer hat 2019 zu welchem Thema über seine arzneimittelbezogene Versorgungsforschung in Deutschland berichtet? Darüber gibt jetzt eine Übersichtsliste der Gesellschaft für Arzneimittelanwendungsforschung und Arzneimittelepidemiologie, GAA, auf ihrer Website Auskunft. Dort, wo es möglich ist, verweist die Liste durch Verlinkung auch auf die entsprechenden Abstracts.

Seit den 1980er Jahren und damit seit der Möglichkeit, größere Datenmengen computerunterstützt zu verarbeiten, beschäftigten sich Mediziner, Epidemiologen, Pharmazeuten sowie andere Berufsgruppen verstärkt mit dem Thema Arzneimittelversorgungsforschung.



Arzneimittelbezogene Versorgungsforschung 2019

Vorträge und Poster auf wissenschaftlichen Kongressen im Jahr 2019

Die Liste enthält die Abstracttitel und deren Autoren nebst Veranstaltung und Monat der Veranstaltung, sortiert nach Themen. Da einige Abstracttitel unterschiedlichen Themen zugeordnet werden können, erscheinen diese an verschiedenen Stellen unter dem jeweiligen Thema. Da bei einigen Veranstaltungen die Abstracts nicht öffentlich zugänglich gemacht wurden, findet sich bei diesen kein Abstractlink.

Inhaltsverzeichnis

	Seite
1 Adhärenz	2
2 Arzneimittelklassen	3
2a Antibiotika	3
2b Antidiabetika	4
2c Antihypertensiva	4
2d Antikoagulantien	5
2e Hormone	5
2f Lipidsenker	5
2g Onkologika	6
2h Protonenpumpeninhibitoren (PPI)	8
2i Psychopharmaka	9
2j Schmerzmittel	10
2k Weitere	10
3 Arzneimittelverbrauchsforschung/ AMTS	12
3a Arzneimittelkombinationen	12
3b Epidemiologie	13
3c Medikationsplan	13
3d Multimedikation	14
3e Registerdaten	16
3f Sekundärdatenforschung	17
4 Entscheidungshilfen / Leitlinien	19
5 Geriatrie / Gerontologie / Demenz	22
6 Kommunikation - interdisziplinäre/ intersektorale Kooperation	25
7 künstliche Intelligenz / Digitalisierung	27
8 Missbrauch / Sucht / Abhängigkeit	29
9 Patientenorientierung	30
10 Pharmakokinetik	32
11 Pharmakovigilanz	33
12 Schulung / Fortbildung	34
13 Stationsapotheker	34
14 Sonstiges	34

Die Übersicht bietet 36 Seiten, 14 verschiedene Themenblöcke und jede Menge Informationen zu Arbeiten rund um die Versorgungsforschung.
Ein Blick in die Liste lohnt sich!

Diese Forscher gründeten 1992 die GAA und damit die zentrale, interdisziplinär aufgestellte Fachgesellschaft für Arzneimittelversorgungsforschung. Ziel der Gründung war es vor allem, die wissenschaftlichen Erkenntnisse jährlich auf einer Jahrestagung zur Diskussion zu stellen und damit die Forschung voranzutreiben.
Im Laufe der letzten Jahrzehnte haben auch andere Fachgesellschaften arzneimittelbezogene Versorgungsforschung in die Programme ihrer wissenschaftlichen Jahrestagungen aufgenommen. Nicht immer ist es möglich, dass diese dort vorgestellten Forschungsergebnisse zusätzlich noch auf der Jahrestagung der GAA vorgetragen werden können. Zudem können Datenbanken wie PubMed nicht alle aktuellen Beiträge von Kongressen dokumentieren, und wenn, dann nicht immer zeitnah.
Um trotzdem möglichst umfassend die deutsche Forschungslandschaft auf diesem Gebiet abbilden zu können, veröffentlicht die GAA jetzt zum dritten Mal eine Übersicht über Vorträge zur arzneimittelbezogenen Versorgungsforschung für das jeweils vergangene Jahr.
Das Angebot bildet einen Großteil der arzneimittelbezogenen Versorgungsforschung ab, kann derzeit aber keine hundertprozentige Übersicht bieten. Dazu wäre in Zukunft die Unterstützung der anderen Fachgesellschaften notwendig.

