

# **Arzneimittelversorgung von Heimbewohnern**

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

am 24. und 25. Mai 2011 in Düsseldorf

Düsseldorf, Münster, August 2011

Arzneimittelversorgung von  
Heimbewohnern

Fachtagung Sozialpharmazie der  
Akademie für Öffentliches Gesund-  
heitswesen in Zusammenarbeit mit  
dem Landesinstitut für Gesundheit  
und Arbeit des Landes Nordrhein-  
Westfalen am 24. und 25. Mai 2011  
in Düsseldorf

Bericht unter Berücksichtigung der  
Hinweise der Referentinnen und  
Referenten

Redaktion:

Jan Giersdorf  
Dr. Udo Puteanus

Landesinstitut für Gesundheit und  
Arbeit des Landes Nordrhein-  
Westfalen.

Ulenbergstr. 127-131  
40225 Düsseldorf

August 2011

## Inhaltsverzeichnis

<b>Zusammenfassung</b>	1
<b>Arzneimittelversorgung von Heimbewohnern, Bericht über die 14. Fachtagung Sozialpharmazie des Öffentlichen Gesundheitsdienstes Nordrhein-Westfalen</b>	
<b>Einleitung</b>	
U. Puteanus: Arzneimittelversorgung von Heimen - Einführung in die Veranstaltung	6
<b>Teil 1: Ergebnisse des sozialpharmazeutischen Projektes der örtlichen Arzneimittelüberwachung (Amtsapotheker) zum Thema Arzneimittelversorgung von Heimbewohnern</b>	
T. Wessel: Erhebung der Leistungen von Apotheken im Rahmen von Apothekeninspektionen	11
U. Stapel: Analyse der Qualität beim Stellen von Arzneimitteln in Alten- und Pflegeheimen	18
I. Waltering/ J. Kruse: Analyse der Wirksamkeit von Pharmazeutischer Betreuung durch Apotheken zusammen mit der Klinischen Pharmazie der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster	25
U. Puteanus: Befragung von Pflegekräften zur Zusammenarbeit mit den Apotheken (LIGA.NRW)	33
<b>Teil 2: Stellungnahmen von Partnern der heimversorgenden Apotheken</b>	
P. Drube: Erwartungen an die Apotheken aus Sicht der Pflege	41
S. Wilm: Erwartungen an die Apotheken aus Sicht der Ärzteschaft (Vertreter Hausärzte/Allgemeinmedizin)	45
D. Marquard: Erwartungen an die Apotheken aus Sicht der Heimaufsicht	52
W. Wilms: Erwartungen an die Apotheken aus Sicht des MDK, Bereich Pharmakologie	56
F. Schwegler: Erwartungen an die Apotheken aus Sicht des MDK, Bereich Pflege	60
U. Kempchen: Erwartungen an die Apotheken aus Sicht der Bewohner bzw. deren Vertreter	65
G. Hempel: Erwartungen an die Apotheken aus Sicht der Klinischen Pharmazie	72

**Teil 3: Position der Apothekerkammern zur Einführung der  
Heimversorgungsverträge und innovative Projekte für eine wei-  
tere Verbesserung der Versorgung**

L. Engelen: Erfahrungen mit den Versorgungsverträgen und weitere Optimierungsmöglichkeiten aus Sicht der Apothekerschaft	79
M. Krüger: Arzneimittelversorgung von Heimbewohnern	86
U. Stapel/ E. Nieder: Medikationsmanagement und Zusammen- arbeit mit Apotheken und Pflege. Was kann die örtliche Arzneimittelüberwachung tun?	93
F. Hanke: Medikationsmanagement in Alten- und Pflegeheimen	98
<b>Aus der Abschlussdiskussion</b>	<b>103</b>

## Zusammenfassung

**Wo liegen die Probleme, wo die Risiken und Chancen bei der Versorgung von Bewohnern der Alten- und Pflegeheime durch Apotheken? Die 14. Fachtagung Sozialpharmazie des Öffentlichen Gesundheitsdienstes beschäftigte sich am 24./25. Mai 2011 mit dieser Fragestellung und setzte ganz auf die Kooperation aller beteiligten Berufsgruppen. Als Referenten konnten Vertreter verschiedener Professionen und Organisationen gewonnen werden.**

Zunächst stellte das Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit Nordrhein-Westfalen (LIGA.NRW) sein Projekt zum Thema Arzneimittelversorgung von Heimbewohnern vor. Im Anschluss sprachen Vertreter verschiedener Partner von Apotheken bei der Heimversorgung über ihre Erwartungen an die Apotheker. Im dritten Teil wurden innovative Projekte und neue Lösungsansätze aufgezeigt.

Durch die Beiträge sowie die anschließenden Diskussionen mit dem Publikum setzte sich ein Bild über den Ist- und des Sollzustandes der Heimversorgung zusammen. Die Frage nach Berufsbild und Aufgabenbereich der Apotheker zog sich wie ein roter Faden durch die Veranstaltung.

### **„Belieferung“ oder „Versorgung“**

Zunächst stellte Torsten Wessel, Amtsapotheker im Kreis Wesel und Krefeld (NRW), die Ergebnisse einer Erhebung von Leistungen durch Apotheken im Rahmen der Versorgungsverträge vor. Während einige Apotheken nur „belieferen“, würden andere schon „versorgen“, so das Fazit des Amtsapothekers. Er wünsche sich, dass pharmazeutische Betreuung irgendwann fester Bestandteil der Heimversorgung wird.

Es wurde diskutiert, welche Maßnahmen sinnvoll (Schulungen, Medikationsmanagement) und welche nicht sinnvoll (Transport von Urinproben, Rezeptabholung beim Arzt) seien. Einige Apothekerinnen und Apotheker beschwerten sich, dass sie im Kampf um die Versorgungsverträge gezwungen seien, immer mehr (nicht-pharmazeutische) Aufgaben der Heime zu übernehmen.

### **Richtiges Stellen von Arzneimitteln**

Dr. Ute Stapel, Amtsapothekerin im Kreis Hamm, berichtete über die Qualität beim Stellen von Arzneimitteln in den Heimen. Im Vergleich zu den Ergebnissen einer Untersuchung von 2002 stellte sie einige Verbesserungen fest. Probleme träten jedoch immer wieder auf, vor allem beim Teilen, beim richtigen Einnahmezeitpunkt und bei der Dokumentation. Hier sei die Beratung durch Apotheker gefragt.

Das Stellen von Beschäftigten von Apotheken im Heim sei nach Auffassung der Referentin allerdings nicht rechtens. Ein Zusammenhang zwischen der Qualität des Stellens und Faktoren wie Zertifizierung des Heimes, ruhiger Raum zum Stellen, morgendliches Stellen oder 4-Augen-Prinzip war nicht eindeutig erkennbar.

### **Pharmazeutische Betreuung reduziert ABP**

Ist pharmazeutische Betreuung durch Apotheken wirksam? Dieser Frage gingen Isabel Waltering, Apothekerin aus Nottuln, und Julia Kruse aus dem Bereich der klinischen Pharmazie der Universität Münster nach. Erste Ergebnisse ihrer Arbeit zeigen,

dass die Zahl der Arzneimittel-bezogenen Probleme (ABP) durch die Betreuung gesenkt würde und Krankenseinweisungen vermieden werden könnten.

Die Kommunikation zwischen Apotheker und Arzt ist oft ein Problem – eine Feststellung, die während der Veranstaltung immer wieder auftauchte und heftig diskutiert wurde -, die Pflege als Mittler einzubeziehen führte zu erheblichen Fortschritten.

Das vorgestellte Projekt sei Teil einer in Deutschland dringend benötigten Versorgungsforschung, ohne die die nötige Honorierung von pharmazeutischen Leistungen politisch nur schwer durchsetzbar sei.

### **Die Meinung der Pflegefachkräfte**

Dass die Pflegekräfte verstärkt in alle Überlegungen zu einer verbesserten Versorgung mit einbezogen werden müssen, darüber war man sich einig. Dr. Udo Puteanus vom LIGA.NRW stellte Ergebnisse einer Umfrage zur Zusammenarbeit zwischen Pflegekräften und Apotheken vor.

Deutlich wurde, dass im Bereich Aufklärung über unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW) und Interaktionen mehr Beratung von den Pflegenden gewünscht wird. Von der Verblisterung oder dem Stellen durch Apotheken versprachen sie sich dagegen nichts.

### **Die Rolle der Pflege**

Dieser Aspekt wurde auch durch Patricia Drube vom Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe aufgenommen, die feststellte, Automatisierung, z.B. durch Verblistern führe zu einer verringerten Reflexion durch die Pflegenden. Diese sei aber wichtig, da die Pflegenden die beste Wahrnehmung der Heimbewohner hätten und Symptome am ehesten erkennen würden, die auf einer Fehlversorgung hinwiesen.

Schwerpunkt einer verbesserten Versorgung ist für Drube eine fallbezogene Beratung der Pflegekräfte. Hier kann durch Apotheken mehr erreicht werden, als durch allgemein gehaltene Schulungen. Außerdem muss nach ihrer Wahrnehmung noch mehr als bisher über die Möglichkeiten der Apotheken aufgeklärt werden, die Pflege bei der Versorgung zu unterstützen und Fachkenntnisse gewinnbringend einzubringen. Sie wies die Anwesenden ebenfalls darauf hin, dass die Lebensqualität der Heimbewohner mehr in den Fokus rücken müsse und nicht mit dem Therapieziel „Heilung“ gleichzusetzen sei.

### **Ein Arzt unter Apothekern**

Teils humorvoll, teils provokativ plädierte Prof. Dr. Stefan Wilm als Vertreter der Hausärzte gegen eine gegenseitige Schuldzuweisung unter Apothekern und Ärzten. Als Hauptproblem benannte er ebenfalls die mangelnde Kommunikation, auch unter Ärzten verschiedener Fachrichtungen.

Das größte Problem sah er in der Vielzahl der Verschreibungen, vor allem verschiedener Psychopharmaka und outete sich als Unterstützer der „Take 5“-Regel, nach der alte Menschen nicht mehr als fünf Medikamente bekommen dürften. Er stellte außerdem einige Projekte vor, in denen durch Interventionen die Zahl der Verschreibungen gesenkt werden konnte.

Hausärzte müssten früher als bisher in Konzepte zur Pharmazeutischen Betreuung einbezogen werden und dürften nicht vor fertige Tatsachen gestellt werden. Nach Meinung der Anwesenden seien Ärzte allerdings nur durch Honorierung oder Fortbildungspunkte zu motivieren.

## **Schwierigkeiten im Arbeitsalltag der Heimaufsicht**

Dieter Marquardt von der Stadt Herne informierte die Anwesenden über die Schwierigkeiten der Heimaufsicht bei der Abgrenzung der vielen neu entstehenden Mischformen zwischen Heim und betreutem Wohnen. Der im Jahr 2010 eingeführte Rahmenprüfkatalog habe für eine qualitätsgesicherte Prüfung gesorgt, allerdings habe sich der Aufwand seitdem verdreifacht.

Die Einführung der Versorgungsverträge zwischen Heimen und Apotheken habe in seinen Augen viel zu einer verbesserten Situation beigetragen, was im Laufe der Veranstaltung von allen Parteien bestätigt wurde.

## **Wie dokumentieren?**

Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) wurde durch den Apotheker Wolfgang Wilms und den Arzt Dr. med. Friedrich Schwegler vertreten. In der von ihnen gestarteten Diskussion wurde ersichtlich, dass die Heime sehr durch die verschiedenen Ansprüche von Amtsapothekern, Heimaufsicht und MDK belastet werden. Mehr Kommunikation und gemeinsame Begehungen könnten hier Abhilfe schaffen, seien aber nicht immer durchführbar.

Streitthema war vor allem die Pflegedokumentation, für die mal die Angabe der Wirkstoffe und mal der vollständige Name mit Hersteller erforderlich sei. Hier sei dringend eine einheitliche Vorgehensweise nötig.

## **Autonomie stärken**

Ulrike Kempchen vom Bundesinteressenverband der Nutzerinnen und Nutzer von Wohn- und Betreuungsangeboten im Alter und bei Behinderung trat für eine gestärkte Autonomie der Heimbewohner ein. Die freie Apothekenwahl sei aus der Sicht des Verbraucherschutzes unumgänglich, auch wenn sie die Betreuung erschwere. Die Rolle der Bewohnerbeiräte müsse gestärkt werden.

## **Verantwortung und Haftung**

Verantwortung und Haftung waren die beiden Schlagworte, die Prof. Dr. Georg Hempel ins Feld führte. Nach einer kurzen Einführung über die Entwicklung der klinischen Pharmazie und ihrem Teilgebiet der geriatrischen Pharmazie zeigte er an Beispielen aus den USA, wohin der Apotheker sich entwickeln könne und müsse, wolle er Player im Gesundheitssystem bleiben.

Andere Schwerpunkte in der Ausbildung, die Befähigung eines jeden einzelnen Apothekers geriatrisch beratend tätig zu sein sowie die Bereitschaft, Verantwortung zu übernehmen seien wichtige Voraussetzungen für das Überleben des Berufsstandes.

## **Auf einem guten Weg**

Der Präsident der Apothekerkammer Nordrhein, Lutz Engelen, betonte die politische Bedeutung der Veranstaltung. Er rief zu einer kollegialen Haltung auf, zu einer verstärkten Vernetzung und Kooperation aller geriatrisch wirkenden Kreise und zu einer Stärkung des Heilberufers durch wirtschaftliche Rückendeckung. Haftung kann in den Augen des Kammerpräsidenten nur mit einer entsprechenden Honorierung einhergehen.

Bezogen auf die Kommunikation Arzt und Apotheker führte er das gemeinsame Projekt von ABDA und KBV als Meilenstein an, das kurz vor der Umsetzung stünde. Die

Apothekerschaft sei auf einem guten und richtigen Weg, die Rahmenbedingungen müssten allerdings stimmen, fasste er zusammen.

### **Honorar aushandeln**

Nach vielen Anforderung und Wünschen an die Apothekerschaft, die von vorangegangenen Rednern gestellt worden waren, zeigte der niedergelassene Apotheker Manfred Krüger am Beispiel eigener innovativer Konzepte Lösungswege auf. Die Versorgung durch seine Apotheke von drei Altenheimen und sechs Heimen für Menschen mit Behinderung beinhalte Logistik, kontinuierlicher Interaktionscheck, Hilfe bei der Etablierung von QMS-Systemen, Medikationsmanagement in Kooperation mit Hausärzten, Basisschulungen und Schulungen zu wechselnden Themengebieten, Prüfungen auf unnötige Bevorratung sowie auf korrektes Stellen und weitere Dienstleistungen.

Krüger betonte, dass diese gesamten Dienstleistungen ausgehandelt und von den Heimen oder ihren Trägern bezahlt sind. Man müsse den Heimleitungen nur vorrechnen, welche Kosten arzneimittelbezogene Probleme (ABP) verursachen würden und wie sich diese durch pharmazeutische Dienstleistungen reduzieren lassen. Die Tür zur honorierten Dienstleistung steht also nach seiner Erfahrung bei der entsprechenden Eigeninitiative längst offen.

Damit die Krankenkassen langfristig diesen Posten übernehmen, ist nach Krüger allerdings ein Umdenken im Gesundheitswesen bis hin zu einer neuen Preisverordnung nötig, in der die Dienstleistung einen höheren Stellenwert als die Ware habe.

### **Kooperation gelebt**

Was kann die örtliche Arzneimittelüberwachung tun, um die Zusammenarbeit von Pflege und Apotheken zu verbessern? Dieser Frage gingen die Amtsapothekerin Dr. Ute Stapel und die niedergelassene Apothekerin Elisabeth Nieder gemeinsam nach.

Stapel stellte den Arbeitskreis Sozialpharmazie vor, einen Unterausschuss der Kommunalen Gesundheitskonferenz der Stadt Hamm. An Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) interessierte Heimleiter, Pflegefachkräfte, Apotheker und Lokalpolitiker kämen dort zusammen und erarbeiteten Konzepte und Fortbildungen, die von der Amtsapothekerin umgesetzt würden.

Bei den Fortbildungen kann Stapel direkt ihre Erfahrung aus der Überwachung einbringen und Missstände konkret ansprechen. Diese Veranstaltungen seien von Heimleitungen und Apotheken gut besucht, weniger von Ärzten. Sie erhoffe sich in Zukunft hier eine verstärkte Zusammenarbeit.

Ein im Laufe des Tages bereits angesprochenes Problem ist in den Augen der Amtsapothekerin die oft fehlerhafte Medikationsliste der Heime in den Arztpraxen, die oft zu falsch begründeten Verschreibungen führe. Auch hier hätte der Arbeitskreis bereits ein Verfahren zur Lösung des Problems entwickelt.

Weiter wurde in Absprache mit der Heimaufsicht ein Standard über alle Aspekte des korrekten Umgangs mit Arzneimitteln entwickelt, der ständig überarbeitet und für die Heime verbindlich gemacht wurde. Stapel wünscht sich, dass die Apotheker für ihre Arbeit mehr Informationen erhalten, z.B. zur Dosierung oder ob Sonden gelegt würden.

Nieder berichtete daraufhin, wie die im Arbeitskreis erarbeiteten Konzepte in den Apotheken umgesetzt würden.

## **Konkrete Hilfen**

Den Abschluss der zweitägigen Veranstaltung gestaltete Frank Hanke, der an vielen Projekten und Studien zum Thema geriatrische Pharmazie beteiligt ist und ein paar von ihnen vorstellte.

Er betonte, dass neu auftretende Erkrankungen durch eine falsche Arzneimitteltherapie ein Kernproblem der Heime seien. Falsch gestellte Arzneimittel dagegen führten in den Studien nicht zu Krankenhauseinweisungen. Im Rahmen der Projekte wurde auch hilfreiches Handwerkszeug entwickelt, das von dem Referenten vorgestellt wurde. Therapiebeobachtungsbögen für das Pflegepersonal und Merkkarten zur Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) könnten in Zukunft das Bewusstsein für pharmazeutische Zusammenhänge bei Pflegekräften, Ärzten und Apothekern schärfen. Auf den Merkkarten werden beispielsweise häufige ABP's (Stürze, Verwirrtheit, Sehstörungen) mit bestimmten Medikamenten verknüpft. Durch gemeinsames Medikationsmanagement durch Apotheker und Pflegende konnte die Zahl der Verschreibungen und ABP gesenkt werden.

## **Fazit**

Die Qualität der Versorgung von Heimbewohnern hat durch die Einführung der Versorgungsverträge, die Nutzung der Erkenntnisse aus der Versorgungsforschung und das große Engagement Einzelner zugenommen, ist jedoch weiter verbesserungsfähig. In Zukunft muss Kommunikation und Kooperation aller Beteiligten weiter verbessert werden. Die örtliche Arzneimittelüberwachung kann ihren Teil zu dieser Vernetzung beitragen.

Die aktive Gestaltung der Versorgung im Heim durch die Apothekerinnen und Apotheker ist wichtig und zukunftsweisend. Dabei müssen sie logistische Dienstleistungen in Zukunft verstärkt durch pharmazeutische Dienstleistungen ergänzen.

Pflegeschlüsselkräfte und Heimleitungen sollten verstärkt über das Potenzial der Apotheken aufgeklärt werden. Langfristig sollten für die Arzneimitteltherapiesicherheit sinnvolle Dienstleistungen honoriert werden. Unabhängige Versorgungsforschung kann dazu beitragen, den gesundheitlichen und wirtschaftlichen Nutzen von solchen Dienstleistungen, wie z.B. pharmazeutischer Betreuung, zu belegen.

Die Rolle der Pflege muss in allen Bereichen gestärkt werden. Die Pflegeschlüsselkräfte haben den ständigen Kontakt zu den Heimbewohnern und sind somit Sensoren für deren Gesundheit und Wirkungen wie Nebenwirkungen von Arzneimitteln. Bei einer Fehlversorgung können sie erste Maßnahmen einleiten.

## Einleitung

### **Udo Puteanus, Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen**

Udo Puteanus vom Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit Nordrhein-Westfalen (LIGA.NRW) eröffnete die 14. Fachtagung Sozialpharmazie 2011 und begrüßte die Teilnehmerinnen und Teilnehmer. Die Tatsache, dass die Fachtagung erstmals stark überbucht sei und viele Interessierte nicht mehr zugelassen werden konnten, zeigt nach den Worten von Puteanus, dass das Thema Arzneimittelversorgung von Heimbewohnern nicht nur bei den Amtsapothekerinnen und Amtsapothekern und weiteren pharmazeutischen Überwachungsbeamten der anderen Bundesländer, die zum Trägerkreis der Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen gehören, auf großes Interesse gestoßen sei; auch die hohe Zahl an Anmeldungen von niedergelassenen Apothekerinnen und Apothekern mache deutlich, dass das Thema offensichtlich den Apotheken „auf den Nägeln brennt“.

### **Ziel der Veranstaltung: Austausch zwischen Überwachung und niedergelassenen Apothekern**

Mit dieser Veranstaltung bietet sich nach Worten des Veranstalters erstmals in Nordrhein-Westfalen, vielleicht sogar in der Bundesrepublik, die Chance zu einem intensiven Austausch zwischen niedergelassenen Apothekerinnen und Apothekern und dem Überwachungsbereich. Zu den staatlichen Überwachungsbehörden gehören nicht nur die örtliche Arzneimittelüberwachung, sondern auch der Medizinische Dienst, die Heimaufsicht und im weiteren Sinn – bezogen auf die berufsrechtlichen Aufgaben – auch die Apothekerkammer. Dieser Austausch sei bei der Planung nicht nur berücksichtigt, sondern geradezu als ein wesentliches Ziel der Veranstaltung im Auge gewesen. Puteanus rief dazu auf, nicht nur bei der Diskussion der Vorträge im Plenum, sondern auch in persönlichen Gesprächen in den Pausen die Gelegenheit zum Austausch zu nutzen.

### **Arzneitherapie als bestimmendes Therapieinstrument**

Die Arzneimittelversorgung für Heimbewohner ist nach Puteanus eine besonders große Herausforderung für alle Beteiligten. Denn es gehe dabei um folgende Dimensionen: Ca. 50 Prozent aller öffentlichen Apotheken haben mindestens einen, meist jedoch mehrere Versorgungsverträge mit Heimen. In diesen Heimen würden in Nordrhein-Westfalen ca. 160.000 Menschen mit Arzneimitteln versorgt. Dabei handelt es sich meist um alte bis hochaltrige Menschen, die häufig unter vielen verschiedenen Erkrankungen litten. Pro Jahr würden diesen Menschen ungefähr 550 Millionen Arzneimittel verordnet und zum großen Teil durch Pflegekräfte verabreicht.

Diese Dimensionen machten deutlich, wie bedeutungsvoll eine funktionierende Arzneimittelversorgung dieser Bevölkerungsgruppe sei. Hinzu komme die besondere

Problematik der physiologischen Bedingungen älterer Menschen, die unterschiedlichen geschlechtlichen Voraussetzungen und die Herausforderungen, die sich aus verschiedenen Lebensweisen der Menschen sowie deren Lebenssituationen ergeben.

### **Ein wesentliches Ziel der Veranstaltung: Verstärkte Einbindung der Pflege**

In den über 2000 Alten- und Pflegeeinrichtungen in Nordrhein-Westfalen arbeiten ca. 50.000 voll- und teilzeitbeschäftigte Pflegekräfte. Die diesjährige sozialpharmazeutische Fachtagung hat nach Puteanus daher auch das Ziel, die enorme Bedeutung dieser Fachkräfte herauszustellen. Denn die Pflegekräfte seien diejenigen, die den direkten täglichen Kontakt zu den Heimbewohnerinnen und –bewohnern haben, mit ihnen sprechen und somit Wirkungen und Nebenwirkungen von eingenommenen Arzneimitteln beobachten können. Darauf komme es aber besonders an, denn man könne gerade bei dieser Bevölkerungsgruppe nicht mit einfachen Therapieschemata auskommen.

Die Multimorbidität, die altersbedingten körperlichen Veränderungen sowie die bislang fehlenden anerkannten Leitlinien für die Behandlung multimorbider, oftmals hochaltriger Menschen mache deutlich, wie wichtig die Beobachtung von Wirkung und Nebenwirkung der Arzneimittel sei. Um diese Herausforderung zu bewältigen, brauche man gut ausgebildete, ständig fortgebildete und hoch motivierte Pflegekräfte.

Hinzu kommen müsse die Bereitschaft von Ärzten und Apothekern, die Beobachtungen der Pflegekräfte ernst zu nehmen und sie immer wieder anzuregen, genau hinzuschauen, wie Medikationsänderungen sich auswirkten oder welche körperlichen Veränderungen evtl. eine Anpassung der Medikation erforderten. Kurzum, es komme nach den Worten des Vortragenden darauf an, die Kommunikation zwischen allen Beteiligten weiter zu verbessern.

### **Arzneitherapie als „Hochrisikoprozess“**

Nach den bisherigen Erkenntnissen aus der Versorgungsforschung und entsprechender Hochrechnung wisse man, dass man in Nordrhein-Westfalen bei der Versorgung von Heimbewohnern jährlich von 6.400 bis 15.700 unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW) ausgehen müsste, wovon ca. 40% eigentlich vermeidbar wären. Falls die meist aus den angelsächsischen Ländern erhobenen Daten auch in Deutschland gelten, müsse man befürchten, dass ca. 30% der Krankenhauseinweisungen von älteren Menschen auf die Nebenwirkung von Arzneimitteln zurückgehen. Neben dem menschlichen Leid, das damit verbunden sei, gelte es auch an die ökonomischen Folgen zu denken. Gerade vor dem Hintergrund einer immer älter werdenden Gesellschaft müsse alles getan werden, die Nebenwirkungsrate von Arzneimitteln soweit wie möglich zu senken.

Die Arzneimittelversorgung älterer Menschen ist nach Prof. Dr. D. Grandt, Saarbrücken, ein „Hochrisikoprozess“. Grandt habe diesen Begriff 2005 auf der ersten Tagung zur Patientensicherheit in Deutschland geprägt und damit dazu beigetragen,

dass die Arzneimitteltherapie nicht als einfach zu handhabendes Werkzeug des Arztes zu betrachten sei, sondern als ein risikobelasteter Prozess. Wolle dieser zum Wohl des Patienten gelingen, müssten neben den Ärzten auch andere, vor allem Pflegekräfte, Apotheker und Angehörige, einbezogen werden. Außerdem gelte es, die Strukturen der Versorgung weiter zu verbessern, damit alle Beteiligten auch optimal mitwirken könnten.

## **Auswirkungen durch veränderte Rahmenbedingungen**

### *Versorgungsverträge*

Der Vortragende erinnerte daran, dass sich in den letzten Jahren bereits einiges auf diesem Gebiet getan habe. Für Apothekerinnen und Apotheker wie aber auch für die Überwachung sei die Einführung der Heimversorgungsverträge im Jahr 2003 ein entscheidender Schritt gewesen. Seit diesem Zeitpunkt müssen Apotheken Versorgungsverträge mit den Heimen abschließen und bei den Behörden genehmigen lassen. Der Gesetzgeber habe damit zum Ziel gehabt, die bis zu diesem Zeitpunkt meist praktizierte reine Belieferung der Heime zu einer Versorgung der Heimbewohner weiterzuentwickeln und damit die pharmazeutische Kompetenz der Apotheken, insbesondere Information und Beratung, besser für die Menschen nutzbar zu machen.

### *„Priscus-Liste“*

Mit der Förderung der Versorgungsforschung habe die Bundesregierung zudem dafür gesorgt, dass Ressourcen für Analyse und Weiterentwicklung der Arzneitherapie zur Verfügung stehen. Ein wesentliches Ergebnis dieser Bemühungen sei nach Puteanus die Erarbeitung der so genannten „Priscus-Liste“, eine Auflistung potenziell inadäquater Arzneimittel für ältere bzw. hochaltrige Menschen. Damit stehe erstmals für Deutschland ein Instrument zur Verfügung, das vor allem für die Ärzte eine Hilfe bei der Verordnung von Arzneimitteln für diese Bevölkerungsgruppe darstelle.

Aber auch Apothekerinnen und Apotheker sowie die Pflegekräfte sollten mit diesem Instrument vertraut sein, um ihre Aufgaben beim Medikationsprozess erfüllen zu können und bei Beobachtung von unerwünschten Wirkungen rechtzeitig einzugreifen und mit den Ärzten zu kommunizieren.

### *Rabattverträge*

Dass die Arzneitherapie für ältere Menschen weiter verbessert werden müsse, sei in Deutschland inzwischen unbestritten. Aber man müsse die Bemühungen auch im Kontext mit weiteren Entwicklungen betrachten, so Puteanus. Die Änderungen bei der Sozialgesetzgebung, insbesondere die Einführung der Rabattverträge für Arzneimittel, habe die Arzneimittelversorgung zwar billiger, nicht aber immer einfacher gemacht. Die Medikationsänderungen, die sich aus den Rabattverträgen ergäben, müssten umgesetzt und vor allem ausreichend kommuniziert werden, was oftmals eine große Herausforderung sei. Es dürfe nicht sein, dass die Rabattverträge letztlich zu einer Verschlechterung der Versorgung führten.

### *„Neuverblistern“*

Eine weitere Veränderung habe nach Puteanus in letzter Zeit eine größere Bedeutung in der Heimversorgung erlangt: die Einführung der Neuverblisterung von Arzneimitteln für Menschen, die viele unterschiedliche Arzneimittel benötigen. Mit dieser Technologie stehe ein Instrument zur Verfügung, das bei einem wichtigen Prozessschritt der Arzneiversorgung, dem Stellen der Arzneimittel für den einzelnen Heimbewohner, die Fehlerrate senken könne. Denn der Faktor Mensch, der sich bei diesem Prozess nicht als fehlerfrei erwiesen habe, könne hier durch eine technologische Innovation unterstützt werden. Außerdem werde damit geworben, Zeit einzusparen, Zeit, die die Pflegekräfte nach Einführung der Neuverblisterung für ihre eigentlichen pflegerischen Aufgaben einsetzen könnten.

Allerdings habe die Einführung des Neuverblisterns auch dazu geführt, dass die damit verbundenen hohen Investitionskosten Auswirkungen auf die flächendeckende Versorgung hätten, so der Referent. Nur für wenige Apotheken lohnten sich die Ausgaben für die Anschaffung der Geräte oder die externe Belieferung durch so genannte Blisterzentren. Somit sei nicht verwunderlich, wenn kapitalkräftige Anbieter das Instrument zur Marktverdrängung nutzten.

Außerdem müsse evaluiert werden, welche Auswirkungen eine solche Technologie auf die Pflegekräfte habe, so Puteanus. Denn es sei bislang noch nicht ausreichend untersucht worden, ob die Beobachtung der Arzneiwirkungen beim Patienten und die Verknüpfung der Beobachtung mit einem oder mehreren Arzneimitteln nicht be- oder sogar verhindert werde, wenn den Pflegekräften die Tätigkeit des Stellen von Arzneimitteln und der Umgang mit den Packungen abgenommen werde. Dazu werde er selbst in seinem Vortrag aber noch näher eingehen.

### **Arzneimittelversorgung von älteren Menschen im Rahmen der Sozialpharmazie im Öffentlichen Gesundheitsdienst in Nordrhein-Westfalen**

Die diesjährige Veranstaltung steht nach Puteanus in der Tradition der bisherigen Aktivitäten des Öffentlichen Gesundheitsdienstes in Nordrhein-Westfalen und hier der Sozialpharmazie. Das Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst Nordrhein-Westfalen verpflichte die Amtsapothekerinnen und Amtsapotheker sowie das LIGA.NRW zur Analyse und Bewertung der Arzneimittelversorgung, soweit man dazu Zugang habe. Die diesjährige Veranstaltung sei die 14. dieser Art. Bereits im Jahre 2005 habe man das Thema Arzneimittelversorgung für ältere Menschen, hier im Bereich der ambulanten Pflege, aufgegriffen.

Aber nicht nur im Rahmen von Veranstaltungen sollten sozialpharmazeutische Themen diskutiert werden. Das ÖGD-Gesetz gebe auch vor, eigene Untersuchungen vorzunehmen.

Im Jahr 2000 hatten sich die Amtsapothekerinnen und Amtsapotheker durch eine Befragung von Heimleitungen darum bemüht herauszufinden, welche pharmazeutischen Dienstleitungen die Heime benötigten, damit ihre Bewohner optimal versorgt werden.

In den Jahren 2001 und 2002 untersuchten die Amtsapothekerinnen und Amtsapotheker die Qualität beim Stellen von Arzneimitteln in Heimen. Aufgrund dieser Ergebnisse konnten wichtige Impulse durch Vorstellung der Ergebnisse in Kommunalen Gesundheitskonferenzen und in Pflegekonferenzen gesetzt werden.

Auch das Thema Neuverblisterung beschäftigte die Kolleginnen und Kollegen im Jahr 2002. Sie verfassten dazu bereits zu diesem Zeitpunkt eine kritische Stellungnahme.

### **Struktur der diesjährigen Veranstaltung**

Seit 2009 führt der Öffentliche Gesundheitsdienst erneut eine umfangreiche Untersuchung über die Arzneimittelversorgung von Heimbewohnern durch. Die diesjährige Veranstaltung diene dazu, die Ergebnisse vorzustellen und mit den Partnern zu diskutieren. Der Vormittag des ersten Tages der Veranstaltung sei für die Präsentation der Ergebnisse vorgesehen.

Im zweiten Teil der Veranstaltung geht es nach den Worten des Vortragenden um die Einbeziehung der Sichtweisen von Partnern im Versorgungsprozess von Heimbewohnern. Hier käme die Seite der Ärzte, der Pflege, der Vertreter von Heimbewohnern, der anderen Überwachungseinrichtungen und der Apothekerkammer zu Wort. Dieser Teil diene ganz besonders der Diskussion der Herausforderungen und möglicher Handlungsalternativen.

Im dritten Teil der Veranstaltung sollten Innovationen vorgestellt werden, die die Teilnehmer dazu anregen könnten, in ihrem jeweiligen Umfeld zur Verbesserung der Arzneimittelversorgung beizutragen.

## **Teil 1: Ergebnisse des sozialpharmazeutischen Projektes der örtlichen Arzneimittelüberwachung (Amtsapotheker) zum Thema Arzneimittelversorgung von Heimbewohner**

**Torsten Wessel, Fachbereich Gesundheitswesen, Kreis Wesel**

### **Erhebung der Leistungen von Apotheken im Rahmen von Apothekeninspektionen**

#### **Zusammenfassung**

Als Amtsapotheker im Kreis Wesel und in der Stadt Krefeld beteiligte sich Wessel an der Durchführung des sozialpharmazeutischen Projektes des Öffentlichen Gesundheitsdienstes „Arzneimittelversorgung von Heimbewohnern“, hier speziell an der Erhebung der pharmazeutischen Leistungen der versorgenden Apotheken sowie an der Erhebung zur Qualität beim Stellen von Arzneimitteln in Heimen. In seinem Beitrag stellte er die Ergebnisse aus der Apothekenerhebung vor.

Ein großer Teil der Apotheken leistet danach bereits einige Kernelemente des Konzeptes Pharmazeutische Betreuung. Allerdings verlangen die Heime immer mehr nicht-pharmazeutische Dienstleistungen von den Apotheken, was nach Auffassung des Referenten langfristig die wohnortnahe Versorgung in Frage stellen kann.

Torsten Wessel, erinnerte zu Beginn seines Vortrages daran, dass er bereits 2001/2002 ein Projekt der Amtsapothekerinnen und Amtsapotheker begleitet hatte. Dabei wurde insbesondere das Stellen von Medikamenten durch Pflegekräfte untersucht. In dem im Folgenden besprochenen Projekt sei der Bogen aber etwas weiter gespannt worden, da auch die Mitarbeiter in den Einrichtungen einbezogen wurden.

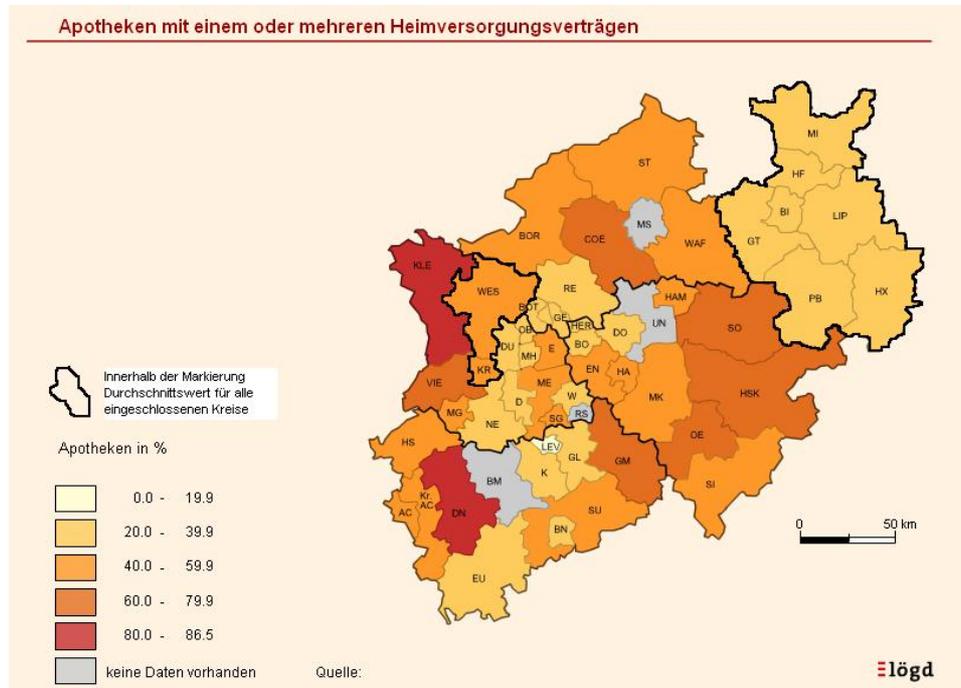
Die 2010 von den Amtsapothekerinnen und Amtsapothekern durchgeführte Untersuchung beschäftigte sich mit den Leistungen der Apotheken für die Heime. Die Versorgungsverträge hätten 2003 einen vertraglichen Rahmen geschaffen, mit dem der Gesetzgeber das Ziel verfolgte, die Belieferung der Heime mit Medikamenten zu einer Versorgung der Heimbewohner weiterzuentwickeln. Neben der Logistik seien mit den Versorgungsverträgen halbjährliche Kontrollen, eine genaue Kennzeichnung der Packungen und eine intensive Kommunikation zwischen Heimen und Apotheke über Arzneimittelwirkungen, -nebenwirkungen und -wechselwirkungen Thema geworden.

