

Interview mit Dr. Steffen Amann, ADKA-Präsident von 2004 bis 2006

Herr Dr. Amann,

Sie waren von 2004 bis 2006 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 gegenwärtigen.

Amann: Meine Arbeit im ADKA-Präsidium dauerte ja viel länger. 1999 wurde ich Schatzmeister, weil mein Verständnis von Demokratie nicht zulassen wollte, dass ein vorbestimmter Kandidat diesen Posten erhalten sollte. Einen Gegenkandidaten gab es zuerst nicht. Die Mitgliederversammlung sollte nur noch ihre Zustimmung erteilen. So wurde es im Frühjahr 1999 auf der bayerischen Mitgliederversammlung berichtet. Daher entschied ich mich, als Gegenkandidat anzutreten. Ich bekam so viel Unterstützung, nicht zuletzt in einer engagierten Rede meines damaligen Chefs, Rudolf Bernard, so dass ich die Wahl auf Anhieb gewann. Seine Zusage, mir den notwendigen Raum für die Verbandsarbeit durch die Flexibilität meiner Arbeitseinteilung zu schaffen, hat er übrigens all die Jahre eingehalten und ist für mich bis heute nicht nur in diesem Punkt ein großes Vorbild. Die Bereicherung, die durch meine Verbandstätigkeit auch in die Krankenhausapotheke und in die Klinik zurückkam, sollte auch andere Kollegen in verantwortlicher Position ermutigen, ihren Mitarbeitern den Weg zur aktiven Verbandsarbeit zu ermöglichen und die Verbandsarbeit dadurch zu unterstützen.

Ab dem Jahr 2004 war ich dann zuerst als Präsident und ab 2006 noch für weitere zwei Jahre als Vizepräsident bis 2008 im Präsidium. Die Phase der Präsidentschaft hat sich innerhalb dieser fast 10 Jahre nur unwesentlich hervorgehoben, da die Zusammenarbeit im Präsidium immer sehr intensiv, teamorientiert und wenig hierarchisch verlief. Es war immer so viel Arbeit, dass nie genug Schultern da waren, um diese zu verteilen, also haben alle auch fast alles ge-



Dr. Steffen Amann, ehemaliger Präsident des Bundesverbandes Deutscher Krankenhausapotheker (ADKA) e. V.

macht. Daher lassen sich einzelne Aktionen oder Projekte nicht immer einfach abgrenzen oder auf einzelne Personen zurückführen. Projekte wie die Young-Potentials-/High-Potentials-Programme, die ADKA-Zukunftspapier(e), die ADKA Arzneimittel-Info-Datenbank, die zertifizierte Fortbildung Klinische Pharmazie, die erst kürzlich fertiggestellte RiLiBAK (so der Arbeitstitel in Anlehnung an die RiLiBÄK, die zu nachhaltigen Veränderungen in den Kliniken führte) und vieles mehr sind in dieser Zeit im Präsidium entstanden, ohne dass man sagen könnte, das war die Idee oder die Leistung eines Einzelnen. Manches hat die Zeit auch nicht überstanden, zum Beispiel der Versuch, ein Pool-Sponsoring zur finanziellen Förderung der Teilnahme an internationalen Kongressen einzuführen. Mittels des Pool-Sponsorings sollten Industriemittel gewonnen und durch die ADKA zur Verfügung gestellt werden, ohne dass die pharmazeutischen Hersteller direkt Einfluss auf die Kollegen ausüben. Außerdem wurde angestrebt, dass die Genehmigung eines solchen Sponsorings durch die Verwaltung der Kliniken unproblematischer ablaufen sollte. Leider ist dieses Projekt über eine Probephase zum EAHP- und ASHP-Kongress nicht hinausgewachsen.

Was empfanden Sie bei Ihrem Amtsantritt persönlich als die größte standespolitische Herausforderung für unsere Berufsgruppe Krankenhausapotheker?

Amann: Zwar war die Veröffentlichung des Berichts „To Err Is Human“, mit der das amerikanische Gesundheits-

Dr. Steffen Amann, Krankenhausapotheke des Klinikums Schwabing, Kölner Platz 1, 80804 München, E-Mail: steffen.amann@klinikum-muenchen.de; Prof. Dr. Egid Strehl, Direktor der Apotheke des Universitätsklinikums Freiburg, Hugstetter Straße 55, 79106 Freiburg

system kritisch durchleuchtet wurde, damals schon länger als vier Jahre publiziert, aber zu der Zeit meines Amtsantritts begann das Thema immer stärker auch in deutschen Köpfen Raum zu gewinnen. Irene Krämer hatte kurz zuvor den berühmten Ausspruch getan: „Ein Krankenhaus ohne Krankenhausapotheker ist kein richtiges Krankenhaus.“ Als strukturelle Voraussetzung für die Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit in den deutschen Krankenhäusern waren und sind Krankenhausapotheken unverzichtbar, und so standen der Erhalt der Krankenhausapotheken, die heilberufliche Ausrichtung der Krankenhausapotheker auf fachliche Themen (z. B. Arzneimitteltherapiesicherheit) und Festlegung von Standards zur Qualitätssicherung damals im Fokus meiner Bemühungen.