Link zur Liste:
www.gaa-arzneiforschung.de /Service/Downloads

Über die GAA:

Die GAA ist eine Fachgesellschaft für Ärzte, Apotheker, Sozialwissenschaftler, Epidemiologen und Gesundheitswissenschaftler, die sich mit Fragen der Arzneimittelanwendungsforschung und der Arzneimittelepidemiologie beschäftigen. Die GAA wurde 1992 gegründet und unterstützt die wissenschaftliche Forschung über die Anwendung und den Gebrauch von Arzneimitteln.

Über den Autor:
Dr. Udo Puteanus ist VdPP-Mitglied und Mitglied bei der Gesellschaft für Arzneimittelanwendungsforschung und Arzneimittelepidemiologie e.V.

PTA — REFORMGESETZ

Reparatur statt Aufbruch!

Stellungnahme des VdPP

Der Bundesrat hat am 20.12.2019 die viel diskutierte Reform der PTA -Ausbildung und -Tätigkeit durchgewunken. Es gibt keine Verlängerung der Ausbildung, keine Veränderung des Verhältnisses von schulischer zu praktischer Ausbildungszeit, keine grundlegenden Veränderungen der Befugnisse in der Apotheke und keine Pflicht zur Fortbildung.

Das entspricht sehr den Forderungen der ABDA und nicht denen der verschiedenen PTA-Berufsverbände. Schon gar nicht gibt die Reform Antworten auf die Fragen, wie sie in den Apotheken dazu beitragen soll, die Arzneimittelversorgung für die Bevölkerung zu verbessern, wie die Patientenorientierung vorangebracht und wie der absehbare und auch schon existierende Fachkräftemangel behoben werden kann.

Den Ansprüchen gerecht werden und das Berufsbild attraktiver gestalten

Die Grundintention des Gesetzes war, den PTA-Beruf zu modernisieren und attraktiver zu machen. Dafür wäre eine Verlängerung der Ausbildungsdauer auf drei Jahre sinnvoll gewesen. Damit wäre der anspruchsvolle Ausbildungsgang der/des PTA zugleich an die Ausbildungsdauer anderer technischer Assistentenberufe angeglichen worden. In den PTA-Schulen wäre damit der Weg eröffnet worden, Schülerinnen und Schülern das Ablegen des Fachabiturs in Kombination mit der verlängerten Ausbildung zu ermöglichen; Chancen, die in anderen Assistenten- und Gesundheitsberufen zumeist offen stehen. Damit wäre der Ausbildungsgang zum PTA deutlich attraktiver geworden. Die geplante vollständige Schulgeldfreiheit für Gesundheitsberufe (siehe DAZ online 6.3.2020) findet sich noch nicht in dem neuen PTA-Reformgesetz. Wenn sie kommt, werden sicher vermehrt SchulabgängerInnen über die Ausbildung zur/zum PTA nachdenken.

Die Attraktivität des PTA-Berufs leidet bisher unter anderem unter den mangelnden beruflichen Weiterentwicklungschancen. Auch in Zukunft wird eine PTA keine wesentliche Erweiterung ihrer Kompetenzen erhalten. Die Vertretungsbefugnis wird im Gesetz ausdrücklich untersagt. Neu gefasst wurde allerdings die frühere „Abzeichnungsbefugnis“. Die Aufsichtspflicht entfällt jetzt, wenn Voraussetzungen wie Schulnoten, Berufserfahrung und Fortbildungszertifikat vorhanden sind.

