VDPP - Rundbrief

9. Jahrgang, Nr. 42 / December 1997

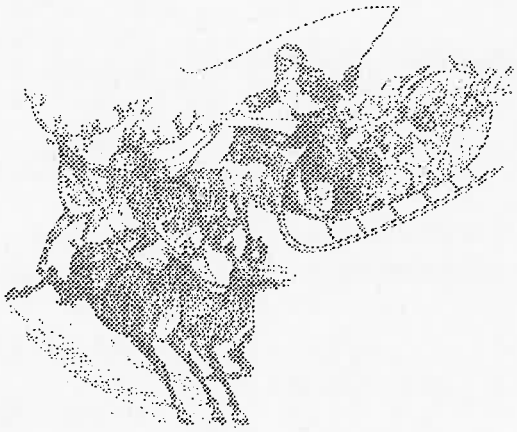
MITTEILUNGEN DES VEREINS DEMOKRATISCHER PHARMAZEUTINNEN UND PHARMAZEUTEN

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



Inhalt

Gerd Glaeske 4
Gesundheitsversorgung nach den NOGs

Isabella Sulger 11
Diskussion nach dem Vortrag von Gerd Glaeske

Christa Augustin 12
Der Patient als Ko-produzent von Gesundheit

Isabella Sulger 14
Diskussion der Optionen für Apotheken von Professor Badura

Jürgen Große 15
VDÄÄ Mitgliederversammlung

Gudrun Hahn 16
100 Jahre Pharmaziestudium auch für Frauen

Ingeborg Simon 17
MERK-würdiges vom Apothekertag ´97

M. Linz 19
Die berufliche und verbandspolitische Situation angestellter Apothekerinnen und Apotheker

Thomas Hammer 23
Vorstandstreffen am 27.7.97 in Kassel

Bernd Rehberg 25
Mitarbeiterschulung

Dokumentation

IPPNW - Nürnberger Kodex 28

Gerd Glaeske, Wer hat Angst vor Transparenz 33

AKF - Arbeitskreis -Frauengesundheit 34

Infoblatt Kostenerstattung 36

Anrechnung der Erziehungszeiten durch die Versorgungswerke 38

Editorial

Zwei Wochen noch und das Jahr ist schon wieder vorbei. Damit dürfte das Durchschnittsalter unserer Vereinsmitglieder vermutlich wieder um ein Jahr gestiegen sein. In 2O Jahren steht VDPP dann für Verein der Pharmazie Pensionäre. Genug der sarkastischen Anmerkung. Wir von der Rundbrief-Redaktion sind ganz zufrieden mit dem Jahrgang 97, denn Dank des Engagements der Autoren konnten wir unsere 5 Rundbriefe problemlos füllen. Dafür möchten wir Udo Ament, Elisabeth Bronder, Gerd Glaeske, Jürgen Große, Gudrun Hahn, Christiane Hefendehl, Michael Höckel, Katja Lorenz, Rainer Menzel, Ute Meyerdirks-Wüthrich, Udo Puteanus, Bernd Rehberg, Wolfgang Richter, Regina Schumann, Ingeborg Simon, Ildiko Szasz, Isabella Sulger und Christl Trischler danken.

Ein frohes Weihnachtsfest und einen guten Rutsch wünschen Euch Christa und Thomas.

Redaktionsschluß für den nächsten Rundbrief ist der 1. Februar 1998.

Beiträge bitte wie immer an:

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

bzw. per eMail an: vdpp.de@t-online.de

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
eMail: vdpp.de@T-online.de
Internet: http://home.t-online.de/home/vdpp.de
Bildredaktion: Dr. Thomas Schulz
Layout und Satz: Ulf H. Thomas, Tel./Fax/DFÜ 040 / 47 65 64, (Beiträge bitte in den üblichen Textverarbeitungsprogrammen)
Für Beiträge, die mit vollem Namen gekennzeichnet sind, übernimmt der/die AutorIn die volle Verantwortung.

Gerd Glaeske

Gesundheitsversorgung nach den NOGs

Vortrag auf dem Herbstseminar des VdPP in Hamburg

Um die Entwicklung zu den GKV-Neuordnungsgesetzen verstehen und bewerten zu können, ist eine Analyse der derzeitigen Situation der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in Deutschland notwendig. Nur unter Berücksichtigung der Regulierungsdefizite im System und der Hoffnungen, die auf die NOGs gesetzt wurden, ist die Kritik einzuordnen, die nach dem Inkrafttreten der NOGs am 1. Juli 1997 von Gruppierungen und Institutionen laut wurde, denen eine Sozial- und Gesundheitspolitik am Herzen liegt, die diesen Namen auch verdient. Daher wird sich dieser Artikel auch nicht schwerpunktmäßig mit den Apothekerinnen oder Apothekern bzw. der Institution Apotheke auseinandersetzen, sondern betrachtet die Apotheke als eine der Anbieterinstitutionen im Gesundheitswesen, die - wie alle anderen Institutionen - immer wieder ihre Politik darauf ausgerichtet hat, den derzeitigen status-quo aufrechtzuerhalten und Diskussionen über unwirtschaftliche Vertriebswege oder innovative Versorgungskonzepte bereits frühzeitig zu diskreditieren. Die Klagen der Krankenkassen über Verschwendung und Ineffizienzen im Versorgungssystem, die letztlich über steigende Beitragssätze Versicherte und Arbeitgeber belasten, und denen zum Beispiel mit neuen Vertragskonzepten und mehr Nachfragermacht begegnet werden sollte, stellten daher eine Bedrohung für die Anbieter im System dar, um wie vieles einfacher war es da, die Inanspruchnahme von medizinischen Behandlungsleistungen durch die Patienten zur Ursache für die finanziellen Probleme in der Krankenversicherung in den Vordergrund zu stellen. Daß diese Strategie wider besseres Wissen und entgegen bekannter Ergebnisse aus vielen Untersuchungen des Versorgungssystems umgesetzt wurde, soll in dem folgenden Beitrag dargestellt werden.

Die Finanzierungsprobleme in der GKV

Seit einigen Jahren werden in einer breiten Öffentlichkeit verstärkt die Kosten unseres Gesundheitswesen und die Bezahlbarkeit der medizinischen Versorgung in der Zukunft diskutiert. Dabei gelten die Argumente des demographischen Wandels, der für das Jahr 2029 einen Anstieg von derzeit rund 16% auf rund 24% der Menschen über 65 Jahre prognostiziert, und der medizinische Fortschritt als besonders kostentreibende Faktoren in der Zukunft. Während der Ausgabenanstieg für den medizinischen Fortschritt in der Tat schwer kalkulierbar ist, wird der Generationenwandel vielfach kritiklos und auch unberechtigt als große Kostenbelastung in der Zukunft dargestellt. Schätzungen gehen davon aus, daß im Jahre 2030 die Behandlungskosten im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung insgesamt um etwa 10% gegenüber den Ausgaben in Höhe von 228,8 Milliarden DM im Jahre 1995 ansteigen werden.

Dennoch kann nicht verwundern, daß bereits heute nach Strategien gesucht wird, um die Kosten für die Ausgaben im Gesundheitssystem zu senken. Und obschon sich in der Zwischenzeit auch bei Politikern die Überzeugung breit gemacht hat, daß wir weder eine Kostenexplosion in den vergangenen Jahren zu verzeichnen haben - schließlich ist der Anteil der Ausgaben für Gesundheit - gemessen am Bruttoinlandsprodukt - zwischen 1985 und 1995 in der Bundesrepublik gerade einmal von 8,7% auf 9,6% gestiegen, im Vergleich dazu in den USA von 10,7% auf 14,5% und in Frankreich von 8,5% auf 9,9% - , sondern daß vor allem Einnahmeprobleme für die schwierige Finanzierungssituation der Sozialversicherungssysteme geltend gemacht werden müssen. Solange die Finanzierung alleine auf dem unsicher werdenden Faktor Arbeit lastet und immer weniger Menschen ein regelmäßiges Arbeitseinkommen erwirtschaften, da die Anzahl der Arbeitslosen ansteigt, werden die Belastungen der verbleibenden Grundlohnsumme und damit die Beitragssätze für die Sozialversicherungssysteme wie gesetzliche Krankenversicherung und Rentenversicherung weiter steigen. Diese Entwicklung bedeutet aber ebenso steigende Lohnnebenkosten, die letztlich die „Arbeit" in der Bundesrepublik teurer machen als in Ländern mit niedrigeren Löhnen und geringerer Arbeitslosigkeit. Wenn dann noch aus politischen Gründen zur Entlastung der Arbeitslosenversicherung die Beitragsbemessungsgrenze für die Beiträge in die GKV von 100% auf 80% abgesenkt werden, so bedeutet dies mit einem Federstrich die Verringerung der Einnahmen für die GKV in Höhe von 5 - 6 Milliarden DM, immerhin ein Betrag, der rund 0,3 Beitragssatzpunkten entspricht und natürlich zu Beitragssatzanhebungen zumindest in dieser Höhe führen muß (1 Beitragssatzpunkt entspricht ca. 17 Milliarden DM).

Die Leistungsanforderungen in der GKV

Für die gesetzliche Krankenversicherung gelten Rahmenbedingungen, die durch das 5. Sozialgesetzbuch (SGB V) definiert sind. So heißt es im _ 12 des SGB V: „Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen." Im _ 2 wird für die Leistungen in der GKV gefordert: „Qualität und Wirksamkeit der Leistungen haben dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen." Und im § 70 heißt es, quasi zusammenfassend unter der Überschrift Qualität, Humanität und Wirtschaftlichkeit: „Die Krankenkassen und die Leistungserbringer haben eine bedarfsgerechte und gleichmäßige, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Kenntnisse entsprechende Versorgung der Versicherten zu gewährleisten. Die Versorgung der Versicherten muß ausreichend und zweckmäßig sein, darf das Maß des Notwendigen nicht überschreiten und muß wirtschaftlich erbracht werden. Die Krankenkassen und die Leistungserbringer haben durch geeignete Maßnahmen auf eine humane Krankenbehandlung ihrer Versicherten hinzuwirken."

Im Bereich der ambulanten Versorgung durch Ärztinnen und Ärzte existieren Gebührenordnungen, die den Wert der ärztlichen und sonstiger medizinischen Leistungen festlegt. Damit sollen die Kosten für die medizinische Versorgung kalkulierbar werden, es kommt zu einer festen Gebühr, wie sie auch bei anderen Dienstleistungen üblich ist und die von den jeweiligen Krankenkassen an die Ärztin oder den Arzt für eine Behandlung des Versicherten bezahlt werden. Damit ist der Markt nun vollkommen aufgehoben, frühe Gesundheitsökonomen sprechen sogar von einem 'Nicht-Markt' (z.B. Liefmann-Keil): Einer fragt die Leistung nach, ein zweiter erbringt sie, ein dritter zahlt sie.

Der Einfluß von Gebührensystemen auf die medizinische Versorgung

Vergütungssysteme prägen die Struktur eines medizinischen Versorgungssystems. Systeme, die auf der Abrechnung von Einzelleistungen aufgebaut sind, indem sie alle denkbaren einzelnen Leistungen finanziell bewerten (fee-for-service), fördern das Angebot und Anwendung solcher Leistungen, die wegen ihrer hohen Honorierung attraktiv für die Leistungserbringer sind, es reduziert umgekehrt Leistungen ohne attraktives Honorar. Wenn z.B. der Faktor „Zeit" nicht adäquat honoriert ist, wird man auf Leistungen, die vor allem zeitintensiv erbracht werden, vergeblich hoffen.

Die unerwünschte, medizinisch vielfach nicht notwendige Mengenausweitung ist ebenso Folge der Einzelleistungsvergütung wie die Tatsache, daß Patienten, also kranke Versicherte, als ökonomisches Potential im derzeitig vorherrschenden Vergütungssystems gelten. Ein Versicherter muß krank sein, damit das ärztliche Versorgungssystem an ihm verdient. Dies läßt auch die Vermutung aufkommen, daß manche Krankheiten durch das medizinische Versorgungssystem nicht nur definiert, sondern auch „produziert" werden: Die Festsetzung von Grenzwerten in der Diskussion um die Hyperlipidämien sind hierfür ein typisches Beispiel. Der angeblich pathologische Wert 200 mg/dl hat über die Hälfte aller Menschen von einem Tag zum anderen als krank definiert und damit zu behandlungsbedürftigen erklärt. Ein älterer Mensch, der zu unterschiedlichen Ärzten geht, wird immer wieder aufs neue als krank definiert werden müssen, damit jeder ein entsprechendes Behandlungshonorar abrechnen kann, bei jedem Arztkontakt wird statistisch gesehen ein Arzneimittel verordnet - geradezu als Bestätigung der pathologischen Befunde. Daß aber viele dieser angeblich pathologischen Befunde auf altersbedingte Veränderungen gegenüber einem 30 bis 40jährigen zurückgehen, wird zu wenig berücksichtigt - Abweichungen vom „Normalen", damit aber auch Alterserscheinungen, werden als Krankheit definiert - sicherlich einer der Gründe für die oftmals irrationalen Arzneimittelmengen, die älteren Menschen verordnet werden. Im Mittelpunkt dieses Versorgungssystem steht die kurative Medizin, ein sicherlich vielfach erfolgreicher, aber häufig auch unnötig oder fragwürdig angewandter Reparaturbetrieb. Die Mengenausweitung im System der Einzelleistungsvergütung fördert zudem Einbußen in der Qualität, da Ärzte vielfach apparategestützte Leistungen erbringen, ohne ausreichend Erfahrungen mit diesen Diagnostik- und Therapieverfahren gesammelt haben. Gut dotierte apparategestützte diagnostische Verfahren fördern überdies Doppeluntersuchungen oder die nicht indizierte Ausweitung oder sogar Fragwürdigkeit der Anwendung solcher Verfahren. Hierfür ist die Knochendichtemessung sicherlich ein aktuelles Beispiel. Dies hat aber auch mit der Kundenorientierung niedergelassener Ärzte in einem System der Einzelleistungsvergütung zu tun: Im patientenorientierten Wettbewerb der Ärzte untereinander steht neben dem Ruf, ein guter Arzt zu sein, auch der Wettbewerb der Praxisausstattung, die allein über die Verfügbarkeit der möglichst neuesten apparativen Angebote hohe Leistungsbereitschaft und Qualität signalisiert, ohne dies in jedem Fall nachgewiesen zu haben. High-Tech-Praxen müssen sich aber amortisieren, die Einzelleistungsvergütung bietet die entsprechende Voraussetzung, die Nutzung der Verfahren bei möglichst vielen Patienten, ob medizinisch notwendig oder nicht, schafft die Abzahlungsquote - das Hamsterrad beginnt sich zu drehen! Schon relativ banale Erkrankungen ziehen die Anwendung der gesamten Palette diagnostischer und therapeutischer Verfahren

nach sich: Maximalversorgung hat aber nur wenig mit einer optimalen Versorgung zu tun.

Die pauschalierten Honorierungsformen haben andere Auswirkungen: Der ökonomische Anreiz für die Ärzte besteht gerade nicht in der Mengenausweitung, sondern in der Minimierung. Ärzte werden in einem solchen System nach der Anzahl der Patienten honoriert („capitation"), die in einem vereinbarten Zeitraum (Quartal oder Jahr) die Praxis aufsuchen. Daher werden die Ärzte versuchen, jeden Behandlungsfall möglichst kostensparend abzuwikkeln, um einen möglichst hohen Anteil der Pauschale ohne entsprechende Arbeitsgegenleistung in Anspruch nehmen zu können. Sie werden auch möglicherweise versuchen, nur leicht kranke Patienten in ihr Klientel aufzunehmen, die wenig Kosten verursachen. Dennoch wird der Arzt eine Balance zwischen Leistungsangebot und Kostenminimierung finden müssen, weil bei fortgesetzter Untätigkeit enttäuschte Patienten die Praxis zum nächstmöglichen Zeitpunkt wechseln werden.

Die mögliche Auswirkung einer ärztlicher Untätigkeit trägt dem pauschal honorierten Versorgungssystem häufig den Vorwurf ein, übrigens besonders häufig von Ärzten in Einzelleistungsvergütungssystemen, potentiell unterversorgend zu wirken und Qualitätseinbußen der Versorgung quasi billigend in Kauf zu nehmen. Abgesehen davon, daß dieses Argument einen erstaunlichen Blick auf ärztliche Ethik zuläßt, gelten vor allem zwei andere Gründe, die gegen eine systematische Qualitätsreduktion sprechen:

- Der Wettbewerbsdruck um die Patienten.(...) Dieser Wettbewerbs Wettbewerbsdruck ist daher Voraussetzung für die Effizienz der Honorierung nach Kopfpauschalen.

- Das Haftungsrecht, das Abweichen vom professionellen Standard untersagt und nachhaltige Sanktionen gegen eine Kostenminimierung auf Kosten der Gesundheit der Patienten enthält.

Empirische Vergleiche zeigen im übrigen, daß sich die Versorgungsqualität unter einem Pauschalvergütungssystem nicht verschlechtert. So konnte bei einem Vergleich der Blutdruckbehandlung in Großbritannien und Deutschland festgestellt werden, daß die Patientenversorgung unter der geringeren Aktivität der pauschaliert honorierten britischen Ärzte nicht gelitten hat. Dies mag auch daran liegen, daß in solchen Systemen akzeptierte Therapieempfehlungen oder Leitlinien den Behandlungsprozeß des Patienten begleiten, die als Standard berücksichtigt werden. Eine ungerechtfertigte Abweichung vom Standard könnte aber möglicherweise haftungsrechtliche Konsequenzen für den behandelnden Arzt haben. Pauschalierte System bieten damit einen finanziellen Anreiz für die Gesunderhaltung eines in der Praxis eingeschriebenen Versicherten, nicht Kuration, sondern Prävention oder Hinweise für einen gesunden Lebensstil werden daher eine stärke Betonung in der Versorgung bekommen.

Daher ist aus einem Vergütungssystem auch die „Philosophie" einer medizinischen Versorgung abzulesen: Die hohe Bewertung technischer bzw. einzelorganbezogener Leistungen perpetuiert ein Patientenmodell, das maschinenähnlich auf einzelne Schwachstellen diagnostiziert und repariert werden kann, es fördert eine „manipulative Medizin", eine hohe Bewertung des Faktors „Zeit", der Raum läßt für Gespräche, Beratungen, technisch nicht gestützte Anamnesen, reflektiert den Patienten als „ganzen" Menschen, als einen Patienten, bei dem auch psychosomatische Ursachen zur Krankheit führen können, es fördert eine „interpretierende Medizin". Mit der Förderung der jeweiligen Philosophie geht auch eine unterschiedliche Förderung von Arzt-Typen einher: Das erste System fördert den Spezialisten und damit den Gebietsarzt, das zweite den Generalisten und damit den Allgemeinarzt. Eine Balance zwischen beiden Systemen käme sicherlich einer angemessenen und patientenorientierten medizinischen Versorgung am ehesten entgegen. Daher gibt es Vorstellungen über ein rationales Vergütungssystem, das möglichst folgende Aspekte berücksichtigen sollte:

- Keine Anreize zur Mengenausweitung (z.B. bei diagnostischen/ technischen Leistungen)

- Anreize für zuwendungsorientierte Leistungen

- Anreize zur Sicherung der notwendigen Fachkunde

- Unterbindung überflüssiger Doppeluntersuchungen

- Funktionsgerechte Arbeitsteilung in der medizinischen Versorgung zwischen ambulantem und stationärem Sektor und innerhalb dieser Sektoren

- Einfache Prüfmöglichkeiten sowie

- Flexibilität und Anpassungsfähigkeit an veränderte Umstände.

Honorierungssysteme haben also Auswirkungen auf das Versorgungssystem - es gibt nichts Strukturierenderes als eine Gebührenordnung. Dies gilt übrigens nicht nur für die ambulante Versorgung, sondern auch den stationären Bereich. So können z.B. Fallpauschalen Strategien nach sich ziehen, Patientinnen und Patienten nach Operationen frühzeitig in eine kostengünstige Reha-Einrichtung zu verlegen, mit denen ein Krankenhaus einen Vertrag zu weiteren Betreuung abgeschlossen hat, um Kapazitätserhöhungen im eigenen Haus und damit häufigere Abrechnungen der Fallpauschalen realisieren zu können. Es kommt auch, wie einzelne Beispiele zeigen, zu doppelten Abrechnungen der Fallpauschalen, wenn Pati-

enten kurzfristig, z.B. für einen Tag entlassen und am folgenden Tag wieder aufgenommen werden. Auch dies führt zu einer Erhöhung von Fallzahlen mit z.T. gleichen Patienten. Und schließlich können Fallpauschalen Risikoselektionen nach sich ziehen, weil bei Patienten mit schwerwiegenden Begleiterkrankungen das Problem einer Unterdeckung durch eine Fallpauschale bestehen könnte. Solche Risikoselektionen wirken sich damit direkt unter dem Aspekt der Ökonomie gegen die Patienten aus. All dies sind Auswirkungen, die schon theoretisch aus Gebührensystemen ableitbar sind. Daß diese Überlegungen auch praktische Auswirkungen haben, zeigen viele Beispiele.

