

Im KRH Klinikum Hannover mit seinen zehn Standorten ist normal, was ab 1.1.2022 flächendeckend in Niedersachsen per Gesetz eingeführt werden soll: der Apotheker auf Station. Im KRH Klinikum Neustadt am Rübenberge gehört Dr. Michael Willenborg seit 2013 zum gewohnten Alltag im Krankenhausbetrieb. Im Gespräch vor Ort berichten er und Dr. Oliver Bolte, Chefarzt der Medizinischen Klinik I mit Schwerpunkt Gastroenterologie, über ihre gemeinsame Arbeit.

Zukunftsmodell »Stationsapotheker«

»Die Zusammenarbeit ist für uns eine kleine Erfolgsgeschichte«

Wie sieht der Alltag des Apothekers auf Station im KRH Neustadt aus?

Dr. Willenborg: Werktags sind wir »Apotheker auf Station« von 8 bis 16 Uhr hier in der Klinik in Neustadt. Wir sind ein Zweier-team und wechseln uns täglich ab. Wir sind also fest vor Ort und haben ein eigenes kleines Büro. Wir sind die direkten Ansprechpartner für Ärzte und Stationspersonal und bieten so unsere Dienstleistung an. Der Kollege, der nicht vor Ort ist, geht Aufgaben in der Zentralapotheke am KRH Klinikum Siloah nach.

Was sind die Vorzüge eines fest verorteten Apothekers für das Stationspersonal?

Dr. Bolte: Das Positive ist die dauerhafte Begleitung und die Möglichkeit, jederzeit direkt miteinander Kontakt aufnehmen zu können. Das kann der telefonische Austausch sein über Medikamente oder Neuentwickeltes als mögliche Alternativmedikation. Das können komplexere Fragestellungen der Polymedikation sein, wofür wir uns kurzfristig beim Patienten treffen oder die Akte zusammen durchgehen, was wir an möglichst optimaler Medikation anzubieten hätten.

Wie häufig tauschen Sie beide sich aus?

Dr. Bolte: Neben dem beschriebenen individuellen Kontakt begegnen wir uns regelmäßig bei der internistischen Visite. Die führen wir gemeinsam durch mit den Kurven und der aktuellen Medikation. In unserem Fall ist es also nicht der Zeitpunkt der Aufnahme, an dem erstmals die Vormedikation des Patienten abgefragt und eine primäre Umstellung vorgenommen wird.

Das heißt, Arzt und Apotheker machen gemeinsame Visiten? Patientenvisite statt Kurvenvisite?

Dr. Willenborg: Richtig. Die Idee entstand mit der Zeit, als wir auf der Suche waren nach einer Optimierung unserer interprofessionellen Arbeit. Als Apotheker ist man natürlich begeistert. Wir bereiten uns im Vorfeld darauf vor und können die elektronische Akte einsehen mit der aktuellen Medikation zum Aufnahmezeitpunkt. So machen wir uns ein Bild von der Gesamtsituation und beraten uns mit den Ärztinnen und Ärzten am Patientenbett.

Die Interviewpartner



Dr. rer. nat. Michael Willenborg

- Fachapotheker für Klinische Pharmazie, Medikationsmanagement im Krankenhaus und Infektiologie
- seit 2013 am KRH Klinikum Neustadt
- studierte an der TU Braunschweig Pharmazie und promovierte dort im Fach Pharmakologie



Dr. med. Oliver Bolte

- Chefarzt der Medizinischen Klinik I mit Schwerpunkt Gastroenterologie
- Facharzt für Innere Medizin mit den Schwerpunkten Gastroenterologie, Onkologie und Hämatologie
- seit April 2013 am KRH Klinikum Neustadt
- studierte und promovierte an der MHH, erlangte berufsbegleitend den Master of Health Business Administration (MHBA)



Apotheker Michael Willenborg (li.) und Arzt Dr. Oliver Bolte (re.) mit Assistenzärztin Theresa Bette am Visitewagen

Wie kam es denn zur Zusammenarbeit zwischen Ihnen?

