

VDPP - *Rundbrief*

8. Jahrgang, Nr. 38 / Februar 1997

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

Therapiebegleitung in der Apotheke



Inhalt

Jürgen Große	3
Grußworte des Vorstands	
Ingeborg Simon	4
Apothekertag '96 in Leipzig	
Ingeborg Simon	6
Die Gründungsveranstaltung des „Forum Leipzig“	
Ulla Holtkamp	7
Forum Leipzig: Pressemitteilung zur Gründung	
Jürgen Große	9
Vorstandstreffen vom 20. Oktober 1996 in Kassel	
Michael Höckel	12
ERFA-Treffen in Telgte	

Editorial

Da das letzte Herbstseminar großen Anklang gefunden hat, soll es in diesem Rundbrief ausführlich dokumentiert werden, wobei wir uns auf die Wiedergabe der Vorträge von **Edith Andres**, **Ingrid Schubert** und **Gottfried Neuhaus** beschränkt haben, da nur sie uns in „lesbarer“ Form vorlagen. An erster Stelle soll jedoch die von vielen sicherlich bereits in der letzten Ausgabe vergeblich gesuchte alljährliche Apothekertags-Kolumne von Ingeborg Simon stehen. Deren Inhalt und Ton lassen jedoch die Befürchtung aufkommen läßt, daß Ingeborg bald keine Lust mehr hat, zum Apothekertag zu fahren.

Hinweisen möchte ich noch auf den Aufruf von Michael Höckel, sich wieder verstärkt an der Arbeitsgruppe „Soziale Apotheken im VDPP“ zu beteiligen. Es entsteht in letzter Zeit vielleicht der Eindruck, daß das Thema „Soziale Apotheken im VDPP“ durch die Erfa-Gruppe abgedeckt wird, die sich ja aus Selbständigen zusammensetzt, die die konkrete Umsetzung in ihren Apotheken diskutieren. Daneben sollte es aber auch noch eine Arbeitsgruppe zu dem Thema geben, die sich gerade nicht vorrangig mit der wirtschaftlichen Machbarkeit herumschlägt, sondern mehr als inhaltliche Ideenschmiede fungiert. Vielleicht finden sich ja auf der MV in Bonn neu motivierte Mitglieder. So, das wär's von hier aus der Hamburger Redaktionsküche. Bis bald in Bonn.

Christa Augustin

Redaktionsschluß für den nächsten Rundbrief:
15. März 1997

Herbstseminar

Michael Höckel	14
Therapiebegleitung in der Apotheke	
Edit Andres/Joachim Szecsenyi	16
Qualitätszirkel	
Ingrid Schubert	23
Konzeption und Arbeitsweise der Pharmakotherapie zirkel	
Gottfried Neuhaus	27
Gesundheitsförderung: die besonderen Möglichkeiten des Apothekers	

Dokumentation

Der Apotheker als Kaufmann und Arzneimittelexperte	34
Presseerklärungen des VDÄÄ z. GSG	35
Ächtung der Keimbahnmanipulation	41
Niederländische Apothekennorm	43
Calcutta Rescue-Clinic	50
Buko-Pharmakampagne bittet um Unterstützung	51

Impressum

Der Rundbrief ist eine Veröffentlichung des Vereins demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten e.V., Fleming-Apotheke, Grindelallee 182, D-20144 Hamburg, Tel./Fax: 040 / 45 87 68, Bankverbindung: Postgiroamt Berlin, BLZ 100 100 10, Kto. 200 47 - 105

Redaktion: Dr. Christa Augustin (verantwortlich), Thomas Hammer

Layout und Satz: Ulf H. Thomas, Tel./Fax/DFÜ 040 / 47 65 64, eMail: neptun-hh@T-online.de (Beiträge bitte in den üblichen Textverarbeitungsprogrammen)

Für Beiträge, die mit vollem Namen gekennzeichnet sind, übernimmt der/die AutorIn die volle Verantwortung.

Liebe Leserinnen und Leser!

Ich möchte nicht in das allgemeine Krisengeschrei einstimmen, der VDPP ist nicht am Ende, bloss weil in einem Jahr ein paar Mitglieder mehr aus- als eingetreten sind. Die erfreulich rege Beteiligung am Herbstseminar in Berlin spricht dagegen. Es sind prozentual immer noch deutlich mehr Pharmazeutinnen und Pharmazeuten im VDPP organisiert, als Bundesbürger beispielsweise in der FDP oder bei den Grünen, und es kommen ja auch noch KollegInnen hinzu, wenn auch leider weniger als in den ersten Jahren nach Gründung des VDPP.

Der VDPP braucht auch die Mitglieder, deren Aktivität im Verein sich auf das gelegentliche Lesen des Rundbriefs beschränkt, nicht jedem lassen Arbeit, Familie und sonstige Aktivitäten noch die Zeit, an den Wochenenden durch die Republik zu sausen. Die ökonomische Situation vieler Apotheken zwingt auch viele dazu, mehr zu arbeiten, bei einigen sieht es leider sogar so schlecht aus, dass zu notwendigen Kürzungen auf der Ausgabenseite auch der VDPP-Beitrag gehörte.

Um so besser, dass trotz aller Schwierigkeiten immer noch etliche KollegInnen die Notwendigkeit sehen, linke Positionen in die Pharmazie und pharmazeutische Positionen in die Linke zu tragen. Die ABDA scheint einseitig auf den Schulterschluss aller Leistungsanbieter mit den derzeitigen Regierungsparteien zu setzen, es wäre für die Gesundheitspolitik bedauerlich, wenn sich nach einem Regierungswechsel kaum noch ApothekerInnen fänden, die Diskussionskontakte auch zu den Parteien hätten, die noch in der Opposition sind.

Ganz so sinnlos ist unsere Arbeit nicht, bei wichtigen Fragen hört man sich schon an, was wir zu sagen haben, bei Themen, die mit politischer Polarisierung nichts zu tun haben, werden gelegentlich sogar einmal Vorschläge von uns umgesetzt (Änderung der Approbationsordnung).

Auf der Mitgliederversammlung am 1. und 2. März 1997 in Bonn-Bad Godesberg wird unter anderem auch ein neuer Vorstand gewählt werden. Einige KollegInnen werden nicht noch einmal kandidieren. Vielleicht fühlt sich die eine oder andere ja ermuntert, im Vorstand mitzumachen, es macht viel Arbeit, aber noch mehr Spass!

Für den Vorstand
Jürgen Grosse

Ingeborg Simon

Apothekertag '96 in Leipzig

ÄTZEND war er! Eine relevante Opposition war nicht vertreten. Jeder Versuch, Widerspruch anzumelden, wurde vom Präsidium mit Arroganz, Ungeduld oder belehrenden Bemerkungen kommentiert. Der Antrag, die Angestellten und deren Wunsch nach stärkerer Einbeziehung in die Umsetzung des ABDA-Konzeptes zum Inhalt hatte, wurde nach einer für den Apothekertag peinlichen Art und Weise nur mit knapper Mehrheit(!) angenommen. Nichts kann die Stimmung gegen „andere“ (hier die Angestellten) besser charakterisieren als diese Tatsache. Aus der Distanz von mehr als einem Monat sind mein Frust und meine Wut abgeebbt, und ich konstatiere nur noch als Facit: Aktuelle gesundheitspolitische Themen, an denen es wahrlich keine Mangel gab, wurden während der Hauptversammlung kaum thematisiert. Man gab sich selbstzufrieden, es wurde lt. Hofberichterstattung in der Pharmazeutischen Zeitung ausschließlich um die Sache gestritten und zwar „auf hohem Niveau“. Das ist mir irgendwie entgangen. Selbst die Pharmaindustrie zeigt sich in der Presse erstaunt, daß die Probleme der Arzneimittelbudgets und der von Seehofer erdachten neuen Zuzahlungsklavaturen von Seiten des Apothekertages mit „Gelassenheit“ und „nachrangig“ be-

handelt wurden (ich nenne das: Borniertheit und nicht Gelassenheit)

Es ist mir völlig unverständlich, warum Stürzbecher dem Apothekertag die nachdenkenswerte Erfahrung des amerikanischen Bürgerrechtlers Martin Luther King „Nur wer Visionen hat, kann auch Zukunft gestalten“ präsentierte. Hat er allen Ernstes geglaubt, mit den abgelutschten Themen wie Apocard, Bedeutung der Selbstmedikation, der Apotheker als Heilberufler etwas Visionäres im Gepäck gehabt zu haben?

Berechtigung zu einem solchen Motto hätte nur dann bestanden, wenn er die von einer Gruppe von Angestellten im Vorfeld des Apothekertages entwickelten Vorschläge zur Thematisierung zukunftsweisender Modelle in der Pharmazie während des Apothekertages aufgegriffen hätte - wie ursprünglich auch mal zugesagt (Näheres dazu s. DAZ 44/96, S.54 „Versprechungen nicht eingehalten“). Die Geschichte des Scheiterns dieses Vorhabens sagt mehr über den Apothekertag aus als dieser selbst.

Stimmung kam während der Hauptversammlung ganz gegen Ende auf, als ich die Forderung nach Offenlegung und Transparenz des ABDA-Haushaltes begründen durfte. Da es sich hier offenbar um ein heißes Eisen handelte, ging man per Geschäftsordnungsantrag flott zur Tagesordnung über, hatte aber eine kurze und hitzige Diskussion zu diesem Antrag nicht ganz unterdrücken können. Hier gilt es, am Ball zu bleiben!

Standespolitisch bemerkenswert scheint mir, daß der noch im letzten Jahr bekundete Wille zur Standeseinheit keine Fortschreibung erfuhr. Was nach meiner Einschätzung mit dem zwischen DAV und VdAK ausgehandelten Hilfsmittelliefervertrag vielleicht noch unbewußt eingeleitet wurde - nämlich die Anerkennung von Apotheken mit unterschiedlichen Leistungsprofilen - wurde dieses Jahr mit der Annahme eines lang diskutierten Antrags zur Zytostatikaherstellung nur durch solche Apotheken, die auch selbst dazu in der Lage sind, fortgesetzt. Nur der Vorsitzende des bayerischen Apothekerverbandes hat hier die deutliche Abkehr vom Willen der Gleichbehandlung aller Apotheken erkannt und ausgesprochen. Aber in der langen

Debatte ging es nicht um die Frage, ob hier ein wichtiges Prinzip aufgegeben wird und das einigende Band zerschnitten würde. Hier ging es nur um viel Geld, und wer es verdienen soll. Das ist eine von mir auf mehreren zurückliegenden Apothekertagen vorhergesagte Entwicklung, die nicht aufzuhalten ist, wenn man auf wirtschaftlichen Wettbewerb und auf Konkurrenz setzt. Aber die damals von mir benannten Folgen wie z.B. der

zunehmende Wettbewerb innerhalb des Berufsstandes mit tödlichem Ausgang für die „Kleinen“ wurde geleugnet. Jetzt wird er billigend in Kauf genommen, der Standeseinheitskitt bröckelt. So entmutigend dieser Apothekertag auch war, der gemeinsame Abend von angestellten ApothekerInnen im Hotel Maritim in Leipzig, auf dem die Gründung des „Forum Leipzig“ beschlossen wurde, läßt hoffen, daß doch einmal (wieder) Bewegung in die verkrusteten Strukturen kommt.

Würde des Menschen?

Bioethik-Konvention wurde verabschiedet

Am 19. November verabschiedete das Ministerkomitee des Europarates in Straßburg die umstrittene Bioethik-Konvention. Die Bundesregierung hat sich der Stimme enthalten. Eine Sprecherin des Justizministeriums erklärte, es sei jedoch nicht ausgeschlossen, daß Deutschland später für die Bioethik-Konvention stimmen werde. Die Konvention legt Mindeststandards - unter anderem für medi-

zinische Menschenversuche und für den Datenschutz in der Genforschung - fest; ein Land kann also strengere Regeln verabschieden. Aufgrund massiver Kritik, besonders aus Deutschland, wurde der Konventionstext mehrmals nachgebessert. Erlaubt sind immer noch Experimente an Embryonen, soweit sie bei der künstlichen Befruchtung "anfallen" und nicht mehr benötigt werden. Die Weitergabe von Gentestergebnissen an Dritte, zum Beispiel an Versicherungen oder Arbeitgeber, ist nicht ausgeschlossen. Die Forschung an "nicht einwilligungsfähigen" Menschen ohne deren Zustimmung und ohne Nutzen für die Betroffenen

ist ebenfalls gestattet. Mit der Ministerrats-Abstimmung sind Änderungen am Konventionstext nicht mehr möglich. Nun sind die nationalen Parlamente am Zuge, die entscheiden müssen, ob sie der Konvention beitreten oder nicht. Der Deutsche Bundestag wird sich im kommenden Jahr mit der Konvention befassen.

Die Initiative *Bürger gegen Bioethik* spricht von einem "Entzivilisierungsschub" und wendet sich gegen eine Verharmlosung der Inhalte der Bioethik-Konvention: "Es braucht wenig Phantasie, sich die Konsequenzen dieses Dammbereichs auszurechnen, zum Beispiel in Bezug auf die Erforschung der

Übertragbarkeit von BSE auf den Menschen, die Aids-Forschung und die Forschung an Alzheimer-Patienten, einem gigantischen Markt." Die Konvention stelle die Weichen für die zukünftige Verfügbarkeit des Menschen als "Ressource, Forschungsobjekt und genetische Währung". Das *Umweltinstitut München* kritisiert, daß Europa sich mit der Verabschiedung der Konvention "von einem grundsätzlichen Anspruch auf Menschenwürde und Unverletzlichkeit der Person" verabschiedet habe. "Das windelweiche Verhalten der Vertreter Deutsch-

lands, die sich bei der Abstimmung der Stimme enthalten haben, läßt jedes historische Bewußtsein vermissen", so das Umweltinstitut. Die Initiative *Bürger gegen Bioethik* weist in diesem Zusammenhang auch auf einen Vorschlag hin, der jüngst von einem Mediziner aus Großbritannien kam: Patienten im Wachkoma, deren Ernährung in Großbritannien eingestellt werden darf, sollte man, anstatt sie verhungern zu lassen, lieber für medizinische Zwecke verwenden - um den Versuchstierverbrauch zu senken.

Susanne Billig

Ingeborg Simon

Die Gründungsveranstaltung des „Forum Leipzig“ (Bundesverband nichtselbständiger Apothekerinnen und Apotheker)

Anm. d. Red. : Die Autorin ist Gründungsmitglied des Forum Leipzig

Am 8. Dezember 1996 trafen sich in Hannover angestellte ApothekerInnen aus unterschiedlichen Bereichen, um einen Verein zu gründen, der -lt. §2 der Satzung, die Aufgabe „Wahrung der spezifischen Interessen nichtselbständiger Apothekerinnen und Apotheker und die aktive Gestaltung einer zukunftsorientierten Standespolitik“ übernimmt. Als Vorsitzende wurde Frau Holtkamp gewählt, als ihr Stellvertreter Herr Rockenbach und als Kassensführerin Frau Hoffmann. Da sich einige am Gründungstag nicht persönlich Anwesende vorab sowohl zu einer Mitgliedschaft als auch zur konkreten Mitarbeit bereit erklärt hatten, soll der zunächst nur aus 3 Mitgliedern bestehende Vorstand möglichst schnell erweitert werden. Das war der erklärte Wille aller Anwesenden, um so ein möglichst breites und repräsentatives Spektrum aller Bereiche, in denen angestellte ApothekerInnen tätig sind, abzudecken.

Das erste Treffen nach dem Gründungstag soll im Februar 97 in Kassel stattfinden, der genaue Termin steht noch nicht fest. Auch die angestellten Mitglieder im VDPP sind herzlich eingeladen. Das Selbstverständnis des neuen Vereins, dessen ProtagonistInnen sich schon seit langem regelmäßig trafen, wird sicherlich auf der für Februar 97 geplanten Wochenendtagung stärker Profil gewinnen (müssen). Seine grundsätzliche Bedeutung liegt vor allem darin, einer fast ausschließlich unternehmerorientierten Standespolitik eine „von unten“ entgegenzusetzen. Dabei ist das Bestreben da, KollegInnen aus Arbeitsbereichen, die in der offiziellen Standespolitik eine nur begrenzte oder gar keine Rolle spielen -wie aus den Krankenkassen, der Industrie, der Verwaltung, den Krankenhäusern, den Hochschulen und der Fachpresse mit einzubeziehen.

Eine schon jetzt feststehende Daueraufgabe wird in der Auswertung, Vorbereitung und Einflußnahme von Apothekertagen bestehen, die ja - lt. ABDA-Satzung - der berufspolitischen Willensbildung aller ApothekerInnen dienen sollen. WIR WERDEN SEHEN! (Da Reinhild Berger von der DAZ dabei war, lassen sich weitere Informationen und Eindrücke von der sehr optimistisch angegangenen Initiative sicherlich der DAZ Nr. 50/96 entnehmen).

Forum Leipzig

Bundesverband der nichtselbständigen Apothekerinnen und Apotheker

Alles, was wir sind und was wir wollen, ist kurzgefaßt in der Präambel, die unserer jungen Verbandssatzung voransteht:

"Im **Gesundheitswesen** sind **nichtselbständige Apothekerinnen und Apotheker** in vielfältiger Funktion tätig. **Ihre Belange** sind in der **Vergangenheit** nicht ausreichend berücksichtigt worden. Sie schließen sich deshalb zu einem **Berufsverband** zusammen, der **ihre Interessen innerhalb des Berufsstandes** und in der **Öffentlichkeit zukunftsorientiert** vertritt."

Die Mitglieder des Forum Leipzig sind Apothekerinnen und Apotheker, die im **Gesundheitswesen** arbeiten. Wir kommen aus der öffentlichen Apotheke und aus der Krankenhausapotheke, arbeiten als Industriepharmazeutin oder Pharmazeut, sind bei Verbänden oder Behörden des Gesundheitswesens beschäftigt.

Wir alle sind in **verantwortungsvollen** Funktionen tätig, jedoch haben wir **keine wirtschaftliche Selbständigkeit**.

In der **Vergangenheit** - seit 1993 - haben wir uns in loser Diskussionsrunde getroffen. Wir wollten zuhören, was unsere Kolleginnen und Kollegen zur Zukunft der Apotheke, zur Zukunft der Apothekerausbildung, zur Gesetzgebung im Gesundheitswesen, zu Gesundheitssystem anderer Länder meinen. Wir wollten ihnen mitteilen, welche Ideen wir entwickeln. Und gemeinsam wollten wir Lösungen finden.

Unsere Ergebnisse wollten wir konstruktiv in die Standespolitik einbringen. Die Vergangenheit zeigte, daß dazu mehr als bester Wille und ausgezeichnetes Wissen nötig ist.

Auch wir brauchen ein Rückgrat, einen **Verband**.

Organisation, unabhängig von bestehenden Verbänden und Kammern tut not, um Sammelpunkt für alle nichtselbständigen Apothekerinnen und Apotheker zu sein.

Das **Forum Leipzig**, initiiert während des Apothekertages 1996 in Leipzig, und gegründet am 8. Dezember 1996 in Hannover, mit Sitz in Berlin, ist dieses **Sammelbecken**.

Das Forum Leipzig wird auch das **Sprachrohr** der nichtselbständigen Apothekerinnen und Apotheker sein. Sprechen werden wir innerhalb der **Standespolitik**, in der sich schon etliche nichtselbständige Apothekerinnen und Apotheker als Einzelkämpfer engagieren, und in der **Öffentlichkeit**, die erleben muß, daß nicht nur die 20 000 Apothekenleiter den Beruf Apotheker ausüben, sondern 43 000 Apothekerinnen und Apotheker pharmazeutisch tätig sind.

Wir geben die Möglichkeit, mit Apothekerinnen und Apothekern aus vielfältigen Bereichen zu diskutieren und konstruktiv zu arbeiten an unserer Zukunft als Heilberufler.

Die erste **Mitgliederversammlung** des Forum Leipzig wird am **1. und 2. Februar 1997** in **Kassel**, Frankfurter Str. 229 a (Apothekerhaus) stattfinden. Sie bietet reichlich Möglichkeit, mit uns einen Schritt in Richtung zukunftsorientierter Standespolitik zu gehen.

Informationen werden gern durch unser Vorstandsmitglied Ulla Holtkamp gegeben:

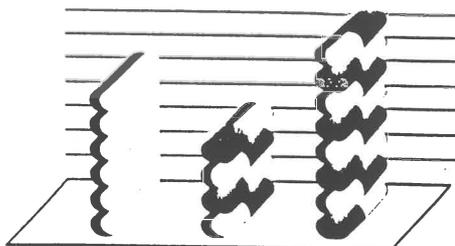
Rudolf Thauer Weg 4, 61231 Bad Nauheim

Liselotte von Ferber
Ingrid Schubert
Peter Ihle
Ingrid Köster
Christopher Adam

Wieviel Arzneimittel (ver)braucht der Mensch?

Arzneiverbrauch
in der Bevölkerung:

Behandlungshäufigkeiten,
Therapiedauer und
Verordnungsanlässe



Wissenschaftliches Institut der AOK

Die Versichertenstichprobe der AOK Dortmund, erhoben von der Forschungsgruppe Primärmedizinische Versorgung, erlaubt regional eingegrenzt die Beantwortung pharmakoepidemiologischer Fragen: Wer erhält welche Arzneimittel, wie lange und warum?

Der GKV-Arzneimittelindex dokumentiert seit Anfang der 80er Jahre auf einer repräsentativen Datenbasis Verordnungsvolumina und Entwicklungstrends in der bundesdeutschen Arzneimittelversorgung im Auftrag von Krankenkassen, Ärzten und Apothekern.

Die vorliegende Publikation verbindet beide Datenbasen und bietet durch die Verbindung bundesweit repräsentativer Daten mit dem Personenbezug der Versichertenstichprobe Aussagen zu Behandlungshäufigkeiten, Therapiedauer und Verordnungsanlässen für 8 ausgewählte Indikationsgruppen.

