



Apotheken, Gesundheitsförderung und Gesundheitswissenschaften/Public Health.

Ergebnisse und Dokumentation der Veranstaltung vom Mai 2009 sowie Ergebnisse einer Befragung von Gesundheitswissenschaftlern.

LIGA.Fokus 7

Impressum

Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit
des Landes Nordrhein-Westfalen
(LIGA.NRW)
Ulenbergstraße 127 – 131
40225 Düsseldorf
Telefon 0211 3101-0
Telefax 0211 3101-1189
www.liga.nrw.de
poststelle@liga.nrw.de

Redaktion und Bearbeitung

LIGA.NRW

Namensbeiträge geben die Meinung der
Verfasser wieder. Sie entsprechen
nicht unbedingt der Auffassung des
Herausgebers.

Layout und Verlag

LIGA.NRW

Das LIGA.NRW ist eine Einrichtung des
Landes Nordrhein-Westfalen und gehört
zum Geschäftsbereich des Ministeriums
für Arbeit, Gesundheit und Soziales.

Nachdruck und Vervielfältigung, auch
auszugsweise, nur mit Genehmigung
des LIGA.NRW.

Düsseldorf, Mai 2010

ISBN 978-3-88139-163-4

Apotheken, Gesundheitsförderung und Gesundheitswissenschaften / Public Health

Ergebnisse und Dokumentation einer Veranstaltung der Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen (afög) und des Landesinstituts für Gesundheit und Arbeit Nordrhein-Westfalen (LIGA.NRW) sowie Ergebnisse einer Befragung von Gesundheitswissenschaftlerinnen und Gesundheitswissenschaftlern

Vorwort

Prävention und Gesundheitsförderung haben für die nordrhein-westfälische Landesregierung einen hohen Stellenwert. Sie sind eine Investition in die Gesundheit der Bevölkerung und in die Lebensqualität der Menschen.

Apotheken tragen durch eine patientenorientierte Arzneimittelversorgung wesentlich zur Stärkung der Gesundheit bei. Dies konkretisiert sich vor allem in einer vertraulichen Information und Beratung. Dadurch hat das Apothekenpersonal engen Kontakt mit den Patienten und beste Voraussetzungen für eine direkte Ansprache der Kunden zu Themen der Prävention und Gesundheitsförderung.

Mit der vorliegenden Dokumentation der Tagung zum Thema Apotheken und Gesundheitsförderung vom Mai 2009 möchten wir allen Interessierten dieses Thema näher bringen und zur Intensivierung und fachlichen Fundierung der Diskussion anregen. Ich würde mich freuen, wenn es in Zukunft gelänge, die verstärkte Zuwendung der Apotheken zur Prävention und Gesundheitsförderung mit Forschungsprojekten der Gesundheitswissenschaften zu begleiten, um diese Leistung zukunftsfest zu machen.

Ich danke dem LIGA.NRW für die Erstellung der Dokumentation und allen Expertinnen und Experten, die Ihr Fachwissen und Ihre Erfahrungen auf der Veranstaltung eingebracht haben.

Karl-Josef Laumann
Minister für Arbeit, Gesundheit und Soziales
des Landes Nordrhein-Westfalen

Inhalt

TEIL I	7
Einleitung.....	7
Ausgangslage	9
Veranstaltung „Apotheken, Gesundheitsförderung und Gesundheitswissenschaften/Public Health“ am 26. und 27. Mai in Düsseldorf - Themen	13
Gesundheitswissenschaften und Apotheken: Ergebnisse einer Befragung von elf universitären Gesundheitswissenschaftlerinnen und Gesundheitswissenschaftlern.....	16
Zusammenfassung und Fazit.....	25
TEIL II	34
Dokumentation der Veranstaltung	34
Entwicklung der Gesundheitswissenschaften und aktuelle Herausforderungen der Gesundheitsförderung.....	34
Gesundheitsförderung und Public Health: Stichworte für die Zukunft der Apotheke.....	45
Klinische Pharmazie: Zukunftsressource für den Weg zur „richtigen Medizin“	71
Community Pharmacies, Health Promotion and Public Health in England.....	78
Sind Apotheken für die Gesundheitswissenschaften interessant, und unter welchen Voraussetzungen würden die Krankenkassen Projekte finanzieren?.....	97
Einbindung und Weiterbildung der Apotheker in Prävention und Gesundheitsförderung	110
Apotheke, Gesundheitsförderung, Public Health: Mögliche Schritte auf dem Weg dorthin	115
Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten als besondere Herausforderung und Chance für ÖGD und Apotheken – Der „Regionale Knoten Nordrhein-Westfalen“ als Angebot zur Vernetzung	132
„Apotheken, Gesundheitsförderung und Gesundheitswissenschaften/Public Health“ aus Sicht des nordrhein-westfälischen Gesundheitsministeriums.....	144
Apotheken, Gesundheitsförderung und Gesundheitswissenschaften/Public Health.....	153
Dokumentation der Poster	153

TEIL I

Einleitung

Apotheken sind Teil des öffentlichen Gesundheitswesens und verantwortlich für die ordnungsgemäße Arzneimittelversorgung der Bevölkerung. Information und Beratung sind zentrale Aufgaben des pharmazeutischen Personals in Apotheken, um dieser Verantwortung gerecht zu werden. Information und Beratung sind aber nur erfolgreich, wenn sie die soziale, kulturelle, gesundheitliche und auch psychologische Situation des Patienten berücksichtigen, die Lebenswelten der Patienten einbeziehen sowie Handlungsmöglichkeiten für den Patienten aufzeigen, die er in seiner Situation umsetzen will und umsetzen kann. Information und Beratung kann von daher nur gelingen, wenn sie an den Bedürfnissen und Fähigkeiten der Menschen ansetzen. Zur ordnungsgemäßen Arzneimittelversorgung der Bevölkerung gehört zudem eine Orientierung am Arzneimittelbedarf, womit im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung eine nach dem Stand von Wissenschaft und Technik ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Arzneimittelversorgung gemeint ist, die das Notwendige nicht überschreitet. Im Rahmen der Selbstmedikation sind für den Heilberufler Apotheker die Berufsordnungen sowie Aspekte des Verbraucherschutzes maßgeblich.

Was hat dies alles mit Gesundheitsförderung, Gesundheitswissenschaften und Public Health zu tun?

Seit Verabschiedung der Charta der Weltgesundheitsorganisation zur Gesundheitsförderung im Jahre 1986 in der kanadischen Stadt Ottawa hat der Ausgangspunkt für eine Neuorientierung im Gesundheitswesen einen Namen: Ottawa-Charta. Die wesentlichen Komponenten dieses Konzeptes der Gesundheitsförderung sind vor allem:

- Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen des Einzelnen
- Befähigung zum selbstbestimmten Handeln
- Einsatz für gesundheitsfördernde Lebenswelten
- Engagement
 - ◆ zur Durchführung gesundheitsfördernder Gemeinschaftsaktionen
 - ◆ zur Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtstrategie und
 - ◆ zur Neuorientierung der Gesundheitsdienste.

Diese Ziele verlangen ein Hinterfragen des tradierten, auf kurative Medizin fixierten Lösungsansatzes von Problemen der Gesundheit der Bevölkerung und stellen die Orientierung am Patienten und seiner Umwelt in den Mittelpunkt der Betrachtung. Gesundheitsförderung ist ein Konzept, das jedem Menschen – sei er krank oder gesund – hilft, die Ressourcen für mehr Gesundheit in sich zu entdecken und zu nutzen und damit ein höheres Maß an Lebensqualität zu erreichen. Es zeigt Wege auf, Verhältnisse zu analysieren und zu verändern, um der Entwicklung von Gesundheit mehr Raum zu geben. Eine solche Sichtweise verändert Präventionsmaßnahmen, ermöglicht aber auch einen neuen Blick auf Information und Beratung im Rahmen der Arzneimitteltherapie.

Gesundheitsförderung setzt nicht nur bei Gesunden an, sondern geht auch davon aus, dass Kranke ihre Ressourcen – ein klassischer Begriff der Gesundheitsförderung – zur Gesundung einsetzen können. Jeder noch so gesunde Mensch ist sterblich und vielleicht im Sinne der Frage, ob er ausreichend diagnostiziert wurde, auch krank. Und jeder, der noch einen Hauch von Leben in sich hat, besitzt die Ressourcen, sich am Leben zu erhalten. Deswegen plädiert Aaron Antonovsky (1923 – 1994), Begründer des Konzepts der Salutogenese, dafür, Sterbefälle nicht nur adrett, sauber, ordentlich und mit Mitleid zu versorgen, sondern so, als sei die Behandlung

Teil eines Rehabilitationsprogramms. Das wirke sich einerseits positiv auf die Pflegekräfte aus, andererseits erleichtere es dem Kranken, seine noch vorhandenen Reserven zur Verbesserung seiner Lebensqualität zu nutzen und damit die Situation etwas besser zu ertragen (Antonovsky 1997, 22).

Mit der Ottawa-Charta liegt ein zukunftsweisendes Konzept vor, das bereits in vielen Bereichen des Gesundheitswesens, der Gesundheitswissenschaften und der Gesundheitspolitik aufgegriffen und in Teilen verwirklicht wurde. Gerade die Gesundheitswissenschaften haben in Deutschland aufgrund ihrer besonderen historischen Tradition maßgeblich in der (Wieder-)Aufbauphase von diesem Konzept profitiert.

Ob und in welchem Ausmaß im Apothekenwesen Aspekte der Gesundheitsförderung bereits umgesetzt werden und welche Potenziale für die Gesundheit der Bevölkerung in der Umsetzung des Konzeptes der Gesundheitsförderung durch Apotheken zu finden sind, darüber liegen in der Bundesrepublik bislang noch kaum Erkenntnisse vor. Die bislang einzige Übersichtspublikation zu diesem Thema resultierte aus einem Projekt der Europäischen Kommission aus dem Jahr 2001¹, wobei dort in erster Linie Pharmaceutical Care-Projekte beschrieben wurden. Pharmaceutical Care oder Pharmazeutische Betreuung beinhaltet zwar einzelne Aspekte aus dem Gesamtkonzept Gesundheitsförderung, bislang sind aber wesentliche Aspekte der Gesundheitsförderung wenig berücksichtigt worden. Die interdisziplinäre universitäre Forschung, die Zusammenarbeit von unterschiedlichen Experten in Projekten zur Gesundheitsförderung in Settings oder der Nutzen einer Zusammenarbeit in Public Health-Netzwerken waren nicht Gegenstand der Untersuchungen. Mit dem Aufbau lokaler Strukturen, wie z.B. den Kommunalen Gesundheitskonferenzen, dem Gesunde Städte-Netzwerk oder dem Netzwerk Soziale Stadt, in denen Gesundheitsförderung eine wichtige Rolle spielt, stehen Netzwerke zur Verfügung, die von der Mitarbeit von niedrigschwelligen und flächendeckend zur Verfügung stehenden Einrichtungen des Gesundheitswesens, wie es die Apotheken sind, profitieren können. Es gibt aber keine Erkenntnisse darüber, in welchem Ausmaß Apotheken beteiligt sind, welche Funktionen sie in diesem Zusammenhang übernehmen und welche Hürden für eine verbesserte Verankerung der Apotheken in diesen Public Health-Netzwerken zu überwinden sind.

Dies war der Anlass zur Durchführung einer Tagung am 26. und 27. Mai 2009 in Düsseldorf und deren Dokumentation, die hiermit vorliegt. Bereits im Vorfeld war über die Ziele der Veranstaltung in der pharmazeutischen Fachpresse berichtet worden². Mit ca. fünfzig Teilnehmern, davon 12 Amtsapothekerinnen und Amtsapothekern, entsprach die Zahl der Teilnehmer der Erwartung von LIGA.NRW und der Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen (afög), mit der diese Veranstaltung durchgeführt wurde.

1 Health Promotion in Community Pharmacy: Experiences and Perspectives in Germany: European Commission: Health Promotion in Primary Health Care: General Practice and Community Pharmacy. A European Project. <http://www.univie.ac.at/phc/pics/docs/doc86.pdf>.

2 Pharm. Ztg. 154 (2009): 373; Dt. Apoth. Ztg. 149 (2009), 613-614.

In der Veranstaltung sollten vor allem die drei folgenden Aspekte des Konzeptes Gesundheitsförderung mit den eingeladenen Experten diskutiert werden:

- Wie kann die Gesundheitsförderung verstärkt im Apothekenalltag verankert werden?
- Welche Möglichkeiten gibt es, wissenschaftliche Versorgungsforschung und Forschung zur Gesundheitsförderung im Forschungsfeld Apotheke zu verankern?
- Wie kann die Zusammenarbeit in Public Health-Netzwerken verbessert werden?

Im Rahmen einer Postersession wurde am 2. Tag der Veranstaltung anhand von Praxisbeispielen dargestellt, wie bereits heute die Themen Gesundheitsförderung und Zusammenarbeit in Public Health-Netzwerken sowie Themen mit Beteiligung von gesundheitswissenschaftlichen Einrichtungen bearbeitet werden.

Im Rahmen dieser Veranstaltung sollten in erster Linie Experten eingeladen werden, die ausreichend Kenntnisse über das Apothekenwesen hatten. Gesundheitswissenschaftler aus dem Bereich Gesundheitsförderung waren nicht dabei, da von diesen bislang noch keiner zum Thema Apotheken geforscht und publiziert hat. Es ist allerdings notwendig, auch diese Experten einzubeziehen, um die Voraussetzungen zu schaffen, in Zukunft die Einbindung der Apotheken in Konzepte zur Gesundheitsförderung wissenschaftlich zu begleiten. Um hier einen ersten Schritt zu gehen, wurden im Anschluss an die Tagung Gesundheitswissenschaftler der Gesundheitsförderung befragt. Die Ergebnisse dieser Befragung werden hiermit ebenfalls publiziert.

Ausgangslage

Apotheken, Information und Beratung und Gesundheitswissenschaften

Mitte der achtziger Jahre des vergangenen Jahrhunderts begannen Bund, Länder und Universitäten mit dem Aufbau gesundheitswissenschaftlicher Einrichtungen für Forschung und Lehre. Damit knüpften sie an die verschüttete Tradition der Sozialhygiene der zwanziger Jahre an und bemühten sich um Anschluss an die internationale Public Health-Forschung und -Lehre, die bis zu diesem Zeitpunkt in der Bundesrepublik Deutschland kaum existierte. Inzwischen gibt es ein Netz unterschiedlicher Institute und einer Fakultät für Gesundheitswissenschaften, die verschiedene Schwerpunkte in medizinischen, sozialwissenschaftlichen oder ökonomischen Forschungsbereichen setzen.

Apotheken als zentrale Stelle der Arzneimittelversorgung der Bevölkerung stehen bislang unzureichend im Fokus gesundheitswissenschaftlicher Betrachtungen. Apotheken haben aber aus Sicht der Sozialpharmazie eine wichtige Funktion für die Arzneimittelsicherheit, die sie vor allem durch Information und Beratung der Patienten wahrzunehmen haben (§ 20 ApBetrO).

Nachdem die Bedeutung der Apotheken als Ort der Herstellung und Prüfung von Arzneimitteln in den letzten Jahrzehnten stetig abgenommen hat, stellt sich die Frage, ob Information und Beratung im gleichen Ausmaß an Bedeutung gewonnen haben, um die Arzneimittelversorgung auch weiterhin als öffentlichen Auftrag – mit besonderen Rechten und Pflichten – den Apotheken zu übertragen. Diese Frage wird zwar politisch fast einheitlich bejaht, wie die Auseinandersetzung um das bestehende Fremdbesitzverbot in den Jahren vor der Entscheidung des Europäischen Gerichtshofes (EuGH) am 19. Mai 2009 deutlich machte. Dennoch fehlen derzeit gesundheitswissenschaftliche Analysen über den Umfang von Information und Beratung durch Apotheken sowie deren Bedeutung für die Gesundheit der Bevölkerung. Apotheken und ihr Aufgabengebiet sind derzeit offensichtlich für die gesundheitswissenschaftliche Forschung noch wenig interessant.

Es ist an der Zeit, dass sich Gesundheitswissenschaften diesem Versorgungsbereich annehmen, um auch der Gesundheitspolitik belastbare Fakten an die Hand zu geben, auf deren Grundlage die Gesetzgebung im Bereich der Arzneimittelversorgung und des Apothekenwesens weiterentwickelt werden kann. Es ist auch deswegen an der Zeit, weil inzwischen die Gesundheitswissenschaften in der Lage sind, mit unterschiedlichen Methoden und Herangehensweisen einzelne Versorgungsbereiche zu analysieren und Interventionsmaßnahmen zu evaluieren. Dass von dieser Entwicklung das Wissen über die Funktion und Bedeutung von Apotheken bislang nicht profitierte, war einer der Anlässe zur Initiative „Apotheke, Gesundheitsförderung und Gesundheitswissenschaften / Public Health“ im Bereich Sozialpharmazie des LIGA.NRW.

In vielen Ländern sind seit den sechziger und siebziger Jahren die Ausbildungsgänge für Apothekerinnen und Apotheker um das Fach Sozialpharmazie ergänzt worden. Die universitäre Anbindung der Sozialpharmazie erfolgte in der Bundesrepublik nicht. Da in diesem Fach auf internationaler Ebene inzwischen viele Untersuchungen über Information und Beratung, pharmazeutische Betreuung und andere Leistungen der Apotheker mit durchaus unterschiedlichen Ergebnissen vorgelegt wurden, stellt sich schon die Frage, wieso die Bundesrepublik auf ein solches Fach verzichtet und welche Gründe dafür zu finden sind.

Apotheken, Prävention und Gesundheitsförderung

Ein weiterer Beweggrund für die Initiative lag in den bislang noch nicht ausreichend genutzten Potenzialen von Prävention und Gesundheitsförderung, auf die der Sachverständigenrat für das Gesundheitswesen in verschiedenen Gutachten hingewiesen hat. Hier handelt es sich zwar um ein zentrales Thema der Gesundheitswissenschaften, der Aufbau von dafür notwendigen Strukturen im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung ist in der Bundesrepublik bislang aber noch nicht in dem Ausmaße erfolgt, wie es in anderen entwickelten Ländern üblich ist. Es fehlt an Strategien, die die unterschiedlichen Akteure des Gesundheitswesens einbeziehen, sie auf gemeinsame Ziele verpflichten, miteinander kompatible Methoden entwickeln und einsetzen sowie die Akteure auf die Evaluation ihrer Aktivitäten verpflichten. Das inzwischen zweimal gescheiterte Präventionsgesetz zeigt, dass zwar die Notwendigkeit von Prävention und Gesundheitsförderung in den Spitzen der Politik Anerkennung gefunden hat, dass das Thema aber noch nicht die Bedeutung hat, um die noch bestehenden Hindernisse überwinden zu können.

Für die Heilberufler – hier für die Apothekerinnen und Apotheker – hat das Thema Prävention und Gesundheitsförderung bislang ebenfalls noch nicht den Stellenwert, den es verdient. Die naturwissenschaftliche Ausbildung und das hauptsächlich auf das Arzneimittel als therapeutisches Hilfsmittel fixierte Berufsfeld der Apothekerinnen und Apotheker müssen ergänzt werden, um die Potenziale der Apotheken im Bereich von Prävention und Gesundheitsförderung besser nutzen zu können. Denn hier geht es nicht nur um Arzneimittel, hier geht es um kommunikative Fähigkeiten, um Partnerschaft zwischen Professionellen und Laien, um didaktisches Wissen und Handeln, um Erkennen von unterschiedlichen Bedürfnissen, um Partizipation, um das Beobachten von Chancen und Risiken in den Lebenswelten der Menschen und um interdisziplinäre Zusammenarbeit usw. Die Gesundheitsförderung stellt hier ein ganzes Bündel von Aktionsmöglichkeiten zur Verfügung. Sie sind allerdings bisher erst von einzelnen Apothekerinnen und Apothekern in Teilen aufgegriffen worden, Gesundheitsförderung als Gesamtkonzept lässt sich im Bereich Apotheken noch nicht erkennen.

Ganz anders sieht es in kommunalen Public Health-Netzwerken aus. Dort spielt Gesundheitsförderung eine zentrale Rolle. Sie ist interdisziplinär angelegt, bedient sich der Gesundheitsberichterstattung und Gesundheitsplanung, der Aufklärung und Unterstützung einzelner Bedürf-

tiger und von Bevölkerungsgruppen, entwickelt Strategien zur Verbesserung der Lebenswelten der Menschen (Settings) und versucht in allen Politikbereichen das Thema Gesundheit zu verankern. Naturwissenschaftliche Methodiken sind einer solchen Arbeit meist fremd. Insofern ist es nicht verwunderlich, wenn sich Apotheker in kommunalen und überregionalen Netzwerken oftmals nicht ausreichend einbringen können und wahrgenommen fühlen. Apothekerinnen und Apotheker können allerdings durch unterschiedliche Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten und durch die konkrete Mitarbeit in den Netzwerken Know How und Erfahrung sammeln, um bei den Kernthemen rund um Prävention, Gesundheitsförderung und Public Health mitzuarbeiten. Das Verständnis von dem, was andere Heilberufe denken und was Sozialwissenschaftler, Sozialpädagogen und Gesundheitspolitiker bewegt, kann in der breiten Apothekerschaft noch ausgebaut werden, um eine Zusammenarbeit in solchen Netzwerken zu einem größeren Erfolg zu verhelfen.

Betrachtet man die Apotheke, so hat sie über die Arzneimittelversorgung hinaus das Potenzial, ein wichtiger Knoten für Public Health-Netzwerke sowie für Netzwerke von Prävention und Gesundheitsförderung zu sein. Dafür sprechen u.a.

- die ortsnahe Präsenz der Apotheke
- die Verankerung im Quartier
- gut ausgebildetes Personal
- hohes Vertrauen in der Bevölkerung
- das niederschwellige Angebot im Gesundheitswesen
- Millionen Kundenkontakte face to face täglich
- der Kontakt zu allen Bevölkerungsschichten und
- die Verankerung im öffentlichen Gesundheitswesen durch Sozialgesetzgebung, Apotheken- und Arzneimittelgesetzgebung sowie durch Heilberufsgesetze.

Dieses Potenzial und die Umsetzungschancen für Prävention und Gesundheitsförderung gilt es auszuloten. In anderen entwickelten Ländern mit einer längeren sozialpharmazeutischen und Public Health-Tradition zeigt sich bereits heute, dass unter den dortigen Bedingungen ermutigende Erfolge zu verzeichnen sind.

Information und Beratung

Information und Beratung im umfassenden Sinn sind die zentralen Aufgaben für Apotheken im Konzept der Gesundheitsförderung. Mit dieser pharmazeutischen Leistung können sie zeigen, warum und wie mit Hilfe von Apotheken die Gesundheit des Einzelnen und der Bevölkerung als Ganzes gesteigert sowie die Rahmenbedingungen für Gesundheit in unseren Lebenswelten verbessert werden können.

Mit dem Instrumentarium der Versorgungsforschung können Untersuchungsergebnisse zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität von Information und Beratung durch Apotheken erarbeitet werden. Und zwar in zweierlei Richtung:

1. in Richtung der Gesundheitsförderung als klassischem Gebiet interdisziplinärer und vernetzter Zusammenarbeit in Public Health-Netzwerken,
2. in Richtung erfolgreicher individueller Arzneimitteltherapie als originärem pharmazeutischen Arbeitsgebiet der Apotheken, in dem nachzuweisen ist, mit welchen Verfahren die bestmöglichen Ergebnisse erzielt werden; die Gesundheit des Patienten steht dabei im Mittelpunkt.

Sozialpharmazie

Die im Fachbereich Arzneimittel des LIGA.NRW angesiedelte Sozialpharmazie greift die von der Landesregierung verfolgte Strategie auf, durch Prävention und Gesundheitsförderung die Gesundheit des Einzelnen zu stärken sowie die Krankheitslasten insgesamt zu begrenzen. Dabei steht für die Sozialpharmazie nicht das sachliche Produkt Arzneimittel im Zentrum der Betrachtung, sondern der Umgang mit und die Anwendung von Arzneimitteln sowie die Apotheke als Ort der Arzneimittelversorgung, der Prävention und der Gesundheitsförderung.

Zwei Besonderheiten in Nordrhein-Westfalen haben es ermöglicht, dass der Öffentliche Gesundheitsdienst das Thema „Apotheken, Gesundheitsförderung und Gesundheitswissenschaften/Public Health“ in dieser Form aufgreifen konnte. Zum einen ist die Sozialpharmazie im nordrhein-westfälischen Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst in § 20 strukturell verankert. Damit ist der Öffentliche Gesundheitsdienst verpflichtet, über die klassische Aufgabe der Arzneimittel- und Apothekenüberwachung hinaus die Arzneimittelversorgung und den -konsum der Bevölkerung zu analysieren, Maßnahmen gegen erkannte Risiken zu initiieren und den Arzneimittelmisbrauch zu bekämpfen.

Zum anderen ist es Aufgabe der nur in Nordrhein-Westfalen bei den Kreisen und kreisfreien Städten hauptamtlich tätigen Amtsapothekerinnen und Amtsapotheker, mit Unterstützung des LIGA.NRW sozialpharmazeutische Themen aufzugreifen und zu bearbeiten. Ihre Verankerung im Öffentlichen Gesundheitsdienst (Gesundheitsamt oder Untere Gesundheitsbehörde) bindet sie an dessen Ziele. Dazu heißt es im ÖGD-Gesetz Nordrhein-Westfalen:

„Der öffentliche Gesundheitsdienst unterstützt im Rahmen seiner Zuständigkeit nach Maßgabe dieses Gesetzes eine bedarfsgerechte, wirtschaftliche, in der Wirksamkeit und Qualität dem allgemein anerkannten Stand der gesundheitswissenschaftlichen und medizinischen Erkenntnisse entsprechende Versorgung der Bevölkerung. Hierbei berücksichtigt er auch das unterschiedliche gesundheitliche Verhalten, die unterschiedlichen Lebenslagen, die unterschiedlichen Gesundheitsrisiken und Krankheitsverläufe sowie die unterschiedliche Versorgungssituation von Frauen und Männern.“

Zu den Aufgaben des ÖGD gehört u. a.

„...der Schutz und die Förderung der Gesundheit der Bevölkerung, die Mitwirkung bei der Verhütung und Bekämpfung von Krankheiten und die Hinwirkung auf ihre angemessene gesundheitliche Versorgung; dies gilt insbesondere für sozial schwache und besonders schutzbedürftige Personen.“

Dabei wird besonderer Wert auf die Zusammenarbeit mit anderen Institutionen und Berufsgruppen des Gesundheits- und Sozialwesens gelegt.

Seit inzwischen über 10 Jahren konnten durch diese Besonderheiten in Nordrhein-Westfalen viele sozialpharmazeutische Projekte geplant und durchgeführt werden³.

Veranstaltung „Apotheken, Gesundheitsförderung und Gesundheitswissenschaften/Public Health“ am 26. und 27. Mai in Düsseldorf - Themen

Ausgangspunkt für die Initiative zur Durchführung einer Veranstaltung war die 1986 verabschiedete Charta der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zur Gesundheitsförderung in der kanadischen Stadt Ottawa („Ottawa Charta“). Weitere Konferenzen zur Gesundheitsförderung folgten in den darauffolgenden Jahren.

Der Kernsatz der Ottawa Charta: „Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen“, ist gleichsam der Leuchtturm, an dem sich die Gesundheitspolitiken der Staaten der WHO im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung orientieren (sollen). In der Bundesrepublik Deutschland folgen verschiedene Initiativen diesem Ziel, z.B. Stärkung der Patientenrechte, Aufbau von Strukturen zur Prävention und Gesundheitsförderung (z.B. im Sozialgesetzbuch SGB V), Vorbereitung eines Präventionsgesetzes, Aufbau gesundheitswissenschaftlicher Einrichtungen an Universitäten und Fachhochschulen, Verabschiedung von Öffentlichen Gesundheitsdienst-Gesetzen in den Bundesländern. Hinzu kommt die Aufforderung, bei Prävention und Gesundheitsförderung politikfelderübergreifend zu denken und zu planen, also die Verknüpfung des Gesundheitsthemas mit anderen Politikbereichen voranzutreiben. Es darf aber nicht vergessen werden, dass bislang nur ein Bruchteil der Ausgaben im gesamten Gesundheitswesen der Prävention und Gesundheitsförderung zugute kommen. Auch die in letzter Zeit verstärkt vorangetriebene Versorgungsforschung berücksichtigt bei Analyse der Wirksamkeit von Versorgungsstrukturen und -prozessen im Gesundheitswesen unter Alltagsbedingungen verstärkt die Patienten in ihren jeweiligen Lebenswelten. Im Mittelpunkt stehen die Fragen, ob die Versorgungsleistungen beim Patienten ankommen, ob die Leistungen der Anbieter, z.B. Information und Beratung, verstanden werden, ob Patienten diese Informationen umsetzen können, ob die Erfolge nachhaltig sind und dem Patienten helfen, trotz seiner Krankheit seine verbliebenen Ressourcen zur Verbesserung seiner Situation zu nutzen. Patientenorientierte Versorgung ist hier das Stichwort, das vom Sachverständigenrat Gesundheit bereits in seinem Gutachten 2003 unter der Überschrift „Nutzerorientierung und Partizipation“ eingefordert wurde.

Mit dieser Publikation leistet LIGA.NRW einen Beitrag, das Thema „Apotheken, Gesundheitsförderung und Gesundheitswissenschaften / Public Health“ voran zu treiben. LIGA.NRW dokumentiert hiermit die Veranstaltung, um allen Apothekerinnen und Apothekern wie auch Gesundheitswissenschaftlern und dem ÖGD die Möglichkeit zu geben, sich mit diesem Thema näher zu beschäftigen. Es wird gezeigt, welche positiven Initiativen und Beispiele es gibt, und welche Ansätze für eine weitere Bearbeitung des Themas bereits bestehen.

Einführend wurde das historische Fundament des Themas Gesundheitsförderung und Public Health behandelt. Frau Dr. Fehlemann vom Historischen Seminar der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf referierte über die Traditionen von Prävention und Gesundheitsförderung in der Sozialhygiene des Kaiserreiches und der Weimarer Republik. Sie zeigte auf, welche Auswirkungen der Nationalsozialismus für diese frühen Formen der Gesundheitsförderung hatte und wie die Ansätze in der Rassenhygiene untergingen. Nach dem zweiten Weltkrieg waren damit Begriff und Ansätze von „Bevölkerungsgesundheit“ für Jahrzehnte diskreditiert. Als Public Health entwickelte sich die Tradition der Sozialhygiene in anderen Ländern weiter. Versuche in der amerikanischen Besatzungszone Ende der vierziger Jahre, eine School of Public Health zu gründen, schlugen fehl. Erst Ende der achtziger Jahre gelang es, Gesundheitswissenschaften / Public Health in der Bundesrepublik neu aufzubauen.

Mit Prof. Glaeske referierte ein Apotheker und Gesundheitswissenschaftler über den derzeitigen Nutzen der Apotheken für die Arzneimittelversorgung der Bevölkerung und die Anforderungen an ein zukünftiges Apothekenwesen im Sinne von Public Health. Aus seiner Sicht als Gesundheitswissenschaftler und kritischer Begleiter des Apothekenwesens und seiner Standesorganisationen zeigte er Defizite auf, die es zu überwinden gelte, will die Apotheke in Zukunft glaubwürdiger als bisher als Einrichtung des öffentlichen Gesundheitswesens wahrgenommen werden und die bestehenden Privilegien überzeugend begründen. Dabei verwies er auch auf Zukunftsszenarien, die er als Mitglied des Sachverständigenrates im Gesundheitswesen im neuesten Gutachten 2009 entwickelt hat und die seiner Meinung nach von der Apothekerschaft zur Sicherung der Zukunft der Apotheken aufgegriffen werden sollten.

Das thematische Anliegen der Veranstaltung hatte die Zukunft der Apotheken im Blick. Deshalb war es wichtig, aus dem Blickwinkel der nachfolgenden Generation und des jüngsten Faches der Pharmazie, der Klinischen Pharmazie, einen Beitrag aufzunehmen. Oliver Schwalbe von der Klinischen Pharmazie der Universität Bonn beschrieb, wie das Fach den Anforderungen der Gesellschaft an die Pharmazie in Zeiten evidenzbasierter Medizin, Qualitätssicherung und der interdisziplinären Zusammenarbeit der Heilberufe und anderer Professionen genügen will; letztlich ist eine nachweisbare wissenschaftliche Arbeit in diesem Fach notwendig, mit deren Ergebnissen dem Berufsstand geholfen werden kann, neue Versorgungsangebote zu machen, um damit auch zum Erhalt des akademischen Status des Apothekers in der Apotheke beizutragen. In Form von 10 Thesen „Die richtige Medizin“ wurden diese bereits im Vorfeld formulierten Ziele auf der Veranstaltung konkretisiert.

Ein Blick ins Ausland gab eine Vergleichsmöglichkeit, wie andere Länder mit kontinuierlicherer Public Health-Tradition das Thema angehen. Hier bot sich Großbritannien an, da dieses Land zum einen mit seinem National Health Service (NHS) ein staatliches Gesundheitswesen hat und insofern Public Health von Seiten des Staates organisiert wird, zum anderen das Apothekenwesen – entweder in Apothekenketten oder als Einzelapotheke organisiert – mit Hilfe sozialpharmazeutischer universitärer Forschung und Lehre hinsichtlich seiner Leistungen intensiver wissenschaftlich analysiert wird als das in der Bundesrepublik der Fall ist. Praktische Beispiele verdeutlichten die Umsetzung von gelebter Gesundheitsförderung in Apotheken. Mit Alistair Murray gelang es, einen Apothekenleiter einzuladen, der Gesundheitsförderung in seiner fünfgliedrigen Apothekenkette umsetzt und die Erfahrungen durch seinen engen Kontakt mit Einrichtungen des NHS sowie mit Regierungsstellen in die Politik einbringt.

Ein wichtiger Akteur in unserem Gesundheitswesen sind die Krankenkassen. Sie können inzwischen durch vertragliche Vereinbarungen, durch Modellprojekte und durch Programme der Gesundheitsförderung mitgestalten, wie sich die Versorgung von Kranken und die Prävention bzw. Gesundheitsförderung weiter entwickeln. Deswegen war mit Dr. Frank Verheyen der Vertreter einer wissenschaftlichen Einrichtung einer Krankenkasse zu einer Analyse eingeladen worden, welche Chancen er in einer Zusammenarbeit von Apotheken und Krankenkassen im Bereich Public Health und Gesundheitsforschung sieht.

Die bundesweite Vertretung der Apothekerschaft hat wie bereits erwähnt seit einigen Jahren eine Bereichsweiterbildung entwickelt, mit der sich Apothekerinnen und Apotheker qualifizieren, in Public Health-Netzwerken besser mitzuarbeiten. Frau Dr. Schierhorn von der Bundesvereinigung deutscher Apothekerverbände (ABDA) berichtete auf der Tagung über die Weiterentwicklung der Bereichsweiterbildung.

Im zweiten Teil der Veranstaltung ging es um die Darstellung von Projekten, in die Apotheken involviert sind. Zunächst führte Herr Burkhard Pölzing in die Thematik ein und machte sich stark für eine Verbesserung von Aus-, Fort- und Weiterbildung. Dabei bezog er bewusst die Pharmazeutisch Technischen Assistenten (PTA) mit ein, die mit ca. der Hälfte aller Kundenkontakte das Erscheinungsbild der Apotheken wesentlich prägen.

Auf der Veranstaltung konnte anhand von 18 Beispielen gezeigt werden, wie das Thema Apotheken, Gesundheitsförderung und Gesundheitswissenschaften / Public Health von unterschiedlichen Seiten bearbeitet wird. In drei Blöcken zeigten die Vertreterinnen und Vertreter aus Apotheken, gesundheitswissenschaftlichen Einrichtungen oder anderen Public Health-Institutionen Beispiele in Form von Postern,

- wie Gesundheitsförderung in Apotheken nach den Vorgaben der Ottawa-Charta umgesetzt werden kann,
- wie Apotheken Teil von Public Health-Netzwerken sind und
- wie sich bereits heute die Gesundheitswissenschaften mit den Apotheken und ihrem öffentlichen Auftrag auseinandersetzen.

Zur Abrundung des Themas lenkte Manfred Dickersbach vom „Regionalen Knoten Nordrhein-Westfalen“ den Blick auf eines der wesentlichen Probleme des Gesundheitswesens: den Umgang mit den sozialen und daraus resultierenden gesundheitlichen Ungleichheiten in der Bevölkerung. Er arbeitete in seinem Beitrag heraus, dass es hier einerseits die größten gesundheitlichen Defizite gibt, dass andererseits hier aber auch die größten Potenziale liegen, die Morbiditätslage in der Bevölkerung insgesamt zu verbessern und die Lebenserwartung positiv zu beeinflussen. Zum Abschluss der Veranstaltung warf der Vertreter des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (MAGS), Ministerialrat Walter Frie, nochmals einen Blick auf das Apothekenwesen und gab einige Hinweise, was aus Sicht des Ministeriums notwendig wäre, um die Glaubwürdigkeit der Apothekerinnen und Apotheker als Heilberuf zur Versorgung von Kranken und zur Unterstützung von Gesunden zu sichern. Dabei griff er wiederum das Thema Information und Beratung auf und verwies darauf, dass diese apothekerliche Kernleistung der Schlüssel sei, die Patienten besser zu versorgen, Prävention und Gesundheitsförderung mit Hilfe der Apotheken voranzubringen und mit Unterstützung durch Gesundheitswissenschaften das Leistungsspektrum der Apotheken zukunftsfest zu machen.

Mit dieser Veranstaltung wurde der „status quo“ dargestellt. Doch es soll nicht bei einer einmaligen Aktion bleiben. Ziel ist vielmehr, das Thema auch in Zukunft weiter zu verfolgen und in der Apothekerschaft und in den Gesundheitswissenschaften/Public Health zu verankern.

Die Referate und Poster der Veranstaltung sind im Teil II zusammengefasst.

Gesundheitswissenschaften und Apotheken: Ergebnisse einer Befragung von elf universitären Gesundheitswissenschaftlerinnen und Gesundheitswissenschaftlern

Seit Mitte der achtziger Jahre können die Gesundheitswissenschaften in der Bundesrepublik auf eine erstaunliche Entwicklung zurückblicken. Aus nur schwachen Wurzeln bundesrepublikanischer Public Health-Tradition konnte inzwischen ein recht umfassendes Angebot an Forschung und Lehre etabliert werden. Damit wurden auch die unterschiedlichsten Versorgungsangebote und –einrichtungen des Gesundheitswesens einer Forschung unterzogen. Da einige gesundheitswissenschaftliche Einrichtungen sozialmedizinische Traditionen aufgriffen, ist die Medizin im relativ neuen Forschungsfeld Gesundheitswissenschaften stark verankert.

Die Pharmazie und im Besonderen die Apotheken können in der Bundesrepublik auf keine vergleichbare sozialpharmazeutische Tradition zurückblicken, wie sie bspw. in den angelsächsischen und nordeuropäischen Ländern anzutreffen ist. Dort stehen an vielen Hochschulen Lehr- und Forschungsressourcen im Bereich Social Pharmacy oder Social and Administrative Pharmacy zur Verfügung. Eine gründliche Ursachenforschung steht bis heute aus, und es wäre durchaus interessant zu analysieren, warum Sozialpharmazie als Universitätsfach hierzulande nicht Fuß fassen konnte.

Trotz fehlender universitärer Sozialpharmazie ist es verwunderlich, warum sich bisher Gesundheitswissenschaftler kaum mit der Arzneimittelversorgung durch Apotheken auseinandergesetzt haben. Immerhin werden über Apotheken alle verordneten Arzneimittel an die Patienten abgegeben, wobei der Arzneimittelanteil an den Gesamtausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung inzwischen nach der stationären Versorgung den zweiten Platz belegt. Und schon seit vielen Jahren bis Jahrzehnten ist bekannt, dass Arzneimittel nur maximal von der Hälfte der Patienten therapiegerecht eingesetzt werden. Viele Patienten nutzen Arzneimittel nicht so, wie es in der Vorstellung der Ärzte und Apotheker für den Patienten richtig und notwendig ist. Diese mangelnde „Compliance“ bedeutet letztlich eine nicht hinnehmbare Ressourcenverschwendung, und es verwundert, warum die Gesundheitswissenschaften dieses Thema bislang auf der Ebene der Apotheken nicht untersucht haben. Die Apothekerschaft selbst bemüht sich seit vielen Jahren um den Nachweis ihrer Leistungsfähigkeit. Mit Hilfe pharmazeutischer Betreuung soll die Versorgung der Bevölkerung verbessert werden. Diese Forschungen werden von den Gesundheitswissenschaften kaum wahrgenommen. Entweder werden sie als interessengebundene Forschung begriffen oder das Thema interessiert schlichtweg nicht.

Mit der Initiative „Apotheken, Gesundheitsförderung und Gesundheitswissenschaften / Public Health“ will der Öffentliche Gesundheitsdienst und hier der Bereich Sozialpharmazie des LIGA. NRW die Gesundheitswissenschaften auf dieses Desiderat aufmerksam machen und darum werben, dieses Thema in die universitäre Forschung aufzunehmen.

Um hier einen Anfang zu machen, wurden im Rahmen der Initiative zehn Gesundheitswissenschaftlerinnen und –wissenschaftler befragt. Es handelt sich dabei nicht um eine repräsentative Auswahl der Experten, sondern um eine subjektive Auswahl.

Für das Interview wurden universitäre Gesundheitswissenschaftler mit Public Health Hintergrund ausgewählt und per E-Mail angeschrieben. Die Interviewfragen und eine kurze Beschreibung des Hintergrundes und der Ziele des Projektes wurden insgesamt 17 Gesundheitswissenschaftlerinnen zugeschickt. Folgende Gesundheitswissenschaftlerinnen und –wissenschaftler waren zu einem Telefoninterview bereit:

Prof. Dr. Marie-Luise Dierks, Medizinische Hochschule Hannover;
 Prof. Dr. Joachim Gardemann, FH Münster;
 Prof. Dr. Glaeske, Universität Bremen;
 Prof. Dr. Eberhard Göpel, FH Magdeburg;
 Dr. Arnd Hofmeister, FH Magdeburg;
 Prof. Dr. Katrin Janhsen, Universität Osnabrück;
 Herr Prof. Dr. David Klemperer, Hochschule Regensburg;
 Prof. Dr. Petra Kolip, Universität Bremen;
 Dr. Gabriele Müller-Mundt, Bielefeld;
 Prof. Dr. Rolf Rosenbrock, School of Public Health in der Charité Universitätsmedizin Berlin.

Bei den Fragen ging es einerseits um die Wahrnehmung der derzeitigen Rolle und Funktion von Apotheken aus gesundheitswissenschaftlicher Sicht, andererseits aber auch darum, welche Aufgabenfelder von Apotheken im öffentlichen Gesundheitswesen ausgebaut oder auch neu übernommen werden könnten oder sollten. Hierzu wurden verschiedene denkbare Möglichkeiten im Interview vorgestellt, die im Folgenden dargestellt und ausgewertet werden. Die Fragen wurden in einem Pretest validiert.

Zur Wahrnehmung der Apotheken

Zur Einleitung des Interviews wurden die Expertinnen und Experten zunächst gefragt, ob sie Apotheken in erster Linie als Einzelhandelsunternehmen oder als Einrichtung des öffentlichen Gesundheitswesens sehen.

Frage 1: Wahrnehmung von Apotheken als Einrichtung des öffentlichen Gesundheitsdienstes?

Apotheken werden von Gesundheitswissenschaftlern wahrgenommen als	Anzahl der Antworten
Einzelhandelsunternehmen	7
Zwitter	2
Einrichtung des öffentlichen Gesundheitswesens	1

Das Votum ist hier eindeutig: Apotheken werden als Einzelhandelsunternehmen wahrgenommen, nur ein Experte sieht die Apotheke gleichberechtigt zu Arztpraxen als Einrichtung des öffentlichen Gesundheitswesens. Bestenfalls wird der Apotheke von einigen Wissenschaftlern noch eine zusätzliche Rolle bescheinigt, weil sie bestimmte Funktionen im öffentlichen Gesundheitswesen wahrnimmt. Als Grund wurde am häufigsten der „Blick durchs Schaufenster“ genannt. Aggressive Werbung, z.B. in Form von Sonderangeboten, prägte das Bild als kaufmännisch dominiertes Unternehmen.

Die überwiegende Mehrzahl der Befragten hat sich schon einmal beruflich mit dem Aufgabenspektrum der Apotheken auseinandergesetzt. Die Spannweite ist hier sehr groß. Zwei Experten sind Apotheker und führten Studien mit Apotheken durch. Fünf weitere Experten haben schon direkt mit Apothekern zusammen gearbeitet, wobei ein Projekt am mangelnden Interesse von Apothekern scheiterte. Ein anderer dieser fünf Wissenschaftler gab an, dass er in den 80er Jahren gern Unterstützung bei HIV-Kampagnen durch Apotheken gehabt hätte, damals aber die Landesorganisationen große Zurückhaltung zeigten. Zwei weitere dieser fünf Befragten sammelten positive Erfahrungen im Rahmen ihrer wissenschaftlichen Arbeit. Ein Experte lobte

die gute Arzneimittelversorgung in Deutschland durch Apotheken, wobei er seine Einschätzung vor allem auf die positiven Erfahrungen beim Einsatz in Katastrophengebieten stützte.

Bei drei Experten beruht die Erfahrung bisher mehr auf persönlicher Ebene, zwei dieser Befragten zeigten aber Interesse an einer intensiveren Auseinandersetzung.

Trotz des äußeren Erscheinungsbildes als gewerbliches Unternehmen, wird die Apotheke als Ort der Gesundheitsberatung vor allem im Selbstmedikationsbereich von allen Wissenschaftlern anerkannt, wenngleich die Qualität der Beratung von einem Wissenschaftler massiv angezweifelt wurde – auch aufgrund der Ergebnisse einer „Pseudo Customer Studie“. Ein anderer Gesundheitswissenschaftler sah die Qualität der Beratung gerade durch die „Pseudo Customer Studien“ als gesichert an. Ein Experte bemerkte, dass das Wissen vielfach vorhanden sei, aber dem Patienten gegenüber nicht kommuniziert werde.

Vor allem wird das Problem darin gesehen, dass der Apotheker immer im Spannungsfeld zwischen neutraler Patienteninformation und ökonomischen Anreizen steht.

„.....man kann nicht Aral -Tankstelle spielen und Psychotherapie -Praxis anbieten. Das geht einfach nicht zusammen.“

„...das ist auch das Spannungsfeld was sich durchzieht, umgekehrt denke ich, dass Apotheken eine wichtige Funktion im Rahmen des öffentlichen Gesundheitsdienstes haben. Dieses Spannungsverhältnis muss in den Griff bekommen werden, um die Funktion der Apotheken im öffentlichen Gesundheitswesen zu stärken.“

Trotzdem wird gerade die Apotheke mit viel Stammkundschaft von sechs Experten als eine niederschwellige Einrichtung und das Personal als Begleiter gesehen, vor allem für die ältere bzw. die chronisch kranke Bevölkerung.

Als problematisch erschien zwei Experten außerdem, dass häufig nicht klar ersichtlich ist, welche Kompetenz das Personal in der Apotheke hat.

Fünf Wissenschaftler bemerkten von sich aus, dass sie keine intimen Beratungsgespräche in der Apotheke führen möchten, da hierzu eine vertrauliche Atmosphäre fehle.

Als wichtige Signalwirkung wird von zwei Experten eine bessere Kennzeichnung des Beratungsraumes gesehen. Außerdem sollten die Kunden erkennen können, welche Berufsausbildung die beratende Person absolviert hat, damit klar ersichtlich ist, wem die Fragen gestellt werden. Wichtig war den Interviewten zudem, wie das Fachwissen mit den Patienten kommuniziert wird. Die Bedeutung aktiver Kommunikation und angemessener Kommunikationstechniken hätten auch Pseudo-Customer-Untersuchungen gezeigt.

Ein Experte fügte hinzu, dass man bei 22.000 Apotheken nicht von der Apotheke sprechen kann, sondern zumindest eine Zweiteilung vornehmen müsse. Es gebe engagierte Apotheken, die sich um gute Beratung und Fortbildung bemühten, aber es gebe auch Apotheken, in denen die kommentarlose Warenabgabe die Regel ist.

Zur Zukunft der Apotheken in den Bereichen Public Health und Gesundheitsförderung

Die Gesundheitswissenschaftlerinnen und Gesundheitswissenschaftler wurden zu Ihrer Meinung über die Zukunft der Apotheken befragt. Dabei wurden unterschiedliche Szenarien diskutiert.

Apotheke mit Funktion eines Gesundheitscoaches:

Das ausdifferenzierte Gesundheitssystem ist für einige Bevölkerungsgruppen immer schwieriger zu durchschauen; dies gilt besonders für sozial benachteiligte Bevölkerungsschichten, die für sich oder für ihre Angehörigen das optimale Angebot oder die beste Behandlung suchen. In Apothekerkreisen wird diskutiert, ob die Apotheke hier als Gesundheitscoach oder –lotse genutzt werden kann⁴.

Die Gesundheitswissenschaftler sollten zum Bedarf eines solchen Coaches Stellung nehmen, das Potenzial der Apotheke in einer solchen Funktion beurteilen und Voraussetzungen nennen, damit Apotheken eine solche Funktion übernehmen könnten.

Der Bedarf eines Coaches für die optimale gesundheitliche Versorgung wird von fast allen Expertinnen und Experten bestätigt. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt sieht die Mehrheit der Gesundheitsexperten diese Funktion des Gesundheitscoaches aber nicht als potenzielle Aufgabe der Apotheken, nur zwei Experten sehen hier Handlungsspielraum.

Für manche Experten ist eher der Arzt geeignet für diesen Aufgabenbereich. Es wird vor allem angezweifelt, ob in der Apotheke eine neutrale Beratung ohne Verkaufsabsichten stattfindet und ob der Patient und seine gesundheitlichen Probleme im Mittelpunkt stehen. Auch hier wird, wie schon bei der Ablehnung der Apotheke als Bestandteil des öffentlichen Gesundheitswesens, wieder das Spannungsfeld zwischen Ethik und Monetik vielfach als Grund für die Zweifel genannt.

Besteht ein Bedarf für einen Coach im Gesundheitswesen, und kann der Apotheker die Funktion eines Coaches im Gesundheitswesen für den Patienten übernehmen?

Besteht Bedarf eines Coaches im Gesundheitswesen?	Antworten	Apotheker in der Funktion als Coach im Gesundheitswesen für den Patienten geeignet?	Antworten
Ja	9	Ja	2
Nein	0	Nein	6
Unentschlossen	1	Unentschlossen	2

Auch wird die fachliche Kompetenz der Apotheker für eine solche Aufgabe angezweifelt. Von allen Befürwortern und Unentschlossenen wird ein Fortbildungsbedarf für die Coach-Funktion gesehen, wobei ein Experte anmerkte, dass Gesundheitsförderung in bestimmte Strukturen eingebettet sein sollte, die einen gewissen Anreiz zur Aktivität bieten muss. Eine reine Weiterbildung, die nicht gleichzeitig überlegt, wie der „outcome“ in das System eingebettet werden kann, mache seiner Meinung nach wenig Sinn. Es sei außerdem wichtig, dass das Engagement in irgendeiner Weise abrechnungsfähig werde, beispielsweise durch eine ärztliche Überweisung.

⁴ z.B. Rucker, D: Case Management: Eine aufwendige Chance für Apotheker. In: Pharm. Ztg. 151 (2006), 4356.

Eine Expertin sagte, der Apotheker solle lieber bei seinen Kernkompetenzen (Fragestellungen rund um das Arzneimittel) bleiben. Hier könnte eine Aufgabe bspw. sein, die Schnittstelle zwischen Arzt und Apotheker zu verbessern.

Vorteile bzw. Gründe, die für den Apotheker sprechen, sind: die Niederschwelligkeit, die gute Ortskenntnis im Vergleich zu externen Coaches und das häufig vertrauensvolle Verhältnis zwischen Apothekern und Patienten.

„... wünschenswert wäre ein kooperativer, mit anderen in Kommunikation stehender, integriert orientierter Apotheker“

Die befragten Gesundheitswissenschaftlerinnen und Gesundheitswissenschaftler gingen davon aus, dass vor Übernahme neuer Aufgaben wie der eines Coaches hoher Fortbildungsbedarf besteht, bspw. durch gesundheitswissenschaftliche Studiengänge. Interne apothekerspezifische Weiterbildungen im Fach Public Health wurden zumindest von einer Expertin abgelehnt. Public Health lebe von Interdisziplinarität, und gerade dieser Grundpfeiler gehe durch eine interne Weiterbildung verloren.

„Ich finde es nicht sehr begrüßenswert, dass Apotheker immer ihr eigenes Süppchen kochen. Das ist nämlich genau das, was Apotheken daran hindert, wahrgenommener Bestandteil des öffentlichen Gesundheitswesens zu werden.“

Wichtig erscheint den Befragten außerdem, vorab Beratungskonzepte zu entwickeln und zu evaluieren, ob das Coaching dem Patienten einen Mehrgewinn an Gesundheit oder Lebensqualität bringt. Nur dann sei es möglich, über die Erstattung einer solchen Dienstleistung durch die Krankenkassen zu diskutieren und den Apotheker als möglichen Leistungserbringer anzubieten. Ein Experte meinte, es könne durchaus ausgerechnet werden, welchen geldwerten Vorteil die Krankenkassen durch die Beratung zu erwarten haben.

Anerkennung von Präventionsmaßnahmen in der Apotheke als Aktivität im Sinne von Public Health

Apotheken sind bereits im Bereich Prävention aktiv. Screening-Untersuchungen wie Blutdruckmessungen, Blutwert-Bestimmung etc. werden angeboten, oder auch zeitaufwendigere Beratungen bspw. zur Ernährung. Die Gesundheitswissenschaftlerinnen und Gesundheitswissenschaftler wurden gefragt, ob diese Aktivitäten im Sinne von Public Health als sinnvoll erachtet werden und wie Präventionsmaßnahmen in der Apotheke verbessert werden könnten.

Ist der Ausbau von Präventionsangeboten in der Apotheke sinnvoll?

Sind Präventionsmaßnahmen (Screening , Blutdruckmessungen, Ernährungsberatung etc.) in Apotheken sinnvoll?	Antworten
Sinnvoll	3
Weniger sinnvoll	5
Nicht sinnvoll	2

Screening Methoden werden von den meisten Expertinnen und Experten für weniger oder nicht sinnvoll angesehen, auch unabhängig vom Setting Apotheke. Denn im Anschluss an eine Untersuchung gehöre immer eine fundierte Beratung. Außerdem seien Screenings immer dann kritisch zu sehen, wenn sich keine Konsequenzen für den weiteren Behandlungsverlauf ergeben. Außerdem läge in Deutschland keine Notwendigkeit für Screeningverfahren außerhalb der Arztpraxen vor, da kein Mangel an Arztkontakten in der allgemeinen Bevölkerung bestehe. Der Bedarf für bestimmte Bevölkerungsgruppen müsse zunächst belegt werden.

„Solange Sachen nicht evidenzbasiert sind oder in ein systematisches Programm eingebunden sind, finde ich das erst mal heikel.“

Die Experten, die Prävention in der Apotheke für sinnvoll halten, denken eher an Aufklärungsmaßnahmen wie Folsäureberatung. Aber auch hier gibt es eine Gegenstimme, die das Schließen einer eventuellen Lücke der Versorgung im System nicht einfach dem Apotheker übertragen will.

Nur ein Experte meint, dass die Niederschwelligkeit der Apotheke konkurrenzlos sei und dadurch Screening-Methoden hier ihren richtigen Platz hätten, vorausgesetzt sie seien fachlich fundiert und der Patient profitiere davon.

Insgesamt ließ sich feststellen, dass die bei diesem Thema vorherrschende Skepsis unter den Gesundheitswissenschaftlerinnen und -wissenschaftlern weder dem Standort Apotheke, noch der mangelnden Kompetenz des Personals zugeschrieben wird. Bei ihnen bestehen eher grundsätzliche Zweifel an der Sinnhaftigkeit von Screening-Verfahren.

Wichtig erscheint eine gute Beratung zu den erhobenen Werten und, je nach Bedarf, eine weitere Begleitung oder Weiterleitung des Patienten. Der Apotheker kann sich somit in den Augen der Befragten nur als Akteur im Bereich Public Health profilieren, wenn er den Nutzen der Interventionen für den Patienten nachweist, um so die Niederschwelligkeit des Ortes und die patientenverständliche Sprache anerkannt nutzen zu können.

Verstärkte Einbindung von Apotheken in Public Health-Netzwerke

Die Apotheken verstärkt in lokale Public Health-Strukturen einzubinden, ist deswegen interessant, um diese niederschwellige Einrichtung zur direkten Ansprache der Bürgerinnen und Bürger zu nutzen. Die im Schnitt über 100 Kundenkontakte pro Tag und pro Apotheke eröffnen einerseits die Möglichkeit, die Apotheken als Multiplikatoren und Akteure für Public Health-Aktivitäten vor Ort zu nutzen. Andererseits könnten Apotheken durch die vielen Kontakte Sensor-Funktionen übernehmen, um bspw. zu klären, ob bestimmte Aktionen bekannt sind und angenommen werden oder welche besonderen Probleme bestimmte Bevölkerungsgruppen zu bewältigen haben.

Die Möglichkeit der Einbindung in Public-Health-Netzwerke wird von allen Befragten gesehen, (vgl. in diesem Band: Poster der Veranstaltung: „Grefrather Modell der Gesundheitsförderung“, „Erährungsberatung“; „Klasse 2000“, „Apotheken und Kommunale Arbeitsgemeinschaft zur Gesundheitsförderung als lokales Echo der Ottawa Charta“). Ein Experte merkte allerdings an, dass man die Funktion, die man in einem solchen Netzwerk vertrete, auch in seiner Apotheke als Vorbild leben müsse. Das sei nicht immer gegeben und dadurch werde die Apotheke unglaubwürdig.

Auch die Einbindung in Studien der Versorgungsforschung und Gesundheitsförderung (wie beispielsweise Stadtteilentwicklung, „Gesunde Städtenetzwerk“) wird als prinzipiell möglich erachtet. Allerdings sei Voraussetzung, dass dies nur mit einem wissenschaftlich akzeptablen Studiendesign sinnvoll sei, wie von vier Experten explizit betont wurde. Solange dies nicht sichergestellt sei, müssten die Zweifel überwiegen, ob Apotheker dazu in der Lage sind.

Einbindung von Apotheken in Public Health Netzwerke & Übernahme der Funktion eines Multiplikators?

Haben Apotheken Public Health-Netzwerk-Potenzial	Antworten
Ja	10
Nein	0

Die Experten zeigten sich in den Gesprächen insgesamt offen für eine verstärkte Verankerung der Apotheken in Public Health-Netzwerke und in der Gesundheitsförderung. In der Theorie sei vieles denkbar. Die Apotheke biete ein breites Spektrum an möglichen Ansätzen für gesundheitliche Themen und dadurch Berührungspunkte mit vielen anderen Berufsgruppen. Diese gelte es zu nutzen, z.B. im Bereich Ernährung, bei der Bekämpfung der Arzneimittelsucht, aber auch bei bestimmten Krankheitsbildern oder nationalen Kampagnen, wie z.B. im Kampf gegen Aids. Besonders glaubwürdig sei ein Engagement der Apotheken, wenn verkaufsbezogene Gesichtspunkte keine große Rolle spielten. Es komme zunächst mehr auf das Engagement der einzelnen Apotheken an, Spaß an interdisziplinärer Zusammenarbeit zu entwickeln und den Aufwand als Mehrgewinn an beruflicher Zufriedenheit zu empfinden. Hier seien Berufsverbände aufgefordert, Unterstützung zu bieten, um den Einstieg zu erleichtern. Bevor über Honorarfragen diskutiert werden könne, müssten zunächst Machbarkeit und Nutzen einer verstärkten Mitarbeit in Public Health-Netzwerken und im Bereich Gesundheitsförderung untersucht und evaluiert werden. Dafür müsse zunächst eine gewisse Anzahl an Apotheken zur Einbindung gefunden werden. Außerdem seien Publikationen über Aktivitäten von Apotheken im Bereich der Gesundheitsförderung notwendig, um von anderen Berufsgruppen und den Gesundheitswissenschaftlern als Akteur und Multiplikator wahrgenommen zu werden. Hierzu sei zu Beginn Idealismus gefragt.

Datenerhebungen in der Apotheke zur gesundheitswissenschaftlichen Arzneimittel-Versorgungsforschung

Ausgangspunkt dieses Fragenkomplexes war die Tatsache, dass die Bedeutung der Selbstmedikation in den letzten Jahren weiter zugenommen hat. Dazu hat sicherlich auch beigetragen, dass nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel von den Krankenkassen nur noch in wenigen Fällen bezahlt werden dürfen, so dass viele Menschen ihre Arzneimittel direkt in der Apotheke kaufen, ohne vorher den Arzt konsultiert zu haben. Der Arzneimittelverbrauch hat sich dadurch verändert. Fast die Hälfte aller Arzneimittelpackungen, die in den Apotheken abgegeben werden, kaufen die Kunden im Rahmen der Selbstmedikation.

Über die Selbstmedikation von Patienten können Erkenntnisse in erster Linie aus Befragungen von Patienten gewonnen werden. Apotheken können darüber hinaus wichtige Daten zur Verfügung stellen.

Bis heute liegen kaum wissenschaftliche Untersuchungen über das Geschehen im Selbstmedikationsmarkt vor: Wer fragt nach welchen Mitteln aus welchen Gründen? Wer kauft welche Arzneimittel mit welchen Zielen? Wer wendet welche Mittel mit welchen Erfolgen, unter welchen Risiken und mit welchen tatsächlichen Nebenwirkungen oder Interaktionen mit verordneten Arzneimitteln an? Diese Fragen müssen dringend untersucht werden, zumal inzwischen immer mehr Arzneistoffe im Rahmen der Freidosenregelung dem Selbstmedikationsmarkt zur Verfügung stehen. Es liegen aber keine Erkenntnisse darüber vor, in welchem Ausmaß die geringeren Dosierungen tatsächlich bestimmungsgemäß angewendet werden oder ob Verbraucher durch eine Mehreinnahme bereits Dosierungen erreichen, die dem Verschreibungsbereich zuzuordnen sind. Neben den sich daraus ergebenden Risiken muss auch geklärt werden, welche Gefahren durch Wechselwirkungen mit verordneten Arzneimitteln entstehen, wenn Patienten Selbstmedikationsarzneimittel im Gespräch mit Arzt oder Apotheker nicht angeben⁵.

Notwendig sind Forschungsprojekte, die den veränderten Arzneimittelgebrauch aufdecken – notwendig wäre auch eine bevölkerungsgruppenspezifische Auswertung, woraus sich zudem neue Ansätze für Präventions- bzw. Gesundheitsförderungsmaßnahmen ergeben könnten. Wichtig sind Untersuchungen im Selbstmedikationsmarkt darüber hinaus für den Bereich Pharmakovigilanz.

Bei diesen Fragestellungen herrscht Einigkeit unter den befragten Expertinnen und Experten. Das Sammeln und zur Verfügung Stellen von Daten aus Apotheken stößt auf großes Interesse und wird einerseits als potenzielle Kernkompetenz gesehen, andererseits sogar als Gegenleistung für den gesetzlichen Schutz der Apotheke gefordert.

Zur Unterstellung von Paracetamol unter die Verschreibungspflicht: „Man hat auch solche Sachen gesehen, wie mit Paracetamol, wo dann doch was passiert ist., das man das machen muss, sind wir uns einig.“

Mehrere Experten sehen das Potenzial in der Selbstmedikation, aber auch die Verbesserung von Adherence wird als ausbaufähig angesehen.

Es müsse nach praktikablen, einfachen Lösungsansätzen zur täglichen Datenerhebung in ausgewählten Apotheken gesucht werden, um diesem Bedarf nachzukommen.

Potenzial von Apotheken als Datenquelle für Studien

Wie groß wird Potenzial von Apotheken - als Datenquelle eingeschätzt?	Antworten
Sehr hohes Potenzial	1
Hohes Potenzial	4
Potenzial	5

Es wurde der Vorschlag gemacht, dass Routinedaten von der ABDA zur Verfügung gestellt werden.

⁵ Leifeld M, Mensing M, Puteanus U: Bevölkerungssurvey 2008: Große Verantwortung der Apotheken in der Selbstmedikation. In: Dt. Apoth. Ztg. 149 (2009), 2500-2501.

„Wenn man die Funktion von Apotheken stärken will, dann hätten Pilotprojekte im Bereich Versorgungsforschung ja auch Impulsfunktion in dem Bereich der Apotheken selbst, in dem darüber berichtet wird.“

Insgesamt wird hier das größte Potenzial gesehen, Apotheken im öffentlichen Gesundheitswesen besser zu verankern. Damit würde eine Signalwirkung von den Apotheken an die Gesundheitswissenschaftler ausgehen und die Apotheken ein Stück weit mehr Akzeptanz als Einrichtung des öffentlichen Gesundheitswesens erlangen können.

Zusammenfassung und Diskussion: Verstärkte Verankerung der Apotheken im öffentlichen Gesundheitswesen

Anhand der Experteninterviews wird deutlich, dass Apotheken derzeit nur rudimentär von Gesundheitswissenschaftlern als Bestandteil des öffentlichen Gesundheitswesens ernst- und wahrgenommen werden. Allerdings räumen sie ein, dass Apotheken prinzipiell Potenzial für Public Health-Netzwerke und für Gesundheitsförderung in zweierlei Hinsicht haben:

1. Mitarbeit in Netzwerken, wobei viel Eigeninitiative und eine Bereitschaft, auf andere Berufsgruppen zuzugehen, vorhanden sein muss; außerdem sollten sich Apotheken auf externe Koordination und Forschung einlassen.
2. Schaffung der Möglichkeit der Datenanalyse zur wissenschaftlichen Auswertung, gerade im Selbstmedikationsbereich.

Die Schwierigkeit bei der Umsetzung weiterer Public Health-Ziele wird vor allem im von vielen Experten beschriebenen Spannungsfeld zwischen dem Bestreben nach individueller, neutraler Beratung und den Verkaufsinteressen gesehen. Häufig würden sich diese beiden Dinge ausschließen. Wenn zum Beispiel ein nichtmedikamentöser Ratschlag ebenso viel oder mehr Nutzen verspricht, wie ein Medikament ohne Evidenznachweis, damit aber kein pekuniärer Gewinn verbunden ist, dann sei von Apotheken nicht zu erwarten, auf Dauer gegen die eigenen wirtschaftlichen Interessen zu handeln.

Das äußere Erscheinungsbild der Apotheken trägt viel zu ihrer Wahrnehmung in der Öffentlichkeit bei. Werbe-Pappwände und Neonpreisschilder erhöhen zwar die Aufmerksamkeit in Konkurrenz zu anderen Anbietern, aber gleichzeitig schaden solche Werbetechniken der Glaubwürdigkeit von Apotheken und ihrer Stellung im Gesundheitswesen. Das immer wieder von den Interviewten erwähnte Spannungsfeld zwischen „Ethik und Monetik“ raube dem Apotheker die Chance, im öffentlichen Gesundheitswesen als anerkannter Akteur zu gelten.

Es ist überlegenswert, ob nicht zumindest in Großstädten ein Potenzial für Apotheken als Gesundheitszentren (nicht zu verwechseln mit Wellnesszentren) vorhanden ist, die sich nach außen ersichtlich als Ort qualitativ hochwertiger Beratung in vertraulicher Atmosphäre darstellen und auf Arzneimittelwerbung verzichten. Von den Experten wurden immer wieder Studien zitiert, dass ein Beratungsbedarf auf jeden Fall vorhanden sei. Unabhängige Beratungseinrichtungen (vgl. Poster Unabhängige Patientenberatung Deutschland in diesem Band) verzeichnen stetig steigende Zahlen von Anfragen.

Einige Gesundheitswissenschaftler erwähnten, dass sie bereits mit Apotheken in Studien zusammengearbeitet haben. Die Erfahrungen sind sehr unterschiedlich und reichen von fehlendem Interesse auf Seiten der Apothekerschaft bis hin zu großem Interesse verbunden mit außergewöhnlichem Engagement.

Auf dem Weg, verstärkt als Teil des öffentlichen Gesundheitswesens anerkannt zu werden, sollte in der Apothekerschaft darüber nachgedacht werden, wie und welche Apotheker angesprochen werden, um ihnen Angebote und Konzepte im Rahmen von Studien oder Netzwerken anzubieten, die dann ortsspezifisch und apothekenspezifisch (z.B. Sturzprophylaxe durch Apotheken mit Heimversorgungsverträgen) umgesetzt werden könnten. Als Ansprechpartner könnten sich beispielsweise Apotheker eignen, die als Teilnehmer an Weiterbildungen in Gesundheitsberatung Interesse und Engagement bewiesen haben.

Fast alle Gesundheitswissenschaftler waren bereit, Masterarbeiten – bspw. auch in Zusammenarbeit mit dem LIGA.NRW – zu betreuen. Dies böte gute Möglichkeiten der intensiveren Kontaktpflege zwischen Apothekern und Gesundheitswissenschaftlern, um gemeinsam wissenschaftliche Fragestellungen zu untersuchen und Forschungsprojekte durchzuführen.

Bei den potenziellen neuen Arbeitsfeldern von Apothekern wurde von den meisten befragten Experten der Beleg des Nutzens solcher Interventionen eingefordert. Es bleibt die Frage, inwieweit Apotheker bereit sind, in Vorleistung zu treten, um bspw. „evidenzbasierte pharmazeutische Betreuung“ nachzuweisen und damit zum Durchbruch zu verhelfen. Erst dann werden Krankenkassen diese Dienstleistungen auch honorieren (können). Erkenntnisse aus Pseudo Customer-Studien haben bei einigen interviewten Gesundheitswissenschaftlern Skepsis hervorgerufen, ob die Apothekerschaft einen solchen Nachweis führen kann. Zumindest sei es illusorisch zu glauben, dass alle Apotheken dies könnten.

Die durchgeführte Befragung mit den 10 nicht repräsentativ ausgewählten Expertinnen und Experten der Gesundheitswissenschaften ist sicherlich nur ein erster Hinweis, wie Apotheken in dieser „scientific community“ wahrgenommen werden bzw. welche zukünftigen Arbeitsfelder die Befragten für umsetzbar halten. Um hier einen umfassenden Überblick zu erhalten, müsste eine intensivere und breitere Befragung durchgeführt werden. Dennoch wird deutlich, dass bei den Gesundheitswissenschaften derzeit weniger eine fundierte Faktenlage die Wahrnehmung und die Potenziale der Apotheken untermauert, sondern eher ein subjektives Empfinden. Dies sollte in Zukunft für beide Seiten – Apotheken und Gesundheitswissenschaften – Ansporn sein, in die wissenschaftliche Beschäftigung mit dem Leistungsspektrum der Apotheken zu investieren.

Zusammenfassung und Fazit

Die inzwischen über zwanzig Jahre alte Ottawa Charta der Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat von ihrer inhaltlichen Aussagekraft bis heute nichts an Aktualität eingebüßt. Die Nachfolgekongressen haben zu keiner Änderung ihrer Programmatik geführt, ganz im Gegenteil wurden durch sie die zentralen Aussagen konkretisiert. Insofern konnte die Ottawa Charta als Ausgangspunkt für die Planung und Durchführung der Veranstaltung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes in Nordrhein-Westfalen im Mai 2009 herangezogen werden.

Obwohl Gesundheitsförderung auf der Grundlage der Charta inzwischen in fast allen Teilen des Gesundheitswesens verankert ist, lässt sich dies für das Apothekenwesen nicht behaupten. Zwar ist Prävention im Apothekenalltag bereits in Form von Screenings und bspw. Ernährungsberatung präsent, doch Ansätze zur Gesundheitsförderung im Sinne der WHO-Charta sind kaum zu finden. Nur selten finden sich Apotheker in kommunalen und überregionalen Arbeits-

kreisen zur Gesundheitsförderung, nur selten engagieren sich Apothekerinnen und Apotheker in Public Health-Netzwerken zur Verbesserung von Lebenslagen und von Lebensumwelten der Bevölkerung.

Das ist zwar verständlich, ist die Apotheke doch aufgrund des ausgebildeten Personals und des Settings als Verkaufseinrichtung nicht unbedingt als Ort der Gesundheitsförderung konzipiert und erkennbar, wenn man Gesundheitsförderung nicht mit Wellness verwechselt. Aber durch die Voraussetzungen, die Apotheken mitbringen – so die These dieser Veröffentlichung –, können Apotheken mehr als bisher zu Gesundheitsförderung und Public Health beitragen.

Die Initiative des ÖGD erweiterte die Thematik um die Frage, inwieweit die Gesundheitswissenschaften bzw. der Bereich Public Health die Apotheken im Fokus haben, und dies nicht nur, wenn es um Gesundheitsförderung geht, sondern auch, wenn es um Versorgung von Erkrankten geht. Grund für diese Erweiterung ist die Tatsache, dass bisher kaum Publikationen aus diesem Wissenschaftsbereich bekannt sind – zumindest aus der Bundesrepublik. Es sind die Apotheker selbst, die Versorgungsfragen bei Arzneimitteln durch Apotheken beantworten, was zwangsläufig Fragen nach der Glaubwürdigkeit und Unabhängigkeit der Untersuchungen nach sich zieht.

Die Thematik wurde auf der Veranstaltung nochmals erweitert um die Frage, in welchem Umfang Apotheken in Public Health-Netzwerken mitarbeiten, ohne die vernünftige Planung und Koordinierung von Gesundheitsförderung und Gesundheitsversorgung – vor allem auf lokaler Ebene – kaum denkbar sind.

Mit dem Titel „Apotheken, Gesundheitsförderung und Gesundheitswissenschaften/Public Health“ wird zum Ausdruck gebracht, worum es geht: Es gilt, das Potenzial der Apotheken zu nutzen, um die Gesundheitsförderung weiter voran zu bringen. Dabei wird es ohne Unterstützung der Gesundheitswissenschaften nicht gehen. Denn diese unabhängigen Forschungseinrichtungen müssen die erbrachten Leistungen und deren Nutzen erforschen, sollen sie breite Anerkennung als wichtige und damit auch honorierbare Leistungen finden.

Information und Beratung sind die Kerndienstleistungen, die in diesem Zusammenhang auf dem Prüfstand stehen und deren Bedeutung für die Gesundheit des Einzelnen und für die Bevölkerung insgesamt herauszuarbeiten sind.

Der Bevölkerungs- und Settingbezug ist wiederum das Stichwort für Public Health, denn hier geht es nicht nur um die Potenziale bei der Individualbetreuung von Patienten, sondern auch um Information und Beratung im Rahmen der Zusammenarbeit in Public Health-Netzwerken und um die Gestaltung gesundheitsförderlicher Lebenswelten.

Insofern sind der Titel und diese Publikation als Versuch zu verstehen, die drei Punkte Apotheken, Gesundheitsförderung und Gesundheitswissenschaften/Public Health zusammenzuführen zum Nutzen von mehr Gesundheitsförderung für die Bevölkerung, von neuen Forschungsthemen für die Gesundheitswissenschaften sowie für mehr effektive Zusammenarbeit von Apotheken in Public Health-Netzwerken.

Ziel der Veranstaltung, der Dokumentation und der Befragung von Gesundheitswissenschaftlern war es, die noch bestehenden Defizite und Lösungsvorschläge mit Experten zu diskutieren. Dabei standen folgende Fragen im Vordergrund:

- Lassen sich Information und Beratung als Kernaufgaben der Apotheken betrachten?
- Welche Bedeutung haben Information und Beratung
 - ◆ für Compliance bzw. Adhärenz, rationale Arzneimitteltherapie bei verordneten Arzneimitteln und im Rahmen der Selbstmedikation,
 - ◆ als Forschungsgegenstand im Bereich der Versorgung (Versorgungsforschung):
 - Was leisten die Apotheken im Bereich Information und Beratung?
 - Was bringt das für den einzelnen Patienten?
 - Was bringt das für das Gesundheitswesen?
 - Was muss verbessert werden, was muss sich ändern, was ist erhaltenswert?
 - ◆ Welche Bedeutung haben Information und Beratung für die Gesundheitsförderung?
 - Haben Apotheken Potenzial für mehr Prävention und Gesundheitsförderung?
 - Welche Ansätze gibt es?
 - Was lief gut, woran sind sie ggf. gescheitert?
- Welche Bedeutung haben Information und Beratung für die Zusammenarbeit in Netzwerken?
 - Wo sind Ansatzpunkte?
 - Welche Ansätze laufen gut, wo sind Probleme?

Zu den wesentlichen Ergebnissen

Apotheken und Gesundheitsförderung

Gesundheitsförderung und Public Health haben eine lange Tradition, die aber durch den Nationalsozialismus zerstört wurde und an die in der Bundesrepublik erst nach ca. 55 verlorenen Jahren angeknüpft werden konnte. Mit Blick auf die Apotheken hatte dies Folgen:

- Wie in der historischen Einleitung von Fehle mann dargestellt, erfolgte der Anschluss an die internationale Entwicklung im Bereich Public Health erst ab den neunziger Jahren. Insofern bestand und besteht großer Nachholbedarf. Durch den Bruch 1933 fehlen ganze Generationen von Wissenschaftlern und Praktikern, die das Wissen und die Umsetzung des Wissens unter deutschen Bedingungen in Wissenschaft und Praxis hätten weiterentwickeln können. Insofern war in großen Teilen ein Reimport der auf sozialhygienischer Tradition aufbauenden Public Health-Forschung notwendig. Damit fehlt aber auch ein breit verankertes Bewusstsein um die Möglichkeiten und Chancen von Public Health in der Bundesrepublik. Wenn eine solche Tradition aber nicht existiert, verwundert es wenig, warum sich im Apothekenwesen kein an Public Health-Zielen orientiertes Denken etablieren konnte.

- In der Bundesrepublik genossen und genießen die kurative naturwissenschaftliche Medizin und die niedergelassene Einzelpraxis sowie die auf Fremdbesitzverbot und weitgehendem Mehrbesitzverbot beruhende Einzel-Apotheke im heutigen Gesundheitswesens Vorrang. Wie bspw. der Vertreter des wissenschaftlichen Instituts einer Krankenkasse, Verheyen, ausführte, ist es aber für eine valide Forschung wichtig, auf festen Strukturen aufbauen zu können, bspw. speziell ausgebildetes Personal, das die Methoden der Guten Epidemiologischen Praxis beherrscht, oder Kooperationen von Apotheken und/oder in Verbindung mit anderen Einrichtungen des Gesundheitswesens (z.B. im Rahmen von Verträgen zur Integrierten Versorgung). Denn erst in solchen Strukturen lassen sich standardisierte Verfahren umsetzen und evaluieren.
- Für einen bevölkerungsorientierten Blick auf Gesundheit und Krankheit und auf das Versorgungssystem sind die personellen Voraussetzungen in der Bundesrepublik nicht in einem vergleichbaren Maße gegeben, wie in anderen entwickelten Ländern. Eine an Public Health-Zielen orientierte Weiterentwicklung der Arzneimittelversorgung braucht aber eine solche Sichtweise, um innerhalb des bestehenden Systems Voraussetzungen für eine Forschung über die beste Arzneimittelversorgung der Bevölkerung zu schaffen, bspw. zur sektorübergreifenden und interdisziplinären Versorgung. Daher werden im Bereich Public Health ausgebildete Heilberufler gebraucht, für die kooperative Zusammenarbeit mit anderen Professionen und Kenntnis über deren Sichtweisen von Gesundheit und Krankheit selbstverständlich sind.
- Auch der Aufbau der Sozialpharmazie in Forschung und Lehre wurde vernachlässigt: Eine kaum vorhandene Public Health-Tradition in der Bundesrepublik lässt verständlich werden, dass auch in der Pharmazie kein Denken über den naturwissenschaftlichen Tellerrand hinaus gefördert oder gefordert wurde. Während in angelsächsischen und nordeuropäischen Ländern seit den sechziger Jahren der Auf- und Ausbau der Sozialpharmazie erfolgte, war dieses Fach bis zur Vereinigung beider deutscher Staaten 1990 kein Thema. Nicht von ungefähr entwickelt sich das Konzept Pharmaceutical Care in den USA und nicht in Deutschland. Bislang ist noch nicht intensiv untersucht worden, warum das im DDR-Pharmaziewesen in Anfängen existierende Fach Sozialpharmazie im Vereinigungsprozess keine Überlebenschance hatte.
- Gesundheitsförderung wurde in den neunziger Jahren und Anfang dieses Jahrhunderts von Apotheken nur ganz vereinzelt praktiziert. Es fehlten feste lokale Strukturen und das in Apotheken vorhandene theoretische Fundament sowie die Anbindung an wissenschaftliche Einrichtungen zur Evaluation der geleisteten Arbeit. Die auf der Veranstaltung gezeigten Beispiele machten deutlich, dass guter Wille allein nicht ausreicht.
- Wenn sich über viele Jahrzehnte feste Muster in der Kommunikation zwischen Apotheken und anderen Beteiligten des Gesundheitswesens eingeschliffen haben, können Veränderungen von heute auf morgen nicht erwartet werden. Für viele Akteure stehen die Apotheken im Verdacht, Prävention und Gesundheitsförderung in erster Linie zur Umsatzsteigerung von gesundheitsbezogenen Produkten nutzen zu wollen.

Apotheken und Gesundheitswissenschaften

Gesundheitswissenschaftler nehmen Apotheken in erster Linie als Handelsunternehmen wahr. Die Heilberuflichkeit der Apotheker und der öffentliche Versorgungsauftrag sind nur in Ausnahmefällen in den Köpfen verankert. Die Apothekenräumlichkeiten und die Präsentation der Apotheken mit ihrer offensiven Produktwerbung überzeugen offensichtlich nicht. Die Qualifikation des Personals als Apotheker/in oder als technische oder kaufmännische Assistent/in ist für den Kunden oftmals nicht erkennbar. Es ist außerdem nicht eindeutig, welche unterschiedlichen Kompetenzen die verschiedenen Berufsgruppen in Apotheken haben.

Bestenfalls – so die Ergebnisse der durchgeführten Befragung von Gesundheitswissenschaftlern – werden Apotheken als Zwitter betrachtet – Handelsunternehmen und Gesundheitseinrichtung. Unter dieser Voraussetzung ist aber nicht zu erwarten, dass bereits heute schon genügend Grundvertrauen in die Public Health-Leistungsfähigkeit der Apotheken vorhanden ist, um sie für die Forschung attraktiv werden zu lassen.

Die durchaus vorhandene Forschung in anderen Ländern wird von deutschen Gesundheitswissenschaftlern entweder nicht zur Kenntnis genommen oder nicht als Anreiz für eigene Untersuchungen gesehen. Als Entschuldigung mag gelten, dass die noch nicht umfassend etablierte Versorgungsforschung in der Bundesrepublik den Blick nicht auf zunächst weniger wichtig erscheinende Versorgungsbereiche wie die Apotheken lenkt.

Die weit überwiegende Anzahl unabhängiger Studien über die Qualität und Effizienz apothekerlicher Beratungsleistung entstammt den angloamerikanischen oder nordeuropäischen Forschungsinstituten. Dort hat die Forschung einzelne Leistungen der Apotheken untersucht – mit unterschiedlichen Ergebnissen. Wie im Vortrag Verheyens deutlich wurde, kann eine ergebnisoffene Forschung, wie sie dort praktiziert wird, auch nachweisen, dass eine pharmazeutische Leistung zu einem für Patienten negativen Ergebnis führt. Dieses Risiko in Kauf zu nehmen, erfordert sicherlich von Teilnehmern und Sponsoren einer solchen Forschung viel Mut. Allerdings führt in Zeiten Evidenz basierter Medizin kein Weg an einer solchen ergebnisoffenen und damit glaubwürdigen Forschung vorbei, will man langfristig pharmazeutische Leistungen – vor allem Information und Beratung – als zusätzlich finanzierbare Leistung im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung etablieren.

Befragt man Gesundheitswissenschaftler danach, was sie von Apotheken erwarten, um sie in Forschungsprojekte verstärkt einzubeziehen, werden an erster Stelle Primärdaten erwartet, Daten, die in den Apotheken exklusiv anfallen und anderweitig nur schwer zu ermitteln sind: hier vor allem Daten aus dem Bereich Selbstmedikation sowie Ergebnisse aus anlassbezogenen Befragungen der Patienten am point of sale. Zudem wird die Apotheke als niedrighwellige Anlaufstätte des Gesundheitswesens geschätzt, wenn das Personal in der Lage ist, die Patienten an die richtigen Stellen des Gesundheits- und Sozialwesens zu vermitteln.

In Einzelfällen haben sich Gesundheitswissenschaften schon mit Apotheken beschäftigt. Dabei wurden Apothekentests, Pseudo Customer-Untersuchungen, Qualitätszirkel-Betreuungen und -evaluationen, Untersuchungen zur Pharmazeutischen Betreuung und Untersuchungen zur Beliebtheit von Apotheken durchgeführt. Andere Leistungen der Apotheken sind bislang – soweit von uns erkennbar – nicht untersucht worden. Bezeichnenderweise waren immer Apothekerinnen bzw. Apotheker die treibenden Kräfte in solchen Einrichtungen. Hätte es sie dort nicht gegeben, wäre wahrscheinlich noch gar keine Untersuchung zu finden.

Intensivere Forschung über Bedeutung und Nutzen von Information und Beratung in der Versorgung und im Bereich Gesundheitsförderung ist für Gesundheitswissenschaftler allerdings erst dann vorstellbar, wenn dafür auf Seiten der Apotheken Strukturen und Ansprechpartner vorhanden sind und auf Dauer zur Verfügung stehen; denn erst so wird eine verlässliche und valide Forschung ermöglicht.

Um die Situation insgesamt zu verbessern, sollten die für notwendig erachteten Schritte von beiden Seiten getan werden: von den Gesundheitswissenschaften, die Apotheken als Forschungsfeld zu entdecken und von den Apotheken, die Gesundheitswissenschaften bei einer unabhängigen Forschung zu unterstützen.

Apotheken in Public Health-Netzwerken

Wie bereits mehrfach angedeutet, macht die historische Entwicklung von Public Health in der Bundesrepublik verständlich, warum etablierte und eingespielte Public Health-Strukturen auf der lokalen und regionalen Ebene bei uns noch nicht ausreichend vorhanden sind. Der Vorrang für die Individualmedizin – auch als Folge der „Frontstellung“ der Bundesrepublik im Ost-West-Konflikt: „Individual- gegen Kollektiv-Medizin“ – hat seinen Anteil an dieser Schwäche von Public Health. Es gibt keine Gründe, warum sich Apotheken in diesem Umfeld als Vorreiter von Public Health hätten hervortun müssen oder können.

Trotzdem gibt es Ansätze, auf die aufgebaut werden kann.

- Schon heute sind Apotheken in unterschiedlichen Netzwerken aktiv, sei es aufgrund von überregionalen Kampagnen von (halb-)staatlichen Einrichtungen wie der BZgA, des ÖGD oder von Krankenkassen, sei es im Rahmen von Vernetzungen bei bestimmten Erkrankungen.
- In einzelnen Bundesländern wie bspw. in Nordrhein-Westfalen sind gesetzlich fundierte Strukturen ein festes Fundament, auf dem sich lokale Public Health-Netzwerke aufbauen und festigen lassen. Die im ÖGD-Gesetz verankerten Kommunalen Gesundheitskonferenzen bieten für alle im Gesundheits- und Sozialwesen beteiligten Professionen und Institutionen die Möglichkeit der Mitwirkung an bevölkerungsbezogenen Projekten zur Verbesserung von Versorgung, Prävention und Gesundheitsförderung. Darauf sollte aufgebaut werden.
- Apotheken werden in Maßnahmen des öffentlichen Gesundheitsdienstes auf lokaler, Landes- und Bundesebene fast immer eingeplant. Insofern werden die Apotheken als Einrichtung des öffentlichen Gesundheitswesens akzeptiert. Dies zeigt sich bspw. darin, dass Apotheken in die Vorbereitungen zur Bewältigung einer Pandemie eng einbezogen werden.

Allerdings macht die bislang nicht erfolgte Berücksichtigung der Apotheken im Entwurf eines Präventionsgesetzes deutlich, dass eine Einbindung in Public Health-Netzwerke nicht selbstverständlich ist. Insofern ist es für Apotheken und ihre Vertreter sicherlich notwendig, mit verstärktem Engagement zu untermauern, wieso sie als ernsthafte Partner einzubeziehen sind.

Die Arbeit der Vertreter in Public Health-Netzwerken – bspw. in Nordrhein-Westfalen in den Kommunalen Gesundheitskonferenzen – wird von Vertretern der Apothekerschaft noch nicht für ausreichend wichtig erachtet. Eine Umfrage bei diesen Vertretern im Jahr 2008 ließ erkennen, dass das Verständnis für die Notwendigkeit von funktionierenden Netzwerken auf dieser Ebene nicht genug ausgeprägt ist. Zu sehr sind manche noch in der pharmazeutischen Welt

gefangen und es wird nicht ausreichend verstanden, dass Vertreter anderer Professionen und Institutionen andere problembezogene Sichtweisen haben. Sicherlich ist Offenheit für die Probleme anderer von allen gefragt, doch eben auch von Apothekervertretern. Denn sonst fehlt es an Verständnis für Bedeutung und Handlungsmöglichkeiten von Public Health-Netzwerken.

Für die übrigen Teilnehmer ist es meist wenig überzeugend, wenn Vertreter der Apothekerschaft nur dann Mitarbeit signalisieren, wenn es um Arzneimittel oder Impfstoffe geht, die möglichst über die ortsnahen Apotheken bezogen werden sollen. Im Fall einer Pandemie ist die von den Apotheken bereitgestellte Logistik für die übrigen Public Health-Netzwerker sicherlich ein zentrales und wichtiges Thema, nicht aber in den übrigen Zeiten. Hier kommt es darauf an, zu erkennen, welche Potenziale Apotheken zur Unterstützung von Public Health-Maßnahmen einbringen können – sei es als Multiplikatoren von Informationen, sei es als Teilnehmer von Aktionen, sei es als Sensoren für Probleme im Umfeld der Apotheken oder für die Akzeptanz der durchgeführten Maßnahmen und Aktionen des Public Health-Netzwerkes. Erst wenn diesbezüglich eine längerfristig positive Mitarbeit durch Apothekervertreter im Bewusstsein der übrigen Teilnehmer verankert ist, wird das reflexartige Abwinken anderer Beteiligter, es gehe den Apothekern ja doch nur um den Verkauf von Produkten, der Vergangenheit angehören.

Bei Vorbereitung und Durchführung der Veranstaltung ist deutlich geworden, dass eine Sammlung von Beteiligungen von Apothekern an Public Health-Netzwerken fehlt. Ebenso fehlt eine Stelle, die wissenschaftliche Untersuchungen unter Beteiligung von Apothekern und Apotheken sammelt. Insofern war die Auswahl der auf der Veranstaltung gezeigten Projekte sicherlich längst nicht vollständig. Möglicherweise ist dadurch das Bild vom tatsächlich erreichten derzeitigen Stand der Integration der Apotheken in Projekte zu Prävention und Gesundheitsförderung, in Public Health-Netzwerke und in die Versorgungsforschung verzerrt. Deswegen ist eine Projektsammlung notwendig. Zudem wäre eine Strukturierung einer solchen Sammlung nach Evaluationskriterien analog der Datensammlung zum Thema „gesundheitliche Ungleichheit“ der BZgA sehr hilfreich.