Dr. Willenborg: Aus Sicht der Zentralapotheke war der Standort Neustadt ideal, um das damalige Pilotprojekt zu starten. Wir hatten eine außerordentlich gute Arbeitsbeziehung und man konnte im Vorfeld scouten, ob etwas Neues etabliert werden könnte. Meine gefühlte Wahrheit: Hier ist es ein sehr nettes Miteinander im Kollegenkreis. In so einer Atmosphäre kann es leichter sein, innovative Projekte zu starten. Immerhin musste jemand Neues zusätzlich in die Patientenversorgung eingebunden werden.

Dr. Bolte: Wir beide haben uns kennengelernt, als die Idee der gemeinsamen Visite im Stationsalltag entstand. Mit der Inneren Medizin wurde gestartet, bevor die anderen Bereiche dazukamen.

Gab es Bedenken, einen Apotheker auf Station einzustellen?

Dr. Bolte: Ich selbst war an der Projektentwicklung primär nicht beteiligt. Aber schon während des Medizinstudiums konfrontierten uns die Pharmakologen damit, dass eine Zusammenarbeit zwischen Klinikern und Pharmakologie-Spezialisten Sinn mache. Während meines gesamten Werdegangs habe ich keine Klinik gesehen, in der das wirklich umgesetzt wurde. Hier hatte ich erstmals Kontakt mit der Zusammenarbeit im Alltag. Wir sind sehr offen dafür.

Welche Rolle spielt der wirtschaftliche Aspekt »der Apotheker muss sich rechnen«?

Dr. Willenborg: Der primäre Fokus lag immer darauf, die Therapiesicherheit der Patienten und Qualität der Arzneimitteltherapie zu erhöhen. Diese Parameter sind nicht direkt monetär zu messen. Trotzdem hat der Kassensturz nach dem ersten Jahr gezeigt, dass sich das System durchaus rechnet. Man kann sagen: Sobald irgendwo ein Apotheker tätig wird, gibt es Einsparpotenzial. Das darf nur niemals das Hauptargument der Stelle sein.

Dr. Bolte: Ältere Menschen erinnern sich oft nur vage, wie sie ihre Medikamente einnehmen sollen. Sie haben häufig gleich drei Ordnungspläne. Allemal deshalb ist eine gemeinsame Entscheidung wichtig, welches Medikament wirklich genommen werden muss. Die Zusammenarbeit ist für uns eine kleine Erfolgsgeschichte. Der Druck im System steigt: Die nötige Zeit, um uns intensiv mit Pharmakologie zu beschäftigen, wird einfach weniger. Auch das hat für uns zu einer tatsächlichen Prozessoptimierung geführt.

»Apotheker nehmen den Ärzten etwas weg« – gilt das auch im Krankenhaus? Konkurrenzkampf oder tatsächlich ein sich ergänzendes Team?

Dr. Bolte: Das ist eher ein Generationenthema. Unsere Generation ist offener. Es gab mehr Vorbehalte bei unseren Vorgängern. So habe ich das erlebt. Ich kenne hier an sich niemanden, der Vorbehalte hat.

Dr. Willenborg: Und es ist ein bisschen ein Fakultätsproblem. Die Chirurgen sind dankbar dafür, möglichst viel Zeit am OP-Tisch verbringen zu können. Für sie ist die Versorgung nach der OP zwar von Interesse, aber die Tiefe der Arzneimitteltherapie nicht deren Schwerpunkt. Sie waren von Anfang an froh über unsere Unterstützung. Kritischer sahen das ältere internistische Oberärzte. Aber wir haben über die Jahre alle einen guten Draht gefunden und wissen einander zu schätzen. Schließlich möchte ich niemanden bekehren. Ich bin der Berater, der sagt, was man optimieren kann.

Wie fügt sich der Apotheker in den Ablauf ein?