Aus dem Inhalt

Arzneimittelverbrauch der Bevölkerung als Gegenstand von Gesundheitsberichterstattung ○
Antibiotika ○ Antidiabetika ○ Broncholytika / Antiasthmatica ○ Durchblutungsfördernde Mittel ○
Kardiaka ○ Magen-Darm-Mittel ○ Psychopharmaka ○ Arzneimittel mit Abhängigkeitspotential

Preis. 26.-DM incl. Versandkosten (Stand der Preise Juni 1996)

✂

An das
Wissenschaftliche Institut der AOK
Kortijker Straße 1
53177 Bonn

Fon: 0228 - 843 400
Fax: 0228 - 331980

Bestellung: Bitte senden Sie mir die WIdO Publikation: Wieviel Arzneimittel (ver)braucht der Mensch? (ISBN: 3-922093-11-6)

Anzahl

Name: _____

Einrichtung _____

Straße _____

PLZ, Ort _____

Telefon / fax _____

Datum / Unterschrift _____

Vorstandstreffen vom 20. Oktober 1996 in Kassel

Jürgen Große

Ort: Parkstraße 47, 34119 Kassel, bei Ildikó Szász
und Michael Höckel

Anwesende: Udo Ament, Jürgen Große, Michael
Höckel, Christl Trischler
Entschuldigt: Thomas Hammer, Christiane
Hefendehl, Katja Lorenz

Vorläufige Tagesordnung:

1. Wahl von VersammlungsleiterIn und ProtokollführerIn
2. Genehmigung der Tagesordnung
3. Protokoll des Vorstandstreffens vom 3./4. August in Limbach
4. Bericht aus der Geschäftsstelle
5. Kassenbericht
6. Berichte aus den Regionen
7. Herbstseminar 23./24. November in Berlin
8. Apothekertag
9. Mitgliederversammlung 1./2. März 1997 in Bonn
10. Gesetz über Lohnfortzahlung
11. 3. Stufe der Gesundheitsreform
12. Netzwerk
13. Rundbrief
14. Öffentlichkeitsarbeit
15. Verschiedenes

Beginn: 10.20 Uhr

TOP 1 (Wahl von...)

Christl Trischler wird einstimmig zur Versammlungsleiterin, Jürgen Große zum Protokollführer gewählt.

TOP 2 (Genehmigung der Tagesordnung)

Ein TOP 3a „Beschlusskontrolle“ wird eingefügt.

TOP 3 (Protokoll vom 3./4. August)

Das Protokoll wird mit geringfügigen Änderungen genehmigt.

TOP 3a (Beschlusskontrolle)

- Zum Thema Bioethik erarbeitet Eugen Eschenlohr eine Vorlage. Steht noch aus.

- Zur Gesundheitsreform wird Jürgen noch eine Presseerklärung herausgeben. - Er hat einen Entwurf mitgebracht.

- Christl kümmert sich um ein Treffen beim Apothekertag in Leipzig. - Geschehen.

- Der Brief einer ausgetretenen Kollegin wird, wie verlangt, abgedruckt; wir bemühen uns um eine persönliche Aussprache. - Geschehen.

- Der Petitionsausschuß des Bundestages hat auf unsere Petition zur Kurdenverfolgung in der Türkei geantwortet. Beschluß: die Antwort soll im Rundbrief im Dokumentationsteil veröffentlicht werden. - Geschehen.

- „Kein Patent auf Leben“ hat einen Spendenaufruf geschickt. Beschluß: Thomas schreibt und fragt, was aus der Studie, an der wir uns finanziell beteiligt hatten, geworden ist. Steht noch aus.

- Am 6. Juli fand in Hamburg ein Treffen des „Forums Angestellter Apotheker“ statt. Es ist nicht ganz klar, ob und welche VDPP-Mitglieder dort waren. Christl wird Monika Busse danach fragen. Monika hat berichtet, daß das „Forum Angestellter Apotheker“ eine Vereins-

gründung plant. Das Thema wird intensiv diskutiert, insbesondere die Frage, ob wir diesen Verein als sinnvolle Ergänzung zu uns oder als Konkurrenz betrachten sollten, wobei erstere Meinung überwiegt.

- Seit Mai hat die Fleming-Apotheke einen ISDN-Anschluß. Telefonkosten für den VDPP-Anschluß können nicht gesondert abgerechnet werden. Beschluß: die Fleming-Apotheke erhält eine Pauschale basierend auf dem bisherigen Verhältnis der Telefonkosten. Udo kümmert sich darum. - Geschehen.
- „Abolition 2000 - ein globales Netzwerk für die Abschaffung aller Atomwaffen“ wird beigetreten. Die Erklärung wird im Rundbrief abgedruckt. - Geschehen.
- Ulf Thomas bekommt noch Geld wegen der Honorarerhöhung. - Geschehen.

TOP 4 (Geschäftsstelle)

Susanne Bahrkes neue Adresse wird gesucht, auch wegen Kontakt zur BUKO-Pharmakampagne. Christl kümmert sich darum. Thomas soll Ingeborg Simon wegen eines Gastvortrages zur MV '97 von H.-U. Deppe ansprechen. Die Organisation des Herbstseminars ist weitgehend vollbracht.

TOP 5 (Kassenbericht)

Der Kassenbericht ist noch nicht fertig, da Gudrun Meiburg erst am vergangenen Freitag aus dem Urlaub zurückgekommen ist. Die Mitgliedsbeiträge sind auf dem Konto, Zahlungen an Ulf Thomas und für das Netzwerk sind erfolgt.

TOP 6 (Regionen)

Hessen: Am 2.9. fand ein Treffen statt. Termine sollen künftig im Rundbrief abgedruckt und über Christl, nicht über Udo A., erfragt werden. Das nächste Treffen soll am 11.11. im Taj Mahal Tandoori in Heidelberg stattfinden.
Hamburg: z.Z. nichts berichtenswertes.
Berlin: Eine Veranstaltung „Arzneimittel sind kein Käse“ fand leider kein großes öffentliches Interesse.

TOP 7 (Herbstseminar)

Die für einen Vortrag vorgesehene Ärztin kann wegen Bedenken ihres Arbeitgebers (KV Schleswig-Holstein) nicht kommen, statt dessen kommt eine Psychologin, die mit ärztlichen Qualitätszirkeln arbeitet.

Herr Neuhaus wird DM 200,- pro Stunde für drei Stunden erhalten plus Reisekosten Düsseldorf / Berlin. Herr Henkel soll DM 1200,- plus Flug erhalten. Die Gesamtkosten würden sich auf ca. DM 5000,- belaufen.

Ingrid Schubert wird zu den bislang vorgesehenen ReferentInnen hinzukommen.

Einleitende Worte wird Michael Höckel sprechen.

TOP 8 (Apothekertag)

Christl hat sich um ein Treffen gekümmert, der Termin kollidiert leider mit der Gründung des Forums Angestellter Apotheker. Delegierte beim Apothekertag werden von uns Ingeborg Simon und Petra Kolle sein, Anträge existieren nicht.

TOP 9 (Mitgliederversammlung 1997)

Jürgen fragt bei Udo Puteanus nach, wo wir uns am Sonnabendabend treffen könnten. Als Thema für einen Gastvortrag am Sonnabendvormittag von H.-U. Deppe wird ungefähr an so etwas wie „Solidarität und Entsolidarisierung“ gedacht. Der Termin soll im nächsten Rundbrief angekündigt werden. Die Einladung soll von Thomas, Jürgen und Ulf geschrieben werden.

Die Kostenbeteiligung für die TeilnehmerInnen wird diskutiert, TeilnehmerInnen ohne Übernachtung sollen DM 30,- bezahlen, mit einer Übernachtung DM 60,- mit zwei Übernachtungen DM 90,-. Für StudentenInnen und Arbeitslose gilt die Hälfte dieser Beträge.

TOP 10 (Lohnfortzahlung)

Das Thema wird kurz andiskutiert. *Die beschlossenen sozialrechtlichen Änderungen (Lohnfortzahlung, Kündigungsschutz, Ladenschluß) sollen ein Tagesordnungspunkt der Mitgliederversammlung werden.*

TOP 11 (3. Stufe Gesundheitsreform)

Der von Jürgen vorgelegte Entwurf einer Presseerklärung wird mit Änderungen beschlossen. *Jürgen wird die Presseerklärung herausgeben.*

TOP 12 (Netzwerk)

Die in TOP 10 behandelten sozialrechtlichen Fragen und der Bundesrahmentarifvertrag sollten auch im Netzwerk diskutiert werden, Ergebnisse der Diskussion sollten im Rundbrief abgedruckt werden. Derzeit läuft nur die Erfa-Gruppe, eigentliche Netzwerktreffen haben seit Gründung der Erfa-Gruppe nicht mehr stattgefunden.

TOP 13 (Rundbrief)

Volkers neue Adresse soll im Rundbrief abgedruckt werden. Wenn im Rundbrief Kritik an einzelnen Mitgliedern geübt wird, soll diesen die Gelegenheit gegeben werden, in der gleichen Ausgabe darauf zu antworten.

TOP 14 (Öffentlichkeitsarbeit)

Siehe TOP 11 (Presseerklärung)

TOP 15 (Verschiedenes)

Udo A. hat einen Brief an Brigitte May geschrieben. Zur MV wird Michael einen Bericht über das Netzwerk vortragen. Das Forum Angestellter Apotheker soll sich laut Ingeborg für das Netzwerk interessieren. Michael beklagt, daß der Informationsfluß in seine Richtung gelegentlich nicht gut funktioniert. Es wird über das Aponet diskutiert und von Jürgen eine kleine Demonstration desselben durchgeführt.

Das Fehlen eines Geschäftsführers wird allgemein beklagt.

Das nächste Vorstandstreffen wird am Sonntag, dem 12. Januar 1997 in Kassel stattfinden. *Die Einladung schreibt Jürgen.*

Schluß: ca. 18.00 Uhr

ERFA-Treffen in Telgte

Michael Höckel

Zu Beginn wurden aktuelle Themen besprochen: Die praktische Umsetzung der Gefahrstoffverordnung in der Apotheke war von Interesse, mit dem nächsten Protokoll wurde ein Übersichtsartikel verschickt. Die Großhandelsrechnungen nebst Rabatten sollen besprochen und ein Weg gefunden werden die Rechnungen und Verhandlungen transparenter zu gestalten. Die Schwierigkeit der Aufgabe ist bekannt, aber das Thema von zentraler Bedeutung für die Apotheke.

Als nächstes erfolgte ein Bericht über das Herbstseminar 96 mit dem Titel Therapiebegleitung in der Apotheke (s. Bericht in diesem Rundbrief). Die ERFA-Gruppe sollte eine Apotheke beauftragen Datenbanken zu installieren, um Recherchen für die anderen Netzwerk-Apotheken durchzuführen, die Mehrzahl der ERFA-Apotheken kommuniziert bereits über APONET. Das Herbstseminar bot auch wichtige Denkansätze für das Netzwerk Soziale Apotheken und die ERFA-Gruppe.

Der nächste wichtige Arbeitsschwerpunkt war der Betriebsvergleich. Die Daten wurden weiter vervollständigt und Unklarheiten über bestimmte Kennzahlen ausgeräumt. Die Auswertung erfolgt aus statistischen Gründen und/oder um den Verlauf der ERFA-Arbeit zu dokumentieren. Auch spätere ERFA-Gruppen werden von dieser arbeitsintensiven Vorgehensweise profitieren.

Am Sonntag folgte ein Referat von R.Menzel über Unternehmensphilosophie, Mitarbeiterführung und Motivation. R.Menzel ging auf Aspekte von Initiativen ein und gab dann eine Einführung in den Begriff Arbeit. Es wurde deutlich, daß die Arbeit in der Apotheke in Form eines gemeinsamen Prozesses, unter Berücksichtigung der individuellen Motive der einzelnen KollegInnen/MitarbeiterInnen, erfolgen muß. Das Ergebnis ist dann ein nachvollziehbares Resultat für Dritte, dies Ergebnis sollte positiv sein, kann aber auch negativ sein wie alle wissen.

Das Resultat (z.B. Kunden/Patientenbetreuung) ist also abhängig von vielen Faktoren, die im Alltag permanent berücksichtigt werden sollten. Die Ideen und Fähigkeiten einzelner, am Prozeß, beteiligten, Personen werden durch Verabredung in Raum und Zeit manifest. Der vollständige Arbeitsablauf vom Lernprozeß bis hin zum Wahrnehmen der Aufgabe benötigt umfangreiche Betreuung, wobei die Führung die Einseitigkeiten des anderen ausgleichen sollte. Die ERFA-Apotheken werden für Ihre MitarbeiterInnen entsprechende Veranstaltung durchführen lassen, um die Einbindung der MitarbeiterInnen zu ermöglichen. Die Selbstverpflichtungserklärung des Projektes Netzwerk Soziale Apotheken, nach deren Umsetzung die ERFA-Gruppe strebt, ist nur gemeinsam mit den MitarbeiterInnen durchführbar. Die verschiedenen Einflüsse auf die Führungsqualitäten hat R. Menzel ebenfalls angesprochen, hierbei wurde die Komplexität der zu berücksichtigenden Faktoren offensichtlich.

Zum Abschluß des Treffens fand der Apothekenrundgang statt, die anschließende Diskussion fand einen regen, und Dank R. Menzels Einsatz, doch konstruktiven Verlauf.

Das nächste Treffen findet am 19./20.4.97 in Hamburg statt.

Die Netzwerk AG sucht interessierte Mitglieder zur zukunftsorientierten, gestalterischen Arbeit an zentralen Themen unseres Berufsalltags !!!!

Aufgaben:

- inhaltliche Weiterentwicklung der Selbstverpflichtungserklärung
- Weiterführung des Projektes Netzwerk Soziale Apotheken, umfangreicher Ideenfundus ist vorhanden
- Zusammenarbeit mit der nach konkreter Umsetzung strebenden ERFA-Gruppe
- Veränderungswünsche aus dem Berufsalltag diskutieren und über Umsetzungsmöglichkeiten gemeinsam nachdenken
- Spaß am kollegialen Austausch und der damit sinnvoll verbrachten Zeit, trotz aller Belastungen des ALLTAGS!!!!

Interessierte Mitglieder melden sich bitte bei
Michael Höckel, Parkstr.47, 34119 Kassel, T.0561/17798

Michael Höckel

Therapiebegleitung in der Apotheke

Möglichkeiten und Grenzen

Herbstseminar 1996

Zu Beginn des Seminares wurde ein Artikel aus der Frankfurter Allgemeinen Zeitung, Rubrik Beruf und Chance, vom 9.11.96 zitiert. Dieser im Rahmen der Dokumentation abgedruckte Artikel zeigt deutlich die Berechtigung der drei thematischen Säulen, auf denen das Seminar ruhte und die für die zukünftige Entwicklung unseres Berufsstandes von besonderer Bedeutung sind:

1. Gewinnung, Archivierung, Abrufbarkeit und Gebrauch von Arzneimittelinformation in der Apotheke (1. Teil des Seminares)
2. Qualitätszirkel zwecks Austausch von Informationen zwischen verschiedenen Berufsgruppen im Gesundheitswesen (2. Teil des Seminares)
3. Gesundheitsförderung und Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen (3. Teil des Seminares)

Zu den Themen sprachen auf dem Seminar:

1. Hr. Dietmar Wolz, Offizinapotheker in der Bahnhofs-Apotheke in Kempten/Allgäu.

2. Hr. Lothar Hempel, Leiter der ABDATA in Eschborn.

3. Fr. Edith Andres, Dipl.-Psychologin am Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH

4. Fr. Dr. Ingrid Schubert, Forschungsgruppe Primärmedizinische Versorgung der Universität Köln

5. Hr. Gottfried Neuhaus, Lehrer und Trainer in Gesundheitsförderung und Rhetorik Grafschaft/Gelsdorf

Planung und Moderation: Anita Maas und Michael Höckel

Die Vorträge von Edith Andres, Ingrid Schubert und Gottfried Neuhaus sind im folgenden abgedruckt. Wer Kopien der Folien/Dias von Dietmar Wolz oder Lothar Hempel haben möchte, wende sich bitte an die VDPP-Geschäftsstelle. Dort ist ebenfalls ein Skript der APV-Fachgruppe Arzneimittelinformation mit dem Titel „Computergestützte Arzneimittelinformationssysteme: APV-Leitlinie für die Integration der ABDA-Datenbank in Warenwirtschaftssysteme“ erhältlich.

Die während des Seminars vorgetragenen Inhalte sind Teilaspekte unserer professionellen Tätigkeit als Arzneimittelfachleute, also Dienstleister im Gesundheitswesen. Mit der qualitativen Verbesserung und Intensivierung unserer Dienstleistungen können wir einen wichtigen Beitrag zur Weiterentwicklung der Gesundheitsökonomie leisten. Wir müssen noch von Zukunft reden, weil die Ausbildung an deutschen Hochschulen den Studierenden noch nicht in ausreichendem Maße wissenschaftliche Grundlagen für die o.a. Aufgaben vermittelt. Die neuere Weiterbildung zum/zur FachapothekerIn für Offizin-Pharmazie stellt schon einen Fortschritt dar.

Am Ende des konstruktiv verlaufenden und gut besuchten Seminares wurden im Rahmen einer Abschlusdiskussion Ideen gesammelt, die im Laufe des Seminares entstanden und sich zur Umsetzung in den Berufsalltag anbieten. Hier einige davon:

- Fortbildung zu o.a. Themen müssen durch Apothekerkammern angeboten werden
 - Information über Selbsthilfegruppen beim Bundesverband für gesundheitliche Aufklärung anfordern oder Gesundheitsindex auf CD-Rom von BM Squibb
 - Installieren von Datenbanken in der Apotheke
 - Gründung von Qualitätszirkel
 - Vortrag über arzneimittelrelevante Themen in Vereinen, Schulen, Kindergärten etc.
 - Mitarbeiterschulung
 - Kundenkontakte ernst nehmen
 - Gesundheitserziehung als Auftrag in der Apotheke
 - Kontakte zu Selbsthilfegruppen suchen
 - Ernährungsberatung in der Apotheke anbieten
 - das Projekt Netzwerk Soziale Apotheken mit o.a. Themen fortführen
 - Bündnispartner für patientenbezogene Dienstleistung der Apotheken suchen
 - Pharmaceutical Care im Alltag intensiv durchführen
 - Anfragen nach TV-Sendungen und Werbesendungen für intensive verbraucherschützende Beratung nutzen
 - Erstellung von Leitlinien für qualitativ gute Beratung und Betreuung
-

Edith Andres/Joachim Szecsenyi

Qualitätszirkel

Ein Konzept für die Zusammenarbeit zwischen Apothekern und Ärzten?

Edith Andres, Dipl.-Psych. und Joachim Szecsenyi, Dr. med., Dipl.-Soz.; AQUA - Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH, Göttingen

Einleitung

Im Rahmen des VdPP Herbstseminars 1996 war ein Schwerpunktthema den Qualitätszirkeln gewidmet. Ausgehend vom Konzept der ärztlichen Qualitätszirkel, das im Rahmen einer Vortragsveranstaltung erläutert wurde, wurde im anschließenden Workshop versucht, Ansatzpunkte für die Zusammenarbeit zwischen Apothekern und Ärzten abzuleiten. Im folgenden wird zunächst das ärztliche Qualitätszirkelkonzept dargestellt und anschließend kurz die wichtigsten Workshop-Ergebnisse zusammengefaßt.

Aktueller Stand der Qualitätszirkel im vertragsärztlichen Bereich

Im Vergleich zu anderen europäischen Ländern ist die Tradition ärztlicher Qualitätszirkel in Deutschland noch relativ jung. In Ländern wie den Niederlanden, Großbritannien und in einigen skandinavischen Ländern haben Qualitätssicherungsaktivitäten im allgemeinen und Qualitätszirkel im besonderen ihren festen Platz im Gesundheitssystem (Grol et al. 1993).

Erste Hinweise auf Qualitätszirkel bzw. deren Wurzeln sind in Deutschland seit Ende 1980 vorhanden. Seit Anfang der 90er Jahre geht auch hier die Entwicklung zügig voran (z.B.: Adam et al. 1991, Abholz et al. 1992, Andres et al., 1993, Andres, Szecsenyi, 1994, Bahrs et al. 1994, von Ferber et al. 1994, Andres et al. 1995, Häussler, 1995, Szecsenyi et al. 1996, um nur einige zu nennen).

Im Herbst 1996 gab es nach Angaben der Kassenärztlichen Vereinigungen bereits mehr als 1.500 Gruppen mit mehr als 15.000 Ärzten aller Fachrichtungen, die sich als Qualitätszirkel bezeichnen. Der rasante Trend ist recht eindrücklich in der nebenstehenden Grafik verdeutlicht. (Abb. 1)

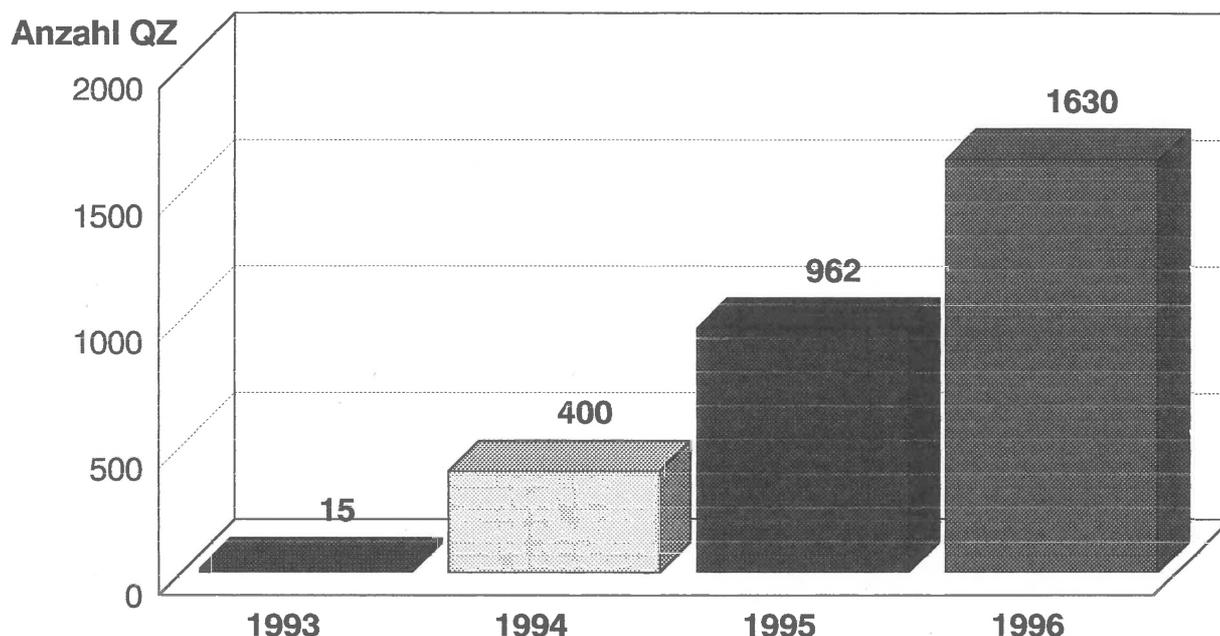
Sicherlich arbeiten nicht alle Gruppen streng nach den Qualitätszirkel-Prinzipien. Dennoch ist, selbst wenn man bei den absoluten Zahlen Abstriche machen muß, die generelle Tendenz erfreulich und nicht zuletzt auch eine Folge entsprechender gesetzlicher Rahmenbedingungen, die durch die immer lauter werdende Forderung nach qualitätssichernden Maßnahmen in der Medizin geschaffen wurden.

