Rundbrief des
Vereins demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten

10 / 2018
30. Jahrgang
102

Pharmazie in sozialer Verantwortung

VdPP

England: Pharmacists in Primary Care

Pharmazie hat Zukunft - vor allem wenn sie sich für neue Aufgaben öffnet. Die intensivierte Zusammenarbeit mit ÄrztInnen und Pflegekräften im gleichen Setting kann ein solcher zukunftsweisender Weg sein, z. B. als Apotheker*in in einer Hausarztpraxis mit mehreren Ärzt*innen.
Praxisapotheker*innen aus England standen im Mittelpunkt des offenen Teils der Mitgliederversammlung des Vereins demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten (VdPP) am 16. Juni 2018 in Münster.

Mit dem eingeladenen Referenten aus London, Ravi Sharma, präsentierte sich ein Practice Pharmacist mit vielen einschlägigen Erfahrungen. Er berichtete von den Voraussetzungen, die es zu erfüllen galt, seinen Alltag als Praxisapotheker in England, eingebettet in das englische Gesundheitssystem (NHS = National Health System), zu bewältigen.

Apotheker*innen in England

Der Referent stellte die Rolle der Praxisapotheker*innen in England vor. Hintergrund der Einführung der Praxisapotheker*innen war vor allem der auf Fachkräftemangel beruhende Druck auf die Hausärzt*innen. Es war notwendig geworden, Hausärzt*innen zu entlasten. Durch eine verbesserte Zusammenarbeit von Apotheker*innen und Ärzt*innen in der Hausarztpraxis sollten diese beim Medikationsmanagement entlastet werden, was letztlich – so die Hoffnung – zu weniger Krankenhauseinweisungen führen wird.
Wichtig für Praxisapotheker*innen ist die Integration in das Praxisteam, das meist aus mehreren Hausärzt*innen besteht (GP-Surgery). Die bisherigen Erfahrungen seien bereits sehr gut, so der Referent.
Weiteres Ziel der Einführung des Praxisapothekers sei aber auch die

Inhalt dieser Ausgabe

England: Pharmacists in Primary Care 1
Interprofessionelles Arbeiten im Gesundheitswesen (BPhD) 3
Herbstseminar: Aktiv in vernetzter Versorgung 4
Hamburg: Pflegeinitiative 5
Zur gesundheitlichen Primärversorgung 6
Int. Social Pharmacy workshop, Belgien 9
Zeitschrift: Research in Social and Administrativ Pharmacy 10
Interprofessionelle Zusammenarbeit in Australien 12
Aquarius: Med. Versorgung d.Flüchtlinge 13
Grußwort Vorstand 15
Medbox und MedWatch 15
Termine 16
EviNews: Auf der langen Bank 17
PE: Monopolkommission 18
PE: Mischpreise 19
Dt. Plattform für Globale Gesundheit 20
Sonderrundbrief: 50 Jahre seit 1968 23

Liebe Rundbriefleserinnen und -leser,
wer kennt es nicht, das gute Gefühl, wenn eine Arbeit abgeschlossen ist, an der man mehrere Wochen gearbeitet hat? Vergessen das nagende Gefühl, gibt es genug Material für den Rundbrief, hat man einen Fehler gemacht, den man leicht hätte verhindern können.
Von all dem will ich mich im nächsten Sommer verabschieden. Dann höre ich auf mit der Rundbriefredaktion. Ihr ahnt, was jetzt kommt. Ja, der VdPP sucht eine/einen Nachfolger*in. Mehr Informationen bei mir.
Gudrun Hahn

Implementierung des neuen Aufgabenfeldes des Apothekers im englischen Gesundheitssystem.
Nach einem Grundsatzpapier des „General Pharmaceutical Council", einer staatlichen Organisation für Fort- und Weiterbildung sowie zur Überwachung von Apotheken, muss sich bei einem sich ändernden Arbeitsfeld für Apotheker*innen natürlich auch die Aus-, Fort- und Weiterbildung ändern. Eine Zusammenarbeit und ein Austausch mit Ärzt*innen bei Aus-, Fort- und Weiterbildung sei wünschenswert.

Ravi Sharma

„A day in the life…"

Aus einem typischen Arbeitsalltag eines Praxisapothekers:

8-9h: *Repeat Prescriptions*: Ausstellen von Wiederholungsverordnungen

9-10h: *Clinical Post*: Auswertung der Post, u.a. auch Laborwerte

10-13h: *Clinics*: Visite der Patienten, auch Hausbesuche, Medikationsanalysen und –management, Beratung von Patient*innen (Erklärungen der Handhabung von bestimmten Arzneimittelformen). Ärzt*innen schätzen besonders dieses Tätigkeitsfeld ihrer Apotheker*innen, so Ravi Sharma, denn sie hätten oft nicht ausreichend Zeit, um den Patienten gründlich zu untersuchen und zu beraten. Insofern würden Haus-ärzt*innen Zeit gewinnen, wenn sich der Praxisapotheker um die Erklärung der Arzneitherapie kümmere.

14-15h: *Clinical Management*: In dieser Zeit sieht der Praxisapotheker keine Patienten. Er kümmert sich um Organisatorisches.

15-15.30h: *Analysis of pathlinks / pathology*: Übersicht der Laborergebnisse dank Zugang zu den Labordaten.
15.30-17.30h: *Clinics*: Wie von 10-13h.

Der Praxisapotheker ist an den Schnittstellen zwischen der Krankenhauspharmazie, der Allgemeinmedizin und der öffentlichen Apotheke angesiedelt. Ausgehend von der Allgemeinmedizin hat er auch einen gewissen Einfluss auf die Krankenhauspharmazie, indem er das Personal im Krankenhaus entlastet durch Empfehlungen zu Medikamenten oder Arzneimittelinformationen. Auf der anderen Seite kann der Praxisapotheker zwischen der Allgemeinarztpraxis und der öffentlichen Apotheke interagieren durch eine gezielte Kommunikation, die Erstellung eines arzneimittelbezogenen Pflegeplans, Ausstellung von Verschreibungen und Arzneimittelversorgungs- und Qualitätsoptimierung.

Der Referent stellte klar, dass Praxisapotheker*innen die Ärzt*innen nicht ersetzen können, gleichwohl aber einen zusätzlichen Service anbieten, um die Arzneimitteltherapiesicherheit zu verbessern.

Die Details des NHS Programms

Das Programm startete in 2015 und wurde sowohl von Apotheker- wie auch Ärzteorganisationen getragen. In der ersten Phase nahmen daran über 490 Apotheker*innen in über 650 Praxen teil. Das britische Gesundheitssystem trägt die Kosten. Der Praxisapotheker wird zwar von der Praxis (GP) bezahlt, diese wiederum erhält das Geld aber vom NHS. Die Praxis erhält aber nur zu Beginn des Projektes den größten Teil der Aufwendungen.

Die Auswertung der bisherigen Modelle von Praxisapotheker*innen in GP Surgeries erfolgte durch die Universität Nottingham und erbrachte folgende wesentliche Ergebnisse:

- Es gibt unterschiedliche Modelle, wie Pharmazeut*innen in GP Surgeries integriert werden können.
- Apotheker*innen leisten einen wesentlichen Beitrag zur Patientensicherheit und zur Optimierung der Pharmakotherapie, insbesondere beim De-Prescribing (Reduzieren der Anzahl der Verordnungen).
- Apotheker*innen, die Arzneimittel verschreiben, können die Arbeitsbelastung von Hausärzt*innen reduzieren.
- Apotheker*innen bringen einen neuen Kompetenzmix in die Allgemeinarztpraxis hinein; sie ersetzen nicht die Allgemeinmediziner oder die Krankenschwestern.

Die Kosten für die Qualifizierung der Pharmazeut*innen werden vom Staat übernommen, denn das ganze Programm steht und fällt mit der Ausbildungsqualität. Ein typischer Bildungsweg sieht wie folgt aus: Angefangen beim „undergraduate pharmacy student" über „pre-registration-pharmacist" hin zu „pharmacist" und schließlich „senior pharmacist". Pharmaziestudierende lernen schon in der Uni, was in einer späteren Berufssituation auf sie zukommen kann.

In der anschließenden Diskussion erläutert Ravi Sharma die Laufbahn eines typischen Pharmaziestudierenden in England. Dabei lässt sich fest-

stellen, dass es schon in der Ausbildung erhebliche Unterschiede im Vergleich zum deutschen System gibt, nicht nur was die Ausbildung der angehenden Pharmazeut*innen betrifft, sondern auch hinsichtlich der Ausbildung der angehenden Ärzt*innen und Krankenschwestern bzw. -pflegern.

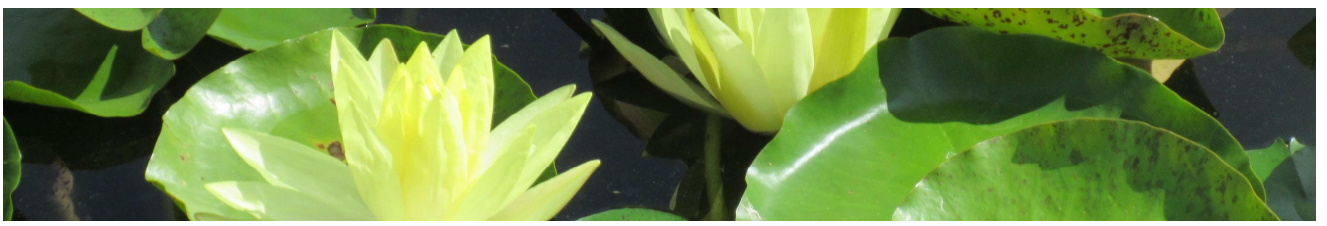
Wie wird man Praxisapotheker?

Für Pharmazeut*innen ist es nach Ravi Sharma wichtig, dass sie über den Tellerrand schauen wollen, dass sie nicht nur Patienten sehen wollen, sondern auch mit ihnen auf der Grundlage sämtlicher krankheitsbezogener Informationen arbeiten möchten und dass sie mehr leisten wollen, als was der klassische Apotheken-Service anbieten kann. Wichtig ist aber auch, dass Pharmazeut*innen fähig werden, auf unterschiedlichen Ebenen des Gesundheitssystems, in der Apotheke, in der Arztpraxis und im Krankenhaus tätig zu werden. Erst dann könne man davon sprechen, dass Apotheker*innen den Stand einer *underutilized profession*, also einer zu wenig genutzten Profession, verlassen haben.

Sicherlich gibt es auch in Deutschland unter den Apotheker*innen und Pharmaziestudierenden einige, die vor dieser Herausforderung nicht zurückschrecken, so Ravi Sharma.

Vortrag von Ravi Sharma unter www.vdpp.de

Esther Luhmann
VdPP-Vorstandsreferentin



PM des BPhD, 7.9.2018

Interprofessionelles Arbeiten im Gesundheitswesen der Zukunft

In einer gemeinsamen Stellungnahme sprechen sich angehende Pharmazeuten, Pflegekräfte und Mediziner für mehr interprofessionelles Arbeiten zum Wohle der Patienten aus. Der **Bundesverband der Pharmaziestudierenden in Deutschland e.V. (BPhD),** die Bundesarbeitsgemeinschaft Junge Pflege im Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe e. V. und die Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e.V. veröffentlichten im September 2018 eine Erklärung mit vier zentralen Forderungen:

- Wir fordern eine flächendeckende, verpflichtende Integration interaktiver, **interprofessioneller Lehrveranstaltungen** in Ausbildung und Studium aller Gesundheitsberufe!

- Wir fordern alle Einrichtungen im Gesundheitswesen dazu auf, im Sinne einer patientenzentrierten Versorgung **Arbeitsabläufe, Standards und Leitlinien interprofessionell zu gestalten**, sowie Möglichkeiten zur gemeinsamen Entscheidungsfindung und Behandlungsplanung zu schaffen!