Dr. Willenborg: Wir sind ansprechbar für jedermann und jederfrau. Als wir 2013 unsere Tätigkeit in Neustadt aufgenommen haben, bestand unsere Kernaufgabe darin, elektiv aufgenommene Patienten im Aufnahmeprozess zu begleiten. Dabei haben wir die ambulant eingenommene Medikation in eine Krankenhausmedikation »übersetzt« und den weiterbetreuenden chirurgischen und anästhesiologischen Kollegen



zur Freigabe vorgelegt. Dabei werden bei uns Arzneimittel durchaus auch wirkstofffremd nach dem Aut-simile-Prinzip getauscht. Das heißt, wir haben Leitsubstanzen aus den verschiedensten Arzneistoffklassen, welche dann anstelle der »Hausmedikation« des Patienten anhand von Äquivalenztabelle verordnet werden. Mit den Jahren hat sich in Neustadt aber das Einsatzspektrum dahingehend gewandelt, dass wir die Elektivaufnahme zugunsten der Visitenbegleitung aufgegeben haben.

Wie viele Visiten macht der Apotheker auf Station mit?

Dr. Willenborg: Im Schnitt mache ich pro Tag zwei bis drei Visiten mit. Wir fangen morgens mit einer chirurgischen Visite an, danach läuft eine internistische Visite und zwei Mal in der Woche gehen wir nachmittags noch auf die Intensivstation. Am Tag sehe ich zwischen 20 und 40 Patienten. Es gibt zehn Stationen und ich versuche alle chirurgischen und internistischen Kernstationen zumindest einmal pro Woche zu sehen.

Dr. Bolte: Durch die eingerichtete Corona-Station gab es strukturelle Veränderungen. Normalerweise visitiert der Apotheker die Stationsbereiche täglich wechselnd nach einem festen Plan.

Blicken wir auf dieses spezielle Jahr zurück: Wie haben Sie es wahrgenommen?

Dr. Willenborg: Als die Entwicklung der Pandemie und der Umgang damit während der Hochphase unklar waren, haben wir uns aktiv vom Standort zurückgezogen. Die Zentralapotheke versorgt für das eigene Unternehmen allein zehn Krankenhausstandorte und insgesamt mehr als viertausend Krankenbetten in der Region Hannover. Eine Infektionsübertra-

gung aus dem Krankenhaus dorthin bedeutet eine Gefährdung dieser gesamten Patientenversorgung. Als sich die Situation normalisierte beziehungsweise sich das Risiko abschätzen ließ, haben wir mit einem festen Kollegen vor Ort unsere Tätigkeit wiederaufgenommen. Unnötige Wechsel zwischen den Standorten haben wir aber eingestellt. Zudem waren wir alle betroffen, beispielsweise von den Arzneimittelengpässen.

Gutes Stichwort! Dr. Bolte, sind Sie wegen der Lieferengpässe vermehrt auf die Kompetenz des Apothekers angewiesen?

Dr. Bolte: Wir sind angewiesen auf die Informationskette. Die Lieferengpässe zwingen uns zu Alternativpräparaten. Also ist die Kommunikation zwischen den einzelnen Bereichen sehr wichtig. Alle müssen von der Umstellung auf ein anderes Präparat erfahren. Für die vergangenen Corona-Monate war die Unsicherheit prägend – was wird auf uns zukommen? Zunächst mit dem Wissen über die Lage in Italien, heute hinsichtlich weiterer Wellen und der möglichen Mutation des Virus. Wir haben für uns einen Weg in eine »neue Normalität« gefunden.

Sind jüngst entwickelte Arzneimittel anspruchsvoller im Umgang, sodass ein pharmazeutischer Fachmann als Kollege erst recht hilfreich ist?

Dr. Bolte: Absolut. Die Vielzahl der Medikamente in der Onkologie und die Entwicklungen in der Immunologie sind in den letzten fünf Jahren so vielschichtig geworden. Eine Einzelperson kann gar nicht Schritt halten. Da ist Teamarbeit gefragt. Es geht um Anwendung, Dosierung, Intervalle, Wechselwirkungen ... Auch die Komplexität der Pharmako-Therapie ist größer als vor zwanzig Jahren. Es gibt so viele spezielle Entwicklungen auf dem Markt.

