

schönt, hierüber Auskunft. Als innerbetriebliche Voraussetzungen werden genannt: die Einrichtung einer regelmäßigen Sprechstunde für jede Fachabteilung, Regelung der Vorgehensweise bei dringenden Fällen sowie die Einrichtung einer Termin-dispositions-Stelle; ferner: ein erhöhter Informations- und Kommunikationsaufwand, damit die Ärzte, die vorstationäre Diagnostik und nachstationäre Behandlung durchführen, über Auslastung und Kapazitäten in den Leistungsbereichen des Krankenhauses informiert sind.

Weiterer Personalbedarf ist nach Meinung der Gutachter bei Ärzten dann notwendig, wenn im haftungsrechtlichen Bereich dem Krankenhaus zusätzliche Aufgaben erwachsen. Für den Pflegebereich wird ein Mehrbedarf notwendig, wenn hier keine freiwerdenden Kräfte aus dem stationären Bereich eingesetzt werden können. Personelle Konsequenzen ergeben sich auch daraus, daß die Krankenhausärzte (immer die erfahrensten Ärzte oder weiterzubildende Jungärzte?) auf Grund einer stärkeren Einbindung in feste Sprechstundenzeiten für den stationären Bereich in geringerem Umfang zur Verfügung stehen. Das gleiche gilt auch für den Pflegebereich. Als räumliche Voraussetzungen werden genannt: neue Untersuchungsplätze und Dienstplätze für Arzt- und Pflegepersonal, das Vorhalten von Wartepätzen für die Patienten im diagnostischen und Behandlungsbereich sowie weitere Untersuchungskapazitäten.

Auch hier kann eine globale Betrachtungsweise der Zusatzinvestitionen eine exakte Prüfung im Einzelfall nicht ersetzen. Jedes Krankenhaus wird sich überlegen müssen, welche Vor- und Nachteile eine erweiterte vorstationäre Diagnostik und nachstationäre Behandlung für die Patienten und das Krankenhaus bringt. Für die Patienten ist eine Verbesserung nicht erkennbar, schon deshalb nicht, weil sie in der Regel den weiteren Weg zum Krankenhaus als zu ihrem Hausarzt haben werden, und ein finanzieller Nutzen für Krankenhäuser und Kassen erscheint auch nach diesem Gutachten zweifelhaft.

● Für die Kostenträger, sprich die gesetzliche Krankenversicherung, wird die Frage eines Ausbaus von prästationärer Diagnostik und nachstationärer Versorgung im Krankenhaus nicht losgelöst von der Vergütung dieser Leistungen zu beantworten sein. Eine Vergütung nach Einzelleistungen etwa in der Form der außerhalb des Budgets gesondert berechenbaren Sonderentgelte wird einen zusätzlichen Anreiz für eine Leistungsvermehrung im Krankenhaus bieten. Eine pauschale Vergütung zum Beispiel in Form eines „teilstationären Pflegesatzes“ lehnen die Krankenträger ab, was aus den bisherigen Beratungen über eine Rahmenempfehlung gemäß § 115 SGB V deutlich geworden ist.

Hanns-Joachim Wirzbach/KBV

## Bioäquivalenz – guter Rat vom Apotheker

Festbeträge für Arzneimittel und demnächst Richtwerte für die Arzneimittelverordnung werden mit die Diskussion über die Austauschbarkeit von Präparaten weiter anheizen, sprich: kann ein Originalpräparat, das zum Festpreis angeboten wird, so ohne weiteres durch ein Generikum, das unter dem Festbetrag liegt, ersetzt werden? Die Antwort lautet eindeutig nein. Davor steht die Bioäquivalenz.

Doch die verschreibenden Ärzte und selbst die Apotheker „haben häufig im Regen gestanden, weil ihnen die Fachinformationen fehlten“, so Prof. Dr. Henning Blume vom Zentrallaboratorium Deutscher Apotheker. Blume und sein Fachkollege Prof. Dr. Ernst Muschler sind dabei, für Abhilfe zu sorgen. Sie legen soeben ein im Auftrag der ABDA, der Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände, erarbeitetes Loseblattwerk unter dem Titel „Bioäquivalenz“. (600 Seiten, Govi-Verlag, 98 DM) vor. In diesem werden für Fachbenutzer Anleitungen und Materialien geboten, um die Bioäquivalenz der auf dem Markt befindlichen wirkstoffgleichen Arzneimittel zu beurteilen. Einstweilen sind es lediglich acht Wirkstoffe:

Ambroxol, Amoxicillin, Cotrimoxazol, Doxycyclin, Metoclopramid, Nifedipin, Phenoxy-methylpenicillin und Verapamil. Die Wirkstoffliste soll, versprach ABDA-Präsident Klaus Stürzbecher auf einer Pressekonferenz in Mainz, zügig erweitert werden, „um sehr bald für die wesentlichen Arzneiwirkstoffe eine Beurteilungsgrundlage zu haben“.

Blume, Mutschler und Mitarbeiter hatten sich eine Sisyphusarbeit vorgenommen. Um so beachtlicher ist es, daß sie offensichtlich damit zu Rande gekommen sind. Es galt zunächst, die Kriterien für Bioäquivalenz festzulegen. Sie haben sich in Übereinstimmung mit der herrschenden wissenschaftlichen Lehrmeinung für sechs Kriterien entschieden. Sodann haben sie bei den Herstellern um deren Studien zum Beleg der Bioäquivalenz der Präparate nachgesucht. Die überwiegende Mehrzahl der Hersteller, darunter sämtliche großen, haben reagiert. Anhand der nach einheitlichen Kriterien aufbereiteten Unterlagen kann sich nun der Apotheker (oder sonstige Fachbenutzer) sein Bild über die Bioverfügbarkeit des jeweils in Frage stehenden Präparates machen. Blume und Mutschler legen keine Liste bioäquivalenter Präparate vor, sondern eine Handhabe für den fachkundigen Interessenten.

Die Apotheker offerieren ihren guten Rat über die pharmazeutische Qualität und Bioverfügbarkeit der im Handel befindlichen Präparate vornehmlich den Ärzten. Man wolle „in kollegialer Zusammenarbeit“ für mehr Transparenz (Blume spricht von Qualitätstransparenz) sorgen. „Verbunden damit ist der Vorschlag“ – so heißt es im Geleitwort der Apotheker-Organisationen zu dem neuen Werk – „aber auch die nachdrückliche Forderung des Berufsstandes, stärker in die Arzneimittelauswahl eingebunden zu werden“. Stürzbecher räumte ein, „daß sich der Berufsstand aufrüsten muß, wenn der Apotheker durch den Arzt in stärkerem Ausmaß als bisher eingebunden werden soll“. Die Apothekerschaft werde einen solchen Auftrag indes von der Ärzteschaft erhalten, weil diese infolge Festbeträgen und Richtwerten unter Druck gerate.

NJ