- Wir fordern Maßnahmen zur **besseren Vernetzung der Professionen** im Gesundheitswesen und Förderung der Identifikation mit dem interprofessionellen Beratungsteam!

- Wir fordern eine **aktive Förderung von Ansätzen zur Neuverteilung von Kompetenzen** und Rollen in der Gesundheitsversorgung zur Verbesserung der Versorgungsqualität!

In der Pressemitteilung wird dargelegt, dass besseres interprofessionelles Arbeiten nur durch Veränderungen erreicht werden kann. Das bestehende System mit seinem traditionell gewachsenen Hierarchieverständnis steht für das Gegenteil von interprofessionellem Handeln. Es fehlt eine gemeinsame Orientierung an patientenbezogenen Behandlungszielen. Als Zukunftsszenario ist ein Gesundheitscampus denkbar. Für die Pharmazie hieße das in der Universität, Abschied vom Nachbar „Chemie" hin zur Ausbildungsstätte für Medizin und Pflege.
Ein weiter Weg.

Gudrun Hahn

Weitere Informationen unter:
https://mailchi.mp/63ff0c5fde9b/pm-gemeinsame-stellungnahme-optimierung-interprofessionelle-zusammenarbeit-arbeitsprozesse

www.bphd.de,

Herbstseminar in Berlin

Apotheke der Zukunft: Aktiv in vernetzter Versorgung

Primärversorgung ortsnah, patientenorientiert und partizipativ weiterentwickeln sowie das pharmazeutische Potential nutzen

Eine ortsnahe gesundheitliche Versorgung der Menschen ist eine wesentliche Voraussetzung für die Gesundheit der Bevölkerung. Dabei sind allerdings nicht nur Dienstleistungen der Krankenversorgung gemeint, sondern auch die zur Gesunderhaltung, zur Prävention und Gesundheitsförderung.

Gesundheit ist wesentlich abhängig von der sozialen und ökonomischen Situation der Menschen. Ein gut ausgebautes gesundheitliches Versorgungssystem ist zwar wichtig, ändert aber wenig daran, dass Angehörige des 10% reichsten Bevölkerungsanteils durchschnittlich 10 Jahre länger leben als die einkommensschwächsten 10 Prozent. Diese Zusammenhänge dürfen nicht ignoriert werden, wenn über die zukünftige Primärversorgung der Menschen in den Städten und im ländlichen Raum diskutiert wird. Die in Deutschland bestehenden Ungleichheiten bei den Gesundheits- und damit den Lebenschancen der Menschen sind veränderbar, denn sie sind gesellschaftlich verursacht und können daher politisch beeinflusst werden. **Sozial ausgerichtete Gesundheitspolitik muss deshalb die Verringerung der sozialen Ungleichheiten im Auge haben.**

Derzeit erleben wir, dass aufgrund erhöhter Anforderungen an das Gesundheitswesen (demographischer Wandel, steigende Altersarmut, ständig neue Erkenntnisse in der Medizin und Pharmazie usw.) und zunehmendem Fachkräftemangel (Pflege, Ärzte, Apotheker bald auch) die Versorgung in ländlichen Regionen und in finanziell für Leistungsanbieter unattraktiven Stadtteilen stetig schlechter wird.

Auch die Apothekendichte lässt weiter nach. Vor allem in städtischen Randgebieten sinkt die Zahl der Apotheken, aber auch zum Teil in ländlichen Gebieten, in denen eine ortsnahe Versorgung bislang schon schwierig war.

Die bisherigen marktwirtschaftlichen Lösungen haben den Trend nicht verhindern können. Deshalb ist im Gesundheitswesen eine gründliche Planung und Steuerung der Ressourcen notwendig. In mehreren Ländern der Welt ist dies schon seit vielen Jahren anerkannte Praxis. Entsprechend werden dort die Ressourcen und Prozesse wissenschaftlich analysiert, und es wird politisch entschieden, wohin Gelder und fachliches Know How fließen. Schon in der WHO-Deklaration zur Primärversorgung, verabschiedet in Alma Ata 1978, sind die Grundsätze einer solchen Politik festgehalten worden. Sie wurden ergänzt durch das Grundsatzpapier der WHO zur Gesundheitsförderung in der Charta von Ottawa 1986.

Mit den Möglichkeiten und Risiken der digitalen Technologie ist ein weiterer Faktor hinzugekommen, der das Gesundheitswesen möglicherweise grundlegend verändern wird. Es kommt jetzt darauf an, die Weichen so zu stellen, dass eine humane, an den Interessen der Menschen orientierte Primärversorgung gesichert bzw. ausgebaut wird. Es reicht nicht aus, allein auf die Marktkräfte zu hoffen und an die Eigenverantwortung der Menschen zu appellieren. **Primärversorgung braucht eine vernünftige Planung unter Einbeziehung und Beteiligung der Menschen, die vor Ort leben.**

Der VdPP beteiligt sich an der Diskussion über die Zukunft der Primärversorgung und vertritt die Position, dass das pharmazeutische Potential dort eingesetzt wird, wo es gebraucht wird und wo es den größten Nutzen für die Gesundheit der Menschen hat. Die Diskussionen mit dem Praxisapotheker aus London auf der Mitgliederversammlung 2018 in Münster haben bereits aufgezeigt, wie das pharmazeutische Potential in der Primärversorgung genutzt werden kann.

Das kommende VdPP Herbstseminar im November in Berlin wird die Primärversorgung unter dem Aspekt einer teamorientierten und an den Bedürfnissen von Patienten orientierten Arbeit in Gesundheitseinrichtungen beleuchten. Es sollen Einrichtungen vorgestellt werden, die sich nicht an Gewinnmaximierung orientieren, sondern an den Gesundheitsgewinnen für die ortsnahe Bevölkerung. Dazu werden zwei Projekte aus Hamburg und Berlin vorgestellt. Außerdem wird ein kurzer Blick auf das erste sich in kommunaler Trägerschaft befindliche Gesundheitszentrum in Büsum geworfen. Anschließend soll diskutiert werden, wie das pharmazeutische Potential in diesen bereits existierenden Initiativen eingebracht werden kann. Dazu wird ein Vertreter

des Projektes ARMIN der ABDA und der KBV Erkenntnisse beisteuern. **Zudem soll zur Sprache kommen, wie Apotheken als niedrigschwellige Anlaufstelle für alle Schichten der Bevölkerung und für die ortsnahe Versorgung in Zukunft besser genutzt werden können.**

Das Gesundheitswesen steht wieder vor Umbruchzeiten. Als Verein für eine Pharmazie in sozialer Verantwortung will der VdPP einen Beitrag dazu leisten, dass in Zukunft das pharmazeutische Potential mehr als bisher für eine ortsnahe Versorgung und Gesundheitsförderung eingesetzt wird, eine Versorgung, die auf Solidarität, Bürgerbeteiligung und interdisziplinäre Zusammenarbeit setzt.

Der Vorstand

Hamburger Bündnis für mehr Personal im Krankenhaus

Niemand in Deutschland widerspricht der Aussage, dass es in Deutschland einen Mangel an Pflegekräften im Gesundheitswesen gibt. Nur, wie das Problem angehen und lösen, In dieser Frage unterscheiden sich die Meinungen der verantwortlichen Personen und die verschiedener politischer Gruppen. Mit dieser Erkenntnis verließ ich vor einigen Wochen eine Anhörung vor dem Gesundheitsausschuss der Hamburger Bürgerschaft. Die Initiative „Volksentscheid gegen Pflegenotstand im Krankenhaus" (www.volksentscheid-pflegenotstand.de) hatte Ende März in nur 3 Wochen den ersten Schritt für einen Volksentscheid mit knapp 30.000 Unterschriften erfolgreich abgeschlossen.

Die Forderungen des Bündnisses in Bezug auf die Bekämpfung des Pflegenotstandes unterscheiden sich deutlich von den Überlegungen der Politik: Schwerpunkt sollte auf die **Personalbemessung** gelegt werden, nicht auf die Festlegung von **Untergrenzen**. Was ist der Unterschied? Bei einer Personalbemessung, so wie es bis in die 90er Jahre geregelt war, wird bemessen, wie viel Personal für eine gute Pflege notwendig ist – das führt zu einer besseren Versorgung in allen Krankenhäusern. Bei Personaluntergrenzen werden nur die 10 bis 25% der Krankenhäuser mit den schlechtesten Personalschlüsseln genötigt, aus Gründen der Patientensicherheit das Pflegepersonal aufzustocken, während bei der Mehrheit der Krankenhäuser der jetzige schlechte Personalschlüssel sich nicht verbessert und aufgrund des weiteren Kostendrucks sich eher verschlechtert.

Die zweite Stufe, ein Volksbegehren, wird im Februar 2019 stattfinden. Dann müssen innerhalb von 3 Wochen ca. 60.000 wahlberechtigte Hamburger Bürger der Initiative zustimmen. Bis dahin ist noch viel Arbeit zu tun. Das Thema muss in der Bevölkerung präsent sein. Aktionen müssen den Pflegenotstand zum Alltagsthema machen. So wird am 22.9.18 eine Demonstration ausgehend vom Krankenhaus St. Georg stattfinden.

Aufbauend ist, dass im letzten Jahr bei Tarifverhandlungen, unterstützt durch Streiks, das Pflegepersonal der Charité in Berlin höhere Personalquoten erstritt.

Der Senat bestreitet, dass die Stadt Hamburg der Ansprechpartner für eine solche Pflegeinitiative ist. Dieses Thema könne nur auf Bundesebene geregelt werden. Es droht eine Klage. Und das, obwohl die Initiative eine Veränderung des Landes-Krankenhausgesetzes formuliert.

Es gibt also viel zu tun. Für all diese Aktionen braucht die Initiative dringend Geld. Wer sie unterstützen will, findet Spendemöglichkeiten und weitere Informationen auf der Homepage der Initiative: http://pflegenotstand-hamburg.de

Auch in anderen Teilen Deutschlands gibt es ähnliche Initiativen. Zum Beispiel in Berlin:

https://volksentscheid-gesunde-krankenhaeuser.de/. Hier wurden die Unterschriften für den ersten Schritt des Volksentscheids Mitte Juni dem Senat übergeben.

Gudrun Hahn

Zur gesundheitlichen Primärversorgung:
Ein Fachtag des VDÄÄ am 9. Juni 2018 in Hamburg

Die Zukunft der ambulanten gesundheitlichen Primärversorgung beschäftigt nicht nur den VdPP auf dem kommenden Herbstseminar in Berlin. Auch die Schwesterorganisation, der Verein demokratischer Ärztinnen und Ärzte (VDÄÄ) arbeitet intensiv an dem Thema. Am 9. Juni 2018 trafen sich Mitglieder des VDÄÄ und andere Interessierte in Hamburg zum Fachtag ambulante Versorgung vdää/ Solidarisches Gesundheitswesen / Poliklinik / Gesundheitskollektiv (Geko). Auch zwei Mitglieder des VdPP waren anwesend.

Aus versorgungswissenschaftlicher Sicht

Zunächst referierte Prof. Dr. Michael Ewers, Direktor des Instituts für Gesundheits- und Pflegewissenschaft, Charité Berlin, über das Thema „Interprofessionelle Zusammenarbeit in der ambulanten Versorgung: welche Strukturen, Voraussetzungen und neue Berufe braucht es?". Seiner Meinung nach müssen auf dem Weg zu einer besseren ambulanten Versorgung zunächst die fragmentierten, zusammenhanglosen und nach Partikularinteressen aufgestellten Klein- und Kleinstanbieterstrukturen überwunden werden. Zudem müssten die einzelnen Sektorengrenzen durchlässiger werden, sodass ambulante, stationäre, gesundheitliche und soziale Angebote besser ineinandergreifen. Gleichzeitig bedürfe es eines Systems niedrigschwelliger Anlaufstellen, und zwar unmittelbar dort, wo die Menschen leben. Er verwies dabei auch auf die Ausführungen des Sachverständigenrates für das Gesundheitswesen im Gutachten des Jahres 2014 (https://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=465).
Anhand von Modellen aus Kanada, Schweden und Finnland zeigte Ewers auf, welche guten Modelle bereits existierten, deren Machbarkeit in der Bundesrepublik erprobt werden sollten. Wichtig sei u. a. eine generalistische Qualifizierung in allen Gesundheitsprofessionen, jeweils eindeutige Handlungs- und Entscheidungsrahmen (scope of practice) für alle Gesundheitsprofessionen insbesondere an den Schnittstellen, die Umsetzung von funktionalen und hierarchiearmen Mustern der Aufgaben- und Verantwortungsteilung sowie insbesondere die Aufwertung nichtärztlicher Gesundheitsberufe.