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?

Amann: Eine unverklärte Antwort finden Sie in meinem Editorial, das in der Juni-Ausgabe 2004 der *Krankenhauspharmazie* nachzulesen ist. Zu nennen sind hier sicherlich die Sicherstellung der Arzneimittelversorgung der Patienten von der Anamnese bis zur Entlassung, die Einrichtung eines Systems zur Dokumentation von Medikationsfehlern und Beinahe-Zwischenfällen auf der ADKA-Homepage, die Gestaltung elektronischer Ordnungsprogramme, der sogenannten computerized physician order entry systems [CPOES], die Dokumentation und das Management von Arzneimittelanfragen mittels der ADKA Arzneimittel-Info-Datenbank sowie die Motivation der Kollegen, ihre gewonnenen Erkenntnisse und innovativen Projekte in der *Krankenhauspharmazie* zu veröffentlichen.

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?

Amann: Letztlich kann ich auf beide Fragen die RiliBAK bzw. offiziell die „Empfehlungen der Bundesapothekerkammer zur Qualitätssicherung – Versorgung der Krankenhauspatienten durch Apotheken“ nennen, die auf unsere Initiative in Zusammenarbeit von ADKA, Bundesapothekerkammer und Bundesverband klinik- und heimversorgender Apotheker e.V. (BVKA) entstanden und erst kürzlich abgeschlossen und im November 2010 veröffentlicht worden ist. Als weiteres Projekt, das die Zeit überlebt hat und sich auch noch weiterentwickelt, ist die

zertifizierte Fortbildung zu nennen. Erst kürzlich wurde ich gebeten, auf dem Europäischen Kongress der Krankenhausapotheker zu diesem Thema vorzutragen und dieses auf Freiwilligkeit basierende Erfolgsmodell vorzustellen. Die deutschlandweite Möglichkeit, ohne großen Zusatzaufwand Arzneimittelinformation und Beratungstätigkeit der Krankenhausapotheker zu dokumentieren, ist seit 2003 mit der ADKA Arzneimittel-Info-Datenbank realisiert. Auch dieses ADKA-Produkt wird inzwischen im europäischen Ausland nachgefragt und übernommen. Das Projekt unterstützt aber nicht nur die Weiterentwicklung der Krankenhauspharmazie – neuerdings auch durch den Informationstransfer unter den Nutzern mittels der Sharing-Ebene –, sondern hat weitere erfolgreiche Projekte auf den Weg gebracht, zum Beispiel den Kongress für Arzneimittelinformation, mit dem die ADKA öffentlichkeitswirksam dieses wichtige Thema auch wissenschaftlich propagiert. Es gab aber auch banale „housekeeping“-Tätigkeiten, die vor allem darin bestanden, Strukturen in den Verbandsregularien schriftlich niederzulegen oder durch interne Reformen die Verbandsarbeit zu rationalisieren. So war es unter meiner Ägide als Schatzmeister gelungen, die Landesverbandsvermögen zu einem gemeinsamen ADKA-Vermögen zusammenzuführen.

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?

Amann: Derartiges kennt jeder aus der täglichen Arbeit, und da gibt es nur eine Art zu reagieren: Herausforderungen sind anzunehmen, das ist keine Frage des Willens.

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?

Amann: Die Professionalisierung nimmt insgesamt zu. Das ist gerade bei den Pflegekräften beeindruckend. Umgekehrt sehen wir einen kommenden Engpass bei ärztlichen Kollegen in den Kliniken. Auch wenn Krankenhausapotheker keine unerschöpfliche Ressource darstellen, ist das zumindest eine Option, uns dort als Unterstützer ärztlicher Prozesse zukünftig noch mehr zu etablieren. Es gibt aber nie nur eine Marschrichtung, und wir dürfen niemanden vernachlässigen; ein Netzwerk ist nur gut in Form, wenn es mehrere Anknüpfungs- und Verankerungspunkte hat.

Was werden für Sie die wesentlichen beruflichen Qualitäten und Aufgabenfelder des Krankenhausapothekers 2020 sein? Wird es dann nach Ihrer Vermu-

tung mehr oder sogar weniger Klinikapotheker pro 100 Betten geben? Wer wird uns dann möglicherweise unseren Job, also unsere Daseinsberechtigung, am schärfsten streitig machen?