Fazit:

Information und Beratung sind Kernaufgaben der Apothekerinnen und Apotheker in öffentlichen Apotheken. Sie dienen der richtigen Anwendung der Arzneimittel und damit der Arzneimitteltherapie des Einzelnen und der Gesundheit der Bevölkerung insgesamt. Sie sollen darüber hinaus den Einzelnen in die Lage versetzen mit seinen Arzneimitteln seine Gesundheitsressourcen zu nutzen und damit seine Gesundheit zu fördern.

Information und Beratung sind aber auch der Schlüssel für die Kommunikation in Public Health-Netzwerken, und zwar in alle Richtungen: Zum Patienten, zu den Ärzten und den andern Heilberufen sowie – wenn man die Apotheke als Teil des öffentlichen Gesundheitswesens ansieht, was sie zweifelsohne ist – zu allen anderen Akteuren des Gesundheits- und Sozialwesens. Und gerade diese Kommunikation der Apotheker mit den anderen Akteuren von Public Health, diese Information und Beratung über den Einzelfall hinaus, birgt das Potenzial, wovon es in dieser Publikation geht:

- Apotheken bieten ein Potenzial für Prävention und Gesundheitsförderung sowie für die Mitarbeit in Public Health-Netzwerken, sie sollten dieses Potenzial nutzen, sich in bestehende Netzwerke verstärkt integrieren und erfolgreiche Mitarbeit nach außen darstellen.

- Mindestens eine unabhängige wissenschaftliche universitäre Einrichtung ist notwendig, die sich bezogen auf Public Health mit dem Geschehen und den Möglichkeiten in Apotheken intensiv beschäftigt. Die universitäre Medizin bietet in Forschung und Lehre an einigen Universitäten den Bereich der Allgemeinmedizin an. Allgemeinpharmazie existiert in Deutschland nur als Fachgruppe der Deutschen Pharmazeutischen Gesellschaft bzw. als Weiterbildung (2006 entstanden aus der Weiterbildung zum Offizin-Apotheker). Universitäre Forschung kann derzeit gemessen am Bedarf nur in geringem Ausmaß am Institut für Klinische Pharmakologie der Charité, Humboldt-Universität Berlin, betrieben werden (www.arzneimittel-epidemiologie.de). Die Forschungen im Bereich klinischer Pharmazie stützen sich bisher fast ausschließlich auf naturwissenschaftliche Methodiken. Zwar konnten auch an anderen Universitäten einzelne wissenschaftliche Arbeiten in einem interdisziplinären Rahmen durchgeführt werden, wie die Veranstaltung gezeigt hat, doch reicht das Niveau im Vergleich zu sozialpharmazeutischer Forschung in anderen Ländern längst nicht aus, um international mithalten zu können.
- Einige Apothekerinnen und Apotheker haben seit Bestehen von Public Health-Aufbaustudiengängen diese Weiterqualifikationen durchlaufen. Leider gibt es derzeit keine Übersicht, wie sie ihr erweitertes Wissen in der Berufspraxis umsetzen. Aber der Bedarf an in Public Health ausgebildeten Apotheker/innen ist da, um die Vertretung der Apotheken in Netzwerken effektiver zu gestalten. Daher sollte hier investiert werden, zum Beispiel im Rahmen von Aus-, Fort- und Weiterbildung. Lehrinhalte könnten auch in einer zu etablierenden (sozialpharmazeutischen) universitären Einrichtung vermittelt werden. An Forschung Interessierte könnten dort im Anschluss an die Aus-/Weiterbildung Forschung betreiben.
- Eine Weiterbildungsmöglichkeit der Apothekerkammern im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung wird von einigen Apothekerkammern angeboten. Aber wer absolviert sie und was sind die kurzfristigen und langfristigen Ergebnisse? Reicht die Bereichsweiterbildung aus, um die Dynamik im Gesundheitswesen, die durch die Ottawa-Charta maßgeblich beeinflusst wurde, für die Weiterentwicklung der Apotheken als Teil des öffentlichen Gesundheitswesens zu nutzen? Reicht sie aus, um die Gesundheitsförderung in den Apotheken zu verankern? Inwieweit wird durch die Bereichsweiterbildung die Zusammenarbeit in Public Health-Netzwerken verbessert? Wie könnte eine Anbindung an unabhängige gesundheitswissenschaftliche Einrichtungen aussehen? Wünschenswert wäre eine intensive Analyse der Ergebnisse der Weiterbildungsmöglichkeit und eine Diskussion über die damit erreichbaren Ziele.
- Für die Weiterentwicklung der Gesundheitsförderung mit Nutzung der Apotheken sind Apothekerinnen und Apotheker notwendig, die in Studien den Wert der Apotheke in der Versorgung und im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung ergebnisoffen messen (lassen).
- Außerdem ist darüber zu diskutieren, wie neue Strukturen innerhalb des bestehenden Apothekenwesens aufgebaut werden können, die solche Studien ermöglichen. Es geht darum, neue Leistungen in Apotheken auf ihre Umsetzbarkeit und Wirksamkeit für eine bessere Versorgung und Gesundheitsförderung im Rahmen valider Forschung zu überprüfen. Interventionen müssen bspw. in ausreichend vielen Apotheken in gleichem Ausmaß und gleicher Qualität umgesetzt werden, um genügend Datenmaterial zu Forschungszwecken zu erhalten. Es ist notwendig zu diskutieren, welche strukturellen Voraussetzungen für eine Versorgungsforschung notwendig sind, um aussagekräftige Ergebnisse zu erhalten. Evi-

denzbasierte Pharmazie ist notwendig, wenn neue oder intensiviertere Dienstleistungen im Bereich der Versorgung und Gesundheitsförderung durch die Krankenkasse extra honoriert werden sollen.

- Wir brauchen eine Orientierung an Gesundheitsförderung und an Public Health, wenn es darum geht, pharmazeutische Leistungen – vor allem Information und Beratung – den aktuellen Erfordernissen anzupassen: z.B. bei der Pharmakovigilanz, bei der Selbstmedikation, bei Information und Beratung des Einzelnen wie auch von Selbsthilfegruppen und anderen Public Health-Netzwerken sowie bei der Weiterentwicklung der übrigen pharmazeutischen Dienstleistungen.
- Wir brauchen eine Bereitschaft in der Apothekerschaft, sich mit ihrem Berufsverständnis verstärkt auseinander zu setzen. Dazu muss auch das äußere Erscheinungsbild der Apotheke einbezogen werden. In Apotheken sollte erkennbar und erlebbar sein, dass die Gesundheit der Bevölkerung im Vordergrund steht und nicht die verkaufsorientierte Produktpäsentation.
- Aufbau und Ausbau von Apothekenräumen sowie ein ausreichendes personelles Angebot der Apotheken sollten den Patienten signalisieren, dass sie in der Apotheke ihre gesundheitlichen Probleme in einer persönlichen Atmosphäre besprechen können (Vertraulichkeit der Beratung).

Der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) hat ein Interesse an einer besseren Integration der Apotheken in Public Health-Netzwerke und an der verstärkten Nutzung ihrer Potenziale für Prävention und Gesundheitsförderung sowie für die Versorgung der Bevölkerung mit Gesundheitsdienstleistungen in und außerhalb von Apotheken. Deswegen war es an der Zeit, dieses Thema aufzugreifen. Aufgrund der besonders guten nordrhein-westfälischen Voraussetzungen mit der Verankerung der Sozialpharmazie im ÖGD-Gesetz sowie von Apothekerinnen und Apothekern als Amtsapotheker im kommunalen ÖGD war dies möglich. Es ist zu hoffen, dass die Initiative und weitere Schritte auf diesem Weg Anreize bieten, sich mit diesem Thema verstärkt auseinanderzusetzen.

Den beiden Apothekerkammern Nordrhein und Westfalen-Lippe sei gedankt, dass sie durch finanzielle Beteiligung eine beitragsfreie Teilnahme an der Tagung am 26. und 27. Mai 2009 für alle Apothekerinnen und Apotheker ermöglichten.

TEIL II

Dokumentation der Veranstaltung

Dr. Silke Fehlemann, Universität Düsseldorf

Entwicklung der Gesundheitswissenschaften und aktuelle Herausforderungen der Gesundheitsförderung

Einleitung

Ich möchte heute einen Einblick in die Entwicklung der Gesundheitswissenschaften in Deutschland geben. Es wird natürlich nur ein grober Überblick sein, aber ich hoffe, dass er Ihnen hilft, Chancen und Risiken der Gesundheitsförderung zu erkennen.

Ich werde auf die experimentelle und soziale Hygiene eingehen, auf die Entwicklung dieser Gesundheitswissenschaften und dann auf die Rassenhygiene in der Weimarer Republik und im Nationalsozialismus, um anschließend die Entwicklung von Public Health – von Public Health als Wissenschaft, von Public Health als Politik – nach 1945 zu beschreiben. Und dann bin ich gebeten worden, aus der Sicht der Historie noch auf aktuelle Herausforderungen einzugehen. Das kann ich nur ganz grob machen, weil ich keine Apothekerin bin und von daher in erster Linie als Historikerin Stellung beziehen kann.

Zum Begriff Public Health

Wenn wir Historiker uns das Thema anschauen, dann blicken wir häufig erst einmal auf die Geschichte der Begriffe. Und dies ist auch beim vorliegenden Thema wertvoll. Herr Puteanus hat es schon angesprochen. Der Begriff der Gesundheitswissenschaften wird in der aktuellen Diskussion häufig synonym zum Terminus Public Health verwendet. Als die ersten Studiengänge in diesem Bereich eingerichtet wurden, auch die ersten Forschungsverbände mit ihrer Arbeit anfangen, waren diese tatsächlich sehr stark von der angloamerikanischen Public Health-Forschung und vor allem durch die Ottawa Charta der WHO beeinflusst.

Zentrale Punkte der Ottawa-Charta

1. Eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik entwickeln
2. Gesundheitsförderliche Lebenswelten schaffen
3. Gesundheitsfördernde Gemeinschaftsaktionen unterstützen
4. Persönliche Kompetenzen entwickeln
5. Die Gesundheitsdienste neu orientieren

Noch einmal ganz kurz zur Erinnerung: Viele Punkte der Ottawa-Charta haben der Public Health-Entwicklung und -Politik in Deutschland einen erheblichen Schub gegeben, das darf man nicht vergessen. Da diese Diskussion vor allem im angloamerikanischen Bereich weit vorangeschritten war, verwendete man in den ersten Jahren in Deutschland ebenfalls den Terminus „Public Health“. Erst in den letzten Jahren wird zunehmend der Begriff der Gesundheitswissenschaften benutzt. Ich denke, dass dieser Wandel vom Begriff „Public Health“ zum Begriff Gesundheitswissenschaften auch etwas mit der historischen Betrachtung zu tun hat: denn man hatte sich während des Aufbaus gesundheitswissenschaftlicher Einrichtungen in Deutschland verstärkt auch für historische Wurzeln in Deutschland interessiert. Dabei wurde erkannt, dass die Gesundheitsförderung und auch die Gesundheitswissenschaften in Deutschland schon eine sehr lange und wichtige Tradition hatten, dass diese Tradition aber durch den Nationalsozialismus und den zweiten Weltkrieg durchbrochen worden ist. Diese älteren Gesundheitswissenschaften, die noch vor dem Zweiten Weltkrieg die Gedanken der Gesundheitsförderung praktisch umsetzten, möchte ich Ihnen im Folgenden nahe bringen und dabei herausarbeiten, dass dabei bereits wichtige Punkte der Ottawa-Charta verwirklicht wurden.

Gesundheitsförderung vor dem Ersten Weltkrieg

Schon vor etwa 120 Jahren entwickelte sich in Deutschland eine Hygienepolitik, die unter dem Begriff der Sozialen Hygiene die Gesundheit breiter Schichten der Bevölkerung stärken wollte. Die Sozialhygiene war eine zahlenmäßig sehr große Bewegung, die auch international einflussreich war. Ich erläutere jetzt kurz, wie diese soziale Hygiene entstanden ist und wie sie auch praktisch angewendet wurde.

In den letzten Jahrzehnten des 19. Jahrhunderts rückten neue Gefahren für weite Teile der Bevölkerung in den Mittelpunkt des politischen Interesses. Besonders der Bevölkerung in den zum Teil in atemberaubender Geschwindigkeit wachsenden Städten drohten Gesundheitsgefährdungen durch Industrialisierung auf der einen Seite und Verdichtung in den Städten auf der anderen Seite. Die industrielle Arbeit und die schlechten bis katastrophalen Wohn- und Lebensverhältnisse der arbeitenden Schichten ließen Krankheiten und Gefahren aufkommen, die bis dato kaum beachtet wurden. Insbesondere die Tuberkulose grassierte in diesem Zeitraum als klassische Arbeiterkrankheit besonders stark. Auch die Cholera gehörte zu den Krankheiten, die sich durch diese Wohn- und Lebensumstände stark verbreiten konnte. Besonders problematisch waren in den Wohnungen das geringe Licht und die unzureichende Luftzufuhr. Die besseren Wohnungen waren den höher gestellten, besser verdienenden Gruppen vorbehalten. Für die wachsende Arbeiterschicht gehörte vor allem das Wohnen in Mietskasernen zur Normalität.

Des Weiteren fehlte es an einer ausreichenden Ernährung für alle Familienmitglieder. Mangelernährung, wenn nicht sogar Hunger, waren eigentlich ständige und nicht zu verleugnende Begleiterscheinungen des Industrialisierungsprozesses. Und in weiten Teilen der arbeitenden Schichten waren darüber hinaus grundlegende Aspekte der Hygiene und Krankheitsvermeidung nicht bekannt. So wurde die Ersatzmilch für den Säugling häufig auf der Fensterbank aufbewahrt, wo sie der Sonneneinstrahlung ausgesetzt war, was zu lebensgefährlichen Magen-Darm-Erkrankungen führte. Dass dies statistisch von erheblicher Bedeutung war, lässt sich an den demographischen Kurven aus dieser Zeit erkennen, da es jeweils einen sehr starken Sommergipfel der Säuglingssterblichkeit gab.

Nun kann man nicht generell sagen, dass es den Menschen unter den Bedingungen der Industrialisierung in Deutschland durchschnittlich viel schlechter gegangen sei als davor. Darüber sind sich die Historiker weitgehend einig, aber die öffentliche Wahrnehmung war eine andere. Die Verstädterung hatte zu einer Bevölkerungsballung geführt und die bürgerlichen Honoratioren und die bürgerlichen Schichten konnten die Krankheiten der Arbeiterschicht nun sehen. Die Ansteckungsgefahr, das Elend und die Unsauberkeit standen mit einem Mal direkt vor der Haustür.

Gründe für das Erstarken der Sozialhygiene

- Industrialisierung und Verstädterung, deswegen
 - ◆ Infektionen wie Tuberkulose und Cholera
 - ◆ schlechte Ernährungssituation
 - ◆ schlechte Wohnsituation
- Verstärkte Wahrnehmung der Probleme vor der Haustüre der Bürger
- Furcht vor sozialen Unruhen
- Profitausfall bei hohem Krankenstand

Das war der eine Grund für ein wachsendes Engagement der bürgerlichen Schichten. Weitere Gründe waren sicherlich auch die Furcht vor sozialen Unruhen sowie der Profitausfall bei einem hohen Krankenstand.

Zunächst konnte man sich die Form der Ansteckung noch nicht wirklich erklären. Um 1850 waren die Bakterien und Viren noch nicht bekannt. Die Krankheiten kamen nach der damaligen Vorstellung oft aus dem Boden oder aus der Luft in Form von giftigen, faulenden Dämpfen. Das war die sogenannte Miasmen-Theorie, die vor allem in der experimentellen Hygiene von Max von Pettenkofer (1818-1901) im 19. Jahrhundert vertreten wurde. Und auch in der Kleidung und den Lebensmitteln sollten die schlechten Dämpfe die Krankheitsverursacher sein.

Diese experimentelle Hygiene, wie man dieses medizinische Fach nannte, stand schon auf dem Boden naturwissenschaftlicher Methodik. Das heißt, man achtete bereits darauf, ob Arbeiter in Stadtteilen, in denen es eine Kanalisation gab, eher krank wurden als in Stadtteilen, in denen es keine Kanalisation gab. Man arbeitete auch schon nach Versuchsanordnungen, deshalb auch „experimentelle Hygiene“.

Das Interessante ist sicherlich, dass die ergriffenen Maßnahmen die richtigen waren, auch wenn die Vorannahmen (die Miasmentheorie), wie wir heute wissen, nicht richtig waren. Umgebungsbezogene hygienische Maßnahmen wurden umgesetzt, die man als „städtische Assanierung“ bezeichnete. Dazu gehörten die Errichtung einer hygienischen Infrastruktur durch Kanalisation und fließend Wasser in den Wohnungen. Neue Wohnanlagen mit mehr Licht und mehr Luft wurden ebenso in Angriff genommen wie einschneidende Eingriffe in das Stadtbild. Die Straßen wurden verbreitert, Häuserzeilen wurden wenn möglich nicht mehr so eng aneinander gebaut. Das erkennt man heute noch daran, dass in den so genannten Altstädten die Häuser sehr viel näher aneinander liegen und die Gassen noch sehr viel enger sind als in den Teilen, die im späten 19. Jahrhundert erbaut wurden. Grünanlagen, Müllentsorgung und Lebensmittelhygiene gehörten ebenfalls zu diesen Maßnahmen.

Die Umsetzung dieser Programme dauerte jedoch sehr lang, so dass sich die Lebenssituation für viele Menschen hier erst sehr langsam änderte. Die Besserverdienenden konnten eher in die Stadtrandgebiete ziehen. Dort konnten stadtplanerische Maßnahmen auch wirksamer greifen.

Diese umgebungsbezogene Form der Gesundheitsprävention wurde um die Jahrhundertwende durch eine „zugehende Gesundheitsfürsorge“ ergänzt. Diese Form der Gesundheitsförderung hat sich stärker aus der kommunalen Armenfürsorge entwickelt. Im Gegensatz zu der umgebungsbezogenen Hygiene der Assanierung kann man die Neuform der Gesundheitsmaßnahmen als „gruppenbezogene Gesundheitsfürsorge“ bezeichnen. Denn sie richtete sich nicht mehr auf die Umgebung der Arbeiter, also auf das Wasser, auf das Grundwasser, auf den Boden, auf die Kleidung, sondern eben auf die Lebensweise, auf die gesundheitsgefährdeten Gruppen von Menschen und deren Lebensweise.

Damit es zu diesen Maßnahmen kam – wir würden heute von Gesundheitsförderung in Settings sprechen – war allerdings Voraussetzung, dass erst einmal einige politische und wissenschaftliche Faktoren zusammen kamen. Insgesamt hat es zum Ende des 19. Jahrhunderts erstmals einen erheblichen Professionalisierungsschub der akademischen Medizin gegeben. Verbesserte Operationstechniken, der Ausbau der Krankenhäuser, vor allen Dingen der Wandel der Krankenhäuser von der Verwahrung kranker Menschen zu Heilungseinrichtungen, spielten eine wichtige Rolle. Weitere Entwicklungen in der Medizin trugen dazu bei, dass die Medizin als Dienstleister tatsächlich auch nachgefragt wurde. Erste medizinische Erfolge im Kampf gegen Krankheiten zeigten sich z.B. in der Pockenbekämpfung. Die Pockenschutzimpfung hatte sich schon 1874 soweit durchgesetzt, dass sie zum Reichsgesetz erhoben wurde.

Auch in der Bakteriologie, etwa gegen den Typhus, wurden bereits Ende des letzten Jahrhunderts Erfolge erzielt. Robert Koch (1843-1910) hatte in einem Feldversuch im Südwesten Deutschlands umfassende Maßnahmen zur Typhusbekämpfung eingeleitet. Und deswegen ist es auch nicht verwunderlich, dass aus dieser Richtung der Bakteriologie Ende des 19. Jahrhunderts die Krankheitserklärung durch die Miasmen-Theorie – damit auch die experimentelle Hygiene – bestritten wurde, dies vor allem von der Bakteriologie, die eng mit dem Namen Robert Koch verbunden ist. Der Streit zwischen Pettenkofer und Koch gedieh sogar so weit, dass Herr Pettenkofer in München ein Glas mit Cholerabakterien während einer Vorlesung trank, um Robert Koch zu beweisen, dass das tatsächlich nicht die Krankheitserreger sein können, und Herr Pettenkofer erkrankte tatsächlich nicht.

Die Koch'sche Bakteriologie sah die Ursache der Krankheit und auch der Seuchen ausschließlich in spezifisch wirkenden Keimen begründet. Ansatzpunkt der Bekämpfung wurde somit die wissenschaftliche Erforschung und Isolierung der Keimträger.

Erste Ansätze zur „Gesundheitsförderung“

- vor dem ersten Weltkrieg
- „experimentelle Hygiene“
- städtische Assanierung
- zugehende Gesundheitsfürsorge
- positiv beeinflussende Faktoren
 - ◆ Professionalisierungsschub der akademischen Medizin
 - ◆ Auflösung familiärer Strukturen durch Industrialisierung

Auch politisch hatte sich einiges verändert. Die Industrialisierung hatte sich weiträumig durchgesetzt, die Politik musste auf die wachsenden sozialen Veränderungen der Bevölkerung durch industrielle Arbeit reagieren. Wir kennen solche Probleme bis heute: familiäre Versorgungssysteme durch Krankheit und Alter funktionieren in einer mobilen Gesellschaft immer weniger. Heute erkennt man diese Problematik daran, dass die Pflegeversicherung notwendig wurde, nachdem familiäre Strukturen aufgrund wachsender Mobilität nicht mehr ausreichend vorhanden sind. Der Staat muss auf solche neuen gesellschaftlichen Herausforderungen reagieren, will er sozialen Unruhen vorbeugen.

Neben anderen Faktoren, auf die hier nicht näher eingegangen werden kann, waren diese neuen gesellschaftlichen Gegebenheiten maßgeblich für das Engagement staatlicher Stellen zur Bekämpfung der Armut. Was gab es bis dato für Absicherungsmöglichkeiten im Fall extremer Armut? Das war vor allem die kommunale Armenfürsorge. In Berlin gab es 30 Armenärzte zum Ende des 19. Jahrhunderts und damit viel zu wenig für den großen Anteil an verarmter Bevölkerung in dieser Metropole. Die Armenfürsorge und auch die medizinische Armenversorgung stand auf absolut niedrigstem Niveau. Die lebensnotwendigen Existenzkosten konnten kaum gedeckt werden. Zudem hatte die Armenfürsorge extrem kontrollierenden und diskriminierenden Charakter, wie z.B. den Verlust des Wahlrechts. Dazu kam die Kontrolle durch die Armenpfleger, die alle zwei Wochen nachschauten, ob die Familie sittlich einwandfrei lebte. Insgesamt war dieses System der kommunalen Armenversorgung extrem lückenhaft.

Otto von Bismarck (1815-1898) stellte mit seinen Mitarbeitern das System auf eine staatliche und umfassendere Basis. Einerseits sollten die größten Missstände beseitigt werden, andererseits ging es ihm auch darum, im Zuge der Sozialistengesetze (Einschränkung der politischen Arbeit der Sozialdemokratischen Partei) die Arbeiter als Ausgleich zu dieser Gesetzgebung an

den Staat zu binden. Trotz dieser politischen Absichten entstand eine staatliche Versorgung, wenn auch noch in den Anfängen mit sehr rudimentärem Charakter. Die staatlichen Maßnahmen – die Sozialversicherungen – zielten auf die Absicherung der Risiken durch Unfälle, Krankheit, Alter und Invalidität ab.

Durch die staatliche Absicherung konnten auch kommunale Gelder freigesetzt werden, die die Städte zum Ausbau ihrer Fürsorgemöglichkeiten verwenden konnten. Im Rahmen dieser kommunalen Armenfürsorge, die sich später zu einer umfangreichen Gesundheitsfürsorge ausdifferenzierte, wurden vor allem Einrichtungen der so genannten zugehenden Fürsorge sowie Beratungsstellen auf- und ausgebaut. In diesen Beratungsstellen konnte sich die Bevölkerung für alle gesundheitsrelevanten Lebensbereiche Ratschläge für eine hygienische Lebensführung holen. Unter der jeweiligen Spezialbezeichnung, z.B. Säuglings- und Mütterberatungsstelle, Tuberkulosefürsorgestelle oder Trinkerfürsorgestelle, wurde die jeweilige Klientel angesprochen.

Vom heutigen Standpunkt aus wichtig ist die Breite dieser Bewegung, denn es handelte sich nicht um einzelne wenige Projekte der städtischen Gesundheitsfürsorgepolitik, sondern um eine breit vernetzte Bewegung. Nicht nur die dort beschäftigten, oft auch politisch aktiven Ärzte haben die Entwicklung vorangetrieben, sondern auch kommunale Politiker und eine bürgerliche Vereinskultur, vor allem auch Frauenvereine. Nicht selten konnte man die typische Konstellation beobachten, dass der Ehemann ein kommunaler Politiker im städtischen Rat war, während sich seine Frau im bürgerlichen Frauenverein ehrenamtlich ebenfalls in dieser sozialreformerischen Gesundheitsfürsorge engagierte.

Die wissenschaftliche Sozialhygiene fragte nach der gesellschaftlichen Lage der Kranken und rückte somit die Lebens-, Wohn-, und Arbeitsverhältnisse in den Mittelpunkt ihres Ansatzes.

Auch auf der wissenschaftlichen Seite zeigt die Sozialhygiene viele Parallelen zu aktuellen Ansätzen in den Gesundheitswissenschaften. So hatten die Ergebnisse der Bakteriologie zwar gezeigt, um welche Erreger es sich bei zahlreichen Krankheiten handelt, aber es war immer noch nicht geklärt, warum Infektionen sehr variabel auftraten und bestimmte Krankheiten vor allem besondere gesellschaftliche Gruppen befielen. Immer häufiger wurde die Notwendigkeit erkannt, die soziale Lage der Erkrankten mehr als bisher zu berücksichtigen. Daher fragte die Sozialhygiene nach der gesellschaftlichen Lage der Kranken und rückte somit die Lebens-, Wohn-, und Arbeitsverhältnisse in den Mittelpunkt ihres Ansatzes. Die Menschen bzw. einzelne Gruppen der Gesellschaft, die als besonders gefährdet galten, rückten in das Blickfeld der Sozialhygiene. Deshalb war auch die Sozialwissenschaft neben der Medizin ein zentrales Standbein. Die Blüte der Sozialstatistik fällt in diese Zeit und gehörte zu den wichtigsten Werkzeugen der damaligen Gesundheitswissenschaften. Gerade weil die therapeutischen Möglichkeiten Ende des 19. Jahrhunderts noch nicht besonders fortgeschritten waren – es gab noch keine Antibiotika –, wurde versucht, die sozialen Verhältnisse der Betroffenen zu verbessern, um auch prophylaktisch wirken zu können.

Am Beispiel der Mütter- und Säuglingsfürsorge, die damals bei ca. 20 % Säuglingssterblichkeit eine ganz große Rolle spielten, lässt sich dies gut erkennen. Mit der wachsenden Bedeutung einer Bevölkerungspolitik wurde gerade diese Säuglingsfürsorge zu einem zentralen Feld der Fürsorge und Beratungsarbeit. Eine ganz wichtige Kampagne galt dem Stillen. Arthur Schlossmann

(1867-1932), nach dem später die Schlossmann Kinderklinik benannt wurde, war in der Region Düsseldorf ein Pionier dieser Mütter- und Säuglingsfürsorge.

Mit der Stillpropaganda wollte man verhindern, dass den Säuglingen bakteriell verseuchte Milch gegeben wurde. Dieser Ansatz war zum Teil sehr unrealistisch, weil die Mütter teilweise 8 bis 12 Stunden in den Fabriken oder als Landarbeiterinnen arbeiten mussten, während die Kinder von Geschwistern oder anderen Verwandten betreut wurden. Aber man versuchte, die Mütter über Stillprämien, die man bar auszahlte, zum Stillen anzuregen. In der Beratungsstelle wurde der Säugling außerdem gewogen und untersucht und die Mutter beraten, wie sie ihr Kind ernähren und wie sie es waschen und pflegen sollte.

Wenn das Kind erkrankt war, durfte es allerdings nicht behandelt werden. Die Fürsorgestellen hatten in solchen Fällen die Kinder an die niedergelassene Ärzteschaft zu überweisen. Der Zulauf der Fürsorgestellen lässt sich nicht generalisieren. Einige konnten sehr hohe Besucherzahlen vermelden, andere dagegen mussten um ihre Existenz kämpfen.

In der Region Düsseldorf wurden zudem Wanderlehrerinnen für die Gesundheitsfürsorge eingestellt, die in ländlichen Gebieten hygienische Kenntnisse vermitteln sollten, was übrigens gar nicht so einfach war. Denn teilweise durften junge Mädchen gar nicht an diesen Kursen teilnehmen, weil dies als unsittlich galt. Denn – so wurde argumentiert – es wurden Themen behandelt, von denen sie gar nicht viel wissen sollten. Säuglingsfürsorge galt als moralisch nicht völlig einwandfrei.

Die Säuglingsfürsorge und Wohlfahrtspflege im Regierungsbezirk Düsseldorf war zu dieser Zeit aber eine Vorzeigeorganisation, die im zeitgenössischen Vergleich Standards setzte. Grundsätzlich richteten die Sozialhygieniker ihren Blick helfend und vorbeugend auf den lebenden Menschen. Viele sozialdemokratische und liberale Ärzte waren in diesem Bereich engagiert. In der gesellschaftspolitischen Diskussion schlossen sie auch schon die zukünftige Generation mit ein, und ihr Blick richtet sich auf die Volksgesundheit und nicht nur auf den individuellen Menschen. Trotzdem wurde die Sozialhygiene grundsätzlich von einem egalitären Menschenbild getragen und achtete das Individuum und dessen Rechte.

Als problematisch erwies sich in diesen Beratungsstellen, dass die Leute freiwillig kommen mussten oder man nur Menschen betreuen konnte, die unter Polizeiaufsicht standen, bspw. uneheliche Mütter, die grundsätzlich unter ortspolizeilicher Kontrolle standen. Diese Klientel konnte gezwungen werden, in die Beratungsstellen zu gehen. Anderen Personengruppen mussten Anreize gegeben werden, wie bspw. Stillprämien an junge Mütter. Im Kaiserreich hatte man jedoch kaum umfassenden Zugang zu den Bevölkerungsgruppen, die besonders von den zu bekämpfenden Krankheiten wie Tuberkulose betroffen waren.

Weimarer Republik

In der Weimarer Republik hatte sich die Situation ein bisschen verbessert. Die Schulgesundheitsvorsorge konnte jetzt in den Schulen eine ganze Generation von jungen Menschen erreichen. Insgesamt konnte die Sozialhygiene in der Weimarer Republik ihren Einfluss zunächst erheblich ausbauen, denn die Politiker und Reformer dieser jungen Republik setzten auf Dezentralisierung und auf kommunale Gesundheitsfürsorge. Nicht nur die Fürsorgestellen sondern auch die kommunalen Gesundheitsämter wurden ausgebaut, und in vielen Städten entwickelte sich eine gut verzahnte Familien- und Gesundheitsfürsorge.

**Reformer in der Weimarer Republik bauten die Sozialhygiene
mittels dezentraler und kommunaler Gesundheitsfürsorge erheblich aus.
Gesundheit hatte in der Weimarer Republik
Verfassungsrang**

Man muss jedoch auch Folgendes sehen: Auf der einen Seite professionalisierte sich die Fürsorge, es gab ganz viele verschiedene Abteilungen für Gesundheitsfürsorge, die auch gut miteinander vernetzt und verzahnt waren. Auf der anderen Seite wurde auch deutlich, dass man einen sehr hohen Anspruch hatte. So hatte Gesundheit in der Weimarer Republik Verfassungsrang bekommen. Aber man konnte viele Versprechen, die man öffentlich gegeben hatte, so nicht halten und umsetzen. Historiker kritisieren heute, man sei damals in gewisser Hinsicht einem sozialtechnischen Machbarkeitswahn gefolgt, indem man hoffte, über viele verschiedene Zweige der Gesundheitsfürsorge die sozialen Probleme umfassend lösen zu können. Sicherlich muss man auch sehen, dass die Finanzierung der neuen Einrichtungen nicht auf soliden Füßen stand. Gerade in der Zeit wirtschaftlicher Krisen – und das kommt uns heute wohl bekannt vor – wurden die Aufgaben allzu oft auf die Kommunen abgewälzt, die wiederum finanziell von den abnehmenden Dotationen des Reiches abhängig waren. Dies führte auf der einen Seite zu einer hohen Erwartungshaltung, auf der anderen Seite aber zu schwierigen politischen und wirtschaftlichen Verteilungskämpfen.

Von der Sozialhygiene zur Rassenhygiene

Nicht zuletzt die enttäuschten Erwartungen waren eine zusätzliche Grundlage für das Erstarken der Rassenhygiene. Diese entwickelte sich zwar schon in den letzten Jahren vor dem ersten Weltkrieg, war aber erst in der Weimarer Republik von wissenschaftlicher Bedeutung. Ihre Vertreter kritisierten auf der organisatorischen Ebene die angebliche Zersplitterung des kommunalen Gesundheitswesens und forderten eine staatliche zentralisierte Gesundheitspolitik. Aber nicht nur auf dieser organisatorischen Ebene, sondern auch auf der wissenschaftlichen Seite gab es große Unterschiede zur Sozialhygiene, aber eben auch einige Überschneidungen.

**Auf der wissenschaftlichen Seite gab es große Unterschiede
zwischen Rassenhygiene und Sozialhygiene, aber eben
auch einige Überschneidungen**

Die Grundideen der Rassenhygiene wurden abseits ihrer späteren deutschen Zuspitzung aus der internationalen Debatte entnommen. Im Kaiserreich war die Rassenhygiene trotz propagandistischem Aufwand im Grunde noch eine Bewegung von wissenschaftlichen Außenseitern. Sie beruhte auf sozialdarwinistischen Theorien, die sich in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts in Europa und in den USA verbreiteten.

In Deutschland sind vor allem zwei Wegbereiter der Rassenhygiene zu nennen, Wilhelm Schallmeyer (1857-1919) und Alfred Ploetz (1860-1940). Für sie und ihre Schüler hatte sich die Rassenhygiene mit zwei Problemen zu beschäftigen. Zum einen mit der so genannten Fortpflanzungsauslese, zum anderen mit dem so genannten Reproduktionsverhalten der Lebenstüchtigen. Im Bereich Fortpflanzungsauslese forderten die Vertreter als praktische Konsequenz ein Eheverbot, Zwangsasylie oder Sterilisation für Träger so genannter schlechter Erbanlagen. Beim Reproduktionsverhalten der „Lebenstüchtigen“ sollten die Träger „guter“ Erbanlagen gefördert werden. Vorgeschlagen wurden hier Steuervergünstigungen, Kinderzulagen und z.B. die Eindämmung der außerhäuslichen Frauenarbeit.

Rassenhygiene umfasste im Verständnis von Ploetz „alle theoretischen und praktischen Maßnahmen um Entartung zu verhindern“. Damit schnitt die Rassenhygiene ein Thema an, das seit den Arbeiten von Arthur de Gobineau (1816-1882) bereits in einer anderen Disziplin diskutiert wurde, nämlich der Rassenlehre und der Rassenkunde. Gobineau hatte Mitte des 19. Jahrhunderts in einem 4-bändigen Werk über die Ungleichheit der menschlichen Rassen die Bedeutung der weißen arischen Rasse als Rassenelite herausgestellt. Diese sei zum Untergang verdammt, sofern nicht entscheidende Maßnahmen ergriffen würden. Die Weltgeschichte war für Gobineau Rassengeschichte. Ging Gobineau von einem möglichen Untergang der weißen Rasse durch Dekadenz und Rassenmischung aus, so wurden seine Ideen von Houston Stewart Chamberlain (1855-1927) einige Jahre später in veränderter Form aufgegriffen. Chamberlain stellte in seinem Werk im Gegensatz zu Gobineau das Germanentum in den Vordergrund, das seiner Auffassung nach nicht vom Untergang bedroht sei, sondern im Gegenteil höher gezüchtet werden könnte. Die Rassendiskussion konzentrierte sich nicht zuletzt durch Chamberlain zunehmend auf die germanische Rasse und damit auch auf die arische Rasse, die insofern begrifflich gleichgestellt wurde.

Die Vertreter der Rassenhygiene gingen davon aus, dass der qualitative Unterschied von Menschen grundlegend bereits im Keimplasma angelegt war, die erworbenen Eigenschaften konnten in diesen Vorstellungen nicht weitervererbt werden. Aus dieser Perspektive heraus war ihr Ansatz nicht an helfenden und unterstützenden Strukturen orientiert, sondern eben exkludierend, also ausschließend.

**Auch in der Sozialhygiene wurden schon
Eheberatungen für Menschen angeboten, die
als minderwertig oder erbkrank angesehen wurden.**

Während die Rassenhygiene bis Anfang der 1930er Jahre immer noch eine Außenseiterposition einnahm bzw. nicht von enormer wissenschaftlicher Bedeutung war, prägte die Sozialhygiene und deren praktische Umsetzung die präventiv ausgerichtete Gesundheitsfürsorge. Aber auch in der Sozialhygiene wurden schon Eheberatungen für Menschen angeboten, die als minderwertig oder erbkrank angesehen wurden. Außerdem wurde die Fortpflanzung von so genannten Minderwertigen in Frage gestellt, z.B. durch deren Sterilisation. Auch die Frage nach einer Euthanasie von Minderwertigen wurde bereits im Bereich der Sozialhygiene diskutiert. Zudem lässt sich feststellen, dass die wirtschaftliche Entwicklung, die ja gegen Ende der Weimarer Republik zunehmend schwieriger wurde, sparsamere rassenhygienische Maßnahmen oder kostengünstigere rassenhygienische Maßnahmen favorisierte. Denn es war teurer, den so genannten Erbschwächeren oder Minderwertigeren fördernd unter die Arme zu greifen als nichts für sie zu tun.

Trotzdem bedurfte es zunächst der politischen Veränderung, um die spezifisch nationalsozialistische Gesundheitspolitik durchzusetzen. Diktatur und staatlicher Zentralismus waren die politischen Grundlagen auf denen sich die so genannte Erb- und Rassenpolitik durchsetzen konnte. Das nationalsozialistische Konzept beruhte auf einer biologistischen Gesellschaftsdeutung. Die Teile der Bevölkerung, die den nationalsozialistischen Vorstellungen einer arischen Rasse aus politischen, religiösen, ethnischen oder eben rassistischen Gründen nicht entsprachen, sollten aus der propagierten Volksgemeinschaft ausgeschlossen werden. Der Begriff der Rasse erhielt durch den Nationalsozialismus eine zentrale und für die Ausgegrenzten auch eine existenzielle Bedeutung. Auf den Begriff Rasse wurde auch die Gesundheitspolitik ausgerichtet.

Anstelle des auf demokratischen Grundlagen basierenden inkludierenden, also einschließenden Gesundheitswesens der Weimarer Republik trat nunmehr ein exkludierender (ausschließender) rassenhygienischer, rassenkundlicher Gesundheitsbegriff.

Öffentlicher Gesundheitsdienst im Dienste der Rassenhygiene

Dazu war der öffentliche Gesundheitsdienst, wie nunmehr das staatliche Gesundheitswesen auf der unteren Verwaltungsebene hieß, auch komplett zentralisiert, also verstaatlicht worden. Und dieser Gesundheitsdienst wurde zur entscheidenden Instanz in der praktischen Durchsetzung der nationalsozialistischen Rassenpolitik.

In den ersten Jahren wurden durch ihn folgende Gesetze umgesetzt: Gesetz der Verhütung erbkranken Nachwuchses (Sterilisationsgesetz), Gesetz zum Schutze des deutschen Blutes und der deutschen Ehre (Blutschutzgesetz) und Gesetz zur Erbgesundheit des deutschen Volkes (Ehegesundheitsgesetz). Das Ziel dieser Gesetze war die Zwangssterilisation, Verbot der Ehe und des Geschlechtsverkehrs zwischen so genannten arischen Deutschen und Juden und der Nachweis der so genannten Erbgesundheit bei Eheschließung.

Die Durchsetzung dieser Gesetze wurde zur zentralen Aufgabe der verstaatlichten Gesundheitsämter. Auf der Basis des Sterilisationsgesetzes wurden schätzungsweise 360.000 Menschen sterilisiert. 5.000 bis 6.000 Frauen und 600 Männer starben an diesen Eingriffen.

Mit Beginn des Krieges radikalisierte sich die Erb- und Rassenpolitik noch einmal. Der Umgang mit psychisch kranken Menschen ging von einer bereits vereinzelt vollzogenen Tötungspolitik zu einer systematischen Vernichtungspolitik über. Nach Erkenntnissen der historischen Forschung – allerdings sind die meisten Quellen hierzu von den Nationalsozialisten vernichtet worden – wurden etwa 120.000 Menschen ermordet. Der von den Nationalsozialisten mit dem verfälschenden Begriff der Euthanasie umschriebene Vernichtungsfeldzug gegen die „Geisteskranken“ verlief nach einer planmäßigen Systematik. Organisatorisches Zentrum wurde der Sitz der Euthanasiezentrale in Berlin in der Tiergartenstraße 4, und die ganze Aktion lief fortan unter dem Tarnnamen „T4“. Der Organisations- und Verwaltungsstab dieser T4-Aktion ist später zum großen Teil in den Planungs- und Durchführungsstab zum millionenfachen Mord an den europäischen Juden aufgegangen.

Mit meinen Ausführungen konnte ich sicherlich nur einen sehr kurzen Abriss der historischen Entwicklungslinien geben und es gäbe sicherlich noch vieles dazu zu sagen. Aber im Folgenden soll noch auf die Zeit nach 1945 eingegangen werden sowie auf die aktuelle Situation.

Nach 1945 – teilweiser Reimport sozialhygienischer Tradition

In der Zeit nach dem zweiten Weltkrieg waren es mehrere politische Faktoren die eine Anknüpfung an die erfolgreichen Modelle der sozialen Hygiene verhinderten und dafür sorgten, dass wir heute in Deutschland von Public Health sprechen (verschüttete Tradition der Sozialhygiene).

- Vertreibung der Experten: Zum einen waren die Ärzte, die in der Weimarer Republik eine fundierte sozialhygienische Ausbildung hatten, häufig emigriert oder verfolgt worden. Denn unter diesen Ärzten waren zahlreiche Juden und Sozialdemokraten gewesen.
- Wissenschaftstransfer durch Verfolgung: Mit dem Bruch der persönlichen Kontinuität ging auch der Bruch der akademischen Kontinuität einher. Lehrstühle für soziale Hygiene waren nach 1933 gar nicht mehr eingerichtet worden. Insofern konnte an gesundheitswissenschaft-

- liche Kontinuitäten nach 1945 nicht mehr angeknüpft werden. Die Amerikaner hatten allerdings schon 1947 versucht, eine Public Health-School nach angloamerikanischem Muster in Heidelberg einzurichten. Auf deutscher Seite wurde diesen Versuchen noch mit Gleichgültigkeit und Nachlässigkeit begegnet. Die zuständigen Lehrstuhlinhaber in Heidelberg haben diese Einrichtung nicht weiter verfolgt. Die Rockefeller-Foundation, die diese Schule finanzieren sollte, hat später ihre Bemühungen eingestellt. Von daher kam es nicht zu dieser Gründung.
- Nachkriegsbedingte Wiederaufbauarbeit: Der Verzicht, an die traditionelle Sozialhygiene anzuknüpfen, hatte auch etwas damit zu tun, dass viel sozialpolitisches Engagement damit beschäftigt war, die Krankenversicherung bzw. die Sozialversicherung insgesamt wieder aufzubauen.
 - Bevorzugter Ausbau der kurativen Medizin statt der Gesundheitsvorsorge: Dem Auf – und Ausbau der kurativen Medizin wurde sehr viel mehr Aufmerksamkeit gewidmet als dem Bereich der Gesundheitsvorsorge. Das lässt sich auch nachweisen am Ausbau der medizinischen Leistungen für Mütter und Säuglinge.
 - Ost-West-Konflikt: In den fünfziger und frühen sechziger Jahren des zwanzigsten Jahrhunderts wurde der Mütter- und Säuglingsfürsorge noch einmal erhebliche öffentliche Aufmerksamkeit zuteil, weil damals deutlich wurde, dass in der DDR sehr viel geringere Säuglingssterblichkeitszahlen zu verzeichnen waren als in der Bundesrepublik. Dies führte zu einer intensiven Diskussion, in deren Folge – und hier vor allem vor dem Hintergrund der Ost-West-Auseinandersetzung im Kalten Krieg – die Fürsorge von Müttern und Kindern in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung weitgehend übernommen wurden. Damit spielte der öffentliche Gesundheitsdienst und die Gesundheitsvorsorge eigentlich nur noch eine geringe Rolle.

Die Neuausrichtung des öffentlichen Gesundheitsdienstes in den späten 80er und 90er Jahren war insofern tatsächlich ein Import, teilweise sogar auch ein Reimport. Denn die Ideen der Weimarer Sozialhygieniker waren mit ihnen teilweise in die USA oder auch nach England gekommen, und diese Ideen holte man sich jetzt zum Teil einfach wieder zurück. Insofern handelt es sich beim Import der angloamerikanischen Public Health-Tradition teilweise um einen Reimport.

Zur aktuellen Diskussion

Es ist natürlich sehr schwierig, diese Entwicklung der letzten 130 Jahre auf einen Nenner zu bringen und auf die aktuelle Situation zu übertragen. Ich möchte aber trotzdem wenigstens zwei zentrale Punkte herausstellen.

- Interdisziplinäre Zusammenarbeit unter Berücksichtigung einzelner Interessen:
Für eine Verbesserung der öffentlichen Gesundheit ist eine interdisziplinäre Zusammenarbeit notwendig, das heißt zahlreiche und auch heterogene Handlungsträger und Akteure müssen zusammenarbeiten. Um dabei Erfolg zu haben, muss die Zusammenarbeit so gestaltet sein, dass für alle Beteiligten jeweils ein Benefit (Vorteil) erkennbar ist. Ärzte und Fürsorgerinnen hatten sich damals im Gesundheitswesen engagiert, weil das für sie eine Verbesserung im Rahmen ihres Professionalisierungsprozesses bedeutete. Dieser Benefit lässt sich im Grunde für jede einzelne Gruppe in dieser Entwicklung nachzeichnen: seien es die Unternehmer, die betriebliche Sozialfürsorge eingerichtet haben, seien es die Frauenvereine oder eben auch die kommunalen Politiker.
- Vorsicht vor Tendenzen, die zum Ausschluss von Bevölkerungsgruppen führen:
Man muss ganz vorsichtig sein bei den Exklusionsstrategien. Denn wenn Menschen aus

bestimmten Gründen aus der medizinischen Versorgung ausgeschlossen werden, kann dies unter veränderten politischen Bedingungen auch radikal und existenziell werden. Deshalb ist in diesem ganzen Bereich der Diskussion um Finanzierungsfragen tatsächlich allerhöchste Sensibilität geboten – bspw. bei der Frage, ob Hüftgelenke für ältere Menschen bezahlt werden sollen oder ob Raucher an den gesundheitlichen Kosten ihrer durch Rauchen entstandenen Erkrankungen verstärkt beteiligt werden sollen.

Damit komme ich zur Frage der aktuellen Herausforderungen. Ungelöst und von hoher Aktualität ist immer noch das Thema Gesundheit und soziale Ungleichheit, vor allem bei Kindern. Neulich trug eine Gesundheitswissenschaftlerin über ihre Forschungen vor. Sie hatte die Anti-AIDS-Kampagne der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung mit den Problemen der Kampagnen für eine Verbesserung der Gesundheit von Schulkindern verglichen. Ganz deutlich konnte sie als zentrales Problem der aktuellen Kampagnen für Kinder und Jugendliche herausstellen, dass diese unkoordiniert ablaufen und oftmals nicht den gleichen Zielen folgen. Sowohl Schulen, als auch Vereine, als auch Kindergärten, Politik, Ärzte, Gesundheitsämter und auch Apotheken müssen verstärkt koordiniert handeln und die Ziele ihrer Kampagnen aufeinander abstimmen. Kampagnen gegen falsche Ernährung, mangelndes Wissen über gesundheitliche Zusammenhänge in den Familien, zu hoher Medienkonsum, mangelnde Bewegung usw. brauchen klare Strategien, die die Arbeit der Akteure auf gemeinsame Ziele ausrichten, wie z.B. bei der Kampagne gegen AIDS oder auch in der Seuchenbekämpfung.

Dies alles muss berücksichtigt werden, wenn man über die Integration der Apotheken in Netzwerke zur Gesundheitsförderung nachdenkt. Im Prinzip sind die Apotheken gut für die Gesundheitsförderung geeignet. Denn Apotheker und Apothekerinnen gelten in der Bevölkerung als gut ausgebildet und haben auch eine Vertrauensbasis. Sie können darüber hinaus eine ortsnahe und eine niedrigschwellige Beratung leisten. So weit ich das beobachten kann, gibt es ja auch schon die so genannten Babyapotheken, wo spezielle Beratung für Eltern mit Kindern angeboten wird oder für Mütter mit Säuglingen. In wieweit diese Beratungsarbeit bislang schon evaluiert wird, kann ich nicht beurteilen.

Ein potenzieller ökonomischer Erfolg und ein hohes öffentliches Ansehen ist nach dem, was wir in der Weimarer Republik gesehen haben, nicht unbedingt ein Widerspruch zur Beratungsarbeit, sondern wäre ein wichtiges Benefit, um die Apotheken in einem größeren Ausmaß für ein solches Engagement überzeugen zu können.

Literaturauswahl:

Ellerbrock, Dagmar, „Healing Democracy“ – Demokratie als Heilmittel. Gesundheit, Krankheit und Politik in der amerikanischen Besatzungszone 1945-1949, Bonn 2004

Fehlemann, Silke, Armutsrisiko Mutterschaft. Mütter- und Säuglingsfürsorge im rheinisch-westfälischen Industriegebiet 1890-1924, Essen 2009

Labisch, Alfons/Woelk, Wolfgang, Geschichte der Gesundheitswissenschaften, in: Klaus Hurrelmann/Ulrich Laaser (Hg.), Handbuch Gesundheitswissenschaften, Weinheim/München 1998, S. 49-89.

Labisch, Alfons, Homo Hygienicus. Gesundheit und Medizin in der Neuzeit, Frankfurt a.M./New York 1992.

Vögele, Jörg, Sozialgeschichte städtischer Gesundheitsverhältnisse während der Urbanisierung, Berlin 2001.

Woelk, Wolfgang/Vögele, Jörg (Hg.), Geschichte der Gesundheitspolitik in Deutschland. Von der Weimarer Republik bis in die Frühgeschichte der „doppelten Staatsgründung“, Berlin 2002.

Prof. Dr. Gerd Glaeske, Universität Bremen

Gesundheitsförderung und Public Health: Stichworte für die Zukunft der Apotheke

Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen, anders als Frau Fehleemann möchte ich etwas konkreter auf die Apotheken und auf die Aufgaben der Apothekerinnen und Apotheker in der Arzneimittelversorgung eingehen.

Eine Botschaft ihres Vortrags war, dass nicht die Medizin und die Arzneimittel den entscheidenden Beitrag zur Lebensverlängerung geliefert haben. Das haben wir auch im letzten Gutachten des Sachverständigenrates von 2005/2007 dargestellt.

Für Public Health sind zwar Medizin und auch die Arzneimitteltherapie sehr wichtig und sehr nützlich, beide sind aber nur bedingt dafür verantwortlich, dass wir in der Zwischenzeit eine höhere Lebenserwartung bei besserer Lebensqualität haben. Zentrale Voraussetzung dafür sind vielmehr die Lebensbedingungen und die Bildungschancen, die Ernährungs-, Arbeits-, Hygiene- und Wohnbedingungen. Nur etwa bei 10 bis 40 % sind, je nach Betrachtungsbereich, Medizin und therapeutischer Fortschritt beteiligt, ein wenig Demut ist daher sowohl bei Ärzten, Apothekern als auch der pharmazeutischen Industrie angebracht, wenn es um die Erfolge bezüglich unserer Lebensverlängerung aus Public-Health-Sicht geht: Nicht die individuell orientierte Versorgungsmedizin ist der wichtigste Faktor für unser längeres Leben, sondern die allgemeine gesellschaftliche Entwicklung hat dazu vor allem beigetragen. Und unter diesen Bedingungen müssen wir uns sehr viel mehr und intensiver für Gesundheitsförderung und Prävention einsetzen, vor allem auch dafür, dass es bessere Bildungschancen gibt, Gesundheit ist ohne Bildung nicht machbar. Das ist ein ganz wesentlicher Punkt. Ich glaube, es lässt sich auch historisch nachweisen, dass mit den Bildungschancen auch die Gesundheitschancen wachsen.

Wir haben nach wie vor Probleme, wenn es um die Benachteiligten in unserer Gesellschaft geht, also um die so genannten vulnerablen Gruppen. Dazu gehören bspw. Kinder, die derzeit von Hartz IV und Sozialhilfe leben. Wir wissen, dass dieser Anteil ansteigt, in Berlin z.B. sind es bis zu 15 % der gesamten Kinder dieser Altersklassen. Dabei handelt es sich um Menschen, die schon allein aufgrund der fehlenden Bildungschancen gar nicht wahrnehmen können, was unser Gesundheitssystem anbietet. Sie haben Barrieren im Zugang zum Gesundheitssystem zu überwinden, die wir uns als gut ausgebildete Menschen gar nicht vorstellen können. Man kann es auch breiter fassen, es hat etwas mit Gerechtigkeit zu tun. Die Zugangsgerechtigkeit und die Verteilungsgerechtigkeit sind bei uns noch nicht so ausgeprägt, wie wir uns das eigentlich vorstellen.

Damit besteht auch ein besonderer Auftrag, den die Gesundheitsberufe in Deutschland haben. Zu den Gesundheitsberufen gehören auch ohne Zweifel die Apothekerinnen und Apotheker mit ihrer Institution Apotheke, und wir haben dies im Gutachten auch aufgegriffen. Wichtig ist uns vor allem, wie können wir die unterschiedlichen Gesundheitsberufe zusammenbringen?

Eine Möglichkeit der Weiterbildung besteht für Apothekerinnen und Apotheker bspw. in Public Health Aufbaustudiengängen. In Bremen hatten wir bis vor einigen Jahren einen Public Health-Studiengang, in dem auch Apotheker und Apothekerinnen hätten studieren können. Ich kann die Apotheker, die dieses Angebot genutzt haben, an einer Hand abzählen. Heute sitzt hier mit Frau Würdemann eine der wenigen Kolleginnen, die einen Master of Public Health erzielt hat und

jetzt auch promoviert in diesem Bereich. Wir hatten unterschiedliche Berufsgruppen im Studiengang, die Apothekerinnen und Apotheker fehlten leider meist – typischerweise? Vielleicht ist das auch ein Punkt, über den man noch einmal nachdenken muss: Warum ist das Interesse bei Apothekerinnen und Apothekern an Public Health so wenig ausgeprägt?

Ich möchte über Potenziale und Probleme von Public Health in Apotheken sprechen. Herr Puteanus hatte schon Sorge, dass ich in erster Linie einen politisch orientierten, anti-standespolitisch gefärbten Vortrag präsentieren werde. Das werde ich aber heute nicht tun, vielmehr möchte ich Ihnen Gedanken über die Verbindung von Public Health und Apotheken nahe bringen. Vorab möchte ich aber in aller Deutlichkeit betonen: Ich bin Apotheker, ich bin gerne Apotheker, ich finde die Apotheken notwendig, ich finde die Apotheken wichtig, ich bin zudem familiär verbandelt mit Apotheken.

Mir geht es aber um die gesellschaftliche Funktion und Aufgabe der Apotheken in unserem Gesundheitssystem.

Ich beziehe mich hierbei zunächst auf unser Sachverständigenratsgutachten 2007. Darin geht es schwerpunktmäßig um den Professionenmix. Ich glaube, mit dem Titel des Gutachtens haben wir bereits eine Aussage darüber getroffen, was auch als Ziel über der Positionierung von Apotheken aus Sicht der Public Health Strategie stehen sollte: „Kooperation und Verantwortung“.

Arztzentrierung und Effizienz

Zu Beginn ganz kurz allgemein die Fragestellung „Was sind die Anforderungen an unser Gesundheitssystem heute?“ Wir haben – und das wird immer wieder deutlich, wenn man sich mit dem Gesundheitssystem beschäftigt – Ineffizienzen im System. Das hört sich ökonomisch an, ist es aber nur zum Teil. Ineffizienzen zeigen sich bspw. in der mangelnden Zusammenarbeit, bei Schnittstellenproblemen oder bei Problemen, die sich im Alltag der Gesundheitsversorgung ergeben.

Diese hängen vor allen Dingen mit der Fragmentierung und Sektorierung des Systems zusammen. Wir haben den stationären Sektor, den ambulanten Sektor, wir haben eine Fragmentierung innerhalb der Spezialisierung der Ärzte – übrigens auch innerhalb der Arzneimittelversorgung. Das heißt, wir haben zwar die Fachleute der Apothekerinnen und Apotheker, die ich nach wie vor als solche auch bezeichnen und ansprechen möchte, sie sind aber relativ wenig integriert in dem Gesamtzusammenhang Versorgung. Insofern ist die Aufforderung zum Professionenmix sicherlich auch ein Anstoß, bzw. eine Chance für die Apothekerinnen und die Apotheker in den Apotheken, stärker mit anderen Berufsgruppen in unserem Versorgungssystem zusammenzuarbeiten und damit auch Verantwortung zu übernehmen.

Anforderungen für ein zukünftiges Gesundheitswesen (SVR)

Strukturelle, institutionelle und personelle Ineffizienzen sind in unserem System unübersehbar:

- Die bisherige Fragmentierung und Sektorierung des Systems wird sich verändern müssen
- Statt einer Ärztezentrierung muss dem Professionenmix mehr Raum und Möglichkeiten offen stehen

- mehr Koordination und Kooperation zwischen allen Gesundheitsberufen – dazu gehören auch ApothekerInnen in 21.500 Apotheken
- Die Herausforderung der demographischen Veränderungen, der Schwerpunkte chronischer Krankheiten (altersassoziiert und altersbedingt, Herz-Kreislauf- vs. neurodegenerativer Erkrankungen) bedingt neue Strukturen

Aus meiner Sicht muss die Ärztezentrung unseres Systems überwunden werden. Die Ärztezentrung verstellt oftmals unseren Blick für notwendige Kooperationen zugunsten der Patientinnen und Patienten. Die Ärztezentrung ist sicherlich eines der wesentlichen Hindernisse, eine Kooperation mit anderen Gesundheitsberufen überhaupt umsetzen zu können. Wenn Sie daran denken, dass der Ärzteberuf der einzige ist, der direkt Patientinnen und Patienten behandeln darf – sieht man mal im privaten Bereich von der deutschen Ausnahme, den Heilpraktikern, ab, die sich auf das Heilpraktikergesetz von 1939 stützen, unterschrieben von Adolf Hitler – so wird deutlich, dass immer Entscheidungen der Ärztinnen und Ärzte notwendig sind, um eine Patientenbehandlung einzuleiten und weiterzuführen, selbst in Bereichen wie der Pflege, der Physiotherapie oder der Logopädie, in denen Ärzte nun keineswegs besondere Kompetenzen erlernt haben. Das gilt im Übrigen auch für die Arzneimittelauswahl und -bewertung.

Die Ärztezentrung verhindert oftmals einen Blick auf tatsächlich medizinisch Sinnvolles. Die Ärztezentrung fördert die individuelle Kuration auf der Basis eines pathogenetischen Medizinverständnisses. Das aus Public Health-Sicht viel wichtigere Konzept der Salutogenese, der Gesundheitsförderung und Prävention, wird in der Medizin aber in der Regel kaum beachtet. Und dies „beißt“ sich mit der Zukunftsaufgabe in unserem System: In Zukunft müssen wir in erster Linie chronische Krankheitszustände beherrschen und lernen, auch medizinisch mit solchen chronischen Krankheitszuständen umzugehen. Wir werden ältere Menschen nicht im Rahmen einer Addition von einzelnen Krankheiten behandeln können, dies führt unweigerlich zu einer oftmals „ungesunden“ Polypharmazie älterer multimorbider Menschen. Insofern finde ich den Spruch der ABDA „Die Zukunft ist pharmazeutisch“ nicht zielführend, denn er trifft nicht das Problem, das wir im Gesundheitswesen schon heute, vor allem aber in der Zukunft haben werden.

Damit wir wissen, wo wir mit der Arzneimitteltherapie und der Arzneimittelversorgung heute stehen, müssen wir uns die Statistik der GKV-Ausgaben ansehen.

Die Arzneimittelversorgung ist von den Ausgaben her in der Zwischenzeit auf den zweiten Rang nach den Krankenhausausgaben geklettert und hat die Ausgaben für Ärzte im ambulanten Bereich überholt. Das ist ein Grund dafür, warum die Diskussion seit einigen Jahren dermaßen angespannt, z.T. auch kontrovers geführt wird. Man fragt sich, wie können wir die Arzneimittelversorgung auch von Seiten der Effizienz so verbessern, dass sie den zweiten Rang bei den Ausgaben auch „verdient“. In der Statistik erkennt man, dass inzwischen 17 % gegenüber früher 15 % aller GKV-Ausgaben (GKV-Gesamtausgaben 2008 ca. 161 Mrd. Euro) in den Arzneimittel-sektor fließen. Natürlich ist der stationäre Bereich immer noch der ausgabenstärkste. Daher ist dies auch der Bereich, an den vor allem gedacht wird, wenn es um Einsparungen geht. Ziel ist es, den stationären Bereich „zurückzufahren“ und den ambulanten Bereich zu stärken.

Das bedeutet aber letzten Endes, dass in der Arzneimittelversorgung und damit für die Apothekerinnen und Apotheker mehr Aufgaben in Zukunft anfallen werden, eine Verstärkung der ambulanten Versorgung geht notwendigerweise mit einer Ausweitung der Arzneimittelversorgung einher. Richtig eingesetzt ist die Arzneimitteltherapie die effizienteste Therapie überhaupt in der medizinischen Versorgung. Darum kommt der richtigen Anwendung der richtigen Arzneimittel eine besondere Bedeutung zu – und dabei können Apothekerinnen und Apotheker einen wertvollen Beitrag leisten.

Public Health

Jetzt zum eigentlichen Thema Public Health: Public Health ist, das wurde ja auch schon deutlich gemacht, ein problembezogen und interdisziplinär arbeitendes gesundheitswissenschaftliches Fachgebiet. Sein Erkenntnisinteresse richtet sich auf den Gesundheitszustand der Bevölkerung, nicht auf die Individualmedizin. Aus diesem Grunde ist die Epidemiologie auch ein wesentliches Grundfach von Public Health. Public Health betrachtet auch den Zustand des Gesundheitswesens und des Systems als Ganzes. Fragen nach der Funktion dieses System, nach seiner Orientierung, nach den relevanten Rahmenbedingungen für seine Weiterentwicklung sowie Sichtweisen und Einflüsse der wichtigen Akteure gehören zu den Schwerpunktthemen dieser Disziplin. Gemeint sind in diesem Zusammenhang vor allem die gesetzlichen Rahmenbedingungen des 5. Sozialgesetzbuches (SGB V), das man zwar nicht immer „unter dem Arm“ tragen muss, das man aber zumindest in seinen Grundbedingungen und –anforderungen kennen sollte. Und dabei nicht nur den § 129, in dem es um die Arzneimittelversorgung geht.

Vielmehr muss auch die Frage nach den Interessen in diesem System gestellt werden. Alle Ausgaben in diesem System sind Einnahmen von interessierten Leistungsanbietern. Das bedeutet aber auch, dass es Umverteilungskämpfe in einem System mit begrenzten Mitteln gibt, wie wir es mit unserem beitragsfinanzierten Gesundheitswesen vor uns haben. Das bedeutet, wenn ich als Arzt einen Euro zu viel z.B. bei Arzneimitteln ausbebe, dann heißt das in der Konsequenz, dass dieser Euro für das Honorar nicht mehr zur Verfügung steht. Das Problem liegt daher in der Beantwortung der Frage, wie man mit begrenzten Mitteln möglichst effizient zugunsten der Patientenversorgung umgeht. Das meint auch der Grundtitel unseres Sachverständigenratsgutachtens „Kooperation und Verantwortung“.

Public Health beschreibt die Wissenschaft und Praxis der Gesundheitsförderung und der Systemsteuerung im Gesundheitswesen. Natürlich muss man sich fragen, was in diesem Sinne Gesundheitsförderung bedeutet. Frau Fehleemann hatte bereits darauf hingewiesen, dass Gesundheitsförderung sehr unterschiedliche Ansätze haben kann und sehr unterschiedlich auch historisch verwurzelt ist.

Ich möchte noch ergänzend auf das Salutogenese-Konzept von Aaron Antonovsky (1923 – 1994) hinweisen, das in besonderer Weise das Konzept der Verbesserung gesundheitlicher Ressourcen und der Gesundheitsförderung geprägt hat. Gemeint sind gesundheitsfördernde Maßnahmen und Potenziale, die jeder in sich trägt. Gemeint ist die Fähigkeit, diese Potenziale auch nutzen zu können, um die eigene Gesundheit zu stabilisieren und zu verbessern. Gemeint ist die Fähigkeit, sein eigenes Gesundheitsverhalten oder auch sein Gesundheitshandeln darauf auszurichten, dass eine bessere Gesundheit im Sinne der WHO-Definition entsteht bzw. der derzeitige gute Gesundheitszustand so lange wie möglich erhalten bleibt. Insofern ist Gesundheitsförderung sicherlich immer auch daran gebunden, welche Angebote vorhanden sind und wie der einzelne diese Angebote nutzen kann. Gesundheitsförderung muss also als Konzept

der Ressourcenstärkung, der Stärkung des Selbstbewusstseins, der Verbesserung der Bewältigungsformen und der sozialen Kompetenz verstanden werden.

Ich biete in der Universität in unserem Studiengang „Public Health“ ein Seminar zum Thema „Sucht“ an. In diesem Zusammenhang spielt das Thema Bewältigung eine besondere Rolle. Im Mittelpunkt steht z.B. die Frage, welche anderen Formen der Bewältigung es neben dem Konsum von Alkohol, Tabletten, Nikotin oder anderen Drogen gibt. Welche Möglichkeiten und Ressourcen habe ich, mit meinen Problemen im Alltag umzugehen? Diese Möglichkeiten haben vor allem auch damit zu tun, in welchem Umfeld die Betroffenen leben. Da spielen die Peer-Groups gerade beim Erwachsenwerden eine wichtige Rolle. Peer-Groups haben in diesem Zusammenhang Vorbildcharakter wie Experten: Sie beeinflussen den Umgang mit Problemen und Lösungsstrategien.

Prävention hat eher den Abbau von Risiken oder deren Verhinderung im Mittelpunkt. Dabei gibt es zwei Kategorien: Die Verhaltens- und die Verhältnisprävention. Ich kann z.B. nicht Menschen auffordern, nicht mehr zu rauchen, wenn ich gleichzeitig in der Nähe von Schulen immer noch die Zigarettenautomaten erlaube. Dies ist vertane Mühe. Die Zigarettenindustrie in Deutschland ist in dieser Beziehung weiterhin äußerst erfolgreich. Sogar im Bereich Public Health müssen wir auf eine unrühmliche Vergangenheit im Zusammenhang mit der Zusammenarbeit mit der Zigarettenindustrie zurückblicken. Einige herausragende Experten aus dem Bereich Public Health, wie z.B. die Herren von Troschke, Sigrist oder Überla, haben sich von der Zigarettenindustrie Projekte finanzieren lassen, die letztlich das Ausmaß des Risikos „Rauchen“ für unser aller Gesundheit und im Hinblick auf die Folgekosten eher verharmlosend darstellen sollten.

Wir haben in Deutschland gegenüber der Zigarettenindustrie immer noch eine vergleichsweise hohe Toleranz. Aus persönlichen Kontakten weiß ich, dass die Zigarettenindustrie sehr stolz darauf ist, in Deutschland auch weiterhin Zigarettenautomaten aufhängen zu dürfen. Zwar wird nun ein Altersnachweis über eine Bankkarte verlangt. Dies hindert aber auch Kinder nicht daran, sich trotzdem mit der Karte eines Erwachsenen Zigaretten ziehen zu können.

Wenn Sie in andere Länder schauen, werden Sie erkennen, dass dort die Verbreitung von Zigaretten im Sinne der sozialen Verhältnisprävention völlig anders geregelt ist, z.B. ist der Kauf nur in bestimmten Depots möglich und Zigaretten sind erheblich teurer als in Deutschland.

Wie ambivalent politische Strategien ausfallen können, zeigt sich aber auch an anderen Belegerscheinungen: In der Nähe von Heidelberg gibt es nach wie vor einen von der EU subventionierten Tabakanbau. Daran wird die „unausgegrenzte“ Strategie besonders deutlich: Auf der einen Seite kämpft die BZgA (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung) darum, den Jugendlichen nahe zu bringen, nicht mehr zu rauchen, auf der anderen Seite wird die Subventionierung beim Tabakanbau auch in Deutschland weiter unterstützt. Dazu noch ein weiterer Exkurs, damit Sie sehen, wie „inkonsistent“ das Ganze organisiert ist. Die Aktion der BZgA gegen das Zigarettenrauchen bei Jugendlichen hat 12,5 Mio. Euro gekostet. Und wenn man mal genauer guckt, von wem das Geld kommt, dann findet man die Zigarettenindustrie als Sponsor. Der Bund nimmt zwar knapp über 14 Mrd. Euro Tabaksteuer ein, ist aber nicht einmal bereit, eine Präventionskampagne zur Verringerung des Rauchens bei Jugendlichen zu finanzieren, die gerade einmal 12,5 Mio. Euro kosten würde. Und die Zigarettenindustrie schmückt sich mit der Finanzierung dieser Präventionskampagne – eine billig erreichte Imagekampagne!

Wir müssen also wachsam verfolgen, wer was finanziert und welcher Zweck und welche Interessen damit im Bereich Gesundheit verfolgt werden.

Bevölkerungsbezogene Potenziale von Public Health in Apotheken

Ich möchte als nächstes auf das Potenzial von Public Health in Apotheken eingehen. Ein Beispiel im Bereich bevölkerungsbezogener Public Health-Maßnahmen ist die Folsäureversorgung von Frauen mit Kinderwunsch. Wir haben nach wie vor bei einem von tausend neugeborenen Kindern Fehlbildungsprobleme, die man mit Folsäuresupplementierung hätte vermeiden können. Wie gehe ich mit dieser Botschaft um? Es kann doch nicht so schwierig sein, dass es in diesem Zusammenhang auch um eine ordentliche Aufklärung geht, die z.B. auch über Apotheken erfolgen müsste.

Ein anderes Thema ist die Impfberatung: Das ist natürlich heute ein besonderes Problem geworden. Was sagen Sie bspw. zur HPV-Impfung? Die Diskussion wird ausgesprochen kontrovers geführt. Wir haben zuletzt im Februar im Deutschen Ärzteblatt einen großen Artikel zur aktuellen Nutzenbewertung als Darstellung von 15 Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern aus dem Public Health Bereich dazu veröffentlicht, dort können Sie gut nachlesen, wie im Moment der Stand der Diskussion aussieht.

Ein drittes Thema: Pharmakovigilanz. In diesem Bereich ist sicherlich gerade durch das Engagement der Apotheken einiges möglich. Unerwünschte Wirkungen können vermieden werden, wenn die Informationen aus Apotheken sach- und zeitgerecht erfolgen würden.

Ein weiteres Thema: Monitoring des Arzneimittelkonsums. Dabei geht es z.B. um die CAVE-Interaktionschecks zur Vermeidung von unerwünschten Arzneimittelwirkungen (UAW), die vielfach zu Krankenhausaufenthalten führen. Wir geben jährlich etwa 600 Mio. Euro für die Behandlung von unerwünschten Wirkungen durch Arzneimittel in Krankenhäusern aus. Ein Großteil dieser Ausgaben ist vermeidbar.

Stichwort Ernährungsberatung. Ernährungsberatung durch Apotheker wurde schon einmal finanziert, im Bereich Nordrhein zum Beispiel durch die Barmer Ersatzkasse. Apotheker mit einer Weiterbildung im Bereich Ernährungsberatung hatten die Möglichkeit, diese Leistungen mit der Barmer abzurechnen.

Public Health Potenzial in Apotheken

Vorhandene „Schnittmengen“ Public Health – Apotheken; z.B.:

- Folsäureversorgung bei Frauen mit Kinderwunsch (Vermeidung von Neuralrohrdefekten)
- Impfberatungen für Kinder und Erwachsene
- Pharmakovigilanz bei einzelnen Arzneimitteln oder Gruppen (z.B. Privatrezepte für Benzodiazepine)
- Monitoring des Arzneimittelkonsums / CAVE-Interaktionschecks zur Vermeidung von UAW bedingter Krankenhausbehandlung
- Ernährungsberatungen bei bestimmten Erkrankungen (z.B. Hypercholesterinämie, Hypertonie, Gicht, Osteoporose etc.)
- Unterstützung von Nichtraucherprogrammen

Stichwort Unterstützung von Nichtraucherprogrammen. Hierin liegt eine ganz wesentliche Chance für Apotheken. In der Schweiz und in Holland werden die Apotheken intensiv in solche Kampagnen eingebunden. In Deutschland ist dies erst in Anfängen Realität.

Problembereich Benzodiazepine: Man kann schon bei Wikipedia nachlesen, dass viele Ärzte bei der Verordnung von Benzodiazepinen zur Umgehung von Kontrollmechanismen Privatrezepte ausstellen, damit man nicht mehr prüfen kann, was sie zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordnen. Davon haben die Apotheken seit mindestens 8 bis 10 Jahren Kenntnis. Dennoch ist bisher von dieser Entwicklung noch nie im Arzneiverordnungs-Report die Rede gewesen. Die Herausgeber, Herr Paffrath und Herr Schwabe sowie Herr Müller-Oerlinghausen schreiben, dass sich das Problem mit der Benzodiazepinabhängigkeit demnächst als Folge der guten Information der Ärztekammern erledigt habe. Noch nie hat es von Seiten der Apothekerschaft hier einen Widerspruch gegeben, obwohl die Apotheker das Problem seit Jahren kennen. Das ist sehr bitter. Denn die Anzahl der Abhängigen ist nicht gesunken, sondern wahrscheinlich sogar weiter gestiegen. Wir haben etwa 1,9 Mio. Menschen, die abhängig sind, nicht nur von Benzodiazepinen, aber diese Gruppe macht den Hauptanteil aus. Aus unserem Institut wurden Untersuchungen publiziert, aus denen hervorgeht, wie stark sich der Anteil privat verordneter Schlafmittel erhöht hat. In Apotheken war diese Veränderung längst bekannt, sie wurde aber nicht öffentlich gemacht, Warnungen unterblieben. Die Monetik hatte einmal mehr die Oberhand über die Ethik.

Stichwort neurocognitives Enhancement („Gehirndoping“). Auch dies ist ein Thema, bei dem ich das Engagement der Apothekerschaft vermisse. Ich vermisse ein Statement mit dem Hinweis, dass zugelassene Arzneimittel nicht für Gesunde im Handel sind und schon gar keine Eignung dafür haben, im Bereich Studium oder Lernen als unterstützende Mittel eingesetzt zu werden. Wir haben das Problem in Bremen neulich öffentlich gemacht. Aber es wird leider noch immer nicht ausreichend von Seiten der Apotheker darauf hingewiesen. Solche Mittel werden heute sozusagen als Dopingmittel für besseres Lernen von Jugendlichen genutzt, von Studenten und Schülern. Man darf darüber nicht hinweggehen, wenn Beiträge in Zeitschriften zu diesem Thema erscheinen, die diese Mittel positiv darstellen. Diese Botschaften werden wahrgenommen und umgesetzt. Die Namen der jeweiligen Arzneimittel bleiben im Kopf. Es ist doch kein Zufall, dass auch von Krankenkassen immer mehr auf die Problematik des Alltagsdopings, z.B. am Arbeitsplatz, hingewiesen wird. Deswegen sind Artikel zu diesen Mitteln ein Aufruf zum Missbrauch. Ich dachte immer, Aufrufe zum Missbrauch wären Dinge, die auch Apotheker etwas angehen. Da werden Arzneimittel oder Wirkstoffe wie Ritalin oder Amphetamine, Ephedrin oder Modafinil, Piracetam oder Antidepressiva genannt, deren Wirkungen werden als etwas Wunderbares beschrieben, auf Nebenwirkungen wird dagegen wenig hingewiesen. Man sollte nicht verkennen, dass allein die Nennung dieser Arzneimittel im Zusammenhang mit einer Verbesserung von Studienergebnissen oder von Prüfungsergebnissen einen wichtigen Einfluss auf den Gebrauch hat. Wir sind nicht fern von der Forderung, dass man demnächst vor Klausuren einen Urintest macht, damit man weiß, wer gedopt diese Prüfung macht.

Weitere Aspekte und mögliche Aktivitäten betreffen z.B. die Unterstützung der Selbsthilfe oder von Selbsthilfegruppen. Wir haben in Bremen einen Bericht erstellt, in dem wir Erkenntnisse darüber zusammengetragen haben, welchen Einfluss die Pharmazeutische Industrie derzeit auf Selbsthilfegruppen nimmt. Ein Großteil der Selbsthilfegruppen wird mit mehr als 25 % ihres Haushalts von der Pharmaindustrie gesponsert. Selbst die „Vorzeige“-Organisation „Transparency International“ bekam noch 2007 einen kleinen Teil ihres Haushaltes von der

Firma Schering. Ihre Glaubwürdigkeit im Bereich Arzneimittel ist durch ein solches Sponsoring zumindest angegriffen. Sie sind zwar mit hoher Wahrscheinlichkeit unabhängig, sollten aber ihren Haushalt in Ordnung bringen und das Geld von Schering lieber zurückweisen. Die Fragestellung lautet also: Wie unabhängig sind wir als Apothekerinnen oder Apotheker, als die Fachleute für Arzneimittel also, um Selbsthilfegruppen, die z.B. Patienten mit MS, Parkinson, Krebs oder Osteoporose betreuen und daher für die Pharmafirmen von besonderem Interesse sind, über den wirklichen Nutzen, über die Grenzen der Wirksamkeit oder über die unerwünschten Wirkungen neuer Arzneimittel industrieunabhängig zu informieren? Denken Sie z.B. an das Tysabri (Natalizumab), ein als Innovation vermarktetes Mittel zur Behandlung von Multipler Sklerose. Die entsprechende Selbsthilfegruppe sah dieses neue Präparat tatsächlich als Mittel mit therapeutischem Fortschritt an, nachdem auch ihr wissenschaftlicher Beirat diese Bewertung ausgesprochen hatte. Schon nach wenigen Monaten wurden allerdings unerwünschte Wirkungen bekannt, die sich auch schon kurz nach der Marktausbietung angedeutet hatten. Die „Informationen“ für die Selbsthilfegruppe waren daher eher Versprechen eines therapeutischen Fortschritts, das sich aber offensichtlich so nicht halten ließ. Wir als Apothekerinnen und Apotheker müssen uns daher mehr als bisher der Aufgabe widmen, die richtigen Informationen zu verbreiten und vor allem neue Arzneimittel im Hinblick auf einen vermeintlichen Nutzen nicht übertrieben darzustellen.

Public Health Potenzial in Apotheken

Vorhandene „Schnittmengen“ Public Health – Apotheken: z.B.:

- Unterstützung von Selbsthilfe oder Selbsthilfegruppen
- Schulungen im Umgang mit Hilfsmitteln
- Kooperation mit Kindergärten und Schulen im Hinblick auf den Umgang mit Arzneimitteln (ca. 20% der Schülerinnen zwischen 13 und 16 Jahren schlucken fast täglich Analgetika)
- „Filterfunktion“ zwischen Anbietern und Nachfragern und öffentliche Bewertung von Arzneimitteln, v.a. im Rahmen des OTC-Marktes
- Review der Arzneimitteltherapie für ältere Menschen, Reduktion von „Überlastung“ und Gefahren (z.B. Stürzen)

Auch im Bereich der Hilfsmittel ist unsere Kompetenz gefragt, dort liegt ebenfalls einiges im Argen. Warum liegen so viele Hörgeräte oder auch teure Gleitsichtbrillen ungenutzt in den Schubladen? Diese Hilfsmittel werden verordnet, sie werden aber oft nicht so sachgerecht erklärt, dass vor allem ältere Menschen auch damit umgehen können. Hörgeräte haben z.B. winzig kleine Batterien, die von älteren Menschen kaum eingesetzt werden können. Also bleibt das ganze Gerät oftmals ungenutzt - eine Verschwendung von Beitragsgeldern! Auch hier können Apothekerinnen und Apotheker ihre Kompetenz zeigen und Unterstützung anbieten.

Denken wir an den Bereich Kooperation mit Kindergärten und Schulen: Hier geht es nicht nur um die frühzeitigen Interventionen zur Vermeidung von Karies und der Nutzung von fluoridhaltigen Tabletten oder auch Gels, sondern es geht auch um das Problem der richtigen Anwendung von Arzneimitteln. In einer kürzlich erschienenen Dissertation, die wir betreut haben, kam heraus, dass nahezu unabhängig vom Schultyp fast 20 % der Mädchen täglich Schmerzmittel einnehmen. Und auf die Frage nach dem „Warum“ wurde geantwortet, dass man die Belastung besser aushält und dass man natürlich auch die Regelschmerzen verdrängen will. Man wolle nicht abseits stehen, wenn einen möglicherweise Regelschmerzen daran hindern, soziale Aktivitäten mitzumachen. Die Mädchen oder jungen Frauen wollen sozusagen eine biographische Station durch Arzneimittel wegschlucken, etwas, was die Frauen auch weiter in ihrem Leben

begleitet: Biographische Stationen werden zu Krankheiten umdefiniert und mit Arzneimitteln behandelt, z.B. in den Wechseljahren. Schlucken und Schweigen als Programm!

Apotheker als Filterfunktion zwischen Anbietern und Nachfragern: Das ist eine der wichtigsten Herausforderungen für die Apotheken. Wer erläutert eigentlich der Öffentlichkeit den Nutzen von OTC Mitteln (over the counter, Selbstmedikation), die vielfach und bestenfalls nur teuer, schlechtestenfalls auch noch problematisch sind? Ich vermisse einen wöchentlichen Auftritt eines herausragenden Apothekers des Standes, der im Fernsehen jeweils fünf Minuten darauf hinweist, welche Arzneimittel empfohlen werden können und welche kritisch zu bewerten sind. Und warum wird das nicht gemacht? Herr Prof. Schulz von der ABDA behauptet, dass die Apotheker dies als Standesorganisation nicht dürften und möglicherweise verklagt würden. Ich meine, dass dann Wege gesucht werden müssen, um dieser Verantwortung der Öffentlichkeit gegenüber nachkommen zu können. Diese Aufgabe nimmt uns mehr und mehr die Zeitschrift „Apotheken Umschau“ ab. Da tritt in den Werbespots jemand im weißen Kittel auf und sagt: „Hier, unsere Apotheken-Umschau, da steht alles drin, was zur Osteoporose wichtig ist.“ Haben Sie sich dieses Blättchen, deren Hauptaufgabe es ist, Markennamen zu verbreiten, schon einmal genauer angeschaut? Da findet man durchaus neben ganz viel Unsinn auch firmenunterstützte redaktionell aufgemachte Werbung. Damit werden wir Apotheker aber in der Öffentlichkeit assoziiert und identifiziert – eine wahrlich zweifelhafte „Imagekampagne“.

Arzneimitteltherapie bei älteren Menschen – neue Versorgungsformen

Ein Public Health relevantes Thema für Apothekerinnen und Apotheker ist z.B. ein Review der Arzneimitteltherapie für ältere Menschen: Dies ist ein Thema, mit dem ich mich nun etwas intensiver beschäftigen möchte, weil ich dieses Angebot für einen wichtigen, auch in der Zukunft herausragenden Bereich halte. Der Bevölkerungsanteil der über 85-jährigen wird deutlich ansteigen. Im höheren Alter sind häufig mehr Arzneimittel vonnöten, zur Behandlung all der altersassoziierten und altersbedingten Erkrankungen. Ich möchte im Übrigen kurz bei einem anderen Gedanken innehalten, der auch die sozialen Aspekte im Alter deutlich machen soll. Da geht es um die „sozialen Ungleichheiten“ und die Beantwortung der Frage, wer denn welches Alter in unserer Gesellschaft erlebt. Bekannt ist, dass die Lebenserwartung deutlich steigt, je höher das verfügbare Einkommen und der damit verbundene sozioökonomische Status ist. Wir haben also nach wie vor erhebliche soziale Ungleichheiten in unserem Land. Und es sind ja keine marginalen Unterschiede, wenn man bedenkt, dass sich die Lebenserwartung zwischen der unteren und oberen Schicht um ca. 10 Jahre zugunsten der oberen Schicht unterscheidet. Das hat nichts mit Arzneimitteln und Medizin zu tun. Das hat etwas mit Umweltbedingungen zu tun, mit Lebenssituationen, mit Möglichkeiten zur Bewältigung der Arbeitssituation, mit Potenzialen, die zur Gesundheitsförderung im Alltag verfügbar und anwendbar sind.

Was haben wir in Zukunft zu erwarten, wenn die chronischen Krankheiten weiter ansteigen? Es stehen nicht mehr wie früher die Infektionskrankheiten als Todesursache im Vordergrund, es sind die chronischen Krankheiten, die als Ursache für erhöhte Mortalitätsraten erkannt werden. Bis 2030 rechnet man damit, dass in ca. 80 % der Fälle chronische Erkrankungen die Lebenserwartung begrenzen werden. Darunter fallen sowohl die somatischen wie die psychischen Krankheiten, vor allen Dingen auch die neurodegenerativen Erkrankungen wie Demenzen vom Alzheimer Typ. Daraus entstehen neue und bislang keineswegs ausreichend diskutierte Probleme, die wir in einer zukünftigen medizinischen Versorgung zu bewältigen haben. Dabei dürfen wir auch die sozialen Komponenten nicht vergessen, die zum einen solche Erkrankungen fördern und die zum anderen dafür verantwortlich sind, wie die Menschen mit diesen Erkrankungen umgehen können.

Daraus ergibt sich folgender Problem-Mix: Wir registrieren die Zunahme älterer Menschen und die Zunahme chronischer Erkrankungen. Daraus resultiert die Zunahme komplexer Versorgungsanforderung. Das bedeutet: Je älter die Menschen werden, desto mehr Stationen im Gesundheitssystem durchlaufen diese Menschen. Jeder ältere Mensch hat mindestens vier Ärzte oder Ärztinnen, typischerweise einen Allgemeinarzt, einen Internisten, die Männer einen Urologen, die Frauen einen Gynäkologen, dann gibt es noch den Orthopäden und den Augenarzt. Hinzu kommen weitere Veränderungen: Wir registrieren gewandelte Patientenrollen. Die Patienten möchten gern mitentscheiden, welchem Therapieregime sie sich unterwerfen sollen. Das Stichwort Shared-Decision-Making verlangt geradezu nach besserer Aufklärung der Patientinnen und Patienten, nach partnerschaftlichen Entscheidungen und der Stärkung der Kompetenz.

Neue Versorgungsanforderungen

- Zunahme älterer Patienten
- Zunahme chronischer Leiden und Multimorbidität (> 65 etwa 62 – 70%)
- Komplexe Versorgungsanforderungen
- Gewandelte Patientenrollen (shared decision making)
- Neue Versorgungsstrukturen (z.B. AGNES)
- Neue Organisation (MVZ, IV)
- Medizinisch- technischer Fortschritt
- Förderung des Professionenmix – stärkere Einbeziehung der nichtärztlichen Gesundheitsberufe
- Leitlinien und Therapieempfehlungen für ältere Menschen als wichtige Maßnahme zur Vermeidung von Rationierung und Förderung der Rationalisierung! – Kaum eine Leitlinie enthält den Begriff Multimorbidität – Alltag in der Apotheke

Aber wir haben auch neue Versorgungsstrukturen. Ich nenne als Beispiel das Konzept „Schwester AGNES“ in Mecklenburg-Vorpommern, in dem eine Gemeindeschwester Hausbesuche macht und online mit dem weit entfernt wohnenden Hausarzt Entscheidungen z.B. über die Arzneimitteltherapie abstimmt. Wir haben aber auch neue Strukturen bei den Leistungserbringern, wie medizinische Versorgungszentren mit der Einbindung nicht ärztlicher Gesundheitsberufe. Zusätzlich müssen wir auch den medizinisch technischen Fortschritt berücksichtigen, der immer dann von Vorteil für ältere Menschen ist, wenn er z.B. die Morbiditätslast senkt, die Lebensqualität erhöht und die Kontakthäufigkeit mit den medizinischen Einrichtungen verringert. Ein wichtiges Thema liegt im Bereich der Therapieempfehlungen für ältere Menschen: Wir haben inzwischen eine große Anzahl an Leitlinien, aber wir haben kaum eine vernünftige Leitlinien für multimorbide Patienten. Ärztinnen und Ärzte haben kaum Hinweise dazu in der Hand, wie man mit der Arzneimitteltherapie älterer multimorbider Menschen umgeht. Dabei sind dies doch genau die Menschen, die älteren multimorbiden Patientinnen und Patienten, die Sie in Ihrer Apotheke immer wieder sehen. Diese Patienten haben mehrere Krankheiten nebeneinander, aber bei den Leitlinien wird dann so getan, als ob dieser Mensch aus vielen einzelnen Krankheiten bestünde, die jeweils für sich genommen behandelt werden können. So kommen dann leitliniengestützte Behandlungen zustande, in denen die Empfehlungen für jede einzelne Krankheit addiert werden. Zehn, zwölf und mehr Arzneimittelwirkstoffe gleichzeitig sind da keine Seltenheit, das kann unter Verträglichkeitsaspekten nicht gut gehen. Warum setzen sich Apothekerinnen und Apotheker nicht an die Spitze einer wissenschaftlichen Bewegung, die das Ziel hat, bei multimorbiden Patienten eine angemessene und verträgliche Arzneimitteltherapie zu fördern?

