

**Arzneimittelüberwachung und
bürgerorientierte Aufklärung
im Rahmen der Sozialpharmazie**

Fachtagung Sozialpharmazie der Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen in Zusammenarbeit mit dem Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen

am 26. und 27. Mai 2010 in Düsseldorf

Düsseldorf, Münster, Juli 2010

Arzneimittelüberwachung und
bürgerorientierte Aufklärung
im Rahmen der Sozialpharmazie

Fachtagung Sozialpharmazie der
Akademie für Öffentliches Gesund-
heitswesen in Zusammenarbeit mit
dem Landesinstitut für Gesundheit
und Arbeit des Landes Nordrhein-
Westfalen am 26. und 27. Mai 2010 in
Düsseldorf

Redaktion: Dr. Udo Puteanus
Landesinstitut für Gesundheit und
Arbeit des Landes Nordrhein-
Westfalen.

Ulenbergstr. 127-131
40225 Düsseldorf

Juli 2010

Inhaltsverzeichnis

Puteanus: Arzneimittelüberwachung und bürgerorientierte Aufklärung im Rahmen der Sozialpharmazie. Einführung in die Veranstaltung	4
Henning: Neue Anforderungen an staatliche Dienstleistungen und an die Überwachung: Transparenz, Bürgerorientierung und Partizipation	10
Heudorf: Transparenz, Bürgerorientierung, Partizipation: das Beispiel Hygieneüberwachung	14
Gronwald: „Pangea“ – ein Beispiel aus dem Bereich illegaler Arzneimittelmarkt	20
Lehmann: Die Anti-AIDS-Kampagne als Beispiel gelungener Gesundheitsförderung	24
Ries: Überwachungsergebnisse und Bekämpfung des Doping	30
Harder: Arzneimittelanwendungsforschung und Arzneimittelüberwachung aus Sicht eines Arztes und Wissenschaftlers	38
Heeke: Krankenkassen-Apotheker und ÖGD-Apotheker – regionale Optimierung im Gesundheitswesen	47
Spelsberg: Was erwarten Vertreter der Verbraucherinteressen von der Überwachung?	52
Sachse: Bausteine einer transparenten und bürgerorientierten (Risiko-) Kommunikation von Überwachungsergebnissen	55
Puteanus, Bräutigam, Mielke: Die Pflichtaufgaben Arzneimittelüberwachung und Sozialpharmazie und der gesellschaftliche Nutzen für eine qualitätsgesicherte Arzneimittelversorgung	64

Puteanus: Einführung in die Fachtagung Sozialpharmazie: Arzneimittelüberwachung und bürgerorientierte Überwachung im Rahmen der Sozialpharmazie.

Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen und Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen (NRW) führen seit 1999 jährlich Fachtagungen zur Sozialpharmazie durch. Die Liste der bisher bearbeiteten Themen zeigt ein breites Spektrum. Insgesamt sind inzwischen ca. 130 Experten als Referenten eingeladen worden, die sich mit dem Arbeitsfeld der Amtsapothekerinnen und Amtsapotheker auseinandergesetzt haben und somit mit ihrem jeweiligen Fachgebiet ihr Referat verknüpft haben. Mit dieser Veranstaltungsreihe ist daher bereits ein wichtiger Schritt zur Vernetzung der örtlichen Arzneimittelüberwachung mit dem weiten Feld Public Health gegangen worden. Diese Arbeit soll auch auf dieser Tagung weiter fortgesetzt und intensiviert werden.

Fachtagungen Sozialpharmazie 1999 bis 2010

1999	Einführung in die Sozialpharmazie und Epidemiologie
1999	Krankenkassendaten, Entwicklung von Projekten
2000	Datenquellen, Datenhalter, Verbraucherinformation
2001	Sozialpharmazie und Krankenkassen, Aufklärung
2002	Öffentlichkeitsarbeit, Pressearbeit
2003	Doping im Breitensport
2004	Verbraucheraufklärung; Aspekte der Methylphenidat-Therapie
2005	Arzneimittelversorgung in der ambulanten Pflege
2006	Selbstmedikation und Information und Beratung durch Apotheken
2007	Klinische Prüfung
2008	Pharmakovigilanz
2009	Apotheken, Gesundheitsförderung, Gesundheitswissenschaften / Public Health
2010	<u>Arzneimittelüberwachung u. bürgerorientierte Aufklärung im Rahmen der Sozialpharmazie</u>
2011	Arzneimittelversorgung von Heimbewohnern

Dabei wird speziell das Thema des letzten Jahres – die Gesundheitsförderung – aufgegriffen und dieses Konzept, das im Jahre 2009 mit dem Apothekenwesen in Verbindung gebracht wurde, in diesem Jahr hinsichtlich der Arzneimittelüberwachung diskutiert werden.

Warum ist das Thema Arzneimittelüberwachung und bürgerorientierte Aufklärung im Rahmen der Sozialpharmazie wichtig? Schon immer hat sich die Sozialpharmazie in NRW mit der Frage beschäftigt, wie diese beiden Arbeitsfelder besser miteinander in Verbindung gebracht werden können, seitdem Sozialpharmazie durch das Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst Nordrhein-Westfalen 1998 eingeführt wurde. Je länger an diesem Themenfeld gearbeitet wird, desto klarer zeichnet sich ab, dass Sozialpharmazie eine Brücke sein kann, um Ergebnisse der Arzneimittelüber-

wachung zu bündeln und darauf aufbauend Öffentlichkeit und vor allem Fachkreise zu informieren.

Warum ist das Thema wichtig? Zunächst – und das ist der zentrale Punkt – geht es um die Arzneimittelsicherheit für die Bürgerinnen und Bürger; und speziell im Bereich der Sozialpharmazie um die Arzneimittelanwendungssicherheit. Die Bürger müssen dort geschützt werden, wo sie sich nicht selber schützen können. Das ist Aufgabe des Staates im Rahmen seiner Vorsorgeverpflichtung, die er durch Rechtsvorschriften und deren Überwachung erfüllt. Beispielsweise können die Bürger nicht beurteilen, ob die Arzneimittel, die sie einnehmen müssen, die erforderliche Qualität haben. Oder sie können nicht abschätzen, ob die Strukturen – bspw. in den Alten- und Pflegeheimen – ausreichend gut sind, damit sie stets auch die richtigen Arzneimittel zum richtigen Zeitpunkt und unter ausreichend hygienischen Verhältnissen bekommen. In diesen Bereichen hat also die Arzneimittelüberwachung und speziell in NRW die Sozialpharmazie ihre Berechtigung. Mit Prof. Harder wird der Vorsitzende der wissenschaftlichen Fachgesellschaft für Arzneimittelanwendungssicherheit zu Wort kommen. Damit gelingt eine weitere Verknüpfung mit dem wissenschaftlichen Bereich von Public Health.

Aber – und dies ist in den letzten Jahren immer deutlicher geworden – es reicht nicht aus, dass der Staat mit Rechtsvorschriften und Überwachung eine Grundsicherung gewährleistet. Aus verschiedenen Gründen wird es immer wichtiger, die Menschen auch in die Lage zu versetzen, dass sie mit den Arzneimitteln richtig umzugehen lernen, worauf beim Thema Gesundheitsförderung noch näher eingegangen wird.

Frau Dr. Heudorf aus dem Gesundheitsamt Frankfurt/Main wird erläutern, wie sie beim Thema Hygiene versucht, durch Öffentlichkeitsarbeit so weit wie möglich die Ergebnisse der Hygieneüberwachung publik zu machen und damit die Bürger bzw. die im Gesundheitswesen Beschäftigten in die Lage zu versetzen, aus den Erkenntnissen der Hygieneüberwachung zu lernen.

Mit Herrn Gronwald wird ein Vertreter des Bundeskriminalamtes vortragen, der aus dem Bereich der Arzneimittelfälschungen und des illegalen Arzneimittelverkehrs anhand eines Beispiels deutlich machen wird, wie durch eine spektakuläre Aktion die Bevölkerung aufgerüttelt werden soll, den illegalen Arzneimittelimport aus Gründen des Gesundheitsschutzes zu unterlassen.

Dies sind zwei Beispiele, wie Überwachungsergebnisse in das Public Health-Umfeld transportiert werden, um die Lernprozesse der Gesellschaft zu unterstützen, mit neuen und auch schon bekannten Herausforderungen besser umzugehen. Prävention und Gesundheitsförderung sind die Stichworte, die als Arbeitsauftrag hier ernst genommen und umgesetzt werden.

An dieser Stelle sei auch daran erinnert, dass es inzwischen in allen politischen Parteien und allen gesellschaftlichen Gruppen anerkannt ist, dass Prävention und Gesundheitsförderung gesamtgesellschaftliche Aufgaben sind, also neben vielen anderen auch der Staat eine Verpflichtung hat. Zweimal wäre es schon beinahe zu einem Präventionsgesetz gekommen, aber gerade weil man weiß, dass es sich hier um ei-

ne gesamtgesellschaftliche Aufgabe handelt, gerade deswegen lässt es sich auch so trefflich darüber streiten, wer zu bezahlen hat und wer letztlich die Richtung bestimmen kann. Daran ist die Durchsetzung des Gesetzes bislang gescheitert.

In Nordrhein-Westfalen ist das Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD-G NRW) maßgeblich. Es macht der örtlichen Arzneimittelüberwachung – also den Amtsapothekerinnen und Amtsapothekern in den Gesundheitsämtern – zur Pflicht, den Arzneimittelverkehr auf örtlicher Ebene zu überwachen. Aber darüber hinaus – und hier zeigt sich der eben genannte zweite Aspekt, Menschen in die Lage zu versetzen, mit Arzneimittel verantwortungsvoll umzugehen – soll die Arzneimittelüberwachung „anhand der ihr zur Verfügung stehenden Daten den Arzneimittelkonsum der Bevölkerung beobachten, dokumentieren, analysieren und bewerten. Sie kann dazu Erhebungen durchführen. Auf dieser Grundlage soll sie die Bevölkerung über einen verantwortlichen Arzneimittelkonsum aufklären, informieren und beraten sowie an der Bekämpfung des Drogen- und Arzneimittelmissbrauchs mitwirken.“ Hier zeigt sich also die zweite Seite der Medaille Verbraucherschutz. Neben der Arzneimittelüberwachung dort, wo die Bürger sich selbst nicht schützen können, wird noch die Aufforderung gestellt, den Bürger/innen beratend und aufklärend zur Seite zu stehen, um sie in die Lage zu versetzen, mit Arzneimitteln rational umzugehen.

Auf welcher theoretischen Grundlage dieses Ziel erreicht werden kann, dafür bietet das Konzept der Gesundheitsförderung die Basis. Dieses Konzept war bereits im letzten Jahr, als der Titel „Apotheken, Gesundheitsförderung und Gesundheitswissenschaften / Public Health“ auf der Tagesordnung stand, das zentrale Thema.

Herr Lehmann von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) wird dieses Konzept am Beispiel der Anti-AIDS-Kampagne erläutern.

Herr Dr. Ries von der Fachhochschule Fulda wird in diesem Zusammenhang den Bereich Prävention gegen Doping im Freizeit- und Breitensport vorstellen.

An dieser Stelle sei noch einmal an die drei zentralen Botschaften der letzten Tagung erinnert, die sicherlich auch für diese Tagung von Bedeutung sind:

- Alle Gesundheitsdienste sind aufgefordert, sich an der Gesundheitsförderung neu zu orientieren.
- Interdisziplinäre und intersektorale Zusammenarbeit in Public Health Netzwerken müssen vorangetrieben werden. Auf die Bedeutung dieses Punktes der Zusammenarbeit und Kooperation hat auch der Sachverständigenrat im Gesundheitswesen (SVR) in mehreren Gutachten immer wieder hingewiesen.
- Seit fast 25 Jahren existiert in Deutschland wieder wissenschaftliche Forschung im Bereich Public Health: die Gesundheitswissenschaften. Die Zusammenarbeit mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst ist in Deutschland noch sehr spärlich, in vielen anderen Ländern – vor allem im angelsächsischen und im nordeuropäischen Bereich – aber längst eine Selbstverständlichkeit. Diese Verknüpfung von Öffentlichem Gesundheitsdienst mit den Gesundheitswis-

senschaften ist eine Aufgabe der nächsten Zeit und eine Chance für beide Seiten.

Diese Zusammenarbeit gelingt in der Sozialpharmazie im ÖGD in NRW zunehmend, wenn man bspw. an die Kontakte zur Fakultät Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld denkt, oder zur Universität Bremen. Aber nicht nur der Öffentliche Gesundheitsdienst, sondern auch das öffentliche Gesundheitswesen kann hier einen wichtigen Schritt gehen, denn alle Körperschaften öffentlichen Rechts, wie Kassenärztliche Vereinigungen, Kammern, Krankenkassen, aber auch die sog. Leistungserbringer mit öffentlichem Auftrag, wie Ärzte und Apotheker, gehören dazu. Es ist diesmal gelungen, einen Beratungsapotheker der Krankenkassen, Herrn Andreas Heeke, zu gewinnen, der aus seiner Sicht die für ihn erkennbaren Probleme benennen wird und sich auch darüber Gedanken gemacht hat, welche Themen er für eine Zusammenarbeit mit der Überwachung für wichtig hält.

Was sind weitere wichtige Beweggründe, warum auf dieser Veranstaltung das Thema Arzneimittelüberwachung und bürgerorientierte Aufklärung im Rahmen der Sozialpharmazie aufgegriffen wird? Ein ganz wichtiger Aspekt ist die Qualitätssicherung. Im Rahmen der Arbeitstagung der Amtsapothekerinnen und Amtsapotheker mit dem Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (MAGS) Ende April 2010 wurde über Qualitätssicherung intensiv diskutiert. Im Verlaufe der Tagung wird dieser Aspekt noch eine Rolle spielen. Die örtliche Arzneimittelüberwachung kann durch verstärkte Qualitätssicherung zur Vertrauensbildung und zur Effizienzsteigerung einen wichtigen Beitrag leisten.

Aber auch die Entwicklungen des Verbraucherschutzes in allen Bereichen – also nicht nur auf der Ebene der Arzneimittelsicherheit – wird man sich ansehen müssen, um die Hintergründe für Diskussionen zu beleuchten, warum Arzneimittelüberwachung und bürgerorientierte Aufklärung im Rahmen der Sozialpharmazie enger miteinander verknüpft werden müssen. Vor allem Herr Dr. Henning vom Bundesamt für Risikobewertung (BfR) wird auf diesen Aspekt näher eingehen.

Mit Frau Dr. Spelsberg konnte ein Vorstandsmitglied von Transparency International als Vertreterin des Verbraucherschutzes gewonnen werden, die ihre Erkenntnisse aus der Arbeit ihrer Organisation mit dem Thema Arzneimittelüberwachung verknüpfen soll.

Diese Veranstaltung sollte nicht zuletzt auch dazu dienen, die Profession Pharmazie ein Stück weit voran zu bringen. Die Pharmazie hat es nicht leicht, sich als gleichberechtigte Disziplin neben der Medizin zu behaupten. Und auch andere Berufsgruppen, wie Psychologen und die Pflege, kämpfen durch Professionalisierung ihrer Berufe um Anerkennung und um die dauerhafte und angemessene Verankerung im Gesundheitswesen. Die Apothekerinnen und Apotheker als Fachleute für Arzneimittel kommen gar nicht umhin, in dieser Auseinandersetzung, die ja auch eine Auseinandersetzung um Ressourcen ist, mit guten Argumenten zu punkten. Sie brauchen diese Auseinandersetzung nicht scheuen, aber sie muss auch professionell geführt wer-

den. Es muss gezeigt werden, was Apothekerinnen und Apotheker können und welchen Nutzen die Arzneimittelüberwachung für die Bürgerinnen und Bürger, für die Kommunen und für die Gesundheitsämter hat.

Denn wenn einmal im nichtpharmazeutischen Umfeld – bspw. in der Nachbarschaft – das Thema Arzneimittelüberwachung angesprochen und gesagt wird: Es gibt ca. 280 Apothekerinnen und Apotheker in der Arzneimittelüberwachung in Deutschland, dann wird nicht selten geantwortet: So viele? Was tun die überhaupt? Was nützt mir das, was habe ich von der Überwachung? Wenn wir die einsparen, was hätte das schon für Folgen?

Das sind die Fragen, die junge Menschen stellen, die den immensen Schuldenberg des Staates sehen, der ihre Zukunft ganz wesentlich beeinflussen wird. Das fragen Senioren, die täglich viele Arzneimittel einnehmen und wissen wollen, ob diese Arzneimittel sicher sind, ob die vielen Arzneimittel wirklich die richtigen sind und ob sie bzw. ihre Angehörigen in Heimen richtig versorgt werden. Diese Fragen stellt man sich natürlich auch am Stammtisch, wo alles, was durch Abgaben an den Staat oder an Sozialversicherungsträger vom Gehalt abgezogen wird und in Behörden bzw. Sozialkassen fließt, sehr kritisch kommentiert wird. Aber auch in den Behörden oder Institutionen der Sozialversicherungen stellt man sich diese Fragen, wenn es um die nächsten Sparrunden geht.



Landesinstitut für
Gesundheit und Arbeit
des Landes Nordrhein-Westfalen



Ca. 280 Apothekerinnen und Apotheker in der Arzneimittelüberwachung in Deutschland

„Was tun die überhaupt?“
„Was nützt mir das?“
„Wenn wir die einsparen, was hätte das schon für Folgen?“



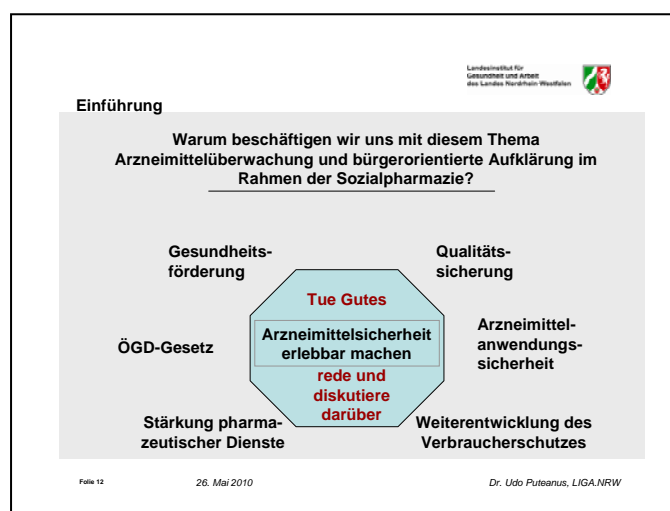
Folie 10 27. Mai 2010 Dr. Udo Puteanus, LIGA.NRW

Gerade vor dem Hintergrund der massiven staatlichen Verschuldung werden diese Fragen immer dringlicher gestellt werden. Darauf müssen überzeugende Antworten gefunden werden.

Ziel dieser Veranstaltung ist es, an den Grundlagen zu arbeiten, damit die Arzneimittelsicherheit tagtäglich für die Bürger besser erlebbar wird. Die Arzneimittelüberwachung hat es sicherlich weitaus schwerer, als die Apothekerinnen und Apotheker in den Apotheken, die mit Millionen Kundenkontakten täglich erfahrbar machen (können), warum die Apotheken maßgeblich von Versichertengeldern bezahlt werden. Die Arzneimittelüberwachung hat sehr viel weniger Verbraucherkontakte. Aber Arzneimit-

telsicherheit und Sozialpharmazie können so weit wie möglich für die Bürger und für die, mit denen in den Gesundheitsämtern und Kommunen zusammengearbeitet wird, sichtbar machen, was sie tun und welcher Nutzen sich daraus ergibt. Die Hintergründe, warum dies notwendig, chancenreich und zukunftsweisend ist, sind in dem unten stehenden Bild nochmals zusammenfassend genannt.

Um Arzneimittelsicherheit erlebbar zu machen, ist es notwendig, über das, was getan wird, zu reden, es darzustellen und zu publizieren. Aber auch das allein reicht noch nicht aus. Über Publikationen hinaus muss auch Bereitschaft bestehen, über die Arbeit und die Ergebnisse zu diskutieren. Daher der Vorschlag, in nicht allzu ferner Zukunft alle Interessierten, seien es Bürger, Medienvertreter, Pharmakritiker, Behördenkritiker usw. einzuladen und darüber zu sprechen, was im Bereich Arzneimittelüberwachung und Sozialpharmazie getan wird bzw. was man erwartet.



Mit Frau Dr. Sachse vom Bundesinstitut für Risikobewertung (BfR), wird eine Kommunikationsexpertin erläutern, was zu tun und zu lassen ist, um die Kommunikation erfolgreich zu gestalten.

Es ist sicherlich noch eine gewisse Wegstrecke bis zu diesen Zielen zurückzulegen. Doch in den vergangenen zwölf Jahren ist schon ein gutes Stück zurückgelegt worden. Diese Veranstaltung soll dazu dienen, einen weiteren Schritt zu gehen.

Dr. Klaus J. Henning, Bundesinstitut für Risikobewertung (BfR): Neue Anforderungen an staatliche Dienstleistungen und an die Überwachung: Transparenz, Bürgerorientierung und Partizipation

Der Jurist und Leiter der Fachgruppe 21 im BfR: Clearing, EFSA-Kontaktstelle, Kommissionen, referierte über neue Anforderungen an staatliche Dienstleistungen und Überwachung und stellte die Begriffe Transparenz, Bürgerorientierung und Partizipation in den Mittelpunkt seines Referates.

Arzneimittelüberwachung ist auf mehreren Ebenen zu sehen: nicht nur nationale Ebenen (kommunal, Bundesebene), sondern auch die EU-Ebene, ja sogar die globale Ebene (WHO, WTO, OECD) ist zu beachten, wenn man die Entwicklungen des Verbraucherschutzes betrachtet und Bürgerinnen und Bürger durch Aufklärungsmaßnahmen schützen möchte. Denn jede Ebene hat ihre eigenen Gesetzmäßigkeiten und „kulturellen“ Voraussetzungen, die es zu beachten gilt. So wird bspw. auf der EU-Ebene versucht, in erster Linie die Grundlage der Verträge, nämlich die Ziele der Wirtschaftsunion, einzuhalten. Auf nationaler Ebene spielt möglicherweise entscheidend eine Rolle, wie stark der Verbraucherschutz in der Gesellschaft verankert ist, und auf kommunaler Ebene kommt es darauf an, welche Bevölkerungsgruppen dominieren und wie diese am günstigsten angesprochen werden können. Wenn an den Bürger herangetreten wird, ist zudem zu beachten, welcher Zielgruppe dieser angehört und wie die Information adressiert werden kann. Am Beispiel Acrylamid hat man die Wahrnehmung des Risikos im Rahmen einer Studie untersucht: Unterschiedliche Gruppen nehmen Risiken tatsächlich unterschiedlich wahr und denken verschieden darüber.

Grundlagen der Kommunikation sind nach den Worten des Referenten nicht nur das Wissen über die Produkte, sondern auch die **Verantwortungsverteilung** zwischen den einzelnen Akteuren (z.B. Wirtschaft, Verbraucher, Behörden), um den Verbraucher zu schützen. Es muss klar sein, wer in der Behörde für die Informationsbeschaffung und wer für die Informationsweitergabe zuständig ist. Die behördlichen Kommunikatoren unterschiedlicher Ämter, soweit mehrere Behörden betroffen sind, müssen sich über ihre Ansichten soweit abstimmen, damit der Bürger nicht durch unterschiedliche Aussagen irritiert wird (Beispiel: widersprüchliche Rückrufaktionen).

Die übliche Situation – Unternehmen machen PR, verkaufen ihre Produkte und warnen gelegentlich, Behörden geben Zulassungen, warnen ggf. oder schränken Vertrieb ein – gerät im Falle eines „Skandals“ bzw. einer Krise durcheinander, da Kommunikation z. T. als untergeordnet betrachtet wird. Wie viele andere Dinge auch, müssen aber unterschiedliche Szenarien trainiert werden, damit man im Ernstfall rechtzeitig, umfassend und für die Bevölkerung verständlich reagieren kann.

Ergebnisse aus der Routineüberwachung müssen deshalb hoch bewertet werden. Denn anhand dieser Ergebnisse können bereits Grundlagen für erfolgreiche Kommunikation in Krisensituationen gelegt werden. Sie sind bedeutsame Bausteine zur

Klärung wichtiger Fragen wie: Wer tut was in der Behörde, wo liegen welche Informationen, wie sind Entscheidungswege, wer hat besondere Qualitäten auf welchem Gebiet, wer ist in welchen Netzwerken aktiv, wer ist für die Außendarstellung zuständig, wer kann innerhalb der Behörde ausreichend vernetzen usw.? Vor dem Hintergrund der Frage „Brauchen wir den Staat überhaupt?“ ist, so der Referent, vor allem der Aufbau von Vertrauen in der Bevölkerung und in den Medien von besonderer Bedeutung. Es muss möglichst allen Menschen deutlich sein, warum Informationen gesammelt werden, welchen Zweck Überwachung hat und welchen Nutzen die Gesellschaft durch die Verfolgung von Gesetzesverstößen hat.

In der Diskussion konnte am Beispiel des Arzneistoffes „Bufexamac“ herausgearbeitet werden, dass die Informationsabstimmung zwischen EU-Ebene und nationaler Ebene offensichtlich nicht so reibungslos funktionierte, wie es eigentlich notwendig gewesen wäre. Denn den Bürgerinnen und Bürgern ist für einen nicht hinnehmbaren Zeitraum unklar geblieben, wie risikoreich der Arzneistoff ist. Erst durch die Rücknahme aus den Regalen der Apotheken ist deutlich geworden, dass das Nutzen-Risiko-Verhältnis offensichtlich doch so negativ ist, dass ein Verbleiben im Markt unverantwortlich war. Warum hat es solange gedauert, bis man sich auf diesen Status geeinigt hat? Diese Frage zeigt, dass noch Verbesserungspotenzial bei der Kommunikation zwischen unterschiedlichen Behörden besteht.

In der Diskussion wurde weiterhin darauf hingewiesen, dass nicht nur die breite Öffentlichkeit ein Aufklärungsinteresse hat, sondern dieses auch bei Fachleuten besteht. Um Grundlagen der Kommunikation zu schaffen, sollte man kontinuierlich Kontakt zu möglichen Partnern für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) in Nordrhein-Westfalen und die öffentliche Diskussion suchen: Presse, Universitäten, Verbraucherzentralen, Bundesbehörden, Patienteninitiativen, Herstellerverbände, Stiftung Warentest u. a.

Darüber hinaus besteht genereller Aufklärungsbedarf bei **Produktkrisen**. „Nur wer die Krise beherrscht, beherrscht das normale Geschäft – und umgekehrt“. Dies ist nach Henning ein Kernsatz der Kommunikationsforschung für die Behörde. Als Beispiel nannte er die Übung des BfR „Übung 2008, Szenario Parathion (E 605) in Milcherzeugnissen“. Es hat sich an diesem Beispiel herausarbeiten lassen, wie wichtig die Berücksichtigung der Branchen- und Behördenstrukturen/ Verfahrensabläufe, Rechtsvorschriften, Verantwortungsverteilung etc. ist, die man ausreichend beachten und ggf. einbinden muss.

Beim Thema „Produktabgrenzung“ gibt es nach Henning in der Sozialpharmazie die Schnittfelder Nahrungsergänzung/Medizinprodukt/Kosmetikum versus Arzneimittel sowie Desinfektionsmittel, Biozidprodukte etc. Hier gebe es sicherlich Abstimmungsbedarf zwischen den Behörden.

Zu beachten sei bei der Aufklärung auch, dass man als Behörde „Freiheit“ als ein genauso großes Gut wie „Gesundheit“ behandle. In der Konsequenz bedeute dies, dass auch irrationales Handeln nicht nur vorkomme, sondern auch berücksichtigt und sogar akzeptiert werden müsse. Man müsse bspw. mit übersteigerten Hoffnungen oder Ängsten rechnen und umgehen können, man müsse unterschiedliche **Risiko-**

wahrnehmungstypen kennen, und man müsse zudem zur Kenntnis nehmen, dass unterschiedliche Wahrnehmungen je nach Rolle, die der Mensch in unterschiedlichen Situationen einnehme, in einem Menschen existieren können. So kann z.B. eine Frau im Beruf oder im Freizeitbereich anders reagieren als z.B. in der Situation, in der sie ihr Baby zu versorgen hat. Derselbe Mensch denkt anders über Risiken, je nachdem, ob er „am Schreibtisch, am Stammtisch oder am Kinderbett“ steht.

Ein weiterer und in den letzten Jahren zunehmend wichtig werdender Aspekt ist nach Henning die **Partizipation** (= Beteiligung an Diskussion und staatlichen Vorgängen). Partizipation ist zu einem Leitgedanken in der Demokratie geworden. Es hat auch tatsächlich für die Bürger einen Demokratie-Zuwachs gegeben. Ziel ist es dabei zunächst, den Einzelnen durch Information und adäquate Informationsvermittlung entscheidungsfähig zu machen. Das Sozialstaatsprinzip sorgt zudem dafür, die Schwäche Einzelner zu mindern.

Das BfR hat in den vergangenen Jahren **Verbraucherkonferenzen** durchgeführt. Zu bestimmten Themen sind die Verbraucher eingeladen worden und man hat mit ihnen bestimmte Sachverhalte diskutiert. Es kommt dabei darauf an, zunächst den Menschen Raum zu geben, ihre Sorgen und Ängste vorzutragen, um dann behutsam das Vorgehen, aber auch die Sachzwänge der Behörden darzustellen. Dabei müssten die Behördenvertreter bereit sein, sinnvolle Vorschläge aus den Reihen der Verbraucher aufzunehmen, auch wenn sie zunächst einmal mit mehr Arbeit verbunden sind. Wenn durch solche vertrauensbildenden Maßnahmen Grundlagen geschaffen sind, kann man im Laufe der Zeit auch das Verständnis gewinnen, dass manche Dinge aufgrund fehlender materieller und personeller Voraussetzungen derzeit nicht erreichbar sind.

Partizipation ist aber nicht nur etwas, was sich in den letzten Jahren und Jahrzehnten als Leitbild in der Bürgerrechtsdiskussion durchgesetzt hat. Partizipation muss auch als Chance zur **Effektivitätssteigerung** betrachtet werden. Dies erläuterte der Referent am Beispiel der Hygiene in Restaurant-Betrieben in Berlin-Pankow. Hier hat man durch die Verteilung von Smileys je nach angetroffenem hygienischem Zustand in der jeweiligen Gastwirtschaft die Bevölkerung in die Lage versetzt, selbst zu entscheiden, welches Angebot sie nach Kenntnis der hygienischen Situation annehmen möchte. Dadurch hat sich die Situation in den Restaurants sehr schnell verbessert, ein Ergebnis, das durch Einzelmaßnahmen der Behörden nicht ansatzweise so effizient hätte erreicht werden können.

Das BfR hat vor einiger Zeit beschlossen, so Henning, sich verstärkt dem Bereich Risikokommunikation zu widmen. Das bedeutet allerdings nicht nur die Herausgabe von Pressemitteilungen sondern auch die **wissenschaftliche Forschung** auf diesem Feld. So wurden und werden bspw. Studien zur Pestizidbelastung von Lebensmitteln durchgeführt und die Ergebnisse mit den Verbrauchern diskutiert, um zu erfahren, welche Bevölkerungsgruppen mit welchen Informationen wie umgeht. Damit schafft man Voraussetzungen, Informationen in unterschiedlicher Form gezielt an unterschiedliche Zielgruppen zu adressieren.

Zum Schluss riet der Vortragende ein schrittweises und kontinuierliches Vorgehen an. Das helfe, Fehler zu vermeiden. Gesamtzusammenhänge sollten beachtet werden. Durch neutrale, kompetente Kommunikation kann die öffentliche Debatte versachlicht werden. Der Verbraucher soll zwischen berechtigter Sorge und unbegründeter Angst unterscheiden können. Vertrauen und Glaubwürdigkeit sind von Behörden täglich neu zu verdienen, zu gewinnen – oder zu verlieren.

In der Abschlussdiskussion waren sich die Teilnehmer und der Referent einig: Bürger können nicht rundum geschützt werden. Bei „Schlankheits-, Doping- und Potenzmitteln“ treffen die Bürger ihre eigenen Entscheidungen auf dem derzeitigen Kenntnisstand. Aber die vergangenen Jahre und Jahrzehnte zeigen, dass sich Verhaltensänderungen erzielen lassen, wobei neben der Informationsvermittlung durch Behörden auch Verhältnisse geändert werden müssten. Am Beispiel des Gurtzwanges beim Autofahren oder beim Rauchen lässt sich gut demonstrieren, wie man mit veränderten gesetzlichen Vorgaben Ergebnisse erzielen kann. In der Diskussion um den Helmpflicht beim Fahrradfahren oder die Ampelkennzeichnung von Lebensmitteln lässt sich aber auch erkennen, dass es oftmals nicht so einfach ist, Menschen oder Firmen von sinnvollen Maßnahmen zu überzeugen bzw. gesetzliche Vorgaben gegen Interessen und allgemein übliche Lebensweisen durchzusetzen.

PD Dr. Ursel Heudorf, Amt für Gesundheit, Abteilung Medizinische Dienste und Hygiene, Frankfurt/Main:

Transparenz, Bürgerorientierung, Partizipation: das Beispiel Hygieneüberwachung

Frau Dr. Heudorf stellte ihren Beitrag unter das Motto: Hygieneüberwachung durch Transparenz, Partnerorientierung und Partizipation. Sie nahm damit wichtige Aspekte modernen Verwaltungshandelns auf, die sich mit Grundsätzen des Konzeptes der Gesundheitsförderungen nach den Vorgaben der WHO decken.

Zu Beginn ihres Vortrages stellte sie zunächst klar: Infektionsprävention durch Hygiene ist zuerst Aufgabe der medizinischen Einrichtungen selbst (§1 Infektionsschutzgesetz, IFG). Die Einrichtungen seien zur Übernahme von Eigenverantwortung verpflichtet. Darüber hinaus habe aber auch der Staat, hier die Kommune, Verantwortung zu übernehmen, und zwar durch die Hygieneüberwachung. Dabei gebe es neben den Kontrollinstrumenten das Instrument der Beratung durch die Gesundheitsämter (§ 36 IFG). Nach diesen Grundprinzipien habe man in den letzten Jahren alle Praxen mit ambulanten Operationen, Endoskopie-Praxen, alle Heilpraktiker und seit kurzem alle Allgemeinarztpraxen besucht und „bearbeitet“.

