

Interview mit Holger Hennig, ADKA-Präsident von 2008 bis 2010

Herr Hennig,

Sie waren von 2008 bis 2010 Präsident des Bundesverbandes Deutscher Krankenhausapotheker (ADKA) e.V. und haben auch deshalb allen Grund, anlässlich dieser 100-Jahr-Feier die erzielten Erfolge stolz mitzufeiern. „Jubiläum“ geben aber auch Anlass, auf die Entwicklung zurückzuschauen und Bilanz zu ziehen. Die folgenden Fragen, zu denen Sie dankenswerterweise Stellung nehmen, sollen gerade unseren jungen Kollegen einen Einblick in die Entwicklung unseres Berufsverbandes 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.

Hennig: Ich hatte ja für zwei ausgesprochen schnelllebige Jahre die Ehre, diesem tollen Verband vorzustehen. Mit der 15. Novelle des Arzneimittelgesetzes fiel eine für uns substantielle Gesetzesänderung in die Zeit meiner Präsidentschaft, und die Anhörung hierzu vor dem Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestags war für mich ganz persönlich sicher der politische Höhepunkt.

Aber auch „nach innen“ war viel zu tun. Ich war ja erst der zweite Präsident, der dieses Amt im Rahmen des neuen Präsidialturnus durchlief – ein sehr gewöhnungsbedürftiges Verfahren, das ich nach wie vor für unbedingt überdenkenswert halte. Immerhin konnten wir aber eine erste große ADKA-Benchmark-Studie auflegen und danach auch das Zielepapier der ADKA auf neue Beine stellen. Dies dann im Rahmen eines Parlamentarischen Abends präsentieren zu dürfen stellte den krönenden Abschluss meiner Präsidentschaft dar.

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

Hennig: Neben den immer hochfrequenter verabschiedeten Gesundheitsgesetzen sicher die beiden Klageverfahren vor dem Europäischen Gerichtshof, die sich mit der Krankenhaus(fern)versorgung und dem Fremdbesitzverbot befassten und am Ende beide letztlich das für uns Krankenhausapotheker bestmögliche Ergebnis brachten.



Holger Hennig, ehemaliger Präsident des Bundesverbandes Deutscher Krankenhausapotheker (ADKA) e.V.

Aber auch einen schönen „innenpolitischen“ Erfolg haben wir zu verzeichnen, dessen wesentliche Schritte während meiner Zeit zurückgelegt wurden. Die gemeinsam mit ADKA und BVKA (Bundesverband klinik- und heimversorgender Apotheker) e.V. erarbeiteten Empfehlungen der Bundesapothekerkammer zur Versorgung von Krankenhauspatienten legen erstmals die etwas schwammigen Forderungen des Apothekengesetzes in einer Art und Weise aus, die mich hoffnungsvoll stimmt, was die zukünftige Genehmigung (bzw. deren Versagung) von Versorgungsverträgen über größere Entfernungen angeht. Außerdem wird hier auch klargestellt, dass unsere Systemkonkurrenz mit den Versorgungsapotheken nur auf der Basis gleicher qualitativer Ansprüche stattfinden kann und darf. „Pharmazie light“ darf es weder aus der Krankenhausapotheke noch aus der Versorgungsapotheke geben!

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?

Hennig: Durch den Präsidialturnus ist mir dieser persönliche Höhepunkt einer Wahl zum ADKA-Präsidenten entgangen. Ich wurde ja in Trier 2006 „nur“ in den Präsidial-

Holger Hennig, Apotheke des Klinikums Stuttgart, Katharinenhospital, Kriegsbergstraße 60, 70174 Stuttgart;
Prof. Dr. Egid Strehl, Direktor der Apotheke des Universitätsklinikums Freiburg, Hugstetter Straße 55, 79106 Freiburg

turnus und somit unmittelbar zum 1. Vizepräsidenten gewählt. Somit fällt es mir, obwohl mein Amtsantritt als Präsident gerade erst drei Jahre zurückliegt, durchaus schwer, heute noch exakt zu memorieren, welche Aktivität nun genau in meine Zeit als Präsident oder Vizepräsident oder auch die Zeit davor als ADKA-Schriftführer fiel. Und bei einer nur zweijährigen Präsidentschaft eine erste Aktivität herauszuheben verbietet sich meines Erachtens. Den Präsidialturnus empfinde ich als einen Amtswechsel im gestreckten Galopp.