1989 wurden erstmals im Gesundheitsreformgesetz (SGB V) Vorschriften für die Qualitätssicherung festgelegt. 1993 hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung entsprechende Richtlinien für derartige Verfahren - zu denen auch die Qualitätszirkel gehören - festgeschrieben (KBV, 1993).

Das Qualitätszirkel-Konzept bietet in diesem Rahmen eine Möglichkeit der internen Qualitätssicherung, die zum einen handhabbar ist und insbe-

Vertragsärztliche Qualitätszirkel

1993-1996



Quelle: Leitfaden für ärztliche Qualitätszirkel; Der niedergelassene Arzt 1/96:13-16; Niedersächs. Ärztbl. 10/95:4-6

sondere den niedergelassenen Ärzten entgegen kommt, da sie die Selbstverantwortung des einzelnen Arztes stärkt und mit dem propagierten „bottom-up-Prinzip“ auf Selbstkontrolle statt auf von oben verordnete Maßregelungen setzt. Die Ärzte definieren als „Experten ihrer eigenen Praxis“ selber, was die Qualität der medizinischen Versorgung ausmacht und wie diese ggf. zu fördern und zu verbessern ist.

Was ist ein Qualitätszirkel?

Aufgegriffen wurde das Konzept, das ursprünglich aus der Autoindustrie stammt, da es geeignet erschien, um den häufig empfunden Defiziten der niedergelassenen Ärzte (die unbefriedigende Situation als Einzelkämpfer in der Praxis, die meist eher an der Situation in der Klinik orientierten herkömmlichen Fortbildungsveranstaltungen, die viele praxisrelevante Fragen offenlassen, das Mißtrauen gegenüber von der Pharmaindustrie unterstützten Veranstaltungen, das Bedürfnis nach Kommunikation, Austausch, Entlastung und praxisorientierter Fortbildung) adäquat zu begegnen.

In **Abbildung 2** sind die wichtigsten Definitionskriterien eines Qualitätszirkels zusammengestellt.

Ein Qualitätszirkel ist eine **feste Gruppe** von ca. 5-12 interessierten KollegInnen, die sich **regelmäßig** (etwa 8 mal pro Jahr) treffen, um zu einem **selbst gewählten Thema** gemeinsam ihren Praxisalltag zu überdenken und aufgetretene Probleme zu besprechen.

Wichtiges Attribut eines Qualitätszirkels ist die **Orientierung an der eigenen Praxis**. Basis der Diskussion ist das Routinehandeln der Teilnehmer. Um diesen Bezug zu den konkreten Erfahrungen der Teilnehmer in ihren Praxen herzustellen, ist es wichtig, die Praxisrealität, bezogen auf das gewählte Thema in irgendeiner Form zu dokumentieren. So stehen mal medizinisch-fachliche, mal Aspekte der Pharmakotherapie, der Patient-Arzt-Interaktion oder auch des Praxismanagements im Vordergrund.

Diese **Dokumentation** ist Grundlage für die weitere Diskussion. Die einfachste und am wenigsten

Abb. 2: Ärztliche Qualitätszirkel arbeiten ...



aufwendige Form der Dokumentation stellt der Rückgriff auf die bereits vorhandene Patientenkarte oder der EDV-Ausdruck dar, die anhand einer mündlichen Fallvorstellung illustriert werden. Etwas aufwendiger ist es da schon, systematisch Karteikarten von mehreren Patienten zum entsprechenden Thema zu analysieren oder einen kleinen Dokumentationsbogen zu erstellen, um gezielt einzelne interessierende Aspekte zu protokollieren und in der anschließenden Diskussion Unterschiede, aber auch Gemeinsamkeiten im Vorgehen der einzelnen Teilnehmer aufzudecken. Soll das Verordnungsverhalten fokussiert werden, sind Rezeptauswertungen oder Daten der Praxis-EDV als Diskussionsgrundlage geeignet. Die Form der Dokumentation hängt zum einen ab vom Thema und den Schwerpunkten, für die sich die TeilnehmerInnen besonders interessieren, aber auch von der Vertrautheit innerhalb der Gruppe und nicht zuletzt vom Einfallsreichtum und der Phantasie der TeilnehmerInnen.

Auf Grundlage dieser „Abbildung des tatsächlichen Praxisalltags“ kann das eigene ärztliche Handeln mit dem der anderen TeilnehmerInnen verglichen und kritisch hinterfragt werden.

Lassen sich z.B. diagnostische oder therapeutische Entscheidungen anhand der dokumentierten Daten nachvollziehen, oder ist das individuelle Vorgehen Ausdruck persönlicher Vorlieben oder

eingefahrenen Gewohnheiten? Wo sind Ansatzpunkte für Verbesserungen? An welchen Stellen kann das bisherige Vorgehen optimiert werden? Im gemeinsamen Erfahrungsaustausch, ggf. unter Hinzuziehung externer Experten (z.B. Spezialisten zum jeweiligen Thema, Pharmakologen, Krankengymnasten etc.), wird versucht, Lösungen für ein angemessenes Vorgehen zu entwickeln. Die dazu notwendigen Schritte werden protokolliert und die einzelnen Teilnehmer versuchen, die gefundenen Lösungen und Leitlinien in ihren Praxen umzusetzen. Perfekt abgerundet ist ein Thema dann, wenn nachberichtet bzw. erneut dokumentiert wird, ob und inwieweit die Umsetzung erfolgreich war und welche Hemmnisse und Widerstände erfahren wurden.

Um die Effektivität dieses Prozesses zu gewährleisten und um sicher zu stellen, daß wirkliche Probleme besprochen werden und daß nicht nur an der Oberfläche diskutiert wird, ist ein angenehmes **Gruppenklima** unabdingbar. Die Teilnehmer müssen darauf vertrauen können, daß alle Informationen innerhalb des Qualitätszirkels vertraulich und diskret behandelt und nicht nach außen getragen werden. (Nicht nur) daraus ergibt sich die zwingende Konsequenz, daß die Teilnahme am Qualitätszirkel auf **Freiwilligkeit** beruhen.

Der **Moderator** sorgt dafür, daß die Diskussion nicht vom Thema abweicht, sondern **zielgerich-**

tet bleibt, daß sie gleichberechtigt geführt wird, daß Konflikte aufgedeckt und gelöst werden.

Qualitätszirkelarbeit bedeutet zunächst einmal für jeden Einzelnen, etwas Engagement und Zeit zu investieren und sie ist sicherlich auch nicht für jeden Arzt die geeignete Methode der Qualitätssicherung. Das interaktive Vorgehen und der enge Bezug zur tatsächlichen Praxissituation bieten Ausgleich zu sonst üblichen, oft sehr theorielastigen Frontalveranstaltungen. Durch die offene, vertrauensvolle Atmosphäre bieten sie ein Forum, in dem man seine persönlichen und fachlichen Defizite zugeben darf und die Erfahrung macht, daß es den anderen genauso geht. In einer Gruppe von Ärzten mit ähnlichen Problemen können Erfahrungen gewinnbringend ausgetauscht werden und „weniger optimale“ Verhaltensweisen und Routinen, die sich im Laufe der Zeit vielleicht eingeschlichen haben, viel leichter und effektiver aufgearbeitet werden. Für Ärzte, die bereits an Qualitätszirkeln teilnehmen stellt die Mitarbeit eine Bereicherung in persönlicher wie medizinischer Hinsicht dar, sie entlastet den einzelnen Arzt und macht Spaß.

Als übergeordnetes theoretisches Konstrukt orientieren sich jegliche qualitätssichernden Maßnahmen, egal ob in der Medizin, dem Dienstleistungs-

bereich oder der Industrie am nachfolgend abgebildeten „Kreislauf der Qualitätsentwicklung“ (s. Abbildung 3). Die einzelnen Schritte sind anhand von Beispielen aus ärztlichen Qualitätszirkeln verdeutlicht.

Wie werden ärztliche Qualitätszirkel unterstützt? 1992 wurde die AQUA (Arbeitsgemeinschaft Qualitätssicherung in der ambulanten Versorgung) von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem Bundesgesundheitsministerium mit einem Modellvorhaben beauftragt, das die breitflächige Etablierung ärztlicher Qualitätszirkel zum erklärten Ziel hatte. Im Rahmen dieses Projektes wurde 1993 erstmals ein Trainingsseminar für Moderatoren von Qualitätszirkeln angeboten (Szecsenyi et al. 1994, 1995) und 1994 ein „Leitfaden für ärztliche Qualitätszirkel“ mit praktischen Tips für die Etablierung und Durchführung eigener Gruppen publiziert (Bahrs et al. 1994).

Die Bausteine, die die Etablierung von Qualitätszirkeln unterstützen, sind in der folgenden Abbildung 4 zusammengefaßt:

Eine umfassende Unterstützung bedarf aller Bausteine. In diesem Rahmen sollen nur einzelne Komponenten, die sich auf die konkrete Hilfestellung für die Moderatoren beziehen, heraus-

Abb. 3: Kreislauf der Qualitätsentwicklung



Bausteine zur Etablierung von QZ

Information Leitfaden "Ärztliche Qualitätszirkel" Pressemitteilungen, Veröffentlichungen Informationsveranstaltungen Informationsservice QZ	Motivation Honorar für Moderatoren, Honorar für Teilnehmer? sonstige incentives?
Praktische Anleitung Moderatoren- Einführungsseminare Nachbereitungsseminare Supervisionsstruktur	Unterstützung für die Durchführung didaktische Materialien audiovisuelle Medien Dokumentationsbögen Verordnungsdatenanalysen etc.
Begleitforschung Bedarfs- und Erwartungsanalyse Basisdokumentation Gruppenprozeß im QZ Evaluation der Ergebnisse und Wirkungen der Arbeit	Feedback an die Moderatoren von QZ 

gegriffen und dargestellt werden, da die im wesentlichen auf Gruppenarbeit basierende Form der interkollegialen Zusammenarbeit für viele Ärzte bislang noch recht ungewohnt ist. In bislang 35 **Einführungs-Seminaren** wurden allein von der AQUA über 650 ärztliche Moderatoren mit der Arbeitsform Qualitätszirkel vertraut gemacht (Stand 7/1996). Finanziell werden die Zirkel in unterschiedlichem Ausmaß von den einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen unterstützt, die meist die Ausbildung der Moderatoren finanzieren und eine Aufwandsentschädigung für die Durchführung der Treffen bezahlen.

In sogenannten **Nachbereitungsseminaren**, die ca. 8 Monate nach dem Einführungsseminar stattfinden, besteht Gelegenheit zum gegenseitigen Austausch der zwischenzeitlich gemachten Erfahrungen. Zudem besteht die Möglichkeit, Moderations- und Gruppenleitertechniken - je nach Bedarf - zu vertiefen.

Erfahrungsgemäß tauchen Probleme und Schwierigkeiten im Verlauf der Qualitätszirkelarbeit vor Ort immer mal wieder auf. Deshalb ist es ganz besonders wichtig, den Moderatoren nicht einmalige, sondern kontinuierliche Unterstützung anzubieten. Durch regelmäßige **Supervisionstreffen** auf Ebene der Moderatoren können so für aktuelle Probleme und Schwierigkeiten im kollegialen Rahmen Lösungen gefunden werden.

Weitere konkrete Hilfestellung erhalten die Moderatoren durch spezielle **Methodenseminare**, in denen es primär um den Aspekt der Dokumentation der Praxisrealität geht, wie diese in die Zirkelarbeit eingebracht und diskutiert werden kann.

Einen speziellen **Informationsservice** bietet die AQUA seit Mitte letzten Jahres allen Moderatoren ärztlicher Qualitätszirkel an, die an einem überregionalen Erfahrungsaustausch interessiert sind. Entsprechende Anfragen (wo arbeiten QZ gleicher Fachgruppen, wo arbeiten QZ zum gleichen Thema, welche Ergebnisse wurden dort erzielt etc.) werden kostenlos beantwortet.

Pharmakotherapiekreis - Erfahrungen aus den Niederlanden

Seit 1992 arbeiten Ärzte und Apotheker im Rahmen von Pharmakotherapieberatungsgruppen in den Niederlanden erfolgreich zusammen. 1995 gab es insgesamt 650 Beratungsgruppen an denen bereits 90% aller Hausärzte teilnahmen (Kocken, 1995). In allen Gruppen arbeiten bis zu drei Apotheker mit. Sie bringen ihr pharmakologisches Wissen ein und helfen so den teilnehmenden Ärzten, Wirkungen und Nebenwirkungen von Medikamenten besser einzuschätzen. Die Zielsetzung der Gruppenarbeit bezieht sich folgerichtig auf die teilnehmenden Ärzte: verbessertes Verschreibungsverhalten bzw. eine verbesserte

Medikamentenversorgung der betroffenen Patienten

Die Rolle der teilnehmenden Apotheker entspricht dabei eher der von externen Beratern denn von gleichberechtigt an der Zirkelarbeit profitierenden Teilnehmern. Der Apotheker bringt sein Fachwissen in die Diskussion, um den Arzt dabei zu unterstützen, sein Ordnungsverhalten kritisch zu reflektieren und ggf. zu optimieren. Darüberhinaus verfügt der Apotheker über das notwendige Datenmaterial, um das Ordnungsverhalten der von ihm versorgten Arztpraxen transparent zu machen und hat von daher, zumindest potentiell, auch eine gewisse Kontroll- und Überwachungsfunktion.

Aufgrund der Unterschiede der beiden Gesundheitssysteme ist der niederländische Ansatz jedoch nicht ohne weiteres auf unsere Verhältnisse übertragbar. Der Stellenwert der Apotheker und die Bindung zwischen Arzt und Apotheker ist in beiden Ländern deutlich unterschiedlich.

Interdisziplinäre Qualitätszirkel mit Apothekern und Ärzten - Möglichkeiten und Grenzen

Aber auch in Deutschland sind erste Schritte einer gemeinsamen Arbeit von Ärzten und Apothekern im Rahmen von Qualitätszirkeln zu verzeichnen. Auf dem Deutschen Apothekertag 1996 wurde bereits von insgesamt 100 bestehenden Arzt-Apotheker-Gesprächskreisen gesprochen (Deutsches Ärzteblatt, 1996), von denen sicherlich einige im Sinne von Qualitätszirkeln arbeiten. Möglichkeiten und Grenzen der Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Apothekern im Rahmen von Qualitätszirkeln war dann auch das Thema einer der Arbeitsgruppen im nachmittäglichen Workshopprogramm.

Die 8-köpfige Arbeitsgruppe beschäftigte sich im einzelnen damit, wie eine sinnvolle Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Apothekern aussehen könnte und ob bzw. in wie weit das Konzept der ärztlichen Qualitätszirkel auf die Zusammenarbeit zwischen Apothekern und Ärzten übertragbar ist. Als „Starter“ der Kleingruppenarbeit diente eine reale Videoaufzeichnung einer Konsultation in der Hausarztpraxis, bei der es primär um die Arzneimittelverordnung ging. Davon ausgehend wurden

zunächst mögliche thematische Ansatzpunkte für die Zusammenarbeit im Rahmen von Apotheker-Ärzte-Qualitätszirkeln herausgearbeitet.

Ein Schwerpunkt der thematischen Arbeit liegt sicherlich im weiten Feld der Pharmakotherapie. Über die einzelnen Indikationsgebiete und den damit verbundenen speziellen Fragen über bestimmte Arzneimittel (insbesondere zu Risiken, Nebenwirkungen und möglichen Interaktionen) ergeben sich eine ganze Reihe von Ansatzpunkten für eine fruchtbare Zusammenarbeit. Darüber hinaus wären generelle Aspekte der interdisziplinären Zusammenarbeit und die jeweiligen Kompetenzbereiche beider Disziplinen diskussionswürdig. Weiterer Berührungspunkt sind selbstverständlich auch die gemeinsamen Patienten, die im Rahmen des Zirkel besprochen werden könnten. Abstimmungsbedarf besteht insbesondere über die Art und den Inhalt von Aufklärungs- und Informationsgesprächen. Die Compliance-Problematik und der Umgang mit Klinikverordnungen sind weitere Probleme, die beide Berufsgruppen gleichermaßen betreffen.

Oberstes Prinzip für Apotheker-Ärzte-Qualitätszirkel sollte der gegenseitige Austausch sein. Beide Seiten sollten gleichberechtigt zusammen arbeiten, um so wechselseitig voneinander zu profitieren. Ein Ziel dieses gegenseitigen Diskussionsprozesses könnte beispielsweise die Erstellung einer Positivliste zur Selbstmedikation für die Apotheke darstellen und im Gegenzug für den Arzt in einer individuellen Praxisarzneimittelliste resultieren.

Förderlich für den Einstieg in die gemeinsame Arbeit wurde angesehen, wenn beide Seiten mit dem Arbeitsalltag des jeweils anderen vertrauter wären, beispielsweise durch Initiativen wie einen „Tag der offenen Tür“.

Wie könnte nun konkret ein Konzept für einen Apotheker-Ärzte-Qualitätszirkel aussehen?

Als wichtigstes Kriterium wurde, wie bereits oben erwähnt, der gleichberechtigte Austausch und ein ausgeglichener gegenseitiger Gewinn aus der gemeinsamen Arbeit erachtet. Entsprechend dem Konzept der ärztlichen Qualitätszirkel wurde auch hier eine vernünftige Dokumentation des Routine-

handeln in Apotheke und Arztpraxis als unerläßliche Diskussionsbasis angesehen.

Zur Unterstützung sei die neutrale Moderation der Gruppe notwendig. Favorisiert wurde hier die Co-Moderation durch einen Apotheker und einen Arzt, bzw. eine Moderation in abwechselnder Verantwortlichkeit.

Allerdings wurde die Zusammenarbeit zwischen beiden Berufsgruppen realistisch gesehen auch kritisch gesehen. Berührungspunkte gäbe es von beiden Seiten. Ebenso real sei auch die Angst vor finanziellen Einbußen und vor dem „Standesdünkel“ der jeweils anderen Profession. Außerdem wurde die zusätzliche zeitliche Belastung im eh schon bestehenden Termindruck beklagt. Um bestimmte Animositäten von vorn herein zu minimieren, wurden die Vor- und Nachteile der Variante diskutiert, Kollegen nicht aus der unmittelbaren Nachbarschaft für die gemeinsame Qualitätszirkelarbeit zu motivieren.

Trotz der vorhandenen Probleme und Widerstände, die möglicherweise einer interdisziplinären Zusammenarbeit im Wege stehen, wurden Apotheker-Ärzte-Qualitätszirkel im abschließenden Fazit als sinnvolle und notwendige Alternative gewertet - vorausgesetzt die gleichberechtigte Basis stimme. Die Zusammenarbeit im Rahmen eines Qualitätszirkels fördere die Kultur der Zusammenarbeit, bessere das gegenseitige Verständnis und ermögliche einen unbefangeneren Umgang miteinander, ganz abgesehen von dem gegenseitigen fachlichen Gewinn. Alles in allem diene die Qualitätszirkelarbeit letztendlich dem Ziel, die Patientenversorgung weiter zu optimieren.