Theorien über die Krankheitsbelastung durch das Altern in unserer Gesellschaft:

- Expansion of Morbidity – Zunehmende Ausweitung gesundheitlich beeinträchtigter oder kranker Lebensphase im Lebensverlauf (Gruenberg 1977)
- Failure of Success“ – Verlängerung der gesundheitlich eingeschränkten Lebensphase durch therapeutischen Fortschritt, nicht der gesunden Lebenszeit (Anstieg chronischer Krankheiten wie Hypertonie, Diabetes etc.)
- Expansion auch für psychische Störungen und Beschwerden befürchtet (v.a. Depression, Abhängigkeit)
- Insgesamt gestiegene Symptomsensibilität und verbesserte Diagnostik (Verbrugge 1984) (Gesunde „Kranke“)

Wir werden in Zukunft damit rechnen müssen, dass gesundheitlich beeinträchtigte und kranke Lebensphasen in unserer Lebenszeit zunehmen. Wir werden älter und dadurch wächst auch die Anzahl an Jahren, die wir krank sind. Wenn die Menschen heute typischer Weise im Alter von 55 oder 60 an Diabetes Typ 2 erkranken, dann haben sie die Erkrankung in Zukunft 35 Jahre lang, heute dagegen nur 25 Jahre. Das heißt aber, dass diese Menschen wegen der steigenden Lebenserwartung länger unter Krankheit leben als heute. Diese Entwicklung wird auch als „Expansion of Morbidity“ bezeichnet. Wir haben zwar zur Behandlung der chronischen Krankheiten inzwischen recht wirksame Mittel, aber – und das muss man sich bewusst machen – diese sind – zumeist jedenfalls – nur in der Lage, die Symptome der Krankheit wie z.B. den zu hohen Blutdruck oder zu hohe Blutzuckerspiegel zu „kontrollieren“, also in Grenzen zu halten, aber nicht, die Erkrankung zu heilen. Dieser Effekt wird auch als „Failure of Success“ bezeichnet. Wir haben zwar wirksame Arzneimittel (success, successful), aber diese wirksamen Arzneimittel dienen dazu, während einer längeren Lebenszeit die Krankheit auch länger behandeln zu können, nicht aber dazu, um die Krankheit grundsätzlich vermeiden oder die Krankheitshäufigkeit zumindest verringern zu können.

Im Rahmen solcher Zukunftsszenarien wird man sich dann auch bewusst, dass Prävention und Gesundheitsförderung einen wichtigen Stellenwert bekommen muss. Denn es handelt sich bei den im Alter häufiger auftretenden Krankheiten sehr oft um Erkrankungen, die der Prävention zugänglich sind und die durch frühzeitige und konsequente Prävention wenn schon nicht vermieden, so doch in ihrer Häufigkeit verringert werden können. Solche Erkrankungen sind keine, die aufgrund des höheren Alters quasi zwangsläufig entstehen, dies wären altersbedingte Erkrankungen wie Demenz, gegen die bislang keine Präventionsmaßnahmen bekannt sind. Die für Prävention und Gesundheitsförderung zugänglichen Krankheiten sind die altersassoziierten Erkrankungen wie Diabetes, Hypertonie, Angina pectoris. Sie treten zwar im Alter häufiger auf, sie sind aber nicht ursächlich mit dem Alter verknüpft, also nicht altersbedingt. Typ-2-Diabetes kann in vielen Fällen vermieden werden, wenn ich die Menschen darin unterstütze und dafür motiviere, abzunehmen. Das zeigt die Framingham-Studie: Wenn der Body-Maß-Index verringert wird, kann ein Großteil von Diabetes-Patienten wieder gesund werden.

Arzneimittel haben im Alter vor allem bei solchen Krankheiten eine wichtige Bedeutung, die altersbedingt auftreten. Dies gilt z.B. für degenerative Erkrankungen wie Demenz oder Parkinson. Die Hauptanstrengung für die Zukunft muss aber darin liegen, die Möglichkeiten zur Vermeidung von Krankheiten zu fördern, die der Prävention zugänglich sind. Das fördert die individuelle Lebensqualität und verringert die gesellschaftliche Belastung durch Betreuung, Versorgung und Behandlung.

Ein Wort zur Expansion bei psychischen Störungen, insbesondere bei Depressionen und Abhängigkeit. Wir vermuten, dass die Prävalenz dieser psychischen Erkrankungen sehr schnell ansteigen wird. In diesen Zusammenhang gehört auch das schwierige Thema „Symptomsensibilität“. Was erlebe ich selber als Erkrankung, was ist schon eine Erkrankung? „Bist du gesund?“ Wenn diese Frage mit „ja“ beantwortet wird, heißt es oft, dass die Befragten nur deshalb gesund sind, weil sie noch nicht genug „durchdiagnostiziert“ wurden. Im Prinzip kann man natürlich bei vielen Menschen eine Krankheit finden, auch wenn sie sich subjektiv gesund fühlen. Interessant ist jedoch, dass das subjektive Empfinden von Gesundheit im Alter oftmals nicht mit den objektiven medizinischen Befunden übereinstimmt – Ältere fühlen sich oftmals gesünder als die Medizin sie einstuft! Umso wichtiger ist es, über die notwendige medizinische Versorgung angemessen zu entscheiden und ältere Menschen nicht in einem Übermaß zu belasten.

Dazu ein Beispiel der Polypharmazie, eine Studie, die ich allen ans Herz legen möchte, weil sie aus meiner Sicht noch einmal deutlich die Notwendigkeit zeigt, dass Apothekerinnen und Apotheker im Alltag insbesondere von älteren Patientinnen und Patienten dringend eingebunden werden müssen.

Diese Studie (Boyd et al., JAMA 2005. 294: 720 ff.) wurde von Cynthia Boyd und Kolleginnen und Kollegen durchgeführt und im JAMA 2005 publiziert. Folgendes wurde in dieser Studie untersucht: Aus einem großen amerikanischen Datenpool für ältere Menschen (MediCare) wurde eine typische Patientin im Alter von 79 Jahren konstruiert, die an unterschiedlichen Krankheiten litt, typischen Krankheiten, die in diesem Alter auftreten. Jetzt schauen wir uns doch einmal die an Leitlinien orientierte Arzneimitteltherapie u.a. gegen Bluthochdruck, zu hohe Cholesterinwerte, rheumatische und osteoporotische Beschwerden an.

Leitlinien und Multimorbidität (Boyd et al., JAMA 2005. 294: 720 ff)

Design:

- Auswahl der qualitativ besten Leitlinien zu neun häufigen chronischen Erkrankungen
- Ableitung: Empfehlungen für 117 typische Entscheidungsprobleme bei älteren Patienten
- Konstruktion einer (für US-Medicare) idealtypischen geriatrischen Patientin: 79 Jahre, Osteoporose, Osteoarthritis, Diabetes Typ II, Bluthochdruck, COPD, (jeweils mittlerer Schweregrad)
- Aus zutreffenden Leitlinien: durchschnittlich ambitionierter Behandlungsplan (möglichst einfach u. kostengünstig: medikamentöse Therapie, notwendige Therapiekontrollen, Empfehlungen zur Lebensführung)

Ergebnis

- 12 verschiedene Medikamente zu 5 verschiedenen Tageszeiten
- insgesamt 19 Einzeldosen
- Kosten (nur Medikation): 406,45 \$ / Monat
- etwa 20 evidenzbasierte Ratschläge zur Diät und Lebensführung
- zahlreiche Praxisbesuche, Patientenschulungen und Selbstkontrollen
- 4 Routinekontakte beim Hausarzt à 15 Minuten und 1 Augenarztbesuch sind praktisch nicht ausreichend
- Relevantes Risiko von UAW
- Zwar keine unangemessenen Medikamente, allerdings soll Pat. für 2 ihrer Erkrankungen Medikamente einnehmen, die sich auf eine andere ihrer 5 Erkrankungen ungünstig auswirken können.

- In 7 Bereichen muss Hausarzt darauf achten, dass sich 2 Medikationen nicht gegenseitig beeinträchtigen: 9 konkret erwähnte Interaktionen.
- Patientin muss in 8 Bereichen darauf achten, die Therapie nicht durch ihre Ernährung (z.B. Fruchtsäfte, Alkohol) zu beeinträchtigen

Diese 79-jährige Frau ist von morgens 7.00 Uhr bis abends 23.00 Uhr damit beschäftigt, die Therapievorschläge umzusetzen, die ihr leitliniengerecht verordnet wurden. Dabei geht es nicht nur um Arzneimittel, sondern auch um leitliniengerechte Ernährungshinweise und sonstige Maßnahmen im Alltag. Wenn man sich das einmal genauer anschaut, dann muss diese ältere Patientin 12 verschiedene Medikamente zu 5 Tageszeiten in 19 Einzeldosen einnehmen, es sind 4 Routinekontakte pro Tag zu ihren Ärzten notwendig und zusätzlich 20 evidenzbasierte Ratschläge zur Diät und Lebensführung zu berücksichtigen. Dieses Programm bedeutet für jeden von uns eine Überforderung, bei älteren Menschen wird das noch viel schwerer umzusetzen sein. Zusätzlich sind die pharmakologischen und pharmakokinetischen Interaktionen zu berücksichtigen.

Insgesamt sind solche Therapieschemata bei multimorbiden Menschen wenig hilfreich. Wir als Apothekerinnen und Apotheker müssen der Wissenschaft und der Medizin Hinweise auf diese Problematik geben. Wir sind als Apotheker ebenso wie die älteren Patienten überfordert, wenn es um die Erläuterung zu einer derart vielschichtigen Therapie für multimorbide Patienten geht, mag jede einzelne Empfehlung auch noch so leitliniengerecht daherkommen.

Priorisierung ist hier ein Stichwort, das mit Inhalten und Entscheidungsabläufen gefüllt werden muss. Eine solche Priorisierung kennen wir in der Apotheke meist nicht. Wir wissen nicht, was der Arzt als wichtigste Erkrankung behandeln will bzw. was Patient und Arzt ausgemacht haben. Priorisieren hat nichts mit Rationieren zu tun, sondern Priorisieren folgt dem Ziel, das wirklich Notwendige auch richtig zu tun und da Verzicht zu üben, wo keine wirklich relevanten Symptome behandelt werden müssen. Da liegt für Apothekerinnen und Apotheker die Chance, einzugreifen, mit Ärzten und Patienten eine Gesprächsebene zu suchen – und das sollten Sie auch tun. Wenn Sie jeden Tag die Probleme sehen und mit diesen Problemen konfrontiert sind und nicht eingreifen, dann haben Sie als Apotheker aus meiner Sicht ein Stück Verantwortung vertan.

Die Forderung nach multimorbiditätsorientierten Leitlinien müsste aus meiner Sicht von uns kommen. Selbst bei der Analyse von Demenzleitlinien, z.B. der Leitlinie der DEGAM, also der Deutschen Gesellschaft für Familien- und Allgemeinmedizin, oder auch bei neurologischen Leitlinien zur Behandlung von Demenz, kommt das Wort „Multimorbidität“ nicht einmal vor, obwohl doch bekannt ist, dass demente Patienten eher die älteren Patienten sind, die tatsächlich auch neben der Demenz mehrere andere Krankheiten haben, die auch behandelt werden, z.T. auch behandelt werden müssen. Interaktionen und unerwünschte Wirkungen sind da nicht zu vermeiden. Dennoch: Der Aspekt Multimorbidität wird nicht erwähnt.

Mit dem Hinweis auf die „Kompressionstheorie“ möchte ich die Diskussion über das in Zukunft häufigere Auftreten von altersassoziierten Krankheiten noch erweitern. Diese Theorie rückt verstärkt in den Mittelpunkt unseres Systems. Was bedeutet diese Theorie aus Public Health-Sicht? Altersassoziierte Erkrankungen, das haben wir eben diskutiert, sind der Prävention und Gesundheitsförderung zugänglich. Wenn die erfolgreich umgesetzt werden, können Menschen nicht nur länger leben, sondern das längere Leben werden sie auch über einen längeren Zeit-

raum gesund erleben. Ziel muss es sein, in einer größeren Lebensspanne mehr Jahre in Gesundheit zu erreichen. Wenn wir älter werden, wollen wir nicht länger krank sein, sondern wir wollen mit dem Älterwerden möglichst den Anteil der Jahre, die wir mit Krankheit leben müssen, auf die letzten Lebensjahre, auf kurze Zeit also, komprimieren.

Für die Kompressionstheorie gibt es derzeit bereits eine Reihe von Bestätigungen. Viele Menschen, die sich gesund halten und das Gesundheitshandeln zu ihrer Lebenseinstellung machen, erkranken erst im höheren Lebensalter an sog. chronischen Krankheiten wie Diabetes oder Hypertonie, die bei anderen über Jahre und Jahrzehnte schon seit den mittleren Jahren chronisch auftreten. Man erkennt in diesem Zusammenhang allerdings auch einen Sozialschichtgradienten – die Menschen mit einer besseren und „komprimierten“ Krankheit gehören eher den Schichten mit einem höheren sozioökonomischen Status an. Prävention und Gesundheitsförderung sind auch hier die Stichworte für Strategien in unserem Gesundheitswesen.

Auch ein ökonomischer Aspekt ist zu berücksichtigen: Das letzte Lebensjahr, die letzten Monate eines Lebens, sind aus gesundheitsökonomischer Sicht immer die teuersten. Aber: Die relativ gesehen teureren letzten Lebensjahre finden sich in den jüngeren Altersgruppen, je älter die Menschen werden, desto stärker verringern sich die Kosten im letzten Jahr vor dem Tod. Insofern kann man sogar unter diesem Aspekt die Kompressionstheorie ökonomisch als Ziel definieren, da das Sterben im höheren Alter das Gesundheitssystem relativ am wenigsten belastet. Wenn also schon gestorben werden muss, und das gilt für uns alle, dem werden wir nicht ausweichen können, dann sollte dies aus Systemsicht möglichst spät geschehen. Das soll nicht zynisch klingen, sondern soll Bemühungen begründen, ein längeres Leben zu erreichen und das längere Leben möglichst gesund zu erleben. Die Kompressionstheorie beschreibt diese Entwicklung.

Weitere Herausforderungen

Compression of Morbidity (Fries 2003, 2005)

- Die Dauer der chronisch kranken Lebenszeit wird sich verringern
- Begrenzung des menschlichen Lebensspanne und zukünftige Erfolge von Prävention
- Anstieg der Lebenserwartung verringert sich, chronische Krankheiten werden in ein immer höheres Alter verschoben - Gesunde Lebenserwartung muss schneller steigen als die allgemeine Lebenserwartung
- Die letzten Lebensmonate sind immer die teuersten (die letzten 12 Monate, vor allem die letzten drei), die Ausgaben sinken mit aber mit dem Alter – keine Rationierung!

In diesem Zusammenhang ein kritisches Wort zu Studien, die behaupten, ältere Menschen werden in ihrer letzten Lebensphase schlechter versorgt als jüngere Menschen, es würde also bei älteren Menschen implizit rationiert. Bei einem Vergleich von 60- und 90jährigen Patienten mit der gleichen Diagnose, die im Krankenhaus behandelt werden müssen, mag einem dieser Gedanke kommen, da es erhebliche Kostenunterschiede in den Behandlungen gibt. Bei der gleichen Diagnose wird bei dem 90jährigen Patienten also weniger intensiv behandelt als bei einem 60jährigen. Daraus wird oft die Schlagzeile produziert: „Achtung Rationierung“. Ich halte diese Interpretation für Unsinn. Denn bei einer Behandlung muss auch immer gefragt werden, was einem Patienten in welchem Alter an invasiven und belastenden medizinischen Maßnahmen überhaupt noch zuzumuten ist. Daher ist es geradezu ein Segen, dass bei älteren Menschen weniger intensiv behandelt wird als bei jüngeren. Solche Überlegungen zeigen aber auch, dass bezogen auf die medizinische Versorgung im Alter auch weitere Überlegungen zu berücksichti-

gen sind, als auf den ersten Anschein notwendig zu sein scheinen. Es geht dabei nämlich auch um die Angemessenheit der Maßnahmen bei den jeweiligen Patienten, unterschiedlich intensive Behandlungen in verschiedenen Altersstufen können durchaus dem Zustand und dem Wunsch der Patienten angemessen sein.

Weitere Schnittmengen zu Public Health

Welche Schnittmengen zu Public Health sind weiter aus Sicht der Apothekerinnen und Apotheker zu berücksichtigen? Es gibt den Bereich des irrationalen Arzneimittelkonsums, vor allem in der Selbstmedikation (coffeinhaltige Schmerzmittel, Triptane, Abführmittel, alkoholhaltige Mittel usw.). Wer, wenn nicht die Apotheker, müssen hier aktiv werden, wenn ein Missbrauch offensichtlich zu sein scheint?

Ein auffälliges Beispiel möchte ich erwähnen, weil daran der Public-Health-Aspekt besonders deutlich gemacht werden kann. Der betrifft die unnötigen Antibiotikaverordnungen, insbesondere bei Kindern mit Infekten der oberen Atemwege, und die mit einem unnötigen Antibiotikagebrauch einhergehende und ansteigende Resistenzgefahr. Inzwischen sterben weltweit mehr Menschen an Antibiotika-Resistenzen als an AIDS. In diesem Bereich tragen wir auch unter Bevölkerungsaspekten eine hohe Verantwortlichkeit. Ich meine, hier haben die Apotheker die Chance und die Pflicht zur Intervention. Wir brauchen in diesem wie in vielen anderen Bereichen, in denen wir Über- und Fehlversorgung sehen, eine öffentliche Bewertung durch die Apothekerinnen und die Apotheker. Denn sie wissen, was Antibiotika sind, sie wissen wie sie wirken und sie wissen, wie die Folgen eines unangemessenen Verbrauchs sein können. Ich wünsche mir daher ein nationales Programm der Apotheker mit dem Titel: „Wir wollen unseren Beitrag zur Verringerung der Antibiotikaresistenz leisten, und wir fühlen uns hier im Sinne der Arzneimittelsicherheit und der ordnungsgemäßen Arzneimittelversorgung angesprochen“. Derzeit wird dies bspw. der Politik überlassen, Frau Caspers-Merk hat ein entsprechendes nationales Programm auf den Weg gebracht, an dem Apotheker nicht einmal beteiligt sind. Es gibt durchaus Alternativen zur Antibiotikatherapie, bspw. bei Otitis media oder unkomplizierten Harnwegsinfektionen mit der Gabe von Ibuprofen resp. Nitrofurantoin während der ersten drei Tage einer Infektion – danach sind die akuten Beschwerden zumeist bereits abgeklungen. Solche Ratschläge sind im Übrigen in der Zwischenzeit evidenzbasiert.

Ein weiterer Punkt, der mir wichtig ist: Die Verringerung von Iatrogenisierung und Medikalisierung des Lebens. Die Iatrogenisierung der Gesellschaft, also die Überlassung der Probleme bestimmter Lebensphasen (z.B. Wechseljahre) der Definitionsmacht der Ärzte oder der Medizin, hat bereits Ivan Illic in den siebziger Jahren immer wieder kritisiert. Dieser Kritik sollten wir uns anschließen. Wir müssen als Apothekerinnen und Apotheker einen Beitrag dazu leisten, dass die Medikalisierung der Gesellschaft nicht fortschreitet und dass z.B. Arzneimittel zu allgegenwärtigen Lösungsmitteln für Alltagsprobleme werden. Im Sinne von Public Health müssen wir deutlich machen, dass zu viele Medikamente in bestimmten Situationen eingesetzt werden, die eigentlich nichts mit Krankheit, sondern mit Überforderung, Belastung und mangelndem Bewältigungsvermögen zu tun haben. Gesundheitsförderung und Ressourcenstärkung schon von Kindheit an ist da die richtige Antwort, nicht der Konsum von oftmals sogar abhängig machen- den Beruhigungsmitteln oder anderen Psychopharmaka.

Public Health-Potenzial in Apotheken

Vorhandene „Schnittmengen“ Public Health – Apotheken; z.B.:

- Prävention von Missbrauch (Coffeinhaltige Kopfschmerztabletten, Nasensprays/-tropfen mit Sympathomimetika, Laxanzien, alkoholhaltigen Mitteln, Non Rx-Triptan, H2-Antagonisten usw.)
- Intervention bei unnötigen Antibiotika-Verordnungen (z.B. bei Otitis media; sinnvoll zunächst drei Tage Ibuprofen), ähnlich bei unkomplizierten Harnwegsinfekten
- Mithilfe bei der Verringerung von „Iatrogenisierung und Medikalisierung“ der Gesellschaft als Idee der raschen und immer wirksamen Zugänglichkeit und Intervention
- Niederschwelliges Angebot als Gesundheitszentrum und Exzellenzzentrum für die Arzneimittelberatung

Die Apotheke muss sich als niederschwelliges Angebot, als Gesundheitszentrum und Exzellenzzentrum für die Arzneimittelberatung verstehen. Wir müssen uns in diesem arbeitsteiligen medizinischen Versorgungssystem fragen, wo unser Platz ist. Unsere Aufgaben haben vor allem mit Information und Beratung zu Arzneimitteln zu tun, aber mit einer Beratung, die den Patienten auch einbezieht und ihm die Probleme verständlich macht. In einer Studie „Verhalten des Hausarztes in der zuletzt erlebten Entscheidungssituation“ befragte man Ärzte und Patienten nach der Konsultation in der Praxis. Erkennbar war, wie groß die Diskrepanz im Hinblick auf die Fremdwahrnehmung und Eigenwahrnehmung der Ärzte war. Bspw. gab der Arzt an, er habe Infomaterial abgegeben, und zwar in 80 % der Fälle. Die Patienten gaben jedoch nur zu 15 % an, dass der Arzt z.B. ein Infoblatt mitgegeben habe. Infoblätter sind aber im Gegensatz zu einer mündlichen Beratung materiell anfassbare Unterlagen – und trotzdem kommt es hier zu erheblichen Unstimmigkeiten zwischen Fremd- und Eigenwahrnehmung. Auch in anderen Interaktionsbereichen dieser Studie zeigten sich gravierende Differenzen. Es kann sein, dass man den Sprechstundeneffekt und die Aufgeregtheit der Patientinnen und Patienten nicht vernachlässigen darf oder dass der Arzt mal wieder gesagt hat „Sie haben eine interstitielle Nephritis und müssen demnächst doch Antibiotika nehmen“, was die Patienten nur schwer übersetzen können und deshalb angaben, der Arzt hätte ihnen nicht ausreichend ihre Krankheit erläutert. Erkennbar ist auch, dass die „Informationen des Hausarztes über Medikamente und Nebenwirkungen“ relativ „dünn“ beim Arzt ausfallen. Aber sind dies nicht geradezu „Steilvorlagen“ für Apothekerinnen und Apotheker, die Patientinnen und Patienten in einer Situation aufzuklären, die gegenüber einer Arztpraxis in der Offizin einer Apotheke, z.B. in der Beratungsecke, kommunikativer und entspannter gestaltet werden kann? Die niederschwellige Kommunikationsmöglichkeit in der Apotheke beinhaltet ein Beratungspotenzial, das wir offensiv nutzen und uns nicht von anderen Berufen wegnehmen lassen sollten.

Ich möchte Ihnen auch zeigen, warum eine gelungene Kommunikation besonders wichtig im Bereich der Arzneimittelversorgung insgesamt, vor allen Dingen aber auch bei OTC-Arzneimitteln ist. Im Jahre 2007 sind etwa 1,5 Milliarden Packungen Arzneimittel in Deutschland verkauft worden, im Schnitt also 20 Packungen pro Person, bei genauerer Betrachtung allerdings mit einem deutlichen Anstieg bei den älteren Menschen. Der Umsatz über Apotheken betrug ca. 37 Mrd. Euro. Zudem haben wir in der Zwischenzeit einen fast gleichgroßen Anteil der nicht rezeptpflichtigen und der rezeptpflichtigen Arzneimittel bei den abgegebenen Packungen in der Apotheke,

wobei noch ein kleiner Teil der nicht rezeptpflichtigen Mittel für Kinder verordnet werden darf. Insgesamt ist aber erkennbar, dass der OTC-Anteil ansteigt. Vom Umsatz her macht der Anteil der nicht rezeptpflichtigen aber lediglich etwa 16% aus. Dies sollte gerade Apothekerinnen und Apotheker interessieren. Wenn Hersteller meinen, dass der OTC-Bereich angebliche Einbußen im rezeptpflichtigen Bereich wettmachen kann, muss man sich unter Berücksichtigung des Umsatzanteils nur wundern. 84 % des Umsatzes entfallen auf verordnete und verschreibungspflichtige Arzneimittel. Dort also, im verschreibungspflichtigen Bereich, liegt der Bereich, der Apotheken auch unter ökonomischen Aspekten besonders interessieren sollte.

Zukunft der Apotheke

Der Arzneimittelmarkt wird schwieriger, mit neuen Arzneimitteln wie den Biologicals kommen auf uns ganz neue Anforderungen zu: Information und Beratung, gerade auch bezogen auf UAWs. Wir müssen die Patienten in Zukunft immer häufiger mit neuen und differenzierten Informationen konfrontieren. Patienten brauchen Begleitung und Betreuung bei diesen komplizierten neuen Mitteln, weil wir völlig unterschiedliche oder andere UAWs haben, und unterschiedliche Einnahmeverfahren wie bei den bisherigen typischen Arzneimitteln. Wir bekommen also andere Beratungsnotwendigkeiten. Ich glaube, dass die Zukunftsfähigkeit für Apothekerinnen und Apotheker an dieser Versorgungs- und Beratungsqualität sowie an der Patientenorientierung hängen wird. Und das wäre eine klare Entscheidungsorientierung für Public Health, nämlich nicht den auf das Individuum bezogenen Beratungs- und Informationsbedarf zu erkennen, sondern auch allgemein zu fragen, welchen Beitrag wir für die Gesundheit der Bevölkerung leisten können. An der Hitliste der umsatzstärksten Arzneimittel nach Industriedaten sehen Sie, dass es eigentlich mehr und mehr um die komplizierten Biologicals geht, um monoklonale Antikörper, um gentechnologisch hergestellte Arzneimittel allgemein, die den Markt beherrschen. Damit kommen auch andere und neue Inhalte der Beratung im Vergleich zu den vergangenen Jahren auf uns zu. Da gab es die typischen Arzneimittel im Herz-Kreislauf-Bereich, im Bereich Diabetes, im Bereich anderer chronischer Erkrankungen. Jetzt gibt es mehr und mehr diese Spezialpräparate. Das bedeutet auch, dass die Qualifikation und Kompetenz für die Beratung eine andere sein muss. Oder glauben Sie, dass alle Ärzte in der Lage sind, die Wirkweise und die möglichen unerwünschten Wirkungen dieser neuen Arzneimittel ausreichend verständlich zu erklären? Dies ist jedenfalls nicht unsere Erfahrung.

Weiterentwicklung des Arzneimittelversorgungssystems

- Der Arzneimittelmarkt wird „schwieriger“, die Erklärungsbedürftigkeit steigt, die Apotheke als „Beratungszentrum für die Arzneimitteltherapie“ ist unverzichtbar
- Biologicals (Tyrosinkinasehemmer, Remissionsinduktoren, Wachstumshormone o.ä.) oder differenziertere Mittel werden häufiger eingesetzt und sind teurer (60-80Tsd. € p.a.)
- Die Herausforderungen für die Begleitung und Betreuung von Patientinnen und Patienten steigen immer weiter an
- Die Zukunftsfähigkeit „hängt“ an dieser Versorgungsqualität, der Patientenorientierung und dem Engagement bzw. Kooperation mit dem und für das System – eine klar entschiedene Orientierung an Public Health

Die Rangfolge nach abgegebenen Packungen machen anders gelagerte Beratungsanforderungen deutlich. Bezüglich der verkauften Mengen sind nämlich OTC-Arzneimittel führend. Wenn Sie

alleine die Packungen der Nasensprays zusammenzählen, dann kommen sie auf etwa 70 Mio. Packungen im Jahr. Sie sehen in der Tabelle auch die 12,5 Mio. Packungen Thomapyrin. Wie reagieren die Apotheker? Wie lässt sich endlich mal die Botschaft verbreiten, dass wir Fachleute für Arzneimittel sind und dass wir trotz der notwendigen ökonomischen Interessen, die „niedergelassene“ Apotheker berücksichtigen müssen, auch immer wieder bereit sind, uns zu Gunsten der vernünftigen Beratung der Bevölkerung einzusetzen. Und da hat Thomapyrin nichts verloren.

Wir brauchen eine permanente Diskussion im Selbstmedikationsmarkt, um endlich mehr Rationalität in der Beratung zu erreichen. Heute wird beim Spagat zwischen Ethik und Monetik noch zu oft zu Gunsten der Monetik entschieden.

Ein Ärgernis sind auch die immer wieder festgestellten Nachlässigkeiten bei der Herstellung von Rezepturen, etwas, das ich überhaupt nicht verstehen kann. Eine wirklich öffentliche Diskussion hat hierüber bislang nicht stattgefunden, Gott sei Dank möchte man anfügen, aber alle Insider kennen die Probleme. Stellen sie sich mal vor, in der Bild-Zeitung würden die Ergebnisse unter der Überschrift „Vorsicht vor Rezepturen aus der Apotheke, 20 % sind falsch, einige möglicherweise tödlich“ stehen. Es zeigt sich bei den Ringversuchen einfach immer wieder, dass die Mengen von Inhaltsstoffen zu hoch oder zu niedrig sind oder dass die gesamte Rezeptur nicht ordnungsgemäß hergestellt wurde. Ein Armutszeugnis für die Qualitätssicherung in der Apotheke, wenn statt 10 mg Hydrocortisonacetat 100 mg in die Salbengrundlage eingerührt werden.

Apotheken – neben Potenzialen aber auch Probleme

- Spagat zwischen Ethik und Monetik zu oft zugunsten der Monetik entschieden (unsinnige Empfehlungen, Nachlässigkeiten bei der Herstellung von Rezepturen, nicht evidenzbasierte diagnostische Angebote (Ultraschall-Densitometrie), Trockenchemie zur Früherkennung usw.)
- Werbung für bestenfalls nur Teures, schlechtestenfalls auch noch Problematisches (z.B. Orthomol, WickMedinait usw.)
- Geringe Vernetzung mit anderen Institutionen im Gesundheitssystem, z.T. problematische Distanz zu Kassen
- Kein kontinuierliches Monitoringsystem für Beratungsqualität, z.T. inakzeptable Ergebnisse bei Fremduntersuchungen, letztlich aber ohne Konsequenzen

Von hoher Public-Health-Relevanz sind auch die Apothekenschaufenster, die wie eine Visitenkarte der Institution Apotheke wirken. Die meisten sind zum einen voll gestopft mit Produktwerbung für viel verkaufte Arzneimittel oder für Nahrungsergänzungsmittel wie dem wunderbaren Orthomol, Produkte also, mit denen man offensichtlich heute viel Geld verdienen kann. Wick Medinait oder Thomapyrin dürfen da natürlich auch nicht fehlen. Mit Information haben diese Schaufensterdekorationen nichts zu tun, es geht um die Propagierung von Schnelldrehern und Umsatzträgern.

Zu beklagen ist die geringe Vernetzung der Apotheken mit anderen Institutionen: Die Apotheker haben eine aus meiner Sicht ausgesprochen problematische Distanz zu den Krankenkassen. Dabei sind Krankenkassen, ob gesetzlich oder privat, die originären Vertragspartner für die Apothekerinnen und Apotheker. Ich weiß gar nicht, mit wem sie sonst Verträge machen wollen. Mit der Industrie? Gerade in Kooperation mit den gesetzlichen Krankenkassen können wir doch

Public Health orientiert tätig werden, 90 % der Bevölkerung in Deutschland ist GKV versichert. Ein Standortvorteil für alle Formen der Information. Ein Standortvorteil für Apotheken und pharmazeutische Hersteller. Ein Standortvorteil für alle, die sich mit Prävention und Gesundheitsförderung beschäftigen. Wo sonst gäbe es weltweit einen solch großen Markt an einheitlich versicherten Menschen, die doch potenzielle Kunden und Patienten sind und für die eine GKV den Finanzierungsrahmen absichert?

Was leisten die Apotheken eigentlich im Alltag? Was kommt an Information und Beratung bei der Bevölkerung an, mit welchem Ergebnis? Was bleibt bei den Patienten an Informationen hängen? Es gibt hierzu einige Untersuchungen, einige sind aussagekräftig, bei anderen sind Zweifel angebracht: In Eigenuntersuchungen – ich erinnere da an Westfalen – fand man heraus, dass weit über 90 % der Beratungen kompetent, verständlich, inhaltlich richtig und patientenorientiert durchgeführt werden. Ob dieses Ergebnis aber im Rahmen eines qualifizierten Qualitätssicherungssystem und unabhängig durchgeführten Pseudo-Customer-Projekt Bestand hat, wage ich zu bezweifeln.

Apotheken als wichtiger Teil des Versorgungssystem

- Optimierungsstrategien in der Arzneimittelversorgung, orientiert an Effektivität, Evidenz und an Angemessenheit sind dringend erforderlich (z.B. Osteoporose (cave Interaktionen), Demenz (cave Neuroleptika))
- Pharmazeutische Betreuung: „The responsible provision of drug therapy for the purpose of achieving definite outcomes that improve the patient's quality of life“ (Hepler und Strand 1990)
- „Eine optimale Ressourcennutzung im Gesundheitswesen setzt bei allen Gesundheitsberufen die Bereitschaft voraus, im Rahmen neuer, teamorientierter Arbeitsformen zu einer Neuaufteilung der Tätigkeitsfelder entsprechend der Qualifikation zu kommen und die entsprechende Verantwortung zu übernehmen“ (SVR 2007)

Die Ergebnisse der Stiftung Warentest, an deren Untersuchungen unser Institut maßgeblich beteiligt war, sprechen da eine andere Sprache. Sie können uns auch ruhig vorhalten, dass wir die falschen Fragen gestellt hätten. Wir können diese Fragen gut begründen und ich glaube auch, dass sie einer näheren Begutachtung standhalten. Die Ergebnisse zeigen, dass die Beratung in Apotheken nicht unbedingt ein Ruhmesblatt darstellt. Die Pseudo-Customer-Ergebnisse sind keineswegs dazu geeignet, sich beruhigt hinsetzen zu können. Manchmal mag es zwar Pseudo Customer-Besuche geben, wie vor 14 Tagen von Herrn Prof. Dr. Frölich, einem Hannoveraner Pharmakologen, wo der Pseudo Customer selber nicht genau über die Interaktionen Bescheid wusste und es daher zu einer falschen Kritik an der Beratungstätigkeit der Apotheker kam. Aber das ist eine andere Geschichte. Es darf nicht übersehen werden, dass schlechte Beratungsergebnisse bei der Bevölkerung hängen bleiben, das Image der Apotheken als kompetenter Ort der Arzneimittelinformation ist gefährdet, wenn sich dieses Bild verfestigt.

Wir müssen uns für die Optimierung in der Arzneimittelversorgung einsetzen: hier möchte ich das Thema Neuroleptika bei älteren Menschen ansprechen. Ein Drittel der Demenzpatienten bekommt Neuroleptika. Wir kennen die Übersterblichkeit, wir wissen, dass diese Menschen früher sterben, wenn sie Neuroleptika bekommen, gegenüber denen, die solche stark wirksamen Beruhigungsmittel nicht verordnet bekommen. Und das gilt für alle Neuroleptika. Einem Demenzpatienten Neuroleptika zu verordnen ist fahrlässig. Natürlich können Apotheker diesen Zusammenhang nur erkennen, wenn auf dem Rezept gleichzeitig Antidementiva und Neurolep-

tika verordnet werden. In den Fällen, in denen sie diesen Zusammenhang aber erkennen, sollten und müssen sie reagieren. Dies ist schließlich ein Aspekt der Arzneimittelsicherheit – und die zu verbessern gehört wirklich zu den Aufgaben von Apothekerinnen und Apothekern.

Qualitätswettbewerb als Anreiz

- Indikatoren können zur Basis für Qualitätsvergleiche werden – Häufigkeiten von UE oder UAW
- Indikatoren können zur Basis von Honorierungssystemen werden
- Wettbewerb um Qualität und Effizienz mit entsprechenden selektiven „bevorzugten“ Verträgen als Anreiz – Abkehr von den zunftgemäßen Kollektiv- hin zu differenzierten Versorgungsverträgen
- Honorierungsmodelle unter dem Aspekt „Pay-for-Performance (P4P)“ honorieren das messbare Engagement für eine optimierte Versorgung
- Apotheke als Arzneimittelversorgungszentrum in der integrierten Versorgung (auf der Basis von Vertragslisten, Arzneimittelkommissionen und eigenen industrieunabhängigen Fortbildungsmaßnahmen)

Schon länger in der Diskussion ist die pharmazeutische Betreuung. Die Apotheken können in diesem Bereich eine Menge leisten. Aber sie müssen qualifiziert sein. Und hier verweise ich auf den Sachverständigenrat, der besonderen Wert auf die Neuaufteilung von Tätigkeitsfeldern legt, natürlich entsprechend der Qualifikation der jeweiligen Berufsgruppen. Hier steht erneut das Thema Professionen-Mix im Mittelpunkt und die Frage, welche Berufsgruppen welche Aufgaben im Rahmen der medizinischen Versorgung der Bevölkerung am besten bearbeiten können. Außerdem muss auch gefragt werden, auf welcher Ebene unseres Versorgungssystems welche Anforderungen an eine patientenorientierte Versorgung am besten angesiedelt sein kann: Die Betreuung der Arzneimitteltherapie und die Beratung und Information zu dieser therapeutischen Intervention sicherlich auf der Ebene der Apotheken.

Wir werden in Zukunft viel mehr Anreize für einen Qualitätswettbewerb anbieten müssen. Wie können die in der Apotheke aussehen? Inzwischen sind in Krankenhäusern Indikatoren entwickelt worden, die Bewertungen der Qualität zulassen, z.B. im Hinblick auf die Folgen nach einer Operation. Es gibt Indikatoren, die relativ gut die Qualität der Versorgung widerspiegeln und auch „belastbar“ sind, denken Sie z.B. an die perioperative Antibiotikaphylaxe bei einem chirurgischen Eingriff. Wir kennen solche Indikatoren auch aus dem ambulant ärztlichen Bereich. Die KV Bayerns hat ein Indikatorsystem nach § 136 SGB V festgelegt. Dort haben Ärzte Abschlüsse hinzunehmen, wenn bestimmte qualitative Anforderungen, z.B. die ausreichend qualifizierte Sterilisierung von Coloskopiebestecken, nicht eingehalten werden. Ärzte, die solche Qualitätsansprüche nicht umsetzen, müssen Abschlüsse in ihrem Honorar hinnehmen. Warum gibt es das nicht bei Apotheken? Warum haben wir hier keine Indikatoren, die etwas über die Prozessqualität in Apotheken aussagen, was können wir über Indikatoren erfassen, die dann zur Basis von Honorierungssystemen genutzt werden können? Wir brauchen solche Indikatoren, weil wir einen verstärkten Wettbewerb um Qualität und Effizienz brauchen, nicht im Apothekenbereich, sondern im gesamten Gesundheitssystem. Es gibt das Honorierungssystem Pay-for-Performance, abgekürzt P4P, das eine Verbindung zwischen der Qualität von Leistung im Gesundheitssystem mit der Honorierung darstellt. Ein solches System stelle ich mir auch in Zukunft für die Apotheken vor. Ein Indikator könnte dabei z.B. die Häufigkeit von aufgedeckten Interaktionen sein.

Mehr Qualität durch Wettbewerb

Der Wettbewerb im Gesundheitssystem sollte die Suchstrategie verfolgen, bessere und effizientere Lösungen in den Behandlungsabläufen zu finden. Es geht hier also nicht um einen üblichen Wettbewerb um Leistungen, sondern um die Frage, auf welche Art und Weise lässt sich eine notwendige Versorgung in unserem System am besten erbringen. Der Wettbewerb im GKV System kann immer nur im Rahmen des gesetzlichen Auftrags, des gesetzlich definierten GKV-Leistungskataloges stattfinden. Es muss die Frage im Mittelpunkt stehen, wer kann auf welche Weise welche Leistungen am besten erbringen.

Es gibt sehr unterschiedliche Möglichkeiten, den Wettbewerb innerhalb des Leistungsrahmens zu organisieren. Ein solcher Wettbewerb ist auch nicht gebunden an ganz bestimmte Strukturen, das möchte ich an dieser Stelle auch noch einmal deutlich sagen. Wenn ich den Versuch machen möchte, die Qualität für Kunden und Patienten in unserem Versicherungssystem kommunikabel zu machen, benötige ich Indikatoren, die mir Vergleiche zwischen den unterschiedlichen Anbietern ermöglichen. Ein Indikatorensatz, der in jeder Apotheke gleichermaßen angewendet wird, erlaubt mir, die Qualität der einzelnen Apotheke mit den anderen zu vergleichen und zu entscheiden, welcher der vielen Apotheken ich mein Vertrauen schenke. Das funktioniert im Krankenhaus schon recht gut, in diesem Bereich werden die Ergebnisse von Qualitätsvergleichen bereits publiziert. Solche Indikatoren müssen belastbar sein, evidenzbasiert, problemorientiert, umsetzbar, implementierbar und verständlich sein. Es gibt, wie Studien zeigen, solche Indikatoren auch für Apotheken. Im Zusammenhang mit P4P sind z.B. Untersuchungen zur Beratungsqualität oder auch zur Compliance bei der Arzneimittelleinnahme und bei der Raucherberatung mit positiven Ergebnissen durchgeführt worden. Wir haben also zumindest Beispiele für solche Indikatoren, die auch in Apotheken auf die Qualität der „Performance“ im Alltag hinweisen. Diese Ergebnisse werden aber leider von unserer Landesführung nicht aufgegriffen, wohl wissend, dass wir dann zu einer Differenzierung der Leistungsfähigkeit der Apotheken kommen werden – nicht alle Apotheken können alles gleich gut, der Qualitätswettbewerb wird auch zu Verlierern im Apothekenangebot führen. Es wird also leider von der Landesführung nicht mit Indikatoren zum Qualitätsnachweis diskutiert, sondern stattdessen mit dem Hinweis darauf, dass Apotheker die beliebtesten Dienstleister seien.

Weiterentwicklung des Arzneimittelversorgungssystems

- Wettbewerb kein Selbstzweck, sondern Strategie der Suche nach „besseren“/effizienteren Lösungen
- Die GKV hat als Ziele Evidenz, Effizienz, Qualität und Patientenorientierung
- (§§ 2, 12, 70), unterschiedliche Präferenzen von Patienten sollten aus Gründen der Akzeptanz – auch zukünftig – berücksichtigt werden (z.B. Versand, selektive Verträge, Wahlleistungen, Preferred Provider Systems (PPS))
- Zum Vergleich müssen prüfbare Indikatoren vereinbart werden, die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität abbilden
- Die Indikatoren müssen machbar, belastbar, evidenz- und problemorientiert, umsetzbar und einfach implementierbar und verständlich sein

Beliebtheit ist aber kein Qualitätskriterium. Fragen sie mal in ihrer Familie, wer der beliebteste Arzt ist. Oder auch: Die Praxis ist immer aufgeräumt, es gibt immer einen Parkplatz oder auch Kaffee und Wasser zum Trinken. Es sind also Alltagsindikatoren, die auch die Wahl eines Arztes und einer Praxis mitbestimmen. Auch in einer wunderbar ausgestatteten Praxis kann ein schlechter Arzt tätig sein.

Das gleiche gilt für die Apotheken: Aussehen der Apotheke oder Beliebtheit des Apothekenpersonals ist noch längst nicht gleichbedeutend mit Qualität und Kompetenz im Versorgungsalltag. Deshalb brauchen wir Indikatoren, die auch nach außen deutlich machen, wo welche Qualität produziert wird. Wir brauchen Third Party-Audits, also Prüfungen von Externen, die weder aus dem Apothekenbereich, noch z.B. aus dem „Nachfragenbereich“ Kassen kommen, um die Qualität in unseren Apotheken zu prüfen.

Die kollektiven Vertragsformen waren immer schon eine Barriere für einen institutionellen Qualitätsvergleich und für eine Differenzierung. Solche Vertragsformen belohnen keine besonderen Anstrengungen und Engagement zugunsten einer verbesserten Qualität und Effizienz, sie sanktionieren aber auch keine Defizite. Der §129 (SGB V), der allgemein die Arzneimittelbelieferung von GKV-Patienten regelt, ist sozusagen der Zaun, hinter dem man sich gut einrichten kann und mit dem die Sicherheit verbunden ist, dass auch bei geringem Engagement die Institution Apotheke weiter Teil des Vertragssystems bleibt. In einer solchen Regelung kann aber nicht die Zukunft unseres Systems liegen. Wir müssen über die Anwendung differenzierter Qualitätskriterien dazu kommen, dass nur Apotheken mit vergleichsweise günstigen Ergebnissen Lieferverträge im Rahmen der GKV bekommen, es sollen eben nicht mehr alle das gleiche tun dürfen, wenn die qualitativen Voraussetzungen unterschiedlich sind.

„Beliebtheit von Apotheken ist kein Qualitätskriterium!“

- Apotheken sollen Qualitäts- und Beratungsergebnisse öffentlich machen („public disclosure“)
- Third party audits als Basis für vertragliche Beziehungen, die Kassen für ihre Versicherten organisieren
- Abkehr von kollektiven Vertragsformen mit Einheitsbewertung hin zu bevorzugten Honorierungskonzepten
- Differenzierung und Qualitätsvergleiche als Herausforderung – gute Qualität belohnen, schlechte „bestrafen“
- Neue Ausbildungsstrategien wie klinische Pharmazie als Basis für die notwendige Weiterentwicklung und Grundlage für den notwendigen Platz im „Professionenmix“

Der Differenzierung in den Qualitätsvergleichen folgt dann auch eine Differenzierung der Honorierung. Abschläge gibt es immer dann, wenn die Qualität Defizite aufweist. Um dies vernünftig umsetzen zu können, brauchen wir natürlich auch verbesserte Ausbildungsstrategien. In diesem Zusammenhang ist die Ausbildung im Bereich klinische Pharmazie eine ganz wesentliche Voraussetzung, um auch unseren Platz im Rahmen des Professionenmix zusammen mit den Ärztinnen und Ärzten einnehmen zu können. Qualitätsindikatoren bezüglich der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität sowie der Patientensicherheit werden auch bei dieser in Zukunft notwendigen Entwicklung helfen.

In diesem Zusammenhang haben die Apothekerinnen und Apotheker auch die Aufgabe, bevölkerungsorientierte Aussagen im Sinne von Public Health bezüglich der Versorgungsqualität allgemein zu machen. Nach wie vor stellen wir neben der Über- und Fehlversorgung z.B. mit Tranquilizern, Schlafmitteln oder Hormonpräparaten auch Unterversorgung fest. Bei vielen Parkinsonpatienten beobachten wir eine relativ schlechte Versorgung. Sie sind schlecht eingestellt, da muss sich die Qualität verbessern. Viele Osteoporosepatientinnen, die sozusagen in ein Versorgungsloch gefallen sind, nachdem die Hormonkombinationen wegen der Risiken

nicht mehr dauerhaft als Osteoporoseprophylaxe verordnet werden dürfen, müssten eigentlich Arzneimittel mit Bisphosphonaten bekommen. Dies geschieht aber nicht in einem Umfang, der auf eine gute Behandlung hindeutet.

Einen Public Health-Bereich betreffen auch die Dienstleistungsindikatoren: Wie wirken sich einzelne Dienstleistungen auf den Gesundheitsstatus unserer Bevölkerung aus? Und welche Perspektive hat die Dienstleistung, in Bezug auf die Gesellschaft, aber auch in Bezug auf die örtliche Situation? Ist das Angebot von Osteodensitometriemessungen in der Apotheke wirklich sinnvoll? Und wie sieht es mit Angeboten der Trockenchemie und der Gentests aus, die auch in vielen Apotheken eher kritiklos angeboten werden? Apotheken sind Teil der Versorgungsstruktur in einer Bevölkerung, sie müssen auch Funktionen von Gesundheitszentren übernehmen. Daher auch der Begriff Community Pharmacy. Hiermit wird die Einbindung von Apotheken in die Region in bestimmten Kooperationsformen angesprochen.

Die ABDA stellte den Home Medication Review als wichtige Aufgabe der Apotheken heraus. Hierbei geht es darum, bei älteren Menschen in deren häuslicher Umgebung zu untersuchen, welche Arzneimittel sie insgesamt bekommen und einnehmen, sowohl an nicht verschriebenen als auch an verschriebenen. Apotheker sollten dann dieses oftmals unübersehbare Spektrum an Arzneimitteln kritisch durchsehen und da intervenieren, wo möglicherweise Interaktionen drohen oder auch Arzneimittel ohne Verlust an Qualität weggelassen werden können. In Australien hat man es geschafft, dass die Apotheker für diesen Service, der von den Ärzten verordnet wird, auch bezahlt werden.

Anforderungen für ein zukünftiges Gesundheitswesen

Die Apotheker werden sich in unserem System anders „einrichten“ müssen als bisher

- Integrierte versichertenorientierte populationsbezogene Versorgungsstrukturen (Managed Care und Capitation = pauschale Abrechnung pro Patient) werden notwendig werden – Ende des Provider-Payer-Split
- Die arbeitsteilig organisierte Medizin wird sich stärker regionalisieren und die ambulante Versorgung incl. der Arzneimittelversorgung stärken, die stationäre Versorgung wird zurückgehen (siehe MVZ-Konzepte vieler privater Klinikträger)
- Apotheken werden sich als Teil dieser Strukturen entwickeln (müssen), auch in einem Capitation-System
- „Einzelunternehmen“ verändern sich zu Teilen eines Netzes

Dazu ist allerdings für unsere Verhältnisse zu ergänzen, dass bei uns zunächst einmal unter Beweis gestellt werden muss, dass bestimmte und qualifizierte Apotheker diese Leistung auch erbringen können und dass diese Leistung einen Nutzen hat, z.B. in der Verringerung von Interaktionen und den häufig damit im Zusammenhang stehenden Folgebehandlungen. Wenn solche Studien positiv ausgefallen sind, wird es sicherlich auch möglich sein, für diese Leistung ein Honorar zu vereinbaren und eine Kooperation mit den verordnenden Ärzten.

Apotheker werden sich in unserem System in Zukunft anders als heute positionieren müssen. Wir plädieren im Sachverständigenratsgutachten 2009 sehr dafür, einzelne Module von Managed Care stärker in unserer Versorgung zu berücksichtigen. Dabei sollen nicht die „Fehler“ aus dem amerikanischen System übernommen werden, die z.B. einen hohen Grad an Risikoselektion nach sich ziehen. Wir möchten aber einen stärkeren Populationsbezug in die Versorgung

einführen, der bisher in unserem sektorierten und fragmentierten System nicht ausreichend umgesetzt ist. Die Behandlungssektoren müssen zusammenwachsen, die schnittstellenanfällige Betonung einzelner Sektoren muss aufgehoben werden. Daher setzen wir uns als Sachverständigenrat dafür ein, dass die Gesundheitsberufe selber und miteinander die Verantwortung, sowohl inhaltlich wie ökonomisch, für die Versorgung einer Region im Rahmen einer Honorierung nach dem Capitationsmodell (pauschale Abrechnung pro Patient) übernehmen sind und dass in diesem Zusammenhang der Provider-Payer-Split aufgehoben wird. Eine arbeitsteilig organisierte Medizin drängt geradezu nach Kooperation, und Apotheken werden sich als Teil dieser Strukturen in dieser Hinsicht etablieren müssen, Einzelunternehmen werden damit zu Teilen eines Versorgungsnetzes werden.

In unserem Gesundheitssystem haben in der Zwischenzeit schon sehr viele wettbewerblich orientierte Selektivverträge Einzug gehalten: Integrierte Versorgung, Rabattverträge, Ausschreibungen usw. Die Fragestellung lautet also nicht mehr, ob wir Wettbewerb im Gesundheitssystem haben, sondern wie wir diesen Wettbewerb auch im Bereich der Apotheken nutzen. Wir müssen daher definieren, was wir in diesem Bereich unter Wettbewerb verstehen, wenn wir über Qualität, Patientenschutz und Therapiesicherheit sprechen. Insofern geht es eigentlich darum, auch den Apothekenbereich offen für solche Entwicklungen zu machen, die im stationären und ambulanten ärztlichen Versorgungsbereich längst Einzug gehalten haben. Wir sollten uns daher nicht darüber jahrelang Gedanken machen, wie nun Präsenzapotheken oder Versandapotheken zueinander stehen, beides sind rechtlich genehmigte und geregelte Apothekenformen, die den Verbrauchern und Patienten eine Wahl für ihre Präferenzen lassen. Daher sollte man seine Kraft nicht in diesen Bereichen damit verschwenden, vorhandene gesetzliche Grundlagen wieder zu verändern. Viel wichtiger sind die Veränderungen im Hinblick auf die Verankerung des Qualitätsbegriffs in der Apotheke, der allerdings zu weit reichenden Veränderungen führen kann, wenn daran z.B. vertragliche Konsequenzen über die Belieferung von Arzneimitteln für GKV-Versicherte gehängt werden.

Schlussbemerkungen

Social Pharmacy stellt aus meiner Sicht sicherlich ein Konzept dar, das eine Verbindung von Pharmazie zu Public Health schaffen kann. Wir sollten uns als Apothekerinnen und Apotheker der Bevölkerung verpflichtet fühlen, nicht den Umsatzerwartungen der pharmazeutischen Hersteller. Das GKV-System ist nicht für die Anbieter da, das GKV System ist vielmehr das institutionelle Versprechen für 72 Mio. Menschen, ihnen bei Krankheit die angemessene, notwendige und am medizinischen Bedarf orientierte Versorgung zu gewährleisten – unabhängig von Einkommen, Status, Alter und Geschlecht. Das GKV-System hat auch, und das sage ich mit aller Deutlichkeit und aller Ernsthaftigkeit, eine Funktion der Befriedung in unserer Gesellschaft. Wenn jeden Tag erneut darüber nachgedacht werden müsste, wer und warum nicht ausreichend versichert ist oder über Sozialhilfe abgesichert werden muss oder gar nicht abgesichert werden kann, würde dies eine erhebliche soziale Unruhe schaffen.

Wir sehen die Auswirkungen in den USA, wo bis zu 45 Mio. Menschen überhaupt keinen Versicherungsschutz genießen. Dass in diesem Zusammenhang bei uns auch immer wieder die Missbrauchsmöglichkeit unseres Versicherungssystems herausgestellt wird, indem an Hand von einzelnen Beispielen das Moral Hazard-Prinzip unter Beweis gestellt wird – dass Einzelne also möglichst viel aus dem System herausholen möchten, möglichst mehr, als sie eingezahlt haben – kann nicht als grundsätzliche Systemkritik anerkannt werden. Solche Einzelfälle mag es geben, der Großteil der Bevölkerung hat diese Einstellung keineswegs, sondern ist noch immer

sehr zufrieden mit der Versorgung in unserem System, das im internationalen Vergleich auch nach wie vor zu den besten zu rechnen ist. Daher sollten wir uns gemeinsam auch dagegen verwahren, Einzelbeispiele zu nutzen, um unsere gesetzlich geregelte Gesundheitsversorgung zu diskreditieren. Dieses System ist erhaltenswert, wir alle sollten auch dazu beitragen, dass es gestärkt und für die zukünftigen Herausforderungen stabilisiert wird.

Apotheke und Public Health

- Community und social pharmacy als Konzept: Kommunal und Sozial – der Bevölkerung verpflichtet, nicht den Anbietern!
- Bessere Einbindung in das Versorgungssystem, Kooperation und Verantwortung im Rahmen von integrierten Strukturen
- Neue Vertragsformen als Anreiz, Monitoring mit einschlägigen Indikatoren und Public Disclosure der Ergebnisse, um den NutzerInnen eine Entscheidung bei der Suche nach einer Apotheke zu erleichtern (siehe BQS oder Praxissiegel)
- Stärkere Verzahnung in Public Health orientierten Themen (Suchtprävention, Aufklärung, Schulung, insb. auch bei Menschen mit niedrigem sozioökonomischen Status)
- Apotheken als kommunale und bevölkerungsnahe Beratungszentren, auch für Arzneimittel
- Verstärkung der Einbindung von Klinischer Pharmazie und Arzneimittelinformation in die Ausbildung
- Beteiligung an Versorgungsforschung (Erhebung des Ist- Zustandes, Begleitung neuer Modelle und Organisationsformen, Auswirkungen von Unter-, Über- und Fehlversorgung, Interaktionen zwischen Diagnostik und Therapie, komplexe Interdependenzen – ‚real-life-care‘)
- Am Gemeinwohl orientieren und hierfür Konzepte entwickeln – Glaubwürdigkeit zurückerobern: „Gesundheit mit und ohne Arzneimittel fördern.“ (Puteanus, 2008)

Wir brauchen Anreize für Qualitätssicherung, im Krankenhausbereich, in der Praxis im ambulanten Bereich und in den Apotheken. Wir brauchen eine stärkere Verzahnung bei Public Health-orientierten Themen wie Prävention, Aufklärung, Schulung, insbesondere wenn Menschen mit niedrigem sozioökonomischen Status erreicht werden sollen. Apotheken können sich in diesem Zusammenhang als kommunale und bevölkerungsnahe Beratungszentren etablieren. Dazu ist eine verstärkte Einbindung der Klinischen Pharmazie notwendig. Apotheken müssen sich mehr im Bereich Arzneimittelinformation engagieren, sie müssen sich an der Versorgungsforschung beteiligen. Ich halte dies für einen ganz wichtigen Bereich, weil Versorgungsforschung im Zusammenhang mit Public Health entstanden ist, nämlich mit der Fragestellung, wie dieses System eigentlich funktioniert und wie die Versorgung eigentlich im „real-life“ aussieht. Mit Hilfe der Versorgungsforschung können Fehlentwicklungen früh erkannt und viel versprechende neue Konzepte gefördert werden – daher stellt die Versorgungsforschung einen wichtigen Schritt zu einer verbesserten Evaluationskultur in unserem Versorgungssystem dar.

Es sollte stärker erkennbar sein, dass Apotheken sich am Allgemeinwohl orientieren, angelehnt an einen Schwerpunkt dieser Tagung, nämlich die Gesundheit mit und ohne Arzneimittel zu fördern. Das ist auch eine Aufgabe, die Apotheken sehr viel stärker als bislang zu berücksichtigen haben.

Ich habe die Versorgungsforschung auch deshalb so betont, weil auch in diesem Bereich Apotheker durch Abwesenheit „glänzen“. Die einzige apothekerorientierte Organisation, die im Deutschen Netzwerk Versorgungsforschung Mitglied ist, ist die GAA, die Gesellschaft für

Arzneimittlepidemiologie und Arzneimittelanwendungsforschung. In dieser wissenschaftlichen Gesellschaft sind aber zum großen Teil nicht Apothekerinnen und Apotheker aus Präsenzapotheken Mitglied, es sind vielmehr die im wissenschaftlichen und universitären Bereich tätigen Apotheker und die klinischen Pharmakologen. Versorgungsforschung wäre aber eine wichtige Disziplin, mit der Apothekerinnen und Apotheker die in ihrem Versorgungsbereich auftretenden Fragen bearbeiten könnten. Wir haben in einem Memorandum, das gerade publiziert wurde, die Methoden und Fragestellungen der Versorgungsforschung zusammengestellt. Darunter sind viele Themen, die auch die Apotheker tangieren.

Wenn, wie gerade geschehen, der EU-Gerichtshof die Apothekensituation schützen muss, dann sind wir wirklich arm dran. Wir selber müssen die Zukunft der Apotheken sichern, das funktioniert nicht über Zäune, mit denen wir uns vom restlichen System abkoppeln oder uns vor den Veränderungen schützen.

Warum brauchen wir Apotheken?

- Apotheken sind in unserem arbeitsteilig aufgebauten Medizinsystem als „Arzneimittelinstitution“ unverzichtbar
- Sie müssen ihren Beratungsauftrag ernst nehmen, endlich zu vergleichenden Qualitätsevaluationen kommen
- Arzneimittel sind eine beratungsbedürftige „Ware“, die Qualität muss täglich unter Beweis gestellt werden
- Apotheken sind vor allem der Bevölkerung verpflichtet und damit auch der populationsbezogenen GKV
- Public Health als wissenschaftliche und strategische Orientierung für eine innovative Apothekenpositionierung
- Der Volksweisheit „Apothekerpreise“ sollte nicht die Volksweisheit „Beratung wie in der Apotheke“ folgen...

Wir müssen ein überzeugendes Profil gewinnen und die Patientenorientierung kompetent unter Beweis stellen: Dann ist mir für die Zukunft der Apotheke nicht bange, die schon aus theoretischen Erwägungen in der arbeitsteilig organisierten Medizin als Referenzzentrum Arzneimittelversorgungsqualität und -sicherheit unverzichtbar ist. Es gibt keine andere Versorgungsinstitution, die im Arzneimittelbereich im direkten Kontakt zur Bevölkerung tätig ist oder tätig sein könnte. Wir wissen über Arzneimittel mehr als die Ärzte. Wir können mehr Daten zusammenführen, Daten der verordneten und der nicht verordneten Arzneimittel. Wir haben mehr Möglichkeiten der Information und der Hinweise dafür, wie man mit Interaktionen und unerwünschten Wirkungen umgeht. Arzneimittel sind eine beratungsbedürftige Ware. Wenn wir dies aber mit Recht betonen, dann sollten wir dies auch täglich in unseren Beratungen unter Beweis stellen. Dies ist ein bevölkerungsbezogener Auftrag, ein bevölkerungsbezogener Auftrag innerhalb der großen GKV-Versichertengemeinschaft und darüber hinaus. Die Prinzipien von Public Health sind daher aus meiner Sicht eine wissenschaftliche und strategische Orientierung für eine innovative Apothekenpositionierung.

Also wir messen uns auch, wenn auch nicht nur, an den Aufgaben von Public Health. Damit die Apotheke zukunftsfest wird, sollten wir uns möglichst schnell auf diesen Weg machen.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Oliver Schwalbe, Universität Bonn

Klinische Pharmazie: Zukunftsressource für den Weg zur „richtigen Medizin“

Ich darf heute über klinische Pharmazie als Zukunftsressource für den Weg zur richtigen Medizin sprechen.

Zunächst zur Definition der Klinischen Pharmazie: Klinische Pharmazie ist die Disziplin der Pharmazie, die aufbauend auf pharmazeutischen, naturwissenschaftlichen Kenntnissen die Optimierung der Arzneimittelanwendung am und durch den Patienten zum Ziel hat. Klinische Pharmazie ist also auch patientenbezogene Pharmazie. Nicht zu verwechseln ist sie natürlich mit der Krankenhauspharmazie. Das wird leider häufig noch verwechselt. Seit der neuen Approbationsordnung 2001 ist Klinische Pharmazie auch Prüfungsfach für Apotheker.

„Die richtige Medizin“

Zur Kampagne „Die richtige Medizin“. Es gibt inzwischen eine Internetseite für unsere Kampagne. Was bedeutete die Kampagne? Sie bedeutet, wir wollen die richtige Medizin für den richtigen Patienten in der richtigen Dosierung im richtigen Abstand in der richtigen Dauer. Woher haben wir diesen Begriff entlehnt? Es gibt in Schottland ein Strategiepapier zur Umsetzung der pharmazeutischen Betreuung mit dem Titel „The Right Medicine“. Dieses Dokument enthält eine Art Plan. Zunächst wird das Ziel definiert: Optimierung der Gesundheit einer Population, Optimierung des Zugangs, bessere Hilfen für die Patienten, mit seinen Medikamenten klar zu kommen, Service Re-Design – auch ein wichtiges Kapitel, wo es darum geht, die Apotheken neu aufzustellen. Und schließlich eine Neuordnung der Zusammenarbeit innerhalb der Apotheke.

Kampagne „Die richtige Medizin“

Ziel: offen geführte Diskussion innerhalb und außerhalb des Berufsstandes über die Zukunft der Apotheke (Ziele und Maßnahmen)

10 Thesen als Kernelement

Internet-Forum auf www.die-richtige-medizin.de

Stellungnahmen aus Standesvertretung, Apotheker- und Ärzteschaft, Politik, Krankenkassen, Industrie, Wissenschaft und Lehre

Die Kampagne „Die richtige Medizin“ ist eine Diskussionsgrundlage zur aktuellen Situation des Gesundheitswesens und zur gesellschaftlichen Funktion des Apothekers. Wer steckt dahinter? Das ist zum einen Tobias Dreischulte. Er ist inzwischen als Postdoc an der Universität Dundee tätig, auch im Bereich Public Health. Er beschäftigt sich mit der Optimierung der Pharmakotherapie in bestimmten Patientenpopulationen. Zu meiner Rechten ist Herr Dr. Sven Simons, der eine Doktorarbeit bei Herrn Prof. Jaehde in Bonn angefertigt hat, ebenfalls im Bereich pharmazeutische Betreuung. Er leitet inzwischen eine öffentliche Apotheke im Sauerland.

Ziel der richtigen Medizin ist eine offen geführte Diskussion innerhalb und außerhalb des Berufsstandes über die Zukunft der Apotheke. Es sollen sowohl Ziele als auch Maßnahmen diskutiert werden, was die Apotheker in Zukunft machen werden. Wir haben einen Artikel in der Deutschen Apotheker Zeitung veröffentlicht (DAZ Heft 44 / 2008). Dort haben wir 10 Thesen formuliert, die im Artikel näher erklärt werden. Der Artikel enthält auch Beobachtungen, die wir gemacht haben. Wir haben ein Internetforum eingerichtet unter www.die-richtige-medizin.de, wo jeder aufgefordert war, der Lust hatte, diese Thesen zu kommentieren, Vorschläge zu geben, wie man es vielleicht besser machen könnte, Alternativen zu geben. Wir haben diesen

Artikel „Die richtige Medizin“ aus der Deutschen Apotheker Zeitung an ca. 80 Beteiligte aus dem Gesundheitswesen geschickt: aus der Landesvertretung der Apotheker- und Ärzteschaft, Politik, Krankenkassen, Industrie, Wissenschaft und Lehre. Und wir sind im Moment dabei, eine Zusammenstellung zu erstellen, was an Stellungnahmen zu verzeichnen war. Wir werden in der näheren Zukunft einen weiteren Artikel in der DAZ schreiben, in dem wir diese Stellungnahmen in Bezug setzen zu den Thesen.

Problemaufriss Arzneimittelversorgung

Im Folgenden zwei Folien, in denen ich Ihnen noch einmal den gesellschaftlichen Bedarf für pharmazeutische Betreuung näher bringen möchte. Wenn wir als Apotheker nicht aktiv werden, es können vielleicht später auch andere machen.

Bedarf für Optimierung der AM-Therapie

Studie mit Polypharmazie-Diabetikern

- 30 % der Patienten nehmen Arzneimittel, von denen der Hausarzt nichts weiß
- Für 20 % der Arzneimittel wissen die Patienten nicht die Indikation
- 7 % der Patienten konnten UAW für mindestens ein Arzneimittel benennen
- 65 % der hypertensiven Diabetiker erhalten ASS

Harder S, Saal K, Blauth E, Beyer M, Gerlach FM. Appropriateness and surveillance of medication in a cohort of diabetic patients on polypharmacy. *Int J Clin Pharmacol Ther.* 2009;47(2):104-110.

Es gibt gesellschaftlichen Bedarf für die Optimierung der Arzneimitteltherapie. In der aktuellen Studie des Kollegen Gerlach aus Frankfurt wird dies deutlich: er hat Polypharmazie-Diabetiker untersucht und dabei herausgefunden, dass 30 % der Patienten Arzneimittel nehmen, von denen der Hausarzt nichts weiß. Darauf hatte Herr Glaeske eben hingewiesen: Was Patienten machen und tun, muss nicht unbedingt das sein, was sie auch beim Hausarzt erzählen und was dort dokumentiert wird.

Bei 20 % der Arzneimittel kennen die Patienten die Indikation nicht, und auch das Wissen über unerwünschte Arzneimittelwirkungen ist nicht sehr groß bei dieser Patientengruppe.

Der letzte Punkt geht noch mal in die Richtung Leitlinienkonformität: Nur 65 % der hypertensiven Diabetiker, die niedrig dosiertes ASS erhalten sollten, erhalten auch niedrig dosiertes ASS.

Noch eine zweite Studie, auf die ich ganz kurz eingehen möchte. Sie bezieht sich auf die digitalisassoziierten Krankenhauseinweisungen. Wenn man sich die Krankenhauseinweisungen, die durch Arzneimittelwirkungen oder –nebenwirkungen verursacht wurden, ansieht, stellt man fest, dass bei Frauen eine Digitalisüberdosierung der Hauptgrund für diese Krankenhauseinweisung war. Die jedem Apotheker geläufigen 0,07 mg Tabletten sind zur Anwendung für einen durchschnittlich 70 kg schweren Mann vorgesehen. Viele Frauen haben diese Dosierung bekommen, obwohl sie gar nicht die 70 kg erreicht haben. Bei anderen Patienten spielten Arzneimittelinteraktionen eine Rolle. Ca. die Hälfte dieser Krankenhauseinweisungen wurden als vermeidbar eingestuft. Wir sehen also den massiven Bedarf an der Optimierung der Arzneimitteltherapie.

Zur Kampagne „Die richtige Medizin“

Ich möchte im Folgenden die Thesen durchgehen und lege einen Schwerpunkt auf zwei Thesen, die etwas mit der klinischen Pharmazie zu tun haben. Die anderen Thesen werde ich nur kurz anreißen. Die erste These beschäftigt sich mit der Notwendigkeit, die Professionen übergreifen-

de Zusammenarbeit zu optimieren, in jeglicher Form. Das klappt gerade im ambulanten Bereich überhaupt nicht gut. Alle Leistungserbringer sind häufig Einzelgänger und behandeln nach ihren Vorstellungen den Patienten. Um das Ganze besser zu organisieren – ich möchte hier auch auf das Sachverständigengutachten von 2007 verweisen – brauchen wir unbedingt die Aufteilung der jeweils verbindlichen Verantwortlichkeiten. Wir sollten wegkommen von dieser Arztzentriertheit im deutschen Gesundheitswesen, denn das ist nicht effizient genug. Dazu folgendes Zitat: „Eine optimale Ressourcennutzung im Gesundheitswesen setzt bei allen Gesundheitsberufen die Bereitschaft voraus, im Rahmen neuer teamorientierter Arbeitsformen zu einer Neuaufteilung der Tätigkeitsfelder entsprechend der Qualifikation zu kommen und hier entsprechend Verantwortung zu übernehmen“.

Wir haben den Eindruck, dass die Fachkompetenz des Apothekers im deutschen Gesundheitssystem derzeit nicht adäquat genutzt wird. Dass vielleicht sogar eine Art Ladenbesitzerimage vorherrscht und dass dadurch auch bei den Patienten keine richtige Erwartungshaltung für eine kompetente Beratung vorhanden ist. Nicht jede Apotheke muss diese pharmazeutische Betreuungsrichtung einschlagen. Wir müssen differenzieren, wer den Weg pharmazeutische Betreuung gehen will und wer nicht. Generell finden wir aber, dass das Netz von 22 000 Apotheken – Herr Glaeske spricht immer von Exzellenzzentren – eine gute infrastrukturelle Grundlage bietet, um die Optimierung der Pharmakotherapie voranzubringen. Viele Apotheker wünschen sich doch auch, verstärkt im pharmazeutischen Bereich tätig zu sein und den ökonomischen und bürokratischen Zwängen zu entkommen.

Wichtig ist, dass Apotheker verstärkt in die Versorgungsforschung einsteigen. Wichtig ist aber auch, dass sie das Pharmakovigilanz-Meldesystem optimieren. In einem Artikel in der PZ wird darauf verwiesen, dass derzeit pro Jahr ca. 1000 UAW-Meldungen durch öffentliche Apotheken an die Arzneimittelkommission der Apotheker (AMK) geschickt werden. Prof. Schulz von der AMK möchte mit der neu ausgerichteten Arzneimittelkommission einiges verbessern im Bereich Pharmakovigilanz, so dass wir vielleicht sogar eine Verzehnfachung der Melderate bekommen.

Weiterhin ist wichtig, dass wir vom jetzigen System der Bezahlung apothekerlicher Leistungen wegkommen. Wir brauchen ein modulares, an den Gesundheitsleistungen orientiertes Honorierungssystem. Die Finanzierung der reinen Distributionsleistung ist überholt. Zum Thema Apothekenrecht: Nach dem EuGH-Urteil sollten wir uns nicht mehr hauptsächlich um die Strukturfrage kümmern. Viel wichtiger ist es, inhaltlich zu diskutieren, was machen wir in Zukunft in unseren Apotheken.

Klinische Pharmazie im Studium

Im Folgenden gehe ich auf zwei Thesen genauer ein, die sich damit beschäftigen, wie die klinische Pharmazie derzeit umgesetzt wird und welche Vorstellungen für die Zukunft bestehen. Wenn wir die Apotheke der Zukunft schaffen wollen, wenn wir die Apotheke vorwärts bekommen wollen, müssen wir an verschiedenen Schrauben drehen. Klinische Pharmazie, auf die ich mich heute konzentrieren werde, ist nur eine, vielleicht schon eine recht große Schraube. Auf jeden Fall ist es eine wichtige Schraube, an der wir drehen sollten. Wir sehen das so, dass das Pharmaziestudium derzeit die Fähigkeiten zur Erfüllung einer neuen professionellen Praxis nur unzureichend vermittelt und dass der Aus- und Aufbau des Faches Klinische Pharmazie von den Universitäten bisher unzureichend erfolgt ist.

Wie sieht es denn im Moment im Pharmaziestudium aus? Wir haben 40 % pharmazeutische Chemie, 20 % pharmazeutische Biologie, 20 % pharmazeutische Technologie, 20 % Pharmakologie und Klinische Pharmazie. So sieht die derzeit gültige Approbationsordnung aus. Also wir haben 10 % Klinische Pharmazie in unserem Pharmaziestudium. Es ist doch eine Milchmäddenrechnung, wenn man meint, dass das ausreichen kann!

Ich habe hier auf der folgenden Folie Inhalte aus der Approbationsordnung übernommen, die sich mit Public Health-Themen überschneiden: Pharmazeutische Betreuung, das ist eine erweiterte hochwertige Dienstleistungen durch den Apotheker, womit er einen wichtigen Beitrag zum Bereich Public Health leisten kann, Gesundheitsökonomie, Pharmakoepidemiologie und Pharmakoökonomie gehören ebenfalls dazu. Im Musterstudiengang ist eine gewisse Anzahl an Stunden vorgeschrieben, wir haben Pharmakovigilanz und wir haben Methoden zur Bestimmung der Lebensqualität als Inhalte in der Approbationsordnung.

Ich bin selbst Mitglied des Vorstandes der Fachgruppe Klinische Pharmazie der Deutschen Pharmazeutischen Gesellschaft (DPHG). Es wurde im Jahr 2005, das ist schon ein paar Jahre her, eine Umfrage durchgeführt, inwieweit Klinische Pharmazie an Pharmazeutischen Hochschulen umgesetzt wurde. Hochschullehrer und Fachschaften wurden befragt.

Klinische Pharmazie und Public Health

- Pharmazeutische Betreuung
- Gesundheitsökonomie
- Pharmakoepidemiologie und Pharmakoökonomie (Musterstudiengang: 28 h Vorlesung + Seminar)
- Pharmakovigilanz
- Methoden zur Bestimmung der Lebensqualität

Ergebnis war, dass es nur bei wenigen pharmazeutischen Instituten ein Gesamtkonzept zur Umsetzung gab. Fazit war: Die Umsetzung ist noch nicht zufriedenstellend. Ich denke schon, dass sich seit 2005 einiges getan und verbessert hat. Derzeit wird eine erneute Befragung durchgeführt, und zwar nicht nur zum Bereich der Lehre, sondern auch zum Bereich der Forschung in der Klinischen Pharmazie. Werden da Public Health-Inhalte erforscht oder wird mehr Grundlagenforschung, Laborforschung betrieben?

Pharmazeutische-Ausbildung in Leuven (Belgien)

Ein Beispiel des Pharmaziestudiums in Leuven in Belgien zeigt interessante Aspekte: Hier wurde der Bologna Prozess umgesetzt und ein Bachelor- / Master-System aufgebaut. Es wird zunächst 3 Jahre im Bachelor-Studiengang Pharmaceutical Scencies studiert. Das ist ein naturwissenschaftlich geprägtes Studium, darunter kann man sich vielleicht unser Studium in einer zusammengedrängten Form vorstellen. Er dauert drei Jahre. Und daran schließt sich entweder ein Master in Pharmaceutical Care bzw. ein Master in Drug Development an. Studenten, die heilberuflicher tätig werden wollen, können mit dem reinen Bachelor nichts anfangen. Sie müssen schon den Master in Pharmaceutical Care haben. Daraus ergibt sich ein 5-jähriges Studium. Dann sind sie meiner Meinung nach ausreichend qualifiziert, um vernünftig pharmazeutische Betreuung in der Apotheke oder in der Krankenhausapotheke zu betreiben. Dies ist als Diskussionsbeitrag gemeint, weil der Bologna Prozess in Deutschland nicht so richtig aufgegriffen wird. Im Leuener Studiengang Master of Pharmaceutical Care spielt Pharmaceutical Care eine wichtige Rolle. Es gibt außerdem 2 große Elemente Pharmakoökonomie. Außerdem ist ein

halbjähriges Praktikum in einer öffentlichen Apotheke dabei. Zuletzt ist eine wissenschaftliche Arbeit anzufertigen, die als Masterarbeit das Ganze abschließt.

Klinische Pharmazie nach dem Studium

Wir brauchen postgraduierte Studiengänge im Bereich Klinische Pharmazie an allen pharmazeutischen Hochschulinstituten. Ich habe mal aufgeführt, was es in Deutschland derzeit gibt: es gibt in Tübingen einen Zertifikatskurs Clinical Pharmacy, das ist aber kein Masterprogramm. Und es gibt inzwischen bei der Universität Hamburg ein Modul „Klinische Pharmazie – arzneimittelbezogene Probleme lösen“. Dieses Modul wird gerade getestet, aber es ist geplant, das Modul später in ein Masterprogramm umzuwandeln oder zu erweitern mit weiteren Modulen. Die Hamburger bieten dies online an. Ich halte das für sehr vorteilhaft, weil die Studenten sehr viel von Zuhause aus machen können und nicht die ganze Zeit präsent sein müssen. Mehr klinische Ausbildung!

In unserem Internetforum findet sich eine radikale Forderung. Gefordert wird von einem Diskutanten, eine klinische Ausbildung für Apotheker nach dem Studium wie bei den Ärzten, denn jeder Allgemeinarzt ist ja auch mal im Krankenhaus tätig gewesen. Der Schreiber in unserem Forum fordert, dass man 3 Jahre im Krankenhaus auf Station gearbeitet haben sollte, bevor man sich in den niedergelassenen Bereich begibt.

Der Vorschlag des Internet-Autors ging in die Richtung, während der drei Jahre zu rotieren zwischen Biologie, Innere Station und 1 Jahr Wahlklinik. Er geht davon aus, durch diese zusätzliche klinische Erfahrung könne man wesentlich besser im ambulanten Sektor zu einer Zusammenarbeit mit Ärzten kommen.

Die ABDA führt derzeit ein Projekt durch, in dem 24 Pharmaziepraktikanten für 3 Monate auf der Station eines Krankenhauses tätig sind. Das ist schon ein sehr guter Ansatz von der ABDA, aber er sollte noch weiter ausgebaut werden.

Fortbildung

Im Folgenden möchte ich noch einmal kurz auf die Fortbildung eingehen. Die Fortbildungsaktivitäten müssen gesteigert werden. Ich bin zwar nicht unbedingt immer dafür, dass Zwang ausgeübt werden muss, aber Pflichtfortbildung sollte intensiv diskutiert werden. In manchen Ländern besteht schon der folgende Zusammenhang: Wer nicht an der Pflichtfortbildung teilnimmt, der riskiert, dass man den Vertrag mit der Krankenversicherung verliert.

Das in einem Artikel dargestellte Continue Professional Development (CPD) Konzept aus Großbritannien ist ein interessanter Ansatz. Ich selbst hatte die Gelegenheit, an einem solchen Programm teilzunehmen. Es handelt sich hier um eine problemorientierte Fortbildungsmethode. Man reflektiert zunächst anhand eines Falls aus dem Offizin-Alltag irgendeine Fragestellung, prüft, warum in der Beratung etwas nicht rund lief, dann überlegt man, was hätte ich machen können. Als Maßnahme erfolgt daraus eine Mischform aus Recherche, Fortbildung oder Selbststudium. Man kann Handzettel entwerfen, oder weitere Maßnahmen planen.

Das Besondere bei der Umsetzung des CPD in Großbritannien ist, es wird dokumentiert, was man zur Problemlösung erarbeitet hat, man reicht es bei der Apothekerkammer ein und dort wird bewertet, ob es adäquat durchgeführt wurde. Ich denke, durch ein solches Programm könnte sich schon einiges in der Apothekenpraxis verändern. Vielleicht wäre das eine Ergänzung zum herkömmlichen Fortbildungssystem. Denn es handelt sich um eine Fortbildung, bei

der man sich aus seinem Alltag heraus überlegt, wo ist Handlungsbedarf bei den erkannten Problemen.

Schlussbemerkung

Noch eine kurze Zusammenfassung zum Schluss. Klinische Pharmazie ist in meinen Augen eine wichtige Ressource für die Optimierung der Arzneimitteltherapie, für „Die richtige Medizin“, wie wir es genannt haben. Natürlich muss das Ganze noch weiter ausgebaut werden, der Ausbauzustand der klinischen Pharmazie ist noch nicht zufriedenstellend.

Zusammenfassung

Klinische Pharmazie ist eine wichtige Ressource für die Optimierung der Arzneimitteltherapie

„Ausbauzustand“ der Klinischen Pharmazie noch nicht zufrieden stellend

Ausbaufähige Zusammenarbeit der Klinischen Pharmazie mit Gesundheitswissenschaften / Public Health

Ich setze mich dafür ein, dass sich Praktiker wie auch Forscher im Bereich der klinischen Pharmazie – vor allem wenn sie im Bereich der Pharmazeutischen Betreuung arbeiten – für die Zukunft des Apothekenberufes interessieren. Wir brauchen dabei aber auch eine bessere Vernetzung zu Praktikern und Forschern aus dem Bereich Public Health, die beispielsweise eine andere Methodenkompetenz in bestimmten Bereichen haben.

Ich bedanke mich für Ihre Aufmerksamkeit.

Die 10 Thesen der „richtigen Medizin“

1. Eine optimale individualisierte Pharmakotherapie ist nur durch ausgeprägte professionenübergreifende Zusammenarbeit zu erreichen, die im deutschen Gesundheitssystem derzeit unzureichend ist und daher verstärkt werden muss.
2. Eine systematische Intensivierung der Zusammenarbeit zwischen den Gesundheitsberufen erfordert eine klar definierte Aufteilung der jeweiligen verbindlichen Verantwortlichkeiten.
3. Die gelebte Fachkompetenz der Apotheker muss im deutschen Gesundheitssystem besser als Ressource zur Gewährleistung einer sicheren, effektiven und effizienten Pharmakotherapie genutzt werden.
4. Das in Deutschland flächendeckend erreichbare und für den Patienten leicht zugängliche Apothekennetz bietet eine hervorragende infrastrukturelle Grundlage zur Etablierung eines Systems zur kontinuierlichen Optimierung der Pharmakotherapie, die hierfür derzeit unzureichend genutzt wird.
5. Der derzeitige berufliche Alltag in der öffentlichen Apotheke in Deutschland gefährdet durch bürokratische und wirtschaftlich-kaufmännische Zwänge die vom Gesetzgeber übertragene Pflicht zur Information und Beratung im Rahmen der Sicherstellung einer ordnungsgemäßen Arzneimittelversorgung.
6. Das Pharmaziestudium vermittelt zurzeit nur unzureichend die Fähigkeiten zur Erfüllung einer notwendigen neuen professionellen patientenorientierten Praxis. Der oftmals durch Mangel an Ressourcen noch nicht ausreichend erfolgte Auf- bzw. Ausbau der hierfür essentiellen Ausbildung im Fach Klinische Pharmazie muss daher an den pharmazeutischen Instituten mit Nachdruck forciert werden.

7. Zur langfristigen qualitativ hochwertigen Etablierung patientenorientierter pharmazeutischer Dienstleistungen im Apothekenalltag sollten berufsbegleitende Postgraduierten-Studiengänge in Klinischer Pharmazie auf Universitätsniveau an allen pharmazeutischen Instituten angeboten werden.
8. Die Einbeziehung öffentlicher Apotheken in wissenschaftliche Projekte der Versorgungsforschung, Pharmakovigilanz etc. ist zu fördern, da hierdurch fortlaufend Impulse zur Weiterentwicklung des Apothekerberufs entstehen können.
9. Die Einführung eines modularen, an den erbrachten Gesundheitsdienstleistungen orientierten Honorierungssystems für die öffentliche Apotheke sollte offen diskutiert werden.
10. Eine offene Diskussion nicht nur struktureller Aspekte, sondern besonders der konkreten inhaltlichen Ausrichtung des Apothekerberufs ist unabdingbar.

Alistair Murray, Green Light Pharmacy, London

Community Pharmacies, Health Promotion and Public Health in England

(Öffentliche Apotheken, Gesundheitsförderung, und öffentliche Gesundheit in England)

Übersicht

Zunächst gebe ich einige Hintergrundinformationen, Zusammenhänge und Details zu den verschiedenen Aufgabenbereichen der öffentlichen Apotheken („Community Pharmacies“¹): Was die Apotheken tun, wer sie aufsucht und warum und welche Erwartungen vorhanden sind. In Deutschland und Großbritannien wird die Bevölkerung unterschiedliche Einstellungen zu Apotheken haben. Ich werde über Gesundheitsförderung („Health Promotion“) und Aktivitäten für die öffentliche Gesundheit („Public Health“) in den Öffentlichen Apotheken berichten. Das sind Dinge, die innerhalb der Apotheke passieren. Sie sind nicht getrennt. Wir haben hier nicht „Apotheke plus Public Health“, sondern beide sind in vielerlei Hinsicht miteinander verknüpft.

Wichtige Dokumente/Links

Es folgt eine Übersicht von Links zu Dokumenten, die im Internet zu finden sind, von der Regierung, aus der Forschung, aus dem Bereich der Public-Health-Politik, also zum Thema Zukunft von Public Health und auch einiges zur Evidenz.

http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_083815

http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/Browsable/DH_4107796

<http://www.psn.org.uk/pages/introduction.html>

<http://www.pharmacyhealthlink.org.uk/files/Evidence%20Base%20Report%207.pdf>

Green Light Pharmacy

Green Light Pharmacy begann vor 10 Jahren. Wir verkaufen Waren, aber das ist nicht unser Schwerpunkt. Als wir unsere erste Apotheke kauften, wurden dort Bonbons und Schokolade, Erfrischungsgetränke wie Coca-Cola, sowie Teddybären und Postkarten verkauft; man konnte auch Fotokopien machen. Das hatte nichts mit Medizin zu tun. Ich weiß nicht, ob es auch in Deutschland so ist, aber in Großbritannien verkaufen viele Apotheken Make-up, Haarfärbemittel und solche Sachen. Für mich war das gefährlich, weil ich jedes Jahr im Sommer mein Haar blond gefärbt habe – ein Desaster! Zum Glück haben wir das abgeschafft. Auch die Foto-Entwicklung. Ich weiß nicht, ob das auch in Deutschland so ist, aber die Leute brachten ihre Filme in die Apotheke. Ich habe nicht 4 Jahre studiert, um mir Gedanken über Fotos zu machen, die jemand abholt. Das ist nicht mein Problem!

¹ Mit community pharmacies werden in Großbritannien die privatwirtschaftlichen Apotheken bezeichnet, die die ambulante Arzneimittelversorgung über einen Vertrag mit dem National Health Service (NHS) sicherstellen. Sie sind somit unseren öffentlichen Apotheken gleichzusetzen, auch wenn in Großbritannien andere Besitzformen als in Deutschland zulässig sind. Deswegen wird in dieser Übersetzung der Begriff öffentliche Apotheken benutzt. Community pharmacies sind keine Apotheken, die der öffentlichen Hand gehören.

Green Light Pharmacy

- Established 1999 (now have 5 pharmacies)
- Focus on healthcare services and public health, not retail
- Communication of health message is vital - especially when English is not first language

Wir verkaufen Produkte wie Arzneimittel sowie Artikel, die mit Gesundheit zu tun haben. Aber unser Schlüsselprodukt ist der Verkauf von Dienstleistungen. Manche Leistungen werden vom Staat bezahlt, andere vom Patienten, dem Verbraucher. Wir machen Lipid-Screening, wir prüfen HDL und LDL und bestimmen das kardiovaskuläre Risiko wie bei der Framingham-Analyse. Wir berechnen 25 Pfund (ca. 28 Euro) für eine Beratung; damit bezahlt man die Zeit, die der Apotheker investiert. Wer Dienstleistungen verkauft muss keine Ware kaufen, lagern, und verkaufen. Wenn wir Arzneimittel kaufen, müssen wir diese erst bezahlen und dann verkaufen. In der Lücke zwischen Ein- und Verkauf macht man keinen Profit. Das heißt, wir sind nicht nur nett, sozialistisch, wunderbar und gütig, wir müssen immer noch Geld verdienen. Man kann aber auch Geld verdienen und gleichzeitig gut sein ... (manchmal!).

Der Schlüssel ist die Kommunikation. Auf der Ebene, auf der wir jetzt sind, ist das Schlüsselement die Kommunikation mit der Person, die durch die Tür kommt. Gerade in London sprechen viele Menschen kein Englisch – in der Gegend um meine Apotheke spricht etwa die Hälfte der Bevölkerung Bengali als Muttersprache. Von den Übrigen kommen etwa 20 % aus Somalia und sprechen etwas Arabisch bzw. einige somalische Dialekte und nur ein wenig Englisch.

Die gesundheitsbezogene Ansprache dieser Menschen ist häufig ziemlich kompliziert. Denn sie haben oft auch andere gesundheitliche Vorstellungen und kulturelle Glaubensrichtungen, die sich unterscheiden von denen der englischen Heilberufe („Health Professionals“) oder des Staates. So entsteht Fehlkommunikation; die Botschaft kommt nicht an.

In unserer ersten Filiale im Londoner Bezirk Euston, wo viele Menschen aus Bangladesch wohnen, haben wir deswegen Einheimische eingestellt, die Bengali sprechen. Dadurch kann die Sprachbarriere überwunden werden. Das ist sehr, sehr einfach: Man kann die Angestellten zum Thema Gesundheit schulen, so dass sie das Vokabular verstehen und die Sprache kennen, die sie verwenden müssen. So hat man sofort die Barriere beseitigt. Tut man dieses, bedeutet es weiter, dass man nachdenken muss: Wenn ich über Gesundheit mit jemandem rede, soll ich komplizierte oder einfache Begriffe verwenden? Drücke ich mich einfach aus, dann ist es wahrscheinlicher, dass die Nachricht ankommt. Wähle ich eine einfache Sprache mit Humor, freuen sich die Kunden, mit einem zu sprechen und sind aufmerksamer. Kommunikation ist also wichtig.

In der Präsentation von Herrn Professor Glaeske war ein Cartoon am Ende des Vortrags – da steht der Apotheker hinter einer Barriere, eine große physische Barriere. Sie sind der Patient, und ich stehe hinter diesem Tresen in einem weißen Kittel, da ich der Experte bin und mehr weiß. Bei uns ist die Raumgestaltung der Apotheke etwas anders: Bei uns stehen die pharmazeutisch-technischen Assistenten im Bereich der Medikamentenausgabe; die Apotheker stehen vor dem Tresen und kommen so leichter ins Gespräch. Hier ist nicht nur das Wort, sondern auch die Körpersprache sehr wichtig; das gibt den Menschen etwas mehr Vertrauen in den Apotheker.

