

Interview mit Götz Schütte, ADKA-Vorsitzender /-Präsident von 1984 bis 1992

Herr Schütte,

Sie waren von 1984 bis 1992 Erster Vorsitzender des Bundesvorstands der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Krankenhausapotheker bzw. Präsident des Bundesverbands Deutscher Krankenhausapotheker (ADKA) e.V. und haben auch deshalb allen Grund, anlässlich dieser 100-Jahr-Feier die erzielten Erfolge stolz mitzufeiern. „Jubeljahre“ geben aber auch Anlass, auf die Entwicklung zurückzuschauen und Bilanz zu ziehen. Die nachfolgenden Fragen, zu denen Sie dankenswerterweise Stellung nehmen, sollen gerade unseren jungen Kollegen einen Einblick in die Entwicklung unseres Berufsverbands gewähren und somit für sie „Geschichte“ lebendig werden lassen. Aber auch alle bereits reiferen Kollegen, die heute auf bis zu 40 Jahre Klinikapothekerprofession zurückblicken können, werden sich über Ihre Antworten viel Bedeutsames wieder neu vergegenwärtigen.

Was empfanden Sie bei Ihrem Amtsantritt persönlich als die größte standespolitische und gesamtgesellschaftliche Herausforderung für unsere Berufsgruppe Krankenhausapotheker, ja vielleicht sogar für den gesamten Apothekerstand?

Schütte: Die Änderung des § 14 Apothekengesetz (ApoG) zum 9. August 1980, vorangetrieben durch meinen Vorgänger Heinz Radermacher, bedeutete, dass Krankenhäuser nach der Kreisgrenzenregelung Versorgungsverträge mit Krankenhausapotheken oder öffentlichen Apotheken schließen mussten. Die beste Lösung war nach unserer Auffassung die Errichtung von Apotheken in Krankenhäusern. Der Deutsche Apothekertag hat diese Auffassung durch einen entsprechenden Beschluss bestätigt. Um diese Entwicklung voranzutreiben, brauchte die ADKA andere Institutionen, die von der Notwendigkeit „mehr Krankenhausapotheken“ überzeugt werden mussten:

- Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)
- Krankenkassen
- Bundesverband der Verwaltungsleiter
- Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie (BPI)
- Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA)

Die Kontakte wurden hergestellt und dauerhaft gehalten. Das Ergebnis war die kontinuierliche Zunahme der Krankenhausapotheken. Gleichzeitig musste Überzeugungsar-



Götz Schütte, ehemaliger ADKA-Vorsitzender /-Präsident [Foto: ABDA]

beit für mehr Apotheker im Krankenhaus geleistet werden.

Dazu bedurfte es einer Änderung der Struktur der ADKA, um mehr Durchschlagskraft für unsere Argumente zu erzielen. Aus den ADKA-Gruppen Nord, West und Süd wurden nach den Bundesländern benannte Landesverbände. Der Vorstand der Deutschen Krankenhausgesellschaft hat am 11. März 1992 einer Stellungnahme zugestimmt, die seine Kommission „Krankenhausapotheken und Arzneimittel“ erarbeitet hatte. Diese Stellungnahme wurde unter dem Titel „Zusammenarbeit von Ärzten und Krankenhausapotheken hat sich bewährt“ veröffentlicht. Der vermehrte Einsatz von Krankenhausapothekern/klinischen Pharmazeuten mit dem Ziel einer zunehmenden gebiets- bzw. abteilungsbezogenen Beratung wurde empfohlen.

Was erschien Ihnen nach Ihrer Wahl zum ADKA-Präsidenten als die wichtigste und erste Herkulesarbeit für unseren Berufsverband, damit er Ihrer Überzeugung nach als noch unverzichtbarer und anerkannter im Krankenhaus wahrgenommen würde? Was haben Sie dementsprechend konkret unternommen?