Literatur

1. Abholz H-H, Dreykluft H-R, Meyer B: Bericht über einen Qualitätszirkel. *Z Allg Med* 1992; 68: 468-472
2. Adam H, Bahrs O, Gerke H, Szecsenyi J: Das Video-seminar - Qualitätszirkel als Fortbildungs- und Forschungsinstrument in der Allgemeinmedizin. *Nieder-sächsisches Ärztebl* 1991; 64 (Heft 8): 24-26
3. Andres E, Szecsenyi J, Bode-Diesner L, Erhardt-Schmelzer S, Funck G, Hetsch J, Klapsing-Hessenbruch A, Krack P, Krähmer B, Oberdieck L, Roehrig C, Rütter H, Schäfer K, Strube K, Unger K-O: Ergebnisse des Göttinger Qualitätszirkels zum Thema „Sterbebegleitung“. *Z Allg Med* 1995; 71: 929-934
4. Andres E, Szecsenyi J, Kochen MM. Der Typ-II-Diabetes als Thema eines Qualitätszirkels in Thüringen. *Z Allg Med* 1993;69:36-37.
5. Andres E, Szecsenyi J. Ein Jahr Qualitätszirkel in Heiligenstadt/Thüringen. *Z Allg Med* 1994;70:169-170 .
6. Bahrs O, Andres E, Gerlach FM, Szecsenyi J, Weiß-Plumeyer M. Hausärztliche Qualitätszirkel in Deutschland - ein Überblick. *Z Allg Med* 1993; 69:968-973.
7. Bahrs O, Gerlach FM, Szecsenyi J: Ärztliche Qualitätszirkel. Ein Leitfaden für den niedergelassenen Arzt. Köln, Dt Ärzteverlag, 1994
8. Deutsches Ärzteblatt: Bericht vom Deutschen Apothekertag 1996 in Leipzig. 93, 1996: 2911-2912
9. Ferber von, L, Köster I: Qualitätsbewußte Arzneimitteltherapie ist wirtschaftlich- Evaluation der Pharmakotherapie. ISAB Verlag Leipzig, 1994
10. Grol R, Wensing M, Jacobs A, Baker R (Eds.): Quality assurance in general practice. The state of the art in europe. Nederlands Huisartsen Genootschap, Utrecht, 1993: 57-58
11. Häussler, B: Qualitätszirkel zur Pharmakotherapie in Berlin. In: Gerlach F, Szecsenyi J. Stand und Zukunft der Qualitätssicherung in der Allgemeinmedizin. Tagungsband, Stuttgart, Hippokrates, 1995; 97-104.
12. Kassenärztliche Bundesvereinigung: Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für Verfahren zur Qualitätssicherung. *Dt. Ärzteblatt* 1993; 90: B-1148 - B-1151
13. Kocken, GAL: Pharmakotherapieberatung: die niederländische Methode. *Z. Allg. Med.* 1995; 71: 665-668
14. Szecsenyi J, Andres E, Bahrs O, Gerlach FM, Weiß-Plumeyer M: Evaluation eines Trainingsprogramms für Moderatoren von vertragsärztlichen Qualitätszirkeln: Eine Zwischenbilanz. *Z ärztl Fortbild* 1995; 89: 419-423
15. Szecsenyi J, Andres E, Broge B, Claus E, Glaeske G: Qualitätszirkel Pharmakotherapie: Sparen um jeden Preis?. *Z Allg Med* 1996; 72: 493-496
16. Szecsenyi J, Andres E, Gerlach FM, Lampe K, Weiß-Plumeyer M. A training programme in quality assurance for ambulatory care doctors in Germany. Abstract book. SIMG Spring meeting 1994, Estoril, 25-28 May 1994. Associacao Portuguesa dos Médicos Geral. Lissabon, 1994:60
17. Szecsenyi J, Gerlach FM (Hrsg.): Stand und Zukunft der Qualitätssicherung in der Allgemeinmedizin. Nationale und internationale Perspektiven. Stuttgart, Hippokrates, 1995

Dr. Ingrid Schubert

Konzeption und Arbeitsweise der Pharmako- therapiezirkel

Vorgestellt wurde das von der Forschungsgruppe Primärmedizinische Versorgung (PMV) unter der Leitung von Frau PD Dr. Liselotte von Ferber (Universität Köln) in enger Kooperation mit den Pharmakotherapieberatern der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen Ende der 1980er Jahre entwickelte und evaluierte Konzept der Pharmakotherapiezirkel. Pharmakotherapiezirkel bezeichnet hier eine Gruppe von Ärzten gleicher oder ähnlicher Fachrichtung, die sich für eine begrenzte Zeit regelmäßig freiwillig trifft, um unter der Moderation zweier Kollegen in einem balintähnlichen Setting auf der Grundlage von themen- oder indikationsgruppenbezogenen Verordnungsanalysen ihre jeweiligen Therapiekonzepte zu diskutieren und Leitlinien für eine rationale Arzneitherapie zu entwickeln.

Das Konzept beruht auf der Erfahrung, daß eine wirksame Qualitätssicherung, die auf eine Veränderung des Ordnungsverhaltens zielt, an den Problemen und Besonderheiten des primärärztlichen Handelns ansetzen muß. Hierzu bedarf es jedoch eines Verfahrens, Alltagsroutinen - in diesem Fall des Ordnungshandelns - für jeden

Arzt sichtbar zu machen. Ein geeignetes Instrument ist hierfür die Verordnungsanalyse aller oder einer Stichprobe aller Rezepte eines Arztes. (Zu anderen Verfahren der Dokumentation ärztlichen Handelns siehe Beitrag von Frau Andres und Veröffentlichungen der Forschungsgruppe AQuA). Die Verordnungsanalyse erfolgt für Indikationsbereiche und Themen - durchblutungsfördernde Mittel, Venenmittel, Analgetika/Antirheumatika, Prokinetika, Enzympräparate, Benzodiazepine, Mucolytika, Arzneitherapie im Alter - bei denen ein hohes Ordnungsvolumen auf Qualitätsprobleme wie unscharfe Indikationsstellung, unkontrollierte Dauertherapien hindeutet bzw. für Arzneimittelgruppen wie Lipidsenker, Ulcusmittel bei denen Unsicherheiten hinsichtlich der Arzneimittelauswahl oder des Therapieregimes bestehen. Diese themen- bzw. indikationsgruppenspezifische Verordnungsanalyse eröffnet jedem Teilnehmer Einblick in sein reales Ordnungsverhalten, zeigt Abweichungen von den eigenen Vorstellungen und Diskrepanzen zu den Empfehlungen rationaler Arzneitherapie. Erst auf dem Hintergrund dieser Dokumentation können Qualitätsprobleme erkannt und bearbeitet werden.

Die Aufbereitung der Verordnungsanalyse - und hierin liegt eine Besonderheit des Konzeptes der Forschungsgruppe Primärmedizinische Versorgung - erfolgt gruppenbezogen: jeder teilnehmende Arzt sieht nicht nur sein eigenes Arzneimittelspektrum und die Behandlungsprävalenzen seiner Praxis sondern auch, in anonymisierter Form, das Ordnungsverhalten der am Zirkel teilnehmenden KollegInnen. Erst durch diesen Gruppenbezug ist die Möglichkeit eines fruchtbaren Erfahrungsaustausches über die arztindividuellen therapeutischen Konzepte, über den Umgang mit Patienten- und Kollegenerwartungen und über medikamentöse wie nichtmedikamentöse Alternativen gegeben. Auf dieser Grundlage erfolgt - idealiter - die gemeinsame Erarbeitung von Leitlinien für eine Arzneitherapie, die den Anforderungen an Qualität wie Wirtschaftlichkeit Rechnung tragen. Eine weitere Besonderheit des Konzeptes - und als Anforderung an die Pharmakotherapiezirkelarbeit unabdingbar - ist die Durchführung der Evaluation nach Beendigung der 6 - 8 Zirkelsitzungen, d.h. nach ca. einem Jahr. Die Evaluation erfolgt sowohl in bezug auf den Ablauf der einzelnen Zirkelsitzungen als auch durch Wieder-

holen der Verordnungsanalyse als Vorher/Nacher-Vergleich. Erst durch die erneute Verordnungsanalyse erhalten die Ärzte ein Feedback, ob und welcher Art Veränderungen in ihrem Verordnungsverhalten stattgefunden haben. Hierdurch schließt sich der Kreis der qualitätssichernden Schritte, da die der Evaluation dienende Verordnungsanalyse zugleich wieder als Ausgangspunkt für das Erkennen von Ordnungsproblemen dient.

An Hand ausgewählter Beispiele aus der Verordnungsanalyse wurde die Arbeitsweise der Zirkel illustriert.

1. Einblick in therapeutische Konzepte

Wie schwer die Einschätzung dessen ist, was im Praxisalltag häufig und was selten vorkommt, zeigte sehr augenfällig die Analyse der Magen-Darm-Mittel. Ein hohes Verordnungsvolumen im diesem Indikationsbereich wurde in einem Zirkel spontan mit einer großen Zahl an Ulkuspatienten in der Praxis begründet. Die weitere Analyse nach therapeutischen Gruppen zeigte allerdings, daß vorrangig - entsprechend dem im Vergleich zum Ulkus häufig auftretendem Beschwerdebild des Reizmagens (der Oberbauchbeschwerden) - Prokinetika und Enzympräparate verordnet wurden. Der Vergleich der Ärzte untereinander zeigte hier bei vergleichbarer Praxissituation unterschiedliche Verordnungsvolumina, die auf unterschiedliche therapeutische Vorgehensweise schließen lassen. Hierüber kam es im Zirkel zu einem Austausch und in Ansätzen zur Formulierung von Ordnungsleitlinien.

2. Arzneimittelauswahl / Verordnungsmenge

Das Thema Arzneimittelauswahl und Kontrolle der Therapiedauer läßt sich u.a. am Beispiel der Verordnung von Benzodiazepinen diskutieren. Die Auswertungen der Rezeptdaten zeigen, daß erstens fast ein Drittel der Benzodiazepinverordnungen auf langwirkende Präparate - hier vor allem auf Flunitrazepam - entfiel und daß zweitens 40% - 80% der Benzodiazepinempfänger (so die Streuung bei den einzelnen Ärzten) die Präparate länger als einen Monat erhielt. Im Zirkel kam es zu einem Austausch, wie durch Maßnahmen der Praxisorganisation, die Ordnungsqualität verbessert werden kann (z.B. keine Ordnungen ohne Arztgespräch, d.h. vor allem keine automatische

Nachverordnung durch Bestellung bei den Arzthelferinnen, bei Nachverordnung Indikation überprüfen, Kontrolle des Verbrauchs an Hand der Kartei, Dokumentation der Ordnung sofern vorhanden mit Praxiscomputer, Anlegen einer Arzneimittelliste).

3. Breite des Arzneimittelspektrums

Ärzte sind sich oftmals über die Breite ihres Arzneimittelsortimentes nicht bewußt. Ein überschaubares Arzneimittelsortiment hilft jedoch nicht nur beim Kostenmanagement sondern ist auch eine Voraussetzung, um Erfahrung im Umgang mit diesen Arzneimitteln zu gewinnen. Jeder Arzt erhält deshalb seine persönliche Liste verordneter Fertigarzneimittel. Auch hier geht der Impuls zur Auseinandersetzung vom Vergleich der Ärzte miteinander aus. Wie gelingt es einigen Ärzten, sich in einem Indikationsbereich/ bei einem Wirkstoff auf wenige Mittel zu beschränken, warum setzen andere Ärzte von einem Wirkstoff 10 verschiedene Generika ein? In diesem Zusammenhang wurde auch das Thema Bioäquivalenz und die Möglichkeit der Substitution durch die Apotheker angesprochen. Im Vordergrund stand aber vor allem die Frage, ob diese zahlreichen verschiedenen Präparate bewußt eingesetzt werden, ob sie durch Klinik- oder Facharztverordnungen initiiert sind oder bedingt sind durch das Nachverordnen eines zuvor abgegebenen Musters. Im Zirkel wurden Strategien zur Einschränkung des Arzneimittelspektrums entwickelt. Hier ist die Erstellung einer persönlichen Arzneimittelliste zu nennen, hierzu zählt auch das Gespräch mit Klinikärzten/Fachärzten, in ihren Empfehlung an den weiterbehandelnden Arzt die Wirkstoffe zu benennen und nicht das Fertigarzneimittel.

Zum gegenwärtigen Stand der Pharmakotherapie zirkel

Gegenwärtig werden in Hessen 11 Pharmakotherapie zirkel mit ca 120 Ärzten durchgeführt. Acht Pharmakotherapie zirkel werden durch die Forschungsgruppe Primärmedizinische Versorgung (PMV, Uni Köln), drei Zirkel bei der Bezirksstelle Kassel durch die Arbeitsgemeinschaft Qualitätssicherung in der ambulanten Versorgung (AQUA, Göttingen) wissenschaftlich begleitet. Die Finanzierung der Zirkel mit jeweils 8 Sitzungen und zwei

Evaluationssitzungen erfolgt durch den VDAK-IAEV; die technische und organisatorische Unterstützung leistet die Kassenärztliche Vereinigung Hessen. Einer der acht Zirkel (PMV) setzt sich aus Ärzten zusammen, die bisher schon Aufgaben als Pharmakotherapieberater wahrgenommen haben und durch die Teilnahme am Zirkel zu Moderatoren ausgebildet werden. Teilnehmer der sieben weiteren Zirkel sind Ärzte, die im Verordnungsvolumen deutlich über dem Durchschnitt lagen und auch zum Teil von Regreß bedroht sind. Die Teilnahme eröffnet ihnen die Chance, ihre Praxisbesonderheiten zu erkennen und im Austausch mit den Kollegen das Ordnungsverhalten hinsichtlich Qualität und Wirtschaftlichkeit kritisch zu reflektieren. Rückmeldungen der TeilnehmerInnen zeigen, daß dieser sonst nicht vorhandene Erfahrungsaustausch besonders geschätzt wird und zur Teilnahme motiviert. Gegenwärtig werden die Ordnungsdaten zur Evaluation dieser Zirkel aufbereitet. Evaluationen früherer Zirkel (s. L. v. Ferber / I. Köster 1994) zeigten eine Verbesserung der Ordnungsqualität durch einen Rückgang des Ordnungsvolumens bei Arzneimitteln mit nichtgesicherter Wirksamkeit (vor GSG) und bei bestimmten Arzneimitteln, die oftmals ohne gesicherte Diagnose eingesetzt werden (H2-Blok-

ker, Benzodiazepine, Antibiotika). Die Analyse zeigte, daß insbesondere bei den älteren multimorbiden Patienten ein Rückgang der Ordnungszahlen bei den zur Diskussion stehenden Arzneimittelgruppen zu beobachten war.

Ausgewählte Veröffentlichungen über das Pharmakotherapiezirkelkonzept der Forschungsgruppe PMV:

Ferber, Liselotte von, Köster, Ingrid (1994): Qualitätsbewußte Arzneitherapie ist wirtschaftlich. ISAB-Schriftenreihe Nr. 28. Köln/Leipzig: ISAB-Verlag.

Ferber, Liselotte von (1993): Pharmakotherapiezirkel. Ein Weg zur Verbesserung der Arzneimitteltherapie im Alter. In: Arzneimitteltherapie des älteren Menschen im Spannungsfeld zwischen Qualität und Kosten hrsg. von H. R. Vogel. Stuttgart/Jena: FischerVerlag: 71-81.

Ferber, Liselotte von; Köster, Ingrid; Krappweis, Jutta, Alberti, Luciano (1993): Pharmakotherapieberatung in ärztlichen Qualitätszirkeln. Hess. Ärzteblatt 17:12-16.

Ferber, Liselotte von (1993): Auditing Drug Therapy by Peer Review - The German Experience. In: Pharmacoepidemiology and Drug Safety. Vol. 2: 195-200.

Weiterführende Literatur über ärztliche Qualitätszirkel siehe O. Bahrs, F. M. Gerlach, J. Szecsenyi (1995): Ärztliche Qualitätszirkel. Leitfaden für den niedergelassenen Arzt. Deutscher Ärzte-Verlag

Kurzbericht der Diskussionsgruppe: Ansatzpunkte für eine Qualitätssicherung der Beratungsleistung in der Apotheke.

Das Konzept der Pharmakotherapiezirkel - Dokument des Alltagshandelns als Basis der kollegialen Diskussion - kann einerseits unter dem Aspekt betrachtet werden, inwieweit die Möglichkeit besteht, daß niedergelassene Apotheker mit niedergelassenen Ärzten Ordnungsanalysen diskutieren (z.B. in Anlehnung an das holländische Modell / auch in Erweiterung der Themen der Arzt-Apotheker-Gesprächskreise), andererseits legt das Konzept die Frage nahe, ob und wie es Anwendung für eine Qualitätssicherung der Tätigkeit der ApothekerInnen/PTAs (z.B. in bezug auf ihre Beratungen / in der Arzneimittelabgabe) finden kann. Zu diesem zweiten Thema fand auf dem Herbstseminar eine lebhafteste Diskussionsrunde von ca. eineinhalb Stunden statt. Der Einstieg in die Diskussion erfolgte durch die Frage nach Arbeitsbereichen, die für Qualitätsprobleme besonders an-

fällig sind und sich externer Kontrolle weitgehend entziehen. Im folgenden sind nur einige Punkte der Diskussion stichwortartig festgehalten, wobei die Diskussion dadurch gekennzeichnet war, daß sowohl Probleme im Arbeitsalltag benannt, als auch von einigen Teilnehmern, die sich mit diesen Fragen schon in anderem Kontext - z. B. Erfahrungsgruppe - befaßt haben, Lösungsvorschläge angeführt wurden. Die Themen konnte nur angerissen und nicht vertieft werden.

Die Antworten auf die Eingangsfrage fokussierten vorrangig - dies konnte optisch durch schriftliches Festhalten der Antworten auf Karten und Zuordnung unter die beiden Gesichtspunkte Struktur- und Prozeßqualität dargestellt werden - auf Strukturprobleme.

Probleme	Strategien
<ul style="list-style-type: none"> • Struktur und Handhabung des Warenlagers • Kriterien für Warenlager /Direkteinkauf - Zeitdruck 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Verantwortlichkeiten für den Einkauf / Entscheidungsstrukturen in der Apotheke ♦ Strategie für Umgang mit Vertretern entwickeln
<ul style="list-style-type: none"> • Gestaltung von Sichtwahl und Schaufenster 	
<ul style="list-style-type: none"> • fehlende Markttransparenz hinsichtlich Qualität und Wirksamkeit: hier: Problem: Arzneimittelauswahl bei Selbstmedikation • Erkennen von / Beraten bei „Problemarmazeiten“ 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ „Positivliste für Selbstmedikation“ ♦ Zugang zu Informationen / Schulung / übereinstimmende Information an Kunden durch alle in der Abgabe Tätige
<ul style="list-style-type: none"> • fehlende Kenntnis in der Handhabung mancher Darreichungsformen (bei ApothekenmitarbeiterInnen wie Patienten) bedingt durch Marktbreite 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ zu Demonstrationszwecken z.B. alle (?) Insulinpens /Spacer etc, vorrätig haben
<ul style="list-style-type: none"> • Prüfung der Interaktionen 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Datenbanken / Literatur / Zeitstruktur

Die Frage, worauf man selbst in anderen Apotheken achte, lenkte die Aufmerksamkeit auf die Prozeßebene:

Problem	Strategie
<ul style="list-style-type: none"> • Interaktion mit dem Kunden (fachliche Standards / Didaktik) 	
<ul style="list-style-type: none"> • Verbesserungsbedarf bei der Beratung 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Patientendatei / Demonstrationsmaterial
<ul style="list-style-type: none"> • Handlungsdruck für eine Arzneimittlempfehlung bei Selbstmedikation (vergleichbar dem Handlungsdruck der Ärzte, etwas zu verordnen) • Arzneimittlempfehlung bei Selbstmedikation 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Positivliste für Selbstmedikation
<ul style="list-style-type: none"> • Handhabung der Rezeptbelieferung 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Schriftliches Systematisieren der Arbeitsschritte (auch Strukturverbesserung) ♦ Konkretes Ausformulieren von verbindlichen Arbeitsanweisungen- z.B. was muß der Patient, der ein neues Arzneimittel verordnet erhält wissen / gefragt werden ♦ zusätzliche Kontrolle nach Abgabe ♦ systematische Rückfrage, was bisher verordnet wurde / Patientendatei.
<ul style="list-style-type: none"> • Arzneimittelbezogene Probleme kommunizieren 	
<ul style="list-style-type: none"> • Kommunikation und Kooperation im Apotheken-Team / Kritikfähigkeit entwickeln 	

81%

Zusammenfassend kann festgehalten werden, daß vor allem in der Umsetzung des Wissens über Arzneimittel in der tägliche Praxis vor dem Hintergrund der Strukturprobleme des Arzneimittelmarktes, den ökonomischen Zwängen sowie den eingefahrenen Arbeitsabläufen, Probleme gesehen werden vergleichbar der Prämisse, auf der das Konzept der ärztlichen Pharmakotherapie beruht: Wissen stellt richtiges Handeln allein nicht sicher. Abschließend wurde noch kurz das Problem einer Dokumentation der Alltagsroutine als Basis zur Analyse von Qualitätsproblemen angesprochen. Eine

Möglichkeit im Bereich der Selbstmedikation besteht in einer Analyse der Warenlagers, der Bevorratungen und der Dokumentation beim Verkauf. Um eine Einschätzung vornehmen zu können, was häufig und was selten vorkommt und in welchen Segmenten / bei welchen Patientengruppen wirksam für eine Qualitätsverbesserung angesetzt werden kann, ist es notwendig alle Patientenkontakte - auch nach Altersgruppen und Geschlecht- zu dokumentieren, um die Grundgesamtheit, auf die sich vergleichende Analysen beziehen, zu kennen.

Gottfried Neuhaus

Gesundheitsförderung: die besonderen Möglichkeiten des Apothekers

1. Gesundheitserziehung

Gesundheitserziehung und gesundheitliche Aufklärung haben in den vergangenen Jahrzehnten nicht die beabsichtigten Erfolge gebracht. Analog zur Gesundheitsberatung in der Apotheke muß derjenige, der sich mit Gesundheitserziehung resp. -beratung beschäftigt, Informationen geben, Motivation wecken, Einstellungen verändern und neues Verhalten etablieren. Die Informationen alleine besitzen nicht die motivierende Kraft, um gesundheitsfreundliches Verhalten herbeizuführen.

Die Gründe für gesundheitsabträgliche Verhaltensweisen wie Fehlernährung, übermäßiger Alkoholkonsum, Rauchen, Bewegungsarmut usw. liegen in Fehleinstellungen sowie Defiziten im seelischen und zwischenmenschlichen Bereich. Ersatzhandlungen, die sehr oft gesundheitsschädigend sind, kompensieren sehr oft die Defizite.

Um beim Beratungsgespräch in der Apotheke erfolgreich zu sein, muß der Beratende (Apotheker und PTA) besonders weitgehend im methodisch geführten Beratungsgespräch ausgebildet sein.

Ferner ist es von großer Bedeutung, daß alle Mitglieder der Heilberufe sowie ihr Assistenzpersonal als helfende Personen im kurativen Bereich gesehen werden. Untersuchungen zeigen, daß dieses besondere Vertrauensverhältnis auch einen Aspekt des „Vorbildverhältnisses“ hat. Bezugspersonen in der ärztlichen Praxis, in der Apotheke, in Familien, Schulen und Betrieben sind imstande, Fehleinstellungen umzuprägen.