Die guten Nachrichten

Positive Aspekte des Reformgesetzes sind die Definierung des Berufsbilds, die Einbeziehung der Vornoten der Ausbildung in die Abschlussnoten sowie die Möglichkeit, die Ausbildung in Teilzeit zu absolvieren.

Bei der Modernisierung der Lerninhalte wurden neue pädagogische Konzepte nicht umgesetzt. Es blieb bei den bisherigen Fächern. Nur die Gewichtung wurde umgeschichtet, kurz gefasst: weniger Chemie, mehr Arzneimittelkunde.

Sind die umgesetzten Änderungen der Lerninhalte ausreichend?

Bei allen Diskussionen um die Reform der PTA-Ausbildung darf nicht vergessen werden, dass neben der gesellschaftlichen Wertschätzung eines Berufs auch die Bezahlung den Ausschlag bei der Berufswahl junger Menschen gibt. In diesem Punkt sind in erster Linie die Tarifparteien gefordert, ein besseres Gehalt der PTA umzusetzen.

Karrierechancen? Fehlanzeige!

Die fehlende Anpassung der Karrierechancen für PTA im neuen Entwurf und ein der Leistung nicht adäquates Gehalt lässt nach wie vor auf eine mangelnde Wertschätzung des PTA-Berufes bei den politisch Verantwortlichen und den Standesorganisationen der Apothekerschaft schließen. Wie überall in der Gesellschaft werden „Frauenberufe“ niedriger entlohnt als Berufe, die überwiegend von Männern ausgeführt werden. Es sollte dann auch nicht verwundern, dass Pharmazeutisch Technische Assistenz zum sogenannten Mangelberuf geworden ist und viele Apothekenleiterinnen

und Apothekenleiter keine PTA mehr finden.
Das PTA-Reformgesetz ist eine Weiterschreibung der historischen Entwicklung: 1968 wurde der Beruf neu geschaffen, um einen Ersatz für die „Vorexaminierten“ (*) zu haben, die nach der Reform der Approbationsordnung für ApothekerInnen weggefallen waren.

Die Arbeitsbereiche indes haben sich in den über 50 Jahren deutlich verändert – und sie werden sich im Zuge des demographischen Wandels, des schon einsetzenden Fachkräftemangels in Apotheken und der Digitalisierung des Arbeitsfelds Pharmazie und Medizin weiter erheblich ändern. In Zukunft werden in der Bevölkerung und innerhalb des Gesundheitswesens viel mehr fundierte Informationen und Beratungen über Arzneimittel benötigt werden. Um dies inhaltlich, kommunikativ und logistisch zu garantieren und umzusetzen, müssen auch die Kompetenzen in Apotheken weiter entwickelt und durch ein qualifiziertes breiteres Berufsspektrum abgesichert werden.

Dieses Gesetz kann nur als eine verpasste Gelegenheit betrachtet werden, den PTA-Beruf aufzuwerten und die Apothekerschaft zu entlasten. Es darf keinesfalls wieder 20 Jahre dauern bis zur nächsten Reform.

Die gerade angestoßene Diskussion muss sofort weitergehen mit dem Ziel, die Arbeit der PTA in der Apotheke und anderen Arbeitsgebieten den neuen Anforderungen einer patientenorientierten Pharmazie anzupassen.

VdPP-Vorstand

(*) Vorexaminierte machten ein zweijähriges Praktikum in der Apotheke, das mit einem „Vorexamen“ abgeschlossen wurde. Es war die Voraussetzung, um das Studium der Pharmazie zu beginnen. Vorexaminierte hatten die Vertretungsbefugnis. Die Letzten machten 1973 ihr Vorexamen.