Wir haben außerdem einen abgetrennten Bereich, in dem beide, Apotheker und Kunde, sich hinsetzen können. Das ist wichtig, denn wir sind alle unterschiedlich groß; wenn man sich hinsetzt, ist es etwas einfacher, auf Augenhöhe zu sein, aber man ist auch entspannter, was die Kommunikation angeht. Es ist wichtig, flexibel zu sein. Dafür braucht man verschiedene Bereiche in der Apotheke, so dass man die Gesprächsumgebung kontrollieren kann. Das sind graduelle Prozesse, aber man kann natürlich nicht erwarten, alles sofort zu ändern.

In Bezug auf die Pharmaindustrie ist es wichtig, nicht einfach zu glauben, was sie sagt. Wenn ich eine Botschaft mitteile, habe ich kein Werbebudget von Millionen von Pfund. Dieses haben die Pharmafirmen, deswegen ist es wahrscheinlicher, dass ihre Botschaft einen Patienten erreicht.

Wenn wir sicherstellen wollen, dass diese Botschaften inhaltlich und ethisch korrekter sind, müssen wir die Firmen direkt beeinflussen, so dass sie Elemente von Public Health und Gesundheitsförderung in den Verkauf der Arzneimittel einbeziehen. Man muss solche Maßnahmen selbst ergreifen, anstatt darauf zu warten, dass die Firma etwas macht und danach die Apotheker versuchen zu widersprechen. Deswegen versuchen wir, die Botschaften der Firma von vornherein zu beeinflussen.

Um ein Beispiel zu geben: Ich werde von GlaxoSmithKline (GSK) bezahlt, um ihre Zentrale zu besuchen. Dort zeigen sie mir die Produkte, für die sie Werbekampagnen planen. Sie bitten um Rat um sicherzustellen, dass sie nicht nur Arzneimittel verkaufen, sondern auch einen gesunden Lebenswandel fördern als Teil der Werbekampagne für das Arzneimittel.

Neulich haben sie Orlistat eingeführt, ein in Großbritannien wie auch in Deutschland und ganz Europa rezeptfreies Produkt zur Gewichtsreduktion. Ich war bei GSK um sicherzustellen, dass diese, neben den Produktinformationen, auch Ratgeber für Ernährung, sportliche Aktivitäten und gesunde Lebensführung zur Verfügung stellen, damit die Kunden das Mittel nicht einfach kaufen und dann glauben, durch die Einnahme einer magischen Pille wären alle Probleme gelöst.

Der Apotheker muss mit dem Kunden ein Gespräch führen. Ein Fragebogen wird ausgefüllt. Da sind viele wichtige Dinge zu bedenken. Wir verteilen diese zusätzlichen Informationsmaterialien zur Unterstützung von Patienten. Wir regen an, dass sie zur gleichen Apotheke zurückkommen und dass wir ihr Gewicht dokumentieren; so überwacht man den Verlauf.

Man kann viel Profit mit dem Verkauf dieses Arzneimittels in Großbritannien erzielen. Ich stelle mir vor, dass dieses auch in Deutschland so ist, da dieses Mittel viel kostet. Die Gewinnspanne ist groß, hierdurch wird die Beratungszeit bezahlt. (Zuhörerfrage: „Wird das Mittel von dem staatlichen Gesundheitsdienst [National Health Service, NHS] erstattet?“) Nein. Die höhere Dosis von Orlistat kann man auch auf Rezept bekommen. Die Kunden kaufen kleine freiverkäufliche Dosierungen des Medikamentes; diese sind für die meisten Menschen ausreichend.

Die öffentliche Apotheke in England

Ich werde jetzt hauptsächlich über England sprechen, nicht über ganz Großbritannien. Die nationale Regierung steuert das Gesundheitssystem nur für England. Schottland, Wales und Nordirland haben getrennte Systeme.

Community Pharmacy

>10,000 community pharmacies in England

Ownership - mixture of independent, small chains, supermarkets and large national chains

Community pharmacy is independent of the NHS - we have a national contract to deliver services

In England gibt es etwa 10.000 öffentliche Apotheken für etwa 52 Millionen Menschen. Es gibt strenge Reglementierungen. Man kann keine neue Apotheke eröffnen, wenn es schon genügend Apotheken in dem Gebiet gibt. Das unterscheidet sich von Deutschland.

Wir haben eine große Mischung an Besitzverhältnissen. Einige sind unabhängig, und ein Apotheker besitzt eine einzige Apotheke. Andere Apotheker, wie wir, besitzen kleine Ketten, wir haben 5 Filialen. Manche Supermärkte, wie beispielsweise Tesco oder ASDA, haben Apotheken in ihren Supermärkten. Und dann gibt es noch die großen Ketten wie Boots, die ziemlich berühmt sind. Besonders in London findet man sie überall. Das bedeutet, dass sie auch eine große Werbepräsenz haben. Sie sind sehr gut im Vermitteln von Botschaften.

Wir sind unabhängig vom NHS. Wir haben zwar einen Vertrag mit dem NHS, aber der NHS ist nicht der Besitzer der Apotheke, daher können wir unabhängig arbeiten und innovativ handeln. Das ist eines der wichtigsten Dinge: Innovation, die häufig in einem kleinen Umfang betrieben wird, Innovation, die andere nachmachen können; das ist wichtig.

Der Apotheken-Vertrag und die daraus finanzierten Dienstleistungen der Apotheken

Der Vertrag (<http://www.psn.org.uk/pages/introduction.html>), den wir haben, beinhaltet essenzielle Dienstleistungen, natürlich auch die Arzneimittelabgabe. Das ist nur eine Aufgabe unter vielen im Vertrag. Als Teil der essenziellen Dienstleistungen müssen wir Public Health fördern; wir müssen eine gesunde Lebensweise fördern.

Es gibt bestimmte Schlüsselgruppen von Patienten (dies wird später näher erläutert), bei denen man erwartet, dass wir unsere Gesundheitsbotschaften an sie vermitteln.

Abfallmanagement gehört ebenfalls zu unseren Aufgaben, also die sichere Entsorgung von verfallenen Arzneimitteln oder auch von Medikamenten, die nicht mehr gebraucht werden. Viele Patienten bewahren diese zuhause auf, nun können sie diese zur Entsorgung in die Apotheke zurückbringen.

„Signposting“ bedeutet, dass man Patienten, die in der Apotheke Rat suchen, sagt, „Sie sollten mit diesem Problem nicht hierherkommen, wir sind nicht die richtige Anlaufstelle. Sie müssen zum Arzt oder ins Krankenhaus.“ Vielleicht müssen sie sogar in die Kirche, wer weiß das schon! Manchmal ist die Apotheke nicht der geeignete Ort. Laut Vertrag ist es Teil der Aufgabe des Apothekers, den Menschen zu sagen, wohin sie sich stattdessen wenden sollen (Vermittlungsstelle).

Pharmacy Contract

Essential services: Dispensing/Repeat dispensing, Public health (Promotion of healthy lifestyles), Waste management, Signposting, Support for self-care, Clinical governance

Advanced services: Medicines Use Review

Enhanced services (locally-commissioned): Stop smoking, minor ailments, needle exchange, supervised consumption of methadone, chlamydia screen and treat + many more

Wir bieten Unterstützung zur Selbsthilfe („Self-care“): Wir möchten, dass sich die Menschen mehr um sich selbst kümmern. Der NHS gibt so viel Geld aus, er ist eine sehr große Organisation, und alles, was getan werden kann, die Menschen dazu zu bewegen, ihr eigenes Geld auszugeben, findet der NHS gut. Er gibt also einen Anreiz für Menschen sich selbst zu helfen, wo dieses möglich ist. Public Health und eine gesunde Lebensweise sind wichtige Aspekte von Self-care. Self-care beinhaltet nicht nur Medikamente. Self-care heißt auch: Die richtige Ernährung, sich zu bewegen, mit dem Rauchen aufzuhören, den Alkoholkonsum zu mäßigen – all die langweiligen Dinge, gegen die wir streben und die uns immer wieder gesagt werden!

Die „Clinical Governance“ (in etwa: Qualitätssicherung) ist auch ein sehr wichtiges Gebiet. Wir müssen sicherstellen, dass das, was wir sagen, evidenzbasiert ist. Wir müssen unsere Arbeit dokumentieren. So können wir nachweisen, was wir gemacht haben. Das ist auch gut so, denn so kann überwacht werden, dass wir die entsprechenden Public-Health-Botschaften liefern.

Zu den erweiterten Leistungen („Advanced Services“): Hier bieten wir eine Überprüfung der Medikation („Medicines Use Review“, MUR), hier schaut man sich die Arzneimittel aus der Sicht des Patienten an. Es handelt sich nicht so sehr um die Perspektive der klinischen Pharmazie, obwohl diese eine Rolle spielt. Wenn man ein klinisches Problem bemerkt, bietet sich eine gute Gelegenheit, dieses hervorzuheben. Bei der Überprüfung der Medikation kann es etwas so Einfaches sein wie: „Kann der Patient diese Tablette schlucken?“ Angenommen, jemand leidet unter einer Dysphagie und kann nicht gut schlucken. Wird ihm eine große Tablette ausgehändigt, dann wird er sie nicht einnehmen und so auch keinen Nutzen von ihr haben. Das Gespräch mit dem Apotheker kann helfen, die Compliance des Patienten erheblich zu verbessern. Manchmal wollen die Patienten dem Arzt nicht sagen, dass sie unter den Nebenwirkungen eines Arzneimittels leiden und das Mittel nicht mögen. Sie schämen sich vielleicht oder haben Angst, den Arzt zu beleidigen; ich weiß nicht, ob dieses in Deutschland auch so ist. Patienten haben manchmal ein wenig Angst vor dem Arzt. In der Apotheke können sie uns sagen, was sie möchten. Sie haben keine Angst vor uns; wir sind genauso wie sie. In gewisser Art und Weise ist der Status „vielleicht“. Die Kunden setzen sich gerne hin, um mit uns zu diskutieren.

[Zuhörerfrage: „Wie viele dieser Gespräche führen Sie pro Tag?“] Wir versuchen täglich, mindestens zwei solche Gespräche zu führen, aber an manchen Tagen ist mehr los. Wenn der Patient ca. 4 Medikamente einnimmt, dann ist der Zeitaufwand maximal 15 Minuten. Da unser Personal ausgebildet worden ist, um sich um die Medikamentenausgabe zu kümmern, können Rezepte in der Zwischenzeit vorbereitet werden oder anderes. Ich sage den Patienten, dass ich vielleicht das Gespräch kurz unterbrechen muss, um schnell ein paar Dinge zu erledigen, wie ein Medikament zu kontrollieren oder ein kurzes anderes Gespräch zu führen.

Informationsmaterialien über die spezifischen Probleme der Patienten sind vorhanden, damit sie sich in der Zwischenzeit beschäftigen können, falls der Apotheker kurz die Beratung un-

terbrechen muss. Sie sitzen dann nicht gelangweilt herum, sondern haben eine Aufgabe. Sie können z.B. über Diabetes nachlesen oder notieren, wie viele Zigaretten sie in der letzten Woche geraucht haben. Das kann dann nach der Rückkehr des Apothekers besprochen werden.

Durch die Niederschrift oder Dokumentation kann der Apotheker schneller wieder in das Gespräch einsteigen und hat somit den Gedankengang nicht verloren.

Das Maximum an Gesprächen, die man durchführen kann, liegt bei ca. 400 im Jahr. Einige Apotheken führen 400 Gespräche, aber viele machen das noch nicht, da es hier auch um eine Verhaltensänderung geht. Wir reden jetzt über eine Verhaltensänderung bezüglich Public Health. Die wichtigste erste Verhaltensänderung der Apotheker, die erfolgen muss, ist, dass der Apotheker sein eigenes Verhalten, seine Einstellungen und seine Gewohnheiten umstellen muss. Das ist schwierig und frustrierend, weil man es nicht gewohnt ist. Wenn man dieselben Handlungen immer wieder macht, wird man faul; man ist sich dessen nicht bewusst und braucht nicht mehr darüber nachdenken. Wenn man etwas Neues machen soll, dann muss man sein Gehirn einsetzen, was wir als Menschen ungern tun. Deswegen braucht es seine Zeit.

Zusammenarbeit mit dem Arzt: Im Rahmen des „Medicines Use Review“ informieren wir auch den Arzt über signifikante Ergebnisse („Outcomes“), damit er Bescheid weiß und eventuell die Medikation umstellen kann, z.B. von einer Tablette zu einem wasserlöslichen Granulat im Beutel.

In unseren Apotheken haben wir jetzt ein Stadium erreicht, in dem auch die Ärzte die Patienten zu einem „Medicines Use Review“ in die Apotheke überweisen. So brauche ich kein Geld für Werbung auszugeben, weil der Arzt den Patienten zu mir in die Apotheke überwiesen hat. Ich bin immer sehr froh, wenn ich kein Geld für Werbung ausgeben muss!

Erweiterte Dienstleistungen („Enhanced Services“) sind Leistungen vor Ort. Ich gebe einen kurzen Überblick darüber, wie der National Health Service (NHS) strukturiert ist und funktioniert. Wir bieten z.B. eine Entwöhnungstherapie für Raucher an. Wir können Nikotin in Form von Pflastern, per Inhaliergerät oder als Kaugummi auf Kosten des NHS anbieten. Der NHS bezahlt die Apotheke für 6 Sitzungen, der Patient besucht uns regelmäßig und bekommt Unterstützung. Man verabreicht ihm Pharmakotherapie, entweder Nikotin oder Vareniclin oder andere Medikamente. In manchen Regionen darf der Apotheker Vareniclin ausgeben, in anderen nicht. Auf diesem Gebiet bewegt sich mehr und mehr. Die Evidenz zeigt, dass Vareniclin ein sehr nützliches Medikament ist. Es ist ein Arzneimittel, das den Menschen hilft, mit dem Rauchen aufzuhören – es wirkt stärker im Gehirn als nur Nikotinersatz. Durch diese Maßnahmen bieten die Apotheker auch Unterstützung zur Verhaltensänderung an. Das ist die Idee von Gesundheitsförderung, die Idee, eine Leistung anzubieten, nicht nur ein Produkt zu verkaufen.

Leichte Erkrankungen („Minor Ailments“) sind kleinere Leiden, wie z.B. Husten, die im Rahmen der Selbstmedikation behandelbar sind. Traditionell gingen Menschen damit zum Arzt und verlangten Antibiotika. In den meisten Fällen sind Antibiotika nicht dafür geeignet. Genauso ist es mit Hustensäften; es gibt Evidenz, dass sie ohne Wirkung sind. Wenn Leute heutzutage in die Apotheke kommen, haben wir eine evidenzbasierte Liste von Medikamenten, bei denen gute Evidenz zu ihrer Wirksamkeit vorliegt. Wenn jetzt ein Patient mit einem Husten zu uns kommt, ist das einzige Mittel, das wir ihm geben, ein Rat („Inhalieren Sie Wasserdampf“) und ein paar Paracetamol-Tabletten, falls der Patient Fieber hat. Weil die Beratung eine NHS-Leistung ist, wird die Konsultation mit 5 Pfund (5,50 Euro) bezahlt; das ist mehr Profit, als beim Verkauf von

Hustensaft. Der Patient bekommt dazu einen viel besseren Rat, der auch klinisch angemessener ist, als ihm einen Hustensaft in einem bunten Karton mit einem komischen Geschmack zu verkaufen, der aber ansonsten nicht viel bringt.

Was den Spritzenaustausch und die überwachte Methadon-Substitution angeht, spielen Apotheken eine Schlüsselrolle für die Betreuung von Drogenabhängigen, für Menschen die mit dem Heroin- oder Diamorphin-Konsum auf der Straße aufhören wollen. Der Arzt verschreibt ihnen Methadon. Sie kommen zu uns in die Apotheke. In vielen Fällen geben wir ihnen einen kleinen Becher Methadon, und sie trinken es vor unseren Augen. Das ist auch insofern wichtig, als dass diese Personen jeden Tag einen Apotheker, einen „Health Professional“, sehen und beraten werden können.

Wir können ihnen weitere Ratschläge geben und sie weiter verweisen („Signposting“). Wir wissen, dass viele Abhängige, die jeden Tag ihr Methadon einnehmen, auf der Straße weiterspritzen. Wir können ihnen sagen, dass es Angebote für Workshops gibt, in denen man beispielsweise sichere Injektionstechniken lernen kann, und wir können ihnen weitere situationsbezogene Ratschläge geben. Das minimiert das Unheil für diese Menschen. Wenn sie z.B. wegen infizierter Injektionsstellen am Bein ins Krankenhaus müssen, kostet das viel Geld.

Wir können die Gründe für ihre Abhängigkeit nicht völlig verstehen. Es ist einfach, sie zu verurteilen und zu sagen: „Das ist illegal. Sie sind im Unrecht und deswegen behandle ich Sie nicht.“ Es ist häufig viel komplizierter. Andere Faktoren spielen eine Rolle, wie z.B. soziale Ausgrenzung, psychische Probleme; es sind viele verschiedene Dinge. Dies ist kein einfaches Problem. Übrigens, wenn Sie einen Menschen betrachten, der übergewichtig ist und deswegen an Diabetes erkrankt, ist dieser in gewisser Weise meist genauso „schuld“ an seiner Erkrankung wie ein Heroin-Abhängiger. Beim Spritzenaustausch geben die Apotheken neue Spritzen aus. Machen Sie das auch in Deutschland? Das ist wichtig zur Vermeidung der Übertragung von Hepatitis und HIV. [Zuhörerfrage: „Sind die Spritzen umsonst?“] Ja. Der Verbraucher bezahlt nichts, die Spritzen werden vom Staat bezahlt. Es ist billiger, neue Spritzen auszugeben, als jemanden zu behandeln, der an Hepatitis oder HIV erkrankt ist. Es ist außerdem eine gute Gelegenheit zur Intervention: Manche Menschen, die zum Spritzenaustausch kommen, sind noch nicht in das Methadon-Programm eingeschrieben, eine gute Gelegenheit, ein Gespräch zu initiieren, zu fragen, ob sie bereit sind, von Heroin auf Methadon umzusteigen. Hinzu kommt: Wenn verseuchte Chargen auf der Straße verkauft werden und wir sehen, dass Menschen an einer Überdosierung sterben, können wir diejenigen warnen, die zum Spritzenaustausch kommen. Zurzeit schlagen wir vor, dass sie Heroin lieber rauchen als spritzen sollten, wenn sie Heroin benutzen müssen, da die Wahrscheinlichkeit geringer ist, daran zu sterben. Diese Aufgabe ist zwar ganz anders als die traditionelle Apothekerrolle mit alleiniger Ausgabe von Arzneimitteln, der Weg zu dieser neuen Rolle ist aber nicht so weit.

Zum Thema, Azithromycin-Abgabe bei Chlamydien-Infektion: In Großbritannien leiden 10 % der Bevölkerung im Alter zwischen 15 bis 25 Jahren an Chlamydien. Ich kenne die Situation in Deutschland nicht, vielleicht ist sie ähnlich. Es werden in der Apotheke Urinflaschen ausgegeben, die einfach zu handhaben sind. Die Flasche wird zu Hause gefüllt und dann zum Labor geschickt. Bei einem positiven Resultat gehen die Kunden zurück zur Apotheke, eine Einmaldosis Antibiotika wird ausgehändigt, normalerweise Azithromycin, ein Makrolid-Antibiotikum. Das ist eine ganz einfache Sache. Es gibt noch eine Menge anderer Maßnahmen, aber das sind die häufigsten, die derzeit in den Apotheken praktiziert werden.

Überwachung und Verwaltung der Verträge

Wie werden wir bezahlt? Wir werden vom „Primary Care Trust“ überwacht. Das ist die lokale Ebene des NHS. Diese kontrolliert etwa 80 % des riesigen NHS-Budgets. Das Geld wird teilweise an die Hausärzte („General Practitioners“, GPs) verteilt, die dann entscheiden, wie Dienstleistungen durchgeführt werden. Die Ärzte sagen oft, dass Ärzte diese Dienstleistungen anbieten sollen, damit sie hierfür bezahlt werden. Sie sind aber auch realistisch und wissen, dass die ärztlichen Kapazitäten begrenzt sind. Also bitten sie zusätzlich die Apotheker, solche Dienstleistungen anzubieten.

Die nächste Stufe geht in die Richtung, dass die Patienten ihr eigenes persönliches Budget in immer größerem Ausmaß einsetzen müssen. Sie werden entscheiden, an welcher Stelle sie einen Gesundheitsdienst in Anspruch nehmen möchten. Eine Standardgebühr für das Anbieten dieser Leistung wird festgelegt. Der Patient kann zwischen Arzt, Apotheker, Krankenhaus, Pflegedienst bzw. einem Dienst eines privaten Anbieters wie einer Versicherungsgesellschaft entscheiden. Diese neue Auswahlmöglichkeit für den Patienten bedeutet, dass Apotheken gute Leistungen anbieten müssen.

Prävalenzen von Krankheiten

London besteht aus 33 Bezirken mit einer Bevölkerung von jeweils durchschnittlich 250.000 Menschen – eine handliche und kleine Einheit. Man kann planen, was die Bevölkerung in diesem Bezirk tatsächlich braucht, man kann die Bevölkerung gut darstellen und Daten sammeln. Man kann die Prävalenzen von Krankheiten nachvollziehen, z.B. wie viele Menschen in einem Gebiet unter Diabetes leiden oder wie viele einen Schlaganfall erlitten haben. Damit kann man Vergleiche ziehen: Entspricht diese Zahl unseren Erwartungen oder gibt es Abweichungen? Wir wissen, wenn sich die Zahlen unterscheiden, dass es z.B. möglich ist, dass wir nicht alle Diabetiker erfasst haben. Wenn der Prozentsatz an Diabetikern z.B. niedriger ist als erwartet, dann wissen wir, dass wir mehr Menschen mit dieser Erkrankung identifizieren müssen, da sie noch nichts von ihrer Krankheit wissen.

Die Nutzung der Apotheken

Wer kommt zur Apotheke? 84 % der erwachsenen Bevölkerung in England besuchen mindestens einmal im Jahr eine Apotheke. Insgesamt kommen 78 % aus gesundheitlichen Gründen, das heißt ca. 4 von 5 Kunden. Der Durchschnitt liegt bei 14 Besuchen pro Jahr, etwas mehr als einmal im Monat, 11 davon sind gesundheitsbedingt. Das ist ein wichtiger Punkt – nicht alle, die kommen, sind krank. Ein wichtiger Bereich für die Gesundheitsförderung. Auf dieser Stufe können wir sicherstellen, dass Botschaften ankommen.

Viele Menschen verstehen die staatlichen Informationen nicht, sie sprechen schlecht Englisch, sehen kein englisches Fernsehen, lesen keine Zeitungen usw. Die Tatsache, dass sie in die Apotheke kommen, bietet die Gelegenheit, eine gesunde Lebensweise vorzuschlagen.

Who uses pharmacies?

- 84% of adults visit once per year
- 78% of adults visit for health-related reasons
- Average of 14 visits per year (11 of which are health-related)
- Not only sick people visit pharmacies – great opportunity for health promotion
- Frequent users are women aged 35-74 and men aged over 55

Die Kunden kommen manchmal nur, wie in Deutschland bestimmt auch, um Schmerzmittel usw. zu kaufen. In diesem Moment sind sie nicht krank. Sie gehen nur ihren häuslichen Gewohnheiten nach. Wenn gerade eine Kampagne läuft, können sie mit den Menschen ins Gespräch kommen. Die meisten Kunden sind Frauen zwischen 35 und 74 Jahren und Männer über 55. Es ist also immer noch schwierig, Botschaften an junge Männer zu vermitteln (wie immer!).

Die öffentliche Erwartungshaltung und Meinung

Was erwartet die Öffentlichkeit von uns? Die Menschen möchten natürlich mit rezeptpflichtigen bzw. frei verkäuflichen Medikamenten versorgt werden, suchen aber auch Beratung in Gesundheitsfragen. Wünschen sie auch Beratung in Deutschland? Manchmal ja, manchmal nein. Normalerweise kommen Kunden nicht zu einer dringenden Beratung. Manchmal tun sie dieses, z.B. wenn sie mit Angina-pectoris-Schmerzen oder einem Herzinfarkt kommen. Dann sagen wir ihnen, dass sie am falschen Ort sind und sofort ins Krankenhaus müssen. Kunden suchen meist dieselbe Apotheke auf, insbesondere wenn sie unter chronischen Krankheiten wie Diabetes oder Gefäßerkrankungen leiden.

Public Opinion

- Welcome the idea of pharmacies offering blood pressure monitoring, diabetes testing, healthy living advice (easier for public - accessibility, take pressure off Dr)
- Management of long term conditions
- Not suitable for serious or life-threatening illness
- If problem perceived as embarrassing (sexual health) may visit unknown pharmacy for anonymity

Im Laufe des Jahres werden wir einen neuen Dienst anbieten. Wir werden unsere Kunden mit Geräten wie z.B. Krücken oder speziellen Dosenöffnern für Arthrose-Kranke – also mit Hilfsmitteln – versorgen, so dass diese Menschen in eine Apotheke gehen können und nicht in ein Krankenhaus gehen müssen. Wir wollen, dass diese Dinge als normal angesehen werden. Wir wollen das Stigma abbauen, welches Menschen anhaftet, die Probleme haben, den normalen Alltag zu bewältigen.

Die Öffentlichkeit begrüßt die Idee, dass Apotheken Leistungen wie Blutdruck-Kontrolle, Diabetes-Tests sowie Gesundheitsberatungen anbieten. In die Apotheke kann man einfach reingehen, man braucht dafür keinen Termin.

Die Arzthelferin am Telefon in einer britischen Praxis ist oft eine der furchteinflößendsten Personen, die man sich vorstellen kann! Um an ihr vorbeizukommen und einen Termin zu ergattern, muss man gesund, stark und entschlossen sein! Das kann also sehr schwierig sein. In einer Apotheke bekommt man dagegen sofort eine Fachkraft zu sehen, weil die Schwelle niedrig ist; das ist für die Kunden sehr praktisch und ein wichtiger Punkt für die Apotheke. Wenn wir diese Dienste anbieten wollen, müssen wir die gute Zugänglichkeit erhalten und die Kunden so zügig wie möglich bedienen, vielleicht nicht sofort, aber innerhalb von 5 bis 10 Minuten.

Bei schwerwiegenden oder lebensbedrohlichen Krankheiten wollen die Menschen natürlich nicht zur Apotheke gehen. Ein Patient mit Nierenversagen will ins Krankenhaus. Ich schlage also nicht vor, dass die Apotheken Dialyse anbieten. Dafür ist eine Apotheke nicht der richtige Ort, und das wissen auch die Patienten und Verbraucher.

Bei peinlichen Leiden, wie z.B. sexuellen Krankheiten, besuchen Patienten manchmal lieber eine fremde Apotheke, in der man sie nicht kennt. Darum gibt es jetzt in den meisten britischen Apotheken abgeschirmte Bereiche, in denen Apotheker und Kunde sich hinsetzen können, ohne dass andere Menschen zuhören oder zusehen können. Wenn jemand z.B. auf Chlamydien getestet werden will, kann man in diesen Bereich gehen. Es ist manchen Kunden sogar peinlich, wenn sie mit dem Rauchen aufhören möchten!

Die Kunden kommen mit ihren persönlichen Problemen und haben ihre eigenen Grenzen. Themen, die für Apotheker nicht peinlich sind, weil sie ständig darüber reden, z.B. Pilzinfektionen, können für einen Kunden peinlich sein. Die Kunden möchten darüber reden, wollen aber, dass ihre Privatsphäre geschützt wird. Deswegen haben wir einen „geschützten“ Bereich in der Apotheke, wohin man sich mit den Kunden zurückziehen kann (vertrauliche Beratung). So findet eine viel intensivere Beratung statt. Es gibt aber auch Stammkunden, die in die Apotheke kommen und schreien: „Ich will einen Chlamydien-Test!“, aber sie sind selten.

Gesundheitsförderung

In Bezug auf Gesundheitsförderung muss man die Bevölkerung vor Ort kennen: Man muss wissen, wer im Bezirk wohnt, um zu erkennen, welche Botschaften wichtig sind und wie diese übermittelt werden sollen. Das ist Bestandteil des nationalen Vertrages, also müssen wir das übernehmen.

Man kann es auf unterschiedliche Art und Weise praktizieren. Das Beispiel Rauchen: Der Kunde betritt die Apotheke und verlangt Hustensaft, also ergreife ich die Gelegenheit und frage ihn, ob er raucht, und wenn ja, ob er damit aufhören möchte (vielleicht möchte er es zu diesem Zeitpunkt nicht). Es ist in dieser Hinsicht hilfreich für uns, dass die Gesetze sich vor kurzem in Großbritannien geändert haben: Es ist jetzt verboten, in öffentlichen Räumen zu rauchen. Wir könnten bald eine Gesetzeslage wie in Belgien haben, es wird nicht mehr erlaubt, zu Hause zu rauchen, wenn man Kinder hat (zumindest soll dieses Gesetz in Belgien bald eingeführt werden). Es könnte sogar passieren, dass ein Rauchverbot auf der Straße eingeführt wird. Diese Gesetze machen es schwieriger für Menschen zu rauchen. Sie sind ein Anreiz, mit dem Rauchen aufzuhören.

Man kann seine Dienstleistungen auch strukturieren, indem man Kunden bittet, einige Male zurückzukommen, damit der Verlauf kontrolliert werden kann.

Wir betreiben auch Gesundheitsförderung auf der Basis von Kampagnen, insbesondere wenn gerade eine nationale Kampagne läuft. Z.B. findet jedes Jahr eine nationale Kampagne am 2. oder 3. Mittwoch im März statt, der „Nationale Nichtraucher-Tag“. Dies ist eine große Kampagne durch Radio, Fernsehen, Zeitungen und Zeitschriften, Werbeflächen, Schulen, Arztpraxen sowie Krankenhäuser und Apotheken. Sie ist einfach allgegenwärtig. Die Botschaft ist: „Es ist der Nationale Nichtraucher-Tag. Versuchen sie bitte, zumindest für einen Tag aufzuhören. Wenn Sie Unterstützung benötigen, um mit dem Rauchen aufzuhören, gehen Sie zu ihrem Apotheker, Arzt bzw. einer Selbsthilfegruppe.“ Es sind nicht nur die Apotheken, die sagen: „Bitte kommen Sie zu uns.“ Alle Medien sind an diesem Tag vereint und versuchen, die Raucher in die richtige Richtung zu lenken. Sie wollen bewirken, dass Raucher ihre Meinung ändern und mit dem Rauchen aufhören.

Camden – die örtliche Bevölkerung und ihre Gesundheitsprobleme

Ich arbeite hauptsächlich im Londoner Bezirk Camden (berühmt durch Amy Winehouse). Sie können sich bestimmt vorstellen, wie die allgemeine Situation aussieht. Wir haben sehr hohe Alkohol-, Nikotin-, und Drogenmissbrauchsraten. Die letzte Volkszählung liegt ca. 8 Jahre zurück. Wir wissen nicht genau, wie viele Menschen in Camden leben, wir glauben zwischen 210.000 und 250.000; das hängt davon ab, wen man fragt. Viele junge Leute leben dort; sie wohnen vielleicht 6 Monate zur Miete; die Fluktuationsrate ist also sehr hoch. Viele Immigranten und Asylbewerber leben in diesem Stadtteil, ein großer Teil der Bevölkerung ist also „versteckt“. Wir sind nicht völlig sicher wie viele Menschen in Camden leben. Wir versuchen, dies herauszufinden, indem wir die Supermärkte beobachten und notieren wie viele Nahrungsmittel konsumiert werden – das gibt zumindest einen Hinweis darauf, wie viele Menschen in der Umgebung wohnen. Ein Problem dabei ist jedoch, dass der Einzelne immer mehr isst und auch verschwendet, die Schätzung ist daher eher kompliziert. Wir haben eine große Spannweite innerhalb der Schätzung.

Wir erwarten, dass die Bevölkerung innerhalb der nächsten 10 Jahre etwa 300.000 erreichen wird – sie wächst schnell, die Menschen sind ziemlich jung.

Ein weiterer Punkt ist: Es gibt viele Gebietsumwandlungen. Viele Flächen ehemaliger Industriegebiete werden zurzeit in Wohnsiedlungen umgewandelt.

Wir haben festgestellt, dass es gesundheitliche Ungleichheiten bei den Menschen gibt. Eine Kluft von 10,3 Jahren existiert innerhalb dieser Population bezüglich der Lebenserwartung zwischen den Wohlhabenden und den armen Menschen.

Die Stadtteile Belsize und Kilburn sind ca. 1,5 km, also nur einige Minuten Laufstrecke, voneinander entfernt. Wenn man den kurzen Weg zu Fuß macht, sieht man, wie das Aussehen der Menschen, die einem begegnen, sich ändert – von sehr gesund im reichen Belsize zu sehr ungesund im ärmeren Kilburn.

Wenn wir die Morbidität in Betracht ziehen, d. h. wie krank sich die Menschen fühlen, ist es noch schlimmer als bei der Mortalität. Die Menschen, die alt oder älter sind, wenn sie sterben, haben zwar nicht immer, aber meist insgesamt ein relativ gesundes Leben gehabt. Diejenigen Menschen, die aber jung sterben, haben sich oft jahrelang sehr krank gefühlt. Hier besteht also eine große Diskrepanz.

Frauen sind etwas weniger betroffen; sie sind im Allgemeinen gesünder als Männer. Dies unterstreicht die Tatsache, dass Männer schwerer zu erreichen sind. In gewisser Weise bilden sie für uns daher eine Zielgruppe, die auf eine spezifischere Art angesprochen werden muss als Frauen. In Bezug auf Deprivation steht Camden auf dem 19. Platz der örtlichen Bezirke in England. Es herrscht große Armut neben großem Reichtum. Einige Gegenden dort gehören zu den reichsten in London, es gibt dort Häuser, die zu den teuersten der Welt zählen, aber hier leben auch einige der ärmsten Menschen Seite an Seite mit den Reichen.

Der Anteil an ethnischen Minderheiten in unserer Population liegt bei 27 % – dieses führt zu Kommunikationsproblemen. Häufig existiert auch eine höhere Prävalenz von Diabetes und Gefäßerkrankungen. Wir sprechen jetzt von „Gefäßerkrankungen“ statt „kardiovaskuläre Erkrankungen“, weil wir Schlaganfälle und Kreislaufprobleme einbeziehen wollen. Es ist eine kompli-

zierte Formel, das alles zu beschreiben, teilweise hat es mit der wirtschaftlichen Situation zu tun: Menschen mit Migrationshintergrund sind häufig ärmer. Lebensgewohnheiten, genetische und viele andere Faktoren spielen eine wichtige Rolle.

Die Mortalität in Camden ist 5 % höher als erwartet, wenn man die Alters- und Geschlechtsdemografik berücksichtigt, wobei die koronare Herzkrankheit fast 20 % der Todesfälle ausmacht. 5 % der Bevölkerung haben Diabetes, dieses sind nur die dokumentierten Fälle. Wir nehmen an, dass die tatsächliche Zahl mindestens doppelt so hoch ist, also mindestens 10 % der Einwohner an Diabetes erkrankt sind. Das ist eine unglaublich hohe Zahl. Wir versuchen also diese Menschen zu finden.

Gesundheitsförderung bei sozial Schwachen im Apotheken-Vertrag

Hauptzielgruppen für Gesundheitsförderung sind die Gruppen in Camden, die früh versterben, wie Menschen mit Diabetes oder mit einem Risiko für Gefäßerkrankungen (insbesondere diejenigen mit Bluthochdruck). Das sind die Menschen, denen wir unsere Botschaften für eine gesunde Lebensweise am dringendsten übermitteln müssen.

Wenn man raucht, ist das Beste, was man für seine Gesundheit tun kann, mit dem Rauchen aufzuhören. Das wissen wir, aber wir haben dieses wunderbare Konzept, das „kognitive Dissonanz“ genannt wird: Man weiß, dass etwas falsch ist, macht es aber trotzdem. Beispielsweise fahren wir in der Stadt mit dem Auto zu schnell trotz Geschwindigkeitsbegrenzungen. Schnelles Fahren erhöht das Risiko, andere zu verletzen oder zu töten; wir tun es trotzdem. Wir wissen, es ist schlecht, wir tun es trotzdem. Wir wissen, dass wir dieses schmackhafte fettreiche Essen nicht essen sollten; wir tun es trotzdem.

Übergewichtige und Adipöse sind auch eine wichtige Zielgruppe, weil unter ihnen das Risiko für Diabetes und kardiale Erkrankungen stark erhöht ist. Wir müssen die vorhandenen Konzepte für die Gruppen übersetzen, die schwierig zu erreichen sind: Männer, Drogensüchtige, Obdachlose, ethnische Minderheiten, Menschen mit Lernschwierigkeiten, Menschen die ans Haus gebunden sind. Es gibt viele Betroffene.

Wie Gesundheit gefördert wird

Wie fördern wir die Gesundheit? Wir haben die Möglichkeit der Kurzberatung, etwa 3 Minuten. Wir hören den Leuten zu, beobachten sie, stellen einige Fragen und bewerten ihre Antworten. Wir geben Rat, dieser sollte aber kurz und knapp sein – wir haben hier die MTV-Generation, die sich nicht so lange konzentrieren kann. Es kommt mir vor, als ob jede Apotheke am Ausgang eine Maschine installiert hat, die alles, was der Apotheker gerade gesagt hat, sofort aus dem Gedächtnis des Kunden wieder löscht, sobald dieser wieder die Strasse betritt! Die Botschaft muss also sehr einfach sein, damit es wahrscheinlicher ist, dass sie im Gedächtnis hängen bleibt.

How to promote health

- Brief advice (3 minutes)
- Brief intervention (up to 30 minutes) - part of scheme such as stop smoking
- Campaign-based (often part of national campaign such as stop smoking day in March, but also link to Ramadan for Muslim smokers)

Das Wichtigste ist: Man muss alles, was man gesagt hat, dokumentieren. Unser Computerprogramm hat einen speziellen Bildschirm, welcher mit der Patientenakte verbunden ist. Mit einem Mausklick kann ich z.B. in ein Kästchen eintragen, dass eine Beratung für Nikotinentwöhnung stattgefunden hat. Ich schreibe nicht, ich klicke nur, das geht schnell. Gewöhnt man sich das an, wird diese Vorgehensweise schnell automatisiert. Wenn man das Gespräch mit dem Patienten neben dem Computer führt, trägt man laufend während der Beratung Angaben ein. Es wird zu einem natürlichen Bestandteil des Gespräches.

Wie schon gesagt, führen wir an bestimmten Tagen Kampagnen durch. Interessanter ist die Kurzintervention. Sie dauert ca. 30 Minuten, ist häufig viel strukturierter und wird unter anderem vom Staat erstattet. Mit Rauchern setzen wir uns z.B. für etwa 30 Minuten hin und diskutieren ihre Motivation aufzuhören. Wir beraten sie und bewerten, ob der Patient bereit ist, seinen Lebensstil zu ändern. Wenn nicht, dann verschwenden wir nur unsere Zeit. Wenn man sich zusammen mit dem Patienten entschließt, diese Veränderung anzugehen, werden Informationen zum Thema, sowie Selbsthilfemaßnahmen und Internetadressen ausgeteilt, die Unterstützung bieten. [Zuhörerfrage: „Benutzen Sie das Internet zusammen mit den Patienten?“] Manchmal. Web-Adressen, die besonders hilfreich sind, speichern wir als Favoriten. Wenn die Patienten kein Internet zu Hause haben, regen wir an, dass sie bei uns oder in der örtlichen Bibliothek ins Internet gehen.

[Zuhörerfrage: „Wie viele Angestellte beraten die Kunden?“ „Wenn 5 oder 6 Kunden die Apotheke betreten, wie gehen Sie damit um?“]. Wenn mehrere Kunden auf einmal Beratung suchen, beraten wir einen nach dem anderen. Wenn sie warten müssen, werden andere Mitarbeiter aktiv, und bewerten, ob die Kunden wirklich bereit sind sich zu ändern, ob sie es ernst meinen. Die Mitarbeiter teilen die ersten Informationsmaterialien aus und treffen Vorbereitungen. Wenn es Formulare für den betreffenden Beratungszweck gibt, können die Kunden diese während der Wartezeit ausfüllen, die Beratung geht schneller.

Wir unterbrechen die Beratung auch bei Bedarf und bitten den Kunden, Informationsmaterial zu lesen, während wir z.B. mit anderen Kunden reden. Es ist eine Fähigkeit, die man üben muss, um derartige Beratungen managen zu können.

Die Beratungen haben eine feste Struktur, man hat eine Vorlage von vorgefertigten Fragen; das bedeutet, man muss sich nicht bemühen, sich an Dinge zu erinnern. Die Beratung verläuft zügiger. Das ist sehr hilfreich.

Wenn es angebracht scheint, schlagen wir ein Medikament vor, z.B. für Raucher Nikotin. Oft ist es aber besser, Unterstützung für Verhaltensänderungen anzubieten, also Beratung (Kontinuität in der Beratung). Die Patienten kommen regelmäßig zurück, um beraten zu werden. Diese Beratungen werden weiter vom NHS finanziert.

[Zuhörerfrage: „Wie beweisen Sie, dass eine Beratung durchgeführt wurde?“] Für die Raucherentwöhnung z. B. bekommen wir eine Unterschrift des Kunden für jeden Besuch. Die Patienten werden auch auf Kohlenmonoxid getestet. Durch diese Kontrolle stellen wir fest, ob sie weiter geraucht haben. Sie müssen ihre Telefonnummern und andere Kontaktdaten hinterlassen. So können sie auch von der örtlichen Gesundheitsbehörde kontaktiert werden. Die Behörde macht Stichproben, um Betrug zu verhindern. Es gibt, wie bei jedem System, Betrugsfälle. Das ist aber nicht häufiger bei Apothekern als bei Ärzten. Zum Glück gibt es nur sehr wenige Fälle. Wenn

man beim Betrügen erwischt wird, darf man nicht weiter als Apotheker arbeiten!
Neben dem Nichtraucher-Tag haben wir auch andere, lokale Aktivitäten. In Camden wohnen zahlreiche Muslime, wir nutzen Ramadan als einen wichtigen Auslöser für Verhaltensänderung. Die Muslime fasten nicht nur für einen Monat, sie sollen auch andere Sachen aufgeben, wie z.B. das Rauchen. Wir nutzen dieses als kulturellen Faktor, um diesen Menschen zu helfen, das Rauchen aufzugeben. Wir können Nikotin aushändigen, damit sie nicht rauchen.

Aufsuchende Beratung: Wir besuchen sogar die örtlichen Moscheen. Es geht nicht nur darum, mit Ärzten und anderen Gesundheitsfachkräften zu sprechen, es geht auch darum, mit den Menschen in ihren Gemeinden zu sprechen, denn nicht jeder möchte in die Apotheke kommen; man muss die Menschen manchmal aufsuchen.

Informationsblätter bzw. Informations„verordnungen“: Die nächste Stufe sind Informationsblätter; hierzu sind bereits kleine Studien durchgeführt worden. Der NHS hat diese Blätter auf nationaler Ebene entwickelt, sie sind evidenzbasiert, strukturiert und auf die aktuelle Behandlungssituation des Patienten ausgerichtet. Wenn z.B. bei einem Patienten zum ersten Mal Diabetes diagnostiziert wird, bekommt er ein Informationsblatt mit strukturierten Hinweisen. Die Dinge werden in einfacher Sprache erklärt, so dass es für ihn verständlich wird. Beispielsweise: „Warum ist es nötig, Tabletten zu nehmen?“, „Warum ist es wichtig, sich gesund zu ernähren?“, „Warum ist körperliche Bewegung wichtig?“, „Welche Schäden verursacht ein zu hoher Blutzuckerspiegel?“.

Wir geben unterschiedliche Ratschläge für unterschiedliche Stufen der Erkrankung. Wenn die Diagnose neu ist, brauchen die Patienten Basisinformationen. Wenn das Leiden chronisch ist, brauchen Patienten in dieser Phase spezifischere Informationen.

Diese schriftlichen Hilfen sind sehr nützlich für die Apotheker, denn sie sind im Alltagsgeschäft vielfältig beschäftigt und können nicht alle Details im Kopf behalten. Wenn man ein Informationsblatt hat, auf dem alles steht, ist das toll. Man ist schnell, man kann sicher sein, dass alle Dinge erledigt wurden, und alles ist dokumentiert. So weiß man genau, was an strukturierten Ratschlägen erteilt wurde. Eine Diskrepanz besteht allerdings: Mehr Apotheker meinen, etwas ausgeteilt zu haben, als Patienten meinen, etwas erhalten zu haben. Durch die Dokumentation kann der Apotheker belegen, dass er etwas ausgeteilt hat.

Es ist nützlich für den Patienten, die Unterlagen mit nach Hause zu nehmen, um darüber nachdenken zu können. Eine der wichtigsten Mitteilungen für den Patienten am Ende der Beratung ist, dass er zurückkommen soll, um Fragen zu stellen. Wir sagen den Menschen, dass sie in die Apotheke zurückkommen sollen, nicht um etwas zu kaufen, nicht um ein Rezept vorbeizubringen, auch nicht um eine bezahlte Dienstleistung wahrzunehmen. Sie sollen nur zurückkommen um Fragen zu stellen. So stärken wir die Vertrauensbasis. Wir stärken den Eindruck, dass wir Fachleute sind, nicht nur Ladenbesitzer.

Inhalte der Ratschläge

Es sind immer die gleichen Kernratschläge, die wir geben: gesunde Ernährung (immer diese langweiligen gesunden Lebensmittel), weniger Salz, weniger Fett, mehr Obst und Gemüse, mehr Ballaststoffe, usw. Das ist furchtbar langweilig, aber sehr einfach. Wir sind ausgebildet im Bereich der Gesundheit und kennen uns hier gut aus. Es gibt aber Menschen, die über die Herkunft von Lebensmitteln nichts verstehen. Sie kaufen Fertiggerichte. Sie haben wenig Geld,

müssen viele Kinder und große Familien ernähren. Sie brauchen daher manchmal Hilfe, um die Informationen zu interpretieren, damit sie wissen, wie sie sich diese Lebensmittel leisten und diese auch verwenden können.

What is the advice?

- Key messages are: Healthy eating (reduce salt and fat intake, increase fruit, vegetable and fibre intake)
- More physical activity - move more
- Stop smoking
- Reduce alcohol consumption
- Be aware of mental health issues
- Awareness of cancer screening

Mehr körperliche Aktivität: Zu Anfang benutzten wir das Wort „Exercise“ („Übung“). Dann haben wir gemerkt, dass Menschen dieses Wort nicht mögen; sie fanden es furchtbar! Wir haben nun „Physical Activity“ (körperliche Aktivität) benutzt, aber das war zu technisch. Wir haben es weiter vereinfacht: „Bewegen Sie sich mehr!“. Das ist eine einfache Aussage, sagt aber das Gleiche. Also man sollte daran denken, wie man negative Assoziationen zu Begriffen wie „Exercise“ vermeidet.

Wir sagen z.B. auch „gesundes Essen“ statt „Diät“. Diät kann nämlich einmal als Begriff verstanden werden, der beschreibt, was wir an spezieller Kost essen sollen. Er kann aber auch „nicht zuviel essen“ assoziieren, weil man versucht abzunehmen. Gewichtsverlust muss jedoch nicht immer das Ziel sein. Es kann z.B. darum gehen, die Salzaufnahme zu kontrollieren.

Wir möchten natürlich anregen, dass die Menschen weniger rauchen und weniger Alkohol zu sich nehmen (ein massives Problem in Großbritannien). Wir wollen aber auch die Aufmerksamkeit für psychische Erkrankungen erhöhen, da diese wiederum einen Einfluss auf die körperliche Gesundheit haben sowie auf die Wahrnehmung des Wohlbefindens und auf die Wahrscheinlichkeit, sich zu bewegen. Wenn es jemandem psychisch gut geht, kann er auch besser mit körperlichen Symptomen umgehen.

Auch können chronische Krankheiten wie Diabetes oder Herzerkrankungen dazu führen, dass man wahrscheinlicher an einer Depression erkrankt. Berechtigterweise ist man unglücklich, wenn man krank ist. Wir ermutigen die chronisch Kranken, in die Apotheke zu kommen und mit uns darüber zu sprechen, dass sie sich depressiv fühlen. Die Apotheke ist vielleicht nicht der Ort, an dem das Gespräch fortgeführt wird, aber in Großbritannien haben wir ein System, in dem wir Menschen an eine Bibliothek weiter verweisen können, so dass sie die Möglichkeit haben, online eine kognitive Verhaltenstherapie machen zu können. Sie haben dort die Möglichkeit, spezielle Bücher auszuleihen z.B. zu klinischen Themen wie Depressionen und Angstzustände oder zur Lebenshilfe beim Trauern nach dem Verlust eines Verwandten. Bücher können da helfen, und wir sagen: „Gehen Sie mit diesem Zettel in die Bibliothek. Sie brauchen nichts zu sagen oder zu fragen. Überreichen Sie einfach den Zettel. Die Angestellten wissen, was zu tun ist.“ Das ist sehr einfach. Wir brauchen kein besonderes Training dafür, und es kostet nichts.

Wir versuchen auch, die Aufmerksamkeit für Krebsvorsorgeuntersuchungen zu erhöhen, z.B. für Darm-, Brust- und Gebärmutterhalskrebs. Wir müssen sicherstellen, dass unsere Kunden wissen, wie sie sich selbst untersuchen (wenn dieses angemessen ist). Wir müssen sie über

Warnsymptome aufklären, und auch darüber, wann und wie regelmäßig sie zur Vorsorge gehen sollten. In der langen Liste auf einer der Anfangsfolien finden Sie einen Link zu einem Vortrag im Internet. Wenn Sie den Vortrag per E-Mail an andere Interessierte weiterleiten möchten, können diese darauf zugreifen.

Wenn ich über Public Health-Themen in der Apotheke spreche, denke ich nicht an Cholera oder Tuberkulose, auch nicht an andere Themen, die Sie heute morgen hier diskutiert haben. Ich denke aber auch nicht unbedingt an einige der mehr klinischen Dinge. Was wir anschauen ist: „Was sind die Ergebnisse („Outcomes“)“, „Wie wirken sich die Aktivitäten der Apotheken auf die verschiedenen Krankheitsbilder aus?“. Wir denken nicht unbedingt nur an einzelne Patienten und einzelne Interventionen. Eine Frage wäre z.B.: „Wenn eine bestimmte Dienstleistung angeboten wird, gibt es eine Tendenz, dass der Blutzuckerspiegel gesenkt wird?“

Die Evidenzlage zur Rolle der Apotheken

Die britische Regierung hat neulich eine große Studie in Auftrag gegeben, um die Ergebnisse der siebzehnjährigen Arbeit der Apotheken zu untersuchen. Dies war eigentlich eine Studie von vielen kleineren Studien, also Forschung mit einem hohen Evidenzgrad.

Pharmacy and Public Health

„The Contribution of Community Pharmacy to Improving the Public's Health 1990 -2007 presents a summary of findings from a review of evidence published in peer-reviewed journals concerning the contribution of community pharmacy to improving the public's health“

Das Resultat: Wir haben jetzt sehr gute unterstützende Evidenz dafür, dass die Apotheke eine ganz wichtige Rolle spielen kann, u. a. beim Diabetes- und Lipidstoffwechsel-Management, der Nikotinentwöhnung, der Bekämpfung des Drogenmissbrauchs, bei Grippeimpfung (wofür bald sehr viel Geld ausgegeben wird) und bei der Behandlung mit der „Pille danach“. In diesen Bereichen brauchen wir dem Staat nichts mehr zu beweisen.

Die Apotheken haben es nicht einfach; wir müssen dem Staat immer noch Beweise vorlegen, warum wir und nicht die Ärzte, Krankenpfleger oder Krankenhäuser eine Dienstleistung erbringen sollten. Jetzt haben wir eine gute Evidenzbasis, um sagen zu können: „Lassen Sie uns die Dienstleistung erbringen, bei uns wird es funktionieren.“

Einige Belege gibt es auch (obwohl wir noch mehr davon brauchen) für Prävention und Management von Gefäßerkrankungen, das heißt z.B. die Vermeidung von Schlaganfällen oder Herzinfarkten. Es gibt einige Belege, dass das Coaching von Hypertonikern auch gut in der Apotheke durchgeführt werden kann. Ich verwende hier den Begriff „Hypertension“, ich würde in der Apotheke automatisch den Ausdruck „Bluthochdruck“ verwenden, weil die Patienten diesen besser verstehen. Vielleicht ist das in Deutschland anders. Es geht darum, das Konzept in die Umgangssprache zu übersetzen.

Sturzprävention: Die Bereiche, in denen es noch nicht genug Evidenz gibt, in denen nur kleine isolierte Studien durchgeführt wurden, sind Gewichtskontrolle, sexuelle Gesundheit, Folsäurezusatz während der Schwangerschaft sowie Osteoporose und die damit verbundene Prävention von Stürzen. In meiner Apotheke haben wir ein Verfahren auf niedriger Stufe eingeführt: Ältere Menschen konnten ihre Pantoffeln austauschen. Vom ethischen Aspekt her ist das natürlich

viel neutraler als der Spritzenaustausch bei Drogenabhängigen. Zwei Dinge dazu: Erstens, wenn Menschen alte Pantoffeln tragen, besteht die Gefahr, dass sie ausrutschen und stürzen. Zweitens, wenn ältere Menschen dabei einen Oberschenkelhalsbruch erleiden, haben sie ein sehr hohes Risiko, innerhalb eines Jahres zu sterben. Deswegen haben wir sie kostenlos mit neuen Pantoffeln versorgt, was wunderbar ist. Eine wichtiger Tipp noch zu dieser Sache: Falls Sie daran denken, so eine Aktion durchzuführen, entfernen Sie die alten Pantoffeln täglich aus der Apotheke, da sie unangenehm riechen, besonders im Sommer. [Zuhörerfrage: „Hatten Sie alle Größen verfügbar?“] Ja. Natürlich gibt es häufige Größen, also bestellen wir mehr von diesen. Das war vorerst eine einmalige Kampagne über 1,5 Jahre, in der wir den größten Teil der örtlichen Bevölkerung abdeckten. Vielleicht wiederholen wir es in ein paar Jahren. [Zuhörerfrage: „War die Qualität der Pantoffeln gut?“] Die Pantoffeln waren von akzeptabler Qualität, obwohl man zum Einkaufen lieber die eigenen Schuhe tragen würde; so bequem waren sie auch wiederum nicht. Sie waren aber gut genug. Es ergab sich für uns eine Gelegenheit etwas zu verschenken. Das war aufregend, darüber redeten die Menschen, weil es verrückt war. Die Leute sagten „Warum macht diese Apotheke so etwas; sind sie verrückt?“. Sie redeten darüber und besuchten die Apotheke; dann konnten wir sie als „Geisel“ gefangen nehmen.

Good supporting evidence

- Diabetes management
- Lipid management
- Stopping smoking
- Drug misuse
- Flu immunisation
- Emergency contraception

Some supporting evidence

- Vascular disease prevention and management
- Hypertension management

More evidence needed

- Weight management
- Sexual health
- Folic acid supplementation in pregnancy
- Osteoporosis/ Falls prevention

Man konnte dann über all die anderen Themen reden. Beispielsweise: „Erzählen Sie mir etwas über ihre Medikamente“, „Nehmen Sie viele Diuretika ein?“ (Wir nennen sie „Wassertabletten“). Eine der Hauptursachen für einen Sturz kann sein, dass der Blutdruck zu niedrig ist oder Menschen dehydriert sind. Sie können stürzen und haben besonders im Alter erhöhte Risiken für Knochenbrüche oder auch an den Folgen zu sterben. Folgen eines Knochenbruchs sind u. a. eine Verschlechterung der Mobilität und teure Interventionen, um wieder gesund zu werden. Der NHS gibt ungern Geld aus – es scheint, dass er dieses tut, aber wenn der NHS die Ausgabe verhindern kann, ist es besser. Wir holen die Menschen durch „Tricks“ in die Apotheke, wie mit unserem kostenlosen Pantoffelangebot. Sind sie erst einmal da, fangen wir an, über Gesundheitsbotschaften zu reden. Das ist eine Täuschung, aber sie funktioniert.

Barrieren, die überwunden werden müssen

Was sind die Barrieren, die wir in Großbritannien überwinden müssen (ähnlich wie in Deutschland)? Vor allem die Einstellung des eigenen Personals. Wenn wir über Einstellungen reden, muss sich als Erstes die Einstellung der Apotheker ändern, zusammen mit der Grundhaltung der Angestellten. Die fragen sich: „Warum redet der Apotheker den ganzen Tag, quatscht mit den Kunden, und ich muss die ganzen Medikamente zubereiten und all die anderen Arbeiten erledigen?“ Ich muss den Angestellten erklären, dass ich zur Universität gegangen bin, diese ganzen furchtbaren Fächer studiert habe, diese ganze Chemie (die wir nicht verwenden, seien wir ehrlich, oder vielleicht ein wenig).

Man muss die Einstellung der Bevölkerung ändern. Deswegen ist es nützlich, dass wir Marktforschung landesweit in Auftrag gegeben haben; wir kennen jetzt ihre Meinung. Wir können sie also in Zukunft messen, um festzustellen, ob die Kampagnen gewirkt haben, die erklären, was die Apotheken leisten können.

Barriers to overcome

- Attitudes (pharmacists, public, health service commissioners, other health professionals)
- Training of pharmacists and their teams
- Suitable premises
- Unnecessary competition between pharmacies - a good service needs wide involvement

Die Gesundheitsdienstausschüsse („Health Service Commissions“) legen fest, welche Dienstleistungen verfügbar sein sollen. In Großbritannien ist der örtliche Gesundheitsausschuss („Local Health Board“) dafür zuständig, in Deutschland ist es teils der Staat und teils die Krankenversicherung. Es gibt da Vereinbarungen. Wenn die Krankenversicherung nicht bereit ist, für eine Dienstleistung zu zahlen, dann wird sie vermutlich weniger angeboten.

Es ist wichtig, dass die anderen Fachkräfte im Gesundheitswesen ihre Grundhaltung auch ändern. Sehen Ärzte die Apotheker als Konkurrenz an, dann werden sie keine Patienten überweisen. Aber Ärzte überweisen Patienten in unsere Apotheke, z.B. zur Nikotinentwöhnung. Ärzte könnten diese Beratung auch anbieten und würden dafür bezahlt, wissen aber, dass die Apotheker eine höhere Erfolgsquote haben und mehr Patienten beraten können.

In meiner Apotheke werden die Dienstleistungen in Arabisch, Bengali, Spanisch, und Englisch angeboten; dadurch ist ein Großteil der Bevölkerung abgedeckt.

Eine weitere Barriere ist die Schulungsnotwendigkeit für Apotheker. Man kann nicht erwarten, dass sie am Morgen aufwachen und sagen: „Gut, wir werden für Public Health zuständig sein. Wir wissen, wie das geht und fangen gleich damit an!“. Es geht um Schulungen, um Wissensvermittlung, v. a. Schulung von Kommunikationsfähigkeiten und Alltagsverhalten, damit verhindert wird, den ganzen Tag in der Medikamentenausgabe zu verbringen. Stattdessen soll erreicht werden, dass man rausgeht und mit den Menschen redet. Wir sind die Leute, die die Wissenschaft verstehen, wir sind gut geeignet, um die Wissenschaft in die Alltagssprache zu übersetzen. Wir müssen aber auch das Team schulen, weil wir starke Unterstützung brauchen.

Es gibt eine nationale Organisation, die ein Fernstudium zur Schulung von Apothekern anbietet. Vieles steht im Internet, um die Schulungen abends bzw. während der Arbeitszeit durchführen zu können. Ein Zeugnis wird ausgestellt, um die Kompetenz auf diesem Gebiet zu belegen. Das ist häufig eine der Unterlagen, welche der örtliche Gesundheitsausschuss verlangt. Der Ausschuss erwartet den Beweis, dass man dieses Fachgebiet studiert hat, so dass Dienstleistungen angeboten werden können.

Geeignete Apothekenräume sind nötig. Ein getrennter Bereich, in dem in Ruhe Beratungen zu klinischen Themen oder zur Gesundheitsförderung durchgeführt werden können. Man muss sitzen können, in einer bequemen und einladenden Umgebung. Es geht nicht, dass Gespräche nur am Verkaufstresen geführt werden.

Man muss den unnötigen Konkurrenzkampf zwischen Apotheken beseitigen. Wenn alle Apotheken die gleichen Dienstleistungen anbieten, läuft eine neue Dienstleistung viel einfacher an. Es muss keine Werbung laufen, um mitzuteilen, dass die eigene Apotheke etwas anderes macht. Der örtliche Gesundheitsausschuss kann für alle Apotheken Werbung betreiben und verbreiten, dass die Dienstleistung überall angeboten wird, und der Bevölkerung vorschlagen, eine Apotheke aufzusuchen. Das regt die Bevölkerung an, ihre Einstellung zur Apotheke zu ändern. Das heißt auch, dass man seine örtlichen Kollegen anrufen kann, wenn man etwas nicht versteht oder andere Probleme hat. Man kann um Rat bitten. Ich rufe Kollegen an und umgekehrt. So teilen wir „Good Practice“. Durch diese Vorgehensweise in einem lokalen Netzwerk baut sich eine „Peer Group“ auf, eine Gruppe von Gleichgesinnten.

In Großbritannien sagt man, Apotheker seien wie Pandas in der Wildnis. In China nimmt die Panda-Population ab, weil sich zwei Pandas nicht treffen. Also bekommen sie nie die Möglichkeit sich zu paaren (ich schlage jetzt nicht vor, dass Apotheker sich treffen müssen, um sich zu paaren!). Aber sie sollten sich treffen, um Ideen auszutauschen und um eine gute Arbeitsumgebung und unterstützende Strukturen zu schaffen. Es ist wichtig, dass die örtlichen Apotheker sich untereinander kennen und austauschen. Ärzte arbeiten zusammen, Krankenschwestern auch, sowie all die anderen Gesundheitsfachkräfte. Wenn andere Apotheker in unserer Nähe sind, können wir Fragen stellen und die Unterstützung erhalten, die wir als Menschen brauchen.

Dr. Frank Verheyen, Wissenschaftliches Institut der Techniker Krankenkasse für Nutzen und Effizienz im Gesundheitswesen, WINEG

Sind Apotheken für die Gesundheitswissenschaften interessant, und unter welchen Voraussetzungen würden die Krankenkassen Projekte finanzieren?

Einleitung

Ich finde es ganz spannend hier zu sein, weil ich aus eigener Historie ein paar Eindrücke mitnehmen konnte, die hier auch schon häufig thematisiert wurden. Es betrifft die öffentliche Apotheke, es betrifft natürlich auch die Auseinandersetzung „mit den Krankenkassen“, mit der Umsetzung von Health Promotion in die Praxis, mit gesundheitswissenschaftlichen Ansätzen wie Public Health in der Apotheke bzw. in die Apothekerlandschaft.

Ich möchte darauf fokussieren, ob tatsächlich die Apotheken aus der Sicht der Krankenkassen eine Rolle spielen können. Wie könnte man das finanzieren? Was sind die Fragestellungen? Was sind aber auch die Probleme dabei?

Von Information und Beratung in der Apotheke bis zur Pharmazeutischen Betreuung

Es gibt eine ganz günstige Situation innerhalb der Apotheke, das ist für Sie alle nichts Neues. Wir haben mit dem § 20 Apothekenbetriebsordnung die Beratungsverpflichtung für die Apotheker. Information und Beratung von Patienten ist Aufgabe der Apotheker und der anderen Heilberufe. Dies ist für Krankenkassen deshalb ein Thema, weil wir dies wichtig finden und uns für deren Weiterentwicklung einsetzen.

Wie Sie wissen war ich früher bei der ABDA und dort verantwortlich für die pharmazeutische Betreuung oder englisch: Pharmaceutical Care. Dabei geht es darum, dass der Apotheker Informations- und Beratungspflicht konsequent wahrnimmt. Er soll mit dem Patienten erarbeiten: Wo liegen Probleme bei seiner Therapie und wie lassen sich die therapeutischen Ergebnisse verbessern, wie lässt sich die Lebensqualität entsprechend optimieren. Darüber hinaus können wir diskutieren, inwieweit die Apotheker Verantwortung für eine sachgerechte Arzneimittelanwendung übernehmen können. Bezogen auf den Patienten sollen durch die pharmazeutische Betreuung Probleme und Bedürfnisse des Patienten, die sich im pharmazeutischen, klinischen oder medizinischen Bereich zeigen, aufgenommen und Lösungen erarbeitet werden.

Wichtig ist immer eine ausreichende Dokumentation der Kommunikation. Zunächst ist der Informations- und Beratungsbedarf festzustellen. Man muss die Probleme identifizieren. Haben wir tatsächlich ein objektives oder subjektives Problem? Was kann ich dem Patienten raten und wie überprüfe ich, dass meine Information und Beratung tatsächlich beim Patienten ankommt? Idealerweise sollen Information und Beratung zu einem Lösungsprozess führen, der vom Apotheker dokumentiert wird. Eine gute Dokumentation ist Grundvoraussetzung, um Daten für die Forschung zu nutzen.

Ein weiterer Punkt ist für die Versorgungsforschung nicht unerheblich: Hat der Apotheker von seiner Ausbildung her die Grundlagen, um sich bei Pharmaceutical Care oder in der Versorgungsforschung zu engagieren. Ich denke derzeit: „Jein“. Über das Thema Klinische Pharmazie haben wir heute Morgen ja schon diskutiert. Wir konnten feststellen, dass 10 % der Ausbildung für den Bereich Klinische Pharmazie vorgesehen sind. In diesem Fach werden Aspekte der speziellen Pharmakotherapie, Pharmakoepidemiologie, Pharmaökonomie und Lebensqualitätsbestimmung behandelt, alles Themen, die dem Apotheker ermöglichen sollten, zur wissen-

schaftlichen Forschung Zugang zu finden – sei es auf qualitativer oder quantitativer Ebene. Ziel ist es, dass Apotheker dazu beitragen, einen wirksamen, wirtschaftlichen und sicheren Einsatz von Arzneimitteln zu gewährleisten.

Beratung in der Apotheke

Natürlich funktioniert das ganze System in der Apotheke nur dann, wenn der Apotheker diesen Informationsprozess kennt und seinen Anteil einbringen kann. Es ist notwendig, dass der Apotheker die für den einzelnen Patienten notwendigen Informationen zusammenstellt und zwar auf der Basis des ermittelten Informationsbedarfs und der Problemstellung. Es geht also darum, eine Übersicht über einen längeren Zeitraum zu bekommen und den Beratungsprozess im Auge zu behalten.

Eine erfolgreiche Beratung ist aber kein bis ins Letzte standardisierbarer Prozess; er wird nicht unbedingt immer vom Patienten nachgefragt und gewollt. Beratung ist auch ein sehr dynamischer Prozess, der sich auch erst entwickeln muss und dann von zwei Seiten getragen wird bzw. werden soll.

In den letzten Jahren, haben die Apotheker einiges vorangebracht. Aber es ist nicht so, dass wir in allen Apotheken eine institutionalisierte und auch ergebniskontrollierte Beratungsqualität vorfinden. Es gibt genug Beispiele, bei denen Beratung nicht ausreichend ist. Das heißt: Wir haben noch immer eine sehr große Lücke zwischen dem universellen Anspruch der Apotheker, optimale Beratung zu vermitteln, und dem, was wir in individuellen Situationen vor Ort erleben. Wichtig ist, auf die individuellen Bedürfnisse und Fragen des Patienten einzugehen. Das ist nicht einfach standardisierbar, die Voraussetzungen können sich im Therapieverlauf durchaus ändern. Ich selbst war beteiligt an einigen Studien zur pharmazeutischen Betreuung. Zwar zählt man sehr stark auf das zunehmende Informationsbedürfnis des Patienten, wenn auch nicht bei allen. Aber man muss sich natürlich auch immer auf eine neue Situation einrichten. Denn je selbständiger und informierter der Patient wird, desto arbeitsintensiver kann Information und Beratung werden. Patienten erlangen im Verlaufe ihrer Erkrankungen häufig eine Selbstkompetenz, so dass auch ich als Apotheker aufgefordert bin, eine intensive Recherche durchzuführen, um evidenzbasierte Informationen für Patienten heranzuschaffen, um Antworten auf Fragen des Patienten belegen zu können.

In der großen Asthmastudie in Hamburg brauchten wir damals einen Monitor vor Ort, die sich nur damit befasste, die Fragen der Apotheker zum Studienprotokoll zu beantworten. Zudem hatte die Kollegin wissenschaftliche Fragestellungen zu klären, um den Wissensbedürfnissen der Apotheker und v. a. der Patienten gerecht zu werden.

Instrumente der Qualitätssicherung für die Beratung

Um im Rahmen gesundheitswissenschaftlicher Forschung aktiv zu werden, können die Apotheker inzwischen eine Reihe von Hilfsmitteln nutzen, die es ihnen ermöglichen, sich in der Beratungstätigkeit zu orientieren. Zu nennen sind hier die unterschiedlichen Leitlinien der ABDA, angefangen von der Erstabgabe des Medikamentes bis hin zur Pharmazeutischen Betreuung. Aber es gibt auch Leitlinien zur Ernährungsberatung, zu Arzneimittelrisiken, zu Rezepturen usw.. Es steht also ein sehr breit gefächertes Kanon an Hilfsmitteln zur Verfügung.

Instrumente für die Qualitätssicherung:

Ein wichtiger Aspekt ist das Qualitätsmanagementsystem, das für verschiedene Bereiche bereits gut funktioniert. Aber das Qualitätsmanagementsystem muss auch eine Basis dafür sein, wie kann ich einen ständigen Verbesserungsprozess strukturierter Beratung in die Praxis umsetzen, wie kann ich die Beratung permanent verbessern. Und wie kann das QMS mit der Zertifizierung der Apotheken gekoppelt werden?

Qualitätsgesicherte Beratung durch den Apotheker**1. Leitlinien der ABDA:**

- Information und Beratung des Patienten bei der Abgabe von Arzneimitteln; Erst- und Wiederholungsverordnung
 - Ernährungsberatung in der Apotheke
 - Maßnahmen bei Arzneimittelrisiken in der Apotheke
- [...]

2. Qualitätsmanagementsysteme (QMS)

- Mustersatzung für das QMS der ABDA
- Verschiedene Umsetzung in den Kammerbereichen

3. Zertifizierung der Apotheke

- bei erbrachter Qualität und fortlaufender Sicherung und Verbesserung gegenüber allen Kooperationspartnern der Apotheke

Bisher findet Qualitätssicherung sicherlich auf einer Ebene statt, auf der Forschung noch keine große Rolle spielen kann oder muss. Aber insgesamt haben wir eine ganz gute Basis – soweit als erstes Zwischenfazit – auf die man aufsetzen könnte, um gegebenenfalls Apotheker mehr und mehr in gesundheitswissenschaftliche Forschung einzubinden.

Einbindung der Apotheker in die gesundheitswissenschaftliche Forschung

Im Folgenden nenne ich die Bereiche, mit denen sich der Apotheker von Natur aus befassen kann. Er kann direkt mit dem Patienten kommunizieren, Patientendaten nutzen – alles unter Berücksichtigung des Datenschutzes natürlich – er ist auch in der Lage, zusätzliche Informationen zu erheben, sei es durch entsprechende Angebote: Cholesterin-Screening, Hb1c-Messung, Blutdruckmessung, etc. Und er könnte sich – zumindest theoretisch – auf der Basis der klinischen Pharmazie mit den Fragen der Pharmaökonomie oder Pharmaepidemiologie auseinandersetzen.

Eigentlich sind dies ideale Grundvoraussetzungen, um den Apotheker mit in die Forschung einzubinden. Dennoch ist das natürlich nicht so einfach, wie man es sich in der Theorie vorstellt. Man erlebt in der täglichen Praxis, dass sich kein Apotheker wirklich mit Forschung direkt auseinandersetzt. Es sind höchstens Einzelfälle. Zumindest ist das, was die Apotheker tun, nicht auf einem Level, um dieses Engagement direkt in die Arbeit forschender Einrichtungen einfließen zu lassen. Es ist meines Erachtens sehr viel Aufwand notwendig, um die theoretischen Möglichkeiten, die zweifelsohne vorhanden sind, auch praktisch nutzen zu können.

Der Apotheker als Forscher

- Erhebung und Nutzen der Patientendaten unter Beachtung des Datenschutzes
- Durchführung klinisch-chemischer, toxikologischer und anderer Analysen und Messungen
- Mitwirkung bei Fragen zur Pharmakoökonomie und –epidemiologie

Einen wesentlichen Standortvorteil haben die Apotheken bei der direkten Patientenansprache. Der Patient ist vor Ort. Ich selbst habe damals knapp 650 Patienten in Apotheken befragt. Eine Befragung – für angestellte Apotheker sicherlich hauptsächlich außerhalb des normalen Dienstes – ist also möglich und machbar. Aber weil die Befragung fast immer außerhalb des Dienstes durchgeführt werden muss, erkennt man schon gewisse Hürden, die in der Praxis überwunden werden müssen.

Man kann Patienten auch direkt anlassbezogen befragen. Dabei werden bestimmte Themenfelder abgefragt, z.B. die Nutzung von Ritalin® oder von Neuroenhancern, die Herr Glaeske heute Morgen genannt hat. Es wäre ein idealer Ansatzpunkt, direkt qualitativ oder quantitativ Patientendaten zu erfassen. Diese Möglichkeiten bieten allerdings nicht nur Apotheken, sondern zum Teil auch die ärztliche Praxis, die Klinik und teilweise ist das auch der Krankenkasse möglich. Also ein Alleinstellungsmerkmal des Apothekers ist zumindest im Bereich der Patientenbefragung nicht deutlich gegeben.

Auf die Frage, ob ein wissenschaftliches Institut den Apotheker unbedingt für Patientenbefragungen braucht, muss ich sagen: Jein. Ich sehe durchaus ein Potenzial, wenn es darum geht, direkt Patienten anlassbezogen über Apotheken anzusprechen. Das gleiche gilt für das Monitoring klinischer Parameter (z.B. Cholesterinmessung), wenn auch mit Abstrichen. Der Apotheker erhebt sie selbst, dann sind sie in der Apotheke wahrscheinlich relativ valide. Bei der Selbstauskunft des Patienten muss ich von einer geringeren Datenvalidität ausgehen. Das gleiche gilt teilweise für die Verschreibungsdaten und für die OTC-Daten. Einen Teil der Daten können Krankenkassen natürlich auch selbst erheben. Bei anlassbezogenen Patientenbefragungen, bei der Erhebung von OTC-Daten und bei der Erhebung klinischer Parameter haben Krankenkassen also Berührungspunkte mit Apotheken.

Steigerung der Arzneimittelsicherheit: Klinisch relevante Interaktionen

Wir befassen uns als Krankenkasse mit diesen Fragestellungen zum Teil. Zusammen mit dem AQUA-Institut und Prof Dr. Haefeli haben wir eine Studie durchgeführt, um uns Arzneimittelsicherheitsprobleme anzuschauen. Auf Datenbasis von ungefähr 5 Mio. Versicherten konnten wir bei 0,5% der Versicherten ernsthafte Arzneimittelinteraktionen feststellen. Hier gibt es bestimmt ein breites Betätigungsfeld, ggf. auch für Apotheker. Denn auch wenn die relative Anzahl der betroffenen Patienten (0,5%) gering ist, in absoluten Zahlen besehen (mehrere Tausend) handelt es sich doch um eine recht große Zahl von gefährdeten Patienten.

Natürlich ist es in den Apotheken nicht einfach, klinisch relevante UAW oder Wechselwirkungen von nicht klinisch relevanten Interaktionen zu unterscheiden. Die bislang angebotenen Hilfsmittel, z.B. ABDA-Datenbank, sind sicherlich nur ein Anfang, die unter Berücksichtigung von Haftungsrisiken zunächst erst einmal alle möglichen Risiken benennen. Wir müssen Schritt für Schritt dahin kommen, diese Hilfsmittel zu verfeinern, sei es durch die Einbeziehung der Literatur und von Listen, wie der Beers-Liste (Liste inadäquater Arzneimittel für Menschen im höheren Alter) oder von Expertenbefragungen.

Auch in der ABDA macht man sich darüber Gedanken, wie dem Apotheker verbesserte Hilfsmittel an die Hand gegeben werden können. Eine Möglichkeit ist dabei, Apotheken zu befragen, bei bestimmten Interaktionen über einen bestimmten Zeitraum gezielt darauf zu achten, ob sich die in der Datenbank befindlichen Interaktionen tatsächlich bei den Patienten bemerkbar machen und in welchem Ausmaß. Insgesamt muss allerdings davon ausgegangen werden, dass wir zwar in Zukunft verbesserte Systeme bekommen werden, dass wir aber nie dahin gelangen werden, Systeme zu kreieren, die für jeden Patienten angewendet werden können und richtige Lösungen vorschlagen. Wir brauchen den gut ausgebildeten Apotheker, der die Angaben kritisch überprüft und seinen aktuell gehaltenen pharmazeutischen Sachverstand einbringt.

Am Beispiel der Interaktion von Marcuma und ASS kann man das deutlich sehen: Bis vor wenigen Jahren hat man immer gesagt, hier handelt es sich um eine klassische Interaktion, die schwerwiegende Auswirkung auf die Blutgerinnung des Patienten hat. Inzwischen gibt es aber einen gewissen Anteil an Patienten, die beide Arzneimittel erhalten, weil es bestimmte Krankungsbilder in Kombination mit dem Gesundheitszustand des Patienten gibt, in denen diese Kombination sinnvoll ist. Das müssen Apotheker wissen. Sie müssen in der Lage sein, mit den Informationen von Datenbanken und den patientenindividuellen Informationen richtig umzugehen. Das oftmals bei Apothekern vorhandene mechanistische Denken, gefördert auch durch die Ausbildung, reicht bei der Lösung patientenindividueller Probleme sicherlich nicht aus.

Beispiel Polymedikation

Thema Polymedikation: In einer zweiten Studie untersuchten wir Patienten, die einen extrem hohen Verbrauch an Sedativa und Anxiolytika haben, die viel an nicht steroidalen Antirheumatika verbrauchten und bei denen ein hoher Konsum kurz wirksamer inhalativer Sympathomimetika zu verzeichnen war. In diesen Fällen hätte ich als Krankenkasse die Möglichkeit, zu intervenieren. Auch der Apotheker könnte bspw. im Auftrag der Krankenkasse tätig werden, wenn es eine entsprechende Kooperation gäbe. Es gibt also dieses Potenzial, wir forschen auch weiter daran, z.B. über die Optimierung unserer Datenbasis.

In Einzelfällen gehen wir als Krankenkasse in Fällen von extremen Arzneimittelmisbrauch dazu über, unsere Rehaberater einzuschalten, die auch direkt dem Patienten Angebote präsentieren können, damit die Patienten ihr Suchtverhalten in den Griff bekommen. Das sind zwar erst erste Ansätze, um den Suchtproblemen oder der Polymedikation begegnen zu können, aber ich glaube, wir müssen den Weg weitergehen und wenn möglich auch die Apotheken mit einbeziehen.

Arzneimittelversorgungsmanagement der TK

Wir haben ein relativ umfassendes Arzneimittelmanagement in der TK aufgebaut, womit wir die Probleme angehen. Das beginnt schon mit der Information des Patienten. Jeder Patient hat bei uns die Möglichkeit, sich einen „Kontoauszug“ seiner verordneten Medikamente zuschicken zu lassen. Dort ist festgehalten, welche Medikamente er wann und wo bezogen hat.

Die Patienteninformation möchten wir weiter ausbauen, nicht nur wenn es um Arzneimittel geht. Wir sind gerade in der Vorbereitung, eine evidenzbasierte Patienteninformation zu erarbeiten zusammen mit dem deutschen Diabeteszentrum in Düsseldorf, um über Diabetesfrüherkennung zu informieren. Idealerweise, so war die Planung, nutzt ein Patient das Informationsmaterial, um ins Gespräch mit Ärzten und Apotheken zu gehen und dort Beratungsgespräche einzufordern. In diesem Zusammenhang sei erwähnt, dass wir vertraglich mit der Apothekenkooperation Parmapharm dies realisiert haben. Diese Apotheken haben sich verpflichtet, eine Beratung aufgrund unserer „Versicherteninformation Arzneimittel“ anzubieten und dabei nach den BAK-Standards vorzugehen.

Wir haben in Einzelfällen auch versucht, direkt Patienten zu informieren, Beispiel Hormonersatztherapie. Lange Zeit galt die Hormonersatztherapie als Standard zur Behandlung von Beschwerden in der Menopause, bis große Studien den Wert der Behandlung in Frage stellten und Gefahren problematisierten, die bislang zu wenig berücksichtigt worden waren. Nachdem die Sachlage eindeutig war und die weitere Nutzung der Hormonersatztherapie nach dem bisherigen Muster inakzeptabel wurde, haben wir wiederum versucht, mit Patienteninformationen aber auch mit Arzthinformationen den neuen Stand des Wissens zu vermitteln.

Wir wollten Versicherte informieren, um sie in die Lage zu versetzen, das Thema mit dem Arzt zu diskutieren. Die Zielrichtung war nicht, von Seiten der Kasse in die Therapie einzugreifen, sondern Ziel war nur die Befähigung des Patienten, sich mit diesen Informationen auseinanderzusetzen und diese zum kritischen Gespräch mit Arzt und Apotheker zu nutzen.

Des Weiteren bemühen wir uns um unterschiedliche Patientengruppen und versuchen, unsere Angebote weiterzuentwickeln. Ein Thema für die Zukunft ist „Optimierung der Arzneimitteltherapie bei Kindern“. Die Techniker Krankenkasse ist selbstverständlich auch eine Familienkasse. Wir fragen uns, wäre dieses Thema nicht ein Ansatzpunkt, bei dem wir mit Apotheken zusammenarbeiten könnten. Dies haben wir auch schon mit einigen Verbänden, auch hier in Nordrhein und Westfalen-Lippe diskutiert.

Leider stößt man immer wieder auf wenig Gegenliebe der Apotheker. Man muss feststellen, dass für die Apotheker die Zusammenarbeit mit Krankenkassen immer noch negativ besetzt ist. Es passt offensichtlich nicht ins berufspolitische Bild, die Zusammenarbeit mit Kassen auszubauen.

Zweites Zwischenfazit: Wir haben auf Seiten der Krankenkassen schon einiges an Vorstellungen und Maßnahmen entwickelt, die sich durchaus in eine gesundheitswissenschaftliche Forschung von Krankenkassen mit Apotheken weiterentwickeln könnten.

Voraussetzungen für die Durchführung von Studien aus Sicht der Krankenkasse

Grundvoraussetzung ist natürlich, dass diese Forschung von grundsätzlichem Interesse ist. Einzelfragestellungen, die vielleicht nur einen wissenschaftlichen Zweck haben, die aber nicht dem Ziel der GKV, also der Optimierung der Versorgung bzw. der Erhöhung der Wirtschaftlichkeit dienen, solche Forschung lässt sich realistisch gesehen nicht umsetzen.

Voraussetzungen für die Durchführung von Studien aus Sicht der Krankenkasse

- Fragestellungen von grundsätzlichem Interesse
- Qualitätssicherungsmaßnahmen
- Pilotierung
- Ausrollbarkeit
- Ergebnisoffene Forschung

Für eine Forschung notwendig ist eine ausreichende Qualitätssicherung. Wir brauchen Guidelines, die dem Apotheker helfen, sachgerecht zu agieren. Wir brauchen auch entsprechende Schulungen, damit die eingebundenen Apotheker mit diesen Fragestellungen im Sinne der Forschung umgehen.

Vor einem größeren Forschungsvorhaben ist eine Pilotierung notwendig, um überhaupt die Machbarkeit zu testen. Auch das ist immer noch ein großes Feld.

Es gibt meines Wissens im Apothekenbereich in Deutschland zwar immer wieder einzelne Projekte – z.B. im Bereich der Klinischen Pharmazie oder auch finanziert durch die Förderinitiative – die im Bereich von Pharmaceutical Care nachweisen wollen, welchen Nutzen die Pharmazeutische Betreuung hat. Aber wir haben noch kein allgemeines Bild darüber, ob sich durch Pharmazeutische Betreuung die Versorgung verbessert, ob die Verbesserung nachhaltig ist und ob die Ergebnisse evidenzbasiert sind. Wir haben zwar einzelne Spotlights, aber wir haben keine ausreichenden Ergebnisse darüber, ob die Pharmazeutische Betreuung durch Apotheker dazu beiträgt, dass nachweislich Therapieergebnisse verbessert werden.

Als Krankenkassen müssen wir uns damit befassen: Lassen sich diese Projekte, die wir erprobt haben, auch „ausrollen“, also können wir Erkenntnisse in praktische Arbeit innerhalb der breiten Versorgung umsetzen? Wissenschaftliche Forschung nehmen wir daher zwar an unserem Institut wahr, aber sie kann kein Selbstzweck sein.

Wissenschaftliche Meriten erwirbt man sich normalerweise dadurch, dass man publiziert, am besten in peer reviewed Journals. Aber bei vielen Studien im Rahmen der Grundlagenforschung landen die Ergebnisse in der Schublade. Solche Studien sind nicht Aufgabe und Interesse einer Krankenkasse. Wir fragen uns, wenn wir Versorgung optimieren wollen, haben wir ein Projekt durchgeführt, in dem durch wissenschaftliche Belege der Nutzen klar erkennbar ist. Zudem müssen wir in der Lage sein, zu bewirken, dass ein neues Verfahren in die Fläche ausgerollt werden kann.

Ein weiterer ganz wichtiger Punkt ist die ergebnisoffene Forschung. Bei diesem Punkt stoßen wir bei den Apothekern auf Grenzen. Man muss sich fragen, sind die Apotheker bereit, die Forschungsergebnisse so zu akzeptieren wie sie sind? Viele Forschungsvorhaben sind nicht eindeutig. Man kann nur selten sagen, „wir können jetzt belegen, dass die Apotheker tatsächlich etwas Positives bewirken“.

Interessen der Krankenkassen bei der Versorgungsforschung

Uns interessiert besonders, wie erhalten wir einen weiteren Einblick in die Patientencharakteristika, die uns helfen könnten, die Versorgung zu optimieren. Derzeit führen wir bspw. ein Projekt zu Motivationsberatung durch, und zwar bei Alkoholabusus. Außerdem gibt es ein Gesundheitscoachprojekt, das sich bei Diabetes und Herzinsuffizienz mit der Beratung von Patienten auseinandersetzt. Aber Grundproblem der Gesundheitspsychologie ist es, wie können wir diese Beratungsinstrumente oder –ansätze so nutzen, dass sie in gelebter Realität bessere klinische Ergebnisse ergeben. Hier besteht noch Forschungsbedarf. Welche Versorgungsstrukturen müssen wir letztendlich weiterentwickeln, um Schnittstellen im System so zu gestalten, um neben einer Versorgungsoptimierung auch eine Kostenoptimierung zu erreichen?

Ein sehr wichtiger Aspekt der Gesundheitsförderung ist die individuelle Befähigung des Patienten. Man kann sich durchaus vorstellen – auch wenn es sich zunächst um ein theoretisches Konstrukt handelt – dass der Apotheker zum Selbstmanagement des Patienten nachhaltig beitragen kann.

Interessen der Krankenkasse

- Einsicht in Patientencharakteristika
- Einsicht in Versorgungsstrukturen
- Ansätze zur Versorgungsoptimierung
- Ansätze zur Kostenoptimierung
- Patientenindividuelle Befähigung
- Ergänzung von Versorgungsangeboten
- Spezielle Angebote für TK-Versicherte

Insgesamt, denke ich, sollte man verschiedene Ansätze wählen um das komplexe Feld des gesundheitsbezogenen Verhaltens beim Patienten positiv zu beeinflussen. Dafür bieten wir beispielsweise telefonbasierte Interviews bzw. Schulungen an. Aber man sollte auch auf gleicher Augenhöhe mit den Apothekern als Partnern Möglichkeiten testen, wie man dazu beitragen kann, den Patienten in die Lage zu versetzen, mit seiner Arzneimitteltherapie besser umzugehen und seine Gesundheit zu fördern.

Natürlich wollen wir die Versorgungsangebote damit erweitern, auch wir möchten uns als Krankenkasse unter Serviceaspekten und unter Angebotsaspekten für die Versicherten, für die Patienten besser darstellen. Am liebsten natürlich mit speziellen Angeboten nur für TK Versicherte, aber dabei stößt man in der Apothekenpraxis natürlich relativ schnell an Grenzen. Die TK ist zwar die beste Krankenkasse (Heiterkeit), aber nicht die größte.

Des Weiteren sind für uns im Bereich Arzneimittel folgende Themen wichtig: Wirksamkeit, Sicherheit, „utilisation of drugs“, Compliance-Aspekte, Patientenpräferenzen, Patientenwahrnehmung.

Gerade beim Letzteren haben wir immer noch eine große Lücke. Was macht der Patient mit den verordneten und gekauften Arzneimitteln? Ich selbst habe über die Einstellung zum Arzneimittel promoviert. Bei dieser Forschung stellt man zweifelsfrei fest, es besteht eine gravierende Lücke zwischen medizinischer Information und Rezeption durch den Patienten. Wir müssen uns verstärkt darüber Gedanken machen, welche Beratungskonzepte wir auflegen müssen, damit sie den Patienten tatsächlich erreichen. Außerdem stellt sich die Frage: Verbessert sich durch unsere Vorstellungen von Therapie auch die Lebensqualität des einzelnen Patienten? Vielleicht hat der Patient ganz andere Vorstellungen von einer guten Lebensqualität als die, die wir ihm mit der Therapieoption bieten.

Apotheken und Versorgungsforschung – notwendige Rahmenbedingungen für Apotheken

In der Apotheke ist eine Lösung dieses Problems nicht einfach umzusetzen. Ich habe knapp 7 Jahre in einer öffentlichen Apotheke gearbeitet, der Arbeitsalltag ist relativ durchgetaktet und das Personal natürlich nur begrenzt vorhanden. Forschung nebenher zu betreiben ist kaum möglich. Man muss darauf achten, wenn man valide Forschung unterstützen möchte, dass entsprechend Interviewerschulungen stattfinden und dass Studienprotokolle dem Apotheker vermittelt werden.

Die atomistische Struktur der Apotheke macht es nicht einfacher. Eine gute Idee zu haben, in einer Apotheke eine Untersuchung mit bspw. 10 TK-Patienten durchzuführen, ist zwar ganz interessant, aber es wäre nicht sehr realistisch, zu glauben, mit dem Ergebnis durch das interne Review in der TK durchzukommen. Denn wir müssen uns fragen, wo können wir unsere Ressour-

cen einsetzen, wo erwarten wir realistische und valide Ergebnisse. Das bedeutet, wir brauchen in der Apothekenlandschaft Strukturen, die eine valide Forschung überhaupt erst möglich machen. Vielleicht nehmen die Kammern und Verbände das bisher nicht wahr. Im Bereich der Klinischen Pharmazie gibt es einige Lehrstühle, die vielleicht nach und nach Strukturen aufbauen bzw. auf solche Strukturen zurückgreifen könnten, dies wird aber derzeit meines Erachtens nicht ausreichend vorangetrieben.