Da sich Gesundheitserziehung in der Vergangenheit deutlich auf den verhaltensbezogenen Aspekt, und hierbei noch fast ausschließlich auf die körperliche Komponente, beschränkt hat, konnte sie nicht die gewünschten Erfolge haben.

So war das bisherige Gesundheits- und Krankheitsverständnis durch ein medizinisch-biologisch definiertes Ideal körperlicher Funktionen gekennzeichnet. Als Ergebnis zahlreicher epidemiologischer Studien wurden physiologische Faktoren identifiziert, Abweichungen von Normwerten (z.B. erhöhte Blutdruck- und Fettwerte oder Übergewicht) werden mit dem Begriff Risikofaktoren generalisiert und statistisch mit einer höheren Wahrscheinlichkeit für Erkrankungen verbunden. Gesundheitserziehung heißt dann Vermeidung oder Abbau von Risikofaktoren.

Zahlreiche empirische Studien haben dagegen ergeben, daß Gesundheit, Krankheit und Krankheitsbewältigung maßgeblich durch ein komplexes Zusammenwirken von psychischen, physischen und sozialen Faktoren bestimmt werden. Gesundheit bzw. Krankheit wird in der modernen Sicht als Prozeß verstanden, der durch menschliches Verhalten und durch die den Menschen umgebenden Lebensverhältnisse beeinflusst wird. Hieraus ergibt sich die Folgerung, gesundheitsbezogenes Verhalten in seiner lebensgeschichtlichen Entstehung zu sehen und gesundheitsstützende Lebensverhältnisse mit einer aufeinander abgestimmten Verhaltens- und Verhältnisprävention zu fördern. Für die Apotheke bedeutet dies, daß das Beratungsverhalten des entspre-

chenden Personals auf der Basis einer partnerschaftlichen Gesprächsführung stattfinden muß. In diesen partnerschaftlichen Gesprächen müssen zwar auch Risikofaktoren identifiziert werden, aber auch schützende Potentiale und Faktoren von Gesundheit thematisiert werden.

Personale Ressourcen wie Zuversicht, internale Kontrollüberzeugung, Selbstvertrauen, Selbstwertgefühl und interpersonales Vertrauen sind ebenso stark zu fördern wie der Abbau von Risikofaktoren.

2. Gesundheitsförderung

Um Gesundheitsförderung zu charakterisieren, bedarf es wegen der Breite und Tiefe der zugrunde liegenden Forschungsergebnisse einer großen Beschreibung. Eine Kurzfassung, die zwangsläufig vieles vernachlässigen muß, ist dennoch machbar - und sieht folgendermaßen aus:

Gesundheitsförderung ist die Summe aller Maßnahmen zur Verhaltens- und Verhältnisbeeinflussung im krankheitsverhindernden und gesundheitsunterstützenden Sinne.

Nach dieser kurzen Beschreibung lohnt es sich jedoch, sich alle körperlichen, psychischen und sozialen Komponenten von Gesundheit vor Augen zu führen. Verschiedenste Forschungen der vergangenen Jahre haben hierzu ein sehr buntes Bild von Determinanten für Gesundheit erbracht (beiliegende Tabellen zeigen einen Auszug aus Arbeitsfeldern zur Gesundheitsförderung, diese ergeben sich aus den Determinanten von Gesundheit).

Schon 1990 votierten 162 Organisationen in der Bundesrepublik Deutschland für eine Politik der Gesundheitsförderung. Neben vielen Forderungen zu Kooperation, Professionalität, Gesundheitsberichterstattung und Fortbildung haben diese Verbände aus dem Gesundheits- und Krankheitsbereich Ziele der Gesundheitsförderung benannt:

1. Für die Gesellschaft soll erreicht werden:

- daß politische und wirtschaftliche Entscheidungen nach gesundheitsfördernden Gesichtspunk-

ten überprüft werden; - daß alle Politikressorts sich ihrer Verpflichtung zur Gesundheitsförderung bewußt werden und dementsprechend handeln; - daß kindliche und jugendliche Lebens- und Entwicklungsbedingungen gestaltet werden, die Identitätsbildung fördern;

- daß der Schutz und der Erhalt unserer Lebensgrundlagen Boden, Wasser und Luft zu einem elementaren Bestandteil einer Gesundheitsförderungspolitik gemacht wird; - daß die Arbeitswelt von gesundheitsschädlichen und umweltschädlichen Einflüssen bereinigt und gesundheitsfördernd gestaltet wird; - daß der Prävention bedrohlicher Krankheiten, z.B. Herz-Kreislaufkrankheiten, Krebs, chronisch degenerativer Erkrankungen und AIDS, höchste Priorität eingeräumt wird; - daß psychosozialen Problemlagen wie z.B. dem Mißbrauch von Drogen (allen suchterzeugenden legalen und illegalen Stoffen sowie stoffungebundenen süchtigen Verhalten) als auch dem Problem des Suizids mehr Forschung und Prävention gewidmet wird; - daß Bund, Länder und Kommunen ausreichende Finanzmittel zur Verfügung stellen, um eine effektive Gesundheitsförderung zu ermöglichen.

2. Für den einzelnen soll erreicht werden:

- daß Gesundheit als positiver Begriff eine Lebensorientierung ist und gleichwertig steht neben dem Bemühen, Krankheiten zu verhindern;
- daß er über den Stellenwert von Gesundheit für sein Leben nachdenkt und Gesundheit als Teil der Lebensqualität bewußt wahrnimmt;
- daß er Verantwortungsgefühl für seine eigene Gesundheit und Mitverantwortung für die Gesundheit anderer Menschen entwickelt;
- daß er in der Lage ist, gesundheitsgefährdende Lebensumstände zu erkennen und diese bei sich und in seinem Lebensbereich zu verändern;
- daß er Leib, Geist und Seele in ihrem Zusammenwirken wahrzunehmen und verstehen lernt;

- daß er sich die sozialen und psychischen Hintergründe gesundheitsbeeinflussender Verhaltensweisen bewußt macht; z.B. persönliche und gesamt gesellschaftliche Angst, Umgang mit Konflikten, Gruppenzwänge, Ausgrenzung, Diskriminierung, Prestigedenken, Wirkung der Werbung;
- daß er mit Schwierigkeiten des Lebens fertig werden kann, ohne „Ersatzmittel“ zu benutzen, mit denen Gesundheit aufs Spiel gesetzt wird;
- daß er Entscheidungskompetenz für seine Gesundheit erlangt;
- daß er Risikoverhalten und Gefahren verantwortlich einzuschätzen lernt und sich entsprechend verhält;

- daß er den Wert der angebotenen Präventivmaßnahmen schätzen lernt und diese auch nutzt.

Die Apotheker und das Apothekenpersonal in der Bundesrepublik Deutschland sind aufgrund ihrer besonderen Kompetenz und gesellschaftlichen Stellung in der Lage, sich für die oben genannten Ziele aktiv einzusetzen. Die Fortbildungsmaßnahmen der Kammern, Vereine und Verbände sollten dies berücksichtigen und das nötige Handwerkszeug für diese entsprechende Beratung oder Umsetzung mitgeben.

Psychische Komponente

- Auswahl, Arbeitsfelder -

Verhaltensbereich

- Stellenwert von Gesundheit reflektieren
- Risikoverhalten und Gefahren einschätzen lernen
- ohne „Ersatzmittel“ Probleme lösen
- Umgang mit Angst, Konflikten, Gruppenzwängen, Ausgrenzung, Diskriminierung, Prestigedenken
- „Nein“-Sagen lernen
- Frustrationstoleranz
- zuversichtliche Lebenseinstellung (Optimismus)
- Fähigkeit/Überzeugung, wichtige Ereignisse selbst beeinflussen zu können
- Selbstvertrauen
- unbekümmerte Selbsteinschätzung
- Entspannungstechniken
- Autogenes Training
- Meditation

- Stellenwert von Gesundheit reflektieren
- Entscheidungskompetenz für die eigene Gesundheit erlangen
- identitätsfördernde Erziehungsstrukturen
- Selbstverwirklichungsmöglichkeit am Arbeitsplatz
- Maßnahmen zur Arbeitsbeschaffung
- An kämpfen gegen Arbeitslosigkeit
- Ausbildung der Lehrer
- Ursachenforschung/Suizid

Verhältnisbereich

Soziale Komponente

- Auswahl, Arbeitsfelder -

Verhaltensbereich

- soziale Kompetenz entwickeln
- Verantwortung für die eigene Gesundheit und die der Mitmenschen übernehmen
- gegenseitige Unterstützung
- gesundheitsgefährdende Lebensumstände erkennen und verändern
- Eindämmen der Umweltrisiken
- Schutz von Boden, Wasser und Luft
- umweltgerechtes Verhalten
- Müllsortierung / Müllbeseitigung
- Beteiligung an Zukunftsgestaltung
- Förderung eines positiven Selbstwertgefühls
- interpersonales Vertrauen
- Akzeptanz der Normen
- Arbeitswelt gesundheitsfördernd umstrukturieren

Verhältnisbereich

- Chancengerechtigkeit zur Teilhabe an der Gesundheitsversorgung
- Schaffung von Kooperationsgremien wie Arbeitsgemeinschaften zur Gesundheitsförderung
- politische und wirtschaftliche Entscheidungen nach Gesundheitsrelevanz überprüfen
- gesundheitsgefährdende Lebensumstände erkennen und verändern
- Eindämmen der Umweltrisiken
- Schutz von Boden, Wasser und Luft
- Gesundheitsberichterstattung
- sinnvolle Arbeit / Arbeitsbeschaffung
- soziale Netzwerke
- gesunde, ausreichende Wohnumwelt
- Verkehrsberuhigung
- Kinderspielplätze
- kulturelle Vielfalt
- Jugendzentren

Körperliche Komponente

- Auswahl, Arbeitsfelder -

Verhaltensbereich

- Prävention von Krebs, Herz Kreislauferkrankungen, AIDS, chronischen Krankheiten
- Krankheiten begreifen und akzeptieren lernen
- Medikamentenkenntnisse Compliance
- Alternativen zu Medikamenten kennen
- Ernährung
- Nahrungszusammenstellung
- Hygiene
- Sexualität
- Kondombenutzung
- Sport/Bewegung treiben
- Spiele
- Kleidung

Verhältnisbereich

- Prävention von Krebs, Herz Kreislauferkrankungen, AIDS, chronischen Krankheiten
- Angebote von Präventivmaßnahmen
- Unterstützung bei Schwangerschaft und Geburt
- Impfungen
- ausreichendes Einkommen für Nahrung, Kleidung, Wohnung usw.
- Pausengestaltung in der Schule
- gesundes Schulfrühstück
- Umweltgestaltung in der Schule

Mitgliederversammlung des VDPP 1997

- Wann?** 1.+ 2. März 1997
- Wo?** Jugendgästehaus
Horionstr. 60
53177 Bonn - Bad Godesberg
Tel. 0228 / 31 75 16
- Wie teuer?** 30,- DM ohne Übernachtung
60,- DM mit 1 Übernachtung
90,- DM mit 2 Übernachtungen

Anmeldung

Anmeldung bitte bis spätestens 15. Febr. 97 an die Geschäftsstelle (Grindelallee 182, 20144 Hamburg) schicken. Und zum 101. Mal: Teilnahmegebühr bitte bei Anmeldung überweisen (Postgiro Berlin BLZ 100 100 10, Kto.-Nr. 200 47 - 105)

Ja, ich nehme an der Mitgliederversammlung des VDPP in Bonn teil

Ich übermache

- 1 x am Tagungsort
 2 x am Tagungsort
 woanders

Name:

Adresse:

Unterschrift

Zeitplan:

Samstag

- | | |
|-------|---|
| 9.30 | Perspektiven
1. Referat:
Motivation für die Gründung des VDPP
2. Referat
Darstellung der bisherigen Vereinsarbeit |
| 10.30 | Diskussionsrunde unter der Moderation
von Rainer Menzel (angefragt) |
| 13.00 | Mittagessen |
| 14.30 | Beginn der MV |

Sonntag

- | | |
|-------|--------------------|
| 9.30 | Fortsetzung der MV |
| 13.00 | Ende der MV |
| 13.15 | Mittagessen |

Tagesordnung der MV

1. Wahl der Versammlungsleitung und ProtokollantIn
2. Bestätigung der TO
3. Genehmigung des Protokolls der MV 96 (s. RB 35)
4. Bestätigung der neuen Mitglieder
5. Rechenschaftsbericht des Vorstandes mit
anschl. Diskussion
6. Kassenbericht 96 und Bericht der
Rechnungsprüfer
7. Entlastung des Vorstandes
8. Wahl des neuen Vorstandes
9. Wahl der Rechnungsprüfer
10. Diskussion der zukünftigen Arbeitsschwerpunkte
11. Anträge
12. Öffentlichkeitsarbeit, Rundbrief
13. Finanzplan
14. Spargesetze im Gesundheitswesen
15. Netzwerk
16. Verschiedenes

Anträge werden der Versammlung in schriftlicher Form vorliegen

Dokumentation

Der Dokumentationsteil beginnt mit einem der FAZ am 9.11.96 entnommenem Artikel über das Pharmaziestudium in Deutschland, der leider nur mit Lupe zu entziffern ist.

Es folgen zwei Presseerklärungen des VDÄÄ zur aktuellen Gesundheitspolitik. Anschließend ein Aufruf der Gen-ethischen Netzwerks zur Ächtung der Keimbahnmanipulation. Der VDPP hat selbigen übrigens inzwischen mitunterzeichnet, auch wenn er noch nicht in der Liste auftaucht.

Daran schließt sich die „Niederländische Apothekennorm“ an, herausgegeben von der „Königlich Niederländischen Gesellschaft zur Förderung der Pharmazie“ und übersetzt von Professor Richard Süverkrüp, Pharmazeut an der Uni Bonn. Prof. Süverkrüp weist darauf hin, daß es sich bei seiner Übersetzung um eine vorläufige Fassung hat, die noch geringfügig geändert werden wird. Für uns sollte das Papier jedoch auch in der vorliegenden Form schon aufschlußreich sein.

Abschließend zwei Aufrufe aus der Rubrik „Gemischtes“. Die BUKO-Pharmakampagne steckt in einer unerwartet auftretenden Finanzkrise und bittet daher um finanzielle Unterstützung, und in Kalkutta wird eine ApothekerIn von der Calcutta Rescue Clinic gesucht. Der Rundbrief erscheint für letztere Anzeige eventuell zu spät, aber vielleicht ergibt sich ja noch etwas für später.

Der Apotheker als Kaufmann und Arzneimittelexperte

Die Chemie, nicht die Therapie, beherrscht das Studium / Studieren in Deutschland: Pharmazie / Von Rainer Flöhl

Das Ansehen des Apothekers in der Öffentlichkeit ist nach wie vor groß. Die Bürger haben auch recht klare Vorstellungen von den Aufgaben des Apothekers. 84 Prozent der Deutschen sind der Meinung, daß sich der gute Apotheker nicht mit dem Verkauf oder der Abgabe von Medikamenten begnügen, sondern auch Zeit für Beratungsgespräche haben sollte. Die Zukunft der Apotheke wird weder in der klassischen Offizin noch in einem Gesundheitszentrum gesehen. Erwartet wird, Umfragen zufolge, eine moderne Apotheke mit klassischem Profil, deren Dienstleistungen von einem Arzneimittelfachmann angeboten werden. Die Wirklichkeit wird diesen Vorstellungen erst teilweise gerecht, denn die Ausbildung zum Apotheker wird diesen Vorstellungen und Bedürfnissen nicht gerecht. Die pharmazeutische Chemie beherrscht nach wie vor das Studium,

markt rechtfertigt diese Einstellung. Der Anteil der Selbstmedikation am Umsatz der Apotheken liegt – auf die abgegebenen Packungen bezogen – bereits bei 38 Prozent. Die weltweit zu beobachtende Tendenz, hochwirksame Präparate aus der Verschreibungspflicht zu entlassen, dürfte den Anteil der Selbstmedikation weiter erhöhen. Diese Situation erfordert vom Apotheker besondere Verantwortung. Er muß die Eigendiagnosen des Patienten auf Plausibilität überprüfen und sollte erkennen, wann ärztliche Behandlung erforderlich ist. Auch im Bereich der Gesundheitsförderung, der alternativen Heilkunde sowie bei der Bekämpfung der Sucht und des Arzneimittelmisbrauchs muß der Apotheker kompetent sein.

Strenggenommen geht es nicht mehr um Arzneimittel, sondern um Patienten. Es gilt, die Arzneimitteltherapie zu optimie-

nämlich nur möglich, wenn die Hochschullehrer zu Zugeständnissen bereit sind und neue Lehrangebote zulassen. Die Schwierigkeiten hängen damit zusammen, daß die Approbationsordnung im Jahr 1989 zwar dem europäischen Recht angepaßt wurde, die Belastung der Studenten mit Pflichtveranstaltungen jedoch weiterhin hoch blieb. Damals wurde die Studiendauer auf acht Semester verlängert und, daran anschließend, weithin eine einjährige praktische Ausbildung vorgeschrieben. Während des Studiums muß ein achtwöchiges Praktikum in einer Apotheke absolviert werden.

Dieses Konzept hat sich im Prinzip bewährt, da es eine breitangelegte pharmazeutische Ausbildung sichert, die den Absolventen eine Vielzahl von Tätigkeitsbereichen eröffnet. Allerdings muß der angehende Apotheker bereits im Studium die Möglichkeit erhalten, im Hinblick auf sein späteres Tätigkeitsfeld Schwerpunkte zu setzen. Dies könnte durch die Einführung von Wahlpflichtfächern erreicht werden. Das bedeutet, daß der Lehrstoff auf die Relevanz für das Berufsbild überprüft und notfalls beschnitten werden muß.

Von den Kürzungen wird vor allem die pharmazeutische Chemie betroffen sein, auf die in Deutschland 46 Prozent der Ausbildung entfallen. In keinem anderen Land ist dieser Anteil so hoch; 30 bis 35 Prozent werden in anderen Ländern inzwischen als ausreichend betrachtet. Statt dessen sollen die Fächer Pharmakologie und Toxikologie sowie die medizinischen Grundlagen – klinische Pharmazie, Pharmakotherapie, Krankheitslehre, Gentechnik oder Sozialpharmazie – stärker berücksichtigt werden und damit gleichberechtigt neben die zwei anderen vorgeschriebenen Fächergruppen Biologie/Biochemie sowie Physik/Pharmazeutische Technologie treten. Kritisiert wird ferner immer wieder die starke Betonung der Praktika, ihr Anteil an den Unterrichtsveranstaltungen liegt bei 62 Prozent. Deutschland führt hier ebenfalls die Spitze an. Der Anteil der theoretischen Ausbildung sollte nach Vorstellungen der Europäischen Union bei 50 Prozent liegen. Kürzungen werden hier ebenfalls vor allem bei den chemischen Praktika nötig sein.

Wer in den nächsten Jahren mit dem Studium der Pharmazie beginnt, wird sich trotz aller Mängel mit der alten Approbationsordnung abfinden müssen. Er sollte jedoch nach Möglichkeit dort studieren, wo man diese flexibel handhabt und bereits versucht, den heutigen Anforderungen gerecht zu werden. Auch für all jene, die nicht in einer öffentlichen Apotheke tätig werden wollen, gilt es frühzeitig, Chancen für die Spezialisierung zu nutzen. Die FU Berlin bietet beispielsweise einen Schwerpunkt der Ausbildung in klinischer Pharmazie. In Freiburg hat beispielsweise die pharmazeutische Technologie einen hervorragenden Ruf.

Die Apotheker haben außerhalb der Offizin in vielen Bereichen nach wie vor gute Beschäftigungschancen – im Krankenhaus, in der pharmazeutischen Industrie, aber auch bei Behörden und Verbänden. Die Promotion ist besonders dann nützlich, wenn es um Positionen in der For-

schung geht, wo der Apotheker mit Biologen, Chemikern, Physikern oder Medizinern konkurriert.

Die wirtschaftliche Lage der Apotheker hat sich – was die Offizin betrifft – stabilisiert. Allerdings schrieb auch 1995 die Hälfte aller Apotheken rote Zahlen, wobei in der Kostenrechnung die Unternehmerlöhne enthalten sind. Insgesamt hat sich der Apothekerberuf in diesem Jahrhundert als krisenfest erwiesen. Dies dürfte auch für die Zukunft gelten. Die Zahl der Apotheken stagniert bei rund 21 000. Der Boom an Neugründungen ist verobert. Schließungen und Neueröffnungen halten sich, vom Nachholbedarf in den neuen Bundesländern abgesehen, die Waage.

Die Zahl der in Deutschland tätigen Apotheker liegt bei 50 000, rund 43 000 davon arbeiten in öffentlichen Apotheken. Dem stehen noch immer 12 000 Pharma-

ANZEIGE

Kongreßmesse zum Berufseinstieg 8. Deutscher Absolventen-Kongreß 20./21. Nov. 1996 in Köln

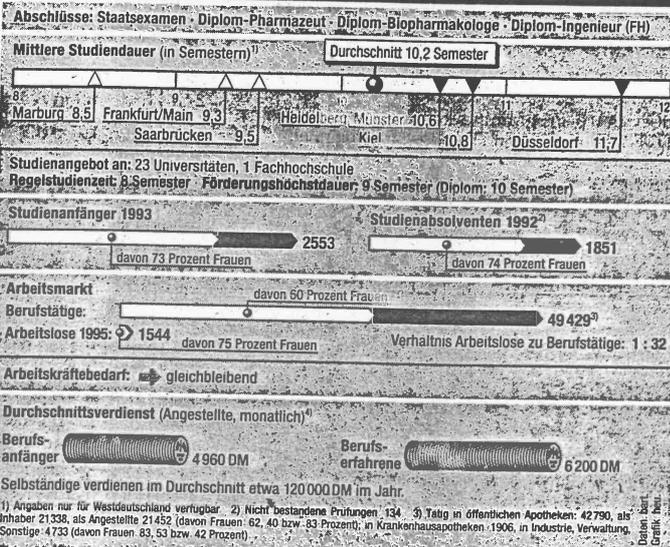
260 Aussteller – 150 Vorträge – Bewerbertraining-Seminare
Größe und vielseitigste Veranstaltung in Deutschland: Die
führenden Unternehmen stellen sich als Arbeitgeber vor. Ein
Muß für alle examensnahen Studenten und Absolventen.
Kongreß-Prospekt unter
Tel. 075 31 / 98250 • Fax 075 31 / 98255

ziestudenten gegenüber. Die Zahl der Bewerber für einen der 2450 Studienplätze liegt bei knapp über 5000. Dreiviertel der Neuapprobierten sind Frauen. Damit hängt auch zusammen, daß die Arbeitslosigkeit unter den Apothekern trotz des geringen Ersatzbedarfs von jährlich 500 bis 600 Stellen vergleichsweise niedrig ist. Viele Apothekerinnen sind als Teilzeitkräfte tätig und pausieren vorübergehend. Im Krankenhaus sind knapp 2000 Apotheker beschäftigt, in Industrie, Verwaltung und Wissenschaft rund 5000.

