

# VDPP - *Rundbrief*

6. Jahrgang, Nr. 24 / Juni 1994

MITTEILUNGEN DES VEREINS DEMOKRATISCHER PHARMAZEUTINNEN UND PHARMAZEUTEN

Verein demokratischer  
Pharmazeutinnen und  
Pharmazeuten

Unsere Ziele:

- Demokratisierung des Gesundheitswesens
- Verantwortungsvolle Arzneimittelversorgung
- Berufspraxis in einem sozial orientierten Heilberuf
- umsatzunabhängige Apotheken
- ökologische Kriterien bei der Arzneimittelproduktion
- verbraucherfreundliche Arzneimittelgesetzgebung

unabhängig -  
überparteilich -  
patientenorientiert

Soziale Apotheken in den  
Niederlanden und in Belgien

Eine niederländische  
Krankenhausapotheke

Warum wir ein "Netzwerk  
Apotheken im VDPP" brauchen

Anträge zur  
Mitgliederversammlung

## Inhalt

Christl Trischler: Grußworte des Vorstands	3
Udo Puteanus: Soziale Apotheken in den Niederlanden und in Belgien	4
Elke Janssen / Udo Ament: Eine niederländische Krankenhausapothke	30
Udo Ament: Warum wir ein "Netzwerk Apotheken im VDPP" brauchen	34
Udo Puteanus: Nachruf auf Rolf Lipfert	39
Anträge zur Mitgliederversammlung	40
Thomas Hammer: Protokoll der Vorstandssitzung in Isny	41

### Buchbesprechung

Mit Spannung in die Entspannung (Sammelbesprechung) (Ute Meyerdirks-Wüthrich)	45
---	----

### Dokumentation

Kölner Manifest der oppositionellen Delegierten und des VDÄÄ Projekt Weltgerichtshof	47 50
--	----------

### Beilage

Rundbrief-Sachregister 1993

### Impressum

Der Rundbrief ist eine Veröffentlichung des Vereins demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten e.V.  
Redaktion: Dr. Christa Augustin (verantwortlich), Thomas Hammer  
Layout und Satz: Ulf H. Thomas  
Adresse: Fleming-Apotheke, Grindelallee 182, D-20144 Hamburg, Tel./Fax: 040/458768.  
Für Beiträge, die mit vollem Namen gekennzeichnet sind, übernimmt der/die AutorIn die volle Verantwortung.

## Editorial

- Obwohl dieser Rundbrief sogar etwas früher erscheint als erwartet, mußten wir aus Platzgründen einige Artikel zurückstellen, da die Berichte über die VDPP-Studienreise in die Niederlande und nach Belgien doch sehr viel Platz beanspruchen. Die Artikel über das Frauenseminar werden daher das Schwerpunktthema der nächsten Ausgabe bilden.
- Ebenso mußten wir die Dokumentationsseiten ein wenig einschränken. Wichtig für die Mitgliederversammlung erschien uns vor allem das "Kölner Manifest" der oppositionellen Ärzte. Die Stellungnahme der Arzneimittelkommission der deutschen Apotheker zu gentechnologisch hergestellten Arzneimitteln sowie der bereits in der PZ erschienene Leserbrief von Stefan Berg dazu werden im nächsten Rundbrief erscheinen.

Als besondere Beilage zum Jubiläum gibt es ein von Ulf Thomas erstelltes alphabetisches Jahresregister der `93er Rundbriefe. Das Gesamtregister für alle 24 Ausgaben ist ebenfalls in Arbeit und demnächst verfügbar.

Alles weitere auf der Mitgliederversammlung.

Christa Augustin

Viel Spaß beim Lesen des Rundbriefes. Redaktionsschluß für die nächste Ausgabe ist der

**1. August 1994.**

Artikel und Beiträge bitte wieder an:

Christa Augustin  
Alsterdorfer Str. 18  
22299 Hamburg  
Tel. 040/476564

# Liebe VDPP-Mitglieder! liebe am Verein Interessierte!

statt eines Vorworts diesmal ein Appell!

Entdeckt Euren Idealismus wieder!

Es genügt halt nicht, den Beitrag brav zu zahlen und in einer ruhigen Minute mal den Rundbrief durchzublättern.

Wenn Ihr wollt, daß der VDPP aktiv und lebendig bleibt, sind wir auf das Mitdenken und Mitdiskutieren aller MitgliederInnen angewiesen. Diese Ideen und Diskussionen sind unser Kapital - das wichtigste dabei:

Ohne Kommunikation geht gar nichts!

Also 'raus damit aus dem stillen Kämmerlein - sei es mit Gesprächsrunden vor Ort, sei es die Teilnahme an Veranstaltungen des VDPP und an der Mitgliederveranstaltung oder Beiträgen zum Rundbrief oder Leserbriefen usw..

Es schadet gar nichts, wenn dabei gegensätzliche Meinungen zu tage treten, im Gegenteil: gerade an diesen Punkten müssen wir weiterarbeiten.

Also nehmt Euch ein bißchen Zeit und ein Quentchen Mut und meldet Euch zu Wort!

Für den Vorstand

Christl Trischler

# Soziale Apotheken in den Niederlanden und in Belgien

## Erkenntnisse einer Studienreise des VDPP

### Ausgangssituation

Das deutsche Apothekenwesen befindet sich zur Zeit in einer Umbruchphase. Umsatzverluste durch gesetzliche Maßnahmen sind dabei die eine Seite. Doch was die Landespolitiker zusätzlich sehr stark beschäftigt, ist die Frage nach der "Neupositionierung" der ApothekerInnen in der Gesellschaft. Welche Aufgaben hat der/die ApothekerIn zu erfüllen, will er/sie auch in der Zukunft eine wichtige und im hohen Ansehen stehende Aufgabe erfüllen?

Nachdem sich im Laufe der letzten Jahrzehnte die Herstellung von Arzneimitteln auf ein Minimum reduzierte und nachdem die Zahl der Apotheken irrational stark anwuchs und somit die Berufstätigkeit des pharmazeutischen Personals auf immer mehr Verkauf von Arzneimitteln und den apothekenüblichen Waren ausgerichtet war - seitdem setzt sich im Berufsstand die Erkenntnis durch, daß die Aufgaben neu definiert werden müssen, um die Wichtigkeit des Berufsstandes

zu belegen. Eine Beweispflicht erscheint auch deswegen notwendig, will man die bisher noch bestehenden Privilegien der ApothekerInnen (z.B. Apothekenpflicht, Arzneimittelpreisverordnung, auf ApothekerInnen beschränkte Niederlassungsfreiheit) erhalten und ihre Notwendigkeit begründen.

Udo Puteanus

Der Weg und das Ziel für eine Neupositionierung sind im Berufsstand jedoch höchst umstritten. Setzen die einen auf immer mehr Kommerz, mehr Werbung und eine weitere Ausdehnung des Apothekensortiments (Stichwort: kaufmännischer Heilberuf), legen die anderen besonderen Wert auf die Spezifität der Apotheke. Danach soll sich die Apotheke auf das Thema Arzneimittel als besondere Ware und die sich darum gruppierenden Dienstleistungen konzentrieren. Übertriebene Werbung und übermäßige Ausdehnung des Sortiments sind für diesen Kreis nicht der richtige Weg.

Die Idee, dem Verkaufsgedanken bei der Arzneimittelversorgung den sozialen Gedanken hinzu- zufügen oder sogar entgegensetzen, hat eine besondere Faszination. Denn ein sehr großer Kreis von ApothekerInnen entschied sich gerade aufgrund dieses Berufsverständnisses für die Pharmazie. Diesen KollegInnen geht es um eine optimale Betreuung der kranken Menschen bei der Anwendung von Arzneimitteln, aber auch um die Entmythologisierung des Arzneimittels und um eine vom Profitstreben unabhängige Berufstätigkeit in der Apotheke.

Eine akademische Berufsausbildung wird immer dann zur Farce - so die bittere Erkenntnis aller neu in den Beruf einsteigenden ApothekerInnen - wenn die Abgabe unsinniger und schädlicher Arzneimittel aufgrund von wirtschaftlichen Überlegungen des Apothekenleiters erzwungen wird. Wer sich im Laufe der Zeit an diese unbefriedigende Verkaufstätigkeit nicht gewöhnen will, verläßt entweder die öffentliche Apotheke, zieht sich ins Privatleben zurück oder setzt sich aktiv für eine Umgestaltung des Apotheken- und Arzneimittelwesens ein. Den zuletzt genannten Weg beschreiten allerdings nur wenige. Zu fest er-

scheinen die Mauern des althergebrachten Apothekenwesens, zu wenig Phantasie wird frei, um sich ein anderes Apothekenwesen vorstellen zu können.

Aus dem Programm des VDPP

"Der Trend zur wachsenden Kommerzialisierung macht auch vor dem Apothekenwesen nicht halt. Ist heute von der Apotheke und ihrer Entwicklung die Rede, fällt immer häufiger der Begriff vom "Supermarkt Gesundheit". Marketingexperten sind gefragte Referenten auf Fortbildungsveranstaltungen, "Haus der Gesundheit" heißt das neue Zauberwort für die wirtschaftliche Zukunft der Apotheke. Innerhalb der letzten fünfzehn Jahre hat sich die Zahl der Apotheken in den alten Bundesländern fast verdoppelt. Hier existieren in den Großstädten und Ballungsräumen inzwischen wesentlich mehr Apotheken, als für eine ordnungsgemäße Arzneimittelversorgung der Bevölkerung notwendig wären. ...

In dem Maße aber, wie der Druck auf die Apotheke als Wirtschaftsunternehmen wächst, verschärft sich der im System angelegte Konflikt zwischen dem Anspruch, als Arzneimittelfachmann/frau für den Patienten wirken zu wollen und der Wirklichkeit, als Unternehmer erfolgreich sein zu müssen.

Dieser Konflikt zeigt sehr unterschiedliche Auswirkungen. Er äußert sich

- in einer zunehmenden Zahl von Teilzeitbeschäftigten oder als Personalabbau bis hinunter zur Einmann/frau-Apotheke,
- in einem verschärften Ausweichen auf das sog. Nebensortiment,
- in einer Werbe- und Verkaufspraxis, die eine vor allem an den Interessen der PatientInnen ausgerichtete Beratungstätigkeit nicht mehr zuläßt.

Der Versuch einer Reihe von KollegInnen, im ständigen Widerspruch zwischen Unternehmer- und Patienteninteressen pharmazeutisch vertretbare Kompromisse zu schließen, scheitert schließlich an den wirtschaftlichen Realitäten und Zwängen oder führt zu Inkaufnahme großer persönlicher und materieller Opfer. ...

Zur Begrenzung des überzogenen Medikamentenkonsums ist der Verkauf von Arzneimitteln ausschließlich auf Apotheken zu beschränken. Solange sie in Kaufhaus- und Drogerieregalen stehen, wird die Forderung nach einer Einschränkung des Arzneimittelverbrauches schwer zu realisieren sein ...

Die Apotheke kann in Zukunft - so die offizielle Standespolitik - als Unternehmen nur dann überleben, wenn sie in neue Märkte vorstößt. Die Eroberung der Offizin durch Freiwahlregale und Kosmetikecken prägt schon heute das Erscheinungsbild vieler Apotheken. Von der Sonnenbrille bis zum Rollstuhl, von der diagnostischen Dienstleistung bis zum häuslichen Pflegeservice, von der Diätleberwurst bis zur Betreuung Sterbender - die Apotheke der Zukunft macht's möglich. Will sich die zukünftige Apotheke als Gewerbebetrieb rentieren und Gewinne verzeichnen, muß sie sich diesem Trend unterwerfen - das Prinzip der sog. freien Marktwirtschaft läßt keine andere Wahl. Wer da nicht mithalten will, bleibt auf der Strecke.

Angesichts einer solchen Entwicklung drängt sich die Frage auf, was eine solche Perspektive noch mit unserem Selbstverständnis als Arzneimittelfachleute zu tun hat und wie sie eine anspruchsvolle akademische Ausbildung rechtfertigen kann. Bei dem Versuch, diese Frage zu beantworten, wird deutlich, wie schnell man an die Grenzen und Möglichkeiten herkömmlicher Apotheken- und Verteilungsstrukturen stößt, wenn man die oben beschriebene Entwicklung nicht mitmachen will, gleichzeitig aber seinen Anspruch auf Weiterentwicklung eines Gesundheitswesens, das den Menschen in den Mittelpunkt stellt, nicht aufgeben will.

Seit inzwischen über 25 Jahren bemühen sich einige ApothekerInnen in den alten Bundesländern um die Umsetzung des sozialen Gedankens in der Pharmazie. Doch diesem Engagement erwachsen bisher noch keine allzu konkreten Projekte, die modellhaft das Beispiel einer sozialen Apotheke hätten darstellen können. Das Programm des VDPP, des Vereins demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten (VDPP) - das ist die bundesweite Organisation der kritischen Kräfte der Pharmazie - spricht dieses Dilemma deutscher Apotheken deutlich an. Und auch die meisten ostdeutschen KollegInnen sahen 1990 keine Möglichkeit oder keinen Grund, sich für ihr Apothekenwesen und damit die nicht profitorientierte Apotheke einzusetzen.

Als auf der Mitgliederversammlung des Vereins demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten (VDPP) im Jahre 1992 ein niederländi-

scher Kollege über die Erfahrungen beim Aufbau der sozialen Apotheken in seinem Land berichtete, wurde der Gedanke an eine Studienreise in das westliche Nachbarland geboren. Hier glaubte man erkennen zu können, wie der soziale Gedanke in der Pharmazie tatsächlich ansatzweise umgesetzt wurde und wird.

Im März 1994 war es schließlich soweit. Zwölf ApothekerInnen und Apotheker-Praktikantinnen, Angestellte und leitende OffizinapothekerInnen sowie Apotheker aus der Verwaltung - fuhren in das westliche Nachbarland, um das niederländische Apothekenwesen kennenzulernen. Gleichzeitig bot sich auch ein kurzer Abstecher nach Belgien an. Bei dieser Studienreise ging es jedoch nicht um die allgemein übliche Privatapotheke, es war das erklärte Ziel, die betriebliche, personelle und berufspraktische Besonderheit der Sozialen Apotheken in den beiden Ländern

#### Aus dem Programm des VDPP

Wir unterstützen die von Gewerkschaften, Krankenkassen, fortschrittlichen Gruppen im Gesundheitswesen und der WHO erhobenen Forderungen nach einer Schwerpunktverlagerung der Gesundheitsversorgung von der Krankenbehandlung zur Vorsorge und Gesunderhaltung: mehr Vorbeugung, mehr Aufklärung, mehr Arbeits- und Umweltschutz, mehr Erziehung zu einer gesunden Lebensweise. Diesen Vorstellungen fühlen wir uns verbunden. Wollen wir an ihrer Verwirklichung mitarbeiten, müssen wir umdenken und neue Formen der Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen entwickeln (z.B. mit Ärzten, Schwestern von Sozialstationen, Beschäftigten des öffentlichen Gesundheitsdienstes, Sozialarbeitern und Versichertenvertretern der Kassen).

Neue Formen der Zusammenarbeit und Arbeitsteilung erfordern aber auch neue Organisationsstrukturen. Bei der Frage nach der Apotheke der Zukunft sind unterschiedliche Eigentumsformen denkbar - private, gemeinnützige, genossenschaftliche. Ein entscheidendes Kriterium für alle muß die Forderung nach einer von ökonomischen Zwängen befreiten Beratungstätigkeit sein. Das scheint uns z.B. mit dem holländischen Apotheken-System (hier gibt ein vom Arzneimittelpreis unabhängiges Honorierungssystem die Sicherheit für ein ausreichendes Einkommen) weitgehend gewährleistet. Denkbar erscheint uns die Apotheke der Zukunft auch als Teil eines medizinischen Versorgungszentrums unter der Leitung einer Stadtverwaltung, einer Kommune oder eines regional einheitlichen Krankenkassenverbandes. Auch genossenschaftliche Träger-Modelle lassen sich vorstellen.

Bei den hier beispielhaft erwähnten anderen Organisationsstrukturen bliebe auch in Zukunft der Schwerpunkt unserer Arbeit mit dem Arzneimittel erhalten. Wir entgingen dem Zwang, neue Märkte zu erobern; das Nebensortiment ließe sich auf einen der Funktion der Apotheke angemessenen Umfang reduzieren. Der Weg in den "Supermarkt Gesundheit" mit einer übriggebliebenen Beratungsecke für Arzneimittel wollen wir nicht mitgehen, er endet in einer Sackgasse und stellt unsere berufliche Existenz als Arzneimittelfachleute in Frage.

näher kennenzulernen. Anhand dieser Beispiele erhoffte man sich Anregungen für eine Weiterentwicklung des deutschen Apothekenwesens.

Viele Fragen standen am Beginn dieser Reise: Können die Erfahrungen der niederländischen und belgischen KollegInnen für den Aufbau von sozialen Apotheken in Deutschland genutzt werden? Welche Besonderheiten machten den Aufbau der sozialen Apotheken in den beiden Ländern möglich, Besonderheiten, die eine Übertragung auf Deutschland erschweren? Entspricht eher das belgische oder eventuell das niederländische Modell den Vorstellungen von einer sozialen Apotheke in Deutschland? Welche Entwicklungen sind durch die europäische Gesetzgebung zu erwarten? Ergeben sich durch die Angleichung Ansatzmöglichkeiten für eine Änderung in Deutschland oder müssen die belgischen und niederländischen KollegInnen sogar mit dem Verbot ihrer sozialen Apotheke rechnen?

Wenn auch die Studienreise den Teilnehmern viele neue Erkenntnisse brachte, so blieben doch noch einige Fragen offen. Der folgende Bericht soll daher auch nicht als Endergebnis betrachtet werden, sondern als Anreiz, sich intensiver mit den sozialen Apotheken in Europa zu beschäftigen.

## **Soziale Apotheken in den Niederlanden**

Vor über 15 Jahren fand sich in den Niederlanden eine Gruppe von ApothekerInnen und Pharmazie-StudentInnen zusammen, die eine profitorientierte Ausrichtung ihres Berufes ablehnten. Ähnliche Diskussionen gab es zu dieser Zeit auch in Deutschland. Das Ziel dieser KollegInnen war eine Tätigkeit als angestellte Offizin-ApothekerInnen in leitender Position. Das damalige niederländische Apothekenwesen sah eine solche Konstruktion allerdings nicht vor. Dies hielt die KollegInnen jedoch nicht davon ab, ihr Ziel konsequent weiter zu verfolgen. Mit Hilfe einer gemeinnützigen Stiftung, der "Stichting Apothekers

in Loondienst - SAL", gelang ihnen schließlich die Umsetzung ihres Ziels: die Soziale Apotheke.

### **Grunddaten für die Niederlande**

Die 14,9 Mio Einwohner der Niederlande sind durch ein abgestuftes System einer sozialen Grundversicherung und gesetzlicher und privater Zusatzversicherung krankenversichert. Die Niederlande liegt mit einer Ausgabenquote, gemessen am Bruttosozialprodukt, zusammen mit Deutschland, Österreich und Dänemark im Mittelfeld des internationalen Vergleichs hinter Ländern wie den USA, Kanada, Schweden und Frankreich. Gemessen an den gesamten Gesundheitsausgaben hat die Niederlande nach Dänemark den zweitkleinsten ambulanten Sektor (Ärzte, Zahnärzte, Arzneimittel und Heil/Hilfsmittel). Der Anteil des Krankensektors liegt mit 42,9% der Ausgaben im Mittelfeld der untersuchten Länder.

Die Arztdichte ist deutlich geringer und die Pro-Kopf-Ausgaben für ärztliche Leistungen liegen etwa um die Hälfte unter denen der Bundesrepublik Deutschland. Auch für Arzneimittel und zahnärztliche Leistungen wird in etwa nur halb soviel ausgegeben wie hierzulande. Dies ist einerseits auf Prophylaxemaßnahmen zurückzuführen, die bereits in den 50er Jahren eingeführt wurden, andererseits auf einen geringeren Versicherungsschutz bei Zahnersatz.

Die Niederlande haben nach Dänemark den am besten ausgebauten Pflegesektor, dessen Ausgabenanteil mit 18,1% im internationalen Vergleich sehr hoch ist.

Das niederländische Gesundheitswesen hat unter den europäischen Gesundheitssystemen anteilmäßig den größten privaten Versicherungsmarkt. Die private Krankenversicherung unterscheidet sich allerdings bezüglich des abzudeckenden Risikos erheblich von der deutschen Privatversicherung, da für die Pflege älterer Pflegebedürftiger und bestimmte Risiken eine für alle Bürger geltende staatliche Grundversicherung existiert und keine Beitragsrückstellung für das Alter vorzunehmen ist.

(Quelle: BASYS)

## Kennzeichen der niederländischen Apotheke am Beispiel zweier Sozialer Apotheken

Wer als deutsche/r ApothekerIn die Apotheke "Apotheek Orden" in Apeldoorn betritt, ist zunächst einmal von den Stühlen vor und hinter dem HV-Tisch überrascht. Hier sitzen (!) sich Patient und ApothekerassistentIn gegenüber und besprechen die Arzneimittel, die der Arzt verordnet hat. Die sitzende Tätigkeit ist neu und wurde von den schwedischen Apothekern übernommen. In anderen Apotheken arbeitet man zur Zeit noch nicht nach diesem Modell - so auch in der "Apotheek Gezondheidscentrum Houtwijk" in Den Haag, der zweiten besuchten Sozialen Apotheke. Wohltuend auch das völlige Fehlen von Freiwahl-Regalen.

Doch bevor man sich dem HV-Tisch nähert, ist zunächst eine Nummer zu ziehen, um sich auf diese Weise in die Warteschleife der Patienten einzuordnen. Dies ist übrigens keine Besonderheit der Sozialen Apotheke, sondern eine Selbstverständlichkeit in vielen Geschäften in den Niederlanden.

Hat man am HV-Tisch Platz genommen, stellt der/die ApothekerassistentIn die verordneten Arzneimittel zusammen, gibt sie in einen Computer ein und bespricht mit dem Patienten die Einnahme der Medikamente. Der Computer enthält die bisherige Medikation des Patienten und kann Wechselwirkungen zwischen den bereits eingenommenen und den neu verordneten oder selbst gekauften Arzneimitteln erkennen. Nach evtl. notwendiger Rücksprache mit dem/der Ärztin/Arzt werden entsprechende Etiketten in doppelter Ausfertigung gedruckt, wobei das eine für die Arzneimittelpackung, das andere für das Rezept bestimmt ist. Nach Beratung mit dem Patienten wird dann das Arzneimittel abgegeben.

Der Computer überwacht außerdem die Verordnungshäufigkeit und kann deshalb auf eventuelle Überverordnungen aufmerksam machen. Eine automatische Kontrolle der Dosierungsangaben des Arztes/der Ärztin steigert zudem die Arzneimittelsicherheit. Damit dies alles funktioniert,

werden die Patienten von ihrer Krankenkasse angehalten, sich in einer Apotheke eintragen zu lassen. Hier werden personenbezogene Daten, die verordneten Arzneimittel, der ausstellende Arzt und eventuell selbst gekaufte Arzneimittel gespeichert und zur Betreuung der Patienten genutzt. Nur wenn der Patient ausdrücklich die Aufnahme in das EDV-Programm verweigert, kann darauf verzichtet werden. Dies kommt allerdings nur selten vor, so daß etwa 80% der Patienten, die in die Apotheke in Apeldoorn kommen, "eingeschriebene" Patienten sind. Diagnosen werden im übrigen nicht an die Krankenkassen weitergegeben.

Hervorzuheben ist, daß das Computersystem nicht als Warenbewirtschaftungssystem konzipiert ist. Eine Koppelung der eingegebenen Rezeptdaten mit einer EDV gestützten Lagerkontrolle und Einkaufsoptimierung ist überhaupt noch nicht üblich. Die niederländischen KollegInnen nutzen die EDV für eindeutig pharmazeutische Aufgabenstellungen wie die Abgabe von Arzneimitteln aber auch die Qualitätssicherung und Dokumentation für die Herstellung von Rezeptur-arzneimitteln. Hierin spiegelt sich der eindeutige Schwerpunkt der Berufstätigkeit in niederländischen Apotheken, eine Tatsache, die allerdings durch den relativ übersichtlichen Arzneimittelmarkt erleichtert wird.

Vor der Abgabe muß das Rezept ein zweites Mal von einer Assistentin oder dem/der ApothekerIn gegengelesen werden. Diese gesetzliche Vorschrift dient der Arzneimittelsicherheit bei der Abgabe und ist offensichtlich so selbstverständlich, daß sich niemand vom pharmazeutischen Personal besonders kontrolliert oder gegängelt fühlt. Sollte auch einmal ein/e ApothekerIn die Abgabe durchführen, was nicht allzu häufig vorkommt, wird auch er/sie von einer AssistentIn oder einer/m ApothekerIn kontrolliert. Die Arzneimittelabgabe wird noch durch eine dritte Kontrolle abgesichert. Am Abend werden alle Rezepte, die ja mit den gleichen Etiketten wie die an die Patienten ausgehändigten Packungen versehen sind, nochmals durch den/die ApothekerIn durchgesehen.



### Versicherungsschutz in den Niederlanden

Rund 60% der Bevölkerung sind pflichtversichert. Die Pflichtkrankenversicherung (ZFW) umfaßt im wesentlichen alle Arbeitnehmer, deren jährliches Einkommen 1991 unter 52.300 hfl lag, sowie nicht erwerbstätige Familienangehörige, Rentner und Sozialhilfeempfänger. Im Leistungspaket der ZFW sind als Sachleistungen insbesondere Krankenhausversorgung, haus- und fachärztliche Behandlung, Arzneimittel und zahnärztliche Versorgung (mit Ausnahme von Zahnersatzleistungen) enthalten.

