

Interview mit Michael Lueb, ADKA-Präsident von 2006 bis 2008

Herr Lueb,

Sie waren von 2006 bis 2008 Präsident des Bundesverbandes 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 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.

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?

Lueb: Während meiner Präsidentschaft habe ich die Themen Fortbildung und Wahrnehmung in den Vordergrund gestellt. Die Wahrnehmung ist ein Thema, das uns schon lange begleitet. Unsere Beiträge und bisweilen unsere Existenz werden vielerorts – sowohl innerhalb als auch außerhalb des Krankenhauses – nicht erkannt und gewürdigt. Wir haben in diesen Bereichen auf jeden Fall in der Vergangenheit Fortschritte erwirkt, viele Ziele sind aber noch zu verfolgen. Die Fortbildung war und ist von großer Bedeutung. Die verschiedenen Rahmenbedingungen unserer Arbeit ändern sich in immer kürzeren Intervallen. Hieraus resultiert ein stetig wachsender Fortbildungsbedarf. Stolz bin ich darauf, dass wir eine deutlich höhere Quote an Kollegen mit Fortbildungszertifikat haben als die Offizinapotheker. Mit diesem Resultat dürfen wir uns allerdings noch nicht zufriedengeben. Wir müssen unseren Anteil noch weiter steigern.

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?



Michael Lueb, ehemaliger Präsident des Bundesverbandes Deutscher Krankenhausapotheker (ADKA) e.V.

Lueb: Am Anfang meiner Präsidentschaft standen die ersten Stellungnahmen zur Novelle der Apothekenbetriebsordnung, die seitens des Ministeriums bis heute – entgegen anderslautenden Ankündigungen – noch immer nicht in der Entwurfsfassung vorliegt. Gleichzeitig nahm das Verfahren in Sachen Wegfall des Fremd- und Mehrbesitzverbots beim Europäischen Gerichtshof seinen Lauf. Hier haben wir uns intensiv an die Gesundheitspolitiker und das Gesundheitsministerium auf allen Arbeitsebenen gewandt und unsere Ansichten nachhaltig vertreten. Mit dem „Worst Case“ – dem Wegfall des Fremd- und Mehrbesitzverbots – haben wir uns intern umfänglich auseinandergesetzt und für alle Fälle auch vorbereitet.

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?

Lueb: Als wichtig betrachte ich den ersten Aktionsplan zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit in Deutschland, der im November 2007 vom Bundesgesundheitsministerium präsentiert wurde. Hier waren wir als Berufsverband von Anfang an aktiv beteiligt. Die investierte Arbeit hat sich in jeder Hinsicht gelohnt. Sie zeigt Innen- und Außenwirkung, die sich bis in die Gegenwart fortsetzt. Mittlerweile liegt schon seit Juni vergangenen

Michael Lueb, Chefapotheker Zentralapotheke/Zentrallager, Gräulinger Straße 120, 40625 Düsseldorf, E-Mail: Michael.Lueb@Sana.de;
Prof. Dr. Egid Strehl, Direktor der Apotheke des Universitätsklinikums Freiburg, Hugstetter Straße 55, 79106 Freiburg

Jahres der zweite Aktionsplan vor. Die hiermit verbundenen Aktivitäten werden sich auch noch in der Zukunft fortsetzen. Sie dienen dem Wohle unserer Patienten und gleichzeitig der Wahrnehmung unserer Beiträge.

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?

Lueb: Ich habe an die Arbeit meiner Vorgänger angeknüpft und mit meinem Amtsantritt die schon benannten Akzente gesetzt. Wichtig war beispielsweise, dass wir den ersten Parlamentarischen Abend unseres Berufsverbands erfolgreich ausrichten konnten. Wir haben dieses Podium dazu genutzt, um darauf hinzuweisen, dass Deutschland innerhalb der EU das Schlusslicht darstellt, was die pro 100 Betten im Krankenhaus tätigen Apotheker betrifft, und dass dieser Umstand einer nachhaltigen Qualitätssicherung und Verbesserung der Wirtschaftlichkeit der Arzneimitteltherapie im Weg steht.

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

Lueb: Diese Frage stellt sich mir schon aus grundsätzlichen Überlegungen nicht. Jede Aufgabe, gleichgültig ob sie angenehm oder unangenehm ist, bedarf gleichermaßen der Bearbeitung.

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?

Lueb: Unsere Geschäftsführungen haben bisher hauptsächlich unsere Wertschöpfung im Rahmen der ambulanten Erlöse und in der Vermeidung der direkten Kosten gesehen. Die ambulanten Erlöse werden mittlerweile infolge der gesundheitspolitischen Entwicklungen weniger, und die Möglichkeiten der direkten Kostenvermeidung sind in der Regel umfänglich ausgeschöpft. Unsere Chance liegt darin, zur Vermeidung von Kosten beizutragen. Wir sind gefordert, dies zu dokumentieren und dabei auch wertmäßig zu quantifizieren. Die bisherigen Aktivitäten müssen weiter ausgebaut und adäquat präsentiert werden.