Und wir haben auch berufspolitische Aspekte. Sind Landesorganisationen bereit, Forschung mitzutragen, die eventuell auch belegen kann, das bspw. ein im Vorfeld viel gelobtes „Home Based Medication Review“ gar keine positiven Ergebnisse zeigt, sondern den Patienten vielleicht sogar verunsichert? Kaum ein Apotheker einer Landesorganisation würde an die zu erwartenden positiven Ergebnisse dieser Intervention zweifeln. Das sieht in der Forschungslandschaft ggf. ganz anders aus.

Zu den wichtigen Aspekten gehören auch: Die personelle Ausstattung der Apotheken, der Umsatz, den eine Apotheke erzielt, und die Teamstrukturen. Wichtig ist die Frage, ob der Apotheker zur Weiterentwicklung der Profession beitragen möchte.

Welche Vorteile Studien in Apotheken für Krankenkassen haben

Unsere Routinedaten, die Abrechnungsdaten, die ICD Daten, die Krankenhausdaten und die Pflegedaten haben wir als Krankenkassen. Wir haben aber keine Primärdaten von Patienten – weder zu Patient Reported Outcomes, also zu selbst berichteten Parametern, noch zu irgendwelchen Einstellungsaspekten oder generellen Compliance Parametern. Diese Angaben fehlen den Krankenkassen.

Wir haben in der Apotheke sicherlich den einfacheren und besseren Zugang zum Patienten. Insbesondere wenn es um zum Anlass bezogene Fragen geht, z.B. bei einer spezifischen Fragestellung zur Compliance bei Ritalin®. In der Apotheke kann der Patient direkt am „point of sale“ angesprochen werden. Krankenkassen könnten solche Fragen bei ihren Patienten auch durchführen, wenn man die Datenbank screenen und die entsprechenden Patienten ansprechen würde. Dabei sind allerdings datenschutzrechtliche Probleme zu lösen. Und wir müssen mit dem Zeitverlust leben, denn wir erhalten die Abrechnungsdaten 6 bis 8 Wochen später. Allein der Zeitverlust ist dann schon so groß, dass sich keiner mehr an spezielle Gegebenheiten bei der Abgabe erinnert. Krankenkassen können also Patienten nicht direkt ansprechen, wenn ein bestimmter Anlass gegeben ist.

Welche Vorteile haben Studien in Apotheken für Krankenkassen?

- Ergänzung von Routinedaten durch Primärdaten (z.B. Patient Reported Outcomes)
- z.T. besserer / einfacherer Zugang zu Patienten v.a. bei anlassbezogenen Befragungen
- Informationen über die Wirksamkeit in der täglichen Praxis („effectiveness“)
- Ansprache sensibler Patientengruppen ist möglich (z.B. Schwangere, Eltern von Kleinkindern)
- Untersuchungen zum Einsatz von OTC-Präparaten ist möglich

Bei den Sekundärdaten, die uns zur Verfügung stehen, stellt sich auch die Frage, sehen wir die tatsächliche Versorgungspraxis? Läuft es wirklich so ab, wie wir erwarten? Nimmt der Patienten regelmäßig sein verordnetes Antihypertonikum oder sieht es in den Versorgungsdaten nur so aus?

Apotheken haben auch den Vorteil, dass sie besonders sensible Patientengruppen direkt ansprechen können und dabei das große Vertrauensverhältnis zum Apotheker nutzen, zum Beispiel bei Schwangeren.

Dies gilt auch bei OTC-Präparaten, denn über dieses Marktsegment liegen den Krankenkassen keine Daten vor.

Methodische Grundlagen

Die methodischen Grundlagen sind sehr umfassend. Deshalb kann ich sie nur am Rande ansprechen.

Zu den Anforderungen der „Guten Epidemiologischen Praxis“ gehören:

- Epidemiologische Untersuchungen müssen im Einklang mit ethischen Prinzipien durchgeführt werden und Menschenwürde sowie Menschenrechte respektieren.
- Die Planung jeder epidemiologischen Studie erfordert explizite und operationalisierbare Fragestellungen, die spezifisch und so präzise wie möglich formuliert werden müssen. Die Auswahl der zu untersuchenden Bevölkerungsgruppen muss im Hinblick auf die Forschungsfrage begründet sein.
- Grundlage einer epidemiologischen Studie ist ein detaillierter und verbindlicher Studienplan, in dem die Studiencharakteristika verbindlich festgelegt werden.
- Für die Erfassung und Haltung aller während der Studie erhobenen Daten sowie für die Aufbereitung, Plausibilitätsprüfung, Kodierung und Bereitstellung der Daten ist vorab ein detailliertes Konzept zu erstellen.
- Die Auswertung epidemiologischer Studien soll unter Verwendung adäquater Methoden und ohne unangemessene Verzögerung erfolgen. Die den Ergebnissen zugrundeliegenden Daten sind in vollständig reproduzierbarer Form für mindestens 10 Jahre aufzubewahren.
- Bei der Planung und Durchführung epidemiologischer Studien ist auf die Einhaltung der geltenden Datenschutzvorschriften zum Schutz der informationellen Selbstbestimmung zu achten.
- Die Durchführung einer epidemiologischen Studie setzt definierte rechtliche und finanzielle Rahmenbedingungen voraus. Hierzu sind rechtswirksame Vereinbarungen zwischen Auftraggeber und Auftragnehmer sowie zwischen Partnern von Forschungs Kooperationen anzustreben.
- Die Interpretation der Forschungsergebnisse einer epidemiologischen Studie ist die Aufgabe des Autors/der Autoren einer Publikation. Grundlage jeder Interpretation ist eine kritische Diskussion der Methoden, Daten und Ergebnisse der eigenen Untersuchung im Kontext der vorhandenen Evidenz. Alle Publikationen sollten einem externen Review unterworfen werden.
- Epidemiologische Studien, deren Anliegen die Umsetzung von Ergebnissen in gesundheitswirksame Maßnahmen ist, sollten die betroffenen Bevölkerungsgruppen angemessen einbeziehen und eine qualifizierte Risikokommunikation mit der interessierten Öffentlichkeit anstreben.

Zwischenfazit für mich: „Gute Epidemiologische Praxis“ lässt sich nicht mal so eben bewerkstelligen. Dies ist ein Problem für die Krankenkassen oder auch für unser Institut. Wir würden erfolglos arbeiten, wenn wir mal eben eine wissenschaftliche Studie machen wollen, die mit 30 Leuten irgendwo durchgeführt würde. Das heißt also, wenn wir uns wirklich mit der Fragestellung beschäftigen: Wie können wir die Versorgung optimieren oder erhalten, haben wir

halbwegs valide Ansatzpunkte dazu, dann müssen wir methodisch sauber agieren, und die Fallzahlen müssen ausreichend hoch sein. Die Auswahl muss vor dem Hintergrund der Repräsentativität ausreichend gut sein, um überhaupt sinnvolle Forschung betreiben zu können.

Beispiele für praktische und ergebnisoffene Studien

Um noch mal ein Beispiel zu geben für praktische und ergebnisoffene Herangehensweise. Aus eigener Erfahrung bei mehreren Pharmaceutical Care Studien habe ich gemerkt, Apotheker sind sehr schnell frustriert, selbst wenn gute Ergebnisse zu vermelden waren. Apotheker fanden die Ergebnisse trotzdem schlecht, meinten, die Studie sei zu teuer oder habe nichts gebracht. Ich glaube, das bringt uns nicht weiter, man muss offen an die Forschung herangehen. Die Apothekerschaft muss sich fragen, sind wir als Apothekerschaft bereit, offen an diese Fragestellung heranzugehen und kritisch in die Diskussion zu gehen.

Beispiel Pharmacotherapy Consultation, ein Ansatz, der auch in Richtung Home Based Medication Review geht. Bei diesem Ansatz wurde in einer randomisierten kontrollierten Studie bei relativ wenigen Patienten die Krankenhauseinweisungen untersucht, nachdem entsprechende Interventionen und umfassende pharmazeutische Beratung sowie ein entsprechendes Reminding durchgeführt worden war. Es zeigten sich in der Experimentalgruppe deutlich bessere Werte hinsichtlich der Arzneimittellanzahl, der Dosen pro Tag und der Kosten. Bei den patientenberichteten Scores fanden sich keine signifikanten Unterschiede, jedoch tendenziell bessere Werte in der Experimentalgruppe. Dadurch hatte man ein relativ schönes Ergebnis. Durch die Beratung hatte sich die Situation etwas positiv verändert.

Ein anderes Beispiel ist die HOMER Studie, Home Based Medication Review, eine relativ große Studie mit einem hohen Evidenz-Niveau. Es handelte sich um eine randomisierte, kontrollierte Studie mit vielen Patienten. Die Patienten wurden zweimal durch den Apotheker aufgesucht, zweimal in 8 Wochen. Die Besuche haben durchschnittlich 60 Minuten gedauert. Es handelte sich also um eine sehr umfassende Betreuung. Als Ergebnis zeigte sich hier: In der Interventionsgruppe stieg die Zahl der Krankenhauseinweisungen um 30 %. Die Überlebensrate war für die Patienten in der Interventionsgruppe nur tendenziell besser, was aber statistisch nicht signifikant war. Bei der Lebensqualität gab es keine signifikanten Verbesserungen. Zudem konnte man feststellen, dass die Patienten der Kontrollgruppe angaben, ihren Gesundheitszustand als besser wahrzunehmen als die Patienten der Interventionsgruppe.

Die Apotheker und die Apothekerschaft als Ganzes muss sich jetzt natürlich fragen, was wurde mit dieser Forschung erreicht. Ist es wichtig gewesen, dass die Krankenhauseinweisungen negativ durch die Apotheker beeinflusst wurden? Hab ich eher dazu beigetragen, dass die Kosten gestiegen sind, ohne dass sich das Überleben verbessert hat? Hab ich als Apotheker die Unsicherheit des Patienten letztendlich verstärkt, dadurch dass ich ihn besser betreut habe?

Es gibt bislang nur wenige Länder, die die Voraussetzungen für solche Forschung liefern. Australien ist ein solches Beispiel, vielleicht auch Portugal und Spanien, ansatzweise sicherlich auch die Niederlande. Aber man muss sich vor Augen halten, es hat auch in diesen Ländern viele Jahre gedauert, bis die notwendigen Strukturveränderungen eine solche Forschung möglich gemacht haben.

Wenn man beide Studien mal zusammen betrachtet, ergibt sich kein eindeutiges Bild von der Leistung der Apotheker. Da frag ich mich, sind Apotheker bereit, diesen doch steinigen Weg der

validen Forschung weiterzugehen. Wenn ich die Erkenntnis suggeriere, Apotheker können durch Home Based Medication Review die Versorgung verbessern, ist diese Behauptung durch diese zwei Studien zumindest sehr in Frage gestellt.

Und wenn aus solch fundierter oder evidenzbasierter Forschung, die ja sogar einen hohen Evidenzgrad hat, für die Apotheker negative Ergebnisse herauskommen, stellt sich für die Krankenkassen natürlich auch die Frage: Wofür geben wir die Versichertengelder eigentlich aus? Ist der Beratungsanteil, der im derzeitigen Festbetrag für die Abgabe jeder Packung enthalten ist, nicht zu hoch angesetzt?

Sie sehen, Forschung kann zu Ergebnissen führen, die auch zu unangenehmen Folgen für die Apotheker führen können. Pay for Performance (P4P) ist hier das Stichwort, womit sich Krankenkassen und Leistungserbringer in Zukunft mehr beschäftigen müssen. Das bedeutet, der Druck wird steigen, dass Krankenkassen nur noch für Leistungen bezahlen, die qualitativ ausreichend sind. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung entwickelt bspw. zurzeit Indikatoren, die die Qualität im ärztlichen Bereich messen sollen.

Finanzierungsmöglichkeiten durch Krankenkassen

Krankenkassen werden in ihren Forschungsmöglichkeiten gebremst. Das Bundesversicherungsamt kontrolliert die Krankenkassen sehr streng, ob wir unsere Mittel nur für unsere Aufgaben und für unsere Patienten, für unsere Versicherten verwenden. Das heißt also, wir haben einige Hürden zu überwinden, um überhaupt in eine wissenschaftliche Forschung oder wissenschaftliche Begleitung einsteigen zu können. Unsere Forschung muss sich vor dem Hintergrund der Aufgaben rechtfertigen lassen, das Wirtschaftlichkeitsgebot muss eingehalten werden, bzw. Ziel der Forschung muss es sein, die Versorgung zu verbessern. Erst wenn dies gegeben ist, wird das Bundesversicherungsamt einer solchen Forschung zustimmen. In den §§ 63-65, 73, 137f und 140 ff des Sozialgesetzbuch V ist festgelegt, unter welchen Voraussetzungen Krankenkassen Forschung betreiben können.

Klärungsbedarf

Bevor wir uns überlegen, wie wir Apotheken auf breiter Front in wissenschaftliche Forschung im Sinne des SGB V einbeziehen, müssen folgende Fragen geklärt werden:

- Sind die Apotheken heute überhaupt schon ausreichend darauf vorbereitet, Primärdaten zu erheben, und wenn nicht, wer schult das Apothekenpersonal? Wer baut die entsprechenden Strukturen auf, damit Apotheken teilnehmen können, denn die einzelne Apotheke wird dies nicht leisten können? Daraus ergibt sich auch die Frage, welche Institution übernimmt die wissenschaftliche Verantwortung, also wer entwickelt das Studiendesign, wer wertet die Daten aus und wer publiziert sie?
- Wie unabhängig ist diese Forschungseinrichtung? Sollte sie unter Kontrolle stehen, bspw. einer Landesapothekerkammer oder von Apothekerverbänden? Müssen diese Organisationen vor Durchführung einer Forschung gefragt werden? Muss auch das Bundesversicherungsamt gefragt werden?
- Wer soll entscheiden, welche Forschung überhaupt durchgeführt wird, welche Forschungsfragen im Mittelpunkt stehen sollen?
- Ist ergebnisoffene Forschung möglich? Ziel seriöser Forschung muss es sein, dass die Ergebnisse unabhängig von den Initiatoren, den Studienleitern oder den Geldgebern ermittelt

und erstinterpretiert werden. Was passiert, wenn die Ergebnisse, wie in der obigen Studie gezeigt, mit den standespolitischen Interessen kollidieren?

- Wie halten wir es mit der pharmazeutischen Industrie, die ja über große Forschungsetats verfügt und Forschung betreiben will und auch muss? Welchen Einfluss hätte die pharmazeutische Industrie und wie könnten wir die Einflussnahme erkennen? Lässt sie sich ggf. neutralisieren?
- Gibt es neben den gesetzlichen Krankenkassen auch andere Finanzierungsquellen, z.B. Forschungsgelder aus Ministerien, von Rentenversicherungsträgern, privaten Krankenkassen, Stiftungen usw.?

Fazit

Lassen Sie mich am Schluss folgendes Fazit ziehen:

- Wie ich aufgezeigt habe, sind wissenschaftliche Untersuchungen in Apotheken für die Gesundheitswissenschaften, vor allem für die Versorgungsforschung, interessant. Die Frage, was „auf der letzten Meile“ des Versorgungsprozesses geschieht, ist bislang noch nicht intensiv genug untersucht worden. Bei Ärzten haben sich die Lehrstühle für Allgemeinmedizin an Universitäten in den letzten Jahren diesem Thema angenommen. Vergleichbares gibt es bei Apotheken nicht. Die Klinische Pharmazie hat sich nach meiner Beobachtung hier noch nicht sehr stark engagiert, was vielleicht damit zu tun hat, unter welchen Voraussetzung das Fach Klinische Pharmazie entstanden ist und wie es an den einzelnen Universitäten mit Leben gefüllt wurde.
- Wissenschaftliche Studien müssen gut durchdacht und geplant werden, sollen ihre Ergebnisse wahrgenommen und ernst genommen werden. Methodische und organisatorische Besonderheiten und Standards müssen berücksichtigt und eingehalten werden. Wenn sich Apotheken beteiligen wollen, kommt auf sie Mehrarbeit zu und ggf. eine Umorganisation bisheriger Arbeitsabläufe.
- Die Finanzierungsfragen von Studien mit Apotheken müssen geklärt werden. Krankenkassen können nur im Rahmen des gesetzlichen Rahmens, hier vor allem des SGB V, aktiv werden.
- Insgesamt sind wir erst am Anfang eines Weges. Viele Fragen muss sich der einzelne Apotheker stellen, müssen sich die Berufsorganisationen stellen, müssen sich aber auch die Krankenkassen stellen.

Trotz aller aufgezeigten Hürden möchte ich meinen Vortrag mit einem positiven Ausblick schließen: Apotheken und Krankenkassen, beide, haben die Chance, von Forschung mit Apotheken zu profitieren. Diese Win-Win-Situation lässt sich erreichen, wenn eine solche Forschung sorgfältig geplant und die notwendigen Rahmenbedingungen der Finanzierung und einer seriösen Forschung eingehalten werden.

Vielen Dank für die Aufmerksamkeit.

Dr. Daniela Schierhorn, ABDA - Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände, Geschäftsbereich Pharmazie

Einbindung und Weiterbildung der Apotheker in Prävention und Gesundheitsförderung

Ich möchte Ihnen in meinem Vortrag aus Sicht der ABDA – Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände schildern, welche Aufgaben die Apotheker in der Prävention und Gesundheitsförderung übernehmen können und in diesem Zusammenhang die Weiterbildungsmöglichkeit für Apotheker im Bereich „Prävention und Gesundheitsförderung“ vorstellen.

Ist Prävention überhaupt ein Aufgabengebiet für Apotheker? Grundsätzlich obliegt den Apothekern zunächst die ordnungsgemäße Arzneimittelversorgung der Bevölkerung, die Information und Beratung der Patienten und Ärzte über die Arzneimitteltherapie sowie die pharmazeutische Betreuung der Patienten. Wir haben heute schon an anderer Stelle gehört, dass Testkäufe wie die von Stiftung Warentest gezeigt haben, dass die Beratungsqualität in den Apotheken oftmals verbesserungswürdig ist – warum also sollen die Apotheker noch zusätzliche neue Aufgaben übernehmen, wenn ihre „Hausaufgaben“ noch nicht gemacht sind?

Das „Berufsbild des Apothekers“, in dem unser Berufsstand seine Aufgaben beschreibt, zeigt den Apotheker als aktiven Partner bei der Vermeidung von gesundheitlichen Risiken und formuliert klar das Engagement der Apotheker in der Gesundheitsvorsorge und Prävention.

Die zunehmende Bedeutung der Prävention zeigte sich in den letzten Jahren auch auf den Deutschen Apothekertagen: So beschloss die Hauptversammlung im Jahr 2006, ein apothekenspezifisches Präventionsangebot für die Apotheken zu entwickeln und mit anderen Leistungserbringern abzustimmen. Im Jahr 2007 stand die Forderung nach der Verankerung der Apotheker im Präventionsgesetz im Mittelpunkt. Im letzten Jahr wurde von der Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker gefordert, sich beim Gesetzgeber und den gesetzlichen Krankenversicherungen dafür einzusetzen, dass die Apotheker als Akteure stärker in die Primär- und Sekundärprävention einbezogen werden. Zudem soll das Thema Prävention noch stärker in der Aus-, Fort- und Weiterbildung der Apotheker verankert werden.

Die Apotheker bringen grundsätzlich sehr gute Voraussetzungen mit, um sich des Themas „Prävention und Gesundheitsförderung“ anzunehmen. Die 21.500 öffentlichen Apotheken bieten sich als Einstiegsort für Prävention besonders an, da sie aufgrund ihrer Präsenz und kundenfreundlichen Öffnungszeiten leicht für die Menschen zu erreichen sind. Apotheker haben durch ihren täglichen Kontakt zu etwa 4 Millionen Menschen die Möglichkeit der persönlichen Ansprache – auch von solchen Menschen, die an gesundheitlichen Vorsorgemaßnahmen üblicherweise unzureichend oder gar nicht teilnehmen. Apotheker genießen einen hohen Grad an Vertrauen und Glaubwürdigkeit in der Bevölkerung. Dadurch haben sie eine gute Position inne, um Risikofaktoren für chronische Erkrankungen zu erkennen, einen ungesunden Lebensstil zu identifizieren und Wissen, Einstellungen und Verhalten der Menschen positiv zu beeinflussen. Viele Apotheker sind zudem darin geschult, den Gesundheitszustand durch körperliche Untersuchungen zu beurteilen.

Qualifizierung der Apotheker im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung

Während des Pharmaziestudiums spielen Inhalte der Prävention und Gesundheitsförderung noch eine untergeordnete Rolle. Lediglich im dritten Ausbildungsabschnitt während des praktischen Jahres werden spezielle Aspekte der Gesundheitsförderung vermittelt, wobei die Motivation der Menschen zu einem gesundheitsbewussten Leben, Ernährungsberatung und Arzneimittel zur Prävention von Erkrankungen Schwerpunkte sind.

Im Rahmen der Fortbildung werden Prävention und Gesundheitsförderung zunehmend behandelt. So bietet die Bayerische Landesapothekerkammer seit einiger Zeit das Fortbildungscurriculum „Raucherentwöhnung“ an. Für PTA entwickelte die Bundesapothekerkammer in 2008 gemeinsam mit der Apothekengewerkschaft Adexa, dem Wipta und dem BVpta das Programm für die Zertifikatfortbildung „Prävention“.

Daneben besteht die Möglichkeit, sich als Apotheker strukturiert, vertieft und praxisnah durch eine Weiterbildung für neue Aufgabengebiete zu qualifizieren. Nach der dreijährigen Weiterbildung in einem Gebiet sind Apotheker berechtigt einen Fachapotheker-Titel zu führen wie den „Fachapotheker für Allgemeinpharmazie“. Der eine oder andere von Ihnen wird vielleicht die Weiterbildung zum „Fachapotheker für öffentliches Gesundheitswesen kennen“ oder sogar durchlaufen haben. Apothekern, die in öffentlichen Apotheken tätig sind, stehen darüber hinaus weitere Spezialisierungen in Weiterbildungsbereichen offen. Dazu zählen die Bereiche „Ernährungsberatung“, „Onkologische Pharmazie“, „Naturheilverfahren und Homöopathie“, seit Kurzem in Nordrhein und Westfalen-Lippe die „Geriatrische Pharmazie“ sowie die „Prävention und Gesundheitsförderung“.

Weiterbildung im Bereich „Prävention und Gesundheitsförderung“

Wenn sie nun fragen würden, wie viele Apotheker diese Weiterbildung schon absolviert haben, wäre die Antwort: „Noch niemand“. Das liegt nicht an dem geringen Interesse der Apotheker an dieser Weiterbildung, sondern daran, dass die Bundesapothekerkammer die Weiterbildungsinhalte im letzten Jahr grundlegend überarbeitet und auch die Bereichsbezeichnung geändert hat.

Bis 2008 trug diese Weiterbildung die Bezeichnung „Gesundheitsberatung“ und wurde von etwa 800 Apothekern absolviert. Im letzten Jahr erfolgte eine grundlegende Überarbeitung der Weiterbildungsinhalte und in Folge dessen auch eine Änderung der Bereichsbezeichnung in „Prävention und Gesundheitsförderung“. Diese Änderung wurde notwendig, weil der Begriff „Gesundheitsberatung“ oftmals synonym für Gesundheitsaufklärung, Gesundheitsinformation oder Gesundheitsförderung verwendet wurde. In Zusammenhang mit dem WHO-Programm „Gesundheit für alle“ aus dem Jahr 1998 entwickelte sich ein neues lebensweltbezogenes Verständnis von „Health Promotion“, das in Deutschland als Gesundheitsförderung bezeichnet wird. Mit der neuen Bereichsbezeichnung „Prävention und Gesundheitsförderung“ wurde auf diese neueren Entwicklungen Bezug genommen, was sich ebenfalls in den aktualisierten Weiterbildungsinhalten widerspiegelt.

In der Bezeichnung „Prävention und Gesundheitsförderung“ wird aber noch etwas anderes deutlich: Während es sich bei der Prävention um einen krankheitsorientierten Ansatz handelt, dessen Ziel die Vermeidung von Risikofaktoren für bestimmte Erkrankungen ist, ist die Gesundheitsförderung ein ressourcenorientierter Ansatz, bei dem die Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen des Einzelnen und der Bevölkerung im Mittelpunkt steht. Beide Ansätze zielen aus

unterschiedlichen Blickwinkeln und mit verschiedenen Strategien auf die verbesserte Gesundheit des Einzelnen sowie der Bevölkerung ab und sollten als einander ergänzend betrachtet werden – eben auch in der Bereichsbezeichnung „Prävention und Gesundheitsförderung“.

Was kann der Apotheker im Bereich „Prävention und Gesundheitsförderung“ leisten?

Das Weiterbildungsprogramm mit seinen 80 Seminarstunden, einer Projektarbeit und einer abschließenden Prüfung soll die Apotheker auf mögliche Aufgaben in der Prävention und Gesundheitsförderung vorbereiten.

Folgende Aufgaben sollen besonders hervorgehoben werden:

- Apotheker können Patienten über Gesundheitsrisiken und -belastungen aufklären und über Möglichkeiten informieren, einen gesünderen Lebensstil zu pflegen. Dies beinhaltet ganz allgemeine Hinweise zu gesunder Ernährung, mehr Bewegung, Rauchverzicht, moderatem Alkoholkonsum etc.
- Man weiß aus den Erfahrungen der vergangenen Jahrzehnte aber auch, dass Gesundheitsaufklärung allein keine ausreichenden Effekte gezeigt hat, um die Entwicklung chronischer Erkrankungen zu stoppen, die eigentlich präventiv zu beeinflussen sind. Daher müssen auch die Apotheker die bestehenden Konzepte kennen, warum und wie Menschen ihre Verhaltensweisen und ihren Lebensstil ändern. Die Motivation der Menschen zur Veränderung ihres Lebensstils ist eine wichtige Aufgabe, die Apotheker mit übernehmen können.
- Eine weitere Aufgabe der Apotheker ist die qualitätsgesicherte Durchführung von Screening-Maßnahmen, um Risikofaktoren oder bereits bestehende Erkrankungen frühzeitig zu erkennen. Die Bundesapothekerkammer hat zur Unterstützung physiologischer Untersuchungen durch den Apotheker neben einer entsprechenden Leitlinie auch verschiedene SOPs und Dokumentationsbögen erarbeitet, die auf der Homepage der ABDA als Downloads zur Verfügung stehen.
- Im Handlungsfeld Prävention und Gesundheitsförderung gibt es eine Vielzahl von Maßnahmen und Akteuren. Für den Erfolg der Maßnahmen ist die Kooperation und Netzwerkbildung auf lokaler Ebene mit entscheidend, um Synergieeffekte zu nutzen. Unerlässlich ist daher die Kooperation der Apotheker auf lokaler Ebene mit Patienten- und Selbsthilfegruppen und mit anderen Akteuren, die im Bereich der Prävention tätig sind.
- Darüber hinaus übernehmen Apotheker Verantwortung, wenn es darum geht, die Ressourcen des Patienten beim Umgang mit seiner Erkrankung zu stärken und ihn zum Selbstmanagement seiner Erkrankung zu befähigen. Dazu zählt beispielsweise die Anleitung der Patienten durch den Apotheker zur richtigen Blutzucker- oder Blutdruckselbstmessung oder zum Umgang mit dem Peak-flow für die Messung der Lungenfunktion.

Interventionsebenen für Apotheker

In der Prävention und Gesundheitsförderung gibt es verschiedene Interventionsebenen, an denen der Apotheker ansetzen kann. Dies können sowohl einzelne Personen sein – noch Gesunde oder Personen mit einem bereits bestehendem Gesundheitsrisiko – als auch Personengruppen wie bei Gruppenschulungen zur Ernährungsberatung oder die Mitwirkung an öffentlichen Gesundheitsprogrammen.

Falsche Ernährung, Übergewicht, Bewegungsmangel und Rauchen, um nur einige zu nennen, sind die wichtigsten Risikofaktoren für erhöhte Blutfettwerte, Hypertonie oder eine gestörte Insulinsekretion, die wiederum für eine ganze Reihe von chronischen Folgeerkrankungen

verantwortlich sind. Durch Screening-Maßnahmen, die bereits flächendeckend in Apotheken angeboten werden, können Personen mit einem erhöhten Krankheitsrisiko identifiziert werden. Zu den Screening-Maßnahmen zählen physiologische Untersuchungen wie die Bestimmung des Taillenumfangs/Body-Mass-Indexes, des systolischen und diastolischen Blutdrucks, der Blutglucose und des Gesamtcholesterins bzw. des Lipidprofils. Darüber hinaus können Apotheken bestimmte Risikofragebögen einsetzen wie den FINDRISK-Fragebogen, mit dem sich das Risiko eines Patienten bestimmen lässt, innerhalb der nächsten 10 Jahre einen Diabetes mellitus Typ 2 zu entwickeln.

Je nach festgestelltem Risiko sollte anschließend die gezielte Intervention durch den Apotheker folgen. Sind die physiologischen Werte im Normalbereich oder ergibt der Fragebogen kein Erkrankungsrisiko, sollte der Apotheker allgemein über die Grundsätze gesunder Lebensführung informieren, auf den Check up 35 der gesetzlichen Krankenkassen hinweisen und eine Wiederholung der Screening-Maßnahmen zu einem späteren Zeitpunkt vorschlagen.

Weisen die Ergebnisse eines Risikofragebogens dagegen auf ein erhöhtes Erkrankungsrisiko hin, erfolgt durch den Apotheker eine Motivation zur Änderung des Lebensstils und beispielsweise zur Teilnahme an den Präventionsprogrammen der gesetzlichen Krankenkassen. An dieser Stelle wird deutlich, wie wichtig die Vernetzung des Apothekers mit anderen Akteuren in der Prävention ist. Nur dann kann der Apotheker beispielsweise auf Fitnessstudios oder Sportvereine vor Ort, ansässige Ernährungsberater oder idealerweise Präventionsmanager verweisen. Der Apotheker sollte außerdem das zusätzliche Angebot unterbreiten, durch kontinuierliche Messungen der physiologischen Parameter den Erfolg der Präventionsmaßnahme zu kontrollieren und zu dokumentieren.

Besteht dagegen aufgrund der Messwerte der physiologischen Bestimmungen oder des Ergebnisses des Risikofragebogens der Verdacht, dass bereits eine Erkrankung vorliegt, ist der Patient mit der Dokumentation der Messwerte bzw. des Ergebnisses der Risikoerhebung umgehend an den Arzt zu verweisen.

Die Weiterbildung „Prävention und Gesundheitsförderung“ vermittelt für diese Aufgaben vor allem das notwendige kommunikative Rüstzeug für Beratungsgespräche sowie zur Motivation zu Verhaltensänderungen. Neben den theoretischen Grundlagen stehen praktische Übungen und das Erlernen der kommunikativen Techniken im Vordergrund. Daneben vermittelt die Weiterbildung die Grundlagen zum Verständnis von Gesundheit und Krankheit, über Gesundheitsressourcen und -risiken, gibt einen Überblick über die Ziele, Zielgruppen und Ansätze der Prävention und Gesundheitsförderung.

Neben der Intervention bei einzelnen Menschen kann der Apotheker mit seinen Angeboten zur Prävention aber auch auf Personengruppen mit vergleichbaren Problemen zielen. Dazu zählen beispielsweise Gruppenschulungen zum Thema Ernährung zur Vermeidung und Reduktion von Übergewicht. Weitere Ansätze sind Vorträge bei Selbsthilfegruppen oder Patientenschulungen, in denen die Patienten lernen, ihre Erkrankung selbst besser zu managen. Andere Personengruppen sind Schulklassen, Lehrer oder Eltern.

Konzept „Apotheke macht Schule“

Als ein Beispiel, wie Apotheker das Thema Prävention/Gesundheitsförderung im Setting Schule unterschiedlichen Zielgruppen nahebringen können, soll das Konzept „Apotheke macht Schu-

le“ vorgestellt werden. Dieses Konzept wurde gemeinsam von der Landesapothekerkammer Baden-Württemberg mit dem zuständigen Kultusministerium unter Mitwirkung von Pädagogen, Apothekern und Psychologen entwickelt. Den Apothekern stehen verschiedene evaluierte Vorträge zu Themen der Gesundheitsförderung zur Verfügung, die sie in Schulen halten können. Zielgruppen sind sowohl Schüler, Eltern als auch Lehrer. Ein Hauptziel ist es, Schüler und Schülerinnen zu einem gesundheitsbewussten Leben zu ermutigen. An diese Zielgruppe richten sich die Vorträge zum Thema Essstörungen, Gesunde Ernährung, Doping für den Alltag – Lifestyleprodukte sowie Umgang mit Alkohol.

Auf die Eltern zielt der Vortrag „Auf Leistung getrimmt“ ab, in dem Anspruch und Möglichkeiten von leistungsfördernden Medikamenten thematisiert werden. Um chronisch kranke Kinder im Unterricht geht es im gleichnamigen Vortrag für Lehrer und Erzieher.

An dem Konzept „Apothek macht Schule“ können sich alle Apothekerkammern beteiligen. Die Kammern können die bereits entwickelten Vorträge einerseits nutzen und interessierten Apothekern zur Verfügung stellen; andererseits können sie zur Weiterentwicklung des Konzeptes selbst beitragen und nach bestimmten Vorgaben und Qualitätskriterien weitere Vorträge in den gemeinsamen Vortragspool einstellen.

In einigen Ländern erfolgt eine enge Zusammenarbeit zwischen Apothekerkammer und Kultusministerium. Dort wurden die Schulen durch das Kultusministerium oder die Schulbehörden über das Konzept in Kenntnis gesetzt. Die Schulen treten mit ihrem Wunsch nach einem bestimmten Vortrag an die Apothekerkammer heran. Die Apothekerkammer organisiert anschließend einen geeigneten Referenten.

Im Rahmen der Weiterbildung wird in Vorbereitung dieser Aufgaben besonderes Gewicht auf die Grundlagen der Präsentation (für Vortragstätigkeiten) und Moderation (zur Anleitung von Patienten- oder Selbsthilfegruppen) gelegt. Es werden Wege aufgezeigt, wie sich Apotheker in unterschiedlichen Settings einbringen können. Als Setting werden all die Orte bezeichnet, in denen Menschen leben, arbeiten oder ihre Freizeit verbringen. Ziel der Gesundheitsförderung ist es schließlich, gesunde Lebens- und Arbeitswelten für die Menschen zu schaffen. Ein Beispiel, wie sich Apotheker am Setting „Schule“ einbringen können, wurde bereits vorgestellt. Ein anderes Setting sind Betriebe. Betriebliche Gesundheitsförderung wird sicherlich zunächst nicht mit dem Apotheker assoziiert. Denkbar ist aber, dass der Apotheker seinen Arbeitsplatz Apotheke verlässt und Maßnahmen zur Prävention – wie das Screening von Risikopatienten – im Rahmen eines Betriebes anbietet. Um als Apotheker auf seine Leistungen aufmerksam machen, sind wirksame Öffentlichkeitsarbeit sowie die Netzwerkbildung mit anderen Akteuren unerlässlich. Auch hierzu werden praktische Kenntnisse im Rahmen der Weiterbildungsseminare vermittelt.

Abschließend sei ein kurzer Ausblick erlaubt, wie es mit der Weiterbildung im Bereich „Prävention und Gesundheitsförderung“ weitergeht: In diesem Jahr (2009) werden zunächst drei Kurse von den Landesapothekerkammern Baden-Württemberg und Bayern durchgeführt. In diesen Kursen wird mit einem extra entwickelten Fragebogen evaluiert, ob das Weiterbildungsprogramm die Bedürfnisse und Interessen der Teilnehmer trifft und ausreichend Bezug zur Apothekenpraxis aufweist. Aus den Ergebnissen werden entsprechende Rückschlüsse gezogen, inwieweit das Konzept fortgeführt werden kann oder ggf. weiterentwickelt werden muss.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Burkhard Pölzing, PTA-Schule, (Völker-Schule Osnabrück)

Apotheke, Gesundheitsförderung, Public Health: Mögliche Schritte auf dem Weg dorthin

Ich möchte Sie recht herzlich begrüßen und mit auf eine Reise nehmen.

Die Schwierigkeit bei der Ausarbeitung des heutigen Vortrages bestand für mich darin zu überlegen, wie man den Weg findet, von wissenschaftlichen Ansätzen, die wir gestern gehört haben, zur Praxis, die heute im Vordergrund stehen soll. Deshalb habe ich das Vortragsthema benannt: „Apotheke, Gesundheitsförderung, Public Health, mögliche Schritte auf dem Weg dorthin“.

Was sollen wir tun, wie können wir das Angesprochene umsetzen? Wenn wir uns auf einen Weg machen wollen, sollten wir uns zunächst überlegen, wo wir hin wollen, welche Ziele wir überhaupt haben. Gestern haben wir darüber schon diskutiert, deshalb werde ich darauf aufbauen. Dann sollten wir uns überlegen, wen wir mitnehmen wollen auf dem Weg. Wer soll mit uns in der Apotheke diese Wanderung gehen, im Apothekenteam? Dann sollten wir uns überlegen, was wir an Proviant mitnehmen wollen, also welches Know-how wir brauchen, um diesen Weg bewältigen zu können. Wir sollten uns vielleicht überlegen, ob es zwischendurch irgendwelche Raststätten gibt, in denen wir Energie auftanken können, wo es Unterstützung gibt. All das will ich versuchen, heute in meinem Vortrag darzustellen.

Einstieg in Public Health und Gesundheitsförderung

Die erste Frage, die sich stellt, ist, wie kann das pharmazeutische Personal beginnen, wie können wir unsere Wanderung beginnen. Das ist relativ einfach, denn meiner Meinung nach müssen wir einfach engagiert sein. Das Bild von Barack Obama zeigt eine Begeisterung, eine Aufbruchstimmung im Land, und wenn wir das schaffen, so etwas in unser Apothekenteam zu transportieren, dann können wir uns auch getrost auf den Weg machen.

Aber was brauchen wir für solch eine Stimmung, sind wir überhaupt ein gutes Team? Wir brauchen Kreativität, Motivation, Belastbarkeit, natürlich, denn das ist mehr Arbeit, wenn man sich mit Gesundheitsförderung und Public Health-Themen beschäftigt. Ich denke, dem werden alle diejenigen zustimmen können, die hier die hervorragenden Posterpräsentationen erstellt haben. Das ist mehr Arbeit, man muss sich neben dem normalen Apothekenalltag für solche Dinge einsetzen. Dann tut es gut, wenn man im Apothekenteam Unterstützung hat, wenn man externe Partner hat, wenn man von dort Know-how nutzen kann.

Vielleicht ist es auch notwendig, sich selber weiter zu qualifizieren.

Wir brauchen vor allen Dingen auch Kunden, wir brauchen Patienten, die den Weg mitgehen.

Berufsbild im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung

Die erste Frage ist, welche Kompetenzen und Fähigkeiten das pharmazeutische Personal benötigt, um sich in diesem neuen Bereich zu engagieren. Wenn wir uns anschauen, was wir Apotheker eigentlich machen, dann steht an erster Stelle der Auftrag, die Öffentlichkeit mit Arzneimitteln zu versorgen. Der Fokus unserer Tätigkeit ist auf das Arzneimittel gerichtet. Als nächsten Schritt muss man sich fragen, ob es nicht Sinn macht, diesen Fokus in einen etwas anderen Kontext zu bringen. Das passiert meines Erachtens durch die Weiterbildung. Gestern konnten wir dazu schon einiges hören und feststellen, der Apotheker wird in diesen Diskussionen als Leistungserbringer im Gesundheitswesen bezeichnet, der als Gesundheitsdienstleister patientenorientiert arbeitet.

Hier wird eine grundsätzliche Aussage getroffen: Wenn wir uns mit Gesundheitsförderung und Prävention auseinandersetzen, müssen wir von der Orientierung am Arzneimittel wegkommen. Das Arzneimittel ist für uns ganz wichtig und wird für uns auch das Kerninstrument bleiben, welches wir gewissenhaft einsetzen. Aber wir müssen uns stärker auf den Patienten und seine Bedürfnisse konzentrieren.

Professional Competencies For Canadian Pharmacists

- Competencies required of pharmacists at the point of licensure:
- Patient Care
- Professional Collaboration and Team Work
- Ethical, Legal and Professional Responsibilities
- Drug, Therapeutic and Practice Information
- Communication and Education
- Drug Distribution
- Management Knowledge and Skills

National Association of Pharmacy Regulatory Authorities, Ottawa, Canada, March 2007

Das machen uns andere Nationen vor. Ich habe hier zum Beispiel etwas Aktuelles aus Kanada mitgebracht. Man erkennt, dass die Apotheker zum Zeitpunkt ihrer Lizenzierung, also dann, wenn sie die Approbation erhalten, zusätzlich zum im naturwissenschaftlichen Studium Erlernen ganz andere Fähigkeiten und Kompetenzen mitbringen müssen. Professional Collaboration, also die Zusammenarbeit mit anderen Heilberuflern wird gefordert, Teamwork, Communication, Education. Solche Kernkompetenzen, wie die Kommunikation mit anderen Heilberuflern, die wir auch gestern schon angesprochen haben, solche Kernkompetenzen werden jetzt gefordert.

Natürlich bleibt das Arzneimittel immer unser Medium mit dem wir arbeiten. Aber es müssen weitere Kompetenzen erworben werden. Wenn wir uns dann anschauen, was im Bereich der Weiterbildung von Frau Dr. Schierhorn, der Vertreterin der ABDA, vorgetragen wurde, dann finden wir diese Begriffe wieder: Aufklärung, Unterstützung, Aufbau, Stärkung, Früherkennung, Zusammenarbeit, Kooperation.

Lernziele zur Erfüllung der Aufgaben im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung

Zur Übernahme der neuen Aufgaben müssen wir auf unterschiedlichen Ebenen dazulernen, bei der Aus-, Fort- und Weiterbildung. Wir müssen lernen, dass es ein differenziertes und unterschiedliches Verständnis von Gesundheit gibt und welche verschiedenen Faktoren darauf Einfluss nehmen. Wir müssen lernen, Ziele, Ansätze, Strategien zu entwickeln, pädagogische, methodische und didaktische Kompetenzen zu erwerben. Wir müssen Seminare leiten, Gespräche führen, Gruppen anleiten.

Mögliche Beiträge von Apotheken im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung

- Aufklärung über den individuellen Umgang mit Gesundheitsrisiken und Gesundheitsbelastungen
- Unterstützung beim Aufbau sowie der Stärkung individueller gesundheitsbezogener Ressourcen und Fähigkeiten zur Vermeidung von Krankheiten
- Unterstützung bei der Veränderung individueller gesundheitsbezogener Verhaltensweisen
- Unterstützung beim Aufbau und der Stärkung gesundheitsfördernder Strukturen in Lebenswelten
- Screening-Maßnahmen zur Früherkennung von Erkrankungen
- Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen, um chronisch Kranke zu befähigen, ihr Leben mit der Krankheit so gut wie möglich zu bewältigen
- Kooperationen mit anderen Heilberuflern

Empfehlungen der BAK 25.11.2008

Sozialpädagogische Kompetenzen sollen erworben werden. Und dann natürlich Kenntnisse in präventiven und gesundheitsfördernden Maßnahmen. Die Kenntnisse von Fakten kann man sich schneller aneignen, Kompetenzen im Bereich Kommunikation und Didaktik, das ist viel schwieriger.

Das Apothekenteam mitnehmen

Wenn wir auf unsere Reise gehen, müssen wir uns auch anschauen, wen wir in der Apotheke mitnehmen wollen. Wir haben rund 48.000 Apotheker, die in deutschen Apotheken beruflich tätig sind. Die zweite wichtige Gruppe sind die PTA. Knapp 52.000 PTA arbeiten in den Apotheken. Die Berufsgruppe PTA hat sich in den letzten Jahren, ohne dass dies von der Öffentlichkeit wahrgenommen wurde, zu einer viel wichtigeren Personengruppe in den Apotheken entwickelt. Und wenn man sich anschaut, was diese PTA machen, dann war es früher so, dass sie Arzneimittel hergestellt haben. Arzneimittelherstellung war die Grundlage, auf der der Beruf entstanden ist. Aber das sieht heutzutage ganz anders aus. Wenn man einschlägigen Untersuchungen glauben will, dann besteht bis zu 80 % der PTA-Tätigkeit aus der Beratungstätigkeit. PTA arbeiten direkt am Kunden bzw. Patienten. Wir haben das auch bei uns an der Völker-Schule untersucht. Diese Untersuchung ist zwar schon 10 Jahre alt, aber wir kamen schon damals auf 60%. Das war vor 10 Jahren. Wir haben hier eine Berufsgruppe, die im Grunde genommen das am Patienten macht, was auch der Apotheker kann.

Aufgrund des ökonomischen Drucks wird diese Entwicklung sich weiter fortsetzen. Dazu gibt es ja auch schon entsprechende Zahlen. Ich prognostiziere einen starken Beschäftigungsanstieg bei den PTA.

Wenn wir den Gedanken von Prävention und Gesundheitsförderung flächendeckend in deutschen Apotheken umsetzen wollen, was ich für sinnvoll halte, müssen wir darüber nachdenken, wie wir die Gruppe der PTA mit in dieses Tätigkeitsfeld einbinden. Das ist sicherlich ein sehr komplexes Problem, was wir da ansprechen. In der Apothekerschaft wird das Thema bislang nicht offen diskutiert oder wahrgenommen.

Schauen wir uns das PTA-Gesetz an. Festgeschrieben ist, dass die PTA unter Aufsicht des Apothekers arbeitet. Aber es stellt sich die Frage, ob der Apotheker diese Aufsicht überhaupt wahrnehmen kann. Ich denke, das geht nur sehr begrenzt. Berufsverbände der PTA kämpfen ja

schon heute ganz massiv dafür, eine „Verantwortung“ in der Apotheke übernehmen zu dürfen. Da wird man sich noch auf einiges einstellen müssen.

Noch mal ein Blick nach Kanada, wie sich dort der PTA-Beruf entwickelt hat und welche Kompetenzen die PTA haben muss, wenn sie in die Praxis eintritt. Auch hier sehen Sie wieder den Schwerpunkt auf Communication, Education, professionelle Zusammenarbeit, Teamarbeit usw. Die Frage ist jetzt, was kann die Aus-, Fort- und Weiterbildung leisten, damit diese Ziele auch in Deutschland erreicht werden können.

Aus-, Fort- und Weiterbildung und Prävention und Gesundheitsförderung

Bildung ist der Proviant, den wir mitnehmen sollten auf unserer Reise. Ich will hier die Frage aufwerfen: Arbeiten wir noch mit der richtigen Methode, mit der richtigen Didaktik in unserer Ausbildung, um unsere Studenten fit zu machen für die Anforderungen, die wir eben formuliert haben? Schauen wir uns mal an, in welchen Fächern geprüft wird, wo in der Ausbildung unserer Apotheker die Schwerpunkte liegen. Wir sehen die Fächer Chemie, Biologie, Physik, Arzneiformenlehre, Analytik – also in erster Linie die klassischen Naturwissenschaften. Und das setzt sich im zweiten Prüfungsabschnitt fort. Der Bereich Klinische Pharmazie verzeichnet nur ca. 10% der pharmazeutischen Ausbildungsinhalte, so wurde es gestern von Herrn Schwalbe gesagt. Dabei ist allerdings nicht klar geworden, was in diesen 10% qualitativ überhaupt erreicht wird. Insgesamt haben die Studenten während des Studiums sehr viel in den Naturwissenschaften zu lernen und nur wenig im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung. Nach meiner Meinung wird zu wenig Kompetenztraining und zu wenig Vorbereitung auf die berufliche Praxis angeboten.

Im praktischen Jahr wird die berufliche Praxis erworben. In der Auflistung des Prüfungsstoffes werden einzelne hier interessierende Punkte wie z.B. Gesundheitsförderung genannt. Wie das jedoch umgesetzt wird, das ist die Frage. Es hängt sicherlich ganz stark von der einzelnen Apotheke ab. Wenn der Praktikant Glück hat und in eine Apotheke kommt, in der er entsprechend geschult wird bzw. in solche Prozesse hineinschauen kann, dann hat er die Chance, etwas mitzunehmen, Methoden zu erlernen und diese später in seiner eigenen Apotheke umzusetzen.

Aber leider sieht die Apothekenrealität in Deutschland häufig etwas anders aus. Das sind übrigens auch Erfahrungen, die wir in der PTA-Ausbildung gemacht haben. PTA werden in ihrem halben Praktikumsjahr in den Apotheken ganz unterschiedlich ausgebildet. Die PTA, die Glück haben, verbringen ihre Zeit im Handverkauf (HV). Es gibt sogar Apotheken, in denen die PTA-Praktikantin einen persönlichen Coach hat. Dies sind gute Voraussetzungen, sich weiter zu entwickeln. Aber ein Großteil der PTA wird allein gelassen und oftmals als preiswerte Arbeitskraft eingesetzt.

Insgesamt finden wir massive Defizite, wenn es darum geht, die notwendigen Kompetenzen für Prävention und Gesundheitsförderung zu erwerben.

Im Folgenden ein paar Ideen von mir zur Verbesserung im Pharmaziestudium:

- Stärkung der klinischen Pharmazie: Dies haben wir bereits gestern angesprochen.
- Stärkere Verlagerung der Ausbildungsinhalte zu praxisrelevanten Themen. Weniger Chemie und mehr Themen der Medizin und der Prävention.

- Integration anderer wissenschaftlicher Disziplinen: Hier meine ich die Berücksichtigung der Sozialpharmazie, der Sozial- und Verhaltenswissenschaften, der Kommunikations- und Ernährungswissenschaften und der Versorgungsforschung.
- Ich würde mir auch eine Änderung im didaktischen Ansatz wünschen, hin zum problemorientierten Lernen, zum Coaching und zur Nutzung von Trainingsapotheken.
- Stärkung berufsübergreifender Schlüsselqualifikationen: Wir brauchen eine stärkere Vermittlung von Management-, Planungs- und Dokumentationskompetenz in der Ausbildung. Soziale Kompetenz ist sehr wichtig für einen Heilberufler im Gesundheitswesen.
- Entwicklung pharmazeutischer Methodenkompetenzen: Die praxisbezogene Kommunikation, das Erlernen von Beratungstechniken sind Schlüssel für die Gesundheitsberatung.
- Schaffung von Spezialisierungsmöglichkeiten: Grundlage dafür ist der wissenschaftlich ausgebildete Apotheker. Den gilt es weiter zu fördern. Eine fundierte wissenschaftliche Ausbildung ist Voraussetzung dafür, dass sich Apotheker weiter spezialisieren können. Deshalb muss meiner Meinung nach die Ausbildung von Pharmazeuten weiter an der Universität erfolgen.

Ansätze, wie sie in Frankfurt praktiziert werden, stimmen mich hoffnungsvoll. Dort führt man in gewissen Phasen der Ausbildung angehende Ärzte – also Medizinstudenten – und Pharmaziestudenten zusammen. Warum sollen beide Studentengruppen nicht mal gemeinsam im Hörsaal sitzen und an bestimmten Themen gemeinsam arbeiten, um so Vertrauen in die gegenseitige Arbeit zu gewinnen und dabei zu lernen, miteinander umzugehen?

Das Erlernen berufsübergreifender Zusammenarbeit ist übrigens ein großer Vorteil der Aufbaustudiengänge. Wenn Sie Gesundheitswissenschaften studieren, haben sie es mit ganz unterschiedlichen Berufsgruppen zu tun. Und dann lernt man auch Angestellte von Krankenkassen kennen, man lernt die unterschiedlichsten Ärzte usw. kennen, und man lernt, miteinander zu reden. Das tut uns Apothekern gut.

In dieser Hinsicht hat Nordrhein-Westfalen auch die Nase vorn, wenn sie an den Gesundheitscampus denken, der jetzt in Bochum entstehen wird. Auch dort soll es u. a. darum gehen, dass man verschiedene Gesundheitsdisziplinen zusammenführt.

Mit diesen neuen Themen kann es gelingen, eine bessere Pharmazie zu erreichen und mehr Effektivität in unser Gesundheitssystem hineinzubringen. Bei den medizinischen Versorgungszentren spielt dieser Gedanke ebenfalls eine wesentliche Rolle.

Positive Beispiele in anderen Ländern

Auf Kanada bin ich ja bereits vorhin eingegangen. Es gibt aber auch andere Länder, die uns auf dem Weg helfen können. Ich habe hier das Beispiel aus den Niederlanden. Dort besteht die Möglichkeit, einen Bachelor-Abschluss für Pharmazie zu machen. 6 Semester lang wird dort schwerpunktmäßig für die Apotheke ausgebildet und dabei auch Kommunikationskompetenz gelehrt. Der Abschluss reicht aber nicht, um eine Apotheke zu leiten. Dafür muss man noch den Master-Studiengang durchlaufen.

Eine weitere Möglichkeit in den Niederlanden ist der Abschluss zum Bachelor für pharmazeutische Technologie. Im 1. – 4. Semester wird in den gleichen Bereichen wie oben studiert. Dann folgen noch 2 Semester im Bereich pharmazeutische Technologie. Im Anschluss lässt sich der Master draufsetzen, um eine Apotheke zu leiten.

In einem solchen Angebot erkennt man, wie durch Modularisierung und Spezialisierung ein besseres Ergebnis erzielt werden kann. Die Studenten sind zufrieden damit.

Eine ähnliche Einschätzung erkenne ich auch aus Gesprächen mit unseren PTA-Schülerinnen, wobei 1/3 Abiturienten sind, die häufig nach der PTA-Schule das Pharmaziestudium anhängen. Wenn ich diese jungen Frauen frage, warum werdet Ihr PTA, warum wollt Ihr Pharmazie studieren, dann geht es ihnen nicht unbedingt um wissenschaftliche Fragen, sondern um die Gesundheit der Menschen. Es geht ihnen auch um das Arzneimittel und um den Kontakt mit Menschen. Aber viele von ihnen sind nachher vom Studium sehr enttäuscht. Dann erzählen sie uns, das Studium war grausam, aber jetzt kann ich endlich wieder in die Apotheke.

Anders herum gibt es zu einem geringen Prozentsatz diejenigen, die an der wissenschaftlichen Arbeit, an Chemie und an Physik sehr interessiert sind. Aber wenn sie dann in die Apothekenpraxis kommen, sind viele erst einmal schockiert, weil man von dem, was man gelernt hat, nicht viel gebrauchen kann. Dann muss erst mal begonnen werden, für sich selber etwas hinzulernen, um überhaupt mit dem Patienten klarzukommen. Solche Defizite des Studiums sind meines Erachtens nicht nötig.

Inhalte der PTA-Ausbildung

Vor dem Hintergrund meines Plädoyers, die PTA mehr als bisher in die Überlegungen mit einzubeziehen, möchte ich jetzt auf die PTA-Ausbildung eingehen. Wir arbeiten heute immer noch fast ausschließlich mit dem Fächerkanon aus dem Jahre 1968. Dieser hat heute immer noch Gültigkeit. Ähnlich sind im Übrigen die Strukturen im Pharmazie-Studium. Zwar ist die Klinische Pharmazie dazugekommen und man versucht, das Studium ein wenig an die veränderten Gegebenheiten anzupassen. Aber eine grundsätzliche Neuerung kann ich nicht erkennen. Was hat sich in den vergangenen 40 Jahren in der Apothekenlandschaft alles getan!

Inhalte der PTA-Ausbildung in der PTA-Schule

- Arzneimittelkunde
- Allgemeine und pharmazeutische Chemie
- Galenik
- Botanik und Drogenkunde
- Gefahrstoff-, Pflanzenschutz- und Umweltschutzkunde
- Medizinproduktkunde
- Ernährungskunde und Diätetik
- Körperpflegekunde
- Physikalische Gerätekunde
- Mathematik (fachbezogen)
- Pharmazeutische Gesetzeskunde, Berufskunde
- Chemisch-pharmazeutische Übungen einschließlich Untersuchung von Körperflüssigkeiten
- Übungen zur Drogenkunde
- Galenische Übungen

Ausbildungs- und Prüfungsordnung für PTA 1968, Anlage 1 zu § 1 Abs. 2 Satz 1, Teil A

In der PTA-Ausbildung ist ein Fach hinzugekommen, das Fach Apothekenpraxis. Man kann es ansatzweise mit der Klinischen Pharmazie im Pharmazie-Studium vergleichen. Es handelt sich nach meiner Auffassung aber nur um einen kleinen Schritt, es ist nicht der große Wurf. Deshalb ist diese Neuerung aus dem Jahre 1998 – auch schon 10 Jahre her – nur ein Tropfen auf dem

heißen Stein, denn das Stundenkontingent ist klein. Man wollte eine wissenschaftlich orientierte PTA-Ausbildung ein wenig an die Praxis heranführen.

Was die PTA während ihrer Ausbildungszeit in der Apotheke lernen, ist sehr von der jeweiligen Apotheke abhängig. Da man sich auf eine gleichwertige Ausbildung nicht verlassen kann, hat man in Niedersachsen in einer Richtlinienkommission des Kultusministeriums neue Wege aufgezeigt. Hintergrund war die Überlegung, in die Praxis zu schauen und die Praxis in der Ausbildung stärker zu berücksichtigen.

Die Ergebnisse der Beratungen möchte ich hier kurz darstellen: Wir haben für diesen Teil der Ausbildung neue Fächer benannt.

- Das erste Fach heißt „Verordnungen ausführen“. Es geht um die Abgabe verschreibungspflichtiger Arzneimittel.
- „Beraten und Abgeben im Rahmen der Selbstmedikation“. Dabei geht es zwar auch um Arzneimittel, das Fach hat aber einen Schwerpunkt im Bereich der Beratung und Abgabe nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel.
- „Dienstleistungen anbieten und erbringen“. In diesem Zusammenhang sollen die Schülerinnen z.B. die physiologischen Untersuchungen kennen und beherrschen lernen.
- „Arzneimittel herstellen“
- „Qualität kontrollieren“. Natürlich verbirgt sich hinter dem Begriff auch Chemie und Botanik. Aber wir versuchen, die Themen an der Praxis auszurichten.
- „Bei der Betriebsgestaltung und –entwicklung mitwirken“. Hier spielt auch das Thema Qualitätsmanagement eine Rolle.

Wenn wir uns jetzt die Richtlinien des Niedersächsischen Kultusministeriums näher ansehen, können Sie feststellen, wie wir die Ausbildungsziele konkretisiert haben. Dort ist z.B. festgehalten: „Die PTA soll lernen, den Beratungsbedarf wahrzunehmen, sich auf die Bedürfnisse der Kunden einstellen“. Sie soll beraten, Ratschläge geben und damit einen Beitrag zur Gesunderhaltung und Verbesserung des Gesundheitszustandes leisten. Die PTA-Schule hat somit den Präventionsgedanken in die Unterrichtsinhalte einzubauen.

Beraten und Abgeben im Rahmen der Selbstmedikation

- Individuellen Beratungsbedarf wahrnehmen, auf Bedürfnisse einstellen
- Beratung über abzugebenden Waren, erteilen anderer Ratschläge
- Möglichkeiten und Grenzen der Selbstmedikation
- Beitrag zur Gesunderhaltung, Verbesserung des Gesundheitszustandes
- Nutzen relevanter Informationsquellen
- Erkrankungen, deren Therapie (-unterstützung) und Prävention ,z.B. Rauchen, Arzneimittelabhängigkeit, Osteoporose, Rheuma,
- Reise- und Impfberatung, Selbsthilfegruppen und Informationsstellen
- Ernährungskunde und Diätetik, z.B. Gesunde Ernährung, Essstörungen
- Körperpflegekunde, z.B. Körperhygiene, Sonnenschutz, Zahngesundheit

Niedersächsisches Kultusministerium, Rahmenrichtlinien für die PTA-Ausbildung 2001

Das passiert bei den unterschiedlichsten Themen. Wenn wir uns mit dem Thema Rauchen beschäftigen, dann geht es nicht nur um die Nikotinsubstitution, sondern es geht auch grundsätzlich um die Prävention und deren praktische Umsetzung: Wie berate ich in dem Bereich in der Apotheke, wie gehe ich mit den Kunden in entsprechenden Situationen um?

Das lässt sich in beliebigen Themen weiter entwickeln, im Bereich Ernährungskunde, Diätetik. Was heißt gesunde Ernährung? In der Körperpflege usw. In vielen Bereichen der PTA-Ausbildung bin ich als Lehrer jetzt gezwungen, die Gesundheitsförderung stärker mit einzubringen.

Umsetzung in der Völker-Schule

Wir beschäftigen uns in der Schule mit dem Thema Entwicklung von Methodenkompetenz sowie mit Fragen der Sozialkompetenz. Wir trainieren mit den Schülerinnen, im Team zu arbeiten, Kundengespräche zu führen, Aktionen zu planen, was ja unerlässlich ist, wenn ich Prävention oder Gesundheitsförderung betreiben will. Wir sprechen auch an, was bei der Zusammenarbeit mit Partnern im Gesundheitswesen zu beachten ist. Man muss die anderen Gesundheitsberufler erst kennen lernen, mit ihren Möglichkeiten und Interessen, dann kann die Zusammenarbeit vernünftig aufgebaut werden.

Wir haben uns in der Völker-Schule darauf eingestellt und z.B. eine eigene Übungsapotheke aufgebaut, um dort ein praxisnahes Kommunikationstraining durchzuführen.

Außerdem führen unsere Schüler kleine Befragungen durch. Sie fragen z.B. im Familienkreis, interviewen Freunde und Bekannte zum Thema Compliance und lernen daraus, dass das Gesundheitsverhalten von Männern und Frauen unterschiedlich ist. Sie entwickeln daraus Möglichkeiten, mit den Gruppen zu kommunizieren und erzielen in der Beratung dadurch bessere Ergebnisse.

Hier ein weiteres Beispiel für learning by doing: Es ging um den Jugendgesundheitstag 2008. Mit einer Klasse haben wir daran teilgenommen. Nach einer entsprechenden Vorbereitung konnten die Schüler das Gelernte aktuell und in der Realität umsetzen. Sie hatten einen eigenen Messestand organisiert und sie mussten sich fachlich natürlich mit den Gesundheitsthemen, die sie präsentiert haben, im Vorfeld auseinandersetzen. Sie haben die ganze Organisation mitgemacht, mussten den Messestand planen, haben mit dem Veranstalter verhandelt, haben mit der Apothekerschaft verhandelt, haben den Standdienst eingeteilt usw. Ich habe das als Lehrer eigentlich nur begleitet und geschaut, dass es funktioniert. Ich habe vielleicht manchmal hier und da ein bisschen geholfen, wenn es hakte, z.B. wenn es darum ging, entsprechende Kontakte zu knüpfen. Aber die Schülerinnen haben das wirklich sehr gut gemacht und dabei viel mehr gelernt als beim Lernen im Schulunterricht.

Ideen für weitere Projekte an PTA-Schulen

- Von Schülern für Schüler - durch Fachpersonal betreut.
- Aktionen in der eigenen Schule, z.B. klassenintern, schulintern oder schulzweigübergreifend
- Aktionen in Kooperation mit anderen Schulen
- Veranstaltungen im öffentlichen Raum in Kooperation mit den Apotheken, z.B. Tag der Apotheke, Jugendgesundheitstage, Berufswahlmessen
- Ernährung - Gesunde Ernährung in der Schule (Schulküche, Mensa)
- Rauchen - Förderung des Nichtrauchens
- Haut - Keine Macht den Pickeln
- Zähne – keine Chance für Karies und Bactus
- Alkohol - Gesundheitsgerechter Umgang mit Genussmitteln
- Impfungen - Kontrolle, Beratung und Motivation gegen die Impfmüdigkeit
- Bewegungsmangel - Risiko Diabetes Typ II, Herz-Kreislauf-Erkrankungen
- Schulstress - Gesünder Leben mit / in der Schule
- Gewaltprävention
- Sexualität und Partnerschaft

Die Schülerinnen haben gelernt, was es bedeutet, solch eine Aktion durchzuführen. Es hat zudem dazu geführt, dass Netzwerke mit beteiligten Apotheken gefestigt wurden und dass von den Schülern Kontakte zu anderen Gesundheitsdienstleistern aufgenommen wurden. Letztlich haben die Schülerinnen durch die Teilnahme am Jugendgesundheitstag die Bedeutung der Gesundheitsförderung erkannt, denn es war ja ein Tag für Jugendliche, also für eine den Schülerinnen nahe stehende Personengruppe. Sie konnten lernen, welche Themen aus Sicht der Gesundheitsförderung teilweise anders betrachtet werden müssen, als aus der Sicht einer Jugendkultur. Dieser Tag wurde zu einem wichtigen Tag der Gesundheitsförderung von Schülern für Schüler. Die abschließende Pressearbeit wurde vorbereitet und zur Dokumentation aufgenommen.

Solche Aktionen sind Möglichkeiten für eine PTA-Schule um aktiv zu werden und Schülern Gesundheitsförderung nahezubringen. Neben Aktionen in der eigenen Schule können aber auch Aktionen in Kooperation mit anderen Schulen durchgeführt werden.

Übrigens eine Folge des Lernfeldkonzeptes mit Ausrichtung auf die Apotheke ist die Notwendigkeit, dass an einer PTA-Schule in Niedersachsen nur Apotheker unterrichten. Der Chemielehrer, der kann zwar die Chemie vermitteln, aber er kann die Chemie nicht mit Ausrichtung auf die Apothekenpraxis unterrichten. Im gesamten Unterricht an der PTA-Schule steht im Prinzip ein Apotheker im Hintergrund, der die Schüler begleitet. So sollte es auch später in der Apotheke sein.

Bei Veranstaltungen im öffentlichen Raum, Gesundheitstagen, Tag der Apotheke, Berufswahlmessen, auch bei diesen Gelegenheiten sollte man die Schüler viel stärker einbinden. Sie müssen solche Ereignisse erleben, und Themen gibt es genug.

Fortbildungsangebote für das pharmazeutische Personal

Im Bereich Fortbildungsveranstaltungen gibt es unterschiedliche Möglichkeiten, sich zum Thema Prävention und Gesundheitsförderung zu informieren.

- Zunächst bieten die Apothekerkammern viele diverse Themen an, z.B. in Niedersachsen wird eine Fortbildung „Prävention in der Apotheke“ angeboten, die modular aufgebaut ist.
- Einzelne Berufsverbände bieten weitere Fortbildungen an, so z.B. der Bundesverband der PTA (BvPTA).
- Es gibt Firmen, die entsprechende Schulungen anbieten. Besonders interessant ist die betaCare-Schulung. Hier steht der Apotheker als Lotse im Gesundheitssystem im Mittelpunkt, hier geht es um das Case Management. Soziale Beratung steht im Vordergrund.
- Es gibt das Wissenschaftliche Institut der PTA. Es bietet der PTA an, sich zur Fachkraft für pharmazeutische Betreuung und Gesundheitsberatung in der Offizin weiterbilden zu lassen, eine Ausbildung, die von der IHK zertifiziert ist.
- Der Berufsverband der Präventologen bietet ebenfalls einiges an. Inzwischen beteiligen sich einige Apotheken an diesem Konzept, z.B. die Torre-Apotheken, die ihre Mitarbeiter dort schulen lassen.
- Ganz wichtig ist sicherlich die von den Apothekerkammern angebotene Weiterbildung „Gesundheitsberatung“, die seit kurzem „Prävention und Gesundheitsförderung“ heißt. Diese Weiterbildung ist sicherlich eine der besten Möglichkeiten die wir momentan haben, sich in das Thema einzuarbeiten. Hervorheben möchte ich hier die Projektarbeit. Es geht hier um das praktische Arbeiten, das praktische Erleben. In der Praxis lassen sich die eigenen Kompetenzen und Methoden entwickeln. Hier kann man sie auch auf ihren Erfolg hin testen.

- Das Wissenschaftliche Institut für Prävention in Bayern (WIPIG) bietet einige Bildungsgänge in Baden-Württemberg und Bayern an.

Darüber hinaus gibt es die Möglichkeit, sich in Aufbaustudiengängen weiter zu qualifizieren. Es gibt inzwischen eine große Anzahl von unterschiedlichen Studiengängen, mit unterschiedlichen Abschlussmöglichkeiten. Studiengänge, die relativ kurz sind, andere die aber auch sechs Semester lang dauern. Einige kann man berufsbegleitend bewältigen, andere Studiengänge verlangen wiederum die ständige Präsenz. Über die ganze Bundesrepublik verteilt werden solche Studiengänge angeboten, bspw. Gesundheitsmanagement und Health Care Management, Public Health oder Health Communication usw.

Inzwischen ist ein riesiger Bildungsmarkt entstanden, mit vielen Anbietern. Ich glaube, dass viele Aspekte der Schulungsinhalte schon in der Grundausbildung unserer Apotheker enthalten sein sollten. Sie sollten zumindest soviel über diese Themen lernen, dass sie einen leichteren Einstieg in die berufliche Praxis haben und sich hier besser orientieren können.

Aufbaustudiengänge für Apotheker / PTA (Auswahl)

<p>Gesundheitsmanagement, Health Care Management</p> <ul style="list-style-type: none"> • Angewandte Gesundheitswissenschaften Uni Bielefeld 2 Sem. BB • Gesundheitsmanagement FH Deggendorf 20 Monate BB • Gesundheitsmanagement U Koblenz-Landau 6 Sem. BB • Gesundheitsmanagement FH Osnabrück 5 Sem. BB • Gesundheitsmanagement U Freiburg 2 Sem. BB • Health Administration U Bielefeld 2 Jahre BB • Health Care Management WDA Bayreuth 3 Wochen BB • Health Care Management EBS Oestrich-Winkel 14 Monat BB • Health Care Management Uni Marburg 1 Jahr BB • Health Care Management FHW Berlin 2 Jahre BB • Health Care Management TU Dresden 2 Jahre BB • Management im Gesundheitswesen FH Coburg 4 Sem. BB • Pharma Management ISM Dortmund 4 Sem. BB 	<p>Gesundheitsförderung, Prävention, Public Health</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consumer Health Care Charite / HU Berlin 4 Sem. BB • Gesundheitsförderg. und -management FH Magdeburg 5 Sem. BB • Epidemiologie BSPH Berlin 1 (2) Jahr(e) VZ (TZ) • Health Communication U Bielefeld 6 Sem. VZ • International Health Charite / Hu Berlin 1 (5) Jahr(e) VZ (TZ) • International Health U Heidelberg 1 (5) Jahr(e) VZ (TZ) • Öffentl. Gesundheit und Epidemiologie LMU München 4 Sem. • Prävention und Gesundheitsförderung Uni Lüneburg 4 Sem. BB • Public Health BSPH Berlin 1 (2) Jahr(e) VZ (TZ) • Public Health Uni Bielefeld 4 Sem. VZ • Public Health TU Dresden 4 Sem. VZ • Public Health Uni Düsseldorf 4 Sem. BB • Public Health MH Hannover 1 (4) Jahr(e) VZ (TZ)
--	--

Weitere Unterstützungsmöglichkeiten durch die Kammern und Verbände

Nun weg von der Ausbildung zur Frage: Wo können wir noch Unterstützung finden? Wo sind die Raststätten auf unserem Weg, die uns helfen sollen, dass wir ein bisschen besser vorankommen?

Zunächst zur Bundesapothekerkammer. Der Einfluss der Bundesapothekerkammer auf die Weiterentwicklung von Aus-, Fort- und Weiterbildung kann ich nicht richtig einschätzen. Sie sollte sich stärker für die Überarbeitung der Richtlinien der Weiterbildung einsetzen und die genannten Themen berücksichtigen. Sie sollte aber auch ihr Engagement für die Versorgungsforschung ausbauen.

Eine Einflussnahme auf die Politik ist nach meiner Wahrnehmung z. Zt. nicht sehr erfolgreich. Nicht alle Politiker erkennen hinreichend die Bedeutung und den Nutzen der Apotheke. Manchmal wird auch gesagt, „ernst nehmen kann man die auch nicht“, „die haben die Zeit verschlafen“, „die sind eigentlich Nostalgiker“.

Um in der Politik besser wahrgenommen zu werden, muss auch bei der Ausbildung der Pharmazeuten angesetzt werden. Der Staat hat ein fundamentales Interesse daran, dass das in die Ausbildung investierte Geld nachweislich zu qualifizierter Arbeit in Apotheken führt. Erst wenn dies deutlich erkennbar wird und wissenschaftlich nachgewiesen ist, erst dann erzielen wir Pharmazeuten auch eine andere Akzeptanz.

Die Bundesapothekerkammer sollte bei Verhandlungen und Kooperation mit anderen Leistungsanbietern verstärkt aktiv werden. Das Verhältnis zu den Ärzten stellt sich als schwierig dar. Das wissen wir alle, das muss verbessert werden.

Die Darstellung der Apotheke in der Öffentlichkeit muss verbessert werden. Education Entertainment ist für mich ein wichtiges Stichwort. Das bedeutet, dass man auch versucht, den Bevölkerungsgruppen, die sonst nur schwer zugänglich sind, auf geeignete Weise, z.B. massenmedial, gesundheitsfördernde Inhalte zu präsentieren. Die Amerikaner machen das sehr gut, solche Videoclips kann man auf YouTube massenweise ansehen. Diese Clips werden wahrgenommen. So etwas könnte man nutzen, um vielleicht auch die Stellung der Apotheke in der Gesellschaft etwas zu verbessern. Die Darstellung der Apotheke unter dem Aspekt der Prävention und Gesundheitsförderung erfolgt heute noch sehr zurückhaltend.

Man müsste über neue Wege nachdenken, bundesweite Kampagnen durchzuführen und die Apotheken mit Materialien unterstützen. Was derzeit angeboten wird, reicht nicht aus. Sie können sich zwar Vorträge zur Gesundheitsförderung und zu anderen Themen von der ABDA-Seite downloaden. Sie erhalten als Apotheker dann neben den Präsentationsfolien einen Text, den Sie nur noch ablesen müssen. Aber ist das nicht ein Armutszeugnis? Für mich schon, ich möchte frei reden und ich möchte auch das Thema, über das ich reden soll, verinnerlicht haben. Das geht aber nur, wenn ich mich bei der Erarbeitung des Vortrags intensiv mit dem Thema beschäftige, das geht nicht, wenn ich den Text ablese. Trotzdem sind solche Materialien natürlich Hilfen, die den Apotheken empfohlen werden können.

Die Landesapothekerkammern haben ähnliche Aufgaben wie die Bundesapothekerkammer, allerdings auf der Landesebene.

Apothekerverbände vertreten wirtschaftliche Interessen. Auf der Ebene muss über die Vergü-

tung der Präventionsleistung verhandelt werden. Aber die Präventionsleistung muss qualitätsgesichert sein. Noch besser wäre es, wenn sich nachweisen ließe, dass sich der Gesundheitszustand der Menschen durch die Maßnahmen verbessern ließe. Wir müssen also erst einmal in der Lage sein, diese Leistungen anständig zu erbringen, um dann über eine Vergütung nachdenken zu können.

Im Bereich der Selbsthilfe ist der Deutsche Apotheker Verband aktiv geworden. Beim Zentrallabor Deutscher Apotheker könnte man Unterstützung finden, vor allem wenn es um ökologische Untersuchungen geht. Im Bereich Umweltanalysen kann man sicherlich noch einiges entwickeln.

Unterstützung durch andere Organisationen oder Anbieter

Welche Unterstützung können andere Firmen und Organisationen geben – weitere Rastplätze auf unserem Weg. ADEXA und BvPTA profilieren sich zurzeit sehr stark durch berufspolitische Einflussnahme. Sie wollen den PTA-Beruf stärken, und die Ausbildung soll von 2 Jahre auf 3 Jahre verlängert werden. Dabei sollen genau die Ausbildungsinhalte dazukommen, die ich Ihnen hier eben vorgetragen habe. Da geht es auch um Prävention und Gesundheitsförderung. Das Feld wollen die Verbände natürlich für sich besetzen. Dadurch besteht die Gefahr, dass wir Apotheker uns das Thema wegnehmen lassen. Ich selbst glaube, dass man eine PTA in 2 Jahren gut ausbilden kann. Eine 3-jährige Ausbildung würde die Kosten der Ausbildung enorm nach oben treiben. Außerdem müssten wir uns mit Sicherheit um einen bedarfsdeckenden Berufsnachwuchs sorgen.

Die Krankenkassen sollten immer mit im Boot sein, es ist nur zu überlegen, wie dies jeweils realisiert werden kann. Schade finde ich, dass das Hausapothekenkonzept momentan wieder an Bedeutung verloren hat. Es ist ein guter Ansatz, der weiter verfolgt werden sollte.

Apothekennetzwerke und Kooperationen können ebenfalls eine ganze Menge aus dem Themenspektrum Prävention abdecken. Es gibt sogar Apotheken, die sich als Präventionsapotheken bezeichnen. Daran erkennt man den Trend zur Spezialisierung im Apothekenmarkt. Natürlich spielen Marketing-Überlegungen eine wesentliche Rolle. „Wir sind die Präventionsapotheke“. Ein solcher Slogan darf meines Erachtens aber nicht Attribut einzelner Apotheken sein. Denn der gesamte Berufsstand muss für die Prävention und Gesundheitsförderung einstehen.

Weitere Unterstützung erhalten die Apotheken von Großhandlungen, von Dienstleistungsanbietern und von der pharmazeutischen Industrie. Die Materialien, die angeboten werden, müssen allerdings gesichtet und bewertet werden. Apotheker müssen lernen, die Qualität dieser Materialien zu beurteilen. Erst dann können sie zur Arbeit mit unseren Patienten genutzt werden.

Medizinproduktehersteller - hier kommt eine neue Welle auf uns zu im Rahmen der Gendiagnostik. Wir werden demnächst in der Lage sein, Gesundheitsrisiken im Vorfeld aufgrund der Genanalyse zu erkennen. Ich kann heute schon meinen Speichel in die USA schicken und bekomme dann für wenig Geld mein Genom entschlüsselt. Aufgrund dieser Analyse wird mir dann gesagt, welches Risiko ich habe, an einer Depression zu erkranken oder einen Herzinfarkt zu erleiden. Mit diesem Wissen könnte ich versuchen, mein Leben neu auszurichten.

Wir werden die Gendiagnostik auch nutzen, um etwas zu Nebenwirkungen der Arzneimittel zu sagen. Man hat festgestellt, dass es von bestimmten Enzymen abhängig ist, welche Neben-

wirkungen bei der Arzneimitteltherapie zu erwarten sind. Auch auf diesem Gebiet werden wir Apotheker in der Lage sein, im Vorfeld zu sagen, welches Arzneimittel Vorteile und welches Nachteile für den einzelnen Patienten hat.

EDV-Entwickler sind gefragt, denn wir müssen unsere Arbeit durch die EDV technisch unterstützen. Ohne EDV hätten wir auch diese ganze bisherige Entwicklung nicht gehabt. In Zukunft wird noch eine ganze Menge mehr erforderlich sein.

Unterstützung durch anderen Organisationen und Firmen

- ADEXA und BvPTA, z.B. berufspolitische Einflussnahme
- Krankenkassen subventionieren Angebote in den Bereichen
 - ◆ Bewegung, Ernährung und Rauchentwöhnung
 - ◆ Hausapothekenkonzept
- Apotheken-Netzwerke und -Kooperationen
 - ◆ z.B. Natürlich-Apotheken, Präventionsapotheken
 - ◆ Partner-Apotheken
 - ◆ Saint-Charles-Apotheken
 - ◆ FitFactory-Apotheken Mitarbeitergesundheit in Unternehmen
- Pharmazeutische Großhandlungen
- Pharmazeutische Dienstleistungsanbieter
 - ◆ z.B. Apotheken-Labor – Umweltanalysen
- Pharmazeutische Industrie
 - ◆ z.B. Materialien zu Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Raucherentwöhnung
- Medizinproduktehersteller
 - ◆ z.B. Entwicklung von Chips zur Diagnostik und zum Monitoring
- EDV-Entwickler und Datenbankanbieter
 - ◆ z.B. ABDA-DB, CAVE-Modul, Erfassung arzneimittelbezogener Probleme
- Sport- und Freizeitausstattung
 - ◆ z.B. geeignete Ausrüstung für mehr Bewegung

Wenn man im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung aktiv ist, muss auch das soziale Umfeld berücksichtigt werden. Bspw. muss man über Freizeitausstatter im Apothekenumfeld Bescheid wissen. Wenn ich dem Patienten rate, er solle sich mehr bewegen, dann muss ich ihm auch Hilfsangebote machen, die in der Nähe sind und deren Angebote er auch bezahlen kann. Das können Sportvereine sein, das können Geschäfte sein, in denen er eine ordentliche Ausrüstung bekommt. Man muss den Menschen Adressen mitgeben und Anbieter benennen, die unterstützen können.

Bedeutung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes

Welche Bedeutung kann der öffentliche Gesundheitsdienst zur Unterstützung der Apotheken haben? Fangen wir mit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) an. Dort werden Informationen zu Gesundheitstagen angeboten, an die sich Apotheken anhängen und vom Marketing der BZgA profitieren können. Kostenlose Materialien können die Apotheken dort ganz problemlos über das Internet abrufen.

Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit in NRW: Diese Einrichtung dient in erster Linie der Beratung und Unterstützung der Landesregierung sowie der Gesundheitsämter. Zu einer direkten

Hilfe für Apotheker habe ich, mit Ausnahme dieser Veranstaltung, nichts gefunden. Vielleicht bietet im Internet der passwortgeschützte Info-Server dort mehr.

Wichtig ist aber die Zusammenarbeit vor Ort in den Kommunen. Apotheken müssen ortsnah präsent sein und deshalb in den Kommunen in Netzwerken mitarbeiten.

Ich möchte noch auf das Landesgesundheitsportal gesundheit.nrw.de verweisen. Dort werden Informationen zu Präventionsthemen und Gesundheitstagen angeboten. Die Informationen sind an den Endverbraucher gerichtet. Unter dem Link Qualität finden sie die Partner von gesundheit.nrw.de. Bisläng sind dort die Ärzte, die Krankenhäuser und der Paritätische Wohlfahrtsverband NRW vertreten. Wo sind da die Apotheker? Warum sind wir nicht als Partner auf der Website vertreten? Immerhin gibt es einen Wegweiser zur Apothekensuche.

Gesundheitskonferenzen sind eine wichtige Einrichtung. Nicht nur in NRW gibt es solche Einrichtungen, wir haben diese auch in Niedersachsen. Es gibt in diesem Zusammenhang für das Osnabrücker Land auch eine Website zur Gesundheitsförderung, die den Verbrauchern eine Recherchemöglichkeit über Präventionsmöglichkeiten vor Ort anbietet.

Welche Unterstützungen lassen sich im Gesundheits- und Sozialwesen vor Ort finden? Das Angebot ist riesengroß, aber leider für den Verbraucher völlig unübersichtlich. Er hat Orientierungsschwierigkeiten und braucht Hilfen. Diese könnten Apotheken anbieten, wenn sie sich über die Angebote auf dem Laufenden halten.

Vielleicht können vor Ort auch Amtsapotheker in den Kommunen etwas zur Einbindung der Apotheken beitragen. Über diese Möglichkeiten wissen die hier anwesenden Amtsapothekerinnen und Amtsapotheker sicherlich am besten Bescheid.

Weitere Kooperationspartner vor Ort können noch Sportvereine, Lebensmittelgeschäfte, Reiseagenturen, Schwimmbäder, Wellness-Oasen oder auch Schulen sein.

Natürlich liegt die Zusammenarbeit mit den Ärzten sehr nahe. Darüber hinaus kann versucht werden, Kontakte zu Hebammen aufzunehmen – auch ein interessanter Bereich. Dort geht es um Ernährung, Säuglings- und Kindergesundheit, alles potentielle Themen für die Apotheke.

Kooperation der Apotheken mit Selbsthilfegruppen vor Ort

- Sammeln und Weitergabe von Informationen
- Austausch zwischen Erfahrungswissen und Fachwissen
- Steigerung der Effizienz in der Arzneimittelversorgung im Hinblick auf Gesundheit und Lebensqualität der Patienten
- Information und Beratung über Erkrankungen, Therapiemöglichkeiten, Arzneimittelinnovationen, Wechselwirkungen, Anwendungs- und Einsatzqualität
- Weitergabe von Adressen, Terminen und Informationsmaterial
- Bereitstellung von Räumlichkeiten
- Gesprächsrunden, Vortragsveranstaltungen und Seminare
- Gemeinsame Aktionen und Kampagnen
- Apotheke als Fördermitglied
- Arbeitsgruppe „Apotheke und Selbsthilfe“

Nicht zu vergessen sind die Selbsthilfegruppen. Die Selbsthilfegruppen werden als vierte Säule unseres Gesundheitswesens betrachtet. Prävention fällt bei Selbsthilfegruppen auf fruchtbaren Boden. Hier geht es um die Bewältigung von Krankheiten, es geht um die Bewältigung von psychischen und sozialen Problemen. Veränderungen der persönlichen Lebensumstände spielen eine Rolle, was ganz konkret mit Gesundheitsförderung zu tun hat. Gelegentlich werden Experten zu den Sitzungen hinzugezogen. Apotheker können sich hier anbieten. Der Deutsche Apotheker Verband (DAV) hat in den einzelnen Bundesländern Ansprechpartner in Sachen Selbsthilfe, die je nach Bundesland Koordinationsaufgaben übernehmen und von den Apotheken angesprochen werden können. Nach einer Untersuchung des DAV kooperieren bereits heute 1/3 der Apotheken mit Selbsthilfegruppen.

Umsetzung von Prävention und Gesundheitsförderung in der Apotheke vor Ort

Wie kann die Umsetzung von Prävention und Gesundheitsberatung in der Apotheke vor Ort erfolgen? Wir brauchen auf alle Fälle ein Leitbild, das die Entwicklung und Erweiterung der Apotheke beschreibt und definiert.

Die Apotheke sollte über räumliche Voraussetzungen verfügen. Ein Beratungszimmer ist möglicherweise besser als eine Beratungsecke. Eine vertrauliche Beratung sollte so oft wie möglich gegeben sein. Man sollte aber nicht alles unbedingt in einer Beratungsecke durchführen, denn Kunden möchten etwas erleben und ihre Neugierde geweckt sehen. Wenn dies geschieht, hat man wiederum eine Nachfrage erzeugt.

Technische Voraussetzungen sollte man bedenken (Kundenkarte, EDV etc.) genauso wie personelle Voraussetzungen (ausreichende Anzahl von qualifiziertem Personal).

Projektidee, Planung und Marketing

- Projektidee
 - ◆ z.B. Themenvorschläge durch Kunden (Abstimmungssäulen mit Kugeln)
- Projektplanung
 - ◆ z.B. Terminierung, Zeitdauer und Personalplanung, Suche nach externer Unterstützung
- Infohandzettel
 - ◆ z.B. in die Apothekenzeitung legen, Rezept der Woche, Wochenthemen
- Schaufenstergestaltung
- Motivation zur Teilnahme oder Weiterführung der Präventionsmaßnahme
 - ◆ z.B. Quiz zur gesunden Ernährung, ungesunde Nahrungs- und Genussmittel aus dem Alltagsleben darstellen,
 - ◆ z.B. Darstellung von Präventionsergebnissen
- Lokale Kooperationspartner
 - ◆ Aushänge und Handzettel
- Lokalpresse
 - ◆ Ankündigung und Nachberichterstattung

Ich rate jeder Apotheke, die noch wenig mit dem Thema zu tun hatte, zu Beginn individuell auf den einzelnen Patienten zuzugehen. Das ist eine Chance, die der Apotheker täglich im Kundengespräch hat. Vorerfahrungen, an die er anknüpfen wird, sind hilfreich. Aber das setzt neben einer Fachkompetenz, Methoden- und Sozialkompetenzen voraus. Die Devise muss sein: „Weg vom Produkt. Hin zum Problem“. Der Kunde soll im Mittelpunkt stehen. Ich muss als Berater darüber nachdenken, ob eine Produktempfehlung den Präventionsansatz stärkt oder eher schwächt.

Beispiel Immunstimulanzien: Neben der pharmakologischen Bewertung muss darüber nachgedacht werden, ob dieses Produkt im Sinne der Prävention richtig ist. Evtl. ist eine verstärkte Bewegung in der Natur ebenso gut angezeigt.

Ich muss Kontinuität in die Beratung einbringen. Nachfragen, ob das Medikament oder der Beratungshinweis gewirkt haben. Die kontinuierliche Betreuung baut Vertrauen auf.

Ich glaube auch, dass Beratung in der Apotheke etwas kosten darf. Die Abrechnung über den Produktverkauf ist sicherlich im Sinne von Prävention und Gesundheitsförderung nicht immer die richtige Lösung. Aber der Weg zu einer Honorierung von Gesundheitsberatung wird noch ein sehr langer sein.

Zur kontinuierlichen Beratung lassen sich E-Mail, Telefon oder die schriftliche Benachrichtigung einsetzen. Dazu gehört z.B. auch die Erinnerung, wenn sich der Patient ein Rezept von einem Arzt holen muss.

Noch ein Wort zur Umsetzung von Projekten: Von der Projektidee über die Planung, die Erstellung von Informationen, die Schaufenstergestaltung, das Ansprechen lokaler Kooperationspartner und über die Pressearbeit muss ich mir als Apotheker Gedanken machen, einen Plan haben, damit nichts vergessen wird und alle notwendigen Partner eingebunden werden. Die Pressearbeit ist dabei ein ganz wichtiges Thema, wenn ich Gesundheitsförderung machen will. Wer die Gesundheitsförderung wirklich ausbauen will, muss mit der Presse ein vertrauensvolles Verhältnis aufbauen.

Ideen zur Projektumsetzung

- Einstieg durch direkte Kundenansprache
 - ◆ z.B. Hauttypbestimmung, Kosmetikproben, Erscheinungsbild zur Thematisierung des Rauchens bei jugendlichen Schülerinnen
 - ◆ z.B. bei Wunsch eines Mittels zur Gewichtreduktion, Fragebogen als Einstiegshilfe (z.B. Stress-Test, Fagerström-Test), CO₂-Messung mit Smokelizer® bei Rauchern, Licht-Reflexions-Rheographie (Venenmessung)
- Multiplikatoren nutzen
 - ◆ z.B. Frauen mittleren Alters haben evtl. Kinder und betreuen Ältere
- Beratung als Event verkaufen
 - ◆ z.B. gesundes Frühstück (mit Beratung) statt (nur) Ernährungsberatung, Kochkurs mit Restaurantkoch, Mediteranes Buffet mit Kurzreferat, Gesundes Essen von Aldi und Lidl
- Gruppenerlebnisse schaffen
 - ◆ z.B. Mütterfrühstück
- Belohnung für Erfolg
 - ◆ Bonuskonzept der Krankenkassen, Erfolg als Motivation für Apothekenteam

Den Einstieg in die direkte Kundenansprache kann man auch mit einer Kundenbefragung versuchen. Warum sollten nicht auch Kunden befragt werden, welche Themen für sie interessant sind? Man kann eine Abstimmung in der Apotheke organisieren. Bspw. können Röhrchen zu bestimmten Themen aufgestellt werden, dann werfen die Kunden dort einen Ball hinein. Die Füllung der Röhrchen gibt Auskunft darüber, welche Themen gefragt sind. Und zu diesen Themen bietet die Apotheken später Veranstaltungen an. Das sind Möglichkeiten, Kunden auch aktiv mit einzubinden.