Überversorgung als Rationalisierungspotentiale, Unterversorgung als Herausforderung

Es kann gar kein Zweifel daran bestehen, daß in unserem medizinischen Versorgungssytem Wirtschaftlichkeitsreserven bestehen, die durch falsch gesetzte Anreize aus den geltenden Gebührensystemen zu erklären sind. Insgesamt werden die Ausgaben für unnötige oder fragwürdige medizinische Leistungen auf rund 10% aller Ausgaben geschätzt, also auf rund 25 Milliarden DM. Diese finanziellen Fehlallokationen kommen z.B. durch die mangelnde Verzahnung des ambulanten und stationären Bereich zustande: Doppeluntersuchungen und nicht notwendige diagnostische oder auch therapeutische Interventionen sind an der Tagesordnung. So schätzt Gerhardt, daß etwa 30% aller Röntgenaufnahmen überflüssig sind, zum großen Teil wegen der sowohl ambulant als auch stationär durchgeführten bildgebenden Diagnostik. Er hat weitere interessensbedingte Mengenausweitungen festgestellt: So röntgen Teilradiologen, also z.B. Orthopäden oder Urologen mit eigener Röntgenausstattung in der Praxis, vier mal häufiger als Ärztinnen oder Ärzten aus den gleichen Fachgebieten ohne Röntgenausstattung an Radiologen zu diagnostischen Abklärung überweisen. Derzeit besonders diskutiert werden die unterschiedlichen Strategien bei der Versorgung von Herzinfarkt- oder Koronarpatienten. Bypass-Operationen, Angiographien und oder die Ballondilatation bei Gefäßverschlüssen sind in diesen Fällen die häufigsten Verfahren in der Kardiologie. Auffällig sind allerdings die unterschiedlichen Häufigkeiten, mit denen diese Verfahren in verschiedenen Ländern durchgeführt werden. Professor Salim Yusuf aus Hamilton in Kanada hat nun die Ergebnisse einer solchen Vergleichsstudie (Organisation to Assess Strategies for Ischemic Syndroms / OASIS) in den Ländern Brasilien, USA, Kanada, Australien, Ungarn und Polen vorgelegt, in der es um Patienten mit akuter Koronarerkrankung ging. Insgesamt bezogen die Untersuchungen rund 8.000 Patienten mit akutem Koronarsyndrom ein. Die höchsten Nutzungsraten dieser Verfahren liegt in den USA und in Brasilien. In beiden Ländern war der Anteil der Patienten, bei denen innerhalb der ersten Woche in der Klinik eine Angiographie oder Ballondilatation durchgeführt wurde, jeweils etwa dreimal höher als in den übrigen Ländern (Angiographie 58,4% versus 20,2%, PTCA 15,9% versus 4,9%), die Rate der Bypass-Operationen lag sogar um den Faktor sieben höher (11,5% versus 1,6%). Die Ergebnisse waren dann allerdings frappierend: Trotz der unterschiedlichen Behandlungsstrategien bewegten sich die Raten der aufgetretenen Todesfälle oder akuter Herzinfarkte in den unterschiedlichen Ländergruppen auf nahezu gleichem Niveau. Nach sechs Monaten fiel die Rate an Todesfällen und Infarkten sogar leicht zuungunsten der beiden Länder mit der intensiveren Strategie aus (11,3% versus 10,7%).

Etwas anderes wurde in der Studie offensichtlich: Die Krankenhäuser, die über alle technischen Möglichkeiten verfügten, zeigten auch eher die Bereitschaft, diese Techniken zu nutzen, eine Strategie, die zumindest nach den erhobenen Daten für die Patienten nicht unbedingt von Vorteil war. So wurden 4.674 Patienten einer aggressiven invasiven Therapie unterzogen, 3.200 einer eher Konservativen Therapie.

Eine weitere Studie (Veteran Administration Non-Q-Wave-Infarction-Strategies in-Hospital / VANQUISH) kam zu ähnlichen Ergebnissen, auch hier kam in der aggressiver behandelten Gruppe zu einer höheren Zahl von Todesfällen. Auch die Dauer der Behandlung war deutlich länger als bei der konservativ behandelten Gruppe.

Professor William E. Boden aus Syracuse im Staate New York, der Leiter dieser Studie, kam zu dem Schluß, daß die von vielen Ärzten geradezu reflexartig durchgeführte Katheterisierung bestimmter Infarktpatienten als ungünstig entlarvt worden sei. Und er empfiehlt dringend, zunächst eine konservative Therapie zu wählen, bis sich der Zustand des Herzinfarktpatienten stabilisiert hat, bevor im Einzelfall über weitergehende Maßnahmen entschieden wird. Fazit: Es sind nicht die maximalen Möglichkeiten der Medizin, die dem Patienten nützen, es sollten vielmehr die für ihn optimalen in der jeweiligen Situation angewendet werden. Dies gilt vor allem dann, wenn sich unnötig aggressive Strategien sogar negativ auswirken. Ähnliche Ergebnisse liegen auch für die Bundesrepublik Deutschland vor. So berichtete Prof. von Leitner über erste Ergebnisse eines Projekts der leitenden Krankenhauskardiologen zur Anwendung von Herzkathetern bzw. einer Ballondilatation von Herzkranzgefäßen, daß von zirka 25.000 Eingriffen, die pro Jahr durchgeführt werden, etwa 6.000 als „ungerechtfertigt" klassifiziert werden müssen. Dabei bedeutet „ungerechtfertigt", daß die Patienten besser mit einem anderen Verfahren behandelt werden sollten, z.B. mit einer medikamentösen Therapie oder mit einer Bypass-Operation. Therapiestrategien müssen also immer wieder überdacht werden - weniger ist auch in der Kardiologie manchmal mehr!

Rationalisierungsreserven liegen auch im Bereich der Arzneimittelversorgung. So werden Jahr für Jahr Arzneimittel verordnet, die in ihrer therapeutischen Wirksamkeit und in ihrem Nutzen für die Patienten als umstritten gelten oder deren Zusammensetzung als obsolet betrachtet werden muß. Die Ausgaben für diese Arzneimittelgruppen betragen immerhin 7,1 Milliarden DM, 22% aller Ausgaben für Arzneimittel im Rahmen der GKV. Viele dieser Mittel müssen durch nützliche und ausreichend wirksame Mittel ersetzt werden, dennoch verbleibt ein geschätztes Einsparpotential von 2 - 3 Milliarden DM, weil Mittel wie z.B. topische Venenmittel, Leber- und Gallemittel oder viele Enzym-, Mineral und Vitaminpräparate sowie pflanzliche Immunstimulantien völlig eingespart werden können, ohne die Qualität der Arzneimittelversorgung zu verschlechtern.

Neben der Überversorgung sind aber auch Felder einer Unterversogung bekannt. So hat z.B. D. Hölzel 1996 darauf hingewiesen (Bericht in der Süddeutschen Zeitung vom 11.01.1996), daß nach der Einführung des Wirkstoffes Cisplatin im Jahre 1979 die Heilungschancen von Hodentumoren für einen Teil der Patienten von 45 auf 90 Prozent verdoppelt wurden. Trotz der eindeutigen Resultate dauerte es dann etwa acht Jahre, bis alle Ärzte das neue Medikament als „Standard" akzeptierten. Diese verspätete Akzeptanz, so hat Hölzel berechnet, hat etwa 1.500 Patienten das Leben gekostet. Unterversorgung ist auch bei der Schmerztherapie onkologischer Patientinnen und Patienten zu beklagen. Wie wäre es sonst zu erklären, daß der durchschnittliche Morphinverbrauch in Dänemark, berechnet nach Tagesdosierungen pro Kopf der Einwohner, trotz ähnlicher Daten der Prävalenz von onkologischen Erkrankungen wie in der Bundesrepublik, um 14 mal höher liegt? Es scheint eine verbreitete Zurückhaltung davor zu bestehen, Schmerzpatienten individuell angemessen auch mit stark wirksamen Schmerzmitteln zu behandeln. Unterversorgung, legitimiert mit dem irrationalen Argument einer möglichen Abhängigkeitsentwicklung.

Unterversorgung auch z.B. im Bereich der Versorgung von Diabetikerinnen und Diabetikern: Nach wie vor werden nur bei rund der Hälfte der Patienten regelmäßig Untersuchungen des Hb-A1c-Wertes durchgeführt, der als wichtigster Parameter für eine normoglykämische Einstellung gilt, ebenso selten Untersuchungen des Augenhintergrundes, des Fußpulses und der Nierenfunktion. Dabei sind diese diagnostischen Hinweise erforderlich, um den schwerwiegenden Spätfolgen wie Blindheit, diabetischer Angiopathie und Neuropathie mit der Spätfolge der Amputation und diabetischer Nephropathie mit der Spätfolge der Dialysepflichtigkeit vorzubeugen. Rund 28.000 Amputationen pro Jahr, 9.000 Erblindungen und 1.500 - 2.000 neue Dialysefälle pro Jahr gehen zurück auf nicht ausreichend behandelte und betreute Diabetes-Patienten.

Die medizinische Versorgung muß daher rationaler werden, Überversorgung ist unnötig und belastet die Patienten, ohne den Krankheitsverlauf abzukürzen, Unterversorgung verzögert die mögliche Wiederherstellung der Gesundheit oder führt die Patienten in vermeidbare Risiken. Beides ist in höchstem Maße unethisch! Vor allem die Überversorgungstendenzen in unserem Gesundheitssystem, bedingt durch die weiter oben diskutierten falsch gesetzten Anreize in dem geltenden Gebührensystem, schaffen erhebliche Rationalisierungsreserven, die zugunsten der finanziellen Entlastung des Versorgungssystem genutzt werden müssen. Die Nutzung dieser Rationalisierungsreserven ist keineswegs mit einer verstärkten Kommerzialisierung des Versorgungssystem zu erreichen. Das Gegenteil ist der Fall: Die Kommerzialisierung der Patientenversorgung, wiederum Folge falsche gesetzter Anreize im Gebührensystem, muß beendet werden und Platz für Strukturen einen optimalen Versorgung machen. Die derzeitig aufgrund von Evaluationsstudien zu erkennende Maximalversorgung ist vielmehr Ausdruck eines kommerzialisierten Systems, das in individueller Weise vor allem von den Leistungsanbietern (aus)genutzt wird. Dieser Mißbrauch des Systems ist aber nicht nur auf Ärztinnen und Ärzte bzw. Institutionen im Versorgungssystem begrenzt, auch Patientinnen und Patienten tragen ihre Erwartungen und Ansprüche an dieses System heran, damit ihre Vorstellungen von Behandlungsintensität befriedigt werden. Insofern werden Ärzte und Patienten häufig zu „Komplizen" in einem System, in dem allerdings das Machtgefälle eindeutig zuungunsten der Patienten verschoben ist und sie vielfach nur auf bereitgestellte Angebote reagieren.

Aus der Chance der NOGs wurde ein Patienten-Abkassiermodell!

Um die Rationalität, die Qualität und die Wirtschaftlichkeit des Gesundheitsssystems zu erhöhen, sind daher dringend Organisationsformen zu schaffen, die die Leistungsstrukturen, die Honorierungssysteme und die Behandlungsabläufe innovativ im Sinne einer wirtschaftlichen und indikationsgerechten Patientenversorgung gestalten. Diese Möglichkeit hätte mit den GKV-Neuordnungsgesetzen bestanden, natürlich mit einer notwendigerweise stärkeren Regulierung der Anbieter im System, also der Ärztinnen und Ärzte, der Apotheken, der Krankenhäuser und aller anderen Lieferanten. Dieser Weg wurde aber nicht gewählt, einfacher durchsetzbar war offensichtlich die stärkere Belastung von Patienten im System, um die Beitragshöhe zur gesetzlichen Krankenkassen auf einer akzeptablen Höhe zu halten und die Lohnnebenkosten nicht noch mehr als schon bislang zu „strapazieren". Damit wurde letztlich der Weg gewählt, den status-quo aller bekannten Unwirtschaftlichkeiten und Unkoordiniertheiten zugunsten der Anbieter und der nicht erkrankten Versicherten im System beizubehalten und die finanzielle Entlastung der gesetzlichen Krankenversicherung über eine drastisch steigende

Selbstbeteiligung von Kranken zu realisieren. Alleine im Arzneimittelbereich steigen die Zuzahlungen von 3,8 Milliarden DM ab dem Beginn des Jahres 1997 um weitere 3 Milliarden jährlich auf rund 6,8 Milliarden DM und damit auf etwa 20% der Gesamtausgaben in der GKV-Arzneimittelversorgung an. 30% aller N1-Packungen, 14% aller N2-Packungen und 8% aller N3-Pakkungen müssen nach der derzeitigen Regelung von den Patienten voll bezahlt werden, weil sie unter der Zuzahlungshöhe von 9,- DM, 11,- DM bzw. 13,- DM liegen. Insgesamt wurden die Zuzahlungen soweit angehoben, daß knapp 12% aller Ausgaben - also rund 25 Milliarden DM - in der gesetzlichen Krankenversicherung nun von den Patientinnen und Patienten gezahlt werden - zusätzlich zu den bereits zwölf mal im Jahr gezahlten Beiträgen und ohne den hälftigen Arbeitsgeberzuschuß (§§ 31, 32 und 33 SGB V). Diese Zuzahlungen können dann noch ansteigen, wenn eine Krankenkasse ihren Beitrag wegen der ständigen Einnahmeverluste, aber dennoch bestehender Ausgabensteigerungen anheben muß: Pro 0,1% Beitragssatzsteigerung wird die Zuzahlung um weitere 1,- DM bzw. um 1% gesteigert. In den neuen Bundesländern besteht für einige Kassen offenbar die Notwendigkeit, den Beitragssatz um 1,5 bis 2% anzuheben. Damit würde durch diesen Kopplungsmechanismus „Erhöhung des Beitrages/ Erhöhung der Zuzahlung (_ 221 SBG V)" die Zuzahlung im Arzneimittelbereich im weitere 15 bis 20,- DM ansteigen. Dies ist die Logik einer Regierungskoalition, die sich einer kapitalstarken Gesundheitsindustrie beugt und statt der notwendigen Begrenzung deren Interessen lieber den kranken Versicherten immer tiefer in die Taschen greift. Robin Hood verkehrt, wie H. Schmitthenner, geschäftsführendes Vorstandsmitglied der IG Metall, schrieb.

Interessant ist in diesem Falle auch, daß die Härtefallregelungen zugunsten der höher Verdienenden verändert wurden. Bislang mußten diejenigen mit über 65.000.- DM Jahreseinkommen (im Westen) nämlich erst einmal 4% ihres Einkommens als Selbstbeteiligung nachweisen, bevor sie befreit wurden. Nach den Neuordnungsgesetzen wurde die Härtefallgrenze wie bei allen Patienten auch für besser Verdienende auf 2% gesenkt, so daß auch diese Personengruppe bereits früher zur Gruppe der von der Zuzahlung befreiten Versicherten gehört (§§ 61, 62 SGB V).

In diese Strategie der Entsolidarisierung durch die überproportionale Belastung von Patienten und der Entlastung von gesunden Versicherten gehören auch „Instrumente", die der privaten Krankenversicherung entnommen sind, wie z.B. die Beitragsrückgewähr, die nach _ 54 von Krankenkassen genutzt werden kann. Eine solche Beitragsrückgewähr wird dann gezahlt, wenn Versicherte außer den gesetzlich möglichen Vorsorgeuntersuchungen keine Leistungen im Rahmen der Krankenversorgung in Anspruch genommen haben. Dies heißt aber konkret: Diejenigen, die im Rahmen des solidarischen Grundgedankens „Gesunde zahlen für Kranke, junge für alte, Versicherte ohne oder mit wenigen Kindern für solche mit vielen Kindern" Beiträge in die gesetzliche Krankenversicherung eingezahlt haben, aber keine Leistungen in Anspruch nehmen mußten, werden mit der Rückzahlung von ein oder zwei Beiträgen „belohnt". Dies können natürlich nur die in Anspruch nehmen, die z.B. nicht chronisch krank sind und auf eine Krankenversorgung angewiesen sind. Diese Rückzahlungen schwächen aber die solidarische Finanzierung, da von den zwölf Beiträgen eines gesunden Versicherten wieder zwei Beiträge im Rahmen der Beitragsrückgewähr aus dem „Finanzierungstopf" der GKV entnommen werden müssen. Es wird also letztlich die Finanzierungsbasis der GKV geschmälert. Da die entstehenden Ausgaben aber finanziert werden müssen, steigt die Beitragsbelastung für diejenigen an, die keine Beitragsrückgewähr in Anspruch nehmen können, der Anteil im Beitrag für die Finanzierung solcher Rückzahlungsmodelle beträgt etwa 0,3 Beitragssatzprozente. „Bestraft" werden also wiederum die Patienten, die wegen ihrer Erkrankung Leistungen in Anspruch nehmen müssen und daher keine Chance auf eine Beitragsrückgewähr haben, sondern zusätzlich noch erhöhte Selbstbeteiligungszahlungen für die jeweiligen Leistungen (Arzneimittel, Krankenhaus, Hilfsmittel usw.) leisten müssen.

Diese „Philosophie" zieht sich insgesamt durch die NOGs: Sie beschreibt eine „Abkassierungsstrategie" bei den Patienten, die nicht nur durch ihre Krankheit, sondern auch durch erhöhte Zuzahlungen bestraft werden. In diese „Abkassierungsstrategie" paßt auch die veränderte Finanzierungssituation beim Zahnersatz: Alle Versicherten, die nach dem 1.1.1978 geboren sind, müssen demnächst den größten finanziellen Anteil ihres Zahnersatzes selber tragen, gezahlt wird nur noch ein Festzuschuß. Und dies, obwohl diejenigen, die bereits erwerbstätig sind, bis zum Jahre 1997 ihre Beiträge in eine Höhe entrichtet haben, die ihnen die bislang üblichen prozentualen Leistungen an den Kosten des Zahnersatzes zugesichert hatte.

All diese zusätzlichen Belastungen von Patienten, diese klar erkennbaren Strategien der Privatisierung des Krankheitsrisikos in der GKV stehen neben der generellen „Verschonung", ja sogar der Bevorzugung der Anbieter im System: Alle Systeme der Ausgabenbudgetierung können aufgehoben und durch „freundlichere" Systeme ersetzt werden (Richtgrößen, feste Punktwerte), es wurden trotz der bekannten Unwirtschaftlichkeiten im Versorgungssystem, trotz der vielfachen Verschwendung, trotz der Einsparmöglichkeiten keine regulierenden Vertragsinstrumente in den NOGs vorgesehen, mit denen zugunsten der Versicherten und der Patienten beitragssatzrelevante Einsparungen möglich werden. Hierzu hätte natürlich auch der Arzneimittelbereich gehört, in dem nach Meinung von Fach-

leuten mindestens 3 Milliarden DM auf völlig unnötig verordnete Arzneimittel entfallen, immerhin ein Einsparvolumen von rund 0,2 Beitragssatzpunkten. Aber Politiker, die Positivlisten streichen, werden sich auch in Zukunft nicht mit der Pharma-Industrie anlegen.

Es gibt einen kleinen Lichtblick in den NOGs mit den Modellvorhaben nach den __ 63 ff. Hier können neue Modelle für die Versorgung, für die Honorierung und für die Struktur der medizinischen Behandlung erprobt werden, ein Bereich, den viele Kassen in Zukunft für die Optimierung der Qualität und Wirtschaftlichkeit nutzen wollen. Diese Suchstrategie nach sinnvollen Alternativen zur derzeitigen Versorgung ist im übrigen Resultat des Wettbewerbsgedankens im Rahmen der solidarischen Krankenversicherungen, der unter dem Aspekt von Wahlfreiheit und Risikostrukturausgleich dazu beitragen soll, den Kassen eine stärkere Beeinflussung des Kosten- und Versorgungsmanagements zu ermöglichen und damit eine wirksame Mittlerrolle zwischen Versicherten und Anbietern einnehmen zu können.

Neue Versorgungsmodelle ohne die Apotheken.

Dezidiert ausgeschlossen von solchen Versorgungsmodellen ist aber die Arzneimittelversorgung, die Lobby des Apothekerstandes hat einmal mehr Bewegung in dem erstarrten System der Arzneimittelversorgung verhindern können. Experten sind sich darüber einig, daß eine solche Abwehrhaltung auf Dauer nicht ohne Schaden für die Apotheken durchzuhalten sein wird - es wird ganz sicher in nicht allzu ferner Zukunft Veränderungen im Bereich der Distribution, der Preisspannenverordnung oder des Abgabemonopols geben. Und wenn schon solche Änderungen bevorstehen, sollten sie mitbeeinflußt werden, die Verweigerung der Mitarbeit an solchen Entwicklungen ist nicht nur politisch unklug, sie schadet auch dem Ansehen einer ganzen Institution, die sich der solidarischen Krankenversicherung verpflichtet fühlen sollte, nicht zuletzt deshalb, weil ihre ökonomische Basis genau auf dieser solidarischen Krankenversicherung beruht. Man möchte fast mit J.F.Kennedy fordern: Fragt nicht, was die GKV für Euch tun kann, fragt Euch lieber, was Ihr - endlich einmal aktiv - für den Fortbestand der GKV anbieten könnt!

Daß ein zweiter Paragraph der NOGs auf dem diesjährigen Apothekertag für heftige Diskussionen gesorgt, ist dagegen eher verständlich. Der _ 73a sieht nämlich die Möglichkeit vor, im Bereich der ambulanten Versorgung Strukturverträge abzuschließen, die z.B. kombinierte Budgets mit Bonusmodellen verbinden. So geschehen in Berlin, wo Einsparungen im Arzneimittelbereich zur „Anreicherung" des ärztlichen Honorars führen können. Gegen solche ungezielten Einsparungen, die einer ärztlichen Honorarbegehrlichkeit erwachsen, sollten nicht nur Apothekerinnen und Apotheker Einwände habe: Solange solche Einsparungen nicht im Rahmen qualitätssichernder Maßnahmen transparent verfolgt werden können, kann bei solchen Modellen leicht die Versorgungsqualität, u.a. mit der Folge von Krankenhauseinweisungen, auf der Strecke bleiben.