Amann: Nun sind nach Nils Bohr Vorhersagen bekanntlich schwierig, insbesondere jene über die Zukunft. Ich will daher meine Voraussicht mehr als eine Hoffnung formulieren, als eine Vision, die wir gemeinsam anstreben sollten. Der allgemeine Trend, automatisierbare Prozesse technisch zu unterstützen, sollte auch im Gesundheitswesen und in den Krankenhausapotheken personelle Ressourcen freisetzen. Wenn ich mir überlege, wie viele hochqualifizierte und motivierte PTA wir täglich in unseren Zytostatika- und Herstellungsabteilungen „wegsperrten“, sehe ich eine technische Unterstützung und Teilautomatisierung der manuellen Prozesse als Möglichkeit, die patientenindividuelle Arzneimittelherstellung in den Krankenhausapotheken zeitlich zu optimieren. Dadurch können apothekenintern mehr Prozesse auf PTA übertragen und somit mehr Krankenhausapotheker für klinisch-pharmazeutische Tätigkeiten auf Station arbeiten. Apotheker müssen stärker in die Entscheidungsprozesse der Arzneimitteltherapie einbezogen werden, statt im Nachgang getroffene Entscheidungen über Sonderanforderungen neu aufzurollen. Das muss, soweit möglich, im Bereich der Arzneimitteltherapie durch CPOES technisch unterstützt werden, damit mechanische Prozesse automatisiert werden. Nur so können die notwendigen Ressourcen freigesetzt werden, um patientenindividuelle Fragestellungen bei komplexer Medikation, kritischen Organfunktionen oder seltenen Erkrankungen nachhaltig pharmazeutisch begleiten zu können oder individuelle Entlassberatung bei kritischen Therapien als Standard einzuführen.

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?

Amann: Die Begriffe sind aber auch kein Widerspruch und haben eine große Schnittmenge. In dieser Schnittmenge bietet sich oft die Möglichkeit, das Notwendige zu tun, dabei aber auch im Fokus zu behalten, welchen klinischen Input wir damit liefern. Unsere Stärke liegt in der Vielseitigkeit. Um ausgewogen zu sein, muss immer das schwächste Glied einer Kette gestärkt werden; dieses muss jeder selbst finden. Ein Grundsatz kann aber sein, alles, was den Patienten direkt erreicht, stärker zu fördern und so die Wahrnehmung der Krankenhausapotheke im klinischen Alltag zu verbessern.

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?

Amann: Wir sind in Deutschland nicht schlecht und haben einige Leuchttürme, die weit über unsere Grenzen strahlen. Unsere Achillesferse ist die Tatsache, dass die Krankenhausapotheke nur in einem Viertel der Krankenhäuser realisiert ist, hier müssen wir Erfahrungen importieren und in Europa lernen, dass die Krankenhausapotheke als Institution und die klinische Pharmazie als Funktion in jedem richtigen Krankenhaus vorhanden sein müssen. Zu den Exportschlägern, zum Beispiel die ADKA Arzneimittel-Info-Datenbank und die zertifizierte Fortbildung, habe ich mich vorher bereits geäußert.

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?

Amann: Im Jahr 2036 werden relevante Prozesse im Bereich der Arzneimitteltherapiesicherheit in den Krankenhäusern etabliert sein, es wird elektronische Verordnungssysteme mit Expertensystem geben, Apotheker werden individuelle Fragen zur Arzneimitteltherapie, die nicht systematisch abgedeckt werden können, beantworten und verstärkt Ärzte und Patienten beraten. Zudem werden Krankenhausapotheker in zentralen Zubereitungseinheiten für die qualitative Herstellung von patientenindividuellen Arzneimitteln sorgen. Krankenhausapotheker werden sich an der frühen Nutzenbewertung von Arzneimitteln beteiligen und sich um eine ethische und rationale Arzneimitteltherapie kümmern. Am Einkauf sparen ist rühmlich, aber nicht immer zielführend. Nachhaltig kann nur dann gespart werden, wenn Krankenhausapotheker bei der Entscheidung zum Einsatz von Arzneimitteln einbezogen werden und mitentscheiden können. Dies wird insbesondere für den Einsatz von Antiinfektiva zutreffen. Unnötig oder gar falsch eingesetzte Arzneimittel, die somit keine oder gar eine schädigende Wirkung haben, machen den größten ökonomischen Schaden in der Arzneimitteltherapie aus. Hier werden Krankenhausapotheker zukünftig, zum Beispiel im Rahmen des Antibiotic Stewardship, den größten Nutzen erbringen.

Herr Dr. Amann, wir danken Ihnen sehr für Ihre Ausführungen!