Fragestellung der Untersuchung war deshalb: „Haben Elemente der pharmazeutischen Betreuung Einzug in den Alltag der Versorgung gefunden?“

Vor der Beantwortung dieser Frage präsentierte Wessel zunächst ein paar Zahlen.

Etwa jede zweite Apotheke in NRW habe einen oder mehrere Versorgungsverträge. Im ländlichen, ostwestfälischen Raum seien das auch mal weniger.

**Abb. 1: Apotheken mit einem oder mehreren Heimversorgungsverträgen**



## Pharmazeutische Betreuung durch Apotheken

Um zu klären, in welchem Umfang pharmazeutische Betreuung stattfindet, sei erstmal eine Begriffsklärung erforderlich. Hierzu zitierte Wessel Wikipedia:

Die Pharmazeutische Betreuung ist die konsequente Wahrnehmung der Mitverantwortung des Apothekers bei der Arzneimitteltherapie mit dem Ziel, konkrete therapeutische Ergebnisse zu erreichen, die geeignet sind, die Lebensqualität des Patienten zu verbessern.

Quelle: "Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care". Hepler und Strand, 1990, nach [http://de.wikipedia.org/wiki/Pharmazeutische\\_Betreuung](http://de.wikipedia.org/wiki/Pharmazeutische_Betreuung)

Neben der pharmazeutischen Betreuung seien auch andere, für Amtsapotheker allgemein interessante Aspekte untersucht worden wie personelle und räumliche Ausstattung oder Durchführung der Versorgung. Durchgeführt wurde die Erhebung mittels eines gemeinsam - nach einem Entwurf „Kontrollkomplex Inspektion Apotheke Versorgung von Heimbewohnern“ der örtlichen Arzneimittelüberwachung NRW - erstellten Fragebogens, mit dessen Hilfe ein strukturiertes Interview mit den Apothekenleitern durchgeführt wurde. Folgende zentrale Punkte des Konzepts „Pharmazeutische Betreuung“ wurden dabei abgefragt:

- Führung und Pflege einer Patientendatei mit Stamm- und Medikationsdatei  
- Schriftliche Einwilligung der Heimbewohner / ihrer Vertreter?
- Prüfung der Verordnung auf Indikation, Kontraindikationen, Interaktionen, Dosierung, Doppelverordnungen etc. – Prüfung auf Relevanz
- Vermerk auf der Verpackung zu Anwendung und Lagerung der Arzneimittel
- Transfer von Informationen zu Dosierungsänderungen, falls kein direkter Eintrag in die Dokumentation vorgenommen wurde
- Weitere unterstützende Maßnahmen
- Follow-Up Telefonate nach Medikationsänderungen oder Neueinstellungen
- Kooperation mit Ärzten

Im Anschluss präsentierte Wessel Ergebnisse der Erhebung. 82 Apotheken wurden besucht, bei 81 von ihnen habe ein genehmigter Versorgungsvertrag vorgelegen.

80 Apotheken hätten eine Patientendatei geführt, aber nur 65 hätten eine schriftliche Einwilligung gehabt, was dem Referenten in Bezug auf Datenschutz und Patientenrechte nicht akzeptabel erschien.

66 Apotheken, also ca. 80%, würden die ärztlichen Verordnungen prüfen. Die Frage, ob dieser Bestandteil der Pharmazeutischen Betreuung tatsächlich zur alltäglichen Routine gehöre, sei aber schwer zu beantworten.

Ebenfalls 80% würden Anwendungs- und Lagerungshinweise auf den Packungen vermerken, Aufkleber hätten sich dafür etabliert. Die Zuordnung zu Wohnbereich und Heimbewohner sei Standard, ebenso Name und Anschrift der beliefernden Apotheke. Die Dosierung dagegen werde häufig nicht aufgetragen, was allerdings schwierig zu bewerten wäre.

Die Frage zur Übermittlung von Dosierungsänderungen ans Heim beantworteten 22 Apotheken damit, dieser Fall trete gar nicht ein, weil die Dosierung zum Beispiel gar nicht bekannt sei. 20 Apotheken würden die Änderung auf der Packung vermerken und 14 die Info per Fax, Telefon oder einen Boten übermittelt bekommen. Weitere unterstützende Maßnahmen wie Informationsmaterialien, Applikationshilfen oder Zytostatika-Aufkleber würden ca. 60% der Apotheken durchführen. 29% würden Follow-Up-Telefonate durchführen.

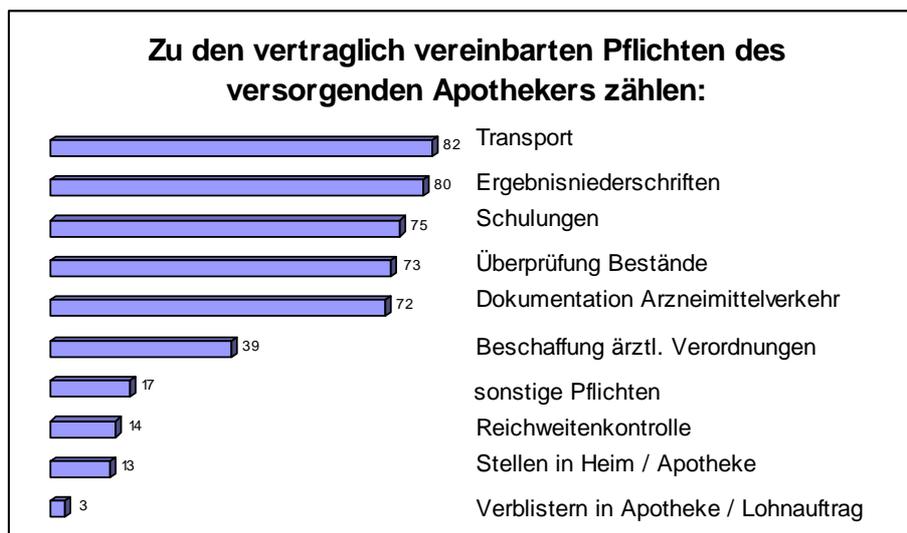
Die Kommunikation mit Ärzten auf Augenhöhe sei ein wichtiger Bestandteil der Pharmazeutischen Betreuung. Immerhin 36% der Apotheken würde dies regelmäßig gelingen, 29% teilweise. Der Vortragende meinte aus eigener Erfahrung, dass die Kommunikation auf Augenhöhe gerade mit Heimärzten oft nicht gelinge.

### **Weitere Leistungen der Apotheken**

Im Folgenden diskutierte Wessel andere vertraglich vereinbarte sowie zusätzliche Pflichten. Die Heime seien sehr darauf bedacht, immer mehr Leistungen von den Apothekern zu bekommen.

Die Schulungen müssten eigentlich nicht Bestandteil der Versorgungsverträge sein, sondern seien im Heimrecht verankert. Nichtsdestotrotz hätten sie ihren Weg in fast alle Verträge gefunden. Die Überprüfung der Arzneimittelbestände sei dagegen eigentlich Aufgabe aller Apotheken.

**Abb. 2: Vereinbarte Leistung der versorgenden Apotheken**



Das Stellen im Heim durch Personal der versorgenden Apotheke, Bestandteil einiger Verträge, sei nach Auffassung einer Amtsapothekerin aus dem Publikum nicht rechtens wegen haftungsrechtlicher Probleme. Verantwortlichkeiten müssten vertraglich geregelt sein und das Stellen im Heim dürfe nur als Nebentätigkeit des pharmazeutischen Personals laufen. Nach Auffassung des Vortragenden nehme die Dynamik des Stellens und Verblisterns immer mehr an Fahrt auf. Die Verträge seien insgesamt sehr unterschiedlich, der Mustervertrag werde nicht überall eingesetzt.

Das Beschaffen von Rezepten könne dann problematisch werden, wenn die Apotheke sowohl die Beschaffung als auch das Stellen übernehme. Die Heime würden teilweise Druck ausüben, die Medikamente bereits zu erhalten, bevor die Rezepte in der Apotheke vorliegen.

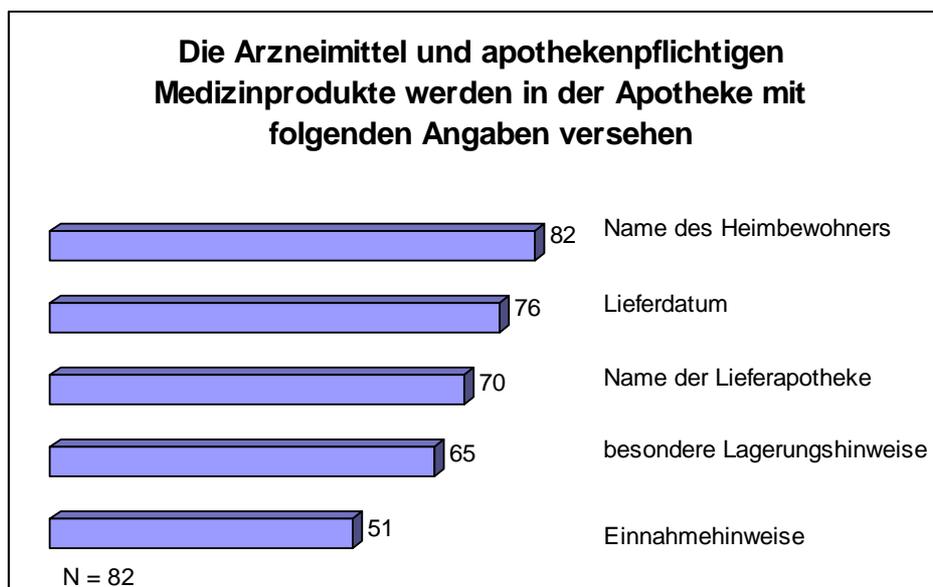
Die zusätzlichen Dienstleistungen schienen generell ein sensibles Thema zu sein, gemessen an der Unruhe des Publikums. Der Transport von Proben, Überweisungen sowie das Einlesen der Versichertenkarten (eventuell sogar Vorstrecken der Praxisgebühr) nehme zum Leidwesen des Vortragenden immer mehr zu. Apotheker fühlten sich angesichts der Konkurrenzsituation gezwungen, diese Leistungen zu erbringen. Auch die 24 Stunden-Hotline sei problematisch, weil so in die Notdienstregelung eingegriffen würde.

Als nächstes schaute Wessel auf die Personalsituation. Apotheken mit intensiverer Pharmazeutischer Betreuung hätten im Schnitt sogar weniger Approbierte im Einsatz als andere Apotheken.

**Abb. 3: Vereinbarte zusätzliche Leistungen der versorgenden Apotheken, die im Kreis Wesel untersucht wurden**

Zusätzliche Leistungen	Anzahl
Reichweitenkontrolle, Veranlassung/Beschaffung von Rezepten	10
Kontrolle von Medizinprodukten (z.B. Blutdruckmessgeräte in unterschiedlichen zeitlichen Abständen)	6
Urinproben/Stuhlproben zum Arzt; Überweisungen, Einlesen von Versichertenkarten am Anfang des Quartals	
Vermessen von Kompressionsstrümpfen	3
Stellen der Arzneimittel im Heim	3
Umfassende Präsenz eines Apothekers vor Ort	3
24 Stunden-Hotline (Handy)	2
Externe Hygienebeauftragte	1
Hilfe bei der Umsetzung des Medizinproduktegesetzes	1
Betreuung bei der Wundversorgung	1

**Abb. 4: Kennzeichnung der Arzneimittel durch die versorgenden Apotheken**



Weiter wurde nach den Prüfungen der Arzneimittelbestände im Heim durch die versorgende Apotheke gefragt. 72 der 82 Apotheken gaben an, diese mindestens zweimal jährlich durchzuführen, alle fertigten ein Protokoll in zweifacher Ausfertigung

an. Manche fertigten weitere Protokolle beispielsweise für die Pflegedienstleitung an, was nach Angaben des Vortragenden sinnvoll sei, da diese schließlich die Mängel beheben müssten.

Information des Heimes bei Beanstandung von Arzneimitteln oder Medizinprodukten sowie Rücknahme und Vernichtung von Betäubungsmitteln führten fast alle Apotheken durch. Die aktuelle Leitlinie der Bundesapothekerkammer war etwa 30% der Apotheken nicht bekannt.

Die Befragung erfasste außerdem die Art der Kennzeichnung.

### **Fazit**

Ein beachtlicher Teil der untersuchten Apotheken zeigte wesentliche Bestandteile pharmazeutischer Betreuung, fasste Wessel zusammen. Die Forderungen durch die Versorgungsverträge würden gut erfüllt, wenn auch an einzelnen Stellen noch Verbesserungsbedarf bestehe. Follow-Up Telefonate würden im Vergleich zu anderen Aspekten der Pharmazeutischen Betreuung eher selten durchgeführt. Umfangreiche zusätzliche Dienstleistungen würden angeboten.

Insgesamt stellte Wessel fest, dass eine Diskrepanz zwischen der Eigenwahrnehmung der Apotheken in Bezug auf ihre Leistungen und der Wahrnehmung durch Außenstehende existiere. An der einen oder anderen Stelle müsste eigentlich genauer, als es mit der Erhebung möglich war, geprüft werden, ob die Kriterien der pharmazeutischen Betreuung tatsächlich eingehalten wurden.

Wessel bedauerte, dass die Arbeit der Bundesapothekerkammer, dokumentiert in ihrer Leitlinie, vielen Apotheken nicht bekannt sei. Mögliche Entwicklungen könnten hingehen zu mehr kostenlosen Dienstleistungen in Bezug auf Verblistern, Rezeptmanagement und Logistik, die eigentlich heilberufliche pharmazeutische Leistung könne dabei schnell ins Hintertreffen geraten. Die wohnortnahe Versorgung durch die „Apotheke um die Ecke“ könnte abgelöst werden durch Versorgung durch Apotheken in Logistikzentralen. Denkbar sei aber auch ein Mehr an Pharmazeutischer Betreuung, beendete Torsten Wessel seinen Vortrag optimistisch.

### **Aus der Diskussion**

In der sich anschließenden Diskussion sollten Wünsche und Überlegungen für eine gelungene Versorgung geäußert werden. Amtsapothekerin Dr. Ute Stapel mahnte an, dass die halbjährliche Begehung durch einen approbierten Apotheker zu erfolgen habe. Dies sei bei ihr Vorraussetzung für die Genehmigung eines Versorgungsvertrages.

Eine anwesende Apothekerin hielt es nicht für notwendig, immer eine approbierte Kraft in das Heim zu entsenden. Es würden häufig die gleichen Fehler passieren, namentlich vergessenes Anbruchdatum bei Tropfen. Dieser Mangel könne ebenso gut durch eine(n) Pharmazeutisch Technische Angestellte(n) (PTA) abgestellt werden. Dr. Stapels Forderung bedeute eine Bürokratisierung aber nicht eine zwangsläufige Verbesserung der Arzneimittelsicherheit. Die Einsicht in die Patientenakten

sei außerdem vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK), untersagt worden.

Durch die Kontrolle, ausgeführt von einer Apothekerin oder einem Apotheker könne aber die Bindung des Heimes an die Apotheke gefestigt werden, so eine andere Meinung.

*Abstimmung zwischen Aufsichtsbehörden notwendig*

Ein weiterer Diskussionsteilnehmer forderte mehr Abstimmung zwischen den überwachenden Instanzen MDK, Heimaufsicht und Gesundheitsamt. Sowohl Zeitpunkt der Begehung als auch Verantwortlichkeiten müssten besser koordiniert werden. Der Vortragende wies darauf hin, dass im Kreis Wesel die Begehung von Amtsapothekerinnen oder Amtsapothekern und Heimaufsicht gemeinsam erfolge und schlug vor, das Modell auch auf andere Kreise zu übertragen.

## **Dr. Ute Stapel, Gesundheitsamt Stadt Hamm**

### **Analyse der Qualität beim Stellen von Arzneimitteln in Alten- und Pflegeheimen**

#### **Zusammenfassung**

Im Rahmen eines sozialpharmazeutischen Arbeitskreises in der Stadt Hamm steht die Amtsapothekerin Dr. Ute Stapel seit einigen Jahren mit anderen Berufsgruppen im engen Austausch über die Versorgung von Heimbewohnern mit Arzneimitteln.

Mit Stapel referierte eine weitere Vertreterin der örtlichen Arzneimittelüberwachung Nordrhein-Westfalen über Ergebnisse des zweiten Teils des sozialpharmazeutischen Projektes.

Die Ergebnisse des Projektes zeigen einerseits Verbesserungen seit dem ersten Projekt dieser Art 2001. So konnte die Fehlerrate gesenkt werden. Allerdings verursachen eine ordnungsgemäße Dokumentation, das Teilen von Tabletten und das Einhalten arbeitsschutzrechtlicher Richtlinien beim Mörsern noch gelegentlich Probleme.

Neben der Erfassung von pharmazeutischen Leistungen von heimversorgenden Apotheken untersuchten die Amtsapothekerinnen und Amtsapotheker die Qualität beim Stellen von Arzneimitteln durch Pflegekräfte.

#### **Methodik der Untersuchung**

Dr. Ute Stapel, Amtsapothekerin der Stadt Hamm, stellte zuerst die Methodik der Untersuchung vor. Untersucht wurde, ob die Arzneimittel von den Pflegekräften für die Heimbewohner richtig gestellt wurden. Außerdem wurden Mitarbeiter der Heime durch Amtsapothekerinnen und Amtsapotheker bzw. deren Mitarbeiter mit Hilfe eines Fragebogens befragt. Die Teilnahme sei freiwillig gewesen, die Auswahl der Heime erfolgte nach definierten Einschlusskriterien: mindestens 1 Wohnbereich mit 3 Heimbewohnern mit je 3 Dauermedikationen und nach vorgegebenem Schlüssel. Die Datensätze stammten aus 63 Heimen, die sich allerdings sehr ungleichmäßig über einige, wenige Kreise NRW's verteilt hätten (Kreis Wesel, Hagen, Hochsauerlandkreis, Kreis Soest, Kreis Euskirchen, Kreis Heinsberg, Hamm, Bochum, Bottrop, Herne, Solingen). Es wurden die Medikationen von 330 Heimbewohnern untersucht (im Folgenden 330 Medikationen).

#### **Ergebnisse**

Die Heime unterschieden sich in Größe und Alter der Bewohner, mit 78 Jahren sei aber ein durchaus repräsentatives Durchschnittsalter gegeben. 12 der 63 Heime seien QMS-zertifiziert, ein Aspekt, auf den Stapel am Ende ihres Vortrages noch einmal eingehen sollte.

Noch stehe das manuelle Stellen durch das Pflegepersonal deutlich im Vordergrund, nur zwei der 63 Heime nutzten die Verblisterung. 6,1% der Bewohner hätten eine Ernährungssonde benötigt, 2,2% hätten eine schwere Nierenerkrankung gehabt und 0,7% wären dialysepflichtig gewesen, was jeweils bei der Therapie besondere Beachtung finden müsse.

In 14 von 159 Wohnbereichen würden CMR-Arzneimittel gelagert, die eine besonders umsichtige Handhabung und Arbeitsschutzmaßnahmen erforderlich machten.

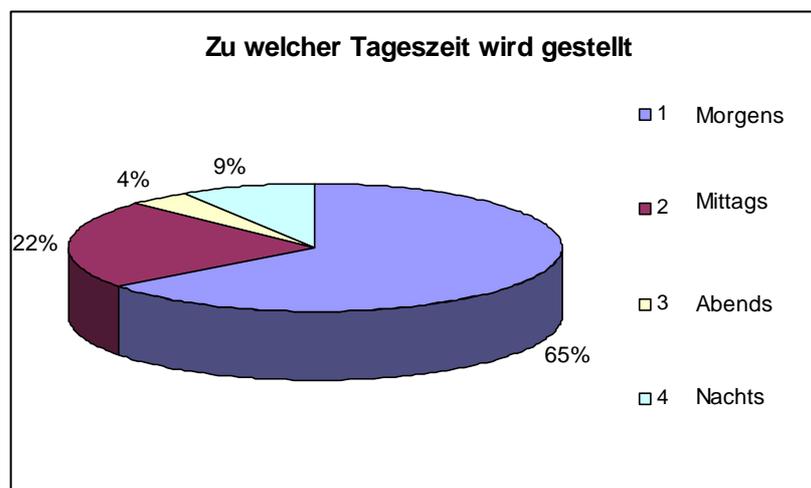
In Hinsicht auf die Verblisterung eventuell interessant sei, dass 60% der Bewohner neben festen, oralen Arzneiformen auch weitere Darreichungsformen nutzen würden.

Für Irritation habe bei der Vortragenden gesorgt, dass in 10 der untersuchten Wohnbereiche Pflaster geteilt würden, die unter anderem Wirkstoffe enthielten, die dem Betäubungsmittelgesetz unterliegen.

#### *Stellen von Arzneimittel: strukturelle Voraussetzungen*

Der Zeitpunkt des Stellens sei bedeutsam, da mit ihm die Konzentrationskraft des Stellers zusammenhänge.

**Abb. 1: Zeitpunkte für das Stellen von Arzneimitteln**



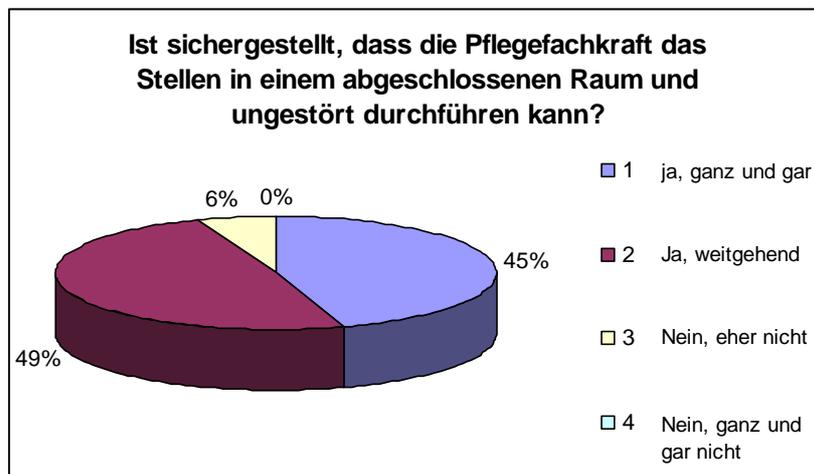
N = 170 Antworten

Bei der letzten Untersuchung 2002 sei das häufige nächtliche Stellen beanstandet worden, da nachts die Konzentrationsfähigkeit nicht sehr hoch sei. Angesichts des hohen Anteils des morgendlichen Stellens müsse man sich aber auch fragen, ob das Pflegepersonal während des morgendlichen Trubels in Heimen die Muße und Zeit für ein korrektes Stellen hat.

Ebenso von Bedeutung für die Konzentration beim Stellvorgang seien die Räumlichkeiten.

Hier sah Dr. Stapel eine Verbesserung, die in vielen Heimen stattgefunden habe. Die verbleibenden 6% der Wohnbereiche, in denen nicht ungestört gestellt werden könn-

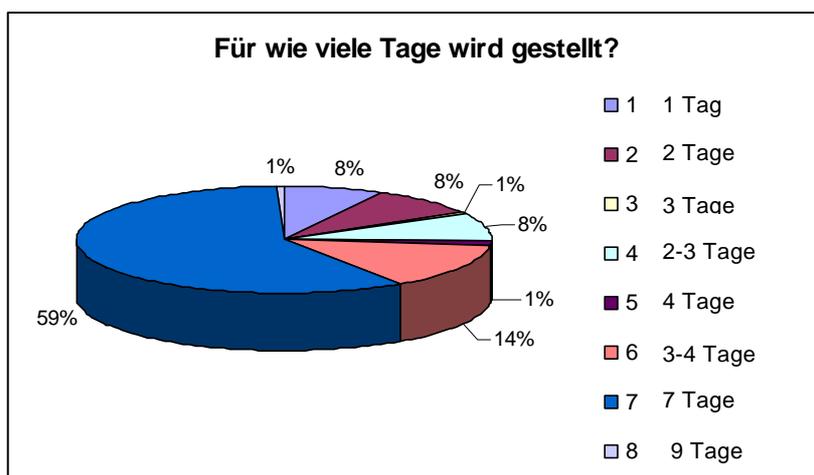
**Abb. 2: Wesentliche Voraussetzung für richtiges Stellen, eine ruhige Arbeitsatmosphäre**



N = 156 Antworten

te, würde dies meist im Schwesterzimmer durchgeführt, wo gefrühstückt, telefoniert oder Fragen beantwortet würden.

**Abb. 3: Rhythmen für das Stellen der Arzneimittel**



N = 153 Antworten

Die Referentin, nach eigener Angabe früher Verfechterin des täglichen Stellens, erklärte, dass sie inzwischen von dieser Forderung abgerückt sei. Die tagtägliche Auseinandersetzung des Pflegepersonals mit der Medikation der Bewohner sei zwar wünschenswert, ebenso wie die Möglichkeit kurzfristig auf Medikationsänderungen

reagieren zu können, jedoch sei das Stellen alle 3-4 oder gar 7 Tage nach Aussagen der Pflegekräfte praktikabler und besser planbar.

Begrüßenswert sei, dass in mehr als der Hälfte der Wohnbereiche das Vier-Augen-Prinzip angewendet würde. Allerdings müsse noch geklärt werden, was die Pflegekräfte unter diesem Prinzip verstünden. Visuelle Kontrolle beim gemeinsamen Stellen oder bei der Vergabe der Arzneimittel?

Die Hygiene betreffend seien die Zahlen ebenfalls zufriedenstellend. 146 von 159 würden die Arbeitsflächen desinfizieren, 123 Schutzhandschuhe tragen. Staubschutzmasken stünden dagegen nur in 19 Wohnbereichen zur Verfügung, hier sei weitere Aufklärung nötig. Die Maske müsse nicht bei jedem Stellen benutzt werden, aber für kritische Tätigkeiten zur Verfügung stehen, beispielsweise beim Mörsern oder Stellen von CMR-Arzneimitteln.

Im Schnitt habe jeder Heimbewohner 1-2 Ärzte, die Konstellation mit einem verantwortlichen Hausarzt plus eventuell hinzugezogenem Facharzt sei auch sinnvoll.

#### *Dauermedikation versus Bedarfsmedikation*

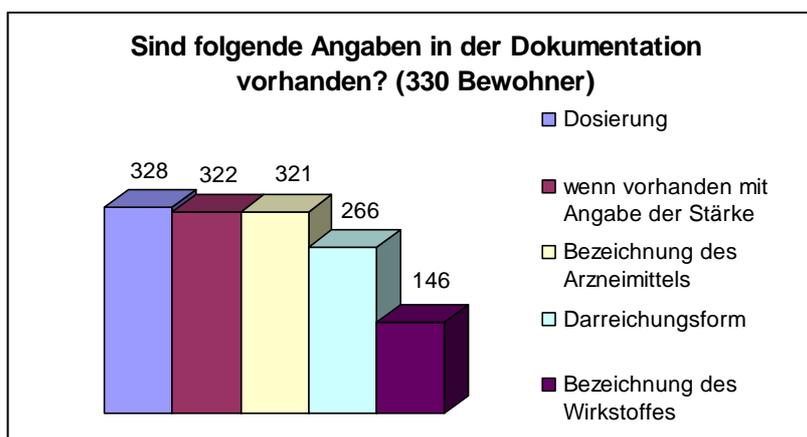
7,3 Medikamente im Rahmen der Dauermedikation und 2,65 Medikamente im Rahmen der Bedarfsmedikation würden die Bewohner nach den Ergebnissen der Untersuchung durchschnittlich einnehmen. Die Selbstmedikation sei aufgrund der allgemein geringen Selbstständigkeit der Bewohner vernachlässigbar.

Eine Differenzierung zwischen Bedarfs- und Dauermedikation erfolge bei fast allen (297 von 330) Bewohnern. Im Detail wünschte sich Dr. Stapel die Dokumentation des Zeitpunktes, der Indikation und der Dosierung für die Bedarfsmedikation. In 257 Fällen würde die Dokumentation auch so durchgeführt.

#### *Zur Dokumentation der Medikationen*

Es sei dann überprüft worden, ob auch alle in der Medikamentendokumentation gelisteten Arzneimittel vorrätig waren. In 100 Fällen sei dem nicht so gewesen. 33-mal wurde als Grund angegeben, das Medikament befinde sich noch im Bestellvorgang, 57-mal lag ein anderes Generikum vor.

**Abb. 4: Angaben in den Medikationsdokumentationen**



Wichtig sei auch die zeitnahe Dokumentation der ärztlichen Verordnung und des Stellens. Früher hätte es dort oft Mängel gegeben, jetzt gaben die Heime in 302 Fällen an, die zeitnahe Dokumentation durchzuführen.

Dosierung, Stärke und Bezeichnung des Arzneimittels würden fast immer dokumentiert, bei der Darreichungsform gäbe es noch Verbesserungsbedarf.

Die Frage, ob die Bezeichnung des Wirkstoffes sinnvoll ist, sei schwer zu beantworten. Auf der einen Seite könne das Pflegepersonal, dem Wirkstoffbezeichnungen geläufig seien, besser Doppelverordnung oder andere Probleme bei der Verordnung aufdecken. Auf der anderen Seite gäbe es durchaus schwierige Wirkstoffnamen, mit denen das Pflegepersonal Probleme hätte, wie Dr. Stapel selbst beobachten konnte. Problematisch seien insbesondere Insuline oder Mischpräparate mit einem oder zwei Wirkstoffen.

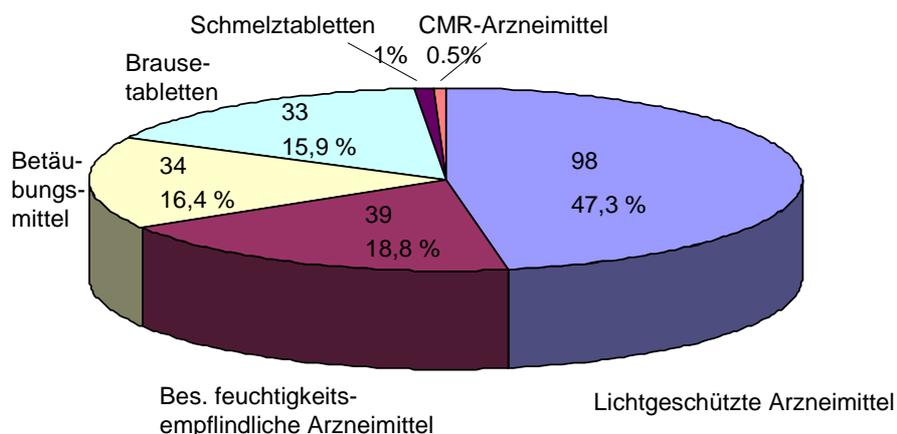
#### *Verblisterfähigkeit von Arzneimitteln*

Im Zuge der Diskussion um die Verblisterung wurden die Darreichungsformen genauer untersucht. 14,6% aller Arzneimittel der Dauermedikation seien immerhin nicht verblisterbar (Tropfen, Säfte, Pflaster, Suppositorien, Salben) und 42,6% der Bedarfsmedikation.

Weiterhin gebe es einige Arzneimittel, die nicht im Voraus gestellt werden könnten.

#### **Abb. 5: Kritische Arzneimittel, die nicht im Voraus gestellt werden können**

**Abb.: Arzneimittel, die nicht für mehrere Tage im Voraus gestellt werden dürfen (N = 207)**



Häufig müsse in den Heimen das Bewusstsein für einige Arzneimittel geschärft werden, die weniger offensichtlich diese Problematik betreffen würden, wie Brause- oder Schmelztabletten.

### *Anwendungszeitpunkte eingehalten?*

Werden die vorgegeben Anwendungszeitpunkte eingehalten? Für Antidiabetika und Lipidsenker treffe dies zu. Probleme gebe es bei Schilddrüsenpräparaten, Osteoporosemittel, Protonenpumpenhemmer, Antiparkinsonmittel und insbesondere bei Eisenpräparaten. Hier sei der versorgende Apotheker in der Aufklärungspflicht.

### *Zum Teilen von Arzneimitteln*

„Teilen ist ein riesiges Problem.“, so Dr. Stapel. Der größte Anteil des Teilens finde nicht auf Grund einer Dosisanpassung sondern aus Kostengründen statt. Problematisch sei das Teilen wegen des zusätzlichen Aufwandes, der Dosierungs(un)genauigkeit, der Fehleranfälligkeit und der Belastung des Personals durch beim Mörsern freigesetzte oder verschleppte Stäube. Bei 204 der 330 Bewohner würden Tabletten geteilt, das sind 61,8%. Hier müsse man bei den Ärztinnen und Ärzten ansetzen, damit Dosierungen so festgelegt würde, dass das Teilen entfallen könne.

### *Mörsern*

In 43 Fällen seien Arzneimittel gemörsert worden, sehr häufig für eine Applikation durch die Sonde, teilweise wegen Schluckbeschwerden. Bei 85% der Mörservorgänge wurde vor dem Mörsern beim Arzt oder Apotheker nachgefragt, 56% hätten ein umfassendes Konzept vorliegen gehabt.

Auch eine Überprüfung der Medikation auf Sinnhaftigkeit sei wünschenswert, erfolgte aber nur in der Hälfte der Fälle. Hygienische und arbeitsrechtliche Maßnahmen seien größtenteils eingehalten worden (78%).

### *Fehleranalyse beim Stellen von Arzneimitteln*

Als nächstes ging die Vortragende zur Fehleranalyse über. Bei 330 Medikationen sei 57-mal fehlerhaft gestellt worden, das ergebe einen Fehler pro 63 gestellte Arzneimittel. Die Fehler setzten sich folgendermaßen zusammen:

- 16x fehlendes Arzneimittel
- 11x fehlerhafter Zeitpunkt der Einnahme
- 11x inkorrekte Tablettenteilung
- 7x falsches Arzneimittel
- 6x falsche Dosierung
- 4x überzähliges Arzneimittel
- 2x beschädigtes Arzneimittel

Die Fehleranalyse beschäftigte sich auch mit dem Zusammenhang zwischen der Häufigkeit von Fehlern und der Einhaltung von Qualitätskriterien wie morgendliches Stellen, Stellen in einem ruhigen und geschlossenem Raum oder dem Vier-Augen-Prinzip. Erstaunlicherweise hätten die Heime mit den eingehaltenen Qualitätskriterien nicht deutlich oder überhaupt nicht besser abgeschnitten. Auch Zertifizierung der Heime oder das tägliche Stellen hätten nicht zu einer verringerten Fehlerrate geführt. Die geringste Fehlerrate sei in den Heimen festgestellt worden, die angaben, beim

Mörsern arbeitsschutzrechtliche und hygienische Mindeststandards einzuhalten. In zwei Heimen sei verblistered worden, hier seien keine Fehler aufgetreten.

Durch den Vergleich mit den Ergebnissen der Untersuchung von 2001/2002 stellte Dr. Stapel fest, dass die Fehlerrate erfreulicherweise insgesamt abgenommen habe (2001: 1 Fehler pro 3 Medikationen bzw. 26 gestellte Arzneimittel; 2009: 1 Fehler pro 6 Medikationen bzw. 63 gestellte Arzneimittel). Es würde weniger täglich gestellt, aber mehr am Morgen.

Auf die deutlich verstärkte Anwendung des Vier-Augen-Prinzips (2001: 18%; 2009: 55,3%) lenkte die Vortragende besonderes Augenmerk, da dies ihrer Meinung nach wie vor eine wichtige Maßnahme zur Erhöhung der Qualität sei, auch wenn das durch die Befragung nicht eindeutig gezeigt werden konnte.

### **Aus der Diskussion der Ergebnisse**

Aus dem Publikum kam die Frage, inwieweit die Dokumentation auf dem Papier oder elektronisch stattfindet, mit dem Hintergedanken, in einer elektronischen Dokumentation beispielsweise die Angabe der Darreichungsform zu erzwingen. Zurzeit seien die Dokumentation auf Papier und die elektronische Dokumentation gleich stark vertreten, wobei die elektronische Dokumentation aber immer mehr zunehme, so die Antwort der Referentin.

Abschließend wurde noch versucht festzustellen, wie genau das Vier-Augen-Prinzip denn durchzuführen sei. Eine Diskussionsteilnehmerin gab zu bedenken, dass die Medikamente heutzutage so zahlreich und einheitlich im Aussehen seien, z.B. weiße Tablette, dass die Kontrolle direkt im Anschluss an das Stellen unter Zuhilfenahme der Packungen zu erfolgen habe. Ob dies mit dem erforderlichen Aufwand tatsächlich in dem notwendigen Ausmaß durchgeführt werde, wie die Antworten der Befragung es implizierten, sei fraglich.

**Isabel Waltering, Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit Nordrhein-Westfalen, Julia Kruse, Westfälische Wilhelms-Universität Münster**

**Analyse der Wirksamkeit von Pharmazeutischer Betreuung durch Apotheken. Ergebnisse einer Untersuchung im Auftrag des LIGA.NRW in Zusammenarbeit mit der Klinischen Pharmazie der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster**

**Zusammenfassung**

Julia Kruse, Doktorandin im Arbeitskreis von Prof. Dr. Georg Hempel, Klinische Pharmazie, an der Universität Münster und Isabel Waltering, Mitarbeiterin im Heim-Projekt des LIGA.NRW, stellten erste Ergebnisse des gemeinsam konzipierten Projektes zur Wirksamkeit von pharmazeutischer Betreuung in Alten- und Pflegeheimen vor.

Das Projekt ist Teil der Bemühungen, in Deutschland dringend nachzuholende Versorgungsforschung durchzuführen. Vor allem die Rolle und das Potential der Apotheken muss besser untersucht werden. Durch intensive pharmazeutische Betreuung des Medikationsprozesses für Heimbewohner können viele Fehler oder Beinahefehler entdeckt werden. Die häufige Anwesenheit der geschulten Apothekerinnen in den Heimen bot den Pflegekräften einen intensiven Austausch über die Medikation und die Gesundheit der Bewohner, so dass deren Beobachtungsvermögen gestärkt und somit weitere Fehler verhindert werden konnten.

Die Methodik für die Untersuchung wurde so gewählt, dass die Abläufe später auch in der täglichen Zusammenarbeit von öffentlichen Apotheken und Heimen bzw. den dortigen Pflegekräften stattfinden könnten. Pflegebedürftigkeit und Zahl der Dauer-Verordnungen konnten durch Medikationsmanagement und gezielte Interventionen verbessert werden.