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?

Hennig: Die Bundestagswahl im Herbst 2009 brachte immerhin einen Regierungswechsel von der großen Koalition mit Ulla Schmidt als Gesundheitsministerin zu schwarz-gelb mit Dr. Philipp Rösler in diesem Amt. Ob Sie das jetzt als gesamtgesellschaftlich bedeutsam genug einschätzen, überlasse ich der Beurteilung der Leser.

Was haben Sie während Ihrer Zeit als Präsident auf den Weg gebracht, was auch heute noch von unserem Berufsstand an vorderer Stelle betrieben wird bzw. 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?

Hennig: Mit der Neufassung des Zielepapiers 2011 der ADKA haben wir – und darauf bin ich auch persönlich ein bisschen stolz – endlich den Slogan gefunden, von dem einer meiner Amtsvorgänger immer sagte: „Wir brauchen etwas, das so kurz ist, dass es auf die Rückseite der Visitenkarte passt.“ Nun drucken wir zwar unsere Visitenkarten aus Kostengründen zweiseitig deutsch-englisch, aber passen würde der Slogan.

Und als zweiten Aspekt möchte ich erwähnen, dass ich mich jedes Mal freue, wenn meine Titulierung des Krankenhausapothekers als „arzneimitteltherapeutischem Sicherheitsgurt des Klinikpatienten“ irgendwo auftaucht. Denn gerade das Thema Arzneimitteltherapiesicherheit hat die Zeit um meine Präsidentschaft herum ganz entscheidend mitgeprägt, und wir sind hier längst nicht am Ziel.

Wenn Sie den Wandel betrachten, dem auch unsere Berufsgruppe unterworfen ist, gibt es da für Sie etwas, was heute vernachlässigt wird bzw. deutlich anders gemacht werden sollte, damit unsere Position im Krankenhaus gefestigt wird?

Hennig: Nichts Grundsätzliches jedenfalls. Es ist nicht neu, dass wir Krankenhausapotheker immer weiter darum kämpfen müssen, dass die Zukunft unseres Berufs pharmazeutisch entschieden wird und nicht kaufmännisch

oder politisch. Das Umfeld dafür ist sicher in den letzten Jahren noch härter geworden. Insbesondere der ökonomische Druck auf die Krankenhäuser macht auch uns die Arbeit immer schwerer. Aber darüber zu jammern wäre verkehrt. Wir müssen die Zeit nutzen und gestalten, die uns gegeben ist, und nicht vergangenen Zeiten nachtrauern.

Gibt es für Sie heute, 22 Jahre nach der Wiedervereinigung, noch Unterschiede in der Berufsauffassung, Priorisierung von Aktivitäten oder beruflichen Entfaltungsmöglichkeiten zwischen den Kollegen aus den westlichen und östlichen Bundesländern? Was wäre gegebenenfalls dagegen zu veranlassen?

Hennig: Es gibt immer Unterschiede zwischen Krankenhausapothekern, und das ist auch gut so! Alles andere wäre Uniformität und die lehne ich aus grundsätzlichen Erwägungen ab. Also gibt es dagegen auch nichts zu veranlassen. Aber jeder Leiter einer Krankenhausapotheke muss natürlich stetig bemüht sein, das jeweils Richtige und Notwendige für sein Haus zu tun. Und bei der Frage, was denn genau das Richtige und Notwendige für sein Haus sein könnte und wie man genau dies tut – dabei kann die ADKA eine riesengroße Hilfe sein!

„Ost – West“ ist nach meiner Auffassung kein Distinktionsmerkmal mehr. Viel wichtiger sind Trägerstrukturen, Versorgungsauftrag und derartige Aspekte.

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?

Hennig: Also erst mal wehre ich mich gegen den Begriff „Regentschaft“, auch wenn er in Führungszeichen gesetzt ist. Die Zeiten, wo ein Präsident die ADKA „regieren“ konnte, sind glücklicherweise schon länger vorbei. Wir haben heute eine Struktur, die viel stärker auf Arbeitsteilung setzt, als das früher nötig und üblich war. Ich möchte hier insbesondere den ADKA-Geschäftsführer herausheben, dessen Etablierung ganz enorm segensreich für unseren Verband war und ist.