Wie diese Verteilung und die Berufschancen insgesamt künftig aussehen werden, hängt von der Kompromißfähigkeit aller Beteiligten und der Einsicht in die Notwendigkeit einer neuen Ausbildungsordnung, aber auch von der Beweglichkeit der Studenten ab. Die Studenten sollten alle Chancen für eine Spezialisierung nutzen, auch wenn es noch keine Wahlpflichtfächer gibt.

Was die Offizin betrifft, wird sich zeigen, ob die Vorstellungen der Bevölkerung und der Apothekerverbände vom Apotheker als Arzneimittelfachmann realistisch sind oder ob – nicht zuletzt aus ökonomischen Gründen – in diesem Beruf der Kaufmann dominiert. Fragwürdig ist die Vorstellung vom Arzneimittelfachmann aber vor allem dann, wenn es um die Zusammenarbeit mit den Ärzten geht. Die Apothekerverbände fördern zwar die Kooperation mit Ärzten; es gibt inzwischen sogar Arbeitskreise, an denen sich Allgemeinärzte und Apotheker beteiligen. Doch die Erfahrungen der Vergangenheit in diesem Bereich sind eher ernüchternd. Nimmt der Apotheker nämlich seine Aufgabe als Gesundheitsberater ernst, wird es schnell zu Konflikten mit den Ärzten kommen. Diener zweier Herren – das war schon immer eine undankbare Aufgabe.

Pharmazie



therapiebezogenes Wissen wird dementsprechend vernachlässigt.

Der Bruch im Berufsbild des in der öffentlichen Apotheke tätigen Apothekers und im Selbstverständnis ist unübersehbar. Die ursprüngliche Funktion, die Herstellung von Arzneimitteln, ist weithin überflüssig geworden. Die Fähigkeit zu rezeptieren wird zwar weiter benötigt, doch Arzneimittel werden nur noch gelegentlich selbst angefertigt. Die Aufgabe des Apothekers beschränkt sich heute also überwiegend auf die Abgabe industriell hergestellter Arzneimittel. Dadurch ist der Apotheker immer mehr zum Kaufmann geworden. Dennoch halten die Apothekerverbände und die Bundesapothekerkammer daran fest, daß der Apotheker zu den Heilberufen und damit zu den freien Berufen gehört. Mit dieser Argumentation kämpfen sie bislang erfolgreich gegen möglicherweise folgenschwere Veränderungen des tradierten Apothekenwesens. Die Entwicklung auf dem Arzneimittel-

ren – eine anspruchsvolle Aufgabe, wenn man bedenkt, daß wegen mangelnder Aufklärung viele Medikamente nicht richtig angewandt werden und vermeidbare Nebenwirkungen zu unnötigen Krankenhausaufenthalten führen können. Die Apothekerverbände haben deshalb beispielsweise damit begonnen, Asthmakranke besser zu informieren. Das soll die Lebensqualität erhöhen und die Krankheitskosten senken. Man sieht darin auch einen Beitrag zur Gesundheitsökonomie, geht es im Blick auf die Verhältnisse in den Vereinigten Staaten doch um mehr „pharmaceutical benefit“ und besseres Krankheitsmanagement.

Das Studium der Pharmazie orientiert sich in der Bundesrepublik noch weithin am Arzneimittel und nicht am Patienten. Der im Februar dieses Jahres von der Bundesregierung vorgelegte Erfahrungsbericht beschreibt klar die Mängel. Die überfällige Reform der Ausbildung dürfte aber auf Widerstände stoßen. Änderungen sind

verein demokratischer ärztinnen und ärzte



kurfürstenstraße 18 • 60486 frankfurt
telefon (069) 779366 • telefax (069) 7073967
postbank ffm. • konto 13747-603 • blz 500 100 60
e-mail: 069776419@t-online.de

vdää • kurfürstenstr. 18 • 60486 frankfurt/main

VDPP Verein Demokratischer
Pharmazeutinnen u. Pharmazeuten
Grindelallee 182

20144 Hamburg

Datum
2. Dezember 1996

PRESSEERKLÄRUNG

Zur Anhörung der Verbände im Deutschen Bundestag am Mittwoch, dem 4.12.1996, in Bonn **Das 2. GKV Neuordnungsgesetz**

Ab 1. Januar 1997 sollen die gesetzlichen Krankenversicherungen einen Gestaltungsspielraum erhalten, ob sie

häusliche Krankenpflege

Fahrtkosten, Kuren und Rehabilitation, Heilmittel und Auslandsleistungen

ihren Mitgliedern zur Verfügung stellen oder nicht. Die Beiträge dürfen sie dafür aber nicht erhöhen. Tun sie dies dennoch, dann sind sie gezwungen, die Zuzahlung pro 0,1 % Beitragssteigerung um 1 DM anzuheben.

Die Folge:

- 1. Kranke, die auf die oben genannten Leistungen angewiesen sind, müssen zwangsweise Krankenkassen mit hohen Zuzahlungen angehören.**

Die „niedrigen Risiken“, Noch-Gesunde, die es sich leisten können, werden diese Krankenkassen verlassen und zu billigeren oder der privaten Krankenversicherung wechseln. Krankenkassen mit Kranken werden also immer teurer, bis sie vor dem Konkurs stehen. Um diese Entwicklung zu verhindern, werden die Krankenkassen versuchen, Kranke loszuwerden. Wo aber bleiben dann diese Kranken?

Verschärft wird dieser Effekt durch die, oberflächlich gesehen soziale, Erhöhung der Zumutbarkeitsgrenze für chronisch Kranke: Menschen, die länger als 1 Jahr in Dauerbehandlung sind, brauchen nur mehr 1 % statt 2 % der Bruttoeinnahmen für Gesundheitskosten selber finanzieren. Da ausgerechnet diese Regelung vom Risikostrukturausgleich zwischen den Krankenkassen ausgeschlossen wurde, werden die in bestimmten Krankenkassen besonders

zahlreichen chronisch Kranken zur Erhöhung der Selbstbeteiligung zwingen, was schließlich wiederum zum Konkurs dieser Krankenkassen führen kann, also die chronisch Kranken ihrem Schicksal, konkret den Kommunen, überläßt.

2. Die Patienten tragen das Punktwertisiko.

Alle Mitglieder der GKV sollen anstelle des Sachleistungsprinzips die Kostenerstattung beim Arzt wählen können. Von ihrer Krankenkasse erhalten sie dann nur den Betrag, den diese bei direkter Abrechnung mit den Ärzten über den Kassenschein bezahlt hätten. Ausgelöst durch die Mengenausweitung ärztlich ambulanter Leistungen, sind diese in den vergangenen Jahren ständig abgewertet worden und liegen derzeit bei etwa 70 % des ursprünglichen Wertes. Die Ärzte hingegen werden von den Patienten den vollen Satz per Privatrechnung verlangen und sind damit die Sorge um den Punktwertverfall los, bzw. haben dies Problem auf die Patienten verschoben.

3. Die Patienten tragen neben dem Kosten- auch das Qualitätsrisiko.

Während bisher die Kassen und Kassenärztlichen Vereinigungen eine gewisse Qualitätskontrolle für die von Ärzten erbrachten Leistungen vornehmen konnten, also Qualitätsstandards für diese Leistungen vorschreiben konnte, entfällt dies im Falle der Kostenerstattung. Der Patient tritt dann in einen Privatvertrag mit dem Arzt, jenseits jeder Einfluß- und Kontrollmöglichkeit seiner Kasse.

4. Die Ausgaben für Gesundheit werden insgesamt steigen.

Da das Honorar der Ärzte im Falle der Beitragsrückerstattung über den Zahlungen der GKV liegen wird, werden die Honorare im ambulanten Bereich um 30–40 % über den bisherigen liegen. Da diese Zahlungen weder Auswirkungen auf die Lohnnebenkosten noch auf die Sozialversicherungsbeiträge haben, werden sie von der Bonner Koalition bewußt in Kauf genommen.

Der Kostendruck wird auch dadurch steigen, daß Ärzte tendenziell ihre Patienten zur Kostenerstattung drängen werden.

Die Kostenerstattung wird die Verwaltungskosten mehr als verdoppeln, wie der Vergleich der Gesetzlichen mit den Privaten Krankenkassen zeigt.

5. Auch die Ärzte werden nicht ungeschoren bleiben.

Die Freude über die Einführung der Kostenerstattung, endlich unabhängig von der Punktwertentwicklung zu sein, bares Geld für ärztliche Leistung zu erhalten, wird nicht lange neu auftretende Probleme für die Ärzteschaft verdrängen können:

- Auf die Honorargestaltung, die Qualitätskontrolle, überhaupt die Überwachung ärztlich ambulanter Leistung haben die Kassenärztlichen Vereinigungen im Falle der Kostenerstattung keinen Einfluß mehr.
- Es ist zu befürchten, daß Ärzte in Preisverhandlungen mit ihren Patienten treten werden, weil diese gegebenenfalls Ärzte wählen, bei denen der Abstand vom Rechnungsbetrag zur Kostenerstattung durch die Krankenkasse am geringsten ist. Es ist vorstellbar, daß je nach Arztdichte und Konkurrenzdruck Honorare sogar unterhalb des Punktwerts angeboten werden, nur um den Nachbarkollegen Kostenerstattungspatienten wegzunehmen. Es ist gleichzeitig mit einer zusätzlichen Mengenausweitung zu rechnen, da im Kostenerstattungsverfahren für die Ärzte die Chance der vermehrten Abrechnung ohne Punktwertverfall besteht. Indirekt wird diese Mengenausweitung allerdings zu einem Absinken des Punktwertes führen, da die Gesamtmenge der gegenüber den Kassen abgerechneten Leistungen zunehmen wird. Damit sinken wiederum die Einnahmen aus dem Sachleistungstopf.

– 3 –

- Ärzte werden einen wachsenden Teil ihrer Arbeitszeit mit Honorargesprächen, dem Schreiben von Rechnungen und Mahnungen verbringen, Zeit, die ihnen für die Sorge um ihre Patienten fehlt.

Einsparreserven im Gesundheitswesen bleiben ungenutzt – die schnellstmögliche Senkung der Lohnnebenkosten, vorbei am Verfassungsorgan Bundesrat, hat Priorität.

Die Einführung der Positivliste für Arzneimittel wurde verworfen. Sie hätte nicht nur einen deutlichen Einspareffekt, sondern wäre ein wichtiger Beitrag zu einer rationalen Arzneimitteltherapie.

Die grundsätzliche und generelle Einführung einer Qualitätskontrolle in der Medizin im Sinne einer evidence based medicine = ergebnisorientierten Medizin wird im Gesetzentwurf nicht einmal erwähnt, die damit verknüpfte gleichzeitige Verbesserung medizinischer Qualität in allen Bereichen bei gleichzeitiger Senkung der Kosten bleibt ungenutzt.

Die Dominanz der Anbieter im Gesundheitswesen wird noch weiter ausgebaut. Sie ist die Hauptursache für eine medizinisch irrationale Kostensteigerung. Die Eröffnung des Wettbewerbs zwischen den gesetzlichen Krankenkassen ist solange wirkungslos, wie diese nicht in die Lage versetzt werden, unabhängig von einander mit einzelnen Anbietergruppen über Qualität und Preis zu verhandeln.

Fazit: Der Bonner Regierungskoalition geht es

1. um die Senkung der Lohnnebenkosten
2. um die Bedienung ihres Klientels innerhalb der Ärzteschaft, der Pharmaindustrie und der medizinischen Geräteindustrie.

Sie nimmt damit die Privatisierung des Krankheitsrisikos in Kauf, die Deformierung unseres Gesundheitswesens, das zunehmend irrationaler und teurer wird, und gerade deshalb für die Anbieter im Gesundheitswesen Einkommens- und Gewinnwachstum garantiert.

Dr.med. Winfried Beck
Vorsitzender des VDÄÄ

verein demokratischer ärztinnen und ärzte



kurfürstenstraße 18 · 60486 frankfurt
 telefon (069) 779366 · telefax (069) 7073967
 postbank ffm. · konto 13747-603 · blz 500 100 60
 e-mail: 069776419@t-online.de

vdää · kurfürstenstr. 18 · 60486 frankfurt/main

VDPP Verein Demokratischer
 Pharmazeutinnen u. Pharmazeuten
 Grindelallee 182

20144 Hamburg

Datum
 6. Dezember 1996

PRESSEERKLÄRUNG

Das Gesundheitswesen wird zum Steinbruch für die Bonner Regierungskoalition zur Finanzierung von Wahlgeschenken für die Besser-Verdienenden, Gesunden und Anbieter im Gesundheitswesen.

Die 1883 von Bismarck gegründete Gesetzliche Krankenversicherung ist zum ersten mal ernsthaft in Gefahr, abgeschafft zu werden. Deren tragendes Prinzip: gleiche Rechte und Chancen im Gesundheitswesen egal ob jung oder alt, reich oder arm, krank oder gesund wird es nach Verabschiedung der 3. Stufe der Gesundheitsreform nicht mehr geben.

Laut Bundesgesundheitsminister Seehofer ist unser Gesundheitswesen zu teuer für die Unternehmen, weil aber gleichzeitig die Wachstumsbranche Gesundheitswesen weiter expandieren soll, muß Geld aus den privaten Einkommen der Kranken geholt werden.

- höherer Zuzahlung bei Rezepten, bei RehaMaßnahmen, im Krankenhaus
- Streichung der Zuschüsse zum Zahnersatz und für Brillengestelle
- Abschaffung der Gesundheitsförderung
- Kürzung des Krankengeldes
- Immer mehr Kosten werden zur Entlastung des Bundes auf die GKV verlagert:
- Die Beitragsbemessungsgrenze für die GKV Beiträge aus den Arbeitsämtern wurde gesenkt.
- die Bundeszuschüsse zur Krankenversicherung der Landwirte wurde gesenkt
- insgesamt wurden durch diverse Gesetze zu Verschiebung von Renten- und Arbeitslosenversicherung 1995 5,6 Milliarden DM auf die GKV verlagert

Die Gewinnmöglichkeiten für die Anbieter im Gesundheitswesen werden verbessert.

- 2 -

- Die generelle Wahlmöglichkeit der Kostenerstattung an Stelle des Sachleistungsprinzips für alle Versicherten schafft neue Gewinnspielräume für die Vertragsärzte und verlagert das Kosten- und Qualitätsrisiko auf die Versicherten
- Die Nichteinführung der Positivliste für Arzneimittel garantiert der Pharmaindustrie weiterhin überdurchschnittliche Gewinne
- Die Abschaffung der Großgeräteordnung sorgt zusammen mit der zuzahlungsfreien Inanspruchnahme von Therapiegeräten in den Praxen für weiterhin hohe Gewinne der medizinischen Geräteindustrie und der die Geräte anwendenden Ärzte

Der gesetzgeberische Umgang mit den Problemen unseres Gesundheitswesens zeigt die Unfähigkeit der verantwortlichen Parteien, die säkularen Umwälzungen an der Schwelle zum 21. Jahrhundert intelligent und in sozialer Verantwortung anzugehen.

Sie reagieren mit den historisch mehrfach gescheiterten neoliberalen Konzepten auf eine historisch neuartige Herausforderung.

Sie erkennen nicht die Chance, die in der rasant gestiegenen Produktivität liegt.

Sie wenden diesen erfüllten Menschheitstraum gegen die Mehrheit der Bevölkerung zum Wohle einiger Weniger.

Dabei riskieren sie bewußt die irreversible Zerstörung unseres gesellschaftlichen Konsenses für eine sozial und solidarisch organisierte Korrektur destruktiver Marktkräfte

Wir brauchen eine Politik, die ökologische Weichenstellungen mit einem System gesellschaftlicher Arbeit verbindet, das ganz andere Arten von Vollbeschäftigung kennt und honoriert.

Die Politik der Bundesregierung zwingt uns allerdings zunächst in die Defensive, in den Kampf gegen die Verschlechterung des Bestehenden.

Dazu muß klargestellt werden, daß nicht die Medizin, der Fortschritt oder die demographische Entwicklung das Gesundheitswesen überfordern, sondern die Massenarbeitslosigkeit und der lange Finger der Politik. Es mangelt nicht an Geld, es ist nur falsch verteilt.

Deshalb schlagen wir konkret folgende Sofortmaßnahmen zur Sicherung der Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung vor.

Maßnahmen	Jährliche Minderausgaben bzw. Mehreinnahmen der GKV
Einführung einer Positivliste der zu Lasten der GKV verordnungsfähigen Arzneimittel ¹	ca. 7,1 Mrd. DM
Bildung von Festbeträgen auch für nach 1995 zugelassene patentgeschützte Arzneimittel ²	ca. 1,0 Mrd. DM
Wiedereinführung der Verpflichtung von Apotheken zur Vorhaltung und Abgabe von Importprodukten ³	ca. 1,2 Mrd. DM
Rücknahme der Lohnfortzahlungskürzung ⁴	ca. 1,0 Mrd. DM
Anhebung der Versicherungspflicht- und Beitragsmessungsgrenze der GKV auf das Niveau der Rentenversicherung ⁵	ca. 10,0 Mrd. DM
Sozialversicherungspflicht für geringfügige Beschäftigungsverhältnisse ⁶	ca. 1,7 Mrd. DM
Revision der Absenkung der Beitragsbemessungs-	

grundlage für die vom Arbeitslosengeld zu zahlenden
GKV Beiträge und der vom Krankengeld zu zahlenden
Renten- und Arbeitslosenbeiträge⁷

ca. 5,0 Mrd. DM

Neben diesen Finanzreserven sind durch
Mobilisierung von Wirtschaftlichkeits- und
Rationalisierungsreserven bei den Anbietern
(Die Angaben schwanken zwischen 25 Mrd. DM
– Horst Seehofer CSU– und 50 Mrd. DM –
Werner Schuster SPD).
einzusparen

ca. 25,0 Mrd. DM

Die, bisher ausgeschlossene, Möglichkeit der GKV, mit einzelnen Anbietergruppen – Ärzteverbänden, Krankenhäusern – in Verhandlungen zu treten, würde deren Dominanz beenden und Einsparungen in schwer zu schätzender Milliardenhöhe ermöglichen.

Dr. Winfried Beck
Vorsitzender des VDÄÄ

1 Arzneimittelreport des WidO 1996

2 Handelsblatt v. 25.6.96

3 Mitteilung des Bundesverbandes der Arzneimittelimporteure v. 13.6.96

4 Sitzungsprotokoll des Deutschen Bundestages vom 10.10.96, S. 11508

5 Martin Pfaff SPD: Wie kann gesellschaftliche Solidarität in Zukunft organisiert werden? 9/96

6 SPD Antwort auf Seehofer vor der 1. Lesung des 1. NOG am 9.10.96 im Deutschen Bundestag

7 E. Fiedler in Handelsblatt v. 24.10.96

GeN

Gen-ethisches Netzwerk e.V.
Schönefelder Str. 3
12055 Berlin

Tel. GeN: 030/685 70 73
Tel. GiD: 030/685 60 88
Fax: 030/684 11 83

Bankverbindung:
Postgiroamt Berlin
BLZ 100 100 10
Konto: 14499-102

Gen-ethisches Netzwerk - Schönefelder Str. 3 - 12055 Berlin

Berlin, den 2. Dezember 1996

Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Freundinnen und Freunde

das GeN startet eine Kampagne **ÄCHTUNG DER KEIMBAHNMANIPULATION** und bittet um Ihre Unterstützung.

Warum jetzt diese Aktion: Die gentechnische Manipulation des Menschen, der Eingriff in Embryonen, Eizellen und Spermien, ist längst kein Tabu mehr. ForscherInnen diskutieren auf Kongressen, in Ethik-Kommissionen und Fachzeitschriften die Manipulation der Keimzellen. Auch politisch werden die Weichen gestellt: Weder in der Bioethik-Konvention des Europarates noch in der UNESCO-Bioethik-Deklaration, deren Verabschiedung für 1998 geplant ist, ist ein Verbot der Keimbahnmanipulation vorgesehen. Deutschland und die Schweiz gelten als die letzten Bollwerke gegen die Keimbahnmanipulation; hier ist das Verbot gesetzlich verankert. Aber auch diese Front bröckelt: Immer offener diskutieren hierzulande WissenschaftlerInnen und PolitikInnen, unter welchen Voraussetzungen der Keimbahneingriff verantwortbar sei (einige Dokumente dazu sind in der Anlage). Das Thema Keimbahnmanipulation wird in Zukunft immer öfter auf der politischen Tagesordnung erscheinen. Aus diesem Grund wollen wir das vorbehaltlose Nein zur Keimbahnmanipulation jetzt breit in der Bevölkerung verankern.

Wie: Wir starten eine Unterschriftenaktion. Kern ist ein kurzer Aufruf, der in der Anlage vorliegt. Dieser Aufruf ist in seiner Formulierung bewußt so offen gehalten, daß er von einer breiten Allianz von Menschen -

über politische, weltanschauliche, religiöse Grenzen hinweg - getragen werden kann.

