



Arzneimittel und ambulante Pflegedienste. Tagungsdokumentation der Fachtagung Sozialpharmazie am 19./20. Mai 2015 in Düsseldorf.

Gesundheitsförderung

Infektionsschutz

Gesundheitsdaten

Pharmazie

Gesundheitswirtschaft

Versorgung

Arzneimittel und ambulante Pflegedienste.
Tagungsdokumentation der Fachtagung
Sozialpharmazie am 19. und 20. Mai 2015 in
Düsseldorf.

Impressum

Landeszentrum Gesundheit
Nordrhein-Westfalen (LZG.NRW)
Gesundheitscampus-Süd 9
44801 Bochum
Telefon: 0234 91535-0
Telefax: 0234 91535-1999
poststelle@lzg.nrw.de
www.lzg.nrw.de

Redaktion
Dr. Udo Puteanus
Dr. Andrea Wiegard
Theresa Rueter

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

Layout und Verlag
LZG.NRW

Bildnachweis
Titelbild: © www.ingo-bartussek.de - Fotolia

Das LZG.NRW ist eine Einrichtung des Landes Nordrhein-Westfalen und gehört zum Geschäftsbereich des Ministeriums für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter.

Nachdruck und Vervielfältigung, auch auszugsweise, nur mit Quellenangabe gestattet.

Münster, März 2016

ISBN 978-3-88139-203-7

Inhalt

Einleitung	
U. Puteanus	7
 Der 4. Pflegequalitätsbericht – Schwerpunkt ambulante Pflege	
J. Brüggemann	15
 Pflegfachkräfte und ärztliche Arzneimittelverordnungen	
K. Federmeyer	27
 Aufbau und erste Ergebnisse der WestGem-Study	
O. Rose	35
 Multimedikation und potentiell risikobehaftete Arzneimittelverordnungen bei GKV-Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen vs. mit ambulanten Pflegeleistungen (MuPP)	
V. Lappe	45
 Ansätze zur Verbesserung der Pharmakotherapie aus Sicht ambulanter Pflegedienste	
H.-A. Grewe.....	59
 Aktionsbündnis Schmerzfreie Stadt Münster. Methodik, Ergebnisse und Perspektiven. Schwerpunkt ambulante Pflegedienste	
J. Osterbrink.....	67
 Arzneimittelgabe im ambulanten Pflegedienst	
G. Luhmann	81
 Die Apotheke der Zukunft: Konzepte zur Versorgung ambulanter Pflegedienste	
M. Schrott.....	89
 Umgang mit Arzneimitteln in ambulanten Pflegediensten – Erfahrungen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes	
U. Stapel, E. Büenfeld, C. Stockebrand.....	97
 Ein Projekt der „Learning Community“ im Kreis Heinsberg zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit: Der Medikationspass	
S. Steiner van der Kruk.....	107
 Liste der Referentinnen und Referenten (alphabetisch)	121

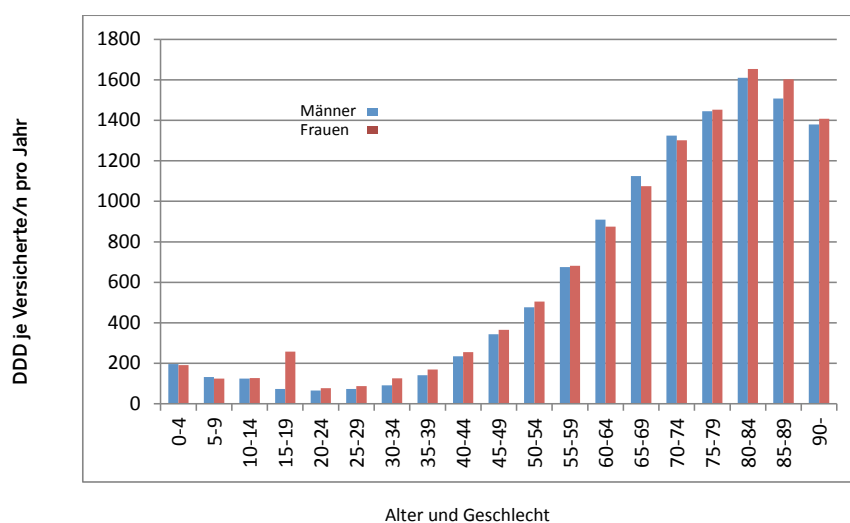
Einleitung

Dr. Udo Puteanus

Arzneimittel und ambulante Pflegedienste

Die Fachtagung Sozialpharmazie beschäftigte sich 2015 mit einem Thema, das seit vielen Jahren die Fachwelt bewegt: Wie können ältere, multimorbide Menschen, die Leistungen der Pflegekassen in Anspruch nehmen müssen, besser als bisher mit Arzneimitteln versorgt werden? Dass auf diesem Gebiet Probleme vorhanden sind, ist seit vielen Jahren bekannt: Ältere, multimorbide Patientinnen und Patienten, denen eine Vielzahl von Arzneimitteln verordnet werden, haben oftmals Schwierigkeiten, komplizierte Therapieschemata einzuhalten. „Komplexe Medikationsregime“ erfordern höchste Konzentration von den Anwenderinnen und Anwendern¹. Noch viel kritischer wird die Situation, wenn kognitiv eingeschränkte Patientinnen und Patienten solche Herausforderungen meistern müssen.

Abbildung 1: Verordnungsmengen nach Alter und Geschlecht in definierten Tagesdosen (DDD).
Quelle: Arzneiverordnungsreport 2014



¹ Schaeffer D, Müller-Mundt D, Haslbeck J (2007): Bewältigung komplexer Medikationsregime bei chronischen Krankheiten – Herausforderungen aus der Sicht der Gesundheitsprofessionen. Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaften an der Universität Bielefeld, P07-134 <http://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag6/downloads/ipw-134.pdf> letzter Zugriff 19.08.2015.

Durchschnittlich nehmen Menschen über 65 Jahre ca. 3,8 verschiedene Arzneimittel täglich ein, bei den 80- bis 85-Jährigen sind es im Durchschnitt 4,5 Arzneimittel². Erkrankte mit Pflegeleistungen nehmen im Schnitt sieben bis acht verschiedene Medikamente nach bestimmten Schemata ein. Wie das nordrhein-westfälische Statistische Landesamt meldet, lebten Ende 2011 in Nordrhein-Westfalen 547.800 Menschen, die im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes (SGB XI) pflegebedürftig waren. Dies waren 7,6 Prozent mehr als zwei Jahre zuvor. 65,7 Prozent aller Leistungsempfängerinnen und -empfänger waren Frauen. Mehr als zwei Drittel (71 Prozent) der Pflegebedürftigen wurden zu Hause versorgt. Davon erhielten rund 266.800 Pflegebedürftige ausschließlich Pflegegeld, um ihre Pflege selbst zu organisieren. Die anderen rund 122.200 Personen (inkl. Empfängerinnen und Empfänger von Geld- und Sachleistungen) wurden durch ambulante Dienste zu Hause betreut. 8.800 Personen nahmen neben der ambulanten Versorgung oder der reinen Pflegegeldleistung auch teilstationäre Dienste in Anspruch. In Pflegeheimen erhielten mehr als 158.700 Personen vollstationäre Dauer- oder Kurzzeitpflege³.

Weniger exakt sind die Zahlen über die negativen Auswirkungen unzureichend bewältigter Arzneitherapien, da dazu keine ausreichend genauen Erhebungen durchgeführt wurden. Derzeit gehen Expertinnen und Experten aus der Versorgungsforschung und aus dem Pharmakovigilanzsystem davon aus, dass ca. fünf Prozent der Krankenhauseinweisungen auf interistischen Stationen auf unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW) zurückzuführen sind⁴. Für Patientinnen und Patienten im Alter ab 75 Jahren wurde ein Wert von 30 Prozent errechnet⁵. Auch für arzneimittelbedingte Todesfälle liegen keine exakten Zahlen vor. Allerdings wird bei der Betrachtung der aus Hochrechnungen ermittelten Todesfälle durch Arzneimittel in Deutschland deutlich, dass es sich hier um ein gravierendes Problem handelt⁶.

So wenig die Zahlen auch auf harten Fakten beruhen, es ist unter Fachleuten unumstritten, dass es sich bei der Arzneimitteltherapie von älteren, multimorbiden Patientinnen und Patienten um einen „Hochrisikoprozess“ handelt⁷. Dieser erfordert von allen Beteiligten – Ärztinnen und Ärzten, Pflegekräften, Apothekerinnen und Apothekern, Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörigen – höchste Konzentration. Die Fachleute benötigen ein vertieftes Wissen über die Zusammenhänge der Arzneitherapie von älteren, multimorbiden Menschen. Zudem ist eine Zusammenarbeit aller am Therapieprozess beteiligten Expertinnen und Experten sowie der medizinischen Laien im Sinne eines Netzwerks zur Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) unabdingbar, um Fehler zu vermeiden und Folgen von dennoch auftretenden Fehlern rechtzeitig und so gut wie möglich abzumildern.

Im Arbeitsgebiet Sozialpharmazie hat sich der öffentliche Gesundheitsdienst in Nordrhein-Westfalen in den vergangenen Jahren intensiv mit der Arzneimittelversorgung von älteren, multimorbiden Patientinnen und Patienten, insbesondere in Alten- und Pflegeheimen, auseinandergesetzt und seinen Anteil zur Verbesserung der Situation geleistet⁸. Dies wird auch wei-

2 Schwabe U: Arzneiverordnungen 2013 im Überblick. In: Schwabe U, Paffrath D (Hrsg.): Arzneiverordnungsreport 2014. Springer, Heidelberg, Berlin, 3-46.

3 https://www.it.nrw.de/presse/pressemitteilungen/2012/pres_287_12.html letzter Zugriff 12.08.2015.

4 Thümann P A, Schmitt K. Erfassung und Bewertung unerwünschter Arzneimittelwirkungen. Med Klin (Munich) 1998; 93: 687-92. Eine neuere Untersuchung geht von einer höheren Rate aus: Ierano C, Morrissey H, Ball P, Nielsen S: Review of reported adverse drug reactions in a local health facility. J Pharm Pract Research 45 (2015), 140–145.

5 Chan M, Nicklason F, Vial J H. Adverse drug events as a cause of hospital admission in the elderly. Intern. Med. J. 31 (2001) 199-205.

6 Schnurrer J, Frölich J C: Internist 2003; 44, 889.

7 Korzilius H: Patientensicherheit: Arzneitherapie - ein Hochrisikoprozess. Dtsch. Ärztebl. 2005; 17: 1174-5.

8 Z. B.: Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (2014) (LZG.NRW) (Hrsg.): Leitlinien und pharmakotherapeutische Behandlung multimorbider älterer Menschen. Dokumentation der Fachtagung Sozialpharmazie 2013. https://www.lzg.nrw.de/_media/pdf/service/Publikationen/2014_druckfrisch/dokumentation_fachtagung_sozialpharmazie_2014.pdf letzter Zugriff 19.08.2015.

Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (2012) (LZG.NRW) (Hrsg.): Arzneimittelversorgung von Heimbewohnern. Dokumentation der Fachtagung Sozialpharmazie der Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen in Zusammenarbeit mit dem Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen 2011 https://www.lzg.nrw.de/_media/pdf/service/Publikationen/pub-arz/liga_nrw_bericht_fachtagung_sozialpharmazie_24_25-05-2011_duesseldorf.pdf letzter Zugriff 19.08.2015.

terhin notwendig sein, da der demographische Wandel zu einem weiteren Bedarf an Einrichtungen zur Versorgung von älteren, multimorbiden Menschen führen wird. Die dort besonders häufig auftretenden arzneimittelbezogenen Probleme sind vor dem Hintergrund eines komplexen Verantwortungsgefüges zu lösen. In diesem Zusammenhang haben auch Pflegefachkräfte wichtige Aufgaben, insbesondere bei der Beobachtung des Gesundheitszustandes der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner und der rechtzeitigen Weiterleitung der Beobachtungen an die Ärztinnen und Ärzte oder Apothekerinnen und Apotheker.

Auch Forschungseinrichtungen haben sich im Setting Heim engagiert und einige wichtige Erkenntnisse für diesen Versorgungsbereich erbracht⁹. So ist deutlich geworden, wie wichtig konzentriertes Arbeiten beim Umgang mit Arzneimitteln ist, welche Bedeutung die Pflegefachkräfte für das Gelingen der Arzneimitteltherapien haben – insbesondere durch intensives Beobachten des Gesundheitszustandes der Menschen –, welche Chancen Apothekerinnen und Apotheker haben, Pflegefachkräfte bei ihrer Aufgabe zu unterstützen und wie wichtig es ist, dass erkannte Risiken rechtzeitig und umfassend an die behandelnden Ärztinnen und Ärzte übermittelt werden. Nur so kann auf Risiken umgehend reagiert werden. Es ist auch erkannt worden, wie bedeutend eine erfolgreiche Kommunikation zwischen den Expertinnen und Experten ist. Eine vergleichbare Forschungsintensität über die Arzneimittelversorgung von Patientinnen und Patienten in ambulanter Pflege ist in Deutschland derzeit nicht vorhanden.

Seit August 2003 sind öffentliche Apotheken verpflichtet, zur Versorgung von Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern mit den Heimträgern Versorgungsverträge auf der Grundlage des § 12a Apothekengesetz abzuschließen. Damit stellen Apotheken die Arzneimittelversorgung von Alten- und Pflegeheimen auf der Grundlage eines Heimversorgungsvertrages sicher. Ziel der damaligen Gesetzesänderung war die Verbesserung der Arzneimittelversorgung für diesen Personenkreis durch eine Aufwertung der pharmazeutischen Leistung der Vertragsapotheken. Die reine Belieferung der Heime sollte zu einer Versorgung der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner ausgebaut werden. Apotheken übernehmen neben der Lieferung der verordneten Arzneimittel Kontrollfunktionen in den Heimen und überwachen die Lagerung der Arzneimittel. Sie sorgen für Fortbildungen der Pflegekräfte und stehen als Ansprechpartner sowohl für die Pflegefachkräfte als auch für die Heimbewohnerinnen und Heimbewohner zur Verfügung.

Vergleichbare Regularien existieren für die Versorgung von älteren, multimorbiden Patientinnen und Patienten, die von ambulanten Pflegediensten betreut werden, nicht. In der Regel werden die ärztlich verordneten Arzneimittel sowie die im Rahmen der Selbstmedikation erworbenen Medikamente durch die Pflegefachkräfte oder die Angehörigen in derjenigen Apotheke besorgt, die von der Patientin oder dem Patienten bestimmt wird, sofern diese eine spezielle Apotheke benennen. Da die Pflegebedürftigkeit häufig einem engen persönlichen Kontakt zwischen den Patientinnen und Patienten und „ihrer“ Apotheke entgegen steht, müssen Informationen und Beratungsleistungen des pharmazeutischen Personals durch die Pflegefachkräfte bzw. durch die Angehörigen an die Patientinnen und Patienten übermittelt werden. In der Praxis führt dies oftmals dazu, dass die Kernaufgabe der Apotheken – nämlich die Information und Beratung bei Patientinnen und Patienten mit ambulanten Pflegeleistungen – nicht mehr im gleichen Maß stattfindet, wie es wünschenswert wäre und wie es der Verordnungsgeber in der Apothekenbetriebsordnung vorgesehen hat. Auch die von der Apothekerschaft

9 Z. B.: Jaehde, U, Thürrmann P (2011): Arzneimitteltherapiesicherheit in Alten- und Pflegeheimen. Z Evid Fortbild Qual Gesundh.wesen (ZEFQ) (2012) 106, 712-716.

Hanke F, Zerres M, Hildebrand J, Fügen I (2014): Reduzierung unerwünschter Arzneimittelereignisse und arzneimittelbezogener Probleme. Aufbau und Evaluation in der stationären Pflege durch Einsatz eines Risikomanagementsystems, kontinenz aktuell 64/2014, 2-6.

Molter-Bock E, Hasford J, Pfundstein T (2006): Psychopharmakologische Behandlungspraxis in Münchener Altenpflegeheimen. Z Gerontol Geriat 39: 336-343.

Kruse J (2012): Optimierung der Versorgung geriatrischer Bewohner von Alten- und Pflegeheimen durch intensive Pharmazeutische Betreuung. Diss. Westf. Wilh.-Universität Münster. München. Hut 2012.

jüngst formulierten Ziele, die im „Perspektivpapier Apotheke 2030“ von der Landesführung veröffentlicht wurden¹⁰, können nur schwer „patientenorientiert“ verwirklicht werden, wenn die Betroffenen die Apotheke nicht mehr persönlich aufsuchen können.

Es derzeit nicht vorgesehen, mit den Heimversorgungsverträgen vergleichbare Regulierungen im ambulanten Bereich einzuführen. Gleichwohl stellen sich Fragen, wie die Arzneimitteltherapiesicherheit angesichts des Risikopotenzials der Multimedikation für ältere, multimorbide Patientinnen und Patienten weiter verbessert werden kann und welche Aufgaben die beteiligten Berufsgruppen dabei übernehmen sollten:

- Wie kann dafür gesorgt werden, dass die nach einem Arztbesuch oder einem ärztlichen Hausbesuch verordneten Arzneimittel so angewendet werden, dass sie einen optimalen Nutzen für die Patientinnen und Patienten haben?
- In welchem Ausmaß werden Informations- und Beratungsleistungen der Apotheken für die Patientinnen und Patienten mit ambulanten Pflegeleistungen angeboten und erbracht? Wie wirkt sich der fehlende persönliche Kontakt auf die Bereitschaft zu Information und Beratung aus?
- Welche Übertragungsfehler treten auf, wenn Informationen über Dritte (Pflegefachkräfte, Angehörige) an die Patientinnen und Patienten übermittelt werden? Welche Bedeutung hat dies für die Arzneimitteltherapiesicherheit?
- In welchem Ausmaß und mit welchen Ergebnissen setzen Pflegefachkräfte ihre in der Ausbildung erworbenen Kenntnisse über Arzneimittel in ihrer beruflichen Tätigkeit ein?
- Wie kann ein AMTS-Sicherheitsnetzwerk aufgebaut werden, an dem alle beteiligten Berufsgruppen, sowie die Patientinnen und Patienten und ggf. ihre Angehörigen ihre jeweiligen besonderen Fähigkeiten und Möglichkeiten optimal einsetzen können?

Der Öffentliche Gesundheitsdienst in Nordrhein-Westfalen hat sich im Arbeitsgebiet Sozialpharmazie bereits 2005 auf einer gemeinsamen Fachtagung mit der Akademie für öffentliches Gesundheitswesen mit der Thematik der Arzneimittelversorgung von Patientinnen und Patienten mit ambulanten Pflegeleistungen beschäftigt.

Die diesjährige Fachtagung Sozialpharmazie knüpft hieran an. Verbunden war damit insbesondere der Versuch, wesentliche Aspekte der Arzneimittelversorgung von Patientinnen und Patienten in ambulanter Pflege zu beleuchten und im nordrhein-westfälischen öffentlichen Gesundheitsdienst ein sozialpharmazeutisches Projekt auf den Weg zu bringen, das die Stärken und Schwächen der derzeitigen Situation analysiert und Verbesserungen erarbeitet. Angesichts der bekannten Mängel beim Stellen der Arzneimittel in der stationären, pflegerischen Versorgung stand im ersten Block der Fachtagung 2015 die Frage im Vordergrund: Welche qualitativen Anforderungen werden an ambulante Pflegedienste gestellt? Der Vertreter des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS), Jürgen Brüggemann, stellte die Prüfungen vor, nach denen die Qualität der ambulanten Pflegedienste seit 2005 bewertet wird. Durchschnittliche Pflegenoten von 1,3 stehen zu Recht in der Kritik; das derzeitige System der Bewertung stellt die tatsächliche Versorgungssituation nicht objektiv dar, weswegen im Pflegestärkungsgesetz II neue Regelungen zur Transparenz in der Pflege aufgenommen werden sollen.

¹⁰ ABDA 2014: Apotheke 2030. Perspektiven zur Pharmazeutischen Versorgung in Deutschland. http://www.abda.de/fileadmin/assets/Apotheke_2030/perspektivpapier_150112_ansicht.pdf letzter Zugriff 19.08.2015. Darin heißt es z. B.: „Der Patient und seine evidenzbasierte Beratung zum Arzneimittel sollen im Mittelpunkt der Arbeit in der Apotheke stehen.“ Und an anderer Stelle: „Sie [die Patienten, d. Red.] benötigen Orientierung, Unterstützung und persönliche Zuwendung. Die öffentlichen Apotheken sehen es als ihre zentrale Aufgabe an, diesen Bedürfnissen zu entsprechen.“ S. auch Punkte 8-11 des Perspektivpapiers.

Sowohl der Vertreter des MDS wie auch die anschließend referierende Vertreterin des MDK-Saarland, Kathrin Federmeyer, verdeutlichten, dass in der ambulanten Pflege die gesetzlichen Bestimmungen berücksichtigt werden müssen, wonach der Versorgungsauftrag für die ambulanten Pflegedienste unterschiedlich ausfallen kann. Im Gegensatz zur stationären Pflege, in der alle Leistungen erbracht werden müssen, ist in der ambulanten Pflege zwischen der Grundpflege nach SGB XI und der Krankenpflege nach SGB V zu unterscheiden. Aufgrund dieser Trennung im SGB handeln ambulant tätige Pflegefachkräfte in vielen Situationen ohne rechtlichen Auftrag, wenn sie sich um die Arzneimittel der von ihnen betreuten Personen kümmern. Da bei einer alltäglichen pflegerischen Versorgung einer kranken Person aber die Krankheit nicht unberücksichtigt bleiben könne, müssten auch Wirkungen und Nebenwirkungen von Arzneimitteln beachtet werden, unterstrich auch Prof. Henny Annette Grewe von der Hochschule Fulda. Pflegefachkräfte der ambulanten Dienste versuchten oftmals über ihren pflegerischen Auftrag hinaus den Menschen zu helfen. Besonders deutlich geworden sei dies beim Fortbildungswillen der Pflegefachkräfte in pharmakologischen Fragen, wie sich im Ergebnis des von ihr geleiteten Projektes „KomPP – Kompetenznetz Pflege und Pharmakotherapie Nordhessen“ zeigte. Prof. Grewe veranschaulichte, dass mit einer Fort- und Weiterbildung der Pflegefachkräfte zwar eine bessere Arzneimitteltherapiesicherheit erreicht werden könne, ohne gesetzliche Änderungen würden die Pflegefachkräfte jedoch unbezahlte Mehrarbeit leisten und damit die ohnehin schlechte finanzielle Ausstattung der Pflegearbeit weiter festigen.

Dass nicht allein gesetzliche Vorgaben Probleme in der ambulanten Pflege bereiten und mehr Sicherheit in der Pharmakotherapie verhindern, wurde im zweiten Block aus dem Vortrag von Dr. Veronika Lappe der PMV forschungsgruppe der Universität Köln deutlich. In diesem Block wurden wissenschaftliche Projekte vorgestellt, die sich schwerpunktmäßig mit der ambulanten Versorgung pflegebedürftiger Patientinnen und Patienten beschäftigen. Dr. Lappe stellte die Ergebnisse der Sekundärdatenanalyse MuPP (Multimedikation und potentiell risikobehaftete Arzneimittelverordnungen bei GKV-Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen vs. mit ambulanten Pflegeleistungen) vor – eine Studie, die vom Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen finanziell gefördert wurde. Von besonderem Interesse war hier, welche (für ältere Patientinnen und Patienten potentiell inadäquaten) Arzneimittel in der ambulanten Pflege im Vergleich zur stationären Pflege häufiger eingesetzt werden.

Pharmazeutinnen und Pharmazeuten können einen Einfluss auf diese Verordnungen nehmen, was die WestGem Study veranschaulichte¹¹. Olaf Rose PharmD. (am.: Doctor of Pharmacy) stellte vorläufige Ergebnisse vor, nach denen die Empfehlungen der pharmazeutischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die ein Medikationsmanagement durchführten, bezüglich Medikationsänderungen in ca. 50 % von den behandelnden Ärztinnen und Ärzten angenommen wurden. An diesem Ergebnis wird deutlich, dass in einem Netzwerk zur Arzneimitteltherapiesicherheit pharmazeutische Kompetenz auf hohem Niveau für die Patientinnen und Patienten wichtig ist und von Ärztinnen und Ärzten akzeptiert wird.

Mit ihrem Plädoyer für mehr Fortbildungen für Pflegefachkräfte knüpfte Dr. Simone Bernard vom Institut für Klinische Pharmakologie, Universität Witten/Herdecke, an die Ausführungen von Prof. Grewe an. Auch wenn das von Bernard vorgestellte Projekt AMTS-AMPEL die Arzneimittelversorgung von Patientinnen und Patienten in Alten- und Pflegeheimen analysiert und durch eine Intervention zu verbessern versucht¹², lässt sich ihrer Meinung nach die Motivation

11 Westphalian study on a medication therapy management and home care based intervention under gender specific aspects in elderly multimorbid patients. www.westgem.de letzter Zugriff 19.08.2015.

12 Bernard S, Pietzyk S, et al. (2013): Arzneimitteltherapiesicherheit bei Patienten in Einrichtungen der Langzeitpflege – AMTS-Ampel. Poster auf der Jahrestagung der Gesellschaft für Arzneimittelanwendungsforschung und Arzneimittelepidemiologie, GAA, 2013 in Düsseldorf, www.gaa-arzneiforschung.de (geschützter Bereich für Mitglieder). Das auf der Fachtagung Sozialpharmazie gehaltene Referat von Dr. Simone Bernard kann auf Wunsch der Referentin im Rahmen der vorliegenden Tagungsdokumentation nicht veröffentlicht werden.

der Pflegefachkräfte in den Alten- und Pflegeheimen und in den ambulanten Pflegediensten vergleichen. Deswegen sollten zukünftige Projekte viel mehr als bisher das Berufsfeld der Pflegefachkräfte in den Blick nehmen.

Wie auch eine Kommune das Thema Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) aufgreifen kann, erläuterte Susanne Steiner van der Kruk von der Rheinisch-Westfälischen Technischen Hochschule Aachen (RWTH Aachen). Zur Verbesserung der Versorgungssituation der Patientinnen und Patienten im Kreis Heinsberg setzten sich Expertinnen und Experten aus unterschiedlichen Leistungsbereichen des Gesundheitswesens zusammen und entwickelten schon vor der politischen Entscheidung über einen Medikationsplan ein vergleichbares Instrument für die Bevölkerung in ihrem Landkreis. Damit sollen Ärztinnen und Ärzte sowie Apothekerinnen und Apotheker und Pflegefachkräfte, aber auch die Patientinnen und Patienten stets eine Übersicht darüber behalten, was aktuell an Arzneimitteln eingenommen wird. Besonders interessant erscheint auch der Prozess zur Entwicklung dieses Instrumentes. Denn dazu diene das Konzept der „Learning Community“. um die Benennung von Problemen und die Suche nach Lösungen in einer „Lerngemeinschaft“. Da ein solcher Lernprozess auch für die Heinsberger Neuland bedeutete, bediente man sich des Know-hows aus der Rheinisch-Westfälischen Technischen Hochschule Aachen (RWTH Aachen).

Ein weiteres interessantes Projekt zur Verbesserung der ambulanten Versorgung pflegebedürftiger älterer, multimorbider Menschen wurde von Prof. Dr. Jürgen Osterbrink von der Privaten Universität Salzburg vorgestellt. Auch hier waren es die Pflegefachkräfte, die als zentrale Berufsgruppe bei der Versorgung von Schmerzpatientinnen und -patienten angesprochen wurden. Im Wesentlichen ging es um Verbesserungen bei der Schmerztherapie. Dadurch, dass verschiedene Einrichtungen des Gesundheitswesens – Kliniken, Apotheken, Pflegefachkräfte, Arztpraxen – involviert waren, sollten die Verbesserungen möglichst viele Menschen einer ganzen Stadt, hier der Stadt Münster (Westf.), erreichen. Unter dem Label „Schmerzfremde Stadt Münster“ erzielte das Projekt große Aufmerksamkeit über die Stadt Münster hinaus. Zukünftige Projekte sollen in der Westfalenmetropole die Behandlung von Schmerzen weiter verbessern, wie der Referent berichtete.

Neben Qualitätsaspekten (erster Block) und wissenschaftlichen Projekten zur Verbesserung der Situation für pflegebedürftige ältere, multimorbide Menschen (zweiter Block) sollten im dritten Block der Fachtagung bereits stattgefunden kleinere Projekte des öffentlichen Gesundheitsdienstes in Nordrhein-Westfalen zur Sprache kommen. Im Jahre 2013 prüfte der pharmazeutische Dienst des Hochsauerlandkreises ambulante Pflegedienste nach einem hierfür entwickelten Kontrollkatalog. Die Prüferinnen und Prüfer beobachteten einige Fehler, die von den Pflegediensten abgestellt werden mussten¹³. Sowohl dieses Projekt als auch die Ergebnisse einer systematischen Untersuchung bei ambulanten Pflegediensten in der Stadt Hamm im Jahr 2006¹⁴ können als Pilotprojekt für die geplante Erhebung in anderen Kreisen und kreisfreien Städten in Nordrhein-Westfalen betrachtet werden.

Für die Zukunft muss zur Verbesserung der Versorgung älterer, multimorbider Patientinnen und Patienten viel getan werden, damit negative Effekte von komplexen Medikationsregimen reduziert werden. Eine wesentliche Rolle können dabei Apotheken spielen, deren Personal fundiert und zum großen Teil akademisch ausgebildet ist, deren Know-how aber bislang für die Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit zu wenig genutzt wird. Derzeit stellt sich die Situation für die Versorgung ambulant betreuter pflegebedürftiger Patientinnen und Patienten

13 Bünfeld E, Luhmann E, Stockebrand C: Umgang mit Arzneimitteln in ambulanten Pflegediensten. Erhebung zur Qualität. Pharm. Ztg. 160 (2015), 2250-2255 <http://www.pharmazeutische-zeitung.de/index.php?id=58854> letzter Zugriff 09.09.2015.

14 Stapel U, Siemer G: Arzneimittelsicherheit bei Pflegebedürftigen. Dt. Apoth. Ztg. 148 (2008), 5623-5627.

als unbefriedigend dar. Im Wesentlichen werden die Rezepte, die von Angehörigen oder Pflegefachkräften in die Apotheke gelangen, dort nur zusammengestellt und an die Abholer abgegeben oder den Endverbrauchern zugestellt. Die mit den Heimversorgungsverträgen intendierte Ausweitung apothekerlicher Tätigkeit hin zur Versorgung von kranken Menschen in Alten- und Pflegeheimen findet sein Pendant im ambulanten Bereich derzeit nur in Einzelfällen. Wie bereits oben erwähnt sollte darüber nachgedacht werden, welche Maßnahmen notwendig sind, um die Situation zu verbessern.

In Einzelfällen werden Apothekerinnen und Apotheker bereits aktiv und kreieren neue Formen der Versorgung ambulant betreuter, pflegebedürftiger Menschen. Als ein Beispiel präsentierte sich Mark Schrott vom Apothekenverbund „Ihre Apotheken“ aus dem Rhein-Main-Gebiet. Nach seinen Worten müssten die Apotheken von sich aus proaktiv sein und nicht auf den Gesetzgeber warten, um die Menschen besser zu versorgen. So bietet sein Verbund das individuelle Neuverblistern sowie weitere Dienstleistungen für ambulante Pflegedienste für Arzneimittel und Medizinprodukte an. Mit seinen zum Teil unkonventionellen Methoden und Vorschlägen provoziert er in der Kollegenschaft vor Ort Kritik und stieß auch bei den Amtsapothekerinnen und Amtsapothekern auf der Fachtagung auf Widerstand.

Die Beiträge der Referentinnen und Referenten sowie der teilnehmenden Amtsapothekerinnen und Amtsapotheker machten deutlich: Die Herausforderungen zur Beherrschung komplexer Medikationsregime für ältere, multimorbide Patientinnen und Patienten mit Pflegebedarf sind sehr groß und werden vor dem Hintergrund des demografischen Wandels weiter wachsen. Während in den letzten Jahren die Strukturen, Prozesse und Ergebnisse der Versorgung von Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern intensiver untersucht wurden – auch im Rahmen der Sozialpharmazie im öffentlichen Gesundheitsdienst in Nordrhein-Westfalen – stehen vergleichbare Untersuchungen für den ambulanten Bereich noch aus. Da aber die Geschehnisse in der Häuslichkeit der einzelnen Pflegebedürftigen nicht vergleichbar gut einer Untersuchung zugänglich sind wie in einem Alten- und Pflegeheim, müssen Methoden gefunden werden, wie Fehlerquellen dort entdeckt werden können und welche Interventionen zu Verbesserungen führen. Mit dem in naher Zukunft geplanten Projekt zur Verbesserung der Versorgung von älteren, multimorbiden Menschen mit Pflegebedarf im ambulanten Bereich wird der öffentliche Gesundheitsdienst in Nordrhein-Westfalen versuchen, seinen Beitrag zu diesem Thema zu leisten.

Der 4. Pflegequalitätsbericht – Schwerpunkt ambulante Pflege

Jürgen Brüggemann

Seit 2005 erstellt der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Kassen (MDS) alle drei Jahre einen Bericht über die Qualität der ambulanten und stationären Pflege¹⁵. Die Berichte schaffen Transparenz über die Qualität der pflegerischen Versorgung. Der MDS ist rein beratend tätig und hat keine Mitentscheidungskompetenz bei der Verabschiedung von Verträgen. Der folgende Beitrag stellt neben dem Inhalt des Qualitätsberichts auch die Art der Prüfung dar, um die Möglichkeiten und Grenzen der Prüfungen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) zu erkennen.

Die Qualität in der ambulanten Pflege kann deswegen nur schwer erfasst werden, da aufgrund der besonderen Versorgungssituation die Einflussmöglichkeiten der ambulanten Pflegedienste relativ gering sind. Der ambulante Pflegedienst kann Leistungen nur erbringen, wenn die in der Wohnung lebenden, ambulant Pflegebedürftigen ihn damit beauftragen. In der stationären Pflege hingegen sind in den Verträgen alle Leistungen abgedeckt: Behandlungspflege, Leistungspflege, Hauswirtschaft usw. Der ambulante Pflegedienst muss all diese Leistungen immer verhandeln und hat aus diesem Grund eine geringere Einflussmöglichkeit auf die Versorgungsqualität. Dies muss berücksichtigt werden, wenn die Qualität der ambulanten Pflege betrachtet wird.

Gesetzesgrundlage und medialer Umgang mit den Ergebnissen

Seit einigen Jahren muss jeder ambulante Pflegedienst und jede stationäre Einrichtung einmal jährlich vom (MDK) auf Qualität hin geprüft werden. Der MDK muss dabei einige gesetzliche Rahmenbedingungen und Richtlinien berücksichtigen wie beispielsweise Qualitätsprüfungsrichtlinien und Transparenzvereinbarungen.

Nach § 114a Abs. 6 SGB XI sind der (MDK) und der Verband der privaten Krankenkassen-Prüfdienst, kurz PKV-Prüfdienst, welcher 10 % der Prüfungen gemessen am Versichertenanteil durchführt, verpflichtet, im Abstand von drei Jahren den MDS über die Ergebnisse ihrer Qualitätsprüfungen zu informieren. Des Weiteren berichten der MDK und PKV-Prüfdienst über die

15 http://www.mds-ev.de/Ueber_uns_Aufgaben.html letzter Aufruf 10.07.2015.

Erfahrungen mit den Beratungs- und Prüfvorschriften und stellt seine Erkenntnisse zum Stand der Entwicklung der Qualität und der Qualitätssicherung dar.

Der MDS fasst diese Ergebnisse der Untersuchungen zusammen, ergänzt diese und erstellt einen Bericht. So ist zu Beginn dieses Jahres der vierte Pflegequalitätsbericht veröffentlicht worden¹⁶.

Laut Gesetz richtet sich der Bericht primär an:

- den Spitzenverband Bund der Pflegekassen
- das Bundesministerium für Gesundheit
- das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
- das Bundesministerium für Arbeit und Soziales
- die zuständigen Länderministerien.

Darüber hinaus wird der Bericht aber auch der (Fach-)Öffentlichkeit zur Verfügung gestellt. Im Vergleich zu den vorherigen Berichten sind die Botschaften des vierten Qualitätsberichtes von den Medien korrekt dargestellt worden. Leider haben die Medien in der Vergangenheit die Berichte teilweise überinterpretiert. So interpretierten sie z. B. die Information über Probleme mit der Ernährung bei Bewohnerinnen und Bewohnern von Pflegeheimen so, dass sie von Unterernährung bei einem Drittel der Personen berichteten.

Gliederung des Berichts

Der Bericht ist in folgende Abschnitte eingeteilt:

1. Einführung

Hier wird zunächst erläutert, auf welcher Gesetzesgrundlage die Prüfungen durchgeführt werden (s. o.) und wie die Prüfungen im Einzelnen ablaufen. Des Weiteren wird dargestellt, wie die Prüferinnen und Prüfer qualifiziert sind und welche Daten dem Bericht zugrunde liegen.

2. Ergebnisdarstellung (stationär/ambulant)

Die Darstellung der Ergebnisse im vierten Qualitätsbericht unterscheidet sich von den Darstellungen der vorherigen Berichte: In den ersten drei Prüfberichten hatte der MDS alle Daten aufbereitet, wodurch es erschwert war, die zentralen Punkte zu erkennen. Aus diesem Grund beschloss der MDS, zentrale personenbezogene Ergebnisse in den Vordergrund zu stellen und nur einige wenige einrichtungsbezogene Kriterien aufzuführen. Denn letztendlich ist es für die betreuten Personen wichtiger, mit welcher Qualität die Pflegefachkräfte bei ihnen arbeiten, sodass Fragen zur Struktur der Pflegeeinrichtung für die Öffentlichkeit nicht die gleiche Bedeutung haben.

3. „Zukunft der Qualitätsprüfung“

Die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen werden bisher in Pflegenoten dargestellt¹⁷, da Noten für die Bevölkerung ein verständliches System sind. Weil diese Noten durchschnittlich sehr gut

16 http://www.mds-ev.de/media/pdf/MDS_Vierter_Pflege_Qualitaetsbericht.pdf letzter Aufruf 10.07.2015.

17 <http://www.pflegenoten.de/service/service.jsp> letzter Aufruf 10.07.2015.

ausfielen, gerieten diese in den Medien in die Kritik¹⁸, sodass nun politisch darüber diskutiert wird, das Notensystem abzuschaffen¹⁹ (Näheres dazu s. u.) bzw. weiterzuentwickeln.

4. Anhang

Die MDK der einzelnen Bundesländer und der PKV-Prüfdienst haben hier die Möglichkeit, in Kurzberichten Besonderheiten zu beschreiben. Da die Ergebnisdarstellung nicht alle Daten betont, können diese in Form von Tabellen im Anhang nachgelesen werden.

Die Qualitätsprüfungen

In jeder pflegerischen Einrichtung findet einmal im Jahr eine Regelprüfung statt. So genannte Anlassprüfungen, z. B. aufgrund einer Beschwerde von Angehörigen oder ehemaligen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, werden hingegen nach Bedarf durchgeführt. Fallen bei einer Regelprüfung oder einer Anlassprüfung Mängel auf und wird daraufhin ein Bescheid ausgestellt, kann es zu einer Wiederholungsprüfung kommen (Häufigkeiten der Prüfungen s. u.),

Die Prüfungen finden in stationären Einrichtungen unangemeldet statt. Da die ambulanten Pflegedienste meist kleine Betriebe sind und es in der Vergangenheit deswegen häufig dazu kam, dass der MDK unangemeldet erst nach langen Wartezeiten jemanden an der Dienststelle antraf, werden die Prüfungen hier nur nach vorheriger Ankündigung (einen Tag vorher) durchgeführt.

Je nach Größe der Einrichtung prüfen ein bis drei Fachkräfte die Einrichtung. In 97,7 % handelte es sich im Jahr 2013 dabei um Pflegefachkräfte, 2,3 % waren Ärztinnen und Ärzte. Viele dieser Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter weisen zusätzliche Qualifizierungen auf, wie der nachfolgenden Tabelle zu entnehmen ist.

Tabelle 1: Qualifikationen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

Mitarbeiter mit Zusatzqualifikation	
Beschäftigte Mitarbeiter	777
Von den beschäftigten Mitarbeitern verfügen über:	in v.H. *
einen Abschluss in einem pflegeorientierten Studiengang	28,4
einen Abschluss in einem anderen Studiengang	6,6
eine Auditoren-Qualifikation nach der QPR	78,1
eine leitungsbezogene Weiterbildung	52,8
eine fachbezogene Weiterbildung	30,5
<i>* Mehrfachnennungen möglich</i>	

Auch haben die meisten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter langjährige Berufserfahrungen, beispielsweise als Heimleitung oder qualitätsmanagementbeauftragte Person in einer pflegerischen Einrichtung. Da einige dieser Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter nach ihrer Arbeit beim MDK erneut eine Tätigkeit in den Pflegeeinrichtungen aufnehmen, fließen die Erfahrungen des MDK direkt in die Pflegeversorgung ein.

18 <http://www.tagesschau.de/inland/pflege122.html> letzter Aufruf 10.07.2015 und <http://www.tagesschau.de/inland/pflegenoten-101.html> letzter Aufruf 10.07.2015.

19 <http://www.heute.de/pflege-tuev-noten-vorteile-und-nachteile-kritik-abschaffung-37042076.html> letzter Aufruf 10.07.2015.

Vor der jeweiligen Prüfung findet in der entsprechenden Einrichtung eine Information über den Ablauf und den Inhalt der Qualitätsprüfung statt.

Anschließend wird eine Zufallsstichprobe von 10 % der Pflegebedürftigen, stratifiziert nach Pflegestufe, ausgewählt, wobei die Stichprobe pro Einrichtung nicht weniger als fünf und maximal 15 Personen enthalten darf (Hinweis: Diese Stichprobe wird in der stationären Pflege inzwischen anders zusammengestellt: Unabhängig von der Größe der Pflegeeinrichtung werden je Pflegestufe 3 Bewohner per Zufallsstichprobe ausgewählt, in jeder Pflegeeinrichtung werden somit 9 Bewohner einbezogen). Diese Personen werden vom MDK aufgesucht, nachdem diese ihr schriftliches Einverständnis gegeben haben. Bei ambulanten Pflegediensten fahren die Prüferinnen und Prüfer in die Wohnung der Pflegebedürftigen und nehmen die Personen in Augenschein, wobei insbesondere auf den Versorgungszustand, also den Allgemein-, Ernährungs-, Haut- und Pflegezustand sowie die Bewegungsfähigkeit und ggf. die Versorgung mit Sonden, geachtet wird. Neben der reinen Betrachtung führt der MDS Gespräche mit den betreuten Personen sowie den Pflegefachkräften und wertet die Pflegedokumentation aus, um seine Beurteilung treffen zu können.

Zu beachten ist, dass in den Medien behauptet wird, es werde nur die Dokumentation geprüft, was jedoch nicht zutreffend ist. Die Worte „Der MDS guckt unter die Bettdecke!“ werden dem Prüfungsumfang und der Prüfqualität eher gerecht.

Die Grundlage für die im vierten Pflege-Qualitätsbericht dargestellten Ergebnisse ist die Qualitätsprüfungsrichtlinie QPR von 2009²⁰. Danach gibt es Kriterien, die immer zu prüfen sind (Mindestkriterien), und Kriterien, die je nach Anlass geprüft werden können. Im vierten Qualitätsprüfungsbericht wurden nur die Kriterien ausgewertet, die immer geprüft werden müssen.

Pflegeinfrastruktur

Das statistische Bundesamt veröffentlicht im Abstand von zwei Jahren Statistiken über die Versorgungssituation der Pflege in Deutschland²¹. Zum Zeitpunkt des vierten Qualitätsberichts des MDS lagen die Statistiken von 2011 vor, wonach in Deutschland insgesamt 12.354 vollstationäre und teilstationäre Pflegeeinrichtungen existierten. Bei den Trägern handelte es sich in 50,4 % der Fälle um freigemeinnützige, in 40,6 % um private und nur in 5,4 % um öffentliche Träger. Die öffentlichen Einrichtungen waren im Durchschnitt die größten, bezogen auf die Anzahl der Bewohner.

Tabelle 2: Durchschnittliche Bewohneranzahl in stationären Einrichtungen in Abhängigkeit vom Träger

Anzahl Bewohner im Durchschnitt	
Freigemeinnützige Einrichtungen	73
Private Einrichtungen	59
Öffentliche Einrichtungen	76
Gesamt	67

20 <http://www.mds-ev.de/media/pdf/Pflegerrichtlinie.pdf> letzter Aufruf 13.07.2015.

21 <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Pflege/Pflege.html> letzter Aufruf 13.07.2015.

Im ambulanten Bereich wurden 2011 13.340 Einrichtungen gezählt. Die Mehrheit davon waren private Einrichtungen (62,9 %). 35,7 % der Einrichtungen waren gemeinnützig. Der Anteil der privaten Einrichtungen war somit größer als im stationären Bereich.

Die ambulanten Pflegeeinrichtungen waren durchschnittlich deutlich kleiner als die stationären Einrichtungen: So betreuten die ambulanten Pflegeeinrichtungen im Durchschnitt 47 Personen.