Julia Kruse, begann die Vorstellung des von ihr und Apothekerin Isabel Waltering in Münster, Hamm, Wesel und Soest durchgeführten Projektes zur Versorgungsoptimierung von Heimbewohnern. Während Kruse im Rahmen einer Promotion die Wirksamkeit der intensiven pharmazeutischen Betreuung in Münster untersucht, wird dieses Projekt durch Waltering, die im Auftrag des LIGA.NRW in weiteren Heimen der übrigen genannten Kommunen unter den gleichen Voraussetzungen aktiv war, unterstützt.

**Die Problematik: Multimorbidität und Polypharmazie**

Ein Blick auf den demografischen Hintergrund zeige, dass es Ende 2009 in Deutschland 2,34 Millionen Pflegebedürftige gegeben habe, von denen 717.000 vollstationär in Altenheimen versorgt würden. Modellberechnungen würden für das Jahr 2030 3,4

Millionen Pflegebedürftige voraussagen. Die beiden Hauptprobleme im Alter in Bezug auf den Arzneimittelkonsum seien die Multimorbidität und die Polypharmazie. 33% der Menschen über 70 hätten 5 oder mehr chronische Erkrankungen, 56% nähmen 5 oder mehr Arzneimittel regelmäßig ein. Der Arzneimittelkonsum nehme mit dem Alter zu und falle erst wieder bei den über 90-Jährigen. Die über 60-Jährigen nähmen nur 27% der Gesamtpopulation ein, würden aber 54% des Umsatzes des GKV-Fertigarzneimittelmarktes ausmachen.

Die hohe Zahl der eingenommenen Medikamente führe zwangsläufig vermehrt zu arzneimittelbezogenen Problemen (ABP) und Interaktionen. Ebenso problematisch sei die Einnahme von für alte Menschen ungeeigneten Medikamenten. Es existierten Listen zu „Potentiell Inadäquater Medikation“ (PIM), namentlich die 2003 zuletzt überarbeitete Beers-Liste für den amerikanischen Markt, die in Irland entworfenen STOPP-Kriterien und für Deutschland die PRISCUS-Liste aus dem Jahr 2010. Ein Vergleich der drei Listen mit Hilfe der Medikation in 7 Altenheimen aus Münster habe ergeben, dass die meisten PIM's durch die STOPP-Liste gefunden würden, gefolgt von der Beers- und dann der PRISCUS-Liste. Letztgenannte müsste erwartungsgemäß in Deutschland die höchste Trefferquote aufweisen, jedoch würden die beiden anderen Listen auch Diagnosen mit einbeziehen, was zu mehr und auch doppelt gezählten PIM's führen würde. Der Vergleich habe auch gezeigt, dass die Anzahl der PIM's mit 5-13% (je nach Liste) allgemein relativ hoch sei.

Es fehle eine Behandlungsstrategie für die Multimorbidität. Eine streng leitliniengerechte Therapie führe wiederum zu einem Zuviel an Medikamenten. Neben diesem Zuviel an Medikamenten gebe es aber auch ein Zuwenig. Dieses würde im Englischen als „Underprescribing“ bezeichnet und lasse sich mit Hilfe des START-Tools erfassen. Durch eine veränderte Pharmakokinetik und -dynamik komme es zudem häufiger zu Nebenwirkungen bei alten Menschen. Erschwerend sei auch, dass über 65-Jährige aus Klinischen Studien ausgeschlossen würden und so Daten für eine evidenzbasierte Medizin (EBM) fehlen würden.

### **Hintergründe zum Projekt und Methoden**

Das Projekt zur Optimierung der Arzneimittelversorgung von Heimbewohnern führt die Vortragende nach ihren Angaben in 7 Alten- und Pflegeheimen in Münster durch, ihre Kollegin Isabel Waltering habe dann die anderen Kreise mit einbezogen. Das Projekt sei so aufgebaut, dass nach einer 6-monatigen Erfassung des Istzustandes eine Interventionsphase folgt, die auch zum Teil schon abgeschlossen sei. Diese umfasse 18 Monate und beinhalte zuerst eine Prüfung der Medikationsdaten auf ABP wie Interaktionen, inkorrekte Dosierungen, Doppelverordnungen, Verordnungen von Arzneimitteln ohne Indikation oder für das Alter unangemessene Arzneimittel. Anschließend würden die detektierten ABP mit dem Pflegepersonal besprochen und auf ihre Relevanz bzw. ihre tatsächlichen Auswirkungen auf die Heimbewohner hin überprüft. Lägen relevante ABP vor, würden diese mit dem zuständigen Arzt oder Ärztin diskutiert und Lösungen erarbeitet. So soll auch der schwierigste Teil der optimierten Versorgung, nämlich die Kommunikation zwischen Arzt und Apotheker, verbessert werden. Damit die Ergebnisse der Optimierung nachhaltig blieben, wür-

den die versorgenden Apotheken einbezogen und beispielsweise auf gravierende Mängel aufmerksam gemacht.

Als primärer Endpunkt wäre die Reduktion der Inzidenz und Prävalenz von ABP festgelegt worden. Weitere Ziele seien eine Verlängerung der Zeit bis zur Wiedereinweisung ins Krankenhaus, die Senkung der Arzneimittelkosten, eine altersbezogene Optimierung der Pharmakotherapie sowie die Etablierung der pharmazeutischen Betreuung der Heimbewohner durch die versorgende Apotheke. Alle Maßnahmen würden einer Erhöhung der Arzneimitteltherapiesicherheit dienen.

Einschlusskriterien wären eine vollstationäre Dauerversorgung in den Heimen und eine Versorgung von min. 50 Heimbewohnern über mehr als 2 Jahre, so dass ein etabliertes System vorliege. Die an dem Projekt beteiligten Heimbewohner müssten über 65 Jahre alt (geriatrisch) sein und mehr als 3 Arzneimittel täglich einnehmen. Patienten mit progredientem Krankheitsverlauf und geringer Überlebenschance würden ausgeschlossen, da eine längerfristige Beobachtung der Teilnehmer stattfinden sollte. Die Teilnahme sei natürlich freiwillig und sei nach einer entsprechenden Aufklärung erfolgt.

Bei der Medication Review würde folgendes erfasst:

- Diagnose/Indikation
- Interaktionen
- Angemessenheit der Medikamente im Alter
- Korrekte Dosierung
- Korrekter Zeitpunkt der Einnahme
- Leber-/Niereninsuffizienz
- Bedarf für alle Medikamente
- Sondenverabreichung, Schluckprobleme
- Arzneimittelunverträglichkeiten
- OTC-Produkte

Die Prüfung auf Interaktion sei bewusst mit der ABDA-Datenbank durchgeführt worden, um die Arbeitsverhältnisse in der versorgenden Apotheke simulieren zu können. Die Angemessenheit sei mit PRISCUS- und STOPP-Liste gecheckt worden.

Schwierig sei der Umgang mit Werten zur Nieren- und Leberfunktion, die zu einer eventuellen Dosisanpassung führen müssten. Die Laborwerte seien in den Heimen entweder nicht vorhanden oder veraltet. Schaut man nach dem tatsächlichen Bedarf aller Medikamente, würden häufig solche entdeckt, die nach einer Krankenhausentlassung weitergegeben würden, obwohl sie nicht indiziert seien – z.B. Diclofenac, Allopurinol oder Schleifendiuretika.

Bestimmte Medikamentenklassen rufen speziell für alte Menschen problematische Nebenwirkungen hervor und müssten deshalb genauer betrachtet werden:

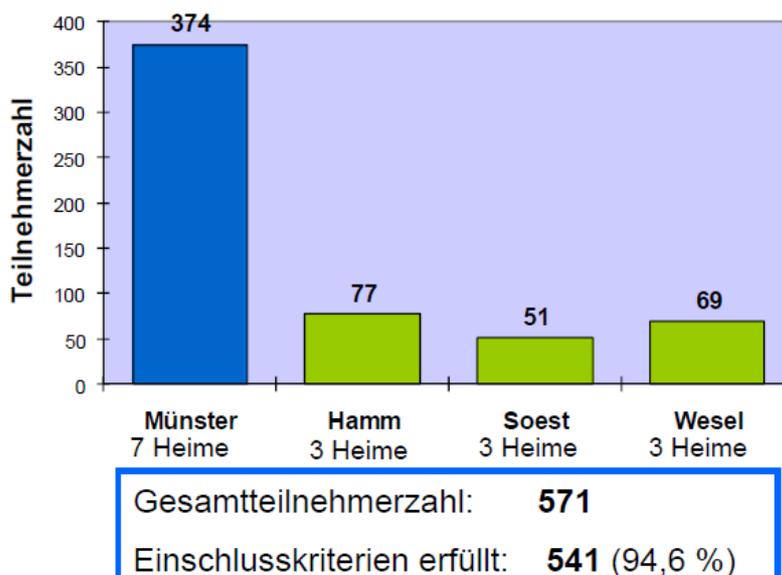
- Anticholinerge Nebenwirkungen (durch trizyklische Antidepressiva, Parkinsonmittel oder Spasmolytika)
- Sedierende Eigenschaften (durch Benzodiazepine, niedrig potente Neuroleptika)

- Extrapyramidal-motorische Nebenwirkungen (durch typische Neuroleptika)
- QT-Zeit-Verlängerung (durch Amiodaron, Neuroleptika wie Risperidon oder Quetiapin)
- Orthostase (durch Diuretika, Vasodilatoren)
- Therapeutische Breite (gering bei Lithium, Theophyllin, Digitalis-Glykoside)
- Serotonerge Medikamente (Metoclopramid, Citalopram)
- Verträglichkeit mit Begleiterkrankungen
- Auswirkungen auf den Elektrolythaushalt

## Ergebnisse

An dieser Stelle des Vortrages übergab Kruse das Wort an Waltering, die erste Ergebnisse des Projekts vorstellte und gleich zu Beginn festhielt: „Wenn Sie sich überlegen, was Frau Kruse erzählt hat, hätten wir eigentlich bei allen Patienten alles absetzen müssen.“

**Abb. 1: Rahmendaten zum Projekt Pharmazeutische Betreuung in Alten- und Pflegeheimen**



Doch zunächst wurden die Rahmenbedingungen des Projektes dargestellt. Die Grafik zeige, in welchen Regionen wie viele Heime untersucht wurden. Die große Teilnehmerzahl sollte nach Meinung der Referentin dafür sorgen, dass die gewonnenen Informationen aussagekräftig seien in Hinsicht auf die Bewertung des Nutzens von pharmazeutischer Betreuung.

Mit 73% weiblichen und 27% männlichen Teilnehmern entspräche die Geschlechterverteilung der eines Heimes allgemein. Im Median hätten die Teilnehmer 8 Arzneimittel verordnet bekommen. Eine Person hätte sogar 23 Dauermedikationen verzeichnet. Die Anzahl der Ärzte variierte zwischen gar keinem festen Arzt bis zu 8 Ärzten. Im Schnitt wurden pro Heimbewohner etwa 8 Diagnosen gestellt. Es sei aber schwer

feststellbar gewesen, welche der Diagnosen in der Krankheitsgeschichte relevant sei. Dies herauszufinden sei nur im direkten, aufwendigen Gespräch mit dem Pflegepersonal möglich. Die Anzahl der Diagnosen oder Dauermedikationen sei unabhängig vom Geschlecht gewesen.

#### *Analyse der Ausgangssituation in den Heimen*

Zu Beginn der Interventionsphase hätte ein Gespräch mit dem direkt in Kontakt zu den Teilnehmer stehendem Pflegepersonal stattgefunden, in dem Diagnosen und Ausschlusskriterien herausgearbeitet wurden. Die Daten seien in eine von Kruse speziell für dieses Projekt entwickelte Datenbank eingepflegt worden. Anschließend seien der Interaktionscheck und die Medication Reviews erfolgt.

Wenn Interventionen eingeleitet worden seien, dann nur in Absprache mit dem Pflegepersonal, um keine Details hinsichtlich Unverträglichkeiten oder medikamentöser Vorgeschichte außer Acht zu lassen.

#### *Umsetzung der Intervention und Kommunikation mit der Arztpraxis*

Die Interventionen seien in Absprache mit der Ärztin oder dem Arzt oder mit dem Pflegepersonal erfolgt. Die größte Erfolgschance habe eine Intervention der Erfahrung nach, wenn das Pflegepersonal (schriftlich) instruiert würde, Ärztin oder Arzt bei ihrer oder seinem nächsten Heimb Besuch konkret auf einen Therapiemissstand anzusprechen. Ärztin oder Arzt hätten in diesem Fall Unterlagen dabei, den Patienten vor Augen, das Pflegepersonal für eventuelle Nachfragen parat und könne direkt eine Entscheidung über die Therapie fällen.

Problematisch dagegen sei die Intervention per Anruf in der Arztpraxis, in der die oben genannten Voraussetzungen nicht gegeben seien. Teilweise seien die Ärzte auch schlicht nicht zur Kooperation bereit gewesen, wenn die Kontaktaufnahme per Telefon, Interventionen per Fax oder E-Mail an die Arztpraxis erfolgt. Meldungen per Fax mit nachfolgendem, angekündigtem Anruf seien wiederum erfolgreich gewesen. Bei besonders gravierenden Mängeln würde natürlich auch die Heimleitung verständigt.

#### *Evaluation der Intervention*

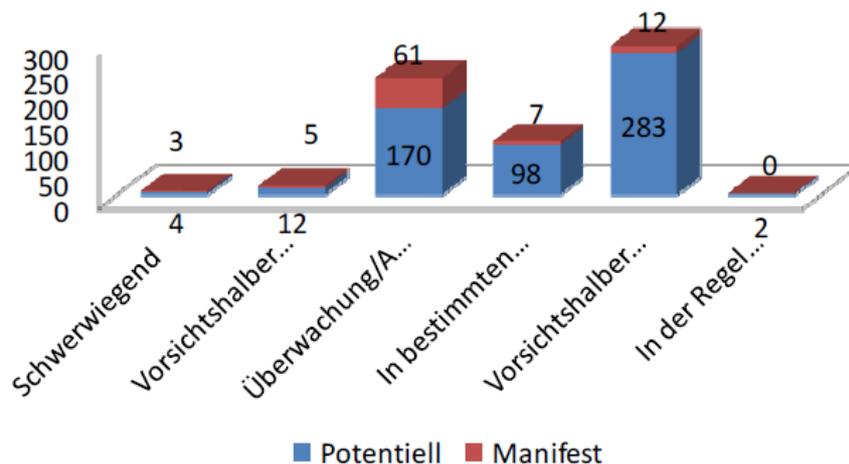
Nach vier bis sechs Wochen hätte eine Kontrolle der Interventionsumsetzung stattgefunden. Wenn keine Verbesserung eingetreten war, wäre nachinterveniert worden. Ein Gesprächstermin mit der Ärztin oder dem Arzt könne dazu dienen die Dringlichkeit der Intervention deutlich zu machen. Waltering berichtete, sie habe alle 14 Tage die Heime besucht und festgestellt, dass die Anzahl der Probleme insgesamt stetig abgenommen habe, obwohl immer wieder neue Probleme dazugekommen wären.

#### *Ergebnisse der Analyse von arzneimittelbezogenen Problemen (ABP)*

Bei 166 Patienten seien im Laufe der 18 Monate 1504 ABP gefunden worden, also 9,1 ABP pro Patient bzw. 41 ABP pro 100 Heimbewohnermonate. Von diesen 1504 ABP seien 569 als nicht relevant eingestuft worden. Gründe dafür waren fehlende Nebenwirkungen oder Interaktionen, bereits wirkungslose Interventionen in der Vergangenheit oder die Unverzichtbarkeit eines bestimmten Arzneimittels. 44% der ABP

seien Interaktionen gewesen, von denen 13% als manifest eingestuft worden seien und die sich folgendermaßen aufgeteilt hätten:

**Abb. 2: Klassifizierung der aufgetretenen Arzneimittel bezogenen Probleme (ABP)**



Manifest würde konkret bedeuten, dass auch die Probleme auftreten, die zu erwarten waren.

#### *Ergebnisse der Intervention*

Von 1081 Interventionen seien 648 umgesetzt worden (60%), in den Augen der Vortragenden eine gute Zahl. In 170 Fällen sei keine Intervention notwendig gewesen und in 263 Fällen wurde eine Intervention abgelehnt. Von den 1504 ABP seien 649 behoben worden (43%), 286 nicht behoben worden und 569 nicht relevant gewesen. Dies sei ein guter Indikator dafür, dass die Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Apothekern sehr wohl möglich sei, meinte Waltering.

#### *Verschiebungen durch die Intervention: Von der Dauermedikation zur Bedarfsmedikation*

Die Auswirkungen auf die Zahl der verordneten Medikamente beschrieb die Referentin folgendermaßen: Die Zahl der Dauermedikationen habe im Schnitt abgenommen, die der Bedarfsmedikationen zugenommen, allerdings nicht im gleichen Maße. Man könne also eine Verschiebung beobachten, weg von der Dauer- und hin zur Bedarfsmedikation. Der tägliche Medikamentenkonsum würde so zurückgefahren, das Mittel läge aber für alle Fälle bereit, eine durchaus akzeptable Lösung meint Waltering.

#### *Analyse der Lebensqualität und der Pflegebedürftigkeit*

Die Anzahl der Medikamente allein sage aber noch nichts über das Befinden des Patienten aus, daher sei auch die Pflegebedürftigkeit erfasst worden. Dies sei mit einer Punkteskala auf Basis der „Aktivitäten des täglichen Lebens nach Krohwinkel“ erfolgt. Die Punkte würden unter anderem für Kontinenz, Kommunikation, Bewegung

und Schlafen verteilt. Die maximale Punktzahl betrage 130, unter 50 Punkten sei keine Teilnahme am täglichen Leben möglich.

Die Erfassung sei im Monat 0, 12 und 18 erfolgt und zwar geschlechtsunabhängig. Die Auswertung der Punkteskalen habe ergeben, dass in einigen Heimen eine Verringerung der Pflegebedürftigkeit von Monat 0 zu Monat 18 oder von Monat 12 zu Monat 18 erzielt werden konnte, obwohl die Teilnehmer um 18 Monate gealtert waren. Waltering merkte an, dass in diesen Heimen, der Bedarf an Dauermedikation gesunken sei und vermutet dort einen Zusammenhang, räumte aber ein, dass dies noch nachgewiesen werden müsse.

Die Dauermedikationen konnten reduziert werden, fasste die Referentin zusammen. Ein kurzfristiger Effekt auf die Lebensqualität sei zu erkennen. Eine mögliche Kostenreduktion würde noch berechnet werden, positive Tendenzen seien aber bereits deutlich auszumachen.

### **Auswirkungen auf die tägliche Praxis in der öffentlichen Apotheke**

Mit der entsprechenden Weiterbildung könne jeder Apotheker pharmazeutische Betreuung auch im alltäglichen Betrieb durchführen. Ein zeitlicher Mehraufwand sei durch diese Aufgaben zu erwarten. Die Zusammenarbeit mit dem Pflegepersonal sei sehr konstruktiv gewesen und auch von diesem geschätzt worden. Die Zusammenarbeit mit den Ärzten jedoch sei nicht immer einfach gewesen. Gute Effekte wären aber durch die Ansprache des Pflegepersonals an die Ärzte erzielt worden, so dass dieser Weg der Kommunikation stärker in Betracht zu ziehen sei. Regelmäßige interdisziplinäre Gespräche wären eine sinnvolle Einrichtung.

Bei der anschließenden Diskussion wurde nochmals festgestellt, dass der persönliche Kontakt zur Ärztin bzw. zum Arzt vor Ort den wahrscheinlich größten Effekt habe. Eine Vision wurde geäußert: Ein Heimapotheker als Äquivalent eines Heimarztes für große Einrichtungen?

Ein Teilnehmer fragte, ob die Vergütung der Apotheke in die Kostenberechnungen mit eingeflossen wäre, da diese nicht unter den Tisch fallen dürften, wenn man über Kostenreduktion rede. Explizit berechnet sei dies noch nicht, räumte die Referentin ein, wies aber daraufhin, dass der Zeitaufwand mit der Erfahrung und der Zeit sinke. Die Vergütung müsse sich aus dem Zeit- und Personalaufwand und den Einsparmöglichkeiten berechnen lassen.

Auf die Dringlichkeit einer Vergütung dieses Mehraufwandes, der über Reduktion der Dauermedikation auf eine Reduktion des eigenen Umsatzes abziele, wies eine weitere Sprecherin aus dem Publikum hin. Mit den Daten aus dem Projekt hätte man eine Grundlage für zukünftige Verhandlungen.

Weiter wurde diskutiert, dass eventuell auch pflegerische Maßnahmen in den 18 Monaten zu einer Verringerung des Pflegebedarfes geführt hätten, was nicht ausgeschlossen werden dürfte. Auf entsprechende Anfrage wiesen die Vortragenden nochmals daraufhin, dass die Auswertung noch nicht abgeschlossen sei. Eine Erfas-

sung des Zeitraumes bis zur Krankenhauseinweisung sowie eine Klassifikation der ABP und andere Aspekte wären in Bearbeitung.

Dr. Puteanus bemerkte abschließend, dass andere Länder einen großen Vorsprung in der Versorgungsforschung hätten. Mehr unabhängige und ergebnisoffene Studien seien in Deutschland vonnöten, um eine Grundlage für die Diskussion darüber zu schaffen, wer in Zukunft wem für welche Leistungen wie viel bezahlt. Das besprochene Projekt sei ein guter Schritt in die richtige Richtung.

## **Dr. Udo Puteanus, Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen (LIGA.NRW)**

### **Befragung der Pflegekräfte zur Zusammenarbeit mit Apotheken**

#### **Zusammenfassung**

Zusammen mit Amtsapothekerinnen und Amtsapothekern hat Puteanus im Rahmen seiner Koordinierungsfunktion im LIGA.NRW für den Bereich Sozialpharmazie das Projekt „Arzneimittelversorgung von Heimbewohnern“ initiiert und durchgeführt. Sein Beitrag auf der Fachtagung beschäftigte sich mit der Befragung von Wohnbereichsleitungen (berufserfahrene Pflegekräfte) über die Zusammenarbeit mit den Apotheken.

Insgesamt zeigten sich die Pflegekräfte zufrieden mit der Zusammenarbeit seit Einführung der Heimversorgungsverträge im Jahre 2003. Sie wünschen sich allerdings noch mehr Engagement der Apotheken bei der Übermittlung von Informationen zu Neben- und Wechselwirkungen von Arzneimitteln, z.B. im Rahmen fallbezogener Schulungen. Dem Neu-Verblistern von Arzneimitteln stehen sie insgesamt skeptisch gegenüber.

Im vierten Modul des Gesamtprojektes Arzneimittelversorgung von Heimbewohnern des Öffentlichen Gesundheitsdienstes wurden die Pflegekräfte selbst befragt, wie sich die Zusammenarbeit mit den Apotheken gestalte. Sie sollten Auskunft geben über zufriedenstellende und weniger zufriedenstellende Aspekte dieser Zusammenarbeit.

#### **Professionalisierungsprozess in der Pflege**

Neben den bereits besprochenen Herausforderungen bei der Arzneimittelversorgung von alten Menschen sei auch die Professionalisierung der Pflege eine Zielsetzung für die Erhebung der Daten gewesen. Die Akademisierung der Pflege müsse gestärkt werden, die Pflege sei es, die wesentlich zur Beurteilung des Therapiestatus und Befindens der Heimbewohner beitrage.

Dieser Akademisierungsprozess sei ein internationaler Trend. Dazu gehöre auch die Aufwertung der Grundpflege gegenüber der Behandlungspflege, da erstere das wesentliche Tätigkeitsfeld der Pflegekräfte sei. Im Rahmen der Behandlungspflege würde das Pflegepersonal dagegen nur das ausführen, was der Arzt verordnet habe.

Außerdem sollte evaluiert werden, inwiefern sich die Einführung der Heimversorgungsverträge aus Sicht der Pflege verändert habe.

## **Zur Methodik**

Der Fragebogen sei in Zusammenarbeit mit Pflegewissenschaftlern der Versorgungsforschung der Universität Bielefeld erarbeitet worden. Insgesamt sei die Befragung Ende 2009 in 20 teilnehmenden Kreisen und kreisfreien Städten des Landes Nordrhein-Westfalen durchgeführt worden. Die Mitarbeit durch die Pflegekräfte sei freiwillig gewesen.

Von 3120 maximal erreichbaren Wohnbereichsleitungen hätten 840 (27%) den Fragebogen beantwortet. Eine kleine Zahl zwar, man könne aber nicht sicher wissen, ob die Heimleitungen die Fragebögen auch immer an die Wohnbereichsleitungen weitergereicht hätten. Die Befragten seien weit überwiegend Altenpfleger, Krankenpfleger und Krankenschwestern gewesen. Nur ein kleiner Teil habe zu anderen Berufsgruppen gehört, wie Sozialarbeiter und umgeschultes Apothekenpersonal, die jetzt in den Wohnbereichsleitungen tätig seien.

80 Prozent aller Befragten waren weiblich. Mehr als die Hälfte der Befragten (62%) hätte schon länger als 3 Jahre mit der versorgenden Apotheke zusammengearbeitet. Meistens würden alle Bewohner eines Heimes durch eine Apotheke (62%) versorgt, aber auch die Versorgung durch mehrere Apotheken komme vor (35%).

Sofern ein Qualitätssicherungssystem (QMS) vorhanden gewesen sei, sei die Apotheke so gut wie immer in das QMS vertraglich eingebunden gewesen (92%), beispielsweise beim Umgang mit Betäubungsmitteln.

## **Ergebnisse**

*Zum Selbstverständnis über das Tätigkeitsgebietes der Pflege im Medikationsprozess*

Wie ist die Pflege in die Arzneimittelversorgung eingebunden? Die Beantwortung dieser Frage sei am Anfang dieser Untersuchung gestellt worden. Die Pflegekräfte hätten die Gelegenheit gehabt, nicht durch eine Auswahl, sondern mit Hilfe eines Freitextes zu antworten. Damit sollten sie, ohne evtl. durch weitere Fragen bereits beeinflusst worden zu sein, erläutern, welche wesentlichen Tätigkeitsgebiete sie im Medikationsprozess sehen.

Fast alle Befragten hätten folgende Punkte genannt:

- Bestellung, Kontrolle und Lagerung der Arzneimittel
- Stellen für die Bewohner, inkl. Teilen der Tabletten
- Verabreichung der Medikamente
- Überwachung der Einnahme
- Dokumentation der Medikation
- Entsorgung von Arzneimitteln

Interessanter seien allerdings die Antworten, die über diese Dinge hinausgehen und nicht von allen Befragten genannt wurden (in absteigender Häufigkeit):

- Beobachtung der Arzneimittelwirkungen
- Kommunikation mit dem Arzt

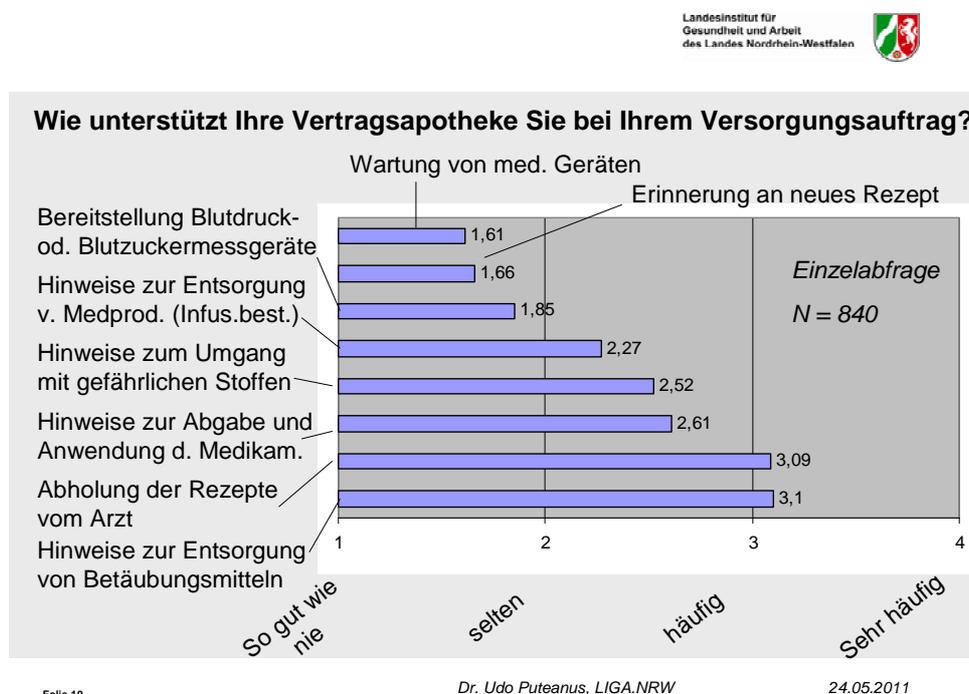
- Beobachtung der unerwünschten Arzneimittelwirkungen (UAW)
- Kontrolle des Verfalldatums
- Beobachtung von Wechselwirkungen
- Kommunikation mit der Apotheke
- Hygiene
- Umgang mit speziellen Arzneimitteln

Puteanus wies nochmals daraufhin, dass die Antworten nicht vorgegeben gewesen wären und man deshalb der Tatsache Beachtung schenken müsse, dass für viele Pflegekräfte (35%) die Beobachtung der Arzneimittelwirkung am Bewohner als selbstverständlich Teil ihrer Tätigkeit betrachtet werde. Die Kommunikation mit dem Arzt spiele eindeutig eine größere Rolle (20%) als die Kommunikation mit der Apotheke (4%). Allgemein lasse sich aus diesen Zahlen ableiten, dass die Pflege ihre Rolle als aktiver Bestandteil der Arzneimittelversorgung sehr ernst nehme.

#### *Technische Unterstützung durch die Apotheke*

Als nächstes seien die Pflegekräfte nach der Art der Unterstützung gefragt worden, die die Apotheke für den Versorgungsauftrag leisten würde. Diesmal seien die Antworten bereits vorgegeben gewesen.

**Abb. 1: Leistungen der versorgenden Apotheken aus der Sicht der Pflegekräfte**



Weiterhin würden 61% der Apotheken die geforderte zweimal jährliche Überprüfung der gelagerten Arzneimittel durchführen, 13% sogar mehrmals jährlich. Immerhin

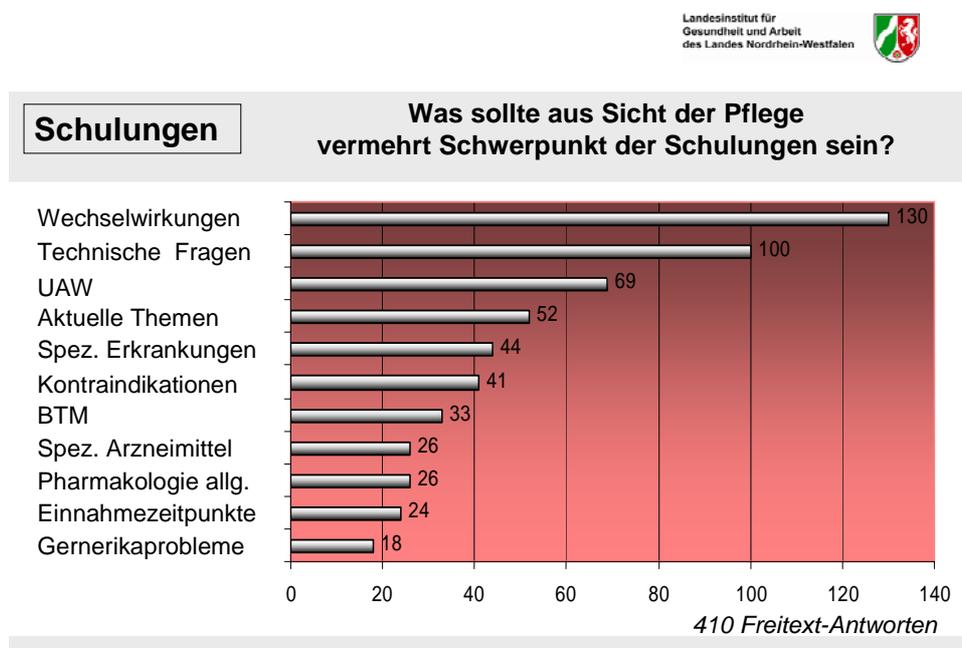
22% der versorgenden Apotheken würden diese Überprüfung nur einmal jährlich durchführen und 2% erschreckenderweise überhaupt nicht.

### Schulungen des Pflegepersonals durch Apotheken

Auch Schulungen der Pflegekräfte würden seit Einführung der Versorgungsverträge von den Apotheken übernommen. Etwa 59% der Befragten stuften den Neuigkeitswert dieser Schulungen als hoch oder sehr hoch ein, eine erfreuliche Zahl, wie der Vortragende kommentierte. Die Praxisnähe der Schulungen sei sogar noch höher eingeschätzt worden, 76% hätten sie mit hoch oder sehr hoch beurteilt.

Interessant für die Apothekerinnen und Apotheker sei sicher auch, was aus Sicht der Pflegekräfte vermehrt Schwerpunkt der Schulungen sein sollte.

**Abb. 2: Wünsche der Pflegenden an die durch Apotheken durchgeführten Schulungen: Verstärkte Besprechung folgender Themen**



Folie 23

Dr. Udo Puteanus, LIGA.NRW

24.05.2011

Wieder bemerkenswert sei der hohe Stellwert gewesen, den Wechselwirkungen und UAW neben technischen Fragen eingenommen hätten.

Informationen über Arzneimittel würden sich Pflegekräfte zur Zeit eher aus dem Beipackzettel oder vom Arzt besorgen, anstatt von Apothekerinnen oder Apothekern.

### Zum Stellen von Arzneimitteln durch Apotheken

Wichtig sei auch die Meinung der Pflegekräfte zum Stellen der Medikamente durch die Apotheke. 65% fänden dies nicht hilfreich oder nicht richtig. Die Gründe für diese mehrheitliche Ablehnung seien vielfältig:

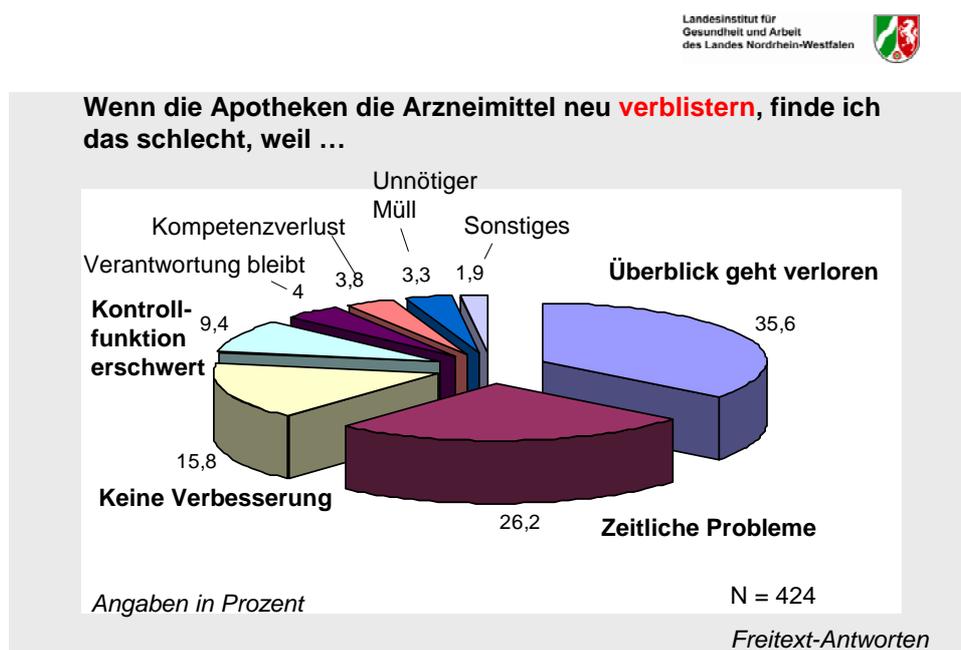
- Überblick geht verloren (56%)
- Kontrollfunktion wird erschwert (13%)
- Zeitliche Probleme (9%)
- Kompetenzverlust (7%)
- Beobachtungen von UAW wird schwieriger (5%)
- Verantwortung bleibt im Heim (5%)
- Beobachtungen von Wechselwirkungen wird schwieriger (2%)
- Haftung bleibt beim Heim (1%)

Gerade im Prozess der Professionalisierung der Pflege sei der Punkt Kompetenzverlust nach Meinung des Referenten besonders wichtig.

#### *Zum Neuverblistern von Arzneimitteln als Apothekenangebot*

Und wie stehe die Pflege zur Neuverblisterung von Medikamenten? Auch hier habe die Mehrheit der Befragten (62%) mit „nicht hilfreich“ geantwortet, und wieder seien die Gründe vielfältig gewesen.

**Abb. 3: Gründe der Pflegenden für ihre ablehnende Haltung gegenüber einer Neuverblisterung von Arzneimitteln**



Folie 28

Dr. Udo Puteanus, LIGA.NRW

24.05.2011

Man dürfe nicht außer Acht lassen, dass die befragten Pflegekräfte mehrheitlich noch nicht mit Verblisterung in Berührung gekommen sei, also nicht aus Erfahrung sprächen. Trotzdem müsse man diese Zahlen in der allgegenwärtigen Diskussion über das Verblistern berücksichtigen.