Ein gemeinsamer Patientenfall aus der Gastroenterologie



Frau Meier* ist eine hochbetagte Dame (Jahrgang 1936), welche dem Hause rettungsdienstlich zugewiesen wird bei Obstipation und Unterbauchschmerzen.

In den Vordiagnosen der Patientin findet man unter anderem ein permanentes Vorhofflimmern, eine Hypertonie, einen Diabetes mellitus Typ 2 sowie eine fortgeschrittene Demenz. In der aktuellen Medikation befindet sich unter anderem Atorvastatin, Apixaban, Darifenacin, Enalapril sowie ein Fentanylpflaster und Novaminsulfon.

In der gemeinsamen ärztlich-pharmazeutischen Visite fällt zum einen auf, dass die Patientin bei der Opioidtherapie keine stuhlregulierenden Maßnahmen wie Macrogol erhält. Zum anderen nimmt die Patientin

anscheinend bei einer Harninkontinenz das Anticholinergikum Darifenacin ein. Dessen Wirkung beschränkt sich aber nicht auf die Blasenfunktion, sondern blockiert auch muskarinische Rezeptoren im Darm, was sehr häufig zu Obstipation führt. Zudem kann es zu einer negativen Beeinflussung der kognitiven Eigenschaften führen, was im Rahmen einer demenziellen Erkrankung von Nachteil ist. Daher wird beschlossen, das Darifenacin abzusetzen sowie stuhlregulierende Maßnahmen zu etablieren. Die Patientin kann nachfolgend das Krankenhaus in gebessertem Gesundheitszustand verlassen und in das Pflegeheim zurückverlegt werden. *(Quelle: KRH)*

* Name geändert

Wie oft erleben Sie denn kritische Medikationsfälle im Alltag?

Dr. Willenborg: Im Jahr 2019 haben wir 6.500 Patienten auf ihre Medikation überprüft. 30 bis 40 Prozent davon hatten ein arzneimittelbezogenes Problem. Damit spiegeln sich die Zahlen der Literatur bei uns wider. Etwa 90 Prozent davon gehen nicht mit einer Schädigung des Patienten einher und sind mitunter sehr trivial. Fünf bis zehn Prozent der Arzneimittelbezogenen Probleme gehen mit einer vorübergehenden, selten aber auch mit einer dauerhaften Schädigung des Patienten einher. Um unsere Arbeit quantifizieren zu können, dokumentieren wir unsere Interventionen in einer Datenbank. Grundsätzlich differenzieren wir dabei aber nicht, ob das Problem im ambulanten Bereich oder im Krankenhaus aufgetreten ist, da es an dem Problem an sich nichts ändert.

Wie könnte das Zusammenspiel von Arzt und Apotheker weiter gefördert werden?

Dr. Willenborg: Gemeinsame Seminare von Pharmazie- und Medizinstudenten wie an der MHH sind ein guter Schritt. Sie verbessern die Verknüpfung der Fakultäten und weichen frühzeitig althergebrachte Vorbehalte auf. Etwas per Gesetz für alle festzulegen, so meine Befürchtung, kann Vorbehalte auch verstärken. Auch Projekte leisten viel. Im letzten Jahr hat beispielsweise eine Kollegin aus Süddeutschland bei uns hospitiert. Funktioniert das gut, bemerken auch andere Abteilungen für sich eine mögliche Ausbaufähigkeit.

Inwiefern profitieren Sie als Arzt von der Zusammenarbeit?

Dr. Bolte: Vor allem profitieren wir vor Ort vom Dialog: Wir multiplizieren unser Wissen. Ich finde es nicht gut, wenn ich die Expertise immer abgebe, nur auf meinen Apotheker-Berater höre und mein Wissen nicht akquiriere. Aus seiner Beratung kann ich immer etwas für mich mitnehmen. Besonders gut ist dafür die gemeinsame Visite. Und es spart mir Zeit, weil ich nicht viel Recherche betreiben muss. Zeit, die ich für Patienten und andere Aufgaben habe.