Tabelle 3: Durchschnittliche Personenanzahl betreut durch ambulante Pflegedienste in Abhängigkeit vom Träger

Anzahl Pflegebedürftige im Durchschnitt	
Freigemeinnützige Pflegedienste	65
Private Pflegedienste	36
Öffentliche Pflegedienste	53
Gesamt	47

Zu berücksichtigen ist hierbei, dass nur Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger der sozialen Pflegeversicherung in die Statistik aufgenommen wurden. Die Personen, die allein häusliche Krankenpflege erhielten, sind nicht einberechnet worden, sodass die tatsächliche Anzahl der Pflegebedürftigen im ambulanten Bereich größer war.

Datengrundlage des vierten Qualitätsberichts

Der Bericht wurde 2014 verfasst und Anfang des Jahres 2015 veröffentlicht. Die Daten sind 2013 erhoben worden. Ein Vergleich der Ergebnisse der Qualitätsprüfungen von 2014 erfolgt mit den Daten von 07/2009 bis 12/2010.

Bei den einrichtungsbezogenen Kriterien wird der Erfüllungsgrad in der Einheit „von Hundert, v.H.“ bezogen auf die geprüften Einrichtungen angegeben. Bei den personenbezogenen Kriterien hingegen wird der Erfüllungsgrad in v.H. bezogen auf die einbezogenen Pflegebedürftigen, auf die das Kriterien zutraf, ausgewertet. So werden beispielsweise auch nur diejenigen Personen, die tatsächlich ein Dekubitusrisiko aufweisen, bei der Auswertung des Umgangs mit Dekubitusrisiko berücksichtigt.

Die genaue Anzahl der Qualitätsprüfungen und der begutachteten Bewohnerinnen und Bewohner bzw. Pflegebedürftigen, welche die Datengrundlage für den vierten Qualitätsbericht lieferten, sind den folgenden Tabellen zu entnehmen.

Da der Schwerpunkt des Beitrags auf der ambulanten Pflege liegen soll, werden im Folgenden auch lediglich die Daten aus diesem Bereich vorgestellt.

Wie in der Einführung bereits erwähnt, finden in den Einrichtungen hauptsächlich Regelprüfungen statt (s. u. 3.). Dies wird durch die folgenden Daten belegt:

Tabelle 4: Anzahl der Qualitätsprüfungen 2013

Stationäre Pflege – vorliegende Datensätze durchgeführter Qualitätsprüfungen 2013	
Durchgeführte Qualitätsprüfungen	12.190
Begutachtete Bewohner insgesamt	85.237
Durchschnittlich begutachtete Bewohner pro Einrichtung	7

Ambulante Pflege – vorliegende Datensätze durchgeführter Qualitätsprüfungen 2013	
Durchgeführte Qualitätsprüfungen	11.021
Begutachtete Personen insgesamt	61.694
Durchschnittlich begutachtete Personen pro Pflegedienst	5-6 (5,6)

Tabelle 5: Prüfarten in der ambulanten Pflege 2013

Ambulante Pflege – Qualitätsprüfungen nach Prüfart		
	7/2009-12/2010	2013
Geprüfte Einrichtungen	7.782	11.021
davon:	in v.H.	in v.H.
Regelprüfungen	94,5	96,9
Anlassprüfungen	3,8	1,9
Wiederholungsprüfungen	1,7	1,2

Neben dem MDK oder PKV-Prüfdienst können sich andere Institutionen an den Prüfungen beteiligen.

Tabelle 6: Beteiligte Institutionen an den Prüfungen in der ambulanten Pflege 2013

Ambulante Pflege – an Prüfung beteiligte Institutionen		
Geprüfte Einrichtungen	12.190	
davon mit Beteiligung durch:*	Anzahl	in v.H.
keine	10.060	91,3
Pflegekasse	55	0,5
Sozialhilfeträger	9	0,1
Gesundheitsamt	5	0,0
Trägerverband	429	3,9
sonstige	499	4,5
* Mehrfachnennungen möglich		

So sind beispielsweise in Berlin bei einigen Einrichtungen häufiger Abrechnungsprobleme aufgefallen, weswegen hier die Sozialhilfeträger an den Prüfungen teilnahmen. Insgesamt war die Beteiligung anderer Institutionen an den Prüfungen in 2013 jedoch gering, wie der obigen Tabelle zu entnehmen ist.

Die meisten Personen in der ambulanten Pflege erhielten Leistungen nach SGB V, wovon einige auch Leistungen nach SGB XI erhielten.

Tabelle 7: Leistungsarten der betreuten Personen in der ambulanten Pflege 2013

Ambulante Pflege – Leistungsarten der betreuten Personen	
Betreute Personen	980.741
Leistungsempfang	in v.H.
ausschließlich SGB XI	15,8
SGB XI und SGB V	29,3
ausschließlich SGB V	35,5
sonstige	19,4

Der MDK kann bei seiner Auswertung rechtlich nur Personen einbeziehen, die Sachleistungen nach SGB XI erhalten, weswegen nur die Daten der beiden ersten Gruppen der obigen Tabelle in den Qualitätsbericht eingeflossen sind.

Die Mehrheit der Pflegebedürftigen (51,6 %) war in Pflegestufe I und wies ein Alter zwischen 80 und 90 Jahren auf. Ca. 30 % der durch ambulante Pflegedienste Versorgten hatte dabei erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz (PEA: Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz²²). Im stationären Bereich hingegen zählen ca. zwei Drittel der Bewohnerinnen und Bewohner zu den PEA. Im Vergleich zu den Daten von 07/2009 bis 12/2010 ist damit die Anzahl der PEA im ambulanten Bereich leicht gestiegen, während die Anzahl der Patientinnen und Patienten sowohl mit Dekubitus als auch mit Ernährungs sonden gesunken ist.

Tabelle 8: Epidemiologische Daten der betreuten Personen

Ambulante Pflege – Epidemiologische Daten		
	7/2009-12/2010	2013
Anzahl untersuchte Personen	44.889	61.694
	in v.H.	in v.H.
PEA	27,9	29,9
Dekubitus	3,7	3,2
Chronische Schmerzen	/	38,8
Ernährungs sonden	4,5	3,9

22 <http://www.pflegestufe.info/stichworte/pea.html> letzter Aufruf 13.07.2015

Personenbezogene Ergebnisse

Wie bereits verdeutlicht, erhielten von den einbezogenen Personen ca. zwei Drittel eine Behandlungspflege nach SGB V, wobei die häufigste Behandlungspflege die Medikamentengabe war:

- 47,4 v.H. Medikamentengabe
- 25,5 v.H. Kompressionsstrümpfe, -verbände
- 12,7 v.H. Injektionen, meist Insulin
- 5,5 v.H. Wundversorgung bei chronischen Wunden
- 5,3 v.H. Blutzuckermessung

Insgesamt ist die Häufigkeit der erfüllten Kriterien im Vergleich zu 07/2009 bis 12/2010 leicht gestiegen:

Tabelle 9: Vergleich einiger untersuchter Kriterien der Jahre 2010 und 2013

Ambulante Pflege - Ausgewählte Kriterien der Behandlungspflege (Anteil erfüllter Kriterien in v.H.)					
		7/2009-12/2010		2013	
Anzahl untersuchte Personen		44.889		61.694	
Frage	Kriterium	Kriterium relevant bei	davon Kriterium erfüllt	Kriterium relevant bei	davon Kriterium erfüllt
10.16/T19	Medikamentenversorgung gemäß ärztlicher Anordnung	49,7	77,5	47,4	85,9
10.18/T23	Injektion entsprechend der ärztlichen Verordnung nachvollziehbar durchgeführt, dokumentiert, und bei Komplikationen den Arzt informiert	13,5	87,4	12,7	91,2
10.21	Angemessenes pflegerisches Schmerzmanagement	13,3	38,2	15,3	67,9
10.29/T18	Maßnahmen zur Behandlung der chronischen Wunden oder des Dekubitus basieren auf aktuellem Stand des Wissens	7,0	78,7	5,5	85,7
10.32/T24	Sachgerechter Umgang mit Kompressionsstrümpfen/-verbänden	22,1	82,2	25,5	87,9

Zur Erläuterung:

Das Kriterium „Medikamentenversorgung gemäß ärztlicher Anordnung“ war von 07/2009 bis 10/2012 bei ca. 50 % der Untersuchten relevant, im Jahr 2013 ebenfalls. Erfüllt wurde dieses Kriterium 2013 bei 86 %, von 07/2009 bis 12/2010 bei lediglich 78 %.

Laut QPR gilt dieses Kriterium als erfüllt, wenn:

- eine ärztliche Anordnung vorliegt,
- bei Generika nachvollziehbar ist, dass sie der Anordnung entsprechen
- (z. B. Dokumentation Wirkstoffnamen, Kennzeichnung Packung mit Name des Originalpräparates),
- die Medikamentengabe entsprechend ärztlicher Anordnung durchgeführt wurde und
- die Medikamentengabe dokumentiert ist (Applikationsform, vollständiger Medikamentenname, Dosierung, Häufigkeit, Tageszeit, Angaben zur Bedarfsmedikation).

Welche Gründe im Einzelfall dazu führten, dass das Kriterium als nicht erfüllt bewertet wurde, kann nicht beurteilt werden.

Im stationären Bereich hat das Kompetenz-Center-Geriatrie²³ des MDK Nord aus diesem Grund eine Sekundärdatenanalyse durchgeführt. Da die Kriterien der stationären Pflege denen in der ambulanten Pflege stark ähneln, kann diese Auswertung auch Hinweise darauf geben, welche Ursachen häufig zur Nichterfüllung des oben genannten Kriteriums führen. Hiernach handelte es sich bei ca. der Hälfte der Mängel um Dokumentationsfehler. In ungefähr 50 % lagen Fehler bei der Medikamentengabe vor. Von diesen 50 % wiederum wurde in 30 % der Fälle ein falsches Medikament gestellt.

Übertragen auf die Daten des vierten Qualitätsberichts bedeutet dies, dass bei ca. 3 % der untersuchten Pflegebedürftigen ein bis mehrere Medikamente nicht so gestellt wurden, wie es laut ärztlicher Verordnung vorgesehen war.

Das Kriterium „Injektionen nach ärztlicher Anordnung“ gilt als erfüllt, wenn

- die Leistung in genehmigtem Umfang durchgeführt wurde,
- die Leistungen dokumentiert wurden und
- die Ärztin oder der Arzt bei Komplikationen informiert wurde.

Wenn aus der Dokumentation nicht zu entnehmen ist, dass die Leistungen in dem verordneten Umfang durchgeführt wurden, kann es sich zugleich auch um einen Abrechnungsfehler handeln.

Die einzelnen MDK in Deutschland führen jedoch nicht immer Abrechnungsprüfungen durch.

Das Kriterium „Schmerzmanagement“ gilt als erfüllt, wenn eine systematische Schmerzeinschätzung erfolgt. Im Unterschied zu den beiden erst genannten Kriterien wird dieses nicht veröffentlicht. Aufgrund der Veröffentlichung haben die Pflegedienste ein hohes Interesse daran, sich stetig zu verbessern. Obwohl anzunehmen ist, dass das Kriterium Schmerzmanagement von daher für die Einrichtungen nicht so einen hohen Stellenwert hat, war auch hier eine leichte Verbesserung zu erkennen. Es ist somit von einer Lenkungswirkung der Qualitätsprüfungen auszugehen.

Das Kriterium „Wundversorgung“ ist erfüllt, wenn

- die Versorgung entsprechend ärztlicher Verordnung erfolgt,
- bei Bedarf Prinzipien der lokalen Druckentlastung und Kompression eingehalten werden,
- die Versorgung nach physiologischen und hygienischen Maßstäben stattfindet.

Die Pflege ist kein blinder Erfüllungsgehilfe bei der Wundversorgung, sondern muss ihre Fachlichkeit einbringen. Hat der Arzt Maßnahmen verordnet, die nicht dem aktuellen Stand des Wissens entsprechen, hat die Pflege hierüber in die Kommunikation mit dem Arzt zu gehen. Wenn der Pflegedienst dies nachweisen kann, kann er im Rahmen der Qualitätsprüfung nicht dafür verantwortlich gemacht werden, dass die Wundversorgung nicht dem aktuellen Stand des Wissens entspricht.

Ein großes Streitthema ist der „besondere Beratungsbedarf“. So verlangen die Prüfdienste, dass die Pflegedienste zu Beginn der Versorgung eine umfassende Informationssammlung bei den Versicherten durchführen und sich daran ggf. eine Beratung anschließt. Obwohl auch die-

23 <http://www.kcgeriatrie.de/> letzter Aufruf 13.07.2015.

ser Bereich, wie das Kriterium „Schmerzmanagement“, nicht veröffentlicht wird, hat sich die Beratung der Pflegebedürftigen laut dem vierten Qualitätsprüfungsbericht verbessert.

Fazit

Bei den Prüfungen des MDK wird grundsätzlich auf die Versorgungsqualität fokussiert. Da die Personen mit Pflegebedarf immer älter werden, nehmen auch die Herausforderungen für die Pflegeeinrichtungen zu. Insgesamt ist dem vierten Qualitätsprüfungsbericht zu entnehmen, dass die Qualität in den Pflegediensten zunimmt. Auch wenn die Transparenz der Prüfungen kritisiert wird, sind die Pflegedienste und stationären Einrichtungen sehr bemüht, ihre Leistungen zu verbessern. Dennoch kann nicht außer Acht gelassen werden, dass weiterhin Optimierungsbedarf besteht.

Ausblick

Seit 2014 ist Karl Josef Laumann erster Amtsinhaber als Beauftragter der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten sowie Bevollmächtigter für Pflege. Unter anderem setzt sich Herr Laumann für die Entbürokratisierung der Pflege²⁴ sowie die Pflegequalität und Transparenz ein.

So ist seinem Positionspapier von 11/2014 zu entnehmen, dass er die Qualitätsprüfungen für wichtig hält, jedoch seiner Meinung nach zu viele Doppelprüfungen durchgeführt würden. Da Pflegenoten von durchschnittlich 1,3 veröffentlicht würden, seien diese nicht aussagekräftig. Herr Laumann forderte deshalb, die Pflegenoten auszusetzen und ein neues System durch ein Wissenschaftlergremium entwickeln zu lassen^{25,26}. Dieses Vorhaben sollte in dem so genannten Vorschaltgesetz als Anlage zum Präventionsgesetz aufgenommen werden, was letztendlich jedoch nicht geschah²⁷.

Dennoch soll in den kommenden Jahren eine Veränderung im Bereich der Transparenz der Pflege erfolgen. Regelungen hierzu sind im Entwurf zum Pflegestärkungsgesetz II aufgenommen worden.

Aus der Diskussion

Wie wird das Schmerzassessment in der Pflege abgerechnet?

Brüggemann: Wenn ein Pflegedienst eine Verordnung über die Gabe von Medikamenten hat und die betreute Person mit Schmerzmitteln versorgt wird, verlangt der MDK, dass ein Schmerzassessment stattfindet. Es gibt für die Schmerzerfassung keine zusätzliche Vergütung. Die Aufgabe der Prüfdienste besteht allein darin, die Qualität der Arbeit zu beurteilen.

Anders als in anderen Versorgungsbereichen ist in der Pflege von vornherein gesetzlich eine externe Prüfung vorgesehen. Beispielsweise werden Arztpraxen nicht derart kontrolliert. Wer sollte die Wirkung dessen überprüfen, was die Ärztin oder der Arzt verordnet? Es ist einfach, bei Prüfungen immer mehr abzufragen, auch im Bereich der Pflege, doch sollte man bedenken, wie die einzelnen Pflegeleistungen vergütet werden. Wenn ein externer Prüfdienst wie der MDK, der eine rechtlich machtvolle Position hat, immer weiter Anforderungen an die Pflege stellt, muss auch die andere Seite berücksichtigt werden: Die ganzen Leistungen, die in die Aufgaben der Pflege hinein definiert werden, müssen dann entspre-

24 <https://www.ein-step.de/> letzter Aufruf am 13.07.2015.

25 <http://www.paritaet-alsopfleg.de/index.php/downloadsnew/pflegerische-versorgung/fachinformationen-pflege-oeffentlich/7286-positionspapier-pflegenoten/file> letzter Aufruf am 13.07.2015

26 <http://www.heute.de/pflege-tuev-noten-vorteile-und-nachteile-kritik-abschaffung-37042076.html> letzter Aufruf 15.07.2015.

27 <http://www.faz.net/aktuell/wirtschaft/pflege-tuev-soll-bleiben-trotz-umstrittener-bestnoten-13659816.html> letzter Aufruf 15.07.2015.

chend vergütet werden. Was sollen ambulante Pflegefachkräfte für das, was sie verdienen, an Leistung erbringen?

Brüggemann: Der Einwand ist verständlich, doch die Qualitätsprüfungsrichtlinien sind für den MDK und für die Landesverbände der Pflegekassen verbindlich. Die Pflege soll nach aktuellem Stand des Wissens erfolgen. Im Bereich der Schmerztherapie gehört deswegen ein solches Schmerzassessment dazu. Wenn diese Qualitätsanforderungen gestellt werden, müssen diese auch entsprechend vergütet werden. Doch diese tariflichen Fragestellungen sind nicht Aufgabe des MDK.

Es sollte jedoch auch Folgendes nicht vergessen werden: zwei Drittel der ambulanten Pflegedienste werden privat geführt. Die Motivation zur Eröffnung eines ambulanten Pflegedienstes, ist in der Regel finanzieller Art. Die Vergütung der Pflegefachkräfte entspricht damit nicht 1:1 dem, was bezahlt wird.

Pflegekräfte und ärztliche Arzneimittelverordnungen

Kathrin Federmeyer

Was bedeutet es, Pflegefachkraft zu sein und was muss mit dem Examen zur Pflegefachkraft erlernt sein? Der folgende Beitrag fokussiert die Perspektive von Pflegefachkräften bei ihrer Arbeit in ambulanten Pflegediensten. Es soll gezeigt werden, welche Grundlagen die Pflegefachkräfte in ihrer Ausbildung erlernen und welche Anforderungen hier bereits an diese Berufsgruppe gestellt werden. Dies bietet eine Basis, um anschließend verschiedene Problemfelder bei ihrer Arbeit, insbesondere die Bedarfsmedikation, zu veranschaulichen.

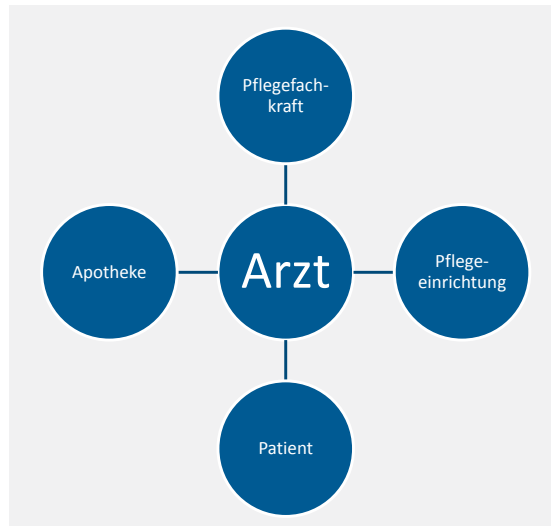
Rechtlicher Kontext der Arzneimittelverordnungen in der Pflege

Nachdem die Ärztin oder der Arzt ein Arzneimittel verordnet hat, befassen sich verschiedene Akteure mit der Medikation: Zum einen die Patientin oder der Patient selbst, da diese eine zentrale Rolle in der Arzneimittelverordnung haben, aber auch die Pflegefachkraft, die Pflegeeinrichtung und die Apotheke sind an der Arzneimittelversorgung beteiligt. All diese fünf Bereiche müssen zusammen arbeiten, um eine optimale Arzneimittelversorgung und –therapie zu gewährleisten.

Vom rechtlichen Standpunkt aus hat die Ärztin bzw. der Arzt hierbei den größten Part, denn nur diese haben die Befugnis, Arzneimittel zu verordnen (§ 48 AMG). Zwar können sie die Arzneimittelvergabe delegieren, müssen jedoch persönlich eingreifen, „wo die betreffende Tätigkeit gerade beim Arzt eigene Kenntnisse und Kunstfertigkeiten voraussetzt.“²⁸ Eine Delegation verpflichtet die Ärztin bzw. den Arzt, das entsprechende Personal sorgfältig auszuwählen, dieses anzuleiten, zu kontrollieren und zu instruieren. Ist die Person, an die ich die Tätigkeit delegiere, geeignet, die entsprechende Aufgabe durchzuführen? Hierbei sind länderspezifische Kriterien zu beachten, beispielsweise sind nicht in jedem Bundesland Heilerziehungspflegerinnen und –pfleger als Pflegefachkraft anerkannt. Auch haben nur in einigen Bundesländern Pflegehilfskräfte mit einjähriger Ausbildung unter speziellen Voraussetzungen die Befugnis zur Durchführung von Behandlungspflege.

28 <http://www.wernerschell.de/Rechtssalmanach/Arzneimittelrecht/ABGABE01.pdf> letzter Aufruf 15.07.2015.

Abbildung 1: Akteure der Arzneimittelversorgung



Die Kontrollpflicht der Ärztin bzw. des Arztes beinhaltet unter anderem die Überprüfung, ob die entsprechende Mitarbeiterin bzw. der entsprechende Mitarbeiter seine Aufgaben kontinuierlich gut leisten kann.

In Bezug auf die Medikamentenvergabe bedeutet die Pflicht zur Instruktion, dass genaue Anweisungen zu geben sind: Welches Medikament, in welcher Dosierung, in welcher Frequenz, für welche Person soll zu welcher Uhrzeit verabreicht werden?

Eine Delegation ist damit nur möglich, wenn eine ärztliche Verordnung vorliegt und dies in den ärztlichen Akten dokumentiert wird. Die Ärztin und der Arzt sind nicht dazu verpflichtet, in den Akten der Pflegedienste Dokumentationen anzufertigen. Somit müssen die pflegerischen Einrichtungen selbst aktiv werden, um ihre Akten aktuell zu halten. Im Saarland faxen inzwischen viele Ärztinnen und Ärzte ihre Verordnungen an die entsprechenden Einrichtungen, sodass diese die Akten aktualisieren können. Probleme entstehen hier häufig, wenn Patientinnen und Patienten nach einem Krankenhausaufenthalt einen Entlassungsbericht erhalten, in dem eine Medikation aufgeführt ist, die sich von der bisherigen unterscheidet. Findet die Krankenhausentlassung z. B. an einem Freitag statt, ist die behandelnde ambulante Ärztin oder der Arzt meist nicht mehr erreichbar, sodass die Pflegedienste in den Konflikt geraten, sich zwischen der neuen und der alten Verordnung entscheiden zu müssen. Die Pflegefachkraft ist jedoch nicht befugt, danach zu handeln, was sie nach ihrer persönlichen Erfahrung für das Beste hält. Hier ist somit die Notwendigkeit gegeben, Lösungsstrategien zu finden.

Neben der Verordnung ist für eine ärztliche Delegation auch die Einwilligung der Patientin und des Patienten erforderlich. Selbst wenn auf einer HKP-Verordnung die Medikamentenverabreichung enthalten ist, darf die Pflegefachkraft die Arzneimittel nicht verabreichen, wenn die Patientin oder der Patient kein Einverständnis hierfür gibt. In diesem Fall muss die Verweigerung so dokumentiert werden, dass sich gegebenenfalls ein Triggerfaktor für die Verweigerung ableiten lässt. Beispielsweise kann es vorkommen, dass bestimmte Personen bei einer speziellen Pflegefachkraft die Einnahme verweigern, jedoch bei einer anderen Mitarbeiterin bzw. einem anderen Mitarbeiter die Arzneimittel ohne Probleme einnehmen. Dies muss bei der Tourenplanung des Pflegedienstes berücksichtigt werden.

Zu bedenken ist, dass die Ärztin oder der Arzt nicht nur für die Auswahl und Anordnung der Medikation haftet, sondern immer auch für die Durchführung der übertragenen Aufgaben verantwortlich ist.

Führt eine Apotheke eine patientenindividuelle Verblisterung durch, haftet diese für den Verblisterungsprozess. Die Pflegefachkräfte sind aber nicht von ihrer Verantwortung entbunden, vor jeder Einzelgabe zu kontrollieren, ob das entsprechende Arzneimittel der ärztlichen Verordnung entspricht.

Die Heimgesetze, die Heimverordnungen, das BGB, das Apothekengesetz und das SGB V und SGB XI stellen die Rechtsgrundlage für die Heime dar. Die Einrichtungen sind verpflichtet, die äußeren Bedingungen so zu gestalten, dass ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter die geforderten Aufgaben ordnungsgemäß ausführen können. Des Weiteren sind folgende Pflichten der Pflegeheime zu nennen: Die Einrichtung hat eine Aufbewahrungs- und Lagerungspflicht von Arzneimitteln, wenn diese nicht privat von den Pflegebedürftigen aufbewahrt werden. Es besteht eine Fürsorgepflicht, was bedeutet, dass die Einrichtung dafür sorgen muss, dass die Maßnahmen, die ausgeführt werden sollen, in Ruhe und mit ausreichend Zeit erfüllt werden kann. Die Pflegeeinrichtungen haben eine Dienstpflicht und müssen eine leitende Pflegefachkraft ernennen.

Das Grundgesetz, das BGB und das Heimgesetz regeln die Rechte der Pflegebedürftigen. Aufgrund des Selbstbestimmungsrechts kann niemandem ein Arzneimittel verabreicht werden, wenn dies verweigert wird. Selbstverständlich ist hier zu bedenken, ob die Person eventuell eine gesetzliche Betreuung hat und welche Bereiche von dieser Betreuung betroffen sind (Finanzen, gesundheitliche Fürsorge etc.). In stationären Einrichtungen ist es den Bewohnerinnen und Bewohnern natürlich möglich, sich selbst um ihre Arzneimittel zu kümmern. In diesem Fall sollten die Pflegefachkräfte dennoch die Arzneimittel kennen, um auf entsprechende Risiken und Nebenwirkungen achten zu können.

Die Berufsordnungen (das Krankenpflegegesetz und das Altenpflegegesetz) stellen für die Pflegefachkräfte nur die Mindestanforderungen dar. Weitere rechtliche Grundlagen sind im BGB, SGB, Grundgesetz und dem Bundesangestelltentarif geregelt. Wenn eine Pflegefachkraft eine Tätigkeit ausübt, übernimmt sie dafür die Verantwortung. Fehlen zur Ausübung dieser Tätigkeiten ärztliche Angaben, ist die Pflegefachkraft verpflichtet, die Tätigkeit so lange zu pausieren, bis die Unklarheiten beseitigt wurden. Ein Beispiel ist die Bedarfsmedikation. Die Angabe „bei Bedarf 3 x täglich Novalgin®“ ist für die Pflegefachkraft nicht präzise genug, da die Angabe fehlt, wann und in welcher Dosierung das Medikament eingesetzt werden darf. Wenn den Pflegebedürftigen unterschiedliche Arzneimittel zum Bedarf zur Verfügung stehen, braucht sie eine Anweisung, wann welches einzusetzen ist und in welcher Dosierung. Sie darf nicht danach entscheiden, was ihr persönlich in welcher Situation am besten helfen würde.

Die Pflegefachkraft hat auch das Recht, Tätigkeiten zu verweigern, wenn sie sich fachlich nicht ausreichend qualifiziert fühlt. Ein gutes Beispiel ist hier die intramuskuläre Injektion, da einige Pflegefachkräfte diese seit Jahren nicht mehr durchgeführt haben. Hier kann die Pflegefachkraft eine erneute Anleitung anfordern, bevor sie die Tätigkeit ausübt. Denn sie hat stets eine Durchführungsverantwortung und die Pflicht zur sorgfältigen Arbeitsleistung. Jede Tätigkeit und jede Abweichung von der Anweisung muss dokumentiert werden (Dokumentationspflicht). Fallen der Pflegefachkraft Fehler auf, beispielsweise wenn die verblisterten Arzneimittel nicht den Verordnungen entsprechen, so hat sie die zuständige Pflegeleitung darüber zu informieren (Remonstrationspflicht).

Als Pflegefachkraft können Personen arbeiten, die eine abgeschlossene Berufsausbildung als Gesundheits- und Krankenpflegerin oder -pfleger bzw. als Altenpflegerin oder Altenpfleger

vorweisen können. Die Medikamentenvergabe wird während dieser Ausbildungen umfassend theoretisch gelehrt und praktisch mit Patientinnen und Patienten geübt.

Aufgabenfelder der Pflegefachkraft

Der G-BA gibt Richtlinien über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege in der vertragsärztlichen Versorgung nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 und Abs. 7 SGB V heraus²⁹. Hiernach ist „die allgemeine Krankenbeobachtung Bestandteil jeder einzelnen Leistung und von daher nicht gesondert verordnungsfähig“³⁰. Die Pflegefachkräfte müssen somit anatomische und physiologische Grundkenntnisse haben und wissen, wie die Arzneimittel wirken, welche Nebenwirkungen zu erwarten sind und was beachtet werden muss, um diese geforderte Krankenbeobachtung leisten zu können und auf ihre Beobachtungen entsprechend zu reagieren. Sie müssen die Symptome, die sie bei den Patientinnen und Patienten sehen, auf mögliche Arzneimittelnebenwirkungen zurückführen können, um im ambulanten Bereich anschließend die zuständige Pflegedienstleitung und/oder die behandelnde Ärztin bzw. den behandelnden Arzt darüber zu informieren.

Eine Krankenbeobachtung umfasst immer die Kontrolle der Vitalfunktionen, der Ausscheidungen, des Allgemein- und Ernährungszustandes sowie des Verhaltens.

Gerade in der ambulanten Pflege sind die Beobachtungen der Pflegefachkräfte oft die Grundlage für die ärztlichen Arzneimittelverordnungen. Denn selbst wenn der ambulante Pflegedienst nur einmal in der Woche die Versicherte oder den Versicherten aufsucht, sieht er diese meist häufiger als die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt. Die Krankenbeobachtung dient somit nicht nur dazu, mögliche Nebenwirkungen frühzeitig zu erkennen. Vielmehr überprüfen die Pflegefachkräfte die Wirksamkeit der Arzneimittelverordnung. Führt das Diuretikum beispielsweise dazu, dass die Beinödeme rückläufig sind?

Die G-BA-Richtlinie beschreibt, dass das Richten der Arzneimittel in der Regel wöchentlich erfolgen soll und zugleich auch die Kontrolle beinhaltet, ob die Medikamente regelmäßig eingenommen wurden. Bereits hierbei kann es problematisch sein, diese Anforderungen mit der Sorgfaltspflicht in Einklang zu bringen. Dies wird durch folgendes Beispiel verdeutlicht: Im Sommer kann es teilweise über 30 °C warm werden. Eine Person, die alleine lebt, vergisst genug Flüssigkeit zu sich zu nehmen. Sie ist eigentlich nicht kognitiv eingeschränkt, entwickelt jedoch aufgrund des Volumenmangels Auffälligkeiten. Der Pflegedienst kommt einmal in der Woche und soll die Medikamente richten. Zu der Regelmedikation dieser Person gehören auch Diuretika. Wie soll der Pflegedienst damit umgehen, wenn er die Trinkproblematik kennt, die betroffene Person jedoch nur einmal in der Woche sieht? Wenn sich Angehörige um die Pflegebedürftigen kümmern, die sich über die Nebenwirkungen und Wechselwirkungen der Arzneimittel informieren und bei Auffälligkeiten die Ärztin oder den Arzt anrufen, verursacht das einmal wöchentliche Richten der Arzneimittel zumeist keine Probleme.

Es wäre wünschenswert, wenn bei der Verordnung des wöchentlichen Richtens zusätzlich angeordnet würde, dass die zu betreuenden Personen mindestens einmal täglich vom Pflegedienst aufgesucht würden. Wie bereits verdeutlicht, muss sich die Pflegefachkraft an die Verordnung der Ärztin oder des Arztes halten. Telefonische Anordnungen dürfen nur in Ausnahmefällen angenommen werden, wobei hier erneut die Dokumentation sehr wichtig ist. Vom Pflegedienst sind die Arzneimittel so zu lagern, dass die Qualität bis zum Ablauf des Verfalldatums gewährleistet werden kann. Beim Richten ist stets auf die hygienischen Standards zu achten und zu prüfen, ob die gestellten Arzneimittel der ärztlichen Verordnung entsprechen.

29 <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/11/> letzter Aufruf 17.07.2015.

30 Ebd.

Die so genannte 6-R-Regel fasst die wichtigen Punkte beim Medikamentenrichten zusammen: Richtiger Patient, richtiges Medikament, richtige Dosierung, richtige Applikationsform, richtiger Zeitpunkt, richtige Dokumentation. Bei der Verabreichung ist des Weiteren auf eine ausreichende Flüssigkeitszufuhr und den richtigen Einnahmezeitpunkt zu achten. Zu bedenken ist, dass es sich bei den Medikationsplänen in den Pflegedokumentationen meist um unübersichtliche Pläne handelt. Häufig werden hier veraltete Verordnungen durchgestrichen und Ergänzungen am Rand eingetragen. Dies erschwert den Pflegefachkräften, die Übersicht über die aktuelle Verordnung zu behalten.

Welche Befugnisse die Pflegehilfskräfte nach der einjährigen Ausbildung haben, ist in der BRD nicht einheitlich geregelt, da in diesem Bereich das Länderrecht gilt. Im Saarland dürfen Pflegehilfskräfte keine Behandlungspflege nach SGB V durchführen, was zu begrüßen ist. Denn während der einjährigen Ausbildung erhalten diese Pflegehilfskräfte kaum theoretischen oder auch praktischen Unterricht über Medikamentenversorgung.

In Rheinland-Pfalz brachte eine Arbeitsgemeinschaft von verschiedenen Akteuren im Pflegebereich im Januar 2002 ein Merkblatt zur Delegation ärztlicher Leistungen an das Pflegepersonal heraus. Hierin heißt es: „[...]Personal, das die delegierte Leistung übernimmt, muss formal und materiell qualifiziert sein [...] Materiell qualifiziert ist, wer durch Berufspraxis und Fort- und Weiterbildung Erfahrung in der Durchführung der delegierten Leistung erworben hat. Bestimmte ärztliche Leistungen können auch an einjährig ausgebildete Pflegehelfer/-innen delegiert werden[...]“³¹. Dies bedeutet, dass die Pflegefachkraft die Medikamente richten kann, die dann anschließend von der Pflegehilfskraft mit einjähriger Ausbildung verabreicht werden. Allerdings ist der MDK-Anleitung zur Prüfung der Qualität nach den §§ 114 ff. SGB XI in der stationären Pflegeeinrichtung zu entnehmen, dass die höchstmögliche Sicherheit gegeben ist, „wenn die Person, die die Medikamente stellt, die Medikamente auch ausgibt“³². Denn Fehler bei der Vergabe können dem Personal nur auffallen, wenn die Anordnungen in der Akte bekannt sind. Treten solche Fehler auf, muss die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt unverzüglich benachrichtigt werden.

Probleme bei der Zusammenarbeit von Apotheken und Pflegefachkräften

Die Verblisterung von Arzneimitteln ist für die Pflegefachkräfte zum Teil problematisch. Denn auch wenn die Arzneimittel patientenindividuell verblistered wurden, ist die Pflegefachkraft dazu verpflichtet, vor der Verabreichung zu prüfen, ob das Mittel dem entspricht, was die Ärztin bzw. der Arzt verordnet hat. Die Pflegefachkräfte verlieren mit der Verblisterung die Möglichkeit, sich während des Richtens intensiv mit der Arzneitherapie zu befassen. Von Vorteil ist die Verblisterung hingegen für allein lebende Personen, da diese sich so zu Hause nicht mit ihrer Medikation befassen müssen.

Das Problemfeld der Bedarfsmedikation

Die Patientinnen und Patienten haben zum Teil so viele Arzneimittel zum Bedarf zur Verfügung, dass eine Vielzahl von krankhaften Beschwerden damit behandelt werden kann. Die Bedarfsmedikation soll jedoch nur Mittel enthalten, die zur Optimierung der Therapie erforderlich sind. Beispielsweise ist aus der Schmerztherapie bekannt, dass Schmerzspitzen auftreten können, die dann bei Bedarf zu behandeln sind. Die behandelnde Ärztin oder Arzt muss hier genau angeben, welche Intensität der Schmerz haben muss, damit das Bedarfsmedika-

31 http://isim.rlp.de/fileadmin/Isjv/downloads/Soziales/BP_LWTG/MB_Delegation_aerztlicher_Leistungen.pdf letzter Aufruf 17.07.2015.

32 http://www.mdk.de/media/pdf/Anleitung_stat_10112005.pdf S. 74 letzter Aufruf 17.05.2015.

ment gegeben werden kann. Die Formulierungen „bei Schmerzspitzen“, „wenn die tägliche Schmerzmedikation nicht ausreichend ist“ sind nicht präzise genug. Die MDK-Anleitung zur Prüfung der Qualität nach §§ 112 und 114 SGB XI enthält für die Bedarfsmedikation folgende Anweisung: „Um die Bedarfsmedikation sachgerecht umsetzen zu können, muss in Pflegedokumentationen festgehalten sein, bei welchen Symptomen welches Medikament in welcher Einzel- und bis zu welcher Tageshöchstdosierung zu verabreichen ist.“³³ Insbesondere bei der Bedarfsmedikation muss die Pflegefachkraft ihr Fachwissen anwenden, damit sie, auch wenn eine konkrete Indikationsstellung vorliegt, auswählen kann, welches Medikament in diesem Fall gegeben werden sollte. Vor allem in der Palliativmedizin ist der sorgfältige Umgang mit der Medikation bedeutend. Es sollte immer bewusst und fachlich überlegt werden, ob auch Alternativen in Betracht gezogen werden können. Aus diesem Grund sollte die Verabreichung von Bedarfsmedikation durch einjährig ausgebildete Pflegekräfte kritisch geprüft werden, da ihre fachliche Ausbildung über Arzneimittel, deren Indikationen, die Nebenwirkungen und Wechselwirkungen, wie bereits verdeutlicht, sehr gering ist.

Wird die Bedarfsmedikation täglich über einen längeren Zeitraum notwendig, handelt es sich bereits um eine Regelmedikation, sodass die tägliche Arzneitherapie zu überdenken ist. Das Pflegepersonal muss in diesem Fall die behandelnde Ärztin oder den behandelnden Arzt informieren, damit dieser die medikamentöse Therapie anpassen kann.

Besonderheiten bei einigen Patientengruppen

Insbesondere bei Patientinnen und Patienten mit kognitiven Einschränkungen ist häufig Motivationsarbeit zu leisten, damit diese in die Medikamenteneinnahme einwilligen. Psychisch Erkrankte fragen häufig nach der Indikation ihrer Bedarfsmedikation und wenden sich hier meist nicht an ihre Ärztin oder ihren Arzt, sondern gehen auf die Pflegefachkräfte zu. Daher sollten sich die Pflegefachkräfte hier stets fortbilden, damit sie die Fragen nach dem aktuellen Stand der Wissenschaft beantworten können.

Ergebnisse aktueller Studien

Die Bedeutung der Arzneimitteltherapie in der Pflege und der Bedarf zur Optimierung werden in zahlreichen Studien deutlich. So zeigt eine Berechnung der Universität Bremen, dass ca. 240.000 Demenzkranke ohne Indikation bzw. trotz Kontraindikation mit Psychopharmaka behandelt wurden³⁴. Das Institut für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie (IGKE) der Uniklinik Köln veröffentlichte im Jahr 2008 eine Studie, in der die Tagesdispenser von 196 Bewohnerinnen und Bewohnern in Pflegeheimen acht Wochen lang täglich geprüft wurden. 1,3 % der Medikamente waren nicht korrekt gestellt, sodass 53 % der Bewohnerinnen und Bewohner damit rechnen mussten, innerhalb der acht Wochen mindestens einmal nicht die angeordnete Medikation zu bekommen. Fehlerquellen waren: In 49,1 % das inkorrekte Tabletenteil, in 22,0 % ein fehlendes Medikament, in 9,8 % ein überschüssiges Medikament, in 8,4 % ein falscher Zeitpunkt der Einnahme, in 6,4 % ein beschädigtes Medikament, in 4,2 % eine falsche Dosierung und in 0,2 % ein falsches Medikament³⁵.

Erfahrungen aus der Einzelfallbegutachtung nach SGB XI

Subjektive Erfahrungen des MDK des Saarlandes im Rahmen der Einzelfallbegutachtung zeigen, dass es im Rahmen der Arzneimittelversorgung Defizite sowohl im ambulanten sowie sta-

33 ebd. S.73

34 <http://www.bi-daheim.de/de/themen/2012/240000-Demenzkrank-zu-Unrecht-mit-Pillen-ruhiggestellt.php> letzter Aufruf 20.07.2015.

35 <http://www.mz-web.de/ratgeber/in-altenheimen-oft-fehler-bei-medikamentenvergabe.20641324,18216686.html> letzter Aufruf 20.07.2015.

tionären Pflegebereich gibt. So kommt es beispielsweise vor, dass Versicherte mit Parkinson ihre Arzneimittel verspätet erhalten und somit unter Bewegungseinschränkungen leiden.

Das Fachwissen der Pflegekräfte sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich ist nach Erfahrungen des MDK Saarland oft nicht ausreichend. Auch haben viele Pflegefachkräfte im ambulanten Bereich häufig nur geringe Informationen darüber, welche Medikamente eingenommen werden. Denn die ambulanten Pflegedienste müssen die Arzneimittel nur dann in ihrer Dokumentation aufführen, wenn eine Behandlungspflege nach SGB V verordnet ist. Eine adäquate Versorgung wird in diesen Fällen den Pflegefachkräften erschwert.

Zu bedenken ist, dass in den Qualitätsberichten des MDS nur die Daten von Pflegebedürftigen ausgewertet werden, die eine HKP nach SGB XI (entweder ausschließlich oder zusammen mit einer Behandlungspflege nach SGB V) verordnet bekommen. Aussagen über die Versorgung von Versicherten mit reiner Behandlungspflege können somit anhand der Qualitätsberichte nicht getroffen werden (Black-Box).

Notwendigkeit einer optimierten Arzneimittelversorgung

Nach den Qualitätsberichten hat in denjenigen Fällen, die ausgewertet wurden, die Qualität zugenommen. So ist in 85,9 % die korrekte Versorgung mit den von den behandelnden Ärztinnen und Ärzten verordneten Medikamenten sichergestellt. In 14,1 % liegt somit ein Optimierungsbedarf vor, wobei insbesondere bei der Schmerztherapie Verbesserungen notwendig sind.

Um die Arzneimitteltherapie in der ambulanten Pflege zu verbessern, ist das Pflegepersonal verstärkt einzubeziehen. Es benötigt Kenntnisse der Medikationsverordnungen ihrer zu betreuenden Personen, auch wenn keine Behandlungspflege nach SGB V geleistet wird. Nur durch regelmäßige Fort- und Weiterbildungen kann die fachliche Kompetenz des Personals gewährleistet werden. Hier ist auch zu bedenken, dass die Pflegehilfskräfte im Bereich der medikamentösen Therapie nicht ausreichend ausgebildet sind.

Zukünftig ist damit zu rechnen, dass Modellprojekte in diesem Bereich eine optimalere Arzneimittelversorgung in der ambulanten Pflege etablieren wollen.

Aus der Diskussion

Im Zusammenhang mit dem Stellen und Verabreichen von Arzneimitteln wurde die MDK-Anleitung zur Prüfung der Qualität nach den §§ 114 ff SGB XI in der stationären Pflegeeinrichtung zitiert. Danach soll dieselbe Person die Medikamente verabreichen, die sie auch gestellt hat. Dies ist verwunderlich, da aus der Krankenpflege bekannt ist, dass hier zwei Personen beteiligt sein müssen. So werden häufig im Nachtdienst die Arzneimittel gestellt, die dann am Tag von einer anderen Person verabreicht werden. Hierdurch könnte die zweite Person eventuelle Fehler beim Stellen auffinden.

Der Personalschlüssel in der ambulanten Pflege ist deutlich geringer als in stationären Einrichtungen. Daher stellt sich im Bereich der ambulanten Pflege die Frage, wie mit der aktuellen Personaldichte die Arzneimittelversorgung möglichst sicher gestaltet werden kann.

Die dargestellten Anforderungen an die Ausbildung von Pflegefachkräften werden in der Praxis leider nicht immer erfüllt. Wie die persönliche Erfahrung zeigt, nimmt die Qualität in diesem Bereich in den vergangenen Jahren eher ab. Ein Grund hierfür könnte die fehlende Prüfungsrelevanz vieler Themen sein. Da wir erhöhten Bedarf an Pflegefachkräften haben, sollen diese nun vermehrt ausgebildet werden. Wir haben somit eine steigende Zahl von Pflegefachkräften, deren Qualifikationen nachlassen.

Leider ist dieser Aussage zuzustimmen. Die Ausbildung sowohl in der Alten- als auch in der Krankenpflege muss sich verbessern, damit eine adäquate Versorgung der Pflegebedürftigen möglich ist. Inzwischen werden eine Vielzahl von palliativen Patientinnen und Patienten in Heimen oder ambulant von Pflegefachkräften versorgt. Vor allem in diesem Bereich sind Kenntnisse über die Arzneitherapie von Bedeutung. Die Pflegefachkräfte müssen wissen, wie sie mit Betäubungsmitteln umgehen sollen und wann sie die leitende Pflegefachkraft hinzuziehen sollen.