Auch CO₂-Messungen in der Apotheke bei Rauchern können interessant gestaltet werden. Beratung als Event verkaufen, ist die Idee, z.B. einen Kochkurs mit einem Restaurantkoch anbieten.

Und dann müssen wir auch darüber nachdenken, den weißen Kittel in bestimmten Situationen abzulegen. Auch der Kittel kommuniziert mit unseren Kunden. Und wenn ich auf Augenhöhe mit den Kunden arbeiten will, dann sollte ich den Kittel lieber mal ausziehen, z.B. beim gemeinsamen Essen zum Thema gesunde Ernährung.

Gruppenerlebnisse schaffen ebenfalls die Möglichkeiten, einen Zugang zum Patienten zu erhalten.

Über Belohnungskonzepte nachdenken lohnt sich, wenn man bereits eine Maßnahme mit dem Patienten verabredet hat.

Ohne eine verbesserte Ausbildung geht es nicht!

Zum Abschluss noch einmal ein Appell: Der Schlüssel für eine flächendeckende, effektive und nachhaltige Etablierung von Prävention und Gesundheitsförderung über Apotheken ist die Verbesserung der Ausbildung des pharmazeutischen Personals. Das ist dringend erforderlich. Optimistisch blicke ich deswegen in die Zukunft, weil schon auf verschiedenen Ebenen Schritte in die richtige Richtung gegangen werden. Die Pharmaziestudierenden setzen sich für eine bessere Ausbildung ein, einzelne Gruppen von Apothekern sprechen sich ebenfalls dafür aus. Und ich bin erfreut, dass es einzelne aktive Apotheken gibt, die sich erfolgreich auf den Weg gemacht haben, die etwas bewegen, die etwas für die Prävention und Gesundheitsförderung tun. Die gleich stattfindenden Posterpräsentationen zeigen uns sehr deutlich die vielfältigen Ansätze. Ich blicke jedenfalls ganz optimistisch in die Zukunft. Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

Manfred Dickersbach, Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit (LIGA.NRW)

Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten als besondere Herausforderung und Chance für ÖGD und Apotheken – Der „Regionale Knoten Nordrhein-Westfalen“ als Angebot zur Vernetzung

In diesem Beitrag soll dargestellt werden, was Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten bedeutet, warum uns, dem Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit (LIGA.NRW) und dem Regionalen Knoten Nordrhein-Westfalen, diese Zielgruppe besonders wichtig ist, welche Arbeitsstrukturen es hierzu in Nordrhein-Westfalen und in Deutschland gibt, die sich mit dem Thema beschäftigen und was die besonderen Chancen für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) und für die Apotheken sind, sich hier einzubringen.

Dabei möchte ich besonders folgende Aspekte ansprechen:

- Was ist die eigentliche Problematik, wenn wir uns mit dem Thema Gesundheit bei sozial Benachteiligten beschäftigen, worin liegen die besonderen Herausforderungen für das Gesundheitswesen? Wie genau äußert sich gesundheitliche Benachteiligung?
- Ich möchte Ihnen als zweites den Kooperationsverbund „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ vorstellen. Dabei handelt es sich um einen Ansatz der Bundespolitik, mit der eine bundesweite Struktur implementiert wird, die der Problematik angemessen entgegentritt.
- In dem Zusammenhang werde ich auf den „Regionalen Knoten Nordrhein-Westfalen“ eingehen. Er ist der regionale und lokale Stützpunkt dieses bundesweiten Kooperationsverbundes in Nordrhein-Westfalen, der allerdings auch eigene inhaltliche Schwerpunkte, eigene Leitgedanken und eine eigene Handlungsphilosophie entwickelt hat.
- Und schließlich werde ich darauf eingehen, welche Rolle die Apotheken in diesem spezifischen Feld spielen können. Bei der Vorbereitung meines Vortrags – soviel kann ich hier schon vorwegnehmen – bin ich zu diesem Thema auf nicht allzu viele Aktivitäten gestoßen. Aber ich denke, diese Veranstaltung dient ja auch dazu, darüber nachdenken, wie sich Apotheker in dem besonderen Feld der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten stärker einbringen können.

Gesundheit und sozialer Status – der Zusammenhang ist eindeutig

Gesundheit und sozialer Status – der Zusammenhang ist eindeutig. Seit vielen Jahren ist dies immer wieder in Studien, in Publikationen und in wissenschaftlichen Büchern unterschiedlicher Art thematisiert worden. Einige Tatbestände möchte ich anführen.

Menschen aus niedrigen sozialen Schichten haben ein überproportional hohes Krankheitsrisiko über ein breites Morbiditätsspektrum. Es wurde auch immer wieder festgestellt, dass sie ihre eigene Gesundheit schlechter einschätzen. Beim Kernindikator für Gesundheit überhaupt, bei der Lebenserwartung, zeigt sich: Die allgemeine Lebenserwartung ist bei Männern um etwa 10 Jahre geringer und bei Frauen um 5 Jahre, verglichen mit der Lebenserwartung von Menschen aus der gehobenen Schicht.

Was heißt: Gehobene Schicht, niedrige Schicht? Ein wichtiger Anhaltspunkt ist das Einkommen; der Armutsindikator gilt hier als zentraler Indikator. Zur gehobenen Schicht gehören Personen, die ein Bruttoeinkommen von über 4.500 € haben; die sozial Benachteiligten werden definiert als Personengruppe mit einem Bruttoeinkommen von unter 1.500 €. Das ist der Bereich, in dem

man diesen maximalen Unterschied von 10 Jahren bei den Männern und von 5 Jahren bei den Frauen beobachtet.

Gesundheit und sozialer Status: der Zusammenhang ist eindeutig

- Menschen aus niedrigen sozialen Schichten haben ein überproportional hohes Krankheitsrisiko (SVR, Gutachten 2007)
- Sie schätzen ihre eigene Gesundheit schlechter ein
- Die allgemeine Lebenserwartung bei Männern ist um 10 Jahre geringer, bei Frauen um 5 Jahre – im Vergleich zu gehobenen Schichten (SVR, Gutachten 2005)

Wer ist von dieser Benachteiligung betroffen? Bei der Gruppe der sozial Benachteiligten handelt es sich um eine große und sehr heterogene Gruppe. Personen mit niedrigem Einkommen, niedrigem Berufsstatus oder niedriger Bildung gehören dazu. Ich beziehe mich hier auf die Aufstellung von Andreas Mielck aus dem Jahre 2003, der in diesem Bereich seit vielen Jahren geforscht hat. Der Armutsindikator ist dabei, wie schon erwähnt, der zentrale Indikator für gesundheitliche Benachteiligung und soziale Benachteiligung überhaupt.

Ganz aktuell weist der neue Armutsbericht für Deutschland darauf hin, dass der prozentuale Anteil der armutsgefährdeten Menschen derzeit in Deutschland bei knapp 15 % liegt. Hier sind allerdings große Schwankungen zwischen den einzelnen Bundesländern festzustellen: In Baden-Württemberg sind ca. 10 %, in Mecklenburg-Vorpommern ca. 24 % der Menschen von direkter Armut betroffen. Oft handelt es sich dabei um Bewohner sozialer Brennpunkte, um Kinder, die Sozialhilfe beziehen, um Alleinerziehende – ein wichtiges Thema in diesem Zusammenhang – oder um langzeitarbeitslose Menschen mit nur geringer Perspektive, wieder in die Erwerbstätigkeit einzusteigen.

Zu den betroffenen Gruppen gehören auch Migranten mit schlechten Deutschkenntnissen. Bei Migranten stellt sich die Situation allerdings etwas differenzierter dar. Wir können nicht grundsätzlich sagen, dass Migranten kränker sind als einheimische Personen. Der Gesundheitszustand hängt offensichtlich von verschiedenen Rahmenbedingungen ab; die Migrationsgeschichte spielt dabei eine besondere Rolle.

Asylbewerber und Illegale, Prostituierte, Strafgefangene und Wohnungslose gehören ebenfalls zur Gruppe der sozial Benachteiligten.

Noch einmal: Armut ist meist der entscheidende Punkt. Zentral sind die Einkommensverhältnisse bzw. die materiellen Verhältnisse der Betroffenen, die in der Regel für soziale und gesundheitliche Benachteiligung ausschlaggebend sind.

Wie äußert sich gesundheitliche Benachteiligung konkret? An einigen Beispielen soll das deutlich werden.

Gesundheitliche Benachteiligung – zum Beispiel...

Arbeitslose haben eine erhöhte Morbidität in einem weiten Spektrum – insbesondere bei psychischen Erkrankungen (IAB, 2003)

Alleinerziehende Frauen leiden stärker an chronischer Bronchitis, Migräne und psychischen Erkrankungen (besonders Angststörungen) (RKI, 2003).

Migrant(inn)en kumulieren häufig mitgebrachte und erworbene Risikofaktoren und

Erkrankungen. Sie haben einen höheren Krankenstand und eine höhere Frühberentungsquote (Razum, 2004).

Armutgefährdete Personen haben erhöhte Raten von Lungenkrebs, Leberzirrhose und Herzinfarkt (RKI, 2005).

Eine wichtige Gruppe, mit der wir uns auch in Nordrhein-Westfalen im Rahmen des Regionalen Knotens verstärkt beschäftigen, sind die Arbeitslosen, die eine erhöhte Morbidität haben und an vielen Krankheiten leiden. Zu nennen sind die typischen chronischen Krankheiten aber auch Rückenschmerzen oder Bronchitis. Häufig treffen wir auf psychische Erkrankungen, vor allem Depressionen.

Alleinerziehende Frauen: Hier beobachten wir verstärkt chronische Bronchitis, Migräne und psychische Erkrankungen, insbesondere Angststörungen.

Bei Migrant(inn)en ist die Situation etwas uneinheitlich. Denn bei bestimmten Morbiditätsindikatoren ist die Situation sogar besser als bei der einheimischen Bevölkerung. Zu beobachten ist allerdings, dass häufig mitgebrachte Krankheiten, die in den Heimatländern erworben wurden, und hier bei uns erworbene Erkrankungen zusammenkommen. Daraus resultieren ein insgesamt höherer Krankenstand und eine höhere Frühberentungsquote.

Betrachtet man die gesamte armutsgefährdete Personengruppe, zeigen sich erhöhte Raten von Lungenkrebs, Leberzirrhose und Herzinfarkten.

Ein Beispiel aus Ihrem Bereich, der Arzneimittelversorgung, möchte ich Ihnen kurz vorstellen. Es handelt sich um Psychopharmakaverordnungen für Frauen, die bei BKKn versichert sind. Die BKKn sind eine der wenigen Krankenkassen, die gezielte statistische Auswertungen zum Thema Arbeitslosigkeit durchführen. In der vorliegenden Auswertung wird deutlich, dass Arbeitslose die höchsten Tagesdosen pro 1000 Versicherten bei Psychopharmaka erhalten. Auch der Anteil der Versicherten mit den höchsten Verordnungsmengen bei diesen Arzneimitteln ist bei den Arbeitslosen weitaus größer als bei der Gruppe der Beschäftigten.

„Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ – Strukturen zur Bekämpfung gesundheitlicher Ungleichheit

Wie reagiert die Politik – hier zunächst einmal die Bundespolitik – auf die angesprochenen gesundheitlichen Probleme bei sozial Benachteiligten? Im Jahr 2001 wurde ein Kooperationsverbund gegründet, der sich diesem Thema widmet, „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“. Er wurde von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), einer nachgeordneten Einrichtung des Bundesgesundheitsministeriums, initiiert. Inzwischen gehören dem Verbund mehr als 50 Institutionen und Verbände aus dem ganzen Gesundheitswesen an – Krankenkassen, Ärzteverbände, Wohlfahrtsverbände, einige Ministerien, Landesvereinigungen und Bundesvereinigung für Gesundheit. Der Verbund wird also von einem breiten Spektrum von Einrichtungen aus dem Gesundheitswesen getragen. Die Apotheker sind meines Wissens bisher hier auf Verbandsebene nicht vertreten.

Kooperationsverbund „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“

Zur Struktur dieses Kooperationsverbundes: Eine Geschäftsstelle bei „Gesundheit Berlin/Brandenburg e.V.“ ist für die zentrale Koordination zuständig. Es gibt Arbeitskreise, die sicherstellen,

dass eine stringente Strategie entwickelt und Expertenwissen einbezogen wird. Man trifft sich regelmäßig mit allen beteiligten Partnern. Es gibt Workshops und Arbeitskreise, in denen spezifische Themen bearbeitet werden.

In jedem Bundesland gibt es einen so genannten Regionalen Knoten, der den Kooperationsverbund vertritt und das Thema Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten in diesem Bundesland koordiniert.

Produkte des Kooperationsverbundes

Der Kooperationsverbund hat verschiedene Produkte entwickelt. Zunächst stand die Entwicklung einer Online-Datenbank im Vordergrund (www.gesundheitliche-chancengleichheit.de) mit der zusammengetragen wird, was an Know-how, an Wissen und an Projekten zum Thema Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten in der Praxis vorhanden ist. Es wurden zunächst über 2.000 Projekte aufgenommen. Sehr schnell hat man jedoch festgestellt, dass es zwar viele Projekte gibt, die in dem weiten Feld der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten angesiedelt sind, dass aber gewisse Probleme mit Qualität und Wirksamkeit festzustellen sind.

Referenzziele der Regionalen Knoten

Qualität, Evidenz und Wirksamkeit sind in der Gesundheitsförderung ein schwieriges Thema, über das man lange reden könnte und das auch sehr kontrovers diskutiert wird. Insbesondere wenn es um das Arbeitsfeld Gesundheitsförderung von sozial Benachteiligten geht, trifft man auf große Schwierigkeiten, Aktionsformen richtig zu evaluieren, wirksame Modelle zu identifizieren, Übertragbarkeit zu gewährleisten. Deshalb widmet sich der Kooperationsverbund diesem Thema in besonderem Maße. Er hat hierbei ein differenziertes System entwickelt, einschlägige Projekte hinsichtlich ihrer Qualität zu bewerten. Solche Projekte, die dieses Bewertungssystem durchlaufen haben, sind in einem gesonderten Bereich der Datenbank erfasst. Dabei handelt es sich derzeit um ca. 90 Projekte. Man erkennt schon die Diskrepanz: 2000 Projekte wurden ursprünglich aufgenommen, es gibt aber nur ungefähr 90 Projekte, von denen man definitiv sagen kann, dass sie qualitätsgesichert sind, in der Sprachregelung des Verbundes „good practice“-Projekte sind.

Bei diesen Bewertungen wird ein breites Spektrum von Kriterien herangezogen. Wichtig ist besonders, dass die Intervention tatsächlich die gesundheitliche Benachteiligung im Blick hat. Zudem muss sich die Intervention auf die spezifische Zielgruppe konzentrieren, so dass auch die wirklich betroffenen Menschen erreicht werden.

Neben den bereits genannten Punkten kümmert sich der Regionale Knoten Nordrhein-Westfalen darum, die Ziele des Projektverbunds in die Fläche zu transportieren und den Gedanken der regionalen Vernetzung voranzutreiben. Es geht insbesondere darum, den Transfer zu verbessern – was anderswo gut funktioniert hat, sollte auch bei uns Verbreitung finden. Wir wollen darüber hinaus Akteure und Öffentlichkeit für das Thema „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ sensibilisieren. Es gilt Einfluss zu nehmen, Chancen aufzuzeigen und Bedarfslücken zu schließen.

Ziele des Regionalen Knotens in Nordrhein Westfalen

Der Regionale Knoten Nordrhein-Westfalen wurde 2004 eingerichtet. Zunächst war er beim Institut für Prävention und Gesundheitsförderung in Essen angesiedelt. Seit Mitte letzten Jahres liegt die Trägerschaft beim Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit (LIGA.NRW).

Der Regionale Knoten Nordrhein-Westfalen hat sich – nicht in Abgrenzung, aber in Spezifizie-

zung des Zielekataloges des Kooperationsverbundes – noch einmal besondere eigene Ziele gesetzt.

Sensibilisierung steht dort an erster Stelle. Wir stellen immer wieder in der Arbeit mit diversen Einrichtungen, in verschiedenen Projektkontexten fest, dass der Zusammenhang von Gesundheit und sozialer Benachteiligung noch nicht ausreichend erkannt bzw. gewürdigt wird, obwohl die Dringlichkeit des Themas und der Handlungsbedarf, der sich daraus ableitet, eigentlich offensichtlich sind. Wir müssen klarmachen, dass sich Gesundheit und soziale Benachteiligung gegenseitig bedingen.

Wir müssen klarmachen, dass sich Gesundheit und soziale Benachteiligung gegenseitig bedingen.

Wir müssen aufzeigen, welche Möglichkeiten in der Gesundheitsförderung stecken und welchen Beitrag sie leisten kann, benachteiligte Menschen leistungsfähiger zu machen, sie besser zu integrieren, ihre Chancen zu verbessern, in unserer Gesellschaft zu bestehen.

Wir beschäftigen uns aktuell mit dem Thema Arbeitslosigkeit, eines der wenigen Felder in der Gesundheitsförderung von sozial Benachteiligten, auf dem wir sehr klar belegen können, dass gesundheitsfördernde Maßnahmen positive Effekte in Bezug auf eine bestimmte Zielgruppe haben. Es geht darum, Arbeitslose wieder leistungsfähiger, wieder beschäftigungsfähig zu machen und ihre Chancen auf dem Arbeitsmarkt zu erhöhen. Gesundheitsförderung kann hier einen wichtigen Beitrag leisten.

In diesem Zusammenhang stellt sich generell die Frage, in welchem Ausmaß die Gesundheitsförderung anderen Politikfeldern helfen kann, ihre Ziele zu erreichen. Dies ist eine Diskussion, die zwar im ursprünglichen Konzept der Gesundheitsförderung immer eine Rolle gespielt hat, der man aber im politischen Alltag gern ausweicht. Wir arbeiten mit der Gesundheitsförderung in Feldern, die die Zuständigkeit anderer Politikbereiche berühren, ob das das Thema Arbeitslose ist, ob es das Thema benachteiligte Stadtteile ist oder Gesundheitsförderung in Schulen – jedes Mal sind andere Verwaltungs- oder Politikbereiche betroffen. Uns geht es sehr darum, auch den Akteuren in diesen Bereichen deutlich zu machen, dass es von Vorteil ist, Gesundheitsförderung und Gesundheit in ganzheitlichen Strategien zu berücksichtigen und in die eigenen politischen Zielsetzungen und Verfahren zu integrieren.

Ein weiteres großes Ziel des Regionalen Knotens NRW ist die Vernetzung und das sektorübergreifende Handeln. Wir wissen, dass Gesundheitsförderung in Nordrhein-Westfalen vielschichtig organisiert ist. Wir können vor Ort schon auf eine gute Vernetzung und starke Handlungsstrukturen bauen. Zu nennen sind hier z.B. die Kommunalen Gesundheitskonferenzen, das Gesunde Städte-Netzwerk, die Fachstellen für Suchtprävention, die flächendeckend in allen Kommunen in Nordrhein-Westfalen existieren, die Psychiatriekoordination, wo wir in Nordrhein-Westfalen ebenfalls eine Flächendeckung haben. Wir können also sagen: Eigentlich verfügt die Gesundheitsförderung in Nordrhein-Westfalen über gute strukturelle und fachliche Voraussetzungen. Aber die Arbeit mit benachteiligten Menschen fällt oft in die Zuständigkeit anderer Politikfelder – in den Sozialbereich, den Jugendbereich und zum Teil den Bildungsbereich. Es ist daher

unsere Aufgabe, unsere Botschaften nach außen zu transportieren, in andere Zusammenhänge hineinzubringen, felderübergreifend Akteure zusammen zu bringen und uns in diesem Sinne miteinander neu zu vernetzen.

Der Regionale Knoten Nordrhein-Westfalen Ziele

Sensibilisierung

- Gesundheit und soziale Benachteiligung bedingen sich gegenseitig
- Gesundheitsförderung kann helfen, benachteiligte Menschen leistungsfähiger zu machen und (wieder) besser zu integrieren
- Gesundheitsförderung hilft anderen Politikfeldern, ihre Ziele zu erreichen

Vernetzung und sektorübergreifendes Handeln

- Gesundheitsförderung ist in NRW vielschichtig organisiert
- Andere Bereiche einbeziehen, z.B. Arbeitsförderung
- Gesundheitsförderung erschließt neue Settings und Zielgruppen

Wir versuchen, diese Vernetzung derzeit über so genannte Regionalkonferenzen zu realisieren, in denen wir uns bemühen, jeweils zwei dieser Politikfelder zusammen zu führen. Das waren im April die Arbeitsförderung und Gesundheitsförderung. Davor waren es die Bereiche Soziale Stadt und Gesundheitsförderung. Wir treffen immer wieder auf Strukturen, die eigentlich vor Ort sehr gut etabliert und aufgestellt sind, die aber trotzdem praktisch keine Verbindung zueinander haben. Unsere Aufgabe sehen wir darin, diese Strukturen zusammen zu führen und allen Beteiligten deutlich zu machen, wie sie von den Kompetenzen, den Fähigkeiten und den Möglichkeiten des Anderen in ihrem eigenen Arbeitsbereich profitieren können.

Schwerpunkte der Arbeit des Regionalen Knotens in NRW

Gesundheitsförderung und Arbeitslosigkeit ist im Moment der Schwerpunkt, der uns besonders wichtig ist. Wir versuchen dort, Know-how zu sammeln und den Transfer in die praktische Arbeit zu unterstützen sowie die Akteure der Arbeitsförderung und der Gesundheitsförderung zu vernetzen. Dabei sollen Arbeitsförderer für die Chancen der Gesundheitsförderung sensibilisiert werden. Umgekehrt sollen sich die Gesundheitsförderer ihrer Rolle als Experten und Multiplikatoren für gesundheitliche Inhalte bewusst werden, auch und gerade in Bezug auf arbeitslose Menschen.

Gesundheitsförderung im Stadtteil funktioniert nach einem ähnlichen Schema. Es gibt ein Bund-Länder Programm „Soziale Stadt“, aus dem in unserem Bundesland das Handlungsprogramm „Soziale Stadt NRW“ entstanden ist. Dieses Programm hat große inhaltliche Schnittmengen zum Thema Gesundheit. Dort wollen wir ebenfalls die Akteure der „Sozialen Stadt“ und der diversen lokalen und kommunalen Gesundheitsinstitutionen – auch die Gesundheitskonferenzen und ihre Mitglieder – zusammenbringen, um herauszuarbeiten, wo gemeinsame Interessen oder Potenziale liegen.

Ich habe bereits darauf hingewiesen, dass die Bevölkerungsgruppe der sozial Benachteiligten für die Gesundheitsförderung eine besonders wichtige Zielgruppe ist.

- weil sie zahlenmäßig an Bedeutung zunimmt,
- weil wir hier die größten gesundheitlichen Defizite beobachten,

- weil die Menschen dieser Bevölkerungsgruppe ihre vorhandenen gesundheitlichen Ressourcen am wenigsten nutzen können,
- und weil wir dort deswegen durch unsere gesundheitsfördernden Maßnahmen die größten gesundheitlichen Gewinne erzielen können.

Es handelt sich bei dieser Zielgruppe aber auch um Menschen, die klassischerweise durch alle Raster der Versorgung fallen. Das gilt auch für Prävention und Gesundheitsförderung. Die Angebote der Krankenkassen erreichen diese Zielgruppe in der Regel nicht. Wenn man sich aber vor Augen führt, dass die Krankenkassen eigentlich die einzigen Organisationen sind, die Prävention und Gesundheitsförderung als gesetzlichen Auftrag haben und dafür vergleichsweise viel Geld ausgeben, erkennt man den Bedarf für ergänzende Maßnahmen – z.B. eben durch Stellen wie die Regionalen Knoten.

Regionaler Knoten NRW – Umfassender Ansatz zur Gesundheitsförderung

Grundlage unseres Verständnisses von Gesundheitsförderung ist die Ottawa-Charta. Vor 23 Jahren hat die WHO in der kanadischen Stadt Ottawa eine programmatische Charta zur Gesundheitsförderung verabschiedet. Gesundheitsförderung wird hier in einem sehr umfassenden Sinn beschrieben, Verhaltens- und Verhältnisbezüge erhalten gleiches Gewicht. Entwicklung persönlicher Kompetenzen, Schaffung gesunder Lebenswelten, Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik sind wichtige Stichpunkte. Diese Philosophie haben wir im Kooperationsverbund und damit auch im Regionalen Knoten NRW übernommen; sie ist die Grundlage all unserer Handlungsprogramme.

So haben wir z.B. nicht nur die einzelnen Menschen im Blick, sondern auch die Umgebung, in der sie sich bewegen. Stichworte sind hier, wie eben angedeutet, Verhaltensorientierung und Verhältnisorientierung.

Es geht zum einen immer darum, die Menschen direkt anzusprechen und deutlich zu machen, was ihre Potenziale sind, was sie in Bezug auf ihr Verhalten tun können, um gesund zu bleiben, um gesund zu werden, und was vielleicht die Kompetenzen sind, die dazu noch fehlen und die noch erworben werden müssen. Es geht darum, die Kompetenz des Einzelnen im Zusammenhang mit Gesundheit im umfassenden Sinne zu stärken. Es geht uns nicht nur darum, dass die Menschen wissen: Was muss ich tun, damit ich gesund bleibe, welche Krankenkassenkurse muss ich belegen, muss ich mich viel bewegen, was muss ich essen, wie muss ich mich ernähren und wie bekomme ich meinen Stress in den Griff. Es geht uns auch darum aufzuzeigen, wie ich die Angebote, die mir das Versorgungssystem bietet, nutze. Wir wollen, dass die Menschen wissen, wo sie hingehen können, wenn sie ein gesundheitliches Problem haben, wer welche Leistungen anbietet, oder wer wichtige Informationen vermitteln kann. Der Begriff, der in der internationalen Diskussion in diesem Zusammenhang benutzt wird, ist Health Literacy, Gesundheitskompetenz.

Zum ändern ist uns die Verhältnisorientierung wichtig. Das ist der Blick auf die Welt, in der wir leben, auf unser persönliches und gesellschaftliches Lebensumfeld. Wir schauen uns die Lebens- und Arbeitsverhältnisse an, die gesund oder krank machen. Wir fragen, was können wir in gemeinschaftlicher Verantwortung, mit Hilfe sozialer und politischer Gestaltungsinstrumente tun, um diese Verhältnisse zu verändern und zu verbessern.

Der Ansatz, der dies weiter präzisiert, ist der so genannte Lebenswelten- oder Setting-Ansatz. Settings sind soziale Orte, an denen sich ein Großteil unseres Lebens abspielt. Für Kinder und Jugendliche sind z.B. Kindergärten und Schulen wichtige Settings. Für andere Menschen kann es der Betrieb sein, ein Krankenhaus und ähnliche gut greifbare, zusammenhängend organisierte Stätten sozialen Lebens.

Im Settingansatz der Gesundheitsförderung werden die Maßnahmen oder Interventionen bevorzugt in solchen Organisationseinheiten angesiedelt. Es geht zum einen darum, die Menschen in diesen Settings gemeinsam zu erreichen, es geht aber auch darum, den Ort, das Setting selbst gesundheitsförderlich zu gestalten. Gesundheit soll hier als übergreifendes Anliegen verstanden werden, das bei der Planung von Abläufen, der Gestaltung von Räumlichkeiten oder des allgemeinen Alltags berücksichtigt wird.

Der Setting-Ansatz macht deutlich, dass Gesundheitsförderung allein aus dem Gesundheitswesen heraus nicht bewältigt werden kann. Wenn wir etwa die Schule als Setting anschauen, wird schnell deutlich, dass es nicht reicht, einmal im Halbjahr einen Heilberufler einzuladen, der dann z.B. über gesunde Ernährung referiert. Es müssen andere Akteure einbezogen werden, etwa die Verantwortlichen für die Schulspeisung. Neben der Gestaltung von Lehrplänen, der Vermittlung gesundheitsrelevanter Inhalte, muss es um die Gestaltung des gesamten Lern- und Lebensumfelds Schule gehen. Damit ist die politische und administrative Ebene angesprochen, neben dem Gesundheitssektor etwa auch der Bildungs- und Jugendbereich; eingebunden werden müssen die Eltern, die Lehrer und natürlich die Schüler selbst.

Wir müssen in der Gesundheitsförderung also immer daran denken, andere Akteure, andere Kompetenzen und auf höherer Ebene auch andere politische Zuständigkeiten mit einzubeziehen. Ich hatte dies eben schon angesprochen. Der Ansatz, der dieses Anliegen in der größten Konsequenz aufgreift, wird in der Fachdiskussion gern mit „Health in all Policies“ bezeichnet. Hier geht es zum einen darum, alle Politikfelder daraufhin zu untersuchen, welche Programme Auswirkungen auf die Gesundheit haben. Zum anderen und umgekehrt geht es darum zu schauen, wo Gesundheitsförderung dazu beitragen kann, andere Politikfelder selber in ihren eigenen Zielen weiter voranzubringen.

Mit dem Regionalen Knoten versuchen wir die beiden Strategien der Verhaltens- und Verhältnisorientierung zu verbinden – ein Prinzip, das gerade in der Arbeit mit sozial Benachteiligten unabdingbar ist. Wir erreichen diese Zielgruppe kaum über den reinen verhaltensorientierten Ansatz. Wir müssen den Blick darauf richten, unter welchen Verhältnissen, unter welchen Rahmenbedingungen diese Menschen leben, wo und wie sie ansprechbar sind, was ihre Werte, ihre Einstellungen, ihre Handlungsmotive sind – und was wir tun können, um letztlich auch diese Verhältnisse, diese Rahmenbedingungen, diese Einstellungen im positiven, gesundheitsfördernden Sinne zu beeinflussen.

Von diesem umfassenden Ansatz betroffen sind eine ganze Reihe von Politikfeldern. Wenn man sich hier etwas genauer umschaut, kommt man zwangsläufig zu diesem Schluss: Es gibt kaum einen gesellschaftlichen Bereich, kaum ein Politikfeld, das nicht in irgendeiner Weise mit Gesundheit im Zusammenhang und in Wechselwirkung steht. Ein paar Beispiele: Um das Lernen zu erleichtern, um Schule oder Kindergarten gesundheitsförderlicher zu gestalten, sind Jugend-, Familien-, und Bildungspolitik gefragt. Um das Gesundheitsthema in die Lebenswelt Betrieb zu bringen, sind besonders die Politikfelder Arbeit und Wirtschaft gefordert. In der

Stadt, im Stadtteil als Lebenswelt, berühren wir im Projekt „Soziale Stadt“ insbesondere die Politikfelder Bau und Verkehr, Umwelt, Bildung und Wirtschaft, aber ebenso Finanzen, Familie und Jugend. Wenn wir Gesundheitsförderung nutzen wollen, um Beschäftigungsfähigkeit zu erhöhen, sind wir bei der Arbeitsförderung und bei der Arbeitsmarkt- und Wirtschaftspolitik. Diese Liste ließe sich fast beliebig fortführen. Gesundheit spielt in viele Bereiche hinein, ist von Nutzen für andere Politikfelder und muss daher letztlich auch in einer gemeinschaftlichen, gesamtgesellschaftlichen Verantwortung gesehen und umgesetzt werden.

Apotheken und Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten

Es war mir wichtig, den Rahmen für das Thema „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ etwas umfangreicher zu skizzieren. Denn wenn wir die Verbindung zu den Apotheken und ihren Handlungsmöglichkeiten knüpfen wollen, ist es hilfreich zu wissen, wie die Strukturen in Deutschland und in Nordrhein-Westfalen arbeiten, worauf man aufbauen kann, welche Philosophie hinter dieser Arbeit steht und von welchen Voraussetzungen vor Ort Sie ausgehen können, wenn Sie mit Akteuren oder Institutionen zur Gesundheitsförderung ins Gespräch kommen möchten.

Ich will jetzt versuchen, einige Gedanken dazu zu skizzieren, was eine einzelne Apotheke auf dem Feld der Gesundheitsförderung leisten kann. Im Laufe der Veranstaltung sind hier ja schon viele Dinge angesprochen worden.

Apotheker können immer dort besonders wirken und ihre Möglichkeiten nachdrücklich einbringen, wo ein direkter Zugang zur Bevölkerung wertvoll ist, wo Botschaften und Informationen über persönliche Kontakte vermittelt werden müssen. Dies ist ja auch heute Mittag bei der Präsentation der Projekte im Rahmen der Postersession deutlich geworden. Immer dort, wo Politik und Administration – und dazu rechne ich jetzt auch mal kommunale Institutionen wie Gesundheitsämter, Gesundheitskonferenzen oder sonstige Gruppen – zu weit vom Bürger entfernt sind und wo man die Institutionen und die Berufsgruppen im Gesundheitswesen braucht, die den direkten Kontakt zum Verbraucher, zum Patienten haben – immer dort haben etwa Ärzte und Apotheker eine natürliche Rolle.

Apotheken und Gesundheitsförderung bei sozial benachteiligten Menschen – praktische Ansätze I

- Die Apotheke als persönlicher „Gesundheitswegweiser“: Wer bietet was an? Wo bekomme ich welche Leistung?
- Die Apotheke als Multiplikator und gesundheitliche Anlaufstelle im Stadtteil: Information über stadtteilbezogene Angebote und Aktivitäten
- Die Apotheke als Zugangstor für Migranten und andere benachteiligte Gruppen

Was sind es für Themenbereiche und Aktionsfelder, die man hierfür verstärkt ins Auge fassen kann? Einiges ist dazu schon gesagt; ein paar ergänzende Anmerkungen möchte ich noch machen.

Viele Kommunen haben mittlerweile Gesundheitswegweiser-Systeme aufgebaut. In diesen Wegweisern findet man nicht nur Ärzte und Krankenhäuser, die unterschiedliche Behandlungsmöglichkeiten anbieten. Die kommunalen Gesundheitswegweiser verstehen sich oft als umfas-

sende Wegweiser in die lokale Versorgungs- und Gesundheitsförderungslandschaft. Zumeist datenbankgestützt versuchen die Kommunen dort zu erfassen, was sich in der Gesundheitsszene tut, wer welche Dinge anbietet, wo sie angeboten werden, welche Zielgruppen angesprochen werden sollen usw. In dieses Angebot können sich Apotheken durchaus sinnvoll einbinden und darüber mit den Patienten beraten, welche Einrichtung das für diesen Patienten möglicherweise passende Angebot bereithält. Gerade in den Kommunen, in denen so ein System internetgestützt oder datenbankgestützt vorgehalten wird, hat die Kommune in der Regel großes Interesse daran, dass Multiplikatoren aus verschiedenen Bereichen Zugang zu vielfältigen Zielgruppen finden, um das System für möglichst viele Menschen nutzbar zu machen und die Informationen zu gesundheitlichen Angeboten breit zu streuen.

Ich hatte eben erwähnt, dass Gesundheitsförderung im Stadtteil einer der zentralen Zugangswege ist, um benachteiligte Menschen zu erreichen. Die stadtteilbezogene Gesundheitsförderung ist inzwischen auf einem guten Niveau angekommen. Es gibt zahlreiche Kommunen, die sich hier engagieren. Das Netz der sozialen Stadt NRW öffnet sich dem Thema Gesundheit in diesem Sinne zunehmend. Und gerade dieses Setting Stadtteil ist ein ideales Betätigungsfeld für Apotheker, die ja in der Regel in der Stadt flächendeckend vertreten sind. Sie sind als Multiplikatoren gut geeignet, als Anlaufstelle in Sachen Gesundheit zu fungieren, in der Informationen über stadtteilbezogene Angebote und Aktivitäten vorgehalten und weitergegeben werden. Apotheken können Menschen im Stadtteil heranzuführen an das, was z.B. das Stadtteilmanagement oder das Gesundheitsamt konkret im Stadtteil anbieten und welche weiteren Institutionen und Ansprechpartner dort in Sachen Gesundheit verfügbar sind.

Apotheken und Gesundheitsförderung bei sozial benachteiligten Menschen – praktische Ansätze II

- Die Apotheke als Vermittler sensibler Botschaften (z.B. Selbstmedikation)
- Die Apotheke als Netzwerker und Informationsquelle für Quartiersmanagement und kommunale Gesundheitskonferenz:
 - Wie ist das Gesundheitsverhalten der Menschen?
 - Wie ist die „Stimmung“ im Stadtteil?
 - Wie kommen Maßnahmen der Gesundheitsförderung an?
- Die Apotheke als Drehscheibe im Versorgungssystem

Interessant ist die Überlegung, ob Apotheken nicht auch als Informationsquelle für die Gesundheitsförderung wichtig werden könnten, und zwar bei der Analyse der Situation im Stadtteil oder der Akzeptanz von Maßnahmen der Gesundheitsförderung. Gerade Apotheken haben Kontakt mit vielen Menschen aus den Quartieren, über deren Einstellung zur Gesundheitsförderung und Nutzung entsprechender Angebote sonst kaum Informationen vorliegen. Es sind dies oft Bevölkerungsgruppen, die sich zudem auch schwer damit tun, das etablierte Gesundheitsversorgungssystem zu nutzen.

Ein Beispiel: In Nordrhein-Westfalen ist von der Landespolitik folgende Zielsetzung formuliert worden: Wir wollen kein eigenes migrantenspezifisches Versorgungssystem aufbauen, sondern wir wollen darauf hinwirken, dass Migranten das Regelversorgungssystem nutzen. Strukturen, die unser Versorgungssystem anbietet, sollen allen Menschen mit Migrationshintergrund bekannt und zugänglich sein. Apotheker können bei diesem Thema nicht nur Multiplikatoren von bestimmten Botschaften an diese sonst schwer zu erreichende Zielgruppe sein. Sie können genauso gut Sensoren dafür sein, ob und wie von diesen Zielgruppen in bestimmten Stadtteilen Angebote wahrgenommen werden.

Darüber hinaus wissen Apotheker viel darüber, wie das Gesundheitsverhalten der Menschen im Stadtteil aussieht, wo ihre Probleme liegen, wie die Stimmung im Stadtteil ist. Sie haben aufgrund ihrer Verwurzelung im Stadtteil, ihrer vielfältigen Kontakte und sicherlich auch aufgrund ihres fachlichen Hintergrunds andere und neue Ideen, was man möglicherweise tun könnte, um diese Menschen besser zu erreichen und ihnen das Gesundheitsthema nahezubringen. Denn eigentlich, das muss man auch immer vor Augen haben, gibt es keine wirklichen Universal-Experten im Umgang mit benachteiligten Zielgruppen. Es gibt nur einzelne Erfahrungen und einzelne Philosophien und natürlich Berufsgruppen und Menschen, die in relativ engem Kontakt mit diesen Gruppen stehen. Letztlich ist es aber immer ein Gesamtbild, das sich aus vielen Facetten zusammensetzt: Wie leben diese Menschen, wie nehmen sie selbst ihre Situation wahr, wie nutzen sie ihre Chancen und durch welche Botschaften, durch welche Art von Aktivitäten sind sie letztlich zu erreichen? In diesem Sinne könnte die Apotheke als eine übergreifende Drehscheibe im Versorgungssystem und im System der Gesundheitsförderung fungieren – als Informationsquelle und Multiplikator in beide Richtungen. Das gilt natürlich nicht nur für die Zielgruppe der sozial Benachteiligten.

Aus dieser Überlegung heraus ist es nicht nur für die Apotheken eine Chance, sich in Netzwerken wie z.B. den Kommunalen Gesundheitskonferenzen zu engagieren und damit ihre Wahrnehmung der Probleme und der Wirkung und Sinnhaftigkeit bestimmter gesundheitsfördernder Maßnahmen zu Gehör zu bringen. Für die Gesundheitsförderung und für die Gesundheits- und Sozialpolitik insgesamt ist es immens wichtig, von verschiedenen Akteuren, die mit den betroffenen Menschen in engem Kontakt stehen, rückgemeldet zu bekommen, welche Maßnahmen in welcher Intensität bekannt geworden sind und angenommen wurden. Aus diesem Grunde ist die Mitarbeit der Apotheken auch in anderen Public Health-Netzwerken sinnvoll.

Besonderes Potenzial in Nordrhein-Westfalen – die Amtsapotheker

Wir verfügen in Nordrhein-Westfalen mit den Amtsapothekern über eine spezifische Struktur, auf die andere Bundesländer nicht zurückgreifen können.

Besonderes Potenzial in Nordrhein-Westfalen: die Amtsapotheker

- Multiplikatoren für die Apotheker vor Ort
- Verbindungsglied zur kommunalen Gesundheitsförderung im ÖGD und zur Landesebene
- stehen als ÖGD-Mitarbeiter für sozialkompensatorische Aufgaben und damit für das Anliegen „gesundheitliche Ungleichheit“

Die Amtsapotheker haben ebenfalls eine wichtige Rolle als Multiplikatoren – zum einen im Kontakt mit den Apothekern vor Ort, zum anderen im Kontakt mit den betroffenen Menschen. Sie können, wie die einzelnen Apotheken, in beide Richtungen wirken: Sie können mit den Informationen, die Sie aus Apotheken erhalten, mit ihren Erfahrungen, den Ideen und Anregungen in die Kommunalen Gesundheitskonferenzen und den ÖGD hineinwirken. Sie können über ihre institutionelle Anbindung leicht mit den Gesundheitsförderern des ÖGD auf kommunaler Ebene in Kontakt treten, aber auch auf Landesebene über das Landesinstitut LIGA oder die Landesgesundheitskonferenz.

Als Mitarbeiter des öffentlichen Gesundheitsdienstes sind Amtsapotheker aufgrund des sozialkompensatorischen Auftrags des ÖGD ohnehin prädestiniert, die Zielgruppe der sozial Benachteiligten besonders im Auge zu behalten. Dem ÖGD kommt in unserem Versorgungssystem die Rolle zu, sich um solche Menschen zu kümmern, die durch das klassische Versorgungsnetz

fallen und durch die etablierten Gesundheitsangebote nicht erreicht werden. Für die Amtsapotheker gilt dies sicher auch.

Fazit – Apotheker und Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte: Potenziale nutzen!

Es gibt viele Möglichkeiten für Apotheken, konkret in das Thema „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ einzusteigen. Besonders natürlich, wenn ein Stadtteil Teil des Netzwerkes „Soziale Stadt“ ist und über ein Quartiersmanagement verfügt. Immer häufiger ist hier auch das Thema Gesundheit vertreten.

Ein guter Ansprechpartner ist das Gesunde Städte-Netzwerk, das sich letztlich in direkter Nachfolge der Ottawa-Charta versteht und sich der Gesundheitsförderung besonders verschrieben hat. Die in den teilnehmenden Städten eingesetzten Koordinatoren können über laufende Aktionen informieren und Hinweise geben, wie sich Apotheken engagieren können.

Ich möchte auch nochmals auf die Kommunalen Gesundheitskonferenzen hinweisen. Sie bearbeiten ein breites Spektrum von Themen, die mit Gesundheitsförderung zu tun haben. Natürlich ist auch die Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte hier immer wieder ein wichtiges Thema, aber es werden auch andere Themen wie z.B. die Vermeidung von Unfällen oder Fragen der Versorgung behinderter Menschen aufgegriffen. Um sich hier als Apotheke zu engagieren, spricht man am besten seinen Vertrauensapotheker an, der in den meisten Fällen die örtliche Apothekerschaft in der Kommunalen Gesundheitskonferenz vertritt.

Derzeit ist gerade das Thema Gesundheit für Menschen mit Migrationshintergrund in vielen Kommunen auf der Tagesordnung, nicht zuletzt sicherlich auch aus dem Grunde, weil es hier verschiedene Fördermöglichkeiten gibt. Die besondere gesamtpolitische Problematik der Integration dieser Menschen wird in Nordrhein-Westfalen nach wie vor stark diskutiert.

Lassen Sie mich zum Schluss nochmals ganz kurz zusammenfassen: Die Situation sozial Benachteiligter, die zunehmende Zahl der betroffenen Menschen, die Nähe der Apotheker zur Bevölkerung – auch zu benachteiligten Gruppen – und die Notwendigkeit der Zusammenarbeit in der Gesundheitsförderung sollten Anlass genug sein, in Zukunft intensiver darüber nachzudenken, inwiefern Potenziale, die Apotheker aus ihrer natürlichen Rolle in einer Kommune heraus mitbringen, besser genutzt werden können. Ich bin überzeugt, dass wir solche Potenziale nutzen müssen, um etwas für die Menschen mit gesundheitlicher und sozialer Benachteiligung zu tun. Alle, die im Gesundheitswesen Verantwortung tragen, sollten gerade auch bei diesem Thema Verantwortung wahrnehmen – dies besonders vor dem Hintergrund, dass in der Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte der höchste Handlungsbedarf besteht und mit entsprechenden Aktionen die größten Effekte erzielt werden können.

Vielen Dank.

MR Walter Frie, Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (MAGS)

„Apotheken, Gesundheitsförderung und Gesundheitswissenschaften/Public Health“ aus Sicht des nordrhein-westfälischen Gesundheitsministeriums

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

Prävention und Gesundheitsförderung

Gesundheitsförderung hat für das Land Nordrhein-Westfalen einen hohen Stellenwert. Mit diesem Thema hat sich die Landesgesundheitskonferenz im Jahr 2005 beschäftigt. Zu den Mitgliedern zählen: Sozialversicherungsträger, Ärzte-, Zahnärzte- und Apothekerschaft, Krankenhausgesellschaft, Arbeitgeber und Gewerkschaften, Wohlfahrtsverbände, kommunale Spitzenverbände, Landschaftsverbände, Einrichtungen der Gesundheitsvorsorge und des Patientenschutzes und der gesundheitlichen Selbsthilfe.

Prävention und Gesundheitsförderung sind eine Gemeinschafts- und Querschnittsaufgabe von Bund, Ländern und Gemeinden, des selbst verwalteten Sozial- und Gesundheitswesens aber auch weiterer Institutionen und Organisationen im Gesundheitsbereich.

Zu folgenden Ergebnissen ist die Gesundheitskonferenz gekommen: Gesundheitsförderung ist eine Investition in Lebensqualität. Prävention und Gesundheitsförderung sind wesentliche Aufgaben des Gesundheitswesens. Alle Beteiligten sollen mit ihren unterschiedlichen Befähigungen und ihren Aufgaben eng zusammenarbeiten. Und - es sind bedarfsgerechte Angebote zu entwickeln. Konsens bestand auch darin, dass ein Zusammenhang besteht zwischen sozialer Lage, Gesundheit und Krankheit und dass die Gesundheitsrisiken in der Bevölkerung ungleich verteilt sind. Klar war allen Beteiligten auch, dass Änderungen nur in spezifischen und niederschweligen Angeboten möglich sind.

Prävention und Gesundheitsförderung verfolgen folgende Ziele: Die Fähigkeiten der Bevölkerung zur Stabilisierung ihrer Gesundheit sind zu mobilisieren und zu stärken und dabei sind Lebensqualität, Mobilität und Leistungsfähigkeit der Bürgerinnen und Bürger zu sichern. Prävention und Gesundheitsförderung sollen die Rahmenbedingungen verbessern, damit die Menschen gesund bleiben. Krankheiten sollen frühzeitig erkannt und deren Verschlimmerung vermieden werden.

Prävention und Gesundheitsförderung sind eine Gemeinschafts- und Querschnittsaufgabe von Bund, Ländern und Gemeinden, des selbst verwalteten Sozial- und Gesundheitswesens aber auch weiterer Institutionen und Organisationen im Gesundheitsbereich.

Notwendigkeit der Gesundheitsförderung

Gesundheitsförderung macht zwingend Sinn, da die Gesellschaft immer älter wird und immer mehr Menschen chronisch erkranken. Das wird unter dem Stichwort „Demographischer Wandel“ zusammengefasst. Auch geht die Schere zwischen Arm und Reich weiter auseinander. Gesundheitswissenschaftler tragen zu Recht vor, Armut mache krank und das Kümmern um diese Menschen zeigt Erfolge. Aus diesem Grunde lohne es sich, hiermehr zu tun. Krankheiten

mit kurativer Medizin zu heilen, ist zwingend notwendig. Krankheiten zu vermeiden bzw. alles zu tun, um gesund zu bleiben, erachtet unser Haus als ebenso zwingend. Deshalb gilt es, mehr in Prävention und Gesundheitsförderung zu investieren und zu prüfen, wer noch beteiligt werden kann.

Mehr Gesundheitsförderung ist notwendig

Gründe:

- Demographischer Wandel
- Soziale Ungleichheit = gesundheitliche Ungleichheiten
- Gerechtigkeit

Bisher haben alle Menschen, egal ob arm oder reich, jung oder alt, mit oder ohne Migrationshintergrund, Zugang zu Therapien, Rehabilitation und Pflege. Der Zugang zu Prävention und Gesundheitsförderung ist jedoch noch nicht selbstverständlich. Unser Haus ist der Auffassung, da gilt es nachzuarbeiten.

Was bedeutet das ganz konkret für die nordrhein-westfälische Gesundheitspolitik? In Gesundheitsförderung investieren bedeutet, Menschen befähigen, mit ihrer Gesundheit verantwortungsvoll umzugehen, sie in ihren Lebenssituationen und mit ihren Lebensweisen ernst zu nehmen, sie in die Lage zu versetzen, die für ihre Gesundheit richtigen Entscheidungen zu treffen, sie an Entscheidungen zu ihren Therapie- oder Präventionsmaßnahmen teilnehmen zu lassen und sie an Entscheidungen des Gesundheitssystems zu beteiligen. Das sind die Kernpunkte der Gesundheitsförderung.

Wir bauen in Nordrhein-Westfalen auf den Vorgaben der Ottawa-Charta auf, wir wollen das „Grundgesetz der Gesundheitsförderung“ mit Leben erfüllen.

Was hat das Land bisher getan?

1. Mit dem Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst hat der Landtag eine an den Zielen der Ottawa-Charta ausgerichtete gesetzliche Grundlage für Gesundheitsberichterstattung, Prävention und Gesundheitsförderung geschaffen.
2. NRW ist das einzige Land, das einen Sozialpharmazeuten beschäftigt. Unter seiner Ägide sind seit 1998 auch die Amtsapothekerinnen und Amtsapotheker bei den Kreisen und kreisfreien Städten sozialpharmazeutisch tätig.
3. Unser Ministerium hat sich in den letzten Jahren um Gesundheitsthemen gekümmert wie Raucherentwöhnung, Mutter und Kind, Übergewicht bei Kindern und Sturzprävention. Dabei haben uns auch die Apothekerkammern unterstützt.
4. Das Gesundheitsministerium hat gemeinsam mit dem Wissenschaftsministerium Fakultäten für Gesundheitswissenschaften an den Universitäten unseres Landes gegründet. Mit dem Aufbau des ersten deutschen Studiengangs im Bereich Public Health 1989 in Bielefeld ist es gelungen, die erste Einrichtung dieser Art in Nordrhein-Westfalen zu etablieren. Gesundheitsförderung war und ist bis heute eines der Schwerpunkte von Forschung und Lehre in Bielefeld. Mittlerweile gehören zum nordrhein-westfälischen Förderungsverbund Public Health-Institute an den Universitäten Düsseldorf, Bielefeld, Köln und Münster. Diese Fakultäten und Institute erarbeiten uns die theoretischen Grundlagen für die Gesundheitsförderung. Auf deren Grundlagen kann die Politik mit dazu beitragen, die Gesundheitsförderung in Nordrhein-Westfalen bedarfsgerecht, qualitätsgesichert und finanzierbar weiter zu entwickeln.

5. Unser Ministerium fördert den Ausbau der Versorgungsforschung. Um in diesem Bereich die Vernetzung und Forschungsansätze voranzutreiben, haben wir eine Clearingstelle für Versorgungsforschung errichtet, die derzeit an den Universitäten in Köln und Bochum angesiedelt ist. Auf dem Gesundheitscampus des Landes in Bochum wird das Land zusätzlich in diesen Bereich investieren.
6. Verantwortung für bessere Gesundheitschancen hat Herr Minister Laumann im Herbst letzten Jahres übernommen, als er erklärte, und ich zitiere: „Menschen mit geringerem Einkommen, schlechter Bildung und niedrigem beruflichen Status sind nicht nur häufiger krank, sondern haben auch eine geringere Lebenserwartung. Hier stehen die Gesundheitspolitik aber auch andere Bereiche wie die Sozialpolitik, die Arbeitsmarktpolitik und die Schulpolitik vor besonderen Herausforderungen. Ich begrüße es, dass das Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit den Regionalen Knoten Nordrhein-Westfalen übernommen hat. Damit trägt das Land der politischen Verantwortung für bessere und gleich verteilte Gesundheitschancen in besonderem Maße Rechnung“.

Apotheken - Information und Beratung

Welchen Beitrag können Apothekerinnen und Apotheker durch Information und Beratung leisten? Bürgerinnen und Bürger, die Apotheken aufsuchen, sind nicht nur Menschen, die an ihrer Erkrankung leiden, sondern auch solche mit Potenzialen zur Erhaltung und Förderung ihrer Gesundheit. Diese Potenziale sollen genutzt werden, damit Erkrankungen schneller geheilt und Patienten mit chronischen Erkrankungen eine höhere Lebensqualität erreichen können. Diese Potenziale können und sollen natürlich auch genutzt werden, um Erkrankungen vorzubeugen.

Im Sinne der Sozialpharmazie und der Gesundheitsförderung hat der Publizist Dr. Heribert Prantl von der Süddeutschen Zeitung das EuGH-Urteil zum Fremdbesitz kommentiert. Hier ein für mich wichtiger Auszug: „Das Urteil ist etwas ganz Besonderes, es ist ein neues europäisches Signal. Nicht der Markt, nicht die Kapitalfreiheit, nicht die Niederlassungsfreiheit sind die höchsten Werte, denen sich in Europa alles unterzuordnen hat. Die Europarichter akzeptieren und respektieren, dass es auch andere Werte gibt und dass diese höher zu bewerten sein können, nämlich Werte, die Tradition heißen und Vertrauen. Warum sollte ein System dereguliert werden, das gut funktioniert. Die Apotheke ist wie Rathaus und Kirche ein Stück Heimat. Europa ist nicht dafür da, das den Leuten wegzunehmen. Deregulierung würde dazu führen, dass es zwar Apothekenketten gibt, aber vielleicht keine Apotheke mehr um die Ecke im Quartier der Menschen. Das Apothekenmonopol ist altherwürdig wie erhaltenswürdig aber nur dann, wenn die Apotheker zeigen, dass sie sehr viel mehr können als ein Discounter, wenn also der Kunde dort nicht einfach abgefertigt wird, wenn die Beratung in der Apotheke mehr beinhaltet als das Abstempeln von Rezepten und die Ausgabe des möglichst teuersten Präparates. Mit dem Spruch aus Luxemburg allein werden die Apotheken nicht erhalten.“

Heribert Prantl, Süddeutsche Zeitung, 20. Mai 2009, zu Information und Beratung:

„...Es krankt am mangelnden „Sich Kümmern“. Beratung, Hilfe und Reden kann so wichtig sein wie das Medikament.“

Er liefert nur die juristische Grundlage dafür. Erhalten müssen sich die Apotheken schon selber, indem sie das Defizit des Gesundheitswesens ausgleichen. Es krankt an mangelndem „Sich Kümmern“. Beratung, Hilfe und Reden kann so wichtig sein wie das Medikament“. Soweit Dr. Heribert Prantl. Dieser Kommentierung schließe ich mich gerne an.

Nach Umfragen achtet die Bevölkerung die Leistungen der Apothekerinnen und der Apotheker. Aber sind alle Leistungen der Apotheken wirklich über jeden Zweifel erhaben? Gibt es bei Information und Beratung noch zu viele Fälle, bei denen nicht ordentlich beraten wird? Und trotz Aufforderung unseres Ministers lädt noch nicht jede Apothekeneinrichtung dazu ein, Krankheit und Gesundheit vertraulich, das heißt, ohne dass andere zuhören können, anzusprechen. Frau Möller hat das mit ihrem Poster deutlich erklärt.

Information und Beratung:
Effektiv nur im direkten Kontakt
Apotheker/in Patient/in

Ich denke, der akademisch ausgebildete Apotheker hat mehr als bisher in direktem Patientenkontakt zu stehen. Der Arzt berät und behandelt seine Patienten unter vier Augen. Die Apothekerin überlässt ihre heilberuflichen Tätigkeiten nicht selten nicht approbiertem Personal und ist darüber hinaus nicht in dessen unmittelbarer Nähe. Müssten nicht beide Heilberufler gleiche Präsenz gegenüber dem Patienten zeigen?

Wir brauchen den akademisch ausgebildeten Apotheker v. a. für die Beratung der Patienten. Und das soll in Apotheken geschehen, die sich darstellen und wahrzunehmen sind als Einrichtungen des Gesundheitswesens, als Ort der Arzneimittelversorgung und – hier zitiere ich Professor Hommerich – "nicht als Ort der Inszenierung von Medikamenten auf der Hinterbühne und von Kosmetik- und Wellness-Produkten auf der Vorderbühne". Das schafft ein Glaubwürdigkeitsproblem der Apotheker.

Förderung von und Forderungen an Apotheken

Viele erinnern sich noch an den Entwurf des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes. Dort sollten für verschreibungspflichtige Arzneimittel nur noch Höchstpreise gelten. Apotheken sollten Krankenkassen Rabatte gewähren und Patienten auf Zuzahlung verzichten können. Nordrhein-Westfalen lehnte diese Vorschläge ab. Denn der Apotheker erbringt im Wesentlichen Dienstleistungen durch Information und Beratung zum Arzneimittel. Wenn das Gesetz in seiner Ursprungsform verabschiedet worden wäre, wären auch die Apotheken, die guten Willens wären, nicht mehr in der Lage gewesen, individuelle Information und Beratung zu gewährleisten. Wir haben im Bundesrat und im Bundestag eine Mehrheit für Festpreise bei verschreibungspflichtigen Arzneimitteln erzielt. Sie sehen, wie unser Haus, unser Minister, sich für die notwendige finanzielle Grundlage zur Information und Beratung in Apotheken einsetzt.

Nordrhein-Westfalen für mehr Information und Beratung durch Apotheken.

Das muss auch in der neuen Apothekenbetriebsordnung verankert werden.

Bei der nächsten Änderung der Apothekenbetriebsordnung soll nach unserer Auffassung Information und Beratung mehr Gewicht bekommen. Es soll deutlich werden, dass Apotheker in erster Linie Berater sind. Wir haben mit Unterstützung unseres Sozialpharmazeuten einen Katalog erstellt und dem Bundesministerium für Gesundheit vorgelegt, in welchen Fällen Apotheker auf

jeden Fall pharmazeutisch zu beraten oder zu betreuen haben. Wir haben die Forderung aufgestellt, an jedem Abgabepunkt in der Apotheke die Vertraulichkeit der Beratung zu gewährleisten. Präzise definiert werden muss darüber hinaus, welche Aufgaben nur der Apotheker auszuführen hat.

Apotheker und Gesundheitsförderung

Im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung sind bereits einige Apotheken aktiv. Prävention und Gesundheitsförderung aufgegriffen haben die bayerischen sowie die baden-württembergischen Apothekerkammern. Sie wurden heute Morgen schon darüber informiert: Mit anderen Kooperationspartnern haben die beiden Kammern im Jahr 2007 das Wissenschaftliche Institut für Prävention im Gesundheitswesen gegründet. Sie verfolgen dabei die Intention, den Präventionsgedanken in Gesellschaft und Politik zu fördern und neue Präventionskonzepte zu entwickeln. Das Institut hat einen Preis ausgeschrieben "Hauptsache Prävention". Es sollen Projekte prämiert werden, die zeigen, dass Prävention und Apotheke zusammenpassen und in Zukunft noch näher zusammenrücken werden.

Manfred Krüger, Krefeld: Prävention ist nicht ein weiteres Problem, sondern die Lösung für viele ungelöste Fragen der Versorgung, heute und in Zukunft für eine immer älter werdende Gesellschaft.

Die Deutsche Apotheker Zeitung hat einzelne Jury-Mitglieder interviewt. Herr Dr. Krötzsch äußerte, wir müssen der Politik klar machen, dass wir mehr leisten können,

Frau Schenk trug vor, wir erhalten vielleicht einen Überblick über die gesamte Bandbreite möglicher Präventionskonzepte. Herr Ditzel behauptete, die Apotheker können unabhängig von Firmeninteressen zu Präventionsleistungen animieren. Frau Graf war sich sicher, Apotheken könnten individuell zu Gesundheitsthemen und Erkrankung beraten. Beachtlich die Ausführung von Herrn Krüger: Prävention ist nicht ein weiteres Problem, sondern die Lösung für viele ungelöste Fragen der Versorgung, heute und in Zukunft für eine immer älter werdende Gesellschaft. Das hat mir gut gefallen.

Der GKV-Spitzenverband hat Vorbehalte geäußert und angeregt, die Apotheken nicht ins Präventionssystem aufzunehmen. Denn wenn Apotheken Prävention anböten, wollten sie Produkte oder Dienstleistungen verkaufen. Das sei nicht glaubwürdig.

Prävention und Gesundheitsförderung darf nicht gleichbedeutend mit Produktverkäufen sein

Die auf der Posterveranstaltung gezeigten Projekte zeigen, was beispielhaft machbar ist und geben hoffentlich denen, die hier sind, und denjenigen, die später die Dokumente erhalten, Mut, Gesundheitsförderung aufzugreifen.

Gesundheitswissenschaften und Apotheken

Wenn ich richtig informiert bin, hat der nordrhein-westfälische Forschungsverbund noch keine Vorschläge unterbreitet, wie Apotheken in die Gesundheitsförderung integriert werden können. Woran liegt das? Sind die Apotheken für die Gesundheitswissenschaften unwichtig, zu wenig ergiebig? Nehmen die Gesundheitswissenschaftler die Apotheken nicht als Teil des öffentlichen Gesundheitswesens wahr? Welches Bild haben die Gesundheitswissenschaftler – zu Recht oder Unrecht – von Apotheken?

Auch will ich fragen: Haben die Apothekerinnen und Apotheker die Gesundheitswissenschaften bisher noch nicht wahrgenommen? Welches Bild vermitteln die Apotheken der Öffentlichkeit und den Gesundheitswissenschaften? Sie erinnern sich noch an das Zitat von Herrn Professor Dr. Hommerich, Arzneimittel nur auf der Hinterbühne... Dieses Bild überzeugt nicht, dass Apotheken Teil des öffentlichen Gesundheitswesens sind.

Das derzeitige Erscheinungsbild der Apotheken überzeugt Gesundheitswissenschaftler nicht.

Der nordrhein-westfälische Forschungsverbund Public Health kann prüfen, welchen Wert Apotheken bereits heute für die Gesundheit der Bevölkerung haben und welche Modelle in Zukunft hilfreich sein können. Die Gesundheitswissenschaften sollen sich in Zukunft verstärkt um die Apotheken kümmern.

Apotheken in Netzwerken zu Prävention und zur Gesundheitsförderung

Die meisten Ansatzpunkte für Prävention, also für Maßnahmen und Strategien zur Vermeidung von Krankheitsursachen bzw. Krankheitsrisiken, liegen außerhalb des medizinischen Versorgungssystems. Aus diesem Grund müssen Personen und Institutionen innerhalb und außerhalb des Gesundheitswesens miteinander kooperieren. Darauf hat auch der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Situation im Gesundheitswesen im Gutachten 2007 hingewiesen. Sein Appell für den verstärkten Zusammenhalt richtet sich auch an die Apotheken. Es ist an der Zeit, sich auf die Sichtweisen unterschiedlicher Professionen einzulassen und sich gemeinsam zum Nutzen unserer Bürgerinnen und Bürger an der Gesundheitsförderung zu beteiligen. Auf die Apotheken wollen wir nicht verzichten, denn sie bieten beste Voraussetzungen, als Partner im Konzept Prävention und Gesundheitsförderung eingebunden zu werden. Sie sprechen täglich eine Vielzahl von Menschen an, können Kontakte vermitteln, Ideen und Angebote an die richtigen Zielgruppen verteilen und als Institution an Maßnahmen zur Gesundheitsförderung teilnehmen.

Es ist an der Zeit, sich auf die Sichtweisen unterschiedlicher Professionen einzulassen und sich gemeinsam zum Nutzen unserer Bürgerinnen und Bürger an der Gesundheitsförderung zu beteiligen. Auf die Apotheken wollen wir nicht verzichten.

Die Einzigartigkeit von Apotheken ist begründet in der Verbreitung in der Fläche, in millionenfachen Kundenkontakten, in der Zugangsmöglichkeit für alle Menschen, im hohem Vertrauensbonus in der Bevölkerung und im gut ausgebildeten und meist ortsansässigen Personal.

Apotheken nehmen täglich verschiedenste Informationen aus der Bevölkerung auf, Informationen, die zur Analyse gesundheitlicher Gefahren oder auch gesundheitlicher Chancen wichtig sein können. Deshalb sollen Apotheken ihre Erkenntnisse in Zirkeln zur Gesundheitsförderung einbringen. In solchen Zirkeln werden nämlich Informationen aus der Perspektive unterschiedlicher Berufsgruppen betrachtet, analysiert, bewertet und Entscheidungen für weitere Maßnahmen getroffen. Nur in der Zusammenarbeit unterschiedlicher Berufsgruppen des Gesundheits- und Sozialwesens können die anstehenden Herausforderungen bewältigt werden. Diese Zusammenarbeit muss geübt werden.

Vorteile der Apotheken

- Millionen Kundenkontakte
- Niedrigschwelligkeit
- Gut ausgebildetes Personal
- Hohes Vertrauen in der Bevölkerung
- Verankerung im Stadtteil

Wir wollen, dass alle Berufsgruppen, auch die Apotheker, in solchen Netzwerken des öffentlichen Gesundheitswesens, oder treffender im Bereich Public Health, mitarbeiten.

Wie können wir die Apothekerinnen und Apotheker aktivieren? Mit dieser Veranstaltung haben wir bereits den ersten Schritt getan. Sie dient zur Verbreitung des Wissens über Gesundheitsförderung und zur Motivation. Wir wollen mit einer umfassenden Dokumentation über diese Veranstaltung informieren und Ansprechpartner finden. Auch wollen wir bei den Gesundheitswissenschaften werben, sich verstärkt um die Apotheken zu kümmern.

Neue Impulse für die Apotheken zur Prävention und Gesundheitsförderung

- Aus-, Fort- und Weiterbildung
- Kommunikation
- Kooperation mit anderen Heilberufen

Ich denke, die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen in den Apotheken müssen mehr als bisher ihre vorhandenen kommunikativen Fähigkeiten nutzen und fehlende erlernen. Denn Kommunikation gehört in der Gesundheitsförderung zur wesentlichen Grundausstattung. Wir brauchen diese Soft-Skills, denn sie gehen mit der Gesundheitsförderung einher.

Erforderlich ist auch eine Offensive in der Weiterbildung. Die Musterweiterbildungsordnung im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung ist ein Schritt in die richtige Richtung. Danach hat der Apotheker in diesem Bereich folgende Aufgaben: Aufklärung über den individuellen Umgang mit Gesundheitsrisiken und Belastungen, Unterstützung bei der Veränderung individueller gesundheitsbezogener Verhaltensweisen, Screening-Maßnahmen zur Früherkennung von Erkrankungen, Kooperation mit anderen Heilberuflern und Unterstützung beim Aufbau und der Stärkung gesundheitsfördernder Strukturen in Lebenswelten.

Schlusswort

Alle Staaten der WHO-Gemeinschaft, also auch die Bundesrepublik, haben die Ottawa-Charta unterzeichnet und sich dadurch verpflichtet, in ihren Verantwortungsbereichen die Gesundheit der Bürgerinnen und Bürger zu stärken. In der Charta heißt es: Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Dieser Leitsatz verpflichtet uns.

Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Dieser Leitsatz der Ottawa-Charta verpflichtet uns.

Es ist unsere Aufgabe, Menschen zu erreichen und uns für deren Gesundheit einzusetzen, Aufgabe im Ministerium, in den Behörden und auch in den Apotheken. Um diese Menschen zu erreichen, müssen wir sie ernst nehmen, sie akzeptieren, wie sie sind und sie befähigen, ihre Gesundheit zu stärken. Wer in seinem Umfeld gesundes Leben nie erlernen konnte, wird es schwer haben, gesund zu leben.

Selbstbestimmung ist ein Kernelement dieses Konzepts. Wenn wir den Patienten als Koproducten im Gesundheitsprozess gewinnen wollen, muss er sicher sein, dass er seinen Gesundheitsprozess so weit wie möglich selbst in die Hand nehmen kann.

Gesundheitsförderung ist also ein Konzept, Menschen zu befähigen.

Gesundheitsförderung heißt, Anwalt für Menschen werden, die ihre berechtigten Interessen selbst nicht durchsetzen können, zum Beispiel für alte Menschen, Kinder und sozial Schwache. Diese Menschen kommen in die Apotheken vor Ort. Ich erinnere an Herrn Prantl: "Sich kümmern . Beratung, Hilfe und Reden kann so wichtig sein wie das Medikament".

Apotheken, Gesundheitsförderung und Gesundheitswissenschaften/Public Health

Dokumentation der Poster

Apotheken und Kommunale Arbeitsgemeinschaft zur Gesundheitsförderung als frühes lokales Echo der Ottawa-Charta

Autorin

Dorothea Hofferberth ist Inhaberin der Aesculap-Apotheke in Aerzen, E-Mail: aesculap.apotheke@t-online.de

Hintergrund

Im Jahr 1990 beschloss das Gesundheitsamt des Kreises Hameln im Bundesland Niedersachsen, im Bereich Gesundheitsförderung aktiv zu werden. Das Niedersächsische Sozialministerium unterstützte die Initiative des Kreises. Es wurde eine Arbeitsgemeinschaft gegründet, in dem fast alle Institutionen des kommunalen Gesundheitswesens im Kreis Hameln vertreten waren (Krankenkassen, Wohlfahrtsverbände, Schulen, politische Parteien etc.). Frau Hofferberth war Mitinitiatorin und erfüllte Koordinator-Funktionen.

Ziel des Projektes

Ziel war es, das Gesundheitsbewusstsein der Bürgerinnen und Bürger im Kreis Hameln zu steigern sowie gesundheitsbeeinträchtigende gesellschaftliche Rahmenbedingungen und Veränderungsmöglichkeiten aufzuzeigen.

Methode

Von 1991 bis 2001 wurde jedes Jahr ein Gesundheitsevent durchgeführt.

Themen waren u.a.: „Ernährungswoche“, Gesundheitswochen „Vital den Alltag meistern“, „Gesundheit für alle – mach mit“ (Sportvereine etc.), „Gesundheitsspaß im Freibad“, Gesundheitsmesse, im Rahmen der Expo 2000, „Schulhofgestaltung“ und Gesundheitstage im Kreis Hameln.

Ergebnisse

Die Veranstaltungen erfreuten sich großer Beliebtheit. Die Apothekerschaft konnte sich aktiv einbringen. Viele Apotheken des Kreises nahmen teil, und die Arbeit wurde aufgeteilt. Eine Besetzung der Stände auf den Veranstaltungen war kein Problem. Das Projekt wurde 2001 gestoppt. Das Gesundheitsamt zog sich zurück, der Landkreis strich sämtliche Gelder. Auch der Apothekerverband gab keine Unterstützung mehr. Das Projekt läuft momentan noch ehrenamtlich weiter. Große Gesundheitsveranstaltungen können durch zu wenig Aktive und zu wenig Geld nicht mehr organisiert werden. Dieses Jahr setzt sich die AG zusammen und berät, welche Funktionen sie übernehmen kann.

Diskussion der Methode/ Ergebnisse

Ein gut funktionierendes und erfolgreiches Projekt verlief im Sande. Mögliche Gründe:

- Das Projekt war nicht tragfähig, weil die Einbettung in vorhandene Strukturen fehlte.
- Die finanzielle Unterstützung bröckelte ab.
- Die Bereitschaft der Apothekerinnen und Apotheker, bei Aktionen Unterstützung zu leisten, nahm ab.
- Die koordinierende Stelle am Gesundheitsamt und Gelder wurden gestrichen.
- Eine wissenschaftliche Begleitung fand nicht statt.

Das Projekt wurde nicht evaluiert. Ein Erfolg ist bei Aktionstagen schlecht messbar. Hier geht es vielmehr um Signalwirkung, um einen Denkanstoß, die Gesundheit in den Alltag zu integrieren. Die Verantwortung für das Gelingen lag auf zu wenig Schultern, so dass bei dem Ausscheiden

eines Mitorganisators die übrigen die Arbeit kaum noch bewältigen konnten, ein gleichzeitiges Ausbleiben der finanziellen Unterstützung machte eine Fortführung nicht möglich.

Schlussfolgerungen aus dem Projekt

Dieses Projekt macht deutlich, wie wichtig es ist, Projekte in vorhandene Strukturen einzubetten. Vielleicht hätte auch eine kurze Evaluation durch Befragung der Besucher die Wichtigkeit der Veranstaltung unterstrichen und andere Geldgeber finden lassen. Letztendlich lassen sich Veranstaltungen nicht ohne ein gewisses ehrenamtliches Engagement durchführen. Wenn hierzu die Apothekerschaft (und auch andere Gesundheitseinrichtungen) z. Zt. nicht in der Lage sind, sollte eventuell auch hier Ursachenforschung betrieben werden.

Ausblick

Möglicherweise hätte ein neuer Anfang mehr Chancen auf langfristigen Erfolg, wenn gesundheitswissenschaftliche Einrichtungen mit ins Boot geholt würden und neue Vertragschancen nach SGB V genutzt würden, die es in den neunziger Jahren noch nicht gab.



Apotheken und Kommunale Arbeitsgemeinschaft zur Gesundheitsförderung als lokales Echo der Ottawa-Charta

Das Beispiel im Landkreis Hameln-Pyrmont

Hintergrund

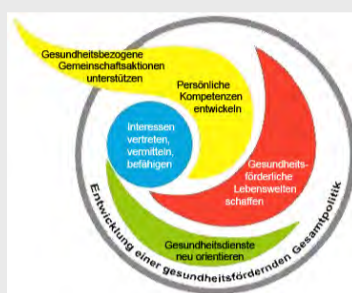
Im Jahr 1986 beschlossen die Staaten der Weltgesundheitsorganisation (WHO), darunter auch die Bundesrepublik, das Konzept der Gesundheitsförderung (Ottawa-Charta).

Die Bundesländer griffen das Thema kurz danach auf. So initiierte das Niedersächsische Sozialministerium 1990 Kommunale Arbeitsgemeinschaften zur Gesundheitsförderung.

In Folge dessen lud das Gesundheitsamt des Landkreises Hameln-Pyrmont zur konstituierenden Sitzung des Kommunalen Arbeitskreises Gesundheitsförderung ein.

Die zentralen Handlungsebenen der Ottawa-Charta „Gesundheitsfördernde Lebenswelten schaffen“, „Persönliche Kompetenzen entwickeln“, „Gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen unterstützen“, standen im Mittelpunkt der Initiative.

Die Apothekerschaft war von Anfang an mit Frau Dorothea Hofferberth und Herrn Peter Risel vertreten. Sie folgten damit der Einladung des Gesundheitsamtes in Absprache mit dem örtlichen Vertreter des Apothekerverbandes.



Ergebnisse

Zu Beginn der Initiative fand sich ein breites Bündnis unterschiedlicher Professionen und Institutionen in der Kommunalen Arbeitsgemeinschaft zusammen. Vertreter der meisten Gesundheitsberufe waren genauso vertreten wie Vertreter von Krankenhäusern, Krankenkassen und Selbsthilfe.

Bis Mitte der neunziger Jahre konnte die Arbeitsgemeinschaft verschiedene Aktionen zur Gesundheitsförderung durchführen und stieß auf eine breite Resonanz in der Bevölkerung und in den Medien. Die Apotheken waren bei diesen Aktionen breit vertreten, bspw. durch einen gemeinsamen Stand auf den Gesundheitswochen.

Vertreter der Apothekerschaft trafen sich auch außerhalb des Kommunalen Arbeitskreises und besprachen ihr gemeinsames Engagement in dieser Initiative.

Die Kommunale Arbeitsgemeinschaft trifft sich zwar auch heute noch und ist öffentlichkeitswirksam aktiv. Die Apothekerschaft ist aber nicht mehr vertreten.

Diskussion:

Nach anfänglich großem Engagement der Mitglieder des Kommunalen Arbeitskreises zur Gesundheitsförderung über die ersten Jahre, begann das Interesse Mitte der neunziger Jahre zu bröckeln. Mögliche Gründe:

- Es wurde versäumt, die Arbeit der Kommunalen Arbeitsgemeinschaft ausreichend zu dokumentieren, wissenschaftlich zu begleiten und damit den Teilnehmern deutlich zu machen, was erreicht wurde und welche Hürden mit welchen Mitteln zu überwinden sind.
- Es wurde im Land Niedersachsen versäumt, die Kommunalen Arbeitsgemeinschaften gesetzlich zu fixieren. Die Arbeit der Initiative würde wahrscheinlich noch heute im gleichen Ausmaß fortgeführt werden können, wenn sie in eine auf Langfristigkeit angelegte Strategie und Struktur eingebettet gewesen wäre.
- Das Engagement einzelner Teilnehmer der Kommunalen Arbeitsgemeinschaft hat im Laufe der Zeit abgenommen. Gründe:
 - Strukturelle Gründe, Kostendruck beim Kommunalen Gesundheitsamt,
 - Interessensverlust bei einzelnen Vertretern aufgrund anderer entstandener Probleme (zunehmende Bürokratisierung und Wettbewerbsorientierung im Gesundheitswesen), steigender Konkurrenzdruck unter den Apotheken,
 - Ausbleibende oder nicht ausreichend erkennbare Ergebnisse, die eine Verbesserung der Gesundheit in der Bevölkerung hätten nachweisen können.



Ziele

Verantwortungsvoller Umgang mit der Gesundheit

Bewusstmachung von krankheitsfördernden Einstellungen und Verhaltensweisen

Bürgernahe Vermittlung von Informationen zur Gesundheit

Motivierung gesundheitsgerechter Lebensweise

Aufzeigen von gesundheitsbeeinträchtigenden gesellschaftlichen Rahmenbedingungen und Veränderungsmöglichkeiten

sowie die Befähigung des Bürgers Gesundheitsbeeinträchtigungen durch Lebens-, Arbeits-, und Umweltverhältnisse zu erkennen und zu verändern.

Methodik

1990 Gründung der Kommunalen Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung. In Arbeitsgruppen setzen sich die Teilnehmer mit verschiedenen Aspekten der Gesundheitsförderung auseinander. Hieraus entstanden Veranstaltungen wie zum Beispiel:

- 1991: Hamelner Ernährungswoche
- 1992: Durchführung des 1. Hamelner Gesundheitsmarktes.
- 1993: Gesundheitswoche „Vital den Alltag meistern“
- 1994: Gesundheitstag „Gesundheit für alle – mach mit“
- 1996: Gesundheitsspaß
- 1997: Gesundheitsmesse in Bad Pyrmont
- 2000: Expo 2000 – Das Projekt Schulhofgestaltung
- 2001: ... rundum gesund! Gesundheitstage in Hameln



Schlussfolgerungen und Ausblick

Die Herausforderungen der Zukunft an das Gesundheitswesen, die sich vor allem mit den Stichworten „Demografischer Wandel“ und „gesundheitliche und soziale Ungleichheiten“ benennen lassen, können nicht allein durch kurative Ansätze der Medizin gemeistert werden. Deswegen muss verstärkt diskutiert werden:

- Gesundheitsfördernde Aktivitäten auf allen Ebenen müssen als Ergänzung zur Prävention, Kuration und Rehabilitation vorangetrieben werden. Auch die Staaten der WHO setzen sich weiterhin für den Ausbau der Gesundheitsförderung ein, wie sie auf den Nachfolgekonferenzen zur Gesundheitsförderung deutlich gemacht haben.
- Zur erfolgreichen Umsetzung der Gesundheitsförderung müssen feste und auf Dauer mit ausreichend finanziellen Mitteln versehene Strukturen vorhanden sein.
- Gesundheitswissenschaftliche Einrichtungen müssen die Initiativen begleiten und Lösungsansätze bei Problemen anbieten können. Ein Präventionsgesetz, das die Erfahrungen aus den Kommunalen Arbeitsgemeinschaften zur Gesundheitsförderung aufgreift, ist notwendig.
- Verbände im Gesundheitswesen müssen ihren Mitgliedern mehr Unterstützung bei kommunalen Initiativen leisten.
- Die Gesundheitsberufe müssen in Aus-, Fort- und Weiterbildung viel mehr als bisher Themen der Gesundheitsförderung aufnehmen.
- Die interdisziplinäre Arbeit muss in allen Berufsgruppen in Aus-, Fort- und Weiterbildung verankert werden.

Dorothea Hofferberth, Äsculap-Apotheke, Aerzen
aesculap.apotheke@t-online.de
 Monika Stuedle, Gesundheitsamt des Kreises Hameln-Pyrmont
monika.stuedle@hameln-pyrmont.de

Gesundheitsförderung – Grefrather Modell –

Autor

K.D. von Laguna, Apothekenleiter, Grefrath, E-Mail: hubertus-apotheke.laguna@t-online.de

Hintergrund

Herr von Laguna ist Inhaber der Hubertus-Apotheke in Grefrath (16.000 Einwohner) und Apotheker für Gesundheitsberatung. Im Rahmen der Arbeit in seiner ländlichen Apotheke hat er versucht, Ansätze der Ottawa Charta praxisnah umzusetzen. Auf dem Gebiet der Gesundheit kann der Apotheker „im Boot des Lebens“ (vgl. Poster) eine Lotsenfunktion übernehmen.

Ziele des Projektes

Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen des Einzelnen und der Bürger insgesamt unter Berücksichtigung von Patientenkompetenz.

Verstärktes Engagement der örtlichen und ortsnahen Gesundheitsdienste in den Bereichen Gesundheitsförderung, -erhaltung, -vorsorge und -nachsorge.

Verbesserung der medizinischen Versorgung, Schließen von Versorgungslücken und Optimierung der Unterstützung und Hilfeleistung in allen Gesundheitsfragen.

Methoden

Das Projekt soll als Ergänzung und Erweiterung zu bestehenden Netzwerken und Einzelangeboten im Gesundheitswesen verstanden werden.

Im Jahr 2005 wurde zunächst die Initiative „Gesundes Abnehmen“ gegründet, ein Netzwerk zwischen Pflegediensten, Selbsthilfegruppen, Ökotrophologen, Apotheken und Haus- und Fachärzten, Krankenkassen, Pflegekassen und Sportangeboten (enge interdisziplinäre Zusammenarbeit auf lokaler Ebene).

Eine Ökotrophologin übernimmt die Ernährungsberatung, ein Arzt betreut die Teilnehmenden ernährungsmedizinisch. Bewegungsangebote unterstützen das Abnehmen. Der Apotheker übernimmt die Koordination und führt biometrische Messungen (BMI, Körperfett, Bauchumfang, viscerales Fett, Blutdruck) durch. Die Messungen erfolgen am Anfang, in der Mitte und am Ende des Kurses.

Zukünftig soll es ein Angebot von individuellen Gesundheitsprogrammen auf breiterer Ebene geben, regelmäßige Gesundheitsvorträge, Schulungen, eine Erweiterung aller ortsansässigen Angebote und Hilfen zur Selbsthilfe (Patientencoaching).

Ergebnisse

Am Projekt „Gesundes Abnehmen“ nahmen bisher 136 Teilnehmer teil, die insgesamt über 330 kg abnahmen, pro Teilnehmer 2,5 kg in einem Zeitraum von 5 Monaten.

Die Erfolge des Abnehmens nehmen mit zunehmenden räumlichen, mentalen und zeitlichen Abständen wieder ab. Ca 15% der Teilnehmer konnten ihr Gewicht bis heute weiter reduzieren bzw. halten.

Am Projekt „Gesundheitshilfe Grefrath“, das im März 2009 startete, bekundeten etwa die Hälfte von 70 angeschriebenen Gesundheitsinstitutionen großes Interesse und eine mögliche Teilnahme an einer Kooperation. Auch in der Bevölkerung fand die Maßnahme großen Zuspruch.

Diskussion der Ergebnisse

Konkurrenzdenken und Misstrauen unter den Gesundheitsdienstleistern hemmen die Erweiterung des gut funktionierenden Netzwerkes „Gesundes Abnehmen“ zur „Gesundheitshilfe Grefrath“. Wirtschaftliche Interessen der Dienstleistungsanbieter scheinen Patienteninteressen in den Hintergrund zu drängen. Bürokratische Hürden und Finanzierungen erschweren zusätzlich den Verlauf des Projektes.

Schlussfolgerungen aus dem Projekt

Gesundheitshilfe und Gesundheitsförderung haben mehrere Ebenen, die alle berücksichtigt werden müssen. Dabei sollen die Interessen des Bürgers bzw. des Patienten im Mittelpunkt stehen. Effizientes „Patientencoaching“ findet gemeinsam und auf breiter Ebene statt.

Ausblick

Da Gesundheitshilfe und Gesundheitsförderung nur kommunikativ aufgebaut und gelebt werden kann, sind weitere Treffen und Gespräche mit allen Vertretern der Gesundheitsdienste erforderlich und geplant.

Zusätzlich sollen Informationsveranstaltungen für Bürger und Schulungen für alle Angestellten der Gesundheitsdienste angeboten werden.

Das Konzept verlangt ein persönliches Engagement, das über den normalen Arbeitseinsatz hinausgeht. Es verlangt aber auch nach finanziellen Mitteln, deren Bereitstellung in der heutigen Zeit zwar fraglich aber nicht unmöglich ist.

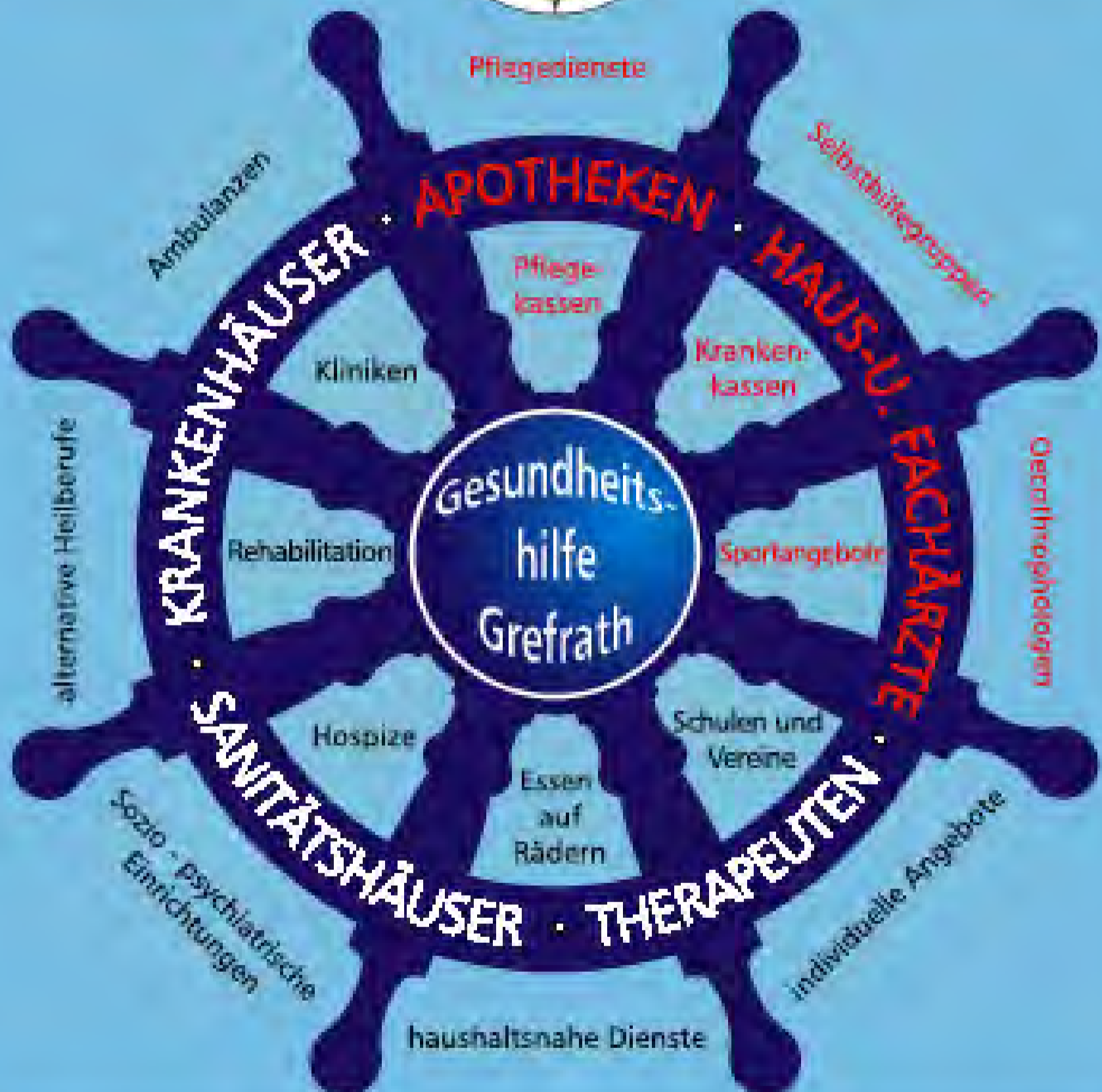
Gesundheitsförderung

-Grefrather Modell-

Lebensqualität
 Lebenserwartung
 Patientenkompetenz
 Gesundheitsvorsorge
 Gesundheitserhaltung



Geundheitsberatung
 anwaltschaftl. Vertretung
 Mehrwert
 Kosten-Nutzen-Verhältnis
 Stärkung vorh. Strukturen



individuelle Gesundheitsprogramme
 Rundumversorgung, Hilfe zur Selbsthilfe
 sozialrechtliche und psychosoziale Betreuung

regelmäßige Gesundheitsvorträge
 Netzwerk aller ortsansässigen Angebote
 Versorgungsforschung

qualifizierte und schnell erreichbare Information

Apothekerin in der Schule? Klasse 2000

Autorin

Elisabeth Nieder, Inhaberin der Barbara-Apotheke in Hamm, E-Mail: elisabeth.nieder@helimail.de

Hintergrund

Die Kindheit ist prägend für den späteren Lebensstil, daher macht es Sinn, Gesundheitsförderung in einem sehr frühen Lebensalter anzusiedeln. Die Grundschule wird als ein günstiger Zeitpunkt gesehen, um das Gesundheitsbewusstsein positiv zu beeinflussen. In der Grundschule werden alle Kinder flächendeckend, unabhängig von ihrer sozialen Schichtzugehörigkeit, erreicht. Klasse 2000 ist ein ganzheitliches Programm, das die Kinder während der ganzen Grundschulzeit begleitet. Die reine Informationsvermittlung reicht als alleinige Intervention nicht aus. Es sollen Lebenskompetenzen gefördert werden. Damit geht das Programm über andere Projekte in Schulen weit hinaus, in denen Heilberufler als Experten in Schulen nur sporadisch aktiv werden.