Zentrale Bedeutung für eine erfolgreiche Arbeit hat für Dr. Heudorf das Prinzip der **Transparenz**. Sie erläuterte dies am Beispiel Hygiene beim ambulanten Operieren. Zunächst brauchte das Gesundheitsamt Transparenz über die zu überwachenden Einrichtungen. Welche Praxis führt überhaupt ambulante Operationen durch? Um hier schnell zu Ergebnissen zu kommen, wurde die Kassenärztliche Vereinigung (KV) als Partner gewonnen. Sie ermittelte die betroffenen Einrichtungen. Dann wurde per Anschreiben Kontakt mit den Praxen aufgenommen mit der Bitte um Darstellung der Tätigkeiten im Bereich ambulantes Operieren. Anschließend wurden Fortbildungsveranstaltungen durchgeführt, um Transparenz für die Praxen zu schaffen. Aus heutiger Sicht würde sie bei der Referentenauswahl noch mehr darauf achten, dass bei den Beiträgen mehr Wert auf Praxisbezug gelegt würde. Dies sei notwendig, um die Praxismitarbeiter stärker für das Thema interessieren zu können. Auf der Grundlage der Diskussionen auf den Fortbildungsveranstaltungen wurden Musterhygienepläne erstellt und verteilt. Als Ergebnis wurde festgehalten: Alle Praxen müssen einen Hygieneplan haben. In der Folge wurden Besuche angekündigt und durchgeführt. Ergebnis jedoch: Etwas weniger als 50% der Praxen hatten keinen Hygieneplan (2003). Teilweise katastrophale Zustände mussten bei den Kontrollen festgestellt werden (z.B. beim chirurgischen Handwaschplatz etc.).

Als Schlussfolgerung aus den Begehungen 2003 ließ sich festhalten: Viele Praxisinhaber wurden erst durch das Auffinden der Defizite bei den Kontrollen des Gesundheitsamtes und nicht schon durch die Fortbildungsveranstaltungen auf bestimmte Hygienefragen ausreichend aufmerksam. Deswegen, so der Schluss der Referentin, muss für die Zukunft gelten: Bausteine einer nachhaltigen Wahrnehmung der Ver-

antwortung des Gesundheitsamtes für eine verbesserte Hygiene in Arztpraxen müssten neben Fortbildungen, Informationen, und Hilfen (Musterhygieneplan etc.) auch die konkreten Überwachungsmaßnahmen des Gesundheitsamtes sein.

Als größtes Problem in den Praxen stellte sich die ungenügende Aufbereitung der **Medizinprodukte** heraus. Die Anforderungen des Medizinproduktegesetzes (MPG) sowie der RKI-Richtlinie seien praktisch nie erfüllt worden (fehlende Dokumentation, fehlende Überprüfung, keine Validierung der Verfahren).

Die durchschnittliche Begehung dauerte ca. 2 Stunden, ggf. auch bei großen Praxen 3-5 Stunden. Bei guter Vorbereitung der Praxen konnte die Begehung auch kürzer sein. Ordnungswidrigkeitsverfahren sind fast gar nicht ausgesprochen worden. Man geht im Gesundheitsamt Frankfurt/Main davon aus, dass solche Verfahren rückwärtsgewandt sind. Für vielversprechender hält die Referentin im Notfall die Androhung von Zwangsgeldern. Eine solche Vorgehensweise sei in die Zukunft gerichtet.

Dem Gesundheitsamt ist durch die Aktion deutlich geworden, dass die Voraussetzungen für **Hygiene in Arztpraxen** andere sind als im Krankenhaus: Es gibt keine hauptamtlichen Hygienefachkräfte, es gibt keine Hygiene-Experten, mit denen in der Fachsprache (Fachausdrücke) kommuniziert werden kann, und der Zeitmangel beim Praxisinhaber bzw. beim Praxispersonal verhindert eine umfassende Beschäftigung mit Hygienefragen, wie es eigentlich notwendig ist. Hygienefehler und Verständigungsschwierigkeiten sind die Folge. Wenn man bereits von 10-20.000 im Krankenhaus erworbenen Infektionen pro Jahr in Deutschland ausgehen müsse, so Heudorf, wovon ca. 1/3 vermeidbar gewesen wären, könne man sich ungefähr vorstellen, wie groß die Herausforderungen in den Arztpraxen seien, vor allem dort, wo auch ambulante Operationen durchgeführt würden.

Um zu einer Verbesserung der Situation zu kommen, ist der Leiterin der Hygieneabteilung des Gesundheitsamtes klar geworden, dass die Übersetzung der Anforderungen an die Hygiene in eine klare und einfache Sprache notwendig ist. Hygiene müsse verstehbar und nachvollziehbar sein. Und es sei notwendig, sich auf das Wesentliche zu konzentrieren.

Aufgrund der Erfahrungen nach der ersten Begehungsrunde stellte das Gesundheitsamt deswegen vier Mindestanforderungen in den Vordergrund:

- **Risikobewertung**, Einstufung des Instrumentariums in der Praxis
- Verfahren und Verantwortlichkeiten im **Hygieneplan** festlegen (SOP, QM)
- **Fortbildung** / Schulung der mit der Aufbereitung Betrauten
- **Dokumentation und Kontrolle** der Aufbereitungsschritte (Chargenkontrolle, Tagebuch, Bioindikatoren)

Diese vier Punkte wurden immer wieder angesprochen und in Ärztesfachzeitschriften publiziert.

Um dem Motto „**Von der Transparenz zur Partnerorientierung**“ zu folgen, setzten die Vertreter des Gesundheitsamtes weiterhin auf Fortbildungen und Beratungen (Beratung vor Kontrolle). Auf Fortbildungsveranstaltungen habe man dabei auf die

Kraft der Bilder gesetzt. Es seien negative wie positive Beispiele gezeigt worden, um Aha-Effekte zu erzielen. Im Internet habe man als Serviceangebot alle wesentlichen Informationen zur Verfügung gestellt. Die **Publizierung** einer Liste von Hygienefachkräften und von Institutionen für mikrobiologische Überprüfungen von Sterilisatoren sollte den Praxisinhabern helfen, bei der Verbesserung der Situation Experten hinzu zu ziehen. Außerdem wurde eine Liste der häufigsten Fehler und der Mindestanforderungen bei Medizinproduktaufbereitung publiziert. Vor den zweiten Begehungen ließ man den Praxisinhabern genügend Zeit, um die Praxis auf einen erfolgreichen Besuch des Gesundheitsamtes vorzubereiten.

Im „Hessischen Ärzteblatt“ veröffentlichte Dr. Heudorf in einer ausführlichen dreiteiligen Serie Informationen zu Anforderungen an die Hygiene. Anhand von umfangreichen Beispielen dienten die Artikel als Richtlinie zur Vorbereitung auf die Begehung. Außerdem konnten damit Fortbildungspunkte gesammelt werden. In diesen Artikeln wies die Hygieneexpertin häufig auf die Möglichkeit hin, Einmalgeräte zu nutzen, die in der Gesamtbetrachtung auch nicht teurer sein müssten als eine ausreichend gründliche Aufbereitung.

Als Ergebnis der umfangreichen Aktivitäten des Amtes konnte man abschließend eine Verbesserung der Situation feststellen. Wenn auch nicht alle Praxen einen befriedigenden Zustand erreicht hätten, konnte doch der Anteil kritischer Medizinprodukt-Aufbereitung reduziert werden. Es gelte jedoch, kontinuierlich zu versuchen, die Nachzügler zu überzeugen, so Heudorf. Dabei lasse sich das Gesundheitsamt von der Maxime leiten: „**Kommunikation** beginnt beim Du: d.h. von der Position des anderen ausgehen. Erfolgreiche Kommunikation basiert auf wechselseitigem Austausch verständlicher Informationen. Fachterminologie ist zu vermeiden. Allgemeine Lektionen sind kontraproduktiv. Konzentration auf Wesentliches ist das Gebot“ (Berger 2009, Compliance unter Beachtung der Psychologie).

Von der Transparenz und Partnerorientierung zur Partizipation

Im nächsten Abschnitt ihres Vortrags ging Frau Dr. Heudorf auf die Frage ein, wie sie die Forderung nach Partizipation in der Praxis der Hygieneüberwachung aufgegriffen hat. Ihr sei durch die Diskussionen um modernes Verwaltungshandeln und um die Umsetzung von Gesundheitsförderung nach den Ansätzen der WHO klar geworden, welche Bedeutung Mitbestimmung und Mitreden haben. Am Beispiel der **Zusammenarbeit mit der Zahnärztekammer** bei der Umsetzung der Anforderungen des Medizinproduktegesetzes erläuterte sie das Vorgehen in Frankfurt/Main.

Im April 2004 erfolgte ein erstes Abstimmungstreffen mit der Kammer im Gesundheitsamt Frankfurt/Main. Weitere Treffen folgten mit dem Ziel, über Umfragen, Fortbildungen und orientierende Überprüfungen den Status Quo zu erfassen.

Im März und Juni 2005 fanden Abstimmungstreffen mit der Kammer statt, in denen eine erste Checkliste verabredet wurde, die im Rahmen eines Pilotprojektes in Frankfurt/Main überprüft werden sollte. Dazu besuchten Beauftragte der Kammer ca. 150 (freiwillige) Praxen.

Im Juli 2005 fand auf der Grundlage der Ergebnisse des Pilotprojektes eine Fortbildung für alle Kammerangehörigen statt. Anschließend folgten im August 2005 die ersten Probebegehungen in acht Praxen, wobei jeweils ein Vertreter der Kammer und des Gesundheitsamtes in die Praxen kamen. Neben der Vertrauensbildung dienten die **Teaminspektionen** auch der **Qualitätssicherung** der Überwachung.

Im September besuchten Kammerverepeter ca. 150 Praxen. Die Daten aus 127 Praxen übergab die Kammer Ende September 2005 an das Gesundheitsamt. Nach Auswertung der Daten zeigte sich, dass die Zahnärzte in Frankfurt/Main den Vergleich mit anderen ambulanten Einrichtungen in zentralen Bereichen nicht mehr zu scheuen brauchten. So waren Hygienepläne häufiger vorhanden gewesen. Gleiches galt für Spender zur Händedesinfektion und bei der mikrobiologischen Überprüfung von Sterilisatoren.

Für die Leiterin der Hygieneabteilung des Gesundheitsamtes ergab sich somit folgendes positives Fazit:

- Die Zusammenarbeit mit der Landeszahnärztekammer als Berufsvertretung hat sich bewährt.
- Die Zahnärzte sehen Hygiene als ihre eigene Aufgabe und engagieren sich; es werden Fortbildungen durchgeführt und intensiv genutzt.
- Die angeforderte Rückmeldung an die Kammer, ob bestimmte Mängel (v. a. bei der Dokumentation und bei der Auswahl und Nutzung von Desinfektionsmitteln) beseitigt sind, erfolgten zeitnah.
- Personalressourcen des Amtes konnten seitdem geschont werden, da die Kammer sich verpflichtete, weitere Beratungen vor Ort durchzuführen, wodurch das Gesundheitsamt seine Aktivitäten in Zahnarztpraxen auf Stichprobenkontrollen begrenzen konnte. Das Personal kann seitdem für andere Begehungen/Beratungen eingesetzt werden.

An einem zweiten Beispiel, der Bewertung von 40 **Alten- und Pflegeheimen**, erläuterte die Referentin ihr Vorgehen, Transparenz zu schaffen und dadurch die Heime zu Verbesserungen zu motivieren. Dafür schuf das Gesundheitsamt ein Instrument für ein Hygiene-Ranking, das dem Betreiber der Einrichtung den Stand der Umsetzung hygienischer Anforderungen in seinem Haus im Vergleich zu anderen Heimen erkennen ließ. Die Motivation zur Verbesserung der Situation in den eigenen Einrichtungen sei dadurch gestiegen.

Das Hygiene-Ranking ist durch externe Qualitätssicherung aufgestellt worden, indem die Heime von Experten besucht wurden. Diese mussten verschiedene Punkte (mit unterschiedlicher Gewichtung, s. Prozentangaben) in den Bereichen

- bauliche Voraussetzungen (5%)
- organisatorische Voraussetzungen (5%)
- Fort- und Weiterbildung (10%)
- aktuelle Hygiene (30%)
- wiederholt auftretende Mängel (10%)

- Küchenhygiene (20%)
- Trinkwasserhygiene (20%)

bewerten, woraus sich eine Gesamtpunktzahl für jedes Heim ergab. Dieses Ergebnis kommunizierte man mit den Heimen und Heimträgern, die daraufhin Verbesserungen auf den Weg brachten. Eine breite Publikation ist aufgrund der Vorgaben des Infektionsschutzgesetzes im Gegensatz zu den Veröffentlichungen des MDK nicht möglich gewesen.

Als drittes Beispiel nannte Dr. Heudorf das Projekt zur Verbesserung der **Händehygiene im Krankenhaus**. Dabei ist es dem Gesundheitsamt Frankfurt/Main gelungen, dass alle Klinikleiter einen Aktionsplan unterzeichneten und in einer Pressemitteilung der Öffentlichkeit mitteilten, zu welchen Maßnahmen sich die Häuser verpflichten. Anhand des Verbrauchs von Desinfektionsmitteln 2006 bis 2009 konnte anschließend nachvollzogen werden, in welchem Ausmaß die Verpflichtung eingehalten wurde.

Als Beispiel für eine aktuelle Aktion benannte die Referentin das „Netzwerk Rhein-Main-Gebiet: Gemeinsam gegen **multiresistente Keime**“. Hier hätten sich die Gesundheitsämter und die medizinischen Einrichtungen von sechs Städten der Rhein-Main-Region zur Bekämpfung der Verbreitung der Keime zusammengeschlossen. In allen Bereichen sollen die Hygienemaßnahmen verbessert werden. Welche Maßnahmen das im Einzelnen sind, lässt sich auf der Website des Netzwerkes (www.mre-rhein-main.de) nachlesen.

Ergebnisse der Begehungen und der Beratungen sollen zukünftig in wissenschaftlichen Publikationen, in Jahresberichten und per Internet weitergegeben werden. Eine Veröffentlichung von Ergebnissen aus konkreten Einrichtungen ist aufgrund der Vorgaben des Infektionsschutzgesetzes wiederum nicht möglich.

Fazit der Referentin

Die Modernisierung der Hygieneüberwachung nach dem Motto Transparenz, Partnerorientierung, Partizipation ist erfolgreich und fördert damit besseren Patientenschutz.

- Wenn Einrichtungen und die dort handelnden Menschen wissen, was erwartet wird,
- wenn im Prozess der Verbesserung die Ausgangslage der zu überwachenden Einrichtung berücksichtigt wird,
- wenn eine gemeinsame Sprache gefunden wird und
- wenn es dann noch gelingt, die Einrichtungen oder ihre Vertreter in den Aufbau von Strukturen für Verbesserungen (z.B. Qualitätsmanagement) einzubinden (Partizipation), dann

ist das Ergebnis besser, als es allein durch traditionelle Überwachungsmaßnahmen zu erzielen wäre. Aus Sicht der Leiterin der Hygieneabteilung des Gesundheitsamtes

der Stadt Frankfurt/Main hat sich die Neuorientierung der Überwachung deshalb für die Menschen der Stadt, für die medizinischen Einrichtungen und für das Gesundheitsamt gelohnt.

Über die Aktivitäten der Hygieneabteilung des Gesundheitsamtes Frankfurt/Main berichtet die folgende Website umfassend:

<https://www.frankfurt.de/sixcms/detail.php?id=2847>

Klaus Gronwald, Bundeskriminalamt:

„Pangea“ – ein Beispiel aus dem Bereich illegaler Arzneimittelmarkt

Klaus Gronwald vom Bundeskriminalamt in Wiesbaden (BKA), dort zuständig für die Bekämpfung grenzübergreifender Arzneimittelkriminalität, berichtete in seinem Beitrag über Operation Pangea II – International Internet Week of Action, 16.-20.11.2009 – sowie über das neue Projekt Pangea III im Oktober 2010.

Hintergrund: In den vergangenen Jahren ist der illegale Internet-Handel sprunghaft angestiegen. Menschen aus allen Bevölkerungsschichten haben oftmals nur wenig Bewusstsein dafür, welche Gefahren beim Bezug von Arzneimitteln aus illegalen Quellen bestehen. Eine von der Pharmafirma Pfizer durchgeführte Studie stellte fest, dass die Deutschen innerhalb Europas die eifrigsten Nutzer illegaler Websites zum Handel mit Arzneimitteln sind

(http://www.aerztezeitung.de/praxis_wirtschaft/unternehmen/article/589953/illegale-arzneien-deutsche-kaufen-meisten.html?sh=19&h=1074883104). Doch die Analyse von illegal erworbenen Medikamenten zeige immer wieder, dass viele gefälschte Produkte nicht das enthielten, was die Käufer erwarteten, und dass vermeintlich als „natürlich“ und „pflanzlich“ angebotene Arzneimittel in Wahrheit verschreibungspflichtige Stoffe oder bislang kaum untersuchte chemische Stoffe enthielten. Neben der Schädigung der Gesundheit des Einzelnen ist zu befürchten, dass in Zukunft auch die Solidargemeinschaft insgesamt für die Schäden dieses unvernünftigen Tuns vieler Bundesbürger finanziell stärker belastet wird.

Offensichtlich ist der illegale Handel mit (gefälschten) Arzneimitteln auch ein gutes Geschäft. Experten gehen davon aus, dass die Gewinnspannen inzwischen die des illegalen Drogenhandels übersteigen.

Die Gefährdung der Bevölkerung ist also nicht mehr zu übersehen. Es stellt sich daher die Frage, mit welchen Mitteln dem illegalen und unvernünftigen Treiben ein Ende gesetzt werden kann. Der Kriminalbeamte Klaus Gronwald ist zunächst für die polizeiliche Bekämpfung des illegalen Handels zuständig. Doch inzwischen ist allen Verantwortlichen der Polizei in den Bundesländern, im Bund und auf internationaler Ebene deutlich geworden, dass polizeiliche Maßnahmen allein nicht ausreichen. Oftmals sind die Betreiber illegaler Seiten im Internet nicht zu fassen, da die Seiten von Ländern aus betrieben werden, mit denen nur lose polizeiliche Kontakte bestehen. Außerdem lassen sich Internetseiten schnell schließen und an anderer Stelle wieder neu eröffnen. Auch die Nachverfolgung von Postsendungen ist nur in seltenen Fällen ausreichend erfolgreich. Trotzdem gelingt der Polizei, den Kriminalämtern oder der Zollfahndung ab und zu ein erfolgreicher Schlag gegen die Kriminellen. Nach Gronwald sind die Ergebnisse im Vergleich zum vermuteten Ausmaß des illegalen Handels allerdings gering; zu gering, um damit die Bevölkerung ausreichend schützen zu können.

Aus diesem Grund wird national und international zunehmend darüber diskutiert, wie man die Bevölkerung ausreichend über die Gefährlichkeit von Bestellungen über illegale Seiten des World Wide Web informieren kann. Als ein sinnvolles Mittel zur Aufklärung der Bevölkerung wird seit einigen Jahren die Durchführung international verabreiteter Schläge gegen die Kriminalität zu einem bestimmten Zeitpunkt gesehen. Diese Aktionen sind medienwirksam aufbereitet und konfrontieren die breite Bevölkerung damit, welche Gefahren bei der Bestellung von Arzneimitteln im Internet drohen.

So wurde 2006 von Seiten der Weltgesundheitsorganisation (WHO) eine Task force (Arbeitsgruppe) mit dem Namen „IMPACT“ gegründet, um das Problem gefälschter Arzneimittel zu bekämpfen. Sie entwickelte Werbespots, um die Bevölkerung aufzurütteln und Druck auf die illegalen Produzenten und Händler auszuüben.

Unter dem Sammelbegriff PANGEA (= Weltkontinente ohne Trennung) wird seit 2008 ein gemeinsames Vorgehen gegen Arzneimittelkriminalität im Internet verabredet. Das BKA hatte 2009 zusammen mit dem Zollkriminalamt die Pangea-Koordination für Deutschland übernommen. 2010 sollen im Rahmen von Öffentlichkeitsarbeit neben der Bevölkerung auch die Überwachungsbehörden verstärkt einbezogen und informiert werden.

Zur Geschichte von **PANGEA** führte Gronwald aus: Als Keimzelle dieser Aufklärungsarbeit muss die britische Aufsichtsbehörde MHRA (Medicines and Healthcare Products Regulatory Agency) betrachtet werden. Sie bietet aufgrund ihres Aufgabenspektrums beste Voraussetzungen für solche Aktionen. Denn die **MHRA**

- ist eine interdisziplinäre Behörde,
- ist eine Institution, die sowohl
 - die Zulassung wie auch
 - die Überwachung von Arzneimittelnorganisiert,
- die zentral für das Vereinigte Königreich (UK) zuständig ist und
- die zudem mit polizeilichen Kompetenzen ausgestattet ist.

Seit 2004 wurden durch MHRA 5 nationale polizeiliche Aktionen in UK durchgeführt. Dabei wurden 41 Internet-Webseiten identifiziert, gegen die man ermitteln konnte, es fanden 52 Untersuchungen statt, 24 UK-Webseiten konnten geschlossen werden und 82 Adressen von Webseiten wurden an ausländische Strafverfolgungsbehörden gemeldet. Letztere Maßnahme hatte wie erwartet wenig Erfolg. Denn ein Großteil der Internetseiten stammte aus dem Ausland, dadurch verlief die Kooperation häufig schleppend oder war gar nicht möglich.

Auf der Jahrestagung des „Permanent Forum on International Pharmaceutical Crime“ verabredeten am 13. November 2008 die Länder UK, Singapur, Kanada, USA, Israel, Irland und Schweiz einen International Day of Action. Im Vorfeld wurden Websites und Postsendungen überprüft und erste Ermittlungen angestellt. Durch Initiierung überschaubarer Ermittlungsverfahren kam es zur Sicherstellung von gefälschten und nicht zugelassenen Arzneimitteln, Betäubungsmitteln, Computern sowie von Kontounterlagen. Es folgte die Einleitung von neuen Ermittlungsverfahren und die Schlie-

ßung von Websites. Das ganze wurde zeitlich so gesteuert, dass im Zeitraum einer Woche immer wieder Ermittlungsergebnisse sowie aufbereitete Aktionen über die Medien verbreitet wurden. Durch die umfangreiche internationale Mediendarstellung sollte der Bevölkerung bewusst gemacht werden, welche Gefahr jede Bestellung bei unseriösen Quellen per Internet bedeutet.

Die im Jahr 2010 geplante PANGEA-Aktion hat wiederum das Ziel, durch umfangreiche mediale Begleitung die Bevölkerung zu sensibilisieren. Durch eine internationale Koordination mit Hilfe von Interpol, UK, USA, Canada und unterstützt durch die WHO IMPACT sollen mit den Vorjahren vergleichbare Erfolge erzielt werden.

Die Philosophie des Projektes PANGEA ist es, die Bevölkerung zu einem Verzicht auf die Nutzung illegaler Arzneimittelangebote aufzufordern. Da es wie im Rauschgifthandel sehr schwer ist, die Quellen illegalen Arzneimittelhandels stillzulegen, bleibt den staatlichen Stellen nach Lageeinschätzung von Experten kaum ein anderer Weg. Die Aktion wird durch übliche Werbeträger unterstützt. Plakate und Einkaufstaschen („Auch gefälschte Medikamente haben ihren Preis – sie können Sie die Gesundheit kosten“) weisen auf die Gefahren hin.

Inzwischen gibt es auch andere Akteure, die dem illegalen Medikamentenvertrieb den Kampf angesagt haben: In Deutschland versucht die Landesorganisation der Apotheker ABDA mit TV- und Kinospots die Bevölkerung aufzurütteln. Die Firma Pfizer produzierte einen TV-Spot „Illegales Labor“. In Schweden versucht man durch die Schaltung einer originellen Internetseite www.crimemedicine.com zu sensibilisieren. Den Schweizer Behörden gelang es durch eine low budget-Aktion mit Apotheken auf die Gefahren aufmerksam zu machen.

Für die neue **PANGEA-Aktion im Herbst 2010** sind folgende Aktivitäten als Maßnahmen geplant:

- Internetrecherche
- Testkäufe
- Spurensicherung nach Testkauf: DNA, Fingerprintanalytik, Auswertung
- Analyse von Arzneimitteln
- Aufbereitung relevanter Sachverhalte / Abgabe an die zuständige Strafverfolgungsbehörde
- Presse und Öffentlichkeitsarbeit.

Es ist zu hoffen, dass möglichst viele Behörden mitmachen und rechtzeitig ihre Informationskanäle mit den zentral erstellten Botschaften füllen. Ziel ist es, möglichst viele Bürgerinnen und Bürger mehrmals über unterschiedliche Informationswege zu erreichen und damit das Problem im Gedächtnis der Menschen zu verankern. Zielgruppenspezifische Aktionen sind nicht geplant. Im Fall von PANGEA handelt es sich stattdessen um eine breite Informationskampagne. Sicherlich wäre es sinnvoll, so Gronwald, wenn man durch Befragungen vor und nach der Kampagne evaluieren würde, welchen Erfolg man erzielt habe. Dies sei aber nicht geplant, müsse aber sicherlich für weitere Aktionen bedacht werden.

Der Referent beendete seinen Beitrag mit dem Appell an alle teilnehmenden Behörden, die Aktion kraftvoll zu unterstützen.

Harald Lehmann, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, BZgA:

Die Anti-AIDS-Kampagne als Beispiel gelungener Gesundheitsförderung

Die Anti-AIDS-Kampagne gilt in Deutschland als die wichtigste gelungene und breitenwirksame Maßnahme der Gesundheitsförderung. In dieser Kampagne wurden moderne Mittel der Massenkommunikation, der Partizipation Betroffener, der Stärkung von Strukturen und Einzelpersonen, der intensiven Vernetzung von Beteiligten und der wissenschaftlichen Begleitung eingesetzt. Traditionelle Mittel früherer staatlicher Gesundheitsmaßnahmen wie der Bestrafung, der Ausgrenzung von Gruppen oder der negativen Schockbotschaften, wurden während der Kampagne bewusst weit nach hinten gestellt.

Bevor die Kampagne ins Leben gerufen werden konnte, musste zunächst eine **politische Klärung** darüber erfolgen, welche Strategie gewählt werden sollte. Während konservative Kreise der damaligen CDU/FDP-Koalition eher mit damals in Deutschland bekannten traditionellen Maßnahmen von Gesundheitsschutz (s. o.) der Herausforderung begegnen wollten, hatten Experten um die damalige Gesundheitsministerin **Rita Süßmuth** das Konzept der Gesundheitsförderung aufgegriffen (Einstellung einer ordnungspolitischen Seuchenverfolgung versus freiheitliche Gestaltung des Privatlebens). Dieses Konzept war in den achtziger Jahren vom Regionalbüro der Weltgesundheitsorganisation (WHO) maßgeblich entwickelt und 1986 von der gesamten Staatengemeinschaft als **Ottawa-Charta** in der kanadischen Stadt Ottawa verabschiedet worden.

Vor Beginn der Kampagne Anfang der neunziger Jahre wurden zunächst die Ziele definiert. Hauptziel sollte die Verhinderung von Neuinfektionen sein. Als Teilziele wurden formuliert:

- Verbesserung des Informationsstandes der breiten Bevölkerung: alle sollten in die Lage versetzt werden, die realen Risiken richtig einschätzen zu können, Vorsicht walten zu lassen, aber Panikreaktionen zu vermeiden.
- Minimierung sexueller Risiken, vor allem in Hochrisikogruppen. Aus diesem Grunde wurde viel investiert, um mit modernen didaktischen Mitteln Vertrauen aufzubauen und damit die Zielgruppen direkt zu erreichen.
- Verbesserung des gesellschaftlichen Klimas gegenüber Schwulen und Lesben sowie Entstigmatisierung dieser Gruppen: Schon allein aufgrund der historischen Belastungen beim Thema Ausgrenzung von Bevölkerungsgruppen in Deutschland sowie der in den achtziger Jahren noch weit verbreiteten und latent vorhandenen Ablehnung von sexuell Anderslebenden sollte zeitgleich mit massenmedialen Aktionen dafür gesorgt werden, dass Homosexualität als gleichwertige Lebensform Anerkennung fand. Um dieses Teilziel zu erreichen,

musste die Kampagne so geplant werden, dass sie langfristig wirken konnte. Denn gerade kulturell tief verankerte Meinungen in einer Gesellschaft lassen sich nur sehr langsam ändern. Es bedarf nach Lehmann auch heute noch viel Ausdauer, um dies zu erreichen.

Zu den grundsätzlichen Überlegungen in diesem Konzept gehörte zunächst die Erarbeitung einer **gesellschaftlichen Lernstrategie**: Damit griff die Kampagne den zentralen Leitsatz der Ottawa-Charta auf: „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.“ Vor diesem Hintergrund musste die Kampagne Botschaften und Wege finden, wie möglichst alle Bevölkerungsschichten mit unterschiedlichen Maßnahmen erreicht werden konnten, die sie nicht nur registrieren, sondern die ihnen auch die Möglichkeit gibt, das Ziel der Kampagne zu verstehen. Darüber hinaus sollte die Kampagne so angelegt sein, dass jeder Einzelne selbst das Ziel als für sich sinnvoll begreift und in der letzten Stufe dieses Lernprozesses in die Lage versetzt, die vorgeschlagen Verhaltensregeln für sich umzusetzen und beizubehalten.

Als Kernbotschaft wurde formuliert: Die Nutzung von Kondomen schützt vor der Infektion mit dem HI-Virus, eine Botschaft, die zwar heute selbstverständlich ist, die aber damals zunächst verschiedene Hürden im gesellschaftlichen Denken überwinden musste. Kondome waren zur damaligen Zeit ein Hilfsmittel, über das man höchstens hinter vorgehaltener Hand sprechen konnte, dem etwas Schlüpfriges und gesellschaftlich nicht Anerkanntes anhaftete. Wenn nun über Kondome im öffentlichen Raum gesprochen werden sollte, musste sich die Gesellschaft darüber hinaus zunächst klar werden, dass Geschlechtsverkehr ohne Kinderwunsch inzwischen nicht mehr ein Phänomen kleiner Randgruppen war, sondern eine Normalität in allen Bevölkerungsgruppen. Damit wurden moralische Vorstellungen, die bis zu dieser Zeit noch weit verbreitet waren, in Frage gestellt.

Ein weiteres zentrales Merkmal der Ottawa-Charta griff die Kampagne auf: **Selbst- und Partnerverantwortung**. Nicht allein staatliche Maßnahmen, die in früheren Zeiten das Rückgrat von Präventionsmaßnahmen und Gesundheitsschutz waren, sollten zum Kampf gegen AIDS zum Einsatz kommen. Es wurde erkannt, dass gerade in Bereichen zwischenmenschlicher Beziehungen Selbst- und Partnerverantwortung bestimmend sein mussten, um das Ziel der Kampagne zu erreichen. Auch dies war eine Herausforderung, die sich nach Überzeugung der für die Kampagne Verantwortlichen nur durch erfolgreiche und langfristige Lernprozesse bewältigen ließ.

Als weitere Grundelemente setzte die Kampagne auf **Anonymität und Freiwilligkeit**. Staatliche Zwangsmaßnahmen sollten nur im äußersten Notfall zum Einsatz kommen und wurden erstmals bei der Seuchenbekämpfung als letztes Mittel in Erwägung gezogen.

Mit der Nutzung und dem Ausbau von Strukturen der Selbsthilfe griff man eine gesellschaftliche Entwicklung auf, die gerade erst ihre Blüte erlebte: seit Ende der siebziger Jahre und in den achtziger Jahren kam es als Folge emanzipatorischer Bewegungen zur Gründung von unterschiedlichen **Bürgerinitiativen und Selbsthilfe-**

Initiativen, die ihre Belange selbst in die Hand nehmen wollten und nicht mehr allein auf die Hilfe staatlicher Stellen zur Artikulation und Durchsetzung ihrer Ziele warten wollten. Diese Initiativen wollten ihr Anliegen in der Öffentlichkeit deutlich machen und an Entscheidungen, die sie betrafen, direkt beteiligt werden. Damit wurde die **Forderung nach Partizipation** an staatlichen Entscheidungen in immer weitere gesellschaftliche Kreise hinein transportiert, bis sie heute inzwischen oftmals zu einer Selbstverständlichkeit geworden ist. Es gelang, Kooperationspartner zu finden und neue Koalitionen zu schließen, um damit Zielgruppen zu erreichen, die bis zu diesem Zeitpunkt kaum oder nur schwer erreichbar waren. Diese Entwicklung erkannten die Entwickler der Anti-AIDS-Kampagne frühzeitig und nutzten die sich daraus ergebenden Chancen, indem sie Teilaufgaben der Kampagnen-Arbeit diesen „Nicht-Regierungsorganisationen“ (non-governmental-organisations, NGO) übertrugen. Durch diese Arbeitsteilung zwischen Regierungsstellen und aus der Gesellschaft entstandenen Bewegungen konnten bislang noch nicht genutzte Potenziale im Kampf gegen eine Seuche genutzt werden. Dies war ein politischer Ansatz, von dem vor allem die Deutsche AIDS-Hilfe als zentraler Akteur der Selbsthilfe der Betroffenen stark profitierte.

Aber auch die staatlichen Stellen bemühten sich um eine einheitliche Strategie. Gerade in einem föderalen Staat wie der Bundesrepublik ist es nicht immer leicht, gleichgerichtete Kampagnen auf allen Ebenen umzusetzen. Mit der Anti-AIDS-Kampagne gelang dies, nachdem sich der Bund, die Bundesländer und die Kommunen auf eine einheitliche Richtung der Kampagne verständigt hatten. Insgesamt konnte durch die gründliche Vorbereitung ein Netz unterschiedlicher Akteure geknüpft werden, das zur tragfähigen Struktur einer erfolgreichen Kampagne wurde.

Die Kampagne bestand aus drei Grundelementen.

- Zum einen sollte die Bevölkerung durch breite **Massenkommunikation** der zentralen Botschaft erreicht werden,
- zum anderen sollten gezielt **Hochrisiko-Gruppen** angesprochen und einbezogen werden,
- zum dritten sollten Angebote für die **individuelle Beratung** aufgebaut werden.