Die Ausbildungsinhalte werden von dem jeweiligen Bundesland festgelegt, sodass die Prüfungsrelevanz der einzelnen Themen in der BRD variiert.

Es besteht damit ein großer Bedarf, die Pflegeausbildung zu reformieren.

Aufbau und erste Ergebnisse der WestGem-Study

Olaf Rose Pharm.D.

Ältere, multimorbide Patientinnen und Patienten benötigen häufig eine Vielzahl unterschiedlicher Arzneimittel. Insbesondere diejenigen, die zusätzlich Leistungen der Pflegeversicherung in Anspruch nehmen müssen und durch ambulante Pflegedienste betreut werden, sind durch die Multimedikation und ihren labilen Gesundheitszustand oftmals einem hohen Risiko ausgesetzt. Der folgende Beitrag berichtet über die vorläufigen Auswertungen und Ergebnisse der "Westphalian study on a medication therapy management and home care based intervention under gender specific aspects in elderly multimorbid patients", kurz WestGem-Study, die im Juni 2015 endet³⁶. Diese Studie versucht, pharmazeutischen Sachverstand verstärkt in die Pharmakotherapie zu etablieren und die ärztliche Arbeit zu unterstützen. Die bereits vorhandenen beratenden und pflegerischen Strukturen werden dabei für den direkten Zugang zu den Patientinnen und Patienten genutzt.

Begriffsdefinition

Bevor die Studie vorgestellt wird, müssen die zentralen Begriffe definiert werden.

Der Begriff des Medikationsmanagements wird von der ABDA wie folgt definiert:

„Ein Medikationsmanagement baut auf einer Medikationsanalyse auf, an die sich eine kontinuierliche Betreuung des Patienten durch ein multidisziplinäres Team anschließt. Mit der kontinuierlichen Betreuung werden vereinbarte Maßnahmen zu detektierten arzneimittelbezogenen Problemen und deren Ergebnis nachverfolgt sowie gegebenenfalls angepasst. Neu auftretende, manifeste und potentielle arzneimittelbezogene Probleme werden erkannt, gelöst oder vermieden. Ziele sind die fortlaufende und nachhaltige Erhöhung der Effektivität der Arzneimitteltherapie sowie die fortlaufende und nachhaltige Minimierung von Arzneimittelrisiken.“

Wichtig ist dabei die Wiederholung der Medikationsanalyse und die berufsübergreifende Arbeit zur Verbesserung der Arzneimitteltherapie. Die punktuelle Betrachtung der Medikation ist demnach eine Analyse; erst die Wiederholung, Anwendung der gemeinsam erarbeiteten Medi-

36 <http://westgem.de/> letzter Zugriff 15.06.2015

kationsänderungen sowie deren ständige Überarbeitung über einen längeren Zeitraum wird als Management bezeichnet.

Die WestGem-Study erfüllt diese Kriterien und befasst sich somit formal richtig mit dem „medication therapy management“.

Die Medikationsanalyse lässt sich wiederum nach Datenumfang in vier Typen unterteilen (PCNE), wie in Abbildung 1 dargestellt ist.

Abbildung 1: Definition der Typen von Medikationsanalysen

2014 Definition MA-ABDA/PCNE

Tabelle 1: Typen der Medikationsanalyse (nach der PCNE)

	Medikations-datei	Arzneimittel (Brown Bag)	Patienten-gespräch	Klinische Daten (Labor/Diagnose)
Einfache Medikationsanalyse (1)	Ja	Nein	Nein	Nein
Erweiterte Medikationsanalyse (2a)	Ja	Von Vorteil	Ja	Nein
	Nein	oder Ja	Ja	Nein
Erweiterte Medikationsanalyse (2b)	Ja	Nein	Nein	Ja
Umfassende Medikationsanalyse (3)	Ja	Von Vorteil	Ja	Ja



Von den verwendeten Informationsquellen hängt ab, welche ABP systematisch hinterfragt werden

Nach dieser Unterteilung erstellen die Pharmazeutinnen und Pharmazeuten in der WestGem-Study eine umfassende Medikationsanalyse.

Ziel der Studie

Das Ziel der WestGem-Study ist, aufzuzeigen, inwiefern ein Medikationsmanagement die Therapie und die Lebensqualität verbessern und die Kosten senken kann. Weiterhin soll gezeigt werden, dass Pharmazeutinnen und Pharmazeuten mit anderen Heilberuflern kooperieren können.

Daten, Methode, Mitarbeiter

Konkret werden hierzu folgende Daten erfasst bzw. Scores genutzt oder gebildet:

Therapie allgemein: MAI-Score (MAI: Medication Appropriateness Index)

Klinische Endpunkte: Blutdruck, Gewicht, LDL-Werte, HbA1c-Werte

Lebensqualität: Tinnetti-Score, MMSE

Kosten: Hospitalierungsrate, Therapiekosten, Medikationskosten

Es ist anzumerken, dass aufgrund des kurzen Zeitraums von drei Jahren die Auswertungen im Bereich der Lebensqualität nicht aussagekräftig sein werden. Die Erfassung der Lebensqualität ist hier vielmehr ein Sicherheitsindikator; bei einer sinkenden Lebensqualität können die Patientinnen und Patienten durch Studienabbruch vor weiterem Schaden bewahrt werden.

Die Beteiligten der Studie sind spezialisierte Apothekerinnen/Apotheker, Ärzte/Ärztinnen der Allgemeinmedizin und Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Pflege- und Wohnberatung in Steinfurt und Ahlen (Kreis Warendorf).

Forschungsgruppen der Universitäten Wuppertal, Münster, Bonn, Köln und der Fachhochschule Münster gründeten zur wissenschaftlichen Begleitung der Studie einen Forschungsverbund. Die Aufgabenverteilung ist der folgenden Aufzählung zu entnehmen:

Vorsorgungsforschung

Bergische Universität Wuppertal, Kompetenzzentrum für Gesundheitsmanagement und Public Health: Prof. Juliane Köberlein-Neu

Klinische Pharmazie

Universität Bonn/Münster: Olaf Rose PharmD und Isabel Waltering

Interprofessionelle Zusammenarbeit, Case Management

Fachhochschule Münster: Prof. Dr. Hugo Mennemann

Statistik

Institut für medizinische Statistik, Informatik und Epidemiologie (IMSIE) der Universität Köln: Prof. Dr. Walter Lehmacher & Team

Insgesamt läuft die Studie über drei Jahre (2012-2015) in den Modellregionen Ahlen und Steinfurt, wobei die 160 Patientinnen und Patienten 18 Monate lang betrachtet werden.

Folgende Einschlusskriterien für die Patientinnen und Patienten gelten:

Alter	Die Patientinnen und Patienten sind über 65 Jahre alt
Polymedikation	Sie nehmen fünf oder mehr Medikamente mit systemischen Effekten dauerhaft ein (> 3 Monate)
Multimorbidität	Sie haben mindestens drei chronische Krankheiten aus zwei verschiedenen Organsystemen, wobei es sich mindestens um eine kardiovaskuläre Erkrankung handeln muss und eine Erkrankung mindestens seit drei oder mehr Quartalen der letzten zwölf Monate besteht
Arztkontakt	Es fand in jedem der vergangenen drei Quartale mindestens einmal ein Hausarztbesuch statt
Lebenserwartung	Die Lebenserwartung wird vom Arzt größer als ein Jahr geschätzt
Einwilligung	Die Patientinnen und Patienten geben eine schriftliche Einverständniserklärung

Die Lebenserwartung soll über ein Jahr betragen, da bei Patientinnen und Patienten mit einer geringeren Lebenserwartung der baldige Wechsel in eine stationäre Pflege sehr wahrscheinlich ist. Weil sich die Studie mit der ambulanten Pflege befasst, soll dies vermieden werden.

Bei der Studie handelt es sich um eine RCT (randomisierte kontrollierte Studie, RCT englisch: randomized controlled trial), wobei die Patientinnen und Patienten nach dem „stepped wedge

design“ blockweise von der Kontroll- zur Interventionsgruppe wechseln. Vorteilhaft hierbei ist die daraus resultierende hohe Teilnahmebereitschaft sowohl der Patienten als auch der Ärzte. So lassen sich bei Studien, die für die potentiell Teilnehmenden das Risiko enthalten, lediglich zur Kontrollgruppe zu gehören, häufig wenige Mitwirkende rekrutieren. Auch die Ärztinnen und Ärzte nehmen nur ungern an Studien teil, wenn sie reine Datenlieferanten sind.

Studienverlauf

Ärztinnen und Ärzte leiten die Daten der Patientinnen und Patienten an die Pflege- und Wohnberatung weiter. Die Mitarbeiter der Beratungsstellen suchen die Patientinnen und Patienten auf, um die Gesamtmedikation zu erfassen (brown bag-review/Verfahren³⁷) und einen Pflegeplan zu erstellen. Gleichzeitig erfassen sie mithilfe eines Fragebogens alle für Pharmazeuten relevanten Fragen für die Medikationsanalyse. Nach Anonymisierung der Daten durch die Pflege- und Wohnberatung werden diese Daten an die Pharmazeutinnen und Pharmazeuten weiter geleitet und dort erfasst, analysiert und statistisch verarbeitet. Anschließend wird nach dem SOAP-Schema³⁸ eine Mitteilung an die Ärztin oder den Arzt erstellt (Medikationsanalyse). Dadurch bleiben die Pharmazeutinnen und Pharmazeuten in dieser Studie für die Patientinnen und Patienten anonym.

Das SOAP-Schema beinhaltet folgende Punkte:

S. (Subjectives) Patientenbeschreibung

Es wird beschrieben, welche Diagnosen vorliegen und welche Hauptbeschwerden und welche Wünsche der Patient geäußert hat.

O. (Objectives)

Die auffälligen Laborparameter werden aufgezählt. Klinische Parameter wie Body Mass Index, BMI, und Glomeruläre Filtrationsrate, GFR, werden berechnet.

A. (Assessment) Befund:

Der Medikationsplan, erstellt vom Arzt, wird der tatsächlichen Einnahme des Patienten gegenüber gestellt. Die Pharmazeutinnen und Pharmazeuten bewerten anschließend die Medikation und führen Interaktionen und Kontraindikationen auf. Unter anderem wird analysiert, ob die Therapie den aktuellen Leitlinien entspricht oder welche konkreten Therapieziele (wie z.B. LDL-Grenzwerte, HbA1c-Zielwerte etc.) erreicht werden sollten.

P. (Plan) Empfehlung:

Anschließend folgen die pharmazeutischen Empfehlungen. Hier werden Vorschläge gemacht, welche Medikamente abgesetzt, angesetzt oder anders dosiert werden sollten. Auch nichtmedikamentöse Maßnahmen wie Ernährungsumstellungen werden vorgeschlagen.

Ebenfalls wird darauf verwiesen, welche Laborparameter regelmäßig überprüft werden sollten (Monitoring). Weiterhin wird eine Beurteilung des Sturzrisikos aufgrund von Grunderkrankung, Patientenangaben und Medikation vorgenommen.

Damit ist dieser Medikationsplan so ausführlich, dass Kritiker anmerken könnten, die Kompetenzen der Pharmazeutinnen und Pharmazeuten seien hier überschritten. Dessen sind sich die

37 <http://www.pharmazeutische-zeitung.de/index.php?id=49623> letzter Zugriff 15.06.2015.

38 Jaehde U, Kloft C, Kulick M: Arzneimitteltherapiesicherheit. Herausforderung und Zukunftssicherung. Pharm. Ztg. 158 (2013): 1646-1654; <http://www.pharmazeutische-zeitung.de/?id=46267> letzter Zugriff 15.06.2015.

beteiligten Pharmazeutinnen und Pharmazeuten aber bewusst, die Entscheidungshoheit verbleibt in der Studie auch selbstverständlich bei der Ärztin oder dem Arzt.

Die Pflege- und Wohnberatung kann die erstellte Medikationsanalyse durch Anmerkungen, was aus ihrer Sicht für den Patienten noch notwendig oder besonders wichtig ist, ergänzen. Beispiele hierfür sind Hinweise auf Stolperfallen in der Wohnung oder die Notwendigkeit einer Hilfe beim Medikamentenstellen.

Die vollständige Medikationsanalyse wird anschließend der Ärztin oder dem Arzt mitgeteilt.

Nach einem halben Jahr wird diese Analyse wiederholt.

Studienauswertung

Bei allen vorgestellten Daten und Aussagen ist zu berücksichtigen, dass sie auf einer vorläufigen Auswertung der Studie beruhen.

Während der Medikationsanalysen wurde deutlich, dass die Patientinnen und Patienten zum Teil andere Hauptbeschwerden nannten als der Arzt; dass die Auskünfte des Patienten an die Pflege- und Wohnberatung somit von denen an den Arzt abwichen. Häufig teilten die Patientinnen und Patienten der Pflege- und Wohnberatung Schmerzen mit, die dem Arzt in der Stärke nicht bekannt waren.

Von allen 160 Patientinnen und Patienten stimmte lediglich bei einer Person der Medikationsplan in der ärztlichen Akte mit der tatsächlichen Medikamenteneinnahme überein; bei 159 Personen lagen somit Abweichungen vor.

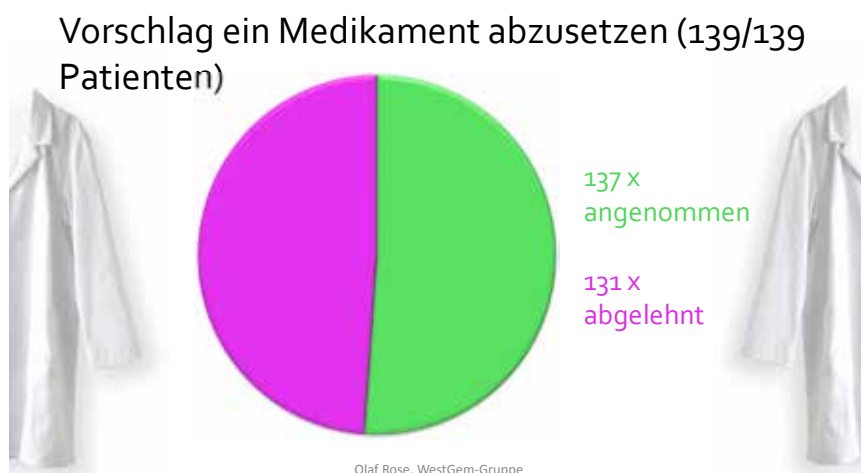
Auf die Frage, zu welcher Indikation die Patientinnen und Patienten ihre Medikamente einnehmen, antwortete die überwiegende Mehrheit, dies sei ihnen unbekannt.

Auffällig ist auch, dass fast alle Patienten all ihre Medikamente immer zusammen mit dem Essen einnahmen.

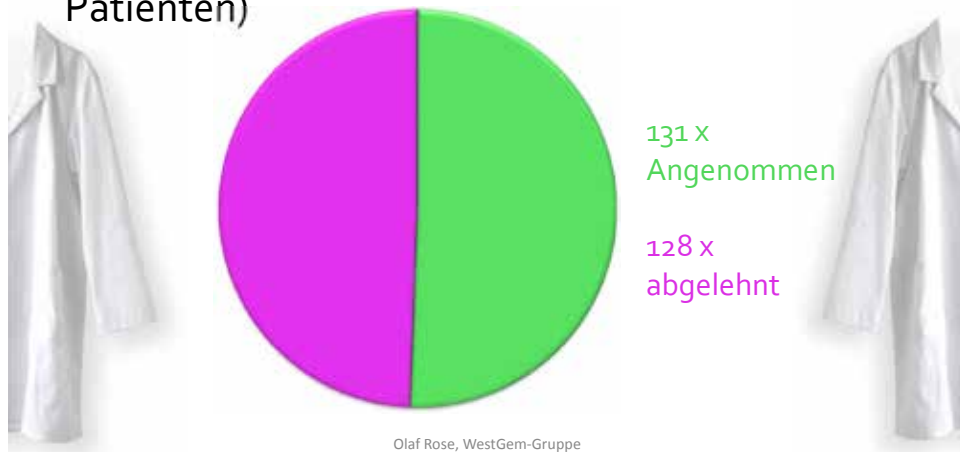
Insgesamt wurden 704 medikamentöse Interventionen vorgeschlagen (Absetzen, Ansetzen, Dosisänderung).

Die Empfehlungen, ein Medikament abzusetzen, sowie ein Medikament anzusetzen, wurden dabei zu ca. 50 % von den Ärztinnen und Ärzten angenommen.

Abbildung 2: Effektivität pharmazeutischer Intervention: Akzeptanz der Ärzte von Vorschlägen der Apotheker



Vorschlag ein Medikament anzusetzen (139/139 Patienten)

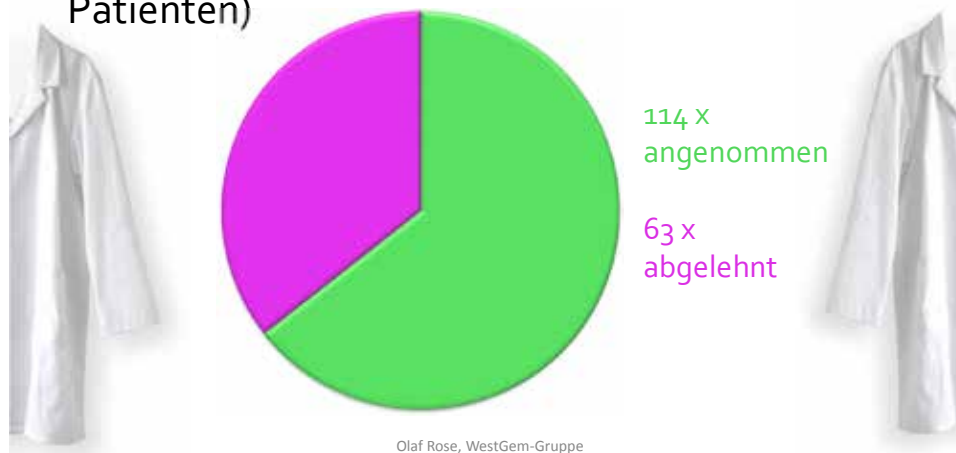


Die hohe Annahme der Ansetzvorschläge ist dabei überraschend, da die bisherigen wenigen Studien zeigen, dass Ärzte eher die Empfehlungen zum Absetzen und weniger zum Ansetzen annehmen.

Vorschläge zur Dosisänderung wurden in ca. zwei Drittel der Fälle angenommen. Gründe für Empfehlungen hier waren häufig eingeschränkte Nierenfunktionen und „Überreichen“ von therapeutischen Zielen; auffällig ist, dass sowohl die HbA1c-Werte als auch die Blutdruckwerte bei vielen Patienten deutlich zu niedrig waren (die quantitativen Daten hierzu sind noch nicht vorhanden). Im Gegensatz dazu waren die LDL-Zielwerte meist nicht erreicht.

Abbildung 3: Effektivität pharmazeutischer Intervention: Akzeptanz der Ärzte von Vorschlägen der Apotheker zu Dosierungsänderungen

Vorschlag eine Dosierung zu ändern (139/139 Patienten)



Die vorläufige Datenauswertung ergibt ebenfalls, dass bei den Frauen die Unterschiede zwischen der verordneten und der tatsächlich eingenommenen Medikation durchschnittlich größer waren als bei männlichen Patienten; bei den Frauen gab es im Durchschnitt 4,9 Abweichungen zwischen dem Medikationsplan zu Hause und dem in der ärztlichen Akte, bei den Männern 3,9.

Die identifizierten arzneimittelbezogenen Probleme (ABP) lagen zum Zeitpunkt der Medikationsanalyse bei den Männern bei durchschnittlich 17,07 und bei den Frauen bei 20,18. Bei 5-6 % dieser ABPs handelte es sich um Interaktionen, von denen ca. ein Drittel als relevant eingestuft wurden. Dies bedeutet, dass der überwiegende Teil der Interventionsvorschläge nicht auf Interaktionen beruhte. Was von der Pharmazie bei einer Medikationsanalyse erwartet wird, geht somit über das Erkennen der Interaktionen hinaus, woraus sich Konsequenzen für die Apotheken und auch die pharmazeutische Ausbildung ergeben, falls die Tätigkeit der Medikationsanalyse zum Aufgabenbereich zählen sollte.

Zu überlegen wäre konkret, ob die Amtsapothekerinnen und Amtsapotheker sich politisch dafür einsetzen könnten, dass den Apotheken Zugänge zu weiteren Datenbanken, ergänzend zu dem der ABDA, kostengünstig zur Verfügung stehen, damit die Mitteilungen an den Arzt sich nicht nur auf Interaktionsmeldungen beschränken.

Hinzu kommt, dass sich der überwiegende Anteil der Interaktionen auf eine Kombination von mehr als zwei Wirkstoffen bezog. Dies ist von daher bedeutend, da die Datenbanken nur Interaktionen zwischen Wirkstoff-Paaren erkennen.

Zum MAI-Score ist zu sagen, dass dieser nach den ersten Berechnungen sinkt, ob mit Signifikanz, ist zu diesem Zeitpunkt noch nicht eindeutig.

Die Befragung der beteiligten Ärzte ergibt, dass sie die Interaktionsmitteilungen, das „Pharmakologische Update“, und das Nennen sowohl von weiteren Medikamenten, die der Patient einnimmt, als auch von weiteren Hauptbeschwerden des Patienten loben.

Sie bemängelten hingegen, dass die Pharmakotherapie nach Buch erfolge und damit nicht praxisbezogen sei. Hier ist anzumerken, dass genau dies vor einem Einmischen in die Therapie des Arztes bewahrt. Die praxisbezogene Pharmakotherapie bleibt in den Händen des Arztes.

Die Ergebnisse der Studie werden am 24.06.2015 auf dem Abschluss Symposium der WestGem-Study präsentiert.

Diskussion

In der Öffentlichkeit merken die Ärzte häufig an, dass sie eine weitgehende Medikationsanalyse durch Pharmazeutinnen und Pharmazeuten als Eingriff in ihre Therapiehoheit empfinden. Die Medikationsanalyse soll jedoch nicht ein Einmischen in die Therapie darstellen, sondern eine Sicherheitsbarriere sein. Eine solche Sicherheitsbarriere ist auch die Aufklärung des Patienten, der bei Kenntnis der Indikationen seiner Arzneimittel beispielsweise Doppelverordnungen erkennen kann. Hierzu sollen die Pharmazeutinnen und Pharmazeuten durch Information und Beratung beitragen. Die Ursachen für mangelnde Patientenaufklärung sind damit auch bei den Apothekerinnen und Apothekern zu suchen.

Die Bedeutung der Interaktionen zwischen mehr als zwei Wirkstoffen zeigt die Notwendigkeit von Schulungen und Fortbildungen, denn die Instrumentalisierung der Interaktionschecks ist zu diesem Zeitpunkt nicht möglich (derzeit werden lediglich Interaktionen zwischen Arzneistoffpaaren erkannt, s.o.).

Zwar gibt es vereinzelte Programme, die Teilaspekte der Medikationsanalyse übernehmen können, allerdings können diese Mittel nicht die pharmazeutische Arbeit und den Sachverstand ersetzen.

Ausblick

Ein zeitaufwändiges Medikationsmanagement kann nicht für alle Patientinnen und Patienten erbracht werden. Daher sind die Hochrisikogruppen heraus zu arbeiten, die am stärksten von einem solchen Verfahren profitieren würden.

Da die Nierenfunktion bei den ABPs bedeutend war, sollte die Forschung im Bereich der Arzneimitteldosierung im Zusammenhang mit der Nierenfunktion noch weiter ausgebaut werden.

Entscheidend für die Umsetzung der Interventionsvorschläge ist die Kommunikation zwischen dem Arzt und Pharmazeuten. Auch hier bedarf es Forschung, wie die Kommunikation zu gestalten ist, damit eine gute Zusammenarbeit letztendlich dazu führt, dass der Patient profitiert.

Aus der Diskussion

Viele Patientinnen und Patienten sind mit Computern aufgewachsen und daher gewohnt, sich selbst Informationen (aus dem Internet zu beschaffen). Gibt es inzwischen bereits Möglichkeiten, sich privat ein Medikationsmanagement erstellen zu lassen und damit den Arzt zu konfrontieren? Gibt es solche Angebote von Krankenkassen?

Rose: Krankenkassen vollziehen insofern ein Medikationsmanagement, dass sie Patientinnen und Patienten screenen und Hochrisikogruppen eine Analyse ihre Medikation anbieten.

Die Frage ist, wie die Apothekerinnen und Apotheker mit Anfragen von Patientinnen und Patienten umgehen. Prinzipiell könnte die Apotheke gegen Bezahlung eine Medikationsanalyse durchführen. Gegen eine solche Dienstleistung ist nichts einzuwenden, da im Sinne der klinischen Pharmazie der informierte Patient das Ziel sein sollte.

Wie hoch sind die Kosten für das pharmazeutische Personal bei einer Medikationsanalyse, wie sie im Rahmen der WestGem-Studie durchgeführt wurde?

Rose: Da diese Medikationsanalyse sehr ausführlich ist, beträgt der zeitliche Aufwand etwa 4,5 Stunden. Wird von einem Lohn von einem Euro pro Minute ausgegangen, kostet die Analyse somit 270 Euro.

Ist das pharmazeutische Wissen für eine solche Medikationsanalyse notwendig oder geht es lediglich darum, dass irgendeine Person kontrollierend einen Blick auf den vom Arzt erstellten Plan wirft?

Rose: Prinzipiell muss diese Analyse nicht von einer Pharmazeutin / einem Pharmazeuten durchgeführt werden. Sicherlich ist es sinnvoll, dass nicht der Arzt selbst die Kontrolle durchführt. Es ist denkbar, dass ähnliche Ergebnisse entstünden, wenn ein anderer Arzt die Analyse durchführen würde. Es ist jedoch auch denkbar, dass die unterschiedliche Ausbildung von ärztlichem und pharmazeutischem Personal dazu führt, dass die Pharmakotherapie aus unterschiedlichen Blickwinkeln betrachtet wird.

Entscheidender ist vermutlich jedoch die Weiterbildung im Bereich der Pharmakotherapie. Die Pharmazeutinnen und Pharmazeuten der WestGem-Studie haben eine sehr intensive Ausbildung genossen und verfügen somit über fundierte Kenntnisse im Bereich der Pharmakotherapie. Damit ist prinzipiell jede Person zu einem solchen Medikationsmanagement fähig, die in diesem Bereich intensiv geschult wurde.

Multimedikation und potentiell risikobehaftete Arzneimittelverordnungen bei GKV-Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen vs. mit ambulanten Pflegeleistungen (MuPP)

Dr. Veronika Lappe

Von Multimedikation sind insbesondere ältere Patientinnen und Patienten betroffen. Da Poly-medikation allein bereits das Risiko für Arzneimittel bezogenen Probleme³⁹ erhöht, bedarf die Pharmakotherapie dieser Altersgruppe aufgrund der mit dem Alter verbundenen physiologischen Veränderungen besonderer Aufmerksamkeit.

Viele Patientinnen und Patienten mit Multimedikation nehmen im Alter eine Pflegeleistung in Anspruch. Es stellt sich die Frage, welche Arzneimittel diese Personen gehäuft einnehmen und welche Arzneimittel-bezogenen-Probleme hier vermehrt auftreten.

Auch ist zu prüfen, inwiefern sich Arzneiverordnungen im ambulanten und stationären Pflegebereich unterscheiden.

Diese Thematik ist Bestandteil des Projekts „Multimedikation bei älteren Patienten mit (ambulanter) Pflege“, kurz MuPP.

Der folgende Beitrag stellt einige Ergebnisse dieser Untersuchung vor.

Allgemeines

Die PMV forschungsgruppe⁴⁰, die an der Universität Köln angesiedelt ist, arbeitet bereits seit 20 Jahren mit Sekundärdaten, folglich mit Daten, die primär zu anderen Zwecken erhoben wurden.

Konkret handelt es sich hierbei um Daten von GKV-Versicherten.

Die Forschung mit diesen Daten weist allgemein folgende Vorteile auf:

Sie sind

- personenbezogen
- bevölkerungsbezogen

39 Carole P Kaufmann, Dominik Stämpfli, Kurt E Hersberger, Markus L Lampert. Determination of risk factors for drug related problems: a multidisciplinary triangulation process. In: BMJ Open, 2015; 5:e006376.

40 <http://www.pmvforschungsgruppe.de/> letzter Aufruf am 18.06.2015.

- Sektor übergreifend (ambulant-stationär)
- mit weniger Verzerrungen behaftet als Befragungsdaten; „unbiased“
- gerade ältere Patientinnen und Patienten weisen Gedächtnislücken auf; ein Erinnerungsbias wird vermieden
- kein Interviewerbias
- keine Selektion durch Verweigerung oder fehlenden Zugang (Schwerkranke, Hochbetagte, Personen in Institutionen).

Des Weiteren ist zu nennen, dass Langzeitbeobachtungen möglich sind und die Daten kostengünstig zur Verfügung stehen.

Dem stehen folgende Einschränkungen gegenüber:

- Die Angaben zur Selbstmedikation fehlen.
- Lediglich die Krankheiten, aufgrund derer ein Arztkontakt stattfand, werden erfasst.
- Die klinischen Daten (Bluthochdruck, Body-Mass-Index etc.) fehlen.
- Der Schweregrad der Erkrankung wird nicht erfasst.
- Es erfolgt keine externe Validierung der Angaben (Diagnosen).
- Die Daten sind abhängig von politischen und abrechnungstechnischen Regularien (so sind bei Abrechnungen in Pauschalen keine Einzelleistungen mehr erkennbar).

Ein Schwerpunkt der PMV forschungsgruppe ist die Versorgungsforschung. Diese möchte den Versorgungsbedarf und die Steuerungsmöglichkeiten bei Qualitätsdefiziten aufzeigen. So können beispielsweise auch ältere, multimorbide Versicherte mit Multimedikation insofern medikamentös unterversorgt sein⁴¹, wenn Arzneimittel in ihrem Medikationsplan fehlen, die eine optimale Therapie gewährleisten oder Folgeerkrankungen vorbeugen.

Um auf politischer Ebene sachliche Diskussionen zu ermöglichen, ist eine ausführliche Gesundheitsberichtserstattung und insbesondere Transparenz im Gesundheitswesen notwendig. Auch dies soll durch die Versorgungsforschung verbessert werden.

Die Studie MuPP wurde vom Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen, LZG.NRW, finanziert. Die AOK Nordwest und die AOK Rheinland/Hamburg stellten die Versicherten-Daten zur Verfügung, wobei in dieser Studie lediglich Versicherte aus NRW einbezogen wurden.

Multimedikation und Multimorbidität

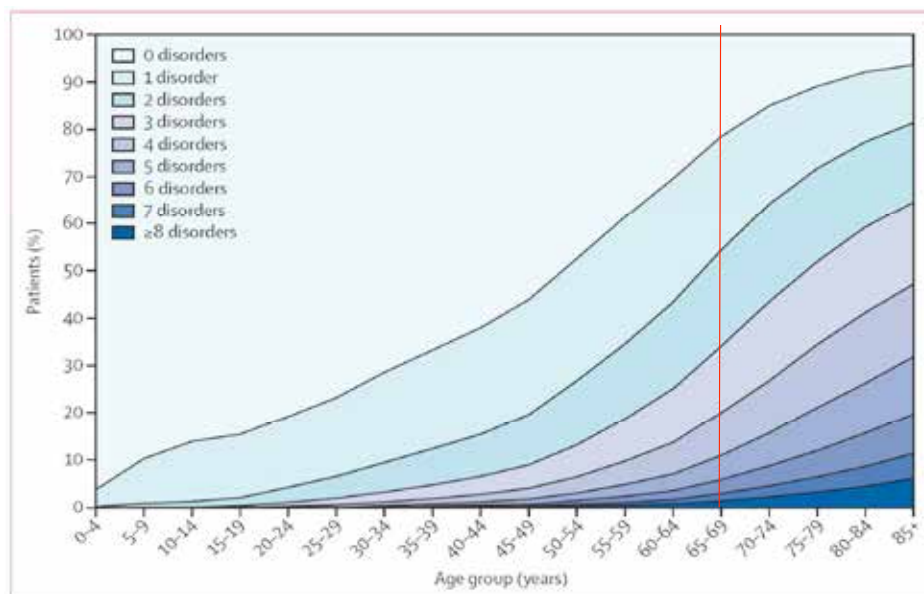
Der Begriff „Multimorbidität“ ist insofern nicht einheitlich definiert, dass die Angabe, wie viele chronische Erkrankungen gleichzeitig vorliegen, nicht präzisiert ist.

Auch liegt keine einheitliche Definition der „Multimedikation“ vor. Wie in dieser Studie wird jedoch in der Forschung meist bei einer Arzneitherapie mit fünf oder mehr Wirkstoffen von Multimedikation gesprochen.

Dass Multimorbidität, die weitgehend mit Multimedikation verbunden ist, im Alter steigt, wird in der folgenden Graphik deutlich:

41 Kuijpers MA, van Marum RJ, Egberts ACG Jansen PAF & The OLDY (Old people Drugs and Dysregulations) study Group. Relationship between polypharmacy and underprescribing. In: Br J Clin Pharmacol, 2007; Band 65, Auflage 1, S. 130-136.

Abbildung 1: Zusammenhang zwischen Alter und Multimorbidität



Quelle:⁴²

Es ist erkennbar, wie häufig die in dieser Studie einbezogene Altersgruppe der Patientinnen und Patienten mit 65 Jahren und älter von Multimorbidität betroffen ist.

Wie bereits erwähnt, sind die Multimedikation und auch die Multimorbidität mit Risikofaktoren verbunden. So steigt das Risiko für Unterversorgung (s. o.), für unerwünschte Ereignisse (UAWs), für Anwendungsfehler und auch für eine geringe Adhärenz.

Um die Besonderheiten der Pharmakotherapie bei der Multimedikation zu berücksichtigen, ist die „Hausärztliche Leitlinie Multimedikation“⁴³ von der Leitliniengruppe Hessen in Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin (DEGAM) erstellt worden.

Da den älteren Patientinnen und Patienten die Risiken von Multimedikation häufig nicht bekannt sind, wie aus einer Studie des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WiO) hervorgeht⁴⁴, ist es umso wichtiger, dass die Ärzte- und Apothekerschaft in diesem Bereich hinreichend sensibilisiert sind. Dass die Sensibilisierung momentan noch nicht ausreichend ist, zeigt das Auftreten von unerwünschter Multimedikation.

Als Ursachen hierfür sind folgende Punkte zu nennen:

- Die Therapie fokussiert einzelne Erkrankungen anstatt die Gesamtheit aller Erkrankungen zu berücksichtigen.
- Eine Patientin oder ein Patient wird von verschiedenen Ärztinnen und Ärzten sowie Therapeutinnen und Therapeuten behandelt und es findet kein Informationsaustausch untereinander statt.
- Nebenwirkungen führen zu Verordnungskaskaden: Da Nebenwirkungen nicht als solche erkannt werden, führen diese zum Ansetzen einer weiteren Medikation.

42 Karen Barnett, Stewart W Mercer, Michael Norbury, Graham Watt, Sally Wyke, Bruce Guthrie. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. In: The Lancet, 2012, Band 380, Auflage 9863, S. 37-43.

43 http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/053-043I_S2e_Multimedikation_2014-05.pdf letzter Aufruf am 18.06.2015.

44 http://www.aok-gesundheitspartner.de/imperia/md/gpp/bund/arzneimittel/publikationen/gg_05_13_druck_s27.pdf letzter Aufruf am 18.06.2015.

- Einige (leichte) Beschwerden werden selbst therapiert (Selbstmedikation).
- Erfolglose Therapien werden nicht beendet.
- Die Patientin oder der Patient verliert den Überblick und nimmt identische Substanzen von unterschiedlichen Herstellern parallel ein (cave Rabattverträge).

Die Leitlinie Multimedikation gibt ein Schema vor, wie mit Multimedikation umzugehen ist. Danach ist es zunächst wichtig, die individuellen Präferenzen der Patientin oder des Patienten herauszuarbeiten. Denn die Therapie sollte sich nach ihren Hauptbeschwerden und den individuellen Wünschen richten. Es ist zu berücksichtigen, dass allein die Patientin oder der Patient letztendlich darüber entscheidet, ob und welche Medikamente an- oder abgesetzt werden sollen.

Nach dieser Bestandsaufnahme erfolgt eine gemeinsame Erarbeitung von Zielen und Maßnahmen, die anschließend unter anderem in dem neuen Medikationsplan einfließen⁴⁵.

Studienziele und Studiendesign

Mithilfe der Studie sollte festgestellt werden, inwiefern Multimedikation bei Versicherten mit 65 Jahren und älter, die Pflege in Anspruch nahmen, auftrat. Dabei wurde ein Vergleich zwischen der stationären und der ambulanten Pflege vorgenommen. Des Weiteren wurde der Interventionsbedarf herausgearbeitet.

Es galten folgende Einschlusskriterien:

- Wohnort in NRW
- Alter von 65 Jahren und älter
- Durchgängige Versicherung im Jahr 2012 bzw. bei Versterben durchgängige Versicherung bis zum Tod.

Die Ausschlusskriterien waren:

- Tod vor dem 01.04.2012, da die Arzneimittelverordnung 90 Tage vor dem Tod beobachtbar sein sollte
- Keine Postleitzahlangabe
- Keine Angabe der Pflegeart oder der Pflegestufe.

Insgesamt wurden 135.658 Versicherte, die an einem zufällig ausgewählten Stichtag in 2012 Pflege in Anspruch nahmen, eingeschlossen. Die Kontrollgruppe bestand aus 402.605 Versicherten, die am Zufallsstichtag keine Pflegeleistung bezogen.

Das Verhältnis der Fälle zu den Kontrollen sollte möglichst 1:4 betragen, wobei die Versicherten in fünf-Jahres-Altersgruppen eingeteilt wurden. Es stellt sich heraus, dass in den höheren Altersgruppen nicht einmal ein 1:1-Verhältnis erreicht werden konnte. Daher standardisierte die Forschungsgruppe die Ergebnisse noch zusätzlich nach Alter und Geschlecht.

Wie bereits verdeutlicht, wurde Multimedikation als die Verordnung von fünf oder mehr Wirkstoffen definiert und zwar im 91 Tage Beobachtungszeitraum 45 Tage vor und 45 Tage nach dem Pflegestichtag. Lag in drei oder vier Quartalen in 2012 Multimedikation vor, wurde diese als chronisch bezeichnet (gesonderte Studienpopulation: durchgängig Versicherte in 2012 mit Pflegeleistung in jedem Quartal (Fälle) bzw. keinem Quartal (Kontrollen)). Bei einer Verordnung von zehn oder mehr Wirkstoffen, galt die Multimedikation als hochgradig.

45 wie Fn 44.

Eingeteilt wurde die Pflegeleistung in die Pflegestufen 1, 2, 3 und „ambulant“ und „stationär“. Die Wirkstoffe wurden nach dem ATC-Code eingeteilt⁴⁶. Dabei schloss die Forschungsgruppe Arzneimittel, die nicht zur systemischen Anwendung bestimmt sind, aus; aus der Gruppe der Dermatika, D, und Varia, V, wurden entsprechend nur bestimmte Untergruppen eingeschlossen:

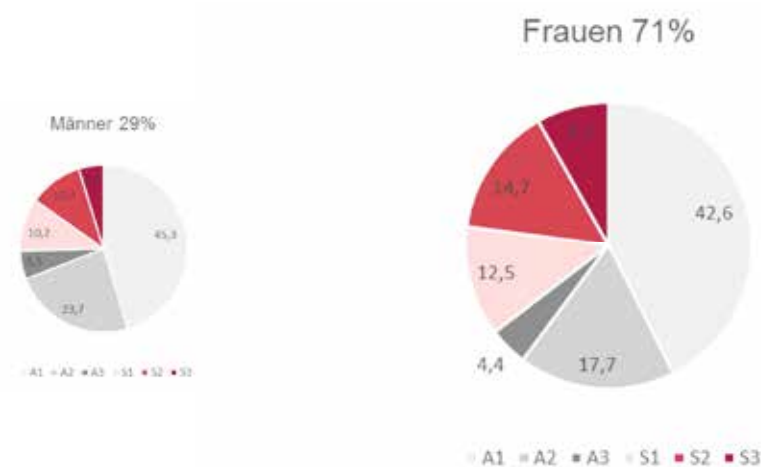
D01B	Antimykotika
D05B	Antipsoriasis
D10B	Aknemittel
V01	Allergene
V03AB bis V03AH	Antidote
V10	Radiotherapeutika
V60	Homöopathika und Anthroposophika.

Bei ATC-Codes, die Kombinationsarzneimittel kodierten, wurde bei Kenntnis der genauen Anzahl der Wirkstoffe die konkrete Zahl in der Auswertung berücksichtigt. War die genaue Wirkstoffanzahl jedoch nicht ersichtlich, wurde die Annahme „zwei Wirkstoffe“ getroffen.

Ergebnisse

Ca. ein Drittel aller Pflegefälle waren männlich (29 %). Die weiblichen Versicherten wurden mehr in stationären Pflegeeinrichtungen versorgt als die männlichen (35,4 % zu 25,4 %).

Abbildung 2: Anteil der Patientinnen und Patienten in Pflege in den verschiedenen Pflegestufen



©PMV 2015

Der Altersdurchschnitt in der Pflegegruppe lag bei den Männern bei 79 Jahren, bei den Frauen bei 83 Jahren. 45 % der Frauen in Pflege war über 85 Jahre alt, bei den männlichen Versicherten waren es 21 %.

Im Mittel erhielten die Versicherten ohne Pflege drei Wirkstoffe weniger als diejenigen mit Pflege, wie aus der folgenden Tabelle deutlich wird:

46 <http://www.dimdi.de/static/de/amg/atcddd/index.htm> letzter Aufruf am 19.06.2015.

Tabelle 1: Anzahl der durchschnittlich eingenommenen Arzneimittel in den Pflegestufen

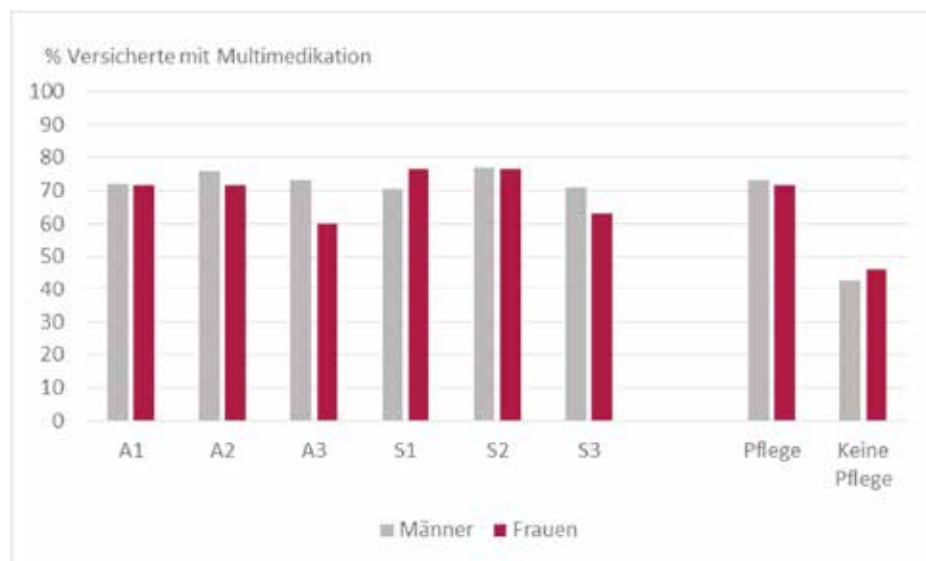
Pflegestufe*	n	Mittelwert	Std-abw.	Median
A1	58.858	7,1	4,2	7,0
A2	26.361	7,5	4,5	7,0
A3	6.415	6,6	4,4	6,0
S1	16.110	7,4	4,0	7,0
S2	18.202	7,4	3,8	7,0
S3	9.712	6,1	3,5	6,0
Gesamt	135.658	7,2	4,1	7,0
Ø Pflege	402.605	4,5	3,5	4,0
Ø Pflege stand.**	402.605	4,5	3,4	4,0

*Pflegestufe: A= ambulante Pflege, S=stationäre Pflege, 1-3= Pflegestufe, Ø= Keine Pflegeleistung; ** Versicherte ohne Pflege standardisiert nach Alter und Geschlecht auf Versicherte mit Pflege;

©PMV 2015

Multimedikation war bei den Versicherten in Pflege häufiger als in der Kontrollgruppe. Dabei ist der Anteil der Versicherten mit Multimedikation in Pflegestufe drei sowohl im ambulanten als auch stationären Bereich am geringsten:

Abbildung 3: Anteil der Versicherten mit Multimedikation in den Pflegestufen



Versicherte mit Pflege: n Gesamt=135.658; Versicherte ohne Pflege: n Gesamt=402.605; * Pflegestufe: A= ambulante Pflege, S= stationäre Pflege, 1-3 = Pflegestufe, Versicherte ohne Pflege standardisiert nach Alter und Geschlecht auf Versicherte mit Pflege

©PMV 2015

Betrachtet man die Multimedikation innerhalb der fünf-Jahres-Altersgruppen, wird deutlich, dass Multimedikation, auch hochgradige, am häufigsten bei den Versicherten zwischen 70 und 80 Jahren vorkommt. In den älteren Versichertengruppen ist der Anteil der Patientinnen und Patienten mit (hochgradiger) Multimedikation abnehmend.