Frau Nieder ist Leiterin einer öffentlichen Apotheke in Hamm mit abgeschlossenem Masterstudiengang der Gesundheitswissenschaften und suchte nach einem Gegenpol zu dem sehr krankheitsorientierten und Therapie ausgerichteten Gesundheitssystem. Gesundheit kann durch die Stärkung von Eigenkompetenzen gefördert werden. So ist sie auf das Projekt Klasse 2000 gestoßen und unterstützt dies an einer Grundschule in ihrem Stadtteil.

Ziel des Projektes

Nach der WHO ist derjenige lebenskompetent, der sich selbst kennt, der sich selbst mag, der sich in andere einfühlen kann, der kritisch denkt, der erfolgreich kommuniziert, der Probleme lösen und Stress bewältigen kann. Das entspricht den Zielen von Klasse 2000. Das Programm will diese Fähigkeiten bei den Kindern stärken und damit Schutzfaktoren aufbauen. Das Programm dient der Gesundheitsförderung und der Gewalt- und Suchtvorbeugung in Grundschulen.

Methode

Die Methoden sind kindorientiert, spielerisch und interaktiv. Die Programminhalte sind auf die Lehrpläne abgestimmt. Der Klassenlehrer übernimmt ca. 12 Unterrichtseinheiten im Jahr und darüber hinaus kommen externe Fachkräfte in die Schulen, sogenannte „Gesundheitsförderer“ für weitere 3 Unterrichtseinheiten. Es entstehen Kosten von 220 € für jede Klasse.

Im Wesentlichen kommen diese speziell geschulten Externen aus den Bereichen Medizin, Pädagogik und Psychologie. Die externen Mitarbeiter erhöhen die Aufmerksamkeit der Kinder. Zusätzlich wird Wert auf die Zusammenarbeit der Eltern und der Schule gelegt. Es werden Informationsabende für die Eltern durchgeführt, damit ihnen bekannt ist, welche Inhalte ihren Kindern vermittelt werden. Außerdem werden Elternbriefe verschickt und eine jährliche Zeitung erstellt. Die Lehrerstunden sind bis ins Detail geplant, es entsteht für die Lehrer keine zusätzliche Arbeitsbelastung. Die Option zur individuellen Veränderung und Gestaltung durch den Lehrer bleibt unberührt. Apotheker können als externe Fachkraft unterrichten.

Ergebnisse

Kinder berichten sehr häufig von den Stunden im häuslichen Umfeld. Apotheker können das Themenfeld an den Schulen durch Aufklärung bei Schulleitern und Lehrerkollegium anstoßen. Das Programm fand großen Anklang, inzwischen sind alle Klassen in dem Programm. Klasse 2000 wird durch regelmäßige Befragungen der Lehrerschaft auf Akzeptanz und Praktikabilität geprüft und überarbeitet. Auch die Langzeitwirkung wird evaluiert.

Diskussion der Ergebnisse

Die Arbeit und das Projekt leben von der Initiative von Frau Nieder. Sie unterstützt die Schule bei der Pressearbeit und sucht nach Sponsoren für die einzelnen Klassen. Inzwischen dürfte der Nutzen bei allen Beteiligten offensichtlich sein, so dass das Fortbestehen gesichert scheint. Eine Auswertung des Projektes wird extern durch den Verein Klasse 2000 gesteuert. Hier geht es darum aufzuzeigen, wie man – auch oder gerade als Apotheker durch Eigeninitiative – eine ganze Schule dazu bewegen kann, mehr in Sachen Gesundheit zu unternehmen. Skeptiker konnten überzeugt werden und ein gutes Programm wurde ins Rollen gebracht.

Schlussfolgerungen aus dem Projekt

Dies Beispiel zeigt, wie sich Apotheker in Thematiken der Gesundheit durch ihre Fachkompetenz einbringen können, ohne dass ein direkter Bezug zur Apotheke besteht. Apotheke wird dadurch zum Ort der Gesundheit und die Apothekerin als direkte Ansprechpartnerin Teil des Gesundheitssystems erlebt, das den Menschen und seine Gesundheit in den Mittelpunkt rückt. Davon profitieren das Projekt und auch der Berufsstand.

Ausblick

Wünschenswert wäre ein stärkerer Verbreitungsgrad solcher Programme, die es auch für die Sekundarstufe gibt, in der gesamten Schullandschaft. Das Bewusstsein bei Lehrern, mit den ihnen zur Verfügung stehenden Instrumentarien auch einen Beitrag zur Gesundheit der Schüler zu liefern, ist erst gering entwickelt.

Folgerichtig wäre, auch Pädagogen in die Kommunalen Gesundheitskonferenzen aufzunehmen.

Klasse2000



Gesundheitsförderung in der Grundschule Gewaltvorbeugung und Suchtvorbeugung

Klasse2000

ist das bundesweit größte Programm zur Gesundheitsförderung, Gewalt- und Suchtvorbeugung in der Grundschule. Seit 1991 haben bereits über 500.000 Kinder daran teilgenommen.

Konzept

Klasse2000 setzt auf einen frühzeitigen Beginn in der 1. Klasse und eine kontinuierliche Durchführung über vier Jahre. Basierend auf dem Ansatz der Lebenskompetenzförderung (WHO 1994) fördert das Programm Gesundheitsbewusstsein sowie persönliche und soziale Kompetenzen. Eine Besonderheit ist der Einsatz externer Fachkräfte aus medizinischen und pädagogischen Berufsfeldern, den Klasse2000-Gesundheitsförderern. Diese arbeiten in der Umsetzung des Programms eng mit den Lehrkräften zusammen. Die Finanzierung erfolgt in der Regel durch Spenden, meist in Form von Patenschaften für einzelne Schulklassen (240 € pro Klasse und Schuljahr).

Ziele

- Kinder entwickeln eine positive Einstellung zu ihrer Gesundheit und wissen was sie selbst dafür tun können
- Kinder kennen ihren Körper und die Bedeutung von gesunder Ernährung und Bewegung
- Kinder entwickeln persönliche und soziale Kompetenzen
- Kinder können "nein" sagen zu Tabak und Alkohol
- Eltern, Schule und Umfeld unterstützen Kinder beim gesunden Aufwachsen

Für Lehrer und Schüler

Die Lehrkräfte werden durch genau ausgearbeitete Unterrichtsvorschläge (ca. 15 Stunden pro Schuljahr) und Schülerhefte in der Umsetzung des Programms unterstützt.

Begleitet wird die Durchführung durch Klasse2000-Gesundheitsförderer diese führen Vorbereitungsgespräche mit den Lehrern und führen bis zu 3 Impulsstunden pro Schuljahr mit den Kindern durch. Vielfältige Materialien, wie CDs, Bewegungskarten, Schwungtuch, Erbsensäckchen, Atem-Trainer, Stethoskope, Poster und vieles mehr bieten den Kindern die Möglichkeit zur handlungsorientierten Erfahrung der Lerninhalte.

Für Eltern und Schulen

Durch einen Informationsabend, thematische Elternbriefe, eine jährliche Zeitschrift sowie Hausaufgaben und Berichte der Kinder werden die Eltern in die Klasse2000-Aktivitäten eingebunden und familiäre Ressourcen gestärkt.

Schulleiter erhalten die Broschüre „Schule2020“ mit Anregungen für die Schulentwicklung. Außerdem bietet das Klasse2000-Zertifikat die Möglichkeit zur internen Evaluation und öffentlichen Dokumentation der Schulaktivitäten für die Gesundheit der Kinder.

Evaluation

Das Programm wird durch regelmäßige Befragungen von Lehrkräften im Hinblick auf Akzeptanz und Praktikabilität geprüft und kontinuierlich überarbeitet.

Die Ergebnisse belegen, dass sich das Programm erfolgreich in den Schulalltag integrieren lässt. Insbesondere die Kooperation mit den Klasse2000-Gesundheitsförderern wird als positiv erlebt. Die Wirksamkeit konnte in Bezug auf das Rauchverhalten von Kindern der 4. Jahrgangsstufe belegt werden. Eine auf vier Jahre angelegte externe Evaluationsstudie untersucht derzeit die Programmwirkung auf Verhaltensauffälligkeiten und Kompetenzen der Kinder sowie auf das Gesundheitsbewusstsein und -verhalten.

Weitere Informationen

Verein Programm Klasse2000 e.V.
Feldgasse 37, 90489 Nürnberg
Tel.: 0911-89 121 0, Fax: 0911-89 121 30
info@klasse2000.de, www.klasse2000.de



Zwischen Lehren und Erklären – Der Apotheker bei der Patientenuniversität

Autoren

G. Picksak, H. Lingner, M.L. Dierks, H. Alz, Zentralapotheke der Medizinischen Hochschule Hannover, E-Mail: Picksak.Gesine@MH-Hannover.de

Hintergrund

Die Patientenuniversität ist ein Bildungsangebot für Jedermann der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH). Durch unterschiedlichste Medien (Zeitung, Internet) werden Bürger auf die Patientenuniversität aufmerksam gemacht. Zunächst werden die Teilnehmer in einem 60-minütigen Vortrag, den ein Hochschulprofessor hält, theoretisch fortgebildet. Anschließend kann das theoretisch Gelernte an Lernstationen vertieft werden. Die Veranstaltungen finden an 10 Abenden zu unterschiedlichen Themen statt. Von einigen gesetzlichen Krankenversicherungen werden die geringen Teilnahmegebühren zurückerstattet, wenn mindestens 8 Abende besucht wurden. Die Teilnahme wird in einem Ausweis bestätigt.

Die Zentralapotheke beteiligt sich an jedem Abend der Patientenuniversität. Frau Picksak ist angestellte Apothekerin in der Zentralapotheke der MHH.

Ziel des Projektes

Ziel ist es, die Autonomie und das Empowerment der Patienten zu stärken. Die Prävention von Erkrankungen rückt in den Vordergrund. Außerdem sollen die Patienten auf ihre Rechte, wie zum Beispiel das Recht, seinem Arzt und / oder Apotheker Fragen zu stellen, aufmerksam gemacht werden. Denn nur mündige Patienten gewährleisten eine sichere Arzneimitteltherapie.

Methode

Zu Beginn und zum Abschluss der Veranstaltungsreihe wird ein Test zur Überprüfung des Wissensstands der Teilnehmer geschrieben.

Die Zentralapotheke beteiligt sich aktiv und passiv an der Vermittlung des medizinischen Grundwissens, das mit allen Sinnen erfahrbar und begreifbar gemacht werden soll. In einer für die Laien verständlichen Sprache werden anhand von Postern, Präsentationen und Modellen physiologische und pathologische Vorgänge sowie therapeutische Ansätze dargestellt. Die Apotheke klärt so nicht nur über die zum jeweiligen Themenabend passenden Arzneimittel, sondern auch über die Arbeit einer Krankenhausapotheke auf.

Es können am Stand der Apotheke Tees gerochen und probiert, der Unterschied zwischen Kapseln und Tabletten analysiert oder Informationen zu relevanten Themen wie Harninkontinenz, dem Immunsystem oder zum trockenen Auge und den entsprechenden Arzneimitteln eingeholt werden. Auch einen Interaktionscheck können die hoch motivierten Laien durchführen lassen. Gemäß dem Motto „Ein Satz geht immer...!“ informiert die Zentralapotheke in Gesprächen über Wirkungen und Nebenwirkungen sowie Kontraindikationen verschreibungspflichtiger und rezeptfreier Medikamente.

Zudem wird die gesamte Veranstaltungsreihe von der Hannoverschen Zeitung begleitet, um auch die Patienten, die keinen Teilnehmerplatz erhalten haben, an den Veranstaltungen teilhaben zu lassen.

Ergebnisse

Das Durchschnittsalter der aus verschiedensten Berufsgruppen teilnehmenden Patienten ist relativ hoch (16 bis 86 Jahre). Pro Veranstaltungsreihe nehmen 350 bis 400 Bürger an der Patientenuniversität teil. Die Veranstaltungen finden zweimal pro Jahr (im Frühjahr und im Herbst) statt. Es herrscht ein großes Interesse, Informations- und Wissenslücken zu entdecken, was sich auch in den guten Ergebnissen des Abschlusstests widerspiegelt.

Diskussion der Ergebnisse

Die Erfahrung der inzwischen 5 Veranstaltungsreihen zeigt, dass nicht nur sozial abgesicherte, sondern durch die Niederschwelligkeit und eventuell durch die Kostenrückerstattung auch sozial benachteiligte Patienten an der Veranstaltung teilnehmen.

Das Projekt lebt von der Initiative und dem Engagement einer ganzen Universitätsklinik und nicht nur durch die Arbeit einzelner Personen. Der Erfolg (Oskar-Kuhn-Preis der „Bleib gesund Stiftung“, Juli 2009) der Patientenuniversität beflügelt das Fortführen der Veranstaltung.

Wünschenswert wäre eine Einbettung des Programms in ortsnahe Strukturen, um die Nachhaltigkeit (Qualitätssicherung) zu gewährleisten und prüfen zu können.

Schlussfolgerungen aus dem Projekt

Es herrscht ein großes Interesse an medizinischen Fachfragestellungen auf der Seite der Patienten. Das Wissen muss in einer für den Laien verständlichen Sprache vermittelt werden. Das Verlangen nach Expertenaussagen über medizinische und pharmakologische Fragestellungen ist tiefgreifend.

Es stellt sich die Frage, ob nicht auch öffentliche Apotheken einen solchen Part der gesundheitlichen Aufklärung abdecken können und inwieweit es bereits passiert.

Ausblick

Mit der Patientenuniversität an der MHH werden Voraussetzungen geschaffen, dass durch die Stärkung der Eigenverantwortlichkeit möglichst viele Menschen gesund bleiben beziehungsweise gesund werden und dass sie im Krankheitsfall die notwendige erforderliche Behandlung wahrnehmen.

Ein wichtiger Aspekt hierbei ist, dass die Patienten für ihre eigene Gesundheit einen aktiven Part unter fachkundiger persönlicher Beratung für ihre eigene Lebensqualität übernehmen können.



Zentralapotheke



M_HH

Medizinische Hochschule
Hannover

Zwischen Lehren und Erklären - Der Apotheker bei der Patientenuniversität

G. Picksak¹⁾, H. Lingner²⁾, M.L. Dierks²⁾, H. Alz¹⁾

„Bei Risiken und Nebenwirkungen fragen Sie Ihren Arzt oder Apotheker“ weiß man aus der Werbung. Aber auch bei Informations- und Wissenslücken wird gerne die Hilfe des Apothekers in Anspruch genommen. So beginnt fast jedes Gespräch bei der Patientenuniversität der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) mit der Frage „Haben Sie etwas für...?“.

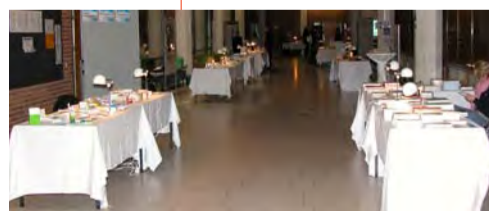
Die Patientenuniversität

Die Patientenuniversität ist ein Bildungsangebot der MHH an dem bisher 960 Bürgerinnen und Bürger im Alter von 16 bis 86 Jahren aus verschiedensten Berufsgruppen teilgenommen haben.

Erstmals in Deutschland wird mit der Unterstützung von über 140 Professionellen aus 46 Zentren, Instituten und Kliniken der Medizinischen Hochschule Hannover sowie benachbarten Einrichtungen und Selbsthilfeorganisationen eine 10-teilige Weiterbildungsreihe für Laien durchgeführt. In einem 60-minütigen Vortrag werden die Teilnehmer zunächst von einem Professor theoretisch fortgebildet. Während der folgenden 90 Minuten kann das theoretisch Gelernte an Lernstationen praktisch erprobt und im Austausch mit verschiedenen Experten gefestigt, erweitert und diskutiert werden. Die Lernstationen variieren Themen entsprechend. Sie werden von mehr als 170 Ärzten, Apothekern, Pflegekräften und anderen Professionellen der MHH sehr kreativ gestaltet und betreut.

Die Teilnehmer

An den Veranstaltungen der Patientenuniversität nehmen Bürger teil, die sich für ihren eigenen Körper, ihre Gesundheit und für medizinische Fragestellungen interessieren. Entsprechend der Vorbildung, den Lebenseinstellungen, eigenen Erfahrungen sowie dem Naturell fallen die Gespräche mit den Experten unterschiedlich aus. Die Herausforderung eines jeden Abends besteht darin, eine qualitativ hochwertige Betreuung der zum Teil beratungsresistenten bis sehr beratungsintensiven Patienten zu gewährleisten.



Die Zentralapotheke und die Patientenuniversität

Die Zentralapotheke beteiligt sich an jedem Abend aktiv und passiv an der Vermittlung des medizinischen Grundwissens, das mit allen Sinnen erfahrbar und begreifbar gemacht werden soll. In einer für die Laien verständlichen Sprache werden anhand von Postern, Präsentationen und Modellen physiologische und pathologische Vorgänge sowie therapeutische Ansätze dargestellt. Die Apotheke klärt so nicht nur über die zum jeweiligen Themenabend passenden Arzneimittel sondern auch über die Arbeit einer Krankenhausapotheke auf.

Es können am Stand der Apotheke Tees gerochen und probiert, der Unterschied zwischen Kapseln und Tabletten analysiert oder Informationen zu relevanten Themen wie Harninkontinenz, dem Immunsystem oder zum trockenen Auge und den entsprechenden Arzneimitteln eingeholt werden. Auch einen Interaktionscheck können die hoch motivierten Laien durchführen lassen.

Gemäß dem Motto „Ein Satz geht immer...!“ informiert die Zentralapotheke in Gesprächen über Wirkungen und Nebenwirkungen sowie Kontraindikationen verschreibungspflichtiger und rezeptfreier Medikamente. Vor allem bei letztgenannten ist den Anwendern nicht immer gegenwärtig, dass auch hier mit Nebenwirkungen und Interaktionen zu rechnen ist.

Damit ist die flankierende, persönliche Beratung des Apothekers als letzter Gesprächspartner vor Einnahme eines Medikaments sinnvoll und unumgänglich.

Ziel der Zentralapotheke

Das erklärte Ziel der Zentralapotheke ist es, bei jeder Abendveranstaltung die Autonomie und das Empowerment der Patienten zu stärken. Nur so kann eine sichere Arzneimitteltherapie gewährleistet werden!

Betriebliches Gesundheitsmanagement für die Apotheke – Fortbildungsangebot der Apothekerkammer Nordrhein

Autorin

Dr. Constanze Schäfer, Apothekerkammer Nordrhein, E-Mail: c.schaefer@aknr.de

Hintergrund

Frau Dr. Constanze Schäfer ist Leiterin der Abteilung Aus- und Fortbildung bei der Apothekerkammer Nordrhein und studiert z.Zt. an der Universität Bielefeld den Masterstudiengang in „Health Administration“. Im Rahmen einer Hausarbeit wurde das Konzept für die Fortbildung Betriebliches Gesundheitsmanagement für Apotheker in Zusammenarbeit mit der Sozialforschungsstelle Dortmund entwickelt

Bisher existiert – wie für viele Kleinstbetriebe unter zehn Mitarbeitern – kein betriebliches Gesundheitsmanagement für die öffentliche Apotheke, obwohl die Rahmenbedingungen wie der demographische Wandel, Rentenbeginn mit 67 und das politische Ziel der Vollbeschäftigung dies notwendig machen.

Auch das Durchschnittsalter des Apothekenpersonals steigt an wie auch die Zahl psychischer Erkrankungen als beruflich bedingtes Krankheitsbild und Ursache für Frühverrentung. Leider liegen hierzu bislang keine spezifischen Daten für das Apothekenpersonal vor.

Die WHO-Forderung nach gesunden Lebenswelten, also auch einer gesunden Arbeitswelt, wird in den Apotheken selbst kaum thematisiert.

Nach der neuen BGV A2 haben Apotheken mit weniger als zehn Mitarbeitern weder einen eigenen Betriebsarzt noch eine eigene Sicherheitsfachkraft; diese kommen nur auf entsprechende Nachfrage.

Obleich all diese Tatsachen bekannt sind, haben sich Apotheker bisher wenig mit den Auswirkungen dieser Entwicklungen auf den zukünftigen Apothekenalltag beschäftigt; deshalb entstand die Idee zu einer Fortbildung Betriebliches Gesundheitsmanagement.

Ziel des Projektes

Der Präventionsgedanke soll für den Apothekenbetrieb selbst stärker im Apothekenalltag verankert und in Kombination mit der Erläuterung von bestehenden Regelungen zum Arbeits- und Gesundheitsschutz die Möglichkeiten des betrieblichen Gesundheitsmanagements aufgezeigt und implementiert werden. Dies soll durch einen speziell fortgebildeten Mitarbeiter mit dem Ziel eines „kollegialen Kümmerers“ erreicht werden.

Methode

Von der Apothekerkammer Nordrhein gemeinsam mit der Sozialforschungsstelle der TU Dortmund wurde ein Curriculum für ein Tagesseminar als Fortbildungsveranstaltung für Apotheker entwickelt.

Das Seminar gliedert sich in 4 Module auf. Nach einer Einführung und der Erklärung der Begrifflichkeit der „kollegialen Beratung“ (Modul 1) werden die gültigen Regelungen im Bereich des Arbeitsschutzes durch einen Mitarbeiter der Berufsgenossenschaft erläutert (Modul 2). Im 3. Modul werden insbesondere der Stellenwert der psychischen Gesundheit erläutert und Stressbewältigungsstrategien im Apothekenalltag vorgestellt. Das 4. und letzte Modul bietet Gelegenheit zur Erarbeitung von Bewältigungsstrategien für die eigene Apotheke, unterstützt durch die Vortragenden und alle Teilnehmer.

Ergebnisse

Das Projekt wird im November 2009 zum ersten Mal durchgeführt und danach mit Unterstützung der Sozialforschungsstelle Dortmund evaluiert werden. Die Teilnehmer und Teilnehmerinnen sollen angeschrieben werden, inwiefern sie Konzepte aus dem Seminar in den Apothekenalltag integriert haben.

Diskussion der Ergebnisse

Es bleibt abzuwarten, welches Interesse die Apothekerschaft an dem Thema des betriebseigenen Gesundheitsmanagement zeigt.

Schlussfolgerungen aus dem Projekt

Bei einem erfolgreichen Pilotseminar sind Folgeseminare und eine Ausweitung auf andere Apothekerkammern zu erwarten.

Ausblick

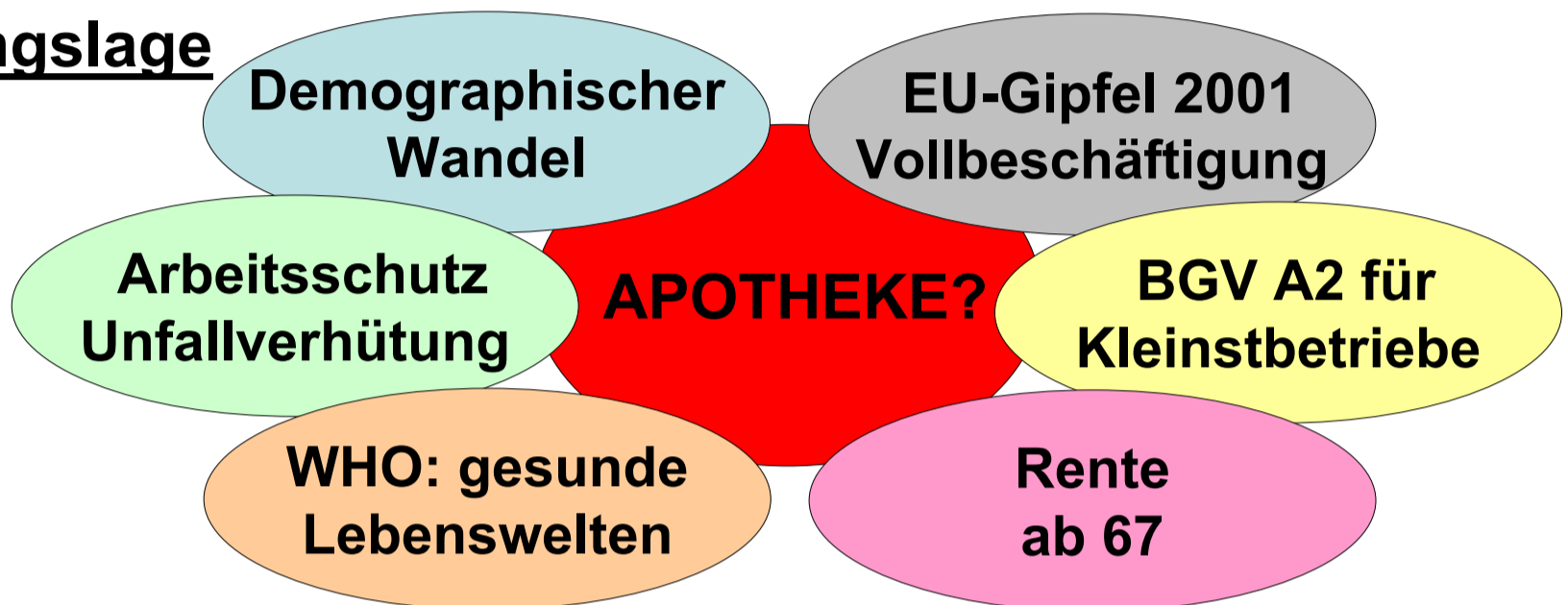
Es kann überlegt werden, ob das Angebot der Fortbildung für das gesamte pharmazeutische Personal zugänglich gemacht wird und die Einschränkung auf Apotheker damit wegfällt.

Fortbildungsangebot der Apothekerkammer Nordrhein: Betriebliches Gesundheitsmanagement für die Apotheke

Apothekerkammer Nordrhein, 40213 Düsseldorf
in Kooperation mit

Sozialforschungsstelle Dortmund (sfs) und Berufsgenossenschaft (bgw)

Ausgangslage



- 3 Millionen Betriebe mit weniger als 10 Mitarbeitern in Deutschland
- Fachkräftemangel ab 2015
- höherer Anteil an Mitarbeitern 45+
- Wirtschaftsfaktor: Arbeitsfähigkeit und Belastbarkeit älterer Mitarbeiter
- Sicherung der Sozialsysteme
- Veränderung der Krankheitsbilder, die zur Frühverrentung führen: statt „kaputtem Rücken“ psychische Erkrankungen

- Arbeit darf nicht krank machen
- Ottawa-Charta: Settingansatz Gesundheitsförderung im Betrieb
 - Gesundheit erhaltende Arbeitsplatzgestaltung
 - Optimierung von Arbeitsabläufen und Stressmanagement
 - lebenslanges Lernen
 - Motivation für gesundheitsorientiertes Verhalten

Inhalte der Veranstaltung „Betriebliches Gesundheitsmanagement für die Apotheke“:

▶	Handlungskonzepte (Aufgaben- und Anforderungsprofil, Informations-, Kommunikations- und Kooperationsstil, „gute Praxis“ usw.)
▶	Basics des Arbeitsschutzes in Apotheken (Arbeitssicherheit, Arbeitsplatz- und Arbeitsumweltgestaltung usw.)
▶	Psychische Gesundheit, Stressbewältigung und Fitness (typische psycho-mentale Belastungen, Stressquellen und Stressmanagement, Work-Life-Management usw.)
▶	Praxisreflexion, Planung erster eigener Schritte (denkbare persönliche Umsetzungsperspektiven, vermutete Probleme und Konflikte usw.)

Apotheke macht Schule

Autoren

A. Vogt, K. Schmiedel, A. Bauer, S. Birkle, Dr. H. Schlager,
WIPIG-Wissenschaftliches Institut für Prävention und Gesundheitsförderung der Bayerischen
Landesapothekerkammer, E-Mail: info@wipig.de

Hintergrund

Das Konzept „Apotheke macht Schule“ wurde bereits 2007 erstmals von der Landesapothekerkammer Baden-Württemberg angeboten. Apotheker besuchten Schulen und hielten Vorträge für Schüler, Eltern und Lehrer zu gesundheitsrelevanten Themen. WIPIG-Wissenschaftliches Institut für Prävention im Gesundheitswesen holte dieses Konzept nach Bayern und baute es weiter aus.

Ziel des Projektes

Schülerinnen und Schüler sollen zu einem eigenverantwortlichen Umgang mit ihrer Gesundheit, unter Einbeziehung ihrer Bezugspersonen in Schule und Familie, befähigt werden. Darüber hinaus soll an der Persönlichkeitsentwicklung der Heranwachsenden durch Vermittlung von Gesundheitsthemen mitgewirkt werden.

Der Apotheker soll in der Öffentlichkeit selbstbewusster und noch professioneller positioniert werden.

Methode

Ein Paket von insgesamt acht Vorträgen im PowerPoint-Format wurde z. T. mit Begleitmaterial allen interessierten bayerischen Apothekern auf Anforderung kostenlos zur Verfügung gestellt. Alle Apothekenleiter wurden per Fax über das Angebot informiert. Mit Unterstützung des Ministeriums konnten alle Schulen über die Vortragsreihe informiert werden. Als Veranstaltungstag wurde ein Samstag gewählt, an dem die Schulen einen Gesundheitstag anbieten sollten. WIPIG fungierte als Kontakt- und Beratungsstelle für Fragen und bot Hilfestellung an.

Zur Vorbereitung veranstaltete WIPIG zum Schulbeginn eine Spezialfortbildung für registrierte Apotheker. Eine Vorbereitung im Selbststudium war ebenfalls möglich. Pro gehaltenem Vortrag musste ein Kurzbericht abgegeben werden. Diese Berichte wurden vom WIPIG ausgewertet.

Ergebnisse

Insgesamt wurden 579 Vorträge gehalten. 369 Apotheker waren an diesem Tag in den Schulen tätig. Am häufigsten wurde der Vortrag „Gesund schmeckt besser!“ ausgewählt. Auch schwierigere Themen wie Essstörungen wurden aufgegriffen und kamen bei der Schülerschaft gut an.

Die Lokalpresse griff das Engagement der Apotheker in über 150 Artikeln auf. Außerdem gab es eine Rundfunksendung.

Diskussion der Methoden / Ergebnisse

Die Auswertung zeigt, dass sich Handlungsbedarf für WIPIG vor allem bei den Themen Ernährung und im Bereich Drogen und Suchtmittel ergibt. Die große Resonanz in der Öffentlichkeit gelang u.a. durch die kluge Wahl des Veranstaltungstages und v. a. durch die intensive disziplinübergreifende Zusammenarbeit. Knapp 600 gehaltene Vorträge werden von der Öffentlichkeit durchaus wahrgenommen und sind entsprechend medienwirksam. Die Kunst wird es nun sein, dieses Projekt am Leben zu erhalten und die Apothekerschaft dazu zu motivieren, auch ohne größere Publicity Vorträge an den Schulen zu halten, um vor Ort einen Beitrag zur Verbesserung der Gesundheit der Jugend zu leisten und den Apotheker als Präventionsmanager zu etablieren.

Schlussfolgerungen aus dem Projekt und Ausblick

Das Angebot soll auch Kollegen aus anderen Kammern zur Verfügung gestellt werden. Es ist zu überlegen, das bisherige Vortragsangebot für Schüler um weitere Materialien wie altersgerechte Informationsbroschüren zu erweitern.

Aufgrund der großen Nachfrage erstellte WIPIG zusätzlich auch ein Unterrichtskonzept für Schüler an Grundschulen über Ernährungsfragen.

Apotheke macht Schule

A. Vogt, K. Schmiedel, A. Bauer, S. Birkle, Dr. H. Schlager, Bayerische Landesapothekerkammer, Maria-Theresia-Straße 28, 81675 München, geschaeftsstelle@blak.aponet.de



Apotheken und Gesundheitsförderung:
Apotheke macht Schule ist ein Konzept zur Prävention und Gesundheitsförderung im Setting „Schule“, welches von der Landesapothekerkammer Baden-Württemberg entwickelt wurde. Das Konzept besteht aus zielgruppengerichteten, ausgearbeiteten Vorträgen, die Apothekerinnen und Apotheker in Eigeninitiative an Schulen anbieten können. Das Konzept richtet sich an Schüler, sowie deren Eltern und Lehrkräfte als Zielgruppe.

Ziele:

- Schüler und Schülerinnen zu einem eigenverantwortlichen Umgang mit ihrer Gesundheit befähigen
- an der Persönlichkeitsentwicklung der Heranwachsenden durch Vermittlung von Einstellungs- und Verhaltensweisen gegenüber Gesundheit und Krankheit mitwirken
- Arzneimittel als besonderes Gut und den Apotheker / die Apothekerin als unabhängige Experten für Arzneimittel darstellen
- Öffentlichkeitsarbeit

Methoden:

Apotheker kommen in Schulen und halten interaktive Vorträge für Schüler, Eltern und Lehrkräfte zu folgenden Themen:

Vortragsthema	Zielgruppe	Dauer:	Ziel
Auf Leistung getrimmt?	Eltern von Grundschulern	45 min	Kritische Betrachtungsweise leistungsfördernder Medikamente vermitteln
Chronisch kranke Kinder im Unterricht	Lehrer	90 min	Aufklärung über chronische Krankheiten, deren Symptome und die erforderlichen Notfallmaßnahmen
Doping für den Alltag – Lifestyle-Pillen für jede Lebenslage?	Schüler der 10. Jahrgangsstufe	90 min	Information und Gefahren verschiedener Substanzen vermitteln und deren kritische Betrachtungsweise
Essstörungen	Schüler der 8.-10. Jahrgangsstufe	45 min	Vermitteln von gesundem Essverhalten und Abgrenzung zu Essstörungen und deren Ausprägung und Erkennung
Gesund schmeckt besser! – Schülervortrag	Schüler der 5./6. Jahrgangsstufe	90 min	Näherbringung von bewusster und gesunder Ernährung
Gesund schmeckt besser! – Elternvortrag	Eltern von Schülern der 5./6. Jahrgangsstufe	60 min	Ergänzung zum Schülervortrag Näherbringung von bewusster und gesunder Ernährung im Elternhaus
Natürlich gesund? Natürlich gesund!	Eltern von Grundschulern	45 min	Erkennen der Möglichkeiten und Grenzen von Heilkräutern und Hausmitteln
Pickel – (k)ein Problem!	Schüler der 6.-10. Jahrgangsstufe	45 min	Informationen zu Akne, kritischer Umgang mit Werbeaussagen, Auseinandersetzung mit dem Aussehen

Probleme und Hindernisse:

Wegen großer Nachfrage konnte die Vermittlung Referent – Schule nicht umfänglich geleistet werden und die bestehenden Vorträge sind auf das einzelne Engagement der Apotheker vor Ort zurückzuführen. Mit größeren personellen Ressourcen wäre eine flächendeckende Versorgung denkbar.

Der Umfang des Vortragspakets war einigen Referenten für deren Vorbereitung zu knapp. Dieses wird künftig ausgebaut.

Fazit:

Für das erste Jahr der Durchführung sind die bisherigen Ergebnisse höchst zufriedenstellend.



Gesundes Frühstück in der Schule Waldkraiburg am 18.03.2009

WIPIG – was ist das eigentlich?

WIPIG – Wissenschaftliches Institut für Prävention im Gesundheitswesen wurde 2007 als Institut der Bayerischen Landesapothekerkammer gegründet und hat sich folgende Ziele gesetzt:

- **Aufbau eines Netzwerks Prävention**
- **Professionalisierung**, z.B. Schulungen für Heilberufler
- **Konzeptentwicklung** (Erstellung von Vorträgen, Ratgebern, Aktionspaketen, etc.)
- **Erforschung und Entwicklung neuer Präventionsideen**, einschließlich der Projekterstellung und Umsetzung in die Praxis

Die bisherigen Aktivitäten können Sie im soeben veröffentlichten **Tätigkeitsbericht** nachlesen. Dieser steht zum Download bereit unter:

www.wipig.de | Institut

Ergebnisse:

Vortragsthema	Vortragende	Vortragsanzahl
Auf Leistung getrimmt?	30	30
Chronisch kranke Kinder im Unterricht	1	1
Doping für den Alltag – Lifestyle-Pillen für jede Lebenslage?	74	121
Essstörungen	45	73
Gesund schmeckt besser! – Schülervortrag	140	224
Gesund schmeckt besser! – Elternvortrag	13	13
Natürlich gesund?	18	20
Natürlich gesund!	48	97
Summe (Stand: 30.04.2009)	369	579

Resonanz in der bayerischen Presse: Über 150 Artikel

Ausblick:

Die einzelnen Themen werden nachbearbeitet und neue Themen ergänzt um die Attraktivität zu erhalten. Der Kontakt zum Kultusministerium wird intensiviert für eine weitere Zusammenarbeit. Die Apotheker erhalten umfangreicheres Material zur Vorbereitung der Vorträge: Give-aways (Sticker, Poster, Pockettabellen, etc.) für Schüler, welche das Erlebte im Nachhinein auffrischen, sind in Planung. Möglicherweise Ausweitung auf Bundesebene.

Arzneimittelberatungsdienst für Patienten – Überregionales Beratungsangebot der Unabhängigen Patientenberatung Deutschland (UPD)

Autoren

J. Schröder, S. Lochner, C. Stumpe, W. Kirch, Institut für Klinische Pharmakologie, Technische Universität Dresden, E-Mail: Jane.Schroeder@mailbox.tu-dresden.de

Hintergrund

Der Arzneimittelberatungsdienst ist angegliedert an das Institut für Klinische Pharmakologie der Medizinischen Fakultät in Dresden. Seit 2001 beantwortet der Service allgemeine und spezielle Fragen zu allen Bereichen der Arzneimitteltherapie. Der Beratungsdienst wurde als Modellprojekt auf der Grundlage des § 65 b SGB V durch den GKV Spitzenverband von 2001 – 2004 finanziell unterstützt. Seit 2007 ist er in das durch den GKV Spitzenverband geförderte Modellvorhaben Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD) eingebunden.

Die UPD informiert und unterstützt Patienten neutral und unabhängig bei gesundheitsrelevanten Themen in bundesweit 22 regionalen und 5 überregionalen Beratungsstellen (Unabhängige Arzneimittelberatung, Zahnmedizinisches Kompetenzzentrum, Beratung zu Essstörungen, Krebsinformationsdienst des Deutschen Krebsforschungszentrums und Beratung „Allergie, Umwelt und Gesundheit“) sowie über ein kostenloses Beratungstelefon.

Aktuell sind beim Arzneimittelberatungsdienst der UPD 2 Apothekerinnen (Jane Schröder, Sophie Lochner) und 1 Pharmaziepraktikantin (Claudia Stumpe) tätig.

Ziel des Projektes

Die Unabhängige Patientenberatung Deutschland versteht sich als Lotse im deutschen Gesundheitswesen und ist vom GKV Spitzenverband beauftragt, eine patientenorientierte Beratungsinfrastruktur in Deutschland modellhaft zu erproben.

Der Arzneimittelberatungsdienst im Speziellen soll die Sicherheit der Arzneimittelanwendung und die Adhärenz des Patienten erhöhen.

Methode

Anfragen an den Arzneimittelberatungsdienst können per Telefon, Brief, Fax oder E-Mail gestellt werden. Die Patienten werden bei der Aufnahme der Fragestellung zum Alter, zur Krankengeschichte, zur aktuellen Medikation und zu den konkreten Gründen für die Anfrage interviewt. Alle Angaben werden in einem standardisierten Annahmefragebogen erfasst. Die Beantwortung der Fragen erfolgt in der Regel innerhalb von 48 Stunden.

In den ersten 36 Monaten Projektlaufzeit wurde jedem Patient ein Fragebogen zur Evaluation des Projektes zugesandt. Die Befragung wurde in ähnlicher Form im Zeitraum Januar bis April 2008 wiederholt.

Ergebnisse

Im Jahr 2008 wendeten sich 1457 Patienten mit ihren Fragestellungen an den Beratungsdienst. Frauen (65,3 %) nutzten den Beratungsdienst insgesamt häufiger als männliche Personen (34,7%). Die meisten Ratsuchenden waren im Alter zwischen 60 und 79 Jahren (55,3 %). Die Inhalte der Beratungsgespräche waren sehr vielfältig. Häufig wurden Informationen bezüglich Nebenwirkungen (49,9 %) und Wechselwirkungen (27,0 %) bestimmter Arzneimittel erfragt, gefolgt von allgemeinen Hinweisen zur Behandlung einer spezifischen Erkrankung (26,7 %).

500 Nutzern, die den Beratungsdienst im Zeitraum Januar bis April 2008 kontaktiert hatten, wurde ein Evaluationsbogen zugesandt. 219 Patienten beantworteten die Fragen zur Beratungsqualität und zum persönlichen Nutzen. Über 90 % der Befragten waren zufrieden mit dem Service, 63 % davon sogar sehr zufrieden. Der Großteil der Patienten bescheinigte der Beratung einen sehr hohen (47 %) oder hohen Nutzen (41 %). 69 % der Patienten gaben an, sich nach der Beratung selbstbewusster im Umgang mit ihrer Medikation zu fühlen. Vor allem die Fachkompetenz (73 %), die Verständlichkeit der Beratung (63 %) und die Ausführlichkeit des Gesprächs (57 %) wurden von den Patienten geschätzt.

Diskussion der Methode/Ergebnisse

Das Angebot der unabhängigen Arzneimittelberatung wird von Patienten zahlreich in Anspruch genommen. Die Patienten sind mit dem zusätzlichen Beratungsangebot sehr zufrieden und schätzen den persönlichen Nutzen als hoch ein. Der Service vermittelt effektiv Fachwissen zur eigenen Medikation und fördert die Arzneimittelsicherheit sowie Adhärenz des Patienten.

Schlussfolgerungen aus dem Projekt

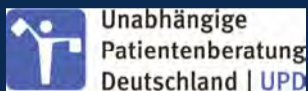
Das Projekt zeigt, dass der Bedarf an unabhängiger und wissenschaftlich fundierter Beratung zur eigenen Medikation in der Bevölkerung hoch ist. Der Beratungsdienst vermittelt Arzneimittelinformationen ausführlich und verständlich. Er ergänzt so in sinnvoller Weise das Arztgespräch und die persönliche Beratung in der Apotheke.

Es wird andererseits deutlich, dass öffentliche Apotheken ihr Potenzial als kompetenter Berater im Gesundheitssystem noch stärker nutzen könnten. Dem Patienten sollte aktiv signalisiert werden, dass Fragen zu allen Themen jederzeit gestellt und kompetent beantwortet werden können.

Ausblick

Öffentliche Apotheken können von den Ergebnissen und Schlussfolgerungen von wissenschaftlichen Untersuchungen profitieren. Andererseits bieten Apotheken eine hervorragende Basis für Versorgungsstudien. Die Zusammenarbeit zwischen öffentlichen Apotheken und Forschungseinrichtungen sollte daher intensiviert werden.

Arzneimittelberatungsdienst für Patienten - Überregionales Beratungsangebot der Unabhängigen Patientenberatung Deutschland (UPD)



J. Schröder, S. Lochner, C. Stumpe, W. Kirch

Institut für Klinische Pharmakologie, Medizinische Fakultät, Technische Universität Dresden



Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD)

Die Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD) informiert und unterstützt bundesweit neutral und unabhängig Patientinnen und Patienten bei gesundheitsrelevanten Themen.

In bundesweit 22 regionalen und 5 überregionalen Beratungsstellen sowie über ein kostenloses Beratungstelefon finden Ratsuchende kompetente Hilfe und Informationen beispielsweise

- über Patientenrechte,
- zu Leistungen der Krankenkassen und über gesetzliche Neuregelungen,
- bei Konflikten mit Ärzten oder mit der Krankenkasse,
- zu allgemeinen Fragen über Behandlungskosten und Behandlungsmöglichkeiten,
- zu Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung,
- bei der regionalen Suche nach Ärzten, Kliniken, Heilpraktikern, Therapeuten, Selbsthilfegruppen und Pflegediensten.

Die unabhängige Patientenberatung wird im Rahmen des Modellvorhabens nach § 65b des Fünften Sozialgesetzbuches vom GKV-Spitzenverband bundesweit gefördert.

Neben der internen Qualitätssicherung im Rahmen des Modellverbundes stellt die wissenschaftliche Beratung und Begleitung durch die Prognos AG eine externe Evaluation und einen Informationstransfer sicher. Das Modellvorhaben ist bis Ende des Jahres 2010 durch den GKV-Spitzenverband angelegt.

Arzneimittelberatungsdienst

Der Arzneimittelberatungsdienst für Patienten ist ein überregionales Beratungsangebot des Modellverbundes Unabhängige Patientenberatung Deutschland.

Apotheker und Pharmazeuten beantworten unentgeltlich allgemeine und spezielle Fragen zu allen Bereichen der Arzneimitteltherapie, z. B.:

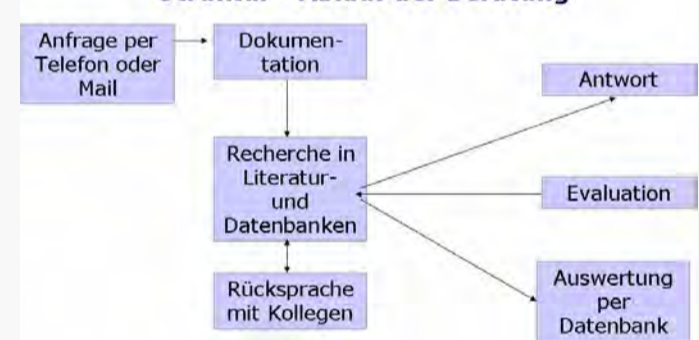
- Wirkungsweise von Arzneimitteln,
- Stellenwert und Wirksamkeit von neuen Arzneimitteln,
- Nebenwirkungen und Risiken von Arzneimitteln,
- Wechselwirkungen verschiedener Arzneimittel,
- Einnahme sowie Dosierung in speziellen Situationen,
- Kosten, Erstattung und sozialrechtliche Regelungen im Arzneimittelbereich sowie
- Nahrungsergänzungsmittel.

Anfragen können per Telefon, Email, Fax oder Brief an den Arzneimittelberatungsdienst gestellt werden. Die Patienten werden bei der Aufnahme der Fragestellung zum Alter, zur Krankengeschichte, aktuellen Medikation und den konkreten Gründen für die Anfrage interviewt. Alle Angaben werden mit Hilfe eines standardisierten Annahmefragens erfasst. Am Ende des Gesprächs wird mit dem Patienten ein Rückruftermin vereinbart. Anschließend erfolgt die Weiterleitung der Anfrage an einen Arzt, Apotheker oder Pharmazeuten, der die Fragestellung nach einer Recherche in der Regel innerhalb von 48 Stunden beantwortet.

Kompetenzfelder der UPD



Struktur - Ablauf der Beratung



Ergebnisse

Im Zeitraum August 2001 bis April 2009 gingen insgesamt 8943 Anfragen beim Arzneimittelberatungsdienst am Institut für Klinische Pharmakologie in Dresden ein (Abb. 1).

Im Jahr 2008 wendeten sich 1457 Patientinnen und Patienten mit ihren Fragestellungen an den Service. Frauen (65,3%) nutzen den Beratungsdienst insgesamt häufiger als männliche Personen (34,7%). Von den 1457 anfragenden Patienten machten 1167 Angaben zu ihrem Alter. Die meisten dieser Ratsuchen (55,3%) waren im Alter zwischen 60 und 79 Jahren. 24,5 % der Anfragen wurden von Patienten im Alter von 40 bis 59 Jahren gestellt. 10,6 % der Anfragenden war jünger als 40 Jahre und 9,6 % älter als 79 Jahre (Abb. 2).

Die Inhalte der Beratungsgespräche waren sehr vielfältig (Abb. 3). Der Großteil der Patienten hatte je Anfrage mehr als eine arzneimittelbezogene Frage. Sehr oft wurden Informationen bezüglich Nebenwirkungen (49,9%) und Wechselwirkungen (27,0%) bestimmter Arzneimittel erfragt, gefolgt von allgemeinen Hinweisen zur Behandlung einer spezifischen Erkrankung (26,7 %). Nahezu jeder fünfte Ratsuchende (19,3%) bat um Informationen zur Wirkungsweise eines Medikaments. Fragen zu Kosten und zur Erstattung von Arzneimitteln hatten einen Anteil von 11,9%.

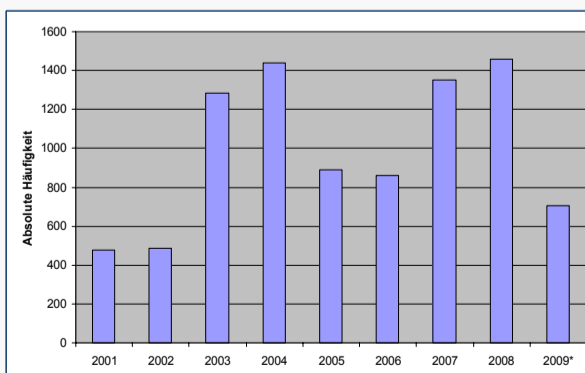


Abb. 1: Anfrageaufkommen 2001-2009 (*Stand 30.04.2009)

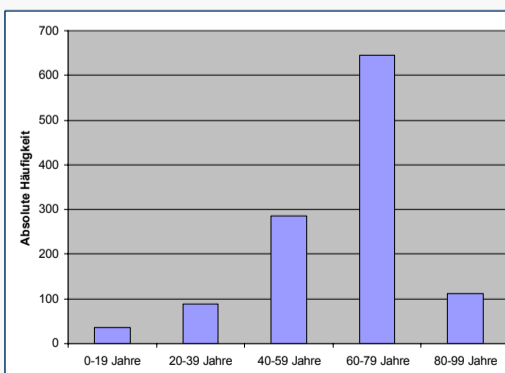


Abb. 2: Altersstruktur der anfragenden Patienten (2008)

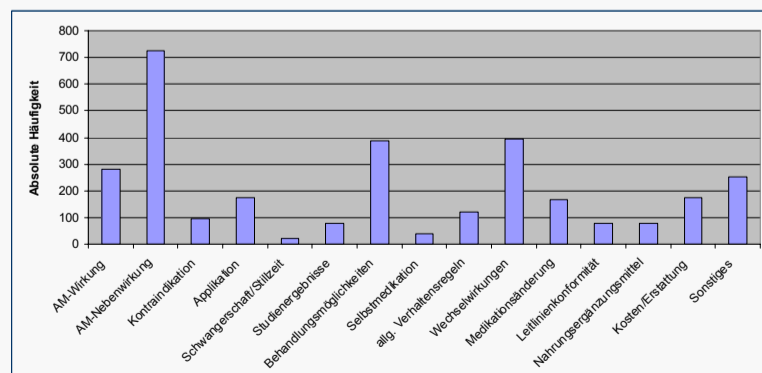


Abb. 3: Kategorie der Fragestellung an den Arzneimittelberatungsdienst (2008)

Literatur: [1] Maywald U, Schindler C, Bux Y, Kirch W (2005) Arzneimittelberatung für Patienten – Bedarfsanalyse, Evaluation und Einfluss auf die Compliance. Dtsch Med Wochenschr 130: 1485-1490
[2] Schaeffer D, Dierks M-L, Hurrelmann K et al (2005): Evaluation der Modellprojekte zur unabhängigen Patientenberatung und Nutzerinformation. Bern: Huber

Glücksspiel Gesundheit?

Autor

Manfred Krüger, Linner-Apotheke, Krefeld, E-Mail: M.Krueger@Linner-Apotheke.de

Hintergrund

Manfred Krüger ist niedergelassener Apotheker in Krefeld, Mitglied der Deutschen Diabetes Gesellschaft und Vertreter der deutschen Apothekerschaft in verschiedenen Diabetes- und Präventions-Netzwerken.

Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit wurden Modellprojekte initiiert, die besonders die Nachhaltigkeit von Interventionen der Diabetes-Prävention fördern sollen. Studien zeigen, dass kurzfristig angelegte Interventionen wenig nachhaltigen Erfolg bringen, beispielsweise ist nach spätestens 1,5 Jahren bei vielen Teilnehmern von Ernährungsschulungen keine Gewichtsreduktion, sondern die Erreichung des ursprünglichen Zustandes zu verzeichnen.

Deshalb wurde vom Nationalen Aktionsforum Diabetes mellitus (NAFDM) ein Curriculum zur Ausbildung von Präventionsmanagern im Bereich Diabetes mellitus entwickelt.

Die wissenschaftliche Begleitung des Projektes leistet die Deutsche Diabetes Gesellschaft/diabetesDE und die Deutsche Diabetes Stiftung.

Das Programm läuft europaweit unter Federführung der EU als „IMAGE“-Projekt. Somit können Daten aus 14 europäischen Ländern ausgewertet werden. Es ist gerade erst angelaufen, daher liegen noch keine Ergebnisse vor.

Ziel des Projektes

Ziel ist eine Verbesserung der Nachhaltigkeit in der Diabetesprävention durch strukturierte Anleitung und Betreuung in einem Kompetenznetzwerk insbesondere für die sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen.

Methode

Durch die Einführung eines Präventionsmanagers gewinnt der Verbraucher einen Ansprechpartner, der ihn anleitet und durch die verschiedenen Bewegungs- und Ernährungsprogramme begleitet. Für das erste Jahr kostet die Teilnahme im Programm „Glücksspiel Gesundheit?“ 100,- € für Versicherte von Vertragskrankenkassen (derzeit BKK pronova, BKK für Heilberufe), die von der Krankenkasse zurückerstattet werden, wenn der Verbraucher erfolgreich teilgenommen hat. Ergänzt wird dies durch eine Weiterbetreuung durch den Präventionsmanager, Hausarzt und Apotheker für die nächsten 4 Jahre, deren Kosten von der Krankenkasse übernommen werden. Wenn der Patient 5 Jahre im Programm bleibt, wird von der Krankenkasse ein Bonus von 300 € gezahlt. Dies stellt einen hohen Anreiz gerade auch für sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen dar.

Findrisk-Bögen dienen der Ermittlung des individuellen Risikofaktors, an Diabetes mellitus zu erkranken. Sie liegen bereits in Apotheken, Arztpraxen und sonstigen Einrichtungen aus. Eine spezielle Schulung für die Apotheken in der Kommunikation soll die Ansprache und die Motivation der Verbraucher zur Teilnahme an dem Programm verbessern.

Der Verbraucher wird in der Apotheke angesprochen und zum Präventionsmanager geleitet. Aufgabe der Apotheke ist ein halbjährliches Monitoring des Blutdrucks, des BMI und des Taillenum-

fangs. Außerdem wird ein kurzes Gespräch über den Verlauf der Präventionsmaßnahmen geführt. Auch der Hausarzt führt eine halbjährliche Kontrolle durch und kann Interessierte ansprechen und ins Programm vermitteln.

Der Patient bekommt einen Gesundheitspass, in dem seine Werte eingetragen werden. Die Werte werden anonymisiert und von der Deutschen Diabetes Stiftung zusammen mit ähnlichen Projekten z.B. in Sachsen gesammelt und ausgewertet.

Ergebnisse

Ergebnisse sind in 2 Jahren zu erwarten.

Diskussion der Methode/ Ergebnisse

Die Einführung eines neuen Berufstandes des Präventionsmanagers setzt neue Impulse im Bereich der Gesundheitsförderung. Individuelle Prävention wird von Krankenkassen übernommen und damit der Patient ein Stück auf dem Weg zum selbst bestimmten Patienten begleitet. Studien zeigen, dass der aufgeklärte Patient eine höhere Lebensqualität innehat. Wichtig ist auch, dass es gerade für sozial schlechter gestellte Versicherte finanzierbar ist. Dies ist ein Beitrag für mehr Chancengleichheit in der Gesundheitsförderung.

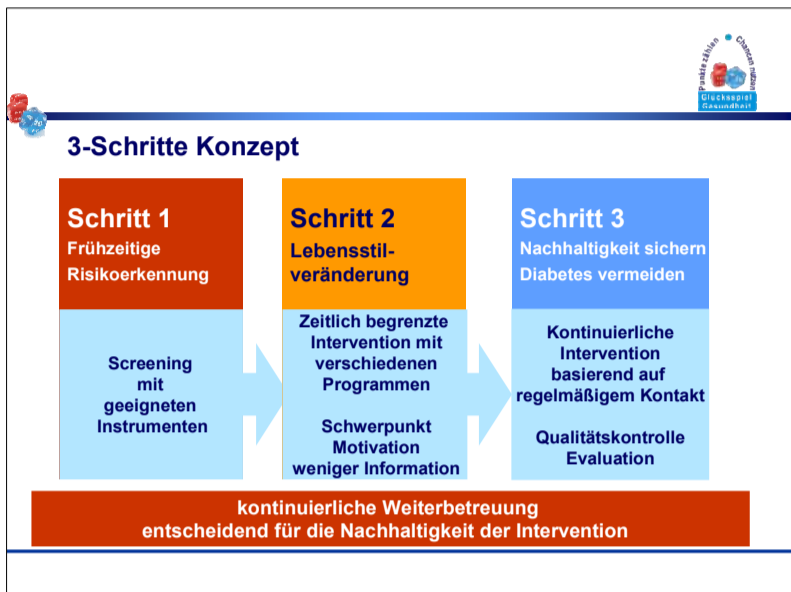
Schlussfolgerungen aus dem Projekt

Überlegenswert erscheint, ob auch Apotheker die Weiterbildung zum Präventionsmanager machen, um damit niederschwelliger Ansprechpartner für Arzneimittel und Präventionsfragen für den Patienten zu sein. Nach einer positiven Pilotphase ist ein Vergleich mit anderen Konzepten notwendig, um ein geprüftes und nachhaltiges Programm flächendeckend anbieten zu können und kontinuierlich weiterzuentwickeln.

Ausblick

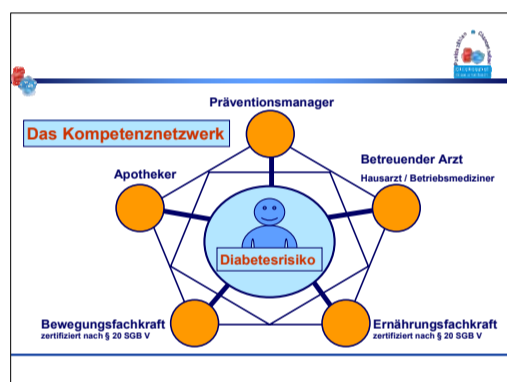
Apotheken haben schon jetzt durch ihr Angebot für vertrauensvolle Beratung und Betreuung eine bedeutende Rolle in der medizinischen Versorgung. Dienstleistungen der Gesundheitsförderung mit und durch Apotheken initiiert und durchgeführt sind wichtige Beiträge für neue Stadtteil- und Regionalkonzepte in Kompetenznetzwerken zum Nutzen der Verbraucher.

Glücksspiel Gesundheit?



- ### Projektschwerpunkte
- FINDRISK-Flyer** - Vermeidung von Reaktanz
 - Motivationssteigernde Elemente**
 - gezielte Verbreitung des Flyers
 - Erstgespräch als Motivationsinstrument
 - begleitende Qualitätskontrolle durch Apotheken und Hausärzte
 - Interventionsprogramm mit 32 Kurseinheiten**
 - Auswahl verschiedener Kurse, Teilnehmer entscheidet selbst
 - Kompetenznetzwerk** - mit beteiligten Hausärzten, Apothekern, Ernährungs- und Bewegungsfachkräften
 - Sicherung der Nachhaltigkeit**
 - durch persönlichen Kontakt und Weiterbetreuung

- ### Interventionsphase
- Glücksspiel Gesundheit**
1. Erstgespräch mit Präventionsmanager
 2. Ernährungsmodul mit 12 Kurseinheiten
 3. Kontakt mit Präventionsmanager
 4. Bewegungsmodul mit 10 Kurseinheiten
 5. Kontakt mit Präventionsmanager
 6. Bewegungsmodul mit 10 Kurseinheiten
 7. Kontakt mit Präventionsmanager
- Qualitätskontrollen Initial, nach 6 und 12 Monaten durch Arzt / Apotheker

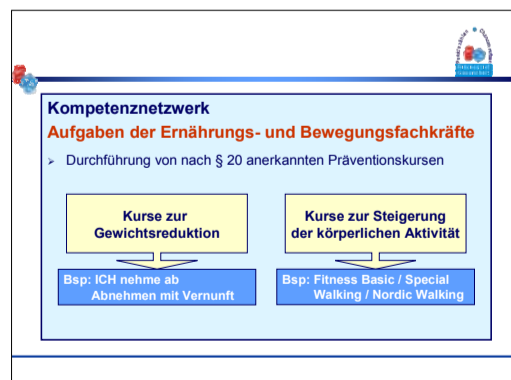


- ### Nachbetreuungsphase
- Glücksspiel Gesundheit**
1. Vierteljährlicher Kontakt durch Präventionsmanager
 2. Halbjährliche Qualitätskontrollen durch Arzt / Apotheker
- Qualitätskontrollen
„Mini-Check“ = BMI, Taillenumfang, Blutdruck
Laborkontrolle = Cholesterin, HDL, LDL, Triglyceride, Glucose

- ### Kompetenznetzwerk
- #### Aufgaben des Präventionsmanagers
- > Erstgespräch als Motivationsinstrument
 - > Feststellung persönlicher Ressourcen
 - > Anamnese u. a. zur Ernährung, Bewegung, Befindlichkeit
 - > Intensive Betreuung während der Interventionsphase
 - > Organisation von Interventionsangeboten
 - > Organisation von Qualitätszirkeln mit Ärzten, Apothekern, Bewegungs- und Ernährungsfachkräften
 - > Dokumentation, Qualitätskontrolle, Evaluation

- ### Kompetenznetzwerk
- #### Aufgaben des Pilotapothekers
- > Verteilung des FINDRISK-Flyers an mögliche Risikopersonen
 - > **Kurzintervention** durch Motivational Interviewing
 - > Ausgabe des Info-Paketes an Interessierte
 - > Qualitätskontrolle
 - > Weiterbetreuung nach Abschluss der Interventionsphase

- ### Kompetenznetzwerk
- #### Aufgaben des betreuenden Arztes
- > Verteilung des FINDRISK-Flyers an mögliche Risikopersonen
 - > **Kurzintervention** durch Motivationsgespräch
 - > Ausgabe des Info-Paketes an Interessierte
 - > **Hausarzt-Check** (Beratung, Untersuchung)
 - > Qualitätskontrolle
 - > Weiterbetreuung nach Abschluss der Interventionsphase



Evaluationsdaten

- > Alter, Geschlecht
- > BMI / Taillenumfang / Blutdruck
- > Nüchtern-Glucose / Blutfette
- > Ernährungs- und Bewegungsverhalten
- > Wohlbefinden
- > Sozialer Hintergrund

Apotheken in Netzwerken zur Ernährungsberatung

Autorin

Ulrike Krumwiede, Pharmasys GmbH, E-Mail: ukrumwiede@yahoo.de

Hintergrund

Frau Krumwiede ist seit 1990 im Bereich Apothekenmarketing und -beratung tätig. Sie begleitet Apotheken bei Neueröffnungen und betreut sie im Marketing, insbesondere im Hinblick auf Qualität der Beratung und damit zur Abgrenzung von Drogeriemärkten und Versandapotheken und zum Erhalt der Stellung in der Gesellschaft. In diesem Rahmen erfolgte die Umsetzung und Evaluation des Projektes „Leichter Leben in Deutschland“. Dies ist ein bereits ausgearbeitetes Konzept, was Apotheken nutzen können. Hier wurde es für den Kreis Minden-Lübbecke umgesetzt.

Ziel des Projektes

Die Ziele waren auf der einen Seite die Verbesserung der Beratungsqualität in der Apotheke zu Ernährungsfragen und damit eine höhere Kundenbindung.

Auf der anderen Seite die individuelle Gewichtsreduktion der Patienten zur Reduktion von durch Übergewicht entstehenden gesundheitlichen Risiken.

Methode

Die verschiedenen Akteure wie Apotheken, Ärzte und Krankenkassen, die zum Gelingen des Projektes beitragen könnten, wurden angeschrieben und gefragt, ob ein Interesse an der Teilnahme im Projekt besteht.

Die teilnehmenden Apotheken involvierten lokale Einzelhändler, Gastronomen und Sport- bzw. Fitnessclubs in das Projekt.

Zum Startup wurde eine Informationsveranstaltung für Interessierte angeboten.

Es wurden Schulungen zur Ernährungsberatung in den Apotheken durchgeführt. Die Patienten kamen zur regelmäßigen Kontrolle des Gewichts, Blutzuckers und Blutdrucks in die Apotheke. Zusätzlich zur Dokumentation, die zum einen direkt in den jeweiligen Apotheken und außerdem zusätzlich zentral über das Projekt „Leichter Leben in Deutschland“ läuft, wurde zur weiteren Evaluation eine Telefonbefragung der Teilnehmer durchgeführt. Es wurde gefragt, inwieweit die Ernährungsumstellung befolgt wurde, wo die Probleme lagen, ob die Projektinhalte in die Familien getragen wurden und ob Interesse an einer Fortsetzung besteht.

Ergebnisse

Es fanden sich 6 Apotheken im Kreis Minden-Lübbecke, die an dem Projekt teilnahmen. Ärzte, die Vorträge halten sollten, fanden sich nicht, da sie eine Konkurrenzsituation mit den Apotheken befürchteten. Auch die Krankenkassen gaben aus Sorge vor Anfeindungen nicht beteiligter Kassen keine Unterstützung.

Es gelang jedoch, 64 lokale Institutionen aus dem Bereich Einzelhandel, Gastronomie, Fitness- und Sportclubs und Vereine in das Programm zu integrieren. Die verschiedenen Institutionen boten zusätzliche Angebote. Beispielsweise verkaufte eine Metzgerei kalorienreduzierte Wurst, gekennzeichnet mit „Leichter Leben in Deutschland“. Die Gastronomen kreierten spezielle Gerichte und die Fitness- und Sportclubs boten die Chance auf kostenfreies Probetraining o.ä. Das breit angelegte Projekt stieß auf große Resonanz in der Bevölkerung. Zur Informationsveranstaltung kamen ca. 200 Interessierte.

Auch der lokale Radiosender und die örtliche Presse konnten für das Projekt gewonnen werden und sorgten für eine gute Publicity in der Region.

Durch die Aktion wurden ca. 10 Neukunden für jede Apotheke gewonnen, im Durchschnitt nahmen die Teilnehmer 5,1 kg ab.

Diskussion der Methode/Ergebnisse

Durch das Projekt entwickelten sich in den Apotheken eine Eigendynamik und eine erhöhte Motivation, die Beratungsqualität auch in anderen Bereichen weiter zu steigern.

Es bleibt zu hinterfragen, warum weder Ärzte noch Krankenkassen mit ins Boot wollten. Durch die Einbeziehung lokaler Strukturen wird ein großes öffentliches Interesse geweckt, was einerseits dem Image der Apotheken zu Gute kommt, andererseits aber auch Interesse bei der Bevölkerung an Gesundheitsthemen wecken kann.

Die Integration der lokalen Institutionen führte zu einer Omnipräsenz des Themas und konnte damit zum Gelingen des Projektes beitragen. Die Nachhaltigkeit ist durch den Erhalt der Gruppen sicherzustellen. Wünschenswert wäre eine Befragung 1 Jahr nach der Ernährungsumstellung im Sinne der Nachhaltigkeit.

Schlussfolgerungen aus dem Projekt

Aktionen wie diese zeigen, dass eine lokale Netzwerkstruktur den Erfolg von Projekten stark unterstützen kann. Hilfreich ist ein schon bestehendes Konzept auf das zurückgegriffen werden kann und nur noch einer lokalen Anpassung bedarf. Ein Interesse in der Bevölkerung ist da, es lässt sich leicht auf andere Regionen und Städte übertragen, wichtig erscheint hier ein Initiator, um den Stein ins Rollen zu bringen.

Ausblick

Die Effekte aus solchen Projekten sind sehr vielfältig und deshalb unglaublich wertvoll für alle Beteiligten. Bei entsprechender Anleitung und Begleitung setzt ein Teamentwicklungsprozess beim Apothekenpersonal von unschätzbarem Wert ein. Die Mitarbeiter erhalten neue Motivation, gewinnen an Selbstsicherheit und Wissen. Dieses wirkt sich positiv nicht nur auf die am Projekt beteiligten Patienten, sondern auch auf den Umgang mit dem gesamten Kundenklientel aus. Ein derart großer Imagegewinn und Kundenbindungseffekt ist durch andere Mittel kaum zu erzielen.

Ähnliche Aktionen lassen sich für nahezu alle Präventionsbereiche durchführen. Es war das erste Angebot dieser Art aus dem nicht medizinischen Bereich im Durchführungsgebiet und bringt zum Ausdruck, dass eine Veränderung im Gesundheitsverhalten der Bevölkerung nur durch breit angelegte Aktionen mit Beteiligung vieler Partner im Setting gemeinsam erreicht werden kann. Da die Apotheke mit ihrer Niederschwelligkeit ein breites Bevölkerungsspektrum ansprechen kann, sollten sich die Vertreter der Apothekerschaft dafür stark machen, dass qualitätsgesicherte Präventionsberatung durch Apotheken eine bezahlte Vorsorgeleistung durch die Krankenkassen wird.

Gesundheitsberatung in Apotheken

am Beispiel von



Probleme der Apotheken

- geänderte Rahmenbedingungen seit GMG
- Verschärfung des Wettbewerbs durch Discounter

Probleme der Patienten

- Zahl der Übergewichtigen steigt ständig
- Gesundheitsprobleme durch Übergewicht

Ziele

- Kundenbindung durch Gesundheitsberatung
- Kompetenzbildung der Mitarbeiter = Verbesserung der Beratungsqualität
- Verbesserung der Volksgesundheit durch Gewichtsreduktion

Projekt

Leichter leben in Minden-Porta

Projektleitung
Öffentlichkeitsarbeit
Koordination
Werbung



6 Apotheken

Einzelhändler

Gastronomie

Fitnessclubs
Sportvereine

Ernährungsberatung
Wiegen, Messen,
Dokumentation

Kennzeichnung
von kalorienarmen
Nahrungsmitteln

Angebot an
speziellen kalorienarmen
Gerichten

spezielle Bewegungs-
angebote

zur Unterstützung des
abnahmewilligen

Kunden/Patienten

Ergebnisse

- ➡ Je Apotheke fand im Schnitt ein Neukundengewinn von 10 Kunden statt.
- ➡ Die Beratungskompetenz der Mitarbeiter/innen ist deutlich gestiegen
- ➡ Die Teilnehmer reduzierten ihr Gewicht um durchschnittlich 5,1 kg, dadurch zum Teil Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustandes.

Die Apothekerkammer Nordrhein in den kommunalen Gesundheitskonferenzen (KGK) – Kammerumfrage zur Gesundheitskonferenz

Autorin

Frau Dr. Constanze Schäfer, Apothekerkammer Nordrhein, E-Mail: c.schaefer@aknr.de.

Hintergrund

Frau Dr. Constanze ist Leiterin der Abteilung Aus- und Fortbildung bei der Apothekerkammer Nordrhein. Die Kommunale Gesundheitskonferenz ist in Nordrhein-Westfalen gesetzlich verankert. Die Apothekerkammer wird in den regionalen KGK durch gewählte Apotheker vertreten.

Ziel des Projektes

Ziel ist zum einen die Dokumentation der Chancen und Möglichkeiten von Apothekern in der KGK, zum anderen aber auch Gründe für das mangelnde Interesse der Gesundheitswissenschaften an den Apotheken abzuleiten.

Methode

Im November 2007 wurden den Apothekern, die Mitglied bzw. stellvertretendes Mitglied in den KGK der 25 Kreisen und kreisfreien Städten in den Regierungsbezirken Köln und Düsseldorf sind, ein dreiseitiger Fragebogen zugesandt.

Ergebnisse

34 von 51 befragten Apothekern beantworteten den Fragebogen (Rücklaufquote: 66,6%). Zu 72 % tagt die KGK zweimal jährlich, wobei 81 % der Apotheker regelmäßig an den Sitzungen teilnehmen. Bei 85% der Sitzungen erhalten die Teilnehmer im Anschluss ein Protokoll. Über die Hälfte der an den KGK teilnehmenden Apotheker sehen die zusätzliche Arbeitsbelastung als vertretbar an.

22 % der Apotheker glauben durch die KGK den Kontakt zu anderen Berufsgruppen verbessert zu haben. Als häufigster interdisziplinärer Kontakt wurde der zu Ärzten genannt.

Den größten Vorteil bringt die KGK nach Meinung der Apotheker für die Kommunalverwaltung, insbesondere dem Gesundheitsamt. Auch Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen profitieren von der KGK. Die geringsten Vorteile werden für Politik, Patienten und Migranten gesehen, wobei dennoch mehr als die Hälfte der Mitglieder an den KGK sich für eine bestmögliche Versorgung von Patienten interessiert ist. Etwa die Hälfte (56%) der Themen hat eine Bedeutung für die Apothekerschaft. Über die Hälfte der Apotheker hat schon einmal versucht arzneimittelbezogene Themen als Tagesordnungspunkt einzubringen.

Nach Meinung der Befragten sollte sich die KGK vor allem den Themen Impfen, integrierte Versorgung, insbesondere die Versorgung von alten und morbid Menschen annehmen. Auch die Arzneimittelsicherheit und die Prävention / Gesundheitsförderung erscheinen als interessante Themengebiete.

Die KGK wurde durch die Apothekerschaft bei der Schlaganfallprävention, Impfaktionen und anderen Präventionsangeboten am häufigsten unterstützt.

Der allgemeine Erfolg solcher durch die KGK initiierten Aktionen wird nur von 7 % der Befragten als sehr gut bezeichnet, 40% sind wenig zufrieden. Auch die Mitarbeit von Apothekern vor Ort wird von über 71% als wenig zufriedenstellend eingeschätzt.

Diskussion der Ergebnisse

Die formalen Grundvoraussetzungen scheinen bei der kommunalen Gesundheitskonferenz gegeben zu sein. Die zusätzliche Arbeitsbelastung scheint vertretbar, trotzdem ist Unzufriedenheit spürbar. Die Kollegen vor Ort zeigen wenig Interesse durch gemeinsame Aktionen den öffentlichen Auftrag des Gesundheitsdienstleisters zu demonstrieren. So erscheint der Wunsch nach besserer Medienarbeit, einer besseren Schnittstellen-Vermarktung und einer funktionierenden Netzwerkgestaltung durch die Kommunen plausibel. Erschreckend ist, dass der Patient und der Migrant nach Meinung der Apotheker zu wenig in der KGK berücksichtigt werden.

Schlussfolgerungen aus dem Projekt

An Ideen mangelt es nicht, die geriatrische Pharmazie und das weite Feld der Prävention geben genügend Ansatzpunkte, um Gesundheitswissenschaftler auf sich aufmerksam zu machen. Leider schlummert dieses Potenzial und wartet darauf, endlich mit Leben erfüllt zu werden. Gut wäre es, dies auch innerhalb der KGK stärker einzubringen, um damit auch Aufmerksamkeit bei den Gesundheitswissenschaften zu erreichen.

Ausblick

Seit einiger Zeit scheint ein Umdenken im Bereich der interkulturellen Kommunikation statt zu finden. Bei der Apothekerkammer Nordrhein werden verstärkt Fragen nach Materialien für Migranten gestellt.

Die Apothekerkammer Nordrhein in den kommunalen Gesundheitskonferenzen

Apothekerkammer Nordrhein, 40213 Düsseldorf

- viel Lärm um nichts
- Maßnahmen zuwenig bekannt (Bürger, Medien)
- Profilierung der Kommunalpolitiker
- KGK aufgebläht
- Apotheker = Broschürenlogistiker
- Austausch der Apotheker-Vertreter fehlt
- kaum Ergebnisse
- Plattform für Krankenhäuser u. Verwaltung
- Apotheken Schnittstellen erlebbar machen
- Apotheken Prävention qualitätsgesichert anbieten
- Vernetzung mit Landes-GK?
- Vernetzung der KGK untereinander fehlt

Gesetzliche Grundlage ÖGD-Gesetz von 1997, § 24
Verfahrensrichtlinie: In der kommunalen Gesundheitskonferenz sollen neben Mitgliedern des zuständigen Ausschusses des Rates oder Kreistages vertreten sein:

- Ärztchammer,
- Zahnärztkammer,
- Apothekerkammer,
- ...

Ziel (Ottawa-Charta)

- Schaffen eines die Gesundheit fördernden Lebensumfeldes
- Empowerment
- Neuorganisation der Gesundheitsdienste in Richtung auf Prävention

Kommunale Gesundheitskonferenzen
 klassisches Beispiel für „Healthy Public Policy“, also Gesundheitsförderung durch gesetzlich initiierte Veränderung der Verhältnisse

Umfrage in Nordrhein
 Nov. 2007 in 25 Kreisen u. kreisfreien Städten in Regbez. Düsseldorf und Köln
 Insgesamt 51 ordentliche und stellvertretende AKN-Vertreter bei den KGK
 Dreiseitiger Fragebogen; Rücklauf: 34/51 (= 66,6%)

Top five der Aktionen der KGK	Top five der Wunscht Themen der Apotheker
Schlaganfallprävention (3)	Impfen/Impfprogramme(5)
Impfmobil/Impfberatung (3)	lokale Versorgungsstrukturen und Schnittstelle ambulante/stationäre Versorgung bzw. integrierte Versorgung (5)
Gesundheitstage/Prävention (3)	Versorgung alter bzw. multimorbider Patienten (v. a. in ländlichen Regionen) und Gesundheit im Alter (3)
Diabetes (2)	Arzneimittelsicherheit (3)
Gewalt gegen Frauen (2)	Prävention/Gesundheitsaufklärung (3)

KGK im Erleben der Apotheker

Termin 2x jährlich	72 %
Netzwerkbildung erfolgreich	22 %
Interdisziplinärer Kontakt außerhalb KGK	59 %
Mindestens die Hälfte der Teilnehmer sind konkret an der Verbesserung der Versorgung von Patienten interessiert	60 %
KGK-Themen für Apothekerschaft von Relevanz	56 %
Erfolg von gemeinsamen Aktionen gut	60 %
Arbeitsbelastung durch KGK vertretbar	53 %
Zufrieden mit der Unterstützung durch Kollegen vor Ort	24 %

- Für welche Zielgruppen bringt die KGK Vorteile?**
 (Mehrfachnennung möglich, Reihenfolge nach Häufigkeit der Nennungen)
- Stadt-/Kommunalverwaltung
 - Gesundheitsamt
 - Selbsthilfe
 - Krankenhäuser
 - Pflegeeinrichtungen
 - Krankenkassen
 - Ärztenschaft
 - Apothekerschaft
 - Politik
 - Patienten
 - Migranten

**Ursachenforschung
 Warum nehmen Gesundheitswissenschaftler Apotheker und Apotheken nicht wahr?**

Notfall- und Katastrophenpharmazie

Autor

Sven Seiβelberg, Apotheker bei der Krankenkasse KKK-Allianz, E-Mail: KatPharm@sven-seisselberg.de, Deutsche Gesellschaft für Katastrophenmedizin, DGKM

Hintergrund

Sven Seiβelberg ist Apotheker und war bis Dezember 2008 Filialleiter einer Apotheke. Jetzt arbeitet er bei einer Krankenkasse. Er ist Mitautor und Themenkoordinator für den Bereich Allgemeinpharmazie des Buches „Notfall- und Katastrophenpharmazie“. Das Buch kann von Apothekern kostenlos beim Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (www.katpharm.de) bestellt werden und sollte in Zukunft zur „gelesenen“ Standardliteratur in der Apotheke zählen.

Grundlage für die Überlegungen der Maßnahmen im Not- oder Katastrophenfall ist die FIP-Erklärung (Federation internationale pharmaceutique) zu Berufsstandards aus dem Jahr 2006. Der Apotheker wird hier als zentraler Knotenpunkt bezeichnet, bei dem alle Beteiligten des Gesundheitswesens zusammenlaufen. Jeder Apotheker soll in seinem Tätigkeitsfeld sich seiner Aufgabe bewusst werden. Hier sind gerade auch Apotheker im öffentlichen Gesundheitsdienst gefordert (z.B. Amtsapotheker), die die entsprechenden Denkanstöße, Tipps und Regelungen an die Offizin-Apotheken weitergeben können. In dem Bereich der Notfallvorsorge ist es wichtig, Vorsorge zu treffen, denn wenn das Schadensereignis eingetreten ist, bleibt keine Zeit mehr, sich über das weitere Vorgehen Gedanken zu machen.

Im Jahr 2008 hat sich die Schutzkommission des Bundesministers des Inneren mit dem gesundheitlichen Bevölkerungsschutz in Deutschland beschäftigt. Auch hier gelten die Apotheken als mögliche „Schnittstellenproblemlöser.“ Außerdem wurde das Problem der Vorhaltung von Notfallvorräten angesprochen. Es ist nicht Aufgabe der Apotheken, sich um eine Finanzierung zu bemühen, sondern Aufgabe des Staates. Zu den Aufgaben des Staates kann auch die Fort- und Weiterbildung des pharmazeutischen Personals gehören. Hier wäre z.B. eine grundlegende Ausbildung in der Notfall- und Katastrophenpharmazie während des Studiums ein entscheidender Ansatzpunkt.

Ziel des Projektes

Ziel des Projektes ist die Einbindung aller Apotheker in die Notfallvorsorge. Hierzu gehört besonders die Entwicklung eines pharmazeutischen Notfallmanagements in allen Bereichen, in denen Apotheker tätig sind. Als Grundlage hierzu vermittelt das Buch „Notfall- und Katastrophenpharmazie“ Basiswissen, aber auch konkrete Beispiele zur Umsetzung. Da momentan die Regelungen zur Mitwirkung der Apotheker im Katastrophenschutz in jedem Bundesland unterschiedlich gehandhabt werden, ist ein wichtiges Ziel, die Regelungen bundesweit zu vereinheitlichen. Auch hierzu dient als Grundlage das Buch Notfall- und Katastrophenpharmazie. In öffentlichen und Krankenhausapotheken sollte das pharmazeutische Notfallmanagement im Rahmen des QMS-Systems implementiert werden.

Methode

Das Projekt „Notfall- und Katastrophenpharmazie“ wurde durch die Deutsche Gesellschaft für Katastrophen-Medizin (DGKM) initiiert und von der Schutzkommission beim Bundesminister des Innern genehmigt. Das Projekt wird gemeinsam von der DGKM und dem Bundesamt für Bevölkerungs- und Katastrophenschutz durchgeführt.

Es umfasst 3 Stufen.

Die erste Stufe ist die Ausarbeitung eines Fachbuches zur Notfall- und Katastrophenpharmazie. Die zweite Stufe stellt die Entwicklung von Lehrinhalten zur Notfall- und Katastrophenpharmazie dar. Aus den Lehrinhalten sollen in einer dritten Stufe Pilotseminare für Apotheker entwickelt werden.

Ergebnisse

Das Buch „Notfall- und Katastrophenpharmazie“ wurde anlässlich des DGKM-Kongresses im Mai 2009 vorgestellt und liegt in 2 Bänden und über 1300 Seiten vor. An dem Buch haben über 40 Autoren verschiedener Berufsgruppen ehrenamtlich und bereichsübergreifend mitgearbeitet. Der erste Teil beschäftigt sich mit allgemeinen und gesetzlichen Grundlagen sowie Ansprechpartnern in verschiedenen Bereichen der Notfallvorsorge. Der zweite geht spezifisch auf das pharmazeutische Notfallmanagement in den verschiedenen Einsatzbereichen von Apothekern ein. Themen im zweiten Band sind u.a. die richtige Beratung der Bevölkerung im Falle einer Pandemie, die richtige Planung von Personalressourcen im Katastrophenfall aber auch viele konkrete Beispiele, die sich innerhalb kürzester Zeit in der Apotheke umsetzen lassen, da sie nur rein organisatorischer Art sind (Telefonlisten, Information der Ärzte etc.) und dadurch keinen Kostenfaktor für die Apotheken darstellen.

Diskussion der Ergebnisse

Das Buch steht auf dem Prüfstand und ist zur Diskussion freigegeben. Um Feedback wird gebeten, um es eventuell noch alltagstauglicher gestalten zu können.

Schlussfolgerungen aus dem Projekt

Wichtig ist, dass die Weichen gestellt werden, bevor ein Schadensereignis eintritt, auch wenn es noch so unwahrscheinlich erscheinen mag. Wenn die Katastrophe da ist, ist keine Zeit in Vorbereitungen zu verharren, dann muss ein bestehender Plan abgearbeitet werden und jeder Akteur seine ihm zugewiesene Aufgabe kennen. Die jetzt kursierende Schweinegrippe könnte die Augen für die unbedingte Notwendigkeit öffnen und die Bereitschaft in der Apothekerschaft erhöhen, sich mit diesem doch eher Randgebiet der Pharmazie näher zu beschäftigen und fortzubilden, damit die Apotheker im Notfall handlungsfähig sind.

Eine Finanzierung von Notfallvorräten in den Apotheken durch den Staat setzt voraus, dass die Apotheken im Katastrophenfall auch einsetzbar sind. Daher lässt sich nur durch eine konsequente Umsetzung des pharmazeutischen Notfallmanagements diese Forderung auch gegenüber der Politik adressieren.

Ausblick

Die DGKM arbeitet mit Hochdruck an der Entwicklung von Lehrinhalten zu dem großen Komplex der Notfall- und Katastrophenpharmazie, um möglichst viele Apotheker für dieses Themengebiet zu sensibilisieren und somit die Apotheker als feste Einrichtung im Katastrophenschutz zu etablieren. Wir freuen uns daher über Ihr Feedback, um den Komplex der Notfall- und Katastrophenpharmazie immer auf einem umsetzbaren und aktuellen Stand zu halten.

Notfall- und Katastrophenpharmazie (KatPharm)

Sven Seißeberg, KatPharm@sven-seisseberg.de



Die Notfall- und Katastrophenpharmazie dient der **Sicherstellung einer bestmöglichen pharmazeutischen Versorgung der Bevölkerung bei Großschadensereignissen und Katastrophen sowie in sonstigen Ausnahmesituationen**. Dazu entwickelt sie Konzeptionen für das **pharmazeutische Notfallmanagement** der Öffentlichen Apotheken und der Krankenhausapotheken.

Mit aller Fachkompetenz der Apotheker wirkt die Notfall- und Katastrophenpharmazie grundlegend an der notfall- und katastrophenmedizinischen Versorgung beim Massenansturm von Verletzten / Patienten mit, insbesondere mit Konzeptionen und Qualitätsstandards für die Sanitätsmaterialversorgung

- der Rettungsdienste und Hilfsorganisationen,
- des Bevölkerungsschutzes,
- bei Massenveranstaltungen,
- bei Einsätzen in der Internationalen Hilfe,
- für Projekte in der Entwicklungszusammenarbeit.

Zur Erfüllung dieser Aufgaben bedarf es einer zusätzlichen Qualifikation der Apotheker/innen für das pharmazeutische Notfallmanagement.



Grippe-Pandemie 1918 Notkrankenhaus in Fort Riley

Der Gesundheitliche Bevölkerungsschutz benötigt

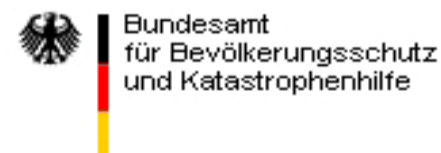
- eine Einbindung der Apotheker in die Notfallvorsorge
- eine Entwicklung des pharmazeutischen Notfallmanagements
 - bei den Apothekern
 - in den operativen Bereichen des Bevölkerungsschutzes
- keine unterschiedlichen Regelungen der Bundesländer zur Mitwirkung der Apotheker im Katastrophenschutz

DIE ROLLE DES APOTHEKERS BEIM KRISENMANAGEMENT, EINSCHLIESSLICH BEI VON MENSCHEN AUSGELÖSTEN ODER NATURKATASTROPHEN UND PANDEMIEEN (FIP-ERKLÄRUNG ZU BERUFSSTANDARDS - Brasilien August 2006 Auszüge)

- In vielen Ländern ist der Apotheker ein sehr leicht zugänglicher Ansprechpartner innerhalb des Gesundheitswesens. Der Apotheker ist die Person, bei der die Fäden praktisch aller Beteiligten im Gesundheitswesen zusammenlaufen: Ärzte, Krankenhäuser, Patienten, Pharmaunternehmen, Großhändler und Krankenversicherer.
- Wie der FIP bekannt ist, variieren die Zuständigkeiten des Apothekers je nach Tätigkeitsfeld. So haben Vertreter des Berufsstandes, die zum Beispiel bei pharmazeutischen Herstellern, Großhändlern, oder Krankenversicherungen tätig sind, jeweils andere Aufgabengebiete. Es sind alle Vertreter des Berufsstandes in allen Tätigkeitsfeldern aufgerufen, sich über ihre jeweiligen Aufgaben bewusst zu werden und sich entsprechend vorzubereiten.



Auszüge aus der Stellungnahme zum **Gesundheitlichen Bevölkerungsschutz in Deutschland** verabschiedet in der Sitzung des Inneren Ausschusses der **Schutzkommission beim Bundesminister des Innern** am 23.09.2008



Das Projekt „Notfall- und Katastrophen - pharmazie“ wurde von der Schutzkommission beim Bundesminister des Innern genehmigt; **es wird gemeinsam vom Bundesamt für Bevölkerungs- und Katastrophenschutz und der DGKM getragen**; es umfasst drei Arbeitsstufen:



www.dgkm.org
www.katpharm.de

5. Realisierungsvoraussetzungen

5.1 **Lösung der vielfältigen Schnittstellenprobleme zwischen den Institutionen und Organisationen der Gefahrenabwehr und den Einrichtungen des Gesundheitswesens** (Rettungsdienst, ÖGD, ambulante und / oder stationäre Versorgung, **Apotheken**, psychosoziale Notfallversorgung).

5.8 Abstimmung der Planungen auf örtlicher, regionaler und überregionaler Ebene, der **Finanzierung der erforderlichen Vorhaltungen** (z.B. Sanitätsmittel, spezielle Bettenkapazitäten in Krankenhäusern, Transportkapazitäten [z.B. Hubschrauber] und Spezialeinheiten wie z.B. Task Forces) **und Maßnahmen** (z.B. **Aus-, Fort- und Weiterbildung** von Ärzten, **Apothekern** und Pflegepersonal) sowie zur **Sicherstellung einer einheitlichen Führung**.

1. Fachbuch Notfall- und KatastrophenPharmazie

2. Entwicklung von Lehrinhalten

3. Pilotseminar(e) für Apotheker/innen
Das Projekt wird von der ABDA begleitet.

Notfall- und Katastrophenpharmazie eine Aufgabe der Öffentlichen Apotheke

Sven Seißelberg, KatPharm@sven-seisselberg.de



Deutsche Gesellschaft für
KatastrophenMedizin e.V.



Fachbuch **Notfall- und KatastrophenPharmazie**

Das Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe und die Deutsche Gesellschaft für Katastrophenmedizin e.V. haben ein Fachbuch zusammengestellt welches **einheitliche Grundlagen zum Umgang mit Notfällen bzw. Katastrophen** für viele Bereiche in denen Apotheker tätig sind schafft.

An der Entstehung des Leitfadens haben **43 Autoren als Experten** mitgewirkt, um möglichst viele Facetten des pharmazeutischen Notfallmanagements darzustellen.