„Die Attraktivität des PTA-Berufs leidet bisher unter anderem unter den mangelnden beruflichen Weiterentwicklungschancen.“

IMPRESSUM:

Herausgeber:
Verein demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten e. V.,
Geschäftsstelle Gudrun Meiburg, Goldbekufer 36, D-22303 Hamburg
Tel. und Fax: 040 650 548 33
E-Mail: info@vdpp.de, Web: http://www.vdpp.de
Bankverbindung: Postbank Berlin, IBAN: DE62 1001 0010 0020 0471 05
ISSN:
Print: 2699-6871
Online: 2699-688X
Redaktion:
Esther Luhmann (verantwortlich)
Redaktionsanschrift: VdPP, Rundbrief-Redaktion, Goldbekufer 36, 22303 Hamburg; E-Mail: redaktion@vdpp.de
Verantwortung und Urheberrechte:
Für Beiträge, die mit vollem Namen gekennzeichnet sind, übernimmt die Autorin/ der Autor die volle Verantwortung. Die Urheberrechte liegen bei den Autor*innen.
Abonnement:
Sie haben auch die Möglichkeit, den VdPP-Rundbrief in gedruckter Form zu erhalten. Für die gedruckte Form erheben wir eine Gebühr von 30 € / 6 Ausgaben, inkl. Versandkosten in Deutschland. Einzelheftbestellungen sind möglich. Anfragen richten Sie bitte an info@vdpp.de
Leserbriefe:
Die Redaktion freut sich über Ihre Meinung zu unseren Themen und Artikeln. Leserbriefe sind ausdrücklich erwünscht. Schreiben Sie an redaktion@vdpp.de, Stichwort: Leserbrief

BUCHBESPRECHUNG

Smarte grüne Welt?

Von Regina Schumann

Unter diesem Titel veröffentlichten Steffen Lange und Tilman Santarius, beide Wissenschaftler am Institut für ökologische Wirtschaftsforschung in Berlin, die Ergebnisse eines Forschungsvorhabens zu Risiken und Chancen digitaler Dienstleistungen.
Sie beschreiben in ihrem Buch Risiken und Chancen der Digitalisierung für die Umwelt und für die wirtschaftliche Gerechtigkeit unserer globalen Gesellschaft und entwickeln daraus Leitlinien für eine umwelt- und gerechtigkeitsorientierte Digitalisierung. Mir hat das Buch eine tiefere Sicht auf Digitalisierung und ihre Auswirkungen auf unsere Gesellschaft gebracht, ich sehe jetzt einiges klarer und habe mehr Einblick in die Zusammenhänge gewonnen. Das Buch zeichnet sich besonders dadurch aus, dass konkrete Handlungsoptionen aufgezeigt werden.

Titelbild des Buches von den Autoren Steffen Lange und Tilman Santarius über die Digitalisierung zwischen Überwachung, Konsum und Nachhaltigkeit

Erschienen im oekom-Verlag

Welche Digitalisierungen werden betrachtet und welche Auswirkungen beschrieben?

Die Bestandsaufnahme der bisherigen Entwicklung fällt bei den Autoren eher pessimistisch aus: Die Digitalisierung von z. B. Geräten und Anwendungen wie dem E-Book-Reader oder dem MP3 Player hat ökologisch keineswegs zu Einsparungen geführt. Für Menschen, die nachhaltig und achtsam konsumieren wollen, bringt die Digitalisierung neue und vielfältige Optionen, die gewünschten Produkte zu finden und zu erhalten. Für die Mehrzahl der Konsumenten wirkt die Digitalisierung aber eher als Konsumkatalysator und kurbelt den Massenkonsum an.
Eigentlich könnte die Digitalisierung beim Lieferverkehr und bei der Mobilität insgesamt viele positive ökologische Effekte z.B. durch weniger Individualeinkaufsverkehr auslösen. Die Autoren erläutern, dass Verbesserungen in der Logistik nicht zu einer Reduktion von Verkehrsemissionen geführt haben, im Gegenteil: Der Verkehr hat weiter zugenommen! Im privaten Automobilverkehr wird die Digitalisierung eher zu einem Anstieg des Verkehrsaufkommens führen. Positive Auswirkungen auf die Umwelt werden von den Autoren eher für den ÖPNV gesehen, wo dessen bisherigen Nachteile durch Digitalisierung ins Gegenteil umgekehrt werden können. Bus- und Bahn-Angebote könnten mit Haustür-Diensten mittels selbstfahrender Autos bzw. Kleinbusse ergänzt werden.
Wie sieht es im privaten Haushalt aus? Die Steuerung von Geräten durch digitale Managementsysteme werden am Ende zu höheren Energiekosten führen, ganz abgesehen von den ungelösten Fragen zum Datenschutz für die Personen, die in diesem Haushalt leben.
Am bedrohlichsten fand ich die Analyse der Digitalisierung der Arbeitswelt. Viele Berufe werden verlorengehen, neue Berufe verlangen höhere Qualifikationen, gewonnene Freizeit durch Automatisierung kommt in der Regel nicht den Arbeitnehmern zugute, sondern durch Jobabbau und verbilligter Produktion dem Unternehmen. Digitalisierung führt – wenn nicht politisch gegen gesteuert wird – zu mehr Arbeitslosen und einer Zunahme von prekären Jobs: die Autoren nennen diese Entwicklung „Die Rückkehr der Diener“!