Schütte: Für die oben angeführte Zielsetzung brauchten wir darüber hinaus Rahmenbedingungen, die im Verord-

Götz Schütte, Höxterstraße 31, 22529 Hamburg;
Prof. Dr. Egid Strehl, Direktor der Apotheke des Universitätsklinikums
Freiburg, Hugstetter Straße 55, 79106 Freiburg

nungs- bzw. Gesetzestext aufgeführt sein sollten. Dazu bot sich die Novellierung der Apothekenbetriebsordnung an. Es ist gelungen, für den Betrieb von Krankenhausapotheken erstmals einen besonderen Abschnitt (§§ 28–33) zu formulieren.

An der Kommentierung dieser Paragraphen haben wir federführend mitgearbeitet. Wir konnten unter anderem wichtige Ergebnisse unserer Zusammenarbeit mit der DKG für die Kollegenschaft als Argumentationshilfe verankern. Von besonderer Bedeutung war, dass die Arzneimittellisten und die Arzneimittelkommission in den Verordnungstext aufgenommen wurden. Beide Verfahren wurden in Krankenhausapotheken entwickelt und dienten der Verbesserung der Arzneimittelsicherheit. Mit der Bundesapothekerkammer wurde die Fachbezeichnung „Apotheker für Klinische Pharmazie“ im Rahmen der Weiterbildung erarbeitet und verabschiedet.

Die ADKA-Landesverbände setzten die Weiterbildung um und verliehen die Bezeichnung „Apotheker für Krankenhauspharmazie ADKA e.V.“. Dieses mit den Kammern abgestimmte Verfahren beschleunigte das Inkrafttreten der Weiterbildungsordnung in den Apothekerkammern. Das gemeinsame Handeln zwischen der Bundesapothekerkammer und der ADKA führte somit zu einem Qualifizierungsschub für den Berufsstand.

Gab es ein die Gesamtgesellschaft berührendes Ereignis aus Ihrer Amtszeit in unserem Land, das Sie als besonders bedeutend einstufen und das Sie damals auch als unsere Berufsgruppe beeinflussend betrachteten?

Schütte: Ein besonderes Ereignis war der ADKA-Kongress in Bad Wörishofen 1987, bei der die ADKA ihren 75. Geburtstag feierte. Wir ehrten unser 1000. Mitglied und fassten in einer so nicht wieder erlebten Aufbruchstimmung den Beschluss zur „pharmazeutischen Leistungsoffensive“. Den Höhepunkt unserer Amtszeit hatten wir 1991 in Hannover, als wir den Zusammenschluss unserer Verbände Ost und West im Rahmen der Wiedervereinigung Deutschlands erlebten. Ich stehe mit Hochachtung vor der Leistung der Krankenhausapotheker in der ehemaligen DDR. Der konstruktive Erfahrungsaustausch war niemals eine Einbahnstraße.

Was haben Sie während Ihrer Zeit als Präsident auf den Weg gebracht, was auch heute noch von unserem Berufsstand an vorderer Stelle betrieben wird/werden muss, wenn sein Ansehen im Krankenhaus nicht leiden soll? Was also ist Ihr persönlicher Eckstein im Gebäude der Krankenhauspharmazie geblieben – trotz aller inzwischen stattgefundenen Aus- und Umbauten?

Schütte: Für Krankenhausapotheken hat die Arzneimittelpreisverordnung keine Gültigkeit. Dies ist ein bewahrenswertes Privileg. Der freie Markt für Arzneimittelpreise im Krankenhaus bedeutet nicht, dass der kostengünstige Ein-

kauf die einzige Möglichkeit der wirtschaftlichen Versorgung der Krankenhäuser mit Medikamenten ist. Wesentlich wirkungsvoller ist die Arbeit der Krankenhausapotheker in den Arzneimittelkommissionen, die Verteidigung der Arzneimittellisten und ganz besonders die pharmazeutische Leistung auf den Stationen.

Das setzt voraus, dass Krankenhäuser Apotheken einrichten und dass diese in einer Weise mit Personal ausgestattet werden, dass die Arbeit der Apotheke auf den Stationen mit den Ärzten und den Pflegedienstkräften zum Vorteil der Patienten möglich ist.

