

Ärzte und Apotheker: Im Gespräch über die Beratungsfunktion

Gemeinsam traten Bundesärztekammer und Bundesapothekerkammer am 14. September vor die Bonner Presse. Der Präsident der Bundesärztekammer, Dr. Karsten Vilmar, und der Präsident der Bundesapothekerkammer, Hans-Günter Friese, betonten schon fast demonstrativ das Verbindende. Differenzen zwischen Ärzten und Apothekern wurden freilich nicht geleugnet.

Das Apotheker-Angebot, bei der Arzneimittelauswahl mitzuwirken, und die Apotheker-Forderung, die „Beratungsfunktion“ zu erweitern, sind in der Ärzteschaft argwöhnisch aufgenommen worden. Der letzte Deutsche Ärztetag hatte die Verordnungshoheit des Arztes bekräftigt und von der Bundesapothekerkammer verlangt, ihre Mitglieder darauf hinzuweisen, sich strikt an die Verordnung des Arztes zu halten, sowohl in bezug auf die Menge als auch bezüglich der Art des Medikamentes, soweit der Arzt nicht von der Aut-idem-Regelung Gebrauch mache. Der Ärztetag glaubte ferner, bei vielen Apothekern eine „ausufernde Beratungstätigkeit“ feststellen zu können.

Beratungsbedarf gibt es somit genügend *zwischen* Ärzten und Apothekern; und das Ziel kann nur sein, die jeweiligen Aufgabenbereiche zu definieren. Mit der Aufgabenverteilung beschäftigten sich dann auch in Bonn die Vertreter der beiden Organisationen. Gesucht und gefunden wurde fürs erste der kleinste gemeinsame Nenner. Die eigentlichen „Knackpunkte“ (Friese), also die physiologisch-chemischen Untersuchungen sowie die Gesundheitsberatung durch den Apotheker, blieben ausgeklammert. Über sie wird zur Zeit zwischen Ärzteschaft und Apothekerschaft verhandelt. Man hofft, im Frühjahr nächsten Jahres mit einem Ergebnis aufwarten zu können. Vilmar und Friese bekundeten in Bonn, daß man auf beiden Seiten guten Willens ist und auf einen zufriedenstellenden Ausgang der Verhandlungen hofft.

Vilmar und Friese konzentrierten sich auf der Bonner Veranstaltung auf das, was derzeit konsensfähig ist. Und das ist doch einiges:

„In einer Zeit zunehmenden Wettbewerbs innerhalb der Ärzte- und Apothekerschaft muß unser Bestreben auch weiterhin sein, daß durch strikte Kompetenzabgrenzung die gedeihliche Zusammenarbeit im besten Interesse des Kranken erhalten bleibt“, postulierte Dr. Vilmar. Beratungsbedarf entstehe beim Arzt hinsichtlich der wirtschaftlichen Medikamenten-Verordnung: „Auch die Ärzte wissen, daß unter den neu auf den Markt gekommenen, einen therapeutischen Durchbruch bedeutenden Arzneimitteln eine Menge sind, bei denen die Tagesbehandlungskosten weit über den bisher üblichen Beträgen liegen. Das sollte für den Apotheker ein finanzieller Ausgleich sein, daß er dem Arzt bei der wirtschaftlichen Verordnung derjenigen Arzneimittel hilft, die ihre Forschungskosten bereits seit längerem eingebracht haben.“ Ärzte und Apotheker seien sich darin einig, daß es trotz Festbeträgen und Negativlisten keine Zweiklassen-Medizin geben dürfe. Auch teure fortschrittliche Medikamente müßten dem Kassenspatienten uneingeschränkt verordnet werden können.

Vilmar: Beratung da, wo es angezeigt ist

Informationen brauchten die Ärzte von den Apothekern auch, so Vilmar, über Arzneimittel in neuer Zusammensetzung und über die Auswahl kostengünstiger Zweitanbieter-Präparate.

Beratung des Patienten sei, so Dr. Vilmar, da angezeigt, wo Patienten mehrere Ärzte gleichzeitig aufsuchen, ihre Arzneimittel aber in der gewohnten Apotheke einkaufen. Hier sei der Apotheker oft der einzige, der den Patienten (und mit sei-

nem Einverständnis auch die behandelnden Ärzte) auf mögliche additive Effekte und Inkompatibilitäten hinweisen könne. Beratungsaufgaben fallen dem Apotheker laut Vilmar schließlich bei der Selbstmedikation sowie hinsichtlich der Lagerung und Entsorgung von Medikamenten zu.