An dieser Stelle zitierte der Vortragende Auszüge aus dem „Pflege Thermometer 2010“, in dem ebenfalls diese Problematik abgefragt worden sei, allerdings von Pfl-

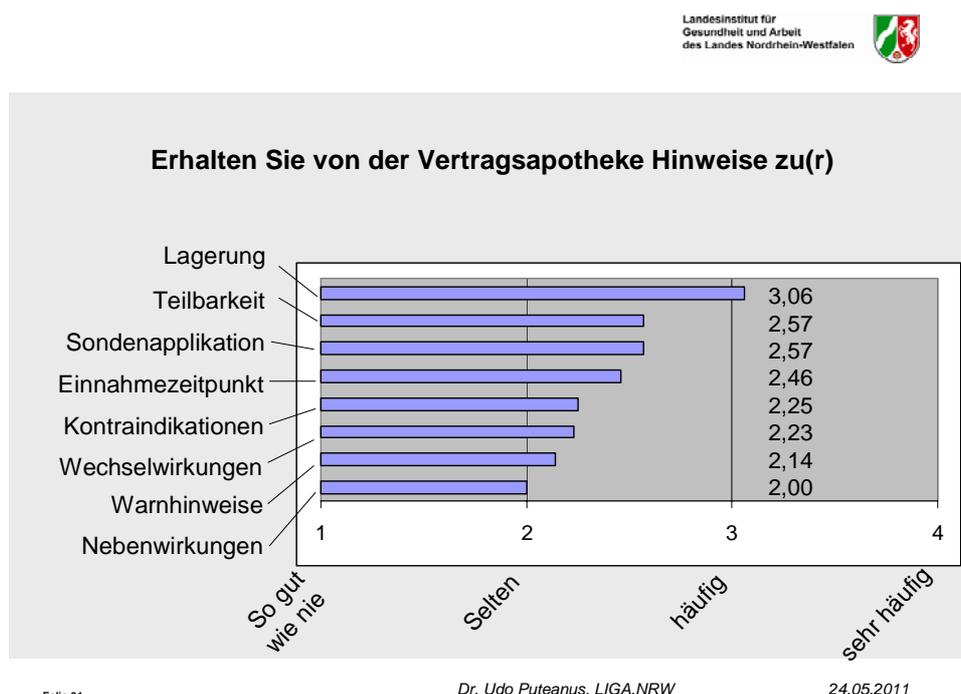
gekräften, die in Krankenhäusern tätig seien: „Neun von zehn Pflegekräften beschreiben als wesentliche berufliche Tätigkeit das Zusammenstellen von Medikamenten. Vor dem Hintergrund der Eindeutigkeit dieser Aussage sind in jedem Fall informierende und klärende Vorarbeiten nötig, ehe ein so prominenter Aufgabenbereich durch technische Lösungen (Verblisterungen / Lieferung der Medikamente über Apotheken oder Fremdfirmen) ersetzt werden kann.“

Nach seiner persönlichen Meinung sei nach Puteanus der befürchtete Verlust der Übersichtlichkeit bzw. Kontrolle damit zu begründen, dass Informationen oft mit Bildern verknüpft seien, in diesem Fall das spezifische Design einer Medikamentenpackung. Im Falle einer Verblisterung, würde der visuelle Reiz der Packung entfallen und damit Informationen und Verknüpfungen von Informationen schlechter abrufbereit sein.

#### Weitere Leistungen der Apotheken

Weiter wurde nach Hinweisen von der versorgenden Apotheke gefragt.

**Abb. 4: Häufigkeit von Hinweisen der versorgenden Apotheken zum Umgang mit Arzneimitteln für die Pflegekräfte**



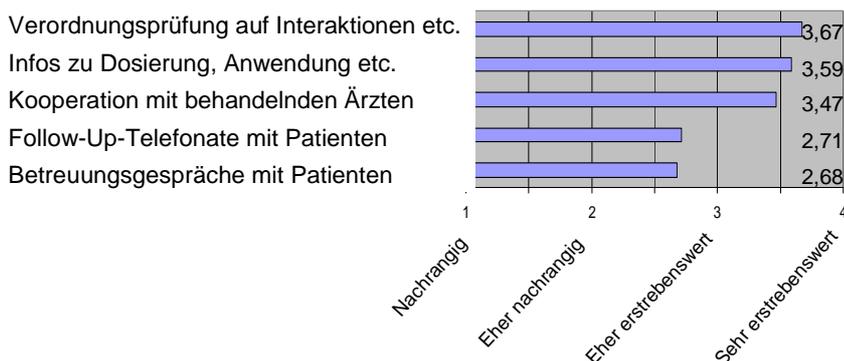
Problematisch sei, dass Warnhinweise, Wechselwirkungen und UAW selten besprochen würden, obwohl Aufklärung über diese Aspekte ja am meisten von den Pflegekräften gewünscht worden seien. Hier bestehe also Handlungsbedarf.

Gespräche und Telefonate mit den Patienten seien eher weniger erwünscht, auch hier stehe wohl die Befürchtung von Abgabe von Kompetenzen im Vordergrund. Verordnungsprüfung, Information und Kooperation dagegen seien wichtige und erwünschte Bestandteile pharmazeutischer Betreuung.

**Abb. 5. Elemente der Pharmazeutischen Betreuung, die Pflegekräfte wichtig finden**



**Wie wichtig finden die befragten Pflegekräfte einzelne Elemente der „Pharmazeutischen Betreuung“ durch Apotheken**



Folie 32

Dr. Udo Puteanus, LIGA.NRW

24.05.2011

**Fazit**

Eindeutig seien die Pflegekräfte in ihrer Meinung gewesen, dass sich die Arzneimittelversorgung und die Kommunikation zwischen Apotheke und Pflege mit der Einführung der Versorgungsverträge 2003 sehr verbessert haben. Mit diesem Aspekt ging

**Abb. 6: Grundlage für eine erfolgreiche und sichere Arzneimittelversorgung: gelungene Kommunikation auf Augenhöhe**



**In einem Team aus gleichberechtigten Partnern lässt sich die Arzneimittelversorgung von Heimbewohner verbessern**



Folie 38

Dr. Udo Puteanus, LIGA.NRW

24.05.2011

Dr. Puteanus dann zum Fazit der Befragung über. Schlussfolgerung sei, dass die Pflegekräfte ihren Beitrag zur Arzneimittelversorgung sehr ernst nähmen. Die Zusammenarbeit mit den Apotheken sei insgesamt befriedigend, Verbesserungsmöglichkeiten gäbe es noch bei der Information zu UAW und Wechselwirkungen sowie bei der Zusammenarbeit mit den Ärzten, die schon mehrmals während der Veranstaltung zur Sprache gekommen sei.

Verblisterung und Stellen seitens der Apotheke seien aus Sicht der Pflege eher nicht erstrebenswert. Ziel aller Bestrebungen dürfte kein Gegeneinander, sondern eine fruchtbare Zusammenarbeit aller an der Arzneimittelversorgung beteiligten gleichberechtigten Partner sein.

## **Teil 2: Stellungnahmen von Partnern der heimversorgenden Apotheke**

### **Patricia Drube, Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e.V. Erwartungen an die Apotheken aus Sicht der Pflege**

#### **Zusammenfassung**

Als Mitarbeiterin des Berufsverbandes für Pflegeberufe vertrat Drube die Position des Interessensverbandes dieser Profession. Aufgrund der besonderen Bedeutung der Pflegekräfte bei der Arzneimittelversorgung von Heimbewohnern war sie gebeten worden, aus der Sicht der Pflege die bisherige Zusammenarbeit zu bewerten sowie weitere Erwartungen zur Vertiefung der Kooperation zwischen Pflege und Apotheken aus Sicht des Berufsverbandes zu formulieren.

Für Drube stand fest, dass alle Verbesserungsvorschläge dem Ziel dienen müssten, die Lebensqualität zu verbessern und Autonomie der Bewohner so lange wie möglich zu erhalten. Auch die wichtige Funktion der Pflege, Arzneimittelwirkungen beim Patienten zu beobachten, dürften die Autonomierechte der Bewohner nicht einschränken. Hinsichtlich einer verbesserten Zusammenarbeit zwischen Apotheken und Pflegekräften stand für Drube im Vordergrund, das Leistungspotenzial der Apotheken bekannt zu machen, z.B. durch Publikationen in der Fachpresse der Pflege oder durch intensive Schulungsangebote. Nach Drube sollten Schulungen an der Erfahrungswelt der Pflege anknüpfen und möglichst einzelne Fälle aus der täglichen Praxis zum Thema haben.

Patricia Grube begann ihr Referat mit Anmerkung, dass ihr im Laufe des Vormittages schon sehr deutlich geworden sei, welche große Bedeutung die Berufsgruppe der Pflegenden im Denken der Pharmazeuten spiele. Drube freute sich, dass man so miteinander ins Gespräch kommen könne.

Wenn man über die Erwartungen aus Sicht der Pflege spricht, müsse man beachten, dass die Sicht Einzelner nicht immer den Vorgaben oder Vorstellungen der Verbände entspreche, ein Phänomen, das sicher auch den anwesenden Vertretern anderer Professionen nicht unbekannt sei.

#### **Pflege in Alten- und Pflegeeinrichtungen**

##### *Bedeutung der Lebensqualität*

Im Krankenpflegegesetz sei verankert, dass Kernaufgabe der Pflegekräfte die Unterstützung der zu Pflegenden und ihrer Angehörigen bei der Bewältigung von Krankheiten sei. Im Pflegeheim würde die therapeutische Heilung der Bewohner teilweise in den Hintergrund treten, zentrales Thema sei stattdessen die Lebensqualität der Bewohner.

Die Erhaltung der Lebensqualität würde zum Einen durch Symptomkontrolle erreicht. Ein Beispiel sei das Schmerzmanagement, bei dem die Arbeit der verschiedenen Berufsgruppen ineinander greife. Das Pflegepersonal beobachtet und meldet die Symptome, der Arzt verordnet, das Apothekenpersonal berät und schult (z.B. Thema Durchschneiden von Schmerzplastern).

#### *Beispiel: Schmerzbehandlung*

In diesem Zusammenhang würde sich die Pflege aktuell mit der Problematik beschäftigen, die Schmerzintensität von Bewohnern mit eingeschränkten kognitiven Fähigkeiten zu beurteilen, denn diese Personengruppe könne nicht mehr richtig kommunizieren. Deshalb sei zu konstatieren, dass sie nachgewiesenermaßen weniger Schmerzmittel erhielten.

#### *Autonomie der Heimbewohner*

Ein anderer wichtiger Punkt für die Lebensqualität sei die Autonomie. Es sei zwar richtig, dass viele Bewohner aufgrund kognitiver oder sensorischer Defizite ihr Medikamentenregime nicht selber bewältigen könnten. Dennoch dürfe nicht jedem Menschen, der die Schwelle eines Heimes übertritt, automatisch diese Fähigkeit abgesprochen werden. Dazu gehöre die Kommunikation mit dem Arzt über Beschwerden und die Aufbewahrung und Einnahme der Medikamente.

Die auch vom Berufsverband geforderte Autonomie, die Erkennung und Nutzung aller noch vorhandenen Ressourcen des Bewohners einerseits und andererseits der Wunsch, der Heimbewohner möge alle verordneten Medikamente vollständig und korrekt im Sinne einer sicheren Arzneimitteltherapie einnehmen, würden zu einer Konfliktsituation führen. Die Praxis entspreche oftmals nicht den Vorstellungen der Befürworter der Autonomie. Die generelle Übernahme des Medikamentenregimes durch die Pflege führe eher zu erleichterten Arbeitsabläufen.

Der Bewohner verspüre nach Eintritt in das Heim zuerst einmal das Bedürfnis sich anzupassen, die Abläufe zu beobachten und gebe deshalb häufig sein Recht auf autonome Eigenversorgung mit Medikamenten freiwillig auf.

#### *Bedeutung der Arzneimittelversorgung durch die Pflege*

An dieser Stelle wies Drube darauf hin, dass die Pflegekräfte durch ihren alltäglichen Umgang mit den Pflegebedürftigen Änderungen im Befinden oder Probleme bei der Einnahme von Arzneimitteln wahrnehmen würden, bevor diese artikuliert oder anderweitig kommuniziert würden. Damit würden sie eine wichtige Informationsquelle darstellen bei der Aufklärung des Ausbleibens erwünschter oder des Aufkommens unerwünschter Arzneimittelwirkungen. Das aufmerksame Beobachten des Befindens der Bewohner zähle somit auch im Eigenverständnis der Pflege zu ihren Kernaufgaben.

Ideal wäre es, wenn gleichzeitig die Zusammenhänge zur medikamentösen Therapie erkannt würden. Wichtig dafür sei das Stellen der Medikamente durch die Pflegekraft, die auch die entsprechenden Bewohner betreut. Diese bewusste Auseinandersetzung mit der Medikation sei Voraussetzung für das Erkennen besagter Zusam-

menhänge. Wenn Automatisierung in den Medikationsprozess Einzug hielte, müsse man eine (Neu-)Strukturierung der Kommunikation der beteiligten Partner schaffen, die die - durch diese Automatisierung - verringerte Reflexion kompensieren könne.

Eine Studie, die Indikatoren für die Qualität von Pflegeheimen untersucht, habe den Interaktionscheck als Indikator wieder verworfen, nachdem man festgestellt hätte, dass in 51 von 52 Heimen der Interaktionscheck durch den Versorgungsvertrag mit einer oder mehreren Apotheken bereits vertraglich geregelt war. Hierbei würde es sich aber nur um eine formale Struktur handeln, die noch nichts über den Benefit des Bewohners im konkreten Falle aussage. Wichtiger sei die Frage, was für Maßnahmen nach dem Entdecken einer Interaktion ergriffen würden, also die Intervention.

#### *Zusammenarbeit Pflege und Arzt*

An dieser Stelle beantwortete die Vortragende eine Zwischenfrage aus dem Publikum, ob die Ärzte denn die Meinung der Pflegekräfte in ihre Entscheidungen mit einbeziehen würden. Das sei von Arzt und Heim abhängig, sogar von der Besuchszeit des Arztes, von der abhängen würde, ob eine Begehung gemeinsam erfolgen kann. Wenn die Kommunikation gelingt, dann würde dies auch berücksichtigt, so Drube. In vielen Fällen würden sich die Ärzte voll auf die Zusammenarbeit verlassen und nur alle vier Wochen vorbeikommen, während sie in der Zwischenzeit auf Beobachtungen der Pflege reagierten.

#### **Zusammenarbeit Pflege und Apotheke**

Es sei zu begrüßen, dass die Pflege mit der Apotheke einen Ansprechpartner habe für Fälle von Therapiemissständen durch z.B. Doppelverordnungen verschiedener Ärzte oder vergessenes Absetzen von Medikamenten nach Krankenhausentlassungen.

Vor der Einführung der Versorgungsverträge habe man die Apotheken als qualifizierte und beratende Institution gar nicht im Bewusstsein gehabt, sondern nur als Kaufläden betrachtet. Inzwischen habe man erkannt, dass die Apotheken teilweise sogar besser und schneller erreichbar wären als die Ärzte in ihrem permanenten Praxisstress. Das volle Potential, das in den Apotheken in Bezug auf die Verbesserung der Versorgung vorhanden sei, würde aber noch nicht überall erkannt. Einige Pflegedienstleitungen würden sich zwar über die kostenfreien Schulungen und sogar diverse Botendienste freuen, das sei aber nicht Sinn der Sache. Hier müsse man ins Gespräch kommen, forderte Drube, um den Pflegekräften klarzumachen, welche beträchtlichen inhaltlichen Leistungen die Apotheken zu bringen in der Lage sind.

#### *Bedeutung von Schulungen*

Eine dieser Leistung sei die Hilfestellung beim Erkennen von Zusammenhängen zwischen Auffälligkeiten und Medikation. Als Beispiel führte die Referentin Stürze und diese potentiell begünstigenden Medikamente an. Obstipation, Verwirrtheit und Exsikkose seien ebenfalls solche arzneimittelbezogenen Probleme (ABP), die man ansprechen und in Schulungen bearbeiten sollte. Entsprechende Basics seien zwar Teil der Ausbildung von Pflegekräften, aber man könne nicht alles voraussetzen und zu-

dem müsse dieses Wissen aufgefrischt werden. Anzeichen für Überdosierung und auch technische Fragen wie die richtige und zulässige Zerkleinerung von Medikamenten seien ebenfalls wichtige Beratungsinhalte.

Ein großes Problem für die Pflegekräfte stelle die Medikationsdokumentation dar. Oft stünde auf dem Verordnungsblatt ein anderes Medikament, als aus der Apotheke geliefert würde. Aus Sicht der Pflege wäre es am einfachsten, wenn die Apotheke auf dem Aufkleber des Arzneimittels vermerken würde: „Entspricht X.“, wobei mit X das Arzneimittel auf dem Verordnungsblatt gemeint ist. Damit sei jedes gelieferte Arzneimittel eindeutig zuzuordnen, was eine ungemeine Erleichterung der Pflegekräfte bedeuten würde. Die mühsame Arbeit mit Austauschlisten könne so entfallen.

Es würde ja viel über Schulungen gesprochen. Die Erfahrung zeige jedoch, dass Aspekte, die letztendlich in der Praxis umgesetzt würden, oft nicht durch Schulungen vermittelt worden seien, sondern durch fallbezogene Beratung. Diese Beratung müsse spezifisch auf die Probleme und die üblicherweise verabreichten Medikamente eines Heimes und seiner Bewohner ausgerichtet sein.

## **Diskussion**

„Was müssen Apotheken tun, um besser von den Pflegekräften wahrgenommen zu werden?“, fragte eine Teilnehmerin in der anschließenden Diskussion und bezog sich auf eine Aussage aus dem Vortrag Drubes. Es wäre hilfreich, wenn entsprechende Publikationen wie zum Beispiel das besprochene Projekt von Frau Waltering und Frau Kruse ihren Weg in die Fachpresse der Pflegekräfte finden würden. Auch das kompetente Einbringen der Apothekerinnen und Apotheker mit Übernahme von persönlicher Verantwortung sei hierzu wichtig, war man sich einig.

### *Pflege mehr einbinden*

Ein weiterer Schritt zu einer verbesserten Wahrnehmung pharmazeutischer Kompetenz der Apotheken könne durch die Partizipation der Pflegedienstleitungen an den Verhandlungen beim Abschluss der Versorgungsverträge mit den Apotheken erreicht werden. Diese würden bislang nur durch Geschäftsführungen geführt, die oftmals ihre eigenen Interessen hätten. Die Bestrebungen, Personal einzusparen, würden demnach zu den teilweise umfangreichen Forderungen an die Apotheke führen, die sich um den Versorgungsvertrag bemühe.

## **Prof. Dr. med. Stefan Wilm, Institut für Allgemeinmedizin und Familienmedizin an der Universität Witten / Herdecke (UWH)**

### **Erwartungen an die Apotheken aus Sicht der Ärzteschaft**

#### **Zusammenfassung**

Mit Prof. Wilm konnte ein Vertreter der Allgemeinmedizin gewonnen werden, der neben seiner wissenschaftlichen Arbeit auch auf der Basis seiner aktiven hausärztlichen Tätigkeit praktische Erfahrungen in der Zusammenarbeit von Arzt und Apotheker einbringen konnte.

Prof. Wilm zeigte eine eher pointiert kritische Haltung gegenüber der Apothekerschaft. In den bisherigen Projekten, an denen er beteiligt war, kamen Apotheker meist nicht vor. Sein Beitrag war in erster Linie von den Überzeugungen geprägt, dass zum Einen bislang viel zu wenig Kooperationskultur zwischen Ärzten und Apothekern besteht und dass zum Anderen Apotheker aufgrund ihrer Abhängigkeit von der Abgabe möglichst vieler Arzneimittel prinzipiell Schwierigkeiten damit haben (müssen), die Anzahl der Arzneimittel für ältere Menschen zu reduzieren. Die Arzneimittellast für ältere Menschen zu senken, ist aber nach seinen Erfahrungen der wichtigste Schritt, um die Sicherheit der Therapie zu verbessern.

Zu Beginn seines Vortrages erläuterte Prof. Wilm noch einmal genauer seinen Hintergrund. So betreibt er zum Einen eine Hausarztpraxis in Köln und ist zum anderen Lehrstuhlinhaber an der Universität Witten/Herdecke für das Fach Allgemeinmedizin und Sprecher des Interdisziplinären Zentrums für Versorgungsforschung im Gesundheitswesen an UW/H, an dem Mediziner, Zahnmediziner, Pflege-, Wirtschafts- und Kulturwissenschaftler beteiligt sind.

#### **Projekte an der Universität Witten/Herdecke**

Das Thema Arzneimittelversorgung von Heimbewohnern könne man aus verschiedenen Richtungen anpacken. Zum Einen gebe es die Möglichkeit der „Sonntagsreden“ und zum Anderen die Möglichkeit, sich direkt in den Alltag, sprich in die Heime, zu begeben. Letzteres würde im Moment im Rahmen zweier Projekte im Raum Witten / Dortmund stattfinden:

- Interdisziplinäre Implementierung von Qualitätsinstrumenten zur Versorgung von Menschen mit Demenz in Altenheimen (InDemA)
- Wittener Arbeitskreis Heimversorgung

und eines ganz Nordrhein-Westfalen betreffenden Projektes

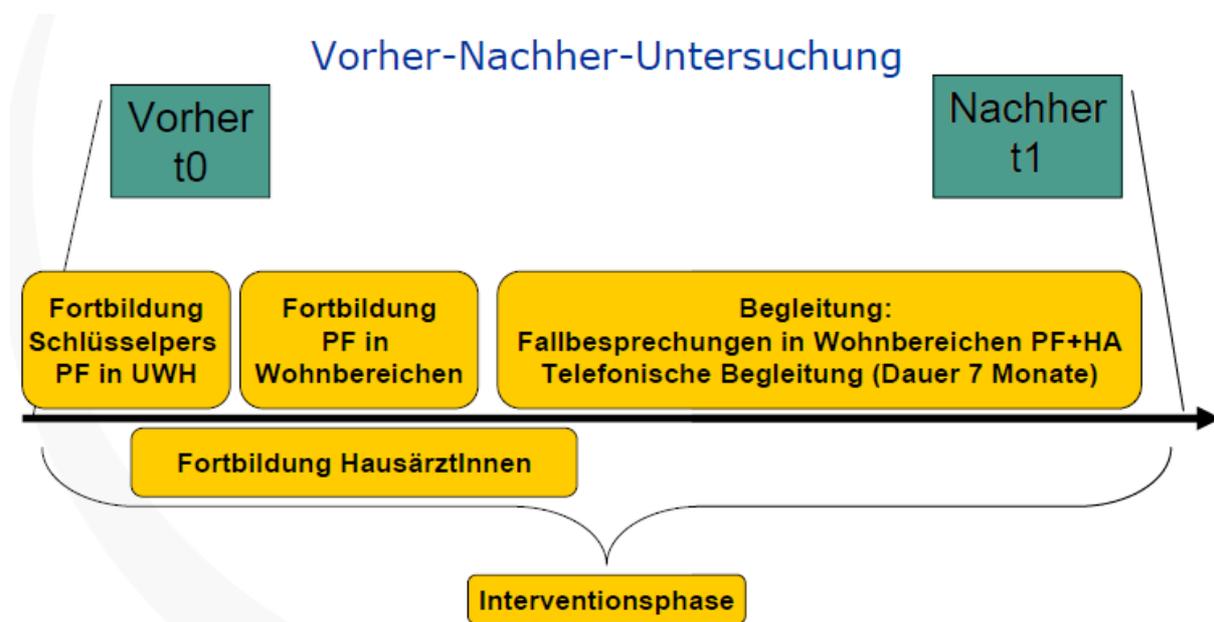
- Arzneimitteltherapiesicherheit in Alten- und Pflegeheimen: Querschnittsanalyse und Machbarkeit eines multidisziplinären Ansatzes

Ziel von InDemA sei die Verbesserung der Versorgung von dementen Menschen in Alten- und Pflegeheimen gewesen sowie der Zusammenarbeit und Hausärzten und Pflegekräften. Als Parameter hätten die Planer von InDemA u. a. Lebensqualität und Häufigkeit von herausforderndem Verhalten, in Form von z.B. Unruhe, Aggressivität, aber auch Apathie untersucht.

#### *Neuroleptika-Verordnungen*

Herausforderndes Verhalten würde häufig mit der Gabe von Neuroleptika beantwortet. Primärer Outcome von InDemA sei deshalb die Zahl der Verordnungen von Neuroleptika gewesen. Auf sekundärer Ebene seien auch Krankenhauseinweisungen und Notarztkontakte erfasst worden.

**Abb. 1: Struktur einer Untersuchung zur Wirksamkeit von Schulungen in Heimen**



Bei Betrachtung des klassischen Vorher-Nachher-Designs von InDemA sei die Frage zu diskutieren: Wo sind die Apothekerinnen und Apotheker? In diesem Projekt nicht eingebunden, laute die vorläufige Antwort.

#### *Das Problem der Polypharmazie*

Schaut man sich die Medikation der dementen Bewohner einmal an, lasse sich feststellen, dass diese im Schnitt 6 (Spannbreite 0-15) Dauermedikamente einnehmen. 55 % würden dabei mehr als 5 und 9% mehr als 10 Medikamente einnehmen.

Prof. Wilm bekannte sich an dieser Stelle als Fan der „Take Five“-Regel. Wollte man alten Menschen etwas Gutes tun, sollte man ihnen nicht mehr als 5 Wirkstoffe geben. Danach würde das Interaktions- und Nebenwirkungspotential unüberschaubar werden. Jeder Bewohner bekäme in den untersuchten Pflegeheimen im Schnitt 1,5 (0-5) Psychopharmaka verordnet, 60% aller Bewohner nähmen Neuroleptika ein. 4 –

5 Psychopharmaka gleichzeitig einzunehmen sei in keinsten Weise medizinisch vertretbar.

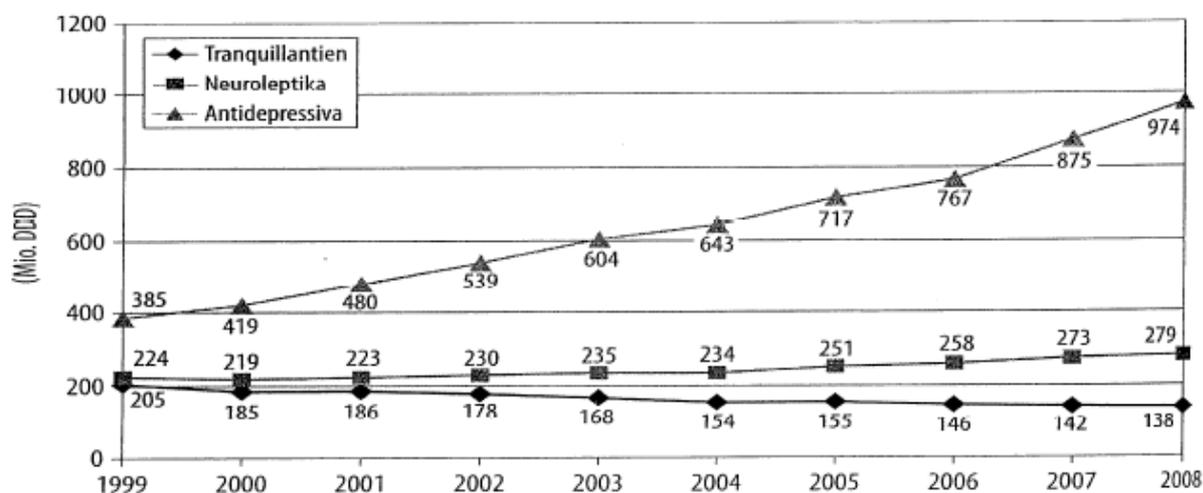
### Erwartungen an die Apotheken und Erfahrungen mit ihnen

Der Referent stellte im Folgenden sieben Thesen auf, mit denen er sich der Frage annähern wollte, wie Erwartungen der Ärzte an die Apothekerschaft aussehen.

*1. Polypharmakotherapie ist in der Arzneimittelversorgung von Heimbewohnern ein großes Problem.*

Der wichtigste Ansatz zur Lösung dieses Problems läge in einer Reduktion der Verordnungen. Die Apothekerinnen und Apotheker müssten also dazu beitragen, dass weniger verordnet würde. Als Richtlinie könne die „Take Five“-Regel hinzugezogen werden. Stattdessen sei eine Zunahme der Verordnungen von Psychopharmaka, insbesondere von Antidepressiva eindeutig beobachtbar.

**Abb. 2: Verordnungszuwächse bei Psychopharmaka**



Wodurch komme diese Zunahme denn zustande? Seien es vielleicht die Apotheker, die traurig dreinschauenden Kunden Probepackungen von Antidepressiva mitgeben würden, spekulierte der Referent provokativ und wurde direkt aus dem Publikum darauf hingewiesen, dass dies in den Apotheken verboten sei, was wiederum nicht für Arztpraxen (Muster) gelte.

Die Ärzte würden mit Verordnungen von z. T. teuren Antidepressiva nur ihr Budget belasten, hielt Prof. Wilm dagegen. Trotzdem seien sie es ja, die die Rezepte ausstellen, nur was sei der Grund dafür? Sei die Industrie schuld, der medikamentenhungrige Patient, der überforderte Angehörige?

Artikel in der Apothekenumschau, die Depression thematisieren und gleichzeitig Johanniskrautpräparate bewerben würden, seien nach Wilm vielleicht auch nicht unbeeinträchtigt an dieser Entwicklung.

Diese weitere polarisierende These wurde vom Publikum lautstark abgelehnt. Auch innerhalb der Ärzteschaft gebe es Unterschiede im Verordnungsverhalten, führte der Referent weiter aus. Demente Patienten, die nur vom Hausarzt behandelt werden, bekämen im Schnitt 1,0 Psychopharmaka verordnet. Behandelt dagegen ein Psychiater oder Neurologe würde diese Zahl auf 1,9 ansteigen.

*2. Polypharmakotherapie in der Arzneimittelversorgung von Heimbewohnern ist ein komplexes Problem.*

Gegenseitige Schuldzuweisung sei angesichts der Komplexität der Problematik unangebracht und könne nicht zu einer Verbesserung der Versorgung führen, beschließt der Vortragende die vorangegangene Diskussion.

*3. Die Versorgung von Heimbewohnern mit Psychopharmaka lässt sich durch Veränderung von Aufmerksamkeit, Kommunikation und Kooperation von Altenpflegenden und Ärzten verbessern.*

Die Fortbildungs- und Schulungsintervention bei Altenpflegern und Hausärzten in InDemA habe erreicht, dass die durchschnittliche Zahl der Psychopharmaka von 1,5 auf 1,1 gesenkt werden konnte. Anstatt 75% der Bewohner hätten nur noch 65% Psychopharmaka eingenommen. Reduktionen der Verordnungen hätten dabei sowohl Neuroleptika als auch Antidepressiva und Tranquilizer betroffen.

Interessant sei dabei gewesen, dass die Neurologen und Psychiater letztendlich ihr Verordnungsverhalten am stärksten geändert hätten, obwohl nur bei den Pflegenden und bei den Hausärzten interveniert worden sei. Vermutlich liege der Grund dafür in einer Veränderung der Kommunikation durch Pflegende und Psychiater, die durch die Intervention eingeleitet wurde. Das herausfordernde Verhalten der Bewohner habe bei gleichbleibender Lebensqualität abgenommen.

*4. Können Apotheker bei der Reduktion der Polypharmakotherapie durch verordnende Ärzte eine Rolle spielen?*

Diese Frage sollte das Publikum mit beantworten. Dr. Stapel, Amtsapothekerin der Stadt Hamm erklärte, dass die Hausärzte in ihrem Bereich mehrmals jährlich die Medikationslisten aus dem Heim zugeschickt bekämen und sie mit ihren eigenen Aufzeichnungen abgleichen müssten. So würden Mehrfachverordnungen durch hinzugezogene Spezialisten entdeckt. Apothekerinnen und Apotheker andererseits hätten die gesamte Medikation der einzelnen Bewohner in ihren Datenbanken und müssten ebenfalls bei auffälligen Häufungen von Verordnungen von Medikamenten derselben Indikation den Hausarzt informieren. In den durch die Apotheken durchgeführten Schulungen müssten die Pflegenden trainiert werden, Psychopharmaka zu erkennen und zuzuordnen.

Der Anruf aus der Apotheke beim Hausarzt finde im Alltag so nicht statt und zwar aus verschiedenen Gründen, so Wilm. Die anwesenden, hochmotivierten Apothekerinnen und Apotheker mögen da eine Ausnahme bilden, aber die Erfahrung habe gezeigt, dass Apotheker nicht den Hausarzt kontaktierten, um auf Probleme bei den Verordnungen hinzuweisen. Hinzu kämen die Probleme bei der Kommunikation zwischen Haus- und Fachärzten. Der Ansatz, dass die Apotheke die Pflege kontaktiert

und diese anschließend Einfluss auf die Ärzte bei deren Heimbesuchen nehmen, sei möglicherweise erfolgversprechender.

### **Projekt Arzneimitteltherapiesicherheit in Alten- und Pflegeheimen**

Als nächstes kam Prof. Wilm auf die Ziele des Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)-Projektes zu sprechen. Man habe versucht, unerwünschte Arzneimittelereignisse (UAE) und arzneimittelbezogene Probleme (ABP) zu dokumentieren, die AMTS durch interdisziplinär entwickelte Interventionen zu verbessern sowie die Machbarkeit und Akzeptanz dieser Interventionen zu untersuchen.

Outcomes der Studie waren UAE und ABP der Bewohner und Zufriedenheit über die Interventionen bei Apothekerinnen und Apothekern, Hausärzten und Pflegenden. Um die Interventionen durchführen zu können wurden laminierte DIN A5-Merkkarten an die Apotheker und Hausärzte verteilt, auf denen für alte Personen besonders problematische Arzneistoffe, Hinweise auf Arzneimittelunverträglichkeiten und Tipps für das Monitoring problematischer Arzneistoffe - unter Berücksichtigung möglicher Kommunikation durch die Pflege - gelistet wären. Weiterhin sollte eine pharmakologische ausgebildete Pflegekraft pro Wohnbereich mit einem geriatrischen Apotheker ein AMTS-Team bilden.

Obwohl das Feedback von den Hausärzten im Allgemeinen positiv gewesen sei, hätten viele weder großes Interesse an den Fortbildungen – egal ob im Heim, in der Arztpraxis oder per Zusendung von Material – gezeigt, noch ausreichend Kooperation mit dem AMTS-Teams geleistet.

#### *Mangelnde Kommunikation zwischen Arzt und Apotheker*

Wieder sei es so gewesen, dass es kaum Kontakt zwischen Apotheken und Ärzten gab. Auch die zuvor bemängelte fehlende Bereitschaft der Apothekerinnen und Apotheker, den Hausarzt anzurufen, habe man wieder beobachten können.

Das Hauptproblem sei der Zeitmangel, bzw. der andere Zeitrhythmus der Ärzte. Ebenso dürften Hausärzte nicht vor fertige Tatsachen im Sinne von durch Apotheker und Pflegekräfte entwickelte Projekte gestellt werden, sondern Ärzte müssten viel früher in die Planung mit einbezogen werden. Leistungen, die Ärzte für die Betreuung von Pflegeheimen erbringen, müssten ebenso in die Verhandlungen um Honorierung einfließen wie die Leistungen der Apotheker.

*5. Die AMTS in Pflegeheimen lässt sich durch Veränderung von Aufmerksamkeit, Kommunikation und Kooperation von Altenpflegenden und Apotheken verbessern.*

*6. Kann eine Veränderung der Kooperation von Apothekern und Ärzten die AMTS in Pflegeheimen verbessern?*

Sowohl die Kooperation zwischen Ärzten und Pflegenden als auch die Kooperation zwischen Apothekerinnen und Apothekern und Pflegenden könne entscheidend zu einer Verbesserung der Versorgung beitragen. Zu der Kooperation zwischen Apothekerinnen und Apothekern und Ärzten gebe es weder vernünftige Studien noch

eine Rechtsgrundlage vergleichbar mit den Versorgungsverträgen oder den Behandlungsverträgen, die diese Kooperation begünstigen könne.

### **Wittener Arbeitskreis Heimversorgung**

Der Wittener Arbeitskreis Heimversorgung sei als Reaktion auf die Publikation der Ergebnisse von InDemA entstanden. Vertreter der Psychiater/Neurologen, der Hausärzte, Pflegeleitungen aller Heime im Kreis Witten sowie Apothekerinnen und Apotheker würden sich an einen Tisch setzen und miteinander reden. Themen des Arbeitskreises bezüglich Medikamenten seien u. a.:

- Medikamentenstellen vs. Verblisterung
- Vermeidung von Tablettenteilung
- Medikamentenumstellung bei Krankenhausentlassung
- Wie kommt das Rezept vom Arzt in die Apotheke?
- Wie kommt die Chipkarte des Bewohners in die Arztpraxis?

Schon gewonnene Erkenntnisse seien zum Beispiel die verhaltene Meinung von Pflegekräften und Apothekern zum Verblistern und Tablettenteilung als pharmakologische Unsitte, die aus Budgetgründen erfolge. Man habe sich darauf einigen können, dass bei Krankenhausentlassung der letzte Medikamentenplan vor der Einweisung aus dem Pflegeheim zusammen mit dem Krankenhausentlassbrief an den Hausarzt gesendet werde und dieser dem Heim einen neu gültigen Medikamentenplan zurückschickt.

Weiterhin würde sich der Arbeitskreis mit Fragen beschäftigen wie dem Ausstellen von Rezepten ohne vorliegende Chipkarte, der rechtzeitigen Anforderung von Folge Rezepten, der Selbstmedikation der Bewohner und deren Motivation, Therapiepausen und Verhaltensbeobachtung durch die Pflegekräfte.

Einzelne Lösungen wären dabei schon erarbeitet worden. So würde zum Beispiel am ersten Tag einer Therapiepause das Datum auf der Packung gekennzeichnet und die Packung bis zu drei Monate aufbewahrt. Dies sei auch mit dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen abgesprochen.

*7. Wir wissen so wenig über die Alltagsprobleme der anderen und wir haben keine Kooperationskultur, so dass sich Erwartungen der Ärzteschaft an die Apothekerschaft vorerst nicht formulieren lassen.*

### **Aus der Diskussion: Kommunikation zwischen Ärzten und Apothekern ausbauen**

Im Anschluss gab es noch einige Wortmeldungen aus dem Publikum. Prof. Hempel von der Universität Münster wies darauf hin, dass in ihm bekannten Studien die vom Prof. Wilm vermisste Kommunikation in Form von Meldungen durch Apotheken an Arztpraxen durchaus stattgefunden hätte und gute Erfolge zu verzeichnen wären. Er setzte sich dafür ein, dass jeder Apotheker in der Lage sein müsse, Interaktionschecks und Medikationsmanagement durchzuführen ohne eine entsprechende geriatrische Ausbildung.

Ein weiterer Vorschlag: Ersparnisse der Krankenkassen sollten durch Kooperation von Apothekerinnen und Apothekern und Ärzten hälftig zwischen den Partnern aufgeteilt werden. In englischsprachigen Ländern gäbe es dieses Modell bereits.

Da bereits so viel zur Kooperation gesagt wurde, differenzierte ein Teilnehmer noch einmal zwischen der Kooperation mit Ärzten, die dem Apotheker oder der Apothekerin bekannt seien, und unbekanntem Ärzten. Erstere finde sehr wohl, auch im täglichen Leben, statt. Der vorgestellte Arbeitskreis könne hier als Vorbild für eine Erweiterung der Kooperation auch zwischen unbekanntem Partnern dienen.

Zunächst müsse die Vernetzung in den jeweiligen Berufsgruppen erfolgen und dann zwischen den Berufsgruppen, so eine weitere Meinung. Hier könnten auch die Amtsapothekerinnen und Amtsapotheker, die ja mit allen Parteien in Kontakt kämen, eine wichtige Rolle spielen.