Für den Versicherten besteht außerdem die Möglichkeit, sich im Rahmen einer Zusatzversicherung bei der gleichen Krankenkasse gegen weitere Risiken abzusichern. Vor allem Zahnersatz und homöopathische Arzneimittel zählen zu den Leistungen dieser Versicherungsform, in der sich rund 90% der Pflichtversicherten mit einem absoluten, einkommensunabhängigen Beitrag abgesichert haben.

Neben der Pflichtversicherung existieren Privatversicherungen für die Niederländer mit höherem Einkommen. Hier gilt das Kostenerstattungssystem. Zum Teil handelt es sich bei den privaten Krankenversicherungen um gemeinnützige Stiftungen, die aus den Krankenkassen entstanden sind. 35% der Niederländer sind hier versichert.

Neben den genannten Versicherungen gibt es Kassen für Gemeinde-, Provinz und Polizeibeamte.

Neben den genannten Versicherungsformen sind alle Niederländer durch das "Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten" (AWBZ) abgesichert. Es umfaßt zunächst die Absicherung der langjährigen und kostspieligen Pflege in verschiedenen Kategorien stationärer Einrichtungen. Mittlerweile beinhaltet die AWBZ insbesondere die Finanzierung folgender Leistungen:

- Aufenthalt in Pflegeheimen,
- Ambulante Hilfen durch "Kreuz-Vereinigungen" (vergleichbar mit - Pflegeleistungen von Sozialstationen),
- längere Krankenhausbehandlung,
- verschiedene stationäre, teilstationäre und ambulante Hilfen für Behinderte,
- Arzneimittel,
- psychiatrische Versorgung,
- Hilfsmittelversorgung.

### Berufsgruppen in der niederländischen Apotheke

Neben der/dem leitenden ApothekerIn arbeiten die ApothekerassistentInnen als pharmazeutisches Personal in der Apotheke. Ausgebildetes kaufmännisches Personal, vergleichbar mit der deutschen PKA, gibt es in den Niederlanden nicht. Die ApothekerassistentInnen müssen Real-schulabschluß haben, bevor sie eine dreijährige Fachschulausbildung absolvieren dürfen. AbiturientInnen wird der Abschluß bereits nach zwei Schuljahren ermöglicht.

Die ApothekerassistentInnen erledigen das tägliche Abgabe- und Beratungsgeschäft mit den PatientInnen. Sie sind es auch, die die Rezeptur-arzneimittel herstellen. Den Assistentinnen wird somit sehr viel mehr Verantwortung übertragen als in Deutschland den PTA. Sogar die kurzzeitige Vertretung und der Notdienst ist den AssistentInnen erlaubt.

Die Angestellten arbeiten 38 Stunden pro Woche, was nach Aussage der Betroffenen nicht für die ApothekenleiterInnen gilt. Die Höhe der Bezahlung richtet sich nach einem Tarif, der von der Regierung und den Gewerkschaften ausgehan-

delt wird. Üblicherweise wird von diesen beamtenähnlichen Tarifen nicht abgewichen. In der Anfangszeit der SAL-Apotheken praktizierte man dort den "kollektiven Arbeitsvertrag". Danach verdienten alle Angestellten das gleiche Gehalt. Diese Regelung wurde allerdings wieder fallengelassen.

Während der Beruf des/der Assistenten/in in erster Linie durch Frauen ausgeübt wird, dominieren bei den Apothekern die Männer. Erst in jüngster Zeit bewegt sich die Zahl der weiblichen Pharmaziestudenten auf die 50 Prozentmarke zu.

Der/die ApothekerIn überwacht recht großzügig das Geschehen am HV-Tisch. Trotz der bereits kurz vor der Abgabe erfolgten zweiten Kontrolle läßt sich der/die LeiterIn allerdings die abendliche dritte Kontrolle nicht nehmen.

Die Rolle des/der niederländischer ApothekerIn hat sich im Vergleich zum deutschen Alltag stark auf die Organisation, Information (v.a. der Ärzte) und Kontrolle verlagert. Der Kontakt zum Kunden, die direkte Beratung an vorderster Front, bleibt in der Regel den AssistentInnen vorbehalten. Die Apotheker der Houtwijk-Apotheke lösen das Problem jedoch folgendermaßen: ihr Arbeitszimmer liegt nahe am Eingang und ist ständig einzusehen, so daß zumindest der visuelle Kontakt aufrecht erhalten wird.

Informationen über neue Arzneimittel (Stichwort Vertreterbesuche) erhalten die ApothekerInnen auf sehr elegante Weise. Alle 14 Tage werden 50-60 ApothekerInnen einer Region gemeinsam von den Pharmavertretern eingeladen und erhalten die neuesten Informationen. Im gemeinsamen Gespräch lassen sich Vor- und Nachteile neuer Arzneimittel besser diskutieren, als wenn nur ein Pharmazeut einem Vertreter gegenübersteht. Zudem lassen sich die den Arbeitsablauf in der Apotheke störenden Vertreterbesuche auf ein Minimum reduzieren. Die Ärzte erhalten die wichtigsten Informationen anschließend aus der Apotheke - gefiltert durch die Wertung des/der ApothekerIn. Innerhalb der Apotheke werden die

AssistentInnen alle ein bis zwei Monate abends über die Neuerungen informiert.

## **Die Arzneimittel der niederländischen Apotheke**

### **Die Arzneimittel**

In den Niederlanden ist das Angebot an unterschiedlichen Arzneimitteln recht klein. Ca. 5000 verschiedene Präparate sind erhältlich, was ungefähr einem Zehntel des deutschen Arzneimittelangebots entspricht. Das limitierte Angebot ermöglicht den pharmazeutischen Mitarbeitern den direkten Zugriff auf die gewünschten Präparate unmittelbar vom HV-Tisch aus. In der Apotheek Orden in Apeldoorn wird dies durch ein hinter dem HV-Tisch stehendes "Karussell", das etwa 600 Artikel aufnehmen kann, erreicht. In einem kleineren Karussell sind - ebenfalls ohne Aufstehen erreichbar - die Arzneimittel für die Selbstmedikation untergebracht. Für die selteneren Arzneimittel gibt es ein Schubladensystem, das nicht vom Sitzplatz erreichbar ist.

Der überschaubare Arzneimittelmarkt gewährleistet zudem eine bessere Kenntnis der Produkte, so daß die Beratung der Patienten sicherer und überzeugender durchgeführt werden kann. Ein Substitutionsverbot existiert nicht. Die Substitution von Originalpräparaten durch Generika ist in den Niederlanden zwar nicht ausdrücklich erlaubt, sie wird aber bekanntermaßen praktiziert.

Eine weitere Transparenzmaßnahme für den Arzneimittelmarkt war die Erstellung eines unabhängigen Arzneimittelverzeichnisses, des "Farmakotherapeutischen Kompasses", der seit ein paar Jahren jährlich herausgegeben wird. Der Farmakotherapeutische Kompaß, an dem die Krankenkassen maßgeblich beteiligt sind und der sich immer größerer Beliebtheit erfreut, beinhaltet alle Arzneimittel mit ihren wichtigsten Grunddaten. Zudem werden Preisvergleiche angeboten und am Schluß eine bewertende Einschätzung

geliefert, die auch als Richtschnur für den verordnenden Arzt akzeptiert wird.

Der Schwerpunkt des Arzneimittelsortiments einer niederländischen Apotheke liegt klar auf den schulmedizinischen Medikamenten. Phytotherapeutika, Homöopathika und anthroposophische Arzneimittel spielen so gut wie keine Rolle. Man hat sogar den Eindruck, daß Fragen nach diesen Arzneimitteln eher belächelt als ernst genommen werden. Offensichtlich wird die Abgabe dieser Mittel als typisch deutsche, schweizerische oder französische Besonderheit betrachtet. Als ärmliches Teedrogensortiment sind in der Apotheke in Houtwijk nur Kamille, Orthosiphon und Sennesblätter zu finden. Die Phytotherapie rangiert hier sogar hinter der Homöopathie.

Der therapeutische Einsatz von Arzneimitteln erfolgt in den Niederlanden sehr sparsam. Während in Deutschland über achtzig Prozent aller Patienten die ärztliche Praxis mit einer Arzneimittel-Verordnung verlassen (in Italien sind es sogar 95%), wird in den Niederlanden nur 56% der Patienten ein Rezept in die Hand gedrückt. Der Arzneimittelkonsum aufgrund ärztlicher Verordnung ist daher sehr viel geringer als in Deutschland. Über das Ausmaß der Selbstmedikation über Drogerien liegen allerdings keine Angaben vor.

Trotz der Zurückhaltung bei der Verordnung sind die Ausgaben der Krankenkassen für Arzneimittel recht hoch. Grund dafür sind die hohen Preise. In den Niederlanden sind nach den letzten Erhebungen die Arzneimittelpreise tatsächlich die höchsten in Europa.

### **Selbstmedikation**

Selbstmedikation ist für niederländischen ApothekerInnen bisher kein Thema. Nur 2-3% des Umsatzes einer Apotheke werden durch die Selbstmedikation erwirtschaftet. Fast der gesamte Selbstmedikationsmarkt wird bisher den Drogerien überlassen, in denen Mittel wie Aspirin, Maa-loxan und Ephedrin-Nasentropfen, aber auch

Phytotherapeutika erhältlich sind. Niederländische Apotheken konzentrieren sich deshalb auf (stark) wirksame schulmedizinische Arzneimittel.

Man beobachtet in den Niederlanden allerdings die Entwicklung auf dem Gebiet der Selbstmedikation in Europa ganz genau, denn inzwischen beschloß die Regierung, den Selbstmedikationsmarkt bis zum Jahre 2010 auf die Apotheken zu verlagern. Sicherlich wird diese Absicht von den Apothekern positiv bewertet, allerdings sind bisher noch keine Strategien entwickelt worden, welche Qualitätsstandards für die Selbstmedikation gelten sollen. Solange sich die wirtschaftliche Situation für die niederländischen Apotheken nicht dramatisch verschlechtert, haben die Sozialen Apotheken hier sicherlich einen großen Vorteil: da ihr Verdienst von einer Umsatzmaximierung nicht abhängig ist, können ihre Beratungsdienste auf dem Gebiet der Selbstmedikation glaubwürdiger angeboten werden als von privaten Apotheken. Dies ist auch deswegen überzeugend, weil sich die Preisbildung auf dem Gebiet der Selbstmedikation nicht von der in Deutschland unterscheidet. Werden bei den durch die Krankenkassen erstatteten WTG-Arzneimitteln Fixaufschläge an die Apotheken gezahlt, wird der Preis für Selbstmedikations-Arzneimittel mit einer prozentualen Apothekenspanne berechnet. Der direkte Verkauf teurer Arzneimittel an die Verbraucher bringt demnach mehr Geld ein als der Verkauf billiger Arzneimittel.

### **Selbsterstellung von Arzneimitteln**

Ein wichtiger Unterschied zu deutschen Apotheken ist der recht hohe Anteil an Rezepturarzneimitteln, die in der Apotheke hergestellt werden. Während in Deutschland nur noch wenig Rezepturen verlangt werden, müssen die niederländischen Apotheken über zehn Prozent ihres Umsatzes über die Selbsterstellung erwirtschaften. Diese Aufgabe, die bei uns als eher anachronistisches Auslaufmodell betrachtet wird, hat in niederländischen Apotheken eine große Bedeutung. Sie ist ein zentraler Baustein für das Selbstverständnis niederländischer ApothekerInnen. Die

Notwendigkeit der Rezepturarzneimittel wird mit der geringen Flexibilität der pharmazeutischen Industrie erklärt, der es nicht gelinge, Stoffe schnell in einer passenden Formulierung auf den Markt zu bringen. In den besuchten Apotheken in Apeldoorn und in Houtwijk werden jeden Tag mindestens je eine Assistentin für die Herstellung der Rezepturen gebraucht.

Aufgrund des großen Umfangs der Rezeptur lohnt sich die Anwendung eines computergestützten Rezepturprogramms. Oberste Maxime ist dabei die Qualitätssicherung. Kontrolliert werden sowohl die Einzelkomponenten hinsichtlich ihrer stofflichen Eigenschaften als auch der abgewogenen Menge. Im Computerprogramm ist auch das Procedere der Herstellung vorgegeben - weitere Literatur braucht bei Standardrezepturen nicht mehr herangezogen werden. Selbst die geeignete Waage (Analysenwaage etc.) wird vom Computer vorgeschlagen. Präparatespezifische in process-Kontrollen (z.B. Gewichtskontrollen von hergestellten Kapseln) erfolgen ebenfalls mit Hilfe des Computers, so daß eine umfassende Dokumentation gemäß GMP gewährleistet ist. Auch die Dermatika unterliegen strengen Anforderungen: größere Mengen werden erst aus der Quarantäne freigegeben, wenn die Qualität durch ein unabhängiges Labor bestätigt wurde. Diese Qualitätskontrolle erledigen die 30 von der KNMP (s.u.) beauftragten regionalen Apothekenlabors gegen Bezahlung.

Zusammen mit dem Herstellungsprotokoll erfolgt auch der Ausdruck des passenden Etiketts. Über die Vorgabe der Initialen wird der/die Hersteller identifiziert. Vor der Freigabe der Rezeptur zeichnet eine zweite Person die Herstellungsvorschrift gegen.

Identitätsprüfungen für die Stoffe, die vom Großhändler kommen, entfallen weitgehend, sind jedoch wie in Deutschland gesetzlich vorgeschrieben. Da jedoch Beanstandungen nur selten vorkommen, wird dem Lieferanten meist blind vertraut. Werden jedoch giftige Stoffe oder Betäubungsmittel geliefert, muß ein/e ApothekerIn abzeichnen.

In erster Linie werden Dermatika und Kapseln hergestellt, die in den gewünschten Dosierungen auf dem Fertigarzneimittelmarkt nicht verfügbar sind (Prednison Kps., Colchicin Kps. Labetalol Kps. f. Kdr.). Der Zustand der gesamten Rezeptur (Räume, Geräte) ist für deutsche Augen ein Genuß. Seit zwei Jahren ist sogar ein separater Raum für die Herstellung von Augentropfen vorgeschrieben.

### Das Labor der KNMP

Aufgrund des hohen Stellenwertes der Selbstherstellung von Arzneimitteln in den Niederlanden hat das zentrale Labor der niederländischen Apotheker eine große Bedeutung. Neunzig Prozent

Laboratorium der niederländischen Apotheker  
Zeitfolge der Qualitätssicherungsmaßnahmen

- 1967 FNA Formulary (Standardisierung der Vorschriften)
- 1974 Qualitätskontrolle durch das Labor (pro Jahr pro Apotheke ein Präparat kostenlos)
- 1977 standardisierte Verpackungen (z.B. Tuben)
- 1979 praktische Weiterbildungsseminare für ApothekerInnen
- 1985 Protokollierung der Chargenherstellung, Mustervorgaben durch das zentrale Labor, Spezifizierung durch jede Apotheke
- 1989 Beginn des Qualitätssicherungssystems
- 1992 Textbook Pharmaceutics ("Recepteerkunde")
- 1993 Protokollierung der Rezepturen-Herstellung ("Process Control Registration Forms for Single Preparation")

aller Apotheker sind Mitglied der "Königlich niederländischen Gesellschaft zur Förderung der Pharmazie, KNMP". Die KNMP betreibt dieses zentrale Labor, das über großzügige Räumlichkeiten (chemisch-analytische und pharmazeutisch-technologische Bereiche) mit hervorragender technischer Ausrüstung verfügt.

Das Labor fördert zum einen die Umsetzung der GMP-Richtlinien in die Praxis der Apotheken, zum anderen entwickelt es neue, den aktuellen Bedürfnissen angepaßte Formulierungen für die

Rezeptur und Defektur. Dazu gibt es ein neunbändiges Formularium heraus (Formularium der Nederlandse Apothekers FNA), das für jedes Präparat Angaben zur Herstellung, Kennzeichnung, Aufbewahrung und zu den Aufbrauchsfri-  
sten enthält. Die Finanzierung erfolgt durch regelmäßige Beiträge aus der Apothekerschaft und durch die Einnahmen aus den verschiedenen Aufträgen. Es werden auch Aufträge aus der Industrie und den Krankenhäusern bearbeitet.

Jedes Mitglied der KNMP kann pro Jahr eine Probe aus seiner Rezeptur oder Defektur von diesem Labor kostenlos untersuchen und damit die eigene Qualität überprüfen lassen. Dabei werden auch Dinge wie Etikettierung, Behältnisse usw. nach GMP-Standards geprüft. Bei Beanstandungen werden die Apotheken benachrichtigt und bei grundlegenden Mängeln der Rezeptur nach Alternativen geforscht.

Von den 25 MitarbeiterInnen (7 ApothekerInnen, 3 Assistentinnen, Verwaltungspersonal) werden täglich 30 bis 40 Fragen aus der Praxis bearbeitet. Sind die Ergebnisse brisant, oder treten bestimmte Probleme gehäuft auf, erhalten alle Mitglieder eine Mitteilung. Hauptziel dieser und anderer Serviceleistungen ist die weitere Profilierung der niederländischen Apotheken im Interesse der Volksgesundheit.

### **Zusammenarbeit zwischen Arzt und Apotheker**

Die Zusammenarbeit zwischen Arzt und Apotheker unterscheidet sich grundsätzlich von der Situation in Deutschland. Kooperation auf gleichberechtigter Basis ist hier eine Selbstverständlichkeit und hat bereits eine lange Tradition. Ein Grund für diese günstige Situation ist sicherlich das sehr umfassende Pharmaziestudium mit einer Dauer von sechs bis acht Jahren. Wer Pharmazie studiert, lernt u.a. anhand von Untersuchungsobjekten und Literaturrecherchen etwas über die Überwachung der Medikamenteneinnahme, die integrierte Behandlung mit Medikamenten und über Pharmaka-Interaktionen, um nur

einige Beispiele zu nennen. Viele Kurse werden gemeinsam mit den Ärzten durchgeführt, so daß von vornherein keine Berührungszwänge zwischen den Professionen aufkommen können.

Ein zweiter wichtiger Grund ist sicherlich die Konzentration beider Berufe auf schulmedizinische Behandlungsmethoden und die Eingrenzung des niederländischen Arzneimittelsortiments. Dies ermöglicht eine Konzentration auf überschaubare Therapieprinzipien und das Sprechen einer gemeinsamen Sprache.

In der Regel verständigen sich die Ärzte und Apotheker auf die Anwendung von bestimmten, sinnvollen Arzneimitteln in ihrer Region. Dazu werden seit einiger Zeit Therapiekreise durchgeführt, die für die ApothekerInnen von der Sozialgesetzgebung zur kostenlosen Dienstleistungspflicht gemacht wurden, während die Ärzte für ihre Teilnahme finanziell entlohnt werden. Auch Rezeptur- und Defekturfragen werden in den Therapiekreisen besprochen. Die Apotheke in Houtwijk ist aufgrund der Konkurrenzsituation gegenüber den privaten Apotheken gezwungen, ein breiteres Sortiment an Eigenherstellungen anzubieten, da bisher noch keine Absprache mit den KollegInnen und mit den anderen Ärzten, die nicht im Zentrum praktizieren, möglich war.

Auch in der Kommunikation mit den Ärzten dient der Computer der Apotheke. Die Ärzte im Gesundheitszentrum in Houtwijk sind mit dem Computer der Apotheke vernetzt und können damit die bisherige Arzneimittelgeschichte des Patienten abrufen. Über den Computer kann der Arzt zudem sein Rezept ausstellen, das dann direkt auf dem Drucker der Apotheke ausgedruckt wird.

### **Abrechnung mit den Krankenkassen**

Arzneimittel, die von den Krankenkassen bezahlt werden, nennt man in den Niederlanden WTG-Arzneimittel. Für diese Präparate sind spezifische Festbeträge vereinbart worden. Der Patient braucht bei ihrer Verordnung (augenblicklich) keine Zuzahlung zu leisten. Die Apotheke be-

kommt pro Verordnung dieser WTG-Mittel einen fixen Aufschlag von zur Zeit 10,- hfl. Damit wurde erreicht, daß die ApothekerInnen kein Interesse mehr an der Abgabe teurer Originalpräparate hatten und die Substitution mit Generika ohne wirtschaftliche Verluste durchführen konnten. Die Niederländer sind jedoch sehr eifrig bei der Einführung neuer Regelungen. So wurden in den letzten zehn Jahren mindestens zehnmals grundsätzliche Veränderungen bei der Abrechnung vorgenommen, so daß man auch dort immer wieder über die ständigen Neuerungen und Veränderungen stöhnt. Wenn dieser Text veröffentlicht ist, kann bereits eine erneute Änderung eingetreten sein.

Die Rezepte verbleiben in der Apotheke. Am Ende des Abrechnungszeitraums werden die Disketten, auf denen die Arzneimittelabgabe dokumentiert ist, an die Krankenkassen verschickt. Dieses für Deutschland kaum denkbare System funktioniert deswegen recht gut, weil für bestimmte Regionen nur wenige Krankenkassen - meist sogar nur eine - zuständig sind. Die Verträge werden für die Apotheken meist durch die KNMP ausgehandelt, obwohl es den Apothekern freisteht, mit den Krankenkassen eigene Verträge auszuhandeln.

Auch die Ärzte müssen sich an gewisse Spielregeln halten. Bei der Erstverordnung eines Medikaments darf die verordnete Menge nicht größer sein, als für 14 Tage notwendig ist. Bei einer Dauermedikation darf nur der Bedarf für drei Monate verordnet werden. Beruhigungsmittel dürfen nur für maximal einen Monat verordnet und abgegeben werden.

Nach einer der ständigen Reformen im Gesundheitswesen haben die Krankenkassen eine für Apotheken ganz erhebliche Bedeutung bekommen. Seit Anfang 1991 haben sie ein Wörtchen mitzureden, ob eine Apotheke an einem bestimmten Ort eröffnet werden kann. Sie entscheiden nämlich, ob die neue Apotheke zur Belieferung von Kassenrezepten zugelassen wird oder nicht. Es besteht für sie keine Verpflichtung mehr, die Rechnungen von jeder neuen Apothe-

ke zu bezahlen. Da 70% der Patienten Kassenpatienten sind, rentiert sich eine Neugründung nur dann, wenn man auch mit den Kassen abrechnen kann. In solchen Verhandlungen können die SAL-Apotheken den günstigen Großhandelsrabatt, den sie weitergeben können, in die Waagschale werfen.

## **Die Umsetzung des sozialen Gedankens bei den SAL-Apotheken**

Kerngedanke bei der Errichtung der sozialen Apotheken war der Wunsch, nicht profitorientiert arbeiten zu müssen. In den Niederlanden gingen die sozial engagierten ApothekerInnen davon aus, daß sich der Profitgedanke schädlich für das Verhältnis ApothekerIn/Patient auswirken mußte. Nicht die optimale Beratung und Betreuung der Patienten sondern die Maximierung der Gewinne kennzeichnete wie in allen privat organisierten Apotheken den Ablauf der Arzneimittelversorgung in den niederländischen Apotheken. Und man lebte nicht schlecht damit, denn aufgrund einer gewissen Selbstbeschränkung und einer niedrigen Anzahl von Pharmaziestudenten gelang es, die Auswirkungen der formal bestehenden Niederlassungsfreiheit unter Kontrolle zu halten. Der Zwang, unter allen Umständen den Verkauf zu steigern, um das Überleben zu sichern, war und ist in den Niederlanden längst nicht so stark wie z.B. in Deutschland.

Zur günstigen Ausgangslage für die Apotheken in den Niederlanden gehört sicherlich auch der geringe Anteil der Selbstmedikation am Gesamtumsatz einer Apotheke. Um den Gewinn zu steigern, nutzt die Verkaufsförderung im Selbstmedikationsbereich (bisher) nur wenig. Wer als Leiter einer privaten Apotheke mehr verdienen will, muß mit einer geschickten Einkaufsstrategie im Bereich der WTG-Arzneimittel sein Heil suchen. Der Druck des Apothekenleiters auf das Personal, möglichst viel Umsatz im Selbstmedikationsbereich zu erzielen, so wie es in Deutschland immer wieder zu beklagen ist, entfällt in den Niederlanden weitgehend.

Trotz dieser günstigen Voraussetzungen setzten die sozial engagierten ApothekerInnen ihren Traum in die Tat um. Es muß einem späteren Zeitpunkt überlassen bleiben, über die genauen Vorgänge bei der Umsetzung ihres Zieles zu berichten. Heute existieren jedenfalls 35 Apotheken, die der SAL angegliedert sind.

Die LeiterInnen der SAL-Apotheken erwirtschaften Gewinne nicht zum eigenen Wohl. Ihnen wird am Monatsende ein festes Gehalt überwiesen, während die Gewinne in die Optimierung der Betreuung der Patienten fließen.

Zur Erfüllung dieser Aufgaben sowie zur Durchführung einer zentralen Einkaufsstrategie existiert im niederländischen Städtchen Gouda eine Zentrale der SAL-Apotheken. Von hier aus werden die Einkäufe der 35 Mitgliedsapotheken organisiert. Durch den gemeinsamen Bezug bei nur einem Großhändler ist es möglich, besonders gute Rabatte auszuhandeln (zur Zeit etwa 6,6% vom Einkaufspreis). Der Gewinn aus dem günstigen Einkauf soll - gemäß der Philosophie der SAL-Apotheken - der Allgemeinheit zufließen.