Grundsätzlich ist allerdings mit all den hier erwähnten neuen Versorgungsformen das Ziel verbunden, die stationären Verweildauern zu verkürzen, ganz entsprechend der Vorgabe: So viel ambulant wie möglich, so viel stationär wie nötig! Durch eine solche Betonung der ambulanten Versorgung sind erhebliche Kostenreduktionen bei optimaler Versorgungsqualität möglich - die Verweildauern in Deutschland sind im internationalen Vergleich auffällig hoch. Die Bevorzugung der ambulanten Versorgung kann aber nur mit einer stärkeren Berücksichtigung einer wirksamen Pharmakotherapie gelingen. Als Beispiel hierfür kann z.B. die Einführung der H2-Antagonisten oder der Antidepressiva angeführt werden, die es letztlich erst ermöglicht hat, die stationäre Behandlung von Magen-Darm-Ulcera oder von Depressionen zugunsten der ambulanten Versorgung deutlich abzubauen. Daher ist es um so unverständlicher, daß sich die Standesführung der Apotheker so wenig aufgeschlossen für die Beteiligung an Modellvorhaben nach den __ 63 ff oder auch 73a gezeigt hat, da der Erfolg solcher Versorgungsmodelle auch der Arzneimittelversorgung einen sowohl qualitativ als auch quantitativ neuen Entwicklungsschub hätte bieten können: Amerikanische Beispiel belegen, daß die Arzneimittelverordnungen in innovativen Versorgungsmodellen wie Managed-Care- oder Disease-Management-Systemen um bis zu 20% angestiegen sind.

Die NOGs - nicht einmal Kostendämpfungsgesetze!

Insgesamt zeigen die Veränderungen der GKV durch das 1. und 2. NOG deutliche soziale „Verwerfungen": Die Einnahmeprobleme und Ineffizienzen auf der Ausgabenseite werden nicht angegangen, das Heil wird in einer stärkeren finanziellen Belastung der Patienten als je zuvor gesucht. Das Ziel der Entlastung von Versicherten und Arbeitgebern soll mit Strategien erreicht werden, die letztlich zu einer steigenden Privatisierung des Krankheitsrisikos führen, etwa 20% der Finanzierung werden durch behandlungsbedingte Zuzahlungen in das System „gepumpt". Damit verabschiedet sich das Finanzierungssystem der GKV mehr und mehr von der Parität - die Kranken zahlen für ihre von Ärztinnen und Ärzten für notwendig erachteten Behandlungen bereits rund 70%. Die NOGs stabilisieren über diesen Weg der Finanzierung den status-quo der Ausgabensituation, sie lassen Anbieter ungeschoren davon kommen, obwohl gerade aus diesem Bereich viele Beispiele für den Kostentreibsatz der angebotsinduzierten Nachfrage bekannt sind. Trotz der Wirtschaftlichkeitsreserven im System, trotz der Rationalisierungsmöglichkeiten,

die sich bei konsequenter Nutzung senkend auf den Beitragssatz auswirken, haben die NOGs der GKV keine wirksamen Instrumente angeboten, um eine wirksame Ausgabenbegrenzung vornehmen zu können. Im Gegenteil: Für alle bislang geltenden Budgets wurden Alternativen vorgesehen, die mit hoher Wahrscheinlichkeit ausgabensteigernd wirken. Mit den NOGs ist die dringend notwendige Reform der gesetzlichen Krankenversicherung auf der Strecke geblieben, es wird nicht einmal - wie bei früheren vollmundig angekündigten Reformen - ein Kostendämpfungsgesetz übrigbleiben.

Autor: Dr.rer.nat. Gerd Glaeske, Leiter der medizinisch-wissenschaftlichen Grundsatzabteilung bei der BARMER Ersatzkasse, Untere Lichtenplatzer Straße 100 - 102, 42289 Wuppertal

---

Isabella Sulger

Diskussion nach dem Vortrag von Gerd Glaeske

Von einer Teilnehmerin wird angemerkt, daß das Wettbewerbsmodell unter den Krankenkassen zu schlechterer Versorgung führt, wie das Beispiel der Kompressionsstrümpfe zeigt. Diese werden von der Barmer nur noch ersetzt, wenn sie in Apotheken von den PatientInnen bezogen werden. Ihrer Meinung nach funktionieren die unterschiedlichen Modellversuche der Krankenkassen nicht. Das BKK-Modell der vernetzten Praxen in Berlin krankt beispielsweise an zu wenig Versicherten. Eine andere Diskussionsteilnehmerin fragt nach, ob der Wettbewerb nicht zur Entsolidarisierung unter den Krankenkassen führt. Nach ihrem Dafürhalten wird die Position der Krankenkassen gegenüber den LeistungsanbieterInnen geschwächt. Dem Bundesausschuß Ärzte-Krankenkassen kommt nach ihrer Meinung hinterher die Aufgabe zu, alles wieder zusammenzubringen, Notwendiges und Nützliches. Auf dieser Argumentation aufbauend wird die Frage nach einer Einheitskasse gestellt.

Gegen eine Einheitskasse spricht für Gerd Glaeske, wie eingefahren das Gesundheitssystem im Moment ist. Strukturell besitzen die Leistungsanbieter einen Vorteil gegenüber den Kassen. Desweiteren sind die Krankenversicherungen nach seiner Meinung gute Verwalterinnen, aber schlechte Gestalterinnen. Von ihrer Seite her ist eine Erstarrung feststellbar, was sich beispielsweise an Verbindungen der Reha-Beauftragten zu Reha-Einrichtungen zeigt.

Innerhalb des Apotherkerkammersystems sollten aktiven ApothekerInnen/ Apotheken die Möglichkeit zur Mitwirkung an den Modellen gegeben werden. Wichtig für das Gelingen der Modellversuche wäre eine horizontale Vernetzung und eine Begleitforschung von unabhängigen Instituten.

Eine weitere Frage bezieht sich darauf, ob die Effektivität des Gesundheitssystems anhand von Untersuchungen des Kranken- und Gesundheitszustandes und deren Veränderung untersucht werden, wie zum Beispiel in Holland. Darauf antwortet Professor Badura, daß die Gesundheitsberichterstattung nicht ausreichend ist, weshalb mit Einzelstudien gearbeitet wird, die aber nicht gefragt sind. Epidemiologische - und Evaluationsstudien könnten den Krankenkassen als Röntgensystem dienen.

Laut Gerd Glaeske sind Primärarztsysteme nicht schlechter als andere, arbeiten gegebenenfalls sogar günstiger. In ihnen übernehmen die HausärztInnen eine Gatekeeper Funktion, die zu mehr Koordination unter den Beteiligten führen. Die Beurteilung der Effizienz des Gesundheitssystems ist in seinen Augen defizitär. Um Krankenkassenkosten zu sparen, müssen Krankenhaustage abgebaut werden. Die Krankenhäuser werden langfristig die Verlierer gegenüber dem ambulanten Sektor sein.

Als weiteren Punkt bringt Gerd Glaeske in die Diskussion ein, daß verbraucherpolitische Fragestellungen für die Kassen nicht relevant sind, sondern eher stören. Verbraucherverbände sind nicht in den Krankenkassen vertreten. Sie bilden nur einen kleinen Stachel gegen die bestehenden Defizite. Laut Christoph Kranich vom Verbraucherverband Hamburg gibt es nur zwei bis drei Verbraucherzentralen in der Bundesrepublik, die sich mit gesundheitspolitischen Fragestellungen beschäftigen. Dabei ist der Fokus auf PatientInnenrechte und Pflichten. Die Struktur der Selbsthilfegruppen ist im Gegensatz zu den Verbraucherverbänden sehr groß,

diese sind aber unpolitisch, und es besteht keine Zusammenarbeit mit den PatientInnenvereinen. Bei der deutschen Gesellschaft für Versicherte und Patienten handelt es sich beispielsweise um ein U-Boot der Pharmaindustrie. Günstig wären Informationen der Krankenkassen an die Verbraucherverbände.

Ein Teilnehmer kritisiert, daß die Arzneimittelversorgung im Vortrag über die NOG´s nicht vorkam. Darauf erwidert Gerd Glaeske, daß ApothekerInnen in den NOG´s nicht genannt werden, da sich die Apothekerkammern dagegen entschieden haben. Aus dem Publikum wird darauf die Frage gestellt, welche Auswirkungen Einzelverträge der Krankenkassen mit den Apotheken hätten. Gerd Glaeske erwähnt hierzu, daß ein Vertrag der Apothekerkammer Nordrhein mit der Barmer zur Ernährungsberatung innerhalb der Kasse bestand, als es noch den § 20 SGBV zur Gesundheitsförderung gab. Weiterhin konnten solche Verträge Leistungen enthalten, die von Apotheken angeboten werden und deren Strukturqualität nachgewiesen wird. Sie hätten somit einen reinigenden Effekt. Eine Teilnehmerin befürchtet durch die Spezialisierung großer Apotheken eine Existenzgefährdung kleiner (Land)Apotheken, wogegen Gerd Glaeske in der großen Zahl der Apotheken nicht nur Vorteile sieht. Aus der Runde berichtet ein Mitglied von Bagatellarzneimitteln wie Grippe- oder Venenmitteln, die häufiger auf Rezept verordnet werden, soweit deren Preise unter der Selbstbeteiligung hegen. Er befürchtet dadurch eine Verschlechterung der Qualität der Arzneimittelversorgung. Gerd Glaeske sieht darin keinen Qualitätsverlust, da diese Mittel auch anderweitig von PatientInnen im Rahmen der Selbstmedikation gekauft würden. Zum Abschluß wird noch auf die Problematik der Arzneimittelteuerung durch Einführung neuer Therapien hingewiesen, die 5% der Ausgaben umfaßt und 5,5 Milliarden beträgt.

Christa Augustin

Der Patient als Koproduzent von Gesundheit

Vortrag von Prof. Badura, Bielefeld

OECD-Gutachten

Im ersten Teil ging Prof. Badura ausführlich auf das diesjährige OECD-Gutachten zum Deutschen Gesundheitswesen ein. Das Resumee dieses Gutachtens ist negativ, kritisiert werden allgemein darin u.a.die folgende Punkte:

- Ressourceneinsatz überdurchschnittlich hoch (incl. Krankengeld 14% des BIP)
- Ausgabendruck wird weiter zunehmen
- Ressourceneinsatz ist ineffizient
- relativ niedriges Preisniveau - Ausnahme: die von Patienten „direkt in Apotheken gekauften Arzneimittel“
- Kosten/Nutzen-Vergleich nicht möglich, weil Nutzen-Ergebnisse weithin unbekannt

Dem Gutachten zufolge nimmt Deutschland auf der Ausgabenseite den 2 Platz hinter den USA ein, bei der Lebenserwartung liegt es dagegen nur im OECD-Durchschnitt.

Die Kritikpunkte werden im Gutachten - geordnet nach Gruppen - dezidiert behandelt: Hier nur die wesentlichen Stichpunkte:

Im Krankenhaussektor fiel den OECD-Bewertern auf, daß in Deutschland

- die Bettenkapazität überdurchschnittlich hoch ist
- eine hohe Einweisungsrate (15% über dem OECD-Durschnitt) vorliegt
- eine lange Verweildauer üblich ist
- der Umfang des Pflegepersonals unterdurchschnittlich ist (bei hoher Arztdichte)

Im ambulanten Sektor wird folgendes kritisiert:

- hohe Arztdichte

hohe Arzneimittelverordnung pro Kopf

- hohe Gesundheitsausgaben pro Kopf

hohe Arzneimittelpreise

Zur Systemqualität:

- Keine Anreize für Verzahnung

- Begrenzte Verträge zwischen Kassen und Anbietern
- Keine adäquate „gatekeeper"-Funktion des Hausarztes
- Viel überflüssige Diagnostik
- Krankenhausvergütung begünstigt Einweisung und hohe Verweildauer
- „Mit großer Machtfülle ausgestattete Chefärzte"
- Mißbrauch des Gesundheitswesens für Arbeitspolitik (Länder -> Bettenüberhang)

Arzneimittel:

- zu viele Verschreibungen
- zu hohe Preise

Prof. Badura ging vor allem auf die Punkte der Systemqualität näher ein. So habe zum Beispiel der „Bettenabbau „ in deutschen Krankenhäusern keine Einsparungen gebracht, da die Zahl zwar gesenkt wurde, die Leistung pro Bett jedoch gestiegen sei (Anmerkung Gerd Glaeske). Desweiteren seien die Preise der Arztleistungen in Deutschland zwar niedrig , dafür werde aber zu viel und zu schlecht diagnostiziert (Beispiel Röntgenaufnahmen). Nach einer Studie aus Hannover hat eine Umfrage unter Ärzten ergeben, daß diese 40% weniger an sich selber machen lassen würden als sie an den Patienten durchführen.

Die Deutschen liegen mit durchschnittlich 12 Arztbesuchen pro Jahr weltweit an der Spitze.

Als Fazit stellte Prof. Badura noch einmal fest, daß es vermutlich keinen Zusammenhang zwischen den Ausgaben im Gesundheitswesen und der Morbidität und Mortalität der Bevölkerung gibt. So haben griechische Männer beispielsweise eine höhere Lebenserwartung als amerikanische, obwohl Griechenland nur 15% der Ausgaben der USA im Gesundheitswesen tätigt. Nach Prof. Badura ist das Wissen um solche Zusammenhänge jedoch nicht gewollt, da der ganze Gesundheitssektor in erster Linie ein Wirtschaftsfaktor und davei ausschließlich anbieterorientiert ist. Als Beispiel verwies er auf die Eröffnung von vielen Reha- und Kurkliniken nach der Wende in Ostdeutschland durch die BfA („kein Mensch wurde gefragt, ob das nötig und gewollt war") und auf den „Mißbrauch von Konsumenten, um Anbieterinteressen zu vertreten; Bsp: Aufschrei bei Bettenreduzierung"). Prof. Badura sagte auch noch einmal ganz klar, daß das Gesundheitswesen nicht dazu mißbraucht werden dürfe, Arbeitsmarktprobleme zu lösen (Bsp. Schließung vieler Kurkliniken in Westfalen).

Die Empfehöungen der OECD für das deutsche Gesundheitswesen lauten stichpunktartig:

- Ergebnisorientierte Gesundheitsreform
- Managed Care
- Hausarzt als „gatekeeper"
- Pauschale Vergütung
- Legalisierung von Apothekerketten
- Besseres Krankenhausmanagement
- Konkurrierende Krankenkassen
- Verbraucher besser informieren zur Eindämmung überzogener Nachfrage
- Systematische Evaluation von Diagnose und Therapie

Stärkung der Patientenkompetenzen

Nach Prof. Badura dienten die Gesundheitsreformen bislang nicht der Steigerung der Gesundheit, sonderm dem Ausgleich von Einnahmeverlusten. Bei einer wirklichen Reform müßte der Themenkreis aber erheblich erweitert werden, denn es geht nicht darum, neue Produkte auf den Markt zu werfen, sondern zu einer Kundenorientierung zu kommen, die bislang überhaupt nicht existiert.

Die Rolle des Patienten als Koproduzenten für seine Genesung werde bislang unterschätzt. Interaktionsaktive Leistungen müßten gesteigert werden, die Technikleistungen seien ausgereizt. Interaktionsaktive Leistungen oder personenbezogene Dienstleistungen richten sich an den ganzen Menschen (Kognition, Motivation, Emotion, Physiologie und Verhalten) und dienen u.a. - der Vertrauensbildung und dem Aufbau einer sozialen Beziehung, - der Information und Bedürfnisatikulation der Konsumenten/Patienten gegenüber den Anbietern, - dem Abbau von Angst und Hilflosigkeitsgefühlen, - der Vorbereitung, Akzeptanz und Nachbereitung technikintensiver Eingriffe und - der Stärkung von Selbstvertrauen und Selbstwertgefühl. Kurz gesagt, es mangelt an Information und Kommunikation mit den Patienten, um sie zu "entängstigen" und ihr Selbstwertgefühl zu steigern und so mehr Verständnis und eine größere Compliance zu erzielen. Diese Interaktionsintensiven Leistungen sind jedoch bei den meisten Ärzten nicht so besonders beliebt, weil sie erstens keine wissenschaftlichen Lorbeeren bringen, zweitens stressig sind (der Patient wird als "Stressor" empfunden) und drittens scheinbar trivial sind. Zum Schluß ging Prof. Badura noch auf die Frage der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen ein. Er stellte fest, daß Donabedian, der Begründer der Qualitätssicherung im Medizinbereich, den Fehler gemacht hat, nur den Bereich der "technical care"bedacht zu haben, nicht jedoch den der "interpersonal care". Dabei ist seiner Meinung nach gerade die Qualität interaktionsintensiver Leistungen von "entscheidender Bedeutung für die Mobilisierung und Stärkung der koproduktiven Potentiale der Patienten/

Fortsetzung S. 16

Isabella Sulger

Diskussion der Optionen für Apotheken von Professor Badura

1) Welche Bedeutung hat die Qualitätsdiskussion für Apotheken?

Nach Meinung eines Mitgliedes ist ein Bewußtsein für eine Qualitätsdiskussion in Apotheken gegeben. Um Qualität zu sichern, müssen Qualitätskriterien entwickelt werden. Ein Beispiel für ein Kriterium wäre Kommunikation in Apotheken, die sich von reinem Verkaufstraining abhebt. Ein besonderer Bedarf wird bei Berufsanfängern gesehen. Kommunikation sollte nach Meinung der Anwesenden schon im Studium trainiert werden. Generell muß Qualität nach Professor Badura überprüfbar sein. Solange eine Optimierung eintritt, ist der Geldgeber unwichtig, wenn er keinen Einfluß auf das Ergebnis ausübt. Auf die Frage nach den Indikatoren für die Überprüfbarkeit von Qualität nennt Professor Badura die Isonormen und die EFQM. Gegen die Isonormen wird eingewendet, daß sie mehr technischer Natur seien, und wie Beratung überprüfbar wird. Hierzu konnten Standards zu Abgabehinweisen bei einer Verordnung und gezieltes Abfragen der PatientInnen entwickelt werden. Nach Prof. Badura kann Teamarbeit in den Apotheken durch Total Quality Management (TQM) verbessert werden. Zur Durchführung von Qualitätssicherung müssen sich regional Apotheken überlegen, welche Kernkompetenzen und welches Kerngeschäft sie besitzen. Zur Durchführung von Maßnahmen müssen sie danach jemanden beauftragen, der entsprechende Strategien wie TQM für Apotheken ausgestattet.

2) Wer befriedigt den unterentwikkelten Beratungsbedarf?

Aus der Runde wird geäußert, daß Beratung zur täglichen Praxis in der Apotheke gehört. Ein Mitglied sieht in guter Beratung eine Überforderung der ApothekerInnen. Für Christoph Kranich läßt sich das ökonomische Interesse der Apotheken nicht mit unabhängiger pharmakologischer Beratung vereinbaren. Diese kann seiner Meinung nach nur von unabhängigen Beratungsstellen ohne Verkaufszwang geleistet werden. Professor Badura hält dagegen, daß sich die Güte eines Ladens durch dessen Service auszeichnet und die Qualität mitbestimmt.

Auf die Frage eines Teilnehmers, wo Beratungsbedarf herrscht, erläutert Prof. Badura, daß dieser häufig unterschätzt wird. Hierzu berichtet Christoph Kranich von großer Verunsicherung und Ängsten der PatientInnen, gerade wenn es um Fragen geht, was richtig ist und bei welchen AnbieterInnen sie eine gute Versorgung erhalten. Felder wie tertiäre Prävention oder die Befähigung der PatientInnen, mit ihrer Krankheit umzugehen, sind seiner Meinung nach längst nicht ausgeschöpft.

Um den wirklichen Beratungsbedarf in Apotheken zu erheben, schlägt Prof. Badura folgende Strategie vor. Zuerst muß überlegt werden, wo das Kerngeschäft in Apotheken liegt. Hierbei handelt es sich um Medikamentenabgabe auf Rezept und die Selbstmedikation. Weiterhin sollten Problemgruppen herausgefunden werden, wie chronisch Kranke, deren Beratungsbedarf sich beispielsweise auf Medikamente oder Lebensführung bezieht. Im folgenden sollten Qualitätskriterien für die Beratung entwickelt werden. Hierzu zählen das Bereithalten von Informationsmaterial, Standards in der Selbstmedikation, zum Beispiel in Form einer Liste, sowie die Erarbeitung eines Fragenkatalogs zur Rezeptabgabe. Letztlich sollte ein Verfahren zur Überprüfung der Beratungskriterien erntwickelt werden.

Jürgen Große

VDÄÄ Mitgliederversammlung

Bei unserer Vereinsgründung im Juni 1989 war der Verein Demokratischer Ärztinnen und Ärzte (VDÄÄ), den es damals schon ein paar Jahre gab, unser Vorbild gewesen. Nach wie vor betrachten wir den VDÄÄ neben anderen Verbänden und Initiativen wie der BUKO-Pharmakampagne und der ÖTV als einen unserer wichtigsten Bündnispartner.