Für die Ansprache von Hochrisiko-Gruppen wurden die Strukturen sowie die personellen und sachlichen Voraussetzungen der Deutschen AIDS-Hilfe gestärkt, so dass diese NGO in die Lage versetzt wurde, mit professionellen Helfern in die Szeneorte von Homosexuellen zu gehen, dort Vertrauen aufzubauen und Veränderungsprozesse im Verhalten der Menschen zu erzielen und nachhaltig zu erhalten. Als weiteres Element setzte die Kampagne auf Strukturen, die dem einzelnen Menschen die Möglichkeit direkter Information und Beratung bot. In diesem Zusammenhang spielten auch die Gesundheitsämter eine wichtige Rolle, die mit Hilfe von Geldern der Bundesregierung AIDS-Berater einstellen und somit für die Bevölkerung ein individuelles Beratungsangebot aufbauen konnten.

Um die Kampagne im Laufe der Zeit kontinuierlich zu verbessern, wurde das Erreichen der Ziele einer laufenden **wissenschaftlichen Evaluation** unterzogen und

möglichst viele kreative Köpfe zur ständigen Verbesserung der einzelnen Elemente der Massenkommunikation und der personalen Ansprache eingesetzt.

Die Anti-AIDS-Kampagne kann inzwischen auf eine 26 Jahre alte **Historie** aufbauen.

- Während in der Anfangsphase 1986 bis ca. 1990, also in der Phase des „AIDS-Schocks“, der Aufbau von Wissen und Betroffenheit sowie die Vermittlung von Informationen über ein rationales Verhalten im Vordergrund standen,
- ging es in der zweiten Phase, also in der Zeit des Lernprozesses 1990 bis ca. 2000 darum, den Wissensstand zu erhöhen und zu aktualisieren sowie Solidarität mit den Betroffenen aufzubauen.
- In der dritten Phase, die derzeit noch andauert, wird daran gearbeitet, die Kondomnutzung noch tiefer in der Gesellschaft zu verankern. Außerdem muss die Herausforderung gemeistert werden, den seit der Verfügbarkeit von wirksamen Arzneimitteln beobachtbaren laxeren Umgang mit Risiko AIDS zu problematisieren. Denn erkrankte Menschen können inzwischen zwar mit dem Virus Jahrzehnte überleben, dennoch bleibt es das Ziel, wie bei anderen Gesundheitsgefahren auch, vermeidbar riskantes Verhalten durch Maßnahmen von Prävention und Gesundheitsförderung zu verhindern. Hinzu kommt, dass die Instrumente den Lebensweisen und dem Kommunikationsverhalten der heutigen Generation angepasst werden müssen.

Wie **einfühlsam** die Kampagne geplant wurde, zeigt sich bspw. an der Darstellung von Kondomen. Ähnelte das gezeigte Kondom Anfang der neunziger noch einer Gurkenscheibe, so passte man die Darstellung Stück für Stück der Realität an. Erst 2003 konnte man das Kondom so zeigen, wie es in der Realität ist. Im Jahre 2006 erfolgte ein nächster großer Schritt, indem man ausgerollte Kondome auf „phallischem“ Gemüse oder Obst darstellte.

Die **Evaluation** der Kampagne nahm breiten Raum ein. Denn es war notwendig, die Sponsoren immer wieder davon zu überzeugen, dass die Kampagne wirkt und dass man sich darum bemühte, sie ständig zu verbessern. Außerdem ließ sich mit der Veröffentlichung von Ergebnissen (z.B. durch Pressemitteilungen) zusätzlich Öffentlichkeit schaffen. Als Evaluationsinstrumente kamen u. a. Befragungen über den Wissensstand der Bevölkerung, Absatzmengen bei Kondomen und die klassische Epidemiologie zur Prävalenz bei AIDS-Erkrankungen zum Einsatz. Durch Befragungen konnte nachgewiesen werden, dass der Wissensstand in der Bevölkerung kontinuierlich zugenommen hatte. Dies spiegelte sich auch durch die steigenden Absatzzahlen bei Kondomen wider. Die Prävalenz von Neu-Infektionen konnte im internationalen Vergleich niedrig gehalten werden. Allerdings zeigt sich in den letzten Jahren wieder eine leicht ansteigende Prävalenz, was möglicherweise damit zusammenhängt, dass inzwischen wirksame Arzneimittel die AIDS-Erkrankung zu einer fast normalen chronischen Erkrankung werden ließen und dadurch die Achtsamkeit in der Bevölkerung nachgelassen hat.

Am Schluss fasste Lehmann noch einmal die wesentlichen Faktoren für den Erfolg der Anti-AIDS-Kampagne zusammen:

1. Es konnte zunächst auf oberster politischer Ebene und in der Gesellschaft als Ganzes ein Grundkonsens darüber erreicht werden, dass die drohende AIDS-Epidemie nicht mit Strafen und Diskriminierungen bekämpft werden sollte. Oder wie es der Gesundheitswissenschaftler Rolf Rosenbrock einmal ausdrückte: „Statt der alten Leitfrage (**Old Public Health**) „Wie identifizieren wir möglichst schnell möglichst viele individuelle Infektionsquellen und wie legen wir diese still?“ wurde gefragt (**New Public Health**): „Wie organisieren wir möglichst schnell, möglichst flächendeckend und möglichst zeitstabil Lernprozesse, mit denen sich Individuen, Institutionen und Gesellschaft mit einem Maximum an Prävention und einem Minimum an Diskriminierung auf das Leben mit dem bis auf weiteres unausrottbaren Virus einstellen können?“ Damit wurde die Philosophie des Konzeptes Gesundheitsförderung nach der Ottawa Charta aufgegriffen und erfolgreich umgesetzt.
2. Zur Umsetzung der Kampagne sollte nicht nur die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung allein aktiv werden. Stattdessen setzte man auf **Koalitionen und Kooperationen**. Damit konnte erreicht werden, dass unterschiedliche Menschen und Institutionen in die Planungen und Umsetzungsschritte einbezogen wurden und mitmachen konnten. Auch hier zeigt sich die Anlehnung an das Konzept Gesundheitsförderung, indem der Vernetzung, Kooperation und der Partizipation ein hoher Stellenwert beigemessen wurde.
3. Um unterschiedliche Lebensweisen und Lebensverhältnisse der Menschen ausreichend berücksichtigen zu können, wurde die Kampagne von Anfang an als **multimediale Mehr-Ebenen-Kampagne** geplant. So kamen z.B. unterschiedliche Medien zur Verankerung der Kernbotschaften in der Gesellschaft zum Einsatz, die Selbsthilfe wurde gestärkt und staatliche Beratungsinstitutionen ausgebaut.
4. Neben der Durchführung der Kampagne wurde von Beginn an darauf geachtet, die einzelnen Maßnahmen so **professionell** wie möglich zu planen und durchzuführen, sowie die Kampagne durch **Qualitätssicherung** und **Evaluation** zu begleiten. Damit konnte gegenüber den Sponsoren die Wirksamkeit der Kampagne nachgewiesen werden
5. Ohne eine ausreichende und dauerhafte **Finanzierung** wäre die Kampagne nicht durchführbar gewesen. Es wurde viel Geld in die Hand genommen, um den Erfolg zu sichern. Allerdings wäre sicherlich noch mehr Geld notwendig gewesen, die zusätzlich erkrankten Menschen zu versorgen, hätte man auf die Kampagne verzichtet.
6. Als sehr hilfreich erwies sich die Möglichkeit, auf bereits bestehende Strukturen wie die **Deutsche AIDS-Hilfe** und die kommunalen **Gesundheitsämter** zurückgreifen zu können.

Der Referent appellierte an die Anwesenden, beim Thema Arzneimittel die Zunahme **mentaler Dysbalance** im Auge zu behalten. Die Zunahme von Depressionen – vor allem im Alter – die Zunahme der Bereitschaft der Gesellschaft, für alle möglichen

Befindlichkeitsstörungen, vermeintliche Leistungsschwächen und Norm-Abweichungen Arzneimittel oder Medizinprodukte in Anspruch zu nehmen, führe zu einer gefährlichen Medikalisierung mit den dazugehörigen Risiken. Außerdem bestehe die Gefahr, dass die Bevölkerung immer mehr verlere, sich bestimmten Situationen zu stellen und mit ihnen umzugehen. **Lernprozesse** seien aber notwendig, um eigene Stärken zu erkennen und auszubauen, ein Prinzip, das wiederum ein Grundelement der modernen **Gesundheitsförderung** ist. Er könne sich vorstellen, dass die **Sozialpharmazie** hier eine wichtige Aufgabe zu erfüllen habe.

Dr. Jan Ries, Hochschule Fulda:

Überwachungsergebnisse und Bekämpfung des Doping

Der Sportwissenschaftler Dr. Jan Ries von der Hochschule Fulda stellte in seinem Beitrag die Schwierigkeiten beim Kampf gegen Doping heraus. Dieser Kampf bezieht sich nicht nur auf den Leistungssport, sondern auch auf den Breiten- und Freizeitsport.

Im Leistungssport werden von den Athleten Höchstleistungen erwartet, die zu Medaillen führen und damit den Sportler, das begleitende Team, die Sportfunktionäre und auch die Sportpolitik in das Rampenlicht der Öffentlichkeit stellen. Mit erfolgreichen Sportlern sollen sich Kinder und Jugendliche identifizieren und so zu Leistungen angeregt werden. Der Erfolg sorgt dafür, dass Gelder für weitere Anstrengungen zur Verfügung gestellt werden, dass die Beteiligten gut verdienen und dass sich die Werbewirtschaft von Medaillenträgern unterstützen lassen kann.

Dies funktioniert nur, wenn sich der Erfolg tatsächlich einstellt, wenn die Leistungen besser sind als die der Konkurrenten, die allerdings ihrerseits alles unternehmen, um ganz oben auf dem Treppchen zu stehen. Um dies zu erreichen sind außergewöhnliche Anstrengungen notwendig und unter Umständen ist eine dauerhaft starke Belastung von Körper und ein sehr hoher zeitlicher Einsatz erforderlich. Trotz aller Mühen ist nur ein kleiner Teil der Leistungssportler erfolgreich. Insofern ist die Versuchung stark, mit externen Mitteln nachzuhelfen.

Der Erfolg wird aber nur dann akzeptiert, wenn kein Betrug, z.B. durch Doping, festgestellt wird. Ist ein Sportler entlarvt, fällt er sehr tief und kann nur selten nach Jahren wieder an seine Erfolgsserie anknüpfen, während der Zirkus des Hochleistungssportes meist ungebrochen weiterzieht. Dieser darf insgesamt nicht an Marktwert verlieren, da inzwischen schon zu viele Einzelne und ganze Wirtschaftszweige vom „sauberen“ Sport abhängig sind.

Aber sind die Höchstleistungen tatsächlich „sauber“ zu erbringen? Wie wird dies effektiv überprüft? Was wird getan, damit der „saubere“ Sport schon von Kindern, Jugendlichen, jungen Erwachsenen und von allen übrigen Menschen als Leitbild verinnerlicht wird, so dass Doping tatsächlich keine Chance hat? Ist dies überhaupt möglich, lebt doch der Leistungssport vom Erfolg, den nur wenige erzielen können? Wird genügend kontrolliert? Werden Ärzte und Apotheker, die sich am Doping beteiligen, zur Rechenschaft gezogen? Und hat der Antidoping-Kampf überhaupt eine Chance in einer Gesellschaft, in der auch in anderen Bereichen das Doping oftmals praktiziert wird?

Der Referent versuchte in seinem Beitrag die unterschiedlichen Aspekte des Dopings anzusprechen und zu verdeutlichen, warum ein sehr viel größeres Engagement bei der Prävention gegen Doping notwendig ist. Er stellte allerdings die gesellschaftspolitisch relevante Frage „Warum soll der Sport eigentlich besser sein als die Leistungsgesellschaft, nach deren Prinzipien er funktioniert?“

Bei der Bekämpfung des Dopings spielt die Nationale Anti Doping Agentur (Nada) mit Sitz in Bonn eine wichtige Rolle. Als Dachorganisation der Nadas aller Länder fungiert die World Anti Doping Agency (WADA) in Kanada. In ihrem Code aus dem Jahre 2009 hat die Nada auf der Grundlage der WADA-Richtlinien definiert, was unter Doping zu verstehen ist:

Doping-Definition nach dem Nada-Code 2009

Verstöße gegen Anti-Doping-Bestimmungen sind:

- Das Vorhandensein einer *Verbotenen Substanz*, ihrer *Metaboliten* oder *Marker* in der *Probe* eines *Athleten*.
 - Es ist die persönliche Pflicht eines jeden *Athleten*, dafür zu sorgen, dass keine *Verbotene Substanz* in seinen Körper gelangt. *Athleten* sind für jede *Verbotene Substanz* oder ihre *Metaboliten* oder *Marker* verantwortlich, die in ihrer *Probe* gefunden werden. Demzufolge ist es nicht erforderlich, dass Vorsatz, Verschulden, Fahrlässigkeit oder bewusster *Gebrauch* auf Seiten des *Athleten* nachgewiesen wird, um einen Verstoß gegen Anti-Doping-Bestimmungen gemäß Artikel 2.1 zu begründen.
 - Ein ausreichender Nachweis eines Verstoßes gegen Anti-Doping-Bestimmungen gemäß Artikel 2.1 ist in den beiden nachfolgenden Fällen gegeben: das Vorhandensein einer *Verbotenen Substanz*, ihrer *Metaboliten* oder *Marker* in der *A-Probe* eines *Athleten*, wenn der *Athlet* auf die Analyse der *B-Probe* verzichtet und die *B-Probe* nicht analysiert wird; oder, wenn die *B-Probe* des *Athleten* analysiert wird und das Analyseergebnis das Vorhandensein der *Verbotenen Substanz* oder ihrer *Metaboliten* oder *Marker* in der *A-Probe* des *Athleten* bestätigt.
 - Mit Ausnahme solcher Substanzen, für die in der *Verbotsliste* spezifische Grenzwerte festgelegt sind, begründet das Vorhandensein jeglicher Menge einer *Verbotenen Substanz*, ihrer *Metaboliten* oder *Marker* in der *Probe* eines *Athleten* einen Verstoß gegen Anti-Doping-Bestimmungen.
 - Abweichend von der allgemeinen Regelung des Artikels 2.1 können in der *Verbotsliste* oder den *International Standards* spezielle Kriterien zur Bewertung *Verbotener Substanzen*, die auch endogen produziert werden können, festgelegt werden.
- Der *Gebrauch* oder der *Versuch* des *Gebrauchs* einer *Verbotenen Substanz* oder einer *Verbotenen Methode* durch einen *Athleten*.
 - Es ist die persönliche Pflicht eines jeden *Athleten*, dafür zu sorgen, dass keine *Verbotene Substanz* in seinen Körper gelangt. Demzufolge ist es nicht erforderlich, dass ein vorsätzlicher, schuldhafter, fahrlässiger oder bewusster *Gebrauch* des *Athleten* nachgewiesen wird, um einen Verstoß gegen Anti-Doping-Bestimmungen wegen des *Gebrauchs* einer *Verbotenen Substanz* oder einer *Verbotenen Methode* zu begründen.
 - Der Erfolg oder der Misserfolg des *Gebrauchs* einer *Verbotenen Substanz* oder einer *Verbotenen Methode* ist nicht maßgeblich. Es ist ausreichend, dass die *Verbotene Substanz* oder die *Verbotene Methode* gebraucht oder ihr *Gebrauch* versucht wurde, um einen Verstoß gegen Anti-Doping-Bestimmungen zu begehen.
- Die Weigerung oder das Unterlassen ohne zwingenden Grund, sich nach entsprechender Aufforderung einer gemäß anwendbaren Anti-Doping-Bestimmungen zulässigen *Probennahme* zu unterziehen, oder jede anderweitige Umgehung einer *Probennahme*.

- Der Verstoß gegen anwendbare Vorschriften zur Verfügbarkeit des *Athleten* für *Trainingskontrollen*, einschließlich *Meldepflichtversäumnisse* und *Versäumte Kontrollen*, die auf der Grundlage von Bestimmungen festgestellt wurden, die dem *International Standard for Testing* entsprechen. Jede Kombination von drei *Versäumten Kontrollen* und/ oder *Meldepflichtversäumnissen* innerhalb eines Zeitraumes von 18 Monaten, die von für den *Athleten* zuständigen *Anti-Doping-Organisationen* festgestellt wurden, stellt einen Verstoß gegen Anti-Doping-Bestimmungen dar.
- Die *Unzulässige Einflussnahme* oder der *Versuch der Unzulässigen Einflussnahme*
- auf irgendeinen Teil des *Dopingkontrollverfahrens*.
- Der *Besitz Verbotener Substanzen* und *Verbotener Methoden*:
 - Der *Besitz* durch einen *Athleten* *Innerhalb des Wettkampfes* von *Verbotenen Methoden* oder *Verbotenen Substanzen*, oder der *Besitz Außerhalb des Wettkampfes* von *Methoden* oder *Substanzen*, die *Außerhalb des Wettkampfes* verboten sind. Dies gilt nicht, sofern der *Athlet* den Nachweis erbringt, dass der *Besitz* auf Grund einer *Medizinischen Ausnahmegenehmigung*, die im Einklang mit Artikel 4.4 erteilt wurde, oder auf Grund einer anderen annehmbaren Begründung gerechtfertigt ist.
 - 2.6.2κ Der *Besitz* durch einen *Athletenbetreuer* *Innerhalb des Wettkampfes* von *Verbotenen Methoden* oder *Verbotenen Substanzen*, oder der *Besitz außerhalb des Wettkampfes* von *Methoden* oder *Substanzen*, die *außerhalb des Wettkampfes* verboten sind, sofern der *Besitz* in Verbindung mit einem *Athleten*, einem *Wettkampf* oder einem *Training* steht. Dies gilt nicht, sofern der *Athletenbetreuer* den Nachweis erbringt, dass der *Besitz* auf Grund einer *Medizinischen Ausnahmegenehmigung* eines *Athleten*, die im Einklang mit Artikel 4.4 erteilt wurde, oder auf Grund einer anderen annehmbaren Begründung gerechtfertigt ist.
- Das *Inverkehrbringen* oder der *Versuch des Inverkehrbringens* von einer *Verbotenen Substanz* oder einer *Verbotenen Methode*.
- Die Verabreichung oder der *Versuch* der Verabreichung an *Athleten* von *Verbotenen Methoden* oder *Verbotenen Substanzen* *Innerhalb des Wettkampfes*, oder *Außerhalb des Wettkampfes* die Verabreichung oder der *Versuch* der Verabreichung an *Athleten* von *Methoden* oder *Substanzen*, die *Außerhalb des Wettkampfes* verboten sind, sowie jegliche Unterstützung, Aufforderung, Hilfe, Mithilfe, Verschleierung oder sonstige Beteiligung bei einem Verstoß oder einem *Versuch* eines Verstoßes gegen Anti-Doping-Bestimmungen.

Die Dopingproblematik besteht jedoch nicht nur im Leistungssport. Auch im Breitensport muss man sich mit dieser Problematik auseinandersetzen. Hierbei spielt jedoch der Einsatz von direkten Dopingmitteln zur Leistungssteigerung nicht die größte Rolle. Viel gravierender scheint der Umgang mit Schmerzmitteln zu sein. Diclofenac, Ibuprofen etc. werden nach Untersuchungen von Wissenschaftlern von einer großen Anzahl von Läufern eingenommen (z.B. Brune K: Schmerzmittel – fataler Einsatz im Breitensport, In: Dt. Apoth. Ztg. DAZ 43 / 22.10.2009, 68-73). Auch dieses Phänomen muss zur Kenntnis genommen werden.

Der Mythos des Sports lebt von positiven Imageaspekten, wie sie z.B. die Deutsche Olympische Gesellschaft vertritt:

- Lernen wollen
- Leistung zeigen

- Fair verhalten
- Fremdes achten
- Solidarisch handeln.

Doch wie tief Sportler in das Doping verstrickt sein können, statt die gewünschten hehren Ziele des Sports zu verfolgen, zeigen die Vorfälle der letzten Jahre, wobei die des Profi-Radsports besonders auffällig waren.

Beweggründe für das Doping gibt es genug (*in Anlehnung an Bette: Biographische Dynamiken im Leistungssport*):

- Misserfolgs- und Nachteilsvermeidung: Sportler gehen davon aus, dass die Konkurrenz ebenfalls verbotene Mittel und Methodiken einsetzt. Sie halten es für fair, wenn sie selbst durch Doping diesen Nachteil ausgleichen.
- Steigerung der eigenen physischen/psychischen Möglichkeiten: Ab einem bestimmten Punkt lassen sich Leistungen kaum noch weiter steigern. Auch noch so ausgetüftelte Trainingsprogramme und noch so hoher persönlicher Einsatz können die von Natur aus bestehenden individuellen Leistungsgrenzen kaum noch sprengen. Dies akzeptieren einige Sportler nicht und versuchen, die Grenzen mit unerlaubten Mitteln zu überwinden.
- Zutritt zum Förderkartell und/oder Absicherung bereits erfolgter Fördermaßnahmen: Erst ab einer bestimmten Leistung kommen Spitzensportler in den Genuss von Fördermaßnahmen. Daher werden verbotene Substanzen genutzt, um diese Schwelle zu erreichen oder zu halten.
- Kompensation von Kontrolldefiziten der Sportverbände (z.B. Radfahrer): Doping ist dort am häufigsten vertreten, wo am wenigsten kontrolliert wird oder wo die Kontrollen nicht so strikt durchgeführt werden.
- Stabilisierung der leistungsindividualistischen Sportleridentität: Wenn ein bestimmtes Niveau für den Spitzensportler erreicht ist, werden Einbrüche bei der Leistung nicht mehr ohne Weiteres hingenommen. Um die individuellen Schwankungen auszugleichen, greifen einige Sportler zu unerlaubten Mitteln.
- Verheimlichung bereits vollzogener Devianz: Bei manchen Sportlern hat bereits ein trickreicher Einsatz von Hilfsmitteln zu Erfolgen geführt, wobei die Hilfsmittel bei Kontrollen nicht erkannt wurden. Um bei Wettkämpfen nicht zu versagen und weiterhin als dopingfreier Sportler zu gelten, müssen immer neue Wege gefunden werden, die Leistung zu steigern bzw. zu halten. Dies führt zu einem Wettlauf mit den Kontrolleuren, die sich auf immer neue Methoden und Substanzen einstellen müssen und entsprechende Forschungsarbeit zu leisten haben. Dabei empfinden sich die Kontrolleure oftmals in einem Hase-Igel-Wettlauf, den sie kaum gewinnen können.

Damit der Sport tatsächlich seine wichtigen Ziele erreichen kann, muss das Thema Doping von zwei Seiten angegangen werden: Kontrolle bei den Sportlern und Prävention in der Gesellschaft.

Um die Kontrollen zu vereinheitlichen und in allen Ländern zu verankern, wurde die bereits genannte Welt-Anti-Doping-Agentur gegründet. Dort laufen die Fäden zusammen, um die Kriterien aufzustellen, was Doping ist und wie Dopingkontrollen durchgeführt werden. Auf nationaler Ebene sind die jeweiligen nationalen Anti-Doping Organisationen (Nados) für die Umsetzung zuständig. Sie arbeiten eng mit den Sportverbänden national und international zusammen. Die deutsche Nationale Anti-Doping-Agentur (Nada, <http://www.nada-bonn.de/>), gegründet 2002, hat in jüngster Zeit (10.6.2010) zusammen mit zwei anderen Nados gefordert, die Testregimes weiter international zu vereinheitlichen (<http://www.nada-bonn.de/nc/aktuelles/nachrichten/artikel/artikel/nada-papier-fuer-mehr-chancengleichheit/4/?cHash=0993f57060>) .

Zu den Doping-Kontrollen der Nada heißt es auf der Website: „Die Nationale–Anti-Doping-Agentur (NADA) ist die Institution in Deutschland, die für das Dopingkontrollsystem zuständig ist. Die NADA organisiert in Deutschland derzeit die Dopingkontrollen außerhalb der Wettkämpfe für die Athleten der Spitzenverbände. Seit dem Start im Jahr 2003 bis einschließlich 2007 führte sie jeweils ca. 4.500 Trainingskontrollen im Jahr durch. 2008 wurde die Zahl auf rund 8.000 Trainingskontrollen erhöht. Laut Stiftungsverfassung ist das Ziel der NADA, ein einheitliches Dopingkontrollsystem für Deutschland umzusetzen, also auch die Kontrollen bei Wettkämpfen zu übernehmen. Bisher führt die NADA vereinzelt Wettkampfkontrollen durch. Die Wettkampfkontrollen werden derzeit weitgehend von den Verbänden/Veranstaltern organisiert, weil die Ressourcen der NADA eine Übernahme bislang nicht zuließen. Die NADA beauftragt zur Durchführung der Dopingkontrollen das international tätige Unternehmen PWC GmbH (Physical Work Control) – Medizinische Testverfahren im Sport (<http://www.pwc-dopingkontrolle.de>). Die NADA wählt die zu kontrollierenden Athleten aus; die Probennahme und der Probenversand erfolgen durch den Auftragnehmer. Ca. 80 Kontrolleure sind an verschiedenen Standorten in ganz Deutschland tätig. Die von der NADA genommenen Dopingproben werden im Institut für Biochemie der Deutschen Sporthochschule Köln und im Institut für Dopinganalytik und Sportbiochemie Dresden analysiert.“

Kritisch wird von einigen Beobachtern gefragt, ob die Nada aufgrund der relativ geringen finanziellen Mittel überhaupt ausreichend in der Lage ist, ein engmaschiges Kontrollnetz aufzubauen. Wenn man es ernst meine, müssten die Mittel nicht um ein Vielfaches erhöht werden? Die Zusammenarbeit mit staatlichen Stellen und der Polizei stecke noch in den Anfängen, immerhin gibt es inzwischen eine Schwerpunkt-Staatsanwaltschaft in München, wo Dopingfälle zentral verfolgt werden, merkt der SPIEGEL am 7. Mai 2010 auf seiner Internetseite an (<http://www.spiegel.de/sport/sonst/0,1518,693596,00.html>). Außerdem wird kritisiert, dass es höchste Zeit für ein Anti-Doping-Gesetz vergleichbar dem anderer Länder sei, um die Bedeutung des Kampfes gegen Doping für die Politik deutlich zu machen.

Prävention

Neben den Kontrollen wird der Prävention große Bedeutung zugeschrieben. Repression, also die Verfolgung und Sanktionierung von Dopingverstößen und Prävention gehören, so die allgemeine Meinung, zusammen; auf diesen beiden Säulen ruht die Dopingbekämpfung in Deutschland und international.

Wesentlich war und ist das Verhindern der Entwicklung von Dopingmentalität, die oft bereits in jüngsten Kinderjahren beginnt, wenn angesichts von Leistungssituationen Nahrungsergänzungsmittel und/oder Medikamente verabreicht werden. Damit setzt sich im Unterbewusstsein fest: „Wenn ich etwas leisten will, reichen meine eigenen Mittel nicht aus“. Deshalb müssen Präventionsbemühungen lange vor dem Einsetzen einer realen Dopinggefahr anfangen; die Aufklärung über Regeln und Risiken ist zwar notwendig, reicht aber im Sinne einer modernen Prävention in keiner Weise aus. Stattdessen müssen langfristige Lernprozesse bei Sportlern, aber auch bei Eltern, Vereinen, Funktionären, in der Politik, der Medizin, den Wirtschaftsunternehmen, der Biochemie, der Lebensmittelindustrie, den Sportwissenschaften, der Presse, den Rechtswissenschaften und in der Pharmaindustrie initiiert und aufrecht erhalten werden, um langfristig dem sauberen Sport mehr zur Durchsetzung zu verhelfen. Dieser moderne Ansatz nutzt Konzepte und Umsetzungsstrategien, die mit denen der Gesundheitsförderung gut vergleichbar sind.

Dass Prävention wichtig ist und dass sie ausgebaut werden sollte, dürfte inzwischen unstrittig sein. Der Nationale Dopingpräventionsplan, auf den sich Bund und Länder, der Deutsche Olympische Sportbund und die NADA verständigt haben, ist eine gute Plattform für eine bessere Koordinierung der Aktivitäten und für eine Intensivierung der Anstrengungen. Allerdings werden bspw. nur 8% der ohnehin schon geringen Nada-Ausgaben für den Bereich Prävention zur Verfügung gestellt. Das zeigt nach Ries, dass es der Politik und vielen Sportfunktionären noch nicht bewusst ist, welche Chancen in einer ausreichend finanzierten Prävention stecken. Vielleicht sei manchen Beteiligten sogar bewusst, dass diese Ausgaben maximal ein Feigenblatt für wirkungsvolle Maßnahmen seien.

Die Nada bemüht sich verstärkt um eine Zusammenarbeit mit anderen Akteuren. So wurde in jüngster Zeit die enge Kooperation mit der Apothekerschaft gesucht, um die Apotheken als Multiplikatoren von Anti-Doping-Präventionskampagnen zu nutzen. Dies ist gut und kann dazu beitragen, in der Apothekerschaft das Bewusstsein zu schärfen, dass schon der Kauf von Nahrungsergänzungsmitteln der Beginn für eine Dopingkarriere sein kann. Allerdings sollte die Unterstützung durch die Landesführung dadurch untermauert werden, dass vor Ort in den einzelnen Apotheken auf den Verkauf unnützer Nahrungsergänzungsmittel verzichtet wird. So könne man dem Vorwurf entgehen, diese Zusammenarbeit von Apothekerschaft und Nada sei ein typischer Fall für eine Feigenblattpolitik, die eher unter Public Relation zu verbuchen sei.

Neben der Nada sind noch weitere Akteure auf unterschiedlichen Ebenen präventiv tätig, z.B. Falscher Einwurf – Präventionskampagne für dopingfreien Sport in NRW (http://www.im.nrw.de/imshop/shopdocs/falscher_einwurf.pdf) – das Zentrum für Dopingprävention der Pädagogischen Hochschule Heidelberg

(http://www.cycling4fans.de/uploads/media/ZDH_Bericht_2007-2010.pdf) oder „Dopingfrei“ des Ex-Bodybuilders Jörg Börjesson (www.doping-frei.de).

Dr. Jan Ries stellte im weiteren Verlauf seines Beitrags (provokative) Doping-Bekämpfungsstrategien zur Diskussion:

- Keine medizinischen Ausnahmeregelungen! Die Arbeitsgruppe Medizin und Analytik der Nada ist zuständig für die Genehmigung von Anträgen zur Nutzung von Medikamenten, wenn Sportler erkrankt sind. Nach Ries sollte überdacht werden, welche medizinischen Ausnahmetatbestände tatsächlich anerkannt werden sollten. So sei bspw. durchaus fraglich, ob der breite Einsatz von Asthma-Mitteln im Wintersport, die vielen Ausnahmebescheinigungen für die Anwendung von Ritalin[®], für Infusionen nach Ausdauersport-Wettkämpfen und für die Nutzung glukokortikoidhaltiger Mittel zur Behandlung von Knien gerechtfertigt seien.
- Im Dopingfall müsse nach Ries über Konventionalabgaben der Verbände nachgedacht werden. Diese könnten hilfreich sein, um in den Verbänden das Bewusstsein für den Kampf gegen Doping zu schärfen.
- Die personellen Konsequenzen für Trainer, Funktionäre und sonstige Helfer müssten verschärft werden.
- Standesrechtliche Maßnahmen für Mediziner seien zu verschärfen und durchzusetzen.
- Die Positionierung der Sponsoren müsse eindeutig sein. Die oftmals zu beobachtende schnelle Reaktion im Fall eines überführten Dopingsünder, hier handele es sich ja nur um einen Einzelfall, muss nach Ries stärker in Frage gestellt werden.
- Außerdem sollte ernsthaft darüber nachgedacht werden, die Sponsoren dazu zu verpflichten, ein Zehntel ihres Sponsoring-Geldes in den Kampf gegen Doping zu stecken. Dieses Geld würde dringend gebraucht, um den Antidoping-Kampf zu stärken.

Der Referent appellierte an die Teilnehmer, den Kampf gegen Doping und das Engagement für Prävention mit Kräften zu unterstützen. Denn beide Bereiche seien heute massiv unterfinanziert. Außerdem habe die Gesellschaft noch zu wenig Interesse an einer tatsächlich wirkungsvollen Dopingbekämpfung. Deswegen sei es notwendig, dass so viele Bereiche wie möglich Bescheid wüssten. Deswegen müssten alle Bereiche, z.B. die Arzneimittelüberwachung, ihre Kenntnisse und Möglichkeiten in diesem Bereich nutzen und in die Netzwerke zur Bekämpfung des Dopings einbringen.

Literaturempfehlung:

Bettina Bräutigam: Arzneimittelmisbrauch und Dopingverhalten im Freizeitsport - am Beispiel der Fitnessstudios. Eine Analyse mit Elementen der Schnellerfassungsmethode Rapid Assessment and Response (RAR) und Darstellung von Präventionsansätzen. Masterarbeit zur Erlangung des akademischen Grades eines 'Master of Public Health' (MPH)/Diplom-Gesundheitswissenschaftlerin. Bielefeld 2004

http://lv.kommunen.nrw.testa-de.net/PharmazieWiki/images/8/8e/Masterarbeit_Dr_Br%C3%A4utigam.pdf

Carl Müller-Platz, Carsten Boos, R Klaus Müller: Doping beim Freizeit- und Breitensport – Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 34.

http://www.rki.de/clin_160/nn_199850/sid_247AA52FDAECF8C8AA2AB10FD06C26A0/DE/Content/GBE/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsT/doping.html

Karl Heinrich Bette, Uwe Schimank: Doping im Hochleistungssport. Anpassung durch Abweichung. Edition Suhrkamp. Erweiterte Neuauflage 2006

Karl Heinrich Bette, Uwe Schimank: Die Dopingfalle. Soziologische Betrachtungen. 2006

Prof. Dr. Sebastian Harder, Institut für Klinische Pharmakologie, Universitätsklinik Frankfurt/Main, Vorsitzender der Gesellschaft für Arzneimittelanwendungsforschung (GAA):

Was erwarten andere Partner der Arzneimittelversorgung von der Überwachung: Arzneimittelanwendungsforschung und Arzneimittelüberwachung aus Sicht eines Arztes und Wissenschaftlers

Prof. Harder ist am Lehrstuhl Klinische Pharmakologie der Universität Frankfurt/Main tätig und Vorsitzender der wissenschaftlichen Gesellschaft für Arzneimittelanwendungsforschung (GAA).