In der Vergangenheit hatte man geplant, den Betrag an die Krankenkassen zurückzuzahlen, was aber zum damaligen Zeitpunkt nicht aufgegriffen wurde. Dieses Angebot an die Krankenkassen war nur deshalb möglich, weil der Arzneimittelpreis in den Niederlanden nur nach oben festgesetzt ist, nicht aber wie in Deutschland nach oben und nach unten. Heute wird der Überschuß in erster Linie als Investition für die Apotheken und für die Herstellung von Broschüren zur Abgabe an die Patienten genutzt.

Außer der zentralen Einkaufsorganisation bietet die SAL-Zentrale einen Vertretungsservice an. Jede SAL-Apotheke kann bei Bedarf eine Vertretung anfordern, die aber von der jeweiligen Apotheke bezahlt werden muß. In den Niederlanden gibt es im übrigen keine körperliche Anwesenheitspflicht für die leitenden ApothekerInnen. Er/sie ist zwar voll verantwortlich für alles, was in der Apotheke geschieht, allerdings rei-

chen dafür offensichtlich wenige Anwesenheitsstunden täglich aus, wie der Leiter der Apotheek Orden versicherte. In manchen privaten Apotheken würde sogar noch diese Zeit unterschritten.

Für die von der Zentrale gebotenen Serviceleistungen zahlt jede SAL-Apotheke jährlich 3500,- hfl. Personalkosten und Ausgaben für die Qualitätskontrolle nach den SAL-Vorgaben muß jeder Betrieb selbst erwirtschaften und verteilen. Was passiert, wenn eine Apotheke nicht mehr rentabel arbeiten sollte, konnte nicht geklärt werden. Offensichtlich ist dieser Fall noch nicht vorgekommen. Die SAL-Organisation erstrebt sogar mit Neugründungen von Apotheken den Kreis der SAL-Apotheken zu vergrößern.

Die Betreuung der Patienten durch die SAL-Apotheken wird besonders groß geschrieben. Broschüren und ausführliche Gespräche sowie die EDV-gestützte Überwachung der Arzneimittelherstellung, -abgabe und Arzneimittelaufnahme bürgen für eine hohe Qualität der Arzneimittelversorgung. "Pharmaceutical Care" ist demnach schon ein gutes Stück mehr umgesetzt als in Deutschland.

SAL-Apotheken existieren entweder als unabhängige Stadtteilapotheken, wie die hier beschriebene Apotheek Orden, oder als Teil eines Gesundheitszentrum, wie die Apotheek Gesundheitszentrum Houtwijk in Den Haag. Letztere sind jedoch nicht so eng an die SAL-Organisation gebunden wie die selbständigen Apotheken.

### **Apotheken in Gesundheitszentren**

In den siebziger Jahren wurden in den Niederlanden "Gesundheitszentren" errichtet. Hier arbeiteten alle Heilberufe unter einem Dach. Die Zentren waren Eigentum von Verbänden der im Gesundheitswesen Beschäftigten, von Stiftungen oder von kommunalen Trägern. Um eine Apotheke in diesem Zentrum zu betreiben, mußte ein/e ApothekerIn als Inhaber auftreten und wirtschaftlich unabhängig sein.

Mit Hilfe von ihnen freundlich gesinnten linken Politikern sowie mit viel Durchsetzungsvermögen und Kompromißbereitschaft gelang es den SAL-Apothekern, Grauzonen im Gesetz auszunutzen und ihr Angestellten-Modell im Gesundheitszentrum durchzusetzen. Eine Apotheke in einem Gesundheitszentrum ist im Besitz einer Stiftung oder eines freien oder kommunalen Trägers. Die ApothekerInnen sind bei der "Stichting (=Stiftung) Apothekers in Loondienst" (SAL) angestellt, während die SAL die Apotheken eigenverantwortlich betreibt.

Die Anfangszeiten waren vom Kampf gekennzeichnet, das Modell durchzusetzen. Die Anerkennung des Berufsstandes blieb den SAL-ApothekerInnen versagt, ihnen schlug sogar starke Ablehnung entgegen. Inzwischen sind sie allerdings nicht mehr die rabenschwarzen Schafe des Berufsstandes. Ihr Modell hat gezeigt, daß Privatbesitz nicht der einzige Garant für eine hochwertige Pharmazie ist.

In den Niederlanden existieren zur Zeit 30 Gesundheitszentren, in denen neben dem pharmazeutischen Personal auch Ärzte und andere Heilberufe als Angestellte des Zentrums arbeiten (Krankenschwestern, SozialarbeiterInnen, KrankengymnastInnen und/oder GeburtshelferInnen). Allein in Den Haag gibt es vier Gesundheitszentren, von denen jedoch nur eines über eine eigene Apotheke verfügt.

Das Gesundheitszentrum im Vorort Den Haags, Houtwijk, wurde vor ca. 12 Jahren als Stiftung gegründet. Der Staat finanzierte über Zuschüsse 30% der notwendigen Ausgaben, 70 % mußten über Kredite abgedeckt werden, die inzwischen aber weitgehend getilgt sind. Die beiden leitenden Apotheker sind Angestellte des Gesundheitszentrums. Sie erhalten monatlich ein Festgehalt und lehnen Provisionen ab. Weiterhin beschäftigt die Apotheke sieben Assistentinnen. Zwei Allgemeinärzte, eine Krankengymnastin, eine Geburtshelferin und eine Sozialarbeiterin sind Angestellte des Gesundheitszentrums. Die Gewinne des Zentrums werden in den Ausbau von Serviceleistungen gesteckt. Außerdem muß ein Teil für

die Reduzierung des restlichen staatlichen Anteils am Gesundheitszentrums verwendet werden.

In neuen Stadtteilen wird ein Gesundheitszentrum zentral angelegt, so daß sich ein Großteil der Bevölkerung in der mit diesem Zentrum verbundenen Apotheke einschreiben wird. In Houtwijk ist die Situation etwas anders. Nur 30% der Bewohner der Bezirkes konsultieren die Apotheke des Gesundheitszentrums, da sich einige private Apotheken früher niedergelassen haben.

### **Das Modell einer Krankenkassen-Apotheke in den Niederlanden**

Was in Deutschland nur schwer vorstellbar erscheint, ist in den Niederlanden Realität: die Krankenkassen-Apotheke. Und dies nicht erst seit ein paar Jahren sondern bereits seit einem ganzen Jahrhundert. Zwar gab es auch in Deutschland in den zwanziger Jahren unseres Jahrhunderts Ansätze, Krankenkassen-Apotheken zu errichten; aufgrund massiver Widerstände seitens der Standesführung und mangelnder Unterstützung durch die Regierungen konnten diese Reformschritte von den Krankenkassen und den mit ihnen sympathisierenden Apothekern aber nicht umgesetzt werden (vgl. VDPP-Rundbrief Nr. 20).

Doch auch in den Niederlanden sind die zwei existierenden Krankenkassen-Apotheken eine Ausnahme geblieben. Wer letztlich die Krankenkassen daran hinderte, eigene Apotheken zu eröffnen, konnte im Rahmen dieser Studienreise nicht geklärt werden.

Die von den Teilnehmern der Reise besuchte Krankenkassen-Apotheke, die AZIVO-Apotheke in Den Haag, ist in jeder Hinsicht ein Sonderfall (AZIVO = Algemeen Ziekenfonds De Volharding, das ist der Name der Krankenkasse). 60.000 Versicherte (von insgesamt 100.000 Mitgliedern) gehören zum Einzugsbereich dieser Apotheke. Entsprechend groß ist das tägliche Geschäft. Der Bereich der Offizin, in dem die Patienten bedient



werden, umfaßt nur einen kleinen Teil der Apotheke. Den größten Raum-Umfang nehmen Lagerhaltung, Arzneimittel-Herstellung und Arzneimittel-Kontrolle ein.

#### Daten über die AZIVO-Apotheke

- Versorgung von 60.000 Menschen
- 130 MitarbeiterInnen, davon 5 ApothekerInnen und 30 AssistentInnen
- täglich 1200 Rezepte, zusätzlich Versorgung einiger Alters- und Pflegeheime
- 75% der Arzneimittel werden per Boten geliefert
- 10-15% der abgegebenen Arzneimittel werden in der Apotheke selbst hergestellt
- 600 verschiedene Präparate stellt die Apotheke her, davon 60 Sterilpräparate (aber keine Infusionen) und 50 verschiedene Tablettenpräparate
- 60 Rezeptsammelstellen
- Öffnungszeiten: 24 Stunden täglich, 7 Tage pro Woche

130 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter halten den Betrieb aufrecht. Darunter befinden sich allerdings nur fünf ApothekerInnen und 30 AssistentInnen. Die übrigen weitgehend ungelerten MitarbeiterInnen sind Hilfskräfte in der Produktion und im Versand. Keiner arbeitet ständig an der gleichen Stelle. Um Langeweile und Routinefehler zu verhindern, übernehmen sie immer wieder andere Aufgaben.

Die ApothekerInnen bearbeiten die Anfragen der Patienten und überwachen die Produktion und die Qualitätskontrollen. Weiterhin sind sie für die Organisation und die Erarbeitung von Informationsmaterial für die Patienten zuständig.

Bevor ein Rezept beliefert wird, durchläuft es eine Kontrolle. Mindestens drei MitarbeiterInnen überprüfen dabei, ob die Arzneimittel der ärztlichen Verordnung entsprechen. Die Endkontrolle obliegt meist dem/der ApothekerIn.

Der relativ kleine Raum für die Patienten erklärt sich durch den besonderen Versorgungscharakter dieser Apotheke. Hier werden 75% der Arz-

neimittel jeden Tag direkt an die Patienten geliefert, ohne daß die Patienten die Apotheke betreten müssen. Das Rezept wird in einen der 60 Rezeptsammelkästen im Umkreis von 6 bis 10 km (mail-boxes) geworfen. Mehrmals am Tag werden diese Kästen geleert, die Arzneimittel in der Apotheke zusammengestellt und am selben Abend per Fahrrad, Motorrad oder Auto persönlich beim Patienten abgeliefert. Das ist vor allem für ältere Patienten recht praktisch. Anderen Apotheken in den Niederlanden ist dieser Versand von Arzneimitteln nicht erlaubt.

Das System der Rezeptsammelkästen hat sich allerdings seit der Einführung der EDV weitgehend überholt. Seitdem erreichen die meisten Rezepte per Datenfernübertragung die Apotheke.

Das Telefon spielt bei dieser Form des Kundenkontaktes die entscheidende Rolle. Mittels dieses Mediums wird der Auftrag an die Apotheke erteilt. Über das Telefon erkundigt sich der Patient über die Versandmodalitäten, und der/die AssistentIn - oder im Ausnahmefall der/die ApothekerIn - informiert per Telefon bei einfachen Fragen über die verordneten Medikamente. Falls ein Patient eine besondere Frage hat oder von sich aus den Wunsch nach ausführlicher Beratung äußert, steht ihm per Telefon immer - rund um die Uhr und an jedem Tag der Woche - ein/e ApothekerIn am Telefon zur Verfügung.

Durch die Größe der Apotheke lohnt sich eine sehr weitreichende Selbstherstellung von Arzneimitteln. Rezeptur und vor allem Defektur kennzeichnen daher im wesentlichen den Charakter der Apotheke. Aber auch ein ausgefeiltes computergestütztes Laborprogramm ist hier notwendig, um die angelieferten Rohstoffe auf ihre Identität, ihren Gehalt und ihre Reinheit zu überprüfen. Während das normale niederländische Apothekenlabor wie in Deutschland fast immer ein unberührtes Schattendasein fristet, wird in der AZIVO-Apotheke im großen Umfang gemessen, gewogen und gewertet. Zudem werden grundsätzlich alle selbsthergestellten Arzneimittel im eigenen Labor geprüft.

Selbstdarstellung der AZIVO-Apotheke

### Die AZIVO-Apotheke - von 1893 bis 1993

Die AZIVO-Apotheke ist seit 100 Jahren Teil der Krankenkasse AZIVO (Algemeen Ziekenfonds De Volharding). Die AZIVO-Apotheke ist eine öffentliche Apotheke; sie versorgt mehr als 60.000 Menschen, Institutionen und Altersheime in Hague und den angrenzenden Städten.

Die Arzneimittelgesetzgebung schreibt vor, daß ein Apotheker in einer öffentlichen Apotheke seinen Beruf nur als Selbständiger oder als Angestellter eines selbständigen Kollegen ausüben darf (im Gegensatz zum Krankenhaus oder in der Industrie). Es ist auch möglich, als angestellter Apotheker in einer Berufsvereinigung der Apotheker zu arbeiten. Es gibt aber Ausnahmen von dieser Regel, und die AZIVO-Apotheke ist eine davon. Die Apotheker der AZIVO-Apotheke sind Angestellte der AZIVO-Krankenkasse.

Die AZIVO-Apotheke ist eine öffentliche Apotheke wie die übrigen 1500 niederländischen Apotheken, aber es gibt einige Unterschiede. Sie beschäftigt 130 Mitarbeiter (gegenüber durchschnittlich sieben Mitarbeiter in einer normalen Apotheke) und versorgt 60.000 Menschen (gegenüber durchschnittlich 8000 Menschen). Die meisten Arzneimittel (mehr als 75%) werden nicht in der Apotheke abgegeben sondern in die Wohnung des Patienten gebracht. Die Apotheke ist sieben Tage in der Woche und 24 Stunden täglich geöffnet.

Eine der Besonderheiten der AZIVO-Apotheke ist die maßgeschneiderte pharmazeutische Fürsorge (pharmaceutical care). Diese maßgeschneiderte pharmazeutische Fürsorge ist ursprünglich keine normale Leistung einer qualitativ hochstehenden Arzneimittelversorgung. Man geht sowieso davon aus, daß die Qualität gut sein muß. Zu fordern ist aber eine wirkliche Qualität in der Arzneimittelversorgung.

Maßgeschneiderte Fürsorge beinhaltet guten Service und Informationen für die Patienten, eine aktive Rolle für den Apotheker während der Beratung, geeignete Überwachung der Medikation und ausschließliche Lieferung von Produkten, die ein ausgeglichenes Kosten-Nutzen-Verhältnis besitzen.

Einige Beispiele des Services der AZIVO-Apotheke:

- geöffnet 24 Stunden täglich
- 75% der Arzneimittel werden nach Hause geliefert
- Arzneimittelüberwachung für alle Kunden
- elektronischer Transport des Rezeptes vom Arzt in die Apotheke
- Mikrocomputer für die Qualitätskontrolle für Serienprodukte
- standardisierte Serienproduktion nach den Vorschriften des Dutch Pharmacy Formulary
- Selbstherstellung von mehr 700 Präparaten
- Überprüfung der Serien-Präparate im AZIVO-Labor und in unabhängigen Regionallabors
- pharmakotherapeutische Beratung mit den Ärzten
- komplette und verständliche Patienten-Broschüren unter Benutzung von CD-ROM und einem Laserprinter
- das komplette Angebot aller homöopathischen und anthroposophischen Arzneimittel, der OTC-Arzneimittel, der Diagnostika etc.
- ein angenehmer HV-Tisch für die Kunden
- andere Aktivitäten wie Vorträge in Altersheimen, Beratungen mit Distriktschwestern, Unterrichtung von Schulkindern, Begleitung von öffentlichen Veranstaltungen etc.
- eine Krankenschwester, die den Kunden bei medizinischen Hilfsmitteln helfen soll.

Die Kombination einer Krankenkasse mit einer großen öffentlichen Apotheke erregt auch noch nach 100 Jahren viel Aufmerksamkeit. Ein Service wie bei der AZIVO-Apotheke, die sehr günstige Handelsspanne und das ausbalancierte Gleichgewicht zwischen Kosten und Nutzen stößt bei der Regierung und bei anderen Krankenkassen auf großes Interesse.

AZIVO scheint nach 100 Jahren eine hoffnungsvolle Antwort auf das chronische Wachstum von Kosten, hohen Handelsspannen und hohen Arzneimittelpreisen zu sein.

Die radikale Renovierung der AZIVO-Apotheke nach den neuesten Qualitätsstandards in der Zeit von November 1992 bis August 1993 verspricht einen sehr guten Start für die nächsten 100 Jahre.

Drs. G. A. W. de Vries, director pharmacist

Selbstmedikation spielt auch in dieser Apotheke keine große Rolle. Alle medizinisch notwendigen Arzneimittel werden vom Arzt verordnet, dies allerdings sehr viel restriktiver als in Deutschland. Was ein Kunde sonst noch zu brauchen meint, kauft er nicht in der Apotheke sondern in erster Linie in der Drogerie.

Die AZIVO-Apotheke existiert bereits seit 1893 und konnte daher im letzten Jahr ihr hundertjähriges Jubiläum feiern. Wie der stellvertretende Direktor der AZIVO-Krankenkasse mitteilte, gab es in den hundert Jahren noch keinen Zeitpunkt, an dem die Krankenkasse die Apotheke aufgeben wollte. Während man in früheren Jahren ebenfalls Ärzte und Krankenschwestern in großem Ausmaße beschäftigt hatte, ist von diesem Engagement nur noch die Apotheke übriggeblieben. Und man denkt auch in Zukunft nicht daran, das Projekt aufzugeben. Ganz im Gegenteil: auch andere Krankenkassen in den Niederlanden erkundigen sich bei AZIVO über die Erfahrungen mit der eigenen Apotheke und denken bereits über eigene Schritte nach. Allerdings stehen einer Ausdehnung der Krankenkassen-Apotheken auch in den Niederlanden gesetzliche Vorgaben entgegen. So wird auch in absehbarer Zukunft die AZIVO-Apotheke eine seltene Ausnahme bleiben.

## Die Sozialen Apotheken in Belgien

Soziale Apotheken haben in Belgien eine sehr viel längere Tradition als in den Niederlanden. Bereits vor über hundert Jahren wurde hier der Gedanke geboren, der Arzneimittelversorgung auch eine soziale Komponente hinzuzufügen. Ausgehend von der Arbeiterbewegung fanden sich Apotheker, die sich darum bemühten, allen Bevölkerungsschichten den Zugang zu modernen Arzneimitteln zu ermöglichen. Aufgrund des kurzen Besuchs in einer belgischen Sozialen Apotheke kann nicht so umfassend über die Besonderheiten dieser Apotheke berichtet werden.

Unter dem Eindruck, daß zu Beginn der modernen Medizin in den letzten Jahren des 19. Jahrhunderts nur wenige Menschen in der Lage waren, die neuen und meist teuren Präparate zu kaufen, versuchten Apotheker durch genossenschaftlichen Zusammenschluß Bedingungen zu schaffen, Arzneimittel für breitere Bevölkerungsschichten zur Verfügung zu stellen. Durch günstige Einkaufskonditionen erzielten die sich zunächst "Kooperativ-Apotheken" nennenden Apotheken genügend Rabatte, um einen Spielraum zur Weitergabe der Rabatte zu erwirtschaften.

Noch immer ist dies das Grundprinzip der sozialen Apotheke in Belgien. Unter dem Motto "ein gutes Arzneimittel zu einem fairen Preis" sind auch heute noch die Preise das Kernstück des Engagements der Sozialen Apotheken in Belgien. Die für die Verbraucher günstigen Preise sind allerdings nicht sofort ersichtlich. Denn auch in Belgien sind sie mehr oder weniger gesetzlich festgelegt.

Nach der Zulassung eines Arzneimittels wird im Wirtschaftsministerium zunächst ein maximaler Verkaufspreis festgelegt. Anschließend erfolgt eine Festlegung des Erstattungspreises durch die Sozialversicherung, die bisher immer unter dem genehmigten maximalen Verkaufspreis lag. Zum Teil sollen die Erstattungspreise so niedrig angelegt sein, daß sich pharmazeutische Firmen geweigert haben, einen Teil ihrer Produkte auf dem belgischen Markt anzubieten.

Aber nicht nur die pharmazeutische Industrie sieht sich in Belgien einem strengen Preisregime durch den Staat ausgesetzt; auch die Patienten haben einen zum Teil recht hohen eigenen Beitrag für Arzneimittel zu zahlen. Um ein hohes Maß an Gerechtigkeit zu wahren und das Solidaritätsprinzip möglichst wenig auszuhöhlen, andererseits über Selbstbeteiligung der Patienten den Arzneimittelverbrauch zu steuern, glaubte man in Belgien an einem Zuzahlungssystem nicht vorbeizukommen. Dazu teilte man den erstattungsfähigen Arzneimittelmarkt in verschiedene Kategorien auf:

- Kategorie A: in diese Kategorie wurden lebensnotwendige oder auch sehr teure Arzneimittel eingruppiert; für diese Arzneimittel braucht der Patient keine Zuzahlung zu leisten; dazu gehören z.B. Arzneimittel für Diabetiker, Krebskranke und Epileptiker;
- Kategorie B: in dieser Kategorie befinden sich wichtige Arzneimittel, bei denen vom Patienten eine 40 %ige Zuzahlung (bzw. eine 15 %ige Zuzahlung für Rentner, Waisen, Witwen und Invaliden) verlangt wird; diese Zuzahlung gilt aber nur bis zu einer bestimmten Höhe und betrifft solche Arzneimittel wie Antibiotika, Corticoide, Herzmittel, Asthma-, Augen-, Haut- und Hormon-Arzneimittel).
- Kategorie C: sie enthält "nützliche Medikamente", die jedoch nicht unumstritten sind. Innerhalb dieser Kategorie wird nochmals unterteilt in Kategorie C mit der Zuzahlung von 50 %, in Kategorie Cx mit der Zuzahlung 60 % und in die Kategorie Cs mit der Zuzahlung von 70 %.
- Kategorie D: hier sind alle nicht erstattungsfähigen Arzneimittel einsortiert.

Für die Patienten bedeutet diese Zuzahlungsregelung eine erhebliche Belastung. Hier setzt die Philosophie der sozialen Apotheken an: um das Ausmaß der Zuzahlung ein wenig erträglicher zu gestalten, gewähren sie am Ende eines Jahres 10% Rabatt auf alle in der Apotheke getätigten Einkäufe - also auch auf die Präparate der Selbstmedikation. Inzwischen wurde der Konkurrenzdruck gegenüber den privaten Apotheken so groß, daß auch sie heute entsprechende Rabatte gewähren.

Das Sozialversicherungssystem sowie das Apothekenwesen sind in Belgien sehr viel stärker politisiert als in den Niederlanden oder in Deutschland. Krankenkassen orientieren sich an politischen Parteien und auch Apotheken fühlen sich entweder der einen oder anderen politischen Richtung verpflichtet. So verwundert es nicht, wenn den Sozialen Apotheken gute Kontakte zu den sozialistischen Parteien Belgiens nachgesagt werden.

#### Versicherungspflicht in Belgien

Die Versicherungspflicht in der Krankenversicherung erstreckt sich in Belgien auf die gesamte Bevölkerung (9,9 Mio Einwohner). Neben der Grundversicherung können die sozialen Krankenversicherungen auch Zusatzversicherungen anbieten. Insbesondere bei den Selbständigen spielen Zusatzversicherungen eine größere Rolle, da deren Grundversicherung niedriger ist.

Die Finanzierung der Krankenversicherung erfolgt überwiegend über einkommenabhängige Beiträge (ohne Beitragsbemessungsgrenze), von denen die Arbeitgeber rund zwei Drittel und die Arbeitnehmer ein Drittel übernehmen. Ferner gibt es in erheblichem Ausmaße staatliche Zuschüsse an die Krankenversicherung. Im Vergleich zur Bundesrepublik Deutschland spielt die Selbstzahlung der privaten Haushalte eine größere Rolle, die gemessen an den Gesundheitsaufwendungen bei 17,8% liegt.

(Quelle: BASYS)

In der sozialen Krankenversicherung sind fast 100 Prozent der Bevölkerung versichert. Neben der Zuzahlung üben die Krankenkassen auch noch über einen anderen Weg Einfluß auf die Arzneimittelversorgung; manche Arzneimittel müssen nämlich vor der Abgabe in der Apotheke zunächst noch von der Krankenkasse genehmigt werden. Einen Einfluß auf die Errichtung neuer Apotheken nehmen die Krankenkassen jedoch nicht.

Apotheken in Belgien sind im allgemeinen keine Goldgruben. Inzwischen gibt es für 1890 Einwohner Belgiens eine Apotheke (zum Vergleich: Deutschland, alte Länder: ca. 3400 Einwohner pro Apotheke), obwohl die staatlich geregelte Niederlassungsbeschränkung etwas anderes erwarten ließe.

Die wirtschaftlichen Probleme der Apotheken verschärfen sich in letzter Zeit zusehend. Es sind nicht nur die vielen Apotheken, die den Umsatz des Einzelnen schmälern, in letzter Zeit drängen auch immer mehr Kaufhäuser auf den Arznei-

### Krankenkassenwesen in Belgien

Folgende Krankenkassen existieren in Belgien:

Christliche Krankenkassen auf Gegenseitigkeit (Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes - ANC) mit insgesamt 33 Kassen

Neutrale Krankenkassenverbände (Union Nationale des Fédérations Mutualistes Neutres - UNN) mit 18 Kassen

Sozialistische Krankenkassen auf Gegenseitigkeit (Union Nationale des Mutualités Socialistes - UNS) mit 20 Kassen

Liberale Krankenkassenverbände auf Gegenseitigkeit (Union Nationale des Fédérations Mutualistes Libérales des Belgique - LNL) mit 13 Kassen

Berufskrankenkassenverbände auf Gegenseitigkeit (Union Nationale des Fédérations des Mutualités Professionnelles de Belgique - UNP) mit 21 Kassen

Öffentliche Hilfskasse

(Quelle: BASYS)

mittelmarkt. Zwar ist es den Kaufhäusern nicht erlaubt, Arzneimittel zu verkaufen, durch die geschickte Umdefinierung der Produkte in arzneimittelähnliche Produkte gelingt es ihnen aber, dem Arzneimittelverkauf durch die Apotheken Konkurrenz zu machen.