Ich bin davon überzeugt, dass sich an dieser Zielsetzung der ADKA von 1984 bis 1992 bis heute nichts geändert hat. Die ADKA hat mit der DKG-Kommission „Krankenhausapotheken und Arzneimittelwesen“ eine Orientierungshilfe für die wirtschaftliche Versorgung der Krankenhäuser mit Arzneimitteln im Sinne von § 2 des Arzneimittelgesetzes erarbeitet. Sie wurde durch die DKG-Landesverbände den Mitgliedskrankenhäusern zur Kenntnis gegeben. Die Orientierungshilfe hat die ADKA 1987 in der Novemberausgabe der *Krankenhauspharmazie* veröffentlicht. Aus meiner Sicht ist dieses Papier immer noch aktuell.

Zusammengefasst hat der ADKA-Vorstand von 1984 bis 1992 an dem Grundsatz festgehalten, dass jedes Krankenhaus durch eine eigene Apotheke oder durch Versorgungsverträge mit anderen Krankenhausapotheken mit Arzneimitteln zu versorgen ist und dass eine wirtschaftliche und qualitätsgesicherte medikamentöse Therapie nur mit entsprechendem Personal gewährleistet werden kann.

Krankenhausapotheken, die zunehmend der Vorgabe der Verwaltung zur Quersubventionierung anderer Betriebseinheiten folgen müssen, sind zweckentfremdete Einrichtungen. Schon zu unserer Amtszeit galt, dass Krankenhäuser Wirtschaftsbetriebe sind – mit einem humanitären Auftrag. Es ist darauf zu achten, dass ein überbordendes Ökonomisierungsgebaren nicht zu einer gefährlichen Verschiebung der Balance zu Lasten der Patienten und der Leistungserbringer führt.

Wenn das Krankenhaus nicht nur betriebswirtschaftlich ausgerichtet wird, sondern durch die Verzahnung von stationärer und ambulanter Versorgung volkswirtschaftlich verantwortungsvoll handelt, dann ist sowohl der Ökonomie als auch der Qualität der Versorgung gedient. Krankenhausapotheken sind dazu in der Lage. Hier muss man endlich weiterkommen.

Gab es ein Vorkommnis innerhalb unseres Berufsverbands Krankenhausapotheker während Ihrer Präsidentschaft, mit dem Sie sich am liebsten nicht hätten auseinandersetzen wollen? Wie haben Sie gegebenenfalls damals darauf reagiert?

Schütte: Die Neufassung des § 14 ApoG hatte zur Folge, dass auch öffentliche Apotheken nach Abschluss eines Versorgungsvertrags – der übrigens von der ADKA, der DKG und

der ABDA gemeinsam erarbeitet worden ist – Krankenhäuser mit Arzneimitteln versorgen können. Der ADKA-Vorstand befasste sich intensiv mit dem Problem der Vermischung der Warenströme. Zum Erhalt unseres Privilegs musste verhindert werden, dass Klinikware außerhalb ihrer Zweckbestimmung gehandelt werden konnte.

Mit einem pharmazeutischen Großhändler gründeten öffentliche Apotheken den Einkaufsring krankenhauserversorgender öffentlicher Apotheken. Der Vorstand war sich einig, dass diese Einrichtung beseitigt werden musste. Erschwert wurde dieses Bemühen durch mehrere Gerichtsentscheidungen, die die Zulässigkeit des Verkehrs der Klinikware außerhalb von Krankenhäusern erlaubten. Dagegen klagte ein pharmazeutisches Unternehmen vor dem Bundesgerichtshof.

Für uns stand fest, dass die Klinikware ausschließlich für das Krankenhaus bestimmt ist. Um diese Position zu untermauern, mussten Vertriebsbindungsverträge zwischen den Arzneimittelherstellern und den krankenhauserversorgenden Apotheken abgeschlossen werden. Das Bundesgesundheitsministerium bestätigte die ordnungspolitische Bedeutung solcher Verträge, das Bundeskartellamt stimmte zu; DKG, BPI und ABDA teilten unsere Position. Die Schwierigkeit bestand darin, die Vertragsunterzeichnung lückenlos nachzuweisen. Das wurde dank des Zusammenhalts der Krankenhausapotheker möglich. Die Industrie belieferte Verweigerer konsequent nicht mit Klinikware.