Hans-Günter Friese bekräftigte seitens der Apotheker: „Die Apotheker wollen sich in keiner Weise in die ärztliche Therapiehoheit hereindrängen.“ Sowohl die Diagnose als auch die Festlegung der Therapieart seien alleinige Aufgabe des Arztes. Friese gab aber zu, daß es zum § 20 der Apothekenbetriebsordnung, wonach der Apotheker Kunden und auch zur Ausübung der Heilkunde berechnete Personen über Arzneimittel zu informieren und zu beraten hat, Irritationen zwischen Ärzten und Apothekern gegeben habe. Die Kooperation lasse noch Wünsche offen. Friese: „Nach meiner Meinung könnten sich die eher theoretisch-pharmakologische Ausrichtung des Apothekers und die stärker handlungsorientiert-pharmakologische des Arztes zum Vorteil des Patienten gut ergänzen. So ist es für mich durchaus denkbar, daß nach Festlegung von Wirkstoff oder Wirkstoffkombination durch den Arzt, durch den Apotheker vor Ort oder auch institutionell gemeinsam mit dem Arzt ein wirtschaftlich günstiges Fertigarzneimittelangebot im Sinne eines Spektrums erarbeitet werden kann, das für die Ärzte auch in der Praxis akzeptabel ist.“

Bei der zunehmenden Unübersichtlichkeit des Arzneimittelmarktes seien die Apotheker gern bereit, dem Arzt die notwendigen Informationen zu vermitteln. Mit zunehmender Ausweitung des Festbetragsystems dürfe nach Frieses Ansicht jedoch nur ein umfassendes Informationsmedium eine sachgerechte Lösung für die Arzneimittelauswahl durch den Arzt darstellen. Im Bereich der wirkstoffidentischen Fertigarzneimittel stelle sich dem Arzt die Frage nach einem qualitätsmäßig adäquaten, insbesondere bioäquivalenten Austauschpräparat, wenn der Patient nicht bereit sei, die Differenz zu zahlen. ▷

Apothekerpräsident Friese veranschaulichte seine Vorstellungen von Zusammenarbeit mit eigenen Erfahrungen. Er habe sich mit den acht Ärzten des Einzugsbereiches seiner Apotheke im Westfälischen zusammengesetzt, um über die Auswirkungen der Festbeträge zu beraten. Ergebnis: Einer der Ärzte wolle sich der Aut-idem/Aut-simile-Regelung bedienen und die Auswahl des Präparates grundsätzlich dem Apotheker überlassen. Zwei Ärzte wären, wenn auch mit Einschränkungen, bereit, den Apotheker bei der Auswahl zu beteiligen, die übrigen neigten dazu, Originalpräparate zu verordnen, vorausgesetzt, deren Preise lägen auf dem Festbetragsniveau. Solche persönlichen Erfahrungen mögen dazu beigetragen haben, daß Friese vor der Presse relativ zurückhaltend auf die Aut-idem/Aut-simile-Möglichkeit, die mit dem Gesundheits-Reformgesetz gegeben ist, einging; er plädierte vielmehr dafür, auf örtlicher Ebene Übereinkünfte zu treffen.

Erhöhter Beratungsbedarf durch Festbeträge

Zweifellos kommt mit den Festbeträgen auf die Apotheker ein Mehr an Beratung zu, auch der Beratung des Arztes im Sinne von Vilmar. Der verordnende Arzt gerät nämlich leicht in Gefahr, die Übersicht zu verlieren, wenn

- der den Festbeträgen unterliegende Marktanteil fortwährend größer wird,
- die Festbeträge häufiger geändert werden und
- im Gefolge der Festbetragsänderungen sich das Preisgefüge ständig verschiebt.

Bei einer Pressekonferenz der Interessengemeinschaft Generika – am selben Tag in Bonn – bemängelte Ministerialdirektor Karl Jung vom Bundesarbeitsministerium, die Kassen hätten die Festbeträge zu hoch angesetzt. Die Taktik, zunächst maßvoll vorzugehen und im neuen Jahr die Festbeträge sodann zu überprüfen, hält Jung für falsch. Auf die Frage, ob Arzneimittelfirmen die Preise im festbetragsfreien Sektor erhöht

hätten, erklärte Jung, es habe Preis erhöhungen gegeben; sie beträfen ein Volumen von 50 Millionen DM. Konsequenz aus einem solchen Verhalten der Hersteller müsse es seitens der Kassen sein, „die Festbeträge noch schneller festzusetzen, als die anderen die Preise erhöhen“.