Zur Zusammenarbeit zwischen Arzt und Apotheker

Zu Beginn hielt Harder ein Plädoyer für eine verstärkte Zusammenarbeit zwischen den beiden Heilberufen Arzt und Apotheker. Beide sind aufgrund ihrer Ausbildung sowie ihrer rechtlichen Verankerung im öffentlichen Gesundheitswesen für die Versorgung von Kranken und für die Gesundheit des Einzelnen sowie der Bevölkerung insgesamt zuständig. In der ärztlichen Ausbildung ist nach Auffassung des Referenten der Bereich Arzneimittel nur sehr wenig präsent. Zwar kann man davon ausgehen, dass Ärzte in der Facharztausbildung die dort angewendeten Arzneimittel intensiv kennenlernen, allerdings wird der kritische Umgang mit Arzneimittelinformation auch dort nur unzureichend thematisiert. Insofern ist es nicht verwunderlich, dass viele Ärzte nach Eintreten in die praktische Arbeit als niedergelassener Arzt anfällig sind, die von Vertretern der pharmazeutischen Industrie zur Verfügung gestellten Informationen bereitwillig und unkritisch anzunehmen. In Folge solcher Beeinflussung kann es nicht verwundern, wenn man viele Probleme im Arzneimittelmarkt feststellt. Inzwischen ist auch unumstritten, dass die pharmazeutische Industrie auf wissenschaftliche Zeitschriften Einfluss ausübt und kritische Berichterstattung zu einer Randerscheinung wird. Insofern ist die Zusammenarbeit mit Apothekern notwendig, da so von dieser Seite dem Arzt sonst nur schwer zugänglichen Informationen zur Verfügung gestellt werden.

Die GAA hat ungefähr gleich viel Ärzte und Apotheker unter ihren Mitgliedern. Insofern kann die Gesellschaft als ein Versuch gesehen werden, beide Heilberufler näher zusammenzubringen. Dies ist nach Worten Harders auch notwendig, um die immer komplexer werdenden Voraussetzungen für eine wissenschaftlich fundierte Arzneimitteltherapie zu überblicken und anwenden zu können. Er plädierte für eine engere Zusammenarbeit von Arzt und Apotheker auf allen Ebenen.

Ärzte wünschen sich eine Apotheke ihres Vertrauens, so der Vortragende. Das Vertrauen kann dadurch gewonnen werden, dass dem Arzt wichtige Informationen über Arzneimittel zugestellt werden. Er muss darauf vertrauen können, dass die Arzneimitteltherapie des Arztes vom Apotheker unterstützt wird. So muss er sich darauf verlassen können, dass der Apotheker keine OTC-Arzneimittel abgibt, die sich mit verordneten Arzneimitteln nicht vertragen, und dass Information und Beratung im Sinne

der Therapieziele des Arztes angeboten werden. Außerdem sollte es Ziel von Information und Beratung in Apotheken sein, die Menschen in die Lage zu versetzen, den Sinn der Arzneimitteltherapie zu verstehen und als eigenes Ziel zu verinnerlichen. Hinzu kommt die Vermittlung der Kenntnisse zur richtigen Anwendung der Arzneimittel. Derzeit setzt der Arzt zudem auf die ausreichende Erklärung der Rabattverträge durch die Apotheken.

Keinesfalls für eine positive Zusammenarbeit zuträglich ist nach Harder die Verunsicherung von Patienten durch die schematische Weitergabe von Warnhinweisen. Hier müssen beide Berufsgruppen an einer verbesserten Kommunikation arbeiten. Zwar ist die Anwendung computergestützter Systeme bei der Verordnung und Abgabe von Medikamenten hilfreich, beide Berufsgruppen müssen aber Kommunikationswege miteinander pflegen, um tatsächlich relevante Wechselwirkungen und Kontraindikationen zu finden und zu beseitigen. Zu viele irrelevante Informationen führen dazu, dass der Arzt nicht mehr hinhört, wenn tatsächlich wichtige Informationen gegeben werden, und behindern den Aufbau einer Vertrauensbasis.

Kontraproduktiv für den Ausbau der Zusammenarbeit sind auch konkurrierende Gesundheitsleistungen von Arzt und Apotheker. Beide sollten darüber sprechen, welche Dienstleistungen und Angebote für beide Berufe vor Ort wichtig sind. Die unreflektierte Erhebung von Laborwerten in Apotheken oder die Abgabe von Produkten in den Arztpraxen angegliederten Verkaufsstätten sind für die Intensivierung einer Kooperation zwischen beiden Berufsgruppen nicht hilfreich. Auch die Abgabe zweifelhafter Nahrungsergänzungsmittel nagen am Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Apotheker.

Harder zeigte im Einzelnen auf, was der Arzt nicht weiß, dafür aber der Apotheker, der dies dem Arzt ggf. mitteilen sollte. Zunächst erfährt der Apotheker manchmal von Problemen, die der Patient mit der Einnahme seiner Medikamente hat und die der Patient seinem Arzt nicht mitteilt. Hier kann der Apotheker dem Patienten Mut machen, diese Problematik beim nächsten Arztbesuch anzusprechen. Er kann aber auch nach Zustimmung durch den Patienten direkt mit dem Arzt darüber sprechen. Gleiches gilt für die Anwendung von OTC-Arzneimitteln. Auch die Rücknahme unverbrauchter Medikamente nannte Harder als wünschenswerte Dienstleistung des Apothekers für den Arzt. Darüber hinaus sollte der Apotheker bei der Abgabe der Arzneimittel darauf achten, ob sich durch die Medikation ggf. Befindlichkeitsstörungen zeigen, die als Nebenwirkungen und Unverträglichkeiten zu interpretieren sind und ebenfalls dem Arzt mitgeteilt werden müssen.

Andersherum verfügt der Arzt über Informationen, die der Apotheker nicht kennt. Krankengeschichte und Arzneimittelhistorie sowie Laborwerte des Patienten sind dem Apotheker in der Regel nicht bekannt. Aus diesen Informationen könnten sich aber Voraussetzungen ergeben, die einen bewussten Off-Label-Gebrauch von Arzneimitteln begründen. Bei multimorbiden Patienten muss wiederum manchmal auf den Einsatz von bestimmten Arzneimitteln verzichtet werden, um die Gesamtlast der Medikation für den Patienten nicht zu groß werden zu lassen. Insofern sollten nach Harders Worten Interventionen des Apothekers beim Arzt grundsätzlich zunächst

zurückhaltend erfolgen. Die Grundlagen einer sinnvollen Zusammenarbeit sind Aufbau von Vertrauen und von gegenseitigem Verständnis. Erst dann kann eine fruchtbare Kooperation aufgebaut werden.

Medizinische Ausbildung und Recht

Sucht man Anknüpfungspunkte der ärztlichen Ausbildung mit dem Bereich Public Health und zur Kooperation mit anderen Heilberufen wird man nur in § 1 der Ausbildungsordnung fündig. Dort heißt es:

(1) Ziel der ärztlichen Ausbildung ist der wissenschaftlich und praktisch in der Medizin ausgebildete Arzt, ... Die Ausbildung soll grundlegende Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten in allen Fächern vermitteln, die für eine umfassende Gesundheitsversorgung der Bevölkerung erforderlich sind. ... Sie soll

- ...
- Grundkenntnisse der Einflüsse von Familie, Gesellschaft und Umwelt auf die Gesundheit, **die Organisation des Gesundheitswesens** und die Bewältigung von Krankheitsfolgen, ... vermitteln

Die Ausbildung soll auch Gesichtspunkte ärztlicher Qualitätssicherung beinhalten und die **Bereitschaft zur Zusammenarbeit mit** anderen Ärzten und mit Angehörigen **anderer Berufe des Gesundheitswesens** fördern.

Allerdings finden sich im Gegenstandskatalog zum Staatsexamen für Ärzte keinerlei Inhalte zum öffentlichen Gesundheitswesen. Tatsache ist, dass in der Ausbildung für Mediziner die AM-Therapie und das öffentliche Gesundheitswesen auf Universitäts-ebene als Querschnittsfächer angeboten werden; die Ausgestaltung hängt dabei von lokalen Ressourcen ab. Der Wissensnachweis erfolgt auf Universitätsebene; es gibt keinen obligaten Prüfungsstoff bei den staatlichen Examensprüfungen.

Über Rechtsfragen erfahren die Medizinstudenten sehr wenig. BTM-Recht wird nur im Minimalstandard an den meisten Universitäten gelehrt. Gleiches gilt für die Versicherungsmedizin. Es werden überhaupt keine Kenntnisse über das Arzneimittelrecht (AMG) und die Arzneimittelüberwachung vermittelt. Die rechtlichen Vorgaben über die Zulassung von Arzneimitteln oder über die Vorgaben für die klinischen Prüfungen, die Rolle der Apotheken und die dortigen Qualitätssicherungselemente sind Ärzten nach der Ausbildung ebenfalls nicht bekannt.

„Wo brennt es in der Arzneitherapie?“

Der Pharmakologe und Versorgungsforscher ging als nächstes auf die nach seiner Auffassung drängendsten Probleme der Arzneimitteltherapie in Deutschland ein.

Arzneimittel werden gerade für ältere Menschen sehr häufig verschrieben. Inzwischen gibt es für fast alle Erkrankungen Leitlinien zur Behandlung. Aufgrund der Multimorbidität der Patienten kommt es bei der vollständigen Übernahme der Empfehlungen der Leitlinien zur massiven Übertherapie. Was derzeit als gravierender Mangel auffällt, ist die Tatsache, dass den Ärzten kaum Handlungsempfehlungen zur Verfügung stehen, wie sie sinnvoll Prioritäten bei der Behandlung setzen können. Insofern sind die beobachtbaren Therapiestrategien oftmals eine Ansammlung von Optionen, ohne zu berücksichtigen, dass bei Multimorbidität Prioritäten zu setzen

sind, um die Patienten nicht zu übertherapieren und ihnen damit zu schaden. Der Sachverständigenrat im Gesundheitswesen hat in seinen beiden letzten Gutachten an verschiedener Stelle auf diese Problematik hingewiesen. Nach Harder ist es derzeit wichtigste Aufgabe der Fachgesellschaften, zusammen an Leitlinien zur Behandlung mehrfach erkrankter Menschen zu arbeiten und Kriterien für eine sinnvolle Priorisierung bei der Arzneitherapie zu erstellen.

Ein zweites Problemfeld sind die Arzneimittel, die für ältere und sehr alte Menschen verschrieben werden. Da sich der menschliche Körper im Alter verändert, z.B. bei Pharmakokinetik und Pharmakodynamik, müssten Arzneimittel und Arzneimittelkombinationen gefunden werden, die möglichst nicht oder nur eingeschränkt bei dieser Bevölkerungsgruppe eingesetzt werden. In den USA wurde bspw. dafür die sog. Beersliste erstellt, die für dieses Land wichtige Impulse für die Aufmerksamkeit der Ärzte liefert. Da viele Medikamente in Deutschland nicht verfügbar sind, andere wiederum in anderen Zusammenhängen eingesetzt werden, müssten die Vorgaben dieser Liste den deutschen Verhältnissen angepasst werden. Derzeit arbeitet ein Gruppe von Wissenschaftlern unter Prof. Thürmann an dieser Aufgabe¹.

Als drittes Problem nannte Prof. Harder die eingeschränkte Nierenfunktion bei älteren Menschen. Das Nichtbeachten dieses Themas ist derzeit eines der gravierendsten Probleme der Arzneitherapie und führt immer wieder zu vermeidbaren Krankenhauseinweisungen.

Nicht zu vernachlässigen sind die Herausforderungen, die sich für eine rationale Therapie durch die Selbstmedikation ergeben. Wenn Arzt oder Apotheker nicht wissen, welche Arzneimittel ein älterer Mensch insgesamt einnimmt, lassen sich Risiken nicht ausschließen. Dies gilt gerade bei Arzneimitteln, die im Einzelfall sinnvoll und hochwirksam sind, die aber in einem anderen Fall ein erhöhtes Risiko tragen. Besonders bei Arzneimitteln, die kürzlich aus der Verschreibungspflicht entlassen worden sind, müssen Daten verfügbar sein, die darüber Aufschluss geben, wie mit dieser neuen Selbstmedikationsfreiheit umgegangen wird und welche Rückschlüsse auf die Therapien mit verschreibungspflichtigen Arzneimitteln zu ziehen sind. Deswegen ist die Zusammenarbeit beider Berufsgruppen wichtig.

Ein weiteres Problem für eine rationale und am Stand von Wissenschaft und Technik orientierte Arzneitherapie ist nach Harder die effektive Informationsverarbeitung. Das Wissen über Arzneimittel ändert sich ständig und rasant. Es ist für Ärzte und Apotheker sehr schwer, immer auf dem neuesten Stand zu sein, zumal von Seiten der Industrie durch Werbemaßnahmen alles getan wird, damit das Informationsangebot undurchsichtig ist. Es kommt darauf an, Ärzten und Apothekern die Nutzung seriöser Informationsquellen nahe zu legen, von denen es in Deutschland und in deutscher Sprache nicht so viele gibt. Fort- und Weiterbildung müssen ohne pharmaindustrielles Sponsoring auskommen können, eine Forderung, die allerdings derzeit kaum erfüllt wird.

¹ Inzwischen liegt die Liste vor, s.: <http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/pdf.asp?id=77776>

Nicht zu unterschätzen ist nach Harder auch die tief verwurzelte Auffassung in der Bevölkerung, dass es für jede Erkrankung, für jedes Abweichen von einer (vermeintlichen) Norm und für jede Befindlichkeitsstörung es eine wirksame Therapie bzw. ein Arzneimittel gibt. Diese unter dem Begriff der Medikalisierung in Deutschland und vielen anderen Staaten weit verbreitete Kultur der Überhöhung ärztlicher und arzneilicher Fähigkeiten hat dazu geführt, dass häufig wenig kritische Zustände als behandlungsbedürftig eingeschätzt werden. Überproportional häufige Arztbesuche, ein ausufernder Arzneimittelmarkt mit vielen irrationalen Produkten und der Verzicht auf die Suche nach eigenen Fähigkeiten, um mit dem vermeintlichen Problem umzugehen, sind die Folge dieser kulturell überhöhten Erwartungshaltung an Medizin und Pharmazie.

Die aufgezeigten Probleme konnte der Vortragende an den Ergebnissen einer eigenen Studie weiter verdeutlichen. Darin konnte bspw. gezeigt werden, dass die durchschnittlich 70 Jahre alten behandelten Patienten im Mittel ca. acht verschiedene Arzneimittel erhielten. Ein nicht unwesentlicher Anteil der Patienten litt aber zusätzlich unter einer Niereninsuffizienz; trotzdem war die Dosierung nicht reduziert worden. Auch die Auswahl der Medikamente war nicht immer rational.

Besonders auffällig war, dass die Kommunikation zwischen Arzt und Patient offensichtlich nicht sehr glücklich verlaufen war. Bei der Befragung der Patienten zeigte sich, dass die Patienten einige der verordneten Arzneimittel nicht einnahmen (Non-Compliance), dass ein Drittel nicht über Nebenwirkungen aufgeklärt worden war und zudem vielen nicht bekannt war, welches Arzneimittel gegen welche Erkrankung eingesetzt werden sollte. Andererseits sagten 98% der befragten Patienten, sie seien mit der Therapie des Hausarztes „zufrieden“. Offensichtlich führt das Fehlen einer umfassenden Aufklärung die Patienten oft nicht zu einer negativen Bewertung des Hausarztes, obwohl sie eigentlich einen Rechtsanspruch auf umfassende Aufklärung haben.

In einer zweiten Studie konnte herausgearbeitet werden, dass Patienten nach der Entlassung aus einem Krankenhaus viele Arzneimittel einnehmen sollten, für die bei einem Computercheck eine Vielzahl an Interaktionen angezeigt wurden. In der Arztpraxis führt eine dauernde Anzeige vieler Interaktionen dazu, dass einfach alle Anzeigen ignoriert werden. Die große Herausforderung wird es in Zukunft sein, unterstützende Programme zu entwickeln, die den Arzt nur noch auf Wesentliches aufmerksam machen.

Arzneitherapie, Arzneimittelüberwachung und Sozialpharmazie

Im weiteren Verlauf seines Beitrages diskutierte Prof. Harder, welche Synergien es zwischen Arzneitherapie, Arzneimittelüberwachung und Sozialpharmazie geben kann.

Vor der Zulassung eines Arzneimittels steht die Klinische Prüfung. Hier hat die Überwachung eine außerordentlich wichtige Funktion. Denn auch wenn eines Tages die Forderung durchgesetzt werden sollte, dass nicht nur positive Studienergebnisse veröffentlicht werden, sondern im gleichen Ausmaß auch negative Ergebnisse, wird

es immer noch sehr wichtig sein, dass die Studienergebnisse auf einem wissenschaftlich einwandfreien Fundament stehen. Die Durchführung der Klinischen Prüfung muss nach den international vereinbarten Standards durchgeführt werden und dies gilt es zu überwachen.

Nach der Zulassung muss die Überwachung mithelfen, dass Ärzte, Apotheker und Patienten die Arzneimittel richtig anwenden. Dafür untersuchen bspw. die Amtsapotheker die strukturellen Voraussetzungen in Apotheken und sorgen dafür, dass die Vertraulichkeit in der Beratung in Zukunft mehr Gewicht bekommt. Durch Informationstransfer kann die Überwachung wichtige Aspekte der Arzneitherapie, wie bspw. die Pharmakovigilanz, den Apothekern nahe bringen. Bei den Ärzten haben diese Funktion die Kammern.

Der verbesserten Versorgung von Patienten dient auch die Überwachung des Betäubungsmittelverkehrs in Arztpraxen. Auch wenn diese Kontrolle von Seiten der Ärzte nicht gern gesehen wird, sollte sich aber im Laufe der Zeit das Verständnis dafür durchsetzen, dass sich durch die Überwachung auch einzelne Missstände aufzeigen lassen, die bisher nicht berücksichtigt wurden und auch den Patienten schaden können.

Apotheken, Arzneimittelüberwachung und Sozialpharmazie sollten nach Vorstellungen des Referenten ihren jeweiligen Anteil dazu leisten, dass Patienten optimal in die Lage versetzt werden, Arzneimittel richtig und vernünftig anzuwenden. Zudem sollten Apotheken den Kunden sinnvolle Präventionsmaßnahmen vermitteln. Neben der Vertraulichkeit gehört sicherlich auch die ausreichende Fortbildung des Personals sowie eine angemessene Personalstärke in der Offizin dazu. Apotheken wie auch die Apothekenüberwachung müssen versuchen, Arzneimittelmisbrauch, bspw. mit Schmerzmitteln oder mit Hypnotika, rechtzeitig zu erkennen und jeweils mit den eigenen Mitteln zu bekämpfen.

Für die Verbesserung des Arzt-Apotheker-Verhältnisses wünschte sich Prof. Harder die Verständigung auf Verfahren zur Kommunikation von Warnhinweisen. Beide Berufsgruppen sollten miteinander darüber sprechen, wie man wichtige Informationen zum richtigen Zeitpunkt transportiert, ohne ein Informationsoverkill zu produzieren. Hilfreich wäre ein dauerhafter Informationsaustausch zwischen beiden Berufsgruppen, was bislang zu selten gelingt. Für die Gesundheit der Bevölkerung wäre es in den Augen des Referenten außerdem hilfreich, wenn sich die Berufsgruppen auf sinnvolle und seriöse Präventionsangebote verständigen könnten sowie die Versorgung spezieller Risikogruppen (z.B. HIV-Patienten) gemeinsam absprechen könnten.

Der Vortragende hält es auch sinnvoll, wenn Apotheker verstärkt in Krankenhäusern aktiv werden würden. So könnte er sich ein Coaching von neu eingestellten Patienten gut vorstellen. Außerdem sollten die Vorteile von Unit-Dose-Systemen in Krankenhäusern genutzt werden, wofür möglichst eine Krankenhausapotheke in der Nähe vorhanden sein sollte. In den Fällen, in denen gemeinsame Visiten von Arzt und Apotheker am Krankenbett stattfanden, haben sich inzwischen auch einige Vorteile dieser Zusammenarbeit nachweisen lassen. Allerdings muss man feststellen, dass immer mehr Krankenhäuser ihre Apotheken schließen und sich von zentralen Einrich-

tungen versorgen lassen. Der Vortragende bedauerte diese Entwicklung und vermutete, dass dadurch oftmals eine wichtige Chance vertan wurde.

Der Sachverständigenrat für das Gesundheitswesen hat in seinen Gutachten immer wieder auf die Notwendigkeit der Kooperation zwischen den Heilberufen hingewiesen. Im Gutachten des Jahres 2009 schlägt das Expertengremium vor, die bislang isolierten Versorgungsbereiche unter dem Dach einer populationsorientierten Versorgung zusammenzufassen, um damit sicherzustellen, dass die Kooperation und das sich Verstärken auf gemeinsame Präventions- und Therapieziele verstärkt wird (<http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/16/137/1613770.pdf>).

Was ist Arzneimittelanwendungsforschung?

Als Vorsitzender der Gesellschaft für Arzneimittelanwendungsforschung (GAA) gab Prof. Harder im Folgenden einen Überblick über das Wissenschaftsfeld der Gesellschaft. Inzwischen konnten Vertreter aus der örtlichen Arzneimittelüberwachung in Nordrhein-Westfalen darauf aufmerksam machen, dass die Bereiche Arzneimittelüberwachung und Sozialpharmazie in diesem Bundesland wichtige Beiträge zur Versorgungsforschung liefern können.

Anwendungsforschung ist nicht nur die Durchführung von Arzneimittelanwendungsbeobachtungen. Denn diese sind oftmals zu Recht als wissenschaftsverbrämtes Marketing von Herstellern verschrien. Unter Arzneimittelanwendungsforschung versteht man national und international die Analyse der Anwendung von Arzneimitteln unter Feldbedingungen.

Die GAA ist eine Fachgesellschaft für Ärzte, Apotheker, Sozialwissenschaftler, Epidemiologen und Gesundheitswissenschaftler, die sich mit Fragen der Arzneimittelanwendungsforschung und der Arzneimittel-epidemiologie beschäftigen.

Die GAA wurde 1992 gegründet und unterstützt die wissenschaftliche Forschung bei der Anwendung und beim Gebrauch von Arzneimitteln. Die Gesellschaft versteht sich in erster Linie als ein Forum für den wissenschaftlichen Austausch insbesondere zu den folgenden – Public Health relevanten – Fragestellungen:

- vergleichende Untersuchungen zu Umfang und Art des Arzneimittelgebrauchs nach Regionen, im Zeitablauf und nach Bevölkerungsgruppen
- Determinanten der Arzneimittelverordnung und -anwendung
- die Rolle des Verbrauchers, Selbstmedikation und Arzneimittelwünsche der Patienten
- Untersuchungen zu Nutzen und Risiken der Arzneimittelanwendung
- Methoden zur Erfassung unerwünschter Arzneimittelwirkungen
- Qualität der Verordnungsweise
- Strategien zur Verbesserung der Arzneimittelanwendung (z.B. Leitlinien, Qualitätszirkel)

- Einflüsse gesundheitspolitischer Maßnahmen auf Art und Umfang des Arzneimittelgebrauchs
- gesundheitsökonomische Aspekte sowie
- methodische Fragen der Arzneimittelverbrauchsforchung.

Die GAA fördert durch die Möglichkeit der Präsentation von Untersuchungsergebnissen auf der jährlichen Tagung auch den wissenschaftlichen Nachwuchs und tritt für eine Verbreitung der Forschungsergebnisse ein. Die Gesellschaft kooperiert mit anderen Fachgesellschaften sowie Krankenkassen, Berufsverbänden und anderen Organisationen des Gesundheitswesens.

Die GAA ist Mitglied in der Arbeitsgemeinschaft wissenschaftlich medizinischer Fachgesellschaften (AWMF) und in der Deutschen Gesellschaft für Public Health; sie ist ebenfalls im Organisationskomitee der Deutschen Kongresse für Versorgungsforschung vertreten.

Die GAA vertritt Deutschland in der European Drug Utilisation Research Group (EURO-DURG) und veranstaltet wissenschaftliche Tagungen, auch in Kooperation mit anderen wissenschaftlichen Einrichtungen und Gesellschaften (http://www.gaa-arzneiforschung.de/e147/index_ger.html)

Mit Hilfe von Primärdatenforchung, bspw. durch Erhebungen oder Befragungen, sowie durch Sekundärdatenforchung, z.B. durch Nutzung von Routinedaten der Krankenkassen, werden Versorgungswege und –ergebnisse zu Wirksamkeit, Verträglichkeit und zu den Risiken von Arzneimitteln und Arzneimittelstrategien analysiert. Dabei wird nicht nur die medizinische Ebene betrachtet, es sollen auch verstärkt soziale Fragen berücksichtigt werden.

Für Harder ist es ein interessantes Forschungsfeld, die Beratungsleistungen der Apotheken zu untersuchen. Wie effektiv sind die derzeitigen Beratungsangebote, was leisten Apotheker als Konsiliar in Krankenhäusern, wie können Apotheken in die Schnittstellenproblematik zwischen stationärem und ambulanten Sektor gewinnbringend eingesetzt werden, was leisten die Apotheken als Coaches für Patienten im Sinne von Empowerment² bei der Behandlung der chronischen Erkrankung Diabetes? Das sind bspw. Fragen, die in der Versorgungsforschung von Interesse sind. Aber erst wenn valide Ergebnisse über solche, zugegebenermaßen aufwändig zu evaluierenden Forschungsprojekte vorliegen, sind die Grundlagen für eine Diskussion gelegt, ob die Leistungen zusätzlich finanziert werden können.

Prof. Harder lobte die Bemühungen der ABDA und des dort verorteten Zentrums für Arzneimittelinformation und Pharmazeutische Praxis (ZAPP), arzneimittelbezogene Probleme im Rahmen von Selbstmedikation und Rx-Arzneimitteln zu erkennen und die Leistungen der Apotheker darzustellen. Diese Bemühungen müssten weiter verstärkt und an die interdisziplinäre Forchung herangeführt werden, um mehr Beachtung zu finden.

² Zum Begriff Empowerment siehe:
<http://www.leitbegriffe.bzga.de/?uid=0e22f315aa0967925ef65b212cd1a80e&id=angebote&idx=10>

In seiner Zusammenfassung verwies der Vortragende nochmals auf die nicht wegzu-diskutierende Problematik des geringen Wissensstands der Ärzteschaft über Arzneimittel und Arzneimittelüberwachung. Leider könne daraus nicht der Schluss gezogen werden, dass die Ärzteschaft sehnsüchtig auf die Unterstützung durch den Apotheker warte, denn diesen Berufsstand nehmen Ärzte nicht immer positiv wahr. Hier ist sicherlich noch viel von Seiten der Apotheker zu tun, um in den Augen der Ärzte vom Image des Kaufmanns wegzukommen und die Position des Heilberufers einzunehmen.

Aber auch die Ärzte müssen mehr als bisher erkennen, dass viele Apotheker gut aus- und fortgebildet sind, ihren Heilberuf ernst nehmen und durch ihr verantwortungsvolles Handeln wichtige Beiträge zur Gesundheitssicherung und Gefahrenabwehr leisten. In modernen Versorgungsstrukturen (z.B. Medizinischen Versorgungszentren) können möglicherweise Synergien erkannt und genutzt werden, die dazu beitragen, die beiden Berufsgruppen zur Verbesserung der Arzneimittelversorgung zusammenzubringen. Die Arzneimittelanwendungsforschung kann hier Anregungen liefern und bei der Analyse von Interventionsprojekten helfen. Prof. Harder wünschte sich von den Amtsapothekerinnen und Amtsapothekern den Ausbau sozialpharmazeutischer Aktivitäten, um durch Arzneimittelüberwachung und Sozialpharmazie die Versorgung der Bevölkerung weiter zu verbessern.

Andreas Heeke, AOK Westfalen-Lippe:

Krankenkassen-Apotheker und ÖGD-Apotheker – regionale Optimierung im Gesundheitswesen

Andreas Heeke, Leiter des Pharmakologischen Beratungsdienstes der AOK Westfalen-Lippe, skizzierte zunächst das Aufgabenprofil des Apothekers bei den Krankenkassen, bevor er Möglichkeiten einer besseren Zusammenarbeit mit der Arzneimittelüberwachung und Sozialpharmazie auslotete.

Apotheker bei den Krankenkassen

Neben den traditionellen Tätigkeitsgebieten im Bereich von Abrechnungsfragen und Vertragsverhandlungen mit der Apothekerschaft oder mit Krankenhäusern werden Apothekerinnen und Apotheker seit ca. Mitte der achtziger Jahre auch zur Beratung von Ärzten über eine qualitativ hochwertige und wirtschaftliche Arzneimitteltherapie eingesetzt. Seitdem die EDV-technologischen Möglichkeiten vorhanden sind, werden die Verordnungen aller Ärzte erfasst und ausgewertet. Inzwischen werden nicht mehr nur die Rezeptdaten der AOK-Versicherten verarbeitet, sondern mehr als 90 Prozent aller GKV-Verordnungen in Westfalen-Lippe werden erfasst und ausgewertet. So lassen sich fachgruppenspezifische Ordnungsprofile erstellen, um damit dem einzelnen Facharzt zu zeigen, wie seine Facharztgruppe verordnet und wie sein individuelles Ordnungsverhalten von diesem Durchschnitt nach oben oder unten abweicht. Anhand wissenschaftlich fundierter Arzneimittelbewertungen sowie leitlinienabgesicherter Therapiestrategien können auf dieser Grundlage Beratungsgespräche mit dem Arzt geführt werden, um ihn auf Verbesserungsmöglichkeiten seiner Ordnungspraxis hinzuweisen. Zu diesen Gesprächen wird in Westfalen-Lippe immer auch ein Vertreter der Kassenärztlichen Vereinigung hinzugezogen, um dem Arzt die kollegiale Ausrichtung des Gespräches zu verdeutlichen und die ärztliche Sichtweise genügend zu berücksichtigen. Mit dem Beratungsansatz haben alle Krankenkassen, die pharmakologische Beratungsdienste unterhalten, bislang gute Erfahrungen gemacht. So konnten bspw. die beratenen Ärzte davon überzeugt werden, die täglichen Tagesdosierungen für ältere Menschen zu senken. Die Erstellung von Ordnungsprofilen eignet sich auch hervorragend für die Unterstützung der Arbeit von Qualitätszirkeln der Ärzte. Heeke geht davon aus, dass neben den Qualitätsverbesserungen bei den ärztlichen Verordnungen auch eine Kostenersparnis von ca. 20% bei den Arzneimittelausgaben zu erzielen ist.

Apothekerinnen und Apotheker sind allerdings auch in wissenschaftlichen Einrichtungen der Krankenkassen aktiv, wie bspw. im Wissenschaftlichen Institut der AOK (WIdO) oder im Wissenschaftlichen Institut der TK für Nutzen und Effizienz im Gesundheitswesen (WINEG). Sie nutzen dabei die Routinedaten ihrer jeweils angeschlossenen Krankenkassen, erarbeiten darauf aufbauend Informationsmaterial für Krankenkassen, Ärzte und Verbraucher, entwickeln Projekte zur besseren Versorgung ihrer Versicherten und evaluieren in Zusammenarbeit mit anderen wissenschaftlichen Einrichtungen bereits laufende, z. T. innovative Versorgungsmodelle.

Spezialisierung der Krankenkassen-Apotheker

Wer als Apotheker bei einer Krankenkasse tätig wird, sollte neben der Approbation als Apotheker bereits einige Jahre Erfahrung in der Berufspraxis gesammelt haben. Besonders wird bei der Einstellung auf pharmakologische Kenntnisse und Wissen über evidenzbasierte Medizin Wert gelegt. Gerade auch die Vorkenntnisse aus einer Tätigkeit als Krankenhausapotheker und die Fähigkeit, Studien und deren Ergebnisse kritisch werten zu können, werden hoch geschätzt. Hinzu kommen Grundkenntnisse der Statistik und Epidemiologie. Bei Beratungsgesprächen mit Ärzten oder in Verhandlungen mit anderen Gesundheitspartnern werden kommunikative Fähigkeiten genutzt, die durch psychologische Grundkenntnisse abgesichert sein sollten. Als weiteres Anforderungsprofil wird die Kenntnis wichtiger Rechtsgrundlagen im Arzneimittel- und Sozialversicherungsrecht erwartet. Die in neuerer Zeit angebotenen Aufbaustudiengänge der Gesundheitswissenschaften bieten zudem Gelegenheit, die Arzneitherapie in das große Feld Public Health einzuordnen.

Vor oder während der Tätigkeit bei einer Krankenkasse, einem der Kassen-Verbände oder in wissenschaftlichen Einrichtungen der Krankenkassen können die Apothekerinnen und Apotheker eine Weiterbildung zum Fachapotheker für Klinische Pharmazie oder für Arzneimittelinformation erwerben. In jüngster Zeit wird auch darüber diskutiert, inwieweit für die Krankenkassen-Apotheker eine Weiterbildung zum Fachapotheker für Öffentliches Gesundheitswesen sinnvoll sein könnte – ein interessanter Ansatz, der wichtig sein könnte, damit in Zukunft Apothekerinnen und Apotheker der Arzneimittelüberwachung und der Krankenkassen näher zusammenrücken.

Schnittstellen Krankenkassen – ÖGD

Der Vortragende sieht einige Möglichkeiten, wie die Arzneimittelüberwachung und die Krankenkassen auf Fachebene in Zukunft besser zusammenarbeiten bzw. sich ergänzen könnten. Er nannte dazu einige Beispiele aus den Bereichen Unter-, Über- und Fehlversorgung, Prävention mit Arzneimitteln und Finanzierungsfragen für die Apotheke, z.B. Honorierung bestimmter Leistungen.

Im Bereich der Versorgung älterer Menschen ist die Überversorgung mit Arzneimitteln das größte Problem. Zu viele Arzneimittel werden verordnet und gekauft. Viele verordnete und eigentlich wichtige Arzneimittel werden nicht eingenommen sondern weggeworfen. Heeke begrüßte die Aktivitäten der Amtsapothekerinnen und Amtsapotheker im Bereich der Sozialpharmazie, die Versorgung von Heimbewohnern unter die Lupe zu nehmen. Er erhofft sich dadurch auch von dieser Seite eine intensivere Diskussion über die oftmals zu beobachtende Polypragmasie (sinn- und konzeptionslose [Diagnostik](#) und [Behandlung](#) mit zahlreichen [Arznei-](#) und [Heilmitteln](#) sowie anderen therapeutischen Maßnahmen).