Gegenüber der Ärzteschaft ist es durch die Generationenentwicklung sicher etwas einfacher geworden, unsere Anliegen zu kommunizieren. Chefärzte „vom alten Schlag“, für die der Apotheker bloßer Erfüllungsgehilfe war, gibt es glücklicherweise kaum noch. Aber es ist hier sowohl jeder einzelne Apotheker in seiner Klinik wie auch die Verbandsebene gefordert. Ich darf das gemeinsame Papier zur Unterstützung ärztlicher Tätigkeiten durch den Krankenhausapotheker ansprechen, das wir mit dem Verband der Leitenden Krankenhausärzte erarbeiten konnten. Das wäre sicher zehn Jahre früher sehr viel schwieriger, wenn

nicht unmöglich, gewesen. Gegenüber den kaufmännisch Verantwortlichen in den Kliniken hat sich hingegen wenig geändert. Die an sich zunehmende Wertschätzung des Krankenhausapothekers, insbesondere mit der Einführung des pauschalierten Entgeltsystems – erst hierdurch wurde das „Sparen mit dem Arzneimittel“ ja attraktiv für die Kliniken –, wird leider durch den ökonomischen Druck auf das System überkompensiert. Ansonsten wäre es uns ja längst gelungen, den Trend der weiteren Konzentrierung unter den Krankenhausapotheken zu stoppen, der nun einmal in erster Linie von den Geschäftsführern der Kliniken getrieben wird.

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?

Hennig: Die erste Frage zu bewerten steht mir nicht zu. Fragen wir uns lieber, welcher Gruppe gegenüber wir uns am vorteilhaftesten weiterentwickelt haben. Hier sehe ich die Ärzte im Vordergrund. Nicht nur unsere Projekte zur Unterstützung ärztlicher Tätigkeiten durch den Krankenhausapotheker, sondern auch die Bemühungen um die Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit fallen hier doch auf den fruchtbarsten Boden. Aber es wird hoffentlich auf absehbare Zeit der riesengroße Vorteil des Krankenhausapothekers bleiben, dass er als praktischer einziger Beruf in der Klinik mit allen genannten Gruppen die jeweils gleiche Sprache spricht. Wir sind als Krankenhausapotheker doch sozusagen die personifizierte Interdisziplinarität!

Was werden für Sie die wesentlichen beruflichen Qualitäten und Aufgabenfelder des Krankenhausapothekers 2020 sein? Wird es dann nach Ihrer Vermutung mehr oder sogar weniger Klinikapotheker pro 100 Betten geben? Wer wird uns dann möglicherweise unseren Job, also unsere Daseinsberechtigung, am schärfsten streitig machen?

Hennig: In einer Zeit, in der „Jahrhundertreformen“ alle zwei Jahre das Gesundheitswesen überziehen, ist der Blick um fast zehn Jahre voraus außerordentlich schwierig. Aber ich bin fest davon überzeugt, dass wir auch im Jahr 2020 Krankenhausapotheker haben werden, die den bestmöglichen Nutzen der Arzneimitteltherapie für ihre Patienten schaffen. Ich bin auch voller Hoffnung, dass dies mehr Krankenhausapotheker pro 100 Betten sein werden, als es heute der Fall ist. Und unser größter „Feind“, wobei ich das bewusst in Anführungszeichen setze, weil ich es nicht fürchterlich ernst meine, sind wir doch selbst. Wenn wir es schaffen, unseren substanziellen Beitrag zu einer in Hinsicht auf Sicherheit und Wirtschaftlichkeit op-

timalen Arzneimitteltherapie in der Klinik darzustellen, wird uns keiner unsere Aufgaben streitig machen. Aber wir müssen gute Arbeit leisten und die dann in der Folge auch entsprechend darstellen! Unser Tool dazu ist die Online-Datenbank DokuPIK, mit der wir leicht große Mengen an Medikationsfehlern und Interventionen sammeln und strukturiert auswerten können. Das wird uns in der nahen Zukunft noch erheblichen Nutzen bringen, davon bin ich überzeugt.