Wie könnte die weitere Entwicklung aussehen?

Digitalisierung könnte – das ist unser aller Hoffnung – zu einem modernen, weltoffenen Leben mit dezentralen wirtschaftlichen Strukturen für die Energiegewinnung und Mobilität führen. Die reale Entwicklung läuft aber heute deutlich stärker in Richtung Monopolisierung und damit weg von einer Demokratisierung der Wirtschaft. Digitalisierung hat zu einer Verschiebung von Lohn- zu Kapitaleinkommen in der Bevölkerung geführt, da sich zeitgleich mit der Digitalisierung die Machtverhältnisse zwischen Arbeit und Kapital zugunsten des Kapitals verschoben haben. Grund dafür sind ungerechte Steuersysteme (siehe die Senkung der Steuersätze in den

letzten 40 Jahren für Hochverdiener in den USA) und die Deregulierung des Arbeitsmarktes (siehe Agenda 2010 in Deutschland) sowie die Verlagerung von Arbeitsplätzen weg von den stark gewerkschaftsorientierten Arbeitsmärkten hin in die Länder des globalen Südens ohne geschützte Arbeitswelt. Insgesamt führt eine höher werdende Einkommensungleichheit dann zu geringerem Konsumwachstum und damit zu geringerem Wirtschaftswachstum: Die Digitalisierung sägt kräftig an dem Ast, auf dem sie sitzt.
Abschließend führen die Autoren aus, dass Digitalisierung im gesamten persönlichen Bereich nicht zu einer Verbesserung der Lebensqualität geführt hat, so dass die negativen Konsequenzen für die ökonomische Gerechtigkeit nicht ausgeglichen werden.

Was könnte getan werden?

Zum Glück geben die Autoren – nach dieser sehr pessimistischen und mich deprimierenden Analyse des Ist-Zustands der Auswirkung der Digitalisierung – Handlungsoptionen an die Hand. Sie orientieren sich erstens an dem Prinzip der „Digitalen Suffizienz“ mit Hilfe einer verringerten Nachfrage nach ressourcenintensiven Geräten und Anwendungen nach dem Motto: „So viel Digitalisierung wie nötig, so wenig wie möglich“.
Weiterhin fordern die Autoren einen konsequenten Datenschutz. Nutzer*innen bleiben die Eigentümer*innen ihrer Daten. Das wird zwar zukünftig zur Verteuerung von Dienstleistungen und Produkten führen, ist aber ethischer als mit den eigenen persönlichen Informationen zu bezahlen!
Als drittes Prinzip empfehlen die Autoren eine Gemeinwohlorientierung, die Monopole verhindert und die Re-Regionalisierung der Wirtschaft fördert.

Was können wir selber tun?

Im letzten Teil des Buches geben die Autoren an Hand einiger Beispiele Empfehlungen, wie wir digital nachhaltig und sozial konsumieren können. Besonders gut hat mir ihre Einstellung gefallen, insgesamt das Lebenstempo zu entschleunigen. Wie aber eine zu abrupte und sehr rigide Entschleunigung unser wirtschaftliches und soziales Leben auf den Prüfstand stellt, werden die nächsten Wochen und Monate zeigen.
Ich gehe mit mit der Forderung der Autoren nach einer sanften und bedachten Digitalisierung, eine Digitalisierung nach menschlichem und ökologischem Maß. Ich hoffe, dass dies nach den Umwälzungen, die unsere Gesellschaft derzeit durch die Maßnahmen in der Coronakrise erlebt, noch umsetzbar ist.

Über die Autorin:
Dr. Regina Schumann ist Apothekerin und Mitglied im VdPP. Sie liest leidenschaftlich gerne. An dieser Stelle bespricht sie Bücher, die ihr wichtig und lesenswert erscheinen.

Pharmacists for Future

ApothekerInnen sind wissenschaftlich ausgebildet und verstehen die Gefahren des Klimawandels.

Sie kennen ökologische Probleme in der Arzneimittelversorgung.

Sie wissen aus ihrer Arbeit mit Patientinnen und Patienten, wie wichtig gute Umweltbedingungen für die Gesundheit sind.

Soziale Verantwortung ist nicht teilbar.

Wir unterstützen die Bewegung *Fridays for Future* und den Mut und die Forderungen der jungen Generation.

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

BILDNACHWEISE:
Fotos Seite 1, 5, 10, 16, 19, 24 pixabay, Seite 4: Foto von Herrn Raphael Huenerfauth, photothek.net, Seite 15: Ulrike Faber, Seite 26: Regina Schumann
Sofern nicht anders angegeben, sind alle weiteren Fotos von Esther Luhmann (ausgenommen, Autor*innenfotos).

Pharmazie in sozialer Verantwortung

VdPP

NEUER TERMIN NEUER TERMIN NEUER TERMIN NEUER TERMIN NEUER TERMIN

VdPP - Mitgliederversammlung am 07. und 08. November in Bonn

In Anbetracht der aktuellen Lage kann die Mitgliederversammlung des Vereins demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten nicht, wie bisher geplant, am 20. und 21. Juni in Bonn stattfinden. Das bedauern wir sehr, aber der Schutz und die Gesundheit der Bevölkerung steht im Vordergrund. Der Vorstand hat beschlossen, die Mitgliederversammlung zu verschieben, und zwar auf den 07. und 08. November. Wir hoffen, dass die Terminverschiebung keine großen Umstände bereitet. Sollte es zu diesem Zeitpunkt auch nicht möglich sein, die Mitgliederversammlung durchzuführen, wird es eine digitale Lösung geben. Die Informationen werden rechtzeitig per E-Mail und unter www.vdpp.de bekannt gegeben.

Herzliche Grüße
Der VdPP-Vorstand

NEUER TERMIN NEUER TERMIN NEUER TERMIN NEUER TERMIN NEUER TERMIN

VdPP
Verein demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten
Geschäftsstelle Gudrun Meiburg
Goldbekufer 36
D-22303 Hamburg
Telefon- und Faxnummer 040/650 548 33
E-Mail: info@vdpp.de

Mehr Informationen, Artikel und aktuelle Termine finden Sie unter:

www.vdpp.de

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

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

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

VORSTAND

Daniel Fleer
fleer@vdpp.de

Thomas Hammer
hammer@vdpp.de

Udo Puteanus
puteanus@vdpp.de

Bernd Rehberg
rehberg@vdpp.de

GESCHÄFTSSTELLE

Gudrun Meiburg
info@vdpp.de

NÄCHSTER RUNDBRIEF

Der nächste VdPP-Rundbrief, Ausgabe Nr. 108, erscheint im September 2020.
Redaktionsschluss ist am 31. Juli 2020.