Im Frühjahr wurde im Rundbrief des VDÄÄ der Entwurf eines gesundheitspolitischen Memorandums veröffentlicht, in dem insbesondere zur Arzneimittelversorgung einige Forderungen enthalten waren, die bei uns nicht auf ungeteilte Zustimmung stießen (vgl. VDPP-Rundbrief Nr. 41). Wir haben uns im Vorstand und in der Hamburger Regionalgruppe mit dem Entwurf befaßt und in einem Schreiben an den VDÄÄ unsere Kritikpunkte genannt.

Bei einem Treffen unserer Hamburger Gruppe im September konnten wir die aus unserer Sicht umstrittenen Punkte mit Thomas Ruprecht vom VDÄÄ, der der maßgebliche Autor des Memorandumsentwurfes ist, diskutieren, Mißverständnisse ausräumen und gemeinsame Formulierungen finden, die es ermöglichen, daß auch der VDPP das Memorandum mit trägt.

In Zusammenhang mit dieser Diskussion lud man mich auch zur Jahreshauptversammlung des VDÄÄ nach Gelnhausen in Hessen ein, die vom 31. Oktober bis 2. November stattfand.

Es war ausgesprochen nett. Am Freitagabend wurde ein Dokumentarfilm über den Guerillakrieg in El Salvador vorgeführt und von einem VDÄÄ-Kollegen, der selbst einige Zeit als Arzt in der salvadorianischen Guerilla war, übersetzt und kommentiert. Ich hatte undifferenzierte Revolutionsromantik der Siebzigerjahre erwartet, wurde aber positiv überrascht.

Der Kollege, der in El Salvador für die Guerilla und damit gegen die von das von den USA gestützte damalige salvadorianische Regime gekämpft hatte, war einige Jahre später für die UNO in Bosnien gewesen und beurteilte die dortige Rolle der USA völlig anders (nämlich positiv), was zu einer lebhaften Diskussionen führte, die bis spät in die Nacht dauerte, die ich aber nur zum Teil verfolgte, da ich mich mit den rauchenden Teilnehmern (viel mehr als bei uns) ins Foyer begab.

Über einige dekadente Ausschweifungen will ich hier schweigen, insbesondere der Name einer bedeutenden Persönlichkeit der deutschen Gesundheitspolitik, die vom folgenden Tag nicht besonders viel mitbekam, wird nicht über meine Lippen kommen, aber ich kann die Teilnahme an VDÄÄ-Treffen nur empfehlen.

Am Sonnabend wurden für den Vormittag zu einzelnen Themenkomplexen Arbeitsgruppen gebildet, ich nahm an der Arbeitsgruppe zum Memorandum teil. Leider war die Zeit zu kurz, das ganze Memorandum zu diskutieren, insbesondere die Arzneimittelversorgung kam hier nicht zur Sprache, so daß ich auch nicht viel erzählen konnte. Eine Kollegin hatte an dem Entwurf ganz fundamentale Kritik, ihre Notizen waren fast länger als der ganze Text, worum es ihr genau ging, habe ich nicht verstanden, vielleicht, weil ich von den vorangegangenen Diskussionen im VDÄÄ keine Ahnung habe.

Am Nachmittag wurde im Plenum praktisch nur über das Memorandum diskutiert, es gab Kritik an der Sprache der Einleitung („Sprache der Siebzigerjahre"), die von der Mehrheit geteilt wurde, grundsätzliche Kritik (siehe letzter Absatz, keine Ahnung, worum es der Kollegin ging) und Änderungen zu einzelnen Punkten. Da ich am Abend wieder heimfuhr, und das Memorandum auch am Sonntag noch Thema war, bestand meine Beteiligung auch hier hauptsächlich in meiner physischen Präsenz.

Der Memorandumsentwurf enthielt die Forderung nach einer Reduzierung der Medizinstudienplätze. Dies stieß auf Widerspruch bei einer Mehrheit der Teilnehmer, die sogar beschlossen, die Ablehnung einer Reduzierung der Studienplätze in das Memorandum aufzunehmen. Bemerkenswert erscheint mir daran, wie sehr der VDÄÄ es vermeidet, Klientelpolitik zu betreiben, die ursprüngliche Forderung war allerdings auch nicht mit den Interessen bereits fertiger Ärzte begründet worden. Die Ablehnung von Klientelpolitik ist bei uns nicht so selbstverständlich, ich muß da auch an die eigene Nase fassen. Nachdem der Entwurf inhaltlich mit großer Mehrheit gebilligt wurde, soll er im Januar endgültig redaktionell bearbeitet werden.

Am Sonntag wurde mit überwältigender Mehrheit Winfried Beck wieder zum Vorsitzenden des VDÄÄ gewählt. Stellvertreter wurden Erni Balluff und Jörg Peters. Als Mitglieder des erweiterten Vorstands wurden gewählt: Brigitte Ende, Thomas Isenberg, David

Klemperer, Jürgen Malzahn, Sonja Pilz, Thomas Ruprecht und Dieter Scheuch.

Verglichen mit der Zahl der Angehörigen der jeweiligen Berufsgruppe, haben VDÄÄ und wir ungefähr gleich viele Mitglieder. Zu Mitgliederversammlungen erscheinen bei uns prozentual sogar mehr. Dennoch weiß der aufmerksame Leser einer Tageszeitung, daß es den VDÄÄ gibt, bei uns ist das eher nicht der Fall.

Vielleicht ändert sich das ja irgendwann einmal, wenn wir die Stelle einer Referentin für Öffentlichkeitsarbeit besetzen können.

Fortsetzung v. S. 13

Konsumenten in der Akutversorgung, d.h. die Mitarbeit der Patienten in Anamnese, Therapiewahl und Behandlung." Die Verbesserung der Leistungen der Anbieter auf diesem Gebiet könnte durch eine verstärkte Schulung der emotionalen und sozialen Kompetenz in der Ausbildung, durch Supervision und Weiterbildung und durch die Sammlung praktischer Erfahrungen in Teamarbeit, Qualitätszirkeln und Projektmanagement erfolgen.

Gudrun Hahn

100 Jahre Pharmaziestudium auch für Frauen.

Wir arbeiten noch!

Viele werden lange nichts mehr von unserer Arbeitsgruppe gehört haben. Wir arbeiten aber noch immer an der Vorbereitung der Ausstellung, die im Jahre 1999 an die 100. Wiederkehr des Erlasses erinnern soll, der Frauen erlaubte, Pharmazie, Medizin und Zahnmedizin zu studieren.

Gerade befinden wir uns in einer schwierigen Phase. Der Anfangsschwung ist vorbei. Viel Erkenntnis und Wissen haben wir in den letzten Jahren angehäuft. Alle machen wir das neben unserer Berufstätigkeit. Keine reiche Erbtante/onkel hat uns ein Stipendium gegeben, das es uns ermöglicht, ein Jahr intensiv in Bibliotheken und Archiven herumzustöbern. So müssen wir uns ständig mit unserem nicht perfekt sein auseinander setzen.

Trotz allem wollen wir Häuflein der Aufrechten die Arbeit zu Ende führen. Unterstützung können wir immer gebrauchen. Wer von Euch kommt aus alten Apothekenfamilien und hat im Familienarchiv noch Material, was die Ausstellung belebt? :Alte Photos (müssen Frauen drauf sein, alte Studienunterlagen, Tagebücher, etc.) Auch Geschichten von frühen Pharmaziestudentinnen können wir einarbeiten. Im Laufe des Jahres gibt es sicher konkrete Arbeit zu verteilen.

Soviel als Lebenszeichen vielleicht Totgeglaubter.
Zuspruch können wir immer gebrauchen.
Am 1. März treffen wir uns wieder. Wenn bis dahin jemand sich an uns wenden will: prima! Die Geschäftsstelle leitet alles weiter.

Gudrun Hahn und Genossinnen

Ingeborg Simon

MERK-würdiges vom Apothekertag ´97

Die ABDA-Geschäftsführung scheint die Angestellten entdeckt zu haben. Erstmals(!) „durften" sie - vertreten durch Magdalena Linz - im offiziellen Programm der Hauptversammlung reden. Frau Linz äußerte sich zur Ausgrenzung von KollegInnen aus anderen pharmazeutischen Tätigkeitsbereichen. Sie sprach über den hohen Frauenanteil, forderte veränderte Rahmenbedingungen, um allen Interessierten KollegInnen die Möglichkeit und die Motivation zur standespolitischen Mitarbeit zu ermöglichen (siehe Beitrag v. M. Linz in dieser Ausgabe). Die wenigsten Delegierten wußten, daß dieser Beitrag nicht das Ergebnis der Beitrag nicht das Ergebnis der Einsicht auf ABDA-Ebene war, den mehrheitlichen Anteil der Angestellten endlich gebührend zu registrieren, sondern ein 1. sichtbarer Erfolg des in diesem Jahr gegründeten „Forum Leipzig", dessen Resonanz und Konzept einer breiten Einbeziehung unterschiedlicher Gruppen in der (angestellten) Pharmazie einfach nicht länger ignoriert werden kann. Die Geschäftsführung hatte Kolleginnen des Forums während seiner Konstituierungsphase deutlich zu verstehen gegeben, daß man darin eine „Kriegserklärung" an die Adresse der ABDA-Geschäftsführung sähe. Auch aus diesem Grunde war ich sehr gespannt auf die Beiträge zu der sich anschließenden Diskussion. Eine ganze Reihe von Angestellten meldete sich zu Wort - die ABDA im Präsidium schwieg. Aus den Unternehmerreihen im Publikum kam lediglich die Aufforderung an Frau Linz, sie möge ihren Einfluß geltend machen, daß alle Angestellten wegen zu hoher Lohnnebenkosten in eine billige Krankenkasse überwechseln! (dieser Beitrag richtet sich selbst) Meinem schlechten Ruf gerecht werdend, forderte ich Vertreter der ABDA Geschäftsführung energisch auf, ihrerseits einen Diskussionsbeitrag zu leisten. Sie reagierten äußerst unwirsch, zumal ich auch öffentlich machte, wie sie in Wahrheit zum „Forum Leipzig" stehen. Sie verwiesen auf eine von ihr (freiwillig?) in Auf trag gegebene Meinungsumfrage zur Situation/Befindlichkeit und Selbstverständnis von PharmazeutInnen in allen Bereichen - das war's. Facit: Nur durch den Druck von unten war es möglich, die Rolle der Angestellten in der Fachöffentlichkeit zur Diskussion zu stellen, dieser muß erheblich verstärkt werden, dazu ist auch der VDPP insgesamt aufgefordert!

Nachdem die Versandapotheke als neues Gespenst am europäischen Pharmahimmel immer stärker an Leuchtkraft gewonnen hat und sich die gesetzlichen Krankenkassen mit deren Realisierung ein erhebliches Einsparvolumen erhoffen, kommt auch die standespolitische Debatte zu dieser Problematik in Fahrt. ABDA-seits wurde vor allem der beim Arzneimittelversand nicht gewährleistete Informations- und Beratungsbedarf kritisiert. Nur der persönliche Kontakt des Patienten zum pharmazeutischen Personal garantiere die Befriedigung diese Bedarfs. Pferdefuß: Auch nach geltender Apothekenbetriebsordnung sind Versand- und Botendienste o h n e pharmazeutisches Personal erlaubt (betr. auch Rezeptsammelstellen). Um der standespolitischen Ablehnung von Versandapotheken argumentative Schlagkraft zu verleihen, haben gleich 3 Bundesländer über Anträge die Gewährleistung des pharmazeutischen Sachverstandes in persona bei der Botenzustellung von Arzneimitteln zur Verpflichtung erklärt. Wären diese Anträge angenommen worden, hätte man gute Bedingungen im Abwehrkampf gegen Versandapotheken geschaffen. Die ABDA aber hat in ihrer Weisheit - zwischen Ethik und Monetik pendelnd - in Richtung Monetik „zugeschlagen" und einen inhaltlich veränderten Leitantrag -stellvertretend für die 3 vorliegenden - formuliert, der genau die eigentliche Stoßrichtung verläßt und über die schwammige Formulierung der Gewährleistung pharmazeutischen Sachverstands auch bei Boten und Versandwegen lediglich die in der Apothekenbetriebsordnung festgeschriebene Pflicht zur pharmazeutischen Beratung bekräftigt. Damit wurde der eigentliche Ansatz mißachtet, alles bleibt beim Alten - ein Sieg für die Befürworter der Versandapotheken ist damit wahrscheinlicher geworden.

Erinnert man sich an die großartigen Visionen von pharmaceutical Care, die ja gerade zum Inhalt hatten, daß die pharmazeutisch qualifizierte Beratungsfunktion über die Apotheke hinaus wahrgenommen werden soll - heran bis ans Krankenbett - dann kommt man über deren Ernsthaftigkeit durch den jetzt Beschlossenen Ansatz leicht ins Grübeln. Die Auffassung des Geschäftsführers der niedersächsischen

Apothekerkammer, eine Helferin „vor Ort" mit „Roter Liste" und Handy tue es auch, kann da bestenfalls noch als i-Punkt auf den ABDA-Leitantrag gesehen werden.

Facit: Diejenigen, die das Versandapothekenmodell propagieren, können einen Sieg nach Punkten für sich verbuchen, denn ein von ihnen vorgesehener 24-Stunden-Beratungsdienst durch PharmazeutInnen wäre allemal besser und effektiver als die Handy- und Rote-Liste-bewaffnete Helferin am Patientenbett!

Wieder einmal gab es den Antrag auf mindestens 2 ApothekerInnen pro Apotheke. Wieder wurde er mit großer Mehrheit abgeschmettert, was die ABDA nicht hindert, immer noch mehr Aufgabenfelder für die öffentlich-private Apotheke zu beanspruchen (z.B. die Heimversorgung). Wie das alles unter einen Hut zu bringen ist, bleibt das Geheimnis der ABDA.

Facit: Auch hier geht die Schere zwischen Anspruch und Wirklichkeit wieder einmal weit auf, ohne daß die Verantwortlichen sehen, daß sie auch hier wieder hinsichtlich der eigenen Glaubwürdigkeit ein Eigentor geschossen haben!

Ausdehnung der Selbstmedikation durch großzügige Anwendung der Freidosenregelung. Auch hier wird man immer kühner! Pharmazeutischer Sachverstand vor Ort, d.h. (natürlich?) in der privaten öffentlichen Apotheke, gilt als Bollwerk gegen Miß- und Fehlgebrauch, als ausreichender Schutz der Arzneimittelsicherheit. Ich habe als Einzige nochmals die Argumente ,die gegen eine extensive Ausdehnung der Selbstmedikation mit verschreibungspflichtigen Wirkstoffen sprechen benannt - allerdings ohne jede Chance.

Daß die Verschreibungspflicht a u c h eine wirksame Hürde gegen die Drugstorisierung des Arzneimittelvertriebs ist, daß die Verschreibungspflicht auch die Apotheke privilegiert als Ort, wo Waren besonderer Art vertrieben werden, wird nicht erkannt. Ganz abgesehen von den gesundheitlichen Gefährdungen einer ausufernden Selbstmedikation (dafür gibt es überhaupt keine Sensibiliät mehr), sollten unsere Oberen endlich wenigstens kapieren, daß eine starke Verschiebung von der Rezept- in die Nurapothekenpflicht auch eine Bewegung aus der Apothekenpflicht in die Freiverkäuflichkeit impliziert.

Facit: Ausgerechnet an dem Ort, wo wir vor mehr als 10 Jahren mit unseren Plädoyers gegen eine unkontrollierte Ausweitung der Freidosenregelung Mehrheiten gewinnen konnten, gingen die immer noch gültigen Argumente jetzt sang- und klanglos unter! Diese Niederlage müssen wir auch als eine des VDPP sehen! Wo war der VDPP auf diesem Apothekertag hörbar?

Es gäbe noch einiges Lästerliche zu berichten, z.B. über einen Antrag aus Baden-Württemberg gegen den Drogenmißbrauch! Gemeint waren im Ursprungsantrag -nein !Keine Angst! nicht etwa Arzneimittel sondern Tabak und Alkohol. Letzterer wurde in einem Ersetzungsantrag eliminiert! Wahrscheinlich fiel den Antragstellern noch rechtzeitig der gute Badenser ein, auf den zu verzichten, niemandem zuzumuten gewesen wäre. Übrig blieb ein glühender Angriff auf den Tababakrauch. Ich bin gespannt, wann die Zigarettenhersteller zum Werbefeldzug gegen den Arzneimittelmißbrauch durch Selbstmedikation antreten! Ich bin dann dabei!

Offizielle Berichterstattung zu Apothekertag und Anträgen s. die Fachpresse!

Dauerkorrespondentin deutscher Apothekertage, die sich wieder einmal ziemlich allein vorkam ...

J. Simon

M. Linz

Die berufliche und verbandspolitische Situation angestellter Apothekerinnen und Apotheker

Vortrag Apothekertag Düsseldorf 17.10.1997

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

Sie werden verstehen, daß es für mich persönlich eine besondere Freude ist, heute hier zu Ihnen über die Situation der angestellten Apothekerinnen und Apotheker sprechen zu können. wobei die beamteten Kolleginnen und Kollegen selbstverständlich miteinbezogen sind. Es ist das erste Mal - außerhalb von Anträgen, daß dies Thema auf einem deutschen Apothekertag aufgegriffen wird. Dem Vorstand der ABDA ist es zu danken, daß er Anregungen aus Mitgliedsorganisationen gefolgt ist, die eine Behandlung dieser Materie vorgeschlagen hatten. Dies ist ein wichtiges und positives Signal für die betroffenen Kolleginnen und Kollegen. Genauere Einsichten in die eigene Einschätzung ihrer Situation wird &e von der ABDA in Auftrag gegebene Studie bieten, &e sich mit der Lage aller Berufskollegen befaßt. Ihre Ergebnisse werden Diskussionsstoff auf dem nächsten Apothekertag sein. Die Beschäftigung mit der Situation angestellter Berufskollegen ist in der Hauptversammlung Deutscher Apotheker auch durchaus richtig angesiedelt, stellt sie doch das Organ aller Apothekerinnen und Apotheker dar.

Angestellte Apothekerinnen und Apotheker stellen &e Mehrheit im Berufsstand. Der überwiegende Teil sind Frauen. Gerade die angestellten Kollegen geben &e ganze Bandbreite unseres Berufsstandes wieder und sitzen häufig an wichtigen Schaltstellen im Gesundheitswesen. Beispiele: KBV, Bundesverbände von KK, Abt. Gesundheitspolitik der Pharmaindustrie, Bundeskanzleramt

In der Öffentlichkeit, bei Politikern, aber oft auch in der Presse wird der Apothekerberuf allerdings ausschließlich gleichgesetzt mit der Leitung einer öffentlichen Apotheke. Dies ist auch ein Grund für die Probleme, die wir zu lösen haben, wenn es um unsere Existenzberechtigung in der Zukunft geht. Apotheker leisten wichtige Beitrage im Gesundheitswesen - eben auch außerhalb der öffentlichen Apotheke. Dies kommt auch in Plakaten unserer Imagekampagne zum Ausdruck.

Berufliche Situation

Angestellte Apotheker sind überwiegend in der öffentlichen Apotheke tätig. Der Frauenanteil ist hier besonders hoch, ebenso der Anteil von Teilzeittätigkeit. An zweiter Stelle steht &e Tätigkeit im Bereich der Industrie, der Verwaltung, in Wissenschaft und Schulen, bei Krankenkassen und anderen Organisationen im Gesundheitswesen, in der Bundeswehr oder bei der Fachpresse. Hier ist der Frauen- und Teilzeitarbeitsanteil bereits deutlich geringer. Zahlenmäßig, aber nicht fachlich, folgen zum Schluß die Kollegen in den Krankenhäusern. Auch hier finden wir einen geringeren Frauen- und Teilzeitarbeitsanteil als im Bereich der öffentlichen Apotheke. Die Berufsaussichten für Absolventen des Studienganges Pharmazie kann man als gut bezeichnen - im Gegensatz zum überwiegenden Teil der akademischen Berufe. Die Arbeitsmarkt Informationen der Zentralstelle für Arbeitsvermittlung der Bundesanstalt für Arbeit sprechen von einer Zunahme der Nachfrage nach Fach- und Führungskräften in der pharmazeutischen Industrie von 18% verglichen mit dem Vorjahr. Zitat aus dem Bericht der Zentralstelle: „Trotz der zeitweilig als krisenhaft erscheinenden Zuspitzung der Entwicklung im gesamten Gesundheitswesen hat sich der Teilarbeitsmarkt Pharmazie und Apotheken über &e Jahre bin als relativ stabil erwiesen. Dies gilt insbesondere für den Bereich der öffentlichen Apotheken Die Zahl der dort beschäftigten approbierten Mitarbeiter hat sich kontinuierlich erhöht „ Damit ist belegt, dal3 Apothekenleiter verstärkt in qualifiziertes Personal investieren. Nach Berechnungen der ABDA wird m Zukunft wegen des hohen Frauen- und Teilzeitarbeitsanteils m diesem Bereich die Nachfrage durch Neuapprobierte kaum zu befriedigen sein. Bereits jetzt gibt es m einigen Gegenden Deutschlands erhebliche Engpässe auf dem Arbeitsmarkt. Vor dem Hintergrund der wirtschaftlichen Gesamtsituation ist dies sicher ein sehr begrüßenswerter Zustand Die Arbeits-

losenquote liegt bei lediglich 2,8%, also deutlich niedriger als in anderen Wirtschaftsbereichen. Die Stellensituation in den Krankenhausapotheken ist zur Zeit deutlich schwieriger. Zahlreiche Kollegen müssen sich um den Erhalt der Apotheken - und damit auch ihrer Arbeitsplätze - ernsthafte Sorgen machen, bedingt durch die im GSG ausdrücklich gewünschte stärkere Betonung ambulanter Behandlung. Vor diesem Hintergrund ist auch der Konflikt innerhalb des Berufsstandes zwischen öffentlichen Apotheken und Krankenhausapotheken um Zuständigkeitsbereiche zu verstehen, der uns an anderer Stelle auf diesem Apothekertag noch beschäftigen wird. Niemand kann schließlich Berufskollegen das Recht absprechen, für ihre eigene Zukunftssicherung einzutreten - dies gilt für Offizin- wie Krankenhausapotheker. Wichtig ist allerdings, daß der Berufsstand sich durch einen solchen Konflikt nicht endgültig entzweit und die Interessen beider Gruppierungen berücksichtigt werden. In der Industrie sind die Tätigkeitsbereiche für Apothekerinnen und Apotheker besonders breitgefächert:

- Forschung- und Entwicklung - in starker Konkurrenz zu anderen Naturwissenschaften - hier vor allem in der galenischen Entwicklung

- Pharmaproduktion - unter anderem als Herstellungs- und Kontrolleiter

- Stufenplanbeauftragte

- Arzneimittelinformation
Zulassung- und Registrierung

Erstaunlicherweise finden sich - obwohl sehr gesucht - nur wenige Kollegen im Bereich Marketing und Vertrieb, obwohl doch gerade hier die pharmazeutischen Fachkenntnisse im Umgang mit Krankenhäusern und Ärzten von Vorteil sein sollten. Möglicherweise hat der Bereich, Außendienst für zahlreiche Berufskollegen einen negativen Beigeschmack nach dem Motto „ist unter unserer Würde".