Die Auswertung der chronischen Multimedikation ergab, dass die meisten Patientinnen und Patienten mit Multimedikation diese chronisch erhalten. So ist der Anteil der Versicherten mit

chronischer Multimedikation fast genauso groß wie der Anteil der Patientinnen und Patienten mit Multimedikation.

Um die Einflussfaktoren auf die Multimedikation herauszuarbeiten, errechnete die Forschergruppe eine logistische Regression. Nach dieser Regressionsanalyse hatten folgende Faktoren Einfluss auf die Multimedikation:

- Geschlecht
- Tod innerhalb von 90 Tagen nach dem Auswertungszeitraum
- Pflege(stufe)
- Regierungsbezirk.

Die Details sind folgender Tabelle zu entnehmen:

Tabelle 2: Einflussfaktoren auf Multimedikation

Variable (Referenzgruppe)	OR	95%-KI	p-Wert
Geschlecht (männlich)	1,13	1,12-1,14	<0,001
Alter (65-69 Jahre)			
70-74 Jahre	1,23	1,20-1,25	<0,001
75-79 Jahre	1,49	1,46-1,52	<0,001
80-84 Jahre	1,53	1,49-1,56	<0,001
85-89 Jahre	1,32	1,29-1,35	<0,001
90+ Jahre	0,86	0,84-0,89	<0,001
Tod (nein)	2,05	1,98-2,12	<0,001
Pflegeart (keine Pflege)			
Stufe 1 ambulant	3,17	3,11-3,23	<0,001
Stufe 1 stationär	3,81	3,67-3,96	<0,001
Stufe 2 ambulant	3,33	3,23-3,42	<0,001
Stufe 2 stationär	4,03	3,89-4,18	<0,001
Stufe 3 ambulant	2,09	1,98-2,21	<0,001
Stufe 3 stationär	2,13	2,04-2,23	<0,001
Regierungsbezirk (Münster)			
Arnsberg	0,97	0,95-0,9959	0,023
Detmold	0,91	0,89-0,93	<0,001
Düsseldorf	0,83	0,81-0,85	<0,001
Köln	0,87	0,85-0,89	<0,001



©PMV 2015; Bild Quelle: http://www.lvr.de/de/nav_main/derlvr/organisation/gebietundmitglieder/gebietundmitglieder_1.jsp

Hiernach haben Versicherte der Pflegestufe zwei im stationären Bereich ein vierfach erhöhtes Risiko für Multimedikation im Vergleich zu Versicherten ohne Pflege (Odds-Ratio = 4,03). Der Vergleich der Bezirksregionen zeigt, dass das Risiko für Multimedikation im Bezirk Münster insgesamt am höchsten war, das geringste Risiko in den Regionen Düsseldorf und Köln vorlag.

Beim Vergleich der Medikation von Versicherten in Pflege im Vergleich zu Versicherten ohne Pflege fallen folgende Medikamentengruppen auf, die mehr als doppelt so häufig in der Pflegegruppe verordnet wurden:

- Blutersatzmittel und Perfusionslösungen (Faktor 5,2; d. h. 5,2fach häufigere Verschreibung in der Pflegegruppe)
- Laxantien (Faktor 3,9)
- Antiparkinsonmittel (Faktor 2,9)

- Antiepileptika (Faktor 2,5)
- Psycholeptika (Faktor 2,4)
- Psychoanaleptika (Faktor 2,1)
- Mittel bei funktionellen gastrointestinalen Beschwerden (Faktor 2,1).

Nicht alle diese Arzneimittelgruppen wurden jedoch bei den Patientinnen und Patienten mit Pflege gleichzeitig verordnet.

Arzneimittelgruppen, die über 30 % der Versicherten in Pflege erhielten, waren:

- Psychoanaleptika (32,2 %)
- Antithrombotische Mittel (36,6 %)
- Psycholeptika (37,3 %)
- β -Adrenozeptor-Antagonisten (44,5 %)
- Analgetika (48,9 %)
- Mittel bei säurebedingten Magenerkrankungen (52,6 %)
- Mittel mit Wirkungen auf das Renin-Angiotensin-Aldosteron-System (55,4 %)
- Diuretika (56,2 %).

Patientinnen und Patienten in der ambulanten Pflege (Stufe 1) erhielten im Vergleich zu Versicherten in der stationären Pflege (Stufe 1) überproportional, d. h. mit einem Faktor von größer oder gleich 1,3 folgende Arzneimittelgruppen:

- Antidiabetika
- kardiovaskuläre Mittel
- Antihypertonika
- Lipidsenker
- systemische Corticosteroide
- Muskelrelaxantien
- Gichtmittel
- Mittel bei obstruktiven Atemwegserkrankungen.

Unterproportional häufig wurden hingegen folgende Arzneimittelgruppen ambulant verordnet (Faktor $\leq 0,7$):

- Mittel bei funktionellen gastrointestinalen Störungen
- Laxantien
- Psycholeptika
- Psychoanaleptika.

Da in der stationären Pflege ca. 60-70 % der Patientinnen und Patienten unter dementiellen Störungen leiden, ist es nicht verwunderlich, dass im stationären Bereich vermehrt Arzneimittel verordnet wurden, die psychische Symptome lindern sollen. So zeigte auch diese Untersuchung, dass in der ambulanten Pflege häufiger Wirkstoffe verschrieben wurden, die organische Beschwerden lindern.

Insgesamt erhielten Patientinnen und Patienten in Pflege etwa fünfmal so häufig Antipsychotika wie Versicherte ohne Pflege. Auch andere Psychopharmakagruppen wurden im Pflegebereich häufiger verordnet:

Tabelle 3: Verordnung von Antipsychotika, Antidementiva, Antidepressiva, Hypnotika und Sedativa sowie Anxiolytika in der stationären und ambulanten Pflege

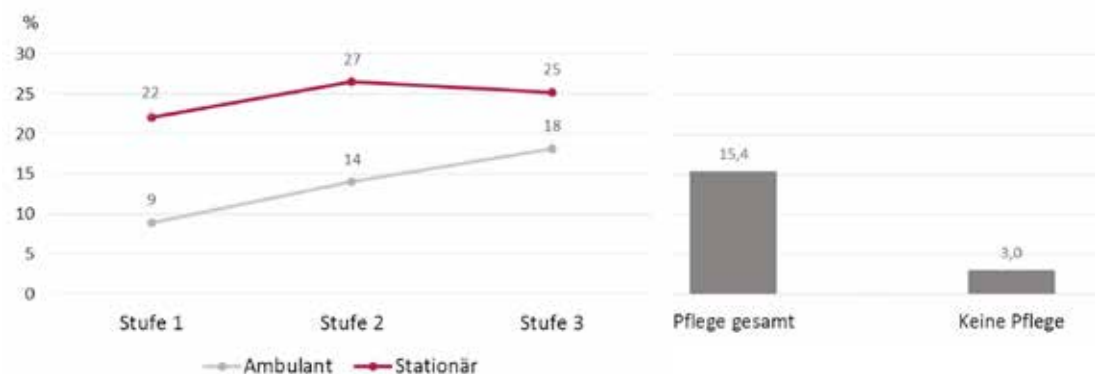
ATC	Substanzklasse	Pflegefälle		Kontrollen**		Faktor
		Anzahl	Anteil [%]	Anzahl	Anteil [%]	
N05A	ANTIPSYCHOTIKA	22.193	22,7	4.117	4,2	5,4
N06D	ANTIDEMENTIVA	6.579	6,7	1.601	1,6	4,1
N06A	ANTIDEPRESSIVA	26.741	27,3	13.223	13,5	2,0
N05C	HYPNOTIKA UND SEDATIVA	11.963	12,2	6.372	6,5	1,9
N05B	ANXIOLYTIKA	11.230	11,5	6.572	6,7	1,7

Pflegefälle bzw. Kontrollen hochgerechnet auf Pfelefälle mit Multimedikation (5+ Wirkstoffe) je n = 97.965; ** Kontrollen nach Alter- und Geschlecht standardisiert auf Population der Pfelefälle

©PMV 2015

Bei Betrachtung der Pflegestufen, ist erkennbar, dass im ambulanten Bereich der Anteil der Versicherten, denen mehr als eine Psychopharmakagruppe verordnet wurde, mit zunehmender Pflegestufe anstieg. Im stationären Bereich war der Häufigkeitsgipfel in Pflegestufe 2:

Abbildung 4: Verordnung von Psychopharmaka in den Pflegestufen



Versicherte mit Pflege: n Gesamt=135.658, Versicherte ohne Pflege: n Gesamt=402.605, Versicherte ohne Pflege standardisiert nach Alter und Geschlecht auf Versicherte mit Pflege; Ohne pflanzliche und homöopathischen Wirkstoffe; > 7 Tage Überlappung bei Einnahme einer DDD (defined daily dose)

©PMV 2015

Festgestellt wurde des Weiteren, dass auch dieselbe Ärztin oder derselbe Arzt häufig verschiedene Psychopharmaka verschrieben; die gleichzeitige Verordnung von mehreren Psychopharmaka ist somit nicht auf die Behandlung durch unterschiedliche Ärztinnen und Ärzte zurückzuführen.

Wie für die Multimedikation wurden auch hier die Einflussfaktoren auf die Antipsychotikaverordnung durch logistische Regression errechnet:

Tabelle 4: Einflussfaktoren auf Antipsychotikaverordnung

Variable (Referenzgruppe)	OR	95%-KI	p-Wert
Geschlecht (männlich)	1,06	1,03-1,09	<0,001
Alter (65-69 Jahre)			
70-74 Jahre	0,96	0,91-1,02	0,169
75-79 Jahre	0,96	0,91-1,01	0,075
80-84 Jahre	0,95	0,90-0,997	0,038
85-89 Jahre	0,92	0,87-0,97	0,002
90+ Jahre	0,83	0,78-0,88	<0,001
Tod (nein)	1,36	1,31-1,41	<0,001
Multimedikation	2,24	2,18-2,30	<0,001
Pflegeart (keine Pflege)			
Stufe 1 ambulant	3,23	3,11-3,35	<0,001
Stufe 1 stationär	13,18	12,63-13,75	<0,001
Stufe 2 ambulant	7,54	7,17-7,75	<0,001
Stufe 2 stationär	22,82	21,95-23,73	<0,001
Stufe 3 ambulant	17,30	16,32-18,35	<0,001
Stufe 3 stationär	32,23	30,72-33,81	<0,001
Regierungsbezirk (Detmold)			
Münster	0,99	0,94-1,04	0,744
Arnsberg	0,94	0,91-0,98	0,002
Köln	0,79	0,76-0,82	<0,001
Düsseldorf	0,75	0,72-0,77	<0,001

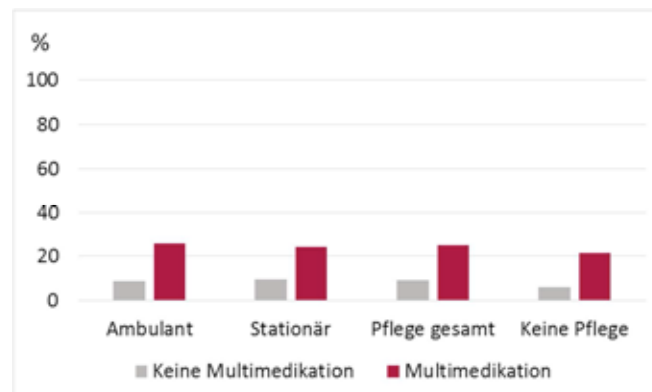


©PMV 2015; Bild Quelle: http://www.lvr.de/de/nav_main/derlvr/organisation/gebietundmitglieder/gebietundmitglieder_1.jsp

Auch hieraus wurde deutlich, dass sowohl die Pflegestufe als auch die Pflegeart (ambulant vs. stationär) einen starken Einfluss auf die Verordnung hatten.

Die Untersuchung der Verordnung von Arzneistoffen, die nach der Priscus-Liste⁴⁷ für ältere Patientinnen und Patienten potentiell inadäquat sind, ergab, dass die Unterschiede im ambulanten und stationären Bereich sehr gering sind. Auffällig war hingegen, dass Versicherte mit Multimedikation häufiger potentiell inadäquate Arzneimittel erhielten:

Abbildung 5: Anteil der Versicherten mit Verordnung von PRISCUS-Arzneimitteln



Versicherte mit Pflege: n Gesamt=135.658, Versicherte ohne Pflege: n Gesamt=402.605, Multimedikation, d.h. 5 oder mehr Wirkstoffe im Beobachtungszeitraum; Dosisabhängige PIM (einige Neuroleptika, Benzodiazepine, Z-Substanzen) wurden nicht berücksichtigt.

©PMV 2015;

47 <http://www.priscus.net/> letzter Aufruf am 01.07.2015.

Häufig verordnete Priscus-Wirkstoffgruppen waren Antidepressiva, Sedativa und Antiarrhythmika. Hierbei wurden die folgenden Wirkstoffe bei über 1 % der Pflegefälle verordnet:

Amitriptylin, Doxepin (Antidepressiva); Diazepam, Bromazepam (Hypnotika); Acetyldigoxin (Antiarrhythmikum); Nitrofurantoin (Antibiotikum).

Der regionale Vergleich der Priscus-Mittel-Verordnungen zeigte keine nennenswerten Unterschiede auf.

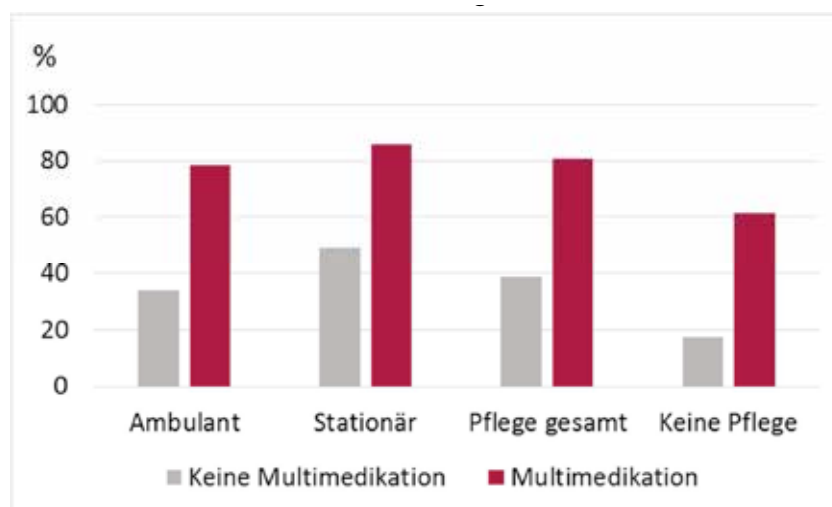
Des Weiteren wurde untersucht, wie viele Patientinnen und Patienten Arzneimittel mit besonderem Monitoringbedarf erhielten. Dazu zählte die Forschungsgruppe folgende Wirkstoffe und Wirkstoffgruppen:

- herzwirksame Glykoside, da diese eine enge therapeutische Breite aufweisen
- Phenprocoumon, ebenfalls aufgrund der engen therapeutischen Breite
- Diuretika, da diese Elektrolytstörungen verursachen können
- Arzneimittel, die zu einer QT-Zeit-Verlängerung führen können
- Metoclopramid (MCP), weil dies schwere neurologische Nebenwirkungen verursachen kann.

Bei MCP ist zu bedenken, dass 2014 Präparaten mit Dosierungen über 1 mg/ml die Zulassung entzogen wurde und bei geringer dosierten Arzneimitteln eine Indikationseinschränkung stattfand⁴⁸.

2012 wurden MCP-haltige Medikamente bei Patientinnen und Patienten mit Multimedikation, die eine Pflegeleistung in Anspruch nahmen, häufig verordnet: 8,5 % in ambulanter und 15,1 % in stationärer Pflege bekamen MCP.

Abbildung 6: Anteil der Versicherten mit Verordnung von Arzneimitteln mit Monitoringbedarf



Versicherte mit Pflege: n Gesamt=135.658, Versicherte ohne Pflege: n Gesamt=402.605, Multimedikation, d.h. 5 oder mehr Wirkstoffe im Beobachtungszeitraum; Arzneimittel mit Monitoringbedarf: Herzglykoside, Phenprocoumon, Diuretika, Metoclopramid, Wirkstoffe mit dem Risiko einer QT-Verlängerung

©PMV 2015

48 <http://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/pharmazie/news/2014/04/15/metoclopramid-tropfen-nicht-mehr-verkehrsfahig/12592.html> letzter Aufruf am 01.07.2015.

Der Anteil der Versicherten mit Multimedikation und Pflege, die Arzneimittel mit Monitoringbedarf erhielten, lag bei ca. 80 %. Demnach müsste bei vier von fünf dieser Patientinnen und Patienten regelmäßig ein Monitoring stattfinden.

Zur Auswertung potentieller Interaktionen wurden die Interaktionspaare der Liste der Klinischen Pharmazie des Pharmazeutischen Instituts der Rheinischen Friedrich-Wilhelms Universität Bonn ausgewertet. Für die überlappende Anwendung bei Einnahme einer DDD (defined daily dose) der Interaktionspaare ergaben sich folgende Häufigkeiten:

Tabelle 5: Häufigkeiten potentieller Interaktionen bei den Versicherten

Interaktionspaare lt. Liste des Instituts für Klinische Pharmazie der Universität Bonn**

Nr	Interaktions-Partner A	Interaktions-Partner B	Häufigkeit bei Pflegefällen*
1	Xanthine (Theophyllin)	Beta-Blocker, nicht kardioselektiv	selten
2	Protonenpumpenhemmer	Clopidogrel	2,5%
3	Beta-Blocker	Beta-Sympathomimetika	4,9%
4	Antidiabetika	Glucocorticoide (systemisch)	1,9%
5	ACE-Hemmer	Allopurinol	5,8%
6	CSE-Hemmer	Antikoagulationen, oral (Phenprocoumon)	3,4%
7	Thrombozytenaggregationshemmer	Antikoagulationen, oral (Phenprocoumon)	1,1%
8	Dopamin-Antagon. (Metoclopramid)	Levodopa	0,5%
9	Beta-Blocker, kardioselektiv	Xanthine (Theophyllin)	0,6%
10	Clopidogrel	Enzyminhibitoren (Fluoxetin)	selten

* Potentielle Interaktion bei überlappender Anwendung im 91-Tage Beobachtungszeitraum: Annahme Einnahme einer DDD

** AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse, Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein. Liste der Interaktionsrisiken als Wirkstoffpaare auf ATC-Ebene des »Arzneimittelchecks der AOK Rheinland/Hamburg« im Rahmen des Hausärzte-Strukturvertrages gemäß § 73a SGB V mit der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein, erstellt von Prof. Dr. Ulrich Jaehde und Dr. Ulrich Schwalbe vom Institut für Klinische Pharmazie der Universität Bonn Datenbasis: Gesamtjahr 2009. Zur Verfügung gestellt von der AOK Rheinland/Hamburg, Düsseldorf.

©PMV 2015

Die genaue Betrachtung der Häufigkeit der Wechselwirkungen mit Phenprocoumon zeigte, dass bei Versicherten in Pflege im Vergleich zu Patientinnen und Patienten ohne Pflege häufiger von derselben Ärztin/demselben Arzt Wirkstoffe mit Interaktionsrisiko mit Phenprocoumon verordnet wurden (8,6 % zu 7,2 %).

Schlussfolgerung

Multimedikation war in der untersuchten Population 65 Jahre und älter bei Versicherten in Pflege deutlich häufiger als bei Patientinnen und Patienten, die keine Pflege in Anspruch nahmen. Dabei erhielten Patientinnen und Patienten mit Pflege besonders häufig Arzneimittel, die potentiell inadäquat sind oder des Monitorings bedürfen.

Das Risiko für unerwünschte Arzneimittelwirkungen ist daher bei Versicherten, die Pflege in Anspruch nehmen, besonders hoch, weswegen gerade hier über Maßnahmen zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit nachgedacht werden sollte. Beispiele hierfür wären das Erstellen von Medikationsplänen, gezielte Patientenaufklärung, Medikationsmanagement und Schulung der Pflegefachkräfte.

Aus der Diskussion

Welche Arzneistoffe sollten in der ambulanten Pflege fokussiert werden?

Bei den Herz-Kreislauf-Mitteln ist zu überlegen, ob eine Unterversorgung stattfindet. Auch sollte darauf geachtet werden, ob MCP trotz Zulassungseinschränkungen weiterhin so häufig verordnet wird.

Des Weiteren waren die Verordnungen der Herzglykoside und Laxantien auffällig.

Die Gruppe der Antipsychotika enthält nach ATC-Code Arzneistoffe, die sehr unterschiedliche Potenzen aufweisen. Inwiefern wird die Verordnungssituation adäquat widerspiegelt, wenn hoch und niedrig potente Antipsychotika zusammengefasst werden?

Bei dementen Patientinnen und Patienten wurde zwar zunächst nur für hoch potente Antipsychotika der Mortalitätsanstieg aufgezeigt. Inzwischen ist jedoch bekannt, dass alle Antipsychotika die Mortalität steigern. Sicherlich gibt es Unterschiede zwischen den einzelnen Wirkstoffen, allerdings zeigt die Studie, dass Patientinnen und Patienten in Pflegeheimen durch die vermehrte Antipsychotikaverordnung unabhängig vom genauen Wirkstoff einem höheren Risiko ausgesetzt sind als Versicherte ohne Pflege.

Daher scheint der Bedarf hoch zu sein, über Wege und Maßnahmen nachzudenken, wie Patientinnen und Patienten hier so betreut werden können, dass sie keine Antipsychotika benötigen.

Ansätze zur Verbesserung der Pharmakotherapie aus Sicht ambulanter Pflegedienste

Prof. Dr. Henny Anette Grewe

Sowohl ambulante als auch stationäre Pflegedienste werden von Kontrollinstanzen wie dem MDK und den Nachfolgeorganisationen der ehemaligen Heimaufsichtsbehörden überprüft. Um einzelne Bereiche in der Pflegeversorgung, konkret die Pharmakotherapie, zu optimieren, ist es jedoch wichtig, die entsprechenden Aspekte auch aus Sicht der in den Institutionen arbeitenden Pflegefachkräfte zu betrachten.

Daher lag auch der Schwerpunkt des Projekts KomPP („Kompetenznetz Pflege und Pharmakotherapie Nordhessen“)⁴⁹ auf der Sichtweise der Pflegefachkräfte.

Ziel und Konzept

Qualitätszirkel zur Pharmakotherapie für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte waren in Hessen 2009 vorhanden⁵⁰. Es sollte nun ein komplementäres Netzwerk initiiert werden, das die Problemlagen ambulanter und stationärer Pflegedienste im Kontext der Pharmakotherapie fokussierte. Eine Zusammenarbeit mit den bestehenden ärztlichen Qualitätszirkeln war ange-dacht, auch sollten Apothekerinnen und Apotheker involviert werden. Die Hochschule Fulda legte Wert darauf, Studierende unterschiedlicher Studiengänge des Fachbereichs (u. a. Public Health, Pflege, Pädagogik für Pflege- und Gesundheitsberufe, Gesundheitsmanagement) ein-zubeziehen.

Verlauf

Das Projekt gliederte sich in folgende Teilbereiche:

- Die Rekrutierung von Teilnehmenden,
- die Bestandsaufnahme mit der Herausarbeitung der Hauptprobleme und
- die Erarbeitung von möglichen Lösungen, ihre Implementierung und formative Evaluation.

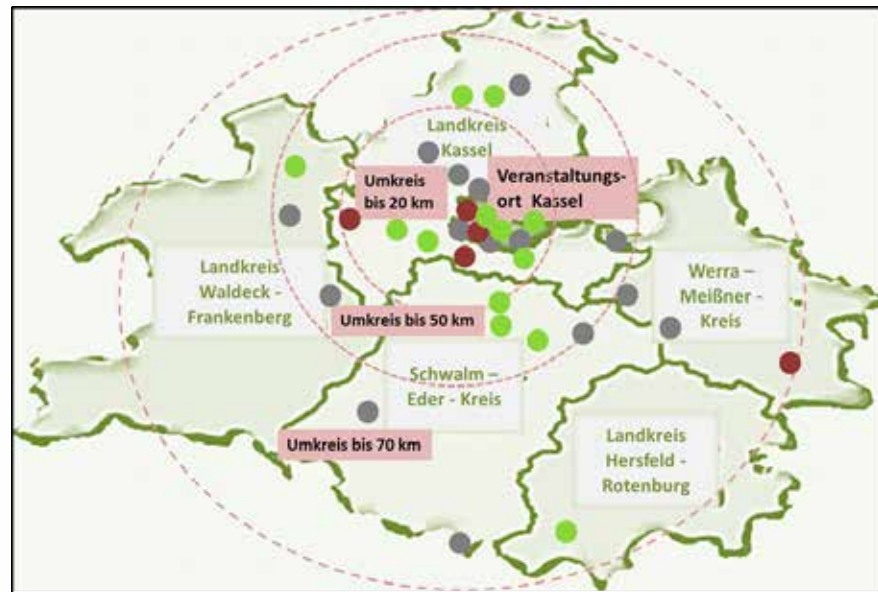
49 <http://www.fh-fulda.de/index.php?id=8160> letzter Aufruf 28.07.2015.

50 <http://www.a-qz.de/informationen/konzept/index.html> letzter Aufruf 28.07.2015.

Bereitschaft der Pflegefachkräfte

Alle 203 ambulanten Pflegedienste und 165 stationären Pflegeeinrichtungen in Nordhessen wurden schriftlich eingeladen, an dem Projekt teilzunehmen. Hiervon waren acht ambulante Pflegedienste und zehn stationäre Einrichtungen regelmäßig an den Netzwerktreffen beteiligt, weitere 15 Einrichtungen lediglich sporadisch.

Abbildung 1: Beteiligte Einrichtungen



Da der Veranstaltungsort das Gesundheitsamt Region Kassel war, mussten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer zum Teil Strecken von 70 km für ein Netzwerktreffen auf sich nehmen.

Die Annahme des Angebots war insgesamt zufriedenstellend, insbesondere vor dem Hintergrund, dass die Pharmakotherapie für viele der eingeladenen ambulanten Pflegedienste keinen großen Stellenwert hatte. So hatten die ambulanten Pflegedienste bei weniger als 50 % der von ihnen gepflegten Personen einen Auftrag nach SGB V, Medikamente zu stellen und zu verabreichen.

Unter Berücksichtigung dessen kann von einer guten Resonanz der ambulanten Pflegedienste im Rahmen des Projekts KomPP gesprochen werden.

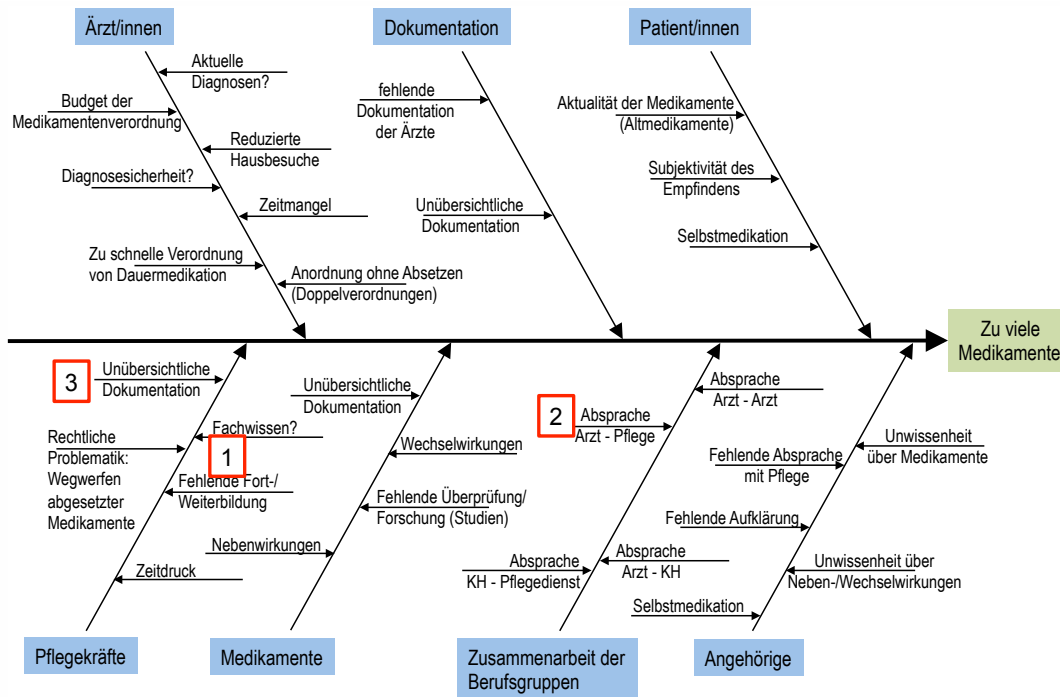
In einem Evaluierungsbogen wurden die Motive für die Teilnahme und die Gründe für die Nicht-Teilnahme erfragt. Danach war es der Wunsch der Pflegefachkräfte, ihr pharmakologisches Wissen zu erweitern und an intensiven Fortbildungen teilzunehmen. Als Gründe für die Nicht-Teilnahme wurden Zeitmangel und die weiten Entfernungen zum Veranstaltungsort genannt.

Ist-Analyse

Im ersten Arbeitstreffen wurden die Probleme im Bereich der Pharmakotherapie, so wie sie sich Pflegefachkräften darstellen, gesammelt. Dazu erstellten die Teilnehmenden ein so genanntes Ishikawa-Diagramm⁵¹:

51 http://app.wipro-forum.de/file/24/ishikawa_diagramm.pdf letzter Aufruf am 29.07.2015.

Abbildung 2: Ist-Analyse im Ishikawa-Diagramm



Aus der Sicht der Pflegefachkräfte (ambulante und stationäre Pflege) fielen hierbei die folgenden Probleme auf (im obigen Schaubild rot markiert):

- Mangelndes Fachwissen im Bereich der Pharmakotherapie:
Hierunter verstanden die Pflegefachkräfte auch rechtliche Grundlagen. Beispielsweise kamen Fragen auf, wie mit Medikamenten von Verstorbenen umzugehen sei oder was mit Arzneimitteln geschehen sollte, die aus dem Medikationsplan gestrichen wurden.
- Zusammenarbeit der Berufsgruppen:
Es wurden alle Berufsgruppen genannt. Allerdings ist anzumerken, dass Apothekerinnen und Apotheker nur untergeordnet auftauchen, da aus Sicht der Pflegefachkräfte bei der Zusammenarbeit mit der Apothekerschaft nur geringe Probleme auftreten.
- Die unübersichtliche Dokumentation:
Die Mängel bei der Dokumentation wurden von allen Teilnehmenden betont, weswegen die Dokumentation auch als ein einzelnes Problemfeld aufgeführt wurde (s. gesonderter Pfeil im Diagramm).

Als Hauptproblem nannten die Pflegefachkräfte die Polymedikation.

Probleme in der Zusammenarbeit mit Apotheken

Aufgrund von Heimversorgungsverträgen fühlten sich die Pflegefachkräfte im Umgang mit Apotheken selbstbewusst, da die Apotheken um diese Verträge „kämpften“. Die Pflegefachkräfte bedauerten jedoch, dass die von den Apotheken im Rahmen der Verträge ausgehandelten Fortbildungen oft nicht den gewünschten Erfolg hatten. Die Fortbildungen waren zu kurz, und auf Wünsche nach bestimmten Themen gingen die Apotheken entweder gar nicht ein oder stellten dann hohe Rechnungen.

Die ambulant tätigen Pflegefachkräfte sahen das Hauptproblem in der richtigen Zuordnung der Versicherten zu ihren ausgewählten Stammapotheken. Die ambulanten Pflegedienste fahren im ländlichen Raum teilweise mehrmals täglich Wege über 30 km und können daher die Apotheken in dem Umkreis nicht zuordnen. Insbesondere wenn kein Auftrag nach SGB V vorliegt, ist es den ambulanten Pflegefachkräften kaum möglich, die versorgenden Apotheken all ihrer Pflegebedürftigen zu kennen.

Datenerhebung und Fortbildung

Da es zum Zeitpunkt des Projekts (2009) keine Studie gab, die aufzeigte, welche Medikamente in Deutschland in der ambulanten und stationären Pflege gehäuft eingesetzt werden, analysierten die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Fachhochschule Fulda in sechs Einrichtungen des Netzwerkes die Medikationen der betreuten Personen.

Auch versuchten die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter die medizinischen Diagnosen zu erfassen, was jedoch daran scheiterte, dass in vielen Akten in den Pflegeeinrichtungen keine codierbaren Diagnosen eingetragen waren.

Insgesamt wurden die Daten von 291 Personen – 105 Personen aus drei ambulanten Pflegediensten und 186 Personen aus stationären Einrichtungen – ausgewertet.

Die Bewohnerinnen und Bewohner in der stationären Pflege waren im Durchschnitt älter als in der ambulanten Pflege, da häufig mit zunehmendem Alter die Pflegebedürftigkeit ansteigt und somit die ambulante Versorgung nicht mehr ausreicht:

Abbildung 3: Alter der Patientinnen und Patienten nach Geschlecht

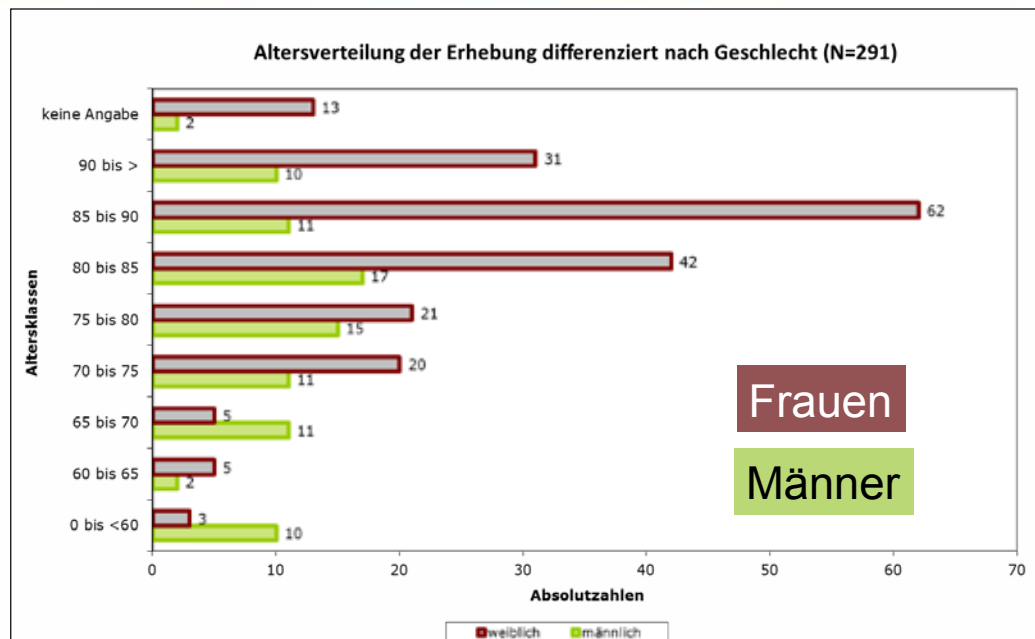
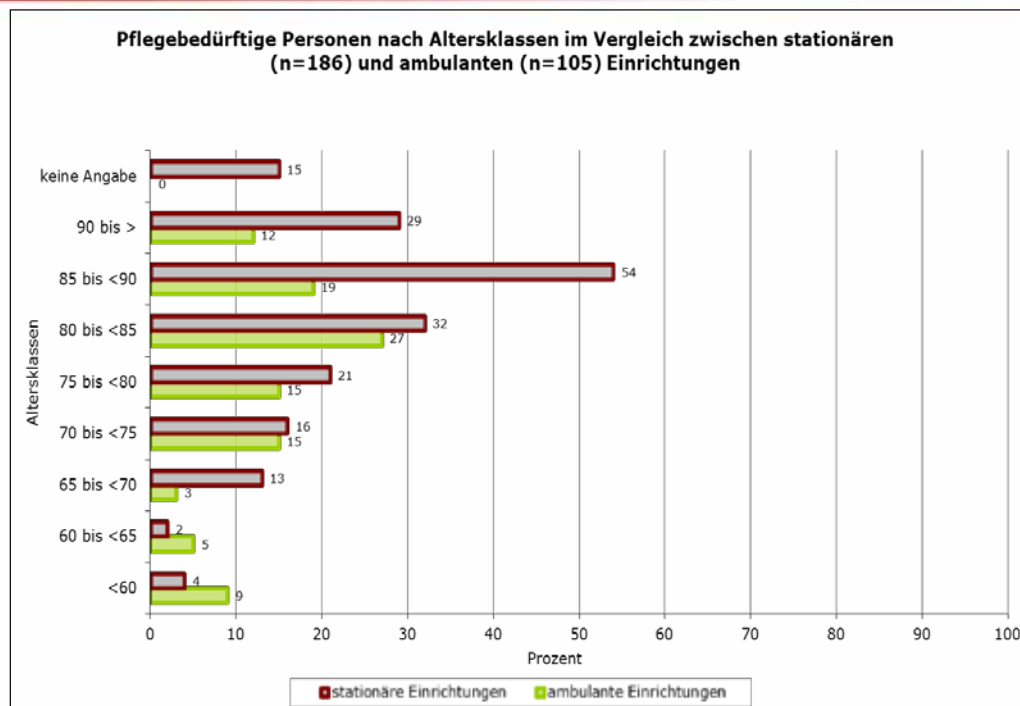


Abbildung 4: Alter der Patientinnen und Patienten nach Pflegeeinrichtung



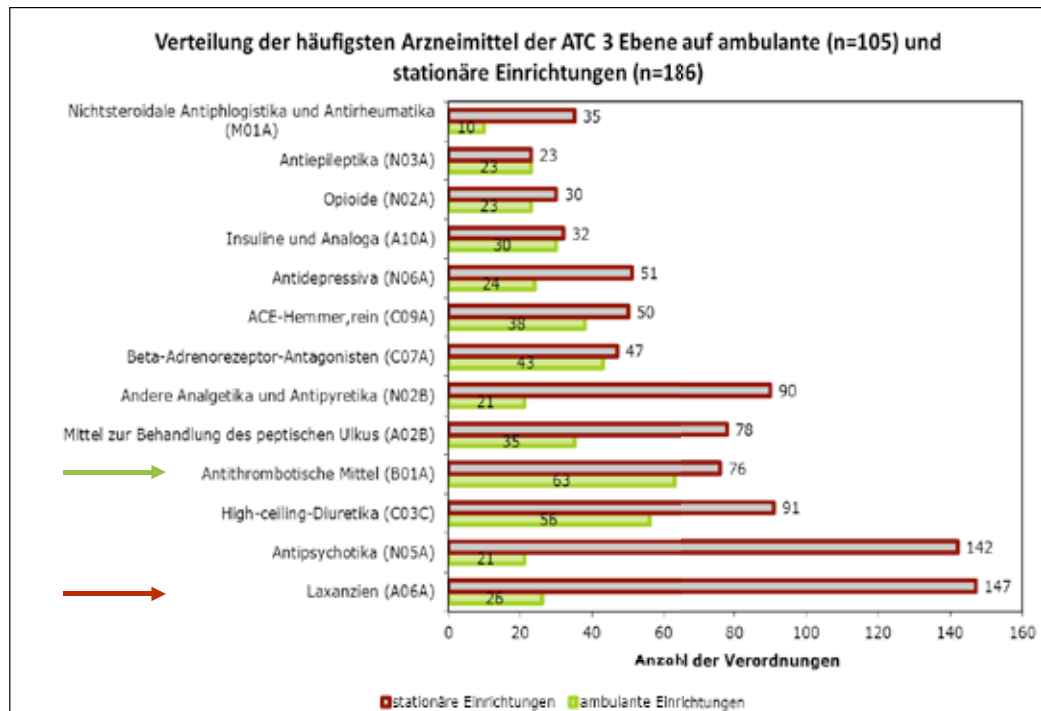
Personen zwischen 75 und 80 Jahren erhielten im Durchschnitt die meisten Medikamente (nur die Dauermedikation wurde berücksichtigt). Von 60 bis 75 Jahren nahm die Anzahl der eingenommenen Arzneimittel in den Fünf-Jahres-Gruppen kontinuierlich zu. Ab einem Alter von 80 Jahren sank die Anzahl der Medikamente mit dem Alter wieder ab:

Abbildung 5: Alter der Patientinnen und Patienten und Medikamentenversorgung

Altersklassen	Durchschnittliche Anzahl der Medikamente pro Person in ambulanten Einrichtungen	Anzahl der Personen in entsprechender Altersklasse (ambulant)	Durchschnittliche Anzahl der Medikamente pro Person in stationären Einrichtungen	Anzahl der Personen in entsprechender Altersklasse (stationär)
<60	4,56	9	7,5	4
60 bis <65	5,4	5	6	2
65 bis <70	7,67	3	7,08	13
70 bis <75	8	15	7,5	16
75 bis <80	9	15	8,67	21
80 bis <85	6,67	27	7,75	32
85 bis <90	6,63	19	8,13	54
90 bis >	7,17	12	6,34	29
keine Angabe	0	0	6,93	15
Insgesamt	7,03	105	7,59	186

Bei der Auswertung der Arzneimittelgruppen (sortiert nach ATC-Code) fällt auf, dass im stationären Bereich Laxanzien und Antipsychotika deutlich häufiger angewandt wurden als in der ambulanten Pflege. Hier wurden antithrombotische Mittel am häufigsten eingesetzt:

Abbildung 6: Verordnungen der Arzneimittel nach ATC-Code



Die erhobenen Daten dienten der Ausarbeitung spezieller Fortbildungen für die Pflegefachkräfte. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Hochschule Fulda schulten sie in Pharmakologie und gingen auf mögliche Nebenwirkungen von Arzneimittelgruppen ein.

Dokumentation der potentiell unerwünschten Arzneimittelwirkungen

Bei den Fortbildungen zu bestimmten Arzneimittelgruppen stellte sich die Frage, wie die Medikation der Pflegebedürftigen dokumentiert werden kann. Die Pflegefachkräfte schilderten das Problem, oft nicht zu wissen, wozu die Arzneimittel konkret bei ihren Patientinnen und Patienten eingesetzt werden (fehlende Information über die Indikation).

Als ein möglicher Grund für die fehlenden Angaben ist der Datenschutz zu nennen. So hat jede Ärztin und jeder Arzt eine Schweigepflicht gegenüber allen anderen Personen, prinzipiell auch gegenüber nicht als Betreuer eingesetzten Angehörigen und eben auch gegenüber Pflegefachkräften. Die behandelnden Ärztinnen und Ärzte konnten demnach nur die Informationen über die vorliegenden Krankheiten und die Indikation für eine spezielle Medikation an die Pflegefachkräfte weitergeben, wenn eine Schweigepflichtentbindung vorlag. Da dies nicht immer gegeben war, trugen die Pflegefachkräfte nicht selten Vermutungen oder „mitgehörte“ Aussagen zur Indikation in die Pflegeakten ein. Doch selbst wenn datenschutzrechtlich die Weitergabe der Indikation möglich wäre, bliebe das Problem der Dokumentation.

Daher überlegten die Pflegefachkräfte, wie sie den Ärztinnen und Ärzten mögliche Nebenwirkungen mitteilen konnten. Die Pflegefachkräfte merkten an, dass im ambulanten Bereich in der Regel kein direkter Kontakt zwischen dem Pflegepersonal und den Ärztinnen und Ärzten stattfand, da der persönliche Kontakt nur möglich war, wenn die entsprechende Ärztin oder der entsprechende Arzt einen Hausbesuch unternahm und zugleich die zuständige Pflegefachkraft vor Ort war.

Mitteilungen über potentielle Arzneimittelnebenwirkungen waren daher nur schriftlich (oder evtl. telefonisch) möglich.

Als Hilfestellung konnte ein so genannter Beobachtungsleitfaden dienen: Die Ärztinnen und Ärzte dokumentierten mit der Verordnung die zu erwartenden Wirkungen der Arzneimittel (ein Diuretikum soll beispielsweise den Blutdruck senken) und gaben gleichzeitig an, worauf die Pflegefachkräfte achten sollten, auch im Zusammenhang mit allen anderen eingenommenen Arzneimitteln.

Eine weitere Hilfestellung, die nicht wie der Beobachtungsleitfaden auf die Pflegekräfte, sondern das Präparat bezogen war, waren Checklisten. Diese enthielten im Gegensatz zum Beipackzettel kurze Informationen zu möglichen Nebenwirkungen der Arzneimittel. Ein Vorteil dieser Checklisten war, dass die Ärztinnen und Ärzte nicht so stark eingebunden werden mussten, wie es bei dem Beobachtungsleitfaden der Fall war.