Krankenhauspharmazie und klinische Pharmazie sind in vieler Hinsicht keine deckungsgleichen Begriffe. Was raten Sie den derzeit aktiven Kollegen, auf jedem dieser Felder als Nächstes prioritär anzugehen?

Hennig: Ich möchte vorausschicken, dass bei diesen Themenfeldern immer gilt, dass man das Eine tun muss ohne das Andere zu lassen. Krankenhauspharmazie ohne Klinische Pharmazie ist „Pharmazie light“, und die lehnen wir ab. Aber Klinische Pharmazie ohne die Krankenhauspharmazie als Basis hat ein herausragender Kollege früher immer als „freischwebenden Beratungsonkel“ tituliert. Und den wollen wir ebenso wenig wie sein weibliches Pendant.

Die Entscheidung zu treffen, welche akute Maßnahme jeweils prioritär ist, fällt klar in die Kompetenz des jeweiligen Apothekenleiters. Eine generelle Empfehlung dazu kann ich nicht geben, hängt dies doch extrem von den individuellen Anforderungen der Klinik und der Ausgangssituation der Apotheke ab. National können wir nur die grobe Richtung vorzeichnen. Hier muss sicher im Rahmen der pharmazeutischen Logistik so schlank wie möglich, aber qualitätsgesichert versorgt werden. Auch die Herstellung von Arzneimitteln in der Krankenhausapotheke muss auf hohem Qualitätsniveau erfolgen, was nicht bedeutet, dass man zwangsläufig jeden industriellen Standard auch in der Krankenhausapotheke zur *conditio sine qua non* machen muss. Die Anpassung an die konkreten Produkte und Prozesse ist entscheidend! Und – bei aller Wertschätzung der Arbeit vieler Kollegen heute – ich kann mir nicht vorstellen, dass auch nur eine einzige Krankenhausapotheke in Deutschland bereits klinisch-pharmazeutische Dienstleistungen nach Art und Umfang erbringt, die kein Ausbaupotenzial mehr haben. Da ist noch mehr als genug zu tun.

„Die richtigen Arbeiten richtig tun“ traf das für uns Krankenhausapotheker zur Zeit Ihrer Verbandsführung nach Ihrer Überzeugung weitestgehend zu? Diese Frage erfolgt vor dem Hintergrund, dass beispielsweise erst in diesen Tagen der Arzneimitteleinkauf arbeitsteilig in Einkaufsverbänden geschieht, Arzneimittelinformationsabteilungen in Klinikapotheken auch heute noch nicht flächendeckend bzw. mit breiter Datenbasis angeboten werden können und

Apotheker von Ärzten und Pflegenden auf Station noch nicht förmlich „vermisst“ werden?

Hennig: Weitgehend traf dies sicher zu, vollständig sicher nicht. Aber das ist auch gut so, denn sonst gäbe es ja nichts mehr zu tun – eine nicht nur angenehme Vorstellung für mich. Die Existenz unserer Einkaufskooperationen halte ich aber für wenig relevant. Größe allein ist im Einkauf eben kein wesentliches Argument. Ich halte es für viel entscheidender, den wichtigen Lieferanten glaubhaft eine verlässliche Partnerschaft anbieten zu können. Eine gute Einkaufskooperation kann das leisten. Aber, gestatten Sie mir den Seitenhieb, längst nicht alle heute existierenden Einkaufskooperationen sind in dieser Hinsicht wirklich „gut“. Und in Bezug auf die Arzneimittelinformation haben wir doch immerhin eine hervorragende Arzneimittel-Info-Datenbank unseres Verbands zur Verfügung, die eine sehr gute Infrastruktur schafft, um die Qualität der Arzneimittelinformation in deutschen Krankenhäusern insgesamt deutlich zu steigern! Denken Sie weiterhin an die Etablierung des zweijährlichen Kongresses zur Arzneimittelinformation, der dieses Jahr bereits zum zweiten Mal in Köln stattfand. Dies war übrigens auch ein Ereignis, das erstmals während meiner Präsidentschaft stattfand; als Präsident war ich inhaltlich allerdings nur am Rande beteiligt.

