

Der Kampf um die Erhaltung der Krankenhausapotheken

Von Risiken und Nebenwirkungen

Lange wehrten sich Krankenhausapotheker erfolgreich gegen eigene Zweigapotheken, um ihre Existenz und Eigenständigkeit zu sichern. Doch durch Vorstöße auf EU-Ebene geraten sie nun zunehmend unter Druck. Mittelfristig wird wohl ein strategisches Umdenken erforderlich sein.

Versuchen wir zunächst einmal, die missliche Lage, in der sich deutsche Krankenhausapotheken gegenwärtig befinden, aus der Historie zu rekonstruieren: Der Bundesverband Deutscher Krankenhausapotheker (ADKA) verwarf vor etlichen Jahren das Konstrukt der Krankenhausfilialapotheke, weil die Gefahr bestand,

Der Bundesverband Deutscher Krankenhausapotheker

Der ADKA e. V. versteht sich als Interessensvertretung aller Krankenhausapotheker in Deutschland. Er wurde 1911 in Stuttgart unter dem Namen „Vereinigung der Leiter der Anstaltsapotheken für das Dt. Reich“ gegründet und hat sich in wechselvoller Geschichte seit 1985 als eingetragener Verein mit eigener Geschäftsstelle in Berlin fortgesetzt. Er vertritt zurzeit etwa 1.800 Apotheker in deutschen Krankenhäusern, von denen 1.600 Mitglieder im Verein sind. Zu seinen wesentlichen Zielen – niedergelegt im ADKA-Zielepapier (www.adka.de) – gehören Pflege und Weiterentwicklung der Krankenhauspharmazie und die Sicherung des Berufsstandes auf hohem praktischem und wissenschaftlichem Niveau.

dass dann kleine Krankenhausapotheken geschlossen würden. Stattdessen konzentrierten sich die potenziell Betroffenen – und davon gab es nicht wenige – darauf, Monopolwissen über Einkaufskonditionen aufzubauen, um ihre Souveränität zu wahren. Ansonsten beschränkten sie sich auf die innerbetriebliche pharmazeutische Logistik. Diese Strategie führte in die Sackgasse: Einerseits rief das Wissensmonopol

Misstrauen beim Krankenhausmanagement hervor, so dass immer wieder externe Berater zur Prüfung der Einkaufskonditionen eingeschaltet wurden, andererseits bestanden natürlich berechtigte Zweifel, ob man für reines „Kistenschieben“ noch pharmazeutisches Fachpersonal benötigte.

Vorstöß von DocMorris


Im Jahr 2000 kam dann der Vorstoß der niederländischen Versandapotheke DocMorris im Bereich der Offizinapotheken und rüttelte die gesamte Apothekenszene auf. Die Sorge war groß, dass nunmehr der Apotheker als selbstbestimmter Einzelkaufmann durch abhängige Filialbetriebe ersetzt werden könnte – auch im Krankenhaus. Man fürchtete, Schlecker und Fresenius würden womöglich das kostenbewusste, aber „qualitätsignorante“ Krankenhausmanagement erfolgreich von ihrem Franchise- und Filialisierungskonzept überzeugen.

Private Krankenhaus-Betreiber befürworteten allerdings das Zweigapothekensystem und versuchten, dieses auf EU-Ebene durchzusetzen. Dem stand jedoch deutsches Recht entgegen, das eine Arbeitsteilung zwischen Krankenhausapotheken innerhalb einer Krankenhausgruppe verbot. Letztlich folgte der Europäische Gerichtshof (EuGH) 2008 sozusagen auf dem letzten Meter der Auffassung des deutschen Gesetzgebers mit der Begründung, der nationale Gesundheitsschutz habe in Europa Vorrang vor Wettbewerbsrecht und

Dienstleistungsfreiheit. Dies führte zur Zementierung der jetzigen Rechtslage, nach der Krankenhauspatienten „aus (nur) einer Hand“ versorgt werden dürfen – von Arbeitsteiligkeit keine Spur.

Unerwünschte Folgen

Die Zahl der Krankenhausapothekenstandorte geht zurück, bei Klinikketten oder -gruppen werden sie durch zentrale Versorgungsstandorte ersetzt, bei Einzelhäusern übernehmen niedergelassene Offizinapotheken die Versorgung. Gewinner sind also letztere, vertreten durch den ABDA, so dass viele beim geänderten §14 ApoG von der „Lex ABDA“ sprechen. Das wäre nicht nötig gewesen.

Der berufspolitische Vorstoß des ADKA in Richtung „jedem Krankenhauspatienten seinen Krankenhausapotheker“ erscheint folgerichtig, aber es liegt nun im Ermessensspielraum der jeweiligen Aufsicht auf Kreisebene beziehungsweise Fachaufsicht durch den Regierungspräsidenten, wie die Beteiligten mit filialähnlichen Betrieben umgehen werden. Dies wird in Deutschland extrem unterschiedlich gehandhabt und ist daher nur schwer einzuschätzen. 



Markus Bazan

BAZAN – Berater im Gesundheitswesen

bazan@bazan.de