Der Apotheker auf Station muss Fachapotheker für Klinische Pharmazie sein oder sich in der Weiterbildung befinden. Die Niedersächsische Apothekerkammer bietet zusätzlich die Weiterbildung »Medikationsmanagement im Krankenhaus« an.

Was halten Sie von dieser Ergänzung zur geforderten Fachapotheker-Ausbildung?

Dr. Willenborg: Ich halte die Weiterbildung für sehr sinnvoll! Sie vermittelt einen fokussierten Blick auf die Arzneimitteltherapie bestimmter Grunderkrankungen. In diesem einen Jahr bekommt man neben der täglichen Apotheker-Arbeit einen tieferen Einblick in die Medizin. Mich fragt ein Chirurg, ein Gynäkologe, ein Internist – all dem muss ich mich stellen. Krankenhäuser mit Spezialabteilungen müssen Spezialapotheker mit vertieftem Fachwissen haben. Doch auch für einen auf Kardiologie spezialisierten Apotheker ist es relevant und interessant, wie in der Gastroenterologie entschieden wird.

Die Weiterbildung vermittelt alle relevanten Themenkomplexe, die einem Apotheker auf Station vor die Füße fallen. Es geht um das Spezialwissen für das Arbeiten auf Station mit einer spezielleren Differenzierung, während die Fachausbildung einen Überblick darüber gibt, was der Apotheker im Krankenhaus machen kann.

Bewerber auf einen Praktikumsplatz als Krankenhausapotheker müssen lange Wartezeiten in Kauf nehmen.

Welche Ratschläge haben Sie für die Jung-Apotheker?

Dr. Willenborg: Habt keine Hemmungen! Eine Promotion bringt euch im Zweifel nicht weiter. Auch ein schlechtes zweites Staatsexamen soll kein Hemmnis sein. Bei diesem Job ist das Fachwissen relevant, aber das kann man sich aneignen. Es kommt auf Persönlichkeit an, man muss kommunizieren können und Freude haben, interprofessionell zu arbeiten. Will man etwas wirklich und hat für sich das Gefühl, dass man das kann und will, soll man sich bewerben. Ich sage: Einfach machen!

Haben Sie sich fachlich auf die Arbeit im Krankenhaus vorbereitet?

Dr. Willenborg: Nein. Ins Krankenhaus zu gehen, war mein lang gehegter Traum. Medizin interessiert mich einfach. Daher hatte ich immer die Idee der Zusammenführung von einem Experten für Arzneimittel mit einem Medizin-Experten, um einen additiven synergetischen Effekt zu erzielen.

Dr. Bolte, was wünschen Sie sich für die Apotheker-Arzt-Zukunft?

Dr. Bolte: Dass sich mehr junge Menschen dafür begeistern. Es ist ein sehr gutes Projekt. Wir bringen den klinischen Alltag zusammen. Aus meiner Sicht war der Apotheker bisher eher der Theoretiker. Durch ihn sehe ich besser, was die Medikationsveränderung beim Patienten bewirkt und wie der Echtzeit-Verlauf ist. Es entsteht noch mehr Praxisbezug. Schließlich besteht auch bei uns Ärzten der Antrieb darin, den Menschen helfen zu wollen.

Ist der »Apotheker auf Station« als Arzneimittelexperte im Fachteam eine Position mit Strahlkraft?

Wird er das Berufsbild des Apothekers in der Öffentlichkeit aufwerten?

Dr. Willenborg: Ich denke, es wird das Berufsbild aufwerten, ja. Viele Leute verorten den Apotheker in der Apotheke und nehmen ihn nur als Verkäufer von Medikamentenpackungen wahr, zu dem man eben mal schnell reinhuscht. Wobei wir natürlich wissen, dass der Apotheker im ambulanten Bereich eine wichtige Rolle in der Patientenversorgung einnimmt. Bisher wurde medial noch sehr wenig kommuniziert, dass es Apotheker flächendeckend im Krankenhaus geben wird. Es wird die Wahrnehmung und vor allem auch die Relevanz des Berufs aufwerten!

Interview: Jelena Rüstner, Freie Autorin