Krankenhauspharmazie und klinische Pharmazie werden europaweit heute noch sehr heterogen „gelebt“. Deutschland ist in beiden Bereichen nicht gerade als der Leuchtturm zu bezeichnen. Können Sie uns aus der Zeit Ihrer Verbandsführung ein „Made in Germany“ nennen, das Sie in andere Länder exportieren konnten? Gab es umgekehrt etwas, was Sie – weil in einem anderen europäischen Land erfolgreich praktiziert – bei uns dauerhaft implementieren konnten?

Hennig: Das ist doch analog zu „PISA“ im Schulwesen: Im Durchschnitt haben wir sicher noch erheblichen Nachholbedarf gegenüber anderen Ländern in Europa. Ich sehe aber, dass die Spitze unserer Leistungsfähigkeit durchaus mit der anderer Länder mithalten kann. So sind wir beispielsweise beim Europäischen Kongress der Krankenhausapotheker zwar mit zumeist wenigen, dafür aber überproportional guten Postern vertreten. Die Breite und die Basis sind aber bei uns schlechter. Und das hängt sicher mit der historisch bedingt schlechten Personalausstattung deutscher Krankenhausapotheken zusammen. In keinem Land der EU arbeiten – relativ betrachtet – so wenig Apotheker im Krankenhaus wie in Deutschland. Das muss sich am dringendsten ändern. Aber wie beim Sicherheitsgurt im Auto setzt sich auch das beste Produkt nicht immer allein am Markt durch, sondern braucht zum Teil eben die Unterstützung des Gesetzgebers. Dieser musste zunächst die Fahrzeughersteller und dann die -insassen regelrecht zwingen, diesen Nutzen anzunehmen.

Aber der Markt hat gelernt ... eine Airbag-Pflicht war nicht notwendig!

Wir Krankenhausapotheker sind zu Recht stolz, wenn wir durch professionellen Einkauf unseren Häusern einiges Geld spar(t)en. Vermutlich wäre heute und in Zukunft aber eher noch mehr gewonnen, wenn für alle wesentlichen arzneimittelrelevanten Behandlungen in der Klinik verbindliche hauseigene Therapiepfade oder überregionale, EBM-gesicherte Leitlinien fest verankert und nachhaltig praktiziert würden (EBM: Evidence-based medicine). An welchen Stellen, in welcher Weise konkret und mit welchem Gewicht sollte sich nach Ihrer Meinung die Klinikapotheke hier einbringen?

Hennig: Genau das tun doch viele Kollegen heute sehr erfolgreich. Ich sehe uns da auf einem guten Weg. Über die Geschwindigkeit, mit der wir diesen Weg beschreiten, können wir durchaus diskutieren. Aber die Entwicklung an sich empfinde ich als positiv. Nur sollte uns bewusst sein, dass kein Standard der Welt alles regelt. Der Apotheker muss im Krankenhaus die Standards der Arzneimitteltherapie entscheidend mitprägen. Er muss ihre Einhaltung überwachen. Und er muss sich intensiv genau um die Patienten kümmern, bei denen eine Abweichung vom Standard erforderlich ist.

1986 feierte die ADKA in Bad Wörishofen ihren 75. Geburtstag. Aus diesem Anlass wurden Kollegen, die in unserem Berufsverband entweder bereits Verantwortung als Vorsitzende getragen hatten oder deren Name damals für „Visionen“ für unsere Berufsgruppe stand, bereits nach ihren Zukunftseinschätzungen gefragt (Krankenhauspharmazie 1986;7:183–90). Diese stellten sich als recht realistisch heraus und erfüllten sich glücklicherweise fast ausnahmslos im Positiven. Worauf wird Ihrer persönlichen Überzeugung zufolge die ADKA bei ihrer 125-Jahr-Feier im Jahr 2036 unter anderem mit Stolz zurückblicken dürfen?

Hennig: Auf den Krankenhausapotheker, der die Arzneimitteltherapie im Krankenhaus so sicher gemacht hat wie die Reise im Flugzeug. Der damit erheblich zur Vermeidung von Fehlern beigetragen und dadurch eben auch die Wirtschaftlichkeit deutlich erhöht hat. Und der als vollwertiger Partner des Arztes in jedem therapeutischen Team eines deutschen Krankenhauses angekommen ist. Dann schaffen wir Krankenhausapotheker wirklich den bestmöglichen Nutzen der Arzneimitteltherapie für unsere Patienten.

Herr Hennig, wir danken Ihnen sehr für Ihre Ausführungen!