Andererseits gibt es in Belgien keine vergleichbare Drogeriendichte wie in den Niederlanden oder in Deutschland. Arzneimittel haben in den wenigen drogerieähnlichen Geschäften keinen Platz. Der (fast) gesamte Selbstmedikationsmarkt läuft daher über die Apotheken.

Schon aus diesen wenigen Angaben wird deutlich, daß sich das Geschehen um die Arzneimittel in den Apotheken grundsätzlich von der Situation in den Niederlanden unterscheidet. Während man in den Niederlanden aufgrund der guten wirtschaftlichen Situation den Schwerpunkt auf

die pharmazeutischen Tätigkeiten legen kann, müssen die belgischen KollegInnen ihren täglichen Kampf ums wirtschaftliche Überleben bestreiten. Eines der wenigen Vorteile für die belgischen ApothekerInnen ist die hohe Arztdichte in diesem Land. Aus einer höheren Arztdichte resultiert zwar nicht ein größerer Anteil gesunder Menschen und damit eine höhere Effektivität des Gesundheitswesens, allerdings bedeuten mehr Ärzte nach internationalen Erfahrungen auch immer eine höhere Anzahl von Arzneimittelverordnungen.

Die von der Reisegruppe besuchten "Apothek van Het Huis der Mutualisten" in Hoboken, einem Stadtteil von Antwerpen, ist eine von 260 Apotheken der belgischen Kooperative "Het Huis der Mutualisten". Zu dieser Kooperative gehören 45% der Sozialen Apotheken Belgiens. Hier arbeiten neben einem angestellten Apotheker drei Assistentinnen, was dem gesetzlich vorgeschriebenen Personalschlüssel entspricht. Die 200 qm große Apotheke ist mit einem dreiteiligen HV-Tisch und einer ausgedehnten Freiwahl mit einigen Kosmetikserien ausgestattet. Im OTC-Bereich und über die Freiwahl werden 15 bis 20% des gesamten Umsatzes der Apotheke erzielt, ein Wert, der auch von den anderen Apotheken durchschnittlich erreicht wird.

Hinter dem HV-Tisch - griffbereit für das pharmazeutische Personal - stehen zwei karussellartige Aufsteller, in denen die gängigen Arzneimittel gelagert werden. Ca. 1400 Fertigarzneimittel befinden sich im ständigen Lagerbestand der Apotheke. Da die Anzahl verschiedener Präparate ähnlich wie in den Niederlanden begrenzt ist, kommen Defekte nicht allzu häufig vor. Allerdings ist auch das kein Problem; denn die Apotheke wird von einem kooperativeigenen und von zwei privaten Großhändlern 4 bis 5 mal täglich beliefert.

Einige Hausspezialitäten, z.B. Hustensaft und medizinische Shampoos - allerdings ohne Angabe der Zusammensetzung - sollen der Kundenbindung dienen.

Die Bedeutung der Kooperativ-Apotheken ist in den letzten Jahren gestiegen. Im Durchschnitt hat eine Kooperativ-Apotheke doppelt soviel Umsatz wie eine private Apotheke. Im ständigen Wirtschaftskampf scheinen sich offensichtlich kooperativ miteinander verbundene Apotheken besser durchzusetzen.

Zur Unterstützung bei der täglichen Arbeit dient die Organisationszentrale der Sozialen Apotheken in Brüssel. In der dortigen Geschäftsstelle werden 230 Angestellte, davon 14 ApothekerInnen, 1 Jurist und 4 Betriebswirtschaftler, beschäftigt. Von der Zentrale aus werden Einkauf und Vertrieb geregelt. Hier werden Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen für die angeschlossenen Apotheken organisiert sowie Kampagnen für die Beratung der Patienten ausgearbeitet. Die letzten beiden Punkte dienen als wichtiges Argument für einen Anschluß an die Kooperative.

Die wirtschaftliche Situation der besuchten Kooperative ist offensichtlich so gut, daß den Angestellten in den Apotheken - auch dem Apothekenleiter - bessere Gehälter bezahlt werden können als in privaten Apotheken. Allerdings sind zumindest die Apothekenleiter nicht völlig frei von der Verführung, mit mehr Arzneimittel-Umsatz ihr eigenes Gehalt aufzubessern. Eine Umsatzprämie am Jahresende soll den Apothekenleiter dazu animieren, den Umsatz seiner Apotheke zu vergrößern.

Daß dieses Anreiz-System auch durchschlagend zu wirken scheint, wird an den Arbeitsaufgaben und -zeiten des Apothekenleiters deutlich. Nach eigenen Angaben verbringt der besuchte Apothekenleiter einige seiner Wochenenden damit, zusammen mit seiner Familie die Apotheke zu reinigen, da die wirtschaftliche Situation nicht die Einstellung einer Reinigungskraft ermöglicht. Eine geregelte 40 Stunden-Arbeitszeit ist hier offenbar nicht möglich.

Wenn die Situation aber selbst für die kooperativ zusammengeschlossenen Sozial-Apotheken so brisant ist, fällt es nicht schwer, sich die Auswirkungen auf die Selbstmedikation vorzustellen.

Ein wesentlicher Anteil am Umsatz wird aber über die Selbstmedikation erwirtschaftet. Berücksichtigt man außerdem, daß ein Teil der belgischen OTC-Arzneimittel stark wirksame Stoffe enthalten, die in Deutschland der Verschreibungspflicht unterliegen (z.B. Codein in Lonarid (R)), sind Befürchtungen hinsichtlich der Arzneimittelsicherheit und des Arzneimittelmißbrauchs nicht von der Hand zu weisen. Ob sich hier die Sozialen Apotheken bei der Beratung und Abgabe in der Selbstmedikation wohlthuend von den privaten Apotheken unterscheiden, konnte im Rahmen des kurzen Besuchs nicht geklärt werden.

## Soziale Apotheken in Europa

Mit den Erkenntnissen dieser Reise konnte nur ein kleiner Teil der Sozialen Apotheken in Europa kennengelernt werden. Allerdings ließ sich bereits erkennen, wie unterschiedlich der soziale Gedanke in der europäischen Pharmazie umgesetzt wird.

In Ländern wie Dänemark, Spanien, Griechenland, Luxemburg und natürlich Deutschland existieren zur Zeit noch keine rechtlichen Möglichkeiten, Soziale Apotheken nach nicht privatwirtschaftlichem Muster zu betreiben. Auch in den Staaten des ehemaligen Ostblocks wird von verschiedenen Seiten - nach den Worten des Sprechers der VESA (Verband Europäischer Sozialer Apotheken) auch von der ABDA - versucht, die Entwicklung in die Richtung der privatwirtschaftlichen Apotheke zu lenken. Den belgischen Kollegen gelang es allerdings in Tschechien, gegen diese Einflußnahme einige Apotheken nach belgischem Genossenschaftsmodell zu eröffnen.

In Irland ist zwar die Rechtslage so, daß Soziale Apotheken betrieben werden könnten, allerdings hat bisher noch niemand von diesem Recht Gebrauch gemacht. Auch in der Schweiz existieren einige Soziale Apotheken, die allerdings nicht Vollmitglied im Verband der Europäischen Sozialen Apotheken (VESA) werden konnten. Die feh-

#### Ärzte je 1.000 Einwohner 1989

Belgien	3,3
Niederlande	2,5
Deutschland	3,1

#### Arzneimittelausgaben in % des BSP (nicht Krankenhaus)

	1980	1989
Belgien	1,15	1,24
Niederlande	0,60	0,77
Deutschland	1,25	1,32

#### Höhe der Arzneimittelausgaben p. Kopf in Kaufkraftparitäten in DM

	1980	1990
Belgien	242	366
Niederlande	133	266
Deutschland	301	505

(Quelle: BASYS)

lende Mitgliedschaft des Landes in der EU erlaubte nur einen Beobachterstatus.

Für die Zukunft wäre es sicherlich interessant, in weiteren Studienreisen die Situation der Sozialen Apotheken in der Schweiz, Großbritannien, in Frankreich und Italien kennenzulernen. Weiterhin könnte sicherlich eine Reise nach Schweden zum Kennenlernen des dortigen Apothekenwesens sinnvoll sein. Auch der weitere Ausbau der persönlichen Kontakte nach Belgien und Holland sowie die Hospitation einzelner KollegInnen in einer der besuchten Apotheken wäre anzustreben.

Am Schluß dieses Artikels soll mit der Selbstdarstellung des Verbandes der Europäischen Sozialen Apotheken dokumentiert werden, daß eine solche Einrichtung existiert und auf welche Grundsätze sich dieser europäische Verband verständigt hat. Falls sich auch der VDPP einmal zu einer Mitgliedschaft in diesem Verband ent-

schließen sollte, müßte er allerdings in seine Satzung das Ziel zur Gründung Sozialer Apotheken aufnehmen.

## Schluß

Mit dieser Studienreise konnten sich die Teilnehmer davon überzeugen, wie unterschiedlich der soziale Gedanke in der Pharmazie in zwei europäischen Ländern umgesetzt wird.

Für die Mitglieder des VDPP kann der Begriff "sozial" in Deutschland nicht über den Preis - der ist durch die Arzneimittelpreisverordnung festgelegt - sondern nur über den persönlichen Anspruch des Apothekenpersonals und der Apothekenleitung definiert werden. Dazu gehören u.a. die Arzneimittelberatung, die Arzneimittelsicherheit, die Zusammenarbeit mit Ärzten und die Verankerung der Apotheke im Stadtteil. Welche Probleme sich aus diesem Anspruch in Verbindung mit den bundesdeutschen Realitäten ergeben, wurde bereits erörtert. Schmerzlich wurde den Teilnehmern aber auch bewußt, was durch die Vereinigung Deutschlands auf diesem Gebiet verloren ging.

In Belgien wird der soziale Gedanke eindeutig über den Preis definiert. Für alle Bevölkerungsschichten erschwingliche Arzneimittelpreise war und ist das Ziel der belgischen Sozialen Apotheken. An der Umsetzung dieses Ziels arbeitet man dort bereits seit über hundert Jahren. Den Mitarbeitern ein befriedigendes Arbeiten zu ermöglichen und ihre Beratungsqualität durch intensive Fortbildungsmaßnahmen zu verbessern, ist erst auf den zweiten Blick als soziale Komponente erkennbar. Kritisch muß allerdings angemerkt werden, daß weder der staatlich festgelegte Umfang des OTC-Arzneimittelmarktes noch das prämienabhängige Beratungsgeschäft der ApothekerInnen im Selbstmedikationsbereich einer optimalen Arzneimittelversorgung im Sinne des VDPP-Programms entspricht.

Die Eindrücke, die von den Teilnehmern der Studienreise in den beiden niederländischen Sozia-

len Apotheken sowie in der dortigen Krankenkassen-Apotheke gewonnen wurden, lassen sich sehr viel eher mit den Programmzielen des VDPP in Einklang bringen. Hier läßt sich eine rein patientenorientierte, umsatzunabhängige Arzneimittelversorgung durch die Sozialen Apotheken erkennen. Hier werden solche Aktivitäten auch nicht durch eine sehr freizügige Herausnahme von Arzneimitteln aus der Verschreibungspflicht erschwert. Allerdings steht die Bewährungsprobe für die Apotheken im Bereich der Selbstmedikation noch aus; erst wenn ein mit anderen europäischen Ländern vergleichbarer Anteil am Umsatz durch die Selbstmedikation erwirtschaftet wird, muß sich zeigen, ob die niederländischen Apotheken auch auf diesem Gebiet Vorbild sein können. Die augenblickliche wirtschaftliche Situation der Apotheken macht es den niederländischen KollegInnen jedenfalls noch leicht, die Berufsmoral vor den Profit zu stellen. Daß es den niederländischen KollegInnen in den letzten Jahrzehnten gelungen ist, sich als gleichberechtigte Partner neben dem Arzt zu positionieren, berechtigt aber zu der Hoffnung, daß sie auch die zukünftigen Bewährungsproben souverän meistern werden. Die Sozialen Apotheken in diesem europäischen Land haben dafür die besseren Voraussetzungen - und die besseren Argumente.

Doch die Zukunft der europäischen Pharmazie wird auch massiv von der europäischen Gesetzgebung beeinflußt werden. In Brüssel gilt es, die Interessen der Sozialen Apotheken zu vertreten, um dem Sozialen Gedanken in der Pharmazie eine Zukunft zu geben. Die Sozialen Apotheken aus sechs europäischen Ländern haben sich deshalb zu einem Interessenverband, dem VESA, zusammengeschlossen, um, wie auch andere Interessenverbände, ihren Einfluß auszuüben. Wenn auch sicherlich nicht alle Vorstellungen, die dieser Verband vertritt, dem Programm des VDPP voll entsprechen, kommen sie ihm jedoch zumindest recht nahe.

Fazit der Reise: der soziale Gedanke in der europäischen Pharmazie lebt und ist in einigen Ländern bereits in Form der Sozialen Apotheke

verwirklicht. Da die gesetzlichen und kulturellen Voraussetzungen in den einzelnen Ländern unterschiedlich sind, ist ein einfaches Kopieren eines Systems auf andere Länder nicht so ohne weiteres möglich. Für die Zukunft wird es interessant sein, die gemachten Erfahrungen zu vertiefen und die Sozialen Apotheken der übrigen Länder der (demnächst erweiterten) EU kennenzulernen.

Dieser Artikel entstand als Ergebnis einer Studienreise des VDPP nach Belgien und in die Niederlande im März 1994. Allen Teilnehmern an der Reise sei für die Unterstützung bei der Erstellung dieses Artikels gedankt: Udo Ament, Elisabeth Bronder, Christiane Goepfert, Jürgen Grosse, Gudrun Hahn, Elke Janssen, Elfriede Kern, Hanne Lederer, Peter Naumann, Petra Reifschläger, Isabella Sugu, Karin Walter

#### Literatur:

Apotheken und Europa. Ökonomische und juristische Eckdaten. Hrsg. Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände. Apotheken-Report Bd.35, Frankfurt/Main 1989.

Pharma-Länder-Dossiers. Hrsg. Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände. Apotheken-Report Bd. 42, Frankfurt/Main 1991.

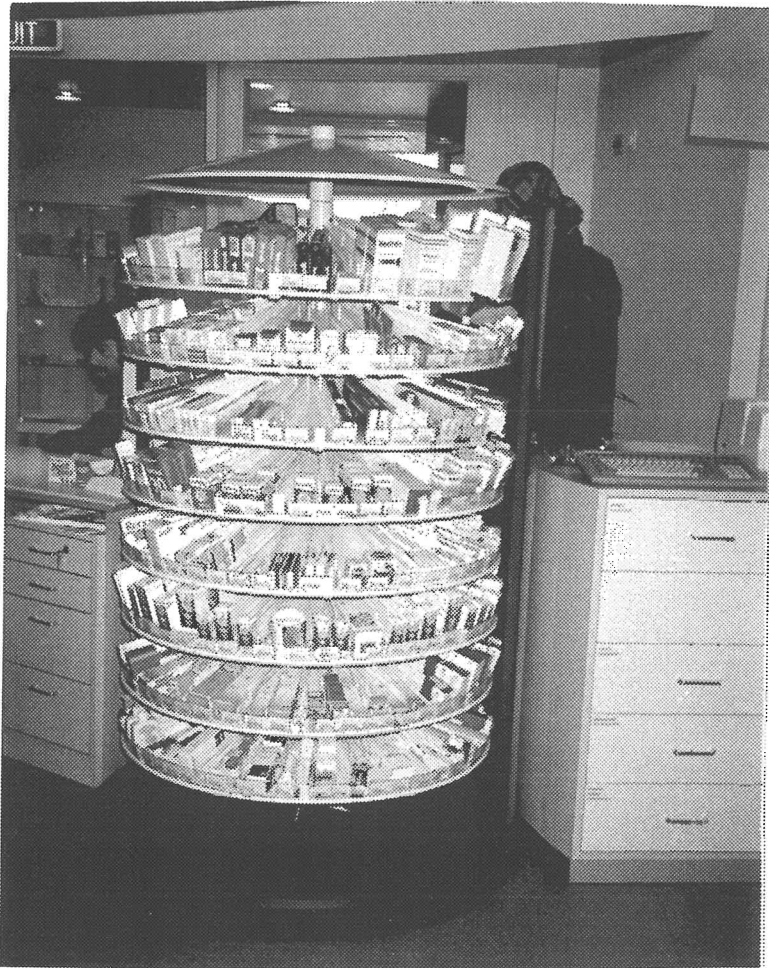
Markus Schneider, Peter Biene-Dietrich, Monika Gabanyi, Manfred Huber, Aynur Köse, Léa Scholtes, Jürg H. Sommer: Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich. Ausgabe 1992. Laufende Berichterstattung zu ausländischen Gesundheitssystemen. Hrsg. v. d. Beratungsgesellschaft für angewandte Systemforschung mbH (BASYS), Rieden am Forggensee 1993.

Manfred Schunck: Pharmazie in Belgien: Situation, Ängste Hoffnungen, in: Pharmazeutische Zeitung 138 (1993) 493-498.

Erdmuthe Arnold: Praktische Pharmazie in den Niederlanden ist patientenorientiert, in: Pharmazeutische Zeitung 135 (1990) 2197-2203.



Eindrücke von der Reise



## Nachfolgend dokumentieren wir die Selbstdarstellung des Verbands der Europäischen Sozialen Apotheken (VESA)

Daher wurde bereits seit 1961 der Wille bekräftigt, die Präsenz, die Identität und die Charakteristika der Sozialen Apotheken zu verteidigen. Heute, 30 Jahre nach seiner Gründung, engagiert sich der VESA für dieselben Ziele, die nun in der Charta der Europäischen Sozialen Apotheken schriftlich niedergelegt wurden.

In den römischen Verträgen haben sich die Unterzeichnerstaaten dafür entschieden, beim Aufbau Europas dem wirtschaftlichen Aspekt den Vorzug zu geben: freier Wettbewerb, freier Waren- und Personenverkehr, Schaffung einer Währung, kurz, die Einrichtung eines gemeinsamen Wirtschaftsraums.

Die Einheitliche Akte und das Weißbuch haben diese Prinzipien erneut bestätigt und ein weiteres Ziel hinzugefügt: die Festlegung eines gehobenen Lebens- und Wohlstandsniveaus.

Der VESA orientiert sich bei seinem Vorgehen an dem so definierten Rahmen und schließt sich damit dem europäischen Projekt an. Es liegt ihm jedoch daran, daß die europäischen Behörden die soziale Dimension der Gemeinschaft, insbesondere im Gesundheitswesen, stärker hervorheben. Zusätzlich zu dem gemeinsamen Wirtschaftsraum muß das soziale Europa gestärkt werden.

## Die Sozialen Apotheken in Europa

Die Entstehung der Sozialen Apotheken geht auf das Ende des letzten Jahrhunderts zurück und erfolgte im Rahmen der damaligen sozialen Bewegungen.

Heute ist der Entwicklungsstand der Sozialen Apotheken in Europa ungleichmäßig ausgeprägt. Dies ist

im wesentlichen auf juristische Hindernisse zurückzuführen, die ihrer Existenz in einigen Ländern entgegenstehen, in denen die Organisation der Apotheken häufig von einem auf Verbandsstrukturen ausgerichteten Branchenkonzept beherrscht wird.

Soziale Apotheken existieren in BELGIEN, FRANKREICH, ITALIEN, den NIEDERLANDEN, der SCHWEIZ, und in GROßBRITANNIEN. Insgesamt gibt es in diesen sechs Ländern 2.459 Soziale Apotheken. Gesetzliche Vorschriften stehen dagegen ihrer Existenz in folgenden Ländern entgegen: DEUTSCHLAND, DÄNEMARK, SPANIEN, GROßHERZOGTUM LUXEMBURG und GRIECHENLAND.

Schließlich könnte es noch in Irland und Portugal Soziale Apotheken geben.

## Die Rolle der Sozialen Apotheken

Die Gründung der Sozialen Apotheken geht ursprünglich auf das Bestreben zurück, sich gegenseitig zu helfen und zu unterstützen und den weniger begünstigten Bevölkerungsschichten den Zugang zu Medikamenten zu erleichtern.

Zu dieser historischen Berufung der Sozialen Apotheken ist im Laufe der Zeit ein immer ausgeprägteres Bemühen gekommen, der gesamten Bevölkerung den hervorragenden Service und die optimale Qualität der pharmazeutischen Leistungen zu bieten.

Die Sozialen Apotheken, die von und für die Benutzer gegründet wurden, wollen ihre Zweckbestimmung, ihre Daseinsberechtigung im Interesse der Arzneimittelkonsumenten finden.

## VESA

Der Verband der Europäischen Sozialen Apotheken in Europa (VESA) wurde 1961 gegründet.

Die Leiter der Sozialen Apotheken wurden schon sehr frühzeitig auf die Entstehung des großen europäischen Marktes eingestimmt. Ebenfalls sehr frühzeitig wurden sie sich dessen bewußt, wie wichtig der Vorgriff - innerhalb des geeigneten Systems - auf die Entwicklungen war, die die Verwirklichung der europäischen Ziele für den pharmazeutischen Sektor beinhaltete.

Unter diesem Blickwinkel ergibt sich eine ganze Reihe von Zielen. Das Hauptziel, den Zugang zu Arzneimitteln zu den geringsten Kosten zu ermöglichen, ist nach wie vor aktuell. Darüber hinaus wollen die sozialen Apotheken ein Gesamtkonzept für Leistungen im Gesundheitswesen erstellen, das außer der Ausgabe von Arzneien alle flankierenden Elemente umfaßt, wie z.B. Aufnahme, Beratung, Information, Vorbeugung usw. Es müssen die Bedingungen geschaffen werden, damit Apotheker und hochqualifizierte Assistenten die Pharma-Branche zu einem "Gesundheits-Raum" machen, der ein wesentlicher und unentbehrlicher Bestandteil in der Kette des Gesundheitswesens ist.

Die Sozialen Apotheken wollen den so definierten Auftrag durch eine integrierte und strenge Verwaltung verwirklichen, die umfangreiche Einsparungen erlaubt und Betriebsüberschüsse freisetzt, die ihren Kunden in Form folgender Aktionen wieder zugute kommen:

- Verbesserung und Ausbau ihres Netzes;
- Verringerung der Arzneimittelkosten für den Verbraucher;
- Durchführung von Vorbeugungsmaßnahmen im Gesundheitswesen;
- Verwirklichung oder Förderung von sozialen Initiativen zu Nutzen der Bevölkerung.

Schließlich wollen die Sozialen Apotheken auch bei der Definition und Umsetzung einer verantwortlichen, öffentlichen Gesundheitspolitik unter Berücksichtigung des Interesses der Allgemeinheit und der Verbraucher mitreden.

Die Sozialen Apotheken wollen sich ferner als Förderer von neuen Konzepten und Perspektiven für

den Ausbau der Pharmazeutik einsetzen.

## **Die Zukunftsaussichten der VESA: Die europäische Apotheke von morgen wird auch sozial sein und nach dem Prinzip des freien Wettbewerbs handeln**

Der VESA wird weiterhin die Zusammenarbeit und die Verständigung seiner Mitglieder sowie deren Information über die Entwicklung der europäischen Gesetze und den Erfahrungsaustausch fördern. Der VESA hat darüber hinaus vor, den Ausbau der politischen Maßnahmen der EG zu unterstützen und wird dazu gute Beziehungen zur Kommission, dem Europäischen Parlament sowie dem Wirtschafts- und Sozialausschuß der EG pflegen.

Der VESA beabsichtigt an der Ausarbeitung von Richtlinien und Vorschriften im Gesundheitswesen, insbesondere in der Arzneimittelbranche und im Pharmabereich, mitzuarbeiten. Es ist ihm außerdem daran gelegen, daß die erforderlichen Bedingungen für die soziale und wirtschaftliche Entwicklung in diesem Bereich aufgestellt werden. Jedes seiner Mitglieder wird den nationalen Behörden seines jeweiligen Landes weiterhin die Standpunkte des VESA mitteilen, die von der Generalversammlung festgelegt wurden.

Mit Blick auf die Zukunft wird der VESA seine Bemühungen um die bis heute ungeklärten rechtlichen Angelegenheiten der Pharmaindu-

strie auf europäischer Ebene fortsetzen.

Der VESA beabsichtigt die Gründung von Sozialen Apotheken in Ländern zu fördern, wo sie bislang noch nicht bestehen, einschließlich Zentraleuropa.

Der VESA fordert daher zusätzlich zu den bisher bestehenden Regelungen in Bezug auf Apotheker und Arzneimittel einen europäischen gesetzlichen Rahmen für die Pharmaindustrie. Dieser gesetzliche Rahmen soll außerdem jegliche Verwirrung und Unklarheiten beseitigen, die zwischen den Grundlagen für die praktischen Bedingungen der "Pharmakunst" und den Betriebsbedingungen für eine Apotheke bestehen.

Er muß auch das Prinzip des freien Wettbewerbs sowie die Niederlassungsfreiheit für neue Soziale Apotheken in Rechtsform einer juristischen Person vorsehen. Dies muß ohne Privilegien und mit Chancengleichheit für jede Organisationsform der Apotheke erfolgen.

Alle Europäer werden somit die Vorteile der Sozialapotheke genießen können, die sich aus ihrer Zugehörigkeit zu einem Bereich des Gesundheitswesens mit sozialer Ausrichtung ergeben, das genossenschaftlich organisiert ist, auf Gegenseitigkeit beruht und verbandsmäßigen Charakter hat.