Bei der Verordnung von Methylphenidat für verhaltensauffällige Kinder mit Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätssyndrom (AD(H)S) ist sich der Vortragende nicht sicher, ob die Diagnostik der Ärzte bzw. ihre Therapie immer den vorgegebenen Leitlinien entsprechen. Die Arzneimittelverordnung ist erst dann angezeigt, wenn andere Maßnahmen nicht ausreichen. Heeke unterstützte Projekte der Amtsapotheker, die diese

Problematik analysierten und in ihren jeweiligen Kommunen auf die Tagesordnung setzten.

Im Bereich der Bekämpfung der Arzneimittelabhängigkeit sieht der Krankenkassenvertreter zusätzliche Kooperationsmöglichkeiten. Zunächst müsse aber deutlich herausgestellt werden, dass vor der Arzneimittelabhängigkeit fast immer die Unterschrift des Arztes auf einem Rezept nötig ist. Insofern stellt sich die Frage, wer Opfer und wer Täter ist. Allerdings gibt es auch einige Patienten, die viele unterschiedliche Ärzte aufsuchen und auf diese Art ihre Sucht aufrechterhalten. Hier habe die Kasse aufgrund des Datenschutzes nur wenig Möglichkeiten. Krankenkassen können umfangreiche Datenanalysen auf der Ebene des Arztes erstellen, nicht aber auf der Ebene des Patienten. Dem ÖGD sind die Möglichkeiten gegeben, bei Ärzten und Apothekern zu prüfen, ob alle Voraussetzungen für einen sachgerechten Umgang mit verschreibungspflichtigen Arzneimitteln und Betäubungsmitteln gegeben sind. Besonders der Beigebrauch von Benzodiazepinen bei substituierten Patienten wird immer wieder beobachtet und sollte zurückgefahren werden.

Die Behandlung mit Antibiotika ist in Deutschland im internationalen Vergleich ausgeprägt. Die Gefahren durch Resistenzbildung sind von daher nicht von der Hand zu weisen. Die Datenanalysen der Krankenkassen ergaben eine überdurchschnittliche Verordnungsintensität bei Antibiotika im KV-Bereich Westfalen-Lippe in den vergangenen Jahren. Gemeinsam mit der Kassenärztlichen Vereinigung haben die Krankenkassen die Situation bewertet und im Mitteilungsblatt der KV über die Risiken informiert. Auf Fortbildungsveranstaltungen weisen Kassen- und KV-Vertreter seitdem immer wieder auf die Gefahren unkritischer Antibiotikatherapie hin. Außerdem setzen sich beide dafür ein, alle anderen an der Behandlung und Pflege beteiligten Heilberufsgruppen zu informieren und zur Zusammenarbeit aufzurufen. Gerade die MRSA-Problematik setzt eine enge Kooperationsbereitschaft voraus, und alle Beteiligten haben Möglichkeiten, die Situation zu entschärfen. Gerade der ÖGD könne im Rahmen seiner Hygieneüberwachung viel zur Verbesserung beitragen, was er auch im Rahmen der entsprechenden Netzwerke bereits tut, so Heeke. Im MRSA-Euregio-Projekt, an dem auch der Kreis Steinfurt beteiligt ist, kann gezeigt werden, dass mit intensiver Zusammenarbeit und auf der Grundlage von Datenauswertungen der Krankenkassen die Lage entscheidend verbessert werden kann. So konnte der kritisch zu beurteilende Chinolonverbrauch in Steinfurt unter den Schnitt des gesamten KV-Bezirks gesenkt werden.

Gemeinsam Verantwortung tragen Krankenkassen und Überwachung auch beim Thema Abgrenzung von Arzneimitteln zu sonstigen Produkten. So ist es wichtig, dass die Überwachung korrekte Abgrenzungen vornimmt, denn erst auf der Grundlage einer Entscheidung der Behörde kann die Krankenkasse darüber nachdenken, ob aus sozialrechtlicher Perspektive an eine Kostenübernahme gedacht werden kann.

Ebenfalls in die gleiche Richtung gehen Überwachung und Krankenkassen bei den Rezepturen, die in Apotheken hergestellt werden. Die Bezahlung kann nur für einwandfreie Rezepturen erfolgen, ansonsten dürfen die Kassen keine Kosten übernehmen, so Heeke. Hinzu kommt noch die Gefahr, dass die Versicherten durch

schlechte pharmazeutische Qualität geschädigt werden. Der Leiter des pharmakologischen Beratungsdienstes begrüßte daher alle Maßnahmen, die Rezepturqualität in Apotheken zu steigern.

Beim Thema Verblistern von festen oralen Arzneiformen ist sich der Vortragende nicht sicher, ob die dadurch propagierten Einsparungen tatsächlich realisiert werden und ob sich gleichzeitig die Qualität der Versorgung verbessert. Hier erhofft er sich durch die Arzneimittelüberwachung neue Erkenntnisse und freut sich über die Aktivitäten der Amtsapotheker in diesem Bereich.

Die Untersuchung der Amtsapotheker vor ein paar Jahren hat gezeigt, dass eine gute Qualität beim Stellen erreichbar ist, wenn man in den Heimen nach bestimmten Qualitätsstandards handelt. Hier zu investieren scheint sich mehr zu lohnen als in den Aufbau neuer maschineller Strukturen, die den Faktor Mensch im Gesundheitswesen erneut weiter zurückdrängen. Mit der Verblisterung sei zudem das Kernproblem der Polypharmakologie bei der Arzneimittelversorgung älterer Menschen nicht gelöst. Hier müssen Medizin, Pharmazie, Pflege und auch Krankenkassen an einem gemeinsamen Strang ziehen, um die Menschen bedarfsgerecht zu versorgen. Leitlinien-treue Therapie einzelner Erkrankungen darf nicht zur Übertherapie älterer Menschen zu deren Nachteil führen. Beim Verblistern ist für den Kassenvertreter bislang auch nicht geklärt, welche neuen Schnittstellenprobleme sich daraus ergeben, dass alle flüssigen und sonstigen nichtfesten Arzneiformen nicht verblisterert werden können. Hier werden den Heimen neue Probleme übertragen, die sie zu meistern hätten. Gleiches gilt für das schnelle Reagieren bei akuten Erkrankungen oder kurzfristig notwendigen Medikationsänderungen. Hier ist die Vorab-Verblisterung wenig hilfreich und führt zudem zu neuem Arzneimittelmüll. Nicht zuletzt besteht durch das Verblistern die Gefahr, dass Pflegekräfte sich weniger mit Arzneimitteln beschäftigen würden und dadurch wichtiges Know-How verloren geht. Insgesamt muss darauf hingearbeitet werden, dass alle Beteiligten – Heime, Apotheke, Krankenkassen, Ärzte – Verantwortung übernehmen und im Sinne der Arzneimittelsicherheit für den Patienten kooperativ zusammenarbeiten.

Die Wiederverwendung von Betäubungsmitteln ist ein weiterer Bereich, wo Krankenkassen, Apotheken, Ärzte und Überwachung zusammenarbeiten müssten. Hier gibt es in den Augen des Vortragenden noch Abstimmungsbedarf, um sachgerechte, rechtlich einwandfreie und kostengünstige Lösungen zu finden.

Der Vertreter der AOK Westfalen-Lippe konnte noch weitere Themen benennen, die den Krankenkassen unter den Nägeln brennen und die auch Schnittstellen zum ÖGD aufzeigen. Auf die ihm zu diesem Vortrag zentral gestellte Frage: „Gibt es ein gemeinsames übergreifendes Interesse von ÖGD-Apothekern und Krankenkassen-Apothekern?“ könne er mit einem klaren Ja antworten. Public Health könne man als gemeinsame Klammer benennen, denn in beiden Berufsfeldern arbeiteten die Pharmazeuten entweder direkt als Vertreter des Staates oder als Vertreter der mittelbaren Staatsverwaltung in Körperschaften öffentlichen Rechts ohne Gewinninteressen für das Ziel: Mehr Gesundheit für die Bevölkerung. Neben der Gesundheit des Einzelnen hätten für beide Berufsgruppen bevölkerungsbezogene Sichtweisen eine große

Bedeutung. Die Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen und anderen Institutionen, ein weiteres wichtiges Kriterium von Public Health, werde von Apothekern in beiden Berufsfeldern praktiziert. Gleiches gelte für die Verbindung von Wissenschaft und Praxis, bspw. beim Transport von wissenschaftlichen Erkenntnissen der Versorgungsforschung zu den Ärzten, Apothekern, Patienten usw. Insofern befürworte er die engere Kooperation zwischen den beiden Berufsfeldern, bspw. durch häufigere gegenseitige Information auf Fortbildungsveranstaltungen, durch die Nutzung direkter informeller Wege oder mittelfristig auch durch gemeinsame Weiterbildungsveranstaltungen.

Dr. Angela Spelsberg: Was erwarten Vertreter der Verbraucherinteressen von der Überwachung?

Frau Dr. Angela Spelsberg, Vorstandsmitglied von Transparency International, war gebeten worden, zu erläutern, was Verbraucherorganisationen von den Arzneimittelüberwachungsbehörden erwarten.

Die Referentin fokussierte in ihrem Beitrag jedoch ausschließlich auf die Frage, welche Kritikfähigkeit die Überwachung bei der Vorbereitung der Bekämpfung der „Pandemie“ („Schweinegrippe“) an den Tag gelegt hat. Die in ihren Augen nutzlose Impfkampagne hätten die Mitarbeiter von Behörden durch kritische Kommentierung bremsen müssen.

Unter dem Stichwort „Die Erfindung einer Pandemie“ versuchte sie zunächst ihre Position zur Pandemie darzulegen. In ihren Augen war die Ausrufung des Pandemiefalles in erster Linie eine erfolgreiche Intervention von Experten, die die WHO beraten haben und die durch Honorierung durch die pharmazeutische Industrie als nicht unabhängige Experten bezeichnet werden könnten.

Fakten, Vorgänge und Fehler in Bezug auf die „Schweinegrippe“ sollten aufgearbeitet werden, so das Plädoyer der Verbraucherschützerin. Die Bevölkerung sei nicht darüber informiert worden, dass es sich bei H1N1 nicht um ein grundsätzlich neues Virus handelt und dass der Verlauf einer Erkrankung vergleichsweise mild sei.

Neben dem Vorwurf, die Industrie habe unverhältnismäßig auf die WHO eingewirkt, stellte sie zudem die These auf, die in ihren Augen feststellbare Überreaktion der Bevölkerung gegenüber der Bedrohungslage sei nur mit dem kollektiven Gedächtnis an vorangegangene Pandemien erklärbar. Man müsse die Entwicklung von Pandemieszenarien beobachten. Pest, Cholera und Pocken hätten sich in das Gedächtnis eingepreßt – so würde das Seuchenrisiko immer wieder als extreme Bedrohung empfunden. Unser Denken werde bis heute ebenfalls durch die Ereignisse während der „Spanischen Grippe Anfang des 20. Jahrhunderts“ beeinflusst.

Bei der saisonalen Grippe gibt es nach Spelsberg nur grobe Schätzungen, wie viele Tote jedes Jahr zu beklagen sind. Es sei unklar, wieviele von den geschätzten 10.000 Toten/Jahr zur Winterszeit tatsächlich an der Grippe oder doch an anderen, Winter-typischen Todesursachen verstorben seien. Schon bei den SARS-Fällen oder bei der sog. Vogelgrippe habe man beobachten können, dass massiv überreagiert werde. Mit Hilfe der Medien habe es jeweils sehr schnell Panikreaktionen gegeben, die die Politik unter Druck gesetzt habe. Auch die schnell vorgetragene Überlegung, Epidemien mit Grippeviren würden in bestimmten Rhythmen immer wieder auftreten und inzwischen sei es an der Zeit, dass man wieder mit einer verheerenden Grippewelle rechnen müsse, habe zu einer Empfänglichkeit von Politik und Öffentlichkeit für Panikszenerarien geführt.

Inzwischen ist nach Spelsberg deutlich geworden, dass die Industrie horrende Gewinne mit der Pandemie realisieren konnte. Es seien 18 Mrd. Euro Umsatz gemacht worden beim Verkauf von Impfstoff bei einer Entwicklungsinvestition von 4 Mrd. Euro.

Insgesamt, so die Vortragende, müsse man befürchten, dass durch das Schüren von Ängsten in der Bevölkerung bewusst das Ziel verfolgt worden sei, die Behörden und die Politik zum unnötigen Einsatz von Ressourcen zu drängen. Transparency International geht davon aus, dass sowohl die WHO wie auch das RKI von industrieabhängigen Experten beraten worden seien.

Im weiteren Verlauf der Diskussion stellte Dr. Spelsberg dem anwesenden Vertreter des nordrhein-westfälischen Gesundheitsministeriums konkrete Fragen über die Bestellung und Verwendung der Impfstoffe.

- Wie viele Impfstoffdosen wurden an Deutschland seitens der Firma Glaxo ausgeliefert? Wurden tatsächlich 34 Millionen Dosen geliefert?
- Welche Chargennummern liegen vor?
- Wurden die betreffenden Chargen vom PEI freigegeben?
- Wo sind die Daten zusammengelaufen bzgl. unerwünschter Wirkungen?
- Wurden Einverständniserklärungen ausgefüllt, anhand derer die Identität der Impflinge nachvollziehbar ist?
- Wie viele Impfungen wurden in NRW gekauft, wie viele benutzt, wie viele Impfdosen lagern noch an den unterschiedlichen Stellen?
- Wie viel Tamiflu und Oseltamivir wurden seitens NRW eingekauft? Wie lange können diese Arzneimittel noch eingesetzt werden?
- Gibt es bereits Prognosen für die künftige Impfung im Winter 2010/11?

Diese Fragen konnten vom Vertreter des Ministeriums zufriedenstellend beantwortet werden.

Zum Schluss formulierte Dr. Spelsberg nochmals kompakt ihre Thesen:

Die Ausrufung der Pandemie durch die WHO folgt zu starren Regularien. Man müsse darüber nachdenken, wie man hier zu flexibleren Verfahren und Regeln komme.

Die Berater der WHO, des RKI und sicherlich vieler anderer wissenschaftlicher Gremien mit großem Einfluss auf Regierungen seien in vielen Fällen nicht unabhängig. Die Industrie würde zu viel Einfluss auf die Berater ausüben.

Die WHO sei nicht bereit, die Interessenskonflikte ausreichend offen zu legen. Damit erhalte die Kritik weiter Nahrung.

In der Bevölkerung seien aufgrund früherer Epidemien Ängste vorhanden, die abgebaut werden müssten, damit Angstkampagnen nicht so leicht auf fruchtbaren Boden fallen.

Die Medien müssten aufgeklärter mit den Panikszenerarien umgehen. Sie müssten mehr als bisher verantwortungsvoll die Situation beschreiben.

An die Behörden appellierte Frau Dr. Spelsberg, selbst sehr kritisch mit angeblich festen Tatsachen umzugehen und Anordnungen ggf. zu hinterfragen. Mehr denn je sei der kritische Behördenmitarbeiter gefragt, der seine wohl begründeten Argumente nach oben geben müsse, um den dort verantwortlichen Entscheidungsträgern die Möglichkeit zu geben, nach Abwägung aller Argumente rational zu entscheiden.

Dr. Katharina Sachse, Bundesinstitut für Risikobewertung, BfR: Bausteine einer transparenten und bürgerorientierten (Risiko-) Kommunikation von Überwachungsergebnissen

Frau Dr. Sachse vom Bundesinstitut für Risikobewertung (BfR) stellte Bausteine einer transparenten Risikokommunikation vor, die es je nach Situation richtig zusammensetzen gilt. Risiken werden von Behörden und von den Medien ganz unterschiedlich dargestellt. Während Behörden meist bemüht sind, Risiken wissenschaftlich korrekt darzustellen, und dabei zu wenig darauf achten, ob die Informationen auch verständlich und lesbar aufbereitet sind, kommt es bei den Medien in erster Linie auf Letzteres an. Geschichten stehen hier im Vordergrund, wissenschaftliche Erkenntnisse müssen sich in eine Story einbauen lassen.

Will man als Behörde bei der Bevölkerung Gehör finden, muss man sich wohl oder übel an Spielregeln der Kommunikation halten und einzelne Bausteine sinnvoll zusammenbringen.

Nach dem Kommunikationsmodell von Laswell, 1948, müssen folgende Fragen vor einer Kommunikation geklärt und beachtet werden:

WER sagt WAS in welchem KANAL zu WEM mit welchem EFFEKT?

Aus dieser Frage lassen sich wichtige Bausteine der Kommunikation von Überwachungsergebnissen zusammenstellen. Die Klammer zur erfolgreichen Kommunikation ist dann die richtige Antwort auf die Frage, WIE die Kommunikation auf der Grundlage der übrigen Bausteine erfolgen soll.

Am Beispiel der Arzneimittelüberwachung spielte die Vertreterin des BfR die Beantwortung der einzelnen Fragen durch.

WER will etwas veröffentlichen: Zur Vorbereitung des Vortrages war Frau Dr. Sachse die Aufgabe gestellt worden, diese Frage im Zusammenhang mit der Kommunikation von Überwachungsergebnissen der pharmazeutischen Dienste des Öffentlichen Gesundheitswesens zu diskutieren. In diesem Fall sind es öffentliche Institutionen des Landes, die Botschaften an die Bevölkerung aussenden möchten.

WAS: Es sollen bspw. Überwachungsergebnisse sowie Ziele und Nutzen der Überwachung dargestellt werden.

KANAL: Die Informationen sollen über Publikationen, Internet, Medien, Veranstaltungen, u. a. weitergeleitet werden.

ZU WEM: Informationen sollen Fachleute, die Öffentlichkeit oder beide erreichen.

EFFEKT: Ziel ist es, Aufmerksamkeit, Wissen, Handeln und Vertrauen in der Bevölkerung zu erreichen. Es ist wichtig, dass die gewünschte Wirkung vorher klar ist, denn die Ausrichtung der einzelnen Bausteine richtet sich danach, was erreicht werden soll.

Im Folgenden präzisierte Sachse einzelne Punkte.

WER meldet etwas: Öffentliche Institutionen und ihr Vertrauensbonus.

Zunächst muss man sich den Ausgangspunkt seiner Öffentlichkeitswirksamkeit bewusst machen. Dabei kommt es zunächst darauf an zu klären, wie viel Vertrauen die Bevölkerung in die Informationen von Behörden hat.

Nach einer repräsentativen Bevölkerungsbefragung des BfR zum Thema Nanotechnologie aus dem Jahre 2008 genießen Gesundheits- und Arbeitsschutzbehörden zu 82% absolutes bzw. „etwas“ Vertrauen. Dieser Wert ist zwar nicht schlecht, die Werte für Ärzte, Wissenschaftler und Verbraucherorganisationen sind allerdings noch weit besser. Behörden müssen also immer wieder neues Vertrauen aufbauen. Den anderen genannten Organisationen fällt die Kommunikation leichter. Aber alle Organisationen müssen immer wieder darauf achten, Vertrauen nicht zu verspielen. Vertrauen ist wie ein scheues Reh und kann sehr schnell verloren gehen. Demgegenüber dauert es lang, bis Vertrauen aufgebaut ist. Vertrauen ist sensibel, einige negative Meldungen reichen aus, um Vertrauen beim Verbraucher nachhaltig zu erschüttern. Aber ohne Vertrauen wird man keinen Erfolg haben, denn es ist die Basis für erfolgreiche Kommunikation.

Zu wichtigen vertrauensbildenden Maßnahmen gehören:

- Offenheit: Die nachfragenden Stellen dürfen nicht das Gefühl bekommen, die Behörde mauert.
- Erreichbarkeit: Man sollte sich einige Gedanken darüber machen, wie man möglichst durchgehend erreichbar ist. Das gilt grundsätzlich immer, sollte aber vor allem in Krisensituationen gelten. Wer nicht erreichbar ist, hat etwas zu verbergen, so die landläufige Vermutung.
- Interessensunabhängigkeit: Grundsätzlich kennzeichnet eine Behörde ihre Unabhängigkeit. Es muss allerdings immer wieder dafür gesorgt werden, dass nicht der Eindruck entsteht, die Behörde lasse sich von bestimmten Interessengruppen lenken. Die vorherige Diskussion über die Beratergremien der WHO und des RKI bei den Fragen zur Pandemie hat nach Sachse gezeigt, wie schnell Aussagen von Behörden in Zweifel gezogen werden können, wenn die Öffentlichkeit das Gefühl bekommt, von Industrieinteressen abhängige Berater hätten einen maßgeblichen Einfluss auf Entscheidungen der Behörden. Die WHO wird es in den Augen der BfR-Vertreterin schwer haben, neues Vertrauen aufzubauen. Nach den inzwischen bekannt gewordenen Verquickungen einzelner Berater mit pharmazeutischen Herstellern ist es nach Sachse derzeit besonders fatal, dass von Seiten der WHO keine Namen genannt werden, die evtl. Honorare von der Industrie bezögen.
- Zugeben von Nichtwissen und Unsicherheit: Wenn bestimmte Tatsachen nicht klar sind, sollten Behörden auch keine Sicherheit vortäuschen. Denn damit würde man unnötig Vertrauen riskieren. Wie man an Beispielen immer wieder

sieht, lassen sich Täuschungen nur selten auf Dauer verheimlichen.

- Bürger- und Stakeholderbeteiligung bei Entscheidungsfindungen: Ein Verfahren, bei Entscheidungen Bürger oder Stakeholder zu beteiligen, wird sicherlich bislang nur in Ausnahmefällen praktiziert. Aber man muss wissen, dass dies eine der wirksamsten Maßnahmen ist, Vertrauen in der Öffentlichkeit zu gewinnen.

WAS: Kommunikation von Überwachungsergebnissen

Was macht eine Nachricht zur Nachricht? Nicht jede Information ist auch eine Nachricht. Vor allem für Experten ist es manchmal schwer zu verstehen, dass für sie wichtige Informationen nicht auch schon eine Nachricht sind, die sich zu veröffentlichen lohnen. Wer trotzdem seine Informationen mit der Öffentlichkeit kommunizieren möchte, muss einige Punkte beachten:

- Überraschung: Für den Leser sollten die Informationen eine Überraschung bieten. Man sollte sich daher überlegen, ob und wie man etwas darstellt.
- Bedeutsamkeit (Nähe, Betroffenheit): Die Menschen, für die Information gedacht ist, sollen selbst betroffen sein. Dies erreicht man bspw. mit Ortsbezug (z.B. „in Deutschland“, „in NRW“), oder mit schwachen und damit mitleidverursachenden Bevölkerungsgruppen (z.B. Kinder, Schwangere, hilflose Menschen).
- Konsonanz: Die Information sollte zum bisherigen Wissen und Einstellungen passen. Sie darf also nicht völlig außerhalb des Erfahrungswissens der angesprochenen Bevölkerungsgruppen sein, da die Informationen sonst nicht in das Bewusstsein gelangen.
- Kontinuität: Wenn Themen wieder aufflammen, muss die Kommunikation der Behörde möglichst an den bisherigen Positionen und Verlautbarungen anknüpfen. Es ist wenig glaubwürdig, wenn die Informationen widersprüchlich sind und dies nicht erklärt wird.
- Bezug zu Elite-Personen: Mit einem solchen Bezug ist es immer leichter, die Menschen zu erreichen. Denn meist sind Eliten Vorbilder, deren Leid oder Aktivität bei vielen Menschen Betroffenheit auslösen.
- Personalisierung: Aus der Kommunikationsforschung ist bekannt, dass eine Information besser bei den Menschen hängen bleibt, wenn man ihr ein Gesicht gibt. Damit arbeitet die Bild-Zeitung ganz stark (Fotos). Wenn ein Kind erkrankt, wird ein Kind gezeigt – ob es tatsächlich das erkrankte Kind ist, sei einmal dahingestellt.
- Negativität: Leider enthält folgender Spruch viel Wahrheit: Bad News are Good News. Schlechte Nachrichten lassen sich besser verkaufen als gute Nachrichten, sofern gute Nachrichten nicht als außergewöhnliche Informationen Aufmerksamkeit gewinnen. Wer erinnert sich nicht an die langweiligen Nachrichten aus der DDR, in denen man oft von diesem Prinzip

abwich und versuchte, die positiven Seiten des Sozialismus zu zeigen, wie Erfolge von Kollektiven, Erfüllen von Plänen usw. Keiner wollte das sehen. So interessiert auch niemanden, dass die Apotheken nach einer Überwachung die Anordnungen der Behörde umgesetzt haben. Wenn man so etwas kommunizieren will, muss man sich schon Tricks überlegen, um daraus eine interessante Meldung zu machen. Trotzdem sollte man sich schon die Mühe machen, auch das Alltagsgeschäft darstellen zu können: Warum ist Überwachung notwendig? Was sind die Probleme mit nicht zugelassenen/gefälschten Arzneimitteln? Worin bestehen die Gefahren, wenn Arzneimittel in Geschäften verkauft werden, die nicht dazu autorisiert sind? Welche Risiken entstehen dadurch für den Verbraucher? Wie funktioniert die Überwachung? Was passiert bei Beanstandungen? Von wem sind die Amtsapotheker abhängig? Warum können die Amtsapotheker nicht alles aufdecken? Was sind konkrete Beispiele, wie in der Vergangenheit erfolgreich gearbeitet wurde? Die Kommunikation des Alltagsgeschäfts wird keine große Resonanz finden. ABER: Diese Art von Kommunikation ist wichtig, um die Basis zu legen für eine erfolgreiche Kommunikation im Krisenfall. Denn es kann Vertrauen aufgebaut werden und es können Kontakte gepflegt werden, die im Krisenfall sehr hilfreich sein können.

Kommunikation in Krisenfällen

Oftmals stellt sich die Problematik der Kommunikation bei Krisenfällen nicht durch die Thematik der Krise selbst dar, sondern durch deren falsche Kommunikation. Wie unterschiedlich beispielsweise vorgegangen wird, erläuterte Sachse an zwei Beispielen zur Kommunikation des Risikos beim Bezug illegaler Arzneimittel. Während man von der üblichen Tagespresse meist halbwegs seriöse Schlagzeilen präsentiert bekommt („Gefälschte Medikamente in deutschen Apotheken“ Welt, 01.11.2002), geht die Boulevardpresse mit reißerischen Methoden vor („Tödliche Pillen vom Apotheker...Wie konnte das passieren“ (fiktiv)). Und wenn in solchen Fällen Behörden schlecht vorbereitet sind, könnte es auch heißen („Tödliche Pillen vom Apotheker...Überwachungsbeamte haben versagt“).

Nach Sachse entstehen Krisen nicht nur durch den Vorfall selbst, sondern auch durch falsches Handeln in einer Krisensituation. Dabei dürften Botschaften wie „Wir sind nicht schuld“, „Bei anderen ist es noch schlimmer“ oder „Kein Kommentar“ einfach nicht gesendet werden. Die Bevölkerung erwartet vor allem Ehrlichkeit bei den Antworten, eine Ehrlichkeit, die bspw. durch Zugeben von Schwächen in der eigenen Verwaltung gewonnen werden kann.

Aber das ist nur eine von mehreren Voraussetzungen einer gelungenen Kommunikation in Krisensituationen. Als weiteren wichtigen Punkt nannte Sachse die Vorbereitung auf solche Fälle. Behörden sollten sich bewusst sein, dass Krisen an jedem Tag auftreten können. Sie müssten daher ein System etablieren, wie es bspw. von der pharmazeutischen Industrie gesetzlich verlangt wird, wenn schwerwiegende und unbekannt neue Nebenwirkungen eines Arzneimittels bekannt werden. Verantwortli-

che Mitarbeiter dort müssen benannt sein, diese brauchen eine ausreichende und permanente Schulung. Es muss im Vorfeld einer Krise klar sein, welche Einheit mit welchen Personen ständig erreichbar ist, wer welche Informationen an welche Stellen in welchen Zeiträumen zu vermitteln hat. Zudem sollten Informationskanäle vorbereitet sein, die schnell genutzt werden können; dazu gehört die zügige Einrichtung einer Hotline, das Vorhalten von Textbausteinen für Pressemitteilungen oder das Vorbereiten von aktuellen Websites („Dark Sites“).

Besonders wichtig aber ist eine kontinuierliche Pressearbeit im Vorfeld solcher Situationen. Behörden sollten wissen, mit wem sie es auf der Seite der Presse zu tun haben. Sie sollten die Reporter und Berichtersteller der Medien kennen und über möglichst lange Zeit Vertrauen bei ihnen aufgebaut haben. Das ist nach Sachse mühsam und zeitaufwändig, da man in der Presse und in den Medien von einer hohen Fluktuationsrate ausgehen muss. Immer wieder müssen neue Menschen über die Arbeit, Sinn und Ziel der Behörde aufgeklärt werden, ohne dass die Vertreter der medialen Öffentlichkeit das Gefühl bekommen, von den Behörden penetrant bedrängt zu werden.

Ist der Krisenfall eingetreten, sind nach Sachse idealerweise folgende Schritte sofort einzuleiten: Möglichst schnell sollte über eine Pressekonferenz, wenigstens aber über eine Pressemitteilung vermittelt werden, was der Behörde bekannt ist. Offenheit der Behörde muss als wichtige Botschaft vermittelt werden. Die Einrichtung einer Hotline gibt Pressevertretern, die nicht zur Pressekonferenz kommen können oder die im Nachhinein Fragen haben, die Möglichkeit der nachträglichen Informationsbeschaffung. Gleiches gilt für die ständige Aktualisierung der Website der Behörde.

Im weiteren Verlauf einer Krise muss dafür gesorgt werden, dass neue Informationen sofort weitergeleitet werden und dass diese Informationen möglichst ein persönliches Gesicht bekommen. Das bedeutet, in einer Organisation sollte im Idealfall nur eine kleine Anzahl von Personen mit der Öffentlichkeit kommunizieren.

Die Konzentration auf einen oder wenige Medienvertreter hilft, widersprüchliche Botschaften zu vermeiden. Denn Vertrauen wird schwer beschädigt, wenn sich die Behörde in Widersprüche verwickelt.

Die Personen für die Außenkommunikation müssen bereits das Vertrauen in den Medien genießen und den Medienvertretern helfen, den ständigen Informationsfluss durch ihre Gesichter ausreichend zu strukturieren. Denn wenn der Öffentlichkeit ständig neue Personen einer Behörde präsentiert werden, hat es die Bevölkerung schwer, die permanent neuen Informationen eines Tages zu verarbeiten und einzusortieren. Der einzelne Mensch kann Informationen am leichtesten über Bilder und damit über Gesichter verarbeiten. Deshalb brauchen Medien einen oder wenige Ansprechpartner, der bzw. die die Behörde vertritt.

Diese Tatsache ist für viele Fachleute einer Behörde schmerzlich, denn zu Recht verweisen sie auf ihr Expertenwissen, das nur sie richtig verstanden haben, während der für die Öffentlichkeitsarbeit Zuständige die Zusammenhänge immer nur an der Oberfläche versteht und ggf. bohrende Nachfragen nicht immer sachgerecht beant-

worten kann. Deshalb ist es nach Sachse auch genauso wichtig, dass der Medienvertreter innerhalb der Behörde ausreichende Anerkennung genießt. Dieser muss sich ständig darum bemühen, in den Fachabteilungen Vertrauen aufzubauen. Andererseits ist es Aufgabe der Fachabteilungen, ihren Verantwortlichen für die Öffentlichkeitsarbeit permanent über die wichtigsten Ereignisse des Faches zu informieren. Insofern zeigt der Umgang mit einer Krisensituation auch viel über das Funktionieren der Kommunikation innerhalb der Behörde.

Aber auch wenn alles zufriedenstellend in der Behörde geregelt ist, bleibt eine erfolgreiche Öffentlichkeitsarbeit ein schwieriges Geschäft. Denn die Vielfalt der heutigen Informationen und der Wege der Informationsübermittlung erfordern besondere Anstrengungen, um gehört zu werden. Botschaften müssen interessant und medienwirksam gestaltet werden. Heutige Medien produzieren Nachrichten als Unterhaltungssendung, um in der Stimmenvielfalt Gehör zu finden. Wenn Behörden ihre eigenen Nachrichten als geeigneten Köder mit einer gewissen Dramatisierung und Emotionalisierung für das Infotainment darbieten können, bestehen gute Chancen, die Botschaften auch erfolgreich an die Medien verbreiten zu können.

Eine Botschaft muss auch für jedermann verständlich sein. Dieser Grundsatz wird oft nicht ernst genommen. Immer wieder werden den Medien Informationen mit Fachwörtern präsentiert, die für den Laien nicht verständlich sind. Auch verlieren sich Experten häufig in Details, die Medienvertreter und Laien nicht nachvollziehen. Auch das sind Gründe, die Öffentlichkeitsarbeit speziell geschultem Personal zu überlassen.

Wege der Informationsübermittlung:

In der heutigen Zeit ist die Website die wichtigste Visitenkarte einer Einrichtung. Deshalb ist es wichtig, in die Gestaltung und die Textauswahl ausreichend Energie zu stecken und die Seite auf dem aktuellen Stand zu halten. Durch die Wahl der auch von Laien häufig genutzten Begriffe, wie Pillen, Medikamente, Tabletten, Sicherheit, Gefahr, gefälschte Medikamente, steigt die Anzahl der Zugriffe. Wird bspw. das Begriffspaar „sichere Medikamente“ eingegeben, erscheint das LIGA.NRW-Angebot zu diesem Thema nicht auf den ersten 100 Seiten. Es gibt auch technische Möglichkeiten der Meta-Text-Gestaltung, um in Suchmaschinen schneller als Wettbewerber gefunden zu werden.

Für die Zukunft muss beobachtet werden, inwieweit neue Informationskanäle wie Twitter, Facebook und weitere an Bedeutung gewinnen. Derzeit wird häufig darüber berichtet, dass Politiker wie Barack Obama erfolgreich solche Kanäle für die Werbung nutzen konnten. Es ist aber nicht auszuschließen, dass sich mit Zunahme der Nutzung dieser Informationswege auch Abnutzungserscheinungen bemerkbar machen, die im Laufe der Zeit die Kanäle uninteressant werden lassen.