Beide Methoden (Beobachtungsleitfaden und Checkliste) testeten die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Hochschule Fulda in verschiedenen Pflegeeinrichtungen.

Struktur- und Logikfehler des SGB

Innerhalb des Projekts wurde deutlich, dass die Logik des SGB nicht mit den tatsächlichen Anforderungen in der Arbeit von Pflegefachkräften im ambulanten Bereich vereinbar ist. Denn das SGB trennt die medizinische Versorgung von der Grundpflege: Das SGB XI regelt nur die Leistungen der Grundpflege, bei denen es nicht um medizinische Versorgung geht. In den meisten Fällen von Pflege durch einen ambulanten Pflegedienst besteht allein ein Handlungsauftrag nach SGB XI und nicht nach SGB V (medizinische Versorgung), d. h. betreuende Pflegefachkräfte sind primär für die Alltagsversorgung zuständig und nicht für die Krankheitsversorgung.

Wenn Außenstehende jedoch die Arbeit der Pflegefachkräfte betrachten, erwarten sie – zumindest in Akutsituationen – (auch) eine professionelle Krankenversorgung. Dazu würde gehören, dass sich die Pflegefachkräfte mit der Medikation ihrer Pflegebedürftigen auskennen. Ein anderer Aspekt ist, dass Versicherte Pflegekräfte in bestimmten Situationen um die Beantwortung von Fragen und um Hilfestellungen beim Umgang mit Arzneimitteln bitten bzw. diese einfordern. In der Regel reagieren Pflegefachkräfte auf derartige Bitten und geben, ohne rechtlich abgesichert zu sein, entsprechende Hilfestellungen. Obwohl die Pflegefachkraft oft keinen Handlungsauftrag für medizinische Versorgung hat, wird politisch und gesellschaftlich davon ausgegangen, dass die Pflegefachkraft auf mögliche Symptome unerwünschter Arzneimittelwirkungen hinweist, sie erkennt und meldet.

Aus der Diskussion

Welche rechtliche Kombination würden Sie vorschlagen?

Grewe: Es stellt sich die Frage, ob die soziale Pflegeversicherung bei steigender Multimorbidität oder Multimedikation, daneben aber auch medikamentöser Unterversorgung von pflegebedürftigen, chronisch kranken Personen, in der jetzigen Form als soziale Versicherung für die

Grundpflege bestehen bleiben kann oder ob sie nicht besser immer mit einer Behandlungspflege nach SGB V kombiniert werden sollte.

Ein politischer Lösungsansatz für das Problem ist momentan nicht erkennbar.

Wäre es eine Empfehlung für Angehörige, die Schweigepflichtentbindung in die Wege zu leiten?

Grewe: Zwar ist es eine Hilfe für Pflegefachkräfte im ambulanten Bereich, wenn die Ärztin oder der Arzt ihnen die Diagnosen und Indikationen mitteilen darf, doch bleibt auch in diesem Fall das rechtliche Problem bestehen, dass die Pflegefachkräfte bei einer reinen Pflegesachleistung nach SGB XI keinen Auftrag haben, sich in das Medikamentenregime einzubringen.

Aktionsbündnis Schmerzfreie Stadt Münster. Methodik, Ergebnisse und Perspektiven, Schwerpunkt ambulante Pflegedienste

Prof. Dr. Dr. h. c. Jürgen Osterbrink

Der Beitrag beschäftigt sich mit dem Aktionsbündnis Schmerzfreie Stadt Münster, das bereits 2009 auf den Weg gebracht wurde⁵². Es konnte im Jahr 2013 erfolgreich abgeschlossen werden und wurde gleichzeitig zu einer wesentlichen Grundlage für ein neues Projekt mit dem Namen InTherAKT – Initiative zur Therapiesicherheit in der Altenhilfe durch Kooperation und Teamwork. Hierbei geht es um eine enge Zusammenarbeit der Apothekerinnen und Apotheker, vertreten durch die Apothekerkammer, und den Hausärztinnen und -ärzten, vertreten durch den Hausärzterverband Münster, sowie den Pflegefachkräften. Ziel ist die bessere Versorgung von ca. 200 Bewohnerinnen und Bewohnern von Alten- und Pflegeheimen in Münster.

Werdegang des Projektes „Schmerzfreie Stadt Münster“

Beim Projekt Aktionsbündnis Schmerzfreie Stadt Münster handelte es sich um ein multiprofessionelles Konzept des Schmerzmanagements für Patientinnen und Patienten. Das Projekt konnte nicht unmittelbar aus der Taufe gehoben werden. Es handelte sich vielmehr um die Fortsetzung jahrelanger vorher durchgeführter Forschungsarbeiten.

Zu Beginn stand eine Arbeitsgruppe zur Erarbeitung des Expertenstandards Schmerzmanagement in der Pflege, die vom Vortragenden geleitet wurde. Im Jahr 2003 konnte die Grundversion des Expertenstandards fertig gestellt werden, im Jahr 2010 erfolgte die Überarbeitung⁵³. Diese Grundversion beschäftigte sich zunächst mit dem akuten Schmerz. Im Jahre 2013 konnte der Expertenstandard für den chronischen Schmerz fertig gestellt werden⁵⁴. Bei Letzterem handelt es sich um ein sehr komplexes Werk, in das alle aktuellen Erkenntnisse eingeflossen sind und für dessen Verständnis ein hohes Maß an zeitlichem Engagement notwendig ist.

52 Osterbrink J, Ewers A, Nestler N, Pogatzki-Zahn E, Bauer Z, Gnass I, Sirsch E, Krüger C, Mitterlehner B, Kutschar P, Hemling S, Fischer B, Marschall U, Aschauer W, Weichbold M, van Aken H: Versorgungsforschungsprojekt „Aktionsbündnis Schmerzfreie Stadt Münster“. Zielsetzung und Methodik. Schmerz 24 (2010):613–620.

53 https://www.uni-wh.de/fileadmin/media/u/stu/zw/b/pflege/Expertenstandards/Auszug_Expertenstandard_Schmerzmanagement.pdf letzter Zugriff 12.07.2015. Weitere Standards befinden sich auf der Seite des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege: <http://www.dnqp.de/wirberuns.html> letzter Zugriff 17.07.2015.

54 Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.): Auszug aus der Veröffentlichung zum Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen Entwicklung – Konsentierung – Implementierung, Osnabrück 2015: http://www.dnqp.de/fileadmin/groups/607/Schmerz-chron_Auszug.pdf letzter Zugriff 08.09.2015.

Darauf aufbauend wurde das Projekt „Schmerzfreies Krankenhaus“ entwickelt und durchgeführt. Hier handelte es sich um ein Projekt, an dem sich 25 Krankenhäuser, verteilt in ganz Deutschland, mit ca. 9000 Patientinnen und Patienten, 5000 Pflegefachkräften und ca. 2500 Ärztinnen und Ärzte beteiligten⁵⁵.

Aufgrund der großen Zahl der teilnehmenden Krankenhäuser, Pflegefachkräfte und der Ärztinnen und Ärzte stand ausreichend statistisch abgesichertes Wissen zur Verfügung, um eine Zertifizierungseinrichtung in der Nähe von Bochum mit dem Namen „Gesellschaft für Qualifizierte Schmerztherapie - Certkom e.V.“ zu gründen⁵⁶, die Krankenhäuser sowie Alten- und Pflegeheime sowie Hausarztpraxen hinsichtlich des Schmerzmanagements zertifiziert. Hinter Certkom e.V. stehen drei Fachverbände, und zwar die Deutsche Schmerzgesellschaft, die Deutsche Palliativgesellschaft und der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK). Inzwischen konnten fast 80 Häuser in Deutschland zertifiziert werden, darunter die Unikliniken Graz und Münster.

Kommunikationsprobleme: Zentrale Herausforderung

Aufgrund der Erfahrungen aus dem Krankenhausprojekt konnten Kommunikationsprobleme und -brüche als die zentralen Hindernisse auf dem Weg zur Schmerzfreiheit oder zur Schmerzarmut von Patientinnen und Patienten identifiziert werden.

Noch deutlicher wurden die Kommunikationsprobleme an der Schnittstelle zwischen stationärer und ambulanter Versorgung. Wenn Patientinnen und Patienten aus dem Krankenhaus entlassen werden, müssen aber Ärztinnen und Ärzte des Krankenhauses und der ambulanten Versorgung optimal miteinander kommunizieren, um den akuten oder chronischen Schmerz beherrschen zu können.

Mit Apothekerinnen und Apothekern wird in der Regel gar nicht gesprochen, wenn es um die Schmerztherapie mit Arzneimitteln geht. Wenn Apothekerinnen und Apotheker von sich aus aktiv werden und den Ärztinnen und Ärzten Rückmeldung geben, wird dies von ärztlicher Seite meist in Frage gestellt.

Aber auch zwischen Ärztinnen und Ärzten sowie Pflegefachkräften ist die Kommunikation suboptimal. Dies ist ein inakzeptabler Zustand und führte unter finanzieller Förderung des Landes Nordrhein-Westfalen zur Entwicklung einer sogenannten PainApp, mit der den Pflegefachkräften die Möglichkeit gegeben wird, Schmerzempfindungen der Patientinnen und Patienten, deren Lebensaktivitäten, eingenommene Arzneimittel und die Lebensqualität elektronisch zu dokumentieren und den Hausärztinnen und -ärzten zeitnah und graphisch aufbereitet zur Verfügung zu stellen⁵⁷. Diese technische Möglichkeit ermöglichte eine engere Kooperation zwischen den Pflegefachkräften und den Ärztinnen und Ärzten.

Aktionsbündnis Schmerzfreie Stadt Münster

Im „Aktionsbündnis Schmerzfreie Stadt Münster“ arbeitete eine große Gruppe unterschiedlicher Professionen und Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler zusammen. Neben Pflegewissenschaftlerinnen und -wissenschaftlern konnten auch Vertreterinnen und Vertreter aus den medizinischen, gesundheitswissenschaftlichen, soziologischen, psychologischen und gesundheitsökonomischen Fächern sowie aus der Kommunikationswissenschaft eingebunden werden. Von besonderem Vorteil waren die Einbindung des Münsteraner Gesundheitsamtes und die Verortung des Projektes im Gesundheitshaus Münster über die gesamte Zeit von

55 <http://www.schmerzfreies-krankenhaus.de/schmerzfreies-krh/> letzter Zugriff 17.07.2015.

56 <http://www.certkom.com/> letzter Zugriff 12.07.2015.

57 <http://painapp.de/> letzter Zugriff 12.07.2015.

viereinhalb Jahren. Denn damit war das Projekt eng an die Gesundheitsplanung der Stadt Münster angebunden und darüber auch an das Gesunde-Städte-Netzwerk in Deutschland.

Münster wurde aus acht Städten als Modellstadt für die Untersuchung auch deswegen ausgewählt, weil hier von einer stabilen Einwohnerstruktur ausgegangen werden konnte. In Münster konnten während der Durchführung des Projekts im Vergleich zu vielen anderen Städten geringere Veränderung in der Studienpopulation erwartet werden. Somit konnten Veränderungen im Schmerzmanagement auf die im Rahmen der Studie eingeführten Maßnahmen zurückgeführt werden⁵⁸.

Das Projekt wurde in allen Krankenhäusern der Stadt Münster durchgeführt, außerdem in den Einrichtungen der stationären Altenpflege, bei ambulanten Pflegediensten, Hospizen, Schmerzpraxen und bei knapp 100 Fachärztinnen und Fachärzten. In allen Einrichtungen, außer bei den Ärztinnen und Ärzten, wurden die Daten online erhoben.

Das Projekt stand unter der Schirmherrschaft des damaligen Bundesgesundheitsministers Daniel Bahr, womit einerseits ein verbessertes Marketing möglich war, zum anderen das Thema dadurch in der Bundespolitik verankert werden konnte.

Abbildung 1: Aktionsbündnis Schmerzfrei Stadt Münster unter der Schirmherrschaft des damaligen Bundesgesundheitsministers

Schirmherrschaft



Die beteiligten Institutionen wurden durch ein „Memorandum of Understanding“ an das Projekt gebunden. Darunter befand sich auch die Apothekerkammer Westfalen-Lippe. In diesem Kontext konnte das Projekt auch den Apothekerinnen und Apothekern näher gebracht werden. In Münster waren bei der entsprechenden Veranstaltung mehrere hundert Fortbildungswillige

58 Fn 52.

zugegen, obwohl die Veranstaltung an einem Sonntagmorgen um 10:00 Uhr stattfand. Dies zeugt von einem großen Engagement der Apothekerinnen und Apotheker in Westfalen-Lippe.

Im Rahmen des Projektes wurden auch die Sekundärdaten der Barmer-GEK analysiert. Es bestand zudem eine Kooperation mit der Bezirksregierung Münster.

In allen Krankenhäusern wurden Akutschmerzen nach Operationen ermittelt, um die Indikationen zu erfassen und Interaktionen zwischen Patientinnen und Patienten, Pflegefachkräften und Ärztinnen und Ärzten zu analysieren. In den Alten- und Pflegeheimen wurden sowohl der akute wie auch der chronische Schmerz in den Fokus genommen. Zudem wurden Einzelfallanalysen durchgeführt sowie die Indikationen und die Interaktionen der Medikamente geprüft. Bei den ambulanten Pflegediensten konzentrierte sich das Projekt ausschließlich auf den Tumorschmerz. Neben den Pflegefachkräften wurden auch die Angehörigen der Patientinnen und Patienten eingebunden.

In den Schmerzpraxen stand allein der Rückenschmerz im Fokus. Hier interessierte die Frage, warum Menschen mit chronischen Rückenschmerzen die Therapie abbrechen und wie sich dies im Sinne der Patientinnen und Patienten in einem multiprofessionellen Team beeinflussen lässt. Bei diesem Teilprojekt wurden 63 Patientinnen und Patienten über drei Jahre begleitet. In diesem recht langen Zeitraum bestand die Möglichkeit, mit den Patientinnen und Patienten ausführlich ins Gespräch zu kommen. Interessanterweise ist es nicht nur die Berentung, die für die Betroffenen von Bedeutung ist. Vielmehr scheint es so zu sein, dass den schmerzleidenden Menschen ein Kontakt fehlt, der ihnen die Möglichkeit zu einem ausreichend intensiven Gespräch eröffnet.

In den Hospizen stand der Tumorschmerz im Vordergrund. Andere Schmerzpatienten wurden im Hospiz nicht im Rahmen des Projektes berücksichtigt.

Abbildung 2: Struktur des Aktionsbündnisses Schmerzfreie Stadt Münster⁵⁹



59 <http://www.schmerzfreie-stadt.de/das-projekt/projektphasen.html> letzter Zugriff 17.07.2015.

In allen 94 Münsteraner Apotheken klärten die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter die Bürgerinnen und Bürger über Schmerzarten, Schmerzformen und Schmerzbehandlung auf. Zur Vorbereitung auf diese Aufgabe wurden Fortbildungsveranstaltungen durchgeführt. Zunächst fanden die Veranstaltungen nur für diese Berufsgruppe statt, später wurden auch berufsübergreifende Fortbildungen angeboten. Wie sich herausstellte, waren letztere nicht ganz einfach zu realisieren. Drei Anläufe waren notwendig; wichtig war zudem der Verweis auf das von allen Beteiligten unterzeichnete Memorandum, bis eine gemeinsame Fortbildung von ausreichend Personen der Zielberufe besucht wurde. Inzwischen funktionieren die gemeinsamen Fortbildungen gut und wurden zu einer wichtigen Grundlage zur Durchführung des kommenden Projektes InTherAKT – Initiative zur Therapiesicherheit in der Altenhilfe durch Kooperation und Teamwork.

Teilprojekt ambulante Pflegedienste

Im Bereich der ambulanten Pflegedienste konzentrierte sich das Projekt auf die optimale Betreuung von Patientinnen und Patienten mit Tumorschmerzen. Die anderen Schmerzursachen wurden nicht berücksichtigt. Es handelte sich in diesem Projektteil um Menschen, die in der eigenen Häuslichkeit die letzten Tage ihres Lebens verlebten und in dieser Zeit möglichst schmerzfrei und soweit wie möglich handlungsfähig sein sollten⁶⁰.

Um auf der Basis aussagekräftiger Analysen des Ist-Zustandes von Patientinnen und Patienten ein Schulungsprogramm für die Pflegefachkräfte erstellen zu können, musste zunächst bei den Patientinnen und Patienten nachgefragt werden, welche Schmerzen in welcher Intensität zu welchem Zeitpunkt unter der Schmerztherapie empfunden wurden. Dies ist nicht einfach, denn die Betroffenen, die befragt werden sollten, befanden sich meist in der Endphase ihres Lebens. Insofern muss ein solches Projekt immer langfristig angelegt und gut vorbereitet werden. Bezeichnenderweise konnten von den im Projektteil gemeldeten 243 Patientinnen und Patienten letztlich nur noch 25 Betroffene befragt werden. Die übrigen waren entweder zum Zeitpunkt der Befragung bereits verstorben, ins Krankenhaus verlegt, kognitiv nicht mehr in der Lage zu antworten oder nicht bereit, einen Fragebogen auszufüllen. Bei einer solchen Untersuchung muss man insofern über eine hohe Frustrationstoleranz verfügen, um am Ende zu ausreichend verwertbaren Daten zu kommen.

Im Rahmen des Teilprojektes ambulante Pflegedienste standen folgende Fragen im Vordergrund:

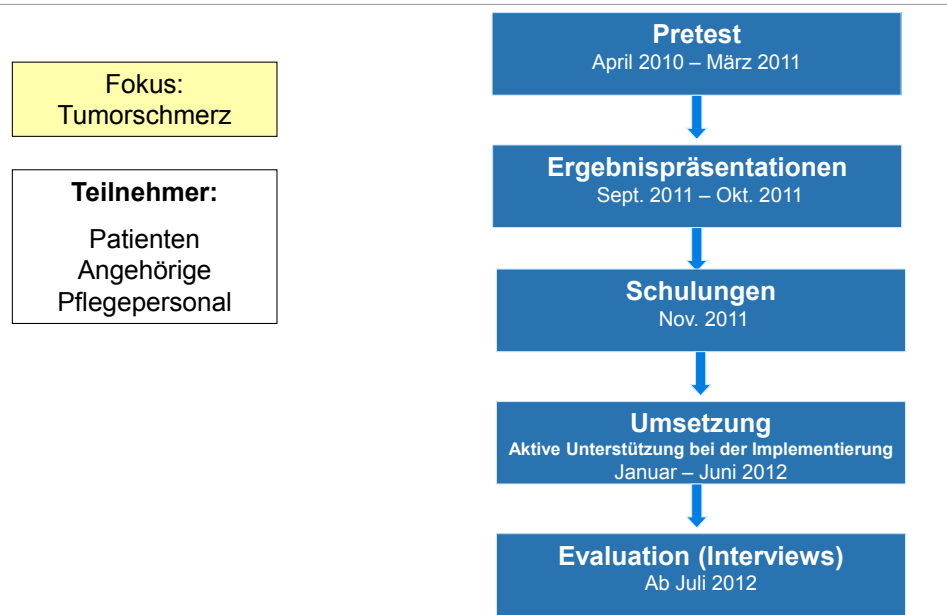
- Erfahren Patientinnen und Patienten mit einer Tumorerkrankung in der ambulanten Versorgung eine systematische Schmerzerfassung?
- Erhalten Patientinnen und Patienten in der ambulanten Versorgung eine für sie effektive medikamentöse Schmerztherapie zur Linderung des Tumorschmerzes?
- Sind Beschwerden der Tumorschmerztherapie erkannt, verringert oder verhindert worden?
- Haben Patientinnen und Patienten mit einer Tumorerkrankung nicht-medikamentöse Verfahren in der ambulanten Versorgung erhalten?
- Haben Patientinnen und Patienten mit einer Tumorerkrankung in der ambulanten Versorgung eine Schulung und/oder Beratung zum Tumorschmerz erhalten?
- Wird die Schmerzsituation der Patientinnen und Patienten durch eine gezielte Schulung und Beratung verbessert?

60 Osterbrink J, Hemling S, Nestler N, Becker R, Hofmeister U, Gnass I: Schmerzmanagement bei Menschen mit Tumorerkrankung. Die Sicht einzelner Netzwerkakteure. Schmerz 27 (2013):141–148.

Es konnte festgestellt werden, dass Patientinnen und Patienten erst bei Fortschritt der Tumorerkrankung, also mit erhöhter Erkrankungs- und Symptomlast, eine ambulant-pflegerische Versorgung in Anspruch nehmen. Das ist in der Regel viel zu spät, um eine angemessene Schmerztherapie schon zu Beginn der Erkrankung umsetzen zu können. Wichtig ist vor allem, dass nicht nur das Fortschreiten der Krankheit zu berücksichtigen ist, sondern gleichermaßen die Symptomlast, also das Schmerzempfinden, Übelkeit, Erbrechen, Obstipation und/oder Fatigue (Erschöpfungssyndrom). Patientinnen und Patienten sollten also rechtzeitig auf Schmerztherapie spezialisierte Arztpraxen und Einrichtungen aufsuchen.

Abbildung 3: Durchführung des Teilprojektes ambulante Pflegedienste mit Schwerpunkt Tumorschmerzen

Untersuchungsablauf – ambulante Pflegedienste



Deutlich wurde zudem, dass Pflegende spezielle schmerztherapeutische Kenntnisse und Kompetenzen benötigen, um dem spezifischen Versorgungsbedarf von Schwersterkrankten in der letzten Lebensphase zu entsprechen. Es sind besondere Wahrnehmungsfähigkeiten bei den Pflegefachkräften notwendig, um rechtzeitig erkennen zu können, wann die Schmerztherapie angepasst werden muss⁶¹.

Im Ergebnis konnte außerdem festgehalten werden, dass eine angemessene schmerztherapeutische Versorgung dieser Patientengruppe zunehmend nur in Kooperation mit einem SAPV-Team (Spezialisierte ambulante Palliativ-Versorgung) gegeben ist. Die normale hausärztliche Versorgung reicht in vielen Fällen nicht mehr aus.

Es muss weiterhin daran gedacht werden, dass ein ambulant-pflegerisches Schmerzmanagement zur Sicherung einer angemessenen schmerztherapeutischen Versorgung auch für Menschen mit einem chronischen Schmerzleiden zu fordern ist. Oftmals sind die Kenntnisse und Fertigkeiten nur auf die Behandlung des akuten Schmerzes ausgerichtet.

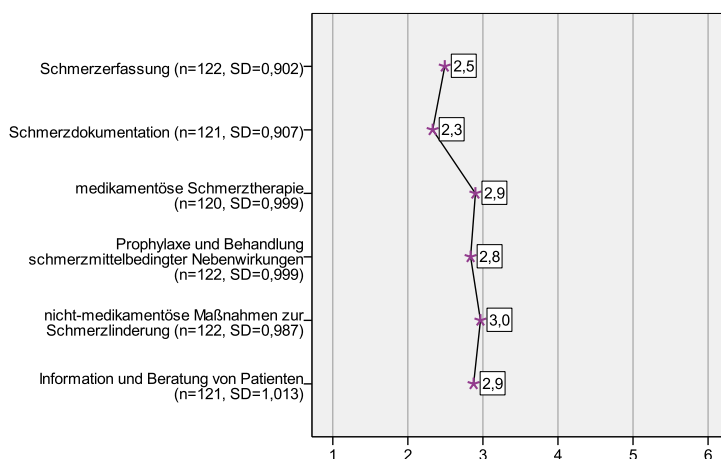
61 Nestler N, Krumm N, Krutter S, Osterbrink J: Tumorschmerzen wirkungsvoll behandeln. Schwester/Pflege 52 (2013):1176-1181.

Dem Münsteraner Hausärzterverband wurde als Folge des Projektteils der Vorschlag gemacht, eine spezialisierte Pflegefachkraft für mehrere Hausarztpraxen einzustellen, um die Versorgung von Schmerzpatienten zu optimieren. In welchem Umfang dieser Vorschlag umgesetzt wurde, ist allerdings nichts bekannt.

Pflegefachkräfte wurden in diesem Teilprojekt intensiv befragt. Wie aus anderen Befragungen bekannt waren auch hier nicht alle bereit zu einem Interview bereit. Im Rahmen dieses Teilprojektes konnten ca. 45 % der gemeldeten Pflegefachkräfte befragt werden.

Abbildung 4: Pflegefachkräfte geben sich selbst nur mittelmäßige Schulnoten, wenn sie ihr eigenes Wissen über Schmerz und dessen Behandlung beurteilen sollen.

Bewertung der eigenen Kenntnisse der Mitarbeiter/innen



Beurteilung der eigenen Kenntnisse (Mittelwerte)
(1 - sehr gut bis 6 - ungenügend)

* Pro Dimension ist in der Klammer die gültige Anzahl sowie die Standardabweichung vermerkt.

Fortbildungsbedarf für alle Berufsgruppen

Im Ergebnis zeigte sich hier, dass der Wissensstand über Schmerzen und Schmerztherapie bei Pflegefachkräften ausbaufähig ist. Der im Rahmen einer Selbsteinschätzung ermittelte Wissensstand lag nur im Mittelfeld, sodass deutlicher Handlungsbedarf erkennbar war. In diesem Zusammenhang fällt es nicht schwer, daran zu denken, ob nicht auch Apothekerinnen und Apotheker dazu in der Lage wären, die Pflegefachkräfte zu schulen und auf den Stand des Wissens zu bringen. Es ist wichtiger denn je, dass Kompetenzen aus unterschiedlichen Berufsgruppen zusammengebracht werden, um die Situation für Patientinnen und Patienten zu verbessern. Eine solche Zusammenarbeit gilt es natürlich auch in Richtung Medizin aufzubauen. Aus der Erkenntnis im Rahmen des Gesamtprojektes konnte immer wieder festgestellt werden, dass auch Ärztinnen und Ärzte Fortbildungsbedarf hinsichtlich Pharmakologie und Pharmakokinetik haben – gerade bei der Behandlung von chronischen Schmerzen.

Aus einer anderen Untersuchung ist bekannt, dass 93 % der Pflegefachkräfte angaben, eine Skala zur Einschätzung der Schmerzstärke zu verwenden, nachdem sie eine entsprechende Schulung absolviert hatten und die Schmerzstärke bei kognitiv nicht eingeschränkten Menschen gemessen werden sollte. Wenn man allerdings die Pflegefachkräfte fragt, ob sie im Rahmen einer Fremdabschätzung bei kognitiv nicht mehr ausreichend leistungsfähigen Patientinnen und Patienten eine Schmerzskala anwenden, dann wird deutlich, dass hier wiederum großer Handlungsbedarf besteht. Denn ca. 65 % der befragten Pflegefachkräfte gaben bei dieser Befragung an, keine Skala zur Fremdeinschätzung zu nutzen. Dies ist aber auf jeden Fall notwendig, um die Schmerzart zu erkennen und die nötigen Maßnahmen zur Schmerzbekämpfung einleiten zu können.

Auch bei Ärztinnen und Ärzten besteht Fortbildungsbedarf, denn bei dieser Berufsgruppe sind die Kenntnisse über Schmerzen und Schmerzbekämpfung ebenfalls noch nicht ausreichend. Da eine effektive Schmerztherapie elementar ist für Menschen mit Tumorschmerzen in der letzten Lebensphase, sollten auch die Prüfeinrichtungen, wie bspw. die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK), viel stärker als bisher prüfen, ob die vorhandenen Werkzeuge zur Schmerzerkennung und -behandlung bekannt sind und richtig angewendet werden.

Bei der Befragung der Pflegefachkräfte zeigte sich zudem, dass nur ca. die Hälfte aller Pflegefachkräfte bei jedem Besuch der Patientin oder des Patienten mit einer Krebserkrankung nach Schmerzen fragt. Aber es waren auch 6,7 %, die niemals danach fragten. Über 70 % der Befragten versicherten, die Schmerzstärke schriftlich auf einem speziellen Bogen zu dokumentieren, 3,4 % gaben an, nicht zu wissen, wo sie die Schmerzstärke dokumentieren sollten. Also auch hier zeigt sich, dass weiterhin Fortbildungsbedarf besteht.

Wichtig ist eine differenzierte Dokumentation der Beobachtung. Denn es ist erstens notwendig, dass durch die Forderung nach einer differenzierten Dokumentation die Beobachtenden genau hinschauen, welche Situation beim Patienten oder bei der Patientin vorliegt, zum Zweiten aber auch alle übrigen Beteiligten erkennen können, welche Situation vorgelegen hat und was als Antwort darauf zu tun ist.

In diesem Zusammenhang soll kurz auf das Thema Datenschutz eingegangen werden. Damit alle Berufsgruppen Zugriff auf das fachlich abgesicherte Schmerzempfinden des Patienten haben, und sich gemeinsam für die Optimierung der Therapie einsetzen können, brauchen auch alle Berufsgruppen Zugang zu den Daten. Auch wenn dem Datenschutz stets höchste Priorität eingeräumt werden muss, sollte bei Menschen mit schweren Schmerzen und oftmals im letzten Lebensstadium dafür gesorgt werden, dass diese ausreichend versorgt werden, auch wenn damit der Datenschutz möglicherweise einmal zurückzustecken hat.

Ein weiteres Problem sind Patientinnen und Patienten mit unzureichenden Deutschkenntnissen. Hier ist es noch viel schwieriger, ins Gespräch zu kommen, um die derzeitigen Schmerzen zu erfassen und daraufhin richtig zu behandeln. Aber auch dieses Problem muss gelöst werden, um allen Menschen in Deutschland ein Leben mit dem Schmerz erträglich werden zu lassen bzw. ein möglichst schmerzfreies Lebensende zu ermöglichen.

Damit im Gesundheitswesen auf ausreichend Spezialwissen zurückgegriffen werden kann, und einer besseren Kommunikation unter den Einrichtungen soll an dieser Stelle der Spezialisierung von Einrichtungen das Wort geredet werden. Es muss Schmerzfachärzte geben, es muss auf Schmerzerfassung ausgerichtete Pflegefachkräfte geben, und gleichermaßen sollten sich auch Apotheken spezialisieren können, damit genügend Know-how vorhanden ist, das von den anderen Berufsgruppen, aber auch von Patientinnen und Patienten und deren Angehörigen, abgerufen werden kann. Es werden Apotheken gebraucht, die sich mit der Pharmakologie und der Pharmakokinetik von Arzneimitteln zur Behandlung von Schmerzen auskennen und die

in der Lage sind, die Nebenwirkungen der notwendigen Medikamente rechtzeitig zu erkennen und diese Situationen zu meistern.

In den letzten Jahren ist viel über Kommunikationsdefizite diskutiert worden. Es ist in der Tat sehr unbefriedigend, wenn Pflegefachkräfte oder Apothekerinnen und Apotheker keinen direkten Zugang zu den Ärztinnen und Ärzten haben, obwohl die für die Schmerzbehandlung schnelle Reaktion in vielen Fällen unbedingt notwendig ist. Im Folgeprojekt „InTherAKT“ sollen diese Kommunikationshindernisse näher untersucht werden.

Zur Kompetenz- und Handlungsfelderweiterung beim ambulant-pflegerischen Schmerzmanagement wurde neben den Schulungen ein Toolkit zur Verfügung gestellt, um eine multiprofessionelle schmerztherapeutische Versorgung für die spezifische Patientengruppe sicherzustellen. Sofern die Hausärztinnen und –ärzte über entsprechende Voraussetzungen verfügten, konnte die Kommunikation auch per „painApp“ erfolgen. Über eine entsprechende Verschlüsselung wurden auch die Vorgaben des Datenschutzes eingehalten.

In Zukunft sollen durch eine gesetzliche Änderung im SGB V die Voraussetzungen geschaffen werden, damit die notwendigen Abrechnungsverfahren umgesetzt werden können.

Des Weiteren soll die Kommunikation der Akteure im Netzwerk weiter verbessert werden. Dazu soll das bereits stattgefundenene erste „Schmerzexpert/innen“-Forum verstetigt werden, über das die Beteiligten sich austauschen können⁶². Dabei soll eine Struktur aufgebaut werden, die es ermöglicht, dass Schmerzexpertinnen und Schmerzexperten die Kommunikation im Netzwerk mitgestalten können. Darüber hinaus ist vorgesehen, dass diese Schmerzexpertinnen und Schmerzexperten mehr als bisher in die Kommunalen Gesundheits- und Pflegekonferenzen eingebunden werden.

Nach Ansicht der Projektbeteiligten liegen in Zukunft große Potenziale in den Rollen- und Tätigkeitsprofilen Pflegenden in den Strukturen von Allgemein Ambulanter Palliativversorgung (AAPV) und von Spezialisierter Ambulanter Palliativversorgung (SAPV). Insbesondere müssen pflegerisch unterstützende Versorgungsstrukturen geschaffen werden für Menschen mit chronischem Tumorschmerz und für Menschen mit chronischem Schmerzleiden. Wesentlich ist aber, dass das Versorgungsnetzwerk von ambulant pflegerischen Schmerzexpertinnen und Schmerzexperten weiter ausgebaut wird.

Umsetzung in die Praxis – Ausbau des Versorgungsnetzwerks von pflegerischen Schmerzexpertinnen und Schmerzexperten

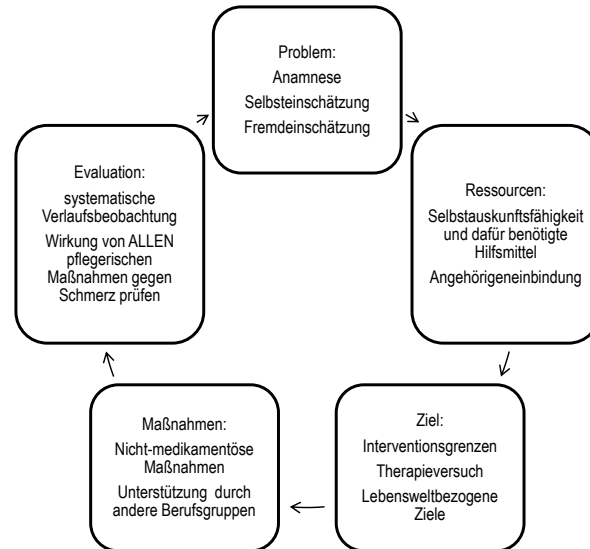
In Münster wurden im Rahmen einer Qualifizierungsoffensive etwa 100 Pflegefachkräfte zu Pain Nurses weitergebildet⁶³. Dies wurde durch eine großzügige Spende einer Stiftung ermöglicht. Die Pain Nurses konnten nach erfolgreichem Abschluss der Weiterbildung nach dem in Abbildung 5 dargestellten Schema im ambulanten Bereich, in der Klinik und in Alten- und Pflegeheimen eingesetzt werden. Es konnten in diesem Zusammenhang auch Strukturen aufgebaut werden, damit diese Fachkräfte zur Umsetzung des Schmerzmanagements miteinander kommunizieren konnten.

62 <http://www.schmerzfreie-stadt.de/news/schmerzexpertinnen-forum.html> letzter Zugriff 16.07.2015.

63 http://www.schmerzfreie-stadt.de/fileadmin/schmerzfreiestadt.de/schmerzfreiestadt/Presse/2013-04-20_PI_Pain_Nurses.pdf letzter Zugriff 16.07.2015.

Abbildung 5: Schritte der Qualifizierungsoffensive für etwa 100 Pflegefachkräfte zu Pain Nurses

Schulungsaufbau zum pflegerischen Schmerzmanagement



© Paracelsus Medizinische Privatuniversität | Institut für Pflegewissenschaft und -praxis | Prof. Dr. Dr. h.c. Jürgen Osterbrink

38

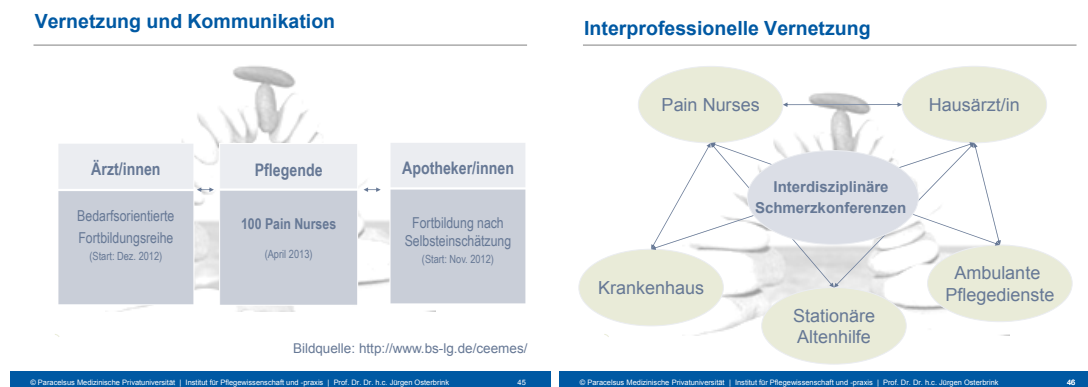
Damit auch die Bevölkerung ausreichend über die neuen Schmerzexpertinnen und Schmerzexperten informiert werden konnte, stellte das Organisationsteam den Apotheken entsprechende Flyer zur Verfügung. Innerhalb kürzester Zeit waren ca. 15.000 dieser Flyer vergriffen. Auch die Lokalpresse berichtete immer wieder über die Möglichkeiten des Schmerz-Netzwerkes in Münster, mit besonderem Fokus auf die interprofessionelle Zusammenarbeit. Nach vier Jahren war allen deutlich geworden, hier werden alte Strukturen durch neue und effektivere Strukturen zur Bekämpfung des Schmerzes ersetzt.

Die Strukturveränderungen erfolgten zunächst durch die Gründung sogenannter Kerngruppen. Zum einen entstand die Kerngruppe Krankenhaus und Hospize, die vergleichbare Anforderungen an ein Schmerz-Netzwerk haben. Zum anderen wurde die Kerngruppen Alten- und Pflegeheime bzw. ambulante Versorgung gegründet. In einem zweiten Schritt wurden für die jeweiligen Kerngruppen spezifische Veranstaltungen durchgeführt. Das führte letztlich dazu, dass mit einzelnen Apothekerinnen und Apothekern, die sich besonders interessiert zeigten, kooperiert werden konnte. Hier zeigte sich wieder, dass nicht alle Apotheken bei solchen Initiativen dabei sein wollen und nur manche sich zu Schwerpunkt-Apotheken weiterentwickeln.

Im Laufe der Zeit entstand daraus eine immer bessere Zusammenarbeit, die dazu führt, dass sogar einzelne Fallbesprechungen stattfinden konnten, an denen sowohl Ärztinnen und Ärzte, Apothekerinnen und Apotheker sowie Pflegefachkräfte teilnahmen. Diese Art der Zusammenarbeit war noch vor fünf Jahren schwer denkbar. Gemeinsame Fallbesprechungen sind sicherlich das, was sich Apothekerinnen und Apotheker sowie Pflegefachkräfte seit vielen Jahren immer schon gewünscht haben. Der Aufbau dieser Struktur war kein einfaches Projekt. Es dauerte schon eine gewisse Zeit, bis dies umgesetzt werden konnte. Dazu waren ein steter Austausch mit allen Beteiligten und eine permanente Überzeugungsarbeit notwendig. Inzwischen

haben die ersten vier Schmerzexpert/innen-Foren in Münster stattgefunden, an dem alle Berufsgruppen vertreten waren. Daneben konnten Schmerzkonferenzen durchgeführt werden, an denen auch Krankenhausapothekerinnen und -apotheker beteiligt waren.

Abbildungen 6 und 7: Aufbau neuer Strukturen zur Vernetzung und Kommunikation in der Schmerzfreien Stadt Münster



Mit der Vernetzung der Berufsgruppen und der Fokussierung auf Schmerzpatientinnen und -patienten konnte die Situation für die Betroffenen in Münster ständig verbessert werden. Damit sich auch Kostenträger für diese Netzwerkarbeit interessierten, wurden entsprechende ökonomische Analysen durchgeführt⁶⁴.

Der Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege ist mittlerweile in allen Bereichen zum Standard geworden. Es kommt nicht mehr darauf an, ob der Standard umgesetzt wird, sondern nur noch wie. Er ist Handlungsrichtlinie für 1,2 Mio. Pflegefachkräfte sowie für den MDK, und insofern ist das Schmerzmanagement ständig einer Kontrolle unterworfen.

Problemaufriss am Beispiel des Künstlers Wilhelm Brüning

Der Vorteil des multiprofessionellen Herangehens an das Thema Schmerzbehandlung lässt sich an einem Beispiel verdeutlichen. Mit Wilhelm Brüning, einem Münsteraner Künstler, wurde an einem Freitagnachmittag ein schwerkranker Patient aus dem Krankenhaus entlassen. In der Regel sind solche Menschen an der Schnittstelle zwischen stationärer und ambulanter Versorgung in einer schwierigen Situation, zumindest an einem Freitagnachmittag, wenn keine Hausärztinnen oder -ärzte verfügbar sind und auch die ambulanten Pflegedienste ihre Touren bereits organisiert haben. Es fehlt also in der Regel die Möglichkeit, rechtzeitig das Schmerzmanagement mit dem Hausarzt abzusprechen, die notwendigen Arzneimittelverordnungen zu erhalten und den Patienten zu versorgen. Durch Zufall wurde der Fall im Gesundheitshaus Münster bekannt, wo durch den Vortragenden die notwendigen Schritte auf den Weg gebracht werden konnten. Durch die Zusammenarbeit von medizinischem, pflegerischem und pharmazeutischem Sachverstand konnte der Künstler die wesentlichen schmerztherapeutischen Maßnahmen erhalten und so in die Lage versetzt werden, in den letzten Tagen seines Lebens die von ihm geplanten Bilder noch fertig zu stellen. An diesem Beispiel lässt sich sehr gut zeigen, wie an der Schnittstelle zwischen ambulant und stationär eine funktionierende Zusammenarbeit Segensreiches für Patientinnen und Patienten erreichen kann. Durch die mediale

⁶⁴ Heyer K, Augustin M, Krensel M, Spehr C, Pogatzki-Zahn E, Osterbrink J: Gesundheitsökonomische Evaluation der postoperativen Schmerztherapie in der Routineversorgung. Am Beispiel von sechs kommunalen Krankenhäusern. Gefäßchirurgie 2012: 1-6.

Begleitung des Falles konnte erreicht werden, dass die Vorteile einer SAPV und einer multiprofessionellen Herangehensweise nochmals deutlich herausgearbeitet werden konnten.

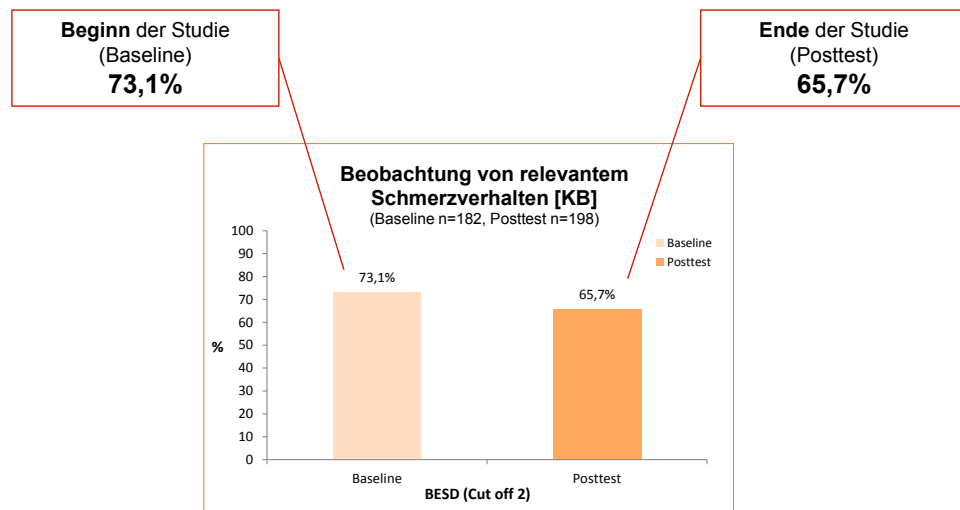
Multiprofessionelle Zusammenarbeit mit messbarem Erfolg – ein Beispiel aus Österreich

In Österreich konnte durch eine Interventionsstudie, die mit einer Alten- und Pflegeheim-Kette durchgeführt wurde, nachgewiesen werden, dass die multidisziplinäre Zusammenarbeit zu einem Erfolg für die Schmerzpatienten führt. Dies wurde insbesondere am Kollektiv der kognitiv beeinträchtigten Patientinnen und Patienten deutlich, deren beobachtetes Schmerzverhalten von 73 % zu Beginn der Studie zu 65,7 % am Ende der Studie sank⁶⁵. Dies war eine große Leistung, die nur durch eine gute Zusammenarbeit aller beteiligten Professionen ermöglicht wurde.

Abbildung 8: Ergebnisse der OSiA-Studie

Schmerz bei allen kognitiv Beeinträchtigten (KB)

Leichter Rückgang von beobachtetem Schmerzverhalten bei allen kognitiv beeinträchtigten Bewohnern (KB)



Bei allen Projekten, die zur Optimierung der Schmerztherapie auf den Weg gebracht wurden, stellte sich heraus, dass drei wesentliche Schritte gegangen werden müssen. Zunächst ist eine Qualifizierungsoffensive notwendig, um die einzelnen Berufe in ihrer Fachlichkeit auf den Stand des Wissens zu bringen. Im zweiten Schritt müssen Strukturveränderungen in Angriff genommen werden, damit die Vertreter der unterschiedlichen Berufsgruppen miteinander ins Gespräch kommen können und gemeinsam an Lösungen arbeiten. In einem dritten Schritt ist die interprofessionelle Vernetzung weiter zu vertiefen, damit die Vorteile der Zusammenarbeit auf Dauer erlebt werden und dadurch das Schmerzmanagement für die Patientinnen und Patienten optimiert wird.