## **Die Mitglieder der im Verband der Europäischen Sozialen Apotheken zusammengeschlossenen Versicherungs-, Genossenschafts-, und Verbandsapotheken**

## **in Belgien, Frankreich, Italien, Holland, der Schweiz und im Vereinigten Königreich haben ...**

... in Erkenntnis der Notwendigkeit einer umfassenden und wirksamen Gesundheitsversorgung der europäischen Bevölkerung sowie der Notwendigkeit entsprechender Gesundheitssysteme;

... in dem Bewußtsein, daß die Verwirklichung einer auf ganz Europa ausgedehnten Gemeinschaft einen günstigen Faktor für den Schutz und den Ausbau des Gesundheitswesens darstellt, vorausgesetzt, daß die künftigen Bestimmungen die soziale Tragweite des Gesundheitswesens, insbesondere im Hinblick auf Arzneimittel, berücksichtigen;

... in Feststellung der großen Unterschiede zwischen den europäischen Staaten sowohl hinsichtlich der Organisation der einzelnen Apotheken, ihrer Anzahl bzw. ihrer Dichte und der den Medikamenten zugeschriebenen Bedeutung als auch hinsichtlich der sozialen Versorgungsnetze und des Zugangs der Bevölkerung zur Gesundheitsversorgung;

... in der Erwägung, daß die Apotheke eines der wichtigen Glieder in der Kette aller zu einem hohen Gesundheitsniveau beitragenden Mittel darstellt;

... darüber hinaus in der Erwägung, daß die Apotheke harmonisch in das Gefüge der verschiedenen Gesundheitssysteme integriert werden und entsprechend dem neuesten technischen, medizinischen und wissenschaftlichen Fortschritt mit allen Leistungsträ-

gern im Gesundheitswesen zusammenarbeiten muß;

... ferner in der Feststellung, daß der in der Apotheke tätige Pharmazeut, der alleinige Fachmann in der Ausgabe für Medikamente, in dieser Hinsicht durch seine vorgeschaltete, bürgernahe Position sowohl bei der Gesundheitsvorsorge und Behandlung als auch auf wirtschaftlicher und sozialer Ebene eine entscheidende Rolle spielt;

## **... die in der Charta der Europäischen Sozialen Apotheken aufgeführten Grundsätze angenommen**

### **Charta der Europäischen Sozialapotheken**

1. Die ESA erkennen die wichtige Rolle der Medikamente und der peripharmazeutischen Produkte für die Wahrung der Gesundheit und des Wohlbefindens für die Bevölkerung an.

Sie unterstützen alle öffentlichen und privaten Initiativen für eine verbesserte Vorbeugung und Heilung von Krankheiten durch die sachgemäße Anwendung dieser Präparate mit dem Ziel, das Gesundheitsniveau der Bevölkerung anzuheben.

2. Die ESA treten für die Mitwirkung hochqualifizierter Vertreter aus dem Gesundheitswesen bei der Ausgabe eines jeden Produktes ein, das als Medikament bezeichnet werden kann - sei es hinsichtlich seiner Zusammensetzung, seiner Anwendung oder seiner Aufmachung -, um der Bevölkerung die sachgemäße Anwen-

dung und Sicherheit dieser Produkte zu gewährleisten.

3. Die ESA legen besonderen Wert auf die Grundausbildung und die Weiterbildung der Apotheker. So soll gewährleistet werden, daß in jeder Phase des Medikamentenkreislaufs - von der Herstellung über die Verteilung bis hin zur Ausgabe von Medikamenten - sowohl auf wissenschaftlicher und wirtschaftlicher als auch auf sozialer Ebene qualifizierte Fachleute zur Verfügung stehen. Die ESA fördern die Weiterbildung der Apotheker und versorgen sie mit aktuellen Informationen über die neuesten wissenschaftlichen Ergebnisse.

4. Die ESA betrachten den Apotheker als den einzigen Fachmann für Medikamente. Die Aufgabe des Apothekers muß so verstanden und gestaltet werden, daß er sowohl im Gesundheitswesen als auch auf sozio-ökonomischer Ebene eine aktive Rolle bei der Ausgabe von Medikamenten und bei Zusatzleistungen im Gesundheitswesen spielt. Dies beinhaltet die Ausweitung seiner Kompetenzen, nicht nur bei der Arzneimittelkontrolle, d.h. bei der Überwachung der Verschreibungspraktiken und der sicheren Anwendung von Medikamenten, sondern auch beim Ersatz von Präparaten, sei es durch die Ausgabe anderer identischer oder vollkommen gleichwertiger Präparate oder auch nur in Form von Empfehlungen und entsprechenden fachlichen Informationen seitens des Apothekers.

Im Rahmen einer solchen Entwicklung nimmt die Aufgabe des im Gesundheitswesen tätigen Apothekers eine weitreichende sozio-ökonomische Dimension an. Der Apotheker ist außerdem für die Arzneimittelberatung der anderen Leistungsträger im Gesundheitswe-

sen, und insbesondere des rezeptausstellenden Arztes, zuständig.

5. Die ESA machen den Vorschlag, Bedingungen für die Berufsausübung von Apothekern aufzustellen, anhand derer die Qualität der Leistung, die Objektivität und die Wahrung der sozioökonomischen Interessen der Patienten gewährleistet werden sollen.

Die ESA fordern, daß eine diesen Anforderungen entsprechende Unterscheidung zwischen dem verantwortlichen Pharmazeuten und dem Eigentümer der Apotheke getroffen werden muß, insbesondere, wenn es sich bei dem Eigentümer der Apotheke um eine juristische Person handelt, die soziale und der Erhaltung der Gesundheit dienliche Ziele verfolgt.

6. Die ESA setzen sich dafür ein, daß im Interesse der Gesundheit der Verbraucher alle Vorkehrungen getroffen werden, um die Apotheken zu Einrichtungen einer allen zugänglichen, bürgernahen Gesundheitspflege zu machen.

Den Apotheken soll eine koordinierende und informative Rolle zukommen, die über den streng pharmazeutischen Rahmen hinausgeht und sich bis zur Gesundheitspflege im Vorfeld der medizinischen Behandlung erstreckt.

Die ESA sind der Ansicht, die Apotheken stellen die einzigen Strukturen dar, die solchen Anforderungen gerecht werden können.

7. Die ESA äußern sich besorgt über die Höhe der Gesundheitskosten für die Bürger und für das Gleichgewicht der nationalen, solidarisch ausgerichteten Krankenversicherungssysteme. Die ESA setzen sich für die Ausgabe pharmazeutischer und gleichwertiger Produkte zu den ökonomisch besten Bedingungen für die Gemein-

schaft und den einzelnen Patienten ein.

Sie fördern und unterstützen vorrangig das System der "dispense d'avance" (direkte Medikamentenausgabe zum jeweiligen Verrechnungssatz) und die Ausweitung der gesetzlichen Krankenversicherungen.

8. Die ESA treten für die gegenseitige Anerkennung der nationalen Bestimmungen im pharmazeutischen Sektor und längerfristig für eine Harmonisierung derselben ein.

9. Die ESA möchten als verantwortliche Akteure im Gesundheitswesen handeln. Sie treten für eine anspruchsvolle, ethische Auffassung des pharmazeutischen Berufes ein, die auf dem Ziel der stetigen Verbesserung des Gesundheitsniveaus beruht. Sie untersagen sich jede Handlung, die dieser Auffassung zuwiderläuft.

10. Die ESA unterstützen die Initiativen europäischer oder nationaler Behörden, die zur Realisierung der vorgenannten Ziele und Grundsätze beitragen.

## Schlußfolgerung

**Die Mitglieder der Sozial-, Versicherungs-, Genossenschafts- und Verbandsapotheken in Belgien, Frankreich, Italien, Holland, der Schweiz und im Vereinigten Königreich erklären abschließend:**

1. für die in der Charta des VERBANDES DER EUROPÄISCHEN SOZIALEN APOTHEKEN festgelegten Grundsätze einzutreten,

2. sich unter der Schirmherrschaft des VERBANDES DER EUROPÄISCHEN SOZIALEN APOTHEKEN für folgende Ziele einzusetzen:

- Verbreitung des Konzeptes der Sozialen Apotheken in allen Ländern der Europäischen Gemeinschaft und darüber hinaus,
- Abbau berufsständischer Hindernisse, um den Bürgern die freie Wahl zwischen Sozialen Apotheken und allen übrigen Unternehmensformen zu ermöglichen.

3. unter der Schirmherrschaft des VERBANDES DER EUROPÄISCHEN SOZIALEN APOTHEKEN alle Mittel einzusetzen, die es allen Bürgern ermöglichen, von den Vorteilen zu profitieren, die ihnen die sozialen Apotheken im Interesse ihrer Gesundheit und des allgemeinen Niveaus des öffentlichen Gesundheitswesens bieten können.

Herausgeber: Verband der Europäischen Sozialen Apotheken, Chaussée de Mons 602, Belgien - 1070 Brüssel, tel. 32.3.522 56 90

**Elke Janssen  
Udo Ament**

## **Eine niederländische Krankenhaus- apotheker**

Der letzte Tag der VDPP-Informationsreise führte uns zu jenem Typ von Sozialapotheker, den es auch in Deutschland gibt: die Krankenhausapotheker. An dieser Stelle drängt sich natürlich die Frage auf: Wenn in Deutschland Krankenhausapotheken sich in öffentlicher Trägerschaft befinden dürfen, warum nicht auch öffentliche Apotheken? Oder sollten wir bei dem Begriff "öffentlich" etwas mißverstanden haben?

Im Prinzip unterscheidet sich die Pharmazie, wie sie in einer niederländischen Krankenhausapotheker ausgeübt wird, nicht von der Pharmazie in einer deutschen Krankenhausapotheker. Die Krankenhauspharmazie an sich darzustellen, soll unseres Verständnisses nach nicht Sinn eines Artikels im VDPP-Rundbrief sein. Wir wollen uns also darauf beschränken, die Besonderheiten dieser von uns besuchten Krankenhausapotheker hervorzuheben und zu versuchen, zu prüfen, ob einige der dort geübten Praktiken nicht als richtungsweisend für andere Krankenhausapotheker oder gar für die öffentliche Apotheker in Deutschland zu gelten haben.

Eines Tages fiel uns im Verlauf unseres Besuches auf: Am Akademischen Ziekenhuis Uithof

(AZU), dem Universitätsklinikum von Utrecht, wurde uns die Klinische Pharmazie in einem Facettenreichtum und auf einem Standard dargeboten, den man in Deutschland lange suchen muß, insbesondere, was Arzneimittelsicherheit, GMP und GLP betrifft. Dem AZU als Krankenhaus der obersten Versorgungsstufe und Vorzeigeobjekt der niederländischen Krankenhauspharmazie dürfte kaum ein Wunsch versagt bleiben, was die personelle, instrumentale und finanzielle Ausstattung angeht. Dies erst recht nicht, wenn Professor Dr.J.H. Glerum es ist, der einen solchen Wunsch äußert, denn die Apotheker erscheint nicht nur architektonisch als das Herzstück des AZU.

Einige der Besonderheiten dieses Krankenhauses wurden schon bei der baulichen Planung berücksichtigt. Dies bezieht sich nicht nur auf den Produktionsbereich mit seinem unterirdisch gelagerten, 200 000 Liter fassenden Ethanol-tank nebst Zuleitungen zu den 1000-Liter-Mischbehältern für die Herstellung von sterilen und nicht-sterilen flüssigen Arzneiformen oder das System zur Versorgung mit Aqua purificata, das mit 90°C aus dem Hahn fließt, damit gewährleistet ist, daß an keiner Stelle Rekontamination und Keimwachstum stattfinden können. Auch Zytostatika und Blutprodukte werden an zentraler Stelle gebrauchsfertig gemacht und per Aufzug direkt in die Onkologie und in die OP's gebracht, so daß diese Präparate ohne Beteiligung von medizinischem Personal auf den Stationen angefertigt und unmittelbar verabreicht werden können. Ebenso steht die zentrale Sterilisation unter der Leitung der Apotheker; die sterilfiltrierten und resterilisierten Produkte werden auf dem kürzesten Wege an den Ort des Geschehens gebracht, um die Gefahr der Rekontamination zu minimieren.

### **Zur Produktion**

In der Apotheker wird die unglaubliche Zahl von 800 Eigenprodukten angefertigt. (Gemessen an dieser Vielfalt wird selbst Ratiopharm zum Anfänger!) Darunter befinden sich 300 Generika, deren Herstellung aus verschiedenen Gründen vorteilhafter erscheint als der Ankauf der entsprechenden Industrieprodukte.

Dazu Prof. Dr. Glerum: "Durch die Auslastung unserer Gerätschaften wissen wir, daß sie optimal funktionieren. Außerdem wird sichergestellt, daß unsere Leute im Umgang mit den Geräten und Techniken vertraut bleiben und jederzeit kompetent mit ihnen umzugehen wissen."

Diese Argumente ziehen nur im Hinblick darauf, daß die teuren Apparaturen und das kompetente Personal ohnehin vorhanden sind und somit in der Kosten-Nutzen-Rechnung keine Rolle spielen. Die gigantischen Produktionsanlagen, die für ein Krankenhaus mit nur 880 Betten völlig überdimensioniert wirken, legen neben einigen anderen Indizien den Schluß nahe, daß das AZU, und vor allem die Apotheke, in der militärischen Planung der Niederlande von zentraler Bedeutung sind. Dafür spricht unter anderem auch die Tatsache, daß der Produktionsleiter ein Militär im Rang eines Oberstleutnants ist, der ranghöchste Militärpharmazeut im niederländischen Gesundheitswesen. Diese Erfahrungen geben uns als einer Organisation in Deutschland, einem potentiellen Aggressorstaat - das hat die Geschichte gezeigt - nicht das Recht, über die militärische Vorbereitung der Niederlande ein Urteil zu fällen. Es soll genügen, die militärische Verwendbarkeit der Anlage als solche zu identifizieren.

Bei den anderen 500 Produkten der Eigenherstellung handelt es sich um Produkte aus dem Niederländischen Rezeptformularium, um individuell zuzubereitende Zytostatika, und um Präparate für die Pädiatrie, die in den erforderlichen Dosierungen industriell nicht zur Verfügung stehen. Hierfür eignet sich die Kapsel als optimale Darreichungsform. Im Umgang mit hydrolyseempfindlichen Substanzen ist dies Methode der Wahl, und es ist kein Problem, eine entsprechend formulierte Kapsel im erforderlichen Volumen Wasser aufzulösen und dem Kind auf parenteralem Wege zu verabreichen.

VDPP-Mitglied Christiane Goepfert arbeitet als Pharmaziepraktikantin im AZU. Ein Schwerpunkt ihrer Arbeit ist die Formulierung entsprechender Arzneimittel in Kapselform, so z.B. im Rahmen eines Pilotprojektes zur Behandlung von Patientinnen mit Turner-Syndrom (Chromosomenaber-

ration XXY) mit Oxandrolon. Außerdem ist sie mit der Umstellung bisher als Tablette hergestellter Präparate auf die umweltfreundliche und billige Kapselform betraut - hier gibt es beim Scaling-up noch Probleme.

Der Sterilbereich - er verfügt übrigens über eine komplette, automatisierte Produktionsstraße zur Herstellung von Infusionslösungen - ist in die Bereiche schwarz-grau-weiß gegliedert, wobei "weiß" die höchste Reinheitsstufe darstellt, die für Produkte, die nicht endsterilisiert werden können und deshalb aseptisch angefertigt werden müssen, reserviert ist. Wir kamen nicht einmal in die Nähe des weißen Bereiches. Ein direkt reversibler vom untergeordneten zum übergeordneten Reinheitsbereich ist nicht möglich. In Übereinstimmung mit den GMP-Vorschriften verlaufen die Transfers von Mensch und Material nur in eine Richtung. In umgekehrter Richtung gehen die Türen einfach nicht auf.

#### **Zur Verteilung der Medikamente, zur Arzneimittelinformation und zur Arzneimittelsicherheit:**

Die Verteilung der Arzneimittel ist so organisiert, daß der Arzneimittelsicherheit absolute Priorität eingeräumt wird. Dies fängt schon damit an, daß - wie erwähnt - Zytostatika zentral zubereitet und mit dem Lift auf kürzestem Weg an den Anwendungsort gebracht werden. Die Ärzte und Krankenschwestern müssen nur noch die Infusionen verabreichen und können sich ansonsten ganz auf die Patienten konzentrieren, während alles andere, was mit den Arzneimitteln zu tun hat, unter der Aufsicht von Pharmazeuten geschieht.

Unter dem gleichen Aspekt ist es zu verstehen, daß die Arzneimitteldepots auf den Stationen durch die Apotheke verwaltet werden, nicht durch die Stationen selbst. Man kann also eher von "Satellitenapotheken" auf den Stationen sprechen als von Stationsdepots. Jeder Station ist eine solche Außenstelle der Apotheke zugeordnet. Dort lagert ein Stationsbedarf von 1 - 2 Wochen, der täglich vom Apothekenpersonal kontrolliert wird. Zur leichteren Orientierung sind alle Satellitenapotheken gleich groß und gleich eingerichtet; durch EDV-gestützte Lagerhaltung wissen phar-

mazeutisches und medizinisches Personal, welches Arzneimittel und welcher Menge auf welcher Station an welchem Lagerort liegt. Es ist nicht vorgesehen, daß Arzneimittel an der Apotheke vorbei auf die Stationen gelangen. Dort gibt es auch keine Ärztemuster.

Ähnlich wie in der öffentlichen Apotheke wird auch am AZU Art und Menge der Arzneimittel, die der einzelne Patient erhält, gespeichert. So sind Recherchen möglich. Anders als in der öffentlichen Apotheke wird allerdings nicht jede denkbare Interaktion und jede Abweichung von der Regeldosierung gemeldet. Dies liegt daran, daß die gängigen Programme auf den in der ambulanten Medizin üblichen Arzneimittelgebrauch zugeschnitten sind. In der Krankenhausmedizin aber wird so hoch dosiert und Interaktionen werden bewußt in Kauf genommen, so daß das System praktisch bei jeder Anwendung Alarm geben würde. An einer speziellen Krankenhaussoftware wird zur Zeit gearbeitet; sie ist aber noch nicht einsatzbereit.

Antibiotika werden für den einzelnen Patienten nur noch für 3 Tage ausgehändigt. Bei Verdacht auf eine Bakterieninfektion wird so die Zeit überbrückt, bis ein Antibiotogramm gezieltes Vorgehen ermöglicht. Dadurch sollen nicht nur Kosten eingespart werden, sondern auch Resistenzentwicklungen eingedämmt werden, vor allem die Züchtung multiresistenter "Hospitalkeime", die medikamentös kaum noch beherrschbar sind.

Aus Gründen der Arzneimittelsicherheit werden Unit-dose-Verpackungen eingesetzt, wo immer dies möglich ist. Beim Einkauf von Arzneimitteln werden solcherart verpackte Präparate bevorzugt, weshalb einige Firmen ihre Verpackungen auf Unit-dose umgestellt haben oder für das Krankenhaus Sonderchargen produzieren. Kaum irgendwo dürfte jedoch eine Apotheke so weit gehen wie in Utrecht, wo eigens eine Verblisterungsanlage angeschafft wurde. Mit dieser werden nicht nur die Präparate aus der Eigenherstellung verpackt, sondern gegebenenfalls sogar die Industrieprodukte umkonfektioniert! Jeder Blisterteil für eine Tablette trägt folgende Informationen: Markenname und Wirkstoffname, Dosis und Chargenbezeichnung. Es wird ange-

strebt, auch einen Balkencode aufzudrucken. Dieses Verfahren ist zwar sehr aufwendig, aber auch sehr sicher. Auch der kleinste Medikamentenrest bleibt eindeutig identifizierbar und kann problemlos wieder eingelagert werden. Das Ganze rechnet sich also, zumal die leeren Blisterstreifen recycelt werden.

Für Arzneimittel, die auf der Station nicht vorrätig sind, aber schnell benötigt werden, hat die Apotheke eine Abgabestelle eingerichtet. Unmittelbar nebenan befindet sich ein Herstellungsplatz für ad hoc anzufertigende Zytostatika. Bei diesem Bereich liegt auch die zentrale Informationsstelle der Apotheke, die mit umfangreicher Literatur und EDV-Datenbanken ausgestattet ist. Die Informationsstelle ist ständig mit einem Apotheker besetzt. Außerhalb der Geschäftszeiten ist ein Apotheker in Rufbereitschaft, so daß die Informationen rund um die Uhr und an sieben Tagen der Woche verfügbar sind.

Der Informationsaustausch zwischen Ärzten und Apothekern ist sehr rege. Ärzte kommen in die Apotheke und Apotheker gehen auf die Stationen. In besonders kniffligen Fällen diskutieren Arzt und Apotheker die Therapie gemeinsam - am Bett des Kranken! (*sehr patientenfreundlich! die Säzzerin*) Dies muß uns in Deutschland als ferne, fast utopische Vision erscheinen. Doch man sieht: Nichts ist unmöglich.

### Schlußbetrachtung

Am Universitätskrankenhaus in Utrecht verstärkte sich noch der Eindruck, den wir schon während der gesamten Reise gewonnen hatten, daß nämlich die Apotheker einen ganz anderen Stellenwert im niederländischen Gesundheitswesen haben und eine erheblich höhere Wertschätzung als bei uns genießen, was ihnen ein wesentlich selbstbewußteres Auftreten gegenüber Ärzten und anderen ermöglicht. Um es einmal klar auszudrücken: in den Niederlanden sind die Apotheker die einzig kompetenten Personen in Arzneimittelfragen. Es kommt nicht von ungefähr, daß allein am AZU 10 Apotheker beschäftigt sind.

Frage an Prof. Dr. Glerum: Um einen so hohen Anspruch aufrecht zu erhalten, sei es doch un-



erläßlich, ständig auf dem neuesten Wissensstand zu bleiben, so daß Fortbildung allerhöchste Priorität haben müsse. Wie das denn unter seiner Leitung am AZU geregelt sei. -Antwort: Learning by doing. Die Problemstellungen, mit denen er konfrontiert sei, seien so komplex, daß er sie häufig ohne intensive Recherche nicht lösen könne.

Und seine Mitarbeiter? Prof. Dr. Glerum: "Sie befinden sich hier im Unterrichtszentrum des Krankenhauses. Dies ist ein Hörsaal. Hier sitzen nicht nur die Studenten von der Universität oder das Pflegepersonal, sondern selbstverständlich auch meine Leute."

Die universitäre Pharmazieausbildung dauert in den Niederlanden 7 Jahre. Pharmakokinetische Kenntnisse werden außer Pharmazeuten nur Anaesthesisten vermittelt. Die Studenten lernen nicht Faktenbüffeln und Kreuzchenmalen wie wir in Deutschland, sondern sie lernen, Probleme zu lösen. Vielleicht ist dies der Grund für den Fortschritt der Pharmazie in den Niederlanden.

### **Mitgliederversammlung des VDPP vom 17. bis 19. Juni 1994 in Hamburg**

---

Samstag 18.6.      10<sup>00</sup> Uhr:      Festvortrag Prof. Erika Hickel  
Thema: Zukunftsperspektiven der Apotheker im  
Gesundheitswesen (Arbeitstitel)

---

#### **Vorläufige Tagesordnung:**

1. Wahl von VersammlungsleiterIn und ProtokollführerIn
2. Bestätigung der Tagesordnung
3. Genehmigung des Protokolls der Mitgliederversammlung Juni 1993 in Niederkaufungen
4. Bestätigung der neuen Mitglieder
5. Rechenschaftsbericht des Vorstands mit anschließender Diskussion
6. Kassenbericht und Bericht der Rechnungsprüfer
7. Entlastung des Vorstands
8. Anträge\*
9. Diskussion über künftige Arbeitsschwerpunkte
10. Finanzplan
11. Diskussion über die "Positionierung" der Apotheken im zukünftigen Gesundheitswesen (z.B. anhand der ABDA-Thesen)
12. Anträge Apothekertag 1994
13. Verschiedenes

Udo Ament

## Warum wir ein "Netzwerk Apotheken im VDPP" brauchen

März 1994, Gouda, Niederlande. Treffen der VDPP-Delegation mit VertreterInnen von Trägerorganisationen der niederländischen und belgischen Sozialen Apotheken sowie des europäischen Dachverbandes VESA.

Herr Gomely, der Repräsentant der VESA, plädierte dafür, den VDPP als Mitglied in die VESA aufzunehmen, wenn nicht als Vollmitglied, dann wenigstens mit Beobachterstatus. Dabei gibt es bei uns gar keine Sozialen Apotheken, kann es rechtlich auch nicht geben. Schließlich gilt in Deutschland der Grundsatz "1 Apotheker - 1 Apotheke", bestenfalls "2 Apotheker - 1 Apotheke", nicht aber "2 Apotheker - 2 Apotheken". Beide Seiten würden von einer solchen Mitgliedschaft profitieren, erklärt Herr Gomely. Die VESA würde von uns detaillierte Informationen über das deutsche Apothekenwesen und sein rechtliches Umfeld erhalten; der VDPP würde von der VESA Schützenhilfe bei der Gründung von Sozialen Apotheken bekommen, sollten wir die Möglichkeit sehen, welche zu gründen. Wir winken ab. Ob der VDPP Träger von Apotheken sein kann oder will, so wie in den Niederlanden die SAL, wissen wir nicht.

Hastig kritzele ich 4 Punkte in mein Notizbuch:

1. Können sich die Apotheken im VDPP zusammenschließen, um die Keimzelle eines Netzwerkes zu bilden?
2. Überzeugungsarbeit leisten - sind wir glaubwürdig?
3. Qualität der Arbeit verbessern - Supervision?
4. Zusammenarbeit mit Ärzten, z.B. mit dem VDÄÄ?