Eine relativ neue Kommunikationsplattform ist die sogenannte Bürgerkonferenz. Eine Institution lädt zur Verbreitung und Diskussion eines Themas die breite Öffentlichkeit ein, wobei es ratsam ist, besonders interessante Multiplikatoren gezielt einzuladen. Auf der Konferenz werden zentrale Botschaften vermittelt und deren Hintergründe

näher erläutert. Verbraucher bzw. die interessierte Öffentlichkeit haben dann die Möglichkeit, Fragen zu stellen und kritisch Position zu beziehen. Der Vorteil solcher Konferenzen ist die Einbeziehung der Öffentlichkeit, was von Medienvertretern und interessierten Multiplikatoren mit Wohlwollen registriert wird. Ein weiterer Vorteil liegt in der Diskussion der Botschaften. Nicht ausgeschlossen ist bspw. die Möglichkeit, dass ein Laie oder ein interessierter Bürger interessante Aspekte benennt, auf die die Behörde bislang nicht oder zu wenig geachtet hat. Außerdem zeigt die Diskussion immer wieder, an welcher Stelle weitere erklärende Informationen notwendig sind, um die Botschaften präzise an den Empfänger zu vermitteln.

Nach einem ganz ähnlichen Prinzip verlaufen die Stakeholderforen oder Expertenworkshops. Auch hier kommt es in erster Linie darauf an zu zeigen, dass die Behörde gewillt ist, sich offen zu zeigen und der Diskussion nicht auszuweichen. Eingeladene Sachverständige schätzen es sehr, wenn man ihren Rat ernsthaft berücksichtigen will. Der Effekt lässt sich dadurch weiter steigern, wenn nach dem Workshop ab und zu und bei wichtigen Meilensteinen die zugezogenen Experten immer wieder informiert werden. Aber auch hier gilt es, das richtige Maß zu treffen, denn ein Informationsoverkill führt eher zum Verdruss und bewirkt eine Abkehr von der Informationsquelle.

Die klassischen Möglichkeiten zur direkten Informationsübermittlung per Flyer oder Werbeaussendungen haben ebenfalls weiterhin ihre Berechtigung. Aktivitäten dieser Art sollten aber ausreichend geplant werden, um Nutzen und Aufwand in einem vernünftigen Verhältnis zu belassen. Flyer sind z.B. immer dann sinnvoll, wenn nach einer Veranstaltung zentrale Botschaften in dem Flyer mitgegeben werden können, an die sich der Angesprochene dadurch anschließend wieder erinnern kann.

ZU WEM: Kommunikation an Bürger

Erfolgreiche Kommunikation ist nicht vergleichbar mit naturwissenschaftlichem Erfolg. Kommunikation läuft nicht nach klaren und vorhersehbaren Strukturen bei jedem Einzelnen ab. Das lässt sich nach Sachse bereits bei der Darstellung unterschiedlicher Wahrnehmungen erkennen. Auf die Frage „Welche Themen sind für Sie die größten gesundheitlichen Risiken des Verbrauchers?“ antworteten im Rahmen eines 2008 durchgeführten Bevölkerungssurveyes 30,5% der Befragten, Umweltverschmutzung, Strahlung und Klimawandel gehörten zu den größten Risiken ihrer Gesundheit. Nach Lebensmitteln, Kosten und Leistungen im Gesundheitswesen und ungesunder Lebensweise folgte das Rauchen mit 19,2% erst an fünfter Stelle der Wahrnehmungsskala, obwohl objektiv betrachtet das Rauchen als das größte Risiko für die Gesundheit angesehen werden muss.

Die unterschiedlichen Risikosichtweisen differieren zwischen Laien und Experten. Allerdings können auch Experten trotz gleicher Ausbildung und gleicher Daten zum Teil zu unterschiedlichen Ergebnissen kommen, wenn bspw. die vorliegenden Daten unterschiedlich interpretiert werden. Die Risikourteile von Laien beruhen zwar auch auf „Daten“, allerdings werden qualitative Aspekte hinzugezogen, die oftmals übermäßig an Bedeutung gewinnen. Begriffe wie „Natürlichkeit“, „Freiwilligkeit“, „Kontrollierbarkeit“, „Schrecklichkeit“, „Katastrophenpotenzial“ und „Bekanntheit“ bekommen

in diesen Fällen eine Bewertung, gegen die harte Fakten nichts ausrichten können. Erfolgreiche Risiko-Kommunikation berücksichtigt solche Gegebenheiten.

Deswegen muss man seine Zielgruppe vor der Kommunikation ausreichend kennen und charakterisieren können. Will man ältere Menschen erreichen, bspw. um die Durchimpfungsrate gegen Grippe zu erhöhen, sollte ein Bild eines älteren Menschen abgebildet sein. Will man medizinisches Personal zur Impfung animieren, bietet sich die Darstellung eines Angehörigen aus dem Gesundheitswesen auf einem Poster an.

Ebenfalls von Bedeutung ist die Klärung der Frage, welche Verbrauchertypen man mit einem Plakat, einer Website oder einem Flyer ansprechen möchte: will man Frustrierte, Ängstliche oder Draufgänger erreichen, müssen Bild und Sprache dem jeweiligen Typ angepasst werden.

Als weiterer Aspekt kommt hinzu, dass Menschen je nach unterschiedlicher Rolle, die sie in ihrem Leben einnehmen, unterschiedlich reagieren können. So kann die gleiche Frau als kühl kalkulierende Managerin anders reagieren, als im Rahmen von spaßorientiertem Freizeitsport oder als besorgte Mutter eines kleinen Babys. Als Managerin wird sie vorbeugende Maßnahmen anders bewerten als im Rahmen ihrer Freizeitaktivität. Gegenüber ihrem Baby werden wiederum andere Kriterien herangezogen, um das Kind in ihren Augen ausreichend zu umsorgen.

Wie wirtschaftliche Unternehmen sollten nach Sachse auch Behörden vor der Planung von Aktivitäten zunächst gründlich ihre Zielgruppen kennen. Forschungen, Repräsentativbefragungen, Qualitative Studien (Fokusgruppen) und andere Formen von Marktanalysen sind dafür notwendig.

Außerdem muss darauf geachtet werden, welche Emotionen angesprochen werden sollen oder müssen. Untersuchungen von Kommunikationswissenschaftlern haben ergeben, dass positive Botschaften grundsätzlich besser angenommen werden als Angst auslösende Aussagen.

Neben der Zielgruppenanalyse sollten sich Behörden vor einer Kampagne darüber klar werden, welche Ziele oder welche Effekte erreicht werden sollen. Steht der Aufbau von Vertrauen im Vordergrund? Soll für einen bestimmten Aspekt mehr Aufmerksamkeit erreicht werden (Panikmache sollte allerdings kein Ziel sein)? Soll Wissen vermittelt werden? Oder soll mit einer Botschaft eine Verhaltensänderung bei den Zielgruppen erreicht werden?

Gerade die Fokussierung auf Verhaltensänderung zieht besondere Genauigkeit der Planung nach sich. Denn unterschiedliche Verhaltensformen entsprechen meist sehr festgefahrenen Einstellungen und Routinen. Deshalb sind Kampagnen zur Verhaltensänderung nur selten erfolgreich. Menschen halten sich selbst für wenig gefährdet, wie das Beispiel Rauchen immer wieder deutlich macht. Aber auch Jugendliche unterschätzen die Gefahren ihres riskanten Tuns oftmals gewaltig. Das erlernte Draufgängertum gepaart mit jugendlichem Leichtsinn führt oftmals zu Katastrophen, die durch vernünftiges Verhalten in Krisensituationen leicht hätten umgangen werden können. Will man hier erfolgreich Botschaften platzieren, ist es notwendig, die Zielgruppe mit den Emotionen und Handlungsweisen zu erreichen, die für sie von hoher

Bedeutung sind. Zudem müssen Handlungsweisen so konkret wie möglich benannt werden, um keine Fehlinterpretationen auszulösen.

Zum Schluss fasste Sachse die Erkenntnisse der Kommunikationswissenschaft in „sieben Kardinal-Regeln der Kommunikation“ zusammen:

- „Gehen Sie partnerschaftlich mit der Öffentlichkeit um!
- Planen Sie Kommunikationsmaßnahmen sorgfältig und evaluieren Sie diese!
- Hören Sie auf die Sorgen der Bürger!
- Seien Sie ehrlich, verantwortungsbewusst und offen!
- Kooperieren Sie mit anderen anerkannten Institutionen!
- Erfüllen Sie die Bedürfnisse der Medien (mediengerechte Sprache, Bild, kurze Infos)!
- Kommunizieren Sie klar, einfach und mit Überzeugung!“

Dr. Udo Puteanus, Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit, NRW, Mitra Mielke, Gesundheitsamt Düren, Dr. Bettina Bräutigam, Gesundheitsamt Essen:

Die Pflichtaufgaben Arzneimittelüberwachung und Sozialpharmazie und der gesellschaftliche Nutzen für eine qualitätsgesicherte Arzneimittelversorgung



Landesinstitut für
Gesundheit und Arbeit
des Landes Nordrhein-Westfalen

Ca. 280 Apothekerinnen und Apotheker in der Arzneimittelüberwachung der Länder in Deutschland

„Was tun die überhaupt?“
„Was nützt mir das?“
„Wenn wir die ca. 20 Mio. Euro einsparen, was hätte das schon für Folgen?“

Folie 1 27. Mai 2010 Dr. Udo Puteanus, LIGA.NRW

Bereits in der Einleitung zu dieser Tagung wurde diese Folie kurz aufgelegt und gesagt: „Wenn Sie einmal in ihrem nichtpharmazeutischen Umfeld – bspw. in der Nachbarschaft – das Thema Arzneimittelüberwachung ansprechen und sagen: Es gibt ca. 280 Apothekerinnen und Apotheker in der Arzneimittelüberwachung in Deutschland, dann werden Sie nicht selten hören: So viele? Was tun die überhaupt? Was nützt mir das, was habe ich von der Überwachung? Wenn wir die einsparen, was hätte das schon für Folgen? Das sind die verblüfften Fragen, wenn dieses Thema ohne Vorbereitung angesprochen wird. Das sind die Fragen, die junge Menschen stellen, die den immensen Schuldenberg des Staates sehen, der ihre Zukunft ganz wesentlich beeinflussen wird. Das werden die Senioren fragen, die täglich viele Arzneimittel einnehmen und wissen wollen, ob diese Arzneimittel sicher sind, ob die vielen Arzneimittel wirklich die richtigen sind und ob sie bzw. ihre Angehörigen in Heimen richtig versorgt werden. Diese Fragen stellt man sich natürlich auch am Stammtisch, wo alles, was durch Abgaben an den Staat oder an Sozialversicherungsträger vom Gehalt abgezogen wird und in Behörden bzw. Sozialkassen fließt, sehr kritisch kommentiert wird. Aber auch in den Behörden oder Institutionen der Sozialversicherungen stellt man sich diese Fragen, wenn es um die nächsten Sparrunden geht.

Gerade vor dem Hintergrund der massiven staatlichen Verschuldung werden diese Fragen immer dringlicher gestellt werden. Darauf müssen überzeugende Antworten gefunden werden.

Der Arbeitskreis Sozialpharmazie – neuerdings die Expertengruppe Sozialpharmazie – hat sich mit diesem Thema schon das ein oder andere Mal auseinandergesetzt. Diese Überlegungen sollen hier noch einmal aus Sicht der Sozialpharmazie zusammenfassen und zur Diskussion gestellt werden.

Gliederung

1. Ausgangslage

- *Gesundheitsförderung*
- *Qualitätssicherung*

2. Ziele

- *Arzneimittelsicherheit*
- *Berichterstattung*
- *Gesundheitsförderung*

3. Umsetzung

- *Vom Konzept in die Praxis*

Zur Gliederung des Beitrags: Zunächst soll nochmals ausführlich auf die Ausgangslage eingegangen werden. Denn es ist notwendig zu wissen, in welchem Gesamtzusammenhang in Zukunft die Pflichtaufgaben Arzneimittelüberwachung und Sozialpharmazie zu sehen sind, um sie zukunftsfest und vielleicht auch noch ein Stück besser zu machen. Dabei sollen vor allem die beiden Stichworte Gesundheitsförderung und Qualitätssicherung herausgehoben werden.

Unter dem Stichpunkt „Ziele“ soll dargestellt werden, wohin die Reise gehen soll. Die drei Punkte Arzneimittelsicherheit, Berichterstattung und Gesundheitsförderung werden hier die zentrale Rolle spielen.

Am Schluss soll die Umsetzung dieser Ziele vorgestellt werden.

1. Ausgangslage

Zunächst soll nochmals an die Ergebnisse der letzten Sozialpharmazie-Fachtagung im Mai 2009 angeknüpft werden. Damals wurde das Konzept Gesundheitsförderung am Beispiel der Apotheken umfassend erörtert.

Warum war das Thema aufgegriffen worden? Für die örtliche Arzneimittelüberwachung in Nordrhein-Westfalen ist die Apotheke zunächst einmal das zentrale tägliche Thema. Betriebsgenehmigungen, Apothekeninspektionen, Heimversorgungsverträge PTA-Prüfungen usw. machen einen Großteil des täglichen Geschäfts der Amtsapothekerinnen und Amtsapotheker aus. Der fast tägliche Kontakt zu Apotheken ist

eine Möglichkeit, Ideen zur Verbesserung der Arzneimittelversorgung und zur Weiterentwicklung des Apothekenwesens in die Apotheken hinein zu tragen.

Sozialpharmazie-Fachtagung 2009: „Apotheken, Gesundheitsförderung und Gesundheitswissenschaften/Public Health“

Ca. 21.600 Apotheken: *Flächendeckende Versorgung
Qualifiziertes Personal
Anbindung an die Ziele des öffentlichen
Gesundheitswesens:
Bundesapothekerordnung,
Apothekengesetz,
SGB V, Heilberufsgesetze*

Im letzten Jahr waren gezielt alle Apothekerinnen und Apotheker eingeladen worden, nicht nur Überwachungsbeamte, um dieses Thema breit zu diskutieren. Wir konnten uns freuen, einige von ihnen begrüßen zu dürfen.

Gesundheitsförderung ist ein Konzept, das sich an alle Bereiche des Gesundheitswesens richtet. So auch an die Apotheken. Die Gesundheitsdienste sollen sich an den Zielen der Gesundheitsförderung neu orientieren; so heißt es in der zentralen Charta zur Gesundheitsförderung, der Ottawa-Charta der WHO aus dem Jahre 1986. Und da Gesundheitsförderung nicht nur ein Konzept für die Gesundheitsdienste ist, sondern auch ein Angebot für die Bevölkerung, kommen gerade die Apotheken ins Spiel. Denn mit ca. 21.600 Apotheken sind sie als niedrigschwellige Eintrittspforte zum Gesundheitswesen für fast alle Menschen schnell erreichbar. Und viele Menschen – gerade die älteren Menschen, die viele Arzneimittel einnehmen – haben ein hohes Vertrauen in die Apotheken.

Apotheken beschäftigen qualifiziertes Personal. Damit nehmen sie im Bereich des Einzelhandels eine besondere Stellung ein. Und sie bieten die Möglichkeit, Ziele der Gesundheitsförderung in den Ausbildungsgängen, in Fort- und Weiterbildung zu verankern.

Wichtig ist die Anbindung der Apotheken an die Ziele des Öffentlichen Gesundheitswesens, an die Ziele von Public Health: In der Bundesapothekerordnung heißt es bspw.: „Der Apotheker ist berufen, die Bevölkerung ordnungsgemäß mit Arzneimitteln zu versorgen. Er dient damit der Gesundheit des einzelnen Menschen und des gesamten Volkes.“ Und im Apothekengesetz heißt es: „Den Apotheken obliegt die im öffentlichen Interesse gebotene Sicherstellung einer ordnungsgemäßen Arzneimittelversorgung der Bevölkerung.“ In beiden Passagen wird deutlich: Es geht nicht nur um den Einzelfall, sondern es geht um die Gesundheit der Bevölkerung, also um Public Health. Es geht zudem nicht nur um das Geschäft Apotheke, sondern es geht um die Erfüllung eines öffentlichen Versorgungsauftrags, also um die Erfüllung eines konkreten Auftrags des Staates für den Staat. Apothekenpflicht, Arzneimittelpreisverordnung, Akademikerstatus, Fremd- und Mehrbesitzverbot sind die Privilegien, die der Staat dafür den Apotheken derzeit gewährt.

Die Einbindung in das Öffentliche Gesundheitswesen zeigt sich aber auch an den Regulierungen des SGB V und an den Heilberufsgesetzen, bspw. mit der Verkammerung des Apothekerberufs.

Die genannten Punkte machen Apotheken also attraktiv für die Gesundheitsförderung.

Sozialpharmazie-Fachtagung 2009: „Apotheken, Gesundheitsförderung und Gesundheitswissenschaften/Public Health“

*Gesundheitsförderung: Gesundheitsförderung in Apotheken
Apotheken in Public Health-Netzwerken
Gesundheitswissenschaften und Apotheken*

In der letztjährigen Veranstaltung konnten vor allem drei zentrale Punkte zu diesem Thema herausgearbeitet werden. Apotheken sind wichtige Partner der Gesundheitsförderung, weil sie den direkten Kontakt zu den Menschen in den Stadtteilen und auf dem Land haben. Maßnahmen der Gesundheitsförderung können über die Apotheken kommuniziert werden. Aber auch die zentrale pharmazeutische Leistung in Apotheken – die Information und Beratung – ist unter dem Gesichtspunkt Gesundheitsförderung eine große Chance. Denn wenn Information und Beratung darauf ausgerichtet sind, die Menschen zu befähigen, ihre Arzneimittel richtig zu nutzen bzw. im Rahmen der Selbstmedikation richtig auszuwählen, und diese Botschaft glaubwürdig in die Öffentlichkeit transportiert werden kann, dann haben Apotheken auch in Zukunft einen festen Platz im Öffentlichen Gesundheitswesen.

Apotheken hören aber auch täglich die Sorgen der Menschen ihrer Umgebung. Sie sind von daher potenziell gute Sensoren für die Sorgen der Menschen, aber auch für den Bekanntheitsgrad bzw. den Erfolg von Maßnahmen der Gesundheitsförderung. Sie können die Menschen fragen, ob bestimmte Angebote bekannt sind, sie können Informationen weitergeben, welche Selbsthilfe ihnen weiterhelfen kann und wo sich ein besonderes Engagement lohnt.

Beide Funktionen – als Multiplikator von Maßnahmen der Gesundheitsförderung, aber auch als Sensor für die gesundheitliche Lage der Bevölkerung – machen die Apotheken potenziell wertvoll für Public Health-Netzwerke in den Kommunen und darüber hinaus. Deswegen der Appell aus der damaligen Veranstaltung: Apotheken sollten die Chancen nutzen, ihre Heilberuflichkeit durch eine verstärkte Zusammenarbeit in Public Health-Netzwerken unter Beweis zu stellen.

Als dritter Punkt konnte die Bedeutung der Gesundheitswissenschaften für die Umsetzung der Gesundheitsförderung in Apotheken herausgearbeitet werden. Gesundheitswissenschaften sind in Deutschland parallel zur Konzeptentwicklung der Gesundheitsförderung entstanden. Damit gelang der Anschluss an die internationale Entwicklung, die in Deutschland durch den Nationalsozialismus und deren Folgen in der Nachkriegszeit einige Jahrzehnte unterbrochen war.

Vor allem anfangs wurden die Gesundheitswissenschaften stark vom Konzept der Gesundheitsförderung nach der Ottawa-Charta geprägt. Aber auch heute noch ist die Gesundheitsförderung ein zentrales Thema.

Die Gesundheitswissenschaften haben zudem Methoden entwickelt, wie Leistungen des Gesundheitsversorgungssystems untersucht und verbessert werden können, z.B. im Rahmen der Versorgungsforschung, der Gesundheitsökonomie und der Kommunikationswissenschaften. Viele Bereiche des Gesundheitswesens wurden auf diese Art und Weise erforscht. Die Apotheken waren fast nie unter den untersuchten Forschungsbereichen. Zwar bemüht sich die Apothekerschaft selbst darum, die Qualität ihrer Leistungen durch eigene Untersuchungen zu untermauern, doch ist es in den Gesundheitswissenschaften Konsens, dass solche Forschungen interdisziplinär, ergebnisoffen und möglichst unabhängig vom Einfluss des jeweils untersuchten Bereichs sein müssen, um belastbare Ergebnisse mit hoher Glaubwürdigkeit zu erreichen. Ziel der Veranstaltung 2009 war es daher, die Gesundheitswissenschaften auf den Forschungsbereich Apotheken aufmerksam zu machen, sowie die Apothekerschaft anzuregen, auf die Gesundheitswissenschaften zuzugehen, um Forschungsprojekte planen und durchführen zu können.

Dies waren in aller Kürze die Ergebnisse der letzten Tagung zum Thema Gesundheitsförderung und Apotheken. Die Ergebnisse werden in Kürze als Tagungsdokumentation verfügbar sein³. Damit soll auch versucht werden, für das Konzept Gesundheitsförderung zu werben.

Welche Chancen bieten sich durch das Konzept der „Gesundheitsförderung“ für die Überwachung? Dies ist das Thema der diesjährigen Veranstaltung.

Um hier zu einem Ergebnis zu kommen, sollen zunächst noch einmal wesentliche Punkte aus dem Konzept Gesundheitsförderung aufgegriffen werden.

Ottawa-Charta

Die WHO auf dem Weg zur Ottawa Charta

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) beschäftigt sich seit den siebziger Jahren mit dem Thema Gesundheitsförderung. Auf der Konferenz von Alma-Ata 1978 wurde die Politik "Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000" entwickelt. Bedeutend ist, dass Gesundheit hier als grundlegendes Menschenrecht deklariert wurde. Erstmals benannte die WHO neben dem Gesundheitssektor auch den Sozial- und Wirtschaftssektor als verantwortlich für die gesundheitliche Entwicklung. Neben der Vernetzung der Sektoren wird seitdem die Beteiligung der Bürgerinnen und Bürger als notwendig erachtet. Die Menschen werden nicht nur als passiv konsumierendes Objekt einer professionellen Gesundheitsversorgung gesehen, sondern sie sollen das handelnde und gestaltende Subjekt ihrer Gesundheit werden. Während in der traditionellen kurativen Medizin der Patient in erster Linie als der Passive und Unwissende betrachtet wird, wird ihm mit der Deklaration von Alma-Ata einerseits das Recht auf Gesundheit

³ Inzwischen veröffentlicht unter: http://www.liga.nrw.de/_media/pdf/liga-fokus/LIGA_Fokus_7.pdf

zugesprochen. Er wird aber andererseits aufgefordert, seine Gesundheit selbst in die Hand zu nehmen.

Im Jahr 1984 verabschiedeten die europäischen Mitgliedsstaaten der Weltgesundheitsorganisation (WHO) das Strategieprogramm "Gesundheit für alle" (Health for all), mit dem erstmalig eine Einigung für eine gemeinsame Gesundheitspolitik bis zum Jahr 2000 getroffen wurde. Die Strategie enthält insgesamt 38 europäische Gesundheitsziele. Inzwischen wurde das Dokument grundlegend überarbeitet und unter dem Titel "Gesundheit 21" veröffentlicht

<http://www.euro.who.int/document/health21/wa540ga199heger.pdf>. Danach setzt die Gesundheitsförderung bei den jeweiligen Lebenszusammenhängen an, mit dem Bemühen, persönliche und gesellschaftliche Verantwortlichkeiten miteinander in Einklang zu bringen, um auf eine gesündere Zukunft hinzuwirken.

*Kernsatz der Charta zur Gesundheitsförderung ist der folgende: „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**.“*

Es geht also darum, Prozesse in eine Richtung anzustoßen und zu unterstützen, die zu mehr Gesundheit führen sollen. Es wird bewusst darauf verzichtet, ein festes Ziel zu erreichen, da den Autoren bewusst war, dass dieses Ziel Gesundheit (nach der Definition der WHO: ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur eines Freiseins von Krankheit und Gebrechen) ein utopisches Ziel ist, aber in diese Richtung sollten die Prozesse gelenkt werden.

Zweiter wichtiger Punkt ist die Selbstbestimmung des einzelnen Menschen. Ein Thema, das sich gerade in den achtziger Jahren in voller Blüte befand, aber auch heute noch ein wesentliches Ziel ist. Eng damit verknüpft ist das Ziel, Menschen zu befähigen, ihre Gesundheit zu stärken, damit sie in die Lage versetzt werden, ihre Gesundheit selbst zu fördern und damit ihr Gesundheitsverhalten zu ändern.

Die Ottawa-Charta im Einzelnen

Im Jahre 1986 einigten sich die WHO-Mitgliedsstaaten auf die Inhalte der Ottawa Charta (benannt nach der kanadischen Stadt Ottawa, in der die entscheidende Konferenz stattfand). Es war die erste internationale Konferenz zur Gesundheitsförderung und die logische Konsequenz der bisherigen Aktivitäten. Denn die Charta entwickelte die bereits vorher entstandenen Ansätze und Konzepte weiter.

Um mehr Gesundheit zu erreichen, müssen die Bedürfnisse des Einzelnen wie von Gruppen befriedigt werden, so die Grundüberzeugung der Charta. Wünsche und Hoffnungen müssen umsetzbar sein. Die Menschen sollen erleben können, wie sie ihre direkte Umwelt nach ihren Vorstellungen beeinflussen können und dies nicht nur in besonderen Situationen, sondern im alltäglichen Leben und unter gleichgewichtiger Berücksichtigung individueller und sozialer Ressourcen (Empowerment).

„Das Konzept **Empowerment** stammt aus der amerikanischen Gemeindepsychologie und hat in den letzten Jahrzehnten auch Eingang in die Diskussionen um Gesundheitsförderung gefunden.

Das Empowermentkonzept ist nicht nur in der Gesundheitsförderung, in der Selbsthilfe, in der Psychiatrie oder in der Jugendhilfe ein einflussreiches Konzept. Auch die moderne Organisationsentwicklung spricht von Empowerment im Zusammenhang mit Teambildung und neuer Lernkultur in Unternehmen und Organisationen.

Empowerment zielt darauf ab, dass Menschen die Fähigkeit entwickeln und verbessern, ihre soziale Lebenswelt und ihr Leben selbst zu gestalten und sich nicht gestalten zu lassen. Gesundheitsförderer sollen durch ihre Arbeit dazu beitragen, alle Bedingungen zu schaffen, die eine „Bemächtigung“ der Betroffenen fördern und es ihnen ermöglichen, ein eigenverantwortliches und selbstbestimmtes Leben zu führen. Dies gilt für Menschen mit und ohne eingeschränkte Möglichkeiten, für Erwachsene ebenso wie für Kinder.

Prozesse des Empowerment beziehen sich auf solidarische Aktionen von oft marginalisierten Personen und Gruppen. Durch gegenseitige Unterstützung und soziale Aktion sollen diskriminierende Lebensbedingungen überwunden werden. Ergebnis dieser Prozesse ist meist die Aufhebung von Ohnmacht und ein gestärktes Selbstbewusstsein für die Betroffenen – also eine Umverteilung von Macht im Kleinen.

Die Definition von Prozessen des Empowerment fällt normalerweise nicht leicht und lässt sich eher über das Gegenteil erschließen. Wir sind (noch) zu sehr an die Sprache der Hilfsbedürftigkeit, der Schwächen und der Defizite gewöhnt: Machtlosigkeit, erlernte Hilflosigkeit, Entfremdung oder Kontrollverlust über das eigene Leben sind Begriffe, die in der psychosozialen Arbeit sehr viel häufiger gebraucht werden als ihre positiven Gegenteile.

Empowerment beschreibt einerseits Prozesse von Einzelnen, Gruppen und Strukturen hin zu größerer gemeinschaftlicher Stärke und Handlungsfähigkeit. Gesundheitsförderer können für deren Entdeckung im Alltag sensibel werden und sie gezielt fördern – durch Bereitstellung von instrumentellen Hilfen (Räumen, Finanzen etc.), gegebenenfalls durch Beratung von Personen, Gruppen oder Organisationen oder durch sozialpolitische Einflussnahme.

Professionelle Förderung von Prozessen des Empowerment benötigt die Entwicklung eines sozialen Klimas und einer professionellen Haltung, die den Fokus der Arbeit auf vorhandene oder verschüttete Ressourcen und Kompetenzen lenkt. Solche Ressourcen sind nicht begrenzt und damit erweiterbar, wenn Ressourcen auf der individuellen Ebene mit denen der Gruppenebene oder den sozialen Strukturen verbunden werden.

Um Prozesse des Empowerment anzustoßen, ist es prinzipiell viel wichtiger, Fragen zu stellen als Antworten zu geben. Dies betrifft insbesondere eine Grundfrage: Warum treten Mängel oder Knappheiten auf, die den Menschen in bestimmten Situationen das Leben schwer machen und verhindern, dass sich ihre individuellen, kollektiven und strukturellen Möglichkeiten entfalten können? Eine solche Fragestellung versucht mit einer Bestandsaufnahme gleichzeitig auch Ursachen und Hintergründe zu erkennen.

Mit dieser Frage wird die Neugier der Befragten angeregt und ein Prozess des „Suchens“ ausgelöst. Diese Aktivierung zieht Kreise, denn ein Suchprozess ist nicht denkbar ohne Kontakt zu anderen Personen oder Gruppen. Diskussionen und Erfahrungsaustausch werden notwendig und stecken möglicherweise andere an (Stark 2006).

Die Konferenz von Ottawa 1986 verstand sich hauptsächlich als Reaktion auf die steigenden Erwartungen der neuen öffentlichen Gesundheitsbewegung, die in vielen Industrieländern fast gleichzeitig entstanden war. Diskutiert wurden vorrangig die Erfordernisse in diesen entwickelten Staaten. Neben der Erklärung von Alma-Ata über gesundheitliche Grundbetreuung war die während der vorangegangenen Weltgesundheitsversammlung geführte Diskussion zum intersektoriellen Zusammenwirken für die Gesundheit die zentrale Ausgangsbasis für die Ottawa-Erklärung.

Um noch einmal kurz auf das Spannungsverhältnis von Prävention und Gesundheitsförderung einzugehen, sei an dieser Stelle aus dem Standardwerk der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) „Leitbegriffe der Gesundheitsförderung“ zum Thema Prävention zitiert:

*„Unter **Prävention** versteht man die Verhütung von Krankheiten durch Ausschaltung von Krankheitsursachen, durch Früherkennung und Frühbehandlung oder durch die Vermeidung des Fortschreitens einer bestehenden Krankheit. Prävention hat gestufte Ziele: durch spezifische Eingriffe von außen bzw. durch Selbsttätigkeit der Adressaten soll eine gesundheitliche Schädigung verhindert, weniger wahrscheinlich gemacht oder verzögert werden.*

Auf der Ebene der Ziele bzw. Zeitpunkte ist eine Dreiteilung in primäre, sekundäre und tertiäre Prävention üblich:

1. Primäre Prävention, d.h. Krankheitsverhütung, soll wirksam werden, wenn noch keine Krankheit aufgetreten ist. Die primäre Prävention umfasst die Förderung der Gesundheit und Verhütung von Krankheit durch Beseitigung eines oder mehrerer ursächlicher Faktoren der Exposition (z.B. durch Ausrottung von Virenstämmen) bzw. durch die Verhinderung bzw. Verminderung verhaltensbedingter Risikofaktoren, durch Erhöhung der organismischen Widerstandskraft von Menschen (z.B. durch Schutzimpfungen oder über Gesundheitstraining) und durch Veränderung von Umweltfaktoren, die ursächlich oder als Überträger an der Krankheitsentstehung beteiligt sind (z.B. durch Gesundheitsschutzmaßnahmen und den Abbau belastungserzeugender Arbeitsbedingungen).

2. Sekundäre Prävention, d.h. Krankheitsfrüherkennung, hat zum Ziel, Krankheiten möglichst frühzeitig zu erkennen, bevor Beschwerden oder Krankheitssymptome auftreten. Es werden krankheitsspezifische Früherkennungsuntersuchungen bei einzelnen Menschen sowie Filteruntersuchungen (engl.: „Screenings“) in ausgewählten Bevölkerungsgruppen durchgeführt. Das Fortschreiten eines Krankheitsfrühstadiums soll durch Früherkennung und -behandlung verhindert werden.

3. Tertiäre Prävention, d.h. Verhütung der Krankheitsverschlechterung, richtet sich an Patienten, bei denen bereits eine Krankheit oder ein Leiden manifest ist und behandelt wird. Hier ist das Ziel die Vermeidung oder Abmilderung von Folgeschäden und Chronifizierungen sowie die Verhütung von „Rückfällen“. Dazu werden notwendige Heil- und Folgebehandlungen so früh wie möglich eingeleitet. Tertiäre Prävention und

Rehabilitation überschneiden sich teilweise. Während Maßnahmen der tertiären Prävention rein krankheitsorientiert sind, zielt die Rehabilitation darauf ab, Kranke und ihre Umwelt nicht nur medizinisch-therapeutisch, sondern auch psychosozial und schulisch-beruflich zu einem Leben mit Krankheit oder Behinderung zu befähigen („bedingtes Gesundsein“).

Nach der Methodik bzw. den Ansatzpunkten lassen sich drei Ansätze unterscheiden:

- *medizinische Prävention, definiert durch den Einsatz medizinischer Mittel der Diagnostik und (Früh-)Behandlung, z.B. Schutzimpfungen;*
- *Verhaltensprävention mit dem Ziel der Verhaltensänderungen bei Einzelpersonen und Gruppen;*
- *Verhältnisprävention mit dem Ziel von Veränderungen der ökologischen, sozialen, kulturellen und technisch-materiellen Umwelt (Settings) und von Einrichtungen der gesundheitlichen Versorgung. Fließende Übergänge zur Gesundheitsförderung bestehen in erheblichem Maße bei der Verhältnisprävention (z.B. bei Interventionen in Settings wie Betrieben oder der Schule). Aber auch ursprünglich als Verhaltensprävention konzipierte Maßnahmen können über Gesundheitserziehung, Gesundheitsberatung oder Patientenschulung hinausgehen, wenn sie eine systemische Perspektive einnehmen. Ein exemplarisches Beispiel hierfür ist die Kampagne zur Suchtprävention „Kinder stark machen“ der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA).*

Auf der Ebene der konzeptionellen Zugänge lassen sich drei Formen unterscheiden:

- *die auf spezifische Krankheiten und Krankheitsursachen bezogene Prävention (ätiologisch und nosologisch orientierte Prävention);*
- *der Ausgleich von Gefährdungs- und Erkrankungsunterschieden zwischen verschiedenen sozialen und gesundheitlichen (Risiko-) Gruppen (Konzept der relativen Risiken);*
- *die Bekämpfung von Epidemien bzw. Unterstützung von abnehmenden Gefährdungen (Konzept der Epidemien und Regressionen).*

Auch bei den Strategien der Prävention gibt es drei sich teilweise überschneidende Zugänge:

- *die Ausschaltung oder Minimierung von Gesundheitsrisiken;*
- *die Verringerung der Zahl von Betroffenen, d.h. der von einem Risiko betroffenen bzw. gegenüber einer Krankheit exponierten Menschen;*
- *die Schulung, Beratung und Gesundheitserziehung aller von Gesundheitsrisiken Betroffenen.*

Es sind nie sämtliche Lebens- und Gesundheitsrisiken vermeidbar. Die Auswahl von Risiken und Krankheiten, bei denen Maßnahmen der Prävention eingesetzt werden (sollen), ist immer von sozialen Interessen und professionellen Machtpositionen mitbestimmt. Risikobewertungen und ihre Kommunikation spiegeln nicht nur individuelle, sondern immer auch öffentliche, soziale und politische Entscheidungsprozesse wider.