65 Schreier MM1, Stering U, Pitzer S, Iglseder B, Osterbrink J: Pain and pain-assessment in nursing homes : Results of the OSiA study. Schmerz 29 (2015):203-210.

Für die Förderung der Fachlichkeit steht jetzt ein umfangreiches modulares Tool-Kit zur Verfügung. Für das Pflegemanagement befinden sich darin eine Checkliste zur Symptomkontrolle, eine Auflistung der Kommunikationswege sowie eine Schmerzinfo-Faxvorlage zur Kommunikation mit den Ärztinnen und Ärzten. Für die Pflegenden gibt es einen Behandlungsplan zum Schmerzmanagement. Darin enthalten ist ein Algorithmus, was in welcher Situation wie zu tun ist. Zudem werden Hinweise gegeben, wie Patientinnen und Patienten unterrichtet werden können, damit sie auch selbständig tätig werden können, um ihre Schmerzen zu bekämpfen. Nicht zuletzt steht den Pflegefachkräften ein Tool zur Verfügung, um mit den behandelnden Ärztinnen und Ärzten optimal kommunizieren zu können.

Aus der Diskussion

Wie können sich Apotheken verstärkt in Palliativnetzwerke einbringen?

Osterbrink: Es werden Apotheken gebraucht, die sich auf die pharmakologische Behandlung von Schmerzen konzentrieren und dafür ausreichend fort- und weitergebildete Apothekerinnen und Apotheker beschäftigen. Es wird auf Dauer nicht mehr möglich sein, dass jede Apotheke in der Lage sein wird, hier für das notwendig Know-how zu sorgen. Insofern muss eine Spezialisierung auch bei Apotheken erfolgen.

Eine Spezialisierung sollte sicherlich möglich sein. Aber es darf sich daraus keine neue Struktur entwickeln, die zu einer Konzentration der Patientenströme zu dieser Apotheke führen und damit die übrigen Apotheken das Nachsehen haben. Es muss dafür gesorgt werden, dass die flächendeckende Arzneimittelversorgung über eine ausreichend große Anzahl von Apotheken gewährleistet bleibt. Spezialisierungen beinhalten immer die Gefahr, dass sich dahinter der Wunsch verbirgt, Konkurrenten zu bekämpfen und eine Monopolstellung zu erreichen.

Osterbrink: Es ist richtig, dass allen Patientinnen und Patienten die Wege zu allen Apotheken offen bleiben müssen. Da stimmen wir überein.

Wenn man in Münster in eine Apotheke geht, wird man dort als Patient informiert, welche Möglichkeiten es gibt, dass Schmerzen, bspw. von Angehörigen, angemessen behandelt werden?

Osterbrink: Es sind ca. 60 % aller 94 Apotheken im Projekt geschult worden. Frau Overwiening setzte sich als Kammerpräsidentin zusammen mit ihrem Team sehr dafür ein, dass alle Apotheken sich beteiligten. Sicherlich ist noch Luft nach oben, aber das Erreichte kann sich durchaus sehen lassen. Im jetzt beginnenden Projekt InTherAKT – Initiative zur Therapiesicherheit in der Altenhilfe durch Kooperation und Teamwork – sollen die Apotheken noch intensiver mit Ärztinnen und Ärzten sowie mit Pflegefachkräften im Bereich der Versorgung von Patientinnen und Patienten in Alten- und Pflegeheimen zusammenarbeiten. In Krankenhäusern wird jetzt schon optimal schmerztherapeutisch behandelt, denn dort sind alle Einrichtungen zertifiziert. Im ambulanten Sektor muss sicherlich noch zugelegt werden, um das gleiche Level zu erreichen.

In manchen Städten lässt sich immer wieder beobachten, dass sich Hausärztinnen und –ärzte zwar bemühen, ihre Patientinnen und Patienten optimal zu versorgen. Aber es wird doch hin und wieder erkennbar, dass die Patientinnen und Patienten zu spät an Schmerzexpertinnen oder -experten überwiesen werden. Wie lässt sich dieses Problem lösen?

Osterbrink: Es ist richtig, hier sind die Strukturen und Verhaltensmuster in vielen Städten noch nicht optimal. Aber aufgrund der Erfahrungen mit den abgeschlossenen Projekten ist es gelungen, weitere Projekte auf den Weg zu bringen. Auch konnten im Zuge der neuen Aufgaben

an der Salzburger Universität weitere Fachleute angestellt werden, sodass wir neue Erkenntnisse machen werden, wie den Menschen geholfen werden kann. Derzeit werden verschiedene Gruppen von erkrankten Menschen in den Fokus genommen, um deren spezifische Situationen angemessen behandeln zu können. Aber es ist richtig: notwendig ist das Engagement von vielen Verantwortlichen, damit sich die Erkenntnisse auch in der Fläche durchsetzen, zum Wohle von Patientinnen und Patienten.

Wie kann dafür gesorgt werden, dass Ärztinnen und Ärzte vermehrt schmerztherapeutisch weitergebildet werden, sodass sie das Leid der Patientinnen und Patienten richtig erkennen und behandeln können?

Osterbrink: Es ist leider so, dass sich Ärztinnen und Ärzte noch nicht ausreichend mit dem Thema befasst haben. In der Regel kennen sie auch nicht die Instrumente, die zur Fremdeinschätzung von Schmerz verwendet werden. Innerhalb des Projektes wurde deshalb der Spieß umgedreht und die Pflegefachkräfte in die Lage versetzt, dieses Instrumentarium anzuwenden und gleichzeitig die Ergebnisse an die Ärzte zu kommunizieren. Dieser Weg erscheint auch deswegen sinnvoll, weil es die Pflegefachkräfte sind, die den häufigsten Kontakt mit den Patientinnen und Patienten haben. Optimal wäre es, wenn eine „pain nurse“ pro Wohnbereich eines Alten- und Pflegeheims zur Verfügung stünde, um die notwendigen Beobachtungen durchführen zu können. In Münster ist es inzwischen so, dass sich Pflegefachkraft und Arzt zur gemeinsamen Fallbesprechung verabreden und teilweise auch ein Pharmazeut hinzugezogen wird. Aber es hat Jahre gedauert, bis dies umgesetzt werden konnte.

Zurück zum Fall Brüning. Würde heute in der schmerzfreien Stadt Münster ein Patient am Freitagnachmittag vor der Lücke zwischen stationärer und ambulanter Versorgung bewahrt werden? Würde er im ambulanten Bereich ordentlich versorgt werden?

Osterbrink: Ja, inzwischen gibt es in allen Krankenhäusern sogenannte „care teams“, die dafür sorgen, dass solche Schwerstkranken nach der Entlassung auf eine Struktur treffen, die diese Menschen auffängt, sodass die richtigen Schritte gegangen werden. Dafür ist tatsächlich gesorgt, was vor fünf Jahren, also zum Zeitpunkt des Falles Brüning noch nicht so war. Hier zeigt sich auch die Notwendigkeit von Strukturen, die in Münster mit der Kommunalen Gesundheitskonferenz und mit dem Gesunde Städte-Netzwerk vorhanden sind. Ohne diese Strukturen wäre es wahrscheinlich nur zur Durchführung des Projektes gekommen, ohne dass eine stabile Struktur entstanden wäre, die dafür gesorgt hat, dass auch heute noch nach den Verfahren des Projektes gehandelt wird.

Arzneimittelgabe im ambulanten Pflegedienst

Guido Luhmann

Der folgende Beitrag soll aus der Sicht eines Pflegedienstes beispielhaft veranschaulichen, wie ambulante Pflegedienste arbeiten, um die geforderte Qualität der Arzneimittelgabe zu ermöglichen. Zurückgegriffen wird hier auf die 15-jährige Erfahrung als Pflegedienstleiter des Pflegedienstes Mobile Pflege Michael Coester in der Kleinstadt Soest.

Richtlinien im Hochsauerlandkreis und Kreis Soest

Die Gesundheitsämter des Hochsauerlandkreises und des Kreises Soest haben 2003 Richtlinien für die ambulanten Pflegedienste veröffentlicht, sodass diese beiden Kreise im Gegensatz zu anderen Regionen im Bereich der Arzneimittelversorgung Hilfestellungen vorliegen haben. Diesen Richtlinien ist z. B. zu entnehmen, dass zum einen die Arzneimittel ordnungsgemäß aufbewahrt werden müssen und zum anderen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mindestens einmal jährlich geschult werden sollten. Die Richtlinien thematisieren auch, wie die Gefahren beim Umgang mit sehr potenten Arzneimitteln für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter möglichst gering gehalten werden können. Diese Arzneimittel sind im ambulanten Bereich nicht relevant.

Der Pflegedienst Mobile Pflege Michael Coester

Die Kleinstadt Soest hat ca. 48.000 Einwohnerinnen und Einwohner⁶⁶. Der ambulante Pflegedienst Coester versorgt durchschnittlich 180 Pflegebedürftige und fährt täglich ca. 350 Besuche. Fast all diese Personen nehmen täglich mindestens ein Arzneimittel ein, wobei jedoch 120 der 180 versorgten Personen ihre Arzneimittel ohne Hilfe des Pflegedienstes zu sich nehmen. Einige von ihnen erhalten hierbei Hilfe von Angehörigen, viele der betreuten Personen kümmern sich vollständig selbst um ihre Arzneimittel.

Der ambulante Pflegedienst kann beratend tätig werden und z. B. Hinweise zur Aufbewahrung von Arzneimitteln geben oder über Nebenwirkungen aufklären. Aber dies ist keine Pflicht-

66 http://www.soest.de/03leben_wohnen/planen_bauen_umwelt/Agrar-und_Bevoelkerungsstatistik/982startseite.php letzter Aufruf 20.07.2015.

aufgabe für einen ambulanten Pflegedienst. Wenn bei den betreuten Personen lediglich eine Grundpflege nach SGB XI verordnet ist, kann der Pflegedienst eine Pflegehilfskraft zu diesen Versicherten schicken. Die Pflegehilfskraft hat nur geringe Kenntnisse über die Vergabe von Arzneimitteln und kann somit auch nur geringfügig beratend tätig werden.

Angelernte Hilfskräfte werden aus wirtschaftlichen Gründen von den ambulanten Pflegediensten eingesetzt. Derzeit verzichtet der Mobile Coester Pflegedienst auf Hilfskräfte und setzt nur Pflegefachkräfte ein.

Die Gabe oraler Arzneiformen ist zurzeit bei ca. 30 Patientinnen und Patienten verordnet. 15 Patientinnen und Patienten hiervon erhalten einmal täglich Arzneimittel, zehn Patientinnen und Patienten zweimal täglich und fünf dreimal täglich. Bei acht Patientinnen und Patienten, die keine weitere Leistung in Anspruch nehmen, werden die Medikamente einmal in der Woche gestellt.

15 Patientinnen und Patienten erhalten außerdem Insulininjektionen.

Die Verabreichung von Aerosolen und Klistieren kommt selten vor. Schätzungsweise versorgt der Coester Pflegedienst 20 Personen im Jahr mit parenteraler Ernährung. Insgesamt verabreichen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Pflegedienstes Coester täglich bei 85 der 350 Besuche Arzneimittel.

Bedingungen für die Medikamentengabe durch den ambulanten Pflegedienst

Damit der ambulante Pflegedienst die Arzneimittel stellen und verabreichen darf, muss die behandelnde Ärztin bzw. der behandelnde Arzt dies verordnen. Die zu betreuenden Personen erhalten diese Verordnung und können den Pflegedienst frei wählen, von dem sie diese Leistung in Anspruch nehmen wollen. Die Krankenkassen prüfen, ob im Haushalt der Pflegebedürftigen weitere Personen leben, die das Stellen und die Gabe der Arzneimittel übernehmen könnten. Ist dies der Fall, wird eine Leistungsübernahme durch die Pflegedienste nicht genehmigt. Des Weiteren übernimmt die Krankenkasse die Kosten nur, wenn die Personen nicht in der Lage sind, ihre Arzneimittel selbstständig einzunehmen. Dies muss entweder aus dem Krankheitsbild der Versicherten hervorgehen oder auf der Verordnung verschriftlicht sein. Häufig haben die Pflegebedürftigen motorische Einschränkungen, Sehbehinderungen oder dementielle Symptome, welche die selbstständige Arzneimitteleinnahme verhindern.

Leistungen der Medikamentengabe

Zum Stellen der Arzneimittel vereinbart der ambulante Pflegedienst mit den entsprechenden Personen einen wöchentlichen Termin, an dem eine Mitarbeiterin oder ein Mitarbeiter die Wohnung aufsucht, um dort die Arzneimittel zu entblistern und in die Tagesdispenser zu füllen. Die Vergütung steht nicht in Relation zum Aufwand. Beispielsweise kommt es vor, dass die zu betreuenden Personen versehentlich ihre Dispenser umkippen und so die Wochenmedikation verschüttet wird. In diesem Fall muss der Pflegedienst die Arzneimittel ohne eine entsprechende Vergütung erneut stellen. Auch ist es problematisch, wenn die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt eine Therapieänderung vornimmt und den Pflegedienst auffordert, eine Dosierung für den Abend zu ändern. Der Pflegedienst ist zum Handeln aufgefordert, erbringt jedoch Leistungen, die in dieser Form nicht verordnet wurden. Prinzipiell müsste die Ärztin oder der Arzt hierfür eine weitere Verordnung ausstellen, die der Pflegedienst dann bei der Krankenkasse einreicht. Es kommt dann durchaus vor, dass die Krankenkasse Nachfragen

zu der Verordnung stellt, da ursprünglich nur die einmal wöchentliche Leistung vorgesehen war. Dadurch entsteht ein bürokratischer Mehraufwand.

Für das wöchentliche Stellen der Medikamente erhält der ambulante Pflegedienst 13,50 Euro pro Woche, wobei die Fahrt hier mit eingerechnet ist, sodass die Verweildauer bei den Pflegebedürftigen aus wirtschaftlichen Gründen kurz gehalten werden muss. Daher sind die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter nicht in der Lage, Arzneimittelwirkungen oder Nebenwirkungen zu beurteilen.

Bei einer Vergütung von 9,70 Euro für die einmalige Gabe von Medikamenten ist es für den Pflegedienst wichtig gut zu planen, da in den Preisen die An- und Abfahrt enthalten ist. Es ist z. B. logistisch problematisch, wenn die zu betreuenden Personen aufgrund einer Parkinsonerkrankung vier bis fünfmal täglich Arzneimittel zu relativ festen Zeiten verabreicht bekommen müssen. Dies erfordert eine gute Organisation des Pflegedienstes und seiner Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

Ebenfalls bedarf die Gabe von Insulinen zu den Mahlzeiten viel Organisation. Zwar werden die Patientinnen und Patienten gefragt, zu welchen Zeiten sie ihre Mahlzeiten einnehmen wollen, allerdings ist es den Pflegediensten nicht möglich, alle Personen gleichzeitig aufzusuchen, weswegen Kompromisse zwischen den Wünschen der Versicherten und den Möglichkeiten der Pflegedienste gefunden werden müssen. Es ist dem Pflegedienst nicht möglich, z. B. für eine Insulininjektion die gewohnte Route komplett zu ändern, damit der Betroffene z. B. 30 Minuten früher frühstücken kann.

Somit ist auch die Tourenplanung des Pflegedienstes oft ein Kompromiss zwischen den Wünschen der Pflegebedürftigen und den zeitlichen Beschränkungen.

Des Weiteren ist es logistisch schwierig, Medikamente vor und nach dem Essen zu verabreichen, denn die Krankenkassen genehmigen nicht mehrere Einsätze innerhalb von 30 oder 45 Minuten. Die Krankenkassen erwarten von den Ärztinnen und Ärzten, dass sie anordnen, entweder alle Arzneimittel zusammen vor oder gemeinsam während des Essens einzunehmen.

Qualitätskontrolle

Seit 1994 existiert die Mobile Pflege Michel Coester und seit fünf Jahren finden regelmäßige Qualitätskontrollen durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen statt. Es wird unter anderem geprüft, ob die betreuten Personen die Arzneimittel entsprechend der Verordnung erhalten. Weitere Kontrollen beispielsweise durch Gesundheitsämter, Ärztinnen oder Ärzte oder Apothekerinnen und Apotheker finden in der Regel nicht statt.

Daher ist der Pflegedienst aufgefordert, selbst für die Qualität seiner Leistungen zu sorgen. So gibt es bestimmte Regeln und Merkhilfen, die bei der Medikamentenvergabe beachten werden sollen:

- Die Richtige Person soll das
- Richtige Medikament in der
- Richtigen Dosierung, in der
- Richtigen Applikationsart zum
- Richtigen Zeitpunkt über die
- Richtige Anwendungsdauer erhalten. Die Arzneimittel sind
- Richtig aufzubewahren und

- Richtig zu entsorgen. Es bedarf eines
- Richtigen Risikomanagements und einer
- Richtigen Dokumentation.

Ob die richtige Anwendungsdauer eingehalten wird, können die Pflegefachkräfte nicht entscheiden. In einigen Fällen, beispielsweise bei Antibiotika, ist dem Personal die Dauer der Anwendung bekannt, doch müssen sie sich auf die Entscheidungen der Ärztinnen und Ärzte verlassen.

Wenn sich die Personen selbst um ihre Arzneimittel kümmern, kann dem Pflegepersonal nur durch Zufall auffallen, dass es durch verschiedene Fachärztinnen und Fachärzte zu Doppelverordnungen von Arzneimitteln kommt. Dies ist häufig bei Schmerzmitteln der Fall. Auch zeigt die Erfahrung, dass häufig das Absetzen von Gerinnungshemmern, z. B. vor einer Operation, vergessen wird. Es besteht somit Verbesserungsbedarf.

Um die Verabreichung des richtigen Medikaments zu gewährleisten, notieren die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Pflegedienstes inzwischen den Hauptwirkstoff der Arzneimittel, da die genauen Präparate aufgrund von Rabattverträgen häufig wechseln können.

Risikomanagement

Es ist verpflichtend für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, alle zwei Jahre Weiterbildungen zur Ersten Hilfe zu besuchen. Eine Fortbildung zur CPR (cardiopulmonary resuscitation) findet jährlich statt.

Aufbewahrung und Stellen der Arzneimittel

Einige betreute Personen können ihre Arzneimittel nicht selbstständig bei sich zu Hause lagern, da sie beispielsweise ihre Medikamente verlegen oder falsch einnehmen. Auch finden die Pflegefachkräfte solch vernachlässigte Wohnungen vor, dass der Eindruck entsteht, dass das Arzneimittel hier nicht ordnungsgemäß gelagert werden kann. In solchen Fällen schlagen die Pflegefachkräfte eine Lagerung der Arzneimittel in der Zentrale des Pflegedienstes vor, mit der Begründung, eine leichtere Beschaffung der Medikamente durch den Pflegedienst zu ermöglichen. Da die Pflegebedürftigen zur Aufbewahrung ihrer Arzneimittel beim Pflegedienst zustimmen müssen, ist teilweise Überzeugungsarbeit notwendig.

Abbildung 1: Stellen von Arzneimitteln in den Räumen des Pflegedienstes



In der Zentrale des Pflegedienstes werden die Arzneimittel in der Regel einmal wöchentlich gestellt. Das Stellen findet nach den Hausbesuchen statt, sodass die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter keinen Zeitdruck haben und auch das Vier-Augen-Prinzip angewandt werden kann.

Probleme entstehen beim Teilen von Tabletten. Es muss die Entscheidung getroffen werden, ob die Tabletten eine Bruch- oder Zierkerbe besitzen und eine Teilung überhaupt erlaubt ist. Hierbei sind die Pflegefachkräfte auf die Hilfe der Apotheken angewiesen.

Seit einer Fortbildung zum Thema Teilen von Tabletten, durchgeführt von Herrn Stockebrand, Amtsapotheker im Hochsauerlandkreis, verwenden die Pflegefachkräfte im Coester Pflegedienst keine Tablettenteiler mehr. Stattdessen werden die Tabletten mit Messern und Brettchen geteilt, da so eine Kreuzkontamination mit anderen Arzneimitteln vermieden werden kann.

Ein weiteres Problem ist das Zermörsern von Tabletten. Beispiel: In einem Fall sollte der Pflegedienst für eine Patientin mit Schluckstörungen Stalevo® zermörsern und viermal täglich verabreichen. Da es sich um eine Retardform handelte, hatte der Hausarzt auf Anfrage des Pflegedienstes das Medikament abgesetzt. Allerdings waren hiermit die Angehörigen der Patientin nicht einverstanden, sodass letztendlich doch wieder das gemörserte Medikament verabreicht wurde.

Aufbewahrt werden die Arzneimittel beim Coester Pflegedienst in Schuhkartons, die jeweils mit dem Namen der Person versehen sind. In kleinen Kühltaschen werden die Arzneimittel dann in den Fahrzeugen während der Tour aufbewahrt und bei Hausbesuchen immer aus dem Auto genommen, da es auch schon zu Diebstählen gekommen ist; der Täter hatte vermutet, dass ein Pflegedienst Unmengen an Betäubungsmittel im Auto hat.

Abbildung 2: Kühltasche zum Transport der Tagesdispenser



Betäubungsmittel können beim Coester Pflegedienst nicht aufbewahrt werden, sodass diese in der Wohnung der versorgten Person gelagert werden müssen.

Krankenbeobachtung und Dokumentation

Bei den betreuten Personen werden einige Vitalfunktionen erfasst und entsprechend dokumentiert. Hierzu gehören beispielsweise Blutdruckmessungen, Pulskontrollen, Temperaturkontrollen und Erfassung des Schmerzes nach der 10er-Skala. Diese ist insofern kritisch zu bewerten, da einige Patientinnen und Patienten generell ihre Schmerzen mit neun oder zehn Punkten bewerten, auch wenn diese objektiv durch die Schmerzen nicht vollkommen eingeschränkt sind.

Abbildung 3: Ausschnitt aus einem Dokumentationsbogen

Datum	Uhrzeit	Blutdruck	Puls	Temp.	Schmerz	Temp.	Blutdruck
15.08.20		142/89	92	/	90,0	30,4	/
15.08.20		139/90	95	/	90,8	30,8	/
16.08.15		148/93	86	/	90,4	30,4	/
14.5.8.25		146/92	85	/	91,2	30,8	/

In weiteren Kontrollbögen dokumentieren die Pflegefachkräfte Arzneimittelnebenwirkungen und -wechselwirkungen. Auch stehen Dokumentationsbögen zur Erfassung von Übelkeit, Schlaflosigkeit oder weiteren Beeinträchtigungen zur Verfügung.

Zur Schmerzerfassung bei Patientinnen und Patienten mit Demenz verwenden die Pflegefachkräfte des Coester Pflegedienstes die so genannte BESD-Skala (Beurteilung von Schmerzen bei Demenz)⁶⁷. Der Schmerz kann anhand von Beobachtung der Atmung, der Körpersprache, des Gesichtsausdrucks und Lautäußerungen beurteilt werden.

Arzneimittelentsorgung

Nicht mehr benötigte Arzneimittel entsorgt der Pflegedienst Coester im Hausmüll. Bei Umzug oder Tod einer betreuten Person werden die Angehörigen benachrichtigt und zum Abholen der Arzneimittel aufgefordert. Sind die Arzneimittel nach sechs Monaten nicht abgeholt worden, werden diese im Hausmüll entsorgt.

Beratung durch die Apotheke

Bis vor wenigen Jahren mussten die Pflegefachkräfte die Rezepte bei den Ärztinnen und Ärzten abholen und in die Apotheken bringen. Inzwischen bieten in Soest viele Apotheken an, die Rezepte von Stammkunden bei den Ärztinnen und Ärzten abzuholen und die Pflegedienste mit den Arzneimitteln zu beliefern. Dadurch spart der Pflegedienst mehrere Wege täglich. Allerdings findet keine Beratung durch die Apotheken-Botendienste statt.

67 http://www.awo-ww.de/lrh/awofiles/Meldungen/dateien/kostrzewa_beurteilung-von-schmerzen-bei-demenz.pdf letzter Aufruf 21.07.2015.

Aus der Diskussion

Es ist rechtlich fragwürdig, ob die Apotheken die Rezepte bei den Ärztinnen und Ärzten abholen dürfen. Des Weiteren besteht eine Beratungspflicht durch pharmazeutisches Personal!

Luhmann: Der Botendienst der Apotheke kann oftmals keine Beratung durchführen, da es sich nicht um Fachpersonal handelt.

In einigen Fällen kümmern sich auch die Angehörigen um die Arzneimittel bzw. holen diese in den Apotheken ab. Selbst wenn hier eine Beratung stattfindet, sind noch immer nicht die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Pflegedienstes informiert worden.

Wie können Patientinnen und Patienten, die dement sind und zugleich Parkinson haben, durch einen ambulanten Pflegedienst optimal versorgt werden, wenn diese Personen zu Hause alleine leben?

Luhmann: Diese Patientinnen und Patienten können meist nicht mehr ganz alleine leben. Häufig sind hier die Angehörigen gefordert, die dann auch Aufgaben bei der Arzneitherapie übernehmen.

Bekommen die Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus in der Regel eine konventionelle Therapie, damit die Pflegedienste nicht so häufig Insulin verabreichen müssen?

Luhmann: Es kann durchaus vorkommen, dass die Krankenkassen durch häufiges Nachfragen Druck ausüben, dass die Ärztinnen und Ärzte die Therapie umstellen. Ebenfalls ist es möglich, dass Versicherte zunächst einmal täglich Medikamente durch einen Pflegedienst gestellt bekommen, dann jedoch auf das wöchentliche Vorbereiten der Arzneimittel umgestellt wird, auch wenn der Pflegedienst beobachtet, dass die Patientinnen und Patienten nicht selbstständig ihre Arzneimittel einnehmen können. In solchen Fällen kann lediglich ein Angehöriger einen Widerspruch gegen den Krankenkassenbescheid einlegen, oder der verordnende Arzt kann seine Verordnung neu begründen. Ein ambulanter Pflegedienst kann dies nicht.

Die Problematik des Teilens wurde angesprochen. Inzwischen existiert eine technische Regel, nach der das Pflegepersonal die Tablette nur noch teilen soll, wenn der Wirkstoff in der entsprechenden Dosierung nicht verfügbar ist oder wenn Auf- und Abdosierungen vorgenommen werden. Damit wären auch ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in vielen Fällen entlastet.

Luhmann: Diese Regel ist bekannt. Die Erfahrung zeigt jedoch, dass das Teilen von Tabletten weiterhin ein Problemfeld darstellt. Wenn Tabletten geteilt werden sollen, die laut Angaben der Apotheke nicht teilbar sind, benachrichtigt der Pflegedienst die entsprechende Ärztin oder den entsprechenden Arzt. In einigen Fällen lehnen diese jedoch die Verschreibung einer anderen Dosierung ab. Die Pflegefachkräfte müssen die Tabletten weiterhin teilen, auch wenn die gleichmäßige Dosierung nicht gewährleistet ist. Dies ist für die Pflegefachkräfte sehr frustrierend.

Im Idealfall sollte sich die Apotheke mit der Ärztin oder dem Arzt in Verbindung setzen. Der Pflegedienst wäre dann davon entlastet, sich um diese Problematik zu kümmern.

Luhmann: Der Pflegedienst ist auf die Zusammenarbeit mit den Ärztinnen und Ärzten angewiesen. Es ist zu befürchten, dass durch das Zwischenschalten einer weiteren Person die Zusammenarbeit leidet.

bleiben die Medikamentenpläne bei den Patientinnen und Patienten oder befinden sich diese in der Pflegedienststelle?

Luhmann: Die Medikamentenpläne sind sowohl bei den Patientinnen und Patienten als auch in der Pflegedienststelle. Die Kopien der originalen Verordnungen werden in den Akten abgeholt, die sich bei den Patientinnen und Patienten befinden. Wir übertragen diese Verordnungen in unser Computersystem, auf das wir in der Pflegedienststelle Zugriff haben.

Die Apotheke der Zukunft: Konzepte zur Versorgung ambulanter Pflegedienste

Mark Schrott

Ausgangssituation für die Apotheke

Um Konzepte zur Versorgung ambulanter Pflegedienste näher zu erläutern, muss zunächst die Ausgangssituation für die Apotheken und der Pflegemarkt näher beleuchtet werden. In den letzten 15 Jahren wurden viele finanzielle Kürzungen für die Leistungen der Apotheken vorgenommen, wohingegen die laufenden Kosten stets anstiegen. Für eine gute Qualität in der Arzneimittelversorgung ist allerdings eine entsprechende Vergütung notwendig. In Qualität lohnt es sich immer zu investieren, so auch in gutes Personal. Allerdings wird es immer schwieriger, gutes, qualifiziertes Personal für die öffentliche Apotheke zu finden. Speziell für den Rhein-Main-Bereich ist zu bedenken, dass dort die Pharmaindustrie ansässig ist und als Arbeitgeber mit den Apotheken konkurriert. In der pharmazeutischen Industrie oder auch in anderen Bereichen wie den Krankenkassen liegt die tarifliche Bezahlung deutlich höher als die des Apothekentarifs. Des Weiteren gelten die Arbeitszeiten in den öffentlichen Apotheken als unattraktiv. Gleichzeitig werden Schließungen von PTA-Schulen verzeichnet. Daher stellt es sich zunehmend als schwierig heraus, gutes, qualifiziertes Personal für die öffentliche Apotheke zu gewinnen. Es ist aus der Sicht der öffentlichen Apothekerschaft notwendig, dieser Entwicklung durch die Politik entgegenzusteuern.

Die Zahl der Apotheken hat bundesweit etwas abgenommen und beläuft sich derzeit auf 21.000 Apotheken. Die Verteilung ist dabei sehr unterschiedlich. Im Rhein-Main-Gebiet ist eine gute Versorgung der Bevölkerung durch die Apotheken mit Arzneimitteln sichergestellt. Dennoch kann es in ländlicheren Regionen durchaus zu Versorgungslücken durch die Abnahme der Apothekenzahl kommen. So werden komplizierte Versorgungslösungen z. B. aus dem Westerwaldkreis oder Hunsrück-Höhenkreis an die Apotheke herangetragen. Auch aus der Eifel werden Anfragen gestellt, da spezielle Versorgungssituationen in diesen Regionen vor Ort nicht mehr erfüllt werden können. Es fehlen dort spezialisierte Apotheken. Das Thema Versorgungslücke wird in der Zukunft noch mehr präsent werden.

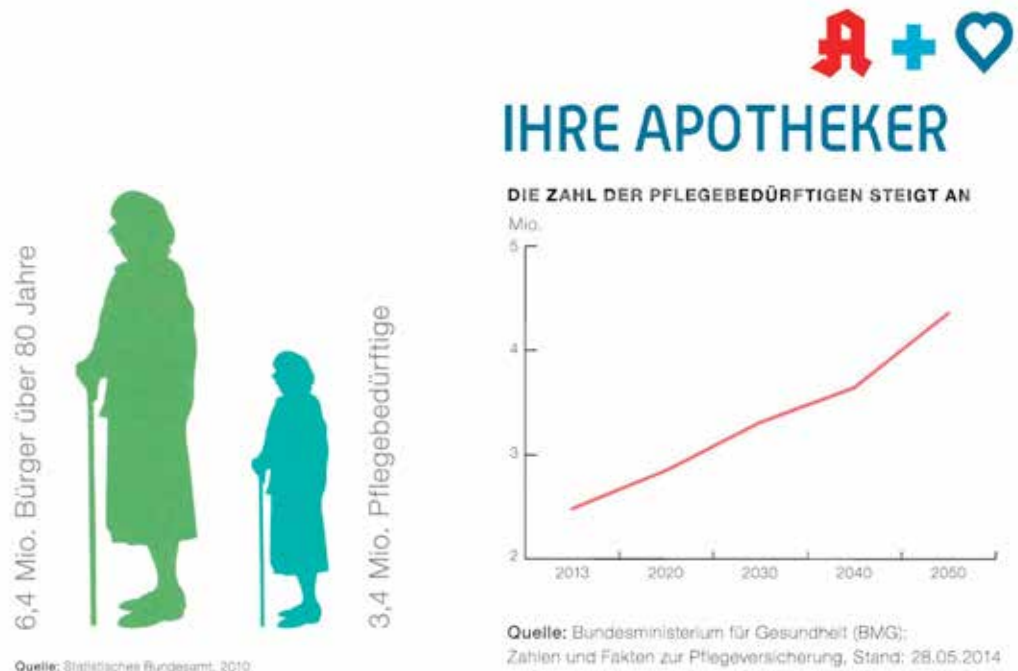
Neue Felder wie z. B. der Internetversand erzeugen nicht nur Druck auf die Apothekerschaft, sie bieten auch neue Möglichkeiten, sich fit für die Zukunft zu machen. Es ist wichtig sich weiterzuentwickeln, um auf lange Sicht gesehen gute Argumente gegen die Öffnung des Marktes

für große Konzerne, wie Drogeriemarktketten, zu schaffen. Zu bedenken ist: je mehr Serviceleistungen von der Apotheke angeboten werden, desto besser die Wahrnehmung der öffentlichen Apotheke in der Bevölkerung. Die Kundenansprüche steigen stetig an, dadurch entsteht aber auch gleichzeitig ein wirtschaftlicher Druck. Wird z. B. die Lieferung des Arzneimittels nach Hause für die Kundin oder den Kunden des ambulanten Pflegedienstes das erste Mal angeboten, wird dies beim nächsten Mal häufig direkt mit eingefordert.

Ausgangssituation in der ambulanten Pflege

Um die Apotheke der Zukunft zu beschreiben, muss die Entwicklung genau analysiert werden. Bereits 2010 waren 6,4 Millionen Bürgerinnen und Bürger in Deutschland über 80 Jahre alt, wobei 3,4 Millionen Menschen pflegebedürftig waren. Wird die Situation in der ambulanten Pflege betrachtet, so ist festzustellen, dass diese Zahl in den nächsten Jahrzehnten stetig ansteigen wird. Das stellt dann auch einen gewissen Markt, aber auch eine Herausforderung für die Apotheken dar.

Abbildung 1: Zahl der Pflegebedürftigen in Deutschland



Gleichzeitig herrscht ein Fachkräftemangel sowohl in den Krankenhäusern als auch in den Alten- und Pflegeheimen und ambulanten Pflegediensten. Es ist zu erwarten, dass es zukünftig noch schwieriger wird, gutes Fachpersonal für die Pflege und Betreuung aber auch für die medikamentöse Versorgung von Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern oder pflegebedürftigen Menschen zu erhalten. Insbesondere im Bereich der Arzneimittelversorgung müssen die Patientin oder der Patient und auch die Angehörigen ein gewisses Maß an Vertrauen in die korrekte Versorgung durch die Fachkräfte haben. Dies wird schwierig, wenn die Aufgaben nicht mehr durch Fachkräfte geleistet werden oder geleistet werden können. Es wird erwartet, dass im Jahr 2030 ca. 630.000 Fachkräfte fehlen. Es stellt sich zum einen die Frage, ob diese Stellen überhaupt und zum anderen mit welchen beruflichen Qualifikationen diese Stellen besetzt werden können. Es müssen jetzt schon die Weichen gestellt werden, um diesem Trend

entgegen zu steuern. Wenn diese Stellen nicht besetzt werden können, muss geprüft werden inwiefern aus anderen Bereichen, wie Apotheken, Aufgaben zur Schließung von Versorgungslücken übernommen werden können. Wird das derzeitige Umfeld betrachtet, finden wir bundesweit ca. 13.000 ambulante Pflegedienste mit 320.000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern. Zudem sind in Deutschland 13.000 Pflegeheime mit 685.000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ansässig. Zu bedenken ist an dieser Stelle, dass die durch die ambulanten Pflegedienste zu versorgenden Personen dezentral lokalisiert sind. Die ambulanten Pflegedienste haben verschiedene Wegstrecken abzuleisten, um die zu pflegenden Personen zu erreichen. 71 % der Pflegebedürftigen werden zu Hause versorgt, wobei diese Versorgung nicht immer optimal läuft und auch durch die Unterstützung eines ambulanten Pflegedienstes nicht immer optimal laufen kann. Ein Grund ist, dass die notwendige Besuchsfrequenz der Pflegedienste aus organisatorischen und auch aus wirtschaftlichen Gründen begrenzt ist. Ist z. B. die mehrmals tägliche Gabe eines Arzneimittels bei einer zu pflegenden Person notwendig, können schon rein aus logistischen Gründen die optimalen Applikationszeitpunkte nicht konsequent eingehalten werden. Es wird eine bestmögliche, jedoch keine optimale Versorgung durchgeführt. Zudem herrscht ein großer Kostendruck auf die gesamte Branche. Es werden bestmögliche Zwischenlösungen gefunden, die hingegen in Alten- und Pflegeheimen optimal gelöst werden könnten. In Alten- und Pflegeheimen ist eine bessere Regulierung in Bezug auf die Zusammenarbeit mit der Apotheke vorhanden. Weiterhin wird die ambulante Pflege auch durch 24 Stunden Betreuungen durch ausländische Pflegekräfte vorgenommen. Da auch hier ein regelmäßiger Wechsel des Personals stattfindet, können Fehler entstehen.

Die Apotheke im Wandel

Wird die Apothekerin oder der Apotheker zu Zeiten des Dr. Eduard Fresenius (1874-1946) betrachtet, sind Parallelen zum heutigen Apothekenbild vorhanden. Die Apothekerin und der Apotheker genießen eine sehr harte Ausbildung und sie besitzen besondere Fertigkeiten. In der Vergangenheit wurden die Menschen mit ihren Erkrankungen durch die Apothekerin oder den Apotheker analysiert, es erfolgte die Kommunikation mit der Ärztin oder dem Arzt und ein entsprechendes Arzneimittel für das entsprechende Krankheitsbild wurde in einem zuvor überlegten Herstellungsverfahren für die erkrankte Person angefertigt. Allerdings wurde die Herstellung im Laufe der Zeit in zunehmendem Maße industrialisiert, die Herstellungsverfahren standardisiert und auch die Verpackungen vereinheitlicht. In den Apotheken verblieb nur die Herstellung der Rezepturen und Defekturen. Dies ist in anderen Ländern noch etwas anders. Es gibt dort nach wie vor neben der Abgabe von den durch die Industrie gefertigten Fertigarzneimitteln das Dispensieren von Arzneimitteln. Dort ist eine bestimmte Spezialisierung der Apotheken erhalten geblieben. Bereits zu Zeiten von Dr. Eduard Fresenius wurde von den Apotheken neben der Herstellung von Arzneimitteln ein Service angeboten. Es gab bereits einen Lieferservice mit dem Auto oder auch mit dem Fahrrad zu Zeiten, als das Hauptverkehrsmittel noch die Kutsche war.

Allerdings ist bedingt durch die Industrialisierung und dem damit verbundenen Wegfall der Herstellung den Apotheken auch eine wichtige Einnahmequelle abhanden gekommen. Werden heute die Wertschöpfungsanteile für Arzneimittel näher betrachtet, wird deutlich, dass die Industrie den weitaus größten Anteil von einem Arzneimittel (65 %) erhält. Der Anteil der Wertschöpfung für den Großhandel (3,6 %) und für die Apotheken (15,4 %) ist im Vergleich zur Industrie eher bescheiden. Es stellt sich die Frage, ob dann der Service, wie er von Dr. Eduard Fresenius geleistet wurde, durch die öffentliche Apotheke überhaupt noch geleistet werden kann. Die Apothekerschaft kann immer wieder auf diese Schwierigkeiten aufmerksam machen und Projekte voran schieben, damit die Politik auf diese Bereiche aufmerksam wird, in denen etwas verbessert werden kann und muss.

Die Apothekerschaft versucht sich zu positionieren und zu differenzieren. Sie will neue Geschäftsfelder erschließen. Im Gegensatz dazu herrscht allerdings derzeit zu wenig Sicherheit für die öffentlichen Apotheken. Investments für die Zukunft sind unkalkulierbar. Dies wird auch durch die Sicht der Banken verdeutlicht, die ein schlechtes Branchenrating für öffentliche Apotheke zu Grunde legen, auch weil das Umfeld nicht bekannt ist.

Verblisterung in der öffentlichen Apotheke

Ein neues Geschäftsfeld war und ist die Verblisterung. In manchen Fällen wird die Verblisterung in das Portfolio einer Apotheke aufgenommen, auch um die Entwicklung auf dem Markt genauer anzuschauen. Möglicherweise muss auf diesem Gebiet in der Zukunft noch mehr Service angeboten werden, um im Markt bestehen zu können. Chancen in der Verblisterung zeigen sich bei der kurzfristigen und lokalen Versorgung der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner. Die Herstellung der Blister im Lohnauftrag stellt dagegen keine kurzfristige Versorgung sicher. Wenn z. B. eine Patientin oder ein Patient morgens ein Heim bezieht, muss die Versorgung bereits am Nachmittag sichergestellt sein.

Bei der Verblisterung von Arzneimitteln ist der wichtigste Punkt für die Arzneimitteltherapiesicherheit das Führen einer Patientenakte in der Apotheke. Der Abgleich der Patientenakte mit den Medikationsplänen, der Austausch der Daten und die Kommunikation mit den Verordnern ist zum Vermeiden von Fehlern wichtig. Fehler können vor allem entstehen, wenn viele verschiedene Personen am Medikationsprozess beteiligt sind. Aber auch durch die häufige Umstellung der Medikation entstehen Fehler. Daher ist es notwendig, eine engmaschige Kontrolle und Zusammenarbeit in dem System zu etablieren. Für den Abgleich der Patientenakte gibt die Apotheke bei jeder auch noch so kleinen Änderung in der Medikation ein Datenblatt mit den Änderungen zu den Arzneimittellieferungen. Auf diesem Datenblatt muss von dem zuständigen Personal des Pflege- oder Altenheims schriftlich bestätigt werden, dass die Änderungen zur Kenntnis genommen wurden. Dies ist die einzige Möglichkeit, nochmals zu kontrollieren, ob die in der Apotheke geführte Patientenakte mit den Daten im Alten- und Pflegeheim übereinstimmt. Dabei werden Abweichungen festgestellt und Fehler aufgedeckt. Für die Patientin oder den Patienten resultiert eine bessere Arzneimitteltherapiesicherheit.

Abbildung 2: Apothekenchancen für die optimale Arzneimittelversorgung



Bei der Versorgung der Bewohnerinnen und Bewohner von Alten- und Pflegeheimen hat sich herausgestellt, dass die Erreichbarkeit des Fachpersonals auch außerhalb der Geschäftszeiten von Bedeutung ist. Von der Apotheke wurde daraufhin ein 24-Stunden Servicetelefon für das Heimpersonal eingeführt. Insbesondere an Wochenenden oder Feiertagen, wenn keine Ärztin oder kein Arzt direkt erreichbar ist, werden dringende und wichtige Fragestellungen durch eine Apothekerin oder einen Apotheker beantwortet und Lösungsvorschläge gegeben. Viele im Heim auftretende Probleme oder Fragen können so bereits durch die fachkompetente Beratung am Telefon gelöst werden.

Angehörige von Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern oder auch Patientinnen und Patienten der Kurzzeitpflege haben die Neuverblisterung der Arzneimittel in den Einrichtungen kennen gelernt und auch deren Vorteile erkannt. Daher kommen aus dem ambulanten Bereich Anfragen an die Apotheke, ob eine Neuverblisterung auch für den ambulanten, privaten Bereich möglich sei. Um die Verblisterung auch für den privaten Bereich durchzuführen, müsste dies entsprechend in Rechnung gestellt werden. Derzeit wird die patientenindividuelle Verblisterung nicht ausreichend bezahlt. Daher wird dieser Service nur in Einzelfällen für diese Personengruppe erbracht, um Erfahrungen aus diesem Bereich für die Apotheke sammeln zu können. Durch die Kommunikation mit diesen Personen wurden bestimmte andere Bedürfnisse und Bedarfe deutlich. Zum Beispiel wurden bestimmte Hilfsmittel angefragt. Die Apotheke hat daraufhin standardisierte Pflegesets angeboten.

Für ein umfassendes Angebot ist eine gewisse Größe der Apotheke notwendig. Das Ergebnis im vorliegenden Fall ist nun eine Apotheke mit 2.500 Quadratmetern. Wenn man optimal versorgen will, muss man vor Ort sein. Nur dadurch ist eine kurzfristige Versorgung gewährleistet, welche als Kernaufgabe der Apotheke verstanden wird.