Wir wünschen uns, daß der Aufruf **ÄCHTUNG DER KEIMBAHNMANIPULATION**

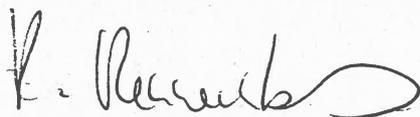
- a) von einem breiten Trägerkreis von Organisationen unterstützt und verteilt wird und/oder
- b) innerhalb der Organisationen in die einzelnen Gremien getragen wird. Der Kernauftrag kann Grundlage sein für Resolutionen, Stellungnahmen, Aktionen, ...

Wir haben dem Aufruf einen Begründungstext (für die Rückseite) beigelegt. Ideal wäre es, wenn möglichst viele Organisationen eigene Positionen formulieren (das setzt Diskussionen in Gang). Natürlich kann auch die Begründung des GeN zur Weiterverbreitung verwendet werden.

Unser Ziel: Diese Aktion ist bewußt nicht an konkrete politische Ereignisse gekoppelt. Ziel ist es möglichst viele Unterschriften zu sammeln, und diese zu gegebenen Anlaß medienwirksam an Bundestagspräsidentin Rita Süßmuth zu übergeben. Darüberhinaus sind Anzeigenaktionen u.ä. denkbar. Erste Zwischenbilanz soll Ende März 1997 gezogen werden. **Wir wollen ein deutliches Zeichen setzen!**

Mit der Hoffnung auf rege Resonanz und freundlichen Grüßen

Karin Rennenberg



P.S.: Wir wollen den Aufruf im nächsten Jahr zur Unterschrift verteilen. Daher wäre Ihre Meldung als Unterstützergruppe möglichst noch bis zum 30. Dezember 96 sehr willkommen.

Die Gene des Menschen sind unantastbar! Ächtung der Keimbahnmanipulation

Weltweit werden die Techniken zur künstlichen Befruchtung im Reagenzglas, die Gendiagnostik und die gentechnische Veränderung von Körperzellen vorangetrieben. Damit rückt aus Sicht einiger Forscher und Forscherinnen die Möglichkeit zur gentechnischen Manipulation des Menschen, der Eingriff in Eizellen, Spermien und Embryonen, immer näher. Bei dieser sogenannten Keimbahnmanipulation geht es nicht nur um die gentechnische Optimierung des einzelnen. Die einmal vorgenommenen Änderungen im Erbgut werden auch an die folgenden Generationen weitergeben.

Wir lehnen diese Entwicklung ab und ächten die gentechnische Manipulation der menschlichen Keimbahn. Wer Embryonen, Eizellen und Spermien gentechnisch manipuliert, will den Menschen nach Maß und verletzt die Menschenwürde. Wir fordern Politik und Wissenschaft auf, an dem kategorischen Nein zur Keimbahnmanipulation festzuhalten und sich auf internationaler Ebene für ein Verbot stark zu machen.

Trägerkreis (Stand 27.11.96): Arbeitsgemeinschaft kritische Tiermedizin; Basler Appell gegen Gentechnologie; Cystische Fibrose Selbsthilfe; Diakonisches Werk Hamburg; Ev. Frauenarbeit in Deutschland; Netzwerk unabhängige Beratung und kritische Information zu vorgeburtlicher Diagnostik; Umweltinstitut München; ECOROPA, Wien.



RÜCKMELDEBOGEN

◊ Wir unterstützen als Organisation/Verband den Aufruf ÄCHTUNG DER KEIMBAHNMANIPULATION und wollen im Trägerkreis genannt werden. Bitte schicken Sie uns den Aufruf mit sämtlichen Trägerkreisgruppen.

◊ Wir unterstützen den Aufruf ÄCHTUNG DER KEIMBAHNMANIPULATION durch einen finanziellen Beitrag von DM. Wir überweisen den Betrag auf das folgende Konto des Gen-ethischen Netzwerks: Nr. 995 15-106, Postbank Berlin, BLZ 100 100 10 (Stichwort "Keimbahnaufruf").

◊ Wir können über eine Unterstützung des Aufrufes ÄCHTUNG DER KEIMBAHNMANIPULATION zum jetzigen Zeitpunkt nicht entscheiden. Wir tragen den Aufruf jedoch in unsere Gremien.

Name der Organisation:

Adresse:

Tel./ Fax:

Datum: Unterschrift:

Bitte zurücksenden bis spätestens zum 30. Dezember 1996

KÖNIGLICH NIEDERLÄNDISCHE GESELLSCHAFT ZUR FÖRDERUNG DER PHARMAZIE

Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie
KNMP

NIEDERLÄNDISCHE APOTHEKENNORM

NORM FÜR PHARMAZEUTISCHE DIENSTLEISTUNGEN DURCH ÖFFENTLICHE APOTHEKEN

Übersetzungsentwurf
Prof. Dr. Richard Süverkrüp
Pharmazeutisches Institut der Universität Bonn
-Pharmazeutische Technologie-
An der Immenburg 4, 53121 Bonn

NAN 03/04/96

NAN 03/04/96

VORWORT

Vor Ihnen liegt die Niederländische Apothekenorm, abgekürzt NAN. Die NAN definiert, was unter dem Begriff "verantwortliche Dienstleistungen" der öffentlichen Apotheke zu verstehen ist, wie sie im Gesetz über die Qualität von Dienstleistungseinrichtungen beschrieben werden. Das bedeutet Dienstleistungen von gutem Qualitätsniveau, die in jedem Einzelfall gezielt, vollständig und patientengerecht erbracht werden und auf die konkreten Bedürfnisse des Patienten abgestimmt sind.

Die NAN bildet die Grundlage eines überprüfbaren Qualitätssystems für öffentliche Apotheken. Insoweit ergänzt sie den Berufscode und die Verhaltensregeln der KNMP von 1993, die sich auf den Apotheker als Person beziehen. Die NAN bezieht sich auf die Prozesse zur Erbringung und zum Nachweis der guten Qualität und der Kontinuität von Dienstleistungen, die die Apotheke für Patienten und für die Gemeinschaft (*samenlevingen*) erbringt, und auf diejenigen Aspekte der Apothekenorganisation, die dafür die Voraussetzung sind.

Im Rahmen der KNPM-Qualitätspolitik hat der Vorstand (*Hoofbestuur*) der Kommission für Pharmazie und Qualität den Auftrag erteilt, die Apotheken-Arbeits- und Kontrollnormen (AWEK), die seit 1980 in Kraft sind und 1988 überarbeitet wurden, noch einmal zu überarbeiten. Diese Überarbeitung wurde aus einer Reihe von Gründen notwendig.

Inzwischen ist das Bewußtsein gewachsen, daß die öffentliche Apotheke vor allem durch Dienstleistungen einen Mehrwert erzeugt, die darauf gerichtet sind, daß Arzneimittel sicher und wirksam angewendet werden.

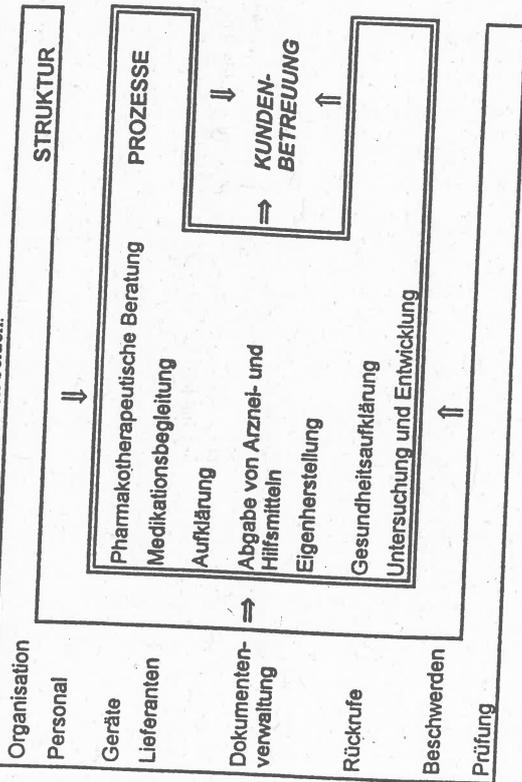
Gleichzeitig hat sich auch das Berufsbild von Apothekern verändert, und zwar von einer produktbezogenen hin zu einer patientengerichteten Sichtweise. Damit hat sich auch die Auffassung über den Qualitätsbegriff im Gesundheitswesen geändert. Früher war die Qualitätssicherung und -kontrolle vor allem eine Angelegenheit des Berufsstandes und der Aufsichtsbehörden, inzwischen spielen auch Patienten- und Verbraucherorganisationen sowie Träger der Kranken- und Sozialversicherung (*zorgverzekeraars*) eine wichtige Rolle.

Schließlich ist auch im Gesundheitswesen, im Anschluß an die Entwicklung im kommerziell-industriellen Bereich, ein institutioneller und personeller Rahmen entstanden, in dem die Sicherstellung und der Nachweis der Qualität wissenschaftlich behandelt werden kann.

Unter Berücksichtigung dieser Entwicklungen wurden die AWEK-Normen überarbeitet und zur Niederländischen Apothekenorm weiterentwickelt. Bei der Formulierung der NAN ist die Kommission für Pharmazie und Qualität von den gültigen AWEK-Normen ausgegangen. Anregungen erhielt sie unter anderem von den ISO 9000-Normen, den Normen zur "Good Pharmaceutical Practice" (GPP), wie sie durch die Fédération Internationale Pharmaceutique aufgestellt und durch das Groupement Pharmaceutique de la Communauté Européenne im Einzelnen ausgearbeitet wurde, durch die EG-Normen zur "Good Manufacturing Practice" (GMP), sowie durch Publikationen von Patientenorganisationen, Kranken- und Sozialversicherungen sowie von Aufsichtsbehörden zur Qualität von Dienstleistungen im Gesundheitswesen.

Die Niederländische Apothekenorm wurde soweit möglich im Hinblick auf Qualitätsziele formuliert, dabei wurde grundsätzlich offengelassen, auf welchem Wege diese Ziele in der Praxis erreicht werden. Für bestimmte Normen müssen erst prüfbare Richtlinien ausgearbeitet werden (Nicht übersezt: *Een en ander laat overlet*). Diese können den NAN als Anhang beigelegt werden.

Die Normen sind in zwei Hauptgruppen eingeteilt:
 1. Normen, die sich auf pharmazeutische Dienstleistungen beziehen ('Prozessnormen') und
 2. Normen, die sich auf die Apothekenorganisation beziehen ('Strukturnormen').
 Letztere schaffen die Voraussetzungen für die Umsetzung der ersteren. Die folgende Abbildung illustriert die Beziehungen zwischen beiden.



Bei den "Prozessnormen" unterscheidet man weiterhin zwischen

1. Dienstleistungen, die für einzelne Kunden bzw. Patienten erbracht werden
 - Abgabe von Arzneimitteln und anderen Artikeln
 - Aufklärung
 - Medikationsbegleitung
 - Individualrezeptur
2. Dienstleistungen für Patientengruppen und die Öffentlichkeit, im Zusammenwirken mit anderen Anbietern oder selbständig
 - Pharmakotherapeutische Beratung (für Selbsthilfegruppen oder Ärzte)
 - Gesundheitsaufklärung und -vorsorge
3. Weiterentwicklung von pharmazeutischen Dienstleistungen (Pharmaceutical Care)

Der Vorstand der KNMP hat den ersten Textentwurf der NAN Apothekern und Apothekerassistenten, Patienten- und Verbraucherorganisationen, Krankenversicherungen und der Gesundheitsinspektion mit der Bitte vorgelegt, den Normentwurf kritisch zu beurteilen und Verbesserungsvorschläge zu machen. Auf diese Weise ist eine Norm entstanden, die durch Apotheker getragen wird, in der aber auch die Gesichtspunkte von Kunden und Versicherungssträgern berücksichtigt werden, die in ihren Augen für die Qualität pharmazeutischer Dienstleistungen in öffentlichen Apotheken entscheidend sind.

KNMP Vorstand
 3. April 1996

NORMEN FÜR PHARMAZEUTISCHE DIENSTLEISTUNGEN

1.0.0 Beratung und Information von Kunden

- 1.1.0 Der Apotheker¹ stellt die Bedürfnisse des Kunden in den Mittelpunkt (seiner beruflichen Tätigkeit) und respektiert dessen Eigenverantwortung.
- 1.2.0 Der Apotheker hilft dem Kunden, beim Gebrauch von Arzneimitteln und Minimalprodukten (*gezondheidszorgartikelen*) wohlüberlegte Entscheidungen zu treffen².
- 1.3.0 Der Apotheker hilft dem Kunden, bei der Selbstmedikation (*zelfzorg*) wohlüberlegte Entscheidungen zu treffen. Bei Bedarf (*und in Zweifelsfällen*) erteilt er den Rat, einen Arzt oder anderen Fachmann im Gesundheitswesen zu konsultieren.

1.2.1 Der Apotheker erstellt (*hanteerst*) (*schriftlich formulerie*) Richtlinien (*standards*) für die Selbstmedikation. Auf dieser Grundlage informiert er Kunden und berät sie.

1.4.0 Der Apotheker bietet Kunden ausreichende Gelegenheit zur persönlichen Beratung an und sorgt dafür, daß sie über diese Möglichkeit informiert sind.

1.5.0 Der Apotheker informiert in mündlicher und schriftlicher Form über die Eigenschaften von Arzneimitteln und anderen Mitteln zur Gesundheitspflege. Der Apotheker informiert über ihren richtigen und sicheren Gebrauch, sowie über andere Gesichtspunkte, die für die Gesundheit und das Wohlbefinden der Patienten von Bedeutung sind.

1.5.1 Bei der Abgabe eines Arzneimittels erhält der Patient eine entsprechende schriftliche Information.

1.5.2 Rezepturmäßig hergestellte Arzneimittel werden mit einem gut lesbaren Etikett versehen, aus dem hervorgeht,

- für wen das Arzneimittel bestimmt ist,
- die Bezeichnung des Arzneimittels sowie Einzeldosis und Abgabemenge,
- wieviel von dem Arzneimittel pro Zeiteinheit angewendet werden soll,
- wie das Arzneimittel angewendet werden soll,
- das Abgabedatum.

¹ Viele Abschnitte dieser Norm beginnen mit den Worten "Der Apotheker ...". Das bedeutet, daß der Apotheker als Letztverantwortlicher für die Qualität der Dienstleistungen, die in seiner Apotheke erbracht werden, zuständig ist. Apothekerassistenten und andere Mitarbeiter tragen aber im täglichen Betrieb wesentlich dazu bei, daß das durch die NAN beschriebene Qualitätsniveau erreicht wird und sind in diesem Umfang auch dafür mitverantwortlich. Wenn in den Normen um der Kürze willen von "dem Apotheker" gesprochen wird, sollte das gelesen werden als "der Apotheker beziehungsweise die Apothekerin und seine beziehungsweise ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter", außer wenn aus dem Zusammenhang eindeutig hervorgeht, daß nur-der Apotheker oder Apothekerinnen angesprochen sind.

² In den NAN wird von Arzneimitteln und Minimalprodukten gesprochen. Unter letzteren sind alle von der Apotheke abgegebenen Produkte zu verstehen, die nicht Arzneimittel sind, zum Beispiel Materialien zur Inkontinenzpflege, Diagnostika und Nahrungsergänzungsmittel. Wird eine Norm weiter ausgearbeitet (siehe z.B. 1.5.0), so werden in der Ausarbeitung um der Kürze willen nur Arzneimittel genannt. Soweit zutreffend, gelten solche Ausarbeitungen aber auch für Minimalprodukte.

- 1.5.3 Auf dem Etikett oder auf der Umverpackung ist mindestens anzugeben, wie lange das Arzneimittel haltbar ist und wie es aufbewahrt werden soll. Hinzu kommen weitere Hinweise, die für den richtigen und sicheren Gebrauch wichtig sind.
- 1.5.4 Informationen, die für den richtigen und sicheren Gebrauch wichtig sind, werden dem Patienten auch mündlich mitgeteilt.
- 1.6.0 Informationen und Ratschläge müssen richtig, klar, eindeutig, aktuell und in einer Form gegeben werden, die der Patient versteht.
- 1.7.0 Art, Umfang und Darstellungsweise der Informationen und Ratschläge werden auf die Wünsche und Bedürfnisse der Kunden abgestimmt.
- 1.8.0 Durch die Form des Umgangs mit dem Kunden wird sichergestellt, daß er einen zutreffenden Eindruck davon erhält, wie sicher die Information ist, die er erhält.

1.8.1 Die Organisation der Apotheke ist darauf abgestellt, die Kommunikation mit dem Patienten wirksam und frei von unnötigen Unterbrechungen zu gestalten.

2.0.0 Medikationsbegleitung

2.1.0 Der Apotheker gewährleistet, daß die Arzneimittelbehandlung seiner Kunden angemessen unterstützt wird.

2.1.1 Die Medikationsbegleitung umfaßt mindestens den rechtzeitigen Hinweis auf Probleme (*im Zusammenhang mit der Arzneimitteltherapie*), die Beurteilung der Risiken, die sich daraus ergeben, und ihre Behebung, z.B.

- Erstabgabe: Abgabe eines Arzneimittels, das der Kunde noch nicht angewendet hat, oder dessen letzte Anwendung länger als 12 Monate zurückliegt;
- Dosierung: Unterschreiten der minimalen Normdosis bzw. Überschreiten der maximalen Normdosis;
- Interaktionen: Wechselwirkungen von Arzneimitteln untereinander, durch die Wirkungen oder Nebenwirkungen auf ungünstige Weise verändert werden;
- Doppelmedikation: Gleichzeitige Anwendung von zwei oder mehr Arzneimitteln gleicher Zusammensetzung und gleicher Darreichungsform;
- Pseudodoppelmedikation: gleichzeitiger Gebrauch von zwei oder mehr Arzneimitteln mit unterschiedlicher Zusammensetzung und/oder unterschiedlicher Darreichungsform, aber gleicher pharmakotherapeutischer Wirkung;
- Kontraindikationen: Eigenschaften, Leiden, Krankheitsbilder oder andere Merkmale eines Patienten, bei denen bestimmte Arzneimittel nicht oder nur unter bestimmten Voraussetzungen angewendet werden dürfen,
- Übermäßige oder unzureichende Anwendung eines Arzneimittels, bezogen auf das bestimmungsgemäße Dosierungsschema,
- Unbeabsichtigte oder unerwünschte Veränderungen beim bestimmungsgemäßen Gebrauch eines Arzneimittels

2.1.2 Für jeden eingeschriebenen Kunden werden außer demographischen Daten auch medizinische Daten wie Krankheitsbilder, Überempfindlichkeiten, Kontraindikationen und das Medikationsprofil (*medication history*) aufgezeichnet.

2.1.3 Das Medikationsprofil umfaßt einen Zeitraum von mindestens 12 Monaten.

2.1.4 Art und Form der Hinweise zur Medikationsbegleitung werden so aufgezeichnet, daß sie so lange zurückverfolgt werden können, wie die Verschreibungen auf die sich die Hinweise beziehen, aufbewahrt werden.

2.2.0 Im Rahmen der Medikationsbegleitung registriert und bewertet der Apotheker das Auftreten von bekannten oder unerwarteten Nebenwirkungen.

2.2.1 Wenn Arzneimittel-Nebenwirkungen festgestellt werden, veranlaßt der Apotheker den Umständen angemessene Maßnahmen zu ihrer Vermeidung oder Verminderung, z.B. indem er dem verschreibenden Arzt empfiehlt, die Medikation anzupassen, oder indem er den Kunden hinsichtlich des Zeitpunkts der Einnahme oder der Anwendungsweise berät.

2.2.2 Der Apotheker meldet das Auftreten unerwarteter Nebenwirkungen bei einem regionalen Stützpunkt der Stiftung für die landesweite Registrierung und Bewertung von Nebenwirkungen.

2.3.0 Im Rahmen der Medikationsbegleitung strebt der Apotheker eine optimale Zusammenarbeit mit Kunden, Verordnern und Kollegen an.

2.3.1 Der Apotheker sorgt dafür, daß der Kunde sich seiner Mitverantwortung dafür bewußt ist, daß die tatsächlichen Grundlagen der Medikationsbegleitung richtig und vollständig sind. Das gilt insbesondere im Hinblick auf Mittel, die im Rahmen der Selbstmedikation benutzt und die aus anderen Apotheken bezogen werden.

2.3.2 Der Apotheker stellt dem Kunden die Daten zur Verfügung, die im Medikationsprofil aufgezeichnet sind, wenn dieser es wünscht.

2.3.3 Wenn ein Kunde in ein Krankenhaus oder eine Pflegeeinrichtung aufgenommen wird, bemüht sich der Apotheker, dem Kollegen, der diese Einrichtung versorgt, die relevante Information in angemessener Weise zur Verfügung zu stellen. Wird der Kunde aus dem Krankenhaus oder der Einrichtung entlassen, so strebt der Apotheker an, die relevanten Daten in das Medikationsprofil zu übernehmen.

2.3.4 Bei der Abgabe von Arzneimitteln an Kunden, die nicht in der Apotheke eingeschrieben sind, sorgt der Apotheker dafür, daß der Kollege, der für den Kunden zuständig ist, die relevante Information erhält. Dieser sorgt dafür, daß dessen Medikationsprofil ergänzt wird.

2.4.0 Der Apotheker stellt sicher, daß personenbezogene Daten von Kunden durch eine Zugriffsbeschränkung (*privacy regulation*) geschützt werden.

3.0.0 Pharmakotherapeutische Beratungszirkel (*Farmacotherapie-overleg*)

3.1.0 Der Apotheker beteiligt sich aktiv an der strukturierten pharmakotherapeutischen Beratung (FTO), deren Ziel die rationale und kostenbewußte Verschreibung und Abgabe von Arzneimitteln und Minimalprodukten ist.

3.2.0 Im Interesse seiner Kunden und um die Kontinuität seiner Dienstleistungen sicherzustellen, unterhält der Apotheker gute Kontakte mit anderen Dienstleistern im Gesundheitswesen.