Präventive Interventionen verlangen, ebenso wie in der Gesundheitsförderung, weitreichende Kenntnisse über Lebensweisen und Lebenslagen der Zielgruppen und Adressaten, über ihre Gesundheitskonzepte und alltäglichen Handlungsoptionen sowie

die gesicherte Partizipation aller Beteiligten. Wie die deutschen Gesundheitsminister in der Entschließung ihrer 64. Konferenz 1991 hervorhoben, ist Gesundheitsförderung erst dann realisiert, wenn Verhaltensprävention und Verhältnisprävention miteinander verknüpft werden. Primäre Prävention und Gesundheitsförderung wurden bis Mitte der 1990er Jahre oft entweder pragmatisch gleichgesetzt oder als ideologisches Gegensatzpaar aufgestellt. Inzwischen hat sich eine differenzierte und auf Integration hinarbeitende Sichtweise durchgesetzt“ (Franzkoviak 2006).

Manche Autoren sprechen bei der Entwicklung der Gesundheitsförderung von der dritten Public-Health-Revolution (Breslow 1999, nach: Hurrelmann, Laaser ... 2006, 765). Während sich die erste „Revolution“ dadurch auszeichnete, dass durch *biohygienische und sozialhygienische* Ansätze die Gesundheit der Bevölkerung maßgeblich verbessert werden sollte, führte die zweite Public Health-Revolution zu der Erkenntnis, dass sich gesundheitsschädliche *Risikofaktoren* durch die Beeinflussung des individuellen gesundheitsrelevanten Verhaltens zurückdrängen lassen. Hieraus haben sich viele bevölkerungsbezogene Erziehungs-, Aufklärungs- und Präventionskonzepte entwickelt, die auf eine Reduzierung von Stressfaktoren jeder Art (eben den Risikofaktoren) zielten.

Maßgeblich beteiligt an der Entwicklung des Konzeptes **Gesundheitsförderung** war der amerikanisch-israelische Soziologe Aaron Antonovsky (geboren 1923 Brooklyn, New York, gestorben 1994 Israel). Während seiner Zeit am Applied Social Research Institute beschäftigte sich Antonovsky mit Studien, die sich Frauen widmeten, die in Zentraleuropa zwischen 1914 und 1923 geboren waren. Einige von ihnen waren Überlebende aus Konzentrationslagern. Dabei fiel ihm auf, dass sich 29% der ehemals internierten Frauen trotz extremer Stressfaktoren, denen sie während ihres Lebens ausgesetzt waren, in einem guten mentalen Zustand befanden. Dies führte ihn zu der Fragestellung, was hält Menschen trotz großer Belastungen gesund?

Antonovsky stellte den Begriff Salutogenese in den Vordergrund und benutzte ihn bewusst im Gegensatz zur Pathogenese. Er hinterfragte die Krankheits- und Risikoorientierung der damals vorherrschenden Präventionsstrategien. Das Konzept der Salutogenese entwickelte Antonovsky während der 1970er Jahre und erregte 1979 große Aufmerksamkeit mit der Veröffentlichung seines Buches *Health, stress, and coping*.

Auch an einem biomedizinischen Modell, nämlich an einem Versuchsaufbau mit Ratten, lässt sich der Ansatz verdeutlichen: Danach werden – vereinfacht ausgedrückt – die Tiere in drei Versuchsgruppen eingeteilt. Die erste Gruppe wird unausweichlichen Schockzuständen ausgesetzt. Der zweiten Gruppe gibt man die Möglichkeit, diesen Schocks auszuweichen, die Situation demnach zu beherrschen. Der dritten Gruppe versetzte man keinen Schock. Misst man vor und nach dem Schockversuch in ausreichendem zeitlichen Abstand das Ausmaß der Immunsuppression, stellt man fest, dass – wie erwartet – die Tiere, die dem Schock ausgesetzt wurden und ihm nicht ausweichen konnten, am meisten unter Immunsuppression litten. Diejenigen Tiere aber, die zwar dem Schock ausgesetzt wurden, ihn aber bewältigen konnten, wiesen den besten Immunstatus auf, besser noch als die Tiere der Kontrollgruppe. Die Fä-

higkeit, „Kontrolle“ über den „Stressor“ auszuüben, verhinderte somit offensichtlich die Immunsuppression – so die These.

Im salutogenetischen Modell werden Gesundheit und Krankheit als zwei Pole eines Kontinuums dargestellt, auf dem der Einzelne ständig seine Position wechselt. Wo immer er sich befindet, auf allen Positionen des Kontinuums – bis auf die extremen Pole – besteht die Möglichkeit, durch Stressfaktoren krank zu werden oder Ressourcen zu nutzen, die den Gesundheitszustand verbessern. Jeder noch so gesunde Mensch ist sterblich und vielleicht auch 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 Antonovsky auch 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, die Situation etwas besser zu ertragen (Antonovsky 1997, 22).

Stressoren: Welche Belastungen und Herausforderungen Menschen erleben, wie sie diese Belastungen bewerten und wie sie mit ihnen umgehen, hat Einfluss auf ihre gesundheitlichen Ressourcen, Risiken und ihre Gesunderhaltung. Art und Zeitpunkt der Entstehung von aktuellen Gesundheitsbeschwerden sowie von chronisch-degenerativen Erkrankungen werden mitbestimmt durch unterschiedliche Stärken und Bewertungen von negativen Belastungen. Von vergleichbarer Bedeutung ist die Einschätzung der eigenen Bewältigungsressourcen. Zugleich spielt die gelungene Bewältigung von erlebten Belastungen eine wesentliche präventive Rolle in der Vermeidung von individuellen Gesundheitsrisiken und ihren Nachfolgekrankheiten.

Als Stress bezeichnet man einen Zustand des Ungleichgewichtes. Stress kann sowohl negative als auch positive Seiten haben. Positiver Stress wird oft als „Eustress“ bezeichnet. Er wird als Herausforderung empfunden und motiviert zum aktiven, gestaltenden Handeln. Gesundheitsbelastender negativer Stress wirkt hingegen als „Disstress“. Er wird als belastender Konflikt empfunden, ruft negative Gefühle wie Angst und Hilflosigkeit hervor und führt zu Handlungsverhinderung bzw. Ausweichverhalten.

Als Folge der gedanklichen Bewertungen ergreifen Menschen besondere Strategien der Problemlösung und Bewältigung („Coping“). Bewältigungsverhalten umfasst alle gezielten Reaktionen eines Organismus auf Stress: das sind alle Versuche, Stressoren in den unterschiedlichsten Lebensbereichen sowie entsprechende emotionale Belastungen zu meistern. Ob das „Coping“ gelingt, ist abhängig vom Grad der persönlichen und sozialen Ressourcen, über die ein Mensch in Stresssituationen verfügen kann. Ressourcen sind alle verfügbaren Kräfte und Mittel in sich und in seiner Umwelt, die ein Mensch aktivieren kann. Die Aktivierung dient dazu, mit Belastungen fertig zu werden, Konflikte zu lösen und letztlich die eigene Gesundheit zu gestalten oder wieder herzustellen. Es kommt darauf an, über welche Handlungskompetenzen eine Person aktiv verfügt und auf welche Problemlösungsangebote bzw. Protektivfaktoren sie in ihrer sozialen Umwelt zugreifen kann. Erfolgreiche Bewältigungsstrategien sind gesundheitliche Ressourcen.

Menschen können nur dann ein „psychosoziales Immunsystem“ entwickeln, wenn sie im Rahmen sozialer Unterstützung zu konstruktiven Bewältigungsstilen gegenüber

Belastungen fähig sind bzw. befähigt werden. Die Modelle zur Stressbewältigung weisen auf die Chancen zur Gesundheitsförderung hin, Menschen zu ermutigen und zu befähigen, Probleme und Alltagsbelastungen eigenständig zu bewältigen. Der aktiv handelnde Mensch wird herausgestellt. Durch Gesundheitsförderung sollen und können Betroffene befähigt werden, zielgerichtet die Erhaltung und Verbesserung ihrer Gesundheit in Angriff zu nehmen. Als Praxisstrategien dienen dazu sowohl die persönliche Kompetenzförderung und -erweiterung als auch der Aufbau und die Intensivierung von Netzwerken der sozialen Unterstützung.

Eine Einschränkung ist allerdings unvermeidlich. Ob die Bewältigung dauerhaft gelingt, hängt nicht nur von der Steigerung persönlicher und gemeinschaftlicher Bewältigungsmöglichkeiten ab. Art, Intensität und Pathogenität von Belastungen werden in entscheidendem Maße von der strukturellen Lebenslage jedes Menschen mit bestimmt. Die Lebenslage reguliert die Wahrscheinlichkeit des Auftretens, die Wahrnehmung von Belastungen, ihre Bewertung und das Ausmaß der erfolgreichen Bewältigung in erheblichem Maße. Insbesondere bei sozialer Ungleichheit und Benachteiligung sind daher Förderungs- oder Erziehungsmaßnahmen, die allein auf das Individuum zielen, wenig erfolgversprechend ohne unterstützende strukturelle Eingriffe (Franzkoviak 2006).

Am folgenden Bild Antonovskys lässt sich der Anspruch, eine neue Sichtweise von Krankheit und Gesundheit zu versuchen, gut verdeutlichen. Stellt man sich einen Fluss vor, in dem Menschen schwimmen, sucht die therapeutische Denkrichtung Mittel und Wege, die Menschen, die sich in einer Notlage befinden, vom Ufer aus zu retten und zu behandeln, teilweise sogar mit dem Anspruch, sie aus dem Fluss herauszufischen. Die Denkrichtung der Prävention geht weiter flussaufwärts und sucht die Ursachen, warum die Menschen im Fluss hilfsbedürftig wurden. Falls Faktoren gefunden werden, kann mit Präventionsmaßnahmen versucht werden, die Ursachen zu bekämpfen. Das salutogenetische Denken von Antonovsky geht davon aus, dass niemand und nichts die Menschen im Fluss hilfsbedürftig gemacht hat, sondern dass die Menschen mit der Zeugung Teil des Flusses geworden sind. Dieser Fluss besteht aus vielen Verzweigungen und erneuten Zusammenflüssen, hat Stromschnellen und ruhige Abschnitte, so dass der Weg jedes Menschen ein individueller und mit unterschiedlichen Herausforderungen gepflasterter Weg ist. Ob ein Mensch größeren oder kleineren Herausforderungen ausgesetzt wird, ist nur zum Teil durch ihn selbst beeinflussbar. Am Ende aber führt der Weg für alle unweigerlich beim großen Wasserfall in den Tod. Auf dem Weg dorthin haben manche Menschen kaum Möglichkeiten, die kleineren oder größeren Stromschnellen zu bewältigen. Sie werden krank, und wenn es ihnen nicht gelingt, die Situation zu meistern oder bei Einmündungen den richtigen Weg einzuschlagen, besteht die Gefahr des frühen Todes. Andere wiederum haben die Fähigkeit (erlernt), sich über Wasser zu halten, z. T. sogar auf Kosten anderer. Es gibt aber niemanden, dem es möglich ist, neben dem Fluss zu gehen. Jeder ist täglichen Herausforderungen ausgeliefert, und es ist nach Antonovsky die Aufgabe, Antworten darauf zu finden, warum manche die Möglichkeit haben, trotz der Stressoren den großen und letzten Wasserfall lebend und teilweise sogar fast gesund zu erreichen.

Antonovsky möchte seinen salutogenetischen Ansatz nicht als Konkurrenz zum pathogenetischen Ansatz verstanden wissen, sondern als Ergänzung. Es sei weiterhin notwendig, nach Stressoren zu suchen, die Krankheiten verursachen können, aber man dürfe dabei nicht stehen bleiben, sondern müsse auch nach Faktoren suchen, die Gesundheit fördern.

Gesundheitsförderung ist ein umfassendes Konzept, das sich auf der Ebene des einzelnen Menschen, der Ebene von Bevölkerungsgruppen aber auch von Kommunen und Ländern auswirken soll. An dieser Stelle soll auf einzelne Handlungsebenen eingegangen werden:

Gesundheitsfördernde Gesamtpolitik: Die Erklärung setzt sich bei der Forderung nach politischen Initiativen explizit dafür ein, sich nicht allein auf den klassischen Sektor der Gesundheitspolitik zu verlassen: „Gesundheitsförderung beinhaltet weit mehr als medizinische und soziale Versorgung. Gesundheit muss auf allen Ebenen und in allen Politiksektoren auf die politische Tagesordnung gesetzt werden. Politikern müssen dabei die gesundheitlichen Konsequenzen ihrer Entscheidungen und ihre Verantwortung für die Gesundheit verdeutlicht werden ... Ein solches gemeinsames Handeln führt dazu, ungefährlichere Produkte, gesündere Konsumgüter und gesundheitsförderliche soziale Dienste zu entwickeln sowie eine gesündere und erholzamere Umwelt zu schaffen.“

Gesundheitsförderliche Lebenswelten schaffen: Das Umfeld der Menschen muss nach den Worten der Charta eine gesundheitsförderliche Lebenswelt sein. „Die Art und Weise, wie eine Gesellschaft die Arbeit, die Arbeitsbedingungen und die Freizeit organisiert, sollte eine Quelle der Gesundheit und nicht der Krankheit sein. Gesundheitsförderung schafft sichere, anregende, befriedigende und angenehme Arbeits- und Lebensbedingungen“. Dabei wird ein Schwerpunkt auf den Schutz der Umwelt sowie auf die „Erhaltung der vorhandenen natürlichen Ressourcen“ gelegt.

Gesundheitsdienste neu orientieren: Als nächstes wird von den Gesundheitsdiensten eine Neuausrichtung ihres Arbeitsfeldes am Ziel Gesundheitsförderung – und damit weit über den medizinisch kurativen Ansatz hinaus – erwartet. Dabei sollen unterschiedliche kulturelle Gegebenheiten und Wünsche der Betroffenen nach einem gesunden Leben aufgegriffen und unterstützt werden. Die Dienste sollen dabei andere politische, soziale und ökonomische Kräfte berücksichtigen und diese unterschiedlichen Politikfelder – am Thema Gesundheit orientiert – koordinieren.

Gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen unterstützen: Gesundheitsförderung wird realisiert im Rahmen konkreter und wirksamer Aktivitäten von Bürgerinnen und Bürgern in ihrer Gemeinde: in der Erarbeitung von Prioritäten, der Herbeiführung von Entscheidungen sowie bei der Planung und Umsetzung von Strategien. Die Unterstützung von Nachbarschaften und Gemeinden im Sinne einer vermehrten Selbstbestimmung, ihre Autonomie und Kontrolle über die eigenen Gesundheitsbelange zu stärken, ist ein zentrales Anliegen der Gesundheitsförderung.

Persönliche Kompetenzen entwickeln: Durch Bildung, durch lebenslanges Lernen und durch die Entwicklung sozialer Kompetenzen sollen die Menschen in die Lage versetzt werden, ihre Gesundheit verstärkt selbst in die Hand zu nehmen. Dies ist besonders wichtig, um die Veränderung des Krankheitspanoramas bewältigen zu können (chronische Erkrankungen). In diesem Zusammenhang spielt das Empowerment-Konzept (s.o.) eine entscheidende Rolle.

Wenn man sich nochmals die Voraussetzungen der Apotheken vor Augen führt,

- flächendeckende Präsenz
- hoher Vertrauensbonus in der Bevölkerung, Fremdsprachen
- niedrigschwellige Eintrittspforte zum Gesundheitswesen
- Verankerung im Stadtteil / Dorf
- gut ausgebildetes Personal
- Apotheken erreichen alle Bevölkerungsgruppen

erkennt man die Chancen, die die Apotheken im Konzept der Gesundheitsförderung haben.

Aber man erkennt auch, dass die Apotheken im Konzept der Gesundheitsförderung gebraucht werden:

- als Multiplikator für Aktionen
- als Gesundheitsförderer, als Präventionsanbieter
- als Netzwerker
- Apotheken als Sensor für Maßnahmen der Gesundheitsförderung
- als Wissenschaftler, um an Evaluationen teilzunehmen und Projekte voranzubringen

Um wieder auf das Thema dieser Veranstaltung zurückzukommen: Braucht das Konzept der Gesundheitsförderung die Arzneimittelüberwachung?

Für die diesen Vortrag vorbereitende Gruppe ergibt sich aus dem bisher Gesagten eindeutig: Das Konzept Gesundheitsförderung braucht die Arzneimittelüberwachung!

Dies soll nochmals mit der These der Ottawa-Charta begründet werden. Dort wird gefordert, dass sich alle Gesundheitsdienste an dem Konzept der Gesundheitsförderung orientieren sollen. Dazu heißt es:

„Die Verantwortung für die Gesundheitsförderung wird in den Gesundheitsdiensten von Einzelpersonen, Gruppen, den Ärzten und anderen Mitarbeitern des Gesundheitswesens, den Gesundheitseinrichtungen und dem Staat geteilt. Sie müssen gemeinsam darauf hinarbeiten, ein Versorgungssystem zu entwickeln, das auf die stärkere Förderung von Gesundheit ausgerichtet ist und weit über die medizinisch-kurativen Betreuungsleistungen hinausgeht.

Die Gesundheitsdienste müssen dabei eine Haltung einnehmen, die feinfühlig und respektvoll die unterschiedlichen kulturellen Bedürfnisse anerkennt. Sie

sollten dabei die Wünsche von Individuen und sozialen Gruppen nach einem gesünderen Leben aufgreifen und unterstützen sowie Möglichkeiten der besseren Koordination zwischen dem Gesundheitssektor und anderen sozialen, politischen, ökonomischen Kräften eröffnen.

Eine solche Neuorientierung von Gesundheitsdiensten erfordert zugleich eine stärkere Aufmerksamkeit für gesundheitsbezogene Forschung wie auch für die notwendigen Veränderungen in der beruflichen Aus- und Weiterbildung. Ziel dieser Bemühungen soll ein Wandel der Einstellungen und der Organisationsformen sein, die eine Orientierung auf die Bedürfnisse des Menschen als ganzheitliche Persönlichkeit ermöglichen“ (Ottawa-Charta).

Für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) und hier speziell die Arzneimittelüberwachung ist zu diskutieren: Wie lassen sich das Aufgabenspektrum und die Ergebnisse der Arzneimittelüberwachung besser als bisher in Public Health-Netzwerke einbringen?

Um noch mal an den zentralen Satz der Ottawa-Charta zu erinnern, der sich auch in dieser These widerspiegelt:

„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**.“

Die Bundesländer haben im Jahre 1991 das Konzept auf der 64. Gesundheitsministerkonferenz (GMK) aufgegriffen: Im Abschlusspapier heißt es: „Die GMK ist sich einig, dass präventive Gesundheitspolitik in den letzten Jahren eine vordringliche Bedeutung gewonnen hat. Sie hält es für erforderlich, dass die Begrenzung der traditionellen Handlungsfelder überwunden und diese durch Maßnahmen der Gesundheitsförderung ergänzt werden.“

„Die GMK hält es für unverzichtbar, dass gesundheitliche Belange bei allen öffentlichen Planungen über den Krankheitsbezug hinaus berücksichtigt werden. Dabei soll das Anliegen ‘Gesundheit’ ressortübergreifend - also auch in primär nicht gesundheitsbezogenen Bereichen - angesprochen, in Entscheidungen einbezogen und auch durch aktive Bürgerbeteiligung verwirklicht werden.“

Diese zentralen Forderungen sollen hier mit dem Tätigkeitsbereich der Arzneimittelüberwachung in Beziehung gesetzt werden:

Prävention: Wenn der Prävention vordringliche Bedeutung zugemessen wird, dann sind es gerade die Behörden, die diese Forderung erfüllen (können). Bei der Genehmigung für Gesundheitseinrichtungen, wie Apotheken, oder bei Inspektionen sind sie ganz gezielt in der Verhältnisprävention aktiv. Sie sorgen dafür, dass die Bevölkerung auf sichere Produkte und Versorgungsstrukturen zurückgreifen kann.

Begrenzung der traditionellen Handlungsfelder überwinden: Mit der Übernahme sozialpharmazeutischer Aufgaben hat die örtliche Arzneimittelüberwachung ihr traditionelles Handlungsfeld überwunden. Standen die Überwachungsbeamten bis 1998 allein durch Kontroll- und Genehmigungsverfahren an erster Front, so kann das neue

Aufgabenfeld Sozialpharmazie Brücken bauen, um Erkenntnisse aus der Überwachung in Public Health-Netzwerke einzuspeisen.

Gesundheit bei öffentlichen Planungen berücksichtigen: Die Überwachung kann diese Forderung bei Genehmigungsverfahren erfüllen. Inwieweit alle Aspekte von Gesundheit immer berücksichtigt werden oder werden können, sei einmal dahin gestellt. Das Ziel, Gesundheit in seinen ganzen Dimensionen bei Genehmigungen zu berücksichtigen, sollte jedenfalls immer beachtet werden.

Bürgerbeteiligung: Dieser Bereich ist in der Arzneimittelüberwachung sicherlich (noch?) nicht von großer Bedeutung. Bürger werden nur dann involviert, wenn sie im Rahmen von Genehmigungen und Erlaubnissen, sowie im Rahmen von Inspektionen mit der Überwachung zu tun haben. Aber in den letzten 20 Jahren hat sich die Überwachung von der rein paternalistischen und ggf. autoritären Praxis verabschiedet. Die Überwachungsbeamten sind angehalten, der Information und Beratung der Antragsteller bzw. der Überwachten gegenüber Vorrang einzuräumen, bevor ggf. mit harten behördlichen Maßnahmen „durchgegriffen“ wird.

Die Bürgerbeteiligung, wie sie die 64. Gesundheitsministerkonferenz einfordert, ist allerdings nur in seltenen Ausnahmefällen im Blickfeld der Überwachung. Weiter unten wird dieser Punkt aber nochmals aufgegriffen.

Der Leitgedanke der Bürgerbeteiligung ist eine gute Überleitung zu den gesellschaftlichen Veränderungen, die zu nennen sind, will man die Gesundheitsförderung und die Notwendigkeit der Weiterentwicklung von Arzneimittelüberwachung und Sozialpharmazie ausreichend sicher verorten.

Gesellschaftlicher Wandel in den letzten Jahrzehnten und Auswirkungen auf das Gesundheitswesen

Allgemein

Abkehr vom Paternalismus als Leitbild,
Kritik an autoritären Strukturen

Selbstbestimmung und bürgerliches
Engagement

Verrechtlichung, Stärkung der Bürger-
rechte

Finanzielle Engpässe

Informationsgesellschaft

Bedeutungszuwachs von Gesundheit,
demogr. Wandel

Im Gesundheitswesen

Arzt-Patienten-Verhältnis

Selbsthilfegruppe, Patientenberatung

Patientenrechte, Bürokratisierung, In-
formationsfreiheitsgesetz, QS

Eigenbeteiligung, Selbstmedikation

Qualitätssicherung

Gesundheitswirtschaft

Spätestens seit Ende der sechziger Jahre wurden autoritäre Strukturen radikal in Frage gestellt. Die sich daraus entwickelnde libertäre und antiautoritäre Bürgerrechtsbewegung setzte sich zum Ziel, die Freiheit des Einzelnen zu stärken und die Macht von staatlichen Behörden und autoritären Institutionen zu schwächen. Selbstbestimmung und bürgerschaftliches Engagement wurden bedeutende Ziele. Letztlich führte dies aber auch zu einer Verrechtlichung und Bürokratisierung der Verhältnisse von Staat zu seinen Bürgern. Als ein Beispiel sei die Qualitätssicherung hier genannt, worauf später noch einzugehen sein wird.

Parallel zu dieser Entwicklung lassen sich allerdings zunehmend finanzielle Engpässe erkennen, die sich in jüngster Zeit zu einem Schuldenberg aufgetürmt haben. Schon in den siebziger Jahren begann die Diskussion über Kostenexplosion, Einnahmeausfälle und Schuldenfalle, eine Entwicklung, die sich derzeit immer weiter zuspitzt. Diese finanziellen Engpässe werden die zukünftigen Diskussionen in allen gesellschaftlichen Bereichen entscheidend beeinflussen und daher auch nicht vor der Arzneimittelüberwachung stehen bleiben. In diesem Zusammenhang sei die demographische Entwicklung als weiterer Problembereich angeführt, die in Zukunft weitere finanzielle Engpässe nach sich ziehen könnte.

Von sicherlich großer Bedeutung ist auch die Entwicklung der elektronischen Medien und der sie nutzenden Informationsgesellschaft. Dies führt einerseits zu einer Beschleunigung vieler Arbeitsabläufe, andererseits steigen die Anforderungen an die Transparenz in den Behörden und Institutionen. Es lassen sich Ergebnisse schneller dokumentieren, auswerten und diskutieren. Dies wird auch von der Gesellschaft eingefordert.

Nicht zu vergessen ist auch der Bedeutungszuwachs des Themas Gesundheit. Von allen Seiten wird die Wichtigkeit von Gesundheit für den Einzelnen wie für die Gesellschaft als Ganzes hervorgehoben. Fitness-Bewegung und prosperierende Gesundheitswirtschaft zeigen Wachstumsraten, von denen andere Wirtschaftsbereiche nur träumen können.

Wie haben sich die gesellschaftlichen Veränderungen auf das Gesundheitswesen ausgewirkt und wie wirken sie auch heute noch nach?

Ein kurzer Blick auf die alternativ kritische Gesundheitsbewegung sei hier eingefügt. Schon in den siebziger Jahren des vergangenen Jahrhunderts wurden nach einer Phase euphorisch stimmender Erfolge der Schulmedizin Stimmen laut, die die Bedeutung weiterer Determinanten für Gesundheit neben der kurativen Schulmedizin hervorhoben. Ivan Illich war mit seinem Werk „Nemesis der Medizin“ sicherlich ein besonders profilierter Vertreter dieser Kritik. Er geißelte den absoluten Vorrang der naturwissenschaftlichen Medizin mit dem Versuch, immer weitere Bereiche des Lebens der ärztlichen Kontrolle und der Medikalisierung zu unterwerfen. Damit würden die Fähigkeiten der Menschen beschnitten, Krankheiten selbst zu meistern und Gesundheit durch Selbstbestimmung zu fördern. Es könne nicht sein, dass die Medizin die Menschen entmündige und so von ihren Methoden abhängig mache.

Mit der drastischen Zunahme chronischer Erkrankungen und der Bedeutungsabnahme aktueller infektiöser Erkrankungen wurde diese Sichtweise immer wieder aufgegriffen und klingt auch in der Ottawa-Charta an der einen oder anderen Stelle nach.

“A new perspective on the health of Canadians”, 1974, war ebenfalls ein Ausbruch aus traditionellem Denken über den Umgang mit Krankheit und Gesundheit. In Kanada wurde vom Gesundheitsminister Marc Lalonde dieser international richtungweisende Bericht vorgelegt: (Ein neuer Blick auf die Gesundheit der Kanadier). Lalonde legte ein neues Denkmodell vor und nannte es “the health field concept”. Es beinhaltete vier Handlungsfelder einer modernen Gesundheitspolitik: biologische Faktoren, die physische Umwelt, Lebensstile und Gesundheitsdienste.

Viele dieser Gesundheitsdeterminanten liegen außerhalb des medizinischen Versorgungssystems.

Damit läutete Lalonde nicht nur eine neue Phase der Expansion der Gesundheitspolitik in andere gesellschaftliche Bereiche ein, er sprach auch ein zentrales Moment der Veränderung zwischen der ersten und der zweiten Moderne an: die Systeme, die geschaffen wurden, um den anstehenden Problemen Herr zu werden, werden selbst zum Problem. Dies bewahrheitet sich heute auch wieder und zeigt sich bspw. darin, dass sich dieses Problembewusstsein inzwischen sogar innerhalb der Ärzteschaft zum Teil durchgesetzt hat: Die Pharmakotherapie ist nicht nur ein wichtiges Werkzeug der ärztlichen Therapie sondern auch ein „Hochrisikoprozess“ (Grandt 2005).

Ein weiterer Impulsgeber war die Frauenbewegung, die mit dem Buch „Our Bodies, Ourselves“ eines Autorenkollektivs einer Non-Profit-Organisation aus den USA das Selbstbestimmungsrecht der Frau in der Medizin proklamierte und damit die Frauengesundheitsbewegung stark voran brachte.

Diese gesellschaftlichen Entwicklungen gilt es zu berücksichtigen, wenn die Veränderungen im Gesundheitswesen eingeordnet werden sollen:

Im Arzt-Patienten-Verhältnis trägt der alte Paternalismus als Leitbild eines partnerschaftlichen Verhältnisses nicht mehr. Gerade chronisch Kranke werden im Laufe der Zeit zu Experten ihrer Gesundheit und wollen mit dem Arzt beraten, was für sie das Richtige ist.

In Selbsthilfegruppen oder in Patientenberatungseinrichtungen erhalten die Menschen das nötige Rüstzeug, um sich mit ihrer Erkrankung zurecht zu finden und das Optimum einer Beratung beim Arzt (oder Apotheker) zu erzielen.

Ebenfalls lässt sich die Stärkung der Patientenrechte feststellen. In allen Bundesregierungen gibt es inzwischen Patientenvertreter, in Krankenhäusern Ombudsleute. Patientenrechte sollen in naher Zukunft sogar in einem Patientenschutzgesetz zusammengefasst werden, so eine politische Forderung. Um Rechte zu erhalten und durchzusetzen, werden neue Anforderungen an die Leistungserbringer und die Krankenkassen gestellt, die sich oftmals in neuen bürokratischen Verfahren niederschla-

gen. Anbieter von Leistungen müssen heute darstellen können, was sie gemacht haben, um im Notfall nachzuweisen, dass kein Fehler vorgefallen ist.

Informationsfreiheitsgesetze sind ebenfalls die Folge dieser gesellschaftlichen Entwicklung, mit denen die Bürger das Recht erhalten, sich in den Behörden und Institutionen über die dort vorliegenden Informationen kundig zu machen.

Auch die Qualitätssicherung ist die Folge dieser Entwicklung der Verrechtlichung, aber auch die Folge der knapper werdenden Ressourcen. Denn wenn weniger Geld vorhanden ist, muss eine Leistung so effektiv wie möglich angeboten werden. Wenn der Bürger verstärkt zur Kasse gebeten wird – was in Zukunft sicherlich noch häufiger der Fall sein wird – kann man davon ausgehen, dass Qualitätssicherung weiter an Bedeutung gewinnen wird.

Die moderne Gesundheitsbewegung sowie die Erkenntnisse der Gesundheitswissenschaften haben dazu beigetragen, breiter über das Thema Gesundheit und Krankheit zu sprechen. Innerhalb der Gesundheitswissenschaften redet heute niemand mehr darüber, das nur ein oder nur wenige Faktoren für Gesundheit und Krankheit ursächlich verantwortlich sind.



Gesundheitswissenschaftler sind sich einig, dass ein ganzes Bündel von Determinanten für das Gelingen eines möglichst gesunden Lebens notwendig ist. Alter, Geschlecht, erbliche Faktoren haben eine Bedeutung, das ist sicher. Genauso sicher ist aber auch, dass sozial und kulturell begründete Lebensweisen Einfluss auf die Gesundheit haben. Diese wiederum werden wesentlich von den Anforderungen und

Chancen des Einzelnen in seinen Lebenswelten mitbestimmt. Letztlich sind auch allgemeine sozioökonomische und umweltbedingte Verhältnisse ein wichtiger Baustein für ein gesundes Leben.

Doch zurück zum eigentlichen Thema. Neben den genannten Veränderungen soll auch der Bedeutungszuwachs von Beratung genannt werden. Wir erleben dies, wenn verstärkt Beratung in Apotheken gefordert wird und dies sich bspw. auch in den Ausbildungsgängen der Apotheker und PTA niederschlägt. Pharmakologie und Klinische Pharmazie sind wichtige Bausteine auf dem Weg zur Apotheke als Beratungseinrichtung.

Auf den Bedeutungszuwachs für die Überwachungstätigkeit ist ja bereits eingegangen worden.

Wichtig ist an dieser Stelle der Hinweis, dass im Zuge der gesellschaftlichen Entwicklungen auch neue Strukturen aufgebaut wurden. Zu nennen sind hier die Selbsthilfe und die Patientenberatung, die beide aus Geldern der Gesetzlichen Krankenversicherung wesentlich mitfinanziert werden.

Im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), der bei der Bewertung von Leistungen für GKV-Versicherte große Bedeutung hat, sitzen nicht allein wie früher nur Ärzte und Kassenvertreter, inzwischen sind auch Patientenvertreter dabei und dürfen mitdiskutieren, wenn auch nicht mitentscheiden.

Auf die Einrichtung von Patientenbeauftragten und Ombudsleute ist bereits weiter oben eingegangen worden.

Auch in der Qualitätssicherung ist es zum Aufbau neuer Strukturen gekommen. Es gibt inzwischen unzählige Firmen, die ihre Dienste zum Aufbau eines Qualitätsmanagementsystems anbieten. Auch bspw. die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Apothekerkammern beteiligen sich an der Qualitätssicherung. Nicht zuletzt der Aufbau des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) gehört an dieser Stelle genannt.