Am 12. Oktober 1989 hat der Bundesgerichtshof die ausschließliche Verwendung von Klinikware in Krankenhäusern entschieden. Der Einkaufsring wurde aufgelöst. Die Verträge haben bis heute ihre Gültigkeit. Die Gerichtsentscheidung hatte zur Folge, dass der freie Markt für Arzneimittel im Krankenhaus und der durch die Arzneimittelpreisverordnung geregelte ambulante Bereich gegeneinander abgegrenzt blieben. Ohne Zweifel hat die ADKA hier zum Vorteil des gesamten Berufsstands agiert. Der Prozess war sehr kraftaufwendig, lästig, unserer eigentlichen Kernaufgabe hinderlich, nicht pharmazeutisch – musste aber durch die ADKA vorangetrieben werden.

Haben wir Klinikapotheker es gegenüber der Zeit Ihrer „Regentschaft“ heute leichter oder gar schwerer, unseren „Mehrwert“ für das Krankenhaus und seine Patienten aufzuzeigen mit dem Ziel, von unseren beruflichen Partnern noch besser anerkannt oder gar als unverzichtbar angesehen zu werden?

Schütte: Die ADKA hat in den Jahren unserer Vorstandsarbeit die Gunst der Stunde genutzt. Die Änderung des § 14 ApoG, die Novellierung der Apothekenbetriebsordnung, die sehr gute Zusammenarbeit mit der DKG und der Leistungsschub durch unsere Kollegen der neuen Bundesländer waren die Grundlage für eine erfolgreiche Verbandsarbeit. Für uns war klar, dass wir die Gunst der Stunde auch nutzen mussten. Der Wille der Krankenhausapotheker, gefasste Beschlüsse umzusetzen, war für mich beeindruckend und hat die ADKA-Vorstandsarbeit sehr erleichtert und beflügelt.

Die Verhältnisse haben sich geändert. Die Zahl der Krankenhausapotheken hat sich halbiert und in Europa bildet Deutschland das Schlusslicht bei der Anzahl der in Krankenhäusern beschäftigten Apotheker. Daraus ist zu schließen, dass es offenbar schwieriger geworden ist, den Mehrwert der Krankenhauspharmazie zu vermitteln.

Werfen wir einen Blick auf unsere Hauptgesprächspartner Ärzte, Pflegende und Verwaltung in der Klinik. Welche Gruppe hat sich nach Ihrer Überzeugung am vorteilhaftesten weiterentwickelt? Welcher sollten wir uns deshalb eventuell jetzt und in der Zukunft noch stärker annehmen?

Schütte: Die zunehmende Ökonomisierung und die damit verbundene Bürokratisierung geht zu Lasten der Leistungserbringer, die sich um die Patienten kümmern wollen und die dazu auch einen gesetzlich definierten Auftrag zu erfüllen haben.

Ich bin überzeugt, dass es eine Machtverschiebung zur Verwaltung der Krankenhäuser gegeben hat. Ob dies ein Vorteil für das Krankenhaus auf Dauer sein kann, ist zumindest am Beispiel der Krankenhausapotheke und der damit verbundenen Qualität der Arzneimittelversorgung der Patienten zweifelhaft.

Ich möchte mich bei dieser Gelegenheit bei den Mitgliedern des ADKA-Vorstands 1984 bis 1992 für die vertrauensvolle, kollegiale und freundschaftliche Zusammenarbeit bedanken:

Elisabeth-Charlotte Burmeister, Dr. Claus Einberger, Dr. Eckart Fickweiler, Dr. Jochen Kotwas, Dr. Hugo Krämer, Dr. Viktoria Mönch, Dr. Bernd Pietzner, Dr. Wolfgang Riedel, Dr. Werner Rösberg, Heidrun Schumacher.

Herr Schütte, wir danken Ihnen sehr für Ihre Ausführungen!