Im Hinblick auf die Arzneimitteltherapiesicherheit muss auch auf die Rabattverträge eingegangen werden. Einigen Patientinnen und Patienten fällt die ständige Umstellung der Arzneimittel aufgrund der Rabattverträge sehr schwer. Die Verbesserung der Compliance wird durch Vermeidung dieser Umstellung erreicht. Dies kann die Apotheke durch den Einsatz von Sonderziffern auf den Verordnungen bewirken, vorausgesetzt, es treten immer wieder Schwierigkeiten bei der jeweiligen Person im Hinblick auf die Arzneimitteleinnahme und -verträglichkeit auf. In der Patientenakte wird vermerkt, dass keine Umstellung erfolgen kann. Allerdings ist derzeit noch nicht bekannt, wie die Sonderziffern von den Krankenkassen anerkannt werden und ob es zu Retaxationen durch die Krankenkassen kommen wird. Für die Apotheke stehen aber die Patientin und der Patient eindeutig im Mittelpunkt.

Die patientenindividuelle Verblisterung ist nur ein Teil der gesamten Arzneimittelversorgung der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner, da nur die oralen Arzneimittel neu verblisteret werden können. Es kann also durch die Verblisterung nur in einem Teil der gesamten Arzneimittelversorgung beim Stellen unterstützt werden. Flüssige Arzneiformen wie Tropfen, Säfte, Injektionszubereitungen wie Insulin aber auch bestimmte Arzneimittel wie z. B. Tabletten mit L-Thyroxin als Wirkstoff oder Betäubungsmittel können bzw. dürfen nicht vorab verblisteret werden. Das bedeutet eine Einschränkung, aber für den großen Bereich kann durch die Verblisterung eine Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit erreicht werden.

Es sind von den ambulanten Pflegediensten Anfragen eingegangen, wie eine Unterstützung der Arzneimittelversorgung seitens der Apotheke erfolgen kann. Es müssen in dem Zusammenhang auch spezielle Felder beachtet werden, wie die palliativ-medizinische Versorgung aber auch das Vorhalten von Medizintechnik. Dies stellt die Apotheke vor große Herausforderungen, insbesondere bei der Versorgung der Patientinnen und Patienten der verschiedensten Krankenkassen mit Medizintechnik, da für diese Produkte vorab ein Kostenvoranschlag bei

den Krankenkassen eingereicht werden muss. Der ambulante Pflegedienst bezieht auch für die Patientinnen und Patienten Produkte aus dem apothekennahen Sortiment, was i. d. R. von der Pflegekasse übernommen wird. Auch dies muss dann von der Apotheke vorrätig gehalten werden. Die Pflegedienste nutzen den Service vor Ort, wenn die benötigten Produkte in der Apotheke vorhanden sind. Der Weg zum lokalen Versorger ist für sie einfacher als das aufwendige Bestellen bei Versendern. Voraussetzung ist aber auch eine attraktive Preisgestaltung. Erfahrungsgemäß wird bei entsprechendem Service ein kleiner Mehrbetrag auch von den ambulanten Pflegediensten in Kauf genommen, da sie gleichzeitig Zeit einsparen können.

Ein wichtiger Punkt für die Alten- und Pflegeheime in Bezug auf die Verblisterung ist die Haftungsübernahme. Die Apotheke übernimmt die Haftung für die selbst verblisterten Arzneimittel. In der Apotheke wird auf einem hohen Qualitätslevel produziert, die Freigabe erfolgt erst, nachdem alle neuen Blister optisch kontrolliert wurden. Allerdings können immer noch rein statistisch Fehler auftreten, auch wenn diese geringer sind als beim manuellen Stellen. Für diese Fehler haftet dann die Apothekenleitung. Diese Haftung muss unbedingt in die Versicherung durch eine Erweiterung der Betriebshaftpflichtversicherung der Apotheke eingeschlossen werden. Es handelt sich dabei allerdings nicht um die Deckungsvorsorge i. S. v. § 94 AMG.

Es besteht die klassische Packungsversorgung der Pflegedienste mit einer automatisierten Lagerhaltung oder die maschinelle Verblisterung im Reinraum mit einer elektronischen Patientenakte von patientenindividuell verpackten Arzneimitteln. In der eigenen Apotheke wird von Montag bis Samstag täglich verblistered. Es herrscht bezogen auf die Preisgestaltung ein extremer Wettbewerb auf dem Markt der Verblisterung. In der Regel erfolgt keine ausreichende Bezahlung der Verblisterung.

Die ambulanten Pflegedienste werden auch unabhängig von der Verblisterung bereits mit Arzneimitteln durch die Apotheke beliefert, zumeist erfolgt die Arzneimittellieferung an die Zentrale der Pflegedienste. Die Mindestanforderungen für die Verblisterung sind durch den Datenschutz geregelt. Es muss eine Einverständniserklärung der Patientin oder des Patienten vorliegen, dass die Versorgung durch eine bestimmte Apotheke erfolgen soll, dass die oralen Arzneimittel verblistered werden und sich dadurch die Haftung ändert und dass eine Patientenakte in der Apotheke angelegt wird. Die Wahlfreiheit der Patientin oder des Patienten darf nicht eingeschränkt werden. Die schriftlichen Vereinbarungen können nur mit ihnen selbst, nicht mit den ambulanten Pflegediensten getroffen werden.

Abschließend ist zu bedenken, dass sich die Verblisterung für den Bereich der ambulanten Pflege finanziell nicht lohnt. Das Angebot wird weiterhin aufrechterhalten, um weitere Erfahrungen zu sammeln und mit der Hoffnung, dass es in Zukunft eine politische Diskussion zu diesem Bereich gibt. Sinnvoll wäre eine Erweiterung der Versorgungsverträge auch mit ambulanten Pflegediensten. Bisher wird in diesem Bereich in einer Grauzone gehandelt. Im Bereich der Heimversorgung ist durch die Versorgungsverträge in vielen Bereichen eine Verbesserung der Versorgung eingetreten. Bei dieser Diskussion sind auch die Krankenkassen mit einzubeziehen, um auch eine Bezahlung der erbrachten Leistungen zu erreichen.

Aus der Diskussion

Erfolgt in Ihrer Apotheke auch die Herstellung von Blistern im Rahmen einer Herstellungserlaubnis nach § 13 AMG?

Schrott: Wer mit einer Herstellungserlaubnis nach § 13 AMG Arzneimittel verblistered, ist im klassischen Sinne ein Lohnhersteller. Die hier vorgestellte Apotheke ist im Besitz einer Herstellungserlaubnis, nutzt diese derzeit aber nicht. Die Verblisterung erfolgt im Rahmen des üblichen Apothekenbetriebs. Erfolgt die Herstellung durch einen Lohnhersteller, ergeben sich

weitere Schnittstellen und weitere Möglichkeiten für das Einschleichen von Fehlern. Der Hersteller hat keinen direkten Kontakt zu der Patientin oder dem Patienten. Es ist jedoch von Vorteil, wenn die Patientinnen und Patienten ortsnahe versorgt werden.

Es ist derzeit rechtlich nicht erlaubt, Verträge zur Verblisterung mit ambulanten Pflegediensten zu schließen. Durch das Schließen von Verträgen würde das freie Wahlrecht der Patientin oder des Patienten unterlaufen. Im stationären Bereich bei den Alten- und Pflegeheimen wurde das Unterlaufen des freien Wahlrechtes in einigen Fällen bereits festgestellt. Es bleibt in dem hier vorgestellten Fall zu prüfen, ob es rechtlich erlaubt ist, den schriftlichen Vertrag mit der Patientin oder dem Patienten abzuschließen, die Bezahlung des Verblisterens allerdings durch den ambulanten Pflegedienst erfolgen zu lassen.

Schrott: Es sollte darüber nachgedacht werden, ob dies ein Modell für die Zukunft ist und eine Anpassung der Rechtsvorschriften erfolgen sollte, um eine bessere ambulante Versorgung der Menschen mit Pflegebedarf zu ermöglichen. Auch Gesetze müssen weiter entwickelt werden.

Ursprünglich hatten die Versorgungsverträge mit den Alten- und Pflegeheimen das primäre Ziel, die ordnungsgemäße Versorgung sicher zu stellen. Mittlerweile zeichnet sich allerdings ab, dass in diesen Verträgen nur noch die wirtschaftlichen Interessen im Vordergrund stehen. Der Vertrag hatte auch den Sinn, mehr als nur die eigentliche Belieferung des Heimes mit Arzneimitteln sicherzustellen. Zu beobachten ist aber, dass meist nur noch die Belieferungsebene eine wichtige Rolle in dem Vertrag einnimmt. Wenn der Träger des Heimes beschließt, dass eine Verblisterung durchgeführt werden muss, kann die Patientin oder der Patient sich diesen Entscheidungen meist nur beugen und nicht mehr selber entscheiden. Aus Sicht des Heimträgers ist eine möglichst einheitliche Versorgung wünschenswert, die individuellen Bedürfnisse der Bewohnerinnen und Bewohner bleiben gerne unberücksichtigt. Trotzdem wäre es wünschenswert auch im Bereich der ambulanten Pflegedienste eine klare rechtliche Regelung zu etablieren, womit sich alle Beteiligten wohl fühlen können und eine ordnungsgemäße Versorgung sichergestellt wird.

Schrott: Die Versorgung sollte wohnortnah erfolgen, die Wünsche der Patientinnen und Patienten sollten berücksichtigt werden. Die Heime versuchen oftmals zu kanalisieren. Dies ist möglich, da es viele Apotheken gibt, die mehr Dienstleistungen anbieten als es wirtschaftlich sinnvoll ist. Dadurch existiert ein großer Konkurrenzkampf und die Heime können ihre wirtschaftlichen Interessen verfolgen. Dennoch überwiegen die Vorteile der klaren Regelungen durch die Versorgungsverträge. Die enge Zusammenarbeit mit den Heimen wird von den Pflegedienstleistungen zumeist begrüßt. Die Apotheken kontrollieren die Arzneimittelversorgung, wodurch auch Fehler und Missstände in diesem Bereich in den Heimen aufgedeckt werden.

Liegen Ihnen Verträge mit den einzelnen Krankenkassen vor? Es kann sonst durchaus sein, dass der Anspruch auf Erstattung verloren gehen könnte. Die Krankenkasse befürworten nicht immer die Verblisterung, weil dann die Rabattverträge nicht unbedingt erfüllt werden.

Schrott: Von der Apotheke werden die Rabattverträge auch bei der Verblisterung erfüllt, auch wenn dies mit einem enormen Aufwand verbunden ist.

Die Ärzteschaft muss im Falle der Verblisterung eine andere Rezeptierung vornehmen. Wird dies in der Praxis tatsächlich durchgeführt?

Schrott: Es erfolgt in der Praxis keine andere Rezeptierung. Die Ärztinnen und Ärzte sind auch nicht dazu zu bewegen. Es werden von ihnen ganze Packungen verordnet. Wird die Patientin oder der Patient in ein Krankenhaus eingeliefert, wird dies in der Patientenakte in der Apotheke vermerkt. Die Arzneimittel werden quasi gutgeschrieben und können bei Bedarf zu einem

späteren Zeitpunkt wieder geliefert werden. Bei einer Medikationsumstellung wird der Blister zurück an die Apotheke geliefert.

Wie bewerten Sie die Stabilität von Arzneimittel?

Schrott: Es gibt mittlerweile viele Stabilitätsdaten von den Herstellern zu den Arzneimitteln. Es gibt bestimmte Arzneimittel, die aufgrund fehlender Stabilität nicht verblistered werden können.

Wie werden Informationen über das Arzneimittel mit den Blistern übermittelt?

Schrott: Die Beipackzettel müssen in aktueller Form auf den Stationen in den Alten- und Pflegeheimen vorliegen. Wenn eine neue Patientin oder ein neuer Patient aufgenommen wird, erhält die Station immer ein Muster des Arzneimittels mit dem aktuellen Beipackzettel. Für den ambulanten Pflegedienst ist die Umsetzung sehr schwierig. Dort wird auf die Internetseite mit den aktuellen Beipackzetteln verwiesen. In diesem Bereich wäre ein ähnliches System wünschenswert.

Werden spezielle EDV-Systeme für die Verblisterung und das Führen der Patientenakte benötigt?

Schrott: In unserer Apotheke wird das typische Apotheken-EDV-System verwendet. Es sind keine speziellen Anbieter notwendig.

Umgang mit Arzneimitteln in ambulanten Pflegediensten – Erfahrungen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes

Teil 1: Erhebung der Stadt Hamm

Teil 2: Erhebung im Hochsauerlandkreis – Gesundheitsamt des Hochsauerlandkreises

Dr. Ute Stapel, Elke Bünfeld, Christian Stockebrand

Teil 1: Erhebung der Stadt Hamm

Der 2004 eingerichtete Arbeitskreis „Sozialpharmazie“ der Kommunalen Gesundheitskonferenz der Stadt Hamm tagt einmal jährlich und begleitet Projekte. Im vergangenen Jahr befasste sich ein Projekt mit der Teilbarkeit von Tabletten⁶⁸. In Zusammenarbeit mit dem Institut für Pharmazeutische Technologie und Biopharmazie wurde hierzu ein Informationsflyer herausgegeben⁶⁹.

Mit der Arzneimitteltherapiesicherheit von Pflegebedürftigen befasste sich der Arbeitskreis bereits im Jahr 2005 und 2006, zunächst bei Bewohnerinnen und Bewohnern in Pflegeheimen und anschließend bei Patientinnen und Patienten in der ambulanten Pflege. Die Ergebnisse wurden in der Fachpresse veröffentlicht⁷⁰.

Befragung in der Stadt Hamm

Ziel des Projekts war es, die Qualität wie auch die Probleme in der Arzneimittelversorgung zu erkennen und gemeinsam Lösungsstrategien zu entwickeln. Hierzu suchten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Gesundheitsamts Hamm die einzelnen Einrichtungen unangemeldet auf, kontrollierten die Arzneimittellagerung und -dokumentation und erfassten Daten zur Anzahl der Arzneimittel sowie zur Anzahl der behandelnden Ärztinnen und Ärzte pro Bewohnerin bzw. pro Bewohner. Die Teilnahme der Einrichtungen war freiwillig.

Datengrundlage

Alle 17 Pflegeheime in Hamm (Stand 2005) willigten in die Qualitätskontrolle ein.

In jedem Heim wurden nach einem Zufallsprinzip drei Bewohnerinnen und Bewohner ausgewählt, deren Arzneimittelversorgung untersucht wurde.

68 <http://www.pharmazeutische-zeitung.de/index.php?id=52396> letzter Aufruf 23.07.2015.

69 http://www.hamm.de/fileadmin/user_upload/Medienarchiv/Gesundheit_Soziales/Gesundheit/Dokumente/Faltblatt_Teilung_von_Arzneimitteln.pdf letzter Aufruf 23.07.2015.

70 <http://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/daz-ausgabe/artikel/articlesingle/2008/50/27809.html> letzter Aufruf 23.07.2015.

In den ambulanten Pflegediensten wurden Daten von 50 % der Pflegebedürftigen, die von den entsprechenden Diensten betreut werden, erhoben. Von den 21 ambulanten Pflegediensten der Stadt Hamm (Stand 2006) beteiligten sich 13 an dem Projekt.

Abbildung 1: Größe der beteiligten ambulanten Pflegedienste

Pflegedienst:	Anzahl Patienten:
2	≤ 35
2	> 35 - 75
9	> 75

Sowohl in den Pflegeheimen als auch in den ambulanten Pflegediensten wurden die Personen von der Erhebung ausgeschlossen, deren dauerhafte Medikation aus weniger als drei Arzneimitteln bestand.

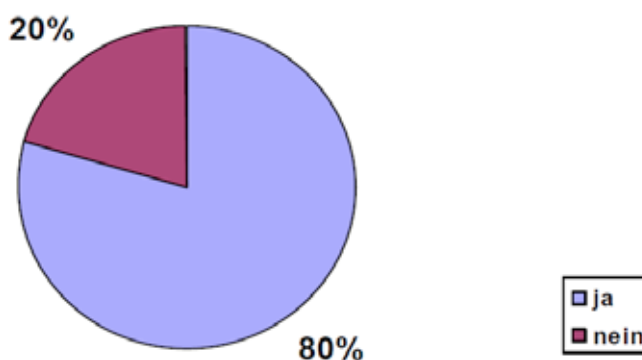
Qualitätskontrolle in der stationären Pflege

Insgesamt wurden in den Pflegeheimen die Daten von 186 Bewohnerinnen und Bewohnern erhoben. Beim Vergleich der Arzneimitteldokumentation mit dem Arzneimittelvorrat sind folgende Differenzen festgestellt worden:

- In 46 Fällen waren zusätzliche Arzneimittel vorzufinden, die nicht in der Dokumentation festgehalten wurden.
- In 45 Fällen lag die dokumentierte Bedarfsmedikation nicht vor.
- In 14 Fällen wurden bereits abgesetzte Arzneimittel weiterhin gelagert.

Insgesamt stimmten in 80 % die gestellten Arzneimittel mit der Arzneimitteldokumentation überein:

Abbildung 2: Anteil der Fälle, in denen die gestellten Arzneimittel mit der Dokumentation übereinstimmten



Bei den Fehlern handelte es sich in erster Linie um Dokumentationsfehler. So wurden Medikationsänderungen nicht entsprechend in die Dokumentation übertragen oder die Dosierungen

nicht korrekt in die Stellpläne aufgenommen. Allerdings fehlten bei den gestellten Arzneimitteln zum Teil auch Arzneimittel, oder es wurden falsche Medikamente gestellt.

Qualitätskontrolle in der ambulanten Pflege

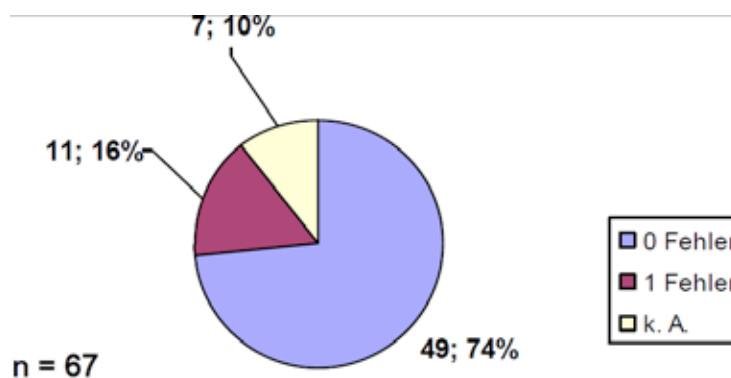
Bei 12 der 13 ambulanten Pflegedienste wurden die Arzneimittel in den Pflegedienstzentralen gelagert, sodass die Arzneimittelaufbewahrung dann vor Ort überprüft wurde. Es wurden in den Einrichtungen die Daten von 67 Patientinnen und Patienten erhoben. In 41 Fällen wurde der Stellprozess zentral in der Pflegediensteinrichtung überprüft und in 27 Fällen wurden die Pflegebedürftigen zusammen mit einer Pflegefachkraft zu Hause aufgesucht, wobei hier in 26 Fällen Arzneimittel gestellt wurden. Zu den Hausbesuchen durch das Gesundheitsamt Hamm mussten die betreuten Personen gesondert zustimmen.

Diese Patientenbesuche waren insofern eine wertvolle Erfahrung, dass ein reeller Einblick in das Arbeitsfeld der Pflegefachkräfte gegeben wurde. Wenn beispielsweise Personen mit „Messie-Syndrom“ ihre Arzneimittel zwischen Müll lagern oder Demenkte ihre Medikamente im Backofen verlegen, müssen dies die Pflegefachkräfte zunächst hinnehmen, denn hierbei handelt es sich um den persönlichen und damit für die Personen freien Raum. Daher ist es hier, anders als in der stationären Pflege, deutlich schwieriger, die Arzneimitteltherapie sicher zu gestalten. Stellt jedoch der ambulante Pflegedienst Probleme in der Arzneimittelversorgung fest, so ist der behandelnde Arzt zu informieren.

Die ambulanten Pflegedienste stellten die Arzneimittel zentral durchschnittlich für sieben betreute Personen, in der Regel von Pflegefachkräften (in elf Pflegediensten). Diese Pflegefachkräfte wurden bei den elf Pflegediensten auch entsprechend geschult. Hier ist zu erwähnen, dass die Stadt Hamm seit zehn Jahren einmal jährlich eine Fortbildungsveranstaltung für alle ambulant und stationär tätigen Pflegefachkräfte veranstaltet. Dabei werden aktuelle Informationen zu den Arzneimitteln, den Arzneiformen und deren Teilbarkeit mitgeteilt.

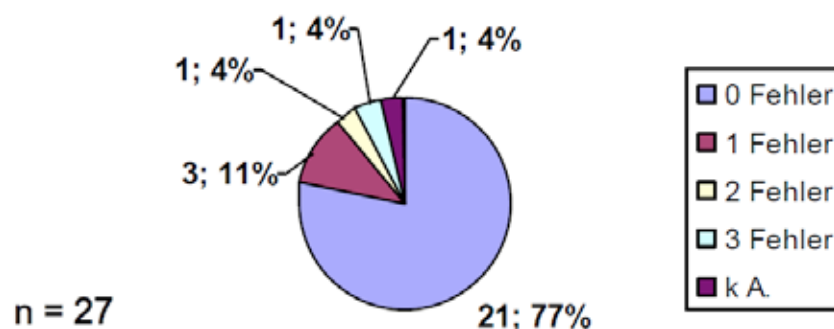
Das Stellen der Arzneimittel erfolgte in ca. 74 % ohne Fehler.

Abbildung 3: Anteil der Fehler bei den Stellprozessen insgesamt



Auch wenn die Arzneimittel bei den Pflegebedürftigen zu Hause gestellt wurden, fand dies überwiegend ohne Fehler statt (hier bei ca. 77 %).

Abbildung 4: Anteil der Fehler bei den Stellprozessen, die bei den Pflegebedürftigen zu Hause stattfinden



Folgende positive Aspekte bei der Arzneimittellagerung wurden festgestellt:

- Die Arzneimittel wurden personenbezogen aufbewahrt.
- Ein Depot unverbrauchter Arzneimittel lag nur in zwei Fällen vor.
- Die Medizinprodukte lagerten ordnungsgemäß.
- Die Arzneimittel lagerten unter Verschluss, in vollständigem Packmaterial und die Lagerhinweise wurden beachtet.
- Die Arzneimittel wurden nicht dauerhaft in den Fahrzeugen gelagert.

Bei folgenden Aspekten hingegen gab es Probleme:

- Auf flüssigen Zubereitungen fehlten die Anbruchdaten.
- Die Ablauffristen wurden nicht immer eingehalten.
- Die Verfalldaten wurden nicht regelmäßig kontrolliert.
- Die stellenden Pflegefachkräfte kannten nicht immer die CMR (cancerogen-mutagen-reprotoxic)-Schutzmaßnahmen.
- Haut- und Händedesinfektionsmittel wurden häufig umgefüllt.

Die Befragung, wie viele verschiedene Ärztinnen oder Ärzte die Patientinnen und Patienten behandelten, zeigte, dass die Versicherten überwiegend von einer Hausärztin bzw. einem Hausarzt betreut wurden.

Der Vergleich der dokumentierten mit den gelagerten Arzneimitteln zeigte, dass hier in ca. 80 % eine Übereinstimmung vorlag:

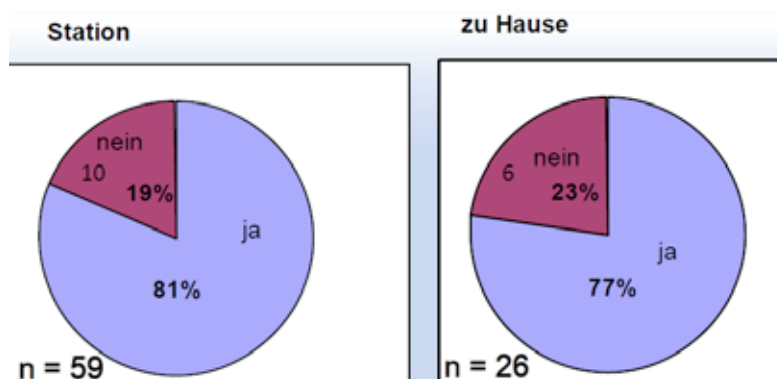
Gründe für die Nicht-Übereinstimmung waren folgende:

- Es wurden Arzneimittel gelagert, die nicht in der Dokumentation vermerkt waren.
- Bedarfsarzneimittel wurden nicht vorrätig gehalten.
- Falsche Arzneimittel wurden gelagert.
- Die Dokumentation wies Fehler auf.

Zusammengefasste Ergebnisse aus der stationären und ambulanten Pflege

Pro Patientin bzw. pro Patient wurden durchschnittlich 7,35 Arzneimittel im stationären Bereich und 6,5 Arzneimittel in der ambulanten Pflege verordnet.

Abbildung 5: Anteil der Übereinstimmung der Arzneimittel in der Dokumentation mit dem Arzneimittelvorrat (unter „Station“ ist hier die Zentrale des Pflegedienstes zu verstehen)



Im stationären Bereich fehlten in sieben Fällen, im ambulanten Bereich in zwei Fällen bei der Bedarfsmedikation die Angaben zur Höchstdosierung. Insgesamt wurde somit überwiegend die Bedarfsmedikation korrekt gelagert und dokumentiert.

Für den stationären Bereich wurden allgemeine Verfahrensanweisungen zur Lagerung und zum Umgang mit abgesetzten Arzneimitteln erstellt. Danach sollen abgesetzte Arzneimittel, die ggf. später noch einmal angewendet werden sollen, zunächst den Bedarfsarzneimitteln zugeordnet werden. Nach 3 Monaten soll dann kritisch nach Rücksprache mit dem Arzt geprüft werden, ob die Arzneimittel weiterhin benötigt werden.

Schnittstellenproblematik

Während der Datenerhebung wurde deutlich, dass z. B. Änderungen in der aktuellen Medikationsdokumentation für die ambulanten Pflegedienste häufig ein Problem darstellt. Denn die Pflegeakten mit der aktuellen Medikationsliste befanden sich hier überwiegend bei den betreuten Personen zu Hause, das zentrale Stellen der Arzneimittel in den Pflegeeinrichtungen stellt somit ein Problem dar.

Ein weiteres Problem, nicht nur im ambulanten, sondern auch im stationären Bereich ist die Kommunikation unter den Berufsgruppen. Nur wenn die versorgenden Apotheken mit den Ärztinnen bzw. Ärzten und den Pflegefachkräften kommunizieren, kann in allen drei Bereichen stets der aktuelle Medikationsplan vorliegen, wodurch eine Grundlage für die Arzneimitteltherapiesicherheit gegeben wäre.

Verantwortung der Pflegedienste bei der Arzneimitteltherapie

Wenn es darum geht, die Arzneimitteltherapiesicherheit in der ambulanten Pflege zu verbessern, muss berücksichtigt werden, dass die ambulant tätigen Pflegefachkräfte nicht in der Art und Weise in die Pflicht genommen werden können, wie es im stationären Bereich der Fall

ist. In der ambulanten Pflege haben die Patientinnen und Patienten und auch deren Angehörige meist eine deutlich größere Rolle in der Arzneitherapie als in den Pflegeheimen. Dies wird bereits dadurch deutlich, dass einige Patientinnen und Patienten ihre Arzneimittel selbstständig lagern. Dem ambulanten Pflegedienst wird nur in einer begrenzten Zahl von betreuten Patienten die Verantwortung für die Arzneimittelgabe übertragen. Im Gegensatz dazu gehört im stationären Heim die Arzneimittelversorgung, Lagerung, Stellen und ordnungsgemäße Gabe der Arzneimittel zur Betreuung der Bewohner.

Teil 2: Erhebung im Hochsauerlandkreis

Der Anteil der Pflegebedürftigen in NRW bzw. der gesamten Bundesrepublik wird in den kommenden Jahren ansteigen, weswegen der Öffentliche Gesundheitsdienst der Überwachung der Arzneimitteltherapie in diesem pflegerischen Bereich verstärkt Bedeutung beimisst.

Im Jahre 2012 lagen nur wenige Untersuchungen vor, die sich mit der Arzneimitteltherapie in der ambulanten Pflege befassten. So gab es Prüfberichte des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherungen, die Untersuchung der Stadt Hamm, die hier von Frau Dr. Stapel vorgestellt wurde, sowie einen Bericht des Bayerischen Landesamtes für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit, der sich insbesondere mit der Hygiene in ambulanten Pflegediensten befasste⁷¹.

Aufgrund der geringen Datengrundlage wollte das Gesundheitsamt des Hochsauerlandkreises die Arzneimitteltherapie in den ambulanten Pflegediensten des Kreises selbst untersuchen, um sich einen Überblick über die aktuelle Versorgungslage zu verschaffen. Der folgende Beitrag befasst sich mit diesem Projekt, das demnächst auch in der pharmazeutischen Fachpresse veröffentlicht werden wird⁷².

Pilotprojekt

Bereits im Jahr 2000 wurden im Hochsauerlandkreis 29 ambulante Pflegedienste besichtigt. In 25 Pflegediensten wurden Arzneimittel gelagert. Auffällig war hierbei, dass bei sieben Pflegediensten in Depots Arzneimittel vorhanden waren, die nicht personenbezogen gelagert wurden. Von den Pflegebedürftigen nicht mehr benötigte Arzneimittel wurden für den Bedarfsfall gemeinsam gesammelt und an Hospize, Ärztinnen und Ärzte, Krankenhäuser oder andere Pflegebedürftigen weiter gegeben. Des Weiteren war zu bemängeln, dass in vielen Pflegediensten die Arzneimittel während der Touren über mehrere Stunden in den Autos aufbewahrt wurden. Wie in Frau Dr. Stapels Vortrag berichtet, füllten auch die hier untersuchten Pflegedienste die Händedesinfektionsmittel häufig um. Dieses Problem tritt nun jedoch kaum noch auf.

Prüfung der ambulanten Pflegedienste im Jahr 2013

Das Projekt im Jahr 2013 führten Frau Büenefeld, Frau Gronwald-Macedo und der damalige Amtsapotheker des Hochsauerlandkreises, Herr Stahl, durch. Von den 35 ambulanten Pflegediensten im Hochsauerlandkreis wurden 21 im Rahmen der Überwachung nach dem Arzneimittelgesetz überprüft (AMG § 64 Absatz 1).

Für diese Überprüfung wurde ein Kontrollkatalog mit insgesamt 36 Prüfparametern erstellt. Der Umgang mit den Arzneimitteln und den Betäubungsmitteln, das Stellen von Arzneimitteln und das Qualitätsmanagement standen dabei im Vordergrund.

Die Prüfungen fanden zu Beginn unangemeldet statt. Da jedoch häufig keine Mitarbeiterin bzw. kein Mitarbeiter bei den Pflegedienstzentralen anzutreffen war, wurden die Besuche schließlich doch angekündigt.

Zusätzlich zur Datenerhebung wurden im Hochsauerlandkreis und dem Kreis Soest Fortbildungen durchgeführt. Diese thematisierten das Stellen von Arzneimitteln, die Lagerungen von Arzneimitteln in den Einrichtungen der ambulanten Pflegedienste sowie die Lagerungen in den

71 http://www.lgl.bayern.de/gesundheit/hygiene/krankenhaus/ambulante_pflege.htm letzter Aufruf 27.07.2015.

72 Die Veröffentlichung hat inzwischen stattgefunden: <http://www.pharmazeutische-zeitung.de/index.php?id=58854> letzter Aufruf 27.07.2015.

privaten Haushalten. Auch wurde die Lagerung, die Dokumentation und die Entsorgung von Betäubungsmitteln thematisiert.

Insgesamt nahmen an diesen Fortbildungsveranstaltungen weniger Pflegefachkräfte teil als erhofft. Meist waren mehrere Teilnehmerinnen und Teilnehmer von einem Pflegedienst anwesend, während hingegen von anderen Pflegediensten keine Mitarbeiterin bzw. kein Mitarbeiter teilnahm. Daher wurden mit den Fortbildungen nur etwa 10 % der Pflegedienste erreicht.

Da keine Rechtsgrundlage für die Lagerung von Arzneimitteln speziell in ambulanten Pflegediensten existierte, gelten hier die Regeln und der Stand der pharmazeutischen Wissenschaft (die beispielsweise im Arzneibuch festgehalten sind). Weitere Grundlagen für die Untersuchung waren:

- das Betäubungsmittelgesetz,
- die Fachinformation,
- die Technische Regel für Gefahrstoffe 552 und
- die Empfehlung zur Prävention und Kontrolle Katheder-assoziiertes Harnwegsinfektionen⁷³.

Ergebnisse

In 17 der 21 überprüften Pflegedienste wurden Arzneimittel gelagert. Ein Pflegedienst bewahrte die Arzneimittel bei den betreuten Personen zu Hause in abschließbaren Boxen auf. Dieser Pflegedienst lehnte es strikt ab, Arzneimittel in den eigenen Räumlichkeiten zu lagern.

Für wie viele Pflegebedürftige die Arzneimittel gestellt wurden, variierte bei den Pflegediensten stark. So gab es Pflegedienste, die lediglich für drei Personen stellten sowie Pflegedienste, die für 30 Personen das Stellen der Arzneimittel übernahmen. Allerdings wurden die Arzneimittel einheitlich für einen Zeitraum von einer Woche gestellt.

Die Beschaffung der Arzneimittel wurde laut Auskunft der Pflegedienste für alle Patientinnen und Patienten von den Pflegediensten übernommen, wobei die freie Apothekenwahl gewährleistet sein sollte. Lediglich wenn die Personen keinen Apothekenwunsch äußerten, legte der Pflegedienst eine Apotheke fest. Bei zehn Pflegediensten wurden diese Vereinbarungen in Verträgen schriftlich festgehalten.

Positiv aufgefallen ist, dass in allen Pflegediensten alle Arzneimittel personenbezogen, sauber und übersichtlich aufbewahrt wurden. Allerdings wurden bei zwei Pflegediensten die Arzneimittel über längere Zeiträume ungekühlt in den Autos transportiert. Bei zwei Pflegediensten waren die Lagerräume in der Pflegedienstzentrale zur Lagerung von Arzneimitteln ungeeignet. So befand sich eine Pflegedienstzentrale im Obergeschoss unter dem Dach. Die schlechte Dämmung führte dazu, dass im Sommer Temperaturen über 30 °C erreicht wurden. Bei einem anderen Pflegedienst wurden die Arzneimittel in einem innen liegenden Raum gelagert, in dem sich auch ein Computer befand, der den Raum stark aufheizte.

In keinem Pflegedienst wurde die Lagerungstemperatur geprüft und dokumentiert, weswegen die Pflegedienste dazu aufgefordert wurden, Thermometer aufzuhängen und die Temperaturen regelmäßig zu dokumentieren.

Die Pflegedienste wurden befragt, ob sie die Einnahmezeitpunkte beim Stellen und Verabreichen der Arzneimittel beachteten. Es wurde deutlich, dass nicht nur die Pflegefachkräfte, sondern auch Angehörige oder weiteres Personal, das für die Betreuung der Pflegebedürftigen zuständig war, Verantwortung bei der Arzneimittelgabe haben. Die Pflegefachkräfte sagten

73 http://edoc.rki.de/documents/rki_ab/reKNpBgNk2ng/PDF/28b1Nc4XSIU.pdf letzter Aufruf 27.07.2015.

jedoch aus, dass sie in solchen Fällen spezielle Hinweise beispielsweise zu den Einnahmezeitpunkten weitergeben würden.

Wenn Katheder angelegt werden mussten, bemängelten die Pflegefachkräfte, dass die Ärztinnen und Ärzte sich zum Teil weigerten, Kathedersets zu verordnen. Einige Pflegefachkräfte verweigerten in diesen Fällen, die Katheder zu legen. In zwei Pflegediensten wurden die Katheder allerdings ohne Gleitgel und mit unsterilem Wasser gelegt.

Die Überprüfung der Verfalldaten ergab, dass in vier Pflegediensten verfallene Arzneimittel vorgefunden wurden (zweimal vier verfallene, einmal zwei verfallene und einmal ein verfallenes Arzneimittel).

Ein Pflegedienst, der bei der ersten Erhebung im Jahr 2000 noch nicht existierte, füllte aus fünf-Liter-Kanistern Händedesinfektionsmittel ab.

Acht Pflegedienste lagerten in ihren eigenen Räumen Betäubungsmittel, wobei es sich bei fünf der Dienste um palliativ-medizinische-Einrichtungen handelte. Notfalldepots lagen hier nicht vor, allerdings merkten zwei Pflegedienste an, dass sie überlegten, ein solches Depot einzurichten.

Bei vier dieser acht Pflegediensteinrichtungen wurden die Betäubungsmittel nicht ausreichend sicher gelagert. So wurde beispielsweise hierfür eine Geldkassette verwendet, die nicht im Boden verankert war. Eine ausreichende Dokumentation der Ein- und Ausgänge der Betäubungsmittel lag nur bei drei Pflegediensten vor. Die Prüferin bzw. der Prüfer des Gesundheitsamtes verwies in diesen Fällen auf die Bundesopiumstelle, die Vorgaben für die Dokumentation herausgibt.

Bei 17 Pflegediensten wurden Arzneimittel in den Räumen der Pflegedienste gestellt. Alle Pflegedienste richteten die Arzneimittel jedoch auch bei den Pflegebedürftigen zu Hause. Regelmäßige Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Stellen von Arzneimitteln und auch zum Umgang mit Arzneimitteln allgemein fanden bei allen Pflegediensten nicht statt. Lediglich zwei Pflegedienste hatten für ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter umfassendes Schulungsmaterial im Rahmen des Qualitätsmanagements erstellt. Positiv aufgefallen ist zudem, dass alle Pflegedienste dokumentierten, welche Person zu welchem Zeitpunkt die Arzneimittel gestellt hatte.

Das Stellen erfolgte, wie bereits erwähnt, wöchentlich. Als die Prüferinnen und Prüfer des Gesundheitsamtes darauf hinwiesen, dass die Lagerung der ausgeblisterten Arzneimittel in den Dispensern die Qualität der Wirkstoffe beeinflussen könnte, erläuterten einige Pflegedienste, dass sie auf ärztliche Anordnung auch täglich stellen würden. In zwei Pflegediensten wurden die Arzneimittel nicht ausgeblistert, sondern in den Blistern gestellt, wenn eine Pflegefachkraft oder Angehörige die Arzneimittel vergaben. Wenn die betreute Person jedoch die Arzneimittel eigenständig einnahm, wurden auch hier die Arzneimittel ausgeblistert.

Bei 19 Pflegediensten wurden Arzneimittel geteilt, wobei vier dieser Pflegedienste die Teilbarkeit nicht überprüften. Bei den 15 Pflegediensten, die sich über die Teilbarkeit informierten, wurden bei zwei Diensten geteilte Arzneimittel vorgefunden, die nicht teilbar waren (Details s. u.). Die meisten Pflegedienste verwendeten zum Teilen Tablettenteiler, die jedoch sehr häufig verschmutzt waren. Ein weiterer hygienischer Mangel war bei den Dispensern vorzufinden. Drei Pflegedienste reinigten diese nie, vier lediglich bei sichtbaren starken Verschmutzungen. Auf Nachfrage gaben die Pflegedienste an, dass sie sich nicht für die Reinigung zuständig fühlten, sondern die Angehörigen in der Pflicht sahen. Des Weiteren fiel auf, dass in acht Pflegediensten die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Teilen keine Einmalhandschuhe verwendeten.

Bei den 50 überprüften Dispensern traten folgende Stellfehler auf:

- Dreimal wurden Arzneimittel geteilt, die nicht teilbar waren; einmal eine magensaftresistente Pantoprazoltablette, einmal eine Furosemidtablette und einmal eine Tablette mit Carbamazepin.
- In einem Fall wurde eine Bisoprololtablette vergessen.
- Dreimal wurde eine falsche Dosierung gestellt; notiert war in einem Fall „Metoprolol 42,5 morgens zwei und abends zwei“, gestellt wurde morgens und abends je ein Drittel einer Metoprolol 142,5 mg; in einem anderen Fall wurde Risperidon in einer zu geringen Dosierung gestellt, und im dritten Fall wurde die Anordnung der Dosisumstellung zu spät umgesetzt.
- In zwei Fällen wurden falsche Arzneimittel gestellt; anstelle von Prednisolon wurde Prednison gestellt.

Zum Teil wurden Schmelztabletten für eine ganze Woche ausgeblistert und gestellt. Auch Brausetabletten wurden eine Woche im Voraus in den Dispensern verteilt.

Ein Projekt der „Learning Community“ im Kreis Heinsberg zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit: Der Medikationspass

Susanna Steiner van der Kruk

Im Gesetzesentwurf des so genannten „E-Health-Gesetzes“ ist ab 2016 ein Medikationsplan für Patientinnen und Patienten, die drei oder mehr Arzneimittel einnehmen, vorgesehen⁷⁴. Erfahrungen mit einer solchen Dokumentation haben einige Bewohnerinnen und Bewohner des Kreises Heinsberg, da hier in einer „Learning Community“ ein Medikationspass entwickelt wurde, der nun seit 2014 in Wegberg getestet wird. Im Vorhinein ist anzumerken, dass sich der im Gesetz vorgesehene Medikationsplan in einigen Punkten von dem hier vorgestellten Medikationspass unterscheidet, was im Verlauf des Beitrags noch deutlicher werden wird.

In dem Beitrag soll zunächst der Begriff der „Learning Community“ genauer erläutert und theoretisch verortet werden. Basierend auf dieser Darlegung wird die Bedeutung einer „Learning Community“ für die Untersuchung und Gestaltung der Informationsinfrastruktur im Gesundheitswesen aufgezeigt. Als nächstes wird die „Learning Community“, wie sie im Kreis Heinsberg umgesetzt wurde, vorgestellt und weiter erklärt, wie die Idee des Medikationspasses entstanden ist. Anschließend werden das Pilotprojekt zum Medikationspass und die ersten Ergebnisse beschrieben. Zum Schluss wird die wichtigste Frage aus der Diskussion, die im Anschluss an den Beitrag geführt wurde, aufgegriffen, nämlich: Was wird aus dem Medikationspass, wenn ab 2016 der Medikationsplan verpflichtend wird?

Der Begriff „Learning Community“

Der Begriff „Learning Community“ stammt aus den Lern- und Erziehungswissenschaften. Hier wurde er in den 90er Jahren eingeführt, um das sozialkonstruktivistische und lernprozessbasierte Verständnis von Wissen hervorzuheben. Die Vertreter dieser theoretischen Ausrichtung nehmen an, dass Wissen nicht etwas Universelles, Absolutes ist, das „dort draußen“ existiert, sondern dass es stets in einem sozialen Prozess und durch kollaboratives Lernen erzeugt wird^{75 76 77}.

74 Gesetzesentwurf „E-Health-Gesetz“, 03.07.2015, Bundesministerium für Gesundheit, http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/E/eHealth/150527_Gesetzesentwurf_E-Health.pdf letzter Aufruf 21.07.2015. Die erste Lesung im Deutschen Bundestag fand am 03.07.2015 statt.

75 Cross P.K. (1998). Why learning communities? Why now? About Campus, July-August, 4-11.

76 Hord S.M. (2009). Professional learning communities. National Staff Development Council, 30 (1), 40-43.

77 Learning Community, Wikipedia, https://en.wikipedia.org/wiki/Learning_community letzter Aufruf 22.07.2015.

Im Allgemeinen gibt es keine einheitliche Definition des Begriffs „Learning Community“. Er wird in verschiedenen Zusammenhängen verwendet und steht für unterschiedliche Formen des kollaborativen Lernens. Diese reichen von lose gekoppelten Lerngruppen über stark strukturierte Lernprogramme bis hin zu informellen Lebensgemeinschaften^{78 79}. Auch wenn es unterschiedliche Formen und Definitionen des Begriffs „Learning Community“ gibt, so sind sich die Vertreter des Lernprozessansatzes über folgende Grundannahmen einig^{80 81}:

Wissen wird als ein soziales Phänomen verstanden, das entsprechend durch soziale Prozesse konstruiert wird, und in der Folge lokal und historisch geprägt ist.

Wissen entsteht nicht durch einen rein kognitiven Übermittlungsprozess, sondern indem Menschen zusammenarbeiten, gemeinsam experimentieren und auf diese Weise einen kollaborativen Lernprozess inmitten ihrer Alltagswelt erleben. Lernen wird folglich verstanden als ein Dialog, als gemeinsames Reflektieren und Experimentieren in einer praktizierenden Gemeinschaft. Die Vorstellung eines hierarchischen Lehrer-Schüler-Verhältnisses wird abgelöst durch ein egalitäres Verhältnis zwischen Lernenden.

In der Folge des theoretischen Verständnisses von Wissen als eines Prozesses kollaborativen Lernens wird Theorie nicht als etwas Separates, der Praxis Übergeordnetes verstanden, sondern man nimmt an, dass die Theorie zur Lösung praktischer Probleme aus der Praxis heraus entwickelt werden muss. Somit sind Theorie und Praxis einander gleichgestellt und bedingen sich gegenseitig.

Der Lernprozessansatz wurde auch in vielen anderen wissenschaftlichen Disziplinen wie z.B. der Organisations- und Techniksoziologie oder der Design- und Implementierungsforschung aufgenommen und entsprechend ausgearbeitet. Im folgenden Abschnitt sollen kurz die theoretischen Konzepte dieser Disziplinen vorgestellt und erläutert werden, welche Bedeutung diese für die Untersuchung und Gestaltung von Informationsinfrastruktur haben.