Ton Kelder, SAL-Direktor, erzählt: "Anfang der Siebziger fand sich eine Gruppe von Apothekern zusammen, die die Praxis in der Apotheke unbefriedigend fand. Wir standen vor der Wahl: Resignieren, den Beruf wechseln, oder die Strukturen ändern. Wir schrieben einen Brief an die Regierung und fragten: Wenn Ärzte außerhalb privater Besitzverhältnisse praktizieren dürfen, warum nicht auch Apotheker? Wir erhielten keine Antwort. Dann fragten wir: Wenn 1 Apotheker 1 Apotheke betreiben darf, warum nicht 2 Apotheker 2 Apotheken? Wir zogen vor Gericht und gewannen. Also gründeten wir eine Stiftung - die SAL - und eröffneten eine Reihe von Apotheken. Nun waren wir Angestellte, und als Apothekenleiter umsatzunabhängig."

In den Niederlanden ist es also einer Handvoll Apotheker gelungen, die Berufspraxis in der öffentlichen Apotheke radikal zu verändern. Warum sollte so etwas in Deutschland nicht auch möglich sein? Nichts wird sich in unserem Sinne verändern, es sei denn, wir fangen damit an. Ich streiche das Fragezeichen bei Punkt 1) s.o. durch und setze ein entschlossenes Ausrufezeichen hin.

Abends im Zug sitzen die an der Leitung von Apotheken beteiligten Mitglieder unserer Gruppe zusammen und diskutieren die 4 Punkte. Wir reden uns die Köpfe heiß und vergessen fast, in Utrecht auszusteigen. Dabei stehen wir zu diesem Zeitpunkt erst am Anfang unserer Reise, haben noch keine einzige Sozialapotheke in den Niederlanden besichtigt und wissen mithin nur

vom Hörensagen, daß die Pharmazie dort auf einem sehr hohen Niveau stehen soll.

Inzwischen wissen wir definitiv, daß die niederländische Pharmaziepraxis der deutschen überlegen ist. Die von der Krankenkasse AZIVO betriebene Apotheke hat sogar bewiesen, daß es möglich ist, einige der Standards der Krankenhauspharmazie auf den öffentlichen Bereich zu übertragen. So, wie die Sozialen Apotheken in den Niederlanden arbeiten, möchte ich auch gerne arbeiten. Ohne nach Holland auswandern zu müssen.

"Udo, machst du das mit dem Arbeitskreis Apotheken im VDPP", heißt es zum Abschied am Ende der Reise. - "Mach ich." Der entsprechende Aufruf erschien im letzten Rundbrief.

Resonanz: 5 Personen dafür, niemand dagegen, der Rest schweigt. Für einen Verein, der sich doch mit gewisser Berechtigung als Avantgarde der bundesdeutschen Pharmazie betrachten darf, ist das doch ein wenig mager. Sicher war die Zeitspanne vom Erscheinen des Rundbriefes bis zum Termin des vorgesehenen Treffens verdammt kurz. Es gibt aber doch eine ganze Menge ApothekenleiterInnen im VDPP. Kann es angehen, daß die alle, bis auf ein paar Hanseln, zu dem Thema keine Meinung haben?

Ende April, Frankfurt. Treffen der Regionalgruppe Hessen. Wir diskutieren, was man tun könne, um die Qualität der Arbeit zu verbessern. Franz: "Klar, vernetzen!" - Christl: "Udo, ich glaube, Dein Aufruf hat einigen Leuten Angst gemacht." - "Angst?" - "Angleichung der täglichen Arbeit an die Positionen des VDPP ... wir wollen aber auch keine lockere Talkrunde sein ... Ernst machen ... konsequent umsetzen. Was bedeutet das?"

Offensichtlich gibt es hier noch jede Menge Diskussionsbedarf.

### **Wo steht die deutsche Pharmazie - und wo wollen wir hin?**

Die Probleme, die das Apotheken- und Arzneimittelwesen in Deutschland belasten, sind bekannt: ein monströser, unübersichtlicher Arznei-

mittelmarkt, ein übermächtiger Einfluß der Pharmaindustrie, Produktorientiertheit statt Patientenorientiertheit, Interesse an Maximierung des Umsatzes statt Optimierung, Ethik vs. Monetik, ein mieses Verhältnis zu anderen am Gesundheitswesen Beteiligten (Ärzte, Krankenkassen), sowie ein rabenschwarzes Image.

Die Lösung dieser Probleme ist für das Apothekenwesen von existentieller Bedeutung. Wer z.B. fordern würde, die Ärzte abzuschaffen, würde riskieren, in der Psychiatrie zu landen; die Frage, ob man Apotheken braucht oder nicht, wird dagegen überall im Gesundheitswesen und in der Politik mehr oder weniger offen diskutiert. Sicherlich sind einige der Probleme dadurch bedingt, daß wir in einer kapitalistischen Industriegesellschaft leben, andere dagegen - das muß man deutlich sagen - sind selbstverschuldet.

Hier gibt es Ansätze für uns, durch die Nutzung eigener Entscheidungsspielräume die Berufswirklichkeit so zu gestalten, daß die Bewältigung des gesamten Problemkomplexes möglich erscheint. Die niederländischen Sozialen Apotheken haben, wie gesagt, bewiesen, daß es geht.

Zur "Apotheke der Zukunft" bezieht der VDPP in seinem Programm klar Stellung. Die Ziele "Verantwortungsbewußte Arzneimittelversorgung" und "Berufspraxis in einem sozial orientierten Heilberuf" werden dabei so wichtig eingeschätzt, daß sie auf der Frontseite jeder Ausgabe des Rundbriefes stehen. Diese Ziele zu erreichen, - nicht mehr und nicht weniger - ist die Aufgabe. Deshalb sind wir im VDPP. Laßt uns damit anfangen. Gemeinsam. Jetzt. Die Zukunft beginnt jetzt.

Im Mittelpunkt unseres Handelns muß wieder der kranke Mensch stehen, der von uns Hilfe erwartet. Dazu gehört vor allem, daß wir unseren Kunden bzw. Patienten keine Scheiße verkaufen und schon gar nicht empfehlen. Die vielzitierte "Positivliste für die Selbstmedikation" (ein entsprechender Antrag wurde auf dem letzten Apothekertag sogar angenommen) muß in Angriff genommen werden. Solange ein solche Liste nicht existiert und verbindlich ist, muß jede Apothekenleiterin im VDPP eine eigene Positivliste im Kopf haben.

Weil die Patienten, sei es über ihre Krankenkassenbeiträge und Arzneimittelzuzahlungen, sei es als Steuerzahler über unsere Universitätsausbildung das Apothekenwesen finanzieren, haben sie Anspruch darauf, daß wir unsere volle Aufmerksamkeit der Erfüllung unseres Versorgungsauftrages widmen. Es ist ein Unding, daß wir für viel Geld Pharmakologie, Galenik, usw. beigebracht bekommen und dann viel Zeit und Energie für die Kalkulation des Verkaufspreises von Melissengeist oder Babyschnullern verschwenden, statt zu tun, wozu wir da sind, nämlich Pharmazie zu betreiben. Die Freiwahl muß sich also auf solche Artikel beschränken, Arzneimittel als Mittel zur Gesundheitspflege sinnvoll zu ergänzen. Sie muß ein Ergänzungssortiment sein, das diesen Namen verdient. Alles andere muß raus.

Damit sollen nur zwei Gestaltungsmöglichkeiten genannt werden, die wir haben, um eine gute Pharmazie zu betreiben. Es gibt noch viel mehr. Ein Arbeitskreis Apotheken im VDPP könnte darüber tage- und nächtelang diskutieren.

"Aber das alles mache ich doch schon in meiner Apotheke", mögen einige von uns jetzt denken, "warum brauchen wir dazu ein Netzwerk?"

### **Das Netzwerk als Voraussetzung für eine Soziale Pharmazie**

Selbstbeschränkung ist gut und wichtig, funktioniert aber nur, solange die Apotheke auf einer gesunden wirtschaftlichen Basis steht. Auch mein Betrieb ist im Seehofer-Jahr heftig gebeutelt worden. Es waren aber genügend Reserven vorhanden, so daß ich weder unter Verkaufszwang geraten bin noch am Personal sparen mußte. Wenn aber, wie geplant, die Krankenkassen die ab 1995 zu sammelnden Arzneimittelausgaben verwenden wollen, um noch einmal 30 % des Volumens an Arzneimittelausgaben einzusparen, habe auch ich nur noch eine Wahl: Umsatz machen oder Personal entlassen. Beides wäre schlimm. Im Kampf Ethik gegen Monetik siegt, wenn es ums Überleben geht, immer das Geld. Denn von Ethik, Luft und Liebe kann ich weder leben noch Gehälter zahlen.

Das heißt, wir müssen einen Modus finden, der es uns ermöglicht, auch dann wirtschaftlich zu überleben, wenn wir weniger Umsatz machen. Zunächst einmal müssen wir weg von den prozentualen Aufschlägen, und hin zu einem Dienstleistungshonorar für die Erfüllung des Versorgungsauftrages, ein Fixum pro Packung, pro Rezept, pro Patient und Zeitraum. Es gibt da etliche diskussionswürdige Modelle.

Wie erreichen wir das? Erstens: Dadurch, daß wir die Entscheidungsträger in der Politik und bei den Krankenkassen davon überzeugen, daß wir es verdient haben, ein solches Honorar zu bekommen. Zweitens: Dadurch, daß wir, die Apotheken im VDPP, Standards setzen. Unsere Ar-

Der erste Grund, warum wir das Netzwerk brauchen, besteht darin, daß wir solche Qualitätsstandards definieren und Regulationsmechanismen (z.B. Supervision) finden müssen, damit sichergestellt ist, daß die Standards gehalten werden.

beit muß so gut sein, daß die Entscheidungsträger den Qualitätsunterschied zwischen einer VDPP-Apotheke und einer anderen Apotheke erkennen und die anderen zwingen, genauso zu arbeiten. Eben diesen Weg sind die Sozialen Apotheken in den Niederlanden gegangen. Wie wir wissen, mit durchschlagendem Erfolg.

Mit der Umstellung der Vergütung auf ein Honorarsystem sind wir noch nicht wirklich umsatzunabhängig. Wichtig ist dann zwar nicht mehr der Umsatz in DM, wohl aber der Umsatz in Packungseinheiten. Wirklich umsatzunabhängig sind wir erst dann, wenn wir für die Leitung einer Apotheke ein Gehalt bekommen: Lohn für die Arbeit. Erst dann sind wir nicht mehr korrumpierbar. **VORAUSSETZUNG FÜR EINE ECHTE SOZIALE PHARMAZIE IST, DASS DIE APOTHEKE SICH NICHT IN PRIVATEM BESITZ BEFINDET.** Träger von Sozialen Apotheken muß also eine gemeinnützige oder öffentliche, jedenfalls nicht profitorientierte Organisation sein.

Dies ist in Deutschland zur Zeit aus rechtlichen Gründen noch nicht möglich. Das könnte sich aber ändern. Zwar ist der Vorsitzende der EG--

Kommission, welche mit solchen Regulationen befaßt ist, Herr Bangemann, von dem bekannt ist, daß er versucht, das deutsche System allen europäischen Ländern aufzudrängen; ob ihm dies jedoch gelingt, ist völlig offen. Jedenfalls ist in den meisten europäischen Ländern Fremd- und Mehrbesitz wenigstens in bestimmten Formen erlaubt. Daß die Deutschen ihr Modell gegen den Rest Europas werden durchsetzen können, halte ich für eher unwahrscheinlich. Wenn wir die Soziale Apotheke wollen, dann sollten wir in die Startlöcher gehen!

Bis dahin können wir uns so organisieren,, daß wir dem Ideal einer Umsatzunabhängigkeit möglichst nahekommen. Eine Art "wilde Ehe" zum Beispiel. Was außer unserem eigenen Willen bzw. Nichtwillen, hindert uns daran, intern eine Abgabehonorar wie in Holland oder gleich ein Gehalt festzusetzen und die Überschüsse in einen gemeinsamen Topf zu werfen? Dies mögen zwar viele von uns als zu radikal ablehnen, aber kann man nicht auch über so etwas wenigstens reden?

Eines ist klar: Wenn das Fremd- und Mehrbesitzverbot fällt und Soziale Apotheken juristisch möglich werden, dann kommen auch Boots, Merckle und andere, die profitorientierte Ketten gründen wollen. Spätestens dann ist es aus mit der Illusion vom glücklichen Inselleben, d.h. mit der sozial orientierten Pharmazie in der eigenen Apotheke. Wer gegen eine Kettenapotheke anzukämpfen hat (Boots-Apotheken gelten in GB als sehr professionell geführt), für den herrscht Ver-

Zweiter Grund, warum wir das Netzwerk brauchen: Wenn es juristisch möglich wird, Sozialapotheken zu gründen, sollten wir so organisiert sein, daß wir sofort loslegen können und zugleich gegen Boots et al. gewappnet sind.

kaufszwang pur, und wer dann nicht organisiert ist, geht ein! Gerade wegen der Existenzbedrohung durch Boots sind in Großbritannien so viele Apotheken in die Arme der Sozialen Pharmazie geflüchtet.

Dritter Grund: Je präziser die einzelnen Apotheken ihre Arbeit aufeinander abstimmen, desto mehr Macht haben wir, gerade auch der Pharmaindustrie gegenüber.

Vierter Grund: Das Netzwerk als corporate identity. Je leichter identifizierbar wir sind, desto überzeugender wirken wir auf potentielle Partner, z.B. die Krankenkassen.

Über die kritischen Zeiten in den Niederlanden, als die Sozialen Apotheken schon existierten, aber noch nicht etabliert waren, berichtete Ton Kelder: "Am Anfang kämpften alle gegen uns. Wir wurden aus der Königlichen Gesellschaft zur Förderung der Pharmazie ausgeschlossen. Pharmaindustrie und Großhandel drohten mit Lieferboykott. Aber die Qualität unserer Pharmazie hat sie alle überzeugt. Heute fragt die Regierung: Warum eigentlich müssen Apotheken im Besitz von Apothekern sein?" Herr Gomely, der VESA--Repräsentant, formulierte es noch krasser: "Machen wir uns nichts vor - wenn Sie nicht-kommerzielle Apotheken gründen wollen, bedeutet das Krieg. Krieg mit den eigenen Berufsverbänden, mit der Pharmaindustrie und anderen, deren Interessen Sie tangieren, wenn Sie an festgefühten Strukturen rütteln."

Wenn auch inzwischen sogar einige der weniger bornierten Landesfürsten wie der bayerische Vereinschef Reichert erkannt haben, daß sich in der deutschen Pharmazie einiges ändern muß, so halte ich doch Herrn Gomelys Einschätzung der Lage für realistisch. In dieser Situation über eine funktionierende Organisation zu verfügen und die VESA mit ihrer Erfahrung, ihrem organisatorischen Know-How und ihrer Finanzkraft als Partner im Rücken zu haben, ist mit Sicherheit von Vorteil.

Fünfter Grund für das Netzwerk: Ohne Organisation könnten wir an äußeren Widerständen sogar scheitern.

## Zusammenarbeit mit Ärzten

Zur optimalen Versorgung der Bevölkerung mit Arzneimitteln gehört selbstverständlich auch, daß Apotheker und Ärzte Hand in Hand zusammenarbeiten, daß Informationsaustausch stattfindet, und daß die beiden Berufsgruppen sich gegenseitig respektieren. Dies ist in den Niederlanden der Fall, und so war es auch früher in der DDR. (Es ist zum Heulen: erst seit ich die niederländische Pharmazie kennengelernt habe, weiß ich, welche Riesenchance vergeben wurde, als die Soziale Pharmazie in der DDR abgeschafft wurde - plattgewalzt durch Dummheit ignoranter West-Politiker!)

Das Verhältnis zwischen Ärzten und Apothekern ist in Deutschland heute schlechter denn je. Jeder Berufsstand bewacht seinen Kompetenzbereich wie der Hund den Freßnapf. Da wird fleißig in Nachbars Revier gewildert. Die KBV fordert das Dispensierrecht - aus Kostenersparnisgründen (klar, da verfällt nichts mehr, es findet sich immer ein menschlicher Müllschlucker, dem man den Ladenhüter per Rezeptblock aufnötigt). Kossov erklärt die Ärzte zu Über-Pharmakologen; Heitzer spricht den Apothekern gar die Fähigkeit ab, überhaupt Arzneimittelberatung machen zu können. Arztgestützte Selbstmedikation heißt das Schlagwort. Der Arzt verordnet die Medikation auf Privatrezept statt auf Kassenrezept, erhält sein Honorar, und die Schmiergelder der Pharmaindustrie, die bisher in Form von Rabatten den Apothekern zugeflossen waren, soll der Arzt nun auch von den OTC-Firmen bekommen.

Ingeborg Simon hat recht: Dadurch, daß die Apotheker die Aut-idem-Substitution zum Programm erhoben haben, wurde eine Praxis, die in jeder Apotheke gang und gäbe war und von den meisten Ärzten stillschweigend geduldet wurde, über Nacht zum Politikum. Die Profilneurose geht bei manchen Ärzten soweit, daß sie den Apothekern kategorisch jede Substitution untersagen, während ihre ArzthelferInnen als die wahren Arzneimittelfachleute mit dem Computer jede Dauermedikation auf das jeweils billigste Generikum umstellen und sich selbstverständlich auch an Digitalis, Euglucon und Marcumar heranwagen dürfen.

Mit solchen Medizinern kann und will ich nicht zusammenarbeiten. Es gibt aber auch aufgeschlossene ÄrztInnen. An diese heranzukommen, und bisher skeptische zu überzeugen, daß wir mehr können als Schubladen ziehen, Spalt verticken und Geld zählen, dürfte uns leichter fallen, wenn wir uns als "Netzwerk-Apotheken" einen guten Ruf erwerben. Auch bei der Erstellung der Positivliste für die Selbstmedikation möchte ich eigentlich nicht auf ärztliches Wissen verzichten. Ich denke hier vor allem an den VDÄÄ.

Sechster Grund für das Netzwerk: Als Netzwerk-Apotheken dürfte es uns leichter fallen, die Ärzte vom Nutzen einer Zusammenarbeit zu überzeugen.

Ein Argument gegen das Netzwerk: Wer sich dem Netzwerk anschließt und später an dem Projekt "Soziale Apotheke" mitarbeitet, muß einen Teil der individuellen Selbstständigkeit, der pharmazeutischen und finanziellen Entscheidungsfreiheit zugunsten des Kollektivs aufgeben. Wie groß dieser Teil sein soll, können wir selbst bestimmen.

### Die nächsten Schritte

Das für Anfang Mai geplante Treffen in Kassel mußte abgesagt werden, weil die Zeitplanung sich als unrealistisch knapp erwies und die Diskussion innerhalb des Vereins nicht weit genug vorangebracht werden konnte. Konkret: Ohne ausreichende Hintergrundinformation, worum es eigentlich geht, fühlten sich viele durch den Aufruf im letzten Rundbrief nicht angesprochen.

Das Thema wird auf der Mitgliederversammlung im Juni in Hamburg auf der Tagesordnung stehen. Bei positiver Resonanz soll ein Arbeitskreis "Apotheken im VDPP" gegründet werden. Bei einem oder mehreren Treffen dieses Arbeitskreises (Vorschlag: begleitend zum Herbstseminar oder zum Apothekertag) soll zunächst ausgelotet werden, was möglich ist und was nicht, d. h. auf welcher Basis die Zusammenarbeit erfolgen kann. Danach kann in die konkrete Planung eingestiegen werden, und vielleicht gibt es ja schon auf der MV 1995 über erste gemeinsame Aktionen der Beteiligten zu berichten.

## Rolf Lipfert ist tot.

Ich kannte ihn nicht gut genug, um seine Verdienste an dieser Stelle ausführlich würdigen zu können. Doch es hat mich sehr traurig gemacht, von seinem Tod zu hören.

Rolf Lipfert gründete im Jahr 1990 den VDPP-DDR, um in den Umbruchzeiten der DDR zu retten, was ihm, seinen leider nur wenigen Mitstreitern und uns Westdeutschen am DDR-Apothekenwesen rettungswert erschien. Wie wir heute wissen, waren diese Versuche umsonst. Rolf Lipfert war ein überzeugter Anhänger des staatlich organisierten Apothekenwesens, und er hatte auch noch nach der deutschen Vereinigung den Willen, wenigsten im VDPP die Erinnerung an diesen Teil der deutschen Pharmazie wach zu halten.

Wie schnell auch ich vergaß, wurde mir an dem Punkt deutlich, als er eindrücklich die Berücksichtigung der DDR-Erkenntnisse in einer Geschichte des deutschen Apothekenwesens anmahnte; genau dies hatte ich in meiner historischen Betrachtung über das Verhältnis der Apotheken zu den Krankenkassen vergessen.

Die gemeinsame Zeit mit ihm war zu kurz, um ihn näher kennenzulernen. Er bot sich an, uns VDPP'ler auf unserem Weg zu einer besseren Pharmazie zu begleiten. Damit bewies er deutlich, daß es ihm nicht darum ging, stets auf der Seite der Gewinner zu sein. Dies habe ich ihm hoch angerechnet.

Rolf Lipfert ist tot.

Udo Puteanus

## Anträge des Vorstandes für die Mitgliederversammlung

1. Der Gesamtvorstand stellt den Antrag, daß bei Anmeldung zu Veranstaltungen des VDPP die Teilnahmegebühr bezahlt werden muß. Bei einem Rücktritt müssen die eventuell anfallenden Kosten auf die Vorauszahlung angerechnet werden.
2. Der Gesamtvorstand stellt den Antrag, daß Ulf Thomas für die Herstellung des Rundbriefs pro Ausgabe 200,- DM erhält.
3. Der Gesamtvorstand stellt den Antrag, daß er selbst entscheiden kann, an wen der Rundbrief regelmäßig kostenlos geschickt wird.
4. Der Gesamtvorstand stellt den Antrag, daß er bis zu 5% der Mitgliederbeiträge für Spenden an befreundete Organisationen ausgeben kann. Welche Organisationen Spenden erhalten, entscheidet der Gesamtvorstand.
5. Der Gesamtvorstand stellt den Antrag, daß bei allen Verlautbarungen des VDPP die weibliche und die männliche Anredeform gleichberechtigt nebeneinander verwendet werden.

### Antrag von Udo Ament:

Der VDPP soll eine/n kompetente/n Juristin/en damit beauftragen, ein Gutachten zu erstellen, mittels dessen folgendes erreicht werden soll:

1. Lücken im Gesetz finden, die es ermöglichen, Soziale Apotheken zu gründen  
(Ansatz: a) Krankenhaus- b) Bundeswehrapotheken
  2. Im Falle des Erfolges von 1. den Rechtsweg aufzuzeigen, auf dem erfolgversprechend vorgegangen werden kann.
-



## Vorstandstreffen am 26./27.2.94 in Isny

**Thomas Hammer**

Vom Vorstand waren anwesend: Thomas Hammer, Elfriede Kern, Hanne Lederer, Udo Puteanus, Christl Trischler.

Gäste waren Eugen Eschenlohr (als Referent) und Susanne Bauer zeitweilig anwesend.

### Tagesordnung

1. Wahl von TagungsleiterIn und ProtokollführerIn
2. Protokoll der Vorstandssitzung vom 11./12.12.93 in HH
3. Bericht des Geschäftsführenden Vorstandes
4. Kassenbericht
  - 5a. Bericht aus den Regionen
  - 5b. Mitgliederversammlung
6. Aufruf zum Beenden der Forschung an immunolog. Kontrazeptiva - Position des Vorstandes
7. "Aktuelle Tendenzen in der Gentechnologiediskussion" - Referat von Eugen Eschenlohr.
  - 8a. Thesenpapier der ABDA
  - 8b. Projektarbeit
  - 9a. Veranstaltungen (Frauenseminar, Herbstseminar)
  - 9b. Terminfindung für nächste Vorstandssitzung
10. Verschiedenes

Die Tagesordnung wurde so, wie sie oben abgedruckt ist, genehmigt.

### TOP 1:

Wahl der Tagungsleitung: Christl Trischler wurde gewählt

Wahl des Protokollführers: Thomas Hammer wurde gewählt

### TOP 2:

Genehmigung des Protokolls der letzten Vorstandssitzung erfolgte einstimmig. In Zukunft sollen die Protokolle der Vorstandstreffen erst dann im Rundbrief veröffentlicht werden, wenn sie vorher vom Vorstand genehmigt worden sind.