Eine Grundlage könnten auch Unternehmungen privater Natur bilden, die durch das Engagement Einzelner zustande kämen. In Krankenhausapotheken habe es hierzu erfolgreiche Versuche gegeben, die zu einer verbesserten Kommunikationskultur geführt hätten.

## **Dieter Marquardt, Heimaufsicht der Stadt Herne**

### **Erwartungen an die Apotheken aus Sicht der Heimaufsicht**

#### **Zusammenfassung**

Mit Dieter Marquardt war ein Vertreter der Heimaufsicht eingeladen worden. Die Heimaufsicht überwacht in enger Zusammenarbeit mit Amtsapothekerinnen und Amtsapothekern Alten- und Pflegeheime. Im Zentrum seiner Betrachtung standen die Herausforderungen, denen sich die Heimaufsicht seit Inkrafttreten des Wohn- und Teilhabegesetzes (Nachfolgenorm des Heimgesetzes) gegenüber sieht.

Aufgrund der vielfältigen neuen Aufgaben der Heimaufsicht, so der Kern seiner Darlegungen, ist die Arbeit nur in enger Kooperation mit dem Amtsapotheker und den Heimleitungen zu schaffen. Die Zusammenarbeit mit dem MDK wird im Laufe der Zeit besser. Gegenüber den heimversorgenden Apotheken wünschte sich Marquardt die Übernahme von mehr Verantwortung durch die Apotheke, wenn es darum geht, entdeckte Mängel zu beseitigen. Außerdem sollten sie mehr mit Ärzten und Pflegekräften kommunizieren. Von den Ärzten erwartet er eine transparentere und gründlichere Verordnungspraxis.

Zu Beginn seines Beitrags führte der Vortragende aus, er müsse etwas weiter ausholen, denn im Bereich Heimrecht und Heimaufsicht habe sich in letzter Zeit viel getan.

#### **Heim-Gesetzgebung jetzt Landesrecht**

Das Heimrecht sei kein Bundesrecht mehr und die damit verbundenen Verordnungen auch nicht. Die Verantwortung sei im Rahmen der Föderalismusreform auf die Länder heruntergebrochen worden. Jedes Land müsse die Gesetzgebung für die Heimaufsicht seitdem eigenverantwortlich gestalten.

In Nordrhein-Westfalen würde die entsprechende Norm „Wohn- und Teilhabegesetz“ (WTG) heißen, „Gesetz über das Wohnen mit Assistenz und Pflege in Einrichtungen“ in der Langfassung.

#### **Neue Herausforderungen für die Heimaufsicht**

##### *Verschiedene Formen von Betreuungseinrichtungen*

Viel habe man sich von dem neuen Gesetz erhofft, besonders für die Abgrenzung neuer Wohnformen, die wie Pilze aus dem Boden schießen würden. Die Abgrenzung und Definition von „Heim“ oder „Einrichtung“ sei immer wichtiger im Arbeitsalltag. Das Wort „Heim“ sei eigentlich sogar weggefallen, stattdessen würde man von Betreuungseinrichtungen sprechen. In diesen Betreuungseinrichtungen würde nicht nur pflegerische, sondern auch allgemeine und soziale Betreuung stattfinden.

Die Heimaufsicht kontrolliere nicht nur Pflegeeinrichtungen, sondern auch Integrationseinrichtungen, in denen Menschen mit Behinderung lebten. In den Integrationseinrichtungen gestalte sich die Versorgung mit Arzneimitteln sogar noch schwieriger, da hier oftmals kein pharmazeutisch qualifiziertes Personal arbeite. Zudem würden

die Bewohner dieser Heime oftmals das Wochenende bei Angehörigen verbringen und von diesen mit Medikamenten versorgt werden, manchmal auch zusätzlich zu der Medikation in der Einrichtung.

### *Kooperationen*

Die Heimaufsicht der Stadt Herne arbeite gut mit dem Gesundheitsamt und der Amtsapothekerin zusammen, auch werde die Arbeit durch eine Pflegefachkraft in den eigenen Reihen erleichtert.

Ein anderes Beispiel für gute Kooperation sei der Arbeitskreis für Heimleitungen, in dem dreimal jährlich alle Heimleitungen und Vertreter der Heimaufsicht zusammenkämen, um Neuigkeiten auszutauschen, Problemfälle aufzubereiten, Urteile zu analysieren.

Eine Vernetzung mit der Ärzteschaft in Herne werde angestrebt. Alles in allem versuche man weg von einer reinen Kontrolle und hin zu einer Beratung und Begleitung der Einrichtungen zu gelangen.

### *Heimaufsicht jetzt als Pflichtaufgabe zur Erfüllung nach Weisung*

Durch Einführung des neuen Gesetzes habe sich der rechtliche Hintergrund verändert, von der pflichtigen Selbstverwaltung zur Pflichterfüllung nach Weisung. Hätte früher jede Heimaufsicht nach eigener Auffassung prüfen können, sei inzwischen eine Standardisierung der Prüfung durch den „Landesweit einheitlichen Rahmenprüfkatalog zur Überwachung von Betreuungseinrichtungen“ erfolgt.

### *Rahmenprüfkatalog*

Der Katalog beinhalte 8 Kategorien mit 78 Grundfragen, angefangen bei der Auswahl des Heimes für den Bewohner über die bauliche Substanz, Wohnqualität der Zimmer, Verpflegung, Tagesstrukturen, personelle Ausstattung bis hin zur Arzneimittelversorgung. Auch das Vorhandensein eines Versorgungsvertrages und dessen Kontrolle durch eine Amtsapothekerin oder Amtsapotheker würde geprüft. (§ 15 Abs. 2 WTG i. V. m. 3 28 WTG-DVO) Die so entstehende mehrfache Überprüfung sei nicht immer sinnvoll, aber leider durch den Katalog vorgeschrieben. Zu jeder Kategorie müsse die Heimaufsicht ein Fazit ziehen.

Keine Kommune im Regierungsbezirk Arnsberg habe ihren gesetzlichen Auftrag im Jahre 2010 erfüllen können, alle Heime zu prüfen. Erschwerend sei ein politisches und gesetzliches Vakuum entstanden zwischen der Verabschiedung des Wohn- und Teilhabegesetzes (WTG) und der Einführung des Kataloges. Zuständigkeitsverwirrungen durch neue Zuschnitte der Ministerien seien auch dazugekommen.

### *Bewohnerrechte*

Einen wichtigen Aspekt stellen auch immer die Bewohnerrechte dar. Ein großes Manko seien die Bewohnerbeiräte. Diese existierten zwar, wären aber oft mit demen-ten Bewohnern besetzt und hätten oft nur den Zweck gehabt, möglichst widerstandslos die Pflegesatzverhandlungen abzunicken, die die Unterschrift eines Beirates benötigt hätten. Um dem entgegenzuwirken können nun Außenstehende (z. B. Angehö-

rige oder Betreuer) in die Beiräte integriert werden oder Vertretungsgremien gebildet werden. Klappt auch dieses nicht, können Vertrauensleute rekrutiert werden, die auch umfassend über ihre Rechte und Pflichten aufgeklärt würden. An dieser Stelle wies Marquardt auf eine Broschüre hin, die zu diesem Zweck entworfen wurde. („Mitreden, mitbestimmen“, Herausgeber MAGS)

Klärungsbedarf gebe es auch dann, wenn Bewohner sich ihre Medikamente selbst verabreichen wollen. Hier träfen das Recht auf Autonomie und die Sorge um die richtige Versorgung aufeinander.

#### *Abgrenzung von Heimen zu ambulanten Wohnformen*

Problematisch sei die Abgrenzung ambulanter Wohnformen, die mengenmäßig stark zugenommen hätten in dem Glauben, hier könne Geld gespart werden. Beim Betrachten von Wohngemeinschaften stelle sich die Frage, ob es sich um eine Einrichtung handelt, die von Heimaufsicht und Amtsapotheker geprüft werden muss. Wo das Gesetz Unklarheiten geschaffen habe, hätte man mit Erlassen versucht, die Dinge geradezubiegen. Leider nicht immer mit Erfolg.

#### **Kontrolle der Arzneimittelversorgung im Aufgabenkatalog der Heimaufsicht**

Die Kontrolle der Arzneimittelversorgung durch die Heimaufsicht sei gesetzlich geregelt (§ 7 Abs. 1 Nr. 2 WTG, § 9 Abs. 4 WTG i. V. m. § 28 Abs. 6 WTG-DVO), auch wenn die Amtsapothekerinnen und Amtsapotheker eine größere Fachkompetenz mitbrächten. Deshalb sei er froh über die produktive Zusammenarbeit, so Marquardt. Zumal der Aufwand für die Heimaufsicht gestiegen sei. Nach Einführung des Rahmenprüfkataloges habe sich der Zeitaufwand verdreifacht.

#### *Kommunikationsprobleme*

Wenn man auf die Erwartungen von Seiten der Heimaufsicht zu sprechen komme, müsse wieder einmal die Kommunikation vor allem zwischen Arzt und Apothekerinnen und Apothekern genannt werden. Ein großes Problem sei die zum Teil beobachtete Bereitschaft der Ärzte, auf Anfragen aus dem Heim Medikamente, genauer Sedativa, zu verschreiben, ohne den Patienten zu untersuchen oder sich über dessen Therapie ausreichend zu informieren. Die Zahl der Stürze, die als Folge von durch Medikamente verursachte Gangunsicherheit auftreten könnten, würde genau beobachtet.

Mit 6-8 Medikamenten im Schnitt sei die Zahl der verordneten Medikamente nach Meinung Marquardts zu hoch. Die Dokumentation müsse verbessert werden, damit Medikamente nicht doppelt geführt oder vergessen würden. Vom Notarzt verordnete Medikamente müssten aufs Medikamentenblatt.

Marquardt kritisierte auch das Vorgehen einiger Hausärzte, unangemeldet Bewohner eines Heimes aufzusuchen und ihm Arzneimittel zu verordnen, ohne dass die Pflege dies mitbekommen würde. Auf der anderen Seite sei das Pflegepersonal manchmal einfach nicht auffindbar, sogar in Notfällen, was die erwünschte Kommunikation aller Beteiligten natürlich erheblich erschwere.

### **Auswirkungen der Versorgungsverträge positiv**

Der überwiegende Teil aller Fehler würde allerdings durch das Missverhalten einzelner Personen verursacht. Stress und Überforderung seien häufig die Auslöser. Übergaben würde nicht genügend Zeit eingeräumt werden, so dass wichtige Informationen beim Schichtwechsel verloren gingen.

Die Einführung der Versorgungsverträge habe erheblich zu Verbesserungen beigetragen. Die von Apothekerinnen und Apothekern durchgeführten Schulungen seien sinnvoll. Der Vortragende wünschte sich, dass die Apotheken in eigener Verantwortung schauen, wo Mängel in der Versorgung bestehen und diese durch gezielte Schulungen oder Maßnahmen beheben. Man müsse dafür sorgen, dass **alle** Pflegekräfte durch die Schulungen erreicht würden, damit nicht nur die üblichen Verdächtigen anwesend seien und die Fehler weiter von den anderen Mitarbeitern gemacht würden.

### **Zur Zusammenarbeit mit dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen**

Auf die Zusammenarbeit mit dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) angesprochen erklärte Marquardt, dass früher gelegentlich Infos über Begehungstermine ausgetauscht worden wären, wenn auch nicht regelmäßig. Dies sei aber personenabhängig. Es seien sowohl positive als auch negative Erfahrungen gemacht worden. Bei der Heimbegehung sei es ihm lieber, man komme sich nicht in die Quere. Er zweifle die Ergebnisse der Prüfungen durch den MDK nicht an, sehe allerdings den Pflege-TÜV als kritisch an.

Eine anwesende Amtsapothekerin berichtete aus ihrem Kreis von einer Entlastung der Heimaufsicht durch Kurzprotokolle der von ihr durchgeführten Überprüfung aller Medikamente betreffenden Aspekte, die der Heimaufsicht zugeschickt und in deren Protokolle übernommen wird. Marquardt begrüßte dies, wies aber darauf hin, dass grundlegende Aspekte wie der Datenschutz, die Existenz eines Versorgungsvertrages oder das Einverständnis der Bewohner zu der Versorgung immer von der Aufsicht geprüft werden müssten.

## **Wolfgang Wilms, Fachapotheker für Arzneimittelinformation Erwartungen an die Apotheken aus Sicht des MDK, Bereich Pharmakologie**

### **Zusammenfassung**

Als pharmakologischer Berater von Krankenkassen im Medizinischen Dienst setzte sich Wilms mit der Frage auseinander, welche Bedeutung die Apotheken für die Arzneimittelversorgung von Heimbewohnern haben. Da Apotheken im Prinzip über alle Arzneimittelinformationen verfügen, erwartet er eine wesentliche Verbesserung der Arzneitherapie, wenn dieses Wissen auch tatsächlich eingesetzt wird, und dies in einer Form, die es den Pflegekräften ermöglicht, das Wissen auch zu nutzen.

Wilms legte in seinem Vortrag großen Wert auf die Rechte der Patienten und riet den Apotheken, dabei mitzuhelfen, dass diese Rechte gewahrt bleiben. Dazu gehört für Wilms auch die Achtsamkeit der Apotheken, ob die Arzneimittelversorgung im Heimordnungsgemäß erfolgt und die Bedürfnisse der Patienten ernst genommen werden. Er beleuchtete die häufigsten Kritikpunkte, die bei Überprüfungen durch den MDK auffallen würden, allen voran das Stellen, die Dokumentation und die Entsorgung von Medikamenten.

Wolfgang Wilms nahm zunächst einen roten Faden der gesamten Veranstaltung auf: Welche Bedingungen sind notwendig, um die Kommunikation zwischen Ärzten und Apothekern zu verbessern? In seiner Position als Apotheker beim Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) unter etwa 200 Medizinern könne er von einer durchaus gelungenen Kommunikation zwischen diesen beiden Berufsgruppen berichten. Man schätze sich und die jeweiligen Kenntnisse dabei gegenseitig.

### **Mehr Kommunikation**

*Erfolgreiche Kommunikation ist abhängig von Personen und Strukturen*

Ob Kommunikation gelingt, sei von Personen, Kommunikationsstrukturen und davon abhängig, welche Bedeutung der Informationsaustausch für beide Parteien habe. Die regelmäßige und intensive Kommunikation und Zusammenarbeit zwischen Arzt und Apotheker im MDK (ohne wirtschaftliche Konkurrenzsituation) sei ein Beispiel dafür, dass eine gute Kommunikation möglich ist.

### **Erwartungen an die Apotheken**

*Aufmerksame Begleitung der Versorgungsprozesse im Heim*

Seine Erwartungen an die Apotheken demonstrierte Wilms anhand einer Pressemitteilung über die Schließung eines Altenheimes nur kurz nach seiner Eröffnung. Bei

einer ersten Begehung habe die Heimaufsicht festgestellt, dass Medikamente gar nicht oder falsch verteilt wurden und bei einer wiederholten Prüfung nach einigen Tagen hatte sich nichts daran geändert. So eine Situation dürfe nicht noch einmal auftreten. Hier erwarte er von den Apotheken, dass sie einen Blick auf die Arzneimittelversorgung im Heim haben und rechtzeitig intervenieren, wenn ihrer Meinung nach etwas schief laufe. Um diese Begleitung gewährleisten und im Bedarfsfall auch nachweisen zu können, müsse eine ausreichende und gut geführte Dokumentation der Vorgänge erfolgen, was ja auch in den meisten Fällen so gemacht werde.

#### *Beachten der Rechte von Heimbewohnern und Patienten*

Wilms erinnerte die Zuhörerschaft an dieser Stelle an ein paar, seiner Meinung nach vergessene Grundsätze. Das Rezept und das Arzneimittel seien Eigentum des Patienten und dieser habe die Verfügungsgewalt darüber. Die Delegation der Arzneimittelversorgung an das Heim liege im Ermessen des Patienten. Das Heim sei dann primär verantwortlich für die Arzneimittelversorgung, könne aber natürlich mit einer versorgenden Apotheke einen Versorgungsvertrag abschließen.

#### *Stellen der Arzneimittel durch Apothekenpersonal im Heim ist nicht rechtens*

Diese würde das Heim beliefern und pharmazeutisch betreuen, dürfe aber nicht im Heim das Stellen der Medikamente übernehmen. Sicherlich sei es verständlich, wenn ein Heim die ein oder andere Aufgabe outsourcen möchte, meist mit dem Ziel, Kosten einzusparen. So sei es dazu gekommen, dass einige Apotheken inzwischen Personal in ein Heim schickten, um dort das Stellen der Arzneimittel zu übernehmen. Dies sei jedoch nicht rechtens, was auch von einer anwesenden Amtsapothekerin bestätigt wurde.

#### *Zeitliche Rundum-Versorgung notwendig*

Zu einer optimalen Versorgung würden die Kontrolle der Arzneimittel, die Kontrolle der Dokumentation, eine effektive Notfallplanung und 24-stündige Erreichbarkeit des Apothekenpersonals gehören. Kommunikation und Kooperation mit Ärzten und Pflegekräften sei unerlässlich. Dazu gehöre auch, dass man im Notfall auch bereit sein, einmal nachts zur Lösung von Problemen zur Verfügung zu stehen.

#### *Mehr Information und Beratung*

Stellvertretend für den MDK wünschte sich Wilms von den Apotheken eine erweiterte Information und Beratung durch Apothekerinnen und Apotheker, und zwar nicht nur des Heimpersonals und der Bezugärzte, sondern auch der Bewohner. Man dürfe nicht außer Acht lassen, dass viele der Bewohner geistig durchaus fit seien. Im Idealfall sollte darauf hingearbeitet werden, ein sogenanntes „Bedside-Teaching“ zu praktizieren. Das aus den USA kommende Modell habe das Ziel, die Kommunikation zwischen Arzt, Apotheker und Pflegekräften zu verbessern. Dazu sollen regelmäßig gemeinsame Gespräche stattfinden, wobei der Patient Mittelpunkt des Gesprächs ist. Alle Beteiligten versammeln sich bei diesem Modell beim Patienten und entwickeln gemeinsam Strategien zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation unter besonderer Berücksichtigung der Lebenssituation des Menschen und seiner Lebensweisen. Ziel ist es, die Lebensqualität des Patienten zu verbessern. Eine solche Zu-

sammenarbeit erniedrigt nach Wilms die Hemmschwellen. Komme man so ins Gespräch und habe erst einmal ein Gesicht gesehen, würde es nicht mehr zu unangenehmen Gesprächssituationen, z.B. am Telefon, kommen.

Wilms erinnerte nochmals an die PRISCUS-Liste. Diese sei durchaus praktisch, nur müsse man bei einem Medikationscheck immer den Patienten, seine Diagnosen und Laborwerte im Blick haben. Entscheidungen zur Änderung einer Verordnung oder Dosisanpassung aufgrund der PRISCUS-Liste müssten immer individuell getroffen werden, ein rein schematisches Vorgehen ohne Berücksichtigung der individuellen Voraussetzungen eines Patienten sei nicht sinnvoll.

### **Kritische Punkte bei der Versorgung von Heimbewohnern**

Wilms wies darauf hin, dass der MDK keine Apotheken prüft. Zwischen dem MDK und den Apotheken bestünden keine rechtlichen Beziehungen, die mit dem Prüfauftrag des MDK etwas zu tun haben. Dennoch sehe der MDK bei der Prüfung von Heimen an der einen oder anderen Stelle, zu welchen Auswirkungen der Versorgungsvertrag zwischen Apotheke und Heim führe.

Bei den Prüfungen des MDK im Heim seien immer wieder folgende Mängel entdeckt worden:

- Nicht sachgerechtes Teilen
- Nichtbeachtung von Aufbrauchsfristen und Verfallsdaten
- Einnahmezeitpunkt nicht dokumentiert
- wechselnde Generika
- nicht Beachten von Licht- oder Feuchteempfindlichkeit von Medikamenten
- nicht sachgerechte Entsorgung.

Gerade der letzte Punkt, die Entsorgung, müsse wieder unter dem Gesichtspunkt der Verfügungsgewalt betrachtet werden. Die Medikamente des Verstorbenen gehen an die Erben über, rein rechtlich auch die Betäubungsmittel. Trotzdem – und dies ging aus einer auf diese Aussage folgende kurze Diskussion hervor – seien die Betäubungsmittel besonders zu betrachten. Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte habe die Handhabung von Betäubungsmitteln nach dem Tod des Patienten geregelt. Diese würden im Gegensatz zu allen anderen Medikamenten nicht an die Erben übergehen<sup>1</sup>. Das Heim habe dafür zu sorgen, dass die Betäubungsmittel ordnungsgemäß entsorgt würden. Aber auch mit allen anderen Arzneimitteln dürfe man nicht leichtfertig umgehen. Die Pflegekräfte bzw. Heime sollten geschult werden, Erben darauf hinzuweisen, dass der nicht sachgerechte Umgang mit Arzneimitteln gesundheitsschädlich sei und deswegen in der Regel eine Vernichtung empfohlen werden müsse.

### **Fazit**

Wolfgang Wilms zeigte sich insgesamt zufrieden der Entwicklung nach Einführung der Versorgungsverträge zwischen Apotheken und Heimen. Es sei einiges besser

---

<sup>1</sup> Schreiben des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) an das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit v. 10.10.2002, AZ B 814/7625-00.

geworden. Aus den Erfahrungen der MDKs bei den Heimprüfungen könne man allerdings weiterhin Missstände sehen, die durch mehr Engagement der versorgenden Apotheken sicherlich abgebaut werden könnten. Alles, was die Apotheken in Zukunft hinsichtlich mehr pharmazeutischer Betreuung leisten würden, finde seine Unterstützung. Für die Apotheken bedeute dies konkret eine Erweiterung ihrer Information und Beratung.

### **Aus der Diskussion**

In der Diskussion verwies Wilms darauf, dass der MDK keine Anleitung für Pflegekräfte zur Verfügung stelle, die über Arzneimittel und Verhalten im Notfall informieren würde. Das an anderer Stelle erwähnte Taschenbuch Arzneimittel sei für ärztliche Gutachter gedacht und würde häufig wiederkehrende Fragen bei der Begutachtung von Arzneimitteln beantworten.

Auf die Frage, welche schriftliche Information über belieferte Arzneimittel im Heim vorliegen müssten, antwortete Wilms: Der Beipackzettel müsse vorliegen, während die für die Zulassung erstellte Fachinformation möglichst in der Apotheke abrufbereit vorliegen sollte. Die Information aus der ABDA-Datenbank könne den Beipackzettel nicht ersetzen. Liege die Information nur elektronisch vor, bestehe die Gefahr, dass bisweilen nicht darauf zugegriffen werden könne; diese Situation entstehe zum Beispiel dann, wenn die Pflegedienstleitung, die allein auf die Daten der Heimcomputer Zugriff habe, nicht anwesend sei. Aber man achte als MDK in den Heimen schon darauf, dass elementare Informationen nicht als Herrschaftswissen betrachtet werde und dadurch nur schwer zugänglich sei.

**Dr. med. Friedrich Schwegler, Medizinischer Dienst der Krankenversicherung Nordrhein, Fachbereichsleiter Pflegeversicherung**  
**Erwartungen an die Apotheken aus Sicht des MDK, Bereich Pflege**

**Zusammenfassung**

Mit Dr. Schwegler war als zweiter Vertreter des Medizinischen Dienstes ein Mediziner eingeladen worden, der als Leiter des Fachbereichs Pflegeversicherung über umfassende Kenntnisse über die Ergebnisse der Prüfungen von Heimen durch den MDK verfügt. Der MDK hat in den letzten Jahren aufgrund von Gesetzesänderungen weitere Aufgaben übertragen bekommen. Dabei spielt auch die Überwachung der Arzneimittelversorgung eine wichtige Rolle.

Die rechtlichen Grundlagen und genauen Abläufe einer Prüfung und die zu veröffentlichten Prüfkriterien durch den MDK sind nicht jedem Akteur in der Heimversorgung bekannt, hier schuf Schwegler als Leiter des Fachbereichs Pflegeversicherung Abhilfe. Der Bogen, den er spannte, umfasste das Sozialgesetzbuch, den Rahmenprüfkatalog und die Transparenzvereinbarungen. In seinem Beitrag arbeitete Schwegler heraus, wie streng die Prüfungen gehandhabt werden müssen, um den gesetzlichen Anforderungen zu genügen. Damit bot Schwegler einen Einblick in die Arbeit des MDK, was vom Publikum oft mit Erstaunen und hinsichtlich der Möglichkeit für gerechte Bewertungen auch kritisch zur Kenntnis genommen wurde.

Dr. Schwegler knüpfte an die bisherigen Ausführungen der vorangegangenen Referate an. Fast alles bisher Gesagte könne er unterstützen, so dass er sich in seinem Beitrag auf ein paar wenige, vielleicht bislang noch nicht ausreichend genau benannte Dinge konzentrieren wolle.

**Zusammenarbeit mit der Heimaufsicht**

Zunächst wählte er die Zusammenarbeit mit der Heimaufsicht als erstes Thema. Er fasste nochmals die von Marquardt bereits angesprochenen Veränderungen mit der Einführung des Wohn- und Teilhabe-Gesetzes 2010 (WTG) zusammen. Vor der Gesetzesänderung sei nach eigenem Ermessen der Heimaufsichten mit unterschiedlichen Schwerpunkten geprüft worden, die mal bei der Arzneimittelversorgung, mal bei der Ernährung lagen. Aufbauend auf diesen Berichten hätte man keine Abstimmung erreichen können. Der heutige Rahmenprüfkatalog habe zu einer deutlichen Verbesserung geführt. Außerdem sei die Heimaufsicht heute eine Pflichtaufgabe zur Erfüllung nach Weisung, so dass das Land die Heimaufsichten anweisen könnte, wie zu prüfen sei. Die Häufigkeit der Begehungen und die zu prüfenden Punkte seien jetzt festgelegt, und das würde eine Zusammenarbeit deutlich erleichtern.

Jedes Quartal würde vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) Nordrhein den Heimaufsichten ein Terminplan mit den geplanten Begehungen für

das nächste Quartal zugesandt werden. 10 Tage vor einer feststehenden Begehung würde nochmals die Heimaufsicht informiert, so dass gemeinsame Begehungen geplant werden könnten. Der Erfolg dieser Zusammenarbeit sei dennoch personenabhängig. In zwanzig von 28 Kreisen bzw. kreisfreien Städten im Bereich Nordrhein habe man mit der Zusammenarbeit von MDK und Heimaufsicht gute Erfahrungen, bei den restlichen 8 Heimaufsichten gäbe es noch Verbesserungspotenzial.

## **Prüfung von Alten- und Pflegeheime: Das Vorgehen des MDK**

### *Gesetzliche Grundlage*

Die gesetzliche Grundlage für die Tätigkeit des MDK ist das 1994 verabschiedete Sozialgesetzbuch (SGB) XI, das Qualitätsprüfungen für stationäre und ambulante Pflegeeinrichtungen festlegt. Am Anfang wären die Qualitätsprüfungen noch auf spezifische Anfragen erfolgt, im Laufe der Zeit hätte sich das institutionalisiert. Die letzte wichtige Änderung im SGB XI sei das Pflegeweiterentwicklungsgesetz gewesen, das am 1.7.2008 in Kraft trat. Darin hätte die Politik gefordert, dass die Ergebnisse der Qualitätsprüfung den Versicherten als Verbraucherinformation zur Verfügung gestellt würden, also veröffentlicht werden.

Analog zum Rahmenprüfkatalog würde der MDK anhand der bundesweit gültigen Qualitätsprüfungsrichtlinie – vergleichbar dem Rahmenprüfkatalog der Heimaufsicht – vorgehen, die vom Bundesministerium für Gesundheit genehmigt wurde. Zusätzlich existiere noch die Pflegetransparenzvereinbarung, in der Kostenträger und Leistungserbringer zusammen festlegen, welche Fragen der Qualitätsprüfung veröffentlicht werden sollen.

Die neue Gesetzeslage (SGB XI) sehe vor, dass jede Einrichtung innerhalb eines Jahres geprüft wird. 2011 müsste der MDK Nordrhein also 2600 Prüfungen durchführen. Eine gewaltige Aufgabe, bedenke man, dass im Vorjahr 1.211 Einrichtungen geprüft werden konnten. Das Personal sei deutlich aufgestockt worden.

### *Durchführung der Prüfung*

Die Qualitätsprüfung setze sich zum Einen aus einem Einrichtungsteil und zum Anderen aus einem Bewohnerteil zusammen. Der Einrichtungsteil beinhalte Personalstruktur, Qualitätsmanagement, soziale Betreuung, Ernährung und Hygiene. Für den zweiten Teil würden 10% der Bewohner vom MDK von Kopf bis Fuß in Augenschein genommen. Ernährungs- und Hautzustand sowie die Arzneimittelversorgung würden untersucht.

## **Prüfungen im Bereich der medikamentösen Versorgung**

Von 64 Kriterien der Transparenzvereinbarung, die untersucht, dokumentiert und veröffentlicht werden müssten, beschäftigen sich zwei mit Arzneimitteln.

*Transparenzfrage 3: Entspricht die Medikamentenversorgung den ärztlichen Anordnungen?*

Diese Frage sei mit Ja zu beantworten, wenn das Pflegeheim die ärztlich verordneten Medikamente und deren Einnahme fachgerecht und vollständig dokumentiert habe. Eine solche Dokumentation müsse folgende Angaben enthalten:

- Applikationsform
- Vollständiger Medikamentenname
- Dosierung und Häufigkeit
- Tageszeitliche Zuordnung der Medikamentengabe
- Angaben zur Bedarfsmedikation.

Diese Punkte seien zwischen Leistungsträger und Leistungserbringer vereinbart worden, der MDK habe keinen Einfluss darauf.

Die Transparenzfrage 3 prüfe weiterhin, ob die Bedarfsmedikation schriftlich festgelegt sei. Bei welchen Symptomen wird welches Medikament in welcher Einzel- und Tageshöchstdosis gegeben?

*Transparenzfrage 4: Ist der Umgang mit Medikamenten sachgerecht?*

Der Umgang sei sachgerecht, wenn

- die gerichteten oder gestellten Medikamente mit den Angaben in der Pflegedokumentation übereinstimmen,
- diese bewohnerbezogen beschriftet aufbewahrt werden,
- ggf. eine notwendige Kühltanklagerung erfolgt,
- diese als Betäubungsmittel verschlossen und gesondert aufbewahrt werden,
- bei einer begrenzten Gebrauchsdauer nach dem Öffnen der Verpackung das Anbruch- und Verfallsdatum ausgewiesen wird.

Schwegler wies deutlich auf ein Problem hin: Alle genannten Unterpunkte müssten positiv beantwortet werden, ansonsten würde die gesamte Frage mit Nein beantwortet. Wenn bereits eine Aufgabe nicht zufriedenstellend gelöst sei, müsse der gesamte Fragenkomplex negativ bewertet werden. Früher sei eine differenzierte Betrachtung möglich gewesen, die neuen Vorschriften ließen dies aber nicht mehr zu.

Weitere Aspekte, die durch die Transparenzfrage 4 abgedeckt würden, beträfen die Verblisterung. Der Umgang sei nur unter folgenden Bedingungen fachgerecht:

- Medikamente in Blisterpackungen müssten mit eindeutigen Bewohnerangaben (z.B. Name, Vorname, Geburtsdatum) sowie mit Angaben zu den Medikamenten (Name, Farbe, Form, Stärke) ausgezeichnet sein.
- Bei Verblisterung müssten die Medikamente direkt aus der Blisterpackung gereicht werden.
- Bei Verblisterung müsste eine kurzfristige Umsetzung einer Medikamentenumstellung gewährleistet sein.

*Dokumentationsfragen, insbesondere beim Austausch von Generika*

Als nächstes kam Dr. Schwegler auf immer wieder auftretende Problemfelder zu sprechen. Insbesondere die Dokumentation der Medikation in Bezug auf Generika

sei an diesem Tag schon mehrfach angesprochen worden. Es läge in der Verantwortung des Heimes, dass das abgegebene Medikament in der Dokumentation verzeichnet ist, auch wenn es sich um ein aut-idem Präparat des vom Arzt verschriebenen Arzneimittels handelt. Die Frage, ob denn der Herstellername auch mit dokumentiert werden muss, bejahte der Referent klar. Eine schriftliche Bescheinigung aus der Apotheke, dass ein Austausch auf Grund von Rabattverträgen stattfinde, reiche allein nicht aus. Die Dokumentation müsse verändert werden, wiederholte er.

Würde allerdings auf dem gelieferten aut-idem Präparat ein Etikett mit dem Wortlaut „Entspricht (Name des verordneten Präparates).“ geklebt, könne die Änderung der Pflegedokumentation entfallen. So sei es zumindest in Nordrhein. Der vom Arzt verordnete Hersteller würde oft nicht mit dem in der Pflegedokumentation geführten Hersteller übereinstimmen, hielt eine Teilnehmerin dagegen. Würde dann auf dem Etikett jedes Mal auf ein anderes „Original“ verwiesen, würde das für Verwirrung bei Heimbewohner oder Pflegepersonal führen. Andere Stimmen meinten dazu, dass dieses Etikett dem MDK aus anderen Regionen bei seiner Prüfung nicht genügen würde.

Die Frage wurde gestellt, ob für Präparate mit nur einem Wirkstoff die Dokumentation des Wirkstoffes ausreichend sei. Dies sei vom MDK bereits in Erwägung gezogen worden, nach Meinung des Referenten aber nicht sinnvoll, weil es die Mitarbeiter des Heims überfordern würde. An dieser Stelle bekam er Zustimmung von der Vertreterin der Pflegeberufe, Drube, die solche Erfahrung bereits gemacht hätte. Schwegler bezog den Standpunkt, dass letztendlich das Heim selber entscheiden könne, wie die Dokumentation durchgeführt wird, nur es müsse sichergestellt sein, dass die gestellten Medikamente mit denen in der Dokumentation übereinstimmen.

Ein anderer Diskussionsteilnehmer hätte die Erfahrung gemacht, dass der MDK Westfalen-Lippe die Dokumentation des Wirkstoffes und nur des Wirkstoffes verlangt habe und von ihm betreute Heime deshalb sogar Minuspunkte bei der Bewertung bekommen hätten.

Zusammenfassend ließ sich feststellen, dass eine große Unsicherheit in Hinsicht auf die korrekte Dokumentation von Generika besteht. Die einzelnen MDK hätten keine einheitlichen Anforderungen, was die Heime vor große Probleme stellen würde. Schwegler forderte die Apotheken auf, hier Hilfestellung zu leisten, um die Problematik zu lösen und dabei sicher zu stellen, dass keine Differenzen zwischen Dokumentation und gestellten Arzneimitteln auftreten.

#### *Weitere Beanstandungspunkte aus Erfahrungen des MDK Nordrhein*

Ein weiteres Problemfeld sei die Bedarfsmedikation. Oft würden Angaben zur Indikation oder Dosierung fehlen oder die Bedarfsmedikation sei gar nicht erst vorrätig.

Leider ließe sich auch oft ein ausgeprägtes Missverhältnis zwischen dem was gestellt werde und der Dokumentation feststellen.

Ein anderer gelegentlich anzutreffender Missstand sei ein sorgloser Umgang mit Betäubungsmitteln. Die Schränke seien unverschlossen oder Betäubungsmittel würden verschwinden.

Auch problematisch: auf angebrochenen Packungen fehlten Angaben zum Anbruch- und Verfalldatum.

Von Verblisterung halte der Vortragende nichts, das Stellen gehöre nun Mal in die Verantwortung der Pflegefachkräfte. Diese müssten ein Verhältnis zu den Medikamenten haben. Es sei eine bedrohliche Tendenz, zentrale Aufgaben wie das Stellen, die Wundversorgung oder die Ernährung durch Outsourcing aus den Heimen herauszutragen. Damit würde ein Kompetenzverlust und Informationsverlust der Pflegefachkräfte einhergehen. Ein weiteres Problem seien kurzfristige Änderungen, die nur problematisch umgesetzt werden könnten.

### **Aus der Diskussion**

Eine Vertreterin der Heimaufsicht brachte das Thema Transparenz zur Sprache. Sie habe festgestellt, dass die Prüfkriterien des MDK sich zum Teil von ihren eigenen unterscheiden würden. Hinzu kämen noch Prüfungen durch die Vertragsapotheker und Amtsapothekerinnen und –apotheker. Manche Heime klagten, dass ihre Art des Stellens von Medikament oder ihre Dokumentation von jeder Partei anders bewertet würde, von Abnicken bis zur Abmahnung. Hier sei unbedingt eine Standardisierung notwendig. Ob sich der Vortragende denn vorstellen könne, die Prüfkriterien besser abzustimmen? Dr. Schwegler bedauerte diesen Zustand, wies aber darauf hin, dass die Prüfkriterien des MDK festgeschrieben seien und nicht in einzelnen Regionen angepasst werden könnten. Der Besuch von Informationsveranstaltungen oder das Herunterladen der Transparenzvereinbarung aus dem Internet beim Spitzenverband der MDK, dem MDS, könnten hier nach Ansicht des Referenten aber weiterhelfen.

## **Ulrike Kempchen, Referentin Info und Beratung der Bundesinteressenvertretung der Nutzerinnen und Nutzer von Wohn- und Betreuungsangeboten im Alter und bei Behinderung (BIVA e.V.)**

### **Erwartungen an die Apotheken aus Sicht der Bewohner bzw. deren Vertreter**

#### **Zusammenfassung**

Mit Kempchen war eine Referentin eingeladen worden, die als Interessenvertreterin der Patienten aus ihrer Erfahrungen berichten sollte, welche Bedürfnisse die Patienten an eine sichere Arzneimittelversorgung haben. Sie stützte sich dabei auf Anfragen und Beschwerden von Heimbewohnern sowie deren Angehörigen, die im Rahmen des Informations- und Beratungsdienstes bei der BIVA gesammelt und ausgewertet werden.

Die Erwartungen der Bewohner an die Betreuung hängen stark von der Struktur und damit von der Pflegebedürftigkeit ab, in der sie sich befinden, erinnerte Kempchen die Apothekerinnen und Apotheker. Wie schon einige ihrer Vorredner legte auch Kempchen großen Wert auf die Autonomierechte der Bewohner und Patienten. Diese Rechte müssen nach ihren Vorstellungen bei der Wahl der versorgenden Apotheken, des versorgenden Arztes und bei allen Maßnahmen zur Verbesserung der Therapiesicherheit berücksichtigt werden. Eine hohe Aufmerksamkeit ist erforderlich um Fällen von Medikamentenmissbrauch zur Ruhigstellung von Bewohnern, die leider vereinzelt auftreten, konsequent vorzubeugen. Die Rolle der Bewohnerbeiräte muss nach Kempchen gestärkt werden.