Bei den Krankenkassen sind Berufskollegen zum Teil in Führungspositionen tätig, in denen sie über die Zukunft des Berufsstandes in wesentlichen Bereichen mitentscheiden können. Sie sind an Verhandlungen zu Arzneilieferverträgen beteiligt und arbeiten als Beratungsapotheker vor allem bei Ärzten, teilweise aber auch bereits im Telefonservice für Versicherte. Hier gibt es Probleme durch Überschneidungen mit den Kollegen aus dem öffentlichen Bereich, aber entscheidend ist doch, daß pharmazeutischer Sachverstand auch von den Krankenkassen in ihrem eigenen Bereich für notwendig gehalten wird. Gerade im Bereich der Industrie haben Apothekerinnen und Apotheker gute Aufstiegschancen. Einige Kolleginnen und Kollegen in Führungspositionen der pharmazeutischen Industrie machen dies deutlich. Die Aufstiegschancen im Bereich der öffentlichen Apotheke und Krankenhausapotheke sind eng begrenzt, da es sich jeweils um Kleinbetriebe handelt. Im Krankenhaus gibt es allerdings Kollegen, die den reinen Apothekenbereich verlassen und die gesamte Materialbeschaffung übernommen haben.

An dieser Stelle ist es angezeigt, ein Wort zur wirtschaftlichen Situation der angestellten Kollegen zu sagen. Zwar will ich hier keine Tarifdebatte entfachen - die Tarifautonomie gilt auch im Apothekenbereich - aber Fakten müssen auf den Tisch: Die tariflichen Anfangsgehälter im Bereich der öffentlichen Apotheke liegen bei einem Jahresgehalt von 60000 DM, die Endgehälter bei 75000 DM. In der Industrie steigt ein nicht promovierter Berufskollege erst bei 77000 DM ein, ein promovierter bei ca. 90000 DM. Im Bereich des öffentlichen Dienstes hegt das Einstiegsgehalt bei BAT 11 oder A13. Dies entspricht ca. 70000 DM. Die höhere Dotierung der letztgenannten Bereiche im Vergleich zur öffentlichen Apotheke zeigt, daß die wirtschaftliche Situation vieler Apotheken keinen großen Spielraum nach oben läßt, auch wenn durchaus, je nach individueller Apothekensituation noch übertarifliche Gehälter gezahlt werden. Die geringen finanziellen Entwicklungsmöglichkeiten sind sicher auch ein Grund für den hohen Frauenanteil in der öffentlichen Apotheke, da der Unterhalt einer Familie kaum auf einem angemessen erscheinenden Niveau zu finanzieren ist. Die finanzielle „Mauer" zwischen Ost und West im Bereich der Apotheke fällt für Angestellte im übrigen auch erst im Dezember dieses Jahres Trotzdem wurde schon vor Jahren verkündet, sie sei längst gefallen. Dies galt aber nur für den Abschlag. Die Lage der Angestellten wurde dabei offensichtlich nicht berücksichtigt.

Die Weiterbildung spielt für die Berufschancen eine sehr unterschiedliche Rolle: mm Krankenhaus ist sie schon fast eine „Conditio sine qua non" für Führungspositionen, in der öffentlichen Apotheke zahlt sie sich bisher leider noch viel zu wenig aus und in der Industrie ist sie je nach Einsatzgebiet - z.B. Arzneimittelinformation - unabdingbar oder nicht zwingend erforderlich. Umfangreiche Fortbildung ist in allen Tätigkeitsbereichen unerläßlich um den fachlichen Anforderungen auf Dauer genügen zu können.

Hier sind wir an einem wunden Punkt, der vor allem Angestellten aus öffentlichen Apotheken immer wieder Probleme bereitet. Wahrend im Krankenhaus, im der Industrie und anderen Tätigkeitsbereichen Fortbildung vom Arbeitgeber meist gefordert und unterstützt wird, muß in der öffentlichen Apotheke um den entweder gesetzlich oder auch tariflich zustehenden Bildungsurlaub in einigen Fällen gestritten werden. Angesichts der von den Medien immer wieder geführten Qualitätsdebatte in bezug auf die Beratung, und den Bemühungen des eigenen Berufsstandes um weitere Qualitätsverbesserung, sollte Fortbildungswille dringend unterstützt und nicht behindert werden. Hier bedarf es entsprechender

Appelle von Seiten d Verantwortlichen im Berufsstand.

Dr. Schmall hat zum Beispiel m einem PZ-Editorial deutlich Stellung zur Notwendigkeit der Fortbildung gerade auch für Angestellte bezogen.

Ein grundsätzliches Problem unseres Berufsstandes ist, daß wir oft weitgehend fremdbestimmt sind - durch ärztliche Verordnungen gesetzliche oder vertragliche Regelungen, finanzielle Zwänge im Krankenhaus, bei Krankenkassen und sicher teilweise auch in der Industrie. In besonderem Maße gilt diese Fremdbestimmung für Angestellte m der öffentlichen Apotheke. Sie stehen oft in dem Zwiespalt zwischen eigenverantwortlicher Tätigkeit - inklusive der daraus entstehenden möglichen Haftung - und Forderungen, die von Seiten der Apothekenleitung an sie herangetragen werden. Um nicht in Gewissenskonflikte zu kommen, kann ich den Kolleginnen und Kollegen nur empfehlen, bei Vertragsabschluß klare Bedingungen zu vereinbaren, die auch einzuhalten sind. Dazu gehört z.B. die Auswahl der Medikamente in der Selbstmedikation. Die Krankenhausapotheker haben sich m zunehmendem Maß gegen eine Einflußnahme der Verwaltungsleitung vor allem auf den wirtschaftlichen Bereich, teilweise aber sogar auch auf den fachlichen Bereich und damit die Arzneimittelauswahl zu wehren. Es wird behauptet, in der Leitung einer Krankenhausapotheke könne differenziert werden zwischen pharmazeutischen Entscheidungen und deren wirtschaftlichem Vollzug. Bereits 1992 mahnte Dr. Pieck in einem Referat anläßlich eines ADKA-Kongresses eine öffentliche Diskussion über die Rechtsstellung der Leiter von Krankenhausapotheken an. Der Konflikt zwischen weisungsgebundenem Dienstverhältnis und apothekenrechtlicher Position eines prinzipiell nicht weisungsgebundenen Apothekenleiters wird in diesem Fall besonders deutlich. Auch hier müssen angestellte Apotheker von den Verwaltungen klare Bedingungen einfordern.

Ähnliches gilt für Apotheker im Bereich der Industrie und bei den Krankenkassen. Können sie Apotheker in der Industrie oder bei den Krankenkassen sein, wie Dr. Hoferichter Vorsitzender des WIV - des Verbandes der Apotheker in Industrie, Wissenschaft und Verwaltung - es einmal sehr treffend formulierte oder sind sie nicht doch eher Industrie- oder Krankenkassenapotheker nach dem Motto „Wes Brot ich eß, des Lied ich sing". Es ist auch für diese Kollegen sicher nicht immer einfach, sich das notwendige Maß an beruflichem Selbstverständnis und an fachlicher Unabhängigkeit zu bewahren. Bei Verwaltungen und in Ministerien dürfte es kaum anders sein.

Wenn Fremdbestimmung als ein Hauptübel für unseren Berufsstand erkannt worden ist - und dies gilt ausdrücklich für alle Berufsangehörigen, nicht nur fr die Angestellten, so muß es doch Ziel einer gemeinsam betriebenen, zukunftsorientierten Standespolitik sein, unabhängiger von Fremdbestimmung aller Art zu werden. Die ABDA Thesen gehen im pharmazeutischen wie auch im wirtschaftlichen Teil in diese Richtung, die Umsetzung stellt sich allerdings gerade wegen der Widerstände derjenigen, die über uns bestimmen, als schwierig heraus.

Standespolitische Situation

Gemeinsame Standespolitik von Selbständigen und Angestellten halte ich für unerläßlich. Wer mitgestalten will, muß auch mitbestimmen können und wollen. Wenn man den Ist-Zustand auf Bundes- wie Landesebene betrachtet, so gibt es sicher noch Verbesserungsbedarf. Unterschiedliche gesetzliche Bestimmungen und Wahlverfahren führen alleine schon zu unterschiedlichen Verhältnissen in den einzelnen Bundesländern. Die Extreme reichen von Mehrheit der Angestellten in der Berliner Delegiertenversammlung über zahlenmäßigen Gleichstand in der bayrischen Kammerversammlung und gesetzlich festgelegter Parität in einigen nördlichen Bundesländern bis zu einem Verhältnis von 1:10 in einem der neuen Bundesländer. Es gibt zwar mehrere Verbände, in denen angestellte Apotheker organisiert sind - diese Verbände sind allerdings im Gegensatz zu den Apothekerverbänden keine Mitgliedsorganisationen der ABDA. Ihre Vorsitzenden haben kein satzungsmäßiges Recht auf Repräsentanz in den Bundesgremien der Apothekerschaft. Die Gründung des „Forum Leipzig" als Interessenvertretung aller angestellten Apotheker unabhängig von ihrem Tätigkeitsbereich zeigt, daß offensichtlich Mißstände gesehen werden und eine Verbesserung angemahnt wird. Die ABDA-Spitze hat sich durchaus gesprächsbereit gezeigt und auch dies Referat soll Anstoß zu konstruktiver Zusammenarbeit sein. Angestellte sind m dar Standespolitik zahlenmäßig unterrepräsentiert, für Frauen gilt dies ebenso. Woran liegt das? Können oder wollen sie nicht? Beides ist nach meinen Erfahrungen richtig. Sollte es nicht wichtig für uns alle sein, dies zu ändern? Wir können es uns als Berufsstand nicht leisten, auf ein solch großes zahlenmäßiges wie qualitatives Potential bei der Mitarbeit zu verzichten. Wie erzeugt man die Motivation für aktive Mitarbeit? Wenn eine Kammer in ihrem Rundschreiben als Kammeraufgabe besonders für Mitarbeiter verkündet, sie könnten in der Vertreterversammlung, in Fachausschüssen oder mm Vorstand mitarbeiten, dann ist dies natürlich sachlich richtig, klingt aber etwas sehr mager und wirkt nicbt gerade attraktiv.. Das „Sortiment" für die Apothekenleiter ist deutlich üppiger ausgefallen: Baufsgerichtsbarkeit, Notdienstregelung, Einsatz für den Erhalt der öffentlichen Apotheke, gut ausgebildetes Personal, Fortbildung für PTA/PKA und sogar die wirtschaftliche Interessenvertretung gemeinsam mit dem LAV wird angeboten. Dies alles soll für Angestellte nicht von Bedeutung sein? Ba kritischer Betrachtung

kann man dies nur verneinen. Es geht mir überhaupt nicht darum, eine einzelne Kammer zu kritisieren, es geht um das Bild nach außen, das Apothekerkammern in den Augen vieler Angestellter bieten: nicht für uns da, praxisfern, Behörde!

Das Wort „Serviceunternehmen, Institution zum Mitmachen oder Standespolitik zum Anfassen, Möglichkeit zum Blick über den Tellerrand des beruflichen Umfelds, Informationsmöglichkeit über die Fakten und Möglichkeiten im Gesundheitswesen" hört man selten, aber gerade diese Schlagworte sind für viele Berufskollegen durchaus attraktiv. Wenn ich in Niedersachsen auf Veranstaltungen die Kammer vertrete, bin ich immer wieder erschüttert über den unzureichenden Wissensstand. Genau hier muß angesetzt werden. Bereits bei den Pharmaziepraktikanten muß ein Bewußtsein für Notwendigkeit aktiver Beteiligung zur Weiterentwicklung des Berufsstandes erzeugt werden. Delegierte und Vorstandsmitglieder müssen ihnen Rede und Antwort stehen und die Möglichkeiten der aktiven Beteiligung darstellen. Es muß klargemacht werden, daß wer mitgestalten will auch bereit sein muß mitzubestimmen und die Zeit für an Ehrenamt zur Verfügung zu stellen.
Das Wollen ist die eine Sache, das Können die zweite. Gerade Angestellte haben oft Probleme, von ihren Arbeitgebern für ehrenamtliche Tätigkeit freigestellt zu werden. In dar Wirtschaft, in Behörden, im politischen wie gewerkschaftlichen Bereich ist es durchaus üblich, eine Pflicht zur Freistellung - ob bezahlt oder nicht - festzuschreiben. Warum sollte man nicht in den Kammersatzungen eine entsprechende Regelung vorsehen? Mir wird immer wieder vorgehalten, Angestellte wollten sich gar nicht engagieren. Viele bekommen aber eben auch Probleme in ihrem Arbeitsbereich, wenn sie dies tun. Konkrete Pläne sind mir bekannt. Es gibt erfreulicherweise aber auch Apothekenleiter und Vorgesetzte in anderen Bereichen, die ehrenamtliches Engagement fördern. Trotzdem muß auch hier noch Aufklärungsarbeit geleistet werden. Ehrenamtliche Tätigkeit im der Standespolitik von angestellten Apothekerinnen und Apothekern muß als positiv und notwendig angesehen werden. Von Seiten der Kammern ist es wichtig, Angestellte bewußt in Aktionen wie Gesundheitstage, Arzt-Apothekergesprächskreise, Installierung von Pharmaceutical Care, Durchführung von Fort- und Weiterbildung und andere wichtige pharmazeutische Aufgaben einzubeziehen. Viele Angestellte wären sicher gerne bereit, hier aktiv mitzuarbeiten, wenn sie denn davon wüßten. Ein Anschreiben nur am die Apotheken genügt zur Information nicht. So erreicht man die Kollegen aus anderen Bereichen und auch viele Angestellte aus den öffentlichen Apotheken nicht. Wesentlich effektiver sind da die Kammerrundschreiben oder auch direkte persönliche Anschreiben. Persönliche Ansprache durch bereits in Standespolitik tätige Kolleginnen und Kollegen wirkt manchmal auch Wunder. Lobenswert ist aus meiner Sicht auch, daß einige Kammern Wiedereingliederungskurse für Apothekerinnen durchgeführt haben, die wegen der Phase der Familiengründung und Kindererziehung zeitweise nicht berufstätig waren. Um Angestellten, in der Mehrzahl ja Frauen - oft mit Familie - Engagement in der Standespolitik zu ermöglichen, müssen die entsprechenden Rahmenbedingungen geschaffen werden. Auch hier sind einige Kammern mit gutem Beispiel vorangegangen wie Kinderbetreuung, Abendveranstaltungen und Berücksichtigung familiärer Belange beim zeitlichem Umfang der einzelnen Sitzungen oder Veranstaltungen. Nur weiter so, muß die Devise heißen.

Zusammenfassend kann man sagen:

Angestellte Kolleginnen und Kollegen sind ein wichtiger Teil unseres Berufsstandes - ebenso wie die Apothekenleiterinnen und -leiter - und tragen durch die Bandbreite ihrer Tätigkeit zur Sicherung der Existenzberechtigung des Apothekerberufes bei - an den unterschiedlichsten Schaltstellen im Gesundheitswesen. . Die öffentliche Apotheke alleine kann dies auf Dauer nicht leisten.

Die Berufschancen sind gut - gerade auch für Frauen durch die Möglichkeit der Teilzeitbeschäftigung.

Um die Bandbreite, die durch Angestellte in den Berufsstand eingebracht wird, effektiv zu nutzen, müssen sie aktiv m Standespolitik eingebunden werden.

Hierzu müssen die nötigen Rahmenbedingungen geschaffen werden. Aktives Zugehen auf diesen Kollegenkreis und Beseitigung von Informationsdefiziten ist dringend erforderlich.

Angestellte haben wie Apothekenleiter ein Interesse an einer Verringerung der Fremdbestimmung.

Angestellte sind wichtige Stützpfeiler unseres Berufsstandes. Nur mit ihnen gemeinsam können wir unsere Zukunft als Apothekerschaft sichern.

Thomas Hammer

Vorstandstreffen am 27.7.97 in Kassel

Anwesende Vorstandsmitglieder: Udo Ament, Jürgen Große, Thomas Schulz, Isabella Sulger

Anwesende Gäste bzw. Gastgeber: Michael Höckel, Thomas Hammer, Ildiko Szasz

TOP 1 **Wahl von Versammlungsleiter/In und Protokollant/In:** Jürgen Große übernahm die Versammlungsleitung, Thomas Hammer führte Protokoll.

TOP 2 **Genehmigung der Tagesordnung:** Die Tagesordnung wurde in der vorliegenden Form genehmigt.

TOP 3 **Protokoll des letzten Vorstandstreffens:** Das Protokoll von Isabella Sulger wurde nach kleinen Korrekturen genehmigt.

TOP 4 **Beschlußkontrolle:** Thomas Hammer hat mit Katja Lorenz telefoniert und erfahren, daß sowohl Katja als auch Regina Schumann wegen momentanen Umzugsstress erst im Herbst die Organisation der Programmfortschreibung in Angriff nehmen wollen.

Jürgen Gro?e hat den Entwurf des Memorandums zur Gesundheitspolitik gelesen, der im VDÄÄ-Rundbrief veröffentlicht worden ist, und hat dem Vorstand seine Einschätzung dazu vorgetragen. Er will im Namen des Vorstandes an den VDÄÄ schreiben und unsere Meinung kundtun.

Alle anderen Beschlüsse des Treffens am 15.6. werden, falls noch erforderlich, demnächst erledigt.

TOP 5: **Bericht aus der Geschäftsstelle:** Seit der letzten Vorstandssitzung sind leider wieder 3 Mitglieder ausgetreten.

In der Geschäftsstelle türmen sich nicht zustellbare Rundbriefsendungen. Thomas Hammer kümmert sich darum, daß im nächsten Rundbrief ein Suchdienst eingerichtet wird.

Thomas Hammer hat noch einmal das Forum für kritische Sozial- und Gesundheitspolitik in Düsseldorf angeschrieben wg. Kontaktaufnahme. Bisher hat es noch keine Antwort gegeben.

Die Coordination gegen Bayer-Gefahren machte uns auf die am 22.8. in Frankfurt stattfindende Hauptversammlung der IG Farben aufmerksam und bat uns, für die Verbreitung des Aufrufs „Nie wieder" zu sorgen. Außerdem wurden wir um eine Spende von 5000,- DM gebeten, um die 2. Auflage der Charta „Menschenrechte und Industriegefahren" mitzufinanzieren, an der die Coordination mit anderen internationalen Organisationen mitgearbeitet hat. Der Vorstand sieht sich außerstande, dieser Bitte nachzukommen. Im Rundbrief könnte jedoch die Entstehungsgeschichte dieser Charta abgedruckt werden. Für Interessenten liegen in der Geschäftsstelle 2 Exemplare der Charta bereit.

Im Fact-Magazin der SAL-Apotheker aus den Niederlande wurde auf eine Veranstaltung der Azivo- und SAL-Apotheken hingewiesen, die am 26.9. in Den Haag stattfinden wird. Dort findet dann ein Kongress der Union europäischer sozialer Apotheker statt mit dem Thema „Distributions- und Organisationsformen von Apotheken in Eruopa". Michael Höckel und Udo Ament würden gerne am Kongress teilnehmen und werden Kontakt mit der SAL aufnehmen.

Das Bundesministerium für Gesundheit hat uns den Entwurf zur 7. AMG-Novelle zugeschickt. Die Verbesserungsvorschläge, die Eugen Eschenlohr und Jürgen Große für den VDPP erarbeitet haben, fanden in den Entwurf keinen Eingang.

TOP 6 **Kassenbericht:** Im Kassenjournal gab es in der letzten Zeit kaum finanzielle Bewegungen. Dennoch hatte sich Udo Ament die Mühe gemacht, den Vorstandsmitgliedern einen Kassenbericht vorzulegen, aus dem hervorgeht, daß die finanzielle Situation des Vereins weiterhin nicht besorgniserregend ist.