Schlußfolgerung: Auf die Ärzte könnte somit noch einiges an Festbetragsverwirrungen einprasseln. Ob sie angesichts dessen Jungs Vorstellung gerecht werden, „eine Schlüsselrolle bei der Umsetzung des Festbetragskonzeptes“ zu spielen, sei dahin gestellt. Möglicherweise wachsen jedoch den Apothekern hierbei mehr Informationsaufgaben zu, als ihnen derzeit lieb sind.

Hinzu kommen Beratungsaufgaben für den Apotheker, die sich im Gefolge der Negativliste einstellen dürften. Die geplante Erweiterung der Liste wird mit Sicherheit auf die Selbstmedikation durchschlagen. Prof. Dr. Rainer Braun von der ABDA (Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände) hält es zum Schutz des Patienten prinzipiell für nötig, die therapeutische Angemessenheit der Selbstmedikation durch den Apotheker überprüfen zu lassen. Der Apotheker dürfe allerdings – so Braun vor der Bonner Presse – nicht in Konkurrenz zum Arzt treten und in keiner Weise („auch nicht nach gegebenenfalls von ihm vorab durchgeführten diagnostischen Untersuchungen“) eine Feststellung von Krankheiten oder Leiden treffen. Laut Braun erstreckt sich die „Kontrollfunktion“ des Apothekers bei der Selbstmedikation auf:

- ▷ Anwendung ungeeigneter, das heißt nicht indikationsgerechter Arzneimittel,
- ▷ Nichtbeachtung von Anwendungsbeschränkungen,
- ▷ Nichtbeachtung von Arzneimittelwechselwirkungen,
- ▷ Aufklärung über Risiken durch Nebenwirkungen.

Würden Brauns Kriterien tatsächlich gewissenhaft befolgt, dann kämen auf den Apotheker freilich Beratungsaufgaben zu, die er bisher nur selten wahrnehmen müssen. Ob dafür in der täglichen Hektik wohl genügend Zeit ist? KR/NJ

Kündigungsrecht – eine stumpfe Waffe?

Die Krankenkassen sehen sich überfordert, die Überkapazitäten im stationären Sektor (Stichwort: „Bettenberg“) aus eigener Initiative zügig abzubauen, um die vom Gesetzgeber (politisch vorgegebenen) Einsparpotentiale „einzufahren“. Die den Krankenkassen mit Inkrafttreten des Gesundheits-Reformgesetzes „zuschanzte“ Vertragsfreiheit und das den Krankenkassen eingeräumte Kündigungsrecht gegenüber den Krankenhausträgern haben sich bislang als stumpfe Waffen erwiesen.

Sosehr der im Bundesarbeitsministerium auch für Krankenhausfragen zuständige Abteilungsleiter, Ministerialdirektor Karl Jung, die Krankenkassen ermahnte, unwirtschaftliche und nicht bedarfsgerechte Krankenhäuser oder einzelne Klinikabteilungen aus dem Versorgungsvertrag gemäß § 110 Abs. 1 Sozialgesetzbuch V (SGB V) zu kündigen, so muß Bonn die Tatsache zur Kenntnis nehmen: Auch acht Monate nach Inkrafttreten des „Reformgesetzes“ liegt noch kein Kündigungsantrag gemäß § 110 SGB V auf dem Tisch, geschweige denn, daß die Landesaufsichtsbehörden den Krankenkassen Zustimmung signalisiert hätten.

Zwar hat die verschärfte Kündigungsklausel zumindest in der Entstehungsphase des GRG für Unruhe und Proteste gesorgt, doch stecken Krankenkassen und Länder mit der Praktizierung dieses Faustpfandes in der Zwickmühle. Einerseits können die Krankenkassen nicht urplötzlich auf ihre angeblich mit dem Blümchen Reformgesetz wiedergewonnene Handlungsfreiheit pochen und ohne substantiierte Begründung kündigen, andererseits können die Krankenkassen nicht einfach Entscheidungen vom grünen Tisch fällen, weil sie in das Kostendämpfungs-konzept passen.

Krankenhäuser, die einen Versorgungsvertrag erhalten haben und