Die Organisation, für die die gelernte Rechtsanwältin tätig sei, ist in den siebziger Jahren quasi an einem Wohnzimmertisch in einer stationären Einrichtung entstanden, erläuterte Kempchen zunächst. Die Bewohner, damals häufig weitaus jünger noch als heutzutage, wären unzufrieden mit der Situation gewesen, beim Eintritt in die Einrichtung das Gefühl gehabt zu haben, alle Rechte abzutreten und praktisch wie Kinder behandelt zu werden. Heute würde ihre Interessensvertretung angerufen werden, wenn es Beratungsbedarf, Ängste auszuräumen oder Missstände anzusprechen gebe.

Kempchen stellte an den Anfang einen Überblick, was im Bereich Medikamente an sie und ihre Kollegen herangetragen würde. Dabei solle eine Art Spiegel über die aktuelle Versorgungssituation aus Sicht der Bewohner entstehen und ihre Hoffnungen und Erwartungen dargestellt werden. Dabei werde sie von Bewertungen oder Kritik Abstand halten und auch keine Lösungsvorschläge anbieten können.

## Strukturabhängige Bewohnerpräferenzen

Zu Beginn kam sie auf die Bewohnerstruktur von Alten- und Pflegeheimen und auf die Bewohner selbst zu sprechen. Man müsse hier unterscheiden zwischen grundverschiedenen Modellen der Betreuung alter Menschen.

**Abb. 1: Unterschiedliche Strukturen von Betreuungseinrichtungen**



Die Erwartungen an die Apotheken würden entscheidend davon abhängen, in welcher dieser Strukturen die Bewohner leben würden. Je größer die Pflegebedürftigkeit und damit die Abhängigkeit sei, desto höher die Erwartungen der Bewohner und auch deren Angehörige als ihr echtes oder vermeintliches Sprachrohr.

Viel würde auch davon abhängen, ob die Menschen beim Umzug in eine stationäre Einrichtung in ihrem vertrauten Umfeld verblieben mit Angehörigen in ihrer Nähe. Beim Verbleib im bekannten Wohnviertel würde die bisherige Apotheke in der Regel weiter genutzt. Hätte man Angehörige vor Ort, würden diese sich oft um die Arzneimittelversorgung kümmern. Bei einem Umzug über größere Distanzen sei allerdings ein Wechsel der Apotheke nötig. Bewohner und Angehörige würden in dem Fall der Empfehlung des Heimes folgen.

Von ihr und dem BIVA würde gefordert, dass bei Einzug des Bewohners das Heim eine Auswahl an Apotheken präsentiert und der Bewohner frei entscheiden könne, von welcher Apotheke er versorgt werden möchte. Dies finde in der Realität aber kaum statt. Aus Angst vor Ablehnung und dem Wunsch an Anpassung an die neue Umgebung würden die Bewohner bereitwillig auf ihr Recht auf eine freie Apothekenwahl verzichten. Dies sei meistens kein Problem bei der Versorgung, wohl aber in Bezug auf die Rechte der Bewohner.

## Versorgungsstrukturen - Probleme

Als nächstes kam Kempchen auf die Versorgungssituation zu sprechen. Problematisch seien Über-, Unter- und Fehlversorgung, Neben- und Wechselwirkungen müssten vermieden werden. Besonders kritisch sehe sie die Verwendung von Medikamenten zum Ruhigstellen, quasi als freiheitsentziehende Maßnahme. Zahlen könne sie keine nennen, aber es gäbe sehr wohl eine Dunkelziffer.

Für die potentiell problematische Versorgung sehe sie folgende Gründe:

- Dem Hausarzt fehlt eine geriatrische Fortbildung
- Hausarzt wird vertreten, die Vertretung kennt den Bewohner nicht
- Doppelverordnungen oder Neueinstellung nach Krankenhausaufenthalt
- Pflegepersonal nicht ausreichend geschult
- Angehörige besorgen frei verkäufliche Mittel.

### Hausärzte

Von nicht geschulten Hausärzten würden ältere Bewohner oft nicht angemessene Medikamente erhalten, die beispielsweise die Sturzgefahr erhöhen würden. Auch gefährliche Kombinationen von Medikamenten für multimorbide Bewohner seien üblich. Die Priscus-Liste, die für ältere Menschen potentiell inadäquate Medikamente listet, sei vielen Ärzten nicht bekannt. Gewicht, Geschlecht oder spezielle Unterformen der Erkrankung (aggressive Demenz vs. depressive Demenz) würden bei der Therapie nicht beachtet. Sehr häufig würden wegen Zeitdruck Medikamente nur auf Grund von Angaben des Pflegepersonals verschrieben, ohne dass die Bewohner persönlich untersucht würden.

### Krankenhauseinweisung

Im Krankenhaus oder beim Vertretungsarzt sei die Vorgeschichte oder der Krankheitsverlauf oft nicht bekannt. In der Notaufnahme fehle außerdem oft geriatrisches Fachwissen. Dies führe häufig zu einer Neueinstellung der Medikation, der Bewohner nehme seine Medikamente mit zurück ins Heim, wo es zu gefährlichen Kombinationen mit den bereits vorhandenen Medikamenten „auf dem Nachttischchen“ kommen könne.

**Abb. 2: Viele unterschiedliche Arzneimittel erfordern intensives Beobachten von Wirkungen und Nebenwirkungen. Ein typisches Beispiel für „Medikamente auf dem Nachtkästchen“; Foto, das der BIVA zur Verfügung gestellt wurde**



### *Polymedikation*

Im Schnitt würden nach Erkenntnissen Kempchens Heimbewohner mehr als 5 Medikamente am Tag erhalten, was zu Interaktionen und Nebenwirkungen führen könnte. Dadurch verursachte Symptome würden bei sowieso multimorbiden Patienten schwerer detektiert. Deswegen gelte es, die Zahl der verordneten Arzneimittel so gering wie möglich zu halten.

### *Pflegefachkräfte*

Das Pflegepersonal müsse eine Vielzahl von Aufgaben erledigen und das mit wenig Zeit und Personal. Oft würden sogar Zeitarbeiter eingesetzt. Zudem wüssten Pflegekräfte mangels zusätzlicher Schulungen und Fortbildungen oft nicht um das Gefahrenpotential von Wechsel- und Nebenwirkungen. Kempchen verwies auf eine ihr bekannte Studie, die große Mängel beim Stellen durch Pflegekräfte offenbart habe: bei 90 Bewohnern gab es 56 Stellfehler beim individuellen Dispensieren auf Station. Dies sei besonders problematisch, da kleinste Fehler bereits große Auswirkungen haben könnten, wie zum Beispiel beim Teilen von Tabletten. Wurde die Medikation jedoch von den Apotheken gestellt, sei die Fehlerquote um 90% zurückgegangen.

### *Angehörige*

Trotz ihrer zumeist guten Intention können auch die Angehörigen bisweilen ein „Problem“ darstellen. Sie kümmerten sich um die Einholung der verschriebenen Medikamente und würden dies aus praktischen Überlegungen oft im Internet tun, wobei Beratung und Sicherheit zu kurz kämen. Auch bei der Besorgung der Medikamente in Apotheken ohne Bezug zum Bewohner müsse die Beratung anonym erfolgen und könne deshalb nie vollständig sein. Gingen die Angehörigen stattdessen zu der Apotheke, die den Bewohner vor dessen Umzug ins Heim versorgt hat, könne dies vorteilhaft sein. Die Apotheke habe noch die Daten, es bestehe oft ein Vertrauensverhältnis und das Apothekenpersonal könne individuell beraten.

### *Missbräuchliche Medikation*

In ihrem Arbeitsalltag habe sie häufig mit missbräuchlicher Medikation zu kämpfen, so die Referentin. Es sei bekannt, dass bei Altenheimbewohnern der Schmerzmittelverbrauch deutlich höher sei als bei vergleichbaren Gruppen außerhalb. Demenzkranke würden laut Studien aber auch bis zu 50% Neuroleptika verschrieben bekommen, obwohl sie an verschiedenen Formen der Demenz litten. Viele würden sich daraufhin gar nicht mehr rühren, es bestehe außerdem die Gefahr eines erhöhten Risikos für Schlaganfall, Herzinfarkt, Stürze, Magenblutungen und Nierenschädigungen.

Kempchen berichtete von einem Fall aus der Praxis. Ein Apotheker, dessen Kontrollfunktion sie in diesem Zusammenhang lobend herausstellte, hätte die Ehefrau eines demenzkranken Heimbewohners wegen einer wiederholten Verordnung eines stark wirksamen Schlafmittels angesprochen. Die Pflegedokumentation ergab, dass der Ehemann nur einmal dieses Schlafmittel erhalten habe, die erste Flasche also ledig-

lich angebrochen sein dürfte. Die Flasche sei jedoch nicht auffindbar gewesen und die Ehefrau verdächtigte das Pflegepersonal daraufhin, mit den so erhaltenen Medikamenten die Bewohner flächendeckend ruhig zu stellen. Der Fall habe so oder so viele unangenehme Fragen aufgeworfen.

Während Gurte oder Rollstühle zum Schutz der Bewohner vor sich selbst als freiheitsentziehende Maßnahmen gerichtlich beantragt werden müssten, träfe dies für Medikamente in der Form nicht zu.

Die Verwendung von Medikamenten verstorbener oder ausgezogener Bewohner könne wirtschaftlich durchaus sinnvoll sein, nur müsse sie kontrolliert geschehen und dürfe nicht eigenmächtig erfolgen.

### **Die Erwartungen an die Apotheke**

Die Erwartungen der Bewohner an die Apotheken formulierte Kempchen folgendermaßen. Die Unabhängigkeit der Bewohner trotz Heimversorgungsverträgen müsse gewährleistet sein. Das bedeute eine freie Apothekenwahl und einen (logistischen) Service, der diese freie Wahl ermögliche. Apothekerinnen und Apotheker sollten Information und Beratung als Kernkompetenz ihrer pharmazeutischen Tätigkeiten ausüben. Sie sollten stets achtsam sein und Bewohnerstrukturdaten nach Zustimmung der Bewohner erheben und beobachten. Hintergrundgespräche zur Arzneimitteltherapie könnten zur Aufklärung und eventuell zu einer Therapieoptimierung führen. Standardmäßige Interaktionschecks und pharmazeutische Betreuung könnten die Sicherheit für die Bewohner erhöhen. Dies sei auch durch viele Studien belegt.

Das Stellen durch die Apotheke oder auch das Verblistern, wenn es korrekt geschehe, bewirkten, dass Bewohner und Pflege die Einnahme möglicherweise leichter kontrollieren könnten. Schulungen würden sehr viel zu einer Reduktion von Fehlern beitragen. Bereits 15-20 minütige Schulungen könnten Fehlerquoten um über 60% senken. Auch Hilfestellung zu Fragen der Entsorgung von Medikamenten würde von den Apotheken gewünscht.

Den Apothekerinnen und Apothekern falle eine hohe Verantwortung im Versorgungsprozess zu. Sie könnten die verschiedenen Abläufe und beteiligten Professionen koordinieren und zusammenführen. Am besten würden die Apotheker diese Aufgabe erfüllen, denn sie seien es, die die komplette Entwicklung einer Medikation von der Ausstellung des Rezeptes bis hin zur Entsorgung verfolgen würden.

Die Beratung und andere Aufgaben zur Sicherstellung der ordnungsgemäßen Versorgung der Bevölkerung unter Transparenz und Mitverantwortung im Gesundheitswesen seien ja bereits durch die Berufspflichten der Apothekerinnen und Apotheker festgelegt, nicht weniger würde auch seitens der Bewohner der Heime erwartet.

### **Aus der Diskussion**

Eine Vertreterin der Pflege fragte bei der Vortragenden nach, ob sie den vorgetragenen Fall einer Ruhigstellung durch Tranquilizer als Einzelfall einschätze oder die Wahrnehmung habe, dass Pflegefachkräfte tatsächlich im Regelfall mit Tranquilizern

zur Ruhigstellung arbeiten würden. Der Fall sei tatsächlich ein Einzelfall, so Kempchen. Trotzdem vermuteten Verbraucherschützer, dass das Ruhigstellen mit Medikamenten häufig vorkomme. Grund hierfür sei die krasse Überforderung des Pflegepersonals. Zahlen habe sie dafür aber nicht parat.

#### *Zum allgemeinen Medikamentenschrank und zum Verblistern*

Dr. Stapel von der Überwachung stellte nach dem Vortrag klar, dass ein allgemeiner Medikamentenschrank zur Aufbewahrung und Umverteilung von Medikamenten verstorbener Bewohner rechtlich nicht in Ordnung sei. Man habe jahrelang gegen diese Praxis angekämpft. An dieser Stelle müsse man festhalten, dass durch das Neuverblistern auch neue Probleme entstehen könnten. Dosisanpassungen oder durch einen Krankenhausaufenthalt erforderliche, kurzfristige Änderungen seien schwer oder gar nicht durchführbar. Kempchen stimmte zu, dass das Potential für neue Probleme durch das Verblistern existiere, mahnte aber dazu an, den möglichen Vorteil durch das Ausräumen von Fehlerquellen beim Stellen durch das Pflegepersonal nicht außer Acht zu lassen.

#### *Streitpunkt freie Apothekenwahl*

Es wurde gefragt, ob die freie Apothekenwahl wirklich so angestrebt würde. Sei die freie Apothekenwahl tatsächlich häufig gelebte Praxis? Die Nachteile wegen der fehlenden Möglichkeiten eines Interaktionsabgleichs oder pharmazeutischen Betreuung durch die heimversorgende Apotheke seien doch immens.

Kempchen begründete ihre Sichtweise mit ihrem Selbstverständnis als Verbraucherschützerin. Heimbewohner würden mehr denn je als mündige Verbraucher behandelt und dies sei auch wichtig.

Der Fragesteller konnte sich dennoch nicht vorstellen wie eine freie Apothekenwahl praktikabel ablaufen sollte. Verantwortlichkeiten würden geteilt werden und dies sei im Ernstfall problematisch. Denn wer wäre letztlich für die Kontrolle der Lagerung, wer für die Information, wer für Entsorgung und wer für die Schulung der Pflegekräfte verantwortlich?

Kempchen konnte aus Ihrer Erfahrung berichten: Sie selbst kenne durchaus Heime, in denen die Verbraucher die Wahl zwischen drei Apotheken hätten und dies funktioniere auch einwandfrei.

Ein anderer Teilnehmer merkte an, dass seine Apotheke sich weigere, Medikamente zu kontrollieren, die von einer anderen Apotheke geliefert würden. Wie das denn in ihrem Beispiel mit den drei versorgenden Apotheken funktioniere? Sie habe heute hier Erwartungen und Ängste formuliert, ohne Patentrezepte mitgebracht zu haben, wiederholte die Gefragte. Die Bewohner wünschten sich Kontrolle und Beratung durch kompetentes Apothekenpersonal bei gleichzeitiger Wahlfreiheit, auch wenn dies zum Teil widersprüchlich und mit bürokratischen Hürden verbunden sei. An dieser Stelle bekam sie Beistand von einem Vertreter der Heimaufsicht. Ihm sei ebenfalls mindestens ein Heim bekannt, mit dem mehrere Apotheken Versorgungsaufträge hätten. Die Apotheken würden untereinander Aufgaben wie Prüfungen und Schu-

lungen aufteilen und auch Bewohner mitversorgen, denen Angehörige die Rezepte und Arzneimittel besorgten.

#### *Vorgehen im Fall einer Beschwerde*

Eine Teilnehmerin wollte wissen, wie die BIVA im Falle einer Beschwerde weiter vorgehe und ob das weitere Vorgehen in Absprache mit anderen Behörden erfolge. Die BIVA sei beratend und informierend tätig, präzisierte Kempchen. Sollte weiteres Vorgehen nötig sein, erfolge die Absprache mit der Heimaufsicht, an die betroffene Bewohner und Angehörige verwiesen würden.

#### *Bewohnerbeiräte*

Abschließend kam die Diskussion auf die Rolle der Bewohnerbeiräte. Diese hätten mit den neuen Landesheimgesetzen das Mittel der Mitbestimmung und Mitwirkung an die Hand bekommen. Als Schnittstelle zwischen Bewohnern und Heimleitung sowie Sprachrohr für Wünsche und Beschwerden der Bewohner hätten sie eine wichtige Stellung inne. Die BIVA berate diese Beiräte und leite sie gezielt an, ihre Rolle aktiv wahrzunehmen. Aber auch andere Beteiligte sollten die Meinung und Partizipation der Beiräte wahrnehmen und fördern. Man würde damit den Verbrauchern einen großen Gefallen tun.

**Apl. Prof. Dr. Georg Hempel, Klinische Pharmazie, Institut für pharmazeutische und medizinische Chemie, Westfälische Wilhelms-Universität Münster**

**Erwartungen an die Apotheken aus Sicht der klinischen Pharmazie**

**Zusammenfassung:**

Prof. Hempel vertrat auf der Veranstaltung die Position des Hochschullehrers für Klinische Pharmazie, die als anwendungsorientierte Wissenschaft Grundlagen für eine bessere Arzneimittelversorgung durch alle Apothekerinnen und Apotheker erarbeitet und in der Lehre dem Berufsnachwuchs vermittelt.

Prof. Hempel beschrieb die Anfänge seines Fachbereichs der klinischen Pharmazie und verglich die Entwicklung hierzulande mit der in den USA. Er kritisierte die Beratungsresistenz der Ärzte und forderte die Apotheker auf, bereit zu sein, mehr Verantwortung für die Arzneimitteltherapie zu übernehmen. Die Zusammenarbeit mit den Ärzten wird sich durch eine Hinwendung der Apotheken zur intensiven pharmazeutischen Betreuung sicherlich verbessern, so Hempel. Er zweifelte allerdings an der Geschlossenheit der Apotheker bei der gerade stattfindenden Suche nach einer festen Position im Gesundheitswesen.

Hempel setzte sich für eine wohnortnahe Versorgung von Heimbewohnern ein, wobei die Klinische Pharmazie den Studenten seiner Meinung nach genügend Rüstzeug bietet, um als spätere Apothekerinnen und Apotheker den Herausforderungen einer älter werdenden Gesellschaft und der damit verbundenen besonderen Anforderungen an die Therapie für ältere Menschen gerecht zu werden.

In seinem Vortrag wollte Prof. Hempel nicht nur Erwartungen, sondern vielmehr Visionen für eine verbesserte Heimversorgung ansprechen.

Zu Beginn ging er allerdings noch einmal auf den Vortrag von Prof. Wilm am Vortag ein, über den er sich im Nachhinein ärgere. Er kontierte die von Wilm gebrachten Äußerungen zur mangelnden Unterstützung durch die Apotheker mit der Feststellung, dass eher der Arzt das Problem in der Versorgung darstelle. Die Erkenntnisse habe er in vielen Projekten und Studien gewinnen können. Er sehe die Probleme weniger in der Kommunikation zwischen Arzt und Apotheker, sondern vielmehr in der Verschreibung potentiell inadäquater Medikamente für alte Menschen und bei der Beratungsresistenz einiger der Ärzte bei diesem Thema.

**Definition und Entwicklung der Klinischen Pharmazie**

Klinische Pharmazie beschäftigt sich mit Arzneimittelanwendung im Gegensatz zu den klassischen Disziplinen, die sich mit dem Arzneimittel an sich beschäftigen würden. Das Fach sei durch die Kammern und Verbände gegen den Widerstand der anderen Hochschullehrer durchgesetzt worden.

Es sei unstrittig gewesen, dass sich die Rolle des Apothekers mehr in Richtung Arzneimittelanwendung entwickeln müsse. Ein Aspekt der Klinischen Pharmazie sei die Pharmazeutische Betreuung, die die konsequente Mitverantwortung des Apothekers bei der Arzneimitteltherapie bedeute.

Noch vor 5 Jahren hätte ein bekannter Krankenhausapotheker auf einer Veranstaltung für Pharmaziestudierende prophezeit, dass der Apotheker auf Station sich in Deutschland nicht durchsetzen werde. Man solle sich stattdessen auf die Logistik beschränken, hier lägen die eigentlichen Kernkompetenzen. Diese Einschätzung habe sich als falsch herausgestellt, immer mehr Apotheker auf Station seien im Einsatz. Nach Prof. Hempel solle man stattdessen die Logistik lieber jenen Berufsgruppen überlassen, die dafür besser qualifiziert seien.

#### *Verantwortung und Haftung*

In den USA existiere ein Vorsprung von 20-30 Jahren, was die Auffassung der Kernkompetenzen von Apothekerinnen und Apothekern angehe. 2008 sei eine Neuauflage der „The Definition Of Clinical Pharmacy“ erschienen. Der für ihn wichtigste Punkt sei dabei gewesen, dass der Apotheker hauptverantwortlich für die Arzneimitteltherapie gemacht werden sollte. Mit dieser Zuständigkeit müsse aber auch Verantwortung im juristischen Sinne, also Haftung, einhergehen.

#### *Spezialisierung, Zentralisierung oder Status quo?*

Arzneimittel verursachten mehr Todesfälle als Verkehrsunfälle, auch wenn es keine genauen Zahlen gäbe. 100.000 Krankenhauseinweisungen pro Jahr würden durch falsche Arzneimittel verursacht. Viele chronisch kranke Patienten seien schlecht eingestellt. All diese Tatsachen sprächen deutlich für mehr wohnortnahe Versorgung als für weniger. In den nächsten Jahren würde sich entscheiden, ob die wohnortnahe Versorgung erhalten bleibe oder durch eine zentralisierte Versorgung durch wenige große Anbieter ersetzt werde.

In Bezug auf die Versorgung von Altenheimen könnte die Entwicklung nämlich auch zu großen, spezialisierten Apotheken gehen. Diese würden sich auf die Kernaufgabe Versorgung von Altenheimen konzentrieren und Komplettpakete mit beispielsweise Verblisterung und Beratung anbieten. Diese Leistungen könnten auch extern bei Drittanbietern eingekauft werden. Diese Modelle würden wegen vermuteter Kosteneinsparungen von vielen Krankenkassen propagiert.

Nach außen hin würden zwar Berufsvertreter geschlossen die Erhaltung der kleinen, inhabergeführten, wohnortnahen Apotheke propagieren. Jedoch vermutete der Referent, dass es insgeheim vielen Betreibern großer, gut wirtschaftenden Apotheken Recht sei, würden ihre kleinen Konkurrenten aus dem Markt gedrängt.

#### *Mängel bei der Beratung*

Die ordnungsgemäße Versorgung der Bevölkerung mit Arzneimitteln laut Apothekengesetz sei früher rein über die Qualität der Ware definiert worden. Inzwischen umfasse diese gesetzlich festgelegte Aufgabe auch Information und Beratung zu Wirkungen und Nebenwirkungen, Wechselwirkungen, Einnahmehinweisen, Hinwei-

sen zur Lagerung und evtl. Medikationsreviews. Wichtig sei hier wiederum die Mitverantwortung der Apotheker für die Arzneimitteltherapie.

Untersuchungen würden regelmäßig Defizite und Mängel bei der Beratung in den Apotheken feststellen. Hier seien Kammern und Universitäten gefragt, durch Aus- und Weiterbildung Abhilfe zu schaffen.

### **Erwartungen der Klinischen Pharmazie**

#### *Pharmazeutische Betreuung vor Ort*

Folgende Erwartungen stellte Prof. Hempel vor: Jede Apotheke müsse in der Lage sein, pharmazeutische Betreuung anzubieten. Dies sei seiner Meinung nach durch die entsprechenden Berufsordnungen festgelegt. Zur pharmazeutischen Betreuung müsse man den Patienten sehen. Telefonische Beratung sei kein adäquater Ersatz. Bei der Heimversorgung sollte zumindest der Kontakt zur Pflege gesucht werden, die wiederum den Bewohner täglich vor Augen habe.

Man müsse verhindern, dass pharmazeutische Beratung in Zukunft von Drittanbietern wie Consulting-Firmen übernommen würde. Diese würden sich positionieren, sobald die Vergütung dieser Leistungen begonnen würde. Es sei aber zwingend, dass diese Kernkompetenz in den öffentlichen Apotheken verbleibe, wolle man die ortsnahe Versorgung erhalten.

#### *Zusatzqualifikation geriatrische Pharmazie*

Auch wenn die Weiterbildung geriatrische Qualifikation sinnvoll ist, sollte diese Zusatzqualifikation keine Pflicht für Apotheker werden, wenn sie ältere Menschen oder Heimbewohner beraten wollen. Stattdessen müsse jeder einzelne Apotheker die speziellen Anforderungen an die Arzneimitteltherapie älterer Menschen beherrschen. Diese würden etwa die Hälfte aller Kunden auch in der öffentlichen Apotheke ausmachen, es handele sich also um einen zwingend notwendigen Teil des Fachwissens jeder Apothekerin oder Apothekers.

Die Approbationsordnung von 2001 enthalte bereits Elemente wie geriatrische Pharmakotherapie, Multimorbidität, Medikationsreviews oder Interaktionsprüfungen. Wenn Studenten das zweite Staatsexamen erfolgreich absolvieren, hätten sie sich entsprechende Grundkenntnisse aneignen müssen. Es gäbe aber noch mehr Spielraum, Themen der klinischen Pharmazie im Studium zu gewichten und ihnen den erforderlichen Platz einzuräumen. Die Ausbildung sollte möglichst patientennah geschehen. Ziel sei es, allen Studierenden Stationspraktika anbieten zu können. Analog zu Ärzten, die stationär ausgebildet würden, um anschließend ambulant zu praktizieren, sollen Pharmazeuten Krankheitsbilder und Wirkungen bzw. Nebenwirkungen von Arzneimitteln in der Klinik hautnah sehen können.

Für pharmazeutische Betreuung seien nach Wissen einer Diskussionsteilnehmerin im Lehrplan der Universität Münster anderthalb Stunden eingeplant. Das stehe in keinem Verhältnis zu der gestellten Forderung, jeder müsse nach Erlangen der Approbation in der Lage sein, pharmazeutische Betreuung zu leisten. Deshalb habe die Zusatzausbildung zum geriatrischen Apotheker durchaus ihre volle Berechtigung.

Würde man sie anzweifeln, müsse man außerdem ebenso den Fachapotheker Allgemeinpharmazie anzweifeln, denn die dort vertieften Themen müssten ja genauso durch das Studium ausreichend vermittelt werden. Anstatt die Weiterbildungen zu untergraben, sei es zwingend erforderlich, die Ausbildung auf ganz andere Füße zu stellen.

Eine Vertreterin der Kammer fügte hinzu, dass man die geriatrische Weiterbildung bewusst eingesetzt habe, nicht um junge, gut ausgebildete Studienabgänger zu erreichen, sondern ältere, schon lange im Berufsleben stehende Kollegen. Diese hätten unbestritten Defizite auf diesem Fachgebiet. Die Weiterbildungen seien ein wirkungsvolles Mittel, um das Berufsprofil zu schärfen und eine gleichmäßige Verteilung des Wissens unter allen Angehörigen der Apothekerschaft zu erreichen.

Natürlich seien Fortbildungen nützlich, um eine gleichbleibende Beratungsqualität auf allen Ebenen zu ermöglichen, antwortete Prof. Hempel. Nur solle seiner Meinung nach die Zusatzqualifikation nicht Pflicht sein, um ältere Menschen beraten zu können. Die Berufseinsteiger wären durch ihre Ausbildung nun einmal dazu in der Lage und sollten da nicht außen vor bleiben. Die Ausbildung müsse entsprechend breit aufgestellt bleiben, damit die Voraussetzungen erfüllt bleiben.

#### *Das praktische Jahr*

Der dritte Abschnitt der Pharmazieausbildung beinhaltet unter anderem Information und Beratung von Patienten, Angehörigen und Ärzten, pharmazeutische Betreuung und angewandte Pharmakotherapie. Hier gebe es noch Defizite in der Ausbildung und Reserven, die genutzt werden müssten. Nützliche Instrumente dafür seien etwa Praktikantenzirkel, Projektarbeiten während des praktischen Jahres, Übungen zu Medikationsreviews oder Kommunikationstraining.

Positiv bewertete der Vortragende ein Projekt in Baden-Württemberg mit Lehrapotheken für die Ausbildung im praktischen Jahr. An diese würden Mindestanforderungen in Bezug auf die Qualität der Ausbildung gestellt und bei Nachweis dieser Anforderungen der Titel durch Kammern oder Universitäten verliehen. Es würden eine ausreichende Personalstärke, ein strukturiertes Programm für ein Lernen unter Anleitung und die Durchführung wissenschaftlicher Projekte gefordert.

#### *Crashkurs Klinische Pharmazie*

Für Pharmazeuten der älteren Jahrgänge, die vor 2007 ihre Approbation erhalten haben, soll ein Crashkurs Klinische Pharmazie über 30 Stunden angeboten werden, in dem das geforderte Wissen vermittelt wird. Auch ihnen sollen Stationspraktika angeboten werden.

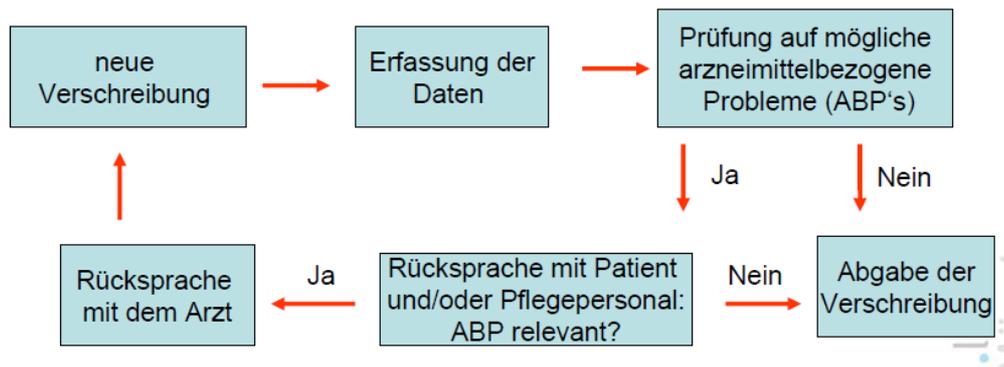
#### *Mehr Versorgungsforschung*

Neben einer verbesserten Aus- und Weiterbildung wünschte sich Prof. Hempel mehr Versorgungsforschung mit öffentlichen Apotheken zu den Themen Arzneimitteltherapiesicherheit, Pharmakovigilanz und Optimierung der pharmazeutischen Betreuung chronisch Kranker.

## Optimierte Versorgung in Heimen

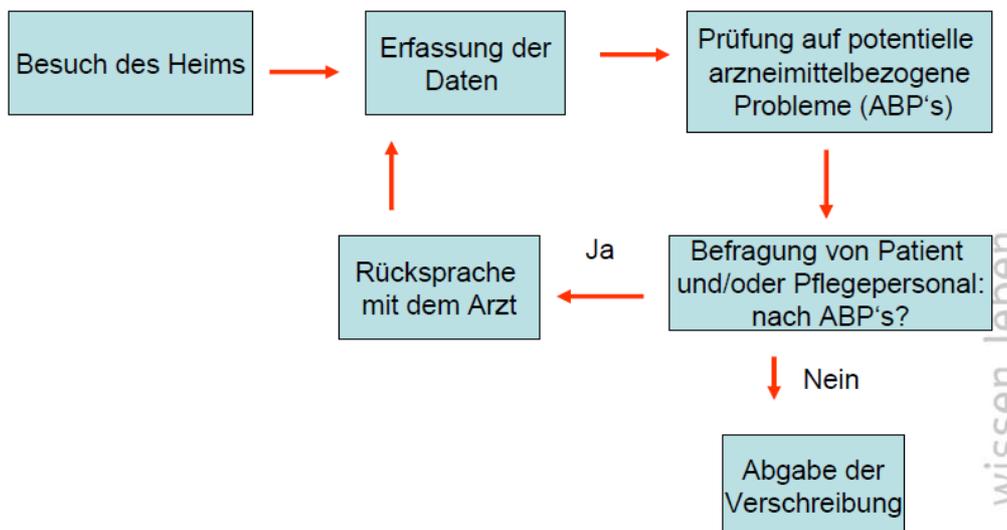
Möglichkeiten für die Versorgungsoptimierung in Heimen durch die Apotheken stellte Prof. Hempel anhand dreier Vorgehensweisen vor.

**Abb. 1: Prüfung auf Arzneimittel bezogene Probleme bei einer neuen Verordnung**



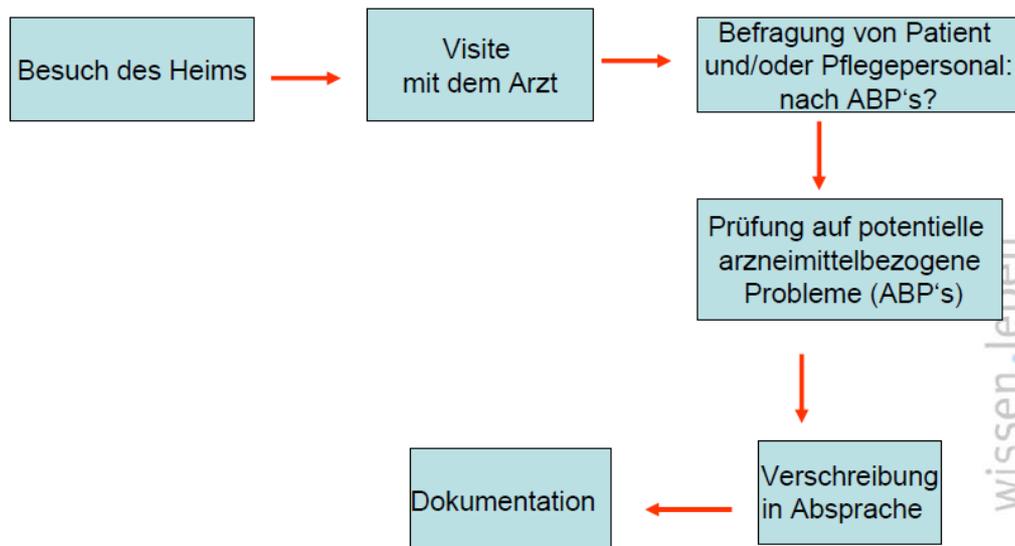
Die erste Variante starte mit der Bearbeitung einer neuen Verschreibung in der Apotheke. Nur wenn möglicherweise entdeckte ABP nach Rücksprache mit dem Patienten oder der Pflege als relevant eingeschätzt würden, erfolge die Absprache mit dem Arzt. Die Ärzte fühlten sich bisweilen bevormundet und würden eine Absprache behindern, wiederholte Prof. Hempel. Dieses Problem, das eher im ambulanten Bereich als im Krankenhaus anzutreffen sei, könne man eventuell umgehen, indem man das Pflegepersonal an die Ärzte herantreten lasse.

**Abb. 2: Prüfung auf Arzneimittel bezogene Probleme direkt im Heim**



Die zweite Variante unterscheidet sich von der ersten insofern, dass die Daten gezielt bei einem Besuch im Heim erfasst würden. Das am Vortag von Fr. Waltering und Fr. Kruse vorgestellte Projekt würde so vorgehen.

**Abb. 3: Prüfung auf Arzneimittel bezogene Probleme direkt im Heim bei einer neuen Verordnung**



Die aus seiner Sicht optimale Variante ist die der gemeinsamen Begehung durch Arzt und Apotheker. Die Befragung des Patienten, die Prüfung auf ABP und die eventuell nötige Änderung der Therapie erfolgt durch das geriatrische Team Arzt/Apotheker/Pflegekraft.

#### *Verblistern*

Zum Thema Verblistern zitierte Prof. Hempel einen Bericht der DAZ vom 19.05.2011 über das Projekt 7+4. In der vorgestellten Studie sei durch Verblistern erreicht worden, dass weniger Krankenhauseinweisungen nötig waren. Dies sei aber nicht durch das Verblistern erreicht worden, sondern ganz entscheidend durch die Medikationsreviews die vor der Umstellung auf Monatsblister durchgeführt worden wären. Diese Einschätzung vertrat auch der beteiligte Internist bei der Vorstellung der Ergebnisse. Er forderte, die Effekte vom Verblistern und der Medikationsreviews unabhängig voneinander zu untersuchen. Auch die Untersuchungen der Amtsapothekerinnen und Amtsapotheker, deren Resultate während der Veranstaltung bereits vorgestellt worden seien, hätten gezeigt, dass das Stellen nicht das Hauptproblem für eine ordnungsgemäße Versorgung sei.

#### **Aus der Diskussion**

Zum viel diskutierten Thema Verblistern merkte ein anwesender Amtsapotheker an, man solle diese Idee trotz der vielen Probleme und der zu berücksichtigenden As-

pekte nicht direkt von vornherein verteufeln. Vielmehr müsse man sich eingehend Gedanken darüber machen, unter welchen Umständen und mit welchen Begleitmaßnahmen das Verblistern auch eine Chance bedeuten könne. Fakt sei nämlich, dass das Stellen in den Heimen erhebliche Probleme verursachen könne, Probleme, die in privaten Haushalten sogar noch viel stärker auftreten dürften. Diese könne man eventuell durch das Verblistern in den Griff bekommen.

Lutz Engelen, Präsident der Apothekerkammer Nordrhein, versicherte in einem Kurzstatement, dass massive Bemühungen unternommen würden, um in Studien den Mehrwert pharmazeutischer Leistungen der Apotheken darzustellen. Und dies sei auch notwendig, denn er sei sich sicher, dass eine solche Forschung die positiven Effekte pharmazeutischer Leistungen beweisen würde. Dazu könne die Klinische Pharmazie einen wichtigen Beitrag leisten. Überhaupt sei in NRW die klinische Pharmazie sehr gut aufgestellt, vor allem im Vergleich mit anderen Bundesländern.

Dr. Puteanus griff das Thema der unabhängigen Versorgungsforschung auf. Diese sei nötig, um glaubhaft in alle Richtungen die Leistungen kommunizieren zu können, die Apotheken erbringen. Er bekräftigte die Aussage des Vortragenden, dass man in Deutschland Jahre hinterherhinke. Es fehlten fundierte Ergebnisse zu den Fragen, welche positiven Effekte pharmazeutische Betreuung zeige und welche von Apotheken durchgeführten Projekte eventuell weniger sinnvoll seien? Die klinische Pharmazie könne ein Standbein dieser unabhängigen Forschung sein. Er erinnerte daran, dass auf einer vorangegangenen Tagung 2009 ein Vertreter der Krankenkassen signalisiert hatte, das Interesse an der Finanzierung solcher Forschungsprojekte sei durchaus vorhanden. Nun suche man die passenden Strukturen in den Apotheken, um diese dann auch effizient durchführen zu können. Man müsse also überlegen, wie man solche Strukturen schaffen könne.

## **Teil 3: Position der Apothekerkammern zur Einführung der Heimversorgungsverträge und innovative Projekte für eine weitere Verbesserung der Versorgung**

**Lutz Engelen, Präsident der Apothekerkammer Nordrhein**

### **Erfahrungen mit den Versorgungsverträgen und weitere Optimierungsmöglichkeiten aus Sicht der Apothekerschaft**

#### **Zusammenfassung:**

Durch die Teilnahme des Kammerpräsidenten der Apothekerkammer Nordrhein, Lutz Engelen, der gleichzeitig auch Vizepräsident der Bundesapothekerkammer ist und die Bereichsweiterbildung Geriatrische Pharmazie vorangetrieben und selbst durchlaufen hat, konnte einer der zentralen Vertreter der Berufspolitik in diesem Bereich für ein Referat gewonnen werden.

Engelen stellte als Standespolitiker die Anstrengungen vor, die unternommen werden, um die Apotheker als Heilberuf in der Gesellschaft weiter zu festigen. Dabei stützte er sich auf die aktuelle Versorgungslage, die statistischen Prognosen und die daraus erwachsenden Erwartungen an die wohnortnahe Versorgung. Er sparte nicht an Kritik an der Politik für ihre fehlende Unterstützung einer dezentralen, Arzneimittelversorgung und forderte, Konzepte zur pharmazeutischen Betreuung und das gemeinsame Konzept von ABDA und KBV anzunehmen sowie Diskussionen über eine angemessene Honorierung zuzulassen.

Zu Beginn seines Vortrags kündigte Lutz Engelen, Präsident der Apothekerkammer Nordrhein an, zunächst einige politische Aussagen zu machen, um den Erwartungen der vielen anwesenden Apothekerinnen und Apothekern aus öffentlichen Apotheken Rechnung zu tragen.

#### **Kritik an der Politik**

Die Gesellschaft beantworte Defizite jeglicher Art mit technischer Entwicklung, so Engelen. Dies sei Merkmal unserer Gesellschaft. Wie sei dies bei der Arzneimittelversorgung? Zunächst müsse man die Frage stellen, gibt es auch bei der Arzneimittelversorgung Defizite? Diese Frage beantwortete er mit einem klaren Ja und stellt gleich Beispiele für Defizite vor.

Zunächst das Beispiel Arzneimittelfälschungen. Die vielen Fälschungen von Arzneimitteln, die über das Internet bezogen würden, seien eine Gefahr für die Gesundheit der Bevölkerung. Wie groß die Gefahr sei, könne zwar niemand genau sagen, aber

hier sei dringender Handlungsbedarf. Defizite gäbe es weiterhin durch den Zwang zum Austausch von Präparaten in der Apotheke. Hier müsse man den Patientennutzen im Auge haben. Ein Wechsel eines Schilddrüsenpräparates könne dazu führen, dass ein eigentlich gut eingestellter Patient nicht mehr die richtige Menge des Hormons verfügbar hat.

Die Politik suggeriere, die Defizite würden bei der Logistik liegen. Durch die Einführung des Versandhandels hätte man sich davon verabschiedet, dass Arzneimittel nur zusammen mit Beratung zum Patienten gelangen würden. Durch den Eintritt der OTC-Präparate in den freien Markt sei ein weiterer regulativer Mechanismus verschwunden.

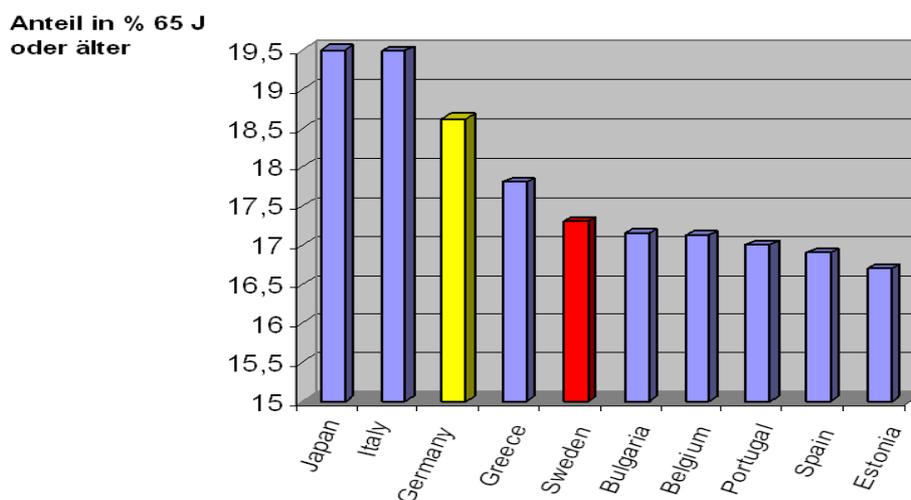
Reihe man alle Gesetze und Gesetzesänderungen aneinander, erkenne man nach Engelen das Ziel der Politik, auf weniger Apotheken und dafür auf große, zentralisierte und billigere Versorgungseinheiten zu setzen. Die Politik würde so einen bislang sinnvoll geordneten Markt zerstören und nach rein finanziellen Kriterien neu gestalten wollen.

Dass diese Art der reduzierten Versorgung von der Mehrheit der Bevölkerung gewünscht werde, bezweifelte Engelen. Grund dafür sei auch eine Veränderung der Gesellschaft, die er im Folgenden anschaulich zu machen versuchte. Denn die zukünftige Gesellschaft brauche die ortsnahe und kleinteilige Versorgung durch Hausärzte und Apotheken.

### Aktueller Stand der Versorgungssituation

„Good Old Germany“

**Abb. 1: Anteil älterer Menschen an der Bevölkerung ausgewählter Länder**



Bei der Beschäftigung mit dem Altersaufbau unserer Gesellschaft habe ihn persönlich überrascht, wie weit an der Spitze der vergreisenden Länder Deutschland stehe.

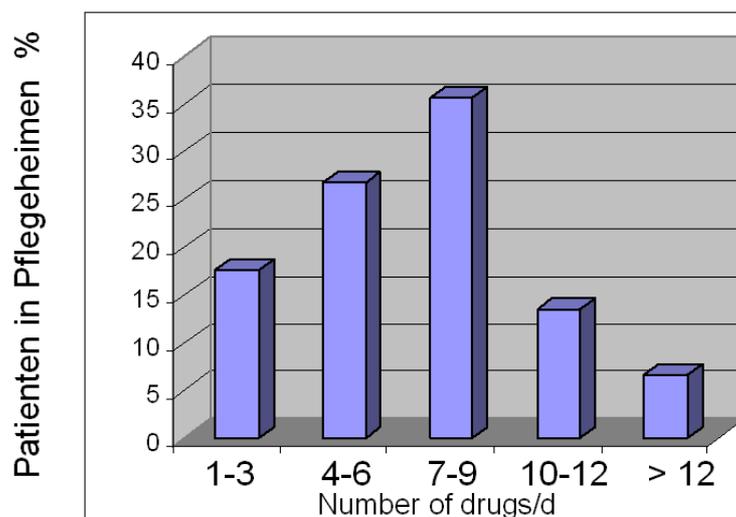
Fakt sei, der Anteil alter Menschen nimmt immer weiter zu und das erfordere ein Versorgungssystem, das mit dieser Herausforderung umzugehen weiß. Könne man den mehreren Millionen alten Menschen zumuten, so mobil zu sein, zu weit entfernten, zentralisierten Versorgungszentren zu fahren, frage er sich.

Seit Abschluss des Generationenvertrages würde sich das Verhältnis Arbeitnehmer zu Rentner immer mehr Richtung Rentner verschieben. Das System könne nicht auf ewig so finanziert werden, wie es zur Zeit der Fall sei. Hier sei die Politik gefragt, mutig Schritte zu einer Veränderung zu gehen. Die Renten seien nicht sicher und das sei auch schon länger offensichtlich, trotz gewisser Aussagen von Politikern.

#### *Polymedikation*

Engelen knüpfte mit weiteren Zahlen zur aktuellen Versorgungssituation alter Menschen an seine Vorredner an. Über 70-Jährige erhielten demnach im Schnitt 3 Arzneimittel, 15% würden sogar mehr als 13 Arzneimittel erhalten. Bei Menschen in stationären Einrichtungen müsste man sogar von noch mehr Arzneimitteln ausgehen.

**Abb.2: Anzahl von Arzneimitteln in unterschiedlichen Alterklassen**



So würden 56% der Alten über 6 Medikamente am Tag bekommen. Diese seien zudem überwiegend hochpotent.

#### *Abb. 3: Hochpotente Arzneimittel für ältere Menschen*

- 56 % der Patienten in Heimen erhalten Psychopharmaka
- 40 % Antikoagulantien/Neuroleptika
- 37 % Diuretika
- 30 % Antirheumatika
- 27 % Herzglykoside

### *Auswirkungen Arzneimittel-bezogener Probleme (ABP)*

Zu der genauen Zahl der Toten durch Arzneimittel-bezogene Probleme (ABP) gäbe es in Deutschland – im Gegensatz zu den USA – leider keine Untersuchungen, jedoch schätze man, dass sie etwa das fünffache der Zahl der Verkehrstoten betrage. Die durch ABP verursachten Ausgaben hätten in den Staaten im Jahr 2000 100 Milliarden Dollar betragen. Auch wenn für Deutschland wiederum keine Zahlen publiziert würden, sei festzustellen, dass die Belastung der Versichertengemeinschaft durch ABP endlos sei. Die Kosten würden hauptsächlich durch zusätzliche Arztkonsultationen und Krankenhausaufenthalte verursacht. Eine Studie aus Australien zeige, dass die Zahl der Krankenhauseinweisungen durch ABP bei über 80-Jährigen seit 1990 sprunghaft ansteige und inzwischen das Siebenfache von 1980 betrage.

Im Rahmen des OPAL-Projektes (OPAL: Optimierte Arzneimittelversorgung im Alter, Projekt im Kammerbezirk Nordrhein) sei ermittelt worden, dass exemplarisch für ein Heim mit 90 Bewohnern in 10 Monaten durch ABP folgender zusätzlicher Aufwand entstanden sei: 15 Verschreibungen, 50 Krankenhaustage, 12 Krankenwagenfahrten, 18 ärztliche Konsultationen und 1100 Pflegestunden im Heim. Wenn man diese Zahlen den Heimleitungen einmal vorlegen würde, liefen Verhandlungen zur Vergütung des Arbeitsaufwandes der Apotheken viel einfacher.

### *Ursachen der ABP*

Der Vortragende mahnte, die Ursache nicht einfach in einem falschen Ordnungsverhalten der Ärzte zu suchen. Selbst wenn die Ärzte auf die einzelnen Krankheiten bezogen leitliniengerecht korrekt verschreiben würden, könne in der Summe durch die Multimorbidität der Patienten ein Übermaß an Verschreibungen mit den bekannten Folgen resultieren. Leitlinien würden den Menschen in seiner Gesamtheit ausblenden. Weiterhin würden Kommunikationsprobleme, verschiedene Verordner und eine mangelnde Dokumentation zu Doppelverschreibungen führen.

Ein weiteres Problem seien die aus der Verschreibungspflicht entlassenen Arzneimittel mit teilweise hochpotenten Wirkstoffen und damit auch mit Potential zu Neben- und Wechselwirkungen. Beispiel seien Omeprazol und Diclofenac.

### **Reduktion von ABP**

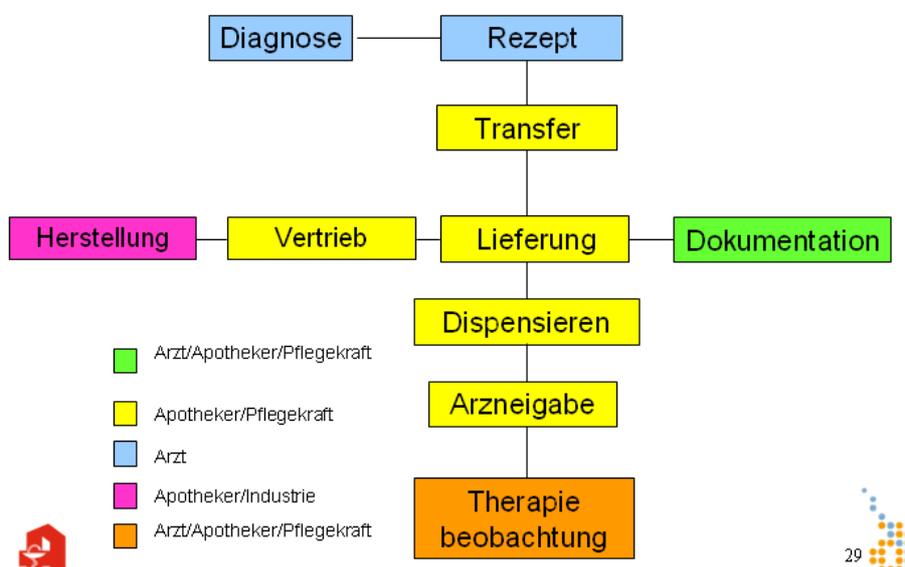
50-70% der ABP seien vermeidbar und zwar umso mehr, je schwerwiegender diese seien. Sei seien vermeidbar und zwar durch das Umsetzen der Erkenntnisse, die die klinische Pharmazie einbringen würde. In Nordrhein habe man als Antwort auf die Problematik die Weiterbildung geriatrische Pharmazie geschaffen, so der Kammerpräsident. In dieser Weiterbildung würden die Fähigkeiten zum patientenindividuellen Medikationsmanagement vermittelt. Dazu identifiziere man die Risikopatienten und überprüfe die Medikation dieser Patienten. Das Pflegepersonal würde regelmäßig geschult, um es in die Lage zu versetzen, ABP besser und schneller zu erkennen und einzuschätzen. Die Kommunikation mit dem Arzt würde gesucht und Vorschläge zur Therapieoptimierung unterbreitet. Weiterhin würden einrichtungsbezogenen Maßnahmen zur Sicherung der Qualität der Arzneimittelversorgung durchgeführt.

In der Regel würden etwa 10 Patienten pro Heim als Risikopatienten eingestuft. Diese nehmen meist viele und potente Arzneimittel ein, würden Probleme im Verhalten oder der Bewegung zeigen und den Pflegefachkräften diesbezüglich bereits auffallen. Das Pflegepersonal werde ständig angehalten Befindlichkeiten oder Schwierigkeiten der Bewohner zu melden.

Der geschulte Apotheker leite daraufhin das Medikationsmanagement ein. Er erstelle ein Patientenprofil, prüfe die Medikationshistorie und dann die Therapie des Patienten darauf, ob sie für ihn geeignet sei. Wenn erforderlich erfolge die Intervention und nach Umstellung der Therapie eine erneute Eignungsprüfung.

Im folgenden stellte Engelen einige Beispiele aus der Praxis vor, wie durch Medikationsmanagement ABP wie Stürze, Morgensteifigkeit und Reizhusten verursacht durch ACE-Hemmer beseitigt werden konnten.

**Abb. 4: Der Medikationsprozess**



Bemerkenswert an diesem Schema sei, dass die Therapiebeobachtung genauso zum Medikationsprozess gehöre, wie Diagnose, Lieferung und Abgabe. An ihr können sich Arzt, Apotheker, Pflegekraft oder sogar Angehörige beteiligen. Damit der Apotheker seine Funktion als Therapiebeobachter wahrnehmen könne, müsse er die erforderliche Schulung durchgemacht haben. Besonders schon lange im Beruf tätige Kollegen müssten auf den neuesten Stand gebracht werden. Die Gesellschaft erwarte von den Apotheken die Gewährleistung der Sicherheit in der Versorgung, Beratung und Therapiekontrolle. Der ganze Berufsstand müsse Fahrt aufnehmen, um diese Erwartungen zu erfüllen. Der Notdienst sei zum Beispiel ein Instrument, mit dem der Beitrag zu dieser erwarteten Sicherheit schon länger geleistet werde.

#### *Geriatrische Pharmazie*

Die Weiterbildung zum geriatrischen Pharmazeuten sei also sinnvoll. Die Qualität der Ausbildung hier in Nordrhein sei so groß, dass man auch Pharmazeuten aus anderen Bundesländern gewinnen könne.

Arzneimittel richtig eingesetzt ermöglichen ein langes und selbstbestimmtes Leben, so schloss Engelen seinen Vortrag. Die Medikation alter, multimorbider Patienten bedürfe allerdings besonderer Aufmerksamkeit und Kooperation aller beteiligten Berufsgruppen.

## **Aus der Diskussion**

### *Die Versorgungsverträge*

Die Frage, ob er die Einführung der Versorgungsverträge im Nachhinein als sinnvoll bewerte, bejahte Engelen. Sie würden einen Rahmen schaffen, der eine hohe Qualität der Dienstleistungen rund ums Arzneimittel schaffen würden. Nur mehr Paletten ins Heim zu karren, sei nicht sinnvoll. Maßnahmen zur Erhöhung der Qualität bei der Versorgung müssten wegen der Verträge von allen Kollegen umgesetzt werden. Seine eigene Apotheke würde beispielsweise einmal pro Woche die gestellten Tabletten kontrollieren und dokumentieren. Die Verträge könnten auch als Argument dafür dienen, dass sich die Apotheken in Zukunft koordiniert der Palliativversorgung annehmen könnten.

### *Das ABDA/KBV Konzept*

Angesprochen auf die schlechte Wahrnehmung des Potentials der Apotheken zur pharmazeutischen Betreuung ging der Referent auf das gemeinsame ABDA/KBV-Konzept ein. In jahrelangen Bemühungen sei es gelungen, die Ärzte mit ins Boot zu holen und das Projekt stünde nun kurz vor der Umsetzung. Die Rolle des Apothekers in der pharmazeutischen Betreuung sei darin explizit herausgearbeitet, und wenn die Umsetzung durch die Politik erfolge, würde dies auch in die öffentliche Wahrnehmung rücken.

Auch beim Thema Vernetzung der geriatrischen Apothekerinnen und Apotheker sei man tätig. Entsprechende Projekte zur Vernetzung der weitergebildeten Kolleginnen und Kollegen seien gestartet. Außerdem würde im Rahmen des praxisbegleitenden Unterrichts den Studenten Workshops z.B. zum Thema Rezepturherstellung und klinische Pharmazie angeboten. Man sei hier auf einem guten Weg und dürfe auch den Optimismus nicht verlieren. Noch sei Zeit, das Ruder herumzureißen.

### *Vergütung pharmazeutischer Leistungen*

Engelen teilte die Befürchtung einiger Teilnehmer, dass die momentane Vergütung der von den Apotheken erbrachten Leistungen nicht einmal kostendeckend sei. Es bedarf aus seiner Sicht dringend einer Studie zur konkreten Berechnung wie Aufwand, Einsparung und Vergütung der Apotheke im Verhältnis zueinander stehen. Sollte sich die Befürchtung bewahrheiten und man tatsächlich eher noch Geld einbringe bei seiner Arbeit, könne nicht mehr von einem verlangt werden, die staatliche Aufgabe in Form des Versorgungsauftrages zu erfüllen. Dies würde in einem Missverhältnis stehen. Der freie Heilberufler müsse im Interesse des Patienten handeln, und zwar frei von wirtschaftlichen Zwängen. Dies sei nur möglich bei einer angemessenen, nicht nur an der Ware Arzneimittel orientierten Vergütung seiner Tätigkeiten.

### *Erwartungen an die Arzneimittelüberwachung*

Von den Amtsapothekerinnen und Amtsapothekern wünsche er sich den kollegialen Schulterschluss, also keine Kontrolle von oben herab, sondern eine Zusammenarbeit, um die Rahmenbedingungen für eine Versorgung zu schaffen, die dem Patienten bestmöglich nützt. Ihm selber sei es nicht anders bekannt, jedoch solle dies flächendeckend so umgesetzt werden. Genaue Defizite speziell beim Thema Versorgungsverträge könne er adhoc nicht benennen, das wüssten die Amtsapotheker selbst am besten.

Aus dem Publikum kam die Anregung, dass die Amtsapotheker helfen könnten, Auswüchse in den Forderungen der Heimleitungen an die Apotheken einzudämmen. Damit bezog man sich auf die inzwischen schon fast sprichwörtlichen Urinbecher, die manche Kollegen herumfahren müssten, um bei der Versorgung berücksichtigt zu werden. Gleiches gelte beim Transport von Rezepten. Für Engelen ist eine solche Nötigung der versorgenden Apotheken zu nicht-pharmazeutischen Tätigkeiten ein klares Zeichen für die fehlende Wirtschaftlichkeit der Kernaufgaben der Apotheken. Der Amtsapotheker könne sehr wohl dem Apotheker hier unterstützend zur Seite stehen und die Heimleitungen daran erinnern, was die Aufgaben der Apotheke seien. Im Großen und Ganzen müsste jedoch das Problem der Wirtschaftlichkeit pharmazeutischer Kernaufgaben angegangen werden.

Andererseits müsse die Überwachung auch sicherstellen, dass die Apotheken auch wirklich ihren Versorgungsauftrag erfüllten und zum Beispiel die halbjährliche Begehung auch tatsächlich durchgeführt werde. Verfehlungen dieser Art oder auch Wettbewerbsverzerrungen durch den Einsatz minderqualifizierten Personals würden berufsrechtlich belangt werden, stimmte Engelen zu. Man sei hier dabei, drastischer zu agieren, um kein schlechtes Licht auf den Berufsstand fallen zu lassen. Weiterhin kann die Überwachung Apotheken, Heimleitungen und Heimaufsicht an einen Tisch bringen und so zu einer verbesserten Kooperation beitragen.

## **Manfred Krüger, Linner-Apotheke, Krefeld**

### **Arzneimittelversorgung von Heimbewohnern**

#### **Zusammenfassung:**

Manfred Krüger betreibt mit seiner Apotheke erfolgreich eine umfassende Versorgung mehrerer Heime. Durch die Erfahrungen, die er in Forschungsprojekten und der alltäglichen Praxis sammeln konnte, ist er in der Lage, innovative und effektive Maßnahmen einzusetzen. Sein Konzept ist es, die Abläufe im Heim zu vereinfachen und Fehlerquellen zu reduzieren.

Er diskutierte seine Ideen zur Beschriftung, Dokumentation, Schulung und zum Medikationsmanagement und sein Vorgehen, um zusätzliche Dienstleistungen von den Heimen auch honoriert zu bekommen. Dabei sind nach seinen Vorstellungen zunächst die Heimleitungen und Heimträger gefordert. Zudem stellte er eine Machbarkeitsstudie zum häuslichen Medikationsmanagement vor.

Krüger äußerte in seiner Einleitung die Befürchtung, die vielfältigen und komplexen Erwartungen und Wünsche, die in den vorangegangenen Vorträgen geäußert worden waren, könnten die Apothekerschaft ratlos und erdrückt zurücklassen. Deshalb versuche er, im Folgenden darzustellen, welche innovativen Konzepte er in seiner Apotheke umgesetzt habe und wie er auf Heimleitungen und Krankenkassen zugegangen sei, um diese Dienstleistungen auch bezahlt zu bekommen. Ihm sei bewusst, dass das nicht der Regelfall ist. Er hoffe aber, den Leuten den Mut geben zu können, sich in diese Richtung auf den Weg zu machen.

Es habe eine Weile gedauert, bis das Wissen um innovative Versorgungskonzepte zu allen Beteiligten durchgesickert sei. Inzwischen würden die Heimleitungen an ihn herantreten und fragen, ob er denn auch so eine Versorgung für ihr Heim anbieten oder zumindest mit Ratschlag zur Seite stehen könne. Er versicherte, dass die besprochenen Konzepte wirtschaftlich sowie auch umsetzbar seien und teilte die Meinung seines Vorredners, dass die Apothekerschaft auf einem guten Weg sei, die Rahmenbedingungen aber stimmen müssten.

#### **Leistungen von der Apotheke**

Im Folgenden stellte Krüger die Punkte Arzneimittelversorgung, Prüfung der Vorräte, Dokumentation, Information / Beratung / Betreuung und Medikationsmanagement, Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) / Coaching / Home Medication Review (HMR) vor. Die Logistik sei in den bisherigen Diskussionen etwas unter den Tisch gefallen, jedoch wisse jeder, der ein Heim versorge, um den Aufwand einer ökonomischen Organisation der Bestellung und Lieferung. Er selber versorge 3 Altenheimen und 6 Behinderteneinrichtungen. In die Versorgung seien etwa 160 Ärzte involviert. Allein

die Organisation der Rezepte für die Heimbewohner sei immens aufwändig. Sie sei weiterhin dadurch erschwert, dass auch die Bewohner selbst oder ihre Angehörigen gelegentlich die Rezepte abholen und einlösen würden, was sowohl die Überprüfung, als auch das Management im Heim erschwert.

### *Beschriftung*

Jedes belieferte Medikament würde einem Plausibilitätscheck unterzogen. Man prüfe, ob der richtige Bewohner das richtige Arzneimittel zum richtigen Zeitpunkt erhält. Akutmedikamente würden zeitnah übermittelt und beliefert. Die Beschriftung müsse jederzeit informativ und eindeutig sein. Hinweise auf Lagerung (stehend, Kühlschrank), Lichtempfindlichkeit, Teilbarkeit und ähnliches würden dem Pflegepersonal die Arbeit sehr erleichtern. Handgeschrieben, am besten sogar in einer anderen Farbe, oder auf besonderen Etiketten würden sie viel besser wahrgenommen werden als gedruckt. Diese Überlegung sei Teil eines Konzeptes. Es komme darauf an, vereinfachte Abläufe im Heim als Ziel zu haben anstatt vereinfachter Abläufe in der Apotheke. So würde beispielsweise das Stellen im Heim bei einer unangekündigten Überprüfung analysiert und aufbauend auf dieser Analyse Maßnahmen eingeleitet, die individuelle (oder Wohnbereich bezogene) Probleme beseitigen und die Versorgung verbessern. Krüger wies daraufhin, dass diese nicht angekündigten Kontrollen separat bezahlt würden.

### *Synchronisation der Dokumentation*

Weiterhin würden alle Arzneimittelvorräte geprüft (einschließlich Erste-Hilfe-Boxen), ordnungsgemäße Lagerung, Entsorgung, Dokumentation sowie nötige und unnötige Bevorratung. Häufig könnten so Bedarfsmedikamente, die seit Jahren nicht mehr angewendet werden und kurz vor dem Verfall stehen, detektiert werden.

Informationen aus der Apotheken-EDV wie Unverträglichkeiten oder Allergien würden auch in die Dokumentation des Heimes eingetragen werden. Andersherum würde beispielsweise die Häufigkeit der Einnahme von Bedarfsmedikation aus der Dokumentation im Heim in die der Apotheke übergehen.

Die Patientendatei in der Apotheke enthalte Patientenstammdaten, Medikationsdaten, Medikationsprofil und die Dokumentation Arzneimittel-bezogener Probleme (ABP). Viele Apotheken würden aber die Basisprogramme zur pharmazeutischen Betreuung abschalten, weil die dadurch generierten Fehlermeldungen nicht weiterhelfen oder zu vielfältigen weiteren Problemen und Fragen führen würden.

### *Schulungen*

Zum Thema Schulung hielt der Referent es für wichtig, die sogenannte Basisschulung zum richtigen Umgang mit Arzneimitteln regelmäßig zu wiederholen. Das ständig wechselnde Personal in stationären Einrichtungen mache dies erforderlich. Wenn über Notfall- oder Bedarfsmedikamente gesprochen werde, sei es sinnvoll, nicht nach der Literatur vorzugehen, sondern ganz konkret die in den Heimen vorrätigen und verwendeten Medikamente, die dazu zuerst festgestellt werden müssten, zu besprechen.

Weiterhin würden Spezialthemen wie Wundversorgung oder Schmerztherapie besprochen und Handzettel dazu laminiert und in den Heimen verteilt. Zu bestimmten Themen wie Asthma, Augentropfen oder Diabetes würden Bewohner und Bezugspflege gemeinsam auf dem Zimmer des Bewohners geschult. Diese Beratung von Bewohner und Pflege zu bestimmten Themen könne auch per Fax oder Telefon in der Apotheke zeitnah angefordert werden.

Seine Apotheke gäbe zudem Hilfestellung bei der Errichtung von QMS-Systemen und zur Zertifizierung einer Einrichtung. Zum Arzneimittel oder Fehlermanagement würde dem Heim Empfehlungen für ein Handbuch zur Verfügung gestellt werden.

#### *Interaktionschecks*

Zur permanenten Analyse der Medikationsdaten in der Apotheke gehöre der Interaktionscheck. Alle Meldungen mit dem Wortlaut „Überwachung / Anpassung“, „vorsichtshalber kontraindiziert“ und „kontraindiziert“ würden genau auf ihre Relevanz überprüft. Bei „kontraindiziert“ und „vorsichtshalber kontraindiziert“ erfolge stets die Rücksprache mit dem Heim und dem Arzt. Bei „Überwachung / Anpassung“ träfe man individuelle Entscheidungen nach Sichtung des Patienten- und Medikamentenprofils. Notwendige Mitteilungen (Bsp. Blutdruckkontrolle) werden telefonisch und auf Etiketten der betroffenen Arzneimittel dem Heim mitgeteilt.

Die Pharmazeutisch technischen Angestellten druckten jede Mitteilung aus und brächten sie einem approbierten Mitarbeiter, der sie anschaut und abzeichnet. Auf Grund dieser Interaktionschecks würde pro Woche pro 100 Heimbewohner eine Medikamentenumstellung bzw. Dosisanpassung vorgenommen. Meldungen des CAVE-Moduls, Dosierungen und potentiell inadäquate Medikation laut PRISCUS-Liste würden ebenso überprüft.

#### **Das Medikationsmanagement**

Ausgangspunkt für die Einführung eines Medikationsmanagements sei der Aktionsplan des Bundesministeriums für Gesundheit zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) gewesen. Dies sei ein Begriff, der dem Referenten sehr gut gefalle, bringt er doch Apotheker (Arzneimittel) und Ärzte (Therapie) zum Schutz und zur Behandlung des Patienten (Sicherheit) zusammen. Zielsetzung der AMTS sei das Erkennen und Lösen von ABP. Außerdem sollen Selbstmonitoring und Selbstmanagement optimiert werden, wozu es nötig sei, dass die Kenntnisse der Bewohner und des Pflegepersonals über Erkrankungen und deren Therapie verbessert werden.

Die Interventionen hätten nicht nur in Form von Therapieänderungen stattgefunden, sondern auch durch Pflegemaßnahmen wie der Schaffung von Ritualen oder Tagesabläufen, die teilweise Aggressivität oder blockierendes Verhalten von Bewohnern verbessern könnten. Pro halbes Jahr würden etwa 2-3 schwerwiegende Fälle pro Station durch eine Team-Besprechung im Heim bearbeitet.

#### *Datenlage*

In einem Einverständnisbogen würden die Bewohner durch ihre Unterschrift erlauben, dass der Arzt alle erforderlichen Daten an die Apotheke kommuniziert. Eine

vernünftige Datenlage sei die Grundlage für die pharmazeutische Betreuung. Man brauche, wie in anderen Ländern teilweise schon etabliert, eine elektronische Gesundheitsdatenbank, sei es in Form einer zentral gespeicherten Patientendokumentation oder einer Chipkarte. Natürlich müssten Datenschutzbedenken immer berücksichtigt werden.

#### Arten von Medikationsmanagement

Nach Krüger gibt es mehrere Typen von Medikationsmanagement, die man nach zeitlichen Gesichtspunkten unterteilen könne:

- retrospektiv: Was wurde verschrieben oder verkauft und wo bestehen Verbesserungspotential oder Handlungsbedarf?
- ad hoc: Ein (potentielles) Problem wurde entdeckt und wie kann es in Zukunft verhindert werden?
- prospektiv: Sind neue Arzneimittel geeignet in Bezug auf die Gesamtmedikation?

Weiter müsse man unterscheiden, welche Information zur Verfügung stehen. Im Heim habe man den Vorteil, alle Arten der Informationen parat zu haben.

**Abb. 1: Verfügbarkeit von Daten zur patientenindividuellen Medikation**

Typ	Arzneimittel plus OTC	Labor, Diagnose	Kundendatei Apotheke/Arzt	Patient
Medikationsliste (drug list)		?	✓	?
häusliche Apotheke (brown bag)	✓	?	?	✓
Patientenakte (record review)		✓	✓	
Häusl./Heim-Medikationsmanagement	✓	✓	✓	✓

#### Machbarkeitsstudie

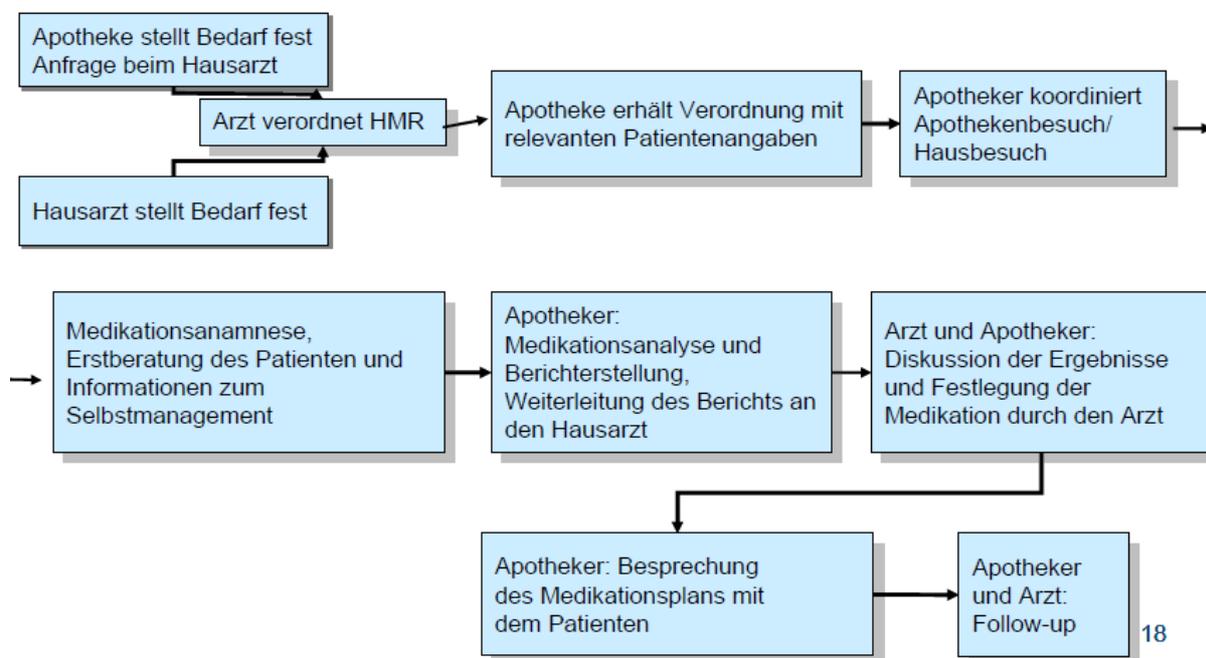
Krüger verwies darauf, dass in vielen Ländern das Heim- oder Haus-Medikationsmanagement (home medication review) inzwischen als honorierte Dienstleistung eingeführt sei. In Deutschland würde generell zu wenig Versorgungsforschung betrieben, deshalb hätten Krüger und seine Mitarbeiter eine Evaluation in diesem Bereich durchgeführt. In Zusammenarbeit mit der ABDA bzw. dem ZAPP in Berlin sei eine Machbarkeitsstudie zum häuslichen Medikationsmanagement bei multimorbiden Menschen mit insulinpflichtigen Diabetes durchgeführt worden. Er habe feststellen müssen, dass die Bereitschaft der Ärzte sich an Medikationsmanagement,

an Fallbesprechungen und an konzertierten Aktionen zu beteiligen, sehr gering gewesen sei. Selbst motivierte Ärzte, die für zusätzliche Leistungen honoriert würden, fänden oft nicht die Zeit, an gemeinsamen Besprechungen teilzunehmen.

Im Rahmen der Studie sollten Werkzeuge wie Fragebögen und Dokumentationen erarbeitet werden sowie Hilfestellungen zur Kommunikation. Die entsprechenden Materialien seien auf der Homepage der ABDA einsehbar. Der Kosten- und der Zeitaufwand dieser Dienstleistungen sollte anhand praktischer Erfahrungen errechnet werden. Weiterhin sollte geklärt werden, ob es sinnvoll sei, sich auf einzelne Interventionen zu konzentrieren.

Im Folgenden stellte Krüger den Ablauf einer solchen Dienstleistung dar.

**Abb. 2: Ablauf eines Medikationsmanagements**



Im Falle eines Heimes könne man noch einem weiteren Vorteil ausgehen: das Pflegepersonal sei in der Regel ausreichend qualifiziert, den Bedarf an einem solchen Management festzustellen. Die Detektion von ABP erfolge sogar weitaus öfter von Seiten der Pflege. Nach 6 Monaten könne das Follow-Up durchgeführt werden, die Ergebnisse würden wieder mit dem Arzt und dem Patienten besprochen.

### *Honorierung*

Nach Dokumentation des Zeit- und Personalaufwandes von Arztpraxis (Arzthelfer: 10min + Arzt: 30min = 45€) und Apotheke (approbierte Mitarbeiter: 60min + verantwortlicher Apotheker: 180min = 240€) wurden Kosten von 285,- € für 2 Termine, die innerhalb von 6 Monaten stattfinden, im Studiendesign errechnet. Das entspreche

ungefähr der Hälfte der Kosten einer einzigen Fahrt mit dem Rettungswagen ins Krankenhaus.

#### *Immer „Take 5“?*

Die in der Studie erfasste Gruppe habe durchschnittlich zwischen 8 und 9 Medikamenten bekommen. Obwohl der Referent dem Ziel zustimmte, dass die Zahl der Verschreibungen drastisch gesenkt werden müsse, bat er dennoch von der zuletzt geäußerten „Take 5“-Regel (Prof. Wilm, s. o.) Abstand zu nehmen. Man müsse jeden Fall individuell beurteilen, und oft würden Autonomie und Lebensqualität der Patienten stark eingeschränkt, wenn im Zuge der kompromisslosen Streichung von Medikamenten den Patienten Schmerz- oder Rheumamittel, wie Diclofenac, Ibuprofen oder andere, nicht mehr zur Verfügung stehen.

Besonders im Bereich der hohen HbA1c-Werte wurden in der Studie aufgrund der pharmazeutischen Betreuung gute Fortschritte erzielt. So hätte sich die Zahl der Patienten mit Werten > 9% von 7 auf 3 verringert und alle 7 hätten sich um einen Prozentpunkt HbA1c mindestens verbessert. Hypoglykämien konnten deutlich gesenkt werden. Der tägliche Wechsel der Pen-Nadeln, falls erforderlich, konnte bei vielen Patienten etabliert werden.

#### *Problem Medikationsplan*

Krüger gab an, keinen Hausarzt zu kennen, der eine vollständige, aktuelle Medikation seiner Heimpatienten habe. Die Ärzte würden zum Teil selbst im Heim anrufen, um zu erfragen, welche Medikamente ihr Patient von welchen Ärzten verschrieben bekommen habe. In seiner Studie hätten beim ersten Termin zwar 85% der Patienten einen Medikationsplan gehabt, jedoch hätten nur 19% mit der Arztdokumentation übereingestimmt. Beim zweiten Termin hätten dann schon 91% einen Medikationsplan gehabt, der mit immerhin 36% der Dokumentationen in der Arztpraxis übereinstimmt. Bedenklich sei die hieraus entstehende Schlussfolgerung, dass über 60 Prozent der Ärzte anscheinend verordnen würden, ohne genau die aktuelle Medikation der Patienten zu kennen.

#### **Wie kommt man zur Honorierung der gebotenen Dienstleistungen?**

Pharmazeutische Betreuung in den vorgestellten Ausmaßen sei weder Teil von Versorgungsverträgen noch von anderen Lieferverträgen. Man müsse sie daher genau definieren und nach Umfang und Verantwortlichkeit angemessen honorieren. Das habe höchste Priorität, um sie nachhaltig und nicht dem guten Willen der Beteiligten zu überlassen.

Auf die Frage eines Teilnehmers, wie er denn die Honorierung der pharmazeutischen Betreuung habe durchsetzen können, verwies Krüger darauf, dass er den Heimleistungen bewusst gemacht habe, was für Kosten durch Krankenhauseinweisungen zum Beispiel in Form reduzierter Pflegesätze entstehen würden. Außerdem habe er die Einsparungen für das Heim durch eine Reduktion der ABP mit dem Honorar ins Verhältnis gesetzt. In einigen Fällen habe die Krankenkasse signalisiert, für die

Dienstleistungen zu bezahlen. Es sei zwar nicht zu einem Vertrag gekommen, jedoch habe der Träger des Heimes daraufhin die Kosten übernommen.

Für die Zukunft wünsche sich Krüger eine Umstellung des Systems dahin, dass die reine Abgabe des Arzneimittels weniger honoriert wird und dafür alle Dienstleistungen rund um die Beratung und Betreuung bei der Abgabe entsprechend ihres Aufwandes bezahlt werden. Bis es soweit sei und man diese Bezahlung von den Krankenkassen einfordern könne, werde allerdings noch viel Zeit vergehen und bis dahin riet er den Anwesenden Kolleginnen und Kollegen, sich an die Heimleitungen zu wenden. Würde man diesen vorrechnen, was sich durch konsequente pharmazeutische Betreuung einsparen ließe und die Qualität nachweist, stoße man auf offene Ohren. Die Vorteile für das Heim müsse dann durch Erfolge in der Praxis noch realisiert werden. Zudem sei die Höhe des Honorars, das er einfordere, gemessen am Gesamtbudget der Heime kaum erwähnenswert.

**Elisabeth Nieder, Barbara Apotheke, Hamm**

**Dr. Ute Stapel, Gesundheitsamt Stadt Hamm**

## **Medikationsmanagement und Zusammenarbeit mit Apotheken und Pflege. Was kann die örtliche Arzneimittelüberwachung tun?**

### **Zusammenfassung:**

Dr. Ute Stapel vom Gesundheitsamt der Stadt Hamm ist als Amtsapothekerin für die örtliche Arzneimittelüberwachung zuständig. Sie hat durch ihr Engagement für eine bessere Arzneimittelversorgung von älteren Menschen mit Pflegebedarf in ihrer Kommune Strukturen geschaffen, die es ermöglichen, unter Berücksichtigung unterschiedlicher Interessen und Herangehensweisen Projekte zu konzipieren und durchzuführen. Elisabeth Nieder, niedergelassene Apothekerin in Hamm und weitergebildet im Bereich Public Health, unterstützt die Amtsapothekerin bei ihren Projekten und gibt wichtige Impulse für die Umsetzung von Maßnahmen in die Praxis.

Mit dem Arbeitskreis Sozialpharmazie der Kommunalen Gesundheitskonferenz hat Stapel ein wichtiges Instrumentarium geschaffen, um Pflege, Apotheken, Politik, Heimaufsicht und Heimleitungen an einen Tisch zu bekommen. Die erarbeiteten Konzepte wie Organisationsstandards und Verfahrensanweisungen werden in praktisches Handeln umgesetzt und gleichzeitig in die Ausbildung der Pflegekräfte implementiert.

Über die größten Tücken des Alltags informierte Frau Nieder anschließend die Teilnehmer. Sie zeigte Probleme bei Bestellung, Dokumentation, Kennzeichnung und Interventionen zusammen mit entsprechenden Lösungsvorschlägen auf. Weiter besprach sie Umfang und Grenzen der von ihr geleisteten pharmazeutischen Betreuung und zeigte auf, unter welchen Voraussetzungen dort mehr geleistet werden kann.

Dr. Stapel begann den gemeinsamen Vortrag mit einem Blick zurück in die Zeit vor den Versorgungsverträgen. Bereits vor 20 Jahren habe sie regelmäßige Inspektionen in den Heimen durchgeführt und dort verbesserungswürdige Zustände vorgefunden. Damals sei ihr klar geworden, wie sehr die Anwesenheit der Apothekerinnen und Apotheker in den Heimen zur Verbesserung der Versorgung beitragen kann.

### **Der Arbeitskreis Sozialpharmazie der Stadt Hamm**

In Anlehnung an ein Projekt des LIGA.NRW aus dem Jahre 2001 führte Stapel auf regionaler Ebene 2005/2006 erneut ein Projekt zum Thema Arzneimittelsicherheit in Heimen durch. Sie konnte dabei auf sehr gute Strukturen zurückgreifen, da in der Stadt Hamm ein Arbeitskreis Sozialpharmazie existiert. Dies sei ein Arbeitskreis der Kommunalen Gesundheitskonferenz, der sich interdisziplinär mit der Arzneimittelsi-

cherheit im ambulanten und stationären Pflegebereich auseinander setze. Hier würden Heimleitungen, ambulante Pflege, Politik, Apotheken und das Gesundheitsamt an einem Tisch sitzen. Daraus würden sich weitere Projekte ergeben, die sie mit Heimleitungen, Ärzten und heimversorgenden Apotheken gemeinsam durchführt. Die Einbindung der Ärzte sei allerdings nicht immer ganz einfach.

#### *Optimierung der Medikationsdokumentation*

Vom Ärzteverein wurden Informationsveranstaltungen mit Heimleitungen, Heimaufsicht und Gesundheitsamt als weiteren Teilnehmern organisiert und u. a. ein „Medikationsmanagement“ vereinbart. Der Hausarzt soll seine Medikation mit den von den Fachärzten verordneten Arzneimitteln abgleichen. Zu diesem Zweck schickt das Heim die Arzneimitteldokumentationen jedes Patienten einmal im Quartal dem Hausarzt. Die Apotheken erstellen zusätzlich eine personenbezogene Arzneimitteldokumentation mit Angaben zur Darreichungsform, Menge und Lieferdaten der gelieferten Arzneimittel.

#### *Problematik Tablettenteilen*

Ein weiteres Problem ist das Teilen der Tabletten im stationären wie auch im ambulanten Bereich, da aus Kostengründen oftmals Tabletten in höheren Dosierungen verordnet werden. Dies stellt eine zusätzliche Belastung des Pflegepersonals dar, neben dem Zeitkontingent und der Staubemissionen führt die inkorrekte Teilung zu Dosierungsungenauigkeiten, insbesondere bei geringen Wirkstoffmengen.

Vor allem für den stationären Bereich soll zukünftig möglichst dosisgenau verordnet werden.

Zusätzlich organisiert Stapel in Zusammenarbeit mit dem Arbeitskreis einmal im Jahr eine Fortbildungsveranstaltung für Pflegefachkräfte. Bereits behandelte Themen seien Diabetes, Wundmanagement oder Schmerzen. Dieses Forum bietet die Gelegenheit, die bei der Überwachung festgestellten Probleme konkret anzusprechen.

#### *Die Ausbildung von Pflegekräften einbeziehen*

Wichtiges Mitglied des Arbeitskreises sei auch die Leiterin einer Ausbildungsstätte für Pflegekräfte. So könnten alle Erkenntnisse und Strategien, die erarbeitet werden, direkt in die Ausbildung einfließen.

### **Entwicklung von Arbeitsmaterialien**

Im Weiteren wurde ein Organisationsstandard zum Umgang mit der Medikamentendokumentation in Pflegeheimen sowie Verfahrensanweisungen zum Umgang mit Arzneimitteln, speziell Betäubungsmitteln und zum Entlassmanagement entwickelt. Diese Anweisungen würden ständig aktualisiert, seien verbindlich und würden den Heimen zugeschickt. Vorher würden sie aber mit der Arbeitsgemeinschaft der Altenheime und der Heimaufsicht abgesprochen und diskutiert.

Um die Beschriftung der Arzneimittel eindeutiger zu gestalten, hat der Arbeitskreis ein einfaches Farbschema entwickelt, das die Heime und Apotheken freiwillig und in gegenseitiger Absprache umsetzen können. Gelb bedeutet dabei, dass das Medika-

ment nicht zur Mahlzeit einzunehmen ist, Schwarz weist auf erforderlichen Lichtschutz hin, Blau auf die Aufbewahrung im Kühlschrank und Rot steht als generelles Warnsymbol für besondere Handhabung.

### **Inspektionen**

In der Regel soll einmal jährlich jedes Heim besichtigt werden. Die Begehung erfolgt nach Stapel unabhängig von der Heimaufsicht, die wiederum auf die Kontrolle der Arzneimittelversorgung verzichte. Aufbewahrung, Handhabung und das Stellen der Medikamente würden überprüft.

Besonders das Stellen und die Schwierigkeiten dabei gerieten immer wieder in den Fokus und würden mit der Heimaufsicht besprochen. Würden Stellfehler festgestellt, bewerte man diese kurzfristig und führe zeitnah Nachkontrollen durch. Nach jeder Inspektion werde ein Bericht angefertigt. Das Gesundheitsamt gehe auch auf die Apotheken zu und überprüfe, inwieweit diese ihren Pflichten nachkommen, insbesondere wenn Mängel bei der Versorgung des Heimes aufgedeckt wurden.

Als Amtsapothekerin der Stadt Hamm führt Dr. Stapel auch Inspektionen in den Apotheken durch. Sie habe die Möglichkeit, sich bei sogenannten Teilinspektionen ganz auf die Heimversorgung und die korrekte Umsetzung der Vorgaben der Versorgungsverträge zu konzentrieren. Sie prüfe, ob die Apotheken die halbjährliche Begehung auch wirklich durchführen, ob sie Fristen für die Abstellung festgestellter Mängel setzen und die Abstellung dann in Nachkontrollen kontrolliert wird. Informationsveranstaltungen nur für heimversorgende Apotheker fänden ebenso einmal jährlich statt.

### **Baustellen**

Dr. Stapel erwartet, dass die versorgenden Apotheken alle Daten bezüglich der Medikation der Bewohner erfassen. Das setze allerdings eine Einverständniserklärung der Bewohner voraus. Alle detektierten Wechselwirkungen müssten bearbeitet und eventuell mit dem Hausarzt abgesprochen werden. Sie habe festgestellt, dass die Apotheke oftmals ihr Wissen nicht anbringen kann, weil sie die Dosierung nicht kennt. Sie arbeite darauf hin, dass die Medikationsdokumentation nicht nur dem Arzt, sondern auch der Apotheke zugesendet wird. Auch müsste die Apotheke wissen, wann Medikamente gemörsert oder über Sonden verabreicht werden, um konsequent und richtig beraten zu können. Die Vortragende hielt es weiterhin für wichtig, dass die Pflegekräfte im Sinne des Arbeitsschutzes umfassend über Gefahren beim Umgang mit CMR-Arzneimitteln informiert werden.

### **Umsetzung im Apothekenalltag**

An dieser Stelle übernahm Elisabeth Nieder das Wort. Sie berichtete, wie die Anregungen aus der Behörde im Apothekenalltag umgesetzt werden. Dabei ging sie besonders auf die Bestellannahme, die Kennzeichnung, die Dokumentation und den Umgang mit Interaktionen ein sowie die hierbei erkennbaren Fehlerquellen.

### *Bestellung*

Das größte Fehlerpotential sei bei der fernmündlichen Bestellung auszumachen. Lieber nehme sie Bestellungen aus dem Heim oder der Arztpraxis schriftlich oder per Fax entgegen. Probleme gebe es gelegentlich auch bei der Bestellung vom Heim an die Praxis. Manchmal fehle es den Pflegefachkräften an spezifischem Wissen über Arzneimittel, oder Zusätze wie „retard“ würden einfach vergessen.

### *Patientendokumentation*

Kein Medikament verlasse die Apotheke ohne in die personenspezifische EDV eingetragen zu sein, egal ob das Rezept bereits physisch vorliege. So stelle man sicher, dass bei der Bearbeitung von Unklarheiten alle Schritte nachvollzogen werden können.

### *Kennzeichnung*

Die Kennzeichnung erfolge ähnlich wie ihr Vorredner, Manfred Krüger, es bereits vorgestellt hatte. Hinzu käme aber immer noch ein Hinweis auf die Bezugsquelle, also in diesem Falle die Barbara-Apotheke. Dies diene auch dem Eigenschutz, sollten Probleme auftreten, könne man alle aus ihrer Apotheke stammenden Medikamente identifizieren. Ärztemuster und von Angehörigen besorgte Präparate würde sie trotzdem mit kontrollieren.

Das von Dr. Stapel bereits vorgestellte Punktesystem wird in ihrer Apotheke umgesetzt, so Nieder. Es soll eine vereinfachende Hilfe für die Arbeit des Pflegepersonals sein und hat sich als solche schon bewährt. Der gelbe Punkt würde allerdings generell für einen besonderen Einnahmezeitpunkt stehen und wenn darüber Unklarheit beim Pflegepersonal besteht, würde es in der Apotheke anrufen und nachfragen.

### *Pharmazeutische Betreuung*

Der Umgang mit Interaktionsmeldungen der ABDA-Datenbank erfolge ebenso wie durch Krüger vorgestellt. Approbierte Mitarbeiter teilten die Meldung ein als „Überwachung/Anpassung“, „kontraindiziert“ oder „vorsichtshalber kontraindiziert“. Dann würde die Relevanz festgestellt und je nach Kompliziertheit des Problems der Arzt eingeschaltet. Manchmal würde es allerdings reichen, zum Beispiel eine zeitlich verzögerte Einnahme zweier Medikamente zu empfehlen. Sollte es nötig werden, einen Arzt zu kontaktieren, dann faxe sie eine Lang- oder Kurzfassung des Problems in die Praxis. Die relevanten Teile seien auf dem Fax markiert und eine Rückmeldung bis zum Ende der Sprechstunde erwünscht, ob man denn liefern solle oder nicht. Wenn möglich, schreibe sie gleich noch die Alternativen dazu. Dieses System funktioniere im Gegensatz zum Anruf in der Praxis sehr gut.

Jeder Vorgang würde dokumentiert und archiviert in einem Bewohnerordner. Damit ließe sich einerseits vermeiden, wegen derselben Interaktion mehrmals den Arzt zu kontaktieren. Andererseits reagierten Ärzte schneller und zuverlässiger, wenn sie von diesen geordneten Strukturen wüssten, die hinter jeder Anfrage zu einer Intervention stehen. Eine Kollegin schlug vor, das CAVE-Modul der Apotheken-Software

zu verwenden. Dort könne man alle Informationen digital hinterlegen, was einerseits übersichtlicher sei und andererseits dem Aktenschwung Einhalt gebiete.

Um Reichweitenkontrollen durchführen oder bei zu kurzen Bestellabständen intervenieren zu können bräuchte sie Informationen über die Dosierung. Da sie keine Informationen über die Dosierung und die Diagnose übermittelt bekomme, könne sie zur Zeit nur eine abgespeckte Variante der pharmazeutischen Betreuung anbieten.

#### *Flache Hierarchien*

Wichtig für die Umsetzung der vielen Vorschläge zur Verbesserung der Heimversorgung seien flache Hierarchien zwischen Apothekerinnen / Apothekern und Pflegekräften. Man müsse hier ein Vertrauensverhältnis schaffen. Die Pflege dürfe keine Angst haben, Fragen jedweder Art zu stellen. Ein günstiger Zeitpunkt, solche Fragen abzuarbeiten, seien die Schulungen oder Begehungen durch die Apotheke im Heim.

Abschließend wünschte sich Nieder, dass in den Arztpraxen Qualitätsmanagementsysteme Einzug hielten, da dort oft Fehler entstünden.

#### *Problem Personalmangel*

Ein anwesender Amtsapotheker stellte die Frage zur Debatte, wie diese vorgestellten Konzepte denn mit dem Pflegepersonal in diesen Zeiten durchzusetzen sei. Aus Kostenüberlegungen kämen immer mehr Pflegekräfte aus den Oststaaten, würden mangelhaft Deutsch sprechen und nie ausreichend Zeit haben, sich in eine Stelle hineinzuarbeiten. Dazu käme die generelle Überforderung der Pflege durch Personalmangel. Man war sich einig, dass das eine besorgniserregende Entwicklung sei, die man weiter beobachten müsse.

## **Frank Hanke, gpc – GeroPharmCare GmbH**

### **Medikationsmanagement in Alten- und Pflegeheimen**

#### **Zusammenfassung**

Mit Frank Hanke war ein Fachmann der Geriatrischen Pharmazie eingeladen worden, der auf der Grundlage seiner umfassenden Kenntnisse der Problemlagen in den Alten- und Pflegeheimen über drei zukunftsweisende Projekte berichtete. Als ehemaliger Pfleger, Diplompharmazeut und Mitinitiator der Weiterbildung Geriatrische Pharmazie der Apothekerkammer Nordrhein, sowie als Berater und Dozent für Geriatrische Pharmazie an Universitäten, Kammern, Heimen, Unternehmen und Apotheken ist er in der Lage, das Thema Arzneimittelversorgung in Heimen aus verschiedenen Blickwinkeln zu betrachten.

Sein zentraler Ansatzpunkt zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit sind Schulungen von Pflegekräften sowie Apothekerinnen und Apothekern, sodass die Arzneimitteltherapie von diesen beiden Seiten aus fachlich begleitet werden kann. Außerdem sollen Hilfsmittel, wie Arzneimitteltherapiesicherheitsmerkkarten und Therapiebeobachtungsbögen, die Beobachtung erleichtern. Sein aktuelles Projekt, spezielle Teams aus Apothekerinnen und Apothekern sowie Pflegekräften zur weiteren Optimierung der Arzneimittelversorgung zu bilden, zeigen gute Ergebnisse. Geplant ist ein interdisziplinäres Risikomanagement-System, in dem pharmazeutisches Know-How mit Qualitätsmanagementinstrumenten verschmolzen wird.

#### **Definitionen**

Hanke stellte 3 Projekte vor, die mit seiner Beteiligung in den letzten Jahren durchgeführt wurden. Vorab besprach er noch einige Begriffe der klinischen Pharmazie. Der Medikationsprozess (Abb. S. 81, Vortrag von Lutz Engelen) beinhaltet alle Schritte von der Indikationsstellung über die Anwendung bis zur Therapieüberwachung, jeder einzelne Schritt werde dokumentiert. Das Arzneimittel würde nicht mehr als Pille betrachtet, sondern als Prozess, der sich ständig verändern kann. Daher müsse der therapeutische und volkswirtschaftliche Nutzen nicht mehr nur an Wirksamkeit, Unbedenklichkeit und Qualität des Arzneimittels, sondern auch der damit verbundenen Dienstleistung festgemacht werden.

Problematisch sei, dass an vielen Stellen des Prozesses durch Laien eingegriffen werde und zum Teil Abläufe entstehen, die gar nicht mehr den Gesamtprozess im Auge haben. An jeder Schnittstelle können Fehler entstehen, die die noch so gute Arbeit eines kompetenten Arztes oder Apothekers wieder zunichte machen.

In der Geriatrischen Pharmazie bezeichnet das Medikationsmanagement die strukturierte Optimierung des gesamten Medikationsprozesses. Das bedeutet nach Hanke

z.B., interdisziplinäre Standards und Schulungen einzuführen, die nachhaltig den Gesamtprozess berücksichtigen.

Die Weiterbildungen der Apothekerkammern zum Thema Medikationsmanagement seien letztendlich nichts weiter als die praktische Durchdringung aller Bereiche des Medikationsprozesses und Rückgewinnung pharmazeutischer Aufgabenstellungen und Kompetenzen auf einer übergeordneten Ebene. Ärzte und Pflegekräfte können die Fortbildungsinhalte über das Medikationsmanagement ebenfalls nutzen, aber der Pharmazeut habe durch seine vielseitige Berufsausbildung in jedem Bereich des Medikationsprozesses die besten Voraussetzungen hierfür.

### **Projekt: Arzneimitteltherapiesicherheit in Alten- und Pflegeheimen**

Das erste Projekt, das Hanke vorstellte, war ein interdisziplinäres Projekt des Bundesforschungsministeriums zur Versorgungsforschung, an dem mehrere Hochschulen beteiligt waren. Man habe sich 11 Heime ausgesucht, deren Träger in etwa so aufgeteilt waren, wie es in Deutschland durchschnittlich der Fall sei. Jedes Heim werde im Schnitt von 9 Hausärzten, 15 Fachärzten und 2 Apotheken versorgt.

Ziel des Projektes sei gewesen, insbesondere unerwünschte Arzneimittelereignisse aber auch weitere arzneimittelbezogene Probleme (ABP) in den Einrichtungen zu erfassen.

Zweiter Schritt sei gewesen, herauszufinden, welche Interventionen mit den verschiedenen Berufsgruppen durchführbar seien. Die Resultate der Interventionen wurden mit einer weiteren Querschnittsanalyse geprüft.

Die Pflegekräfte seien speziell in der Therapiebeobachtung geschult worden und man habe ihnen Dokumentationsinstrumente in Form von Therapiebeobachtungsbögen an die Hand gegeben. Anschließend hätten ein- bis zweiwöchige Heimbegehungen durch zwei klinische Pharmazeuten stattgefunden. UAE seien erhoben und in die Datenbanken eingepflegt und danach in Fallkonferenzen zusammen mit Geriatern und Pharmakologen bewertet worden.

#### *Detektion der unerwünschten Ereignisse (UAE)*

Die UAE seien nicht nur durch reines Aktenstudium (Medikationsdokumentation, Krankenhausunterlagen, Archivblätter), sondern auch klinisch detektiert worden. Im Heim habe man sich dazu die Bewohner angeschaut, welche Krankheiten tatsächlich neu auftreten und eventuell zu Krankenhauseinweisungen führen können. Dadurch könne man konkret sagen, welche UAE zu Krankenhauseinweisungen geführt hätten. Die Rate der Neuerkrankungen durch UAE habe 8,1 pro 100 Heimbewohner im Monat betragen. Bei diesem Ergebnis kann man nach den Worten des Vortragenden feststellen: UAE zählen zu den Hauptursachen aller Neuerkrankungen in Alteinrichtungen. Es handele sich also hierbei nicht um ein Rand-, sondern ein Kernproblem der Heime.

Psychopharmaka seien die Hauptauslöser der UAE, gefolgt von den Medikamenten zur Behandlung kardiovaskulärer Erkrankungen. 83% der Patientenschädigungen

seien reversibel gewesen, 14% resultierten in Krankenhauseinweisungen, keine hätte zum Tode geführt.

### *Folgen von Stellfehlern*

Als andere Untergruppe der ABP wurden auch Dispensierfehler erhoben. Von Hygiene zu korrekter Dosierung und Abgabezeitpunkt seien alle Aspekte untersucht worden. 20% der Dispenser jedes Heimes seien geprüft worden und man habe im Schnitt 2,5 Fehlwürfe detektiert. Insbesondere habe es sich um Arzneimittel gehandelt, die zwar verordnet waren, aber nicht gegeben wurden. Die Fehler wären sehr inhomogen über die Heime verteilt gewesen. Kein Fehlwurf habe zu einer Krankenhauseinweisung geführt. Dies decke sich Hanke's Erfahrung nach mit den Aussagen vieler Ärzte. Eine interessante Beobachtung für die Diskussion über Verblisterung.

60% der UAE wären nach Hanke potentiell vermeidbar gewesen.

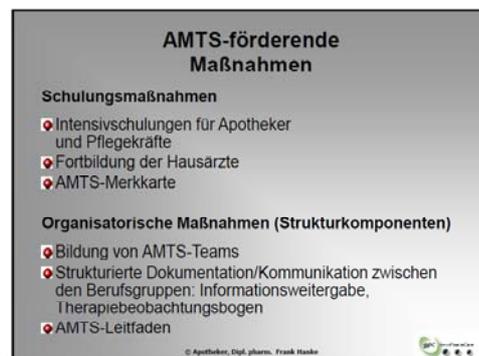
### *AMTS-Merkkarten*

Hanke berichtete über einen Expertenworkshop, an dem Pflegekräfte, Apotheken, Ärzte, Geriater, Versorgungsforscher und Gesundheitsökonominnen teilnahmen. Sie hätten daraufhin mögliche Interventionen berufsgruppenspezifisch bewertet. In diesem Workshop seien Intensivschulungen für Apotheker und Pflegefachkräfte, Fortbildung der Hausärzte und die Schaffung einer Arzneimitteltherapiesicherheits-(AMTS)-Merkkarte beschlossen worden. Auf dieser Merkkarte seien übersichtlich Zusammenhänge zwischen UAE wie Stürzen, Exsikkose, Gastrointestinal-Beschwerden oder Sedierung und bestimmten Medikamenten dargestellt. Medikamente mit hohem Nebenwirkungsrisiko und Medikamente, die besonderes Monitoring (mit empfohlenen Labor-Parametern) oder Schulungen erforderlich machten, seien auf den Merkkarten aufgelistet.

Den Ärzten wurden außerdem regelmäßige Therapeutische Drug Monitoring's (TDM), z.B. einmal jährlich Elektrolythaushalt bei herzwirksamen Glykosiden und Indikationsprüfungen, z.B. zweimal jährlich für Neuroleptika, nahegelegt.

### *AMTS-Teams*

Weiter wurden AMTS-Teams, bestehend aus Apothekern und Pflegefachkräften, gebildet, die die Aufgabe hätten, Grundstrukturen für die Umsetzung der Interventionen zu schaffen. Eine wichtige Aufgabe sei es zunächst gewesen, allen am Medikationsprozess Beteiligten den Zugriff auf alle wichtigen Informationen zu ermöglichen. Eine einheitliche Dokumentation der Medikamente sei die Grundvoraussetzung für jeglichen Austausch. Die Pflegekräfte würden die Therapiebeobachtungsbögen ausfüllen, die dann beim Auftreten von neuen ABP zu einer Nachverfolgung des Therapieverlaufs genutzt werden könnten. Die Apothekerin oder der Apotheker führe Medikationsanaly-



sen durch und prüfe unter anderem auch auf Sondengängigkeit und Teilbarkeit von Tabletten.

### **Das OPAL-Projekt**

Die zweite Phase des OPAL-Projekts, gefördert durch die Paul-Kuth-Stiftung hat sich nach Hanke mit den einrichtungsbezogenen Problemen des Medikationsprozesses beschäftigt. Man habe in den Heimen Organisationsstrukturen zur Verbesserung der AMTS aufgebaut und definierte Prozessverläufe auf ihre Optimierungsmöglichkeiten hin überprüft. Weiter habe man Methoden zum Benchmarking und zur Messung der Ergebnisqualität entwickelt. An die Analyse der verschiedenen Versorgungsprozesse habe man Maßnahmen zur Optimierung der Prozesse angeschlossen und schließlich prä-post-Vergleiche der einzelnen Fehlerquoten. Hier hätte man eine Verbesserung von durchschnittlich 66% feststellen können.

### **Projekt MedeaSenex**

In einem dritten von Hanke vorgestellten Projekt habe man ebenfalls versucht, in vier Einrichtungen über 30 Monate Strukturen für eine verbesserte Versorgung zu entwickeln. Über 20 000 Medikationschecks seien durchgeführt und berufsgruppenübergreifende Maßnahmen zur Optimierung der Arzneimittelversorgung ergriffen worden, allerdings ohne direkte Einbindung der Ärzte.

Die Stationsbegehungen durch die Apotheker seien hierfür qualitativ ausgeweitet und die Pflegefachkräfte einmal im Monat intensiv geschult worden und zwar an Hand von konkreten Patientenbeispielen. Eine Arbeitskraft sei im Heim beauftragt worden, sich ausschließlich mit der Qualität des Medikationsprozesses im Heim zu beschäftigen. Ein übergeordneter Qualitätszirkel habe aus den Resultaten der ausführlichen Stationsbegehungen Handlungsanleitungen vor allem zum Umgang mit schweren Fehlern abgeleitet, die dann direkt in das QMS des Heimes implementiert wurden. So hätte man Zyklen geschaffen, die mehrmals durchlaufen wurden.

#### *Verbesserung der Versorgung ohne Beteiligung der Ärzte möglich?*

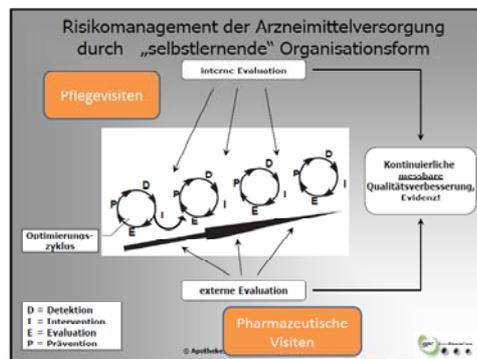
In drei Einrichtungen sei eine Verbesserung festgestellt worden, eine habe sich dagegen verschlechtert. Das hätte allerdings an Organisationsproblemen durch einen Wechsel des Heimträgers gelegen. In zwei von drei Heimen hätten die ärztlichen Verordnungen innerhalb von 12 Monaten um 12% bzw. 21% abgenommen. Das sei laut Hanke bemerkenswert, weil Ärzte nicht direkt, sondern nur indirekt über die Interventionen der Pflegefachkräfte und Apotheker in das Projekt eingebunden waren. Die entsprechend geschulten Pflegekräfte und Apothekerinnen/Apotheker hätten dem Arzt gemeinsam aufbereitete, klinisch relevante Informationen zukommen lassen und das mit offensichtlicher Wirkung.

### **Risikomanagement-System**

Alle Erfahrungen und Strukturen der letzten Jahre seien zur Schaffung eines interdisziplinären Risikomanagement-Systems gebündelt worden. Die wichtigste Rolle spiele dabei die Fachkompetenz der Ärzte, der Geriatrischen Pharmazeuten und der

Pflegfachkräfte, sowie standardisierte Strukturen der Medikamentenorganisation, um Kommunikations- und Dokumentationsprozesse messbar zu verbessern. Weitere Merkmale seien die Anwesenheit verantwortlicher Pflegfachkräfte in jedem Wohnbereich und entscheidungsbefugte Qualitätszirkel.

Bei einem Risikomanagement-System würden bestimmte Methoden zur Erfassung und Analyse von ABP verwendet. Pharmazeutisches und pharmakologisches Know-How verschmilzt dabei mit dem Qualitätsmanagementsystem im sogenannten Geriatrischen Medikationsassessment. Um das System in einem Heim zu etablieren, würden ca. 20 Apothekerinnen oder Apotheker bzw. Pharmakologen im Rahmen eines Kolloquiums für 3 Tage in ein Heim geschickt, um die Arzneimittelversorgung dort vollständig transparent zu machen. Im Schnitt würden dabei 400 Medikationsfehler detektiert.



Nach dieser einmaligen Kraftanstrengung sei das Heim in Zusammenarbeit mit den versorgenden Apotheken in der Lage, das System selbstständig weiterzuführen. Das Heim, die heimversorgende Apotheke und auch die Ärzte erhalten verschiedene Instrumente, u.a. Therapiebeobachtungsbögen, Standards, Software und AMTS-Merkkarten an die Hand.

## Abschlussdiskussion

### *Arzt - Apotheker*

Dr. Puteanus eröffnete die Diskussionsrunde mit der Frage, wie man die viel beschworene Kommunikation, insbesondere zwischen Apothekern und Ärzten verbessern könne. Es wurden dabei unterschiedliche Möglichkeiten genannt. Der von Dr. Stapel gegründete Unterarbeitskreis Sozialpharmazie der Stadt Hamm könne als Vorbild für ähnliche Strukturen dienen. Laut Hanke könnten Amtsapotheker und Heimaufsicht einen Rahmen schaffen für diese Kommunikation. Es sei sogar daran zu denken, ob nicht rechtliche oder Verwaltungsvorschriften nötig seien, um hier Fortschritte zu erzielen. Krüger merkte an, dass die fachliche Zusammenarbeit immer dann funktioniere, wenn Angebote strukturiert erfolgen würden. Es müsse eine Win-Win-Situation für beide Seiten entstehen. Würde ein Honorar oder zumindest Fortbildungspunkte gegeben, habe dies auf die Mitarbeit von Ärzten einen positiven Effekt.

Unter Berücksichtigung der von Hanke vorgestellten Ergebnisse überlegte Prof. Hempel, ob man in Zukunft nicht auch Projekte in Zusammenarbeit von Apotheken und Pflege ohne die Ärzte durchführen sollte. Eventuell sei dies der zielführendere Weg.

### *Bewertungssystem für Apotheken?*

Um den Pflegeheimen eine Möglichkeit zu geben, die für die Etablierung einer qualitativen Versorgung richtige Apotheke zu finden, könnte man ja einmal über ein Smiley- oder Bewertungssystem für heimversorgende Apotheken nachdenken. Bewertungssysteme gäbe es ja bereits für Arztpraxen oder Heime. Auch die aktuelle Diskussion über die Bewertung der hygienischen Verhältnisse in Gaststätten und Restaurants führe zu der Frage, ob nicht auch Apotheken sich auf Dauer einer externen Bewertung unterziehen lassen müssten, so Puteanus. Das sei viel zu hochgesteckt, erwiderte Waltering, es seien ja noch nicht einmal Kriterien definiert, die eine „gute“ Apotheke von einer „schlechten“ Apotheke unterscheiden würden. Zuerst einmal müssten verbindliche Standards einer ordentlichen Versorgung festgelegt werden. Standards, die über die Begehung, Kontrolle und Schulung, wie im Versorgungsvertrag mindestens gefordert, hinausgehen. Die Problematik, dass der MDK wegen fehlender Standards an den Heimen verschiedenes Maß nehme, führe im Moment ja auch zu einer ungerechten und intransparenten Bewertung, erinnerte Drube und warnte, bei den Apotheken denselben Fehler zu begehen. Eine andere Teilnehmerin äußerte die Befürchtung, dass sich die Pflegefachkräfte bei der Zusammenarbeit mit einer sehr gut bewerteten Apotheke selber zurückhaltender engagieren würden, als es zurzeit der Fall sei.

### *Solidarisierung im Gesundheitswesen*

Drube rief die Pflege, Ärzte, Apotheken und Einrichtungen dazu auf, sich zu solidarisieren, um nicht vom Sparzwang der Krankenkassen in die Knie gezwungen zu werden. Ständig steigende Anforderungen an die Qualität der Versorgung würden ge-

stellt bei gleichbleibendem Personal oder sogar Personalmangel, aber gleichzeitig keine ehrliche Diskussion über eine Entlohnung der vielen zusätzlichen Leistungen geführt.

#### *Heimaufsicht - MDK*

Zur Zusammenarbeit zwischen Heimaufsicht und MDK stellte eine Vertreterin der Heimaufsicht fest, dass die Anforderungen und Sichtweisen zu unterschiedlich seien, um dort gemeinsam vorgehen zu können. Man würde zwar Prüfergebnisse austauschen, jedoch sei die Zusammenarbeit bspw. in einem Arbeitskreis kaum denkbar.

Die Hammer Amtsapothekerin Dr. Stapel kündigte an, den MDK anzuschreiben, um die Vorgehensweise abzugleichen. Es könne nicht sein, dass Amtsapotheker und MDK verschiedene Dinge vom Heim fordern würden.

#### *AMTS-Merkkarten für alle?*

Bezogen auf die von Hanke vorgestellten AMTS-Merkkarten fragte Puteanus, ob man diese nicht standardisieren und niedrigschwellig z.B. von den Apotheken an die Pflegekräfte ausgeben könne. Die klinische Pharmazie könnte dann zusammen mit den Apotheken Versorgungsforschung durchführen und die Effekte durch den Einsatz der Merkkarten evaluieren. Die Sensibilisierung durch diese Karten bringe auf jeden Fall eine Verbesserung mit sich, meinte Prof. Hempel. Er verfolge aber eher den Ansatz, den Pharmazeuten näher an die Problematik im Heim heranzuführen, ihn ins Gespräch mit Bewohnern und Pflegekräften zu führen.

#### *Mangel an Pflegefachkräften*

Der sich zuspitzende Fachkräftemangel in den Heimen wurde erneut zur Sprache gebracht. Die besten Konzepte und vernünftige Honorare würden nichts nützen, wenn gar keine Fachkräfte zur Umsetzung zur Verfügung stünden. Drube forderte die Politik auf, dem entgegenzuwirken und den Pflegeberuf auch für qualifizierte Kräfte wieder attraktiv zu machen. Sie habe noch Hoffnung, da es auch Anstrengungen in Richtung Akademisierung der Pflege gebe.

#### **Fazit**

Die Veranstaltung sei wichtig gewesen, resümierte Puteanus. Sie habe vielfältige Bereiche zusammengebracht. Die Anwesenheit vieler niedergelassener Apothekerinnen und Apotheker und die intensiven Diskussionen während der Veranstaltung und in den Pausen hätten dies deutlich gezeigt. Die im Arbeitskreis Sozialpharmazie tätigen Amtsapothekerinnen und Amtsapotheker würden die Ergebnisse der Veranstaltung noch einmal aufarbeiten, um festzulegen, welche Hilfestellungen man geben könne, um die Versorgung der Heimbewohner weiter zu verbessern.

Puteanus dankte allen Teilnehmern für die rege Beteiligung und den Referenten für die aufschlussreichen Einblicke und Perspektiven.