TOP 7 **Bericht aus den Regionen:** Nichts Neues aus Hessen und Hamburg. Isabella Sulger hat sich bei den Münchener Mitgliedern umgehört, ob Interesse an einem gelegentlich stattfindenden Regionalgruppentreffen bestehen würde. Dies scheint nicht der Fall zu sein. Und was passiert in Berlin?

TOP 8 **Apothekertag:** Thomas Hammer wird Volker Kluy, Frauke Leitzbach-Blomes und Ingeborg Simon anrufen, um zu erfahren, wer von ihnen als Delegierte(r) zum Apothekertag geschickt wird. Er setzt sich danach mit

Michael Höckel in Verbindung, der Kontakte zum Forum Leipzig herstellen will, um vielleicht gemeinsame Anträge stellen zu können.

TOP 9 **Herbstseminar:** In der Volkshochschule Schanzensßra e ist ein Seminarraum angemietet worden. Ebenso sind die Verpflegungsfrage und ein Teil des Rahmenprogramms geklärt. Schwierig könnte die Unterbringung der Auswärtigen werden. Dies werden die Hamburger Mitglieder organisieren.

Dem Vorstand lag ein Konzept für das Herbstseminar vor, das Udo Puteanus erarbeitet hatte und das den Beifall aller Vorstandsmitglieder fand. Thomas Hammer wird sich mit Udo P. in Verbindung setzen, da dieser Kontakt zu den beiden Referenten Prof. Badura und Gerd Glaeske herstellen könnte. Ein großes Dankeschön an Udo! Der Titel des Seminars lautet: „N.O.G. out für eine rationale Arzneimitteltherapie?" Der Vorstand will alle Hamburger Apotheken zum Seminar einladen.

TOP 10 **Mitgliederversammlung 98:** Thomas Schulz hat im Waldschlösschen nahe Göttingen Übernachtungsmöglichkeiten für 20 Personen reservieren lassen. Es gibt dort nur Doppelzimmer. 2 Übernachtungen + Verpflegung kosten den Verein pro Person 150,- DM. Die Teilnahmegebühr wurde deshalb wie folgt festgelegt: 150,- DM für 2 Übernachtungen, 100,- für 1 Übernachtung und 50,- DM für die Teilnahme ohne Übernachtung (alles incl. Verpflegung). Für das Rahmenprogramm soll die BUKO-Theatergruppe engagiert werden. Der Vorstand würde gerne am Sonnabend vormittag einen Vortrag zum Thema „Transparenz und Verantwortlichkeit in der Arzneimittelkontrolle in Europa" zu Gehör bringen. Udo Ament (nicht Puteanus!) kümmert sich um die Akquisition einer ReferentIn.

TOP 11 **Aktuelles:** Udo Ament berichtet, daß sich die BUKO-Pharmakampagne in großen finanziellen Schwierigkeiten befindet, da die EU Gelder blokkiert hat, auf die die BUKO angewiesen ist. Es soll sich um ungefähr 100.000 DM handeln. Die Folge wird wohl sein, daß keine Projektarbeit mehr möglich sein wird. Damit wenigstens der BUKO-Pharmabrief weiterhin erscheinen kann, beschloß der Vorstand, der BUKO-Pharmakampagne durch eine Anzeige im Pharmabrief (Bekanntmachung des Herbstseminars) und eine Spende von 500,- DM zu helfen. Anzeigen sollen ebenfalls zur MV und zum Frauenseminar geschaltet werden.

Michael Höckel berichtet vom letzten Treffen des Forum Leipzig. Das Forum hatte von Prof. Braun (ABDA) einen Bericht über die derzeitige Umsetzung der ABDA-Thesen erhalten. Dieser Bericht bewies, daß es bis zur vollständigen Umsetzung noch ein langer, dorniger Weg sein wird. Das Forum will nun ein eigenes Papier erarbeiten, daß die Probleme des Berufs aufzeigen und Lösungsmöglichkeiten anbieten soll.

TOP 12 **Rundbrief & Öffentlichkeitsarbeit:** Auf Anregung von Udo Ament beschließt der Vorstand, Ulf Thomas zu bitten, den nächsten Rundbrief 3-spaltig zu gestalten. Die LeserInnen sollen dann entscheiden, ob dadurch Erscheinungsbild und Lesbarkeit verbessert werden. Thomas Hammer will darüber hinaus mit Ulf Th. über die Installation der VDPP-Homepage sprechen.

Udo Puteanus bat den Vorstand um eine Klarstellung, daß er den Vorschlag, AutorInnen des Rundbriefs in bestimmten Fällen ein Honorar zu zahlen, nicht aus eigennützigen Gründen gemacht hat (s. RB 40, S. 20). Er erhoffte sich davon, daß so bei für den VDPP wichtigen Themen Auftragsarbeiten vergeben werden könnten, für die sich sonst eventuell keine AutorIn finden würde. Nur diese Artikel sollten dann bezahlt werden.

TOP 13 **Verschiedenes:** Jürgen Große will den sächsischen Apothekerverein anschreiben, um Einzelheiten über dessen Vorschläge zur Tarifgestaltung zu erhalten.

Bernd Rehberg

Mitarbeiterschulung

Seit 1975 bin ich Leiter einer schon lange im Stadtteil bestehenden Apotheke in Bramfeld. Bramfeld ist ein gewachsener Stadtteil von 60 000 Einwohnern. Zentrum ist die Bramfelder Chaussee auf einer Länge von 1 000 Metern. Hier liegt auch die Apotheke mit 5 Konkurrenten,zu dene ein gutes kollegiales Verhältnis besteht.

Von Anfang an war mir klar, daß die Beratung von Patienten über ihre Gesundheitsprobleme Grundlage meiner Arbeit als Apotheker ist. Deshalb habe ich diesen Beruf gewählt. Verkaufen ist wichtig, aber der Sinn meiner Tätigkeit liegt im Helfen. Helfen des Einzelnen und der Bevölkerung im Stadtteil.

Da ich nicht alleine meine Kunden betreue, habe ich nachdem die Anfangsphase „Des-Sich-Selbstständig-Machens" überstanden war, mir Gedanken über die Fortbildung meiner Mitarbeiter gemacht.

In der Apotheke können wir heute gar nicht mehr von „Beratung" sprechen. Aufgrund unseres gestzlichen Auftrages nach §20 ApBetrO Kunden und Ärzte zu beraten und dem Stand der Diskussion über Pharmaceutical Care müsse wir heute von „Pharmazeutischer Betreuung und Fürsorge" reden und es inhaltlich füllen, sonst wird dieser Berufsstand von der „Sparwelle" überrollt und verschwinden.

Als Leiter einer Aptheke bin ich also gezwungen, dieses Problem anzugehen. Meine Mitarbeiter waren und sind motiviert und guten Willens. Wie gestalte ich eine effektive Mitarbeiterfortbildung - für die Apotheke, für mich, für die Mitarbeiter und als wichtigste Gruppe: für die Kunden/Patienten.

Als erstes möchte ich berichten, was ich schon alles versucht und gemacht habe, mit meiner Einschätzng des Erfolges, um dann einen Vorschlag zur Diskussion zu stellen.

1. Die ApothekerIn arbeitet ein Thema, z.B. Schnupfen, aus. Wir diskutieren gemeinsam, PTA´s, Vorexaminierter, Helferin über

a) Präparate

b) das Vorgehen bei der Beratung

c) Schwierigkeiten, die mit diesem Thema bei der Beratung aufgetreten sind.

Das ganze nach der Arbeit von 18.45 Uhr (wir schließen um 18.30 Uhr) bis ca. 19.45 Uhr. Wir vereinbaren, aber eher weil ich als Chef den Vorschlag mache, alle 14 Tage Dienstagabend.

Die Vergütung der Zeit. Meine Argumentation, die so aktzeptiert wurde: jeder Mitarbeiter muß ein Interesse an seiner fortlaufenden Qualifikation haben, vor allem wenn er mal die Apotheke wechseln will. Deshalb wird die Stunde nicht vergütet, auch weil die Vorarbeit von mir getragen wird.

Es stimmen alle zu. Die Termine werden gemeinsam festgelegt. Nach dem dritten oder vierten Mal fehlt der 1. Beim fünften Mal fehlen schon 2. Dann kommt die Urlaubszeit. Die Fortbildung wird ausgesetzt. Die griffigsten Themen sind schon abgehandelt. Nach der Urlaubszeit treffen wir uns noch einmal. Die Diskussion ist zäh, alle sind lustlos und kaputt, weil im Winter ja auch mehr zu tun ist. Nach einem Jahr ist die Fortbildung eingeschlafen.

2. Wir diskutieren gemeinsam, woran es liegt, daß bei einem festgestellten Interesse aller, die Fortbildung eingeschlafen ist. Wir einigen uns auf 1 x im Monat, die Stunde wird als Freizeit vergütet und das Thema soll sich ergeben aus angefallenen Fragen während der Beratung, die der einzelne Mitarbeiter sich notiert.

Das 1. Treffen: es gibt notierte Fragen und Probleme. Sie werden behandelt. Aber irgenwie unbefriedigend, weil so richtig handfest, eindeutig sind sie ad hoc nicht zu beantworten. Bücher werden gewälzt. Es dauert und es zieht sich hin. Beim 3. Mal sind von 7 noch 4 da. Ich laß von der Putzfrau Schnitten für den Abend vorbereiten. Beim 4. Mal sind 6 da, beim 5. Mal 3. Schließlich ist wieder Urlaubszeit, der Winter ist da und abends ist man geschafft.

3. Die Mitarbeiter verabreden sich und gehen gemeinsam zu angebotenen Fordbildungsveranstaltungen der Kammer und verschiedener Firmen. Ich übernehme die eventuell anfallenden Kosten und sie investieren ihre Freizeit. Das Verhältniss unter den Kollegen ist gut und entspannt: sie gehen gemeinsm. Es krieselt unter den Kollegen: alleine hat keiner Lust zu gehen.

4. Ich biete an, Wochendseminare zu finanzieren. Ihr Beitrag wäre ihre Freizeit. Das nimmt nur die Approbierte war. Nicht ein einziges Mal eine PTA oder Helferinn. Was gefragt wurde ist, ob sie nicht eine Woche Englischkurs

auf Mallorca entsprechend des Hamburger Fortbildungsgesetzes wahrnehmen dürfen. Das habe ich kategorisch abgelehnt, weil in Hamburg und in der Apotheke genügend Fortbildungsangebote bestehen.

5. Ich lade Firmen ein, die uns ihre Produkte vorstellen. Z. B. Madaus finanziert sogar (1983) eine Fortbildung über Echinacin in einem Restaurant. Ansonsten bieten sich nur Kosmetikfirmen oder Hersteller medizinischer Produkte an. Da geht es mehr um die Handhabung und weniger um inhaltliche Wissensvermittlung. Außerdem sind die in Frage kommenden Firmen bald alle dagewesen. Für die kontinuierliche Arbeit ist das kein gangbarer Weg. Es wird in dem Zusammenhang auch angedacht, mit befreundeten Apotheken gemeinsam diese Firmenangebote zu nutzen. Das scheitert am Finden eines gemeinsamen Termins! Es ist banal, aber die Realität ist so.

6. Zwei PTA's machen die „Kolleg-Kunden-Kommunikation" von Merck als Fernkurs. Die Erfolgskontrolle im Arbeitsalltag funktioniert nicht. Es ist bei der immer größer werdenden Arbeitsbelastung nicht möglich und unzumutbar für die Mitarbeiter in den raren Pausen,in den Momenten „Des-Sich-Hängenlassens" mit Fragen zum Verkaufsverhalten in sie zu dringen. Ich habe das Gefühl, das Wissen verläuft im Sande.

7. Ich stelle eine Videocamera auf, um Verkaufsgespräche aufzunehmen und mit den Mitarbeitern zu bereden. 2 Mitarbeiter lehnen das ab. Erst mit der Begründung: Persönlichkeitsschutz des Kunde. Wir stellen die Camera so, daß der Kunde/Patient nur von hinten zu sehen ist und ich schlage außerdem vor, bei dem Begutachten der Filme nicht dabei zu sein und die Casetten in ihre Hände zu geben, so daß ich sie mir auch gar nicht ansehen kann. Die Mitarbeiter sehen sich mehrere Stunden (ca. 8) Videofilm an und sprechen darüber. Einen Erfolg kann ich nirgends ablesen. Ich sehe nicht, daß Übungen gemacht werden oder Verhalten am Kunden diskutiert wird.

8. Zur Zeit machen wir jeden Donnerstag von 14.00 - 15.00Uhr, also nach der Mittagspause, Fortbildung. Wir sehen uns Videocasetten an, die ich aus den Fernsehprogrammen aufnehme. Es sind 5 Sendungen, die regelmäßig erscheinen. Wir haben inzwischen an die 100 Casetten a' 4 Stunden mit Gesundheitssendungen. Dabei ist es sehr wichtig, eine gute Dokumentation aufzubauen, auf welcher Casette an welcher Stelle welches Thema abgehandelt wird. Wir würden Sendungen zum gleichen Thema sonst nie wiederfinden. Eine PTA sieht sich die Sendungen gegen Bezahlung zu Hause an und entscheidet, was für unsere Fortbildung sinnvoll ist. Während die Mitarbeiter sich die ausgewählte Sendung ansehen, bedient diese PTA die Kunden/Patienten in der Apotheke. Diese Form der Fortbildung machen wir seit über 1 Jahr. Fazit: Ich halte diese Form nach wie vor für eine gute Idee, aber leider nicht besonders effektiv. Nach der Mittagspause sind alle müde und nicht besonders aufnahmefähig. Sind es spannende Themen und alle sind aufmerksam, werden sie meistens in den nächsten Tagen in der Beratung nicht nachgefragt und so geht das Wissen sehr schnell wieder verloren. Es fehlt das interaktive Lernen. Denn erst wenn man eine Befindlichkeitsstörung beraten soll, bemerkt man sein mangelndes Wissen. Es gehört sehr viel Kraft dazu, im Arbeitsalltag diese Lücke zu schließen, und meine Erfahrung sagt, daß diese Kraft nicht vorhanden ist.

Aus dem Gesagten würde ich folgende Vorgehensweise anbieten:

1. Grundlage der Fortbildung ist der Einsatz des Mediums Video/Fernsehen. Ich halte diese Sendungen für geeignet, weil sie auf dem neuesten Stand der Wissenschaft sind, seriös recherchiert sind und allgemeinverständlich sind, ohne dabei platt zu sein.

- Ein Thema wird gemeinsam ausgewählt aus dem Wochenangebot laut Fernsehzeitung und aufgenommen.

- Es wird die Zeit, die Dauer und der Rhytmus nach den betrieblichen Möglichkeiten festgelegt (mein Vorschlag: 1 x wöchentlich 1 Stunde während der Arbeitszeit).

- Eine MitarbeiterIn sieht sich das Thema auf der Casette an und entscheidet welche Passagen für die Fortbildung genommen werden. Eventuell kann sie auch frühere Sendungen miteinbeziehen.

- Dies wird als Arbeitszeit vergütet.

- Der gezeigte Film sollte nicht länger als eine halbe Stunde sein. Danach wird die zweite halbe Stunde diskutiert und reflektiert.

- Ein Mitarbeiter übernimmt immer im Wechsel die Vorbereitung dieses Themas für die nächste Fortbildung (Vorbereitungszeit ist Arbeitszeit). Damit wird das Thema aufgefrischt und vertieft. Es sollen Erfahrungen aus Kundengesprächen, die hoffentlich stattgefunden haben, miteinfließen.

2. Firmen, die für uns beratungsbedürftige Produkte haben, werden eingeladen, um diese vorzustellen, uns zu informieren und mit uns zu diskutieren. Ich halte diese Abwechslung für sinnvoll und auflockernd, weil es ja auch immer Präparate sind, die wir im Sortiment haben.

3. Wenn ich davon ausgehe, daß jeder Mensch einen eigenen Arbeitsstil hat, dann muß ich auch jedem zubiligen, seinen eigenen Fortbildungsstil zu haben. Wenn er also an den gemeinsamen Fortbildungen nicht teilnimmt, muß er aber bereit sein, sein erworbenes Wissen überprüfen zu lassen und den anderen Mitarbeitern im Rahmen der allgemeinen Fortbildung vorzustellen.

Dokumentation

Über den diesjährigen IPPNW-Kongreß in Nürnberg anläßlich der 50-Jahrestages des Nürnberger Prozesses berichteten wir Anfang des Jahres. Jetzt drucken wir noch einmal den Nürnberger Kodex 1997 zu ethischen Fragestellungen in der Medizin.

Es folgt ein kurzer Artikel von Gerd Glaeske über die juristische Auseinandersetzung zwischen GKV und einigen Pharmaunternehmen, die dazu führte, daß der Arzneiverordnungreport 1996 nicht erscheinen konnte (Mabuse 110 Nov/Dez. 1997)

Es folgt ein Beitrag von Meinhard Johannides, dem Sprecher der Ersatzkassenverbände in Hessen zum Thema Kostenerstattung (aus Mabuse 109 Sep/Okt. 1997)

Fast zum Schluß noch eine kurze Selbstdarstellung des Arbeitskrieses Freuengesundheit (AKF) in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft e.V.

Ganz zum Schluß noch ein Leserbrief aus der DAZ zum Thema „Anrechnung der Erzeihungszeiten durch die Versorgungswerke", der uns von Christl Trischler ans Herz gelegt wurde. Vielleicht gibt es zu diesem Dauerthema neue Erfahrungen.

Dokumentation

NÜRNBERGER KODEX 1997

Am 20. August 1947 verurteilte ein US-amerikanisches Militärgericht MedizinerInnen wegen ihrer Verbrechen gegen die Menschlichkeit. 50 Jahre später, am 20. August 1997, haben die *Internationalen Ärzte gegen den Atomkrieg (IPPNW)* im "Nürnberger Kodex 1997" neue medizinische Grenzfragen aufgegriffen und ethische Leitlinien für das Verhältnis zwischen ÄrztInnen und PatientInnen vorgelegt. Die *"International Physicians for the Prevention of the Nuclear War" (IPPNW)* besteht seit 1981. *IPPNW* ist eine berufsbezogene Organisation von Ärztinnen und Ärzten, die sich für eine Medizin einsetzen, die Leben erhalten und lebenswert gestalten will. Voraussetzung dafür ist für die *IPPNW* eine Welt ohne atomare Bedrohung, ohne Krieg und eine Welt in sozialer Verantwortung. Für ihr Engagement erhielt die *IPPNW* 1984 den Friedenspreis der *UNESCO* und 1985 den Friedensnobelpreis. Ein Schwerpunkt der Arbeit der in der *IPPNW* engagierten ÄrztInnen und Ärzte ist die selbstkritische Auseinandersetzung mit der Vergangenheit und der Gegenwart der Medizin.

Präambel

Im Gedenken an die Opfer gewissenloser Menschenversuche, des Massenmordes an psychisch kranken und behinderten Menschen und anderer Verbrechen gegen die Menschlichkeit, deren sich deutsche Ärztinnen und Ärzte im Nationalsozialismus schuldig gemacht haben,

im Bewußtsein der Verantwortung, welche der Nürnberger Kodex von 1947 und die "Richtlinien für neuartige Heilbehandlung und für die Vornahme wissenschaftlicher Versuche am Menschen" von 1931 allen Forschenden auferlegen,

eingedenk der Ambivalenz des medizinischen Fortschritts und seiner möglichen Gefahren für die Menschlichkeit

und getragen von dem Wunsch, Kranke und Heilkundige vor der Bedrohung durch kommerzielle und andere fremdnützige Interessen zu schützen,

bekennen sich Ärztinnen und Ärzte sowie alle anderen Menschen, die durch ihre berufliche Tätigkeit in Beziehung zu Patienten stehen, zu ihrer persönlichen Verantwortung für das gesundheitliche Wohl des Individuums und zur Verwirklichung einer menschlichen Medizin und erklären:

1. Voraussetzungen des Medizinversuches
(Punkt 1 des Nürnberger Kodex von 1947)

"Die freiwillige Einwilligung der Versuchsperson ist unbedingt erforderlich. Das heißt, daß der Betreffende die anerkannte Fähigkeit haben muß, seine Einwilligung zu geben. Er muß in der Lage sein, eine freie Entscheidung zu treffen, unbeeinflußt durch Gewalt, Betrug, List, Druck, Vortäuschung oder irgendeine andere Form der Beeinflussung oder des Zwangs. Er muß genügend Kenntnis von und Einsicht in die wesentlichen Fakten des betreffenden Versuchs haben, um eine verstehende und aufgeklärte Entscheidung treffen zu können. Diese letzte Bedingung macht es notwendig, daß der Versuchsperson vor der Annahme ihrer zustimmenden Entscheidung das Wesen, die Dauer, und der Zweck des Versuchs klargemacht werden; sowie die Methode und die Mittel, welche angewendet werden sollen, alle Unannehmlichkeiten und Gefahren, welche mit Fug zu erwarten sind, und die Folgen für ihre Gesundheit oder ihre Person, welche sich aus der Teilnahme ergeben mögen. Die Pflicht und die Verantwortlichkeit, den Wert der Zustimmung festzustellen, obliegt jedem, der den Versuch anordnet, leitet oder ihn durchführt. Dies sind persönliche Pflichten und persönliche Verantwortungen, welche nicht ungestraft auf andere übertragen werden können."

2. Der "informed consent" als eine Grundlage des Gesundheitswesens

Die freiwillige und informierte Einwilligung des Patienten nach bestmöglicher Aufklärung ("informed consent") ist eine prinzipielle Grundlage aller Behandlungen im Gesundheitswesen, aller Heilversuche und aller medizinischen Experimente am Menschen. Nur im Falle von Notfallbehandlungen kann diese Zustimmung nachträglich eingeholt werden.