4.0.0 Abgabe von Arzneimitteln und Minimalprodukten

4.1.0 Der Apotheker stellt sicher, daß Arzneimittel und andere Mittel zur Förderung der Gesundheit zur Abgabe verfügbar sind.

4.1.1 Die Organisation der Apotheke ist darauf abgestellt, daß Arzneimittel und andere Mittel zur Gesundheitspflege unmittelbar verfügbar sind. Wenn das aus guten Gründen nicht möglich ist, werden eindeutige Absprachen mit dem Kunden getroffen.

4.1.2 Die Organisation der Apotheke ist darauf abgestellt, daß Arzneimittel und andere Mittel zur Gesundheitspflege dem Kunden in die Wohnung geliefert werden, wenn er das wünscht.

4.2.0 Der Apotheker gewährleistet, daß Arzneimittel und andere Mittel zur Gesundheitspflege bei der Abgabe und - bei Einhaltung der Aufbewahrungsanweisungen - für die Dauer der Anwendung allen relevanten Qualitätsanforderungen entsprechen.

4.2.1 Bei der Warenannahme wird anhand der Begleitunterlagen mindestens geprüft, ob die richtigen Artikel in der richtigen Qualität geliefert worden sind. Weitere Kontrollen sind abhängig von der Art der Artikel sowie vorliegenden Informationen über und Erfahrungen mit dem Lieferanten.

4.2.2 Bei der Warenannahme werden Artikel, die eine besondere Behandlung erfordern, vom Rest der Sendung getrennt erfaßt.

4.2.3 Die Lagerung erfolgt so, daß Verwechslungen ausgeschlossen werden. Die Lagerbedingungen sind optimal hinsichtlich Luftfeuchtigkeit, Temperatur, Licht, Hygiene und Sauberkeit, unter Berücksichtigung der gesetzlichen Vorschriften und der berufsüblichen Anforderungen.

4.2.4 Der zur Abgabe bestimmte Arzneimittelbestand enthält keine Artikel, deren Verfalldatum abgelaufen ist.

NAN 03/04/96

4.3.0 Der Apotheker gewährleistet, daß Arzneimittel und andere Minimalprodukte mit den erforderlichen Informationen versehen auf sichere und zweckmäßige Weise abgegeben werden.

4.3.1 Bei der Annahme des Rezepts wird mindestens festgestellt:

- die Identität des Kunden,
- ob der Kunde selbst oder eine andere Person in seinem Namen das Rezept bringt,
- die Rechtmäßigkeit des Rezepts,
- die Art des Arzneimittels, die Darreichungsform, der Wirkstoffgehalt, das Dosierungsschema und die Dauer der Behandlung.

4.3.2 Bei Dauermedikationen wird sichergestellt, daß die Information auf dem Wiederholungsrezept so vollständig ist, daß nachfolgenden Befeuerungen auch durch eine andere Apotheke erfolgen können.

4.3.3 Bei der Abgabe wird überprüft, ob das richtige Arzneimittel zusammen mit der richtigen Information an den richtigen Kunden ausgehändigt wird.

4.3.4 Es wird ein System aufgebaut, durch das auch nachträglich zurückverfolgt werden kann, ob das richtige Mittel abgegeben wurde.

4.3.5 An eine andere Person als den Kunden selbst werden Arzneimittel nur dann abgegeben, wenn man bei sorgfältiger Abwägung aller Umstände davon ausgehen kann, daß diese das Arzneimittel und die zugehörige schriftliche Information dem Kunden aushändigen wird und in der Lage ist, die mündliche Information, die für die sichere Anwendung erforderlich ist, vollständig an ihn zu übermitteln.

4.3.6 Belieferte Rezepte werden - in der Regel am Abgabetag - durch den Apotheker überprüft. Dabei werden mindestens

- die Rechtmäßigkeit der Verschreibung festgestellt,
- die Eignung des Arzneimittels für den Kunden hinsichtlich Art, Darreichungsform, Wirkstoffgehalt, Dosierung und Anwendungsdauer beurteilt,
- überprüft, welche medikationsbegleitenden Hinweise gegeben wurden.

4.4.0 Bei der Beratung mit dem Kunden und dem verschreibenden Arzt, die zur Auswahl der Medikation führt, bezieht der Apotheker den Preis als ein wichtiges Kriterium mit in die Überlegungen ein. Das gilt insbesondere, wenn mehrere qualitativ gleichwertige Arzneimittel oder Minimalprodukte zur Verfügung stehen.

4.5.0 Der Apotheker sorgt für eine verantwortbare Entsorgung oder Vernichtung von Arzneimitteln oder Minimalprodukten, die an die Apotheke zurückgegeben werden.

4.5.1 Zurückgenommene Artikel werden so aufbewahrt, daß eine Verwechslung mit Artikeln, die zu Abgabe vorgesehen sind, mit Sicherheit ausgeschlossen ist.

NAN 03/04/96

5.0.0 Eigenherstellung

- 5.1.0 Der Apotheker beliefert jedes Rezept, das therapeutisch sinnvoll ist (*De apotheker kan elk verantwoord recept afleveren*), und übernimmt damit die Verantwortung für die pharmazeutische Qualität des abgegebenen Arzneimittels. Wenn das Mittel als solches nicht erhältlich ist, sorgt der Apotheker dafür, daß es hergestellt wird.
- 5.2.0 Der Apotheker gewährleistet, daß die selbst hergestellten Produkte den gesetzlichen Anforderungen und dem Stand der pharmazeutischen Praxis entsprechen (*binnen de beroepsgroep gebruikelijke eisen*).
- 5.2.1 Der Apotheker überprüft die verschriebene Zusammensetzung, so daß Wirksamkeit, Sicherheit und Anwendbarkeit (*patientenvriendelijkheid*) des abgegebenen Arzneimittels durch den Patienten sichergestellt sind.
- 5.2.2 Die Eigenherstellung erfolgt auf Grund validierter Prozeduren und Vorschriften.
- 5.2.3 Ausgangsstoffe und Packmittel entsprechen den gesetzlichen Anforderungen und dem Stand der pharmazeutischen Praxis.
- 5.2.4 Während und nach der Herstellung wird die Qualität auf angemessene Weise kontrolliert.
- 5.2.5 Die Freigabe von Arzneimitteln, die in der Apotheke hergestellt werden, erfolgt entsprechend einer dafür festgelegten Prozedur.

6.0.0 Gesundheitsförderung und Vorbeugung

- 6.1.0 Der Apotheker nutzt Möglichkeiten zur Teilnahme an Aktivitäten und Projekten zur Förderung der Gesundheit und des Wohlbefindens sowie zur Krankheitsvorbeugung, z.B. auf dem Gebiet der Prävention, der Therapiebeobachtung sowie der Erfassung und Bewertung von Nebenwirkungen u. a.
- 6.2.0 Der Apotheker nutzt Möglichkeiten zum Informationsaustausch und zur Zusammenarbeit mit Patientenorganisationen seines Einzugsbereichs.

7.0.0 Untersuchung und Entwicklung

- 7.1.0 Der Apotheker nutzt Möglichkeiten zur Teilnahme an Projekten und Aktivitäten mit dem Ziel, neue Formen pharmazeutischer Dienstleistungen und der Berufsausübung zu entwickeln bzw. bestehende Formen zu verbessern, z.B. auf dem Gebiet der Hauspflege, der pharmazeutischen Betreuung von Patienten, der institutionsübergreifenden Pharmazie u. s. w.

NAN 03/04/96

NORMEN FÜR DIE ÖFFENTLICHE APOTHEKE

8.0.0 Personal und Organisation

- 8.1.0 Die Apotheke wird durch einen approbierten Offizinapotheker geleitet. Dieser ist letztverantwortlich für den gesamten Betrieb.
- 8.1.1 Der Apotheker leitet die Apotheke so, daß die Kontinuität des Betriebs sichergestellt ist.
- 8.1.2 Der Apotheker beaufsichtigt alle Tätigkeiten, durch die pharmazeutische Dienstleistungen erbracht werden (*„het tot stand brengen en verlenen.“*).
- 8.1.3 Der Apotheker ist in der Regel in der Apotheke anwesend, er ist jederzeit erreichbar.
- 8.1.4 Bei Abwesenheit von mehr als zwei Tagen regelt der Apotheker seine Vertretung durch einen anderen Apotheker. Sein Vertreter kennt die Mitarbeiter und das Betriebssystem der Apotheke. Der Vertreter kommt täglich in die Apotheke und ist jederzeit erreichbar.
- 8.2.0 Der Apotheker verfügt über geeignete und qualifizierte Mitarbeiter.
- 8.3.0 Aufgaben, Befugnisse und Verantwortlichkeiten des Apothekers und aller Apothekermitarbeiter sind klar definiert und schriftlich festgelegt.
- 8.3.1 Mit allen Apothekermitarbeitern, auch mit solchen, die sich noch in der Ausbildung befinden, besteht ein schriftlicher Arbeitsvertrag.
- 8.3.2 Neue Mitarbeiter werden eingearbeitet. Während der Einarbeitungszeit werden sie mit dem Aufbau und dem Inhalt des Betriebssystems der Apotheke vertraut gemacht.
- 8.3.3 Die Verantwortlichkeit für die Ausführung von Tätigkeiten und für deren Qualitätssicherung sollte nicht bei derselben Person liegen. Das gilt insbesondere für die Eigenherstellung.
- 8.3.4 Arbeitsbesprechungen (*„werkoverleg*) finden regelmäßig statt.
- 8.3.5 Personalgespräche (*„functieneringsgesprekken*) finden regelmäßig statt.
- 8.4.0 Die Arbeit in der Apotheke wird durch ein gut dokumentiertes und durch den Apotheker in Kraft gesetztes Betriebssystem geregelt.
- 8.4.1 Wenn vor den vereinbarten Prozeduren abgewichen werden muß, so werden die Abweichungen - in der Regel vorab - mit dem Apotheker abgesprochen.
- 8.5.0 Apotheker und Mitarbeiter verrichten alle Arbeiten zur Erbringung pharmazeutischer Dienstleistungen qualitätsbewußt und patientengerichtet.

NAN 03/04/96

8.6.0 Apotheker und Mitarbeiter sorgen dafür, daß ihre Kenntnisse und Fertigkeiten dem aktuellen Stand entsprechen, u.a. durch

- Verarbeitung eingehender Informationen
- Durcharbeiten firmenunabhängiger Literatur,
- Kontakte mit Kollegen,
- Teilnahme an Weiter- und Fortbildungskursen.

8.7.0 In der Apotheke wird entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen und dem aktuellen Stand der pharmazeutischen Praxis gearbeitet, insbesondere hinsichtlich der Arbeitsbedingungen, der persönlichen Hygiene und des Umweltschutzes.

9.0 Räume und Einrichtungen

9.1.0 Die Apotheke ist für die Öffentlichkeit gut erkennbar und erreichbar. Der Apotheker sorgt dafür, jeder Kunde leicht erfahren kann, wann die Apotheke geöffnet und dienstbereit ist, und wann sie geschlossen ist.

9.1.1 Die Apotheke ist zwischen 8 und 18 Uhr täglich mindestens 9 Stunden und pro Woche mindestens 45 Stunden geöffnet.

9.1.2 Außerhalb der Öffnungszeiten stellt die Apotheke sicher, daß eilbedürftige pharmazeutische Dienstleistungen verfügbar sind. Zu diesem Zweck nimmt sie an einer Dienstbereitschaftsregelung mit anderen Apotheken teil, so daß dringende pharmazeutische Dienste innerhalb von 20 Minuten erbracht werden.

9.1.3 Die Apotheke ist gut zugänglich, auch für Rollstühle und Kinderwagen.

9.1.4 Die Offizin ist so ausgelegt, daß der Schutz der Privatsphäre von Kunden bei Beratungsgesprächen gewährleistet ist. Ausreichende Sitzgelegenheiten sind vorhanden.

9.1.5 Für persönliche Konsultationen verfügt die Apotheke über mindestens einen besonderen Raum.

9.1.6 Arzneimittelstellflächen sind nicht vom Publikumsbereich aus zugänglich.

9.2.0 Die Apotheke ist so ausgelegt und eingerichtet, daß alle Tätigkeiten zur Erbringung pharmazeutischer Dienstleistungen ordnungsgemäß ausgeführt werden können, und sie verfügt über alle dafür erforderlichen Apparate und Einrichtungen.

9.2.1 Alle Räume der Apotheke sind ausreichend beleuchtet, geheizt und belüftet. Die Luft in der Apotheke ist möglichst staubfrei.

9.2.2 Die Apotheke verfügt über Einrichtungen zur Lagerung von Arzneimitteln und Medizinalprodukten, durch die die erforderlichen Lagerbedingungen gewährleistet werden.

9.2.3 Die Apotheke verfügt über ein automatisiertes System, durch das die Beileferung von Rezepten und die Medikationsbegleitung angemessen sichergestellt werden können.

9.2.4 Die Apotheke verfügt über eine ausreichende Menge aktueller Literatur und andere Informationsquellen.

9.2.5 Die Apotheke verfügt über separate Räume zur Herstellung von Arzneimitteln. Auswahl der Materialien, Einrichtung, Luftaufbereitung, Umkleide- und Reinigungsprozeduren, sowie Vorschriften für die persönliche Hygiene sind auf die Art der hergestellten Arzneimittel abgestimmt und darauf gerichtet, eine (Kreuz-)Kontamination zu vermeiden.

9.2.5 Die Apotheke verfügt über angemessene Apparate und Einrichtungen zur Herstellung von Arzneimitteln, die auf die Arte der herzustellenden Präparate abgestimmt sind.

9.2.7 Der Apotheker ist an ein Regionales Apothekenlaboratorium angeschlossen oder verfügt selbst über ausreichende Laboreinrichtungen.

9.3.0 Die Räume und Einrichtungen der Apotheke sind in einem guten Erhaltungszustand und machen einen gepflegten Eindruck.

10.0.0 Dokumentenverwaltung

10.1.0 Der Apotheker stellt sicher, daß Dokumente, die einen Teil des Qualitätssystems der Apotheke darstellen, sorgfältig verwaltet und weiterentwickelt (*onderhoud*) werden. Dazu gehören insbesondere Arbeitsvorschriften, Protokolle, Gebrauchsanweisungen, Reinigungs- und Wartungsschemata u. s. w.

10.2.0 Die Apotheke stellt sicher, daß Dokumente sorgfältig aufbewahrt werden, die Informationen über die nachweisbare (*feitelijk*) Qualität erbrachter pharmazeutischer Dienstleistungen enthalten. Dazu gehören Rezepte, Hinweislisten, Protokolle, Analysenzertifikate, Tagebücher, Ergebnisse interner und externer Prüfungen u. s. w.

11.0.0 Lieferanten

11.1.0 Der Apotheker stellt sicher, daß Güter und Dienstleistungen von zuverlässigen Lieferanten bezogen werden.

11.1.1 Der Apotheker wählt Lieferanten auf der Grundlage strukturierter Beurteilungen und aufgezeichneter Erfahrungen verantwortlich aus.

12.0.0 Qualitätsmängel

12.1.0 Wenn bei abgegebenen Arzneimitteln oder weitergegebenen Informationen Qualitätsmängel festgestellt oder vermutet werden, durch die die Gesundheit von Kunden gefährdet werden kann, so ergreift der Apotheker alle erforderlichen Maßnahmen, um das Risiko oder den Schaden für den Kunden möglichst gering zu halten.

12.1.1 Der Apotheker verfügt über eine Prozedur zum Rückruf abgegebener Arzneimittel.

12.2.0 Der Apotheker stellt sicher, daß Beanstandungen korrekt behandelt werden und erstellt dazu eine Prozedur, die dem Kunden bekannt gemacht wird.

12.3.0 Der Apotheker zeichnet Qualitätsmängel und Beanstandungen auf und ergreift die erforderlichen Maßnahmen, um Wiederholungen zu vermeiden.

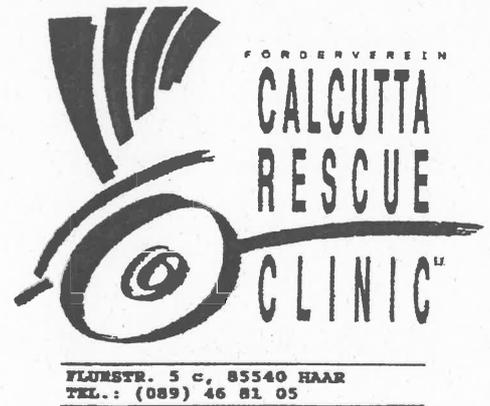
13.0.0 Prüfung

13.1.0 Der Apotheker überprüft regelmäßig, ob Umfang und Niveau (*doeltreffendheid en doelmatigheid*) des Qualitätssystems den gesteckten Zielen entsprechen, und ergreift bei Bedarf die erforderlichen Maßnahmen, um es zu verbessern.

13.2.0 Der Apotheker beteiligt sich an der interkollegialen Prüfung und ergreift bei Bedarf die erforderlichen Verbesserungsmaßnahmen.

NAN 03/04/96

Dr. Renate Briels
Trostbergerstr. 7
83342 Peterskirchen
08622/1271



Peterskirchen, 30.12.96

Sehr geehrte Apothekerin, sehr geehrter Apotheker!

In Kalkutta ist erneut ein Engpaß aufgetreten: Die nächste Stelle für eine/n „Langzeit-Apotheker/in“ - d.h. Volunteer-Tätigkeit für mindestens 6 Monate - zum März 1997 ist noch nicht besetzt. Könnten Sie sich vorstellen als „Kurzentschlossene/r“ für Calcutta Rescue, Indien, zu arbeiten?

Wir schicken Ihnen gerne Bewerbungsunterlagen, Job-Description und Informationsmaterial zu, falls Sie sie noch nicht erhalten haben, und sind Ihnen gerne bei den Reisevorbereitungen behilflich.

Calcutta Rescue, Indien, erwartet Berufserfahrung, (sehr) gute Englischkenntnisse, Interesse am eigenverantwortlichem Arbeiten, Flexibilität und Teamgeist, hofft auf Reiseerfahrung in „Dritte-Welt-Ländern“. Calcutta Rescue bietet eine einmalige Wiedereingliederungssumme von 1.800,- DM nach Rückkehr ins Heimatland.

Ihr Anschreiben oder telefonische Anfrage richten Sie bitte an Frau Briels unter o.g. Adresse!

Vielen Dank für Ihr Interesse!

Briels

Geschäftsstelle:
 August-Bebel-Str. 62
 D-33602 Bielefeld
 Deutschland
 Telefon +49-(0)521-60550
 Telefax +49-(0)521-63789
 email 100270.272@compuserve.com

BUKO

Pharma-Kampagne

BUKO Pharma-Kampagne, August-Bebel-Str. 62, D-33602 Bielefeld

17. Dezember 1996

VDPP-Geschäftsstelle Fleming-Apotheke
 Grindelallee 182

20144 Hamburg

☞ Dringende Bitte um finanzielle Unterstützung

Liebe FreundInnen .

die BUKO Pharma-Kampagne hat dieses Jahr außergewöhnliche Erfolge zu verzeichnen: Über 100 irrationale Medikamente wurden zurückgezogen. Nachdem die „Tagesthemen“ über unsere Aktion berichteten, konnten wir innerhalb weniger Tage erreichen, daß Byk Gulden ein Mittel mit tödlichen „Nebenwirkungen“ in Mexiko vom Markt nimmt.

Gleichzeitig droht unsere Arbeit in den Mühlen der EU-Bürokratie unterzugehen. Obwohl wir – wie schon viele Jahre zuvor – rechtzeitig für das kommende Jahr Mittel bei der EU beantragt haben, ist mit einer Entscheidung nicht vor Ende März 1997 zu rechnen. Das bedeutet, daß wir unsere Arbeit drastisch einschränken müssen, wenn es uns nicht kurzfristig gelingt, ca. 30.000 DM an zusätzlichen Mitteln einzuwerben.

Natürlich versuchen wir alles, um die Weiterarbeit der Pharma-Kampagne zu garantieren und bemühen uns um andere Zuschüsse. Aber um so kurzfristig genügend Mittel zusammenzubekommen, sind wir dringend auch auf Ihre Spende angewiesen. Wir bitten Sie ganz herzlich, uns zu unterstützen, auch wenn Sie uns vor einiger Zeit schon einen größeren Betrag gespendet haben.

- Jede Spende, egal ob es sich um einen kleineren oder größeren Betrag handelt, ist uns in dieser Situation eine Hilfe.
- Eine Fördermitgliedschaft ist eine Form der Unterstützung, die unsere Arbeit nachhaltig sichert.
- Kennen Sie weitere Personen, die eventuell bereit wären, die BUKO Pharma-Kampagne zu unterstützen? Bitte sprechen Sie diese für uns an! Wir senden Ihnen gerne weitere Exemplare dieses Briefs und Infomaterial über unsere Arbeit zu.

Ich danke für Ihre Unterstützung und wünsche Ihnen im Namen aller MitarbeiterInnen ein gutes neues Jahr!

Ihr


 Barnim Raspe

— Sie erhalten von uns eine steuerabzugsfähige Spendenquittung —

Adressen der regionalen Kontaktpersonen

Baden-Württemberg

Udo Ament
Ringstr. 28
74838 Limbach
Telefon 06287-92080 (geschftl.)
06287-920812 o. -21 (priv.)
Telefax 06287-920820

Bayern

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

Berlin

Dr. Regina Schumann
Zimmermannstr. 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
Tränkestr. 7
34497 Korbach
Tel.: 05631/61493

Mecklenburg-Vorpommern

siehe Hamburg

Niedersachsen

Gabi Beisswanger
Hohnsen 32
31134 Hildesheim
Tel.: 05121/877405

Nordrhein-Westfalen

Volker Kluy
Elbinger Str. 9
40670 Meerbusch
Tel.: 02159/51744

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
Tel.: 0341 / 391 18 10

Schleswig-Holstein

siehe Hamburg

Thüringen

siehe Hessen