Die Gestaltung von Informationsinfrastruktur - Entwicklung und Umsetzung als ein kollaborativer Lernprozess

Seit der Einführung von Computern im Arbeitsalltag befassen sich Fachdisziplinen wie die Designforschung, die Organisationssoziologie oder die Wirtschaftsinformatik mit der Untersuchung der Gestaltung und Nutzung von Informations- und Kommunikationstechnologie (IKT) sowie mit dem dadurch ausgelösten organisationalen Wandel. Da die gegenseitigen Abhängigkeiten und Wechselwirkungen zwischen einzelnen Informationssystemen und organisationalen Praktiken im Verlaufe der Zeit stark zugenommen haben, spricht man heute vermehrt von Informationsinfrastruktur, wenn man die Nutzung von IKT im (inter)organisationalen Kontext untersucht⁸². Informationsinfrastruktur wird dabei als ein komplexes sozio-technisches Gebilde verstanden, das über seine technischen Komponenten hinausgeht. Zentraler Untersuchungsgegenstand werden aus einer solchen Betrachtungsweise die sozio-materiellen Alltagspraktiken heterogener Akteure sowie die organisations- und berufsübergreifende Abstimmung zwischen diesen zur Ermöglichung der Kommunikation und Zusammenarbeit, in diesem Fall im Gesundheitswesen. Der Lernprozessansatz kommt hier nun dadurch zum Tragen, indem angenommen wird, dass die organisations- und berufsübergreifende Abstimmung weder strukturell vorweggenommen werden kann, noch funktional zu erwarten ist, sondern in

78 Smith B.L. (1993). Creating learning communities. *Liberal Education*, 79 (4), 32-39.

79 Cross P.K. (1998). Why learning communities? Why now? a.a.O.

80 Cross P.K. (1998). Why learning communities? Why now? a.a.O.

81 Hord S.M. (2009). Professional learning communities. a.a.O.

82 Hanseth O. and Lyytinen K. (2004). Theorizing about the design of information infrastructures: Design kernel theories and principles. *Sprouts: Working Papers on Information Environments, Systems and Organizations*, 4 (4), 207-241.

einem gegenseitigen, fortlaufenden Lernprozess erreicht werden muss⁸³. Man spricht in diesem Zusammenhang auch von „interorganisationalem Lernen“. Solche Lernprozesse finden jedoch nicht in jedem Fall statt, sondern nur in Gemeinschaften, die sich durch ihr gemeinsames Engagement am kollaborativen Lernen zur fortlaufenden Verbesserung ihrer Praktiken auszeichnen⁸⁴. Ein Konzept, das in diesem Zusammenhang häufig verwendet wird, ist die „Community of Practice“^{85 86 87}.

Angesichts der Tatsache, dass sich Infrastrukturprojekte im Gesundheitswesen häufig als ein langwieriger und sperriger Prozess entpuppen^{88 89}, sind erfolgreiche Gestaltungs- und Umsetzungsstrategien sehr gefragt. Ein weit verbreiteter Ansatz, von dem man sich in der Design- und Implementierungsforschung viel verspricht, sind partizipative Methoden⁹⁰. Hier werden Vertreterinnen und Vertreter resp. zukünftige Beteiligte und Nutzerinnen und Nutzer in die Planung, Entwicklung und Umsetzung aktiv involviert. Die Vorgehensweise ist prozessorientiert, reflexiv und experimentierend; im Gegensatz zu einer deduktiv-systematischen Vorgehensweise werden Ziele und Lösungen nicht von Beginn an vorgegeben, sondern diese entwickeln sich im Laufe der Zeit aus eigenen Problemen und Erfahrungen und durch gemeinsames Experimentieren und Reflektieren. Gestaltung wird aus dieser Sicht als ein fortlaufender, kollaborativer Lernprozess verstanden^{91 92 93}. Der lernprozessbasierte Gestaltungsansatz wurde sowohl zur Entwicklung neuer Arbeitsmittel und Produkte, als auch zur Untersuchung und zur Gestaltung organisations- und berufsübergreifender Projekte resp. Infrastrukturprojekte^{94 95} angewendet oder vorgeschlagen. Die Vertreter des lernprozessbasierten Ansatzes versprechen sich von der partizipativen Herangehensweise Lösungen, die praxistauglicher, sozial nachhaltiger und zukunftsfähiger sind.

Ausgehend von den oben erläuterten lernprozessbasierten Annahmen dient die „Learning Community“ nun dazu, heterogene Akteure – hier im Gesundheitswesen – zusammenzubringen und systematisch darin zu unterstützen, gegenseitig über die unterschiedlichen Berufspraktiken zu lernen sowie die Erfahrungen aus der Zusammenarbeit in gemeinsamen Projekten, wie z. B. dem Medikationsspass, zu nutzen, um ein solides Fundament für die organisations- und professionsübergreifende Zusammenarbeit zu legen, so dass diese über längere Zeiträume hinweg gelingen kann.

83 Hellmer F., Friese C., Kollros H., Krumben W. (1999). Mythos Netzwerke. Regionale Innovationsprozesse zwischen Kontinuität und Wandel. Sigma, Berlin.

84 Lave J. and Wenger E. (1991). Situated learning: Legitimate peripheral participation. Cambridge University Press, Cambridge.

85 Brown J.S. and Duguid, P. (1991). Organizational learning and communities-of-practice: Toward a unified view of working, learning and innovation. *Organization Science*, 2 (1), 40-57.

86 Lave J. and Wenger E. (1991). Situated learning: Legitimate peripheral participation. a.a.O.

87 Community of Practice nach E. Wenger, National Center for the Dissemination of Disability Research, <http://www.ncddr.org/cop/whatiscope.html> letzter Aufruf 21.07.2015.

88 Z. B. Kellermann A.L. and Jones S.S. (2013). What it will take to achieve the as-yet-unfulfilled promises of health information technology. *Health Affairs*, 32 (1), 63–68.

89 Z. B. Steiner van der Kruk S. and Zhang, T. (2013). Studying the evolution of the Inter-Organizational Information Infrastructure (IOII) in Finnish health care from a practice theoretical perspective“ (2013). Proceedings of the 21st European Conference on Information Systems (ECIS), Utrecht (The Netherlands), 5-8 June, 2013, 1-7.

90 Chambers R. (1994). The origins and practice of participatory rural appraisal. *World Development*, 22 (7), 953-969.

91 Chambers R. (1994). The origins and practice of participatory rural appraisal. a.a.O.

92 Simon K. (2001). Local Governance als Lernprozeß: Die Entwicklungszusammenarbeit vor postmodernen Tendenzen in Dezentralisierung und Verwaltungsreform, in: Thomi, W., Steinich, M., Polte, W. (Hg.). *Dezentralisierung in Entwicklungsländern*, 1-24.

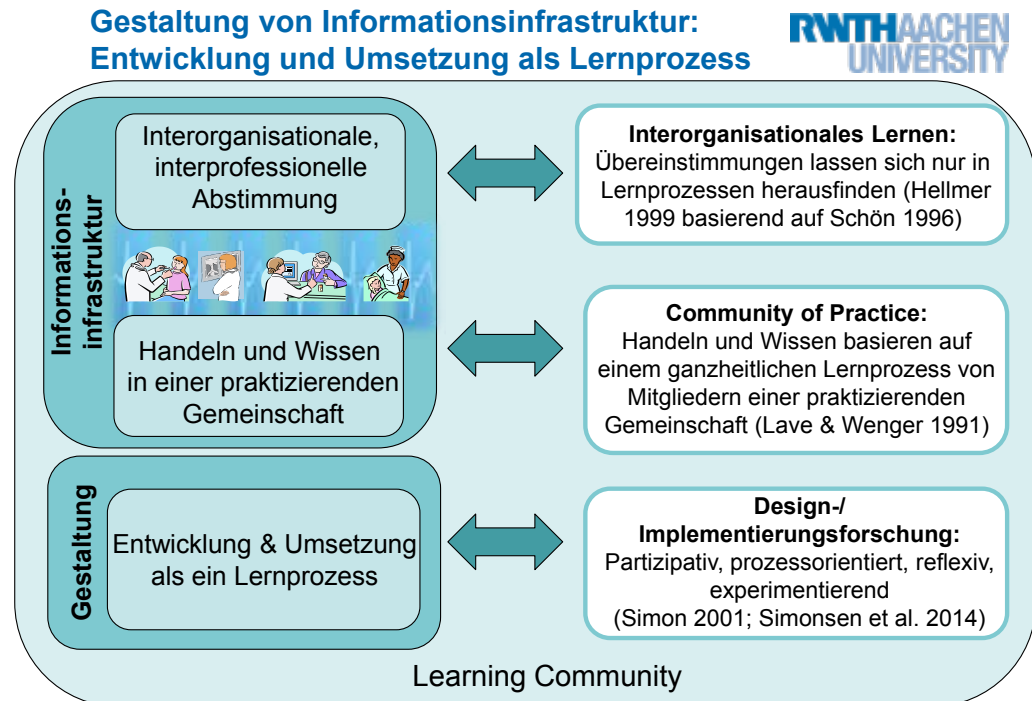
93 Simonsen J., Svabo C., Strandvad S.M., Samson K., Hertzum M., and Hansen O.E. (2014). *Situated design methods*. MIT Press, Cambridge, Massachusetts, London, England.

94 Z. B. Karasti H., and Syrjänen A-L. (2004). Artful infrastructuring in two cases of community participatory design. Proceedings Participatory Design Conference, July 27-31, 2004, Toronto, Canada, 20-30.

95 Z. B. Reimers K., Johnston R.B., Guo X., Klein S., Xie B. and Li M. (2011). Novice-based data collection methods for the study of IOIS: Practice probes and learning communities. Proceedings of 24th Bled eCommerce Conference „eFuture“, June 12-15, 2011, Bled, Slovenia, 407-420.

Die verschiedenen Bestandteile zum Verständnis der Idee der „Learning Community“, wie sie im Kreis Heinsberg umgesetzt wurde, werden in dem folgenden Schaubild (Abbildung 1) nochmals zusammengefasst:

Abbildung 1: Die Bestandteile der „Learning Community“, wie sie im Kreis Heinsberg umgesetzt wurde



Die „Learning Community“ im Kreis Heinsberg

Seit 2012 existiert eine „Learning Community“ in Aachen, die sich mit der Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit durch den Einsatz innovativer IT in der Medikamentenversorgung befasst. Im Kreis Heinsberg war diese „Learning Community“ bekannt. Die 21. Landesgesundheitskonferenz im Jahre 2012 formulierte Ziele im Bereich Arzneimitteltherapiesicherheit⁹⁶, worauf die einzelnen Gesundheitsämter unterschiedlich reagierten. Der Kreis Heinsberg beschloss daraufhin zusammen mit dem Lehr- und Forschungsgebiet Wirtschaftsinformatik der RWTH Aachen, eine „Learning Community“ im Kreis Heinsberg zu initiieren. Im September 2013 kamen Vertreterinnen und Vertreter unterschiedlicher Berufsgruppen des Gesundheitswesens in Heinsberg zusammen, um gemeinsam über die Herausforderungen und Verbesserungsmöglichkeiten bei der Arzneimitteltherapiesicherheit nachzudenken. Die Gruppe bestand aus zwei niedergelassenen Ärzten für Allgemeinmedizin, einer Amtsapothekerin, einer Abteilungsleiterin sowie eines Pflegestationsleiters eines ambulanten Pflegedienstes, eines Geschäftsführers und einer Pflegefachkraft einer Tagespflegeeinrichtung, des Leiters des Gesundheitsamtes Kreis Heinsberg, eines Patientenbeauftragten und aus zwei Forschenden des Lehr- und Forschungsgebiets Wirtschaftsinformatik an der RWTH Aachen. Zu Beginn nahm ebenfalls ein Mitarbeiter einer Krankenkasse teil.

96 21. Landesgesundheitskonferenz NRW, November 2012, http://www.mgepa.nrw.de/mediapool/pdf/gesundheit/LGK_2012_-_Entschlie__ung_20121120.pdf letzter Aufruf 22.07.2015.

Nach den ersten Gesprächen in der „Learning Community“ stellte sich heraus, dass sich alle Beteiligten für die Arzneimitteltherapiesicherheit bei älteren Patientinnen und Patienten mit Demenz interessierten. Diese Personen sind meist multimorbid und erhalten eine Polymedikation. Weiter kommt hinzu, dass körperliche Veränderungen bei älteren Menschen zu unerwarteten und veränderten Wirkungen von Medikamenten führen. Aufgrund dieser komplexen Medikationssituation bei älteren Patientinnen und Patienten können Neben- und Wechselwirkungen zunehmen, so dass eine intensive interprofessionelle Kooperation bei der Erstellung und Anpassung der Arzneimitteltherapie äußerst wichtig ist. Als weiterer wesentlicher Aspekt kommt hinzu, dass Patientinnen und Patienten mit Demenz aufgrund der kognitiven Einschränkungen meistens auf die Betreuung durch Angehörige, Nachbarn und/oder Pflegefachkräfte angewiesen sind. Für die Betreuenden bedeutet eine solche Situation viel zeitaufwändige und psychisch belastende Pflege- und Organisationsarbeit. Aus diesen Gründen war es in der „Learning Community“ ein Anliegen, der Frage nachzugehen, wie die Medikationssituation und das Medikationsmanagement im Kreis Heinsberg aussehen und welche Möglichkeiten es zur Verbesserung der Situation von Angehörigen und Pflegefachkräften gibt. Das Ziel war die Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit durch benutzerbasierte Projekte.

Der Weg zum Medikationspass

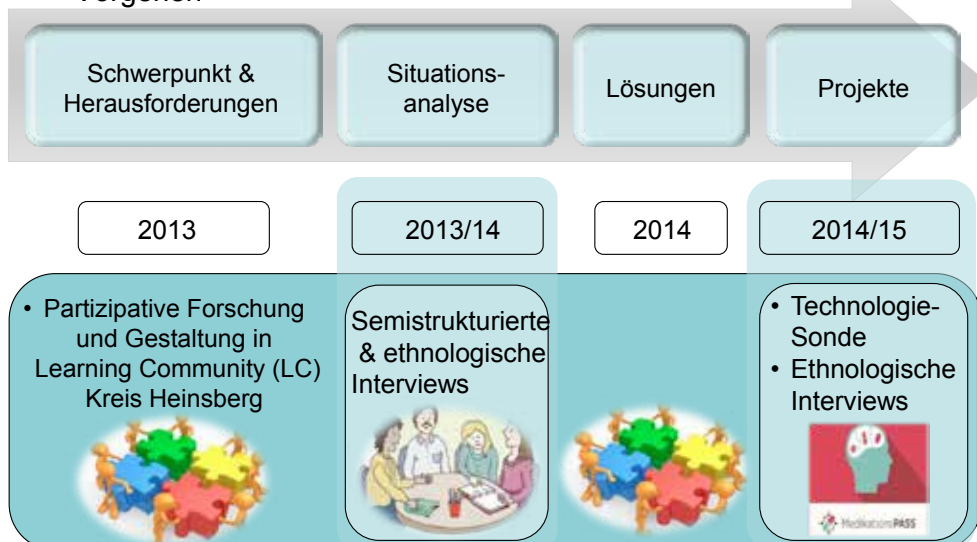
In den ersten Treffen der „Learning Community“ im Kreis Heinsberg wurde in 2013 der Schwerpunkt festgelegt und die Herausforderungen thematisiert. In einem nächsten Schritt wurde in 2013/14 die Situation im Kreis Heinsberg durch eine Patientenbefragung mittels semistrukturierter und ethnologischer Interviews untersucht. Die Ergebnisse dieser Interviews wurden in den regelmäßig stattfindenden Treffen der „Learning Community“ besprochen, und es wurde gemeinsam nach Lösungen für die vorhandenen Schwierigkeiten gesucht.

Abbildung 2: Vorgehensweise und zeitlicher Verlauf der Projektentwicklung und der wissenschaftlichen Begleitung in der „Learning Community“ im Kreis Heinsberg

Ziel und Vorgehen



- Ziel: Verbesserung der AMTS durch praxisbasierte Projekte
- Vorgehen



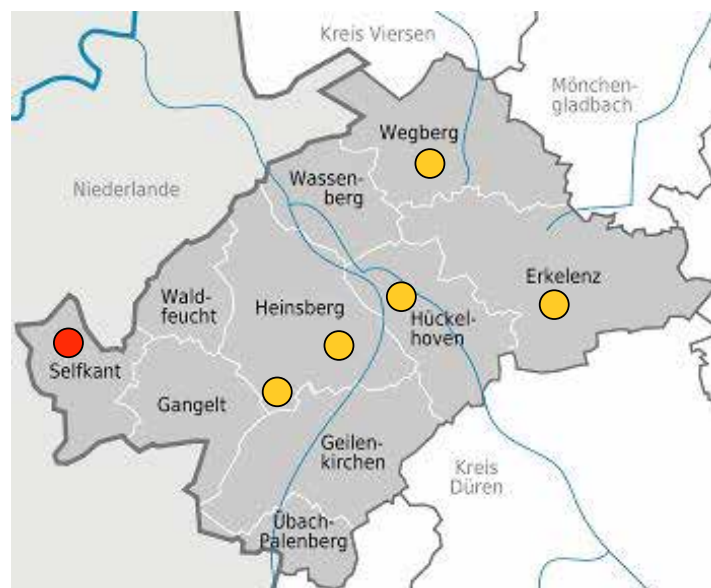
Der Medikationspass ging als eine mögliche Projektidee aus den Gesprächen hervor und wurde von allen Mitgliedern der „Learning Community“ getragen. Seit Herbst 2014 wird der Medikationspass in Wegberg erprobt und durch eine wissenschaftliche Untersuchung begleitet. Zur Datenerhebung werden das Instrument der Technologiesonde sowie ethnologische Interviews verwendet. Die Ergebnisse werden fortlaufend in der „Learning Community“ besprochen und zur Weiterentwicklung des Medikationspasses sowie zur Diskussion der Kommunikation und Koordination im Gesundheitswesen herangezogen.

Die semistrukturierten und ethnologischen Interviews

Die semistrukturierten und ethnologischen Interviews wurden im Rahmen der Abschlussarbeit einer Pflegefachkraft des Tagespflegeheims St. Josef zur Weiterbildung „Mittleres Management Pflege“ gemeinsam mit einer wissenschaftlichen Mitarbeiterin des Lehr- und Forschungsgebiets Wirtschaftsinformatik der RWTH Aachen durchgeführt. Im Gegensatz zu den semistrukturierten Interviews, die mittels eines Interviewleitfadens und in der Tagespflegeeinrichtung selbst durchgeführt wurden, fanden die ethnologischen Interviews in einem informelleren Rahmen statt und wurden möglichst offen und bezogen auf den unmittelbaren Lebensalltag der Befragten gestaltet⁹⁷. In diesem Fall fanden die ethnologischen Interviews zu Hause bei den Patientinnen und Patienten statt. Durch die Befragung in der Lebensumgebung war es möglich, Bezug zu nehmen zur Alltagswelt der Befragten und zu lernen, wie Alltagsgegenstände verwendet werden und welche Bedeutung diese für die Befragten haben.

Zunächst wurden sieben Gäste und deren Angehörige der Tagespflegeeinrichtung St. Josef des Standorts Höngen (Selfkant) befragt (Abbildung 3, rote Markierung).

Abbildung 3: Geographische Zuordnung der Tagespflegeeinrichtungen St. Josef



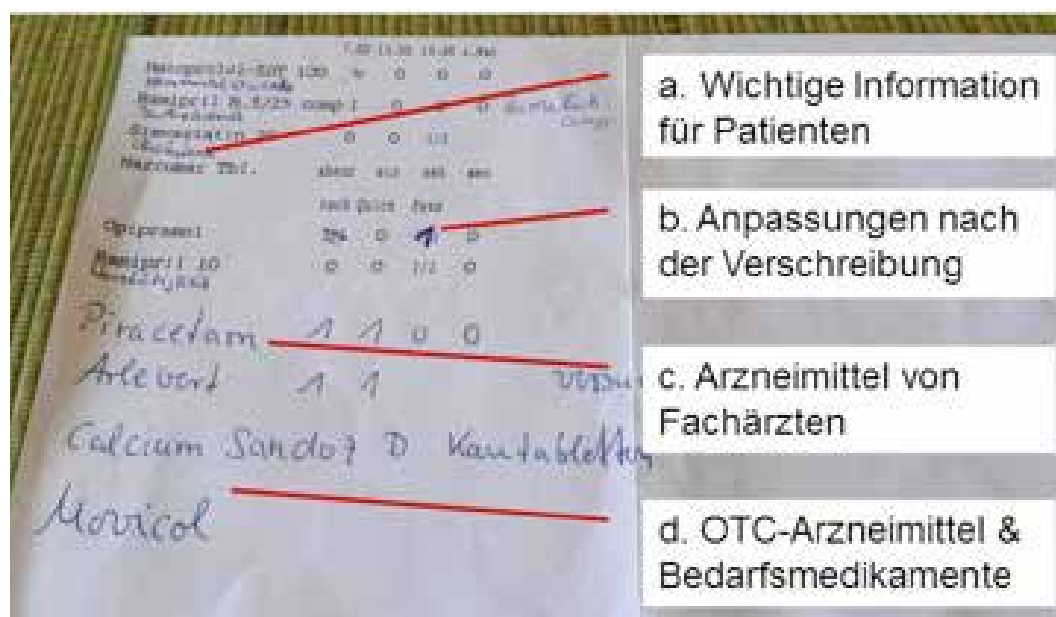
97 Besondere Interviewformen, Universität Augsburg, <http://qsfe-learning.imb-uni-augsburg.de/node/563> letzter Aufruf 22.07.2015; Ethnologische Methoden, Universität Augsburg, <https://crossmediaethno.wordpress.com/2013/07/14/methoden-ethnologischer-feldforschung/> letzter Aufruf 22.07.2015.

Auswahlkriterium war die Betreuungssituation der Patientinnen und Patienten bei der Medikamentenversorgung und beim Stellen der Medikamente, nämlich 1) durch Angehörige, 2) durch einen Pflegedienst oder 3) ohne Unterstützung durch Angehörige oder Pflegedienste. In einer zweiten Runde wurden im März 2014 weitere ethnologische Interviews an den fünf anderen Standorten der Tagespflegeeinrichtungen St. Josef im Kreis Heinsberg – Waldenrath, Erkelenz, Heinsberg, Oberbruch, Wegberg (Abbildung 3, orange Markierung) – durchgeführt, sodass insgesamt 16 Gäste der Tagespflegeeinrichtung St. Josef befragt werden konnten.

Die Ergebnisse der Patienteninterviews

Bei den Hausbesuchen fiel den Interviewerinnen auf, dass die Patientinnen und Patienten oder deren Angehörige verschiedene Dokumente der Ärztinnen und Ärzte in einer Sichtmappe sammeln und daraus eigenständig Stellpläne anfertigen (Abbildung 4). Häufig wurde die Medikamentenliste der behandelnden Hausärztin bzw. des behandelnden Hausarztes als Grundlage für die Erstellung eines Stellplans genommen. Bei genauer Betrachtung dieser Stellpläne fiel auf, dass sich die Patientinnen und Patienten bzw. deren Angehörige wichtige Informationen zu den einzelnen Arzneimitteln wie beispielsweise Indikationen auf den Stellplänen notierten (Punkt a. in Abbildung 4). Auch trugen sie Medikationsanpassungen nach der Verschreibung und weitere Verschreibungen, beispielsweise durch andere Fachärztinnen und Fachärzte, sowie OTC- Arzneimittel und Bedarfsmedikamente ein (Punkt b., c. und d. in Abbildung 4).

Abbildung 4: Stellplan einer interviewten Person auf Grundlage einer bestehenden ärztlichen Medikamentenliste



Die Entdeckung dieser Stellpläne war sehr interessant, da bisher die Meinung vertreten wurde, dass die Patientinnen und Patienten resp. deren Angehörige keine solche umfassende und aktuelle Dokumentation ihrer Medikamente führen würden. Die Stellpläne schienen auch deshalb fantastisch zu sein, weil sie nicht nur eine Hilfe für die Patientinnen und Patienten, sondern auch für die Pflegefachkräfte und die Ärztinnen und Ärzte sein könnten. Deshalb fragten die Interviewerinnen die Patientinnen und Patienten, ob sie diese Stellpläne ihren Ärztinnen und Ärzten, den Apothekerinnen und Apothekern oder den Pflegefachkräften zeigten. Hier-

bei wurde festgestellt, dass die Patientinnen und Patienten ihre Stellpläne allein zum privaten Gebrauch nutzten und sie nicht den genannten Berufsgruppen vorlegten.

Eine Schwierigkeit in diesem Zusammenhang, der Pflegefachkräfte in ihrer Arbeit öfters begegneten, war die Weiterleitung von Medikationsänderungen an die Tagespflegeeinrichtungen. Bei den hier interviewten Patientinnen und Patienten schrieben die Angehörigen die Medikationsänderungen auf Notizzettel und legten diese in die Patiententaschen. Der Vergleich der selbst erstellten Stellpläne der Patientinnen und Patienten mit der Medikationsdokumentation in den Tagespflegeeinrichtungen zeigte jedoch, dass die Medikationsdaten nicht immer übereinstimmten. Die Tagespflegeeinrichtungen waren allerdings sehr bemüht und wiesen die Patientinnen und Patienten und deren Angehörigen häufig darauf hin, ihnen die Medikationsänderungen mitzuteilen, da die Einrichtungen keine Auskünfte von Ärztinnen und Ärzten erhielten. Als die Patientinnen und Patienten gefragt wurden, warum sie diese Änderungen nicht regelmäßig mitteilten, stellte sich heraus, dass ihnen nicht bewusst war, dass Änderungen in der Medikation zu Tageszeiten, an denen sie sich nicht in der Tagespflegeeinrichtung aufhielten, für die Pflegefachkräfte von Bedeutung waren. Beispielsweise meldeten die Angehörigen Dosierungsänderungen der Mittagsmedikation, jedoch nicht der Abendmedikation, da sich die Patientinnen und Patienten abends zu Hause aufhielten.

Die Idee und die Gestaltung des Medikationspasses

Nach dieser durch Interviews ermittelten Situationsanalyse diskutierten die Mitglieder der „Learning Community“ im Kreis Heinsberg über Lösungsvorschläge zur Verbesserung der Kommunikation zwischen allen Beteiligten. Dabei waren die folgenden drei Punkte besonders wichtig:

1. Die Schaffung und Gestaltung von Instrumenten resp. Strukturen zur Weitergabe der umfassenden Informationen in den Stellplänen an die Pflegefachkräfte, die Apothekerinnen und Apotheker und die Ärztinnen und Ärzte
2. Die Lenkung der Informationsübermittlung wichtiger Angaben wie beispielsweise die Gesamtdarstellung der Einnahmezeitpunkte
3. Die Verbesserung der Wahrnehmung und der Thematisierbarkeit der Medikationssituation bei allen am Medikationsprozess Beteiligten

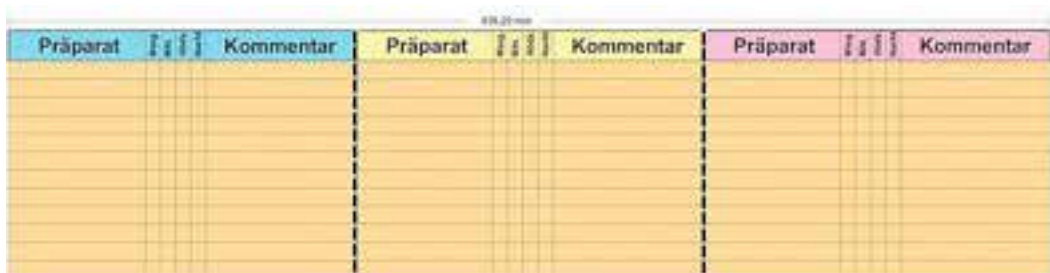
Die Mitglieder der „Learning Community“ waren sich schnell einig, einen Medikationspass erstellen zu wollen, allerdings ließ die Gestaltung noch Fragen offen. Die verschiedenen Berufsgruppen hatten unterschiedliche Auffassungen darüber, welche Informationen abgefragt werden sollten, damit die Medikationsangaben vollständig und nützlich seien. Letztendlich einigten sich die Mitglieder darauf, den Pass inhaltlich möglichst einfach zu gestalten, so dass die Nutzung im Alltag unkompliziert ist. Des Weiteren sollte sich der Medikationspass dazu eignen, den Einsatz eines solchen Hilfsmittels zu erforschen, und folglich als Technologiesonde dienen⁹⁸: Eine Technologiesonde ermöglicht die Untersuchung der Nutzung eines neuen Gegenstandes im Alltag. Weiter unterstützt eine Technologiesonde die aktive Beteiligung der Nutzerinnen und Nutzer am Entwicklungsprozess, indem diese den neuen Gegenstand in ihrem Alltag anwenden und basierend auf ihren Nutzungserfahrungen und den dadurch hervorgegangenen Inspirationen innovative Ideen für die Weiterentwicklung einbringen können. Neben der Einfachheit waren dementsprechend Offenheit und Anpassbarkeit weitere Kriterien für den Medikationspass. Alle am Medikationsprozess Beteiligten, auch die Patientinnen und Patienten, sollten die Möglichkeit erhalten, Medikationsanpassungen oder wichtige Bemer-

98 Hutchinson H. et al. (2003). Technology probes: Inspiring design for and with families. Proceedings of the CHI 2003, Ft. Lauderdale, Florida, USA, 1-8.

kungen mittels Kennzeichnungen und Notizen unmittelbar in den Pass einzutragen. Zwar könnten aus datenschutzrechtlichen Gründen Zweifel entstehen, wenn der Medikationspass unmittelbar lesbar ist, doch schien es den Mitgliedern der „Learning Community“ wichtig, den Medikationspass offen und zugänglich zu gestalten, sodass der Informationsaustausch und die Kommunikation zwischen den Berufsgruppen und Betroffenen möglichst sinnvoll unterstützt werden.

Die Mitglieder der „Learning Community“ entschieden sich für einen Pass aus Papier, da eine digitale Version für die meist älteren Patientinnen und Patienten nur schwer handhabbar wäre. Um den Medikationspass gut transportieren zu können, z.B. im Portemonnaie, sollte er die Größe einer Kreditkarte haben, weswegen ein faltbares Modell gewählt wurde. Eine Entwurfsvariante war eine so genannte „Ziehorgel“, die in ihrer Form dem Marcumar®-Pass ähnelte (Abbildung 5):

Abbildung 6: Entwurf eines Medikationspasses als Ziehorgel



Durch das Aufziehen der einzelnen Erfassungsblöcke (blau, gelb, rot) können Medikationsdaten fortlaufend erfasst werden. Durch die farbigen Blöcke sollte eine räumliche Ordnung und chronologische Orientierungsmöglichkeit geschaffen werden. In den Diskussionen der „Learning Community“ stellte sich jedoch heraus, dass die verschiedenen Farben der nebeneinander liegenden Erfassungsblöcke verwirrend wirken, da sie zu unterschiedlichen Interpretationen hinsichtlich des Erfassungszwecks einladen. Aus diesem Grund wurde die „Ziehorgel“ schlussendlich verworfen.

Eine andere Variante war ein Heftchen, das dem Impfpass ähnelte (Abbildung 6):

Abbildung 7: Entwurf eines Medikationspasses als Heftchen



Da man in dem Heftchen blättern musste, um die aktuellen Medikationsdaten zu überprüfen, empfanden die Mitglieder der „Learning Community“ das Heftchen unübersichtlich und unhandlich, so dass es auch ausschied. Die farbige Gestaltung schien auch hier ungeeignet.

Eine dritte Variante war das farblose Falblatt (Abbildung 7, Innen- und Außenseite).

Abbildung 8: Innenseite (links) und Außenseite (rechts) des Medikationspasses als Falblatt

Die Abbildung zeigt zwei Ansichten eines Medikationspasses als Falblatt. Links ist die Innenseite dargestellt, die in zwei Spalten unterteilt ist: 'Präparat' und 'Kommentar'. Rechts ist die Außenseite dargestellt, die in drei Bereiche unterteilt ist: 1) Personenangaben, 2) Kontakte im Notfall und Kontakte Ärzte, 3) Raum für wichtige Mitteilungen.

In aufgefaltetem Zustand sind hier auf der Innenseite des Passes alle Arzneimittel auf einen Blick zu sehen. Die große Zeilenhöhe für Einträge schafft zudem ausreichend Raum, um die Arzneimittel, die Einnahmezeitpunkte, die Dosierung und Kommentare gut lesbar einzutragen. Auf der aufgefalteten Außenseite des Falblatts befinden sich drei Bereiche: 1) Personenangaben, 2) Kontaktangaben von Angehörigen und der Ärztinnen und Ärzte, 3) Raum für wichtige Mitteilungen.

Zusammengefaltet ist das rechte untere Feld (1) mit den Personenangaben sichtbar. Wird der Pass einmal aufgefalt, ist zusätzlich das rechte obere Feld (2) für die Kontaktangaben sichtbar. Wird der Pass vollständig aufgefalt, sehen die Nutzerinnen und Nutzer das Feld für Mitteilungen (3). Hier könnten beispielsweise die Angehörigen Notizen für die Pflegefachkräfte anbringen oder Hinweise zu Allergien und Unverträglichkeiten vermerken.

Die Handhabung der Falblatt-Variante ist selbsterklärend und einfach – sowohl für Patientinnen und Patienten, als auch für Ärztinnen und Ärzte. Letztere wünschten sich möglichst wenig zusätzlichen administrativen Aufwand, d.h. der Medikationspass musste mit den Druckern in der Arztpraxis einfach zu bedrucken sein.

Um den Medikationspass in der Öffentlichkeit bekannt zu machen und potentiellen Nutzerinnen und Nutzern das Ziel und die Anwendung des Medikationspasses kurz zu verdeutlichen, ließen die Mitglieder der „Learning Community“ einen Flyer erstellen (Abbildung 9). Weiter wurde ein ansprechendes Logo entworfen (in Abbildung 9), um die Idee hinter dem Medikationspass visuell hervorzuheben und um die Identifikation mit dem Pass zu stärken. Der Flyer wurde zusammen mit dem Pass in Apotheken, Arztpraxen und Pflegeeinrichtungen ausgelegt.

Abbildung 9: Flyer zum Medikationspass und Logo des Medikationspasses

Das Problem?
Krankheiten im Alter verlangen oft die regelmäßige **Einnahme vieler verschiedener Medikamente**, die Neben- und Wechselwirkungen hervorrufen können. Gerade bei älteren Menschen führen körperliche Veränderungen zu unerwünschten oder veränderten Wirkungen von Arzneimitteln. Die Abstimmung und Zusammenarbeit bei der Erstellung und Anpassung von Arzneimitteltherapien wird deshalb sehr wichtig.

Die Lösung!
Aus diesem Grund wurde der **Medikationspass** entwickelt, in dem alle für die Medikation wichtigen Informationen sowie Medikationsänderungen vermerkt werden. Sowohl verordnete als auch eigenständig benötigte Arzneimittel werden eingetragen. Ärzte wie Arzt oder Apotheker übertragen relevante Informationen aus ihren eigenen Dokumentationssystemen in den Medikationspass.

Das Ziel ...
Neben der Übersmittlung wichtiger Medikationsinformationen dient der Medikationspass dazu, die Kommunikation zwischen den Beteiligten anzuregen und so die Arzneimitteltherapie des Patienten zu verbessern. Patienten und Angehörige haben zudem einen guten Überblick über alle Medikamente und können dem Pass entnehmen, wann welche Medikamente eingenommen werden müssen.

MedikationsPASS

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____
Straße/Hausnr. _____
PLZ/Wohnort _____
Telefon/Mobil _____

MedikationsPASS

Die wichtigsten Aspekte des Medikationspasses in der Zusammenfassung:

- die Praxistauglichkeit durch eine möglichst selbsterklärende und einfache Gestaltung,
- die Möglichkeit zur Mitgestaltung durch alle am Medikationsprozess Beteiligten,
- die aktive Einbeziehung der Patientinnen und Patienten resp. der Angehörigen, indem auch sie ihre Mitteilungen, Anmerkungen, Medikationsanpassungen sowie Angaben zur Selbst- und Bedarfsmedikationen in den Pass eintragen können,
- die Priorisierung der sich im Laufe der Zeit entwickelnden Kommunikation zwischen den am Medikationsprozess und an der Nutzung des Medikationspasses Beteiligten vor dem Imperativ der „richtigen“ Erfassung vollständiger Medikationsdaten.

Der letzte Punkt meint, dass der Medikationspass keine Garantie für die Vollständigkeit der Medikationsdaten gibt. Es geht vielmehr darum, durch den Pass die Kommunikation zu verbessern, indem die Aufmerksamkeit für und die Thematisierbarkeit der Medikationssituation einer Patientin oder eines Patienten erhöht werden.

Pilotprojekt in der Stadt Wegberg

Die Mitglieder der „Learning Community“ entschieden sich dazu, den Medikationspass in einem Pilotprojekt in der Stadt Wegberg im Norden des Kreises Heinsberg zu erproben. 20 % der ca. 30.000 Einwohnerinnen und Einwohner Wegbergs sind über 65 Jahre alt⁹⁹.

Beteiligt an diesem Pilotprojekt sind der Pflegedienst Caritas, die Tagespflegeeinrichtung St. Josef, sieben Apotheken, zwölf Arztpraxen und zehn Patientinnen und Patienten, die entweder durch den ambulanten Pflegedienst der Caritas betreut werden oder die Tagespflegeeinrichtung St. Josef besuchen.

Im November 2014 wurde der Medikationspass den zehn Patientinnen und Patienten ausgehändigt. Die Apotheken und Arztpraxen wurden per Briefpost angeschrieben und telefonisch

⁹⁹ Statistik der Stadt Wegberg, http://www.wegberg.de/sv_wegberg/Rathaus%20&%20Verwaltung/Dienstleistungen/Bev%20&%20Bevölkerungsstatistik/ letzter Aufruf 25.08.2015.

informiert. Im Gegensatz zu den teilnehmenden Pflegeeinrichtungen sind diese Apothekerinnen und Apotheker sowie die Ärztinnen und Ärzte noch keine Mitglieder in der „Learning Community“. Es bestehen aber Bestrebungen, diese dort einzubinden.

Zur Untersuchung und Evaluierung des Medikationspasses führte die RWTH Aachen gemeinsam mit zwei Pflegefachkräften der „Learning Community“ im November 2014, im Februar 2015 und im Mai 2015 Interviews mit den teilnehmenden Patientinnen und Patienten und deren Angehörigen zu ihren Nutzungserfahrungen durch. Des Weiteren sind Interviews mit den Apothekerinnen und Apothekern sowie Ärztinnen und Ärzten geplant. Die „Learning Community“ traf sich in dieser Zeit in regelmäßigen Abständen, um die Ergebnisse der fortlaufend geführten Interviews zu überdenken und den Medikationspass entsprechend weiterzuentwickeln sowie Maßnahmen zur Umsetzung auszuarbeiten.

Vorläufige Ergebnisse

Die Betrachtung der Medikationspässe zeigt, dass Ärztinnen und Ärzte die von den Patientinnen und Patienten eingetragenen Medikationsdaten hinsichtlich ihrer Wechselwirkungen und Vollständigkeit überprüfen sowie ungenaue Patienteneinträge handschriftlich vervollständigen. Die Patientinnen und Patienten berichten, dass sie ihre Pässe in den Apotheken zur Beratung vorzeigen. In einem Fall wurde berichtet, dass ein Verschreibungsfehler durch das Führen des Medikationspasses rasch aufgefallen ist.

Leider werden bisher wenige OTC-Arzneimittel in die Pässe eingetragen, obwohl die Patientinnen und Patienten diese Medikamente in ihren Stellplänen, die sie weiterhin führen, notieren. Einige Personen wollten nur teilnehmen, wenn eine digitale Version des Passes zur Verfügung steht. Daraus ist erkennbar, dass es keine einheitliche Lösung für alle Patientinnen und Patienten geben kann, da einige wiederum nicht mit einer digitalen Version arbeiten wollen. Auch stellten die Interviewenden fest, dass einige Patientinnen und Patienten sich weigerten, den Medikationspass auszufüllen und hier die Zuständigkeit bei den Apotheken oder Arztpraxen sahen.

Was wird aus dem Projekt in Heinsberg und dem Medikationspass, wenn ab 2016 der Medikationsplan verpflichtend wird?

In der Diskussion, die im Anschluss an diesen Beitrag stattgefunden hat, wurden folgende Überlegungen zur Beantwortung der Frage nach dem Weiterbestehen des Projektes in Heinsberg und des Medikationspasses gemacht:

Die Erfahrungen aus der Zusammenarbeit und das gegenseitige Verständnis zwischen den einzelnen Berufsgruppen in der „Learning Community“ werden auch weiterhin bestehen bleiben, selbst wenn der Medikationspass von dem nationalen Medikationsplan abgelöst werden sollte. Durch die aktive Teilnahme in organisations- und professionsübergreifenden Projekten, wie z.B. dem Medikationspass, werden Grundlagen für die interprofessionelle Zusammenarbeit gelegt, so dass diese über längere Zeiträume hinweg gelingen kann. Die Beteiligten nehmen hier an einem Lernprozess teil, der auch für zukünftige Herausforderungen von Nutzen sein kann.

Weiter können in Heinsberg Erfahrungen gesammelt werden hinsichtlich der Möglichkeiten der Vermittlung zwischen den verschiedenen Berufsgruppen und der Einbeziehung der Patientinnen und Patienten in Gestaltungsprojekte. Die Patientinnen und Patienten haben bei dem Medikationspass eine viel bedeutendere Rolle als bisher beim Medikationsplan vorgesehen. In der „Learning Community“ war häufig ein Patientenbeauftragter anwesend, der den ande-

ren Beteiligten die Patientensicht veranschaulichte. Zudem wurden die Anliegen von Patientinnen und Patienten und deren Angehörigen dadurch in die „Learning Community“ und in die Gestaltung des Medikationspasses eingebracht, indem diese regelmäßig zu ihrer Medikationssituation und ihren Nutzungserfahrungen mit dem Pass befragt wurden. Vermutlich wird der Medikationspass sogar weitergeführt werden, da es hier mehr Raum für Anmerkungen und OTC-Arzneimittel gibt.

Danksagung

Ich möchte mich an dieser Stelle bei Frau Michaela Ludwig, Pflegefachkraft St. Josef, für die sehr gute Zusammenarbeit bei der Durchführung der Patienteninterviews im Rahmen ihrer Weiterbildung „Mittleres Management Pflege“ bedanken. Weiter möchte ich mich bei allen Mitgliedern der „Learning Community“ im Kreis Heinsberg für die sehr konstruktive und inspirierende Zusammenarbeit bedanken:

Dr. Beckers, Bernd, niedergelassener Arzt für Allgemeinmedizin

Döring, Inge, Amtsapothekerin, Gesundheitsamt Kreis Heinsberg

Dr. Feldhoff, Karl-Heinz, Leiter des Gesundheitsamtes Kreis Heinsberg

Hoeber, Bernd, Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband, Landesverband NRW

Kellers, Holger, Leiter der Pflegestation Wegberg

Kratz, Volker, Geschäftsführer der Alten- und Pflegeheime St. Josef GmbH

Dr. Lennartz, Ernst, niedergelassener Arzt für Allgemeinmedizin

Ludwig, Michaela, Pflegefachkraft, Tagespflegeeinrichtung St. Josef in Wegberg

Peters, Marion, Leiterin der Abteilung Gesundheit & Pflege, Caritas Kreis Heinsberg

Prof. Dr. Reimers, Kai, Lehr- und Forschungsgebiet Wirtschaftsinformatik, RWTH Aachen

Liste der Referentinnen und Referenten (alphabetisch)

Jürgen Brüggemann: Fachgebietsleiter Qualitätsmanagement Pflege. Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS)

Elke Büenfeld: Mitarbeiterin im Gesundheitsamt des Hochsauerlandkreises

Kathrin Federmeyer: Medizinischer Dienst der Krankenversicherungen (MDK) Saarland

Prof. Dr. Henny Anette Grewe – Hochschule Fulda, Fachbereich Pflege & Gesundheit

Dr. Veronika Lappe - PMV forschungsgruppe Universität zu Köln

Guido Luhmann: Pflegedienst Mobile Pflege Michael Coester

Prof. Dr. Dr. h.c Jürgen Osterbrink: Paracelsus Medizinische Privatuniversität Salzburg

Dr. Udo Puteanus: Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen, Fachgruppe Internationale Zusammenarbeit, Sozialpharmazie

Olaf Rose, PharmD.: Elefanten-Apotheke, Steinfurt

Mark Schrott: Central-Apotheke, Steinbach/Ts.

Dr. Ute Stapel: Amtsapothekerin, Gesundheitsamt Stadt Hamm, Arbeitskreis Sozialpharmazie

Susanna Steiner van der Kruk: RWTH Aachen. Lehr- und Forschungsgebiet Wirtschaftsinformatik

Christian Stockebrand: Amtsapotheker, Gesundheitsamt des Hochsauerlandkreises

Landeszentrum Gesundheit
Nordrhein-Westfalen

Gesundheitscampus-Süd 9
44801 Bochum
Telefon: 0234 91535-0
Telefax: 0234 91535-1999
poststelle@lzg.nrw.de
www.lzg.nrw.de