### TOP 3:

Bericht des Geschäftsführenden Vorstandes

Thomas Hammer berichtet:

A) Aus der Geschäftsstelle

a) Entwicklung der Mitgliederzahl

Neue Mitglieder seit der letzten Vorstandssitzung: 3; Austritte: 1; Gesamtzahl der Mitglieder (ohne Gewähr): 155

b) Beitragszahlungen

Einem Mitglied wurde auf Anfrage eine Beitragsermäßigung gewährt. In diesem Zusammenhang sei noch einmal darauf hingewiesen, daß der Mindestmonatsbeitrag 10,- DM beträgt. Da das Jahr 12 Monate hat, beläuft sich der Jahresbeitrag auf 120 DM und nicht auf 100 DM, wie einige Mitglieder zu glauben scheinen.

c) Steuerberatung

Der Steuerberater der Fleming-Apotheke beriet den Verein bisher dankenswerterweise nebenbei und unentgeltlich, was bisweilen zu recht großen Zeitverzögerungen geführt hat. Der Vorstand ist deshalb der Meinung, daß der Verein fortan den

Steuerberater für seine für den Verein geleistete Arbeit bezahlen sollte. Er hofft, daß dadurch eine schnellere Bearbeitung der Anfragen des Vereins ermöglicht wird.

d) Eine ABM-Stelle für die Geschäftsstelle

Die Geschäftsstelle bekam den Auftrag, zu prüfen, ob der Verein für die Geschäftsstelle eine ABM-Stelle bekommen könne. Ein Telefonat mit der zuständigen Dienststelle am Arbeitsamt Hamburg ergab, daß momentan kaum Gelder für neue ABM-Stellen zur Verfügung gestellt werden. Man will der Geschäftsstelle jedoch Antragsformulare zur Bewilligung einer ABM-Stelle zukommen lassen.

e) Verschickung des Rundbriefs

Da pro Rundbrief momentan 3,- DM Porto bezahlt werden müssen, prüfte die Geschäftsstelle, wie man diese Kosten verringern könnte. Nach Auskunft des Presseversandes der Post käme nur die Verschickung als Pressepost in Frage, was zwar weniger Porto kosten würde, dafür aber nur für gedruckte Presseerzeugnisse (Offset- oder Tiefdruck) möglich ist. Die Geschäftsstelle holt zur Zeit Kostenvoranschläge für den Druck des Rundbriefs ein. Wahrscheinlich wird man jedoch durch die erhöhten Druckkosten kaum Kosten einsparen können.

g) Rundbrief-Austauschabo

Vom Ökologischen Ärztbund kam die Anregung, die Rundbriefe beider Vereine regelmäßig auszutauschen, um Artikel des anderen Rundbriefs bei Bedarf für den eigenen Rundbrief zu benutzen. Der Vorstand und die Redaktion des Rundbriefs nehmen diesen Vorschlag dankend auf und würden diesen Austausch gerne auch mit anderen Organisationen praktizieren.

f) Mitgliederwerbaktion bei den Fachschaften

Der Rundbrief 21 wurde in fünf- bis zehnfacher Ausführung an die Fachschaften geschickt. Drei Fachschaften (aus Erlangen, Bonn und Braunschweig) antworteten. Die Aktion sei wohlwollend aufgenommen worden, die Rundbriefe seien

zum Teil schleppend, woanders aber wie warme Semmeln weggegangen.

g) Briefpapier des VDPP

Der Vorschlag von Thomas Hammer, das Briefpapier einer neuen Gestaltung zu unterziehen, wurde abgelehnt.

h) Spende an Coordination gegen Bayer-Gefahren

Der Vorstand ist mehrheitlich dafür, diesem Verein auch weiterhin 100,- DM pro Jahr zu spenden. Es sollte einmal geklärt werden, an welche Vereine, Organisationen oder Projekte der Verein spenden will oder darf.

i) Pressemitteilung

Die Pressemitteilung zur neuen Zuzahlungsregelung, die von der Berliner Regionalgruppe verfaßt worden war, wurde an ungefähr 30 Tageszeitungen, Zeitschriften und Nachrichtenagenturen verschickt.

**TOP 4: Kassenbericht**

Der Vorstand beschließt, weitere 10 000,- DM auf ein Festgeldkonto mit monatlicher bzw. dreimonatlicher Kündigungsfrist bei der Ökobank festzulegen.

**TOP 5a: Berichte aus den Regionen**

Berlin:

Bei einem gut besuchten Treffen wurde die oben erwähnte Pressemitteilung zur aktuellen Zuzahlungsregelung erarbeitet. Unverständlicherweise katastrophal schlecht besucht war dagegen das lang und breit angekündigte Rollenspiel zur Arzneimittelsicherheit, das beim Arzneimittelsicherheitsseminar der fortgeschrittenen Zeit zum Opfer gefallen war. (Was ist nur mit den aktiven BerlinerInnen los?) Der Vorstand dankt Regina Schuman und Ulrich Hagemann für die Vorbereitung.

Hamburg:

Hier trifft man sich weiterhin 14-tägig. Stand in der letzten Zeit die Vorbereitung auf die Reise in die Niederlande im Vordergrund, so soll in Zukunft das Thesenpapier der ABDA zur Positionierung der Apotheken einer kritischen Prüfung unterzogen werden.

Sachsen:

Hier tut sich noch nichts.

Hessen:

Bei einem Treffen in Hoechst, das recht gut besucht war, ging es unter anderem um eine Verbesserung der Öffentlichkeitsarbeit des Vereins. Außerdem will man dort die Kontakte zu den Fachschaften intensivieren.

Baden-Württemberg/Bayern:

Außer in Regensburg, wo Elfriede Kern mit einigen FreundInnen ein Patientenberatungsseminar plant, tut sich nichts. Da Hanne Lederer wohl nach München ziehen wird, wird sie von dort aus die Betreuung der Baden-Württembergischen Mitglieder fortführen.

### **TOP 5b: Mitgliederversammlung**

Die mit Spannung, Freude und von manchem auch mit etwas Rührung erwartete Mitgliederversammlung anlässlich des 5. Vereinsjubiläums am 17. - 19.6.94 in Hamburg nähert sich unaufhaltsam. Deshalb legte der Vorstand den Zeitplan für die Versammlung fest und einigte sich auf eine Tagesordnung. Beides wird mit dem Rundbrief Nr. 23 an die Mitglieder geschickt. Die Regionalgruppe Hamburg will sich um die Gestaltung des Jubiläumsballes am Samstag abend kümmern.

### **TOP 6: Immunologische Kontrazeption**

Der Vorstand will, bevor er eine Entscheidung trifft, ob er den Aufruf der BUKO-Pharmakampagne unterzeichnen soll oder nicht, die Diskussion über dieses Thema während des Frauenseminars abwarten.

### **TOP 7: Aktuelle Tendenzen in der Gentechnologiediskussion**

Eugen Eschenlohr hielt ein sehr gut vorbereitetes, interessantes und umfassendes Referat über obiges Thema. Dem Vorstand wurde deutlich, wie groß die Wissenlücken, aber auch der Wissensdurst in diesem Bereich sind. Er würde es begrüßen, wenn zu diesem Thema in der nächsten Zeit ein Seminar veranstaltet werden könnte, und dankt Eugen Eschenlohr und Franz Kirchner als Mitglieder der Arbeitsgruppe Gentechnologie für ihr Engagement. Um die Arbeit der Arbeitsgruppe zu unterstützen, beschließt der Vorstand, für sie den Gen-ethischen Informationsdienst zu abonnieren.

### **TOP 8a: Thesenpapier der ABDA**

Der Vorstand ist der Meinung, daß sich der Verein unbedingt an der Diskussion um die "Positionierung" der Apotheken im zukünftigen Gesundheitswesen beteiligen muß. Als Diskussionsgrundlage könnte das Thesenpapier der ABDA dienen. Da sich die Hamburger Regionalgruppe mit diesem Thema beschäftigen will, wird sie vom Vorstand auserkoren, zur nächsten Vorstandssitzung ein Arbeitspapier zu erstellen. Das Thema soll auch während der Mitgliederversammlung auf der Tagesordnung stehen.

### **TOP 8b: Projektarbeit**

Der Vorstand will prüfen, ob es eine Möglichkeit gibt, mit einem anderen Partner (Krankenkassenverband oder Verbraucherschutzorganisation) eine "Anleitung zur Selbstmedikation" zu erarbeiten. Diese Anleitung könnte als Handbuch oder als Schriftenreihe konzipiert werden. Der Vorstand sieht dieses Vorhaben als notwendig an, da durch die geplante Einführung der Positivliste und durch den ungebrochenen Sparwillen des Gesetzgebers mit einer Ausweitung des Selbstmediationsbereichs zu rechnen ist. Elfriede Kern wird unter Umständen für den nächsten Rundbrief (Nr. 23) eine Projektbeschreibung erarbeiten.

**TOP 9a: Veranstaltungen**

## Frauenseminar:

Die Einladung zum Frauenseminar 94 ist mit dem Rundbrief Nr. 22 verschickt worden. Christl Trischler berichtet, daß es möglich sei, das Frauenseminar 95 im Kloster Bernried am Starnberger See am 9.-11. Juni 95 (= Wochenende nach Pfingsten) stattfinden zu lassen.

## Herbstseminar:

Durch die überraschend zustandegekommene Vereinsreise in die Niederlande ist der Vorstand gezwungen, neue Themen für das Herbstseminar 95 zu suchen. In die nähere Auswahl kam ein Seminar zum Thema Gentechnologie und eines zum Thema Apotheken und Krankenkassen. Die Mehrheit des Vorstands sprach sich für letzteren Vorschlag aus, da dieses Thema im Verein endlich konkreter angefaßt werden sollte. Der Titel dieses Seminars könnte folgendermaßen lauten: "Public Health konkret: Möglichkeiten der Zusammenarbeit von Apotheken und Krankenkassen." Während dieses Seminars könnten Krankenkassenapotheker und/oder andere Krankenkassenvertreter zusammen mit interessierten Apothekenbesitzern und -angestellten ein konkretes Projekt planen. Udo Puteanus und Hanne Lederer sondieren bis zur nächsten Vorstandssitzung die Möglichkeiten.

**TOP 9b: Termin für das nächste Vorstandstreffen**

30.04./1.5.94 in Kassel bei Ildiko Szacz und Michael Höckel

**TOP 10: Verschiedenes**

## Reise in die Niederlande:

13 TeilnehmerInnen haben das Glück, in die Niederlande reisen zu können. Der Vorstand will dafür sorgen, daß von der Reise ausführlich im Rundbrief, aber auch in der PZ und DAZ berichtet wird. Der Vorstand dankt Gudrun Hahn sehr herzlich für die Planung dieser Reise. Im Zusammenhang mit der Reise stellt sich die Frage, wie sich der Verein in der Zukunft vor dem finanziellen Risiko schützen kann, für die Kosten derjenigen aufkommen zu müssen, die kurzfristig absagen (müssen). Zu dieser Frage muß in einer der nächsten Vorstandssitzungen eine Regelung gefunden werden.

Ute Meyerdirks-Wüthrich

## Mit Spannung in die Entspannung

### - Buchtips

Diverse Autorinnen der Ariadne Krimi Reihe, Hamburg, Argument-Verlag, 1989 ff, Preis: zw. 13 und 20 Mark

Seit einigen Jahren bin ich eine begeisterte Krimileserin. Fast nichts entspannt mich mehr. Mittlerweile gibt es ein großes Angebot an Frauen-Krimis. Da nicht alle gut geschrieben sind, möchte ich nachfolgend einige meiner Favoriten als Auswahlhilfe vorstellen.

Sehr gut finde ich die Krimis aus der Ariadne-Krimi-Serie. Die Ariadne-Frauen haben nun schon über 50 sehr unterschiedliche Krimis herausgebracht. Die frauenzentrierte Umarbeitung der Krimitradition hat Dutzende von neuen Heldinnen hervorgebracht, von der toughen Kommissarin Kate Delafield bis zur "dünnen" Ellie, die keiner Pralinenschachtel widerstehen kann. Die schüchtern-draufgängerische Lesbe Stoner McTavish wurde zur Kultfigur.

Fast immer sind die Heldinnen körperlich kompetent. Sie verfügen über ihre Körper, können sie einsetzen, wissen um ihre Kraft, trainieren, kennen Listen und Tricks. Wo Schwäche war und

Unterwerfung, sind Stärke und Eingriffsmöglichkeit.

Ein anderer Schwerpunkt sind die Beziehungen zwischen Frauen. Wo wir gewöhnlich in Krimis fast ausschließlich Männergesellschaften finden, in denen Frauen bestenfalls Illustrationen, Abwechslungen oder Opfer sind, sind in den feministischen Krimis fast immer vielfältige Frauenbeziehungen bestimmend für die Durchführung. Der Frauenalltag besteht hier nicht nur aus Abwasch und Kindergeschrei, sondern ist voller Abenteuer, Träume, Liebe und Spannung. Der Frauenalltag wird als Hauptsache gezeigt, nicht als Zusatz, als Dennoch, als Doppelbelastung gar. Er ist das wirkliche Leben, das gerade darum, weil es wirklich ist, Veränderung, Verbesserung, Eingriff, tätige Frauen braucht.

Ganz toll finde ich die Stoner McTavish Krimis: (Autorin Sarah Dreher, Titel u.a. "**Stoner McTavish**", "**Schatten**" und "**Grauer Zauber**"). Stoner McTavish 1 spielt in den Rocky Mountains - Stoner McTavish 2 "**Schatten**": Stoner läßt sich als Agentin in eine psychiatrische Klinik einschleusen und erlebt fast ihr blaues Wunder mit einer verrückten Psychologin.

Spannend sind auch die Bücher von P.M. Carlson bei Ariadne: "**Vorspiel zum Mord**", "**Sicher ist nur Mord**", und "**Versuch mit Mord**". In "**Versuch mit Mord**" ist die Heldin Maggie Ryan im Endspurt ihres Studiums mit der Auswertung von Forschungsergebnissen beschäftigt, die der Entwicklung eines neuen Medikaments dienen, als erschreckende Dinge geschehen. Versuchstiere werden bestialisch getötet und der Tierpfleger des Projekts kommt bei einem Unfall ums Leben. Maggie beginnt mit Nachforschungen... Ein echter Pharma-Krimi!! Von derselben Autorin neu erschienen ist jetzt "**Makler und Mord**": Ob renovierungsbedürftig oder nicht, Maklerfirmen haben es schwer, wenn Mieter nicht ausziehen wollen. Trotzdem scheint diese unverfrorene Maggie Ryan das Haus mitsamt der verrückten Alten darin kaufen zu wollen. Aber was, wenn auch noch eine Leiche dazukommt?!?

Neu erschienen ist auch "**Schweigen der Straße**" von **Barbara Wilson**. Auf der Suche nach

einer 15-jährigen Aussteigerin zieht Pam Nilsen durch die verschneiten Straßen von Seattle. In einem atmosphärisch intensiven, fesselnden Whodunnit greift die mittlerweile international beliebte Autorin Barbara Wilson Themen aus nach wie vor aktuellen Debatten auf: von sexueller Nötigung über jugendliche Perspektivlosigkeit bis zu Widersprüchen einer Politik von Prostitution gegenüber der von Frauen auf dem Strich gelebten Wirklichkeit. Von **Barbara Wilson** sind bei Ariadne außerdem erschienen: "**Der Pornokongreß**", und "**Ein Nachmittag mit Gaudi**". Der letztgenannte Krimi spielt inmitten der surrealen Bauwerke des großen Architekten Gaudi in Barcelona.

Spannend ist auch der "Wende-Krimi" "**Die gefrorene Charlotte**" von **Dagmar Scharsich**. Die letzten Wochen der DDR, Ostberlin. Die stille Cora Ost bekommt zum 30. Geburtstag sechs "gefrorene Charlotten" aus der kostbaren Puppensammlung ihrer Tante Johanna. Doch warum tut die Tante so geheimnisvoll? Rings um Cora wächst die Atmosphäre politischen Unmuts und bürokratischen Stellungskriegs.

Bei dem Krimi der Australierin **Marlele Day** "**Leben und Verbrechen des Harry Lavender**" (Ariadne 1050, 13,-) kämpft eine kühne charismatische Detektivin mit viel Kopf und Beinarbeit gegen den Chef eines Gangstersyndikats. Als Schöpferin der ersten australischen Privatdetektivin gilt sie als Star der Kulturszene Australiens.

Die Kalifornierin **J. Lauren** hingegen verarbeitet in "**Zweimal Sterben**" (Ariadne 1051, 15,-) Autobiographisches zu einem dicht erzählten Recherchekrimi um Mißbrauch und familiäre Ohnmacht.

Also viel Spaß beim Lesen der Ariadne-Krimis, die im Januar '94 den 2.Preis des "Blutigen Pinsels" für die "heißeste Krimireihengestaltung" bekommen haben.

---

# Kölner Manifest

## Der oppositionellen Delegierten des 97. deutschen Ärztetages in Köln vom 10. - 14.5.94 und des Vereins Demokratischer Ärztinnen und Ärzte

### Gesundheitsversorgung sozialverantwortlich gestalten

**Die Gesundheitsversorgung in Deutschland  
muß mit medizinischer Kompetenz und in sozialer Verantwortung  
für die Patienten gestaltet werden.**

*Das Gesundheitsstrukturgesetz hat schon jetzt in Teilbereichen zu massiven Beeinträchtigungen der Patientenversorgung geführt, akut Kranke irren von Klinik zu Klinik, AIDS-Patienten werden abgewiesen, Krebs-Patienten teure Medikamente vorenthalten, die Krankenversicherten müssen 11 Milliarden DM jährlich aus der eigenen Tasche zuzahlen. Die Proteste der Ärzteschaft sind aber verstummt, da die befürchteten Einkommensverluste ausblieben. Schlimmer noch: Das gesundheitspolitische Programm der Deutschen Ärzteschaft bestätigt und befördert den mit dem GSG eingeschlagenen, für Kranke und Ärzte gleichermaßen gefährlichen Kurs der Entsolidarisierung der Versichertengemeinschaft.*

*Ziel einer Reform des Gesundheitswesens muß eine optimale Patientenversorgung unter Anpassung an die verschärften sozialen und ökonomischen Bedingungen sein. Strukturell bedingte und damit langfristige Massenarbeitslosigkeit in einem für das Nachkriegsdeutschland nicht gekannten Ausmaß, sowie wachsende Armut und Obdachlosigkeit stellen hohe Ansprüche an die Leistungsfähigkeit der sozialen Absicherungssysteme. Aufgabe von Ärztinnen und Ärzten ist es, im Interesse des einzelnen Patienten wie der gesamten Gesellschaft das Gesundheitssystem nach medizinischen Notwendigkeiten und in besonderer sozialer Verantwortung mitzugestalten. Dabei müssen Eigenverantwortung und Subsidiarität in den Dienst der Autonomie des einzelnen Menschen gestellt werden und dürfen nicht zur Entlastung von Staat, öffentlicher Fürsorge und gesetzlicher Krankenversicherung mißbraucht werden. Das Solidarprinzip muß das Fundament ärztlichen Handelns und der sozialen Sicherung in Deutschland bleiben.*

**1. Das gesetzliche Krankenversicherungssystem in Deutschland hat sich in seinen Strukturen bewährt und muß für alle, auch die Besserverdienenden, geöffnet werden.** Das ist sozial sinnvoll und würde den finanziellen Spielraum der Krankenversicherung erweitern. Nur durch das Solidarprinzip der Pflichtversicherung kann die Bevölkerung gegen die möglichen großen Risiken bei schweren individuellen Erkrankungen abgesichert werden. Nur sie ermöglicht eine Chancengleichheit in der Gesundheitssicherung.

Die Existenz einer daneben angesiedelten privatversicherten Bevölkerungsgruppe mit hohem Einkommen und niedrigeren gesundheitlichen Risiken verletzt das Solidarprinzip und schafft eine Zweiklassenmedizin.

**2. Medizinisch-ethische vor ökonomischer Orientierung.** Ärztinnen und Ärzte sind und bleiben Verbündete des kranken und behinderten Menschen in seiner Not und Anwälte für die Gesundheitsinteressen der Bevölkerung. Deshalb müssen sie im ethisch-ökonomischen Entscheidungskonflikt zwischen individuellem Patienteninteresse und Wirtschaftlichkeitsgebot immer die Interessen des Patienten voranstellen und erst in zweiter Linie darauf achten, die zur Verfügung stehenden Ressourcen unter Beachtung möglichst großer Effizienz zu nutzen.

- 3. Die Einführung von Regel- und Wahlleistungen ist strikt abzulehnen.** Die Definition der Begriffe "notwendig, sinnvoll und ausreichend" für medizinische Leistungen ist schwierig und hat medizinische, soziale und humane Aspekte zu berücksichtigen. Defizite im Alltagshandeln der Ärzteschaft sind hier trotzdem unverkennbar. Dies darf aber nicht als Argument dafür herhalten, durch Einführung sogenannter "Regel- und Wahlleistungen" in der gesetzlichen Krankenversicherung großen Teilen der Bevölkerung den Zugang zu medizinischer Versorgung zu erschweren oder unmöglich zu machen. In erster Linie würde dies die sozial Schwächeren treffen. Die Behandlung von Krankheit darf aber nicht unterschiedlich je nach Geldbeutel des Patienten erfolgen. Die Chancengleichheit im Gesundheitswesen ist eine soziale Errungenschaft, deren Abschaffung die Ärzteschaft nicht zulassen darf.  
Finanzielle Probleme im Gesundheits- und Sozialwesen durch Rückgriff auf die Familie oder karitative Einrichtungen lösen zu wollen, lehnen wir ab. Gerade die Unzulänglichkeiten nur subsidiärer Hilfe hat das Solidarprinzip hervorgebracht.
- 4. Die Psychotherapie darf nicht zu Lasten der sozial Schwachen rationiert werden.** Die beabsichtigte 25%-ige Zuzahlung der Patienten bei Psychotherapie macht diese "sprechende Medizin" zu einem Luxusartikel für Besserverdienende und wird zu einem Anwachsen psychischer und psychosomatischer Krankheiten bei den unteren Einkommensgruppen führen.
- 5. Primäre Prävention und Gesundheitsförderung müssen endlich den ihr zustehenden bedeutenden Rang in der Gesundheits-, Umwelt- und Sozialpolitik erhalten.** Der drohende ökologische Kollaps hat ebenso verheerende Auswirkungen auf die Gesundheit der Menschen wie die wachsende soziale Verelendung von Millionen. Gesundheitsförderung soll nicht nur die individuellen Fähigkeiten stärken, mit der Gesundheit und den Problemen von Krankheit verantwortlich umzugehen. Neben Aufklärung und Motivationsunterstützung dürfen dabei nicht die psychosozialen Ursachen von gesundheitsschädigendem Verhalten vernachlässigt werden. Gesundheitsförderung verlangt auch im Sinne der Weltgesundheitsorganisation vermehrten öffentlichen Gesundheitsschutz, eine Prävention, die auch die Quellen der Gesundheitsgefährdung in der sozialen und durch Mißbrauch verseuchten Umwelt erkennt und Gegenmaßnahmen trifft. Dies ist eine vordringliche gesellschaftliche Aufgabe, die in allen politischen Bereichen bei Entscheidungen berücksichtigt werden muß (Healthy Public Policy).
- 6. Die Gefährdung unserer Umwelt erfordert ärztliches Handeln für die jetzige und alle nachfolgenden Generationen.** Die Öffentlichkeit erwartet mit Recht das Eintreten der Ärzteschaft gegen Gesundheitsgefährdung durch öffentliche oder private Entscheidungen. Um dies fachkompetent leisten zu können, ist eine Verbesserung und Aufwertung der umweltmedizinischen Fort- und Weiterbildung überfällig.
- 7. Der betriebliche Gesundheitsschutz ist nicht ausreichend.** Arbeitsbedingungen sind häufig Ursachen für Unfälle, vor allem aber auch für chronische Erkrankungen bis hin zu bösartigen Neubildungen. Schärfere Bestimmungen und Kontrollen in den Betrieben, mehr Schutz der Belegschaften und mehr Werksärzte können helfen, diese Risiken zu vermindern.
- 8. Krankenhäuser sind zur Behandlung Schwerkranker sowie für die Aus-, Weiter- und Fortbildung unverzichtbar.** Sie benötigen mehr hauptamtlich beschäftigte Ärzte, um den bisherigen hohen Standard der klinischen Medizin sicherzustellen. Die humane und soziale Qualität der Krankenhausversorgung wird durch die vorgesehenen pauschalierten Leistungsentgelte gefährdet, kleine und mittlere Krankenhäuser in ihrer Existenz bedroht. Alle Krankenhäuser werden dadurch unter einen für soziale Einrichtungen unzumutbaren hohen Rationalisierungsdruck gestellt.  
Für wirkliche Strukturverbesserungen im Krankenhaus muß die Ärzteschaft endlich auch selbst Initiativen ergreifen, um innerhalb der Ärzteschaft, aber auch zwischen Ärzteschaft, Pflege und medizinisch-technischem Personal zeitgemäße Kooperationsformen zu entwickeln, das heißt kollegiale statt hierarchischer Leitungsstrukturen zu entwickeln.



9. **Die Verbesserung der Aufgabenteilung zwischen Haus- und Fachärzten unter stärkerer Gewichtung der haus- und familienärztlichen Betreuung ist überfällig.** Unter Beachtung des Grundsatzes der freien Arztwahl muß Vorsorge getroffen werden sowohl gegen eine unkritische Vermehrung von Arztbesuchen durch den Patienten wie auch gegen eine Einschränkung notwendiger Überweisungen durch den Arzt.

10. **Der Anspruch des Patienten auf eine möglichst durchgängige Betreuung durch den Arzt erfordert eine bessere Verzahnung von ambulanter und stationärer Diagnostik und Therapie.** Die Aufhebung des Sicherstellungsauftrags der Kassenärztlichen Vereinigung ist Voraussetzung für die modellhafte Erprobung wechselseitiger Betreuung des Patienten durch niedergelassene und in Kliniken angestellte Ärzte.

11. **Das System der ambulanten flächendeckenden Betreuung leidet an einer ungenügenden bzw. fehlenden Kooperation der unterschiedlichen Heilberufe und der Ärzte untereinander.** Neue Kooperations- und Vergütungsformen können diesen Mangel beseitigen. Neben fachübergreifenden Gemeinschaftspraxen sind vor allem Gesundheitszentren mit Vereinigung mehrerer Gesundheitsberufe unter einem Dach bei öffentlicher oder freigemeinnütziger Trägerschaft mit der Möglichkeit zu Pauschalvergütungen und Zahlung von Gehältern zu fördern.

12. **Qualitätssicherung wollen alle an der Gesundheitsversorgung Beteiligte.** Für die Ärzteschaft gilt es weniger, sich dem ökonomischen Druck zu beugen, unter dem ihm die Qualitätssicherungsdiskussion aufgezwungen wurde. Vielmehr sind große wissenschaftliche, interdisziplinäre Anstrengungen unter Einbeziehung der subjektiven Sicht des Patienten erforderlich, um Qualität zu definieren und zu sichern. Gemessen am berechtigten öffentlichen Anspruch stehen hier viel zu wenig Gelder zur Verfügung.