Alle medizinischen Versuche, die einen Nutzen für andere als die Versuchspersonen haben sollen, bedürfen der freiwilligen und informierten Einwilligung in besonderem Maße. Anerkannte Heilbehandlungen, sowie Heilver-

suche, die einen Nutzen für die betreffende Person haben sollen, können bei nicht-einwilligungsfähigen Menschen durchgeführt werden, wenn ersatzweise die informierte Einwilligung des gesetzmäßigen Vertreters nach dessen bestmöglicher Aufklärung vorliegt. Sie dürfen aber nicht durchgeführt werden, wenn der Betroffene sich in Ausübung seines natürlichen Willens widersetzt. An nicht einwilligungsfähigen Menschen dürfen medizinische Versuche ohne Nutzen für die Betroffenen nicht durchgeführt werden. Sie sind an die persönliche, nicht ersetzbare Einwilligung gebunden. Einzige Ausnahme sind noch nicht einwilligungsfähige Kinder, die Wesen und Bedeutung des Versuches noch nicht zu beurteilen vermögen. Für sie können die gesetzlichen Vertreter die Einwilligung zu einem Medizinversuch geben.

Medizinversuche an Menschen in Gefängnissen oder psychiatrischen Einrichtungen sind unzulässig, auch wenn die Betroffenen einwilligungsfähig sind.

3. Art des Menschenversuches

Die Achtung vor der Würde des Menschen ist oberstes Gebot jeder medizinischen Forschung; auch die Freiheit der Forschung findet hier ihre klaren Grenzen. Dies gilt sowohl für den Heilversuch als auch für das nicht-therapeutische Experiment. Für den Schutz von Versuchsteilnehmern muß umso entschiedener gesorgt werden, je abhängiger die betroffenen Personen sind und je weniger sie in der Lage sind, ihre Rechte selbst zu verteidigen. Dazu bedarf es unter anderem eines beständigen offenen Dialogs zwischen Versuchsleiter und Versuchsperson. Die volle Verantwortung für den Versuch bleibt stets beim Versuchsleiter.

Versuche am Menschen müssen stets so angelegt sein, daß sich von ihnen ein gesundheitlicher Gewinn für konkrete Personen oder Personengruppen erwarten läßt, der durch andere Methoden nicht erreichbar ist. Die Versuchsergebnisse sind wahrheitsgetreu und vollständig zu veröffentlichen.

Menschenversuche müssen auf bekanntem Wissen aufbauen und dieses nutzen, um unnötige Versuche zu vermeiden. Unnötige körperliche Eingriffe und Belastungen müssen von den betroffenen Personen ferngehalten werden. Menschenversuche müssen so durchgeführt werden, daß die Versuchsteilnehmer jederzeit die Weiterführung des Versuchs verweigern können.

Die Entwicklung von Forschungspräferenzen und die Durchführung von Forschungsprojekten bedürfen gesellschaftlicher Transpa–

Erinnerung an medizinische Versuche im Frauenkonzentrationslager Ravensbrück - Bedeutung heute

Tagung der Internationalen Frauenbegegnungsstätte Ravensbrück - Förderverein e.V. und der Ärztekammer Berlin, 8. November 1997

Vortrag 1: **Ärzte im Konzentrationslager Ravensbrück.** Referentin: **Freya Klier,** Schriftstellerin, Regisseurin, Berlin

Vortrag 2: **Ärzte im Frauenkonzentrationslager Ravensbrück. Die Sicht einer Betroffenen.** Referentin: **Frau Dr. med. Wanda Poltawska,** Ärztin, Psychotherapeutin, Krakow, Polen

Vortrag 3: **Stillschweigen und Anspielungen. Vom Vergessen der Menschenversuche in Konzentrationslagern zur späten Erinnerung, 1945-1980.** Referent: **Dr. Michael Hubenstorf,** Medizinhistoriker, Berlin

Vortrag 4: **Widerstand gegen neue Formen der Dehumanisierung im Kontext der biomedizinischen Entwicklung**
Referent: **Prof. Dr. theol. Dietmar Mieth,** Leiter des Europäischen Netzwerks zur biomedizinischen Ethik, Tübingen

Forum zum Erörtern von Fragen

Ort und Zeit: Samstag, den 8. November 1997, 10-16 Uhr, Rathaus Schöneberg, John-F.-Kennedy-Platz, 10820 Berlin, Saal 195
Tagungsgebühr: 50,- DM. Bitte schriftlich anmelden!
Tagungsunterlagen werden gegen Rückporto zugeschickt.
Kontakt: Internationale Frauenbegegnungsstätte Ravensbrück. Förderverein e.V. c/o Frauenbundhaus, Wundtstr. 40-44 Berlin, 14057 Berlin, Tel: 030-612 79 48, Fax: 617 58 71

renz. Wissenschaftler müssen sich frühzeitig mit den ethischen und sozialen Folgen ihres Tuns auseinandersetzen. Die Finanzierung von Forschungsprojekten muß von der Realisierung eines solchen begleitenden Dialogs mit der Öffentlichkeit abhängig gemacht werden. Ethikkommissionen müssen in einem demokratischen Verfahren eingesetzt und nach paritätischem Prinzip nicht nur mit Fachleuten, sondern auch mit sachkundigen Laien, Vertretern von Betroffenenverbänden oder Selbsthilfegruppen besetzt werden. Entscheidungen der Ethikkommissionen sind für die Antragssteller verbindlich.

4. Fortpflanzungsmedizin und Pränataldiagnostik

Medizinische und biotechnische Entwicklungen ermöglichen in zunehmendem Maße, Elternschaft, Schwangerschaft und Geburt technisch zu kontrollieren und zu manipulieren. Dadurch werden die Eltern einer großen Belastung ausgesetzt und schwangere Frauen mit Entscheidungszwängen konfrontiert. Die gesellschaftliche Tendenz zu einer "Eugenik von unten" und die Aussonderung von Menschen mit zu erwartenden Behinderungen werden verstärkt.

Vorgeburtliche Untersuchungen, die gezielt nach Fehlbildungen oder genetischen Abweichungen beim Ungeborenen suchen, gehören nicht in die Routine der Schwangerenvorsorge. Vor Inanspruchnahme solcher Untersuchungen muß den Frauen eine von den Anbietern pränataler Diagnostik unabhängige Beratung zur Verfügung stehen, wobei die Konsequenzen der Untersuchung aufgedeckt werden. Werdenden Eltern muß das „Recht auf Nicht-Wissen" erhalten bleiben, ohne daß sie soziale und finanzielle Konsequenzen befürchten müssen.

Die Methoden der künstlichen Befruchtung dürfen nur angewandt werden, um langfristige und auf andere Weise nicht zu behandelnde Unfruchtbarkeit zu beheben. Nicht zulässig ist die Präimplantationsdiagnostik zur Selektion von Embryonen mit zu erwartenden Behinderungen. Ebenso sind die kommerzielle Beschaffung und Übertragung fremder Keimzellen und Embryonen sowie die Leihmutterschaft unzulässig. Abzulehnen ist auch die mißbräuchliche Verwendung menschlicher Embryonen zur verbrauchenden Forschung, zur Klonierung, zur Chimären- und Hybridbildung.

5. Gendiagnostik

Genetische Tests können individuelle gesundheitliche Risiken aufzeigen, aber auch Merkmale identifizieren, die zwar ohne eindeutigen Krankheitswert sind, aber einen stigmatisierenden Effekt haben. Sie können das Leben der betroffenen Menschen und ihrer Familien durch Vorhersagen schwer belasten.

Genetische Tests sind psychisch invasive Eingriffe und streng an die informierte Einwilligung zu binden. Sie sollen nur dann durchgeführt werden, wenn sie ärztlich angezeigt sind, und wenn die betroffenen Familienangehörigen ausführlich und sachkundig über die Konsequenzen eines belastenden Testergebnisses wie auch über Alternativen zur Testung beraten worden sind. Betroffene haben Anspruch auf soziale und psychologische Betreuung.

Gentests stellen Wissen zur Verfügung, dessen Vertraulichkeit gesichert sein muß. Ihr Gebrauch für kommerzielle oder bevölkerungspolitische Zwecke ist auszuschließen. So darf niemand genötigt werden, einen Gentest vornehmen zu lassen. Genetisches Wissen darf nicht in diskriminierender und rassistischer Absicht verwendet werden.

6. Gentherapie

Der eingeengte Blick auf die Gene verspert die Sicht auf die vielfältigen Facetten des Phänomens Krankheit, auf soziale und psychische Aspekte und krankmachende Konsum-, Arbeits- oder Umweltfaktoren. Die wissenschaftliche Erforschung des menschlichen Genoms kann dazu beitragen, Krankheiten ursächlich zu behandeln. Sie birgt aber auch die Gefahr der Menschenzüchtung, sowie der Enteignung und kommerziellen Ausbeutung menschlicher Körpersubstanz in sich.

Die jetzt noch experimentelle somatische Gentherapie darf nur bei schweren Krankheiten und sorgfältigster wissenschaftlicher Prüfung der damit verbundenen Risiken sowie nach Ausschöpfung aller alternativen Behandlungsverfahren angewandt werden. Genetische Eingriffe in die Keimbahn des Menschen - seien sie Behandlungsabsicht oder Nebenwirkung somatischer Gentherapie - haben schwerwiegende, nicht absehbare Konsequenzen für nachfolgende Generationen. Sie sind deshalb nicht zu rechtfertigen.

Genetisches Wissen muß auch in Zukunft allen Menschen zur Verfügung stehen. Menschliche Gene werden entdeckt, nicht erfunden. Sie sind deshalb nicht patentierbar.

7. Transplantationsmedizin

Die Transplantation von Organen und Geweben darf nur zur Lebensrettung oder zur Behebung schwerer Leidens- und Krankheitszustände angewandt werden. Transplantationen

zu experimentellen Zwecken sind abzulehnen. Einen Anspruch auf fremde Organe oder fremdes Gewebe gibt es nicht.

Jeder Mensch hat auch über den Tod hinaus ein Recht, über seinen Körper selbst zu bestimmen. Die Spende eines Organs oder von Gewebe darf nur aufgrund freier, informierter und persönlicher Einwilligung und aus dem Motiv der Hilfsbereitschaft erfolgen. Eine Ersatzeinwilligung von Vertrauenspersonen ist dann gerechtfertigt, wenn diese von den Betroffenen ausdrücklich dazu beauftragt wurden. Die Verpflanzung von Organen und Geweben von Menschen, die ihre persönliche Einwilligung nicht gegeben haben oder die aus wirtschaftlicher Not zur Spende gezwungen waren, ist unzulässig. Eine Nachweispflicht über die freiwillige und informierte Einwilligung zur Entnahme muß international eingeführt werden.

Der Himtod ist nicht mit dem vollendeten Tod des Menschen gleichzusetzen. Der Himtod kann allenfalls als Entnahmekriterium für Organe auf der Basis der freiwilligen und informierten Einwilligung gelten. Die Organ- und Gewebsentnahme bei noch nicht einwilligungsfähigen Kindern ist an die freiwillige und informierte Einwilligung durch den gesetzlichen Vertreter gebunden. Menschen, die aufgrund ihres Alters selber einwilligen könnten, die aber einwilligungsunfähig sind wegen einer Erkrankung oder Behinderung, sind vor der Entnahme von Organen und Geweben, auch vor der Entnahme regenerierbaren Gewebes oder eines paarigen Organs, geschützt.

Eine Transplantation von Gehirngewebe ist nicht zu rechtfertigen, wenn sie die geringste Gefahr in sich birgt, Individualität und Persönlichkeit des Menschen in Frage zu stellen. Die Transplantation von Fötalgewebe ist abzulehnen, weil sie auf die Entscheidung zum Schwangerschaftsabbruch Einfluß nehmen kann und verhindert, daß die für den Fötus schmerzloseste und für die Schwangere schonendste Methode des Schwangerschaftsabbruchs gewählt wird.

Der Handel mit Organen und Geweben ist durch internationale Übereinkommen zu unterbinden.

8. Sterbebegleitung und Sterbehilfe

Sterben ist ein Teil des Lebens, in dem der Mensch, besonderer liebevoll-mitfühlender Begleitung und leidensmindernder medizinischer Hilfen bedarf. Voraussetzung hierfür ist die bestmögliche Kommunikation zwischen dem Sterbenden und den Begleitpersonen sowie aller Begleitpersonen untereinander. Eine humane Medizin und ein humanes Gesundheitswesen geben Hilfen beim Sterben, aber kein Hilfen zum Sterben. Ziel ist es, ein Sterben in Würde zu ermöglichen.

Bei Menschen, bei denen der Tod in kurzer Zeit zu erwarten ist, können lebenserhaltende Maßnahmen abgebrochen oder unterlassen werden, wenn dies dem erklärten Willen, ersatzweise dem mutmaßlichen Willen des Betreffenden entspricht. Der mutmaßliche Wille kann nur aufgrund eines vorherigen ernsthaften Dialogs festgestellt werden. In Zweifelsfällen ist immer für den Lebenserhalt zu entscheiden.

Ebenso sind bei Vorliegen des erklärten oder des mutmaßlichen Willens leidensmindernde Maßnahmen, insbesondere eine angemessene Schmerztherapie zu ergreifen, auch wenn diese eine Lebensverkürzung bewirken könnten. Maßnahmen, deren Absetzung auch bei nicht Sterbenden zum Tode führen, wie Körperpflege, Freihalten der Atemwege, Flüssigkeitszufuhr und die jeweils notwendige Ernährung, sind in jedem Falle zu gewährleisten. Sie können nur durch den unmittelbar erklärten Willen des Betroffenen abgebrochen werden, nicht durch den mutmaßlichen Willen.

Maßnahmen mit dem Ziel der vorzeitigen Lebensbeendigung und die Hilfe bei der Selbsttötung sind strikt abzulehnen, auch wenn diese vom Patienten erwünscht werden. Unheilbar kranke Menschen, sowie Patienten im Wachkoma, sind keine Sterbenden.

Alle Behandelnden, die Umgang mit unheilbar Kranken und Sterbenden haben, sind verpflichtet, sich palliativmedizinisch fortzubilden. Dies schließt die Befähigung ein, mit den Betroffenen in einen ehrlichen und einfühlsamen Dialog über ihr Befinden und über ihre Behandlung zu kommen.

9. Medizin und Ökonomie

Menschen, die krank sind oder anderweitig Hilfe benötigen, haben das uneinschränkbare Recht auf gute Behandlung und Versorgung. Kranke und speziell chronisch kranke Menschen werden im Rahmen von Sparpolitik und Kosten-Nutzen-Rechnungen unvertretbaren sozialen Risiken ausgesetzt. Die Solidarität mit den kranken und schwachen Menschen ist der Gradmesser für die Menschlichkeit einer Gesellschaft. Das Leben von Menschen läßt sich nicht gegen andere Güter aufrechnen.

Für eine angemessene Gesundheitsversorgung und für die Sicherung des Sozialsystems sind die notwendigen Mittel bereitzustellen. Die Solidargemeinschaft ist so zu gestalten, daß die Versorgung der sozial Benachteiligten gerade in Krisenzeiten sicher gestellt ist. Die Wahrung des Rechts auf gute medizinische Behandlung und Pflege des einzelnen

Patienten verbietet es, die solidarischen Beitragspflichten der Gesunden zu reduzieren oder aufzuheben. Die im Gesundheitswesen tätigen Menschen weisen offen und selbstkritisch auf Mängel und Fehlentwicklungen hin und informieren über die Qualität ihrer Arbeit und deren Nutzen für die Patienten und die Gesellschaft.

Maßnahmen am Patienten, die nur kommerziellen Zwecken dienen, dürfen nicht durchgeführt werden.

10. Medizin in einer Welt

Die im Gesundheitswesen tätigen Menschen tragen über nationale und ethnische Grenzen hinweg Verantwortung für alle Kranken und Hilfesuchenden. Für die Opfer von Armut, Kriegen, Vertreibung und Folter sind medizinische, psychische und soziale Hilfen national und international auszubauen. Die im Gesundheitswesen tätigen Menschen beteiligen sich nicht an Maßnahmen, die Folterungen unterstützen, oder an der Vollstreckung von Todesurteilen.

Der Ausbeutung von Menschen im Namen der Medizin ist Einhalt zu gebieten. Die medizinische Versorgung der Mehrheit der Weltbevölkerung entspricht keineswegs dem erreichten Stand medizinischen Wissens. Der Fortschritt der Medizin muß sich auch an der Gerechtigkeit der Verteilung medizinischer Ressourcen messen lassen. Die Diskrepanz zwischen dem darniederliegenden Gesundheitswesen in zahlreichen armen Ländern und der teuren Hochleistungsmedizin in den reichen Staaten ist zum Wohle der armen Länder zu verringern, um für alle Menschen ein größtmögliches Maß an Gesundheit zu erreichen.

IPPNW (International Physicians for the Prevention of Nuclear War)

Der Nürnberger Kodex 1997 wurde in einer offenen Diskussion, moderiert von der IPPNW-Regionalgruppe Nürnberg, erarbeitet. Mitgewirkt haben u.a. Theresia Adelfinger, Axel Brandt, Prof. Dr. Dr. Klaus Dörner, Dr. Alfred Estelmann, Prof. Dr. Hans Grewel, PD Dr. Bernd Höffken, Stephan Kolb, Prof. Dr. Hans Mausbach, Dr. Eva Schindele, Dr. Horst Seithe, Dr. Helmut Sörgel, Prof. Dr. Johann Christoph Student, Dr. Michael Wunder

Wer hat Angst vor Transparenz?

Einige Pharmafirmen lassen die Veröffentlichung des Arzneiverordnungs-Reportes verbieten

Hätte man vor 1985 Vertreter der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) gefragt, für welche Arzneimittel die Krankenkassen ihr Geld ausgeben (1996 übrigens rund 35 Milliarden DM), hätten sie achselzuckend passen müssen: Der Markt war intransparent, es konnte nur in einzelnen Projekten festgestellt werden, welche Ärzte welche Arzneimittel in welcher Häufigkeit verordneten, flächendeckend lagen solche Daten nicht vor, die für eine Diskussion der Versorgungsqualität und der Verbesserungsnotwendigkeiten unerläßlich sind. Das Informationsmonopol lag bei den pharmazeutischen Firmen, sie hatten seit vielen Jahren das Institut für medizinische Statistik (IMS) beauftragt, die Verschreibungsgewohnheiten der Ärzte auszuforschen und in vierteljährlichen Auswertungen vorzulegen – nicht der Öffentlichkeit, sondern einem exklusiven Kreis von Pharmaunternehmen, die damals schon bereit waren und es heute noch immer sind, sechsstellige Summen für diese Datenauswertungen auf den Tisch zu legen – schließlich will man doch wissen, welche Arztgruppen insbesondere anzugehen sind, wenn ihnen einzelne Päparate, wie es der Spiegel mal geschrieben hat, in die Feder gedrückt werden sollen. Seit 1985 hatte sich diese recht einseitige Informationssituation verändert: Da erschien nämlich zum ersten Mal in Buchform und damit für eine breitere Öffentlichkeit gedacht der Arzneiverordnungs-Report, eine Zusammenstellung der 2000 Arzneimittel, die am häufigsten zu Lasten der GKV verordnet wurden. Möglich war dies geworden durch eine gemeinsame Projektanstrengung der gesetzlichen Krankenversicherungen, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, des Zentralinstitutes für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland und der ABDA-Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände. Das Projekt trägt nach wie vor den Namen GKV-Arzneimittelindex und beruht auf der Auswertung jedes tausendsten Rezeptes (1 promillige Stichprobe). Diese Auswertung umfaßt die genaue Arzneimittelbezeichnung (Packungsgröße, Dosierung, Preis), die Region, Alter und Geschlecht der Patienten und die Arztgruppe. Der Arzneiverordnungs-Report gibt nun diese Auswertungsdaten nach Indikationsgruppen geordnet, ähnlich wie in der ROTEN LISTE wieder, so daß in der Zwischenzeit ein recht guter Überblick darüber vorliegt, welche Arzneimittel in den jeweiligen Indikationen – von ACE-Hemmern bis Vitamine – für Patienten der GKV verordnet werden. Zu den Informationen über die Verordnungshäufigkeit kamen Informationen über die Verordnungskosten der einzelnen Mittel, was besonders wichtig bei Arzneimitteln mit gleichen Inhaltsstoffen ist. So konnte an den Tabellen des Verordnungs-Reportes abgelesen werden, welchen Preisunterschied Propranolol- oder Diclofenac-haltige Mittel nach Tagesdosierungskosten haben und welche Mittel unter Wirtschaftlichkeitsaspekten vorzuziehen sind. Dies war die erste Informationsebene, die vielen Herstellern nicht lieb sein konnte – Preis- und Kostentransparenz war nur den Herstellern angenehm, die mit günstigen Kosten im Vergleich der Tagesdosierungsangaben wegkamen, also zum Beispiel den Herstellern von Generika. Die zweite Ebene noch ungewohnter: In allen Indikationsgebieten gab es pharmakologische und medizinisch-therapeutische Kommentare zu den vielverordneten Mitteln. So hieß es z.B. bei den Expektorantien: „Expektorantien sollen bei produktivem Husten die Sekretion der Bronchialflüssigkeit fördern [...]. Obwohl diese Idee theoretisch reizvoll ist, gibt es keine gut kontrollierten Studien, die gezeigt haben, daß Expektorantien wirksamer als eine einfache Flüssigkeitszufuhr [...] sind." Mit anderen Worten: Solche Mittel, Verordnungskosten im Jahre 1995 runde 970 Millionen DM, sind in der Regel überflüssig. Ein anderes Beispiel: „Der Einsatz von Acarbose [Glucobay, G.G.] in der Diabetestherapie wird nach wie vor kontrovers beurteilt. Während viele Vertreter der deutschen Diabetologen das Mittel bereits für die Erstbehandlung von diätetisch nicht mehr einstellbaren Mitteln empfehlen, wird von anderen Diabetologen die Meinung vertreten, daß man ohne Acarbose auskommen kann. Die relativ hohen Therapiekosten [1995 rund 70 Millionen DM, G.G.] spielen bei diesem Disput eine große Rolle." Solche immer mit Literaturstellen aus angesehenen Zeitschriften gestützten Wertungen verderben natürlich auf Dauer den Absatz der Pillen – so die schon sehr früh geäußerte Meinung der betroffenen Hersteller. Dies galt insbesondere für die dritte Informationsebene, in der es um die Auflistung sog. umstrittener Arzneimittel in einer Tabelle ging. Dort war Jahr für Jahr nachzulesen, daß rund 20 Prozent aller Ausgaben für Arzneimittel im Rahmen der GKV auf Präparategruppen entfielen, deren therapeutischer Wert eher als umstritten, sprich zweifelhaft, gilt und die daher entweder gar nicht oder zumindest nicht in der Häufigkeit verordnet werden sollten. Darunter waren so vielverschriebene Medikamente wie durchblutungsfördernde Mittel, Expektorantien, Rheumasalben oder Pillen und Salben bei Venenbeschwerden, aber auch pflanzliche Psychopharmaka und pflanzliche Herzmittel. Insgesamt kamen da 1995 etwa 290 Millionen verordnete Mittel für rund 7 Milliarden DM zusammen. Diese Liste wurde im übrigen auch von Kassenärztlichen Vereinigungen häufig dazu benutzt, die Ärzte zu einer rationalen Arzneimittelversorgung zu ermahnen und Mittel, die auf dieser Liste stehen, möglichst überhaupt nicht mehr zu verordnen – schließlich, so der Kommentar im Verordnungs-Report, sind „viele dieser Arzneimittelgruppen in den USA, Großbritannien und den skandinavischen Ländern nicht zugelassen". Daher auch die Schlußfolgerung, daß auf solche Mittel ganz verzichtet werden könne.

