

Frankfurter Schriften
zu Management und Vertragsgestaltung
in der Gesundheitswirtschaft

Band 1

Hilko J. Meyer /
Stefanie Kortekamp
(Hrsg.)

Medikationsmanagement in stationären Pflegeeinrichtungen: Teamarbeit der Solisten



Cuvillier Verlag Göttingen
Internationaler wissenschaftlicher Fachverlag



Meyer/Kortekamp
Medikationsmanagement



Frankfurter Schriften zu Management und Vertragsgestaltung in der Gesundheitswirtschaft

Herausgegeben von

Professor Dr. Hilko J. Meyer, Frankfurt am Main

Professor Dr. Matthias Schabel, Frankfurt am Main



Hilko J. Meyer /
Stefanie Kortekamp
(Hrsg.)

Medikationsmanagement in stationären Pflegeeinrichtungen: Teamarbeit der Solisten



Cuvillier Verlag Göttingen
Internationaler wissenschaftlicher Fachverlag

Dieses Werk ist copyrightgeschützt und darf in keiner Form vervielfältigt werden noch an Dritte weitergegeben werden.
Es gilt nur für den persönlichen Gebrauch.



Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

1. Aufl. – Göttingen : Cuvillier, 2014

© CUVILLIER VERLAG, Göttingen 2014
Nonnenstieg 8, 37075 Göttingen
Telefon: 0551-54724-0
Telefax: 0551-54724-21
www.cuvillier.de

Alle Rechte vorbehalten. Ohne ausdrückliche Genehmigung des Verlages ist es nicht gestattet, das Buch oder Teile daraus auf fotomechanischem Weg (Fotokopie, Mikrokopie) zu vervielfältigen.

1. Auflage, 2014

Gedruckt auf umweltfreundlichem, säurefreiem Papier aus nachhaltiger Forstwirtschaft.

ISBN 978-3-95404-819-9
eISBN 978-3-7369-4819-8



Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	10
Tabellenverzeichnis	11
Abkürzungsverzeichnis	12
Vorwort	15
Grußwort	19
Geleitwort	23
Teil 1	25
1 Klaus Peterseim: Der heimversorgende Apotheker – Bewährte und neue Ansätze im Medikationsmanagement	26
1.1 Warum Medikationsmanagement?	26
1.2 Was ist Medikationsmanagement?	27
1.3 Medikationsmanagement in der Heimversorgung	29
1.4 Was kann die Apotheke an der Medikation konkret verbessern?	31
1.5 Schwierigkeiten überwinden	33
1.6 Perspektive: Endlich die Aufgaben gemeinsam anpacken!	35
2 Barbara Fischer: Der Arzt im Heim – Medikations- management rund um die Uhr	37
3 Johannes Güsgen: Erwartungen der Heimträger an das Medikationsmanagement	42
4 Christiane Kohlenbach-Pajonk: Medikations- management in der stationären Pflege	48
4.1 Vertragsverhältnisse	48
4.2 Medikationsmanagement in der stationären Pflege ist Krisenmanagement	50
4.3 Das Medikationsmanagement in der stationären Pflege/Beispiele	52
4.4 Fazit	58



5 Hilko J. Meyer: Neuer Rechtsrahmen für die Arzneimittelversorgung in Alten- und Pflegeeinrichtungen ..	60
5.1 Der Anspruch auf Versorgungsmanagement	61
5.2 Die institutionelle Einbindung der Ärzte in die Heimversorgung	62
5.3 Die institutionelle Einbindung der Apotheken in die Heimversorgung	64
5.4 Das Zusammenwirkungsverbot zwischen Arzt und Apotheker	65
5.5 ... und seine Ausnahmetatbestände	66
5.6 Die negative Seite der wettbewerbsrechtlichen Durch- setzung gesundheitsbezogener Normen	68
5.7 Fazit	69
6 Daniel Flemming: Informationstechnik – Unterstützung für das Medikationsmanagement?	70
6.1 Der AKDÄ-Medikationsplan	72
6.2 Das Medikation-Segment im eArztbrief und ePflegebericht	74
6.3 Fazit	75
7 Stefanie Kortekamp: Medikationsmanagement als interdisziplinärer Prozess	77
7.1 Herausforderungen	82
7.2 ProMmt	84
7.3 Methodische Vorgehensweise	89
8 Zusammenfassung der Podiumsdiskussionen	101
Teil 2	109
9 Roland Schmidt, Antje Enders: Ärztliche Versorgung in der vollstationären Pflege: Defizite und aktuelle Impulse zur (überfälligen) Optimierung der Versorgung	110
9.1 Zur Problemstellung	111



9.2	Anstöße zur Optimierung der ärztlichen Versorgung von Pflegeheimbewohnern durch das Pflege-Neuausrichtungsgesetz (PNG)	122
9.3	Die Ausgangslage zu Beginn des Jahres 2014	133
10	Sonja Laag: Drunter & Drüber – Die ärztliche Versorgung in Pflegeheimen neu denken	138
10.1	Die vier Jahreszeiten	139
10.2	„Kosmos“ Pflegeheim	142
10.3	Die abgestandene Verantwortung	146
10.4	Die Beständigkeit der Liebe ermöglichen	171
11	Isabel Waltering, Julia Kruse, Georg Hempel, Udo Putaneus: Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit bei Alten und Pflegeheimbewohnern durch intensive Pharmazeutische Betreuung	177
11.1	Methodik	178
11.2	Ergebnisse	182
11.3	Diskussion	188
11.4	Fazit	190
11.5	Interessenskonflikte (keine)	191
11.6	Zusammenfassung	191
Teil 3	195
12	Thomas Metzner: Der demographische Wandel im Kontext eines medizinischen Versorgungsmanagements der Zukunft	196
13	Stella Emmerich: Ist die Problematik des Medikationsmanagements in Alten- und Pflegeheimen politischen Vertretern bewusst?	204
13.1	Entwicklung während der Verhandlung des Koalitionsvertrags zwischen CDU/CSU und der SPD auf Bundesebene	206
13.2	Relevante Passagen im Koalitionsvertrag der neuen CDU/CSU/SPD Bundesregierung	207



13.3	Relevante Passagen im Koalitionsvertrag der neuen Hessischen Landesregierung von CDU und Bündnis 90/ Die Grünen	212
13.4	Antworten der beiden gesundheitspolitischen Sprecher .	215
13.5	Fazit	216
14	Gabriele Quaschnewski: Die Entwicklung eines neuen Leitbildes für Apotheker – Wie kann oder sollte der Beruf des Apothekers in Zukunft aussehen?	220
14.1	Berufs- und Leitbild des Apothekers	220
14.2	Sichtweisen, Diskussion und öffentliche Stellungnahmen zum Bild des Apothekers	224
14.3	Fazit einer in der öffentlichen Apotheke angestellten Apothekerin	230
15	Martin Lörzer: Heimversorgung aus Sicht der Apotheke	235
15.1	Auswahl des Blistersystems	235
15.2	Ablauf der Versorgung im Normalfall	237
15.3	Problemstellen	239
15.4	Ausblick	243
16	Dorothea Klockmann: Medikationsmanagement – ein high risk-process?!	243
16.1	Die Rolle von Arzt, Apotheker und Pflegefachkraft im Arzneimittelkreislauf	244
16.2	Zusammenarbeit von Arzt-Apotheker-Pflegefachkraft am Beispiel einer Rezeptbestellung	245
16.3	Schnittstellenprobleme aus Sicht des niedergelassenen Hausarztes am Beispiel einer Rezeptbestellung	246
16.4	Beispiele für gelungene Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Akteuren im Arzneimitteltherapiekreislauf Arzt – Apotheke – Pflegeeinrichtung	247
16.5	Vorstellung des Medikationsmanagements in Marburg am Beispiel einer stationären Pflegeeinrichtung der Lebenshilfe mit der Sonnenapotheke und der Praxis Dr. Klockmann	251
16.6	Fazit	252



17 Bianca Nitsche: Kooperationsmöglichkeiten von stationären Pflegeeinrichtungen mit niedergelassenen Ärzten und anderen Institutionen	254
17.1 Rechtliche Grundlage	255
17.2 Kooperationsvarianten	256
18 Vanessa Spoden: Aktueller Stand der digitalen Medikationsmanagement-Systeme	267
18.1 Informationstechnik im Medikationsmanagement	267
18.2 Die Problematik der Interoperabilität	268
18.3 Unidirektionale Systeme	270
18.4 Multidirektionale Systeme	275
18.5 Fazit	279
19 Olga Fröse: Blistern: Vor- oder Nachteil für die Pflege?	282
19.1 Ziele der Interessengruppen	284
19.2 Diskussionen und Studien zum Thema	285
19.3 Eigener Versuch einer Umfrage	291
19.4 Fazit	291
Autorenverzeichnis	296



Abbildungsverzeichnis

Abb. 1	Relevante Vertragsverhältnisse	28
Abb. 2	Medikationsmanagement = Krisenmanagement	29
Abb. 3	Kommunikationsstruktur – Ausblick.	34
Abb. 4	AKDÄ-Medikationsplan.	44
Abb. 5	Struktur des ePflegeberichts	45
Abb. 6	Bestehende und fehlende Vertragsbeziehungen eines Pflegeheimes.	50
Abb. 7	Organisation ärztlicher Versorgung von Heimbewohnern. ...	72
Abb. 8	Rechtliche Grundlagen für Modelle heimärztlicher Versorgung (vor Inkrafttreten des GKV-WSG)	124
Abb. 9	Auswirkungen der Pharmazeutischen Betreuung auf ABP ..	184
Abb. 10	Interventionen	185
Abb. 11	Anzahl verordneter Arzneimittel	186
Abb. 12	Median Kosteneinsparungen.	187
Abb. 13	Interoperabilitätsniveaus	269



Tabellenverzeichnis

Tab. 1	Ärztliche Versorgung in der vollstationären Pflege	74
Tab. 2	Überblick über die 10 häufigsten ABP	120



Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung
ABDA	ABDA Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände
ABDATA	Pharma-Daten-Service der ABDA
ABP	arzneimittelbezogene Probleme
Abs.	Absatz
ACP	Advanced Care Planning Programm
a. F.	alter Fassung
AHC	ActiveHealthCloud
AKDÄ	Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft
AMTS	Arzneimitteltherapiesicherheit
ANP	Advanced Nursing Practitioner
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
ApBetrO	Apothekenbetriebsordnung
AQUA	Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH
ARNIM	Arzneimittelinitiative Sachsen/Thüringen
ATC	Anatomisch-therapeutisch-chemisches Klassifikationssystem für Arzneistoffe
AWO	Arbeiterwohlfahrt
BAK	Bundesaapothekerkammer
BapO	Bundesaapothekerordnung
BKK	Betriebskrankenkasse
BMBF	Bundesministerium für Bildung und Forschung
BMC	Bundesverband Managed Care
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
bpa	Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste
BPhD	Bundesverband der Pharmaziestudierenden in Deutschland
BRD	Bundesrepublik Deutschland
BTM	Betäubungsmittel
BVA	Bundesversicherungsamt
bvitg	Bundesverband der IT-Hersteller im Gesundheitswesen
CDA	Clinical Document Architecture
CDU	Christlich Demokratische Union Deutschlands
CSU	Christlich-Soziale Union in Bayern
DaFü	Datenfernübertragung
DAZ	Deutsche Apotheker-Zeitung
DEGAM	Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin
DGG	Deutsche Gesellschaft für Geriatrie
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
DIP	Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung der Katholischen Hochschule Köln
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
DNQP	Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege
DZA	Deutsches Zentrum für Altersfragen
e. V.	eingetragener Verein
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
EDV	Elektronische Datenverarbeitung
EFA	elektronische Fall-Akte
eGK	elektronische Gesundheitskarte
ePflegerbericht	elektronischer Pflegerbericht
eReha	elektronischer Rehabilitationsbericht
et al	et alia; und andere
EU	Europäische Union
FDP	Freie Demokratische Partei
FH FFM	Fachhochschule Frankfurt am Main – University of Applied Sciences
FORTA	Fit for the Aged
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GmbH	Gesellschaft mit beschränkter Haftung
GOP	Gebührenordnungsposition
GPR	Gesundheitspersonalrechnung
GRPG	Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen
HAnNo	Hausärztliche Anordnung für den Notfall



HKP	Häusliche Krankenpflege
HL 7	Health Level Seven
HNO	Hals-Nasen-Ohren
Hrsg.	Herausgeber
HTA	Health Technology Assessment
HZV	Hausarztzentrierte Versorgung
IdH	Interessengemeinschaft für Heilberufe
IfH	Institut für Handelsforschung
IKK	Innungskrankenkasse
INFOPAT	Informationstechnologie für eine Patientenorientierte Gesundheitsversorgung in der Metropolregion Rhein-Neckar
ISST	Institut für Software- und Systemtechnik
IT	Informationstechnik
IV	Integrierte Versorgung
IVP	Integrierte Versorgung Pflegeheim
Kap.	Kapitel
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KIS	Klinikinformationssystem
KV	Kassenärztliche Vereinigung
KVB	Kassenärztliche Vereinigung Bayern
KVNO	Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein
KVSH	Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein
KZBV	Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung
LOEWE	Hessische Landes-Offensive zur Entwicklung Wissenschaftlich-ökonomischer Exzellenz
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenkassen
MDS	Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen
MGEPA	Nordrhein-westfälisches Ministerium für Gesundheit, Pflege und Alter
MHAC	Master of Healthcare Administration and Contracting
MIT	Massachusetts Institute of Technology
MP	Medikationsplan
MTS	Medication Technologies
MuM	Arztnetz
NOAD	Netzplanorientierte Ablaufdarstellung
NW	Nebenwirkungen
OECD	Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
OHG	Offene Handelsgesellschaft
OTC	Over the counter
PAV	Patientenindividuelle Arzneimittelverblisterung
PC	Personal Computer
PEPA	persönliche, einrichtungsübergreifende elektronische Patientenakte
PFK	Pflegefachkraft
PFWG	Pflege-Weiterentwicklungsgesetz
PIA	Psychiatrische Institutsambulanzen
PNG	Pflege-Neuausrichtungsgesetz
ProMmt	Prozessoptimierung im Medikationsmanagement
PVS	Praxisverwaltungssystem
RSA	Risikostrukturausgleich
SAmS	Projekt zur Strukturierten Versorgung älterer multimorbider Senioren
SAPV	Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung
SÄVIP	Studie zur ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen
SGB	Sozialgesetzbuch
SPD	Sozialdemokratische Partei Deutschlands
SVR	Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen
UAE	Unerwünschtes Arzneimittelereignis
UAW	Unerwünschte Arzneimittelwirkung
UGOM	Unternehmen Gesundheit Oberpfalz Mitte
ULD	Unabhängiges Landeszentrum für Datenschutz
US	United States
USB	Universal Serial Bus
VHitG	Verband der Hersteller von IT-Lösungen für das Gesundheitswesen
VuG	vorgelesen und genehmigt
WHO	Weltgesundheitsorganisation
WTG	Wohn- und Teilhabegesetz
ZGWR	Zentrum für Gesundheitswirtschaft und -recht





Vorwort

Mit zunehmendem Alter steigt im statistischen Durchschnitt nicht nur die Menge der eingenommenen Arzneimittel, sondern auch das Risiko, dass es zu unerwünschten Arzneimittelwirkungen oder Medikationsfehlern kommt. Dazu tragen verschiedene Faktoren bei, wie etwa die wachsende Zahl der parallel eingenommenen, oft von verschiedenen Ärzten verordneten Arzneimittel, Fehler bei der Arzneimittelanwendung oder mangelnde Therapietreue.

Der Optimierung des Medikationsprozesses wächst vor diesem Hintergrund eine immer wichtigere Bedeutung für die interdisziplinäre Zusammenarbeit von Ärzten, Apothekern und Pflegekräften zu. Initiativen wie der Aktionsplan Arzneimitteltherapiesicherheit des BMG, neue Regelungen wie die Aufnahme des Medikationsmanagements in den Aufgabenkatalog der Apotheker und Modellprojekte wie das ABDA-KBV-Modell zielen in diese Richtung, bedürfen aber noch der praktischen Umsetzung in den Alltag der Gesundheitsversorgung.

Die Arzneimittelversorgung in Alten- und Pflegeeinrichtungen liegt an der Schnittstelle zwischen der ambulanten Gesundheitsversorgung mit ihren individualisierten Leistungsbeziehungen und der stationären Pflege mit ihren institutionellen Versorgungsstrukturen. Die bestehenden Koordinierungs- und Kooperationsstrukturen im Heim bieten daher die Chance, vorhandene Erfahrungen mit einem patientenzentrierten Medikationsmanagement zu nutzen und zu einem praxisgerechten Prozessmodell weiterzuentwickeln.

Am 26. September 2013 veranstalteten das Zentrum für Gesundheitswirtschaft und -recht (ZGWR) der Fachhochschule Frankfurt am Main und der Verein für Management und Vertragsgestaltung im Gesundheitswesen e. V. ein ganztägiges Symposium unter dem Titel „Medikationsmanagement im Heim: Solisten in Teamarbeit“. Die Veranstaltung führte Expertinnen und Experten aus allen Sektoren des Gesundheitswesens zu einer fruchtbaren Diskussion zusammen und lieferte eine umfassende Bestandsaufnahme der Probleme und Lösungsansätze für eine optimale Arzneimittelversorgung von Heimbewohnern.

Auf der Grundlage dieser Zwischenergebnisse versucht der vorliegende erste Band der Frankfurter Schriften zu Management und Vertragsgestal-



tung im Gesundheitswesen, eine wissenschaftlich fundierte und zugleich praxisnahe Bilanz des Ist-Zustands des Medikationsmanagements in stationären Pflegeeinrichtungen zu ziehen und erste Hinweise zu den Entwicklungsmöglichkeiten einer patientenzentrierten Optimierung der Abläufe zu liefern. Dabei ist den Herausgebern bewusst, dass es sich nur um die Momentaufnahme eines sich dynamisch entwickelnden Bereichs des Gesundheitswesens handeln kann. Aber gerade weil derzeit sehr viele Akteure mit zum Teil sehr unterschiedlichen Erfahrungs- und Interessenshintergründen mit dem Thema der Arzneimitteltherapiesicherheit und der Heimversorgung befasst sind, halten wir eine interdisziplinär ausgerichtete Bestandsaufnahme für die entscheidende Grundvoraussetzung erfolgversprechender Verbesserungsansätze.

Diese Veröffentlichung umfasst die überarbeiteten Referate des Symposiums (Teil 1) sowie Gastbeiträge ausgewiesener Autoren, die besondere Aspekte des Medikationsmanagements und der stationären Pflege beleuchten (2. Teil). Im dritten Teil kommen Studierende des Masterstudiengangs Management und Vertragsgestaltung in der Gesundheitswirtschaft zu Wort, die maßgeblich an der Vorbereitung und Durchführung des Symposiums beteiligt waren und sich im Rahmen ihres Studiums intensiv mit den Problemen der sektoren- und professionsübergreifenden Gesundheitsversorgung befasst haben (Teil 3).

Der 2011 an der Fachhochschule Frankfurt am Main etablierte Masterstudiengang, der in vier Semestern zum akademischen Abschluss „Master of Healthcare Administration and Contracting“ (MHAC) führt, bietet Ärzten, Apothekern, Gesundheitswissenschaftlern, Krankenhaus-, Pharma- und Krankenkassenmanagern und -juristen eine wissenschaftlich fundierte Weiterbildung in den Bereichen Betriebswirtschaft, Gesundheitsökonomie, Recht und Kommunikation. Dabei stehen die aktuellen Probleme der sektorenübergreifenden Gesundheitsversorgung und der bisweilen schwierigen Kommunikation und Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Berufsgruppen im Mittelpunkt des interdisziplinären Masterstudiengangs und nehmen breiten Raum in den Lehrinhalten, Studienprojekten und Abschlussarbeiten ein.

Eingebettet ist der Studiengang in ein vielfältiges inner- und außeruniversitäres Geflecht von Veranstaltungen, Netzwerken und Projekten. Dazu



zählen die regelmäßigen gesundheitspolitischen Kolloquien des Vereins für Management und Vertragsgestaltung in der Gesundheitswirtschaft mit namhaften Vertretern des Gesundheitswesens, die Symposien des wissenschaftlichen Zentrums für Gesundheitswirtschaft und -recht der Fachhochschule Frankfurt am Main zur sektorenübergreifenden Versorgung und Forschungsprojekte der Dozenten. Das aktuelle Projekt „Prozessoptimierung im Medikationsmanagement unter Berücksichtigung der Arzneimitteltherapiesicherheit in stationären Alten- und Pflegeeinrichtungen (ProMmt)“ zielt darauf ab, die abstrakte Frage der sektorenübergreifenden Versorgung auf die konkreten Problemstellungen des Medikationsmanagements herunterzubrechen und bis hin zu einem patientenorientierten Prozessmodell zu entwickeln, das die Praxis in den Heimen positiv verändern kann.

Im Sinne anwendungsorientierter Wissenschaft beruhen die Fragestellungen unseres Forschungsansatzes auf einer Vielzahl von Fachgesprächen, Interviews, Diskussionsrunden und Studienprojekten mit Leistungserbringern, Patienten und Experten aus allen Bereichen des Gesundheitswesens. Unser herzlicher Dank gilt allen, die zu diesem Werk beigetragen haben, insbesondere den Referenten des Symposiums, den Gastautoren, den Studierenden unseres Masterstudiengangs sowie den Teilnehmern unserer wissenschaftlichen Symposien, Workshops und Interviews. Besonders danken wir den Mitgliedern und dem Vorstand des Vereins für Management und Vertragsgestaltung im Gesundheitswesen, allen voran Frau Rechtsanwältin Katri Lyck, Herrn Dr. rer. nat. Niklas Francke und Herrn Prof. Dr. med. Thomas Voigtländer, ohne die die Herausgabe dieser Schriftenreihe nicht möglich geworden wäre. Last not least bedanken wir uns bei Herrn Ali Yilmaz, Studierender des Wirtschaftsrechts, für die engagierte Unterstützung bei der Dokumentation und Nachbereitung des Symposiums.

*Hilko J. Meyer
Stefanie Kortekamp*





Grußwort

Sehr geehrte Damen und Herren,
verehrte Referentinnen und Referenten, liebe Gäste,

im Namen der Hochschulleitung begrüße ich Sie sehr herzlich an der Fachhochschule Frankfurt am Main zum zweiten Symposium des Zentrums für Gesundheitswirtschaft und Gesundheitsrecht. Präsident Dr. Detlev Buchholz ist leider kurzfristig verhindert, er lässt Sie alle freundlich grüßen.

Erlauben Sie mir, zunächst Dank für die Unterstützung bei der Organisation der heutigen Veranstaltung auszusprechen: an die Mitglieder des Vereins für Management und Vertragsgestaltung in der Gesundheitswirtschaft, vertreten durch Rechtsanwältin Katri Helena Lyck, die sie mit ermöglicht haben. Und an die Studierenden des berufsbegleitenden Masterstudiengangs Healthcare Administration and Contracting, die sich engagiert an der konzeptionellen Vorbereitung und Durchführung dieses Symposiums beteiligt haben und seine Ergebnisse wissenschaftlich auswerten werden.

Ganz besonders freue ich mich über die große Zahl an Gästen aus der Praxis und heiße Sie alle hier an der Fachhochschule Frankfurt willkommen.

Das Stichwort „Praxis“ ist für uns als Fachhochschule ein prägendes. Als University of Applied Sciences – so unsere offizielle englische Bezeichnung – also Universität für angewandte Wissenschaften, liegen uns anwendungsorientierte und praxisnahe Lehre und Forschung besonders am Herzen, ja gleichsam in den Genen. Und wir legen besonderen Wert auf den Austausch von Wissenschaft und Praxis, wie er sich ja beispielhaft in der heutigen Veranstaltung manifestiert.

In der Lehre genießen wir als Fachhochschule seit langem einen guten Ruf als praxisnahe, anwendungsorientierte akademische Ausbildungsstätte. Die angewandte Forschung nimmt daneben immer mehr an Bedeutung für uns zu.

Die Forschungsstärke unserer Hochschule, die wir schwerpunktmäßig in den Kompetenzfeldern Demographischer Wandel, Erneuerbarer Energien und Mobilität und Logistik bündeln, manifestiert sich unter anderem in Projektförderungen durch das Bundesministerium für Bildung und For-



schung (MainCareer) oder im Rahmen der hessischen „Exzellenzinitiative“, des LOEWE-Programms.

Die erst jüngst vom Wissenschaftsrat erneuerte Forderung, dass sich die Hochschulen auch innerhalb der jeweiligen Ausprägung als Universität oder Fachhochschule stärker differenzieren sollen, verfolgen wir mit großer Intensität in Richtung eines stark forschungs- und interdisziplinär ausgerichteten Profils. Dabei haben wir in den Blick genommen, uns auch offiziell als Universität für angewandte Wissenschaften zu positionieren und zu profilieren.

Als Vizepräsident für wissenschaftliche Infrastruktur, Forschung und IT begrüße ich daher sehr, dass mit dem heutigen Symposium der Startschuss für ein interdisziplinäres Forschungsprojekt zum Medikationsmanagement fällt, das im engen Dialog mit der Praxis durchgeführt werden soll. Als Informatiker mit langjähriger Berufspraxis im Gesundheitswesen ist mir zudem die hohe Bedeutung der Vernetzung für die Gesundheitsversorgung bewusst. Ich kenne aber auch die komplexen Fragestellungen, die sich in diesem besonderen Sektor mit seinen unterschiedlichen Akteuren ergeben, und weiß daher, wie wichtig valide Informationen und interdisziplinärer Austausch für die erfolgreiche Arbeit sind.

Mit dem ZGWR als fachbereichsübergreifendes interdisziplinäres wissenschaftliches Zentrum steht hierfür eine hervorragend geeignete Einrichtung unserer Hochschule zur Verfügung. Um noch einmal das Papier des Wissenschaftsrats zu den „Perspektiven des deutschen Wissenschaftssystems“ vom Juli 2013 zu zitieren:

„Darüber hinaus könnten neben die Fakultäten, die auch in Zukunft für die Weiterentwicklung der disziplinären Forschung und Lehre und für die Qualifizierung des wissenschaftlichen Nachwuchses Verantwortung tragen sollten, disziplinübergreifend ausgerichtete Zentren treten, um solche Aufgaben zu übernehmen, die eine multidisziplinäre Kompetenz erfordern. Solche Aufgaben stellen sich in der Forschung (z. B. problem- oder programmorientierte Forschung)“.

Sie sehen, meine Damen und Herren, die Fachhochschule Frankfurt am Main ist hier bereits weiter vorangeschritten, als die Mehrzahl der deutschen Universitäten und Fachhochschulen. Wir sind auf einem guten Weg, den wir mit Ihrer Unterstützung weiter beschreiten möchten.



Ich wünsche Ihnen einen anregenden Tag und einen guten Verlauf, informative Vorträge, konstruktive Diskussionen und neue Anstöße für die anwendungsorientierte Forschung.

Prof. Dr. Ulrich Schrader
Vizepräsident der Fachhochschule Frankfurt am Main





Geleitwort

Das Medikationsmanagement aus Sicht des Heimbewohners – Erfahrungen und Erwartungen

Als Vorstand des Vereins Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk habe ich den Anspruch, Interessenvertreter für hilfe- und pflegebedürftige Menschen/Patienten zu sein.

Ich möchte deshalb auf einige Missstände aufmerksam machen und habe zu diesem Zweck eine Veröffentlichung von Hallauer, Bienstein, Lehr und Rönsch „SÄVIP – Studie zur ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen“ von 2005 mitgebracht. Die Tatsache, dass es u. a. in den Pflegeeinrichtungen erhebliche Medikationsprobleme gibt, geht aus dieser Studie deutlich hervor. Sie hat dann auch in Neuss 2006 die Veranlassung dazu gegeben, das Thema „Medikation“ aufzugreifen. Die Gesundheitskonferenz des Rhein-Kreises Neuss hat damals auf meine Initiative einen Arbeitskreis „Medizinische Versorgung in den Pflegeeinrichtungen“ eingerichtet. In den Folgejahren haben wir die ärztliche Versorgung in den Heimen diskutiert und dabei auch die Medikation einbezogen. Lange Rede, kurzer Sinn: Es waren alle wichtigen Entscheidungsträger dabei: Ärzte, Apotheker, Krankenkassen- und Behördenvertreter. Die erörterten Verbesserungsvorschläge konnten aber letztlich nicht oder nur unvollkommen umgesetzt werden. Ärztlicherseits wurde immer wieder auf die mangelnde Honorierung verwiesen. Von Seiten der Apotheker kam die Ansage: Wir können uns nicht in die Therapie einmischen.

Seitdem gab es viele Initiativen, von denen ich hier nur einige Beispiele nennen möchte:

- 2010 gab es eine „KV – Initiative Pflegeheim“ mit der Botschaft „Gemeinsam für eine gute medizinische Versorgung“. Die Kassenärztlichen Vereinigungen hatten die Notwendigkeit einer Intervention erkannt.
- Priscus-Liste veröffentlicht
- 2012 Herausgabe einer Broschüre vom Bundesministerium für Bildung und Forschung. Der Titel „Medikamente im Alter – Welche Wirkstoffe sind ungeeignet?“ Es handelt sich um eine Publikation, die eine allgemeinverständliche Version der Priscus-Liste mit aktuellen Forschungsergebnissen liefert.



- Im September 2012 wurde der Arbeitskreis „Medikamentöse Versorgung älterer Menschen“ eingesetzt. Die Amts-Apothekerin des Rhein-Kreises Neuss wurde beauftragt, diesen Arbeitskreis zu führen.

Es folgten zwei Veranstaltungen die der Beantwortung folgender Fragen dienten:

- Stand – Was ist eigentlich los in den Heimen?
- Ursachenforschung – Wer macht was und wo liegen ggf. Fehler?
- Perspektiven – Was muss geändert werden und wo sind die Stellschrauben?

Die Diskussionsbeiträge der Arbeitskreisbeteiligten (Apotheker, Ärzte, Vertreter der Kreisverwaltung und der Heimaufsicht) waren sehr unterschiedlich. Als Patientenvertreter bzw. Initiator konnte ich nur immer wieder auf die Bedürfnisse der Bewohner aufmerksam machen. Um eine strukturierte Diskussionsgrundlage zu erhalten wurde von Seiten der involvierten Amtsärztin um eine schriftliche Stellungnahme aller Beteiligten gebeten. Die Reaktion darauf war äußerst mäßig, so dass sich die Fortsetzung der Gespräche schwierig gestaltet.

Eine perfekte Lösung bringe ich also nicht mit. Ich kann nur sagen, dass ich als Vertreter von Patienten und hilfebedürftigen Menschen doch eher gefrustet bin über all das, was diskutiert aber nicht umgesetzt wird.

In diesem Sinne wünsche ich dieser Veranstaltung ein gutes Gelingen, interessante Diskussionen und Anregungen, die auch in die Tat umgesetzt werden können.

*Werner Schell
Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk, Neuss*



Teil 1

Vorträge des Symposiums „Medikationsmanagement in stationären Pflegeeinrichtungen: Teamarbeit der Solisten“

am 26.09.2013

an der Fachhochschule Frankfurt am Main – University of Applied Sciences



1 Der heimversorgende Apotheker – Bewährte und neue Ansätze im Medikationsmanagement

Klaus Peterseim

1.1 Warum Medikationsmanagement?

Vielleicht ist es hilfreich, zu Beginn dieses Referates zunächst die grundsätzliche Frage zu stellen, warum Medikationsmanagement überhaupt sinnvoll und notwendig ist. In Fachkreisen geht man davon aus, dass im ambulanten Bereich die Einnahmetreue der Patienten nur bei etwa 50 % liegt. Und wenn man sich gleichzeitig vor Augen führt, wie viel Mühe sich Pharmaindustrie, Apotheken und Behörden geben bei der Arzneimittelentwicklung, bei der Herstellung, dem Vertrieb und der Abgabe, bei der ganzen Überwachung und auch dem Monitoring der Arzneimittel während der Anwendung, dann wird man schon sehr nachdenklich wenn man darüber nachdenkt, dass das Ganze nichts nützt, wenn der Patient die Medikamente nicht oder nicht bestimmungsgemäß einnimmt, aus welchem Grunde auch immer.

Der zweite Grund dafür, warum wir ein Medikationsmanagement brauchen, ist die Tatsache, dass von sehr vielen Ärzten sehr viel verordnet wird. Ob das alles zusammenpasst, weiß man meist nicht. Deshalb muss man sich darüber Gedanken machen. Die Fachleute wissen ganz genau, dass die sogenannte „Polypharmazie“ das Hauptrisiko für unerwünschte Arzneimittelwirkungen ist.

Beide Effekte haben erhebliche Folgen. Die Therapie funktioniert nicht, aus verschiedenen Gründen. Die Patienten kommen in einem Prozentsatz, der in wissenschaftlichen Arbeiten ganz unterschiedlich angegeben wird, unnötig ins Krankenhaus. Und das kostet natürlich alles Geld, viel Geld: Man geht von Kosten in Höhe von mehreren Milliarden Euro aus.

Ein Ansatz, dies zu durchbrechen, ist das ABDA/KBV-Modell, von dem Sie vielleicht schon gehört haben. Ein Modell-Projekt auf gesetzlicher Grundlage, wo sich zum ersten Mal die Apotheker, die Berufsvertretung der Apotheker ABDA, und die Ärzte, die Kassenärztliche Bundesvereinigung, geeinigt haben, einmal zusammen etwas für die Optimierung der Medikation zu tun, Verabredungen zu treffen und um zu setzen. Als man beim



Gesetzgeber in dieser Sache gemeinsam vorstellig wurde, hat man dazu ganz konkrete Einsparungsmöglichkeiten genannt. Gestartet ist man leider noch nicht. Aber man hat eine Modell-Region gefunden, in der das Projekt gestartet werden soll: Thüringen und Sachsen. Im Jahre 2014 soll es nach dann 3 Jahren Vorbereitung losgehen. Warten wir es ab. Ich würde mir sehr wünschen, dass es endlich einmal gelingt, dass Ärzte und Apotheker gemeinsam etwas auf die Beine stellen und realisieren. Vermutet wird ein Einsparungspotential in Höhe von 2,1 Milliarden Euro, immerhin 0,2 Prozentpunkte Beitragssatz!

1.2 Was ist Medikationsmanagement?

Nun also: Was ist denn „Medikationsmanagement“, unser heutiges Thema? Es gibt eine Unmenge von Definitionen, eine steht neuerdings sogar in der Apothekenbetriebsordnung. Meine Definition ist mit Absicht sehr breit: Die ärztliche Verordnung und die Lebenswirklichkeit der Menschen in geeigneter Weise zusammen zu bringen. Nur so funktioniert nämlich die Therapie, siehe oben. Wenn Sie das für zu allgemein halten, will ich es gerne erläutern: Die ärztliche Verordnung besteht typischerweise zunächst einmal aus dem Rezept des Hausarztes. Der hat eine Dauermedikation angeordnet, weil der Patient an Diabetes erkrankt ist, vermutlich ist auch im Herz-Kreislauf-Bereich Therapiebedarf. Er hat aber auch eine Akut-Medikation verschrieben weil der Patient sich möglicherweise eine Infektion oder sonst irgendwas gefangen hat. Dazu kommen insbesondere bei alten Menschen die Facharzt-Medikationen. Wenn Sie sich die verschiedenen Fachärzte vor Augen halten, dann erkennen Sie, dass gerade die alten Menschen von vielen dieser Facharztgruppen häufig betroffen sind: Denken Sie nur an Augenleiden oder neurologische Erkrankungen, an die Gynäkologie und die Urologie. Und sehr viele betagte Menschen brauchen auch für die Arzneimittelanwendung Hilfsmittel wie Sonden, Ports und andere Applikationssysteme.

Das ist die Medikation und diese trifft auf einen Menschen in einer ganz bestimmten Lebenssituation. Da ist zunächst einmal der Mensch selbst. Im Alter ist die Beweglichkeit eingeschränkt, meist auch das Sehvermögen, oft zusätzlich das Gehör. Weitere Funktionseinschränkungen können hinzukommen. Und daraus folgt dann, wie der Mensch lebt. Es gibt eine ganze



Reihe von Menschen, die trotz solcher Einschränkungen selbstbestimmt leben. Vielleicht werden sie auch in mehr oder weniger großem Umfang betreut. Es gibt aber noch weitere Gesichtspunkte: Ist der Patient einsichtig oder starrsinnig? Ist er geistig frisch oder dement? Und dann natürlich: wo befindet sich der Mensch? Heute wollen wir uns speziell mit dem Thema „der Alte Mensch im Heim“ befassen.

Dazu kommt die Lebenswirklichkeit im therapeutischen Sinn. Viele Arzneimittel sind für alte Menschen nicht oder nur eingeschränkt geeignet. Man findet diese auf der sogenannten „Priscus-Liste“. Der Name hat mir gut gefallen. Wer Latein gelernt hat, weiß, dass „priscus“ so etwas wie „alt-ehrwürdig“ heißt. Und ich finde, das ist sehr angemessen für die Menschen, über die wir da sprechen. Auf Grund von Vorerkrankungen und Begleiterkrankungen sind zusätzlich eine ganze Reihe von Kontraindikationen zu beachten. Hinzu kommt der Alterungsprozess, der für eine geringere Nieren- und Leberfunktion sorgt. Und sehr häufig finden wir Allergien, das darf man nicht unterschätzen. Und viele ältere Menschen haben eine Sonde.

Fazit: Für eine sinnvolle Arzneimittelbehandlung sollte man dieses alles kennen. Wenn ich nicht weiß, welche Begleiterkrankung der Mensch hat, in welcher Betreuungssituation er sich befindet, ob er dement ist, ob er einsichtig oder starrsinnig ist, ob er eine Sonde trägt, bei wie vielen Ärzten er in Behandlung ist usw., dann kann ich eigentlich über eine sinnvolle Medikation nicht richtig entscheiden.

Dazu kommt die komplette Arzneimittelverordnung aller beteiligten Ärzte. Nachdem ich zunächst über die Umstände und die Voraussetzungen für das Medikationsmanagement gesprochen habe, möchte ich jetzt auf die Arzneimittelverordnung ganz konkret für einen betroffenen Patienten eingehen. Und hier muss ich schon die erste Einschränkung machen: Ein Interaktionscheck alleine, den man ja als Apotheker oder Arzt mit den entsprechenden EDV-Systemen per Knopfdruck erledigen kann, nützt wenig. Erstens muss man die Ergebnisse interpretieren, und wenn man einen Interaktionscheck interpretiert, muss man vorher wissen, für wen die Medikation bestimmt ist. Da ist insbesondere die Anwendungssicherheit und Therapietreue wichtig. Denn wenn ich nicht weiß, ob der Patient das Medikament überhaupt aus der Packung rausbekommt, ob er es runtergeschluckt bekommt usw., brauche ich eigentlich gar nicht weiter zu machen.



Daraus ergibt sich ein wichtiger Appell, den ich hier vortragen möchte: Es hilft nichts, wenn man sich bei der Aufgabenstellung auf maschinell abrufbare Informationen beruft. Diese müssen durch Menschen interpretiert und mit Leben erfüllt werden. Das ist das, worauf es ankommt, das können kein Versandhandel und auch kein Apothekenbus leisten. Das kann nur einer tun, der sich persönlich kümmert.

Zusammenfassung: Ein wirklich auf den Patienten bezogenes Medikationsmanagement ist multi-faktoriell, multi-modal und multi-funktional. Und da das so ist, müssen wir uns überlegen, wie wir das leisten können, wenn das alles, was ich Ihnen vorgestellt habe, geleistet werden soll – was ich für notwendig halte. Wenn sich einer wirklich kümmert und sich Gedanken macht, dann kann das nicht als selbstverständliche Begleitaufgabe für einen Arzt oder für einen Apotheker aufgerufen werden. Dann funktioniert es nämlich nicht. Es muss als spezielle Aufgabe für einen Arzt oder für einen Apotheker aufgerufen werden. Aus meiner Sicht ist der Apotheker näher an den Arzneimitteln, der Apotheker hat in seinem Arbeitsalltag auch die Valenzen, das zu tun. Ich halte das für eine apothekerliche Aufgabe. Aber da kann man als Arzt natürlich anderer Meinung sein. Wichtig ist, dass man erkennt, dass Medikationsmanagement etwas ist, das man nicht per Knopfdruck machen kann, das man nicht nebenbei machen kann. Damit muss man sich umfassend beschäftigen. Und dass das dann nicht kostenlos geleistet werden kann, ist, glaube ich, auch klar.

1.3 Medikationsmanagement in der Heimversorgung

Jetzt kommen wir ganz konkret zur Heimversorgung. Der Apotheker „im Heim“ hat es im Vergleich zum Apotheker „in der Offizin“ in Bezug auf das Medikationsmanagement deutlich besser. Was meine ich damit?

Die Lebenswirklichkeit des Menschen, von der ich so ausführlich gesprochen habe, ist im Heim weitgehend bekannt und dokumentiert. Jedenfalls, wenn die Patientendokumentation ordentlich gepflegt ist und die sonstigen Unterlagen im Heim vorliegen. Für die Arzneimittelverordnung gilt das mit Einschränkung. Darüber werde ich noch sprechen. Aber theoretisch liegt eine wunderbare, gut gepflegte, lesbare und interpretierbare Arzneimittelverordnung aller kontaktierten Ärzte vor. Und die Lebenswirklichkeit (mit wem haben wir es zu tun) ist auch meist vollständig bekannt



und dokumentiert. Wir wissen, ob der Patient dement ist oder inkontinent oder eine Sonde hat, das wissen wir alles.

Das ist der Vorteil im Heim. Wir kennen den Patienten viel, viel besser, als denjenigen, der zufällig vor uns in der Apotheke steht mit einem Augenarzt-Rezept, weil im Haus der Apotheke ein Augenarzt ist. Hinzu kommt ein ganz wichtiger Punkt: Der Heim-Patient kann nicht „weglaufen“: Der typische ambulante Patient geht in mehrere Apotheken und jeder Apotheker weiß aus Erfahrung, dass selbst der treueste Stammkunde immer wieder mal beim Kollegen gegenüber gesichtet wird.

Was bedeutet das? Die Zusammenführung der Medikation ist in der Praxis des normal-ambulanten Patienten ungeheuer schwierig, weil wir dazu einfach nicht die Instrumente haben. Im Heim haben wir einen Versorgungsvertrag, im Heim haben wir einen Heimbetreuungsvertrag für den Patienten. Der Patient kann eben nicht „weglaufen“, die Patienten gehen in den allerseltensten Fällen persönlich in eine Apotheke, um sich dort zu versorgen. Sie werden von der Vertragsapotheker des Heimes versorgt, und zwar komplett und umfassend.

Das führt dazu, dass wir Apotheker im Heim, so möchte ich es nennen: „einen viel kürzeren Anlauf nehmen müssen“, um die vielen Dinge zu klären, die ich Ihnen vorgetragen habe. In dieser privilegierten Situation, die uns viel näher an den Patienten und viel näher an die Komplett-Medikation herankommen lässt als in der Offizin, können wir es uns leisten, im Bereich des Medikationsmanagements eine Art Vorreiterrolle zu übernehmen. Insofern verstehen wir uns, ich habe das häufig so formuliert, als „Idealistische Speerspitze beim Medikationsmanagement“.

Nun kommen wir zu den Ärzten. Das Wichtigste ist die Klärung der Medikation im Detail. Zum Beispiel die Dosierung: Ganz unverzichtbar. Damit haben wir das erste Problem: Denn wenn Sie jetzt beim Arzt bestimmte in der Patientendokumentation fehlende Dinge nachfragen, dann wird es schwierig. Es fängt damit an, dass es dem Apotheker, der den Telefonhörer in die Hand nimmt, gelingen muss, an der Sprechstundenhilfe vorbeizukommen. Auch aus einer gut gepflegten Patientendokumentation im Heim ist nicht alles ablesbar: wichtige Befunde (z. B. Koagulation), genetische Unverträglichkeiten, Nierenfunktion, Leberfunktion (eventuell), frühere Beobachtungen über Unverträglichkeiten usw.. Aber hoffentlich



findet sich dies in der gutgeführten Dokumentation des Arztes, der den Patienten unter Umständen 30 Jahre betreut. Dort müssen wir unter Umständen solche Dinge, die aus der Dokumentation im Heim nicht hervorgehen, nachfragen.

Wenn wir die Medikation kennen, brauchen wir für das Medikationsmanagement zunächst die Informationen, die die therapeutische Lebenswirklichkeit, so habe ich das am Anfang dieses Vortrages genannt, erkennbar werden lassen. Und das liegt hoffentlich alles vor in der Dokumentation des Patienten im Heim. Hoffentlich ist es vernünftig abgelegt und hoffentlich ist es leserlich. „Leserlich“ spielt eine sehr große Rolle. Nur als Insider können Sie sich vorstellen, wie viel Text auf den Rand einer Patientendokumentation passt. Es ist erstaunlich. Wenige Millimeter Rand können wochenlang beschriftet werden.

Alles dies gilt natürlich für die Arzneiverordnung aller beteiligten Ärzte. Ich hatte das bereits erwähnt. Parallel zur Patientendokumentation im Heim erfasst die Apotheke die Medikationsdateien in ihrer Apothekensoftware. Dies ist nötig, nicht nur für die Abrechnung oder den Interaktionscheck, sondern auch im Hinblick auf die Nachbestellung von Rezepten, im Hinblick auf Dosierungsüberprüfungen usw. Das, was in der Heimdokumentation vorliegt, wird in den Kundendateien der Apotheken gespiegelt und dort können dann die entsprechenden Informationen abgelesen und die Heimleitung entsprechend unterstützt werden. Man darf dies nicht unterschätzen: schon alleine die Reichweitenüberwachung, die notwendig ist, um regelmäßig wieder das Rezept besorgen zu können, das für die Fortsetzung der Medikation notwendig ist, ist eine wichtige Hilfestellung der Apotheke.

Die verschiedenen Dinge, auf die es ankommt, sind unter anderem: Art des Arzneimittels, Dosierung, Anwendungsintervalle, Anwendungszeitpunkte (nüchtern, vor dem Essen usw.), Anwendungsart (z. B. Sonde, Infusion) und Umstellungen (Hersteller/Rabattvertrag).

1.4 Was kann die Apotheke an der Medikation konkret verbessern?

In einem nächsten Schritt prüfen wir, inwieweit Änderungen und Verbesserungen sinnvoll sind. Wir prüfen die Parameter, über die ich mehrfach



gesprächen habe und machen einen Optimierungsvorschlag. Wir stimmen ihn mit dem Arzt ab, in der Hoffnung, dass wir ihn erreichen, und wir stimmen ihn mit der Pflege ab. Wenn notwendig und sinnvoll, auch mit Patienten und Angehörigen. Wir machen dann aus der vorliegenden Medikation und aus dem, was wir aus der Dokumentation und den anderen Informationen, die ich genannt habe, kennen, eine optimierte Medikation. Und diese kann durchaus so aussehen, dass wir statt 8 Medikamenten nur 5 benötigen. Doppelverordnungen sind gar nicht so selten, aber auch Verordnungen, die zunächst keine klassischen Doppelverordnungen sind, aber sich überlagern, sind relativ häufig.

Zusammenfassend habe ich einzelne Parameter noch einmal aufgelistet: Doppelverordnung, Kontraindikation, Wechselwirkung. Berücksichtigung der Priscus-Liste, Nierenfunktion, das ist ganz wichtig. Viele Arzneimittel werden auf Grund des Nichtbeachtens der geringeren Nierenfunktionen von älteren Menschen überdosiert. Dann kommt es zu Stürzen usw. Sie als meine heutigen Zuhörer wissen das, da Sie sich beruflich damit beschäftigen. Sie werden erwarten, dass ich darauf achte. Ist die Dosierung klar? Sind die Dosierungsintervalle klar? Kann ich die Dosierungsintervalle überhaupt einhalten? Kann die Pflege das leisten, wenn man ein Medikament in ganz anderen Dosierungsintervallen geben muss als ein anderes, morgens, mittags, abends, nachts, vor dem Aufstehen, nüchtern und was es alles gibt. Kann das Umfeld das überhaupt darstellen? Kann die Heimpflege die entsprechende Applikation durchführen? Kann sie das nicht, muss ich deshalb die Medikation anpassen?

Selbstverständlich ist, dass ich die Medikation an die Sonden-Abgabe anpassen muss. Es ist bekannt, dass man einige Arzneimittel grundsätzlich nicht über die Sonde gegeben werden kann. Manche Arzneimittel dürfen z. B. nicht so zerkleinert werden, dass man sie durch das enge Lumen der Sonde hindurchbekommt. Das zu vermitteln ist selbstverständlich Aufgabe des Apothekers. Damit beschäftigen wir uns tagtäglich. Aber auch ohne Sonde: Kann der Patient sein Medikament überhaupt einnehmen, kriegt er das „runter“, wie man so sagt? Brauchen wir eine Einnahmekontrolle? Denken Sie an die Antikoagulation, also die Blutverdünnung, die zu sehr gefährlichen Auswirkungen führen kann, wenn sie falsch dosiert wird. Dann bekommen wir Blutungen oder im umgekehrten Falle Embolien.



Müssen wir vielleicht die korrekte Einnahme der Arzneimittel überprüfen? Geschieht das auch?

Wir gehen alle diese Fragen an und nutzen alle Informationen, um in verschiedenen Schritten die Arzneimittelanwendung zu optimieren. Und das Folgende ist mir besonders wichtig, das habe ich schon mehrfach angesprochen: Anpassung an die Anwendungswirklichkeit. Anpassung an Sondengabe ist selbstverständlich. Ein Arzneimittel, das so dick ist, wie ein Stückchen Zucker, das wird ein älterer, dementer Mensch nicht schlucken können. Dass ich mir hier Gedanken machen muss, ist selbstverständlich. Die Anpassung der Zeitpunkte für die Arzneimittelgabe an die effektiven Möglichkeiten ist schon schwieriger. Ist eine Umstellung möglich? Leichter ist eine Anpassung der Applikationstechnik und sicherlich auch eine Anpassung von Dosis und Applikationsintervall. Aber: Schaffe ich es, mit den Ärzten eine Reduzierung der Anzahl der Arzneimittel zu vereinbaren?

1.5 Schwierigkeiten überwinden

Alles dies müssen wir als Apotheker in enger Abstimmung mit Arzt, Pflege, Patient und Angehörigen tun. Das ist eigentlich nicht notwendig zu erläutern, aber ich muss es noch einmal erwähnen. Denn es ist unverzichtbar, dringend nötig und oft sehr schwierig.

Die Pflege ist zeitlich eingeschränkt verfügbar, der Problematik oft nicht genug aufgeschlossen, nicht jede Pflegekraft sieht die Zusammenhänge, so wie ich sie dargestellt habe, und nur wenige sehen auch die Notwendigkeit und die Brisanz dieser Dinge.

Und die Ärzte sind, wenn man sie denn erreicht, nicht immer einsichtig. „Haben wir schon immer so gemacht“. Oder: „Lassen Sie mal, der Patient hat diese Medikation (bis jetzt) immer gut vertragen“ oder so ähnlich.

Diese Kommentare sind dann nicht selten sehr unbefriedigend. Zugänglicher sind die Patienten und mehr noch die Angehörigen, da sie sich freuen, dass ein Fachmann genau hinguckt. Denn gerade der Angehörige ist oft doch sehr besorgt über die Poly-Medikation, mit der die Mutter oder der Vater behandelt wird.

Erwähnen muss ich leider auch eine weitverbreitete Gleichgültigkeit, die es eigentlich gar nicht geben dürfte. Aber sie ist leider nicht selten, sicherlich (auch) bedingt durch eine immer mehr um sich greifende körperliche



und seelische Überforderung, beim Pflegepersonal, aber auch bei den Ärzten.

Dies ist aus meiner Sicht die Situation Stand heute: Wir wissen, was unsere Aufgabe ist. Die Aufgabe ist anerkanntermaßen unverzichtbar. Wir haben im Heim sogar besonders gute Voraussetzungen das zu tun, was wir tun müssen und was wir für sinnvoll erachten. Und trotzdem ist die Umsetzung eines umfassenden Medikationsmanagements in der Praxis schwer und mühsam aus den schon mehrfach genannten Gründen.

Wenn ich sehe, wie meine Mitarbeiter tagtäglich hinter den zeitnahen Mitteilungen relevanter Parameter und ihrer zwischenzeitlichen Änderungen hinterherlaufen. Wenn ich Ihnen sage, wie oft wir nicht mitgeteilt bekommen, dass der Patient ins Krankenhaus gekommen ist oder wieder zurück. Dass der Arzt da war und die Medikation geändert hat usw. Da kriegt man manchmal schon graue Haare oder mehr.

Die Folgen sind naheliegend: die Therapie ist in Teilen suboptimal im Hinblick auf Effektivität, Sicherheit und Wirtschaftlichkeit. Wir könnten für die Patienten viel bewirken, wenn wir dieses Problem lösen können.

Was ist zu tun? Ein halbwegs bewährter Ansatz ist die Verblisterung. Dabei werden die Arzneimittel aus den Industriepackungen einzeln herausgenommen, neu zusammengestellt und in Schlauchfolien nach Applikationszeitpunkt geordnet eingeschweißt. Über die Vor- und Nachteile dieses Verfahrens kann man heftig streiten. Das ist aber nicht das Thema unserer heutigen Veranstaltung.

Das ich es trotzdem erwähne, hat einen ganz einfachen Grund: Wenn die Heimleitung wünscht, dass die Arzneimittel verblister werden, dann kommt man um die Beantwortung bestimmter Fragen nicht mehr herum. Sonst ist nämlich das falsche Medikament im Blister. Sonst kriegen die Leute effektiv das falsche Medikament. Wenn ich nicht weiß, dass der Arzt die Dosis reduziert hat oder ein Präparat umgestellt hat, wenn niemand mir sagt, dass der Patient aus dem Krankenhaus gekommen ist und jetzt eine andere Medikation haben soll, dann werden schlichtweg die falschen Medikamente geliefert – oder gar keine. Und weil das so ist, setzt die Verblisterung die Mitarbeiter im Haus, weil dort weisungsgebunden, und die Ärzte, weil damit weitaus stärker in die Pflicht genommen, unter Druck.

Die Verblisterung ist in dieser Hinsicht ein klassisches Disziplinierungsinstrument. In diesem Zusammenhang wird das Medikationsmanagement durch die Verblisterung erzwungen. Ob man das gut findet, muss jeder für sich entscheiden. Zunächst ist die Verblisterung ein technisches Hilfsmittel, das den Schwester das Stellen der Arzneimittel erspart, sonst nichts. Es liefert allerdings viele Elemente des Medikationsmanagements sozusagen systemimmanent mit.

1.6 Perspektive: Endlich die Aufgaben gemeinsam anpacken!

Wünsche an die Zukunft: Wenn Medikationsmanagement im Heim gleichzeitig so notwendig und so schwierig ist, müssen wir nach Wegen suchen, die Schwierigkeiten zu überwinden. Ein erster Schritt ist die elektronische Vernetzung zwischen Arzt, Apotheker und Heim. Das brauchen wir ganz dringend. Wir werden heute dazu noch etwas hören, das freut mich sehr. Man könnte über die Vernetzung der Patientendokumentations-Programme im Heim, der Patientenverwaltungs-Programme beim Arzt und der Kundenpflege-Software beim Apotheker die entsprechenden Medikations-Daten ständig abgleichen. Vielleicht wäre es auch sinnvoll, den Medikationsplan irgendwo im Internet hinterlegen und wechselseitig darauf zugreifen. Denn nur bei gleichem Datenstand beim Arzt, im Heim und in der Apotheke können wir Schaden vom Patienten fern halten. Wichtig wäre auch, dass der Datenabgleich automatisch funktioniert und dass z. B. durch ein Pop-Up-Fenster auf dem jeweiligen Rechner immer sofort angezeigt wird: Aufgepasst, da hat sich etwas geändert.

Entscheidend bleibt aber trotz aller wünschenswerten Technik der Mensch. Die IT kann den Menschen unter Umständen helfen, so wie Sie vielleicht ein Handy haben, das ab und zu piept und Ihnen sagt, welchen Termin Sie in 15 Minuten wahrnehmen sollten. Dass dieser erfolgreich ist, dazu kann das Handy nichts beitragen.

Ein anderer Ansatz: Die Schaffung spezieller Heim-Ärzte, auch dazu werden wir heute noch etwas hören. Die schlechte Erreichbarkeit vieler Ärzte in ihrer Praxis und die latente Gleichgültigkeit so manches Arztes gegenüber seinen Heimpatienten, die ich vorhin als Problem genannt habe, gäbe es in dieser Form nicht, wenn wir Heimärzte hätten. Noch besser wäre es, wenn wir mit diesen Ärzten, die sich ihrer speziellen Patientengruppe,



den Heimbewohnern (hoffentlich!) umfassend verpflichtet fühlen, zu Fallkonferenzen zusammen kommen könnten. Das muss nicht jeden Tag sein. Aber wenn ich mich alle zwei Wochen ins Heim begeben, mit dem Arzt spreche und die eine oder andere Situation eines bestimmten Patienten durchdiskutieren könnte, dann wird damit schon viel bewirkt. Heimärzte müssen nicht per se angestellte Ärzte sein, wie das in Berlin und in den östlichen Bundesländern vorkommt. Es können auch „normale“ niedergelassene Ärzte sein, die sich als Heimarzt verstehen und in dieser Hinsicht engagieren. Auf diesem Wege, über engagierte Heimärzte und regelmäßige Fallkonferenzen aller Beteiligten, Ärzte, Apotheker, Pflegepersonal, Therapeuten und andere, würde dann auch so etwas wie Teambildung und Mannschaftsgeist entstehen. Aus diesem Teamgeist könnte dann das entstehen, was wir brauchen, um für den Patienten in optimaler Weise das zu leisten, was im Grunde selbstverständlich sein sollte:

Ein gemeinschaftlicher erarbeiteter und ganzheitlich umgesetzter Medikationsprozess.



2 Der Arzt im Heim – Medikationsmanagement rund um die Uhr

Barbara Fischer

Krankenhäuser sind in Berlin aus den Chronikerabteilungen der Krankenhäuser hervorgegangen – davon hatten wir hier viele in einer Stadt mit schon immer sehr armen und oft einsamen Patienten – und sind heute eine Art Schnittstelle zwischen ambulanter Pflege und Krankenhäusern für Menschen, die zu Hause nicht versorgt werden können aus welchen Gründen auch immer und die aber auch nicht immer im Krankenhaus bleiben können. Vor 15 Jahren sollten wir abgewickelt werden, wir haben sehr für den Erhalt gekämpft. Alle Berliner Krankenhäuser haben fest angestellte Ärzte und Therapeuten – Kunst-, Ergo – sowie Physiotherapeuten und Psychologen.

Als Fachärztin für Allgemeinmedizin, Psychotherapie und Sportmedizin in Berlin arbeite ich seit ca.30 Jahren als angestellte Ärztin im früher von ärztlichen Kollegen eher verachteten, auch heute manchmal nicht so recht wahrgenommenen Chronikerbereichs, anfangs in einer Abteilung für chronisch Kranke im Krankenhaus, später in zwei Krankenhäusern. Bereut habe ich gerade diese Tätigkeiten nie, eher im Gegenteil, ich habe viel gelernt – wir behandeln halt alles, vieles sieht man in einer Praxis gar nicht – und ich habe viel erlebt, zum großen Teil positives und viel Schönes und spannendes.

Das Krankenhaus Genthinerstrasse in Berlin – Tiergarten gehört zur pro seniore, einem der größten Pflegeanbieter in Deutschland und hat 230 Betten in mehreren Abteilungen:

- Sucht
- Psychiatrie
- Gerontopsychiatrie
- Beatmung
- Wachkoma

Wir sind vier Ärzte, jeder ist für einen bestimmten Bereich zuständig, die Nächte und die Wochenenden werden von uns über Rufbereitschaften abgedeckt, es ist also eine ärztliche 24-Stunden-Betreuung gewährleistet.



Persönlich fahre ich neben dieser Arbeit als Notärztin im ärztlichen Bereitschaftsdienst der kassenärztlichen Vereinigung Berlin und habe in dieser Tätigkeit im Laufe der Jahre viele stationäre Pflegeeinrichtungen ohne fest angestellte Ärzte kennen gelernt und kenne von daher die großen Vorteile durch angestellte Ärzte für Patienten und auch für das Pflegepersonal, auch und gerade im Bereich des Medikationsmanagements.

Der Umgang mit Medikamenten wird heute als Hochrisikoprozess in der beruflichen Pflege eingestuft. Insbesondere Fehler und deren Folgen belasten verursachende Pflegenden extrem. Fehler sind menschlich, aber sie können minimiert werden. Dies soll ein Plädoyer für angestellte Ärzte und Therapeuten in stationären Pflegeeinrichtungen sein, dass das so bleibt, wünschen sich alle und besonders die Pflegenden, ich kann das aus vielen Gesprächen in unserer Einrichtung und auch in den von mir besuchten Einrichtungen ohne fest angestellte Ärzte so bestätigen.

Das Medikamentenmanagement in stationären Einrichtungen ist eine anspruchsvolle Aufgabe. Nicht zuletzt die Pflege trägt dabei eine große Verantwortung. Und damit zum Thema: 24 Stunden Medikationsmanagement im Heim – geht das – und wenn ja – wie? Um es gleich vorwegzunehmen – ja, es geht, – und ja – es geht gut. Wir Heimärzte sind täglich vor Ort, wir kennen unsere Patienten, wir kennen ihre Medikamente, wir kennen die Pflegekräfte – und sie uns –, wir arbeiten höchst vertrauensvoll und kooperativ mit ihnen zusammen und auch umgekehrt – am Tag und auch in der Nacht!

Medikationsfehler können zur Schädigung der Bewohner führen! Wir fest angestellten Ärzte sind die Koordinatoren, alle Rezepte und Verordnungen laufen über unseren Tisch, damit ist der Polymedikation, wie sie in vielen Heimen, in denen zum Teil bis zu 30 verschiedene Haus – und Fachärzte nebeneinander tätig sind und nebeneinander her Medikamente verordnen, üblich ist, zum Schrecken der Pflegekräfte und der Apotheker – und zum Schaden unserer Patienten, damit – durch unsere Koordination ist, um es noch einmal zu betonen, der Polymedikation eine sehr große Schranke gesetzt.

Rezeptanforderung Dazu ein wenig aus der Praxis: Alle Rezeptanforderungen kommen ein – bis zweimal pro Woche, vorbereitet von den Pflegekräften zu uns Ärzten, wir stellen die Rezepte computergestützt aus, haben



damit auch den Überblick über die Verordnungsmengen und können somit auch zu vielen Bestellungen einen Riegel vorschieben. Auch Missbrauch lässt sich so kontrollieren und nahezu ausschließen.

Wir sind auch die Ansprechpartner in der Zusammenarbeit mit den Fachärzten und damit auch in diesem Bereich zu vieler und zu unsinniger Medikation die Koordinatoren, können also auch hier der Polymedikation präventiv vorbeugen. Da wir jeden Tag vor Ort sind, kennen wir wie gesagt, unsere Patienten und ihre Krankheiten sehr gut, so dass wir sehr schnell und sehr gezielt bei Bedarf fachärztliche Kollegen zum Konzil bitten können und mit ihnen die Problematik und auch ggfls. die Medikation besprechen können. Die Anfragen laufen über uns und nicht über die Pflegekräfte, diese Methode hat sich sehr bewährt, ohne dass die Pflegekräfte sich dadurch entwertet fühlen, im Gegenteil, es ist eine sehr kollegiale Zusammenarbeit, wenn etwas auffällt, wird es besprochen und es, wird versucht, das Problem gemeinsam zu lösen. Das gilt auch im Zusammenhang mit evtl. Nebenwirkungen von Medikamenten. Da wir Ärzte immer vor Ort sind, kann auch auf Nebenwirkungen sofort, manchmal auch erst im Gespräch, reagiert werden und die Pflegekräfte müssen nicht mehrere Tage oder gar Wochen auf ein Gespräch mit dem Doktor warten, bis dahin ist der Patient vielleicht schon wieder im Krankenhaus oder gar tot. Die Medikamente werden bei uns – wie gesagt ein – bis zweimal die Woche bestellt und zweimal die Woche von der Apotheke gebracht. Benötigen wir akut etwas für beispielsweise eine Neuaufnahme, einen Notfall oder einen akut Erkrankten, kommt unsere Apotheke auch zwischendurch, manchmal auch mehrmals am Tag, es ist eine ausgesprochen positive Zusammenarbeit.

Die Medikamente werden auf einem eigenen Blatt von uns Ärzten an – und abgesetzt. Die Pflegenden zeichnen auf einem anderen Blatt gegen und übertragen die Medikation auf den Dispenser – wahlweise Wochen – oder Tagesdispenser. Einmal im Monat werden die Dispenser anhand der Pflegedokumentation gemeinsam von Arzt und leitender Pflegefachkraft überprüft, es gibt seit langem so gut wie keine Fehler und das freut uns alle immer wieder sehr.

Sind wir Ärzte nicht vor Ort, sind wir – wie gesagt – über eine Rufbereitschaft immer erreichbar und damit für die Pflegenden ständig ansprechbar. Daneben haben wir ein Blatt für jeweils bewohnerbezogene individuel-



le Bedarfsmedikation, diese wird verantwortungsvoll von den Pflegekräften benutzt und notiert, somit ist am nächsten Tag klar, was der Patient erhalten hat.

Zum Abschluss möchte ich Ihnen noch ein natürlich subjektives, aber wie ich finde, doch beispielhaftes Statement einer leitenden Pflegefachkraft unseres Hauses zeigen. Ich hoffe, ich habe Sie überzeugt von einem Projekt, was zumindest ansatzweise einen Weg aus der Pflegemisere und der extrem hohen Überlastung vieler Pflegenden zeigen kann. Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Medikamentenmanagement im Krankenhaus aus der Sicht des Pflegepersonals bei psychiatrischer Klientel

Bei der Anordnung von Medikamenten handelt es sich um eine berufsrechtliche Ermächtigung des Arztes. Diese Anordnung ist eine Auftragserteilung von ärztlicher Seite an das Pflegepersonal. Jede Anordnung von Medikamenten muss schriftlich dokumentiert werden und nachweisbar sein. Dafür gibt es Medikamentenanordnungsvordrucke. Besonders bei psychiatrischer Klientel ist der Arzt vor Ort nicht wegzudenken. Hier werden Psychopharmaka, Arzneimittel, die hauptsächlich auf das ZNS einwirken und Gefühle und Denken eines Menschen verändern, eingesetzt, in erster Linie zur Behandlung ihrer psychiatrischen Erkrankung. Der Nutzen von Psychopharmaka ist bei vielen Erkrankungen nachgewiesen, Psychopharmaka können den Weg für andere Therapien ebnen. Oft ist die soziale Reintegration von einer medikamentösen Langzeitbehandlung abhängig. Für viele Klienten hängt ihre langfristige Prognose davon ab, ob sie regelmäßig und unter ärztlicher Kontrolle Psychopharmaka einnehmen. Die Verabreichung und Kontrolle der Einnahme obliegt dem Pflegepersonal. Klientelbedingt kann es zu Problemen bei der Medikamenteneinnahme kommen. Der Arzt des Vertrauens ist vor Ort und kann zeitnah reagieren. Das Pflegepersonal beobachtet: haben die Medikamente eine oder keine Wirkung, oder erzeugen sie bestimmte Nebenwirkungen. Alle dabei gemachten Beobachtungen bzw. auftretende Probleme werden sofort dokumentiert und dem Arzt mitgeteilt, der Arzt kann zeitnah reagieren. Die Vorbereitung und Verabreichung von Medikamenten ist eine höchst verantwortungsvolle Aufgabe. Zu dieser gehört neben der Grundkenntnis der



Medikamente und ihrer Wirkungsweisen, ebenso die stetige Weiterbildung zu neuen Medikamenten, die teilweise auch der Arzt übernimmt. Gerade in der Arbeit mit psychiatrischer Klientel bedeutet die Verabreichung der Medikamente gleichzeitig auch die Arbeit an einer Krankheits- und Medikamenteneinnahmecompliance. Der Arzt spricht meist sogar mehrmals am Tag mit dem Klienten. Dadurch baut sich ein besonderes Vertrauensverhältnis zwischen dem Klienten und dem Arzt auf. Unerwünschte Nebenwirkungen, die z. B. bei hochpotenten Antipsychotikern auftreten können, werden sofort erkannt und behandelt. Die Bestellungen der Medikamente erfolgen über das Pflegepersonal an den Arzt, dem die computergeschützte Kontrolle obliegt. Zwei Mal im Jahr erfolgen klientelbezogene Bestandskontrollen durch die Apotheke, sowie monatliche Kontrollen durch die Leitende Pflegefachkraft. Ein Arzt vor Ort ist im Krankenhaus nicht wegzudenken. Der Klient fühlt sich sicher und verstanden, der Arzt kann zeitnah auf Bedürfnisse und Probleme reagieren. Außerdem ist es wirtschaftlicher, festangestellte Ärzte in einem Krankenhaus zu beschäftigen.



3 Erwartungen der Heimträger an das Medikationsmanagement

Johannes Güsgen

Die Ordensgemeinschaft der Dernbacher Schwestern betreibt in der „Katharina Kasper – Dernbacher Gruppe“ sechs somatische Krankenhäuser und eine Psychiatrische Klinik, insgesamt zwölf Altenpflegeheime, eine große Jugendhilfeeinrichtung und mehrere Medizinische Versorgungszentren. Die Gruppe ist in drei regionale GmbHs gegliedert. Ich bin Geschäftsführer der Nordrhein Westfälischen GmbH. Wir betreiben neben der Jugendhilfeeinrichtung, zwei somatische Kliniken, ein Psychiatrisches Akutkrankenhaus, eine große Betreuungseinrichtung für behinderte Menschen (diese Einrichtung fällt auch unter das WTG) und fünf Altenpflegeheime. Sie merken schon in der Diktion „Altenpflegeheime“ einen deutlichen Unterschied zum Begriff, den Frau Dr. Fischer benutzt, zu den „Krankenheimen“.

Ich werde versuchen, die Arzneimittelversorgung sowohl aus der ethischen, medizinischen, pharmakologischen, als auch aus der praktischen Sicht zu sehen und reiße im Folgenden kurz einige Themenbereiche an.

Schnittstellen versus Verbindungsstellen

Leider wird immer noch von Schnittstellen gesprochen. Ich spreche ausnahmslos von Verbindungsstellen, denn Schnittstellen will im Grund keiner. Der Chirurg, der schneidet, der bringt sogar anschließend alles zusammen und näht, damit er eine Verbindungsstelle hat. Also Schnittstellen sind, denke ich, denkbar schlecht. Deshalb spreche ich von Verbindungsstellen. Über solche Verbindungsstellen haben wir schon eine Menge gehört. Leider ist die Verbindungsstelle Arzt-Bewohner-Heim in vielen Fällen immer noch eine Schnittstelle.

Es bleibt die Frage, Hausarzt oder Heimarzt? Über Vor- und Nachteile kann man trefflich diskutieren, da es viele Gründe gibt, die für oder gegen einen Heimarzt sprechen.



Medikamentenmix

Nach einer AOK-Studie, die nicht nur Pflegeheimbewohner betrifft, birgt jede 6. Arzneimittelverordnung, einen gefährlichen Medikamentenmix. Besonders betroffen sind ältere, hauptsächlich Pflegeheim-Bewohner. Die Zahlen machen die Dramatik deutlich: im 1. Quartal 2012 ist durch 65 Millionen verordnete Packungen für 24 Millionen Versicherte in drei von Tausend Fällen ein Mix entstanden, der lebensbedrohlich war. Auf den ersten Blick scheinen drei von Tausend Fällen nicht viel, aber das sind 72.000 Menschen, die in lebensbedrohliche Situationen gebracht worden sind, weil der Medikamentenmix nicht stimmte.

Im Heim nimmt jeder Bewohner im Schnitt 7,35 Medikamente als Dauermedikation. Im Durchschnitt! Das heißt, es gibt Bewohner, die nehmen zehn oder mehr Medikamente, andere vielleicht nur drei oder vier. Ohne spezielle Anforderungen der jeweiligen Arzneverordnung werden die Medikamente immer noch vorwiegend zu den Mahlzeiten verabreicht. Da können Sie durch die Heime gehen: Sie werden feststellen, das ist in ganz vielen Fällen noch so. Oder das Teilen von Arzneimitteln. Oft geschieht das für die ganze Woche schon im Voraus.

Dokumentation

Wieviel Dokumentation geht den Rand eines Medikationsplans? Die Dokumentation, vor allen Dingen durch die Ärzte, ist mangelhaft. Viele Ärzte verlangen, dass die Pflege bereits die Dokumentation der Verordnungen fertig macht und der besuchende Arzt nur noch sein Namenszeichen darunter setzt.

Umgang mit Arzneimitteln

Der Apotheker muss, das ist jetzt vorgeschrieben, einen Vertrag mit dem Heimträger schließen. Und ein Heim darf nur betrieben werden, wenn der Träger und die Leitung sicher stellen, dass die Arzneimittel bewohnerbezogen und ordnungsgemäß aufbewahrt und die in der Pflege tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mindestens einmal im Jahr über den sachgerechten Umgang mit Arzneimitteln beraten werden.

Allein die Formulierungen lassen bei mir zumindest Bedenken aufkommen. Sie haben in vielen Einrichtungen eine große Personalfluktuatation.



Wenn dann einmal im Jahr über den Umgang mit Medikamenten unterrichtet wird, dann können Sie sich vorstellen, wie viel Mitarbeiter permanent nicht informiert sind. Auch hier wieder eine Verbindungsstelle zwischen Heim, Apotheke und Mitarbeiter, die oft noch Schnittstelle ist. Nach der verpflichtenden Einführung solcher Verträge im Jahr 2002, wird dieses Thema zumindest diskutiert. Gut das sind jetzt 12 Jahre, in denen schon über eine Optimierung diskutiert wird. Aber ich bin davon überzeugt, dass wir den Status der einfachen Medikamentenlieferungen überwunden haben und von einer „Medikamentenversorgung“ sprechen können.

Arzneimittelversorgungsprozess

Der Arzneimittelversorgungsprozess einer Pflegeeinrichtung für die orale Dauermedikation lässt sich in verschiedene Versorgungsphasen und Arbeitsschritte unterteilen.

Da wäre die erste Phase, das Rezeptmanagement. Und die Arzneimittelbestellung, die Überprüfung des Arzneimittelvorrats, die Rezeptanforderung, die Beschaffung, die oft unüberschaubare Wege nimmt. Das geht von den Telefonaten über Faxe über E-Mail. Das ist alles möglich in den unterschiedlichen Einrichtungen. Sammeln und überprüfen der Rezepte, dann Pflege und Änderung, unter Umständen des Medikamentenplanes, und dann muss der Bestellauftrag an die Apotheke gehen.

Die zweite Phase, der Wareneingang. Die Aufbewahrung der Arzneimittel. Und wenn Sie mal auf einer relativen großen Station anschauen, wie im Grund kompliziert und umfänglich so eine Medikamentenaufbewahrung aussieht. Sie müssen ja für jeden Patienten ein eigenes Döschen einzeln stehen haben. Müssen beschriften, wann das gekommen ist und drauf schreiben, wann Sie es angebrochen haben. Also eine Unmenge an Dokumentationsaufwand, von dem ich nicht immer weiß, dass wissen dann die Apotheker sicher besser, ob das in dem Umfang auch notwendig ist.

Wir beklagen in den Heimen einen viel zu hohen Dokumentationsaufwand, der immer wieder die Pflege fordert und im Grunde genommen von den eigentlich notwendigen Tätigkeiten abhält.

Das Stellen der Arzneimittel, die dritte Phase. Immer wieder ein großes Problem. Die Forderungen der Heime sind unterschiedlich. Bis zur Forderung an den Apotheker, du verdienst an dem Zeug, dann musst du das auch

ordnungsgemäß hier hinstellen. Schick doch einmal am Tag eine Apothekerin, die das macht.

Bis eben zu der Frage, sollen wir verblistern, sollen wir nicht verblistern. Ob die Dosiersysteme, die wir haben, alle die Richtigen sind, das kann man auch bezweifeln. Ein weiteres Problem ist die Änderung von bereits gestellten Medikamenten. Allein die Medikamentenstellung: da können Sie noch so oft, über Dienstanweisungen oder wie auch immer festlegen, die Mitarbeiterin, die Medikamente stellt, ist in der Zeit, wo die Medikamente stellt, für niemanden anderen ansprechbar. Das wird im gesonderten Raum gemacht. Es lässt sich nicht praktizieren. Vielleicht nach 3 Tagen, spätestens am 4. Tag ruft einer, komm doch mal schnell, guck mal, der ruft, der schellt. Geh doch mal bitte dahin. Und dann steht die Medikation wieder.

Wenn Sie zurück kommt und unter Umständen noch emotional aufgewühlt ist, weil ein Bewohner aus dem Bett gefallen ist, sich verletzt hat, müsste sie im Grunde alles, was sie gestellt hat, wieder auskippen und von vorne anfangen. Ein großes Problem.

Vertragsbeziehung Heim – Apotheker

Die ordnungsgemäße Versorgung ist im Wohn- und Teilhabegesetz unter dem Begriff der „gesundheitlichen Betreuung“ erfasst und wird explizit vom Apothekergesetz geregelt. Und da ist der Vertrag gefordert. Dieser Vertrag regelt die Pflichten und die Rechte der Apotheker und der jeweiligen Altenpflegeeinrichtung oder auch der Behinderteneinrichtung. Sie tangiert die freie Apothekerwahl des Bewohners.

Wir haben über die Arztwahl gesprochen. Frau Dr. Fischer sagte, es komme so gut wie nicht vor, dass jemand sagt, ich will aber einen anderen Arzt. Dir vertraue ich nicht! So ähnlich ist das auch mit den Apothekenverträgen, der Bewohner behält die freie Apothekerwahl.

Dieser Vertrag muss die Rezepturherstellung umfassen, die Belieferung, die Information, die Beratung, die Überwachung der Arzneimittelvorräte und die Dokumentation durch den Apothekenleiter oder durch sein Pharmazeutisches Personal.

Die Vereinbarung über die Unterweisung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter wird nicht in diesem Vertrag geregelt. Dafür muss ein gesonderter Kooperationsvertrag geschlossen werden.



Der Vertrag regelt den gesetzlich vorgeschriebenen Umgang, vor allen Dingen mit den Betäubungsmitteln, eine Sicherstellung der Versorgung auch außerhalb der üblichen Ladenschlusszeiten und eine Überprüfung der regelgerechten, vor allem der Bewohner bezogenen Aufbewahrung aller Medikamente und Arzneimittel, sowie deren Protokollierung. Der Vertrag muss den Aufsichtsbehörden zur Kenntnis gebracht und von diesen genehmigt werden.

Die Rezepte

Der Ist-Zustand in den Altenhilfeeinrichtungen ist oft der Arztbesuch mit resultierender Rezepterstellung. Oft geschieht die Rezeptbesorgung jedoch auf abenteuerlichen Wegen: über FAX, E-Mail oder einen einfachen Anruf.

Dann das zentrale Einsammeln der Rezepte, für die Apotheke im Original und die Apotheke bringt dann die Medikamente und nimmt die Rezepte mit. Das ist der einfache, pragmatische Weg in ganz vielen Einrichtungen.

Die Medikamente

Die Bedarfserkennung beim Richten der täglichen Medikamente ist ein wesentlicher Faktor für eine ordnungsgemäße Versorgung, Kann der Patient überhaupt schlucken? Der Zustand des alten Menschen verändert sich ja oft innerhalb ganz kurzer Zeit oder weniger Tage oder sogar oft innerhalb ganz weniger Stunden. Wenn er gestern noch schlucken konnte, vielleicht kann er heute gar nicht mehr schlucken und benötigt das Medikament in einer anderen Darreichungsform.

Die Kontrolle der Medikamentenaufbewahrung in den Einrichtungen erfolgt 2 × jährlich durch die kooperierende Apotheke auf der Grundlage der ärztlichen Verordnungen, die in der Dokumentation hinterlegt sein müssen.

Die Kontrolle erfolgt bezüglich: Beschriftung, Name, Lieferung, Verfallsdatum, Anbruchsdatum und korrekter Lagerung.

Gleichzeitig verordnete Medikamente werden auf ihre Wechselwirkung hin erfasst und evtl. mit dem Hausarzt und dem verordnenden Arzt besprochen. Bei den Fachärzten hat mir eben vor allen Dingen der psychiatrische Facharzt gefehlt, der Gerontopsychiater, den wir in ganz vielen Einrichtungen als Konsiliar-Arzt antreffen. Er verschreibt und händelt eine ganz bestimmte Art von Medikamenten, die unter Umständen nicht unbedingt kompatibel sind mit anderen.

Die elektronische Gesundheitskarte

Wenn wir nicht so von Datenschützern umgeben wären, so vielen Männern und Frauen, die sich gegen die elektronische Gesundheitskarte wehren, dann wäre die elektronische Gesundheitskarte eine der einfachsten Lösungen über diese Polymedikation hinweg zu kommen und aus einer Schnittstelle eine Verbindungsstelle zu machen.

Wenn jeder Arzt, der die Karte ins Lesegerät steckt, sehen könnte, „Aha, der Patient bekommt schon das und das, und erhält schon die und die Medikamente“, und kann dann noch in seinen Computer eingeben, womit die Medikation kompatibel ist – dann wären ganz viele der eingangs genannten 72.000 Fälle ausgeschlossen.

Deshalb mein Appell für die Gesundheitskarte. Ich weiß, es ist immer wieder mit Problemen verbunden. Es hat sicherlich auch datenschutzrechtliche Gründe. Aber wir können nicht auf der einen Seite, gerade in den lebensnotwendigen Informationen, Transparenz erwarten und fordern und blockieren dann auf der anderen Seite alles aus Datenschutzgründen.

Fazit:

- Effektivität und Effizienz sind zu verbessern.
- Wir brauchen ein vernünftiges Rezeptmanagement in den Einrichtungen.
- Die Auslagerung einzelner Prozesse (Stichwort: Verblisterung) ist zu diskutieren.
- Wir müssen auf alle Fälle verhindern, dass falsche Medikamente gegeben werden, dass Medikamente in der nicht richtigen Zusammensetzung (Mix) gegeben werden. Wir müssen ungenaue Tabletteneinnahmen vermeiden und brauchen genauere Dosierungsmöglichkeiten.

Ich denke, wir werden auch in der Altenhilfe, im Krankenhausbereich ist das im Moment sehr en vogue, viel mehr Wert auf Qualitätssicherung legen. Und wenn Sie den gemeinsamen Bundesausschuss hören, wir werden wahrscheinlich auch im Altenhilfebereich ein ganz neues Vergütungssystem bekommen. Wenn demnächst Leistungen nach Qualitätskriterien bezahlt werden, und damit Qualität bezahlt wird, wird sich auch in der Medikamentenversorgung vieles ändern.



4 Medikationsmanagement in der stationären Pflege

Christiane Kohlenbach-Pajonk

Im Medikationsmanagement in der stationären Pflege finden sich die Akteure in den unterschiedlichsten Vertragsverhältnissen wieder.

4.1 Vertragsverhältnisse

- **Versorgungsvertrag:**

Die Einrichtung schließt mit den Pflegekassen nach den §§ 43 und 75 SGB XI einen Versorgungsvertrag ab. Der Versorgungsvertrag ist zwingend notwendig, damit der Bewohner Leistungen nach dem SGB XI beantragen und beziehen kann; d. h. ohne Versorgungsvertrag würde der bei uns lebende Bewohner kein Geld aus der Pflegeversicherung erhalten, somit würde kein Bewohner bei uns einziehen, und wir würden unsere Existenzgrundlage verlieren.

- § 43 Abs. 2 SGB XI

„Für Pflegebedürftige in vollstationären Einrichtungen übernimmt die Pflegekasse im Rahmen der pauschalierten Leistungsbeträge die pflegebedingten Aufwendungen, die Aufwendungen der sozialen Betreuung und die Aufwendungen für die Leistungen der medizinischen Behandlungspflege.“

Wichtig zu wissen:

- Die Aufwendungen für die medizinische Behandlungspflege waren im SGB XI zunächst befristet, da dieses eigentlich Leistungen der Krankenkasse sind, welche im ambulanten Bereich über dem SGB V finanziert werden. Aus finanziellen Gründen wurde diese Leistung im stationären Bereich mit in die Pauschalleistung übernommen.
- Der Aufwand der medizinischen Behandlungspflege wird bei der Pflegestufenbemessung nicht berücksichtigt, so dass dieser Anteil keinen Einfluss auf die Pflegestufe und auf die Personalbemessung hat,
- 2008 wurde zu Gunsten anderer neuer Leistungen des SGB XI, die Leistungen der medizinischen Behandlungspflege in eine unbefristete Leistung, die die stationären Einrichtungen zusätzlich und unentgeltlich zu erbringen haben, umgewandelt.



- § 75 SGB XI

(1) Die Landesverbände der Pflegekassen schließen ... mit den stationären Pflegeeinrichtungen im Land ... einheitliche Rahmenverträge (ab).

...

(2) Die Verträge regeln insbesondere:

1. Den Inhalt der Pflegeleistungen sowie bei stationärer Pflege die Abgrenzung zwischen den allgemeinen Pflegeleistungen, den Leistungen bei Unterkunft und Verpflegung und den Zusatzleistungen.

...

6. Den Zugang des Medizinischen Dienstes und sonstiger von den Pflegekassen beauftragter Prüfer zu den Pflegeeinrichtungen

- Arbeitsvertrag:

Jeder Mitarbeiter schließt mit uns einen Arbeitsvertrag ab, aus dem seine Rechte und Pflichten ersichtlich sind.

- Wohn- und Betreuungsvertrag:

Jeder Bewohner, der in unsere Einrichtung zieht, schließt mit uns einen Wohn- und Betreuungsvertrag ab. Darin sind alle Leistungen aufgeführt, die wir für den Bewohner laut Versorgungsvertrag zu erbringen haben. Hierzu gehört auch die medizinische Behandlungspflege.

- Behandlungsvertrag:

Zwischen Arzt und Bewohner besteht ein Behandlungsvertrag

- Belieferungsvertrag:

Zwischen Bewohner und Apotheke, in der er das Rezept eingelöst wird, besteht ein Belieferungsvertrag

- Keine Vertragsverhältnisse bestehen zwischen Einrichtung und Arzt und zwischen Einrichtung und Apotheke!