Fachbuch **Notfall- und KatastrophenPharmazie**

1. Bevölkerungsschutz und Medizinische Notfallvorsorge
2. Rechtsgrundlagen für den Bevölkerungsschutz und die Pharmazeutische Notfallversorgung
3. Notfallmedizin - Katastrophenmedizin
4. Menschen und Katastrophen
5. Außergewöhnliche Gefahren
6. Deutsche Gesellschaft für KatastrophenMedizin e.V.
7. Institutionen im Bevölkerungsschutz und in der Internationalen Hilfe
8. Verzeichnisse
9. Pharmazeutisches Notfallmanagement
- 9.1 **Allgemeinpharmazie**
- 9.2 Krankenhauspharmazie
- 9.3 Pharmazie im Öffentlichen Gesundheitsdienst
- 9.4 Toxikologie und Ökologie
- 9.5 Wehrpharmazie
- 9.6 Pharmazeutische Betreuung für Hilfsorganisationen und Rettungsdienste
- 9.7 Pharmazie in der Internationalen Hilfe und Entwicklungszusammenarbeit
10. Arzneimittel-Herstellung im Katastrophenfall
11. Sanitätsmaterial
12. Pharmazeutische Notfall-Logistik und Sanitätsmaterialversorgung
13. LÜKEX 2007 - Influenza-Pandemie
14. Apotheken-Notfallmanagement am Beispiel einer Influenza-Pandemie

DIE ROLLE DES APOTHEKERS BEIM **KRISENMANAGEMENT**, EINSCHLIESSLICH BEI VON MENSCHEN AUSGELÖSTEN ODER **NATURKATASTROPHEN UND PANDEMIEN** (FIP-ERKLÄRUNG ZU BERUFSSTANDARDS - Brasilien August 2006)

- Sicherstellung von Schutz und Sicherheit des Apothekenpersonals;
- Ausreichende Bevorratung erforderlicher Arzneimittel in der Apotheke oder Aufstocken dieser Bestände über reguläre oder zusätzliche Lieferkanäle;
- Bereitstellung erforderlicher Arzneimittel ausgehend von den vorliegenden Daten;
- Beratung der Patienten über die Sicherheit von Medikamenten;
- Einschätzung der Verschiebung der Häufigkeit des Auftretens von Krankheiten oder Verletzungen und entsprechende Anpassung des Vorrats an Arzneimitteln und medizinischen Versorgungsgütern;
- Sicherstellung von Schutzmaßnahmen und geeigneten Lagerbedingungen in temporär eingerichteten Apotheken und medizinischen Verteilungszentren;
- Treffen von Vorkehrungen, um die Anforderungen der verschiedenen Rettungs- und Wiederaufbauphasen nach einer Katastrophe zu erfüllen; dabei ist zu berücksichtigen, dass jede Phase andere Versorgungsgüter und andere Kompetenzen von Seiten des Apothekers erfordert;
- Sicherstellung, dass reguläre Patienten, welche die Apotheke besuchen, nicht von der Pandemie angesteckt werden. Dazu könnte auch eine Änderung der Ausgestaltung der Offizin gehören, um eine Infektionsübertragung zu verhindern;
- Festlegung von Vorgehensweisen zur Fortsetzung des Apothekenbetriebs, falls viele Mitarbeiter infiziert sind.



Umsetzung der Maßnahmen in der Apotheke durch Integration in Qualitätsmanagementsysteme (QMS). Dies sichert die Umsetzung und kontinuierliche Überprüfung im Rahmen der Rezertifizierung.

Weitere Schritte:

1. Entwicklung von Inhalten zur Aus- und Weiterbildung der Apotheker und des pharmazeutischen Assistenzpersonals.
2. Pilotseminar/e zur Fortbildung für Apotheker/innen.



Notfall- und
Katastrophen
Pharmazie

www.dgkm.org

www.katpharm.de

Sozialpharmazie in der Kommunalen Gesundheitskonferenz

Autorin

Stapel, Ute, Dr. rer. nat., Gesundheitsamt Hamm, E-Mail: stapel@stadt.hamm.de

Hintergrund

Die Kommunale Gesundheitskonferenz (KGK) in Hamm greift Themen zu aktuellen Problemen und Entwicklungen in der Stadt Hamm auf.

Im Besonderen geht es um Probleme, die durch die Zusammenarbeit mehrerer Institutionen gelöst werden können.

Zur Beratung und Bearbeitung der Themen werden Arbeitsgruppen eingerichtet, in denen Sachkundige aus der Kommunalen Gesundheitskonferenz aber auch externe Fachkräfte und Experten mitarbeiten. In den Arbeitskreisen werden Daten recherchiert, Fakten zusammengetragen, Ziele zur Verringerung der Problemlage formuliert und Handlungsempfehlungen erarbeitet. Diese werden in der Kommunalen Gesundheitskonferenz diskutiert und verabschiedet.

Aktuell arbeiten Arbeitsgruppen zu den Themen:

- Kinder- und Jugendgesundheit
- Aufbau eines MRE-Netzwerkes (MRE = Multiresistente Erreger)
- Sozialpharmazie

Die Gesundheitskonferenz in Hamm ist des Weiteren in die kommunale Suchthilfeplanung eingebunden. Auf Initiative der Amtsapothekerin Frau Dr. Stapel wurde 2004 das Thema „Sozialpharmazie“ in der KGK bearbeitet.

Im interdisziplinären Arbeitskreis „Sozialpharmazie“ sollen arzneimittelbezogene Themen aus verschiedenen Versorgungsbereichen analysiert werden, um in Problemfeldern Lösungsstrategien zu entwickeln. Zurzeit werden die Themen „Arzneimittelsicherheit im ambulanten und stationären Pflegebereich“ und „ADHS“ behandelt. Frau Dr. Stapel ist Sprecherin der beiden Sozialpharmazie – Arbeitskreise und berichtet der Gesundheitskonferenz über den Stand der Arbeit.

1. Arzneimittelsicherheit im ambulanten und stationären Pflegebereich

Ziel des Projektes

Verbesserung der Arzneimittelsicherheit

Zahlreiche Bewohner von Alten- und Pflegeheimen sind aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr in der Lage, ihre Arzneimittel eigenverantwortlich zu besorgen und einzunehmen. Im Rahmen seiner Fürsorgepflicht übernimmt das Pflegepersonal diese Aufgabe.

Ziel ist es, die Qualität beim Stellen von Arzneimitteln festzustellen und ggf. Anregungen zur Verbesserung zu geben.

Methode

Bei der Datenerhebung zur Arzneimittelsicherheit im stationären, ambulanten und privaten Pflegebereich standen folgende Fragen im Vordergrund:

Stimmen die in der Medikamentendokumentation aufgelisteten Arzneimittel mit den für den Patienten gestellten Arzneimitteln überein?

Mit welcher Häufigkeit je Heimbewohner/Patient treten Fehler beim Stellen auf?

Welche Fehler werden gemacht?

Ergebnisse

Die festgestellten Fehler sowie Probleme im stationären und ambulanten Pflegebereich sind überwiegend auf eine unzureichende Medikamentendokumentation zurück zu führen. Ein weiterer Aspekt ist auch hier das Problem der Verordnung von Generika verschiedener Hersteller für die Patientin / den Patienten.

Weiterhin wurde häufiger festgestellt, dass die Ärzte aus Kostengründen Arzneimittel mit höheren Dosierungen verordnen. Dadurch bedingt müssen die Arzneimittel geteilt oder auch geviertelt werden, wodurch ungenaue Dosierungen bzw. Fehlerquellen entstehen. Auch ist die Tablettenteilung oftmals nicht ganz unproblematisch, da sich manche Tabletten nur schwer brechen lassen.

Der Arbeitskreis hat einen „Organisationsstandard Medikamentendokumentation“ entworfen, der vorab mit bereits bestehenden Standards abgeglichen und auf seine „Praxistauglichkeit“ geprüft wurde.

Bezüglich des „Generika- und Tablettenteilungsproblems“ ist ein Handzettel „Immer das gleiche Generikum“ mit Informationen und Empfehlungen zur Verordnung von Generika für die Ärzte, erarbeitet worden.

Schlussfolgerungen

Die heimversorgenden Apotheken sollten verstärkt Wechselwirkungschecks durchführen und darauf hinwirken, dass möglichst nur im Einzelfall Tabletten geteilt werden.

Die Ärzte sollten sich bei der Verordnung an den zur Verfügung stehenden Dosierungen orientieren.

Der Arbeitskreis trifft sich zurzeit einmal jährlich, um ggf. Problemfelder zu diskutieren und die Umsetzung der vorgelegten Empfehlungen zu begleiten und ggf. weiterzuentwickeln sowie zur Planung einer jährlichen Fortbildungsveranstaltung für Pflegekräfte, die vom Gesundheitsamt organisiert wird.

Diskussion der Ergebnisse

Die sich aus der Datenerhebung ergebene Forderung nach „Immer das gleiche Generikum“ kann aufgrund der Rabattverträge der Krankenkasse leider nicht mehr aufrechterhalten werden. Die Umsetzung der Dokumentationsstandards wird im Rahmen des aktuell durchgeführten Projektes überprüft.

2. „Verordnung von Stimulantien zur Behandlung von ADHS“

Ziel des Projektes

Durch die Erhebung der Rezeptdaten von Methylphenidat im Sinne der Versorgungsforschung soll eine örtliche Analyse des Verschreibungsverhaltens der Ärzte erhoben werden.

Nach dem derzeitigen Stand der medizinischen Wissenschaft wird die multimodale Therapie empfohlen, bestehend aus psychoedukativen und psychotherapeutischen Maßnahmen und einer eventuellen Pharmakotherapie mit Stimulantien.

Im 2. Schritt erarbeitete der Arbeitskreis daher Erhebungsbögen für eine Befragung der Kinder- und Jugendpsychiater, der Kinder- und Jugendärzte und der Erziehungsberatungsstellen in Hamm hinsichtlich der Angebote in der Begleittherapie.

Methode

Es wurden Daten zu Methylphenidatverordnungen – unter Einbezug der 50 Apotheken in Hamm – erhoben. Es wurden je „Behandlungsfall“ das verordnete Arzneimittel und die angegebene Tagesdosis der jeweiligen letzten Verordnung im Jahr 2006 erfasst sowie die Facharztbezeichnung der verordnenden Ärzte und das Alter der Patienten.

Des Weiteren wurden Daten zu den vorhandenen Angeboten in der Begleittherapie für Kinder und Jugendliche mit ADHS unter Einbezug der Kinder- und Jugendpsychiater, der Kinder- und Jugendärzte und der Erziehungsberatungsstellen ausgewertet.

Ergebnisse

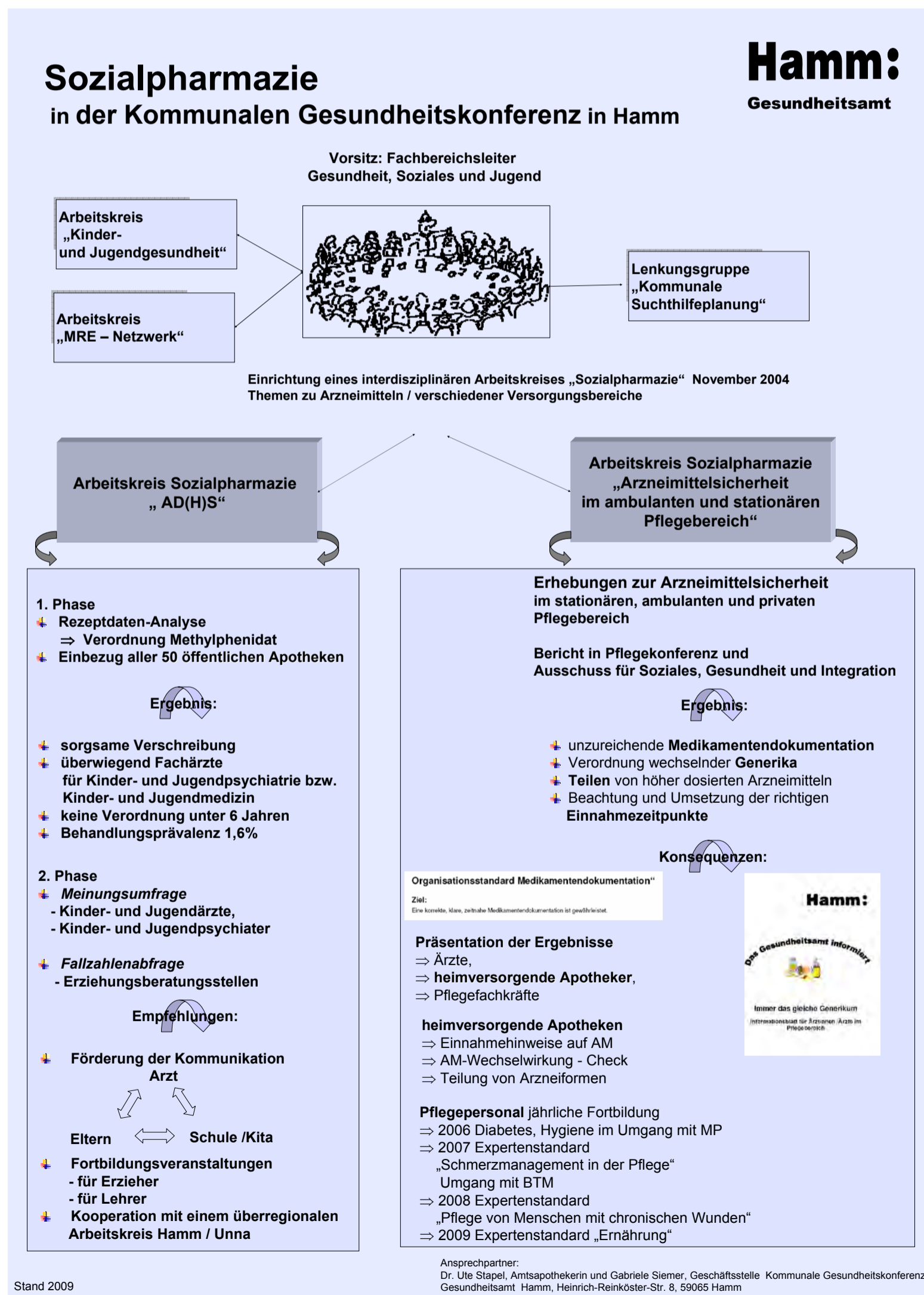
Die Datenauswertung hat gezeigt, dass die Patientinnen und Patienten überwiegend durch Fachärzte betreut werden. Es gab keine Verordnungen für Kinder unter 6 Jahren. Die Fallzahlen für Hamm lagen, bezogen auf die Einwohnerzahl, im bundesdeutschen Durchschnitt.

Das Arzneimittel ist nur ein Baustein bei der Behandlung von ADHS, wichtig ist eine Begleittherapie. Es wurden hier Defizite im Kommunikationsnetzwerk zwischen Arzt/Eltern und Schule bzw. KITA festgestellt.

Schlussfolgerungen

Zur Behandlung von ADHS ist eine Förderung der Kommunikation zwischen Arzt, Eltern, Schule bzw. KITA notwendig. In Planung stehen hier Informationsveranstaltungen zu den Themen Krankheitsbild und Stärkung der Erziehungskompetenz für Erzieher und Lehrer.

Das Thema erfordert weitere Beobachtungen. Eine Zusammenarbeit mit einem überregionalen Arbeitskreis steht in Diskussion.



Pharmazeuten und ihre depressiven Patienten: spezifische Schulungen zur Arzneimittelinformation und Betreuung

Autorinnen

Apothekerin Mitra Koch, MPH und Dr. med. Christine Norra, Ruhr-Universität Bochum, Psychiatrie Psychotherapie Psychosomatik Präventionsmedizin, LWL-Universitätsklinik. E-Mail: christine.norra@rub.de

Hintergrund

Depressive Erkrankungen sind häufig unterdiagnostiziert, untertherapiert und verursachen hohe direkte und sozioökonomische Folgekosten. Die Bedeutung der Pharmazeuten in der Beratung und Betreuung depressiver Patienten ist bislang kaum erforscht, obwohl sie als pharmazeutische Experten für ärztliche Verordnungen sowie Selbstmedikation eine wichtige Multiplikatorengruppe innerhalb des Gesundheitsversorgungssystems repräsentieren. Dies kann ein Monitoring der Arzneimitteltherapie beinhalten, aber auch die Identifikation depressiv Betroffener. Hinzu zählen Förderung von Compliance durch Informationen zu Wirkungen, Wirklatenz und Nebenwirkungen der Antidepressiva einschließlich gegebenenfalls Vermittlung (z.B. Ärzte).

Ziel

Das Ziel der Fortbildungen, die 2006 bundesweit für Pharmazeuten durchgeführt wurden, war, Verständnis und Kenntnis über depressive Erkrankungen zu verbessern.

Methode

Vermittelt wurden theoretische Grundlagen, medikamentöse und nichtmedikamentöse Therapie sowie Hinweise zur Beratung. Die halbtägigen Seminare wurden durch eine Fachapothekerin für Offizinpharmazie sowie eine Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Neurologie konzipiert und durchgeführt.

Ergebnisse

Die im Rahmen der Seminare erhobene Evaluation (n=102) ergab:

- Hohe positive Resonanz bei Apothekerinnen und Apothekern.
- Die persönliche Einstellung der Pharmazeuten zum Thema Depression steht im positiven Zusammenhang mit Lebensalter und Berufserfahrung.
- Es gibt zum Teil große Unsicherheiten, beispielsweise im geschätzten Anteil depressiver Kunden (Spanne 1-70%).

Schlussfolgerung und Ausblick

Die Untersuchung weist darauf hin, dass gezielte Fortbildungen (z.B. Gesprächstechniken) insbesondere einer Untergruppe von jungen, weniger berufserfahrenen Mitarbeitern einer Apotheke die pharmazeutische Betreuung wie auch den hohen und kenntnisreichen Beratungsbedarf depressiv Betroffener verbessern könnten. Darüber hinaus könnte eine engere Kooperation der in der Therapie der Depression beteiligten Akteure wesentlich zur Förderung der Therapieeffizienz depressiver Störungen beitragen und zu Kostensenkung führen. Um dies zu erreichen, muss die Kooperation von Pharmazeuten mit behandelnden Allgemein- und Fachärzten und weiteren gesundheitsversorgenden Systemen verbessert werden.

Zur Rolle der Apotheker in der Versorgung depressiver Patienten – Evaluation eines Fortbildungsprogramms für Pharmazeuten

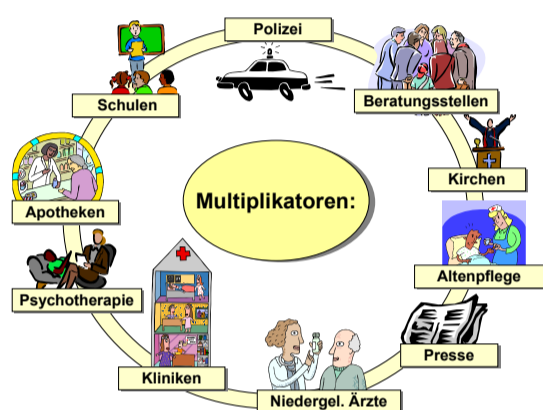
Christine Norra¹ & Mitra Koch²

¹LWL-Klinik Bochum, Psychiatrie – Psychotherapie – Psychosomatik – Präventivmedizin, Klinik der Ruhr-Universität Bochum
²Offizinpharmazie & Magistra Public Health, Gesundheitsamt Kreis Aachen

Einleitung

Depressive Erkrankungen sind unterdiagnostiziert, untertherapiert und führen zu hohen sozioökonomischen Folgekosten. Gleichzeitig belegen Antidepressiva und Stimmungsstabilisatoren auf dem deutschen Apothekenmarkt sogar den 7. Platz (von 10 führenden Indikationsgebieten am GKV-Markt 2005) mit einem Umsatz von 437 Mio. € [1]. Bislang kaum erforscht ist in der Beratung und Betreuung depressiver Patienten hingegen die Rolle der Apotheker, obwohl sie hier als pharmazeutische Experten für ärztliche Verordnungen sowie Selbstmedikation eine wichtige Multiplikatorengruppe [2] innerhalb des Gesundheitsversorgungssystems repräsentieren (Abb.1).

Abb.1



In der pharmazeutischen Aus- und Weiterbildung fand das Thema Depression bislang jedoch wenig Berücksichtigung. In einer frühen amerikanischen Studie ergab sich, dass Pharmazeuten gegenüber psychiatrischen Patienten nicht anders als solchen mit somatischen Erkrankungen eingestellt waren [3]. Andererseits fühlten sich Pharmazeuten unwohler in der Beratung von Patienten mit psychischen als kardialen Krankheitsbildern [4], und der Umfang der Beratung abhängig war von Art der Medikation und Verordnung, Motivation des Patienten und die dem Pharmazeuten zur Verfügung stehenden Zeit [5].

Ziel der Untersuchung

Ziel von zehn bundesweit durchgeführten Fortbildungen für Pharmazeuten war, Verständnis und Kenntnis über depressive Spektrumserkrankungen in dieser Multiplikatorengruppe zu fördern und neben der Seminarevaluation in einer explorativen Datenanalyse auch persönliche Einstellungen zum Thema Depression zu ermitteln.

Methode

Das von den Autoren zum Thema Depression für Apotheker und pharmazeutische Mitarbeiter (v.a. PTA) entwickelte Seminar umfasste eine dreistündige standardisierte Fortbildung mit dreiteiligem interaktiven Programm: theoretische Grundlagen (Ursachen, Symptome, Diagnostik), medikamentöse und nicht-medikamentöse Therapie sowie Beratung in der Offizin einschließlich OTC-(Over-the-counter) und Arzneimittel besonderer Therapieformen (u.a. Phytopharmazie). Alle Teilnehmer erhielten ein Skript mit ausgewählter Foliensammlung. Die abschließende Evaluation des Seminars und persönlicher Einstellungen zum Thema war freiwillig. Neben Daten zu Alter, Beruf, Berufserfahrung und Einschätzung des Anteils ihrer depressiver Kunden erfolgten die übrigen Angaben auf einer Likert-Skala von 0 – 4, d.h. *stimme nicht zu – stimme voll zu*.

Ergebnisse

Stichprobe

102 (88%) Seminarteilnehmer (Aachen, Koblenz, Lehrte, Neumünster, Würzburg) beantworteten die Evaluationen, davon 1/3 Apotheker/innen gegenüber 2/3 anderen Teilnehmer/innen aus nicht-akademischen pharmazeutischen Berufsgruppen [Tab. 1]. Das Lebensalter war gleichmäßig über alle Altersdekaden Berufstätiger verteilt (Lebensjahre <30: N=23; ≥30 und <40: N=29; ≥40 und <50: N=24; ≥50: N=23), ebenso die Berufserfahrung mit 14,8 (9,6) Jahren. Apotheker waren älter ($p < 0,0001$) und berufserfahrener ($p < 0,001$) als die übrigen Teilnehmer [Tab. 1].

Seminarevaluation

Zur Beurteilung der Vorträge und Referenten antworteten die Teilnehmer im Fragenkomplex II (6 Fragen) mit minimal 3,26±1,01 bis maximal 3,81±0,67 Punkten. Für den Eindruck zum Format der Veranstaltung (Inhalte, Organisation, Praxisrelevanz) wurden im Fragenkomplex III (12 Fragen) minimal 3,04±0,92 bis maximal 3,48±0,69 Punkte verteilt i.S. einer insgesamt positiven Resonanz.

Tab.1 Demographische Daten der pharmazeutischen Seminarteilnehmer

Beruf	Anzahl	Geschlecht w : m	Alter (Jahre)	Berufserfahrung (Jahre)	Geschätzter Anteil depressiver Kunden (%)
Apotheker	34	28 : 6	45,6 (9,6)	19,2 (9,9)	23,1 (18,4)
PTA ¹	57	57 : 0	35,7 (8,6)	11,9 (8,6)	22,5 (18,1)
PKA ²	6	6 : 0	40,2 (8,8)	19,4 (5,7)	21,7 (7,6)
Andere	2	2 : 0	22,0 (0)	13,5 (19,9)	40,0 (0)
O. A. ³	3	3 : 0	32,5 (9,2)	13,5 (9,2)	30,0 (0)
Gesamt	102	96 : 6	39,1 (10,8)	14,8 (9,6)	23,1 (17,6)

¹: pharmazeutisch-technische Angestellte; ²: pharmazeutisch-kaufmännische Angestellte; ³: ohne Angabe

Kundenanteil mit Depressionen

„Wie viel Prozent Ihrer Kunden kommen mit depressiven Symptomen zu Ihnen? Schätzungsweise ca. ____%“ wurde im Mittel mit 23,1%±17,6% mit einer auffällig weiten Spanne von 1-70% angegeben [Tab. 1] und stand in einem tendenziellen Zusammenhang zur Berufserfahrung ($r=0,21$, $p < 0,057$). Diese Frage wurde als einzige unter ¼ der Teilnehmer (N=75/102) beantwortet.

Persönliche Einstellungen zum Thema Depression

In der Gesamtgruppe ließ sich [Tab. 2] eine breite Streuung bei der Beurteilung „Depression ist eine Krankheit wie jede andere auch“ ($2,37 \pm 1,39$) feststellen, der vermehrt jüngere Seminarteilnehmer nicht zustimmten. Das Lebensalter korrelierte diskret mit dieser Einstellung ($r=0,38$, $p < 0,09$). Hingegen fanden sich deutlichere Häufigkeitsgipfel [Tab. 2] der übrigen beiden Feststellungen „Depression ist gut behandelbar“ ($2,66 \pm 0,88$) und „Ich fühle mich nach dem Seminar sicherer in der Beratung zum Thema Depressionen“ ($2,95 \pm 0,71$). Es bestand ein marginaler Zusammenhang der letztgenannten Aussage mit der Höhe des geschätzten depressiven Kundenanteils ($r=0,23$, $p < 0,06$). Darüber hinaus korrelierte das Lebensalter signifikant mit der Feststellung der Beratungssicherheit ($r=0,25$, $p < 0,01$).

Tab. 2 Persönliche Einstellungen der pharmazeutischen Seminarteilnehmer (Skala 0-4, d.h. *stimme nicht zu - stimme voll zu*)

	0	1	2	3	4
„Depression ist eine Krankheit wie jede andere auch“	14,4%	13,4%	19,6%	25,8%	26,8%
„Depression ist gut behandelbar“	1,0%	8,3%	29,8%	45,4%	15,5%
„Ich fühle mich nach dem Seminar sicherer in der Beratung zum Thema Depressionen“	0%	2,0%	21,1%	56,7%	20,2%

Zusammenfassung

Die Ergebnisse belegen, dass persönliche Einstellungen der Pharmazeuten zum Thema Depression v.a. abhängig sind von Lebensalter sowie Berufserfahrung [6]. Zu ähnlichen Befunden kamen jüngst auch Cates et al. [7]. Hier könnten Fortbildungen (z.B. Gesprächstechniken), insbesondere einer Untergruppe von jungen, weniger berufserfahrenen Mitarbeitern die Betreuung depressiv Betroffener in der Offizin verbessern. Nicht zuletzt sollte eine enge Kooperation der Allgemein- und Fachärzte mit den Pharmazeuten wesentlich zur Förderung der Therapieeffizienz depressiver Störungen und Senkung der Folgekosten beitragen können.

Pharmazeutische Betreuung in der Therapie der Depression

- Monitoring von medikamentöser Compliance + Nebenwirkungen
- Monitoring von Komorbidität / Polypharmazie
- Screening von depressiven Symptomen
- Förderung von Adherence
- Verbesserung der Lebensqualität
- Ggf. Vermittlung (z.B. Ärzte, Angehörige)
- Vermeidung erhöhter Therapie- und Folgekosten
- Entstigmatisierung des Störungsbildes Depression

Literatur

1) Bundesverband der deutschen Pharmaindustrie e.V. (BPI). Pharma-Daten Kompakt 2006. <http://www.bpi-service.net> Online 30.04.2007. 2) Hegerl U, Althaus D, Stefanek J. Public attitudes towards treatment of depression: effects of an information campaign. *Pharmacopsychiatry* 2003; 36:288-291. 3) Bryant SG, Guemsey BG, Pearce EL et al. Pharmacists' perceptions of mental health care, psychiatrists, and mentally ill patients. *Am J Hosp Pharm* 1985; 42:1366-1369. 4) Phokeo V, Sproule B, Raman-Wilms L. Community pharmacists' attitudes toward and professional interactions with users of psychiatric medication. *Psychiatr Serv* 2004; 55:1434-1436. 5) Schommer JC, Wiedemolt JB. Pharmacists' perceptions of patients' needs for counseling. *Am J Hosp Pharm* 1994; 51:478-485. 6) Norra C, Koch M. Pharmacist's views in the care of patients with depressive disorders. 2007; submitted. 7) Cates ME, Burton AR, Wooley TW. Attitudes of pharmacists toward mental illness and providing pharmaceutical care of the mentally ill. *Ann Pharmacotherapy* 2005; 39:1450-1455.

Danksagung: Herrn Prof. Dr. Ulrich Hegerl und Frau Rita Schäfer, MA, für Anregungen i.R. des „Bündnisses gegen Depression“ und die freundliche Genehmigung zur Verwendung von Bildmaterial (in Auszügen) für die Schulungen.

Korrespondenz: Christine.Norra@rub.de, mail@dieapothekerin.de

Beratung in der Apotheke aus Publik Health-Sicht

Autorin

Bettina Möller MPH, Amtsapothekerin der Stadt Bielefeld, Gesundheitsamt, E-Mail: bettina.moeller@bielefeld.de

Hintergrund

Apotheken sind ideale Anlaufstellen für Patienten, müssen aber mit ihren Räumlichkeiten eine entsprechende Atmosphäre bieten, um eine vertrauliche Beratung gewährleisten zu können.

Ziel des Projektes

Durch das Projekt sollte geklärt werden, ob Apotheker den Beratungsbedarf der Bevölkerung richtig einschätzen. Aus den Ergebnissen können Verbesserungsvorschläge für die Beratung in Apotheken abgeleitet werden.

Methode

Es wurden zwei repräsentative Befragungen durchgeführt:

- Mit Hilfe des CATI (Computer Assisted Telephone Interviewing) des LIGA.NRW wurden über 1000 Bürgerinnen und Bürger befragt, beschränkt auf den Kreis Soest. Die Bevölkerung wurde zu ihren Erfahrungen mit der Beratung in Apotheken befragt, z.B. ob diese Beratung unaufgefordert angeboten wurde oder nicht. Es wurde auch abgefragt, ob die Atmosphäre in Apotheken dafür geeignet sei, eine vertrauliche Beratung durchzuführen.
- Gleichzeitig wurden alle Leiter von Apotheken im Kreis Soest angeschrieben, um die gleichen Fragen aus Sicht der Apothekenleiter zu beantworten.

Ergebnisse

Die Apotheker schätzten sich in Bezug auf aktiv angebotene Beratung besser ein, als die Kunden es erlebt hatten. 30 % der Kunden sagten, dass sie gar nicht beraten worden seien.

Die Beratung in Apotheken wird noch zu wenig aktiv angeboten.

Die Apotheker sahen es als ihre wichtigste Aufgabe an, bei der Auswahl des Medikamentes zu helfen, wobei die Kunden auch gerne Informationen zu Neben- und Wechselwirkungen und sonstigen Maßnahmen erfahren hätten.

Die Atmosphäre in der Apotheke hält gut ein Drittel der Befragten für eine vertrauliche Beratung nicht geeignet.

Nur knapp die Hälfte der Befragten würde sich für eine vertrauliche Beratung in Gesundheitsfragen an Apotheken wenden.

Hierbei wurde außerdem deutlich, dass besonders sozial schwächer gestellte Menschen die vertrauliche Beratung in Apotheken wahrnehmen, aber Menschen mit höherem Einkommen und höherem Bildungsgrad die Apotheke hierfür nicht nutzen würden.

Auch bei der räumlichen Gestaltung für die vertrauliche Atmosphäre gab es Diskrepanzen zwischen der Einschätzung der Kunden und der Apotheker. Die Apotheker gaben an, dass auch ohne spezielle Raumaufteilung der Apotheken eine vertrauliche Beratung möglich sei. Der Kunde aber würde gerne einen extra Beratungsraum nutzen und wäre einer Aufteilung der Apotheke in verschiedene Zonen (Expressschalter, Beratungsplatz mit Sitzmöglichkeit) nicht abgeneigt.

Diskussion der Methode/Ergebnisse

Die Untersuchung wurde nur im Kreis Soest, also in einem ländlichen Bereich durchgeführt. Eine Übertragung der Ergebnisse auf Städte und größere Gemeinden ist durchaus denkbar.

Die Ergebnisse zeigen die unterschiedliche Wahrnehmung der Apotheker und Kunden. Es wird deutlich, dass viele Apotheker ihr Potenzial offensichtlich noch gar nicht erkannt haben.

Die räumliche Gestaltung spielt eine große Rolle für das Wohlbefinden der Kunden und ihren Mut Fragen zu stellen. Dieser Sachverhalt wird von vielen Apothekern nicht wahrgenommen. Hier gilt es Aufklärungsarbeit zu leisten, wenn die Apotheker dazu bereit sind, sich als Gesundheitsexperte zu sehen und zu etablieren und nicht nur als verlängerter Arm der Pharmaindustrie.

Schlussfolgerungen aus dem Projekt

Die Apotheke genießt immer noch einen Vertrauensvorschuss in der Bevölkerung, aber es muss noch mehr aktiv Beratung angeboten werden, Kommunikationsfähigkeit muss verbessert werden, auch um zu erkennen, was die Patienten wirklich wollen. Durch diese Untersuchung wurde klar, dass die Kunden nicht immer das wollen, was die Apotheker erwarten. Dies gilt es zu ändern für mehr Empowerment des Patienten.

Ausblick

Durch die Veranstaltung Public Health und Apotheken in Düsseldorf bekam man einen guten Einblick, welche Projekte es im Bereich Public Health und Apotheken schon gibt, bzw. gegeben hat. Das gab viele Anregungen, in welcher Richtung zukünftig Schwerpunkte auf diesem Arbeitsgebiet liegen könnten.

Einige vorgestellte Projekte sollten in erweiterter Form in anderen Rahmenbedingungen erneut durchgeführt werden, um die in 2009 vorgestellten Ergebnisse zu unterstützen. Z.B. könnte eine ähnliche Befragung zur Beratung in öffentlichen Apotheken nach Einführung der Rabattverträge und anderer gesetzlicher Rahmenbedingungen zum Vergleich in einer Großstadt durchgeführt werden.



Beratung in Apotheken aus Public Health- Sicht

Hintergrund

Gesundheitsförderung dient dazu, Menschen zu befähigen, ihre Gesundheit stärker selbst in die Hand zu nehmen. Beratung durch Heilberufler in vertrauensvoller Atmosphäre ist dafür unabdingbare Voraussetzung. Gerade Apotheken mit ihrem niedrigschwelligen Zugang sind ideale Anlaufstellen für Patienten, müssen aber auch die räumlichen Voraussetzungen für ein entsprechendes Beratungsangebot bieten.

Durch eine Masterarbeit im Fach Public Health der Fakultät Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld in Zusammenarbeit mit dem Bereich Sozialpharmazie des LIGA Münster sollten gesundheitswissenschaftliche Erkenntnisse gewonnen werden, um die folgenden Fragen zu klären:

Wie wird vertrauliche Beratung in öffentlichen Apotheken durchgeführt? Welche Ansprüche stellt der Kunde an die Beratung in seiner Apotheke? Wie schätzt der Apotheker den Beratungsbedarf seiner Kunden ein?

Welchen Einfluss haben die räumlichen Gegebenheiten auf das Beratungsverhalten von Apothekern? Welche Probleme ergeben sich in der Praxis, die eine vertrauliche Beratung in der Apotheke verhindern? Die Ergebnisse der Arbeit können für die Apotheke genutzt werden, um den Erfolg pharmazeutischer Dienstleistungen zu verbessern und die Apotheke mehr in eine interdisziplinäre Zusammenarbeit im Gesundheitswesen einzubinden.

Die Untersuchung ist ein Beispiel dafür, dass Gesundheitswissenschaften das Forschungsfeld Apotheke bearbeiten können.

Ziele der Untersuchung

Die Untersuchung sollte eine unabhängige, gesundheitswissenschaftliche Betrachtung des Beratungsauftrages der Apotheken ermöglichen, durch Klärung der Wahrnehmung von Beratung in öffentlichen Apotheken aus Kunden/ Patienten und Apothekersicht.

Aus den Ergebnissen sollten Verbesserungspotentiale bei der Wahrnehmung der Kundenansprüche, der Kommunikation und den räumlichen Gegebenheiten in Apotheken erarbeitet werden. Abschließend erfolgt eine Definition aus Public Health- Sicht.

Methodik

Zur Datenerhebung dienten zwei Querschnittsbefragungen im Kreis Soest in 2004. Messinstrument war jeweils ein in Zusammenarbeit mit dem Amtsapotheker des Kreises Soest und dem LIGA konzipierter, standardisierter Fragebogen. Es erfolgte eine telefonische Bevölkerungsbefragung mit Hilfe des CATI (Computer Assisted Telephone Interviewing) des LIGA, und eine schriftliche Befragung der Apothekenleiter per Fragebogen. Die jeweilige Analyse wurde deskriptiv ausgeführt.

Ergebnisse:

Apotheker genießen großes Vertrauen der Bevölkerung bei Gesundheitsinformationen. Der Apotheker wird als Arzneimittelfachmann anerkannt und als kompetent beurteilt. Dennoch werden Beratungsleistungen noch zu wenig *aktiv* angeboten. Der Beratungsbedarf wird seitens der Apotheken sowohl thematisch (Auswahl des AM i.Vgl.z. Einnahmeberatung), als auch von der erwünschten Häufigkeit nicht richtig eingeschätzt. Verbesserungen müssen noch bei den kommunikativen Fähigkeiten der pharmazeutischen Mitarbeiter erfolgen. Im Hinblick auf die räumlichen Gegebenheiten muss man schließen, dass gerade höhere Sozialschichten (mehr Bildung / mehr Einkommen) vertrauliche Beratung in Apotheken nicht nachfragen (siehe Abb. 2). Die Atmosphäre für eine vertrauliche Beratung wird nur teilweise für geeignet gehalten (Abb. 1), was interessanterweise auch ein Drittel der befragten Apotheker so erwartet. Eine deutlich erkennbare räumliche Aufteilung der Apotheke in verschiedene Bereiche, einem Intensivberatungsbereich und einem Bereich, wo weniger Beratung nachgefragt wird, könnte die Orientierung für die Patienten/Kunden erleichtern und deren Bedürfnisse besser erfüllen (Abb. 3). Auch ein entsprechender eigener Raum für Intensivberatung wird von den Kunden besser eingeschätzt, als die Apothekenleiter dies vermutet haben.

Abb. 1: Wird die Atmosphäre in Apotheken für eine vertrauliche Beratung von Patienten für geeignet gehalten?

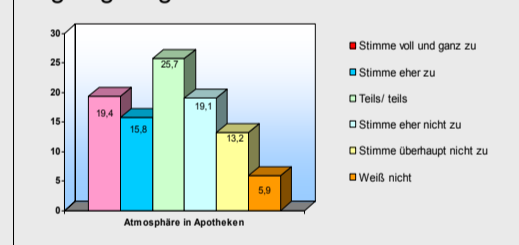


Abb. 2: Würden sich Patienten für eine vertrauliche Arzneimittel-/ Gesundheitsberatung an Apotheken wenden?

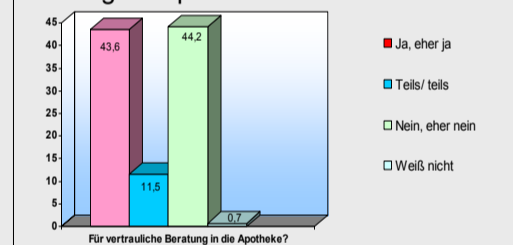
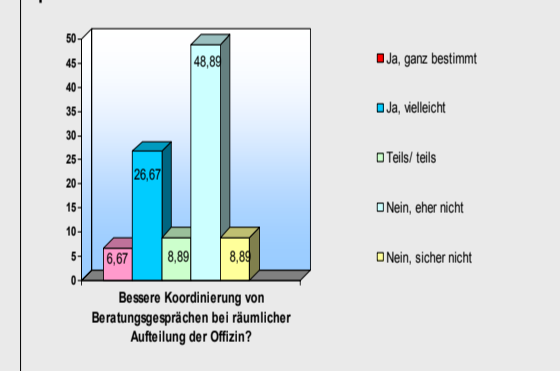


Abb. 3: Aufteilung der Apotheke in deutlich erkennbare Bereiche zur Verbesserung der Koordination von Beratungsgesprächen aus Apothekersicht:



Diskussion:

Bei der Interpretation der Daten muss man berücksichtigen, dass die Ergebnisse durch den eher ländlichen Befragungsraum eingeschränkt zu beurteilen sind und nicht ohne weiteres auf einen größeren städtischen Bereich zu übertragen sind. Eine entsprechende Vergleichsbefragung in einem Ballungszentrum wäre daher interessant. Des Weiteren wirkt sich die geringe Stichprobengröße der Befragung der Apothekenleiter (n = 45) negativ aus, da keine systematischen Zusammenhänge zwischen Apothekenstandort, Größe, dem Anteil der Stammkunden und weiteren abgefragten Merkmalen hergestellt werden konnten. Weitergehende statistische Verfahren konnten folglich nicht zur Anwendung kommen.

Schlussfolgerungen und Ausblick

- Die Situation im Gesundheitswesen und die Rolle des Kunden / Patienten haben sich in den letzten Jahren extrem geändert. Apotheken müssen sich sowohl bei der Beratung allgemein als auch im Hinblick auf die räumliche Situation in der Offizin mehr darauf einstellen.
- Es besteht Handlungsbedarf für Apotheken, ihre Leistungen aktiver und öfter anzubieten und sich mehr als bisher als Teil des öffentlichen Gesundheitswesens zu definieren, in dem sie als kompetente Arzneimittelfachleute tätig sind.
- Für verbesserte Voraussetzungen, präventiv und gesundheitsfördernd zu arbeiten, wären auch Änderungen in der pharmazeutischen Ausbildung wünschenswert.
- Ein eindeutiges Bekenntnis der Apotheker weg vom Kaufmann hin zum Gesundheitsberuf mit allen Konsequenzen in der Umsetzung ist langfristig als Ziel zu sehen.

Schlussfolgerungen und Ausblick

Aus gesundheitswissenschaftlicher Sicht lässt sich festhalten:

- Apotheken haben durch das Vertrauen der Bevölkerung und den niedrigschwelligen Zugang eine optimale Möglichkeit, aktiv Gesundheitsförderung zu betreiben, müssen aber den Bedarf besser erkennen und ihr Potential mehr nutzen.
- Mehr gesundheitswissenschaftliche Erkenntnisse zu Patienten-/ Kundenwünschen, auch zu dem Einfluss räumlicher Gestaltung der Beratungsbereiche würden die Möglichkeiten zur Umsetzung verbessern.

Korrespondenzadresse:
Gesundheitsamt der Stadt Bielefeld
Ansprechpartnerin: Bettina Möller MPH, Amtsapothekerin
Tel.: 0521 / 51 37 57
Fax: 0521 / 51 34 06
E-Mail: bettina.moeller@bielefeld.de

Arzneimittelmissbrauch und -abhängigkeit in der Selbstmedikation – die Rolle der Öffentlichen Apotheke

Autorin

Sandra Neuhaus, Universität Bielefeld, E-Mail: sandra.neuhaus@uni-bielefeld.de

Hintergrund

Sandra Neuhaus ist Pharmazeutisch-Technische-Assistentin (PTA) und absolvierte ein Studium der Gesundheitskommunikation (B.Sc.) an der Universität Bielefeld, wobei sie parallel weiter als PTA arbeitete. Seit 2007 studiert sie Public Health (M.Sc.) an der Universität Bielefeld und ist seit August 2008 an der dortigen Fakultät für Gesundheitswissenschaften als wissenschaftliche Hilfskraft im BMBF-Projekt „Förderung des Selbstmanagements und der Adhärenz von chronisch kranken Patienten unter komplexen Medikamentenregimen“ beschäftigt.

Von Arzneimittelmissbrauch und -abhängigkeit sind epidemiologischen Studien zufolge 3 - 4% der Bevölkerung, dabei insbesondere Frauen sowie ältere Menschen, betroffen. Es muss zudem von einer hohen Dunkelziffer ausgegangen werden, da diese Suchtformen lange unauffällig bleiben. Die Folgen sind nahezu immer eine Verminderung der Lebensqualität sowie eine Erhöhung der Morbidität und Mortalität der Betroffenen. Damit handelt es sich um gesundheitsrelevante Probleme, die enorme Herausforderungen an das Versorgungssystem stellen. So ist es unter anderem schwierig, die Begrifflichkeiten Missbrauch und Abhängigkeit klar voneinander abzugrenzen und in der Versorgungspraxis zwischen einem sinnvollen Arzneimittelgebrauch, einem unbewussten Fehlgebrauch, einem zielgerichteten Missbrauch und einer durch Kontrollverluste gekennzeichnete Abhängigkeit zu unterscheiden. Daraus resultieren eine erschwerte Wahrnehmung und Risikoabschätzung der Problemlage, was wiederum zu Defiziten in der Versorgung der Betroffenen führt.

Ziel des Projektes

Das pharmazeutische Personal sieht als erstes, oft sogar als einziges Personal im Gesundheitswesen, wenn bei einem Patienten ein problematischer Arzneimittelkonsum vorliegt. Anliegen der empirischen Studie war es auszuloten, welche Erfahrungen das Personal in der öffentlichen Apotheke mit dem Missbrauch und der Abhängigkeit von rezeptfreien Medikamenten macht, welche Potentiale es im Umgang mit diesen Problemen nutzen kann sowie welcher Fortbildungs- und Unterstützungsbedarf dahingehend besteht.

Methode

Das Datenmaterial basiert auf Experteninterviews mit 5 ApothekerInnen und 5 PTAs aus 3 Städten in Niedersachsen und wurde mittels einer qualitativen Inhaltsanalyse und durch Fallvergleiche ausgewertet. Diese explorative, qualitative Untersuchung wurde im Rahmen einer Bachelorarbeit (Health Communication) durchgeführt.

Ergebnisse

Das pharmazeutische Personal betont durchgängig, dass es schwer ist zu erkennen, ob Arzneimittel bewusst missbraucht bzw. unbewusst falsch angewendet werden oder ob eine Abhängigkeit vorliegt. In den Aussagen der Interviewten wird deutlich, dass es an entsprechenden Materialien sowie kommunikativen Werkzeugen fehlt, die es ermöglichen, die betroffenen Personen sicher erkennen, gezielt ansprechen und eine Veränderung bei ihnen bewirken zu können. Bisher gibt es insbesondere kaum praxistaugliche Materialien, Leitlinien oder Handlungskonzepte und zu wenig Kooperationspartner für das Apothekenpersonal. Dieses ist sich seiner Potenziale, insbesondere der Vertrauenswürdigkeit, Niederschwelligkeit und Fachkompetenz im Umgang mit Arzneimittelmissbrauch und -abhängigkeit durchaus bewusst. Aufgrund der gesundheits-

politischen Entwicklungen der letzten Jahre ist es für das Apothekenpersonal aber schwerer geworden, das Spannungsfeld zwischen beruflichen, ethischen, sozialen und wirtschaftlichen Verpflichtungen auszugleichen. So wird die Beratungsqualität des pharmazeutischen Personals oft kritisiert, wobei selten nach den Hintergründen gefragt wird. Die derzeitigen Rahmenbedingungen erschweren dem pharmazeutischen Personal zunehmend die Erfüllung des Beratungsauftrages und erweisen sich als Barrieren für die Ausschöpfung der eigenen Potenziale.

Diskussion der Methode/Ergebnisse

Da es sich um eine explorative Studie handelt, lassen sich keine allgemeingültigen Aussagen treffen. Ebenso wie vorangegangene Studien unterstreichen die Ergebnisse aber, dass beim Apothekenpersonal eine große Unsicherheit besteht. Diese resultiert nicht aus der Unkenntnis über das Vorhandensein von Suchtgefahren, sondern vielmehr aus der Unsicherheit des kommunikativen Umgangs mit abhängigen oder potentiell suchtfährdeten Patienten.

Schlussfolgerungen aus dem Projekt

Apotheken brauchen Hilfestellungen, wie man Patienten, die einen problematischen Arzneimittelkonsum aufweisen, konkret ansprechen kann. Um den Herausforderungen, die Arzneimittelmissbrauch und -abhängigkeit an das gesamte Versorgungssystem stellen, begegnen zu können, ist ein Zusammenschluss in multiprofessionellen Netzwerkstrukturen notwendig. Entsprechende Modellprojekte laufen bereits in Nordrhein-Westfalen und Baden-Württemberg. Eine flächendeckende Umsetzung eines praxiserprobten Gesamtkonzeptes, von dem alle Beteiligten profitieren können und bei dem die Patienten im Mittelpunkt stehen, ist erstrebenswert.

Ausblick

Die demografischen und gesundheitspolitischen Geschehnisse in Deutschland lassen erwarten, dass die Selbstmedikation weiter an Bedeutung gewinnen wird. Daneben zeigen sich noch einige weitere gesellschaftliche Trends, wie ein steigender Leistungsdruck für Schüler und Berufstätige, die dazu beitragen können, dass sich der Missbrauch und die Abhängigkeit von Arzneimitteln in der Bevölkerung weiter ausbreiten werden. Die Förderung der Beratungskompetenz des Apothekenpersonals und der Aufbau flächendeckender, multiprofessioneller Netzwerkstrukturen können dazu beitragen, dieser Entwicklung entgegenzuwirken, und bieten allen Beteiligten viel Potenzial im Umgang mit anderen (Abhängigkeits-)Erkrankungen. Die Diskussionen im Rahmen der Fortbildungsveranstaltung deuten darauf hin, dass auf Seiten der ApothekerInnen eine hohe Bereitschaft zum Aufgreifen der Herausforderungen im Apothekenalltag besteht. Ohne die Schaffung angemessener Rahmenbedingungen sowie die Bereitstellung praxistauglicher Handlungsleitlinien und Materialien für die Beratung in der Apotheke drohen jedoch auch verstärkte Bemühungen des Apothekenpersonals weiterhin ins Leere zu laufen.

Arzneimittelmissbrauch und –abhängigkeit in der Selbstmedikation – die Rolle der Öffentlichen Apotheken*

Sandra Neuhaus (B.Sc.)

Hintergrund

Die Hauptmotivation für die Einnahme von Arzneimitteln liegt in einer Erhöhung des Wohlbefindens und einer Steigerung der eigenen Leistungsfähigkeit. Epidemiologischen Studien zufolge missbrauchen in Deutschland schätzungsweise 3-4 Prozent der Bevölkerung Medikamente oder sind von ihnen abhängig. Dabei zeigen sich steigende Tendenzen sowie geschlechts- und altersspezifische Differenzen. Betroffen sind insbesondere Frauen und ältere Menschen. Die möglichen sozialen, ökonomischen, physischen und psychischen Folgeprobleme sind zwar substanzspezifisch, dennoch führen Arzneimittelmissbrauch und –abhängigkeit nahezu immer zu einer Verminderung der Lebensqualität sowie zu einer Erhöhung der Morbidität und Mortalität der Betroffenen. Dementsprechend entfällt auch ein relativ großer Teil der Kosten im Gesundheitswesen auf die Behandlung von Folgeproblemen. Laut Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) handelt es sich daher um Probleme mit einer hohen Public Health Relevanz.

Für den Bereich der Selbstmedikation gibt es dahingehend bisher keine systematischen Untersuchungen, obwohl er seit Mitte der 90er Jahre enorm an Bedeutung gewann und sich ausnahmslos alle rezeptfreien Medikamente mit Missbrauchs- und Abhängigkeitspotential unter den acht umsatzstärksten Indikationsbereichen der Selbstmedikation befinden (vgl. Tab.), wodurch ein Großteil der Bevölkerung zumindest exponiert ist.

Eine systematische Literaturrecherche zum Thema Arzneimittelmissbrauch und –abhängigkeit hat ergeben, dass es sich um gesundheitsrelevante Probleme handelt, die enorme Herausforderungen an das Versorgungssystem stellen. So zeigen sich insbesondere ein Spannungsfeld der Risikoabschätzung und eine verzerrte Wahrnehmung der Probleme, was wiederum zu Defiziten in der Gesundheitsversorgung führt.

Indikationsbereich	Arzneimittelgruppen bzw. Wirkstoffe mit Missbrauchs- und Abhängigkeitspotential
Schmerzen	nichtopioid Analgetika
Erkältungskrankheiten	Antitussiva, Rhinologika, Kombinationsmittel
Nahrungsergänzungsmittel	Tonika, Vitamine
Herz-Kreislauf-/Venensystem	Anregungsmittel
(Schleim-)Haut	Lidocain
Beruhigung & Schlaf	Hypnotika, pflanzliche Sedativa
Allergien	H1-Antihistaminika (obsolet)
Verdauungssystem	Laxanzien, pflanzliche Diuretika, Loperamid

Quelle: eigene Darstellung anhand der Daten von Hensel & Cartellieri 2001, S. 227 f./ Knopf & Melchert 2003, S. 36 f./ Zok 2006, S. 6/ BAH 2008, Abb. 11 & 12

Fragestellung

Die Öffentlichen Apotheken sind und bleiben die bevorzugte Distributionsstätte für rezeptfreie Medikamente. In Hinblick auf Arzneimittelmissbrauch und -abhängigkeit verfügen sie daher über ein enormes Potential geeignete Maßnahmen der Prävention, Früherkennung und Intervention umzusetzen. Angesichts der bestehenden Herausforderungen und Defizite im Umgang mit diesen Problemen stellen sich allerdings folgende Fragen:

Welche Erfahrungen macht das Personal in den Öffentlichen Apotheken mit dem Missbrauch und der Abhängigkeit von rezeptfreien Medikamenten? Welche Potentiale kann es in Umgang mit diesen Problemen nutzen und welche Schwierigkeiten gilt es zu überwinden?

Methodisches Vorgehen

Es wurden leitfadengestützte Experteninterviews mit 5 Apothekern/-innen und 5 PTAs (je 3 VZ/2 TZ) in 3 Städten in Niedersachsen durchgeführt. Dabei wurden Fragen zu vier Themenkomplexen gestellt:

1. Erfahrungen mit und Vorstellungen von Missbrauch und Abhängigkeit
2. Kenntnisse und Verwendung von möglichen Handlungsstrategien
3. eigene Kompetenzen und Potentiale sowie
4. Schwierigkeiten im Umgang mit den Problemen

Zur Auswertung des Datenmaterials wurden qualitative Inhaltsanalysen und Fallvergleiche durchgeführt. Die Ergebnisse wurden anschließend mit denen der Literaturrecherche abgeglichen und diskutiert.

Ergebnisse

Das pharmazeutische Personal kommt in der Arbeitspraxis sehr häufig mit Arzneimittelmissbrauch und –abhängigkeit in Kontakt. Dabei lassen sich die anhand der Literaturrecherche zu erwartenden Schwierigkeiten und Defizite im Umgang mit diesen Problemen deutlich in den Antworten der Interviewten wiederfinden:

Das **Spannungsfeld der Risikoabschätzung** zeigt sich anhand der unterschiedlichen Definitionen von Missbrauch und Abhängigkeit sowie den verschiedenen Vorstellungen von Ursachen und Risikogruppen. Sehr sicher ist das pharmazeutische Personal in der Bestimmung der rezeptfreien Arzneimittel mit Missbrauchs- und Abhängigkeitspotential. Zwar zeigen sich auch in den Öffentlichen Apotheken eine **verzerrte Wahrnehmung der Probleme** und **Defizite in der Versorgung** der Betroffenen, allerdings ist dahingehend beim Personal ein hohes Problembewusstsein vorhanden und es liefert plausible Erklärungsansätze. Es weiß, dass es oft schwierig ist betroffene Personen zu erkennen, diese anzusprechen und die Situation bei ihnen zu ändern, weil ihnen **kaum geeignete Konzepte, Strategien und entsprechende Materialien** zur Verfügung stehen. Zudem sei es aufgrund der **gesundheitspolitischen Entwicklungen** der letzten Jahre immer schwieriger das Spannungsfeld zwischen beruflichen, ethischen, sozialen und wirtschaftlichen Verpflichtungen auszubalancieren.

Besonders hervorzuheben ist daher, dass dem pharmazeutischen Personal in den Öffentlichen Apotheken die Schwierigkeiten und Defizite durchaus bewusst sind. Gleichzeitig erkennt es aber auch die eigenen Potentiale (insbesondere Fachkompetenz, persönliche Beratung, Vertrauen der Kunden) und ist, trotz aller Widrigkeiten, motiviert den Problemen entgegenzutreten. Dabei hat es konkrete Lösungsvorschläge anzubieten und ist kooperationsbereit.

Fazit und Ausblick

Dem Missbrauch und der Abhängigkeit von Medikamenten muss, entsprechend den Besonderheiten, die mit diesen Problemen verbunden sind, interdisziplinär und kooperativ begegnet werden. Auch die Öffentlichen Apotheken können ihrer Verantwortung nur gerecht werden und ihre Potentiale entsprechend nutzen, wenn sie sich als Teil eines großen Versorgungsnetzwerkes verstehen dürfen. Bemühungen in dieser Richtung, die bisher nur vereinzelt existieren, sollten daher weiter ausgebaut und auf den Bereich der Selbstmedikation ausgedehnt werden. Dies würde auch Synergieeffekte in anderen Versorgungsbereichen mit sich bringen. Ein nächster wichtiger Schritt wäre daher die multiprofessionelle Erstellung und Erprobung entsprechender Materialien und Leitlinien.

* Der Beitrag basiert auf dem Inhalt der Bachelorarbeit „Arzneimittelmissbrauch und –abhängigkeit in der Selbstmedikation“, die im August 2007 zur Erlangung des Bachelor of Science in Health Communication an der Universität Bielefeld – Fakultät für Gesundheitswissenschaften, eingereicht und im Oktober 2007 angenommen wurde. Gutachter: Prof. Dr. Ulrike Ravens-Sieberer und Dr. Alois Herth. Literatur: Augustin, R. et al. (2005): Gebrauch und Missbrauch von Medikamenten. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchstoffs 2003. In: Sucht – Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis (31), Sonderheft 1, S. 49-55. * Bising, J. et al. (1991): Medikamentenabhängigkeit. Eine Information für Ärzte. Hamn: DGS (Hrsg.), 3. Auflage. * Böhm, A. et al. (2007): Leitfaden Medikamenten – schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit. BSK, (Hrsg.), 04/07. * BAH (2008): Der Arzneimittelmarkt in Deutschland in Zahlen 2007. (04/09). * DHS (Hrsg.) (2007): Jahrbuch Sucht 2007. Gieshacht: Neuland Verlagsgesellschaft mbH. * Dietzel, P., Pallenbach, E. (2003): Drogen und Sucht. Suchtstoffe – Arzneimittel – Abhängigkeit – Therapie. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft. * Fahrmeider, Lutz, C. (2004): Suchtberatung in der Apotheke. Stuttgart: Deutscher Apotheker Verlag. * Gaspar, M. et al. (1999): Leitfaden der Sucht- erkrankungen. Stuttgart: Georg Thieme Verlag. * Herth, A., Cartellieri, S. (2001): Sucht und Abhängigkeit. In: Monographien Pharmazeutische Praxiswissen für die Apotheke. Stuttgart: Deutscher Apotheker Verlag, S. 319-331. * Köppl, H., Mückert, H.-U. (2003): Bundes-Gesundheitsurvey. Arzneimittelgebrauch, Konsumverhalten in Deutschland. Berlin: RKI (Hrsg.). * Kraus, J., Augustin, R. (2001): Repräsentativvorhebung zum Gebrauch und Missbrauch von psychotropen Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland 2000. In: Sucht. Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis (47), Sonderheft 1. * Mahu, K., Pioner, E. (2007): Möglichkeiten und Defizite in der Erreichbarkeit ausgewählter Zielgruppen durch Maßnahmen und Materialien zur Reduzierung von Medikamentenmissbrauch und –abhängigkeit. Hamn: DHS (Hrsg.), überarbeitete Auflage 2007. * Rabbits, S. (2005): Medikamentenmissbrauch. Die stille Sucht. In: Dr. Arztsblatt (102) 14, S. A 950. * Seyka, M. et al. (2005): Wo verstecken sich 1,9 Millionen Medikamentenabhängige? In: Der Nervenarzt (76) 1, S. 72-77. * Weingärtner, U. (2005): Die Anwendungsbeobachtung in der Apotheke. Methodik und Evaluation. Eschborn: Govi – Verlag. * WHO (1989): Sixth report of the WHO expert Committee. Geneva: Technical Report Series No. 407. * Zok, K. (2006): Arzneimittelmarkt. Suchtmittelkrisen im Fokus. Ergebnisse einer Repräsentativ-Umfrage unter 3000 GKV-Versicherten. In: WHO Monitor, Ausgabe 1, S. 1-7.



Qualitätszirkel im Rahmen der Pharmazeutischen Betreuung: Ein Konzept zur Überwindung der Kluft zwischen Wissenschaft und Praxis?

Autorinnen

Mehrmann S, Thanner M, Nagel E (Institut für Medizinmanagement und Gesundheitswissenschaften, Universität Bayreuth), E-Mail: mirjam.thanner@uni-bayreuth.de

Hintergrund und Ziel

Theoretisches pharmazeutisches Wissen konkret auf individuelle Patienten zu übertragen, stellt eine der Herausforderungen Pharmazeutischer Betreuung (PB) dar. Ziel ist es dabei u. a., arzneimittelbezogene Probleme zu vermeiden und die Compliance zu verbessern. Der Transfer von Wissenschaft in die patientenbezogene Praxis erweist sich allerdings oft als schwierig. Ziel der Untersuchung war es herauszufinden, inwieweit pharmazeutische Qualitätszirkel ein wirksames Instrument zur Umsetzung der PB sein können und welchen Einfluss die Arbeitsweise des Qualitätszirkels darauf hat.

Methodik

Mit explorativer Zielsetzung wurden die Teilnehmer eines bestehenden Qualitätszirkels in Bayern (n = 9 ApothekerInnen) einmalig durch standardisierte Fragebögen befragt. Dabei wurde erhoben, inwieweit die Arbeit im Qualitätszirkel zur Entwicklung der fachlichen Kompetenzen und der Patientenversorgung im Sinne von PB beiträgt. Gleichzeitig wurde nach der Arbeitsweise im Zirkel gefragt.

Ergebnisse

In der Stärkung der Wahrnehmung für Anliegen der Patienten und in der Erarbeitung praxisnaher Empfehlungen scheinen noch Defizite zu bestehen. Nur ein Drittel der Teilnehmer sieht in der Zirkelarbeit ein äußerst hilfreiches Instrument zur Umsetzung der PB in die Praxis. Das Interaktionsverhalten während der Sitzungen und die Unterstützung durch den Moderator wurden von den Teilnehmern als sehr positiv bewertet. Die jeweiligen Ziele eines Treffens sollten im Vorfeld jedoch genauer definiert und ihr Erreichen besser kontrolliert werden. Andere Berufsgruppen sollten verstärkt in die Zirkelarbeit eingebunden werden.

Diskussion

Es wurde deutlich, dass der befragte Zirkel seine Arbeit noch praxisnäher ausgestalten sollte, um die PB zu verbessern. Die Erarbeitung von Patientenbroschüren oder die Visualisierung von diskutierten Handlungsmustern (z.B. Entscheidungsbäumen) könnten zu einem optimierten Transfer in die Praxis führen. Die Einübung von Kommunikations- und Interviewtechniken im Zirkel ließe eine Stärkung der Apotheker-Patienten-Beziehung erwarten. Eine quantitativ-empirische Überprüfung der Ergebnisse bei größeren Fallzahlen erscheint ratsam.

Qualitätszirkel im Rahmen der Pharmazeutischen Betreuung: Ein Konzept zur Überwindung der Kluft zwischen Wissenschaft und Praxis?

Mehrmann S, Thanner M, Nagel E

Institut für Medizinmanagement und Gesundheitswissenschaften, Universität Bayreuth

I. HINTERGRUND & METHODIK

PHARMAZEUTISCHE BETREUUNG

- Die Pharmazeutische Betreuung will helfen
 - arzneimittelbezogene Probleme zu vermeiden und
 - die Compliance zu verbessern.
- Als besondere Herausforderungen für die Pharmazeutische Betreuung werden genannt:
 - theoretisches pharmazeutisches Wissen auf individuelle Patienten zu übertragen und
 - sie im Apothekenalltag zu etablieren.

QUALITÄTSZIRKEL

- Qualitätszirkel machen explizit das Routinehandeln der Teilnehmer in der Praxis zum Gegenstand ihrer Arbeit.
- Im pharmazeutischen Bereich existieren insbesondere Qualitätszirkel
 - zur Pharmazeutischen Betreuung und
 - zur Erarbeitung von Qualitätsmanagement-Handbüchern.

FRAGESTELLUNGEN

- Sind pharmazeutische Qualitätszirkel ein effektives Instrument zur Verbesserung der Umsetzung von Pharmazeutischer Betreuung in die Praxis?
- Welche Rolle spielt dabei die Arbeitsweise/Prozessqualität des Zirkels?

METHODIK

- Mit explorativer Zielsetzung wurden die Teilnehmer eines bestehenden Qualitätszirkels (n=9 ApothekerInnen) einmalig durch standardisierte Fragebögen befragt.
- Dabei wurde erhoben, inwieweit die Arbeit im Qualitätszirkel zur Patientenversorgung im Sinne von Pharmazeutischer Betreuung beiträgt.
- Gleichzeitig wurde nach der Arbeitsweise/Beurteilung der Prozessqualität des Zirkels gefragt. Dazu sollten die Befragten
 - das Interaktionsverhalten der Teilnehmer und
 - die Zielorientierung der Zirkelarbeit beurteilen.

II. ERGEBNISSE

EFFEKTIVITÄT

1. Einschätzung der Effektivität des Qualitätszirkels zur Verbesserung der Umsetzung von Pharmazeutischer Betreuung in die Praxis

- Nur ein Drittel der Teilnehmer sieht in der Zirkelarbeit ein „äußerst hilfreiches Instrument“ zur Verbesserung der Umsetzung von Pharmazeutischer Betreuung in die Praxis an.
- Defizite bestehen insbesondere in
 - der Erarbeitung praxisnaher Empfehlungen, z. B. in Form von Patientenbroschüren und
 - der Stärkung der Wahrnehmung für Anliegen der Patienten.



PROZESSQUALITÄT

2. Beurteilung der Zielorientierung der Zirkelarbeit

- Bezüglich der Zielorientierung konnten Defizite festgestellt werden:
 - Zu Beginn einer Sitzung werden Ziele nicht klar genug definiert.
- Sehr geschätzt wurde die Protokollführung des Moderators. Diese Protokolle wurden im Anschluss an die Sitzungen per E-Mail den Teilnehmern zugänglich gemacht.

3. Beurteilung des Interaktionsverhaltens im Zirkel

- Das Interaktionsverhalten wurde sehr positiv bewertet:
 - Die Teilnehmer sehen sich als prinzipiell gleichgestellt an.
 - Die Äußerung von Kritik ist möglich.
 - Es gibt kein Profilierungsgebaren einzelner Teilnehmer.
 - Es herrscht eine Atmosphäre gegenseitiger Anerkennung.
 - Es besteht jederzeit die Möglichkeit, eigene Ideen in die Diskussion einzubringen.
- Die Gruppenarbeit wird durch den Moderator sehr gut unterstützt.

III. DISKUSSION

- Vordergründig lassen die Ergebnisse den Schluss zu, dass pharmazeutische Qualitätszirkel kein effektives Instrument zur Verbesserung der Umsetzung von Pharmazeutischer Betreuung in die Praxis sind.
- Die mangelnde Effektivität des befragten Zirkels scheint aber eher an einer mangelnden Zielorientierung und einem unzureichenden Praxisbezug zu liegen. Der Qualitätszirkel kann dennoch ein wirksames Instrument für die Pharmazeutische Betreuung sein.
- Die Einübung von Kommunikations- und Interviewtechniken im Zirkel könnte Basis für eine verbesserte Wahrnehmung für Anliegen der Patienten sein.
- Eine quantitativ-empirische Überprüfung der Ergebnisse bei größeren Fallzahlen durch die Befragung mehrerer Qualitätszirkel wird angestrebt.

Pilotprojekt zur Begutachtung der Serviceleistungen einer Versandapotheke

Autorinnen

Edda Würdemann, Heike Peters, Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen, E-Mail: wuerdemann@zes.uni-bremen.de, peters@zes.uni-bremen.de

Hintergrund

Edda Würdemann, Apothekerin, MPH und Dipl. Soz., Heike Peters, Apothekerin, sind wissenschaftliche Mitarbeiterinnen in der Arbeitsgruppe „Arzneimittelanwendungsforschung“ unter der Leitung von Prof. Glaeske am Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen.

Seit dem 1.1.2004 ist der Versandhandel mit Arzneimitteln erlaubt, und seitdem kämpft die Standesführung der Apotheker gegen diese Art der Arzneimitteldistribution, indem sie immer wieder auf die Unsicherheit dieses Betriebsweges hinweist. Als Argument muss vor allem die Gefahr von Arzneimittelfälschungen herhalten, die in direkter Assoziation zum Versandhandel gestellt wird, in der Hoffnung, dass damit auch der Versand aus Apotheken diskreditiert wird. Sowohl die „terrestrischen“ Apotheken wie die im Internet auftretenden Versandapotheken werden von den gleichen Herstellern und Großhändlern beliefert, alle berücksichtigen die Rezeptpflicht, alle kümmern sich um eine gute Beratung, die in vielen Fällen, sowohl bei Präsenzapotheken wie bei den Versandapotheken durchaus ein Verbesserungspotenzial besitzt.

Ziel des Projektes

Pilotprojekt zur Begutachtung der Serviceleistungen in der Versandapotheke Doc-Morris: „Pseudo-Customer-Calls“.

Methode

Es wurden 10 Testanrufe zu 5 unterschiedlichen Beratungsthemen durchgeführt. In den Szenarien wurden Beratungswünsche, Präparatewünsche und die Kombination von beidem dargestellt. Die Begutachtung der Gespräche erfolgte unter Berücksichtigung von Strukturparametern wie Erreichbarkeit, Freundlichkeit, Lieferservice und Gesprächsdauer, sowie der Bewertung der Beratungsqualität hinsichtlich Beratungsangebot, Hinterfragen der Eigendiagnose, Grenzen der Selbstmedikation, Empfehlung nichtmedikamentöser Maßnahmen, Empfehlung eines Arztbesuches, Hinweise zur Einnahmedauer des Medikaments sowie möglichen unerwünschten Arzneimittelwirkungen oder Interaktionen.

Ergebnisse

Strukturparameter: Die Telefon-Hotline war gut zu erreichen, alle pharmazeutischen MitarbeiterInnen waren sehr freundlich und bedienten sich einer patientengerechten Sprache. Die Dauer der Beratungsgespräche lag zwischen 5 und 15 Minuten und die Bestellungen trafen nach 2-3 Werktagen ein.

Beratungsqualität: Bei allen Anrufen wurde eine Beratung angeboten und es wurde auch geklärt, für wen das Arzneimittel bestellt werden sollte. Das Hinterfragen der Eigendiagnose wurde nicht konsequent durchgeführt, ebenso wurden die Grenzen der Selbstmedikation nicht hinreichend dargestellt. Bei einer Beratung sollten in jedem Fall Informationen zur Dosierung und Anwendungsdauer gegeben werden, was bei unseren Testanrufen nicht durchgängig der Fall war. Der Anrufende hatte bei allen Testanrufen die Möglichkeit, weitere Fragen zu stellen.

Diskussion der Methode/Ergebnisse

Es handelte sich um ein Pilotprojekt, das den „Status quo“ der Serviceleistungen wie Erreichbarkeit, Arzneimittelberatung und Lieferfähigkeit übersichtsartig darstellen sollte.

Daraus ist ein Anschlussprojekt entstanden. Ziel dieses Projektes ist, die Serviceleistungen weiter zu optimieren und die Beratungen nach den Grundsätzen der evidenzbasierten Medizin auszurichten.

Schlussfolgerungen aus dem Projekt

Bei unseren Anrufen in der Versandapotheke DocMorris konnten wir den Eindruck gewinnen, dass nicht nur eine Bestellung aufgenommen wurde, sondern auch Beratungsinhalte vermittelt wurden.

Auch bei einer telefonischen Bestellung von Arzneimitteln gibt es ausreichend Raum und Möglichkeiten für eine kompetente Beratung – und diese Möglichkeit wurde bei unseren Testanrufen in hohem Maße genutzt.

Pilotprojekt zur Begutachtung der Serviceleistungen einer Versandapotheke

Würdemann E, Peters H, Glaeske G

► Hintergrund

Der Apotheker Jacques Waterval startete im Juni 2000 mit der Website ‚0800DocMorris.com‘ den ersten Versandhandel über das Internet. Ein paar Monate später wurde durch ein Urteil des Landgerichts Frankfurt verboten, einen gewerbsmäßigen Versandhandel für verschreibungspflichtige und nicht verschreibungspflichtige Medikamente über das Internet nach Deutschland anzubieten, zu bewerben und durchzuführen. In der Folge versendete DocMorris keine Arzneimittel mehr nach Deutschland, sondern bot an, die Medikamente im niederländischen Kerkrade abholen zu lassen, ohne Berechnung der Mehrkosten.

Seither ist der Versandhandel mit Arzneimitteln ein Thema, das die Öffentlichkeit und auch die Politik bewegt. Für die einen stellt die Belieferung von Patienten mit Arzneimitteln eine Gefahr für die Arzneimittelsicherheit dar, andere betrachten dies als Chance zur Schaffung neuer Wettbewerbs- und Serviceinstrumente, verbunden mit den Möglichkeiten der Kostendämpfung. Die Diskussionen um die Anfälligkeit der Arzneimittelsicherheit im Zusammenhang mit dem Versandhandel von Arzneimitteln halten unvermindert an. Seit dem 1.1.2004, seitdem das GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) den Versandhandel mit Arzneimitteln erlaubte, kämpft die Standesführung der Apotheker gegen diesen Distributionswettbewerb, indem man immer wieder auf die Unsicherheit dieses Betriebsweges hinweist. Als Argument muss vor allem die Gefahr der Arzneimittelfälschungen herhalten, die in direkter Assoziation zum Versandhandel gestellt wird, in der Hoffnung, dass damit auch der Versand aus Apotheken diskreditiert wird. Sowohl die „terrestrischen“ Apotheken wie die im Internet auftretenden Versandapotheken werden von den gleichen Herstellern und Großhändlern beliefert, alle berücksichtigen die Rezeptpflicht, alle kümmern sich um eine gute Beratung, die in vielen Fällen, sowohl bei den Präsenzapotheken wie bei den Versandapotheken durchaus Verbesserungspotential besitzt.

► Methode

Im Jahr 2006 führten ApothekerInnen 10 Testanrufe zu 5 unterschiedlichen Beratungsthemen durch. In den Szenarien wurden Beratungswünsche, Präparatewünsche und die Kombination von beidem dargestellt.

Die Begutachtung der Gespräche erfolgte unter Berücksichtigung von Strukturparametern wie Erreichbarkeit, Freundlichkeit, Lieferservice und Gesprächsdauer sowie der Bewertung der Beratungsqualität hinsichtlich Beratungsangebot, Hinterfragen der Eigendiagnose, Grenzen der Selbstmedikation, Empfehlung nichtmedikamentöser Maßnahmen, Empfehlung eines Arztbesuches, Hinweise zu Einnahmedauer des Medikamentes sowie möglichen unerwünschten Arzneimittelwirkungen oder Interaktionen

► Ergebnisse

Strukturparameter:

Die telefonische Erreichbarkeit von DocMorris war gut, nur bei einem Anruf gab es eine Wartezeit von 1 Minute.

Alle MitarbeiterInnen waren sehr freundlich und es wurde eine patientengerechte Sprache verwendet. Die Beratung wurde von PTAs durchgeführt, nur in einem Fall wurde das Gespräch von einer PKA geführt, um dem Anrufer eine zu lange Wartezeit zu ersparen. Die Beratungsgespräche dauerten zwischen 5 und 15 Minuten, die Bestellung traf nach 2-3 Werktagen ein, in einem Fall war die Lieferung nicht komplett und es erfolgte auch keine Nachlieferung.



Beratungsqualität:

Bei allen Anrufen wurde eine Beratung angeboten und es wurde auch geklärt, für wen das Arzneimittel bestellt werden sollte. Das Hinterfragen der Eigendiagnose wurde weder bei Äußerung eines Präparatewunsches noch bei einer Symptompräsentation konsequent durchgeführt, ebenso wie die Grenzen der Selbstmedikation nicht hinreichend hinterfragt wurden. Bei einer Beratung sollten in jedem Fall Informationen zur Dosierung und Anwendungsdauer gegeben werden. Bei den Testanrufen war dies nicht durchgängig der Fall. Zu einer kompetenten Beratungsleistung gehören auch Hinweise zu nichtmedikamentösen Maßnahmen und in einigen Beratungsgesprächen wurde diese Forderung erfüllt. Ob die Empfehlung eines Arztbesuches notwendig ist, sollte im Einzelfall entschieden werden, muss aber immer dann erfolgen, wenn Medikamente über einen längeren Zeitraum regelmäßig eingenommen werden. Bei unseren Testanrufen wurde immer eine Frage nach weiteren Fragen des Kunden gestellt.

► Fazit

Bei unseren Anrufen haben wir den Eindruck gewonnen, dass nicht nur eine Bestellung aufgenommen wurde, sondern es wurden auch Beratungsinhalte vermittelt.

Für eine gute Beratung empfehlen wir die konsequente Erörterung folgender Punkte:

- Hinterfragen der Eigendiagnose
- Fragen zu Grenzen der Selbstmedikation
- Fragen zu Präparateerfahrungen sowie Einbeziehen des Patienten in die Präparateauswahl, Alternativangebote
- Hinweise zu Dosierung, Einnahmedauer, Wechselwirkungen
- Empfehlung nichtmedikamentöser Maßnahmen
- Hinweis auf Arztbesuch, wenn angebracht

Auch bei einer telefonischen Bestellung von Arzneimitteln gibt es ausreichend Raum und Möglichkeiten für eine kompetente Beratung – und diese Möglichkeit wurde bei unseren Testanrufen in hohem Maße genutzt.

KONTAKT:

Edda Würdemann, Apothekerin, MPH
Zentrum für Sozialpolitik
Außer der Schleifmühle 35-37
28203 Bremen
wuerdemann@zes.uni-bremen.de

Pseudo Customer Projekt zur Evaluierung und Optimierung der Beratungsqualität in öffentlichen Apotheken

Autorinnen

Edda Würdemann, Heike Peters, Universität Bremen, Zentrum für Sozialpolitik,
E-Mail: wuerdemann@zes.uni-bremen.de hpeters@zes.uni-bremen.de

Hintergrund

Edda Würdemann und Heike Peters sind Apothekerinnen und Gesundheits- bzw. Sozialwissenschaftlerinnen. Sie sind als wissenschaftliche Mitarbeiterinnen in der Arbeitsgruppe von Herrn Prof. Glaeske „Versorgungsforschung im Bereich Arzneimittel“ an der Universität Bremen, Zentrum für Sozialpolitik, beschäftigt.

Im Hinblick auf die Veränderungen im Gesundheitswesen und der damit zusammenhängenden Zunahme der Selbstmedikation bekommt die Beratungsfunktion des Apothekers einen immer höheren Stellenwert. Nach § 20 der Apothekenbetriebsordnung sind Apotheker zur Beratung bei der Arzneimittelabgabe verpflichtet. In der Vergangenheit wurde nach Durchführung von Testkäufen von verschiedenen Seiten (z.B. Stiftung Warentest) Kritik an der Beratungsqualität geäußert.

Ziel des Projektes

Das Ziel des Pseudo Customer-Konzeptes ist es, sich berufsintern kritisch mit der Qualität der Beratung in öffentlichen Apotheken auseinander zu setzen. Es soll zur Verbesserung der Beratungsqualität in den Apotheken beitragen.

Methode

Die Pseudo Customer-Projekte wurden von den Apothekerkammern Nordrhein und Niedersachsen initiiert (2004-2006). Ein „Pseudo Customer“ ist ein Apotheker oder eine Apothekerin, die sich in der Apotheke als Kunde ausgibt. Nach einem exakt vorgegebenen Leitfaden gibt er vor, unter einem Symptom zu leiden oder ein spezielles Arzneimittel zu benötigen. Eine Schulung zum „Pseudo Customer“ erfolgte durch die ABDA. Die Teilnahme für die Apotheken war freiwillig, d.h. den Apotheken war bekannt, dass ein Besuch stattfinden würde. Unbekannt waren der Zeitpunkt und das Szenario. Es wurden 372 Apothekenbesuche im Kammerbezirk Nordrhein und Niedersachsen durchgeführt. Dort wurden zwei unterschiedliche Szenarien durchgespielt. Einmal wurde ein Präparatewunsch, beispielsweise nach einem bestimmten Magenmittel, geäußert oder ein Symptom („Ich brauche was gegen Kopfschmerzen“) geäußert. Im Anschluss an den Apothekenbesuch wurde die Beratung vom Pseudo Customer anhand eines standardisierten Fragebogens beurteilt. In einem Feedbackgespräch, das zeitnah zum Apothekenbesuch durchgeführt wurde, damit der/die beratende Apothekenmitarbeiter(in) sich noch gut an die vorangegangene Beratung erinnern konnte, wurden sowohl Stärken als auch Verbesserungsvorschläge für die Beratung besprochen. Wichtig ist, dass das Feedbackgespräch in einer kollegialen Atmosphäre „auf Augenhöhe“ stattfindet.

Ergebnisse

371 Apothekenbesuche konnten ausgewertet werden. In der Hälfte der Fälle wurde ein Symptom vorgegeben, in der anderen Hälfte ein konkreter Präparatewunsch geäußert.

Bei der Symptompräsentation wurde in 98,4% eine aktive Beratung angeboten, bei einem Präparatewunsch geschah dies nur in der Hälfte der Fälle (51,9%). Auf Nachfrage des Kunden erfolgte immer eine Beratung. Verbesserungspotenziale liegen auch noch im genauen Hinterfragen der

Eigendiagnose bei einem konkreten Präparatewunsch. Einige Szenarien waren so konstruiert, dass eine Selbstmedikation nicht in Frage kam und ein Arztbesuch hätte empfohlen werden müssen. Auch hier wäre eine sorgfältigere Beratung wünschenswert.

Diskussion der Methode/Ergebnisse

Das Pseudo Customer-Konzept ist geeignet, die Sensibilität für die Verbesserung der Beratungsqualität in öffentlichen Apotheken zu erhöhen, es bietet Hilfe zur Selbsthilfe – von Kollegen für Kollegen. Die Philosophie des Pseudo Customer-Konzeptes steht damit im klaren Gegensatz zu Testkäufen oder Überwachungsmaßnahmen. Es geht hier nicht um Vergleiche und (Negativ-) Beurteilungen, sondern um Unterstützung von Apotheken, die aktiv an der Verbesserung ihrer Beratungsqualität arbeiten wollen.

Schlussfolgerungen aus dem Projekt

Insbesondere die aktive Beratung in der Apotheke ist verbesserungswürdig oder um die frühere Präsidentin der Bundesapothekerkammer, Frau Linz, zu zitieren: „Eine Frage geht immer!“. Gerade auch bei einem konkreten Präparatewunsch sollte nicht davon ausgegangen werden, dass der Kunde das Präparat kennt oder richtig anwendet. Eine gute Beratung profiliert die öffentliche Apotheke gegenüber einer zunehmenden Zahl von Versandapotheken. Auch die Beratungsstudie von Frau Möller (vergl. „Beratung in Apotheken aus Public Health-Sicht“) zeigt, dass Kunden mehr Beratung wünschen als ihnen angeboten wird. Es herrscht offensichtlich eine Angst beim pharmazeutischen Personal, den Patienten durch Fragen zu bedrängen. Der Großteil der Patienten wünscht sich aber ein aktives Beratungsangebot.

Abgabehinweise zu den Präparaten signalisieren Kompetenz und das Ernstnehmen des Patienten. Wichtig ist hierbei die Fragetechnik. Bei der Frage „Wissen Sie, wie man das Präparat einnimmt?“ antwortet der Patient häufig mit „Ja“, aber man kann sich nicht sicher sein, ob er es wirklich weiß. Bei offenen Fragen wie „Wogegen nehmen Sie das Medikament?“, „Wie nehmen Sie diese Tabletten ein?“ kann sich dagegen ein Dialog entwickeln. Die Ratschläge und Hinweise kann der Patient dann besser annehmen und sich auch besser merken. Nichtmedikamentöse Ratschläge im Sinne der Primär- oder Sekundärprävention sind kostenfrei für den Patienten und lassen die Apotheke als kompetentes Gesundheitszentrum erscheinen.

Einige Kammern bieten das Projekt des „Pseudo Customers“ weiter an. Wünschenswert wäre, dass ein oder mehrere Pseudo Customer-Besuche Voraussetzung für eine QMS-Zertifizierung wären.

Ausblick

Der Austausch mit den anderen Kollegen und Kolleginnen auf der Veranstaltung hat uns noch einmal gezeigt, wie wichtig es für die öffentliche Apotheke ist, weiterhin an ihrer Beratungsqualität zu arbeiten.

Pseudo Customer Projekt zur Evaluierung und Optimierung der Beratungsqualität in öffentlichen Apotheken

Würdemann E, Peters H, Glaeske G

Hintergrund

Die Selbstmedikation mit apothekenpflichtigen rezeptfreien Arzneimitteln hatte sich, bezogen auf die gesamte über Apotheken verkaufte Packungsmenge im Arzneimittelmarkt von 34% im Jahre 2003 auf 39% im Jahr 2004 (2008: 38%) erhöht. Grund dafür war vor allem die Einführung des GMG (GKV Modernisierungsgesetz), das am 1.1.2004 in Kraft trat. Durch die Neuregelungen im GMG sind apothekenpflichtige Medikamente, die nicht der Verschreibungspflicht unterliegen, mit einigen Ausnahmen nicht mehr zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) verordnungsfähig. Der Anteil der Medikamente, die ohne ärztliche Verordnung in der Apotheke gekauft werden, macht die Bedeutung des Beratungsangebots und der Beratungsqualität in der öffentlichen Apotheke einmal mehr deutlich. Umfragen der ABDA zeigen, dass Patienten auch angesichts der Praxisgebühr abwägen, bei geringfügigen Erkrankungen zunächst einmal die Apotheke aufzusuchen.

Apothekerinnen und Apotheker haben die Pflicht, bei der Arzneimittelabgabe zu beraten (§20 Apothekenbetriebsordnung). Hohe persönliche Beratungsqualität in öffentlichen Apotheken sorgt für Abgrenzung und Profilierung gegenüber dem Versandhandel sowie anderen Anbietern und leistet damit einen Beitrag zur Sicherung des Berufstandes und der Institution Apotheke als unverzichtbarer Bestandteil eines arbeitsteilig organisierten Gesundheitswesens.

Methode

Die Apothekerkammer Niedersachsen ermöglichte 50 Apotheken in und um Hannover, im Frühjahr 2004 am Pseudo Customer-Pilotprojekt teilzunehmen. Von März 2005 bis April 2006 konnten nochmals 110 Apotheken im Kammerbereich Niedersachsen teilnehmen. Dieses Mal erhielt jede Apotheke zwei Besuche. Die Apothekerkammer Nordrhein entschloss sich Anfang 2005, in ihrem Kammerbereich ebenfalls ein solches Projekt zu starten, an dem 102 Apotheken teilnahmen.

Als Pseudo Customer fungierten ApothekerInnen, die entweder eine Beratung wegen eines präsentierten Symptoms wie z. B. Kopfschmerzen oder Durchfall wünschten oder eine Großpackung eines bestimmten Präparates wie z.B. 100 Tabletten eines Antacidums oder ein Johanniskrautpräparat verlangten. Im Anschluss an den Apothekenbesuch wurde die Beratung vom Pseudo Customer anhand eines standardisierten Fragebogens beurteilt. In einem Feedbackgespräch, das zeitnah an den Apothekenbesuch durchgeführt wurde, damit der/die beratende Apothekenmitarbeiter(in) sich noch gut an die vorangegangene Beratung erinnern konnte, wurden sowohl Stärken als auch Verbesserungsvorschläge für die Beratung besprochen.

Ergebnisse

371 der 372 Apothekenbesuche konnten ausgewertet werden (1 Apotheke hatte die Einwilligung nachträglich zurückgezogen). 186-mal wurde ein Symptom präsentiert, in 185 Fällen wurde die Großpackung eines bestimmten Medikamentes verlangt. Eine spontane Beratung fand bei der Symptompräsentation in 183 von 186 Fällen statt (98,4%), bei Äußerung eines konkreten Präparatewunsches in 96 von 185 Fällen (51,9%). Auf Nachfrage des Pseudo Customer erfolgte in allen Fällen eine Beratung.

Beratungsinhalte	Symptompräsentation (n=186)	Präparatewunsch (n=185)
Spontane Beratung	183 (98,4%)	96 (51,9%)
Für wen ist das Arzneimittel?	171 (91,9%)	175 (94,6%)
Hinterfragen der Eigendiagnose	86 (46,2%)	49 (26,5%)
Fragen zu Grenzen d. Selbstmedikation	102 (54,8%)	97 (52,4%)
Frage nach Präparateerfahrung	82 (44,1%)	108 (58,4%)
Abgabehinweise zum Arzneimittel	153 (82,3%)	176 (95,1%)
Hinweis auf nicht-medikament. Maßn.	96 (51,6%)	23 (12,4%)
Empfehlung eines Arztbesuchs	118 (63,4%) (war hier notwendig!)	36 (19,5%) (war nicht unbedingt notwendig)

Beratungsinhalte: Gegenüberstellung Symptompräsentation / Präparatewunsch

Fazit

Das Pseudo Customer-Projekt ist geeignet, die Sensibilität für die Verbesserung der Beratungsqualität in öffentlichen Apotheken zu erhöhen, es bietet Hilfe zur Selbsthilfe – von Kollegen für Kollegen entwickelt. Die Apothekerkammern Niedersachsen und Nordrhein boten ihren Mitgliedern damit ein Instrument zur Qualitätssicherung und – wenn notwendig – zur Optimierung an, das die Position der öffentlichen Apotheke stärken, ihr Ansehen verbessert und den „Mehrwert“ der

Apotheke als kompetentes Gesundheitszentrum zur Verbesserung der Arzneimittelsicherheit und Versorgungsqualität unter Beweis stellen kann. Die Teilnahme der Apotheken an den Projekten zeigt, dass sie die Kritik an ihrer Beratung ernst nehmen und sich für eine Verbesserung der Beratungsleistung engagieren. Damit gewinnt die Forderung nach „continuing pharmaceutical education“ eine wirksame und praxisnahe Umsetzung.

KONTAKT:

Heike Peters, Apothekerin, Dipl.-Soz.
Zentrum für Sozialpolitik
Außer der Schleifmühle 35-37
28203 Bremen
hpeters@zes.uni-bremen.de



Landesinstitut für
Gesundheit und Arbeit
des Landes Nordrhein-Westfalen

Ulenbergstraße 127 - 131, 40225 Düsseldorf
Fax 0211 3101-1189
poststelle@liga.nrw.de

www.liga.nrw.de