Konflikt – zu Lasten der GKV

12 Jahre ging die Veröffentlichung des Verordnungs-Reportes gut, beim 13. Band, der am 23. September einer interessierten Öffentlichkeit vorgestellt werden sollte, wartete man vergeblich. Die Firmen Dr. Willmar Schwabe (Hersteller z.B. von Tebonin, 1995 in der GKV 156 Mio. DM Umsatz), Strathmann (Hersteller z.B. von Ossofortin, 1995 in der GKV 15,5 Mio. Umsatz) sowie Bionorica (Hersteller z.B. von Sinupret, 1995 in der GKV 52,4 Mio. Umsatz) hatten nämlich einstweilige Verfügungen erwirkt und damit die bereits seit Jahren vorgetragenen Proteste gegen pharmakologische Bewertungen unter dem Begriff umstrittene Arzneimittel nun juristisch erfolgreich nutzen können. Hinzu kommt, daß auch die Apotheker darüber nachdenken, aus dem Projekt auszusteigen, weil ihnen die Wertung „umstritten" bei einigen Arzneimittelgruppen trotz manch vorliegendem positiven Erkenntnismaterial nicht akzeptabel erscheint. Der Konflikt ist also da – leider zu Lasten der GKV. Denn die dringend erforderliche Transparenz des Marktes für das Jahr 1996 ist zunächst einmal dahin, obwohl die Verordnungsdaten dringend für die Festsetzung von Richtgrößen oder Budget benötigt werden. Wie diese Streitigkeiten weitergehen, ist derzeit unklar, die juristischen Verhandlungen sind noch nicht beendet. Vielleicht gibt es aber demnächst eine „abgespeckte" Version, die zwar die Verordnungsdaten enthält, nicht aber die abgemahnten begleitenden und wertenden Kommentare. Damit wäre zumindest die Markttransparenz hergestellt, die Wertungen sind den Experten ohnehin geläufig. Dennoch: Mit dieser juristischen Intervention wurde die Meinungsfreiheit eingeschränkt, denn es ist sicher nicht den Autoren oder Herausgebern des Reportes anzulasten, wenn auf der Basis der dort getroffenen Aussagen quasi offiziöse Regulierungen von Kassenärztlicher Bundesvereinigung oder Krankenkassen begründet wurden. Hiergegen hätten die Hersteller im einzelnen vorgehen sollen, nicht aber gegen eine Veröffentlichung, die lediglich das bestehende Informationsmonopol der Hersteller zugunsten der Kassen auszugleichen versucht!

Gerd Glaeske,
Leiter der Abteilung medizinisch-wissenschaftliche Grundsatzfragen bei der BARMER Ersatzkasse, Wuppertal

Die Anliegen des AKF werden in unterschiedlichste Gremien, Stiftungen, Netzwerke, Institutionen eingebracht, in denen Fachfrauen aus dem AKF Beisitzer-, Mitglieds-, und Beratungsfunktionen haben.

Durch die Veröffentlichung von Fach- und Sachliteratur, deren Autorinnen dem AKF angehören, werden die Fragestellungen zum Bereich Frauengesundheit einer breiten Öffentlichkeit zugänglich gemacht.

Die Fach- und Sachliteratur aus den Reihen des AKF wird zur Zeit erfaßt. Autorinnen sind u.a.: Maria Beckermann, Katrin Beyer, Claudia Czerwinski, Barbara Ehret-Wagener, Barbara Gissrau, Carol Hagemann-White, Maria Krieger, Margaret Minker, Ingrid Olbricht, Friederike Perl, Eva Schindele.

Anschrift:
AKF Arbeitskreis Frauengesundheit in Psychotherapie und Gesellschaft e.V.
Hindenburgstr. 1a — 32257 Bünde
Tel.: 05223/188320 — Fax: 17046
Bankverbindung: Bremer Landesbank
Kto.Nr. 104 904 4009 — BLZ 290 500 00

AKF
Arbeitskreis Frauengesundheit
in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft e.V.

Profil und Aktivitäten

(Stand: Frühjahr 1997)

Der Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft e.V. (AKF) besteht seit November 1993. In diesem bundesweiten Verein haben sich vor allem Frauen zusammengeschlossen, die im Bereich Frauengesundheit arbeiten oder im Bereich der Selbsthilfe und Beratung engagiert sind.
Sie haben das Anliegen, aus den verschiedenen Disziplinen Erfahrungen und Forschungsergebnisse zusammenzutragen.
Ziel der gemeinsamen Arbeit ist es, auf frauenrelevante Fehlentwicklungen in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft nachdrücklich hinzuweisen und dafür zu arbeiten, daß die Interessen und Bedürfnisse von Frauen berücksichtigt, gehört und einbezogen werden. Ein weiteres Ziel ist es, Frauen besser über ihren Körper und dessen mögliche Erkrankungen, aber auch über seelisch und sozial krankmachende Faktoren zu informieren und ihre eigene Kompetenz zu stärken.

in den dreieinhalb Jahren des Bestehens sind die Mitgliederzahlen des Vereins auf 355 angewachsen. Davon sind 330 Frauen, 22 juristische Personen und 3 Männer. Werden die Potentiale mitgerechnet, die juristischen Personen (Institutionen, Verbände, FGZ's) in den AKF einbringen, finden sich im AKF eine beachtliche Anzahl von Fachfrauen und Interessierten aus dem Bereich Frauengesundheit.

Arbeitsweise und Zielverwirklichung des AKF:

Die genannten Ziele verlangen vorrangig eine intensive Öffentlichkeitsarbeit. Sie wird auf verschiedenen Ebenen geleistet:

— Durch Pressemitteilungen und Stellungnahmen zu medizinischen Vorhaben, die den Bereich Frauengesundheit betreffen, frauenspezifische Gesichtspunkte jedoch nicht berücksichtigen,
— durch Kontaktaufnahme und Zusammenarbeit mit Presse und Fachzeitschriften und Angebot von Informationsartikeln,
— mit der Durchführung und Dokumentation von bundesweiten Jahrestagungen: 1994 mit dem Thema „Frauenkrankheit und Frauengesundheit", 300 TeilnehmerInnen; 1995 mit dem Thema „Wechselwirkungen - Wendezeiten", 320 TeilnehmerInnen; 1996 mit dem Thema „Wege aus Ohnmacht und Gewalt", 320 TeilnehmerInnen. Die Jahrestagung 1997 mit dem Titel „Von der Krankheit Frau zur Frauengesundheit" wird zur Zeit vorbereitet.
— Durch Veröffentlichungen, Medienauftritte und Vortragstätigkeiten von AKF-Frauen auf medizinwissenschaftlichen und anderen Fachtagungen.

Im AKF haben sich verschiedene Gruppen herausgebildet,

die auf regionaler Ebene oder in Fachgruppen zusammenarbeiten, für Interessierte offen sind und ihre Ergebnisse in den AKF einfließen lassen. Zur Zeit gibt es neun Regionalgruppen (Berlin, Braunschweig, Bremen, Hannover, Kassel, Köln, München, Münster und Ostwestfalen-Lippe) und zwei Fachgruppen (1. Frauenheilkunde, 2. Psychotherapie, Psychiatrie und Psychosomatik), die jeweils zu verschiedenen Fragestellungen und Projekten arbeiten.

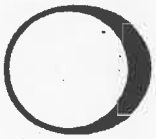
Aus dieser Arbeit liegen Ergebnisse vor:

— Ein Aufklärungsblatt, das kritisch und langfristiger als bisher üblich vor einer Gebärmutteroperation informiert.
— Stellungnahmen zur Mammographiepraxis mit Vervollständigung der veröffentlichten Forschungsergebnisse.
— Entwicklung eines Aufklärungsblatts, das Patientinnen gynäkologischer Praxen helfen will, eine Gynäkologin/einen Gynäkologen „mit weiblichem Blick" zu finden.
— Fachliche Beratung für Selbsthilfegruppen: Erstellung von Broschüren, telefonischer Beratungsdienst.
— Bearbeitung und Stellungnahmen zu gesundheitspolitischen Fragestellungen.
— Weiterbildungsangebote für Fachfrauen im Bereich Psychotherapie / Psychosomatik,
— Weiterbildungsangebote für MedizinerInnen.

Folgende Projekte sind in Angriff genommen worden:

— Erstellung eines gynäkologischen Lehr-/Fachbuches, das von einem frauenspezifischen Ansatz ausgeht,
— Erstellung eines Kriterienkatalogs zu frauengemäßen Behandlungsformen für den Bereich Psychotherapie/Psychiatrie/Psychosomatik, der für professionell Arbeitende und Patientinnen entwickelt wird,
— Erstellung einer Literaturliste zum gleichen Thema,
— Planung einer Sommerakademie 1997 zum Thema Frauengesundheit.

Kostenerstattung



Wahlrecht für Versicherte, nicht für Ärzte!

Nach dem bis zum 30. Juni 1997 geltenden Recht haben nur freiwillige Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung und ihre mitversicherten Angehörigen die Möglichkeit, anstelle der Sachleistung (Versichertenkarte) Kostenerstattung zu wählen. Pflichtmitglieder dagegen haben bisher alle Leistungen grundsätzlich und ausschließlich nach dem Sachleistungsprinzip erhalten. Die Anzahl der freiwilligen Mitglieder, die diese Wahlmöglichkeit bisher in Anspruch genommen hat, war äußerst gering. Mit dem Inkrafttreten des 2. GKV-Neuordnungsgesetzes zum 1. Juli 1997 sollte diese bisherige Ungleichbehandlung von Pflichtversicherten und freiwilligen Mitgliedern beseitigt werden. In § 13 Abs. 2 Sozialgesetzbuch V heißt es nun: „Versicherte können anstelle der Sach- oder Dienstleistung Kostenerstattung für Leistungen wählen, die sie von den im Vierten Kapitel genannten Leistungserbringern in Anspruch nehmen." Und weiter heißt es: „Der Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die Krankenkasse bei Erbringung als Sachleistung zu tragen hätte. Die Satzung hat das Verfahren der Kostenerstattung zu regeln. Die Satzung kann dabei auch bestimmen, daß die Versicherten an ihre Wahl der Kostenerstattung für einen in der Satzung festgelegten Zeitraum gebunden sind."

In dem Gesetzestext wird genauestens zum Ausdruck gebracht, daß es sich bei der Neuregelung um ein Wahlrecht des Versicherten, nicht des behandelnden Arztes, Zahnarztes oder Kieferorthopäden (Leistungserbringer) handelt. Leider ist seit Juli 1997 festzustellen, daß einige Facharztgruppen in dieser gesetzlichen Neuregelung offensichtlich eine Möglichkeit sehen, ihr eigenes Einkommen aufzubessern. Begründet wird dies gegenüber dem Versicherten häufig damit, daß das zur Verfügung stehende Geld für eine medizinisch notwendige Behandlung mit Einführung der Praxisbudgets, ebenfalls zum 1. Juli 1997, nicht mehr ausreichen würde. Zur Verstärkung dieses Eindrucks werden Berechnungen vorgelegt, die dem Versicherten dies eindrucksvoll belegen sollen. Dieser Sachverhalt ist allerdings nicht zutreffend. An den Zahlungen der Gesetzlichen Krankenkassen an die Kassenärztlichen Vereinigungen hat sich seit dem 1. Juli 1997 nichts verändert. Lediglich die Verteilung der Gelder durch die Kassenärztlichen Vereinigungen an die Vertragsärzte wurde neu geregelt. Die Kriterien hierfür wurden durch die ärztliche Selbstverwaltung, nicht aber durch die Kassen festgelegt.

Kein Versicherter darf vom Leistungserbringer zu Kostenerstattung gedrängt oder gar gezwungen werden; auch ist die Behandlung gegen „Vorkasse" nicht zulässig. Sofern sich Leistungserbringer in dieser Weise verhalten, wovon aufgrund zahlreicher Beschwerden der Versicherten ausgegangen werden muß, so ist dies nicht rechtens. Diese Leistungserbringer müssen mit entsprechenden disziplinarischen Maßnahmen, bis hin zur Beantragung der Zulassungsentziehung, rechnen. In verschiedenen Einzelfällen prüfen die Kassen derzeit, ob Anträge auf Entzug der Kassenzulassung gestellt werden.

Auch nach dem 1. Juli 1997 hat jeder Versicherte, der seinem behandelnden Arzt, Zahnarzt oder Kieferorthopäden eine gültige Versichertenkarte vorlegt, einen gesetzlich garantierten Anspruch auf das medizinisch Notwendige, wobei die Wirtschaftlichkeit auch weiterhin zu beachten ist. Diese Leistungen werden grundsätzlich als Sachleistung, d.h. ohne Zusatzberechnung, zur Verfügung gestellt. Das „Drängen" des Versicherten durch den Leistungserbringer in die Kostenerstattung ist nicht zulässig. Den Wunsch nach Kostenerstattung muß die Patientin bzw. der Patient ausdrücklich gegenüber dem Arzt äußern; die Initiative darf nicht vom behandelnden Arzt ausgehen.

Wählt der Versicherte dennoch die Kostenerstattung, so muß er wissen, daß ihm (siehe das nebenstehende Infoblatt für Patientinnen und Patienten) in aller Regel erhebliche Mehrkosten entstehen. Diese Mehrkosten müssen von ihm alleine getragen werden.

Aus Sicht der Gesetzlichen Krankenkassen besteht keine medizinische Notwendigkeit, eine Behandlung auf Kostenerstattungsbasis zu wählen.

Meinhard Johannides,
Sprecher der Ersatzkassenverbände in Hessen

THEMA KOSTENERSTATTUNG: DAS SOLLTEN SIE WISSEN!

► Auch nach dem 1.7.97 erhalten alle gesetzlich Krankenversicherten die medizinisch notwendigen Leistungen über die Versichertenkarte!

► Es besteht keine medizinische Notwendigkeit, eine Behandlung auf Kostenerstattungsbasis zu wählen

► Das von den Krankenkassen in Hessen an die Kassenärztliche Vereinigung Hessen überwiesene Honorar beläuft sich auf ein Gesamtvolumen von jährlich rund 3 Milliarden DM. Hieran wurden keine Kürzungen, sondern sogar kontinuierlich jährlich Erhöhungen vorgenommen!

Es besteht keine medizinische Notwendigkeit, die Kostenerstattung zu wählen!

Freiwillig Versicherte haben diese Möglichkeit bereits seit Jahren – allerdings hat die Erfahrung gezeigt, daß diese Versicherten diese Option kaum gewählt haben – sie wurden und werden seit Jahren auf Versichertenkarte zu ihrer Zufriedenheit medizinisch behandelt!

Sollten Sie sich dennoch für die Kostenerstattung entscheiden,

Beachten Sie bitte Folgendes:

► Die Möglichkeit der Kostenerstattung ist ein Wahlrecht des Versicherten – nicht des behandelnden Arztes / Zahnarztes / Kieferorthopäden. Niemand darf einen Versicherten zur Wahl der Kostenerstattung drängen! Es besteht auch kein Grund, die Kostenerstattung wegen der Einführung der Praxisbudgets zu wählen.

► Auch im Kostenerstattungsverfahren kann die Behandlung lediglich bei einem zugelassenen Vertragsarzt / Vertragszahnarzt / Vertragskieferorthopäden durchgeführt werden.

► Der Gesetzgeber hat die Krankenkassen zu einer kassenindividuellen Regelung der Kostenerstattung verpflichtet. Diese Regelungen werden von den Krankenkassen, nicht von den Ärzten / Zahnärzten / Kieferorthopäden getroffen.

► In keinem Fall darf die Kostenerstattung den Wert der jeweiligen Sachleistung überschreiten. Sollte ihr Arzt / Zahnarzt / Kieferorthopäde Sie dahingehend informieren, daß er auf Versichertenkarte nicht mehr alle medizinisch notwendigen Leistungen erbringen kann, entspricht dies nicht den Tatsachen und kann durch den Entzug der Kassenzulassung geahndet werden.

► Medizinisch nicht notwendige oder unwirtschaftliche Leistungen können auch nicht über die Kostenerstattung bezahlt / bezuschußt werden.

► Die Wahl des Kostenerstattungsverfahrens ist in der Regel für den Versicherten mit – zum Teil erheblichen – Mehrkosten verbunden.

► Eine Unterschrift und Zustimmung zur privatärztlichen Behandlung birgt für Sie das Risiko erheblicher Eigenanteile, unter Umständen bis zur vollen Kostentragung zu Ihren Lasten! Solche finanziellen Konsequenzen können auch nicht durch evtl. Härtefallregelungen oder Sozialklauseln von den Krankenkassen nachträglich ausgeglichen werden.

Durch die Versichertenkarte sind auch weiterhin alle medizinisch notwendigen Leistungen gewährleistet!

Herausgeber und ViSdP: Die Verbände der Krankenkassen in Hessen

August 1997

VDPP-*Rundbrief* 42/97

Kindererziehungszeiten

Fragen Sie Ihr Versorgungswerk

Kolleginnen diverser Versorgungswerke – Sie sollten etwas Zeit und DM 1,10 für Porto investieren. Sie könnten profitieren.

Wie schon vor ca. vier Jahren bemängelt, existieren noch immer diverse Versorgungswerke der Apothekerkammern, die die Kindererziehungszeiten nicht anerkennen, so z. B. das Versorgungswerk Nordrhein. Bei meinen damaligen Bemühungen sind die verantwortlichen Stellen mit dem Anliegen korrekt aber streng nach Satzung vorgegangen, und haben alle Ansprüche schlicht abgelehnt. Die rund 300 bei mir eingegangenen sämtlichst zustimmenden Briefe haben nichts daran geändert. Und die Änderung der Satzung ist – betrachtet man den festgelegten Weg – für eine Mutter nicht gangbar.

Wie jetzt bekannt wurde und sich damals schon abzeichnete, hat das Bundesverfassungsgericht in seinem Beschluß vom 26. August 1997 (1 BvL I/94) verlauten lassen, daß berufsständige Versorgungswerke zukünftig verpflichtet sein könnten, Mutterschutz- und Kindererziehungszeiten beitragsfrei bei der Rente anzurechnen. Diese Entscheidung ist aber noch nicht rechtskräftig, da den Antragstellern ein formaler Fehler unterlaufen ist und ein rechtskräftiger Beschluß erst später erfolgen kann.

Daher folgender Rat: Da Beschlüsse des Bundesverfassungsgerichts oftmals nicht rückwirkend Auswirkungen auf Betroffene haben, sondern erst nach Eintreten der Rechtskräftigkeit, hilft den jetzt Betroffenen der Einspruch gegen ihren Bescheid beim betroffenen Versorgungswerk (unter Bezug auf o. g. Beschluß). Damit dürfte dann auch den Versorgungswerken das Interesse ihrer Mitglieder klar werden, die sich nicht, wie z. B. Niedersachsen, freiwillig zur Anerkennung durchgerungen haben. Ich möchte bei dieser Gelegenheit auch alle anderen Apothekerinnen und Mütter auffordern, ihr Versorgungswerk anzuschreiben.

Heike Heuer, Am Krausberg 31,
41542 Dormagen

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 / 34 74 00

Berlin
Dr. Regina Schumann
Halskestr. 4
12167 Berlin
Tel.: 030 / 795 14 71

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