13. **Es gab und gibt keine Kostenexplosion im Gesundheitswesen.** Die vermehrte Belastung der Versicherten ist vielmehr das Ergebnis einer Kostenverschiebung, mit welcher der Staat sich selbst und die Arbeitgeber entlastet hat. Die Rücknahme dieser Entlastungen würde die Beitragssätze um mehrere Prozentpunkte senken. Die Ausgaben für Gesundheit sind - gemessen am Bruttosozialprodukt - seit Mitte der 70er Jahre nicht gestiegen; im internationalen Vergleich liegt Deutschland im Mittelfeld. Es besteht deshalb keinerlei Veranlassung, Gesundheitsleistungen zu rationieren.

#### **Kontaktpersonen:**

Dr. Winfried Beck, Tel.: 069/479923 (d)  
Dr. Ernst Girth, Tel.: 069/069/84054046 (d)  
Prof. Dr. Hans Mausbach Tel.: 069/576334 (p)  
VDÄÄ-Geschäftsstelle, Tel.: 069/779366

## PROJEKT WELTGERICHTSHOF

Am 14. Mai 1993 verabschiedete die 46. Weltgesundheitsversammlung (das höchste Organ der Weltgesundheitsorganisation (WHO)) im Palais des Nations in Genf eine historische Resolution, die sich wahrscheinlich als Meilenstein in der Geschichte des Ringens um Abrüstung erweisen wird. Sie enthält die Anweisung an die Weltgesundheitsorganisation, beim Internationalen Gerichtshof ein Gutachten darüber anzufordern, welcher rechtliche Status dem Einsatz nuklearer Waffen zukommt.

Die (geheime) Abstimmung fiel so aus:

73 Stimmen dafür, 40 Stimmen dagegen, 10 Enthaltungen.

Mit Schreiben vom 27. August hat der Generalsekretär der Weltgesundheitsorganisation, Dr. Hiroshi Nakajima, den Internationalen Gerichtshof in Den Haag ("Weltgerichtshof") in offizieller Form um ein Rechtsgutachten in folgender Frage ersucht:

*"Wäre der Einsatz von Atomwaffen durch einen Staat in einem Krieg oder einem anderen bewaffneten Konflikt im Hinblick auf die Auswirkungen auf Gesundheit und Umwelt ein Verstoß gegen die Verpflichtungen dieses Staates gemäß Völkerrecht und der Satzung der WHO?"*

Befürworter der Resolution (viele atomwaffenfreie Staaten, angeführt von Sambia und Simbabwe, zusammen mit den Internationalen Ärzten für die Verhütung des Atomkriegs) argumentierten, die Gefahr des Einsatzes von Atomwaffen sei in einer Welt, in der sich das Atomwaffenpotential mit großer Geschwindigkeit, ausbreitet, nach wie vor als allerdringlichstes Gesundheitsproblem zu behandeln

Auf politischer und juristischer Ebene stellt ein konkreter Entscheid des Gerichtshofs einen entscheidenden Schritt dar, die von Atomwaffenstaaten vorgebrachten Rechtfertigungen zu entkräften. So trägt er dazu bei, den Prozeß atomarer Entwaffnung, der in den USA und der GUS bereits im Gange ist, zu beschleunigen und schreckt "Schwellenländer" wirksam davon ab, atomare Aufstockung ihrer Waffenarsenale zu erwägen. Vor allem erlegt er allen Regierungen unterschiedlos eine Norm auf - ein grundlegend wichtiger Beitrag zum Erfolg der Konferenz zur Verlängerung des Nicht-Verbreitungs-Vertrags im Jahr 1995.

Die Resolution ist das Ergebnis vieler Jahre rechtswissenschaftlicher Arbeit durch Juristen, die aufzeigt, daß der Einsatz von Atomwaffen einen Verstoß gegen die Prinzipien des Kriegsvölkerrechts, welches Nichtkämpfende im Krieg schützen soll, darstellen würde. Sie gründet sich auch auf die Arbeit aller Organisationen heilender Berufe, besonders auf die berühmten WHO-Studien über die Auswirkungen nuklearer Angriffe, die zeigen, daß vorbeugende Verhütung die einzig zuverlässige Form des Schutzes ist.

Am 3. September gab der Weltgerichtshof eine Pressemitteilung heraus, in der er das Ersuchen bekanntgab. IPPNW erhielt die Meldung, daß der Internationale Gerichtshof am Dienstag, den 14. September alle Mitgliedstaaten der Vereinten Nationen davon in Kenntnis setzen wird, daß ihnen eine Frist von sechs Monaten eingeräumt wird, um ihre juristische Argumentation vorzubringen, ob der Einsatz von Atomwaffen gemäß internationalem Völkerrecht gesetzlich oder ungesetzlich ist.



## Adressen der regionalen Kontaktpersonen

### **Baden-Württemberg**

Hanne Lederer  
Stadt-Apotheke  
Espantorstraße 1  
88316 Isny  
Tel.: 07562/8524  
07562/4417 (priv.)

### **Bayern**

Michaela Raasch  
Birkenweg 14  
85551 Kirchheim  
Tel.: 089/347400

### **Berlin**

Dr. Regina Schumann  
Zimmermannstraße 17  
12163 Berlin  
Tel.: 030/7928251

### **Brandenburg**

Peter Rhiemeier  
Linden-Apotheke  
Brandenburger Straße 158  
14542 Werder/Havel  
Tel.: 03327/40593

### **Bremen**

Jutta Frommeyer  
Igel Apotheke  
Schwaneweder Straße 21  
28779 Bremen  
Tel.: 0421/605054

### **Hamburg**

Gudrun Likus  
Fleming-Apotheke  
Grindelallee 182  
20144 Hamburg  
Tel.: 040/458768

### **Hessen**

Franz Kirchner  
Antoniterstr. 5  
65929 Frankfurt-Hoechst  
Tel.: 069/319545

### **Mecklenburg-Vorpommern**

siehe Hamburg

### **Niedersachsen**

Gabi Beisswanger  
Pfeiffersweg 7  
38442 Wolfsburg 12

### **Nordrhein-Westfalen**

Volker Kluy  
Wilhelm-Tell-Straße 13  
40219 Düsseldorf  
Tel.: 0211/3114172  
0211/394256 (priv.)

### **Rheinland-Pfalz**

siehe Hessen

### **Saarland**

Edith Arweiler  
Bernhardstraße 19  
66763 Dillingen/Saar  
Tel.: 06831/73463

### **Sachsen-Anhalt**

siehe Niedersachsen

### **Sachsen**

Dr. Christina Kasek  
Kantstraße 12  
04275 Leipzig

### **Schleswig-Holstein**

siehe Hamburg

### **Thüringen**

siehe Hessen

# VDPP - Rundbrief

6. Jahrgang, Nr. 24 / Juni 1994

MITTEILUNGEN DES VEREINS DEMOKRATISCHER PHARMAZEUTINNEN UND PHARMAZEUTEN

Verein demokratischer  
Pharmazeutinnen und  
Pharmazeuten

Unsere Ziele:

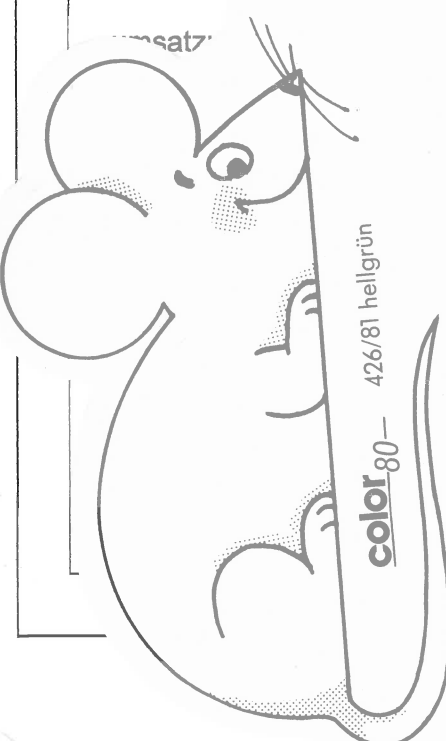
- Demokratisierung des Gesundheitswesens
- Verantwortungsvolle Arzneimittelversorgung
- Berufspraxis in einem sozial orientierten Heilberuf

Soziale Apotheken in den  
Niederlanden und in Belgien

Eine niederländische  
Krankenhausapotheke

Wir ein "Netzwerk  
VDPP" brauchen

Anträge zur  
Generalversammlung



3 Stück bereits  
Kopiert  
- Technisches ref., da dauernd  
Papierstar,  
- 27 Stück nachkopieren



# Kölner Manifest

## Der oppositionellen Delegierten des 97. deutschen Ärztetages in Köln vom 10. - 14.5.94 und des Vereins Demokratischer Ärztinnen und Ärzte

### Gesundheitsversorgung sozialverantwortlich gestalten

**Die Gesundheitsversorgung in Deutschland  
muß mit medizinischer Kompetenz und in sozialer Verantwortung  
für die Patienten gestaltet werden.**

*Das Gesundheitsstrukturgesetz hat schon jetzt in Teilbereichen zu massiven Beeinträchtigungen der Patientenversorgung geführt, akut Kranke irren von Klinik zu Klinik, AIDS-Patienten werden abgewiesen, Krebs-Patienten teure Medikamente vorenthalten, die Krankenversicherten müssen 11 Milliarden DM jährlich aus der eigenen Tasche zuzahlen. Die Proteste der Ärzteschaft sind aber verstummt, da die befürchteten Einkommensverluste ausblieben. Schlimmer noch: Das gesundheitspolitische Programm der Deutschen Ärzteschaft bestätigt und befördert den mit dem GSG eingeschlagenen, für Kranke und Ärzte gleichermaßen gefährlichen Kurs der Entsolidarisierung der Versichertengemeinschaft.*

*Ziel einer Reform des Gesundheitswesens muß eine optimale Patientenversorgung unter Anpassung an die verschärften sozialen und ökonomischen Bedingungen sein. Strukturell bedingte und damit langfristige Massenarbeitslosigkeit in einem für das Nachkriegsdeutschland nicht gekannten Ausmaß, sowie wachsende Armut und Obdachlosigkeit stellen hohe Ansprüche an die Leistungsfähigkeit der sozialen Absicherungssysteme. Aufgabe von Ärztinnen und Ärzten ist es, im Interesse des einzelnen Patienten wie der gesamten Gesellschaft das Gesundheitssystem nach medizinischen Notwendigkeiten und in besonderer sozialer Verantwortung mitzugestalten. Dabei müssen Eigenverantwortung und Subsidiarität in den Dienst der Autonomie des einzelnen Menschen gestellt werden und dürfen nicht zur Entlastung von Staat, öffentlicher Fürsorge und gesetzlicher Krankenversicherung mißbraucht werden. Das Solidarprinzip muß das Fundament ärztlichen Handelns und der sozialen Sicherung in Deutschland bleiben.*

**1. Das gesetzliche Krankenversicherungssystem in Deutschland hat sich in seinen Strukturen bewährt und muß für alle, auch die Besserverdienenden, geöffnet werden.** Das ist sozial sinnvoll und würde den finanziellen Spielraum der Krankenversicherung erweitern. Nur durch das Solidarprinzip der Pflichtversicherung kann die Bevölkerung gegen die möglichen großen Risiken bei schweren individuellen Erkrankungen abgesichert werden. Nur sie ermöglicht eine Chancengleichheit in der Gesundheitssicherung.

Die Existenz einer daneben angesiedelten privatversicherten Bevölkerungsgruppe mit hohem Einkommen und niedrigeren gesundheitlichen Risiken verletzt das Solidarprinzip und schafft eine Zweiklassenmedizin.

**2. Medizinisch-ethische vor ökonomischer Orientierung.** Ärztinnen und Ärzte sind und bleiben Verbündete des kranken und behinderten Menschen in seiner Not und Anwälte für die Gesundheitsinteressen der Bevölkerung. Deshalb müssen sie im ethisch-ökonomischen Entscheidungskonflikt zwischen individuellem Patienteninteresse und Wirtschaftlichkeitsgebot immer die Interessen des Patienten voranstellen und erst in zweiter Linie darauf achten, die zur Verfügung stehenden Ressourcen unter Beachtung möglichst großer Effizienz zu nutzen.

- 3. Die Einführung von Regel- und Walleistungen ist strikt abzulehnen.** Die Definition der Begriffe "notwendig, sinnvoll und ausreichend" für medizinische Leistungen ist schwierig und hat medizinische, soziale und humane Aspekte zu berücksichtigen. Defizite im Alltagshandeln der Ärzteschaft sind hier trotzdem unverkennbar. Dies darf aber nicht als Argument dafür herhalten, durch Einführung sogenannter "Regel- und Walleistungen" in der gesetzlichen Krankenversicherung großen Teilen der Bevölkerung den Zugang zu medizinischer Versorgung zu erschweren oder unmöglich zu machen. In erster Linie würde dies die sozial Schwächeren treffen. Die Behandlung von Krankheit darf aber nicht unterschiedlich je nach Geldbeutel des Patienten erfolgen. Die Chancengleichheit im Gesundheitswesen ist eine soziale Errungenschaft, deren Abschaffung die Ärzteschaft nicht zulassen darf. Finanzielle Probleme im Gesundheits- und Sozialwesen durch Rückgriff auf die Familie oder karitative Einrichtungen lösen zu wollen, lehnen wir ab. Gerade die Unzulänglichkeiten nur subsidiärer Hilfe hat das Solidarprinzip hervorgebracht.
- 4. Die Psychotherapie darf nicht zu Lasten der sozial Schwachen rationiert werden.** Die beabsichtigte 25%-ige Zuzahlung der Patienten bei Psychotherapie macht diese "sprechende Medizin" zu einem Luxusartikel für Besserverdienende und wird zu einem Anwachsen psychischer und psychosomatischer Krankheiten bei den unteren Einkommensgruppen führen.
- 5. Primäre Prävention und Gesundheitsförderung müssen endlich den ihr zustehenden bedeutenden Rang in der Gesundheits-, Umwelt- und Sozialpolitik erhalten.** Der drohende ökologische Kollaps hat ebenso verheerende Auswirkungen auf die Gesundheit der Menschen wie die wachsende soziale Verelendung von Millionen. Gesundheitsförderung soll nicht nur die individuellen Fähigkeiten stärken, mit der Gesundheit und den Problemen von Krankheit verantwortlich umzugehen. Neben Aufklärung und Motivationsunterstützung dürfen dabei nicht die psychosozialen Ursachen von gesundheitsschädigendem Verhalten vernachlässigt werden. Gesundheitsförderung verlangt auch im Sinne der Weltgesundheitsorganisation vermehrten öffentlichen Gesundheitsschutz, eine Prävention, die auch die Quellen der Gesundheitsgefährdung in der sozialen und durch Mißbrauch verseuchten Umwelt erkennt und Gegenmaßnahmen trifft. Dies ist eine vordringliche gesellschaftliche Aufgabe, die in allen politischen Bereichen bei Entscheidungen berücksichtigt werden muß (Healthy Public Policy).
- 6. Die Gefährdung unserer Umwelt erfordert ärztliches Handeln für die jetzige und alle nachfolgenden Generationen.** Die Öffentlichkeit erwartet mit Recht das Eintreten der Ärzteschaft gegen Gesundheitsgefährdung durch öffentliche oder private Entscheidungen. Um dies fachkompetent leisten zu können, ist eine Verbesserung und Aufwertung der umweltmedizinischen Fort- und Weiterbildung überfällig.
- 7. Der betriebliche Gesundheitsschutz ist nicht ausreichend.** Arbeitsbedingungen sind häufig Ursachen für Unfälle, vor allem aber auch für chronische Erkrankungen bis hin zu bösartigen Neubildungen. Schärfere Bestimmungen und Kontrollen in den Betrieben, mehr Schutz der Belegschaften und mehr Werksärzte können helfen, diese Risiken zu vermindern.
- 8. Krankenhäuser sind zur Behandlung Schwerkranker sowie für die Aus-, Weiter- und Fortbildung unverzichtbar.** Sie benötigen mehr hauptamtlich beschäftigte Ärzte, um den bisherigen hohen Standard der klinischen Medizin sicherzustellen. Die humane und soziale Qualität der Krankenhausversorgung wird durch die vorgesehenen pauschalierten Leistungsentgelte gefährdet, kleine und mittlere Krankenhäuser in ihrer Existenz bedroht. Alle Krankenhäuser werden dadurch unter einen für soziale Einrichtungen unzumutbaren hohen Rationalisierungsdruck gestellt. Für wirkliche Strukturverbesserungen im Krankenhaus muß die Ärzteschaft endlich auch selbst Initiativen ergreifen, um innerhalb der Ärzteschaft, aber auch zwischen Ärzteschaft, Pflege und medizinisch-technischem Personal zeitgemäße Kooperationsformen zu entwickeln, das heißt kollegiale statt hierarchischer Leitungsstrukturen zu entwickeln.

9. **Die Verbesserung der Aufgabenteilung zwischen Haus- und Fachärzten unter stärkerer Gewichtung der haus- und familienärztlichen Betreuung ist überfällig.** Unter Beachtung des Grundsatzes der freien Arztwahl muß Vorsorge getroffen werden sowohl gegen eine unkritische Vermehrung von Arztbesuchen durch den Patienten wie auch gegen eine Einschränkung notwendiger Überweisungen durch den Arzt.

10. **Der Anspruch des Patienten auf eine möglichst durchgängige Betreuung durch den Arzt erfordert eine bessere Verzahnung von ambulanter und stationärer Diagnostik und Therapie.** Die Aufhebung des Sicherstellungsauftrags der Kassenärztlichen Vereinigung ist Voraussetzung für die modellhafte Erprobung wechselseitiger Betreuung des Patienten durch niedergelassene und in Kliniken angestellte Ärzte.

11. **Das System der ambulanten flächendeckenden Betreuung leidet an einer ungenügenden bzw. fehlenden Kooperation der unterschiedlichen Heilberufe und der Ärzte untereinander.** Neue Kooperations- und Vergütungsformen können diesen Mangel beseitigen. Neben fachübergreifenden Gemeinschaftspraxen sind vor allem Gesundheitszentren mit Vereinigung mehrerer Gesundheitsberufe unter einem Dach bei öffentlicher oder freigemeinnütziger Trägerschaft mit der Möglichkeit zu Pauschalvergütungen und Zahlung von Gehältern zu fördern.

12. **Qualitätssicherung wollen alle an der Gesundheitsversorgung Beteiligte.** Für die Ärzteschaft gilt es weniger, sich dem ökonomischen Druck zu beugen, unter dem ihm die Qualitätssicherungsdiskussion aufgezwungen wurde. Vielmehr sind große wissenschaftliche, interdisziplinäre Anstrengungen unter Einbeziehung der subjektiven Sicht des Patienten erforderlich, um Qualität zu definieren und zu sichern. Gemessen am berechtigten öffentlichen Anspruch stehen hier viel zu wenig Gelder zur Verfügung.

13. **Es gab und gibt keine Kostenexplosion im Gesundheitswesen.** Die vermehrte Belastung der Versicherten ist vielmehr das Ergebnis einer Kostenverschiebung, mit welcher der Staat sich selbst und die Arbeitgeber entlastet hat. Die Rücknahme dieser Entlastungen würde die Beitragssätze um mehrere Prozentpunkte senken. Die Ausgaben für Gesundheit sind - gemessen am Bruttosozialprodukt - seit Mitte der 70er Jahre nicht gestiegen; im internationalen Vergleich liegt Deutschland im Mittelfeld. Es besteht deshalb keinerlei Veranlassung, Gesundheitsleistungen zu rationieren.

#### **Kontaktpersonen:**

Dr. Winfried Beck, Tel.: 069/479923 (d)  
Dr. Ernst Girth, Tel.: 069/069/84054046 (d)  
Prof. Dr. Hans Mausbach Tel.: 069/576334 (p)  
VDÄÄ-Geschäftsstelle, Tel.: 069/779366



## PROJEKT WELTGERICHTSHOF

Am 14. Mai 1993 verabschiedete die 46. Weltgesundheitsversammlung (das höchste Organ der Weltgesundheitsorganisation (WHO)) im Palais des Nations in Genf eine historische Resolution, die sich wahrscheinlich als Meilenstein in der Geschichte des Ringens um Abrüstung erweisen wird. Sie enthält die Anweisung an die Weltgesundheitsorganisation, beim Internationalen Gerichtshof ein Gutachten darüber anzufordern, welcher rechtliche Status dem Einsatz nuklearer Waffen zukommt.

Die (geheime) Abstimmung fiel so aus:

73 Stimmen dafür, 40 Stimmen dagegen, 10 Enthaltungen.

Mit Schreiben vom 27. August hat der Generalsekretär der Weltgesundheitsorganisation, Dr. Hiroshi Nakajima, den Internationalen Gerichtshof in Den Haag ("Weltgerichtshof") in offizieller Form um ein Rechtsgutachten in folgender Frage ersucht:

*"Wäre der Einsatz von Atomwaffen durch einen Staat in einem Krieg oder einem anderen bewaffneten Konflikt im Hinblick auf die Auswirkungen auf Gesundheit und Umwelt ein Verstoß gegen die Verpflichtungen dieses Staates gemäß Völkerrecht und der Satzung der WHO?"*

Befürworter der Resolution (viele atomwaffenfreie Staaten, angeführt von Sambia und Simbabwe, zusammen mit den Internationalen Ärzten für die Verhütung des Atomkriegs) argumentierten, die Gefahr des Einsatzes von Atomwaffen sei in einer Welt, in der sich das Atomwaffenpotential mit großer Geschwindigkeit, ausbreitet, nach wie vor als allerdringlichstes Gesundheitsproblem zu behandeln

Auf politischer und juristischer Ebene stellt ein konkreter Entscheid des Gerichtshofs einen entscheidenden Schritt dar, die von Atomwaffenstaaten vorgebrachten Rechtfertigungen zu entkräften. So trägt er dazu bei, den Prozeß atomarer Entwaffnung, der in den USA und der GUS bereits im Gange ist, zu beschleunigen und schreckt "Schwellenländer" wirksam davon ab, atomare Aufstockung ihrer Waffenarsenale zu erwägen. Vor allem erlegt er allen Regierungen unterschiedlos eine Norm auf - ein grundlegend wichtiger Beitrag zum Erfolg der Konferenz zur Verlängerung des Nicht-Verbreitungs-Vertrags im Jahr 1995.

Die Resolution ist das Ergebnis vieler Jahre rechtswissenschaftlicher Arbeit durch Juristen, die aufzeigt, daß der Einsatz von Atomwaffen einen Verstoß gegen die Prinzipien des Kriegsvölkerrechts, welches Nichtkämpfende im Krieg schützen soll, darstellen würde. Sie gründet sich auch auf die Arbeit aller Organisationen heilender Berufe, besonders auf die berühmten WHO-Studien über die Auswirkungen nuklearer Angriffe, die zeigen, daß vorbeugende Verhütung die einzig zuverlässige Form des Schutzes ist.

Am 3. September gab der Weltgerichtshof eine Pressemitteilung heraus, in der er das Ersuchen bekanntgab. IPPNW erhielt die Meldung, daß der Internationale Gerichtshof am Dienstag, den 14. September alle Mitgliedstaaten der Vereinten Nationen davon in Kenntnis setzen wird, daß ihnen eine Frist von sechs Monaten eingeräumt wird, um ihre juristische Argumentation vorzubringen, ob der Einsatz von Atomwaffen gemäß internationalem Völkerrecht gesetzlich oder ungesetzlich ist.



## Adressen der regionalen Kontaktpersonen

### **Baden-Württemberg**

Hanne Lederer  
Stadt-Apotheke  
Espantorstraße 1  
88316 Isny  
Tel.: 07562/8524  
07562/4417 (priv.)

### **Bayern**

Michaela Raasch  
Birkenweg 14  
85551 Kirchheim  
Tel.: 089/347400

### **Berlin**

Dr. Regina Schumann  
Zimmermannstraße 17  
12163 Berlin  
Tel.: 030/7928251

### **Brandenburg**

Peter Rhiemeier  
Linden-Apotheke  
Brandenburger Straße 158  
14542 Werder/Havel  
Tel.: 03327/40593

### **Bremen**

Jutta Frommeyer  
Igel Apotheke  
Schwaneweder Straße 21  
28779 Bremen  
Tel.: 0421/605054

### **Hamburg**

Gudrun Likus  
Fleming-Apotheke  
Grindelallee 182  
20144 Hamburg  
Tel.: 040/458768

### **Hessen**

Franz Kirchner  
Antoniterstr. 5  
65929 Frankfurt-Hoechst  
Tel.: 069/319545

### **Mecklenburg-Vorpommern**

siehe Hamburg

### **Niedersachsen**

Gabi Beisswanger  
Pfeiffersweg 7  
38442 Wolfsburg 12

### **Nordrhein-Westfalen**

Volker Kluy  
Wilhelm-Tell-Straße 13  
40219 Düsseldorf  
Tel.: 0211/3114172  
0211/394256 (priv.)

### **Rheinland-Pfalz**

siehe Hessen

### **Saarland**

Edith Arweiler  
Bernhardstraße 19  
66763 Dillingen/Saar  
Tel.: 06831/73463

### **Sachsen-Anhalt**

siehe Niedersachsen

### **Sachsen**

Dr. Christina Kasek  
Kantstraße 12  
04275 Leipzig

### **Schleswig-Holstein**

siehe Hamburg

### **Thüringen**

siehe Hessen