In den neunziger Jahren haben viele Bundesländer Ideen der Gesundheitsförderung aufgegriffen und in die neuen ÖGD-Gesetze implementiert. Letztlich ist auch die Sozialpharmazie über die Gesundheitsförderung in das ÖGD-Gesetz hineingekommen.

Mit dem Aufbau gesundheitswissenschaftlicher Einrichtungen seit Ende der achtziger Jahre ist Deutschland dabei, den Anschluss an die internationale Public Health-Bewegung zu schaffen. Inzwischen existieren viele universitäre Einrichtungen, die in Forschung und Lehre das weite Feld Gesundheit und Gesundheitsversorgung bearbeiten. Die Zusammenarbeit mit dem Öffentlichen Gesundheitsdienst ist allerdings im Vergleich zu anderen Ländern noch nicht so weit vorangeschritten, wie es wünschenswert wäre.

Qualitätssicherung

Die Bedeutung der Qualitätssicherung ist ja bereits weiter oben kurz angedeutet worden. An dieser Stelle sollen die wesentlichen Aspekte der Qualitätssicherung im Zusammenhang mit dem Thema genannt werden.

Qualitätssicherung ist zunächst eine Folge der Verrechtlichung vieler Bereiche der Wirtschaft und Verwaltung. Ohne ein schlüssiges Qualitätssicherungssystem lassen sich viele juristische Auseinandersetzungen nicht mehr gewinnen. Es muss bspw. nachgewiesen werden, dass Ergebnisse der Überwachung nach dem Stand von Wissenschaft und Technik erarbeitet wurden, ansonsten ist es oftmals schwer, vor Gericht Sachverhalte ausreichend beweisen zu können.

Der Durchmarsch der Qualitätssicherung ist sicherlich aber auch eine Folge der Bürgerrechtsbewegung und des wachsenden Kundenbewusstseins. Die Menschen sind nicht mehr willens, ohne Prüfungen oder Sicherheiten die Vorgaben von Behörden oder von Unternehmen zu akzeptieren. Sie wollen Beweise bzw. Hinweise für Behauptungen haben. Sie wollen bspw. einen Einblick in die Ergebnisse von Überwachung erhalten. Diesen Forderungen ist der Gesetzgeber u.a. mit der Verabschiedung der Gesetze zur Informationsfreiheit oder der Verbraucherinformation nachgekommen. Damit wurden auch Forderungen aufgenommen, die Bürger in allen Teilen des Landes gleich zu behandeln und damit für mehr Gerechtigkeit zu sorgen.

Außerdem ist der Erfolg von Verbraucherschutzinstitutionen wie Stiftung Warentest, Zeitschriften wie Ökotest oder Bewertungssystemen, wie neuerdings der Ärztecheck der Bertelsmannstiftung im Auftrag der AOK, damit zu erklären

(<http://www.sueddeutsche.de/wirtschaft/befragung-von-patienten-zeugnis-fuer-den-doktor-1.946788>).

Qualitätssicherung (QS) sollte aber auch immer so konzipiert sein, dass sie der Effizienzsteigerung dient. Sicherlich wird dieser Aspekt oftmals angezweifelt, da QS zunächst mit einem höheren bürokratischen Aufwand verbunden wird. Und es stimmt sicherlich, dass bislang alltägliche Gewohnheiten im Rahmen der QS plötzlich zu „Verfahren“ werden, die es zu dokumentieren und ggf. zu validieren gilt. Das sind alles Dinge, die zunächst Mühe machen. Allerdings wird immer auch der Aspekt der Effizienzsteigerung betont, zumindest von denen, die QS-Systeme bei sich erfolgreich implementiert haben. Durch das Hinterfragen einzelner Prozesse hätten sich, so die Argumentation, Bereiche ausfindig machen lassen, die auch effizienter hätten organisiert werden können.

Bei staatlichen Überwachungsstellen – sicherlich auch bei Sozialversicherungsträgern – sind aber zur Erfüllung der Aufgaben nicht nur einzelne Personen involviert, sondern mehrere, die aber jede an ihrem Ort gleich beschriebene Leistungen erbringen. Und diese sollten im Idealfall überall auch tatsächlich gleich sein. Außerdem sollten sie so effizient wie möglich erbracht werden, weshalb sich eine Absprache darüber empfiehlt, wie jeder Einzelne vorgeht. Denn auf diese Weise lassen sich die besten Vorgehensweisen ermitteln, gemeinsam aktuelle Entwicklungen erfassen und auswerten und die Zusammenarbeit mit weiteren Stellen ermöglichen. Unter den be-

stehenden schwierigen finanziellen Verhältnissen ist die Nutzung von Synergien ein Muss, um auch in Zukunft überzeugend darstellen zu können, dass die Leistungen so kostengünstig wie möglich erbracht werden.

In Soest auf der Arbeitstagung im April 2010 hat die örtliche Arzneimittelüberwachung einen wichtigen Schritt in diese Richtung getan und mit der Einrichtung von Expertenfachgruppen Strukturen aufgebaut (bzw. wiederbelebt), die diese Zusammenarbeit und gegenseitige Unterstützung sowie die gemeinsame Erarbeitung von Standards voranbringen sollen.

Qualitätssicherung ist aber auch ein wichtiges Werkzeug zur gegenseitigen Vertrauensbildung. Dies gilt zwischen örtlicher Überwachung und den Überwachten genauso wie im Rahmen internationaler Abkommen zwischen Staaten zur gegenseitigen Anerkennung von Überwachungsmaßnahmen. Diese als „MRA-Abkommen“ bezeichneten Vereinbarungen um die letzte Jahrhundertwende haben dazu geführt, dass die Bundesländer sich auf gemeinsame Überwachungsstandards im Rahmen der EU geeinigt haben und darauf ein gleichwertiges Überwachungssystem in allen Bundesländern aufbauten. In der Verwaltungsvorschrift zum Arzneimittelgesetz (AMGVwV) ist dieses QS-System verankert und für alle Überwachungsebenen der Länder verpflichtend vorgeschrieben worden. Insofern ist es notwendig, dass auch die örtliche Arzneimittelüberwachung in Nordrhein-Westfalen an der Vervollständigung ihres QS-Systems arbeitet.

Qualitätssicherung ist nicht nur ein Thema der Überwachung, sondern zeigt sich in fast allen Bereichen des Gesundheitswesens. In Kürze wird mit einem Entwurf einer neuen Apothekenbetriebsordnung gerechnet. Zu erwarten ist, dass auch in dieser Verordnung eine Qualitätssicherung in den Apotheken gefordert wird.

Auch im Bereich der Kassenärztlichen Versorgung werden QS-Systeme diskutiert und angewendet. Neu sind derzeit Überlegungen, die Bezahlung von bestimmten Qualitätsanforderungen abhängig zu machen (Pay for Performance) und dafür bestimmte Qualitätsindikatoren zu erarbeiten.

Auch für die pharmazeutische Industrie ist mit dem Aufbau des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) eine Qualitätsprüfstelle aufgebaut worden, die sich bemüht, den Nutzen von Arzneimitteln und Behandlungsmethoden zu bewerten.

Als weiteres Beispiel sind Labore zu nennen, die ohne QS-Systeme heutzutage keine Anerkennung mehr finden.

Es ist an dieser Stelle nicht weiter auf die Begründungen für die Einführung oder den Ausbau einer Qualitätssicherung einzugehen. Dafür sind andere Veranstaltungen besser geeignet. Im Zusammenhang mit dieser Veranstaltung soll aber auf folgende Kernpunkte hingewiesen werden, die für das Thema wichtig sind. Um mit Ergebnissen der Überwachung im Sinne der Sozialpharmazie arbeiten zu können, müssen gemeinsame Verfahren verabredet werden. Es müssen aus diesen Verfahren ge-

meinsam verabredete Dokumentationen erwachsen, die ausgewertet werden können.

Ein weiterer wichtiger Gesichtspunkt für ein effektives QS-System ist die Durchführung von Schulungsmaßnahmen des Personals: Denn ohne das Kennenlernen von neuen Entwicklungen, lassen sich auch keine an den aktuellen Bedingungen orientierten Leistungen erbringen. Was man nicht kennt, kann man auch im Rahmen der Überwachung nicht schnell genug erkennen. Wer bspw. die Bedeutung von Information und Beratung in Apotheken nicht kennt, kann seine Überwachungs- und Beratungsaufgabe im Rahmen von Inspektionen nicht zukunftsorientiert erfüllen. Deshalb werden regelmäßig Veranstaltungen in der Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen durchgeführt. Dass die Verwaltungen oder die Vorgesetzten bisweilen am Nutzen solcher Fachtagungen zweifeln und Dienstreisegenehmigungen verweigern, soll nicht davon abhalten, immer wieder ein möglichst attraktives Angebot zusammenzustellen.

Besonders wichtig für das Thema, den gesellschaftlichen Nutzen der Arzneimittelüberwachung und Sozialpharmazie darzustellen, ist die **Transparenz**. Dafür müssen mit Hilfe der Qualitätssicherung, Prozesse standardisiert werden, um Ergebnisse vergleichbar und bündelbar zu machen. Erst zusammengefasste Ergebnisse bieten die Grundlage der Arbeit in der Sozialpharmazie. Damit kann die Qualitätssicherung ein zentraler Baustein der Sozialpharmazie sein. Bisher sind zwar auch schon sozialpharmazeutische Projekte durchgeführt worden, ohne dass ein QS-System etabliert war, aber es ist darüber zu diskutieren, ob nicht auch die Ergebnisse der Routineüberwachung sinnvolle Hinweise liefern und damit wichtig für die Sozialpharmazie sind. Diese Frage gewinnt vor dem Hintergrund des zentralen Themas an Bedeutung, den gesellschaftlichen Nutzen von Sozialpharmazie und Arzneimittelüberwachung herauszuarbeiten.

Ein weiterer Punkt darf nicht außer Acht gelassen werden: die **finanziellen Engpässe**. Qualitätssicherung kann ein überzeugendes Argument dafür sein, dass die eingesetzten personellen und sachlichen Ressourcen effizient eingesetzt werden.

Aber auch die Bürgerinnen und Bürger merken die finanziellen Engpässe, sei es im eigenen Portmonee, sei es bei der Reduzierung kommunaler Leistungen oder bei der Erhöhung von Abgaben und Gebühren. Deshalb werden die Menschen zu Recht auch in Zukunft immer häufiger fragen, ob die bezahlten Steuern und Abgaben sinnvoll und wirtschaftlich eingesetzt werden.

2. Ziele

Im nächsten Teil des Beitrags soll auf die Ziele eingegangen werden, um den Nutzen des Aufgabengebietes Arzneimittelüberwachung und Sozialpharmazie unter Beweis zu stellen und durch Diskussionen nach innen und nach außen weiterzuentwickeln.

Das wesentliche Ziel der Arzneimittelüberwachung ist die Sicherung und der Ausbau der Arzneimittelsicherheit. Hier sind die Behörden auf Grund der rechtlichen Vorgaben und der Verantwortung des Staates gefragt, die Bürger dort zu schützen, wo sie sich nicht selber ausreichend schützen können. Der Begriff Arzneimittelsicherheit ist an dieser Stelle als Oberbegriff gemeint und soll im Folgenden differenzierter betrachtet werden.

Zunächst geht es um die Produktsicherheit. Die Menschen müssen sicher sein können, dass die Arzneimittel, die sie kaufen oder auf Rezept erhalten, qualitativ einwandfrei sind. Das können sie nicht selbst überprüfen. Die Hersteller, Großhändler und Apotheken sind gesetzlich verpflichtet, die Qualität bei der Herstellung, dem Transport, der Lagerung und bei der Abgabe zu sichern. Der Staat übernimmt Verantwortung, indem er die Überwachung organisiert und bezahlt, damit diese Kriterien auch überprüft werden.

Es geht bei der Arzneimittelsicherheit aber auch um die Gewährleistung von Struktursicherheit. Die Strukturen der Arzneimittelversorgung müssen gewährleisten, dass die Bevölkerung zu jeder Zeit mit qualitativ hochwertigen Arzneimitteln zu möglichst wirtschaftlichen Konditionen versorgt wird. Bei der Überwachung der Einrichtungen des Gesundheitswesens werden diese Strukturen geprüft. Mit dieser Veranstaltung wurde wie schon bei manch früherer Veranstaltung dieser Gedanken erneut aufgegriffen und mit den Referenten diskutiert, was aus deren Sicht bei den Strukturen weiter verbessert werden sollte bzw. an welchen Stellen die Qualität zunächst erst einmal gesichert werden muss.

Die Strukturfrage ist auch Thema bei der Bekämpfung des Arzneimittelmissbrauchs. Gerade beim Medikamentenmissbrauch lassen sich in den letzten Jahren keine Verbesserungen erkennen. Der Kreis der heutigen Teilnehmer wird sich sicherlich schnell darüber einigen können, wo die Hauptprobleme in den Strukturen zu finden sind, auch dass die Arzneimittelüberwachung und die Krankenkassen nur bedingt Möglichkeiten haben, daran etwas zu ändern. Aber die Lage ist zu ernst, als dass nicht zumindest die wenigen Möglichkeiten immer wieder ausgelotet und genutzt werden sollten.

Neben Produktsicherheit und Struktursicherheit konnte seit gut 10 Jahren mit der Sozialpharmazie auch in die Arzneimittelanwendungssicherheit investiert werden. Gerade mit den Projekten zur Verbesserung der Arzneimittelversorgung in Heimen konnten wesentliche Impulse geliefert werden. Weiter unten wird nochmals darauf eingegangen.

Sicherlich ist dies schon ein richtiger Weg. Aber kann nicht auch in diesem Bereich noch etwas verbessert werden? Die diesjährige Veranstaltung sollte auch dazu dienen, Vertreter anderer Bereiche zu Worte kommen zu lassen. Vielleicht werden die Probleme der Arzneimittelversorgung von Verbraucherschützern, aufgeklärten Bürgern, sozialen Beratungseinrichtungen und anderen Institutionen ganz anders gesehen oder gewertet. Ziel dieser Veranstaltung ist es daher, den Dialog mit anderen Bereichen zu fördern, die zum Thema Arzneimittel etwas zu sagen haben. Auf dieser Grundlage sollte stets nachjustiert werden, welche Schritte als nächstes zu gehen

sind, um einerseits selbst immer besser zu werden, um andererseits aber auch die Arzneimittelanwendung für die Bürgerinnen und Bürger zu erleichtern und damit zu verbessern. Außerdem ist es Ziel, auch kritische Beobachter einzubeziehen und im gegenseitigen Austausch Vertrauen aufzubauen.

An dieser Stelle soll nochmals kurz darauf hingewiesen werden, dass der gesetzliche Auftrag zur Sozialpharmazie im ÖGD-Gesetz sich nahtlos an die beiden Bereiche Gesundheitsberichterstattung und Gesundheitsförderung anbinden lässt. Es kommt darauf an, in den einzelnen Kommunen und darüber hinaus, den Arzneimittelkonsum sowie die Arzneimittelversorgungsstrukturen zu beobachten, zu dokumentieren, zu analysieren und zu bewerten, um damit die Grundlage zu erarbeiten, welche Dinge vorrangig zu bearbeiten sind. An dieser Stelle sei noch einmal an die vorbildliche Umsetzung dieser Aufgabe in der Stadt Hamm durch Frau Dr. Stapel erinnert, der es gelang, einen Arbeitskreis Sozialpharmazie in ihrer Stadt als Bestandteil der Kommunalen Gesundheitskonferenz zu gründen und zu gestalten. In diesem Gremium werden die Themen gesichtet, die es zu bearbeiten gilt. Daraufhin werden Untersuchungen durchgeführt, um eine Grundlage für notwendige Maßnahmen zu erarbeiten, was die Kernaufgabe der Gesundheitsberichterstattung ist. Insofern findet sich Gesundheitsberichterstattung der modernen ÖGD-Gesetze der Bundesländer im Auftragsgebiet Sozialpharmazie wieder.

Auch die zweite wesentliche Neuerung der ÖGD-Gesetze, die Gesundheitsförderung, spiegelt sich im Aufgabengebiet Sozialpharmazie wider. Hier ist davon die Rede, die Bevölkerung aufzuklären, zu informieren und zu beraten, sowie an den Strukturen zur Bekämpfung des Arzneimittelmissbrauchs mitzuarbeiten. Um in der Sprache der Gesundheitsförderung zu sprechen: es gilt, Lernprozesse zu unterstützen, die Menschen und Institutionen befähigen, mit Arzneimitteln besser umzugehen. Den Menschen soll ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit und ihre Arzneimitteltherapie ermöglicht werden. Denn gerade bei Patienten, die viele Arzneimittel einnehmen sollen, ist die aktive Mitarbeit, das Begreifen der Sinnhaftigkeit der Arzneimitteltherapie sehr wichtig, um die derzeit vorhandene und immer wieder bemängelte geringe „Therapietreue“ zu verbessern. Dabei ist das Ziel, dass sie nicht nur die Anordnungen des Arztes erfüllen, sondern durch Verstehen der Ziele, die mit der Therapie verbunden sind, selbst zur Entscheidung befähigt werden, die Arzneimittel zu ihrem Wohl richtig einzunehmen. Gerade vor dem Hintergrund der Zunahme chronischer Erkrankungen und der verlängerten Lebensspanne, die mit diesen Erkrankungen durchlebt wird, wird verständlich, warum diese Lernprozesse notwendig sind.

Es ist klar, dass die Herausforderungen zur Verbesserung von Arzneimittel(therapie)sicherheit groß sind. In den letzten Jahren konnten Kontakte zu einzelnen Gesundheitswissenschaften aufgebaut und intensiviert werden. Diesen Weg gilt es auch in Zukunft weiterzugehen. Denn einerseits können mit dieser Unterstützung neue Projekte durchgeführt werden. Zum anderen sind die Gesundheitswissenschaften auf die Anbindung an den Öffentlichen Gesundheitsdienst angewiesen, wenn sie

dessen Strukturen für ihre Forschung nutzen wollen. Diese Win-Win-Situation sollte genutzt werden.

Insgesamt kommt man beim Aufgreifen des Konzeptes der Gesundheitsförderung zu einem ähnlichen Ergebnis, wie im letzten Jahr bezogen auf die Apotheken: Gesundheitsförderung in den Gesundheitsdiensten und hier in den Gesundheitsämtern neu aufzunehmen heißt, Information und Beratung sowie Aufklärung als Teil des Angebotes zu sehen, Lernprozesse in Bewegung zu setzen und zu unterstützen sowie Menschen und Institutionen zu befähigen, mit Arzneimitteln besser umzugehen.

Die Mitarbeit in Public Health-Netzwerken ist dabei eine Notwendigkeit, damit das Know How der Pharmazie zur Verbesserung der Arzneimittelversorgung genutzt wird und die Pharmazie damit gleichberechtigt zum Nutzen der Allgemeinheit zum Zuge kommt. Das lässt sich am besten schaffen, indem man sich die Unterstützung von den Gesundheitswissenschaften holt bzw. den Gesundheitswissenschaften eine Zusammenarbeit anbietet.

Nicht zu vergessen ist der sozialkompensatorische Auftrag des Öffentlichen Gesundheitsdienstes. Der ÖGD ist wie kaum ein anderer Bereich des öffentlichen Gesundheitswesens aufgefordert, die sozial Schwachen besonders im Blick zu haben. Sobald der ÖGD hier in der Gesundheitsversorgung Defizite erkennt, muss er selbst handeln und Anwaltschaft für diese Bevölkerungsgruppe übernehmen.

Zu den weiteren Zielen der Sozialpharmazie gehört die Unterstützung der Qualitätssicherung. Denn sie ermöglicht, dass wichtige Ausgangsdaten für die Arbeit in der Sozialpharmazie zur Verfügung stehen. Deshalb wird sich die Expertenfachgruppe der Amtsapotheker (EFG-A) Sozialpharmazie immer wieder mit der EFG-A Qualitätssicherung abstimmen, wie die Qualitätssicherung weiterentwickelt werden kann und welche Daten daraus sozialpharmazeutisch genutzt werden können. Denn in Zukunft wird es notwendig sein, auch Routineergebnisse der Überwachung so aufzubereiten, dass sie für die Sozialpharmazie nutzbar sind und dem Ziel der Darstellung des Nutzens von Arzneimittelüberwachung und Sozialpharmazie dienen können.

Mit dieser verstärkten Zusammenarbeit von Qualitätssicherung und Sozialpharmazie ist auch die Hoffnung verbunden, einen Gewinn an Effizienz der Arbeit für die Arzneimittelsicherheit zu erzielen. Vielleicht gelingt es auch, über die Nutzung der Ergebnisse aus der Qualitätssicherung durch die Sozialpharmazie so etwas wie einen nutzbringenden Feedback-Prozess für die Qualitätssicherung auf den Weg zu bringen. Denn über die Publikation, Kommunikation und Diskussion von Ergebnissen der Überwachung werden von außen auch Sichtweisen oder Anforderungen an die Sozialpharmazie herangetragen, die Rückwirkungen auf die Datenerhebung haben können und sich insofern möglicherweise auf die Qualitätssicherung auswirken.

Um die Ziele nochmals auf einen Nenner zu bringen:

Erkenntnisse aus der Tätigkeit der Überwachung sollen für die Aufklärungsarbeit für die Bürgerinnen und Bürger aufgearbeitet und eingesetzt werden. Dabei sollen Bürgerinnen und Bürger wissen, was die Überwachung tut und welche Ergebnisse die Überwachung hat. Und sie sollen Erkenntnisse aus den Ergebnissen nutzen können.

Für Public Health-Netzwerke gelten die gleichen Ziele, z.B. für die Entscheidungsträger im Gesundheitswesen, die Gesundheitswissenschaft, die Krankenkassen, für die kommunalen Netzwerke oder für die Medien. Auch in diese Richtung sollten Schritte unternommen werden, um die Arzneimittelüberwachung und Sozialpharmazie besser zu vernetzen.

3. Umsetzung

Im dritten Teil soll versucht werden, darzustellen, wie diese Ziele in die Praxis umgesetzt werden können.

Einige Projekte der Sozialpharmazie, die man dem Bereich Gesundheitsberichterstattung zuordnen kann, sind bereits erfolgreich abgeschlossen worden. Dieser Weg wird auch in Zukunft weiter verfolgt werden.

In Zukunft soll weiter mit den Gesundheitswissenschaften zusammengearbeitet werden. Vielleicht ergibt sich demnächst auch eine verbesserte Kooperation mit der Arzneimittelversorgungsforschung. Unter anderem diesem Ziel diene die Einladung von Prof. Harder von der Gesellschaft für Arzneimittelanwendungsforschung (GAA).

Eine verbesserte Zusammenarbeit mit der Qualitätssicherung muss noch ausgelotet werden. Da einzelne Mitglieder der EFG-A Sozialpharmazie gleichzeitig auch Mitglieder der EFG-A Qualitätssicherung sind, sind die Voraussetzungen für eine Zusammenarbeit gegeben. Mit dem 28. Oktober 2010 ist zudem bereits ein gemeinsamer Sitzungstermin verabredet.

Unter dem Stichwort Transparenz und offene Diskussion soll über Publikationen, Fachtagungen und Teilnahme an wissenschaftlichen Veranstaltungen der Anteil der Sozialpharmazie für mehr Arzneimittelsicherheit kommuniziert und in die Diskussion eingebracht werden.

Zudem sollen Lernprozesse durch die Mitarbeit in Public Health-Netzwerken unterstützt werden. Beispielsweise bestehen Kontakte zur Initiative Patientensicherheit und in einzelnen Kommunen auch Kontakt zu örtlichen Netzwerken.

Vielleicht ergibt sich in Zukunft eine verstärkte Zusammenarbeit mit Krankenkassen und hier vor allem zu den dortigen Pharmazeuten. Zumindest sollte versucht werden, die Fachtagungen immer auch so zu konzipieren, dass sich interessante Aspekte für diesen Personenkreis ergeben. Damit können die bestehenden Kontakte weiter ausgebaut werden, um eine vertrauensvolle Zusammenarbeit zu entwickeln.

Aber auch innerhalb der Kommunen, innerhalb der Gesundheitsämter, sollten Anknüpfungspunkte gefunden werden. Arzneimittel sind eines der wesentlichen Werk-

zeuge zur Behandlung und Prävention. Nach den Ausgaben für die Krankenhäuser geben die Krankenkassen für Arzneimittel am meisten Geld aus. Hinzu kommen die Ausgaben im Rahmen der Selbstmedikation. Insofern ergeben sich an vielen Stellen Ansätze, wie der Bereich Arzneimittelüberwachung und Sozialpharmazie vernetzt werden kann. Hin und wieder gelingt dies auch. Aber dies muss auch öffentlich gemacht werden, um anderen Kollegen und anderen Kommunen Hinweise und Hilfen zu geben, wie man vor Ort den pharmazeutischen Dienst nutzen und sinnvoll einbinden kann.

Am Beispiel des laufenden Projektes Arzneimittelversorgung von Heimbewohnern soll dies nochmals deutlich gemacht werden. Dieses Projekt besteht aus vier Modulen:

- Datenauswertung aus der Überwachung von heimversorgenden Apotheken
- Befragung von Pflegekräften über die Arzneimittelversorgung (in Zusammenarbeit mit der AG Versorgungsforschung der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld).
- Auswertung der Daten von den Beobachtungen zur Qualität beim Stellen von Arzneimitteln in Heimen
- Untersuchung des Nutzens von Pharmazeutischer Betreuung (zusammen mit der Klinischen Pharmazie, Universität Münster)

An diesem Beispiel lassen sich alle oben diskutierten Elemente darstellen. Daten aus der Arzneimittelüberwachung werden eingebunden, in dem die Ergebnisse von Apothekeninspektionen Berücksichtigung finden. Ebenso wird die Zusammenarbeit mit den Gesundheitswissenschaften praktiziert, die bei der Erstellung des Befragungsbogens für die Pflegekräfte eingebunden waren. Auch die Klinische Pharmazie ist Teil dieses Projektes und hilft zu ermitteln, welche Gewinne sich aus der pharmazeutischen Betreuung für die Patienten ergeben.

Wenn die Ergebnisse vorliegen, werden sie publiziert. Sie werden auch auf wissenschaftlichen Tagungen vorgetragen. Aber auch in die örtlichen Netzwerke sollen die Ergebnisse eingespeist werden. So sollen die Ergebnisse der Untersuchungen und deren Konsequenzen in den Kommunalen Gesundheitskonferenzen und Pflegekonferenzen zur Diskussion gestellt werden. Entdeckte Problembereiche müssen in diesen Kreisen besprochen werden und es wird die Aufgabe sein, die sich daraus ergebenden Verbesserungsvorschläge in die Praxis umzusetzen. Soweit die Arzneimittelüberwachung eine Zuarbeit leisten kann, wird sie dies sicherlich tun.

Ein besonderer Schwerpunkt sozialpharmazeutischer Aktivitäten wird die nächste Fachtagung im Jahr 2011 sein. Auf dieser Veranstaltung sollen die Ergebnisse mit den übrigen am Arzneiversorgungsprozess Beteiligten besprochen und Verbesserungen in Problemgebieten auf den Weg gebracht werden.

Für die heutige Diskussion wird vorgeschlagen, auch einmal darüber nachzudenken, wie die bisher im Verborgenen ruhenden Ergebnisse der Routineüberwachung (z.B.

Apothekenüberwachung, Arzneimittelüberwachung, BTM-Überwachung, Gefahrstoffüberwachung, Überwachung Klinische Prüfung) für die Sozialpharmazie als Teil der Gesundheitsberichterstattung und Gesundheitsförderung genutzt werden könnten. Lassen sich nicht auch in diesen Bereichen Ergebnisse bündeln und Probleme finden, die in Public Health-Netzwerken angesprochen werden können und zu deren Lösung pharmazeutisches Wissen eingebracht werden kann?

Ganz zu Beginn der Veranstaltung war die These aufgestellt worden, dass unter Berücksichtigung des gesellschaftlichen, politischen sowie finanziellen Umfeldes das Ziel ins Auge fassen sollte, Arzneimittelsicherheit mehr als bisher erlebbar zu machen. Dies kann dadurch erreicht werden, dass nicht nur wie in den vergangenen Jahren und Jahrzehnten Gutes getan wird, sondern über dieses Gute auch noch publiziert wird. Ergebnisse sollen in Diskussionsprozesse mit anderen einfließen. Die Sozialpharmazie hat in der Vergangenheit bereits gezeigt, dass dies möglich und sinnvoll ist. Wenn man das gesellschaftliche und politische Umfeld der Arzneimittelüberwachung anschaut, lassen sich auch gute Argumente für diesen Weg finden.

Bevor dieser Beitrag zu Ende geht, sei an dieser Stelle – auch in Hinblick auf die Anwesenheit der Gäste aus anderen Behörden und anderen Bundesländern – nochmals auf die besonderen Chancen hingewiesen, die sich hier in Nordrhein-Westfalen ergeben.

Dieses Bundesland ist das einzige in der Bundesrepublik, das den Wert pharmazeutischer Dienste in den kommunalen Gesundheitsämtern erkannt hat und die Früchte dieser Entscheidung genießt:

- Die örtliche Apotheken- und Arzneimittelüberwachung in NRW ist unabhängig. Interessenskonflikte, die möglicherweise in anderen Überwachungssystemen auftreten könnten, sind hier nicht vorhanden.
- Die pharmazeutischen Dienste der nordrhein-westfälischen Kommunen bearbeiten ein breites Überwachungsfeld. Damit werden Amtsapothekerinnen und Amtsapotheker mit unterschiedlichen Problembereichen konfrontiert, was sie in die Lage versetzt, über den Tellerrand der Apothekenüberwachung hinauszublicken und ihre Tätigkeit auf eine breitere Wissensgrundlage zu stellen.
- Zudem besteht die Vernetzung innerhalb der Gesundheitsämter mit anderen Berufsgruppen und weiteren Tätigkeitsfeldern. Potenziell bietet sich dadurch eine noch fundiertere Berufsausübung, wenn auch das Wissen aus und die Zusammenarbeit mit den anderen Berufsgruppen in den Gesundheitsämtern ermöglicht und gepflegt werden. Über die Sozialpharmazie ist es dem ein oder anderen auch schon gelungen, auf das Tätigkeitsfeld Amtsapotheker aufmerksam zu machen und den Nutzen seiner Tätigkeit für die Aufgabenerfüllung des Gesundheitsamtes darzustellen.
- Amtsapothekerinnen und Amtsapotheker können darüber hinaus fundiertes Wissen in die Überwachungstätigkeit einbringen. Neben dem Pharmaziestudium durchlaufen sie die Weiterbildung zum Fachapotheker für Öffentliches Gesundheitswesen. Durch die Erfüllung der jährlichen Fortbildungsverpflichtung

nach der AMGvV an mindestens 10 Tagen wird das Wissen der Kolleginnen und Kollegen ständig aktualisiert und dadurch erst eine qualitätsgesicherte Berufsausübung ermöglicht.

- In der letzten Zeit konnten zudem im Rahmen des Generationenwechsels in den pharmazeutischen Diensten der Gesundheitsämter einige Apothekerinnen und Apotheker gewonnen werden, die zusätzliche Qualifikationen im Bereich Public Health oder der Versorgungsforschung mitbringen. Dies bietet die große Chance, sozialpharmazeutische Projekte noch besser in den pharmazeutischen Diensten zu verankern und die Kontakte zu Public Health-Netzwerken zu verbessern.
- Nicht zu vergessen ist die Funktion des Amtsapothekers als Ansprechpartner für Verbraucher bei Arzneimittelfragen in den Gesundheitsämtern. Mit diesem Angebot sind allerdings noch nicht viele Kolleginnen an die Öffentlichkeit getreten, da zu Recht darauf hingewiesen wird, zunächst die ortsnahen Apotheken als Ansprechpartner der Bürgerinnen und Bürger zu nutzen. Nur wenn dort keine ausreichenden Auskünfte gegeben werden können, haben auch die Gesundheitsämter in Nordrhein-Westfalen die Möglichkeit, pharmazeutisches Fachwissen anbieten zu können.

Durch die Beschäftigung der Amtsapotheker in den Gesundheitsämtern sind im Übrigen erst die Voraussetzung dafür vorhanden gewesen, Sozialpharmazie als Aufgabengebiet des Öffentlichen Gesundheitsdienstes zu etablieren. Die vor Ort tätigen Kollegen können innerhalb ihrer Gebietskörperschaften an wichtigen Schnittstellen der Arzneimittelversorgung vor Ort und in der alltäglichen Praxis tätig werden, Ergebnisse sammeln und zur Diskussion stellen; ein Vorteil, der in anderen Bundesländern gar nicht erst auf dieser Ebene denkbar wäre.

Damit ist das Ende der Veranstaltung erreicht. Als Fazit kann man auf eine Menge Chancen in Nordrhein-Westfalen blicken. In den letzten zwölf Jahren sind viele gute Projekte durchgeführt worden, die es allemal Wert sind, dass darüber publiziert wird. Es wäre schön, wenn es gelänge, in Zukunft

- diesen Prozess weiter zu führen,
- weitere Ergebnisse der Überwachung zu bündeln und zu publizieren,
- die Ergebnisse der Überwachung in Public Health-Netzwerken zur Diskussion zu stellen,
- den Dialog mit der Öffentlichkeit über eine bedarfsgerechte Arzneimittelüberwachung zu vertiefen und
- Gesundheitswissenschaften noch mehr für die Arbeit der Arzneimittelüberwachung / Sozialpharmazie und die der Pharmazie insgesamt zu interessieren

und damit an der Umsetzung des Konzeptes Gesundheitsförderung der WHO Charta von Ottawa mitzuarbeiten.

Damit in Zukunft möglichst viele Menschen sagen können:

37 Amtsapothekerinnen und Amtsapotheker in der Arzneimittelüberwachung und Sozialpharmazie in NRW:

„Die sorgen für Arzneimittelsicherheit“

„Ich kann mit deren Ergebnissen etwas anfangen“

„Wenn wir die einsparen, zahlen wir letztlich drauf“

Landesinstitut für
Gesundheit und Arbeit
des Landes Nordrhein-Westfalen 

Die Chance in Nordrhein-Westfalen

**37 Amtsapothekerinnen und Amtsapotheker
in der Arzneimittelüberwachung und
Sozialpharmazie in NRW**

„Die sorgen für Arzneimittelsicherheit“
„Ich kann mit den Ergebnissen was anfangen“
„Wenn wir die einsparen, zahlen wir
letztlich drauf“



Folie 58 27. Mai 2010 Dr. Udo Puteanus, LIGA.NRW