In der Diskussion wurden verschiedene Themen vertieft. Insbesondere die inzwischen über viele Jahre andauernde Ökonomisierung des Gesundheitswesens und deren Folgen auf die Arbeitssituation der Gesundheitsberufe, die Folgen für die Patienten und die Umleitung der finanziellen Mittel in profitträchtige, privatwirtschaftlich organisierte Unternehmen wurden thematisiert. Es brauche an dieser Stelle ein grundsätzliches Umdenken, um die negativen Folgen der Ökonomisierung zu begrenzen. Leidtragende seien vor allem die in Armut lebenden Menschen, die auf Hilfe angewiesenen Patienten und die nicht akademischen Gesundheitsberufe, die besonders die Folgen der Ökonomisierung zu tragen hätten.

Verstärkte Einbindung nichtärztlicher Gesundheitsberufe

Ein weiteres wichtiges Thema war die Frage, ob und wie die nicht akademischen Gesundheitsberufe gestärkt werden können, um die ärztliche Dominanz abzubauen und Patienten umfassender zu versorgen. Ziel müsse es sein, auf die Bedürfnisse des Einzelnen abzielende Angebote zu entwickeln. Beim Thema, ob in jedem Fall die Akademisierung der nichtärztlichen Gesundheitsberufe notwendig sei, gingen die Meinungen auseinander.

Ob Patienten anhand fester „Protokolle" besser versorgt werden können (protocol based care) war ein weiterer Punkt der Diskussion. So könnte bspw. eine neue Arbeitsteilung zwischen den Gesundheitsberufen festgelegt werden, wie es in der Charité z. B. in der Palliativversorgung jetzt schon umgesetzt wird. Dabei wird in erster Linie daran gedacht, die bislang nicht akademischen Heilberufe besser zu integrieren. An dieser Stelle brachten die VdPP-Mitglieder den Gedanken ein, die pharmazeutischen Kompetenzen ebenfalls zu berücksichtigen, ein Gedanke, der bei VDÄÄ-Mitgliedern bislang noch nicht intensiv diskutiert wurde.

Kommunale, ortsnahe Ansätze zur stärkeren Patientenorientierung

Wie Patienteninteressen besser berücksichtigt werden können, war ein weiteres Thema des Fachtages. Einerseits habe die AIDS-Bewegung gezeigt, dass Patienten sich sehr wohl politisch engagieren können; obwohl die AIDS-Patienten schwer krank waren, konnten sie dennoch für eine Änderung der Strukturen sorgen. Andererseits habe man die Erfahrung gemacht, dass Patienteninteressen schwer organisierbar seien; die Selbsthilfebewegung sei zersplittert und oftmals durch wirtschaftliche Interessen von Anbietern gesteuert. Eine neue Möglichkeit könnte der gemeindenahe Ansatz sein, wie er sich bspw. im Aufbau von kommunalen Gesundheitskonferenzen oder

von Quartiersprojekten zeigt. Wie in einer Gemeinde oder in einer Region der Bedarf für medizinische Versorgung bedient wird, steuert in der Bundesrepublik aber nicht die Politik, sondern die Ärzteschaft selbst. „Fangprämien" durch die Politik seien sicherlich nicht der richtige Weg einer demokratisch fundierten Bedarfsplanung und einer anschließenden bedarfsgerechten Umsetzung. Hier müsse auf lokaler bzw. regionaler Ebene versucht werden, die örtlichen Anforderungen besser zu berücksichtigen.

Im zweiten Teil stellte Ove Spreckelsen (Poliklinik Hamburg, VDÄÄ) das 2017er Positionspapier der Friedrich Ebert Stiftung (FES) vor: „Patient first!" für eine patientengerechte, sektorenübergreifende Versorgung im deutschen Gesundheitswesen (http://library.fes.de/pdf-files/wiso/13280.pdf). Die beauftragten Experten fordern als Voraussetzung für eine zukünftig bessere Versorgung insbesondere

- **einheitliche Qualitätssicherung – Entwicklung durch das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG),**
- **Entwicklung einer sektorenübergreifenden gemeinsamen Klassifikation für alle Leistungserbringer und**
- **einheitliche Telematikinfrastruktur und Patientenakte – Ersatzvornahmen bei weiteren Verzögerungen**.

Sie empfehlen der Politik eine einheitliche Planung mit folgenden Schwerpunkten:

- Planung der hausärztlichen Grundversorgung anhand der Bevölkerungszahl und in größeneinheitlichen Planungsregionen,
- Integration der Angebotsplanung für spezialisierte stationäre und ambulante fachärztliche Leistungen,
- Rückgabe von Praxissitzen in überversorgten Regionen,
- regionale Pflegeplanung unter Einbeziehung der Kommunen,
- Rahmenvorgaben für die Bedarfsplanung auf Bundesebene und
- regionale Ausgestaltung auf Landesebene.

Die ärztliche Vergütung soll nach Vorstellung der Experten wie folgt verändert werden:

- dreigliedrige Vergütung für Hausärzte: kontaktunabhängige Koordinierungspauschale + jährliche Behandlungspauschale + Einzelleistung,
- Abschaffung des Quartalsbezugs und
- gleiche Vergütung für gleiche Leistung – unabhängig vom Ort der Leistungserbringung.

Zur besseren Koordinierung und Kommunikation schlagen die Experten vor:

- Verantwortung für Koordination des Patienten verbindlich festlegen,
- (optionale) Festlegung auf einen koordinierenden Hausarzt durch den Patienten – Anreize für Hausarztmodell durch Wahltarife,
- adäquate Vergütung und Abbau rechtlicher Barrieren zur Stärkung von Telemedizin und E-Health-Anwendungen,
- interdisziplinäre Ausbildungsmodule für alle Heilberufe,
- Überprüfung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in kompetenten ambulanten Einrichtungen ermöglichen und
- Versorgung stärker durch medizinisch-pflegerische Teams erbringen.

In der Diskussion wurde deutlich, dass es sich beim Positionspapier der FES um ein stark ärzteorientiertes Statement handelt, das kaum dem Anspruch des Titel „Patient First!" gerecht wird. Außerdem sei es stark versorgungslastig und berücksichtige zu wenig die Möglichkeiten von Prävention und Gesundheitsförderung. Weiterhin fehle die genauere Ausformulierung multiprofessioneller Zusammenarbeit. Wettbewerb und

Konkurrenz würden nicht genügend reflektiert. Auch in dem FES-Modell der hausarztzentrierten Versorgung habe der Arzt einen Anreiz, ökonomisch zu optimieren.
Da es sich um ein Konsenspapier von Vertretern unterschiedlicher Überzeugungen handele, war auch eine deutlichere patientenorientierte Zielrichtung nicht zu erwarten. Gut sei immerhin, dass mit dem Papier wieder eine pauschale Bezahlung verstärkt in die Diskussion eingebracht worden sei. Es müsse hier allerdings kritisiert werden, dass das pauschale Bezahlsystem problematisch sein könne, weil eine jahresweise Vergütung noch mehr Anreiz sein werde, mehr Patienten einzuschreiben und diese dann selten zu sehen.

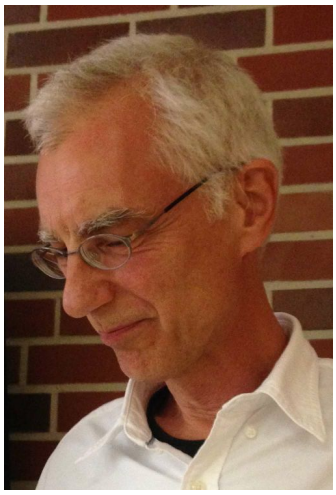
Zwei neue Versuche einer patientenorientierten gesundheitlichen Primärversorgung in Hamburg und Berlin

Kirsten Schubert (Gesundheitskollektiv Berlin (Geko)) und Phil Dickel (Poliklinik Hamburg-Veddel) berichteten im dritten Teil des Fachtages über strukturelle Hindernisse für konkrete Beispiele in Deutschland, hier beim Betrieb der Poliklinik Hamburg bzw. beim Aufbau des Gesundheitskollektivs Berlin. Bei den beiden Projekten handelt es sich um Einrichtungen, die nach dem Prinzip der ganzheitlichen medizinisch und psychosozialen Versorgung arbeiten wollen und insofern unterschiedliche Berufsgruppen versuchen, gleichberechtigt mit einzubinden.

Das in der Ottawa Charter geforderte Prinzip „Health in all policies" versuchen die beiden Projekte dadurch zu lösen, dass sie vor Ort im Viertel in verschiedenen Gremien präsent sind und mitarbeiten wollen. In Hamburg gibt es Kontakte zur Hamburger Politik. GeKo Berlin engagiert sich viel im Stadtteil und ist auf Akteursebene im Kiez sehr bekannt; auf Schulebene versuchen sie mit Elternvertretungen zusammenzuarbeiten. Mitentscheidungs- und Mitgestaltungsmöglichkeiten der Anwohner gibt es im Moment noch nicht, wird aber für die Zukunft angestrebt . Ähnlich ist es auch in Hamburg. Es wird darüber nachgedacht, ob man eine Genossenschaft gründet, die dann Trägerin des MVZ sein könnte. So könnten Anwohner auch Mitglieder der Genossenschaft werden. Allerdings sei in Zukunft sicherlich noch mehr Engagement in verschiedenen relevanten kommunalen Gremien notwendig.

Für den VDÄÄ ist das Thema Weiterentwicklung der gesundheitlichen Primärversorgung derzeit von zentraler Bedeutung. Als nächster Meilenstein wird unter der Überschrift „Der Markt wird es nicht richten! Planen und Zusammenarbeiten im ambulanten Gesundheitssektor" vom 16. bis 18. November in Köln auf der VDÄÄ-Jahreshauptversammlung über das Thema diskutiert. (https://www.vdaeae.de/images/stories/fotos2/Flyer_vdaeae-JHV-2018.pdf)

Udo Puteanus , Münster



Fotonachweis:
Seite 13: pixabay: user:geralt , Seite 9: S.Erzkamp
alle anderen Fotos (außer AutorInnenfotos) von G. Hahn

IMPRESSUM

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

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

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

Sozialpharmazie: International Social Pharmacy Workshop (ISPW) im Juli

Alle zwei Jahre findet auf internationaler Ebene der „International Social Pharmacy Workshop (ISPW)" statt, in diesem Jahr Ende Juli in Leuven, Belgien. Dort wurden Ergebnisse der sozialpharmazeutischen Forschung präsentiert und diskutiert. Sozialpharmazie bedient sich dabei sozialwissenschaftlicher und pharmazeutischer Forschungsdisziplinen und versucht sie zu verknüpfen. 150 Teilnehmerinnen und Teilnehmer aus allen Kontinenten trafen sich, um sich auszutauschen, ihre wissenschaftlichen Arbeiten zu präsentieren und neue Ansätze und Methoden zu diskutieren und zu erlernen.

Aus der Bundesrepublik beteiligen sich erfahrungsgemäß nur wenige Forscherinnen und Forscher am ISPW. Allerdings konnten in diesem Jahr immerhin drei Poster aus Deutschland bzw. unter deutscher Beteiligung vorgestellt werden. Zwei beschäftigten sich mit der Erfassung der Kommunikation zwischen Arzt und Apotheker und deren Einstellung zueinander (Dähne et al. und Weißenborn et al.), und ein Poster zeigte die Ergebnisse einer Befragung zur Beteiligung von öffentlichen Apotheken am Pharmakovigilanzsystem (Erzkamp et al.).

Eröffnet wurde das Programm durch einen Vortrag von Lucien Engelen (Niederlande), Leiter des Radboud REshape Center. Der Vortrag verfolgte das Ziel, Technologie, Patientenzentrierung und Empowerment zu verknüpfen. Eindrücklich erklärte Engelen, dass neue Techniken neue Optionen ermöglichen und diese auch genutzt werden. Daher sollten die Gesundheitsberufe sich aktiv einbringen, den Nutzen begreifen und die Sicherheit für die Patienten fördern.

Die Teilnehmer des Workshops diskutierten, wie man die Versorgung der Bevölkerung mit Arzneimitteln aus sozialwissenschaftlicher/ pharmazeutischer Sicht verbessern kann.

Foto: ISPW 2018

Westliche Medizin und traditionelle Heilmethoden treffen aufeinander

Pauline Norris (Neuseeland) wies auf die kulturellen Aspekte im Gesundheitsbereich hin. Oft ist eine starke Fokussierung auf die westliche Medizin zu beobachten, doch Patienten ergänzen und ersetzen diese durch traditionelle Behandlungen. Problematisch sind die fehlende Wahrnehmung dieses Verhaltens durch die Heilberufe und die mangelnde Kommunikation darüber. Doch das Dilemma von Akzeptanz des Patienten mit seinen eigenen Vorstellungen und dem Gelernten, basierend auf der westlichen Medizin, lässt sich nicht einfach lösen. Ein Ansatz zum Einstieg in ein Gespräch kann sein, den Patienten direkt nach seiner Einstellung zu der Therapie zu fragen.

Zusammenarbeit mit dem Patienten: ausbaufähig

Ein besonderer Schwerpunkt der wissenschaftlichen Beiträge lag auf der Erfassung der Perspektive von Patienten auf ihre medikamentöse Versorgung. Auch die Perspektive von Gesundheitsberufen auf die Rolle von Pharmazeuten wurde erfasst und diskutiert. Eine enge Zusammenarbeit mit dem Patienten und eine umfassende Beratung wurden stets betont und gefordert, sie sind in den meisten Ländern aber noch ausbaufähig.

Wie also sollen die Fähigkeiten der Pharmazeuten und somit die Zufriedenheit der Patienten und die Versorgung verbessern? Hierzu wurden gleich mehrere Workshops angeboten und Forschungsprojekte präsentiert. Ein vielversprechender Ansatz scheint die stärkere Praxisorientierung im Studium, also den Anteil der Pharmakotherapie zu erhöhen und die Kommunikationsfähigkeiten zu verbessern. Dies könnte auch in die Art der Prüfungen einfließen. So werden in einigen Ländern bereits jetzt OSCEs (Objective structured clinical examination) als Prüfungsmethode eingesetzt. Hierbei werden dem Prüfling standardisierte Fälle mit Schauspielern möglichst realitätsnah präsen-

tiert, beispielsweise eine Erstverordnung eines Inhalators, eine allergische Reaktion auf einen Insektenstich oder ein Rezept über ein Statin, welches von der Vormedikation abweicht. Bewertet werden sowohl der fachliche Inhalt der Beratung als auch die kommunikativen Fähigkeiten.

Empowerment der Patienten stärken

Zusammenfassend ist zu sagen: Es bleibt viel zu tun. Die Sicht und die Erwartungen der Patienten sollten verstärkt in den Fokus gerückt werden, und die Pharmazeutinnen und Pharmazeuten müssen sich auf diese einstellen, sowohl technologisch als auch durch die Stärkung ihrer Beratungskompetenz und somit zur Unterstützung des Empowerments von Patienten.

Der nächste International Social Pharmacy Workshop findet 2020 in Sydney, Australien, statt.

Susanne Erzkamp und Udo Puteanus in Anlehnung an den Beitrag aus der DAZ 2018, Nr. 33, S. 62, vom 16.08.2018

Sozialpharmazie

Die Zeitschrift „Research in Social and Administrative Pharmacy“

Bekanntermaßen ist das Fach Sozialpharmazie in der Bundesrepublik Deutschland kein Thema der pharmazeutischen Ausbildung an den Universitäten*. Dennoch erreichen einige Themen, die auf internationaler Ebene unter den Begriffen Sozialpharmazie oder Social and administrative pharmacy abgehandelt werden, inzwischen die Pharmaziestudierenden über das Fach Klinische Pharmazie – leider aber noch nicht in allen Universitäten mit einem Pharmaziestudiengang.

Pharmakoepidemiologie, Pharmaceutical Care oder Medikationsmanagement, Pharmakoökonomie oder Pharmakovigilanz sind die Themen, die in der Klinischen Pharmazie u. a. vermittelt werden. Eine deutschsprachige wissenschaftliche Zeitschrift dafür gibt es allerdings nicht. Sporadisch werden solche Themen in unterschiedlichen Fachzeitschriften abgehandelt.

Auf internationaler Ebene sieht das anders aus. In den siebziger Jahren des letzten Jahrhunderts startete in Schweden eine wissenschaftliche Zeitschrift unter dem Namen Journal of Social an Administrative Pharmacy. Diese wurde in den Nuller Jahren dieses Jahrhunderts allerdings aus Kostengründen eingestellt.

An dieser Stelle soll der Nachfolger „Research in Social and Administrative Pharmacy“, heute eine der führenden internationalen Zeitschriften auf diesem Fachgebiet, vorgestellt werden. Dabei wird in erster Linie auf die Angaben aus der Selbstdarstellung der Zeitschrift zurückgegriffen.

Die Zeitschrift Research in Social and Administrative Pharmacy (RSAP) wird in den USA im global agierenden niederländischen Konzern Elsevier herausgegeben. Sie erscheint alle zwei Monate bzw. sechs Mal im Jahr und enthält wissenschaftliche Originalarbeiten, umfassende Übersichtsartikel (systematische Reviews), beispielhafte Modellprojekte und Kommentare zu Themen der Sozialpharmazie und der angewandten Pharmazie. Themen von Interesse sind die Bewertung der Ergebnisse von Medikationsprozessen, arzneimittelbezogenen Programmen oder Dienstleistungen, Pharmakoepidemiologie, Adhärenzfragen und Themen rund um das Krankheits- und Medikationsmanagement.

Praxis. Dabei erhalten diejenigen Artikel den Vorzug, die der Theoriebildung dienen oder die die Politik zur Arzneimittelanwendung beeinflussen könnten.

Nach eigenen Angaben hat das Journal einen Impact-Faktor von 2,315. Der Impact Faktor für das Jahr 2017 misst, wie häufig andere Zeitschriften die Artikel von RSAP durchschnittlich aus den Jahren 2015 und 2016 zitiert haben.

* über Sozialpharmazie wurden in den beiden VdPP-Rundbriefen Nr. 84 (Dezember/2012) und Nr. 85 (März/2013) berichtet, zu finden unter www.vdpp.de

Weiterhin befassen sich RSAP-Artikel mit Arzneimittelmarketing und mit der Bewertung von edukativen Projekten, die sich auf die pharmazeutische Praxis und/oder das Patientenverhalten auswirken können. Außerdem werden Public Health-Themen im Zusammenhang mit der Pharmazie oder der Anwendung von Arzneimitteln aufgegriffen.

Die Zeitschrift möchte die allgemein anerkannte Zeitschrift für die Veröffentlichung von Artikeln zu diesem Fachgebiet werden. Autoren sollen in diesem Journal neue Modelle vorstellen können, die möglicherweise wegweisend für die weitere Forschung sind. Außerdem sollen hier methodologische Verfahren diskutiert oder die Ergebnisse von wissenschaftstheoretischen Diskussionen vorgestellt werden. Berücksichtigt werden insbesondere Themen der Adherenzforschung und der patientenbezogenen pharmazeutischen

Beispiel für einen systematischen Review aus der Zeitschrift Research in Social and Administrative Pharmacy, Juni 2018

Systematischer Review über Pharmaceutical Care und Medikationsmanagement anhand randomisierter kontrollierter Studien **

Mit dem Review soll eine Übersicht über die Effekte von Pharmaceutical Care auf die Krankenhauseinweisungen, die Mortalität und die klinischen Outcomes (Surrogatparameter) gegeben werden. Die folgenden Angaben sind dem Abstract entnommen.

Die Autoren führten systematische Recherchen in den einschlägigen Literatur-Datenbanken wie MEDLINE, EMBASE und International Pharmaceutical Abstracts (IPA) durch. Der Untersuchungszeitraum umfasste die internationalen englischsprachigen Veröffentlichungen aus den Jahren 2004 bis Januar 2017. Die Studien umfassten randomisierte kontrollierte Studien (RCTs), die sowohl in öffentlichen Apotheken als auch in Krankenhäusern durchgeführt wurden.

Ergebnisse: Vierundfünfzig RCTs wurden in die vorliegende Überprüfung einbezogen. Sechsundvierzig dieser Studien hatten nach dem Jadad-Bewertungssystem eine hohe Qualität. Pharmazeutische Interventionen bei Patienten mit Diabetes, Depression, Atemwegserkrankungen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Epilepsie, Osteoporose und Interventionen bei älteren Erwachsenen wurden identifiziert. In der Mehrzahl der Studien wurde festgestellt, dass die pharmazeutische Betreuung im Vergleich zur Kontrollgruppe zu signifikanten Verbesserungen der klinischen Ergebnisse und/oder bei der Anzahl der Krankenhauseinweisungen führte. Besonders viele RCTs wurden bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen und bei Diabetes durchgeführt.

Statistisch signifikante Verbesserungen wurden in der Mehrzahl der Studien beobachtet, die für diese beiden genannten Erkrankungsgebiete ausgewertet wurden, wobei entweder positive klinische Ergebnisse (Surrogatparameter) und/oder erniedrigte Hospitalisierungsraten gefunden wurden. Allerdings zeigten sich bei Herzinsuffizienz und koronarer Herzkrankheit unterschiedliche Ergebnisse.

Bei anderen Erkrankungsbildern war die Anzahl der durchgeführten RCTs gering und es konnten keine Verbesserungen nach der pharmazeutischen Intervention gezeigt werden, insbesondere bei Depression, Osteoporose und Epilepsie.

Bei den meisten Interventionen handelte es sich um persönliche face to face-Interaktionen mit Patienten. Eine kleinere Anzahl von Interventionen erfolgte per Telefon oder über ein webbasiertes System. Patientenschulungen, entweder mündlich und/oder schriftlich, war eine Schlüsselkomponente bei den meisten Interventionen. Nur ganz selten wurden die Patienten über einen längeren Zeitraum beobachtet.

Die Autoren schlussfolgern: In den RCTs, die zur Evaluierung von Pharmaceutical Care-Interventionen durchgeführt wurden, konnten die jeweiligen Autoren nachweisen, dass sich die Interventionen bei einer gewissen Anzahl von Erkrankungen, insbesondere bei kardiovaskulären Erkrankungen und Diabetes, über einen kurzen beobachteten Zeitraum positiv auf die Patienten auswirkten; nicht so aber bei anderen Erkrankungen wie Depression oder Osteoporose. Hier waren die Ergebnisse nicht so positiv, allerdings liegen dazu nur wenige Studien vor.

Zukünftige Forschung sollte nach den Vorstellungen der Autoren versuchen, die pharmazeutischen Interventionen bei den Erkrankungen zu evaluieren, bei denen es heute noch an Daten mangelt. Außerdem sollte in Zukunft geklärt werden, ob die positiven Ergebnisse auch nach Beendigung der Interventionen über einen längeren Zeitraum fortbestehen bzw. welche langfristigen klinischen Ergebnisse eine fortgesetzte pharmazeutische Betreuung hat.

** *Zaher-Du-Din Babar, Rozina Kousar, Ghulam Murtaza, Saira Azhar, Shujaat Ali Khan, Louise Curley: Randomized controlled trials covering pharmaceutical care and medicines management: A systematic review of literature. Research Social Admin Pharm 14 (2018): 521-539.*

Udo Puteanus

Sozialpharmazie:

Interprofessionelle Zusammenarbeit und Patientenorientierung. Was passiert aktuell in Australien? Vortrag und Diskussion

Vortrag und Diskussion mit Dr. Karen Luetsch, University Queensland, Brisbane, Australien

Auf internationalen Kongressen waren australische Wissenschaftler des Fachgebietes „Social and Administrative Pharmacy" in den letzten Jahren stark vertreten. Auch in diesem Jahr konnten Australier einige Forschungsergebnisse beim International Social Pharmacy Workshop in Leuven (Belgien) vorstellen.

Mit der Pharmazeutin Dr. Karen Luetsch, Dozentin für Klinische Pharmazie an der Faculty of Health and Behavioural Sciences der Universität Queensland (Brisbane) ist es gelungen, eine Expertin zu gewinnen, die am 28. November 2018 in Münster (Westf.) eine Übersicht über die australische Pharmazie, insbesondere die Klinische Pharmazie und die Sozialpharmazie geben wird. Dabei wird sie vor allem auf ihre derzeitigen Forschungsschwerpunkte „Interprofessionelle Zusammenarbeit" und „Patientenorientierung" eingehen.

Der VdPP setzt sich seit seiner Gründung im Jahr 1989 für sozialpharmazeutische Ausbildungsinhalte und Forschungsressourcen im Studienfach Pharmazie ein. Während viele Länder der Welt seit den sechziger Jahren des vergangenen Jahrhunderts das sozialpharmazeutische Fach ausbauen, passiert in der Bundesrepublik bislang nichts. Zwar werden einzelne Inhalte wie Pharmakoepidemiologie oder Pharmakovigilanz auch im Studienfach Klinische Pharmazie angesprochen, doch findet eine systematische Forschung, die neben naturwissenschaftlichen Methoden auch solche der Sozialwissenschaften verwendet, hierzulande nicht statt. Dies ist aber notwendig, um den angehenden Pharmazeutinnen und Pharmazeuten bewusst zu machen, dass sich ihre zukünftige Tätigkeit nicht allein in einem naturwissenschaftlichen Umfeld abspielen wird, sondern dass die unterschiedlichen Berufsfelder nur im gesamtgesellschaftlichen Zusammenhang verstanden und weiterentwickelt werden können.

Derzeit wird auch in der Bundesrepublik viel über die Notwendigkeit interprofessioneller Zusammenarbeit diskutiert und eine verstärkte Patientenorientierung gefordert. Doch es fehlt in der Pharmazie das tiefere Verständnis über die Hintergründe und Hindernisse auf dem Weg dorthin. Es wird interessant sein, von Frau Dr. Luetsch zu erfahren, wie die australische Pharmazie mit diesen Herausforderungen umgeht.

Mittwoch, 28. November 2018,
18.30 bis 20:30 Uhr,
Umweltforum,
Zumsandestraße 15,
48145 Münster

Vortrag und Diskussion sind in deutscher Sprache

Anmeldung erbeten unter
www.vdpp.de

Über die medizinische Versorgung der Flüchtlinge des Rettungsschiffs „Aquarius“

629 Flüchtlinge kommen mit dem Rettungsschiff „Aquarius“ am Sonntagmorgen des 17. Juni 2018 im Hafen von Valencia, Spanien an. Darunter viele Minderjährige, Kranke, Schwangere und Frauen mit kleinen Kindern. Nach einer Irrfahrt auf dem Mittelmeer, endlich die lang ersehnte Ankunft: Sicherheit! Europa! Und dann?

Auf der einen Seite stehen zahllose Flüchtlinge, zusammengepfercht auf Schiffen, die zu sinken drohen. Auf der anderen Seite europäische Häfen, europäische Regierungen, die die Ankunft eben solcher Schiffe verweigern. Wie passt das zusammen? Und mittendrin die Aquarius. Das Rettungsschiff war tagelang im Mittelmeer unterwegs: Italien, Malta und Frankreich hatten die Einfahrt der Aquarius und somit die Aufnahme der Flüchtlinge abgelehnt. Spaniens neuer Ministerpräsident, Pedro Sánchez, zu dem Zeitpunkt gut 2 Wochen im Amt, hat sich anders entschieden. Spanien, insbesondere Valencia, war in den letzten Jahren eher durch Korruptionsfälle in den Medien, statt für Humanität, Solidarität und den Schutz von Menschenrechten einzustehen.

Vor Ort

Die spanische Regierung, das neue Kabinett rund um den sozialistischen Ministerpräsidenten Pedro Sanchez, wusste, was sie erwartet: 629 Migranten und Geflüchtete. Um die Gesundheitsversorgung kümmert sich die spanische Regierung zusammen mit der valencianischen Landesregierung. Ausgeführt und koordiniert wird sie vom Roten Kreuz Spanien. Weitere beteiligte NGOs sind die UN-Flüchtlingsorganisation UNHCR (*The UN Refugee Agency*), CEAR (*Comision Espanola de Ayuda al Refugiado*, eine valencianische NGO), *Caritas*, *Cepaim* (Stiftung in Valencia) und *Accem* (eine spanische NGO, die sich für eine bessere Lebensqualität für Flüchtlinge einsetzt).

Das Rote Kreuz stellte ein erstes Notfallteam aus mehr als 70 Personen zusammen, die den ankommenden Migrantinnen und Migranten, gesundheitliche und psychosoziale Hilfe anboten. Sie sorgen sich auch um unbegleitete Minderjährige und bieten schwangeren Frauen und Frauen mit kleinen Kindern besondere Unterstützung und Beratung an.

Farmamundi, eine pharmazeutische NGO mit Hauptsitz in Valencia, hat sich an der Versorgung beteiligt und über 370 Hygiene-Sets (Seife, Zahnbürste und -pasta, Rasierer, Waschmittel, Kompressen, Toilettenpapier) zur Verfügung gestellt, um die täglichen Bedürfnisse zu decken. Auch die valencianische Apothekerkammer MICOF (*Muy Ilustre Colegio Oficial de FarmacÈuticos de Valencia*) hat sich an der Versorgung beteiligt und mit *farmamundi* zusammengearbeitet.

Aufgrund der Wetterbedingungen und der langen Zeit auf hoher See hatten die Rettungskräfte vor Ort mit immobilen Menschen gerechnet, mit mehr oder weniger starken Sonnenbränden und vor allem mit stark erschöpften Menschen. Doch der Präsident des Roten Kreuzes Spanien, Rafael GandÌa, ließ verkünden, dass der Gesundheitszustand bei den angekommenen Geflüchteten entsprechend gut ist: „Wir haben keine größeren Verletzungen festgestellt.“

Die Geflüchteten wurden zunächst einfach empfangen, erhielten medizinische und psychologische Hilfe und wurden anschließend registriert. Dabei prüfe der Staat jeden Fall, teilte das spanische Innenministerium mit. Grundsätzlich gilt: wenn das Recht auf internationalem Schutz besteht, kann Asyl beantragt werden, das für 18 Monate gültig ist. Ist das nicht der Fall, werden die Geflüchteten zunächst in humanitären Einrichtungen untergebracht. Für Kranke oder auch

Minderjährige gibt es spezielle Einrichtungen.

Die EU

Die Aquarius ist nur ein Beispiel. Und so suchen sie weiter einen sicheren Hafen, die "Aquarius", "Open Arms", "Lifeline" und viele mehr. Und schon wieder ist die Aquarius mit 141 Flüchtlingen auf der Suche nach einem sicheren Hafen. Es wird weiter nach einer Lösung gesucht, nach einer europäischen Lösung. Die Betreiber der Aquarius, Ärzte ohne Grenzen (MSF, Medecins sans Frontières) und SOS MEDITERRANEE rufen die EU auf, eine Lösung zu finden. Die EU verhandelt zur Zeit mit den Mitgliedsstaaten.
Laut der Internationalen Organisation für Migration (*IOM, International organization for migration*) haben 2017 über den Seeweg 8.677 Flüchtlinge Spanien erreicht, 2018 (bis 12. August) schon 25,101.

Es ist offensichtlich, dass sich die Flüchtlingsrouten ändern. Doch das ändert nicht das Problem. Das bleibt.

Esther Luhmann

Quellen:
https://www.doctorswithoutborders.org/what-we-do/news-stories/news/msf-calls-european-governments-assign-place-safety-after-rescues
https://www.lavanguardia.com/local/valencia/20180617/45190967558/vallencia-aquarius-opinion-inmigracion.html
https://www.cruzroja.es/principal/es/web/sala-de-prensa/-/not-20180614-llegada-aquarius-valencia-cruz-roja?inheritRedirect=true
https://sosmediterranee.org/
https://www.iom.int/
http://farmaceuticosmundi.org/farmamundi-participa-con-370-kits-de-higiene-en-la-atencion-a-las-personas-procedentes-del-aquarius/
https://okdiario.com/sociedad/2018/06/16/aquarius-cruz-roja-albergue-toneladas-comida-valencia-2438650

http://www.elmundo.es/espana/2018/06/13/5b202c9c468aebbc368b46c1.html?cid=MNOT23801&s_kw=3
https://www.tagesspiegel.de/politik/fluechtlinge-im-mittelmeer-aquarius-fluechtlinge-sind-in-spanien-an-land-gegangen/22699548.html
https://www.youtube.com/watch?v=H_Sn9PBvipo

Hamburg, 2.9.2018 Demonstration der „Seebrücke"

Grußwort des Vorstands

Zwischen Münster und Berlin .....

Ja, ich war auf der Mitgliederversammlung des VdPP in Münster.

Ja, da war tatsächlich ein Apotheker aus England, der sich in einer Hausarztpraxis mit mehreren Hausärzten um die Medikation der Patienten kümmert, sie über Einnahme berät und mit ihnen über Verhaltensänderungen diskutiert.

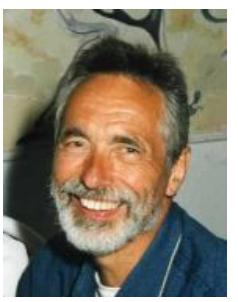
Unglaublich – geht so etwas auch in Deutschland?

Ich stelle mir vor, ich arbeite am Vormittag in der Neptun Apotheke und um 10 Uhr sage ich „Tschüss" und gehe 1 Treppe höher in die Doppelarztpraxis. Ich spreche mit den PatientInnen über ihre verordneten Medikamente und erstelle einen Medikationsplan – nachdem sie das Sprechzimmer des Arztes verlassen haben. Dabei habe ich die Möglichkeit, alle Labordaten des Patienten einzusehen und bei notwendigen Absprachen direkt mit dem Arzt zu sprechen. Und bei einer Dauermedikation darf ich die Fortführung der Medikation verordnen. Diese Patienten müssen nicht mehr den Arzt sehen! Und der Arzt hat mehr Zeit für Gespräche mit dem Patienten.

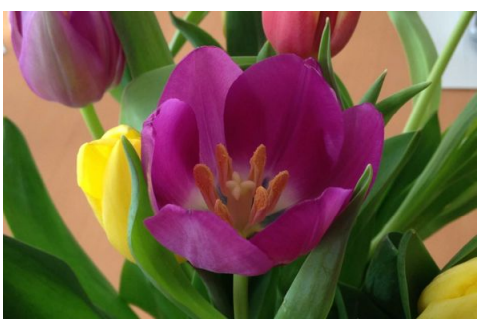
Das gibt es nicht nur in England, sondern auch in Australien, Kanada und als Projekt in den Niederlanden

Mann, **bin ich gespannt auf das Herbstseminar des VdPP in Berlin am 15. November 2018.**

Dort geht es genau um dieses Thema: Die Zukunft der Apotheken – die Zukunft der Pharmazie.



Bernd Rehberg



Der Vorstand dankt **Bernd Rehberg** und seinen Gästen für die großzügige Spende anlässlich seines 75. Geburtstags. Verbunden ist der Dank mit den Glückwünschen für die nächsten Jahre. Bernd, wir wünschen dir viele weitere aktive Jahre, auch für den VdPP und auch für dein weiteres Tennisspielen. Als Gründungsmitglied hast du immer die Arbeit des Vereins unterstützt, sowohl als aktiver Apotheker hinter dem HV-Tisch als auch als aktiver Rentner im Vorstand.

Der Vorstand

Aus dem VdPP Newsletter 8/2018

Projekt: MEDBOX - The aid library

Die MEDBOX ist eine innovative, weltweit nutzbare und frei zugängliche Open-Source-Bibliothek mit dem Ziel der Steigerung und Sicherung der Qualität in der Gesundheitsversorgung weltweit. MEDBOX bündelt praktisch relevante, qualitativ hochwertige Dokumente, für die praktische Anwendung auf einer Internetseite. Mittlerweile enthält die MEDBOX über 11.000 Dokumente in einer Vielzahl an Rubriken und TOOLBOXES (www.medbox.org/toolboxes), die neben Informationen zu Humanitärer Nothilfe über Tropenmedizin bis hin zu Gesundheit von Geflüchteten und psychosozialer Betreuung reichen. Die einzigartige Sammlung an TOOLBOXES erlaubt direkten und schnellen Zugang zu spezifischen Themenbereichen öffentlicher und globaler Gesundheit.
Hier geht's zur Bibliothek: www.medbox.org

Projekt: MedWatch

Das Online-Magazin MedWatch will irreführende und gefährliche Medizin-Angebote im Internet aufdecken. Die Gründer Nicola Kuhrt und Hinnerk Feldwisch-Drentrup, zwei erfahrene Medizinjournalisten, wollen verlässliche Gesundheitsnews für alle bieten: Fakten und Informationen statt Quacksalberei, Verschwörungstheorien und Fakemeldungen. Um das zu finanzieren, hat bereits ein Crowdfunding gestartet. Beide haben auch für DAZ online gearbeitet und waren somit maßgeblich für das (zwischenzeitlich) hohe wissenschaftsjournalistische Niveau verantwortlich. Der Fokus des Projekts liegt bei den Sozialen Medien, da Patienten auf Facebook & Co. auf schreckliche Angebote und Informationen treffen. Hat euch das Projekt überzeugt? Dann könnt ihr euch gerne beteiligen, und das Projekt so unterstützen!
Mehr Infos hier: www.medwatch.de

Termine

15. Oktober18 Montag 12 bis 14 Uhr lunch briefing	Berlin Umspannwerk Ost Palisadenstraße 48,	**WHO sets the Global Health Agenda?** Die wachsende Rolle von „venture philanthropies in Global Health": Win-win Situationen oder Interessenkonflikte mit und für die WHO? In englischer Sprache
9. November18 Freitag 12.00-16.30 Uhr	Berlin Deutscher Gewerkschaftsbund Henriette-Herz-Platz 2	**Digitalisierung im Gesundheitswesen** Ein Wundermittel auf dem Weg zu Gesundheit für Alle? Ein Workshop der Dt. Plattform für Globale Gesundheit Um vorherige Anmeldung bis zum 1.10.2018 per E-Mail wird gebeten: (nur für VdPP-Mitglieder) info@plattformglobalegesundheit.de
15. November Donnerstag 19.30 bis 21.30 Uhr	Berlin Ökumenisches Zentrum, Wilmersdorfer Straße 163	Herbstseminar **Apotheke der Zukunft:** **Aktiv in vernetzter Versorgung**
28. November Mittwoch, 18.30 bis 20:30 Uhr,	Münster Umweltforum, Zumsandestraße 15,	**Interprofessionelle Zusammenarbeit und Patientenorientierung. Was passiert aktuell in Australien?** Um vorherige Anmeldung unter www.vdpp.de wird gebeten
14. und 15. März 2019	Berlin Technische Universität	**Armut und Gesundheit** **Public Health-Kongress** **POLITIK MACHThcam Gesundheit**
21. bis 23. Juni 2019	Hamburg	Mitgliederversammlung **30 Jahre VdPP** Ein Grund zum Feiern

Auf der langen Bank: Informationen zur evidenzbasierten Selbstmedikation

Die EVI-News, Newsletter mit Informationen zur evidenzbasierten Selbstmedikation der ABDA, erfüllen in der derzeitigen Form weder den Auftrag, der sich aus dem entsprechenden Beschluss des deutschen Apothekertages 2014 ergibt, noch die selbst gesteckten Ziele. Zu diesem Schluss kommt der Verein demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten (VdPP) nach einer Analyse des seit Mai 2017 erscheinenden neuen Mediums.

Geringe Themenvielfalt

Die Wahl der Themen lässt bisher zu wünschen übrig: 13 der bisher erschienenen 18 Newsletter beinhalten das Thema Schmerz, allein 5 zum Thema Kopfschmerzen. Dabei wurde somit als erstes ein Gebiet der Selbstmedikation ausgewählt, bei dem die Evidenz zu den meisten Präparaten wenig umstritten ist. Andere in der Praxis relevante Themengebiete wie z.B. zu Erkältungssymptomen wurden vornehmlich in Randgebieten behandelt. Gerade vier Newsletter erschienen dazu, allerdings mit teilweise wenig praxisgerechter Fragestellung: Eine „Einmaldosis Dekongestiva", also ein abschwellendes Mittel, ist in der Praxis wohl eher unüblich und H1-Antihistaminika spielen in dieser Indikation auch laut den im Newsletter dargestellten Leitlinien nur eine untergeordnete Rolle.

Kaum kritische Bewertungen

Insgesamt finden sich nur wenig kritische Bewertungen abgesehen von teils trivialen Empfehlungen, z.B. bei nicht zugelassenen Monotherapien mit Antihistaminika individuell abzuwägen und ggf. abzuraten oder bei der Empfehlung von Kombi-Präparaten keine Kontraindikation zu übersehen. Geradezu bizarr ist auch die Feststellung im ersten Newsletter, dass konkrete Wirkstoffempfehlungen nicht Gegenstand der Veröffentlichung sind. So entsteht leider der Eindruck, dass konfliktträchtige Bereiche vermieden werden sollen. Die äußerst positive Bewertung der noch nicht zugelassenen Kombination Ibuprofen/Coffein bei Schmerzen in zwei Newslettern inkllusive werbewirksamer Nennung des potenziellen Präparatenamens passt in dieses Bild. Aus der zu Grunde liegenden Studie werden irrelevante numerische, nicht statistisch signifikanten Unterschiede berichtet und Ergebnisse ohne Angaben zur Signifikanz dargestellt. Das ist nicht im Sinne einer objektiven und wissenschaftlich fundierten Bewertung, die gerade bei neuen Arzneimitteln von besonderer Bedeutung ist.

Wenig eigene Aufarbeitungen

Bisher wurden vornehmlich die Ergebnisse bereits existierender systematischer Übersichtsarbeiten und Leitlinien zusammengefasst. Das erleichtert den Start, generiert jedoch kein neues Wissen. Wichtig war dem VdPP bei der Beteiligung an der Antragsstellung auch, dass zu den wichtigsten Präparaten die Evidenz systematisch aufgearbeitet und ggf. auch das Fehlen von guten Studien sichtbar gemacht wird. Positiv festzustellen ist, dass sich der April-Newsletter kritisch mit einem von vier als Medizinprodukt zugelassenen Nasensprays auseinandersetzt. Fraglich ist dabei allerdings, ob es notwendig ist, diesem Thema, wie angekündigt, wieder mehrere Newsletter zu widmen.

Verzichtbare Zugangsbarrieren, langsame Aufbereitung

Der Zugang zu den EVI-News wird durch ein Log-In System erschwert. Dies wird weder der Apothekenpraxis gerecht, noch dem Anspruch der EVI-News-Autoren, dass die „hohe Kompetenz des Apothekers im Bereich Selbstmedikation unterstrichen und zusätzlich sichtbar gemacht" werden soll. Zudem erscheinen die Newsletter nur noch monatlich. Lobenswert zu erwähnen bleibt hingegen die weiterhin kostenfreie Nutzung der EVI-News inkl. Suchmöglichkeit aller Artikel in einer Datenbank.

Mehr Praxistauglichkeit notwendig

Der VdPP sieht den EVI-Newsletter daher nicht als sinnvolle Umsetzung des durch ihn mitinitiierten und vom Apothekertag beschlossenen Antrags an. Ziel war es vielmehr, nach und nach eine Datenbank aufzubauen, die schnell und in die Arbeitsabläufe eingebettet Hilfe für häufig auftretende Beratungsfragen bietet. Idealerweise wären die Informationen über die Apothekensoftware abrufbar und mit den entsprechenden Produkten verlinkt. Das kann ein Newsletter naturgemäß nicht leisten.

Der VdPP fordert, die Informationen zur evidenzbasierten Selbstmedikation praxistauglicher zu gestalten: Es geht darum, den Apothekerinnen und Apothekern in der Offizin Informationen zu den

wichtigsten Präparaten aller wichtigen Selbstmedikationsbereiche und in leicht zugänglicher Form zur Verfügung zu stellen, will man sichergehen, dass diese auch genutzt werden. So steht zu hoffen, dass sich möglichst viele Nutzer an der im März gestarteten Umfrage beteiligen, die der Anpassung zukünftiger Newsletter an die Bedürfnisse der öffentlichen Apotheke dienen soll.

Hintergrund

Der Apothekertag hat beschlossen, dass für die in der Selbstmedikation am häufigsten abgegebenen OTC-Arzneimittel die Evidenz zu Nutzen und Schaden aufgearbeitet wird und in praxistauglicher Form der Apothekerschaft zur Verfügung gestellt werden. Im Beschluss und der Begründung wurde angeregt, diese Aufgabe federführend der Arzneimittelkommission der Deutschen Apotheker (AMK) zu übertragen und die Ergebnisse in die ABDA-Datenbank zu integrieren. Im Januar 2017 wurde ein entsprechendes Projekt von der ABDA an die Abteilung Klinische Pharmazie der Universität Leipzig in Kooperation mit dem dortigen Zentrum für Arzneimittelsicherheit (ZAMS) vergeben. Der seit Mai 2017 von dort herausgegebene Newsletter („EVI-News") erschien zunächst zweiwöchentlich und sollte nach einer Übergangsphase kostenpflichtig werden. Inzwischen sind die einzelnen Artikel über eine Datenbank recherchierbar, und der Newsletter blieb kostenfrei, erscheint aber nur noch monatlich.

Daniel Fleer
23.April 2018

Erschien Anfang Mai in der DAZ

Pressemitteilung, 10. Juli 2018

Kniefall vor dem Altar des Marktes

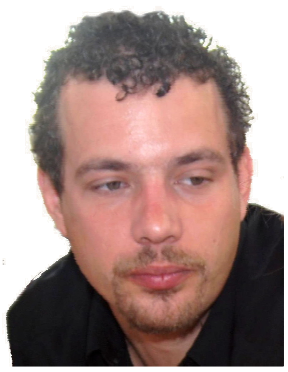
Die Monopolkommission, der Dinosaurier aus der Zeit der totalen Marktgläubigkeit, hat es wieder getan: Der Wettbewerb soll es richten und zugleich für flächendeckende Versorgung, günstige Preise für Verbraucher und Krankenkassen und dabei für gute Versorgungsqualität sorgen. Mehr Preiskampf, mehr Selektivverträge, weniger politische Gestaltung lautet das immer gleiche Credo der „Wettbewerbshüter".

Die Erfahrung in der Vergangenheit lehrt jedoch das Gegenteil. Mehr Wettbewerb bringt mehr Konzentration, statt flächendeckende Versorgung. Lukrative Standorte mit kaufkräftigem Klientel und viel Laufkundschaft werden das Rennen machen, während Kiez- und Landapotheken das Nachsehen haben werden. Masse statt Klasse wird noch mehr als heute der Anreiz sein und die Versorgungsqualität wird darunter leiden.

Um dem entgegenzuwirken schlägt die Monopolkommission wieder einmal den Wegfall der einheitlichen RX-Preise, den Wegfall des fixen Großhandelszuschlags, die Förderung des Versandhandels sowie de facto eine Honorarkürzung vor. Dafür sollen die Patientinnen und Patienten künftig für Beratungsleistungen zahlen – oder sich eben für Rabatte und entsprechend schlechtere Beratungsleistungen „entscheiden" können. Es liegt auf der Hand, dass arme Menschen kaum eine Wahl haben und im Zweifel zu vermeidbaren Arzneimittelschäden wegen fehlerhafter Anwendung verurteilt sind. Auch die zu beobachtende soziale Schieflage bei Arzneimittelmissbrauch von Nasensprays bis hin zu Schlafmitteln dürfte sich mit den vorgeschlagenen Regelungen verschärfen. Wenn Landapotheken ohnehin wegen fehlender Ärztinnen und Ärzte zu kämpfen haben und nun zudem mit der nächsten Centerapotheke und den Versandapotheken um RX-Rabatte bei den Krankenkassen konkurrieren, sieht es für die flächendeckende Versorgung gerade in ohnehin strukturschwachen Regionen sehr finster aus.

Gesundheitsversorgung muss dazu beitragen, die Folgen sozialer Unterschiede abzuschwächen. Der Zugang zu guter Versorgung darf nicht vom Geldbeutel abhängen. Marktmechanismen führen jedoch immer zu einem Anstieg, und nicht zu einer Reduktion der sozialen Kluft. Doch von solchen Erwägungen ist die Monopolkommission offenbar nicht beeinflusst. So schaffen die Wettbewerbsschützer genau die Probleme, die sie in kommenden Gutachten dann unter die Lupe nehmen kˆnnen.

Florian Schulze für den VdPP



Pressemitteilung, 06. Juli 2018

Bundessozialgericht vergibt Chance

Entscheidung zur Mischpreisbildung bei Arzneimitteln

Der VdPP bedauert die Entscheidung des Bundessozialgerichts (BSG) zur Mischpreisbildung bei Arzneimitteln.

Das BSG hat am Mittwoch das vorangegangene Urteil des Landessozialgerichts (LSG) Berlin-Brandenburg kassiert und der Pharmaindustrie damit wohl Sommerfeststimmung beschert. Es lässt damit die Chance verstreichen, den Patientennutzen in den Mittelpunkt zu rücken und die Versorgungsqualität zu stärken. Der gute Gedanke, dass der Patientennutzen den Preis bestimmen soll, wird weiter verwässert. Auch wenn die Neuerungen nun nicht gerichtlich erzwungen werden: politisch sind sie trotzdem umsetzbar und im Interesse der Patienten und der Solidargemeinschaft notwendig.

Deutschland hat nach wie vor die höchsten Preise bei neuen Arzneimitteln. Die große Reform von 2010 (Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz, AMNOG) hat nicht so gewirkt wie erhofft. Es hat weder die Preise für neue Präparate auf ein reelles Maß reduziert, noch hat es die Qualität in der Versorgung messbar verbessert. Beides wäre möglich, wenn besonders hohe Preise nur dann gezahlt werden müssten, wenn die Patienten auch wirklich begründete Aussicht auf eine bessere Therapie haben. So würden Anreize gesetzt, für alle Patientengruppen gute Belege für den Zusatznutzen des Präparats beizubringen. Zudem würde es dann keinen Sinn mehr machen, neue Arzneimittel mittels Marketing für Patientengruppen in den Markt zu drücken, für die kein Vorteil belegt werden konnte.

Das LSG hatte entschieden, dass ein neues Präparat nicht teurer sein darf, wenn es für einzelne Patientengruppen keinen therapeutischen Fortschritt bringt. Es hat auch erstmals definiert, in welcher Höhe Aufpreise liegen sollten, wenn für die Patientinnen und Patienten zum Beispiel nur ein geringer Vorteil im Vergleich zur Standardtherapie bewiesen wurde. Das Urteil hatte Spreng- bzw. Innovationskraft, denn die politischen Konsequenzen wären überaus spannend gewesen. Während im Moment für alle Patientengruppen der gleiche Preis gezahlt wird, egal ob sie von der Neuerung profitieren oder nicht, könnten dann die einzelnen Gruppen unterschiedlich behandelt werden. Für Patienten, für die das Mittel eine Innovation darstellt, wären höhere Preise möglich, für andere bleibt es beim Preisniveau der Standardtherapie. Wenn kommerzielle Forschung der Gesundheit der Patientinnen und Patienten dienen soll, sind solche kleinteiligen Vorgaben an Qualität und Inhalt der Forschung unumgänglich.

Florian Schulze für den VdPP

Gesehen in Seattle, USA
Sommer 2018

Alle fünf Jahre muss die Bundesregierung an den UN-Ausschuss für wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte einen Bericht zur Lage im Land z. B. in Bezug auf Gesundheit abgeben. Unter der Federführung von Ärzte der Welt e.V. wurde im Juli dazu ein Parallelbericht erstellt. Der Gesamtbericht umfasst 30 Seiten. Er kann nachgelesen werden unter https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/SessionDetails1.aspx?SessionID=1200&Lang=en
Wir veröffentlichen hier die Zusammenfassung.
www.plattformglobalegesundheit.de

Empfehlungen der Deutschen Plattform für Globale Gesundheit für die Globale Gesundheitsstrategie der Bundesregierung

Die Deutsche Plattform für Globale Gesundheit (DPGG), ein Zusammenschluss von Gewerkschaften, Nichtregierungsorganisationen und Wissenschaftler*innen, verfolgt das Ziel, die Bedeutung der gesellschaftlichen Bedingungen von Gesundheit und Krankheit stärker in die nationale und internationale Gesundheitsdebatte einzubringen. In der heutigen globalisierten Welt sind die wesentlichen Einflussfaktoren für Wohlbefinden und Gesundheit der Menschen nicht mehr allein auf nationaler Ebene steuer- und beeinflussbar. Es gilt aber auch: „Globale Gesundheit fängt zu Hause an". Daher will die Plattform dazu beitragen, die Trennung zwischen nationaler und globaler Gesundheitspolitik zu überwinden.

Gleiche Gesundheitschancen weltweit

Gesundheit ist ein hohes Gut und zugleich ein Menschenrecht. Überall auf der Welt hängen die Gesundheitschancen weitaus stärker von gesellschaftlichen Bedingungen und vom sozialen Status ab als vom individuellen Gesundheitsverhalten. Menschen mit geringerer Bildung und niedrigem Einkommen erkranken und sterben früher als Angehörige der oberen Gesellschaftsschichten. Das liegt nicht so sehr an höheren Hürden beim Zugang zu medizinischer Versorgung, denn selbst umfassende soziale Sicherungssysteme wie in Deutschland ändern nichts daran, dass Angehörige des reichsten Bevölkerungsfünftels im Durchschnitt viele Jahre länger leben als die einkommensschwächsten 20 Prozent. Diese in Deutschland wie weltweit bestehenden Ungleichheiten bei den Gesundheits- und damit den Lebenschancen der Menschen sind nicht naturgegeben, sondern gesellschaftlich verursacht und daher politisch veränderbar. **Verantwortungsvolle globale Gesundheitspolitik muss die Verringerung dieser Ungleichheiten anstreben.**

So wie in den meisten Ländern geht es in der gesundheitspolitischen Debatte in Deutschland indes fast ausschließlich um Fragen von Umfang und Organisation des Krankenversorgungssystems, um Finanzierungsbeiträge und die Bezahlung von Leistungserbringern. Die vielerorts übliche Verkürzung von Gesundheit und Krankheit auf individuelle Eigenverantwortung ist der falsche Weg und verstärkt eher Ungleichheiten, anstatt sie zu verringern. Die Ursachen von Krankheit kommen oftmals primär in Form individualisierter Risikofaktoren zur Sprache, während die wichtigsten krankmachenden Faktoren, die sozialen, ökologischen, strukturellen und politischen Determinanten von Gesundheit und Krankheit kaum eine Rolle spielen. Im Mittelpunkt der Strategie der Bundesregierung zu globaler Gesundheit sollten daher auch die Schaffung und Förderung gesunder Lebens- und Umweltbedingungen auf lokaler, nationaler und globaler Ebene stehen. **Eine gesundheitsfördernde Politik muss nicht nur gute Versorgung im Krankheitsfall gewährleisten, sondern vor allem Bedingungen schaffen, die ein gesundes Leben ermöglichen.**

Denn zur Überwindung gesundheitlicher Ungleichheiten kann das Gesundheitssystem ohnehin nur einen kleinen Teil beitragen. Gesundheitspolitik muss sektorübergreifend sein und in allen Bereichen ansetzen, die direkt oder indirekt Einfluss auf Wohlbefinden und Gesundheit der Menschen haben. Die WHO fordert daher ein kohärentes Vorgehen auf verschiedenen Politikebenen (Gesundheit in allen Politikbereichen bzw. Health in all Policies) unter Einbeziehung staatlicher Akteure, der Wirtschaft, der Zivilgesellschaft und globaler Organisationen. Wenn sie wirksam zur Verbesserung der Gesundheit der Weltbevölkerung beitragen will, muss die Strategie der Bundesregierung zu Globaler Gesundheit auch Instrumente zum Policy Impact Assessment bereitstellen, d. h. Ansätze zur **Überprüfung aller Politikbereiche auf ihre sozialen, ökologischen und vor allem gesundheitlichen Auswirkungen.** Nur so lassen sich Regelungen, Vorhaben und Maßnahmen vermeiden, die negative

Auswirkungen auf die Gesundheit der Menschen haben.

Die globale Gesundheitsstrategie sollte deshalb:

- Bedingungen schaffen, die ein gesundes Leben ermöglichen;
- gesundheitliche Ungleichheit verringern;
- einen Health-in-All-Ansatz verfolgen;
- Maßnahmen in allen Politikbereichen einem health impact assessment unterziehen.

Soziale Sicherheit für alle

Insbesondere in den Ländern des Südens, aber auch in den reichen Ländern dieser Welt haben globalisierungsbegleitende Maßnahmen wie Strukturanpassungen, öffentliche Sparprogramme und Privatisierung die öffentlichen Sozialsysteme unter Druck gesetzt oder abgebaut. Bei Krankheit, Arbeitslosigkeit und Berufsunfähigkeit müssen die Menschen auf zuverlässige Sicherungssysteme zurückgreifen können. Ohne die Befreiung aus sozialer Unsicherheit und Not sind die Grundrechte, Verwirklichungschancen und letztlich die Freiheit der Menschen nicht gewährleistet. Universelle soziale Absicherung im Krankheitsfall ist kein bloßer volkswirtschaftlicher Kostenfaktor, sondern Grundlage fur individuelle und ökonomische Entwicklung und gesellschaftliche Wohlfahrt.

Die Nachhaltigen Entwicklungsziele (SDGs) verpflichten auch Deutschland, allen im Land lebenden Menschen soziale Sicherheit zu bieten. Das bedeutet, Sozialleistungen in vollem Umfang auch für Asylsuchende, nicht erwerbstätige EU-Bürger*innen und alle Menschen ohne geregelten Aufenthaltsstatus zugänglich zu machen. Auf globaler Ebene verdient die Stärkung der sozialen Sicherungssysteme auch und gerade in den armen Ländern des Südens besondere Aufmerksamkeit. Eine Strategie zu Globaler Gesundheit muss daher immer auch universelle soziale Absicherung im Krankheitsfall sowie umfangreicheren Sozialschutz einschließen – hierzulande wie anderswo auf der Welt..

Die Stärkung der Gesundheits- und Sozialsysteme im Rahmen der internationalen Zusammenarbeit wird nicht ausreichen. Die nachhaltige Verbesserung der sozialen Lage aller Menschen auf der Erde erfordert neben der gerechteren Nutzung eigener Ressourcen und wirtschaftlicher Teilhabe auch finanzielle Unterstützung armer Gesellschaften und der dort lebenden Menschen.

Die globale Gesundheitsstrategie sollte deshalb folgende Elemente beinhalten:

- Gewährleistung des universellen Rechts auf Sozialschutz und Absicherung gesellschaftlicher Risiken;
- Aufbau sowie nachhaltige und solidarische Finanzierung sozialer Sicherungssysteme weltweit, einschließlich Zugang für alle in Deutschland lebenden Menschen zu garantierten Sozialleistungen;
- Einrichtung eines globalen Finanzausgleichsfonds für Sozialleistungen, insb. soziale Absicherung im Krankheitsfall.

Arbeit gesund gestalten

Angemessener Schutz für das Leben und die Gesundheit Beschäftigter sowie soziale Sicherungsmaßnahmen zur Sicherung von Mindesteinkommen und umfassender ärztlicher Versorgung sind schon lange zentrale Zielsetzungen der internationalen Gemeinschaft. Die Globalisierung setzt allerdings weltweit die Arbeitsstandards zunehmend unter Druck und erschwert ihre Durchsetzung. Wohlbefinden und Gesundheitschancen der erwerbstätigen Bevölkerung sind vielerorts dem Wachstums- und Gewinnstreben untergeordnet. Noch schlimmer ist die Lage für Erwerbslose, die früher erkranken und sterben, für die nach ILO-Angaben etwa 20 Millionen Zwangsarbeiter*innen und über 200 Millionen arbeitende Kinder weltweit. Eine globale Gesundheitsstrategie sollte daher auch Ansätze zur Verringerung wichtiger gesundheitsschädigender Risikofaktoren wie Unsicherheit von Arbeitsplätzen, prekären Beschäftigungsverhältnissen, schlechten Arbeitsbedingungen und mangelnder sozialer Absicherung bei Erwerbslosigkeit einschließen.

Denn in der heutigen globalen Wirtschaftsordnung gelten niedriges Lohnniveau, Einsparungen beim Arbeitsschutz, flexible und damit instabile Beschäftigungsverhältnisse sowie fehlende oder schwache Gewerkschaften als positive Standortfaktoren. Solange sich die Logik von kurzfristiger Renditemaximierung und Wachstum um jeden Preis nicht durchbrechen lässt, bleibt gesundheitliche Gerechtigkeit unerreichbar. Die Strategie zu Globaler Gesundheit der Bundesregierung muss nicht nur die Arbeitsbedingungen der Menschen auf dieser Welt berücksichtigen, sondern auch die Verantwortlichkeit deutscher und internationaler Unternehmen und anderer Akteur*innen. Wer es ernst meint mit besserer Globaler Gesundheit, kommt nicht um die Forderung nach verantwortungsvoller, demokratischer Steuerung der Weltwirtschaft herum, die wirtschaftliche, soziale, ökologische und gesundheitliche Aspekte beachtet und verschiedene Interessen in Einklang bringt.

Die globale Gesundheitsstrategie sollte deshalb folgende Aspekte

beinhalten:

- Gewährleistung des Grundrechts auf Arbeit und angemessene Entlohnung;
- Einhaltung der ILO-Arbeitsschutzbestimmungen und Überwindung gesundheitsgefährdender Arbeitsverhältnisse weltweit;
- Stärkere Ausrichtung der Weltwirtschaft an gesellschaftlichen, Umwelt- und gesundheitlichen Kriterien.

Klimawandel und Gesundheit

Der Klimawandel gefährdet die Grundlagen menschlichen Lebens auf dem Planeten und gilt als größte Gesundheitsbedrohung im 21. Jahrhundert. Luftverschmutzung ist weltweit eine der häufigsten Ursache für Krankheit und Tod; Erderwärmung und klimatisch bedingte Umweltschäden gefährden elementare Voraussetzungen für Gesundheit und Wohlergehen und drohen die Gesundheitsverbesserungen der letzten Jahrzehnte zunichte zu machen. Umfassendes, entschlossenes und schnelles Handeln sind unumgänglich, um die Folgen der Erderwärmung unter Kontrolle zu halten.

Der Umweltverschmutzung und Klimawandel wirken direkt und indirekt auf die Gesundheit. Angesichts der potentiell existenziellen Bedrohung unserer Zivilisation und der menschlichen Gesundheit durch Klimawandel und fortschreitende Umweltzerstörung sollte das Thema Klimawandel und Gesundheit ein Eckpfeiler jeglicher Global-Health-Strategie sein. Wirksamer Klimaschutz ist aktiver Gesundheitsschutz, der mehr ist als Resilienzstärkung.

Die globale Gesundheitsstrategie sollte deshalb:

- einen schnellen Übergang zu CO2 -neutraler Wirtschaft und Gesellschaft durch einen sozialverträglichen Kohleausstieg, Abgaben auf fossile Energien und den Abbau klima- bzw. umweltschädlicher Subventionen einfordern;
- die Verwendung der zusätzlichen Mittel für Klimaschutz und Gesundheit anstreben;
- ärmere Länder finanziell und technologisch unterstutzen, den auf Umweltzerstörung und fossiler Energiegewinnung beruhenden Entwicklungspfad zu umgehen;
- Global Health als Gesundheit der menschlichen Zivilisation und ihrer natürlichen Ressourcen verstehen.

Gesundheit: Menschenrecht in öffentlicher Verantwortung

„Jeder hat das Recht auf einen Lebensstandard, der seine und seiner Familie Gesundheit und Wohl gewährleistet, einschließlich Nahrung, Kleidung, Wohnung, ärztliche Versorgung und notwendige soziale Leistungen," heißt es in der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte von 1948. Der UN-Sozialpakt von 1966 verpflichtet die Vertragsstaaten „zur Schaffung der Voraussetzungen, die für jedermann im Krankheitsfall den Genuss medizinischer Einrichtungen und ärztlicher Betreuung sicherstellen". Auch die Weltgesundheitsorganisation macht explizit die Regierungen für den Gesundheitszustand der Bevölkerung verantwortlich.

Auch wenn die Beteiligung der Zivilgesellschaft wichtig ist - die Staaten dürfen diese Verantwortung nicht auf sie abwälzen.

Diesen und anderen international bindenden Regeln zum Trotz stellt die Verwirklichung des Rechts auf Gesundheit bis heute eine globale Herausforderung dar. Die als Lösung knapper Haushalte gepriesenen Privatisierungen und öffentlich-privaten Partnerschaften (Private-Public-Partnerships - PPP) zeigen mittlerweile unerwünschte Wirkungen wie steigende Verbraucherpreise, fehlende Kontrolle über die Verwendung öffentlicher Mittel oder wachsende soziale und gesundheitliche Ungleichheit. Diese Folgen einer verengten betriebswirtschaftlichen Logik marktorientierter Reformen haben die Notwendigkeit und Bedeutung gesellschaftlicher Daseinsvorsorge nachdrücklich unterstrichen, in Deutschland ebenso wie in den anderen Ländern der Welt. Ohne Erhaltung und Stärkung der öffentlichen sozialen Verantwortung, bleibt das Recht auf Gesundheit unerreichbar. In der Pflicht sind zuallererst die Staaten, die für den sozialen und institutionellen Rahmen sorgen müssen, Verantwortung für den ungehinderten Zugang zur Versorgung für Alle tragen und gesundheitliche Ungleichheiten abbauen müssen. Die globale Gesundheitsstrategie der Bundesregierung sollte zwar die Zivilgesellschaft einbeziehen, aber zugleich die verpflichtende Rolle der öffentlichen Hand für die Daseinsfürsorge, Krankenversorgung und soziale Sicherung betonen.

www.plattformglobalegesundheit.de

Diese Plattform wird unterstützt von

Ärzte der Welt.
BUKO Pharma-Kampagne
IPPNW
Medico international
MEZIS
VdÄÄ
VdPP
ver.di
attac
Brot für die Welt
und Einzelpersonen

Sonderrundbrief

Von der 68er Studentenbewegung zum VdPP
50 Jahre kritische Pharmazie

Im November wird der Sonderrundbrief fertig sein! Dafür wurden so manche Kisten im Keller geöffnet, lange vernachlässigte Archive durchstöbert, Erinnerungen aus den Tiefen des Gehirns hervorgeholt und viele Gespräche geführt.

1968 waren noch nicht viele von uns politisch aktiv. Aber die Impulse, die aus den 60iger Jahren kamen haben viele von uns geprägt: antikapitalistisch, antifaschistisch, radikaldemokratisch und antiautoritär.

Wie hat sich die Pharmazie entwickelt? Welche Wege wurden gegangen, um die Apotheke zu verändern? Am Beispiel von sechs Apothekenprojekten verfolgen wir nach, wie die Arbeitsbedingungen verändert wurden und der Umgang mit den Patienten/Kunden neu durchdacht wurde. Was hatte Erfolg, was nicht?
.
Interprofessionelles Arbeiten, worum es in diesem Rundbrief in fast jedem Artikel geht, wurde ausprobiert, ohne den Fachbegriff zu verwenden.

Vorgestellt wird eine unglaublich interessante Zeit, die vom Aufbruchsgeist der Studentenbewegung inspiriert worden ist. Wie viel ist davon heute noch erkennbar?
Diese Antwort muss jede und jeder für sich finden.

Gudrun Hahn

Gesehen auf der Verkaufstheke eines Frühstückbistros im Univiertel der Stadt Washington, DC. Die Schmerztabletten — als Einzeldosis — konnte man kaufen wie Pfefferminzbonbons, während man auf den Kaffee wartete.

Pharmazie in sozialer Verantwortung

VdPP

Herbstseminar 2018 Berlin Donnerstag, 15. 11. 18

Apotheke der Zukunft:

Aktiv in vernetzter Versorgung

Primärversorgung
ortsnah, patientenorientiert und partizipativ weiterentwickeln
sowie das pharmazeutische Potential nutzen

Referent*innen: Patricia Hänel für GeKo (Berlin),
Phil Dickel für die Poliklinik Hamburg-Veddel (angefragt)
Andreas Fuchs für ARMIN (AOK PLUS, Leipzig)

Ökumenisches Zentrum, Wilmersdorfer Straße 163
10585 Berlin-Charlottenburg, 19.30 Uhr bis 21.30 Uhr
Anmeldung erbeten unter info@vdpp.de

KONTAKT

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

Tel. 040 63917720 - Fax 040 63917724

E-Mail: info@vdpp.de

Mehr Informationen, Artikel und aktuelle Termine finden Sie unter:

www.vdpp.de

VORSTAND

Daniel Fleer
fleer@vdpp.de

Thomas Hammer
hammer@vdpp.de

Viktoria Mühlbauer
muehlbauer@vdpp.de

Udo Puteanus
puteanus@vdpp.de

Bernd Rehberg
rehberg@vdpp.de

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.

NÄCHSTER RUNDBRIEF

Der nächste VdPP-Rundbrief erscheint im Januar 2019. Redaktionsschluss ist am 30. November 2018