Gibt es für Sie heute, 22 Jahre nach der Wiedervereinigung, noch Unterschiede in der Berufsauffassung, Priorisierung von Aktivitäten oder beruflichen Ent-

faltungsmöglichkeiten zwischen den Kollegen aus den westlichen und östlichen Bundesländern? Was wäre gegebenenfalls dagegen zu veranlassen?

Lueb: Hier sehe ich definitiv keine Unterschiedlichkeiten.

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?

Lueb: Nun, meine Präsidentschaft liegt noch nicht so lange zurück. Ich nehme hier noch keine signifikanten Unterschiede wahr. Ziele und Aufgaben haben sich in den Grundsätzen nicht geändert.

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?

Lueb: Alle angesprochenen Gesprächspartner bedürfen unserer Beiträge und Unterstützung ihrer Tätigkeiten. Aufgrund des sich in der Ärzteschaft und bei den Pflegekräften abzeichnenden, nicht mehr abzuwendenden Personalmangels bringen wir uns in diesen Arbeitsfeldern mit konkreten Angeboten ein. Vielerorts hat man auch bei unseren Adressaten den Wert unserer Beiträge erkannt und ist uns gegenüber sehr aufgeschlossen.

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?

Lueb: Große Teile unseres Dienstleistungsspektrums werden nachhaltig mit den Prozessen, die sich unmittelbar am Patienten ereignen, verknüpft sein. Die resultierenden Synergismen aus unseren Leistungsbereichen pharmazeutische Logistik, Herstellung und klinisch-pharmazeutische Dienstleistungen werden dadurch noch einmal deutlich gesteigert, und wir werden eine Vielzahl von Alleinstellungsmerkmalen für uns proklamieren können. Die Anzahl der pro 100 Betten tätigen Krankenhausapotheker wird gestiegen sein und dieser Trend wird sich auch noch weiter fortsetzen. Mitbewerber, beispielsweise die Krankenhausversorgenden, öffentlichen Apotheken, werden damit nicht Schritt halten können. Statt der Sorge um unsere Daseinsberechtigung erwarte ich eine deutliche und mit Blick in die weitere Zukunft steigende Nachfrage unserer Leistungen.

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?

Lueb: Die Klinische Pharmazie ist in meiner Wahrnehmung und Wertigkeit ein Teil der Krankenhauspharmazie, die ihrerseits noch viele andere Inhalte umfasst. Hierin liegen der Reiz und die Herausforderung unseres schönen Berufs. Die Inhalte müssen durch Fort- und Weiterbildung erarbeitet werden. Am Anfang steht in der Regel die Weiterbildung zum Fachapotheker für Klinische Pharmazie und gegebenenfalls weitere Fachrichtungen. Auch die Möglichkeit zur Promotion in einer Krankenhausapotheke sollte in Betracht gezogen werden. Allgemein empfehle ich jungen Kollegen, am Anfang eine generalisierte Ausbildung anzustreben und im Anschluss, bei Bedarf und Interesse, die Spezialisierung. Ein Teil der Freude an der Ausübung unseres Berufs resultiert für mich aus der Tatsache, dass wir mit vielen anderen Berufsgruppen im Krankenhaus interagieren, deren Tätigkeiten und Aufgaben kennen, ihre Sprache sprechen und verstehen. Aufgrund dieser Fähigkeiten schätzt man uns bisweilen auch als Vermittler zwischen den verschiedenen Gruppen und deren Interessen.

„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?

Lueb: Was richtig und was falsch ist, lässt sich häufig nicht pauschal beantworten. Richtig ist auf jeden Fall, dass wir alle eine individuelle Antwort auf die sich ändernden Rahmenbedingungen finden müssen. Es ist erforderlich, dass der Anteil unserer klinisch-pharmazeutischen Dienstleistungen zunimmt und dass wir in diesem Umfeld näher an das Bett des Patienten heranrücken, denn dort ist bekannterweise der Ort, wo wir unseren größten Wert schöpfen.

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?

Lueb: Ich persönlich habe mich hauptsächlich auf die Vorbilder im europäischen und außereuropäischen Raum konzentriert. Das heißt, ich habe mich an dieser Stelle eher auf den Import konzentriert und die Erfahrungen der ausländischen Kollegen kontinuierlich bei unserer Arbeit reflektiert. Gleichzeitig waren aber das Präsidium, die EU-Delegierten der ADKA und zahlreiche andere Kollegen im Ausland präsent und haben dazu beigetragen, dass unsere verschiedenen Aktivitäten und Entwicklungen dort wahrgenommen werden.

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?

Lueb: Therapiepfade und Leitlinien allein sind noch kein Garant für Arzneimitteltherapiesicherheit im Krankenhaus. Ferner sehe ich noch immer großen Handlungsbedarf beim Überschreiten der Sektorengrenzen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung und wieder zurück. Die Zukunft des gesamten Apothekerstands hängt vom Nachweis ab, dass wir für die Qualität der Arzneimitteltherapie der Patienten allorts und lückenlos über alle Schnittstellen hinweg garantieren können.

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?

Lueb: Die Anzahl der im Krankenhaus tätigen Kollegen wird sich nachhaltig erhöht haben, und wir werden wieder mehr Krankenhausapotheken haben als gegenwärtig.

Herr Lueb, wir danken Ihnen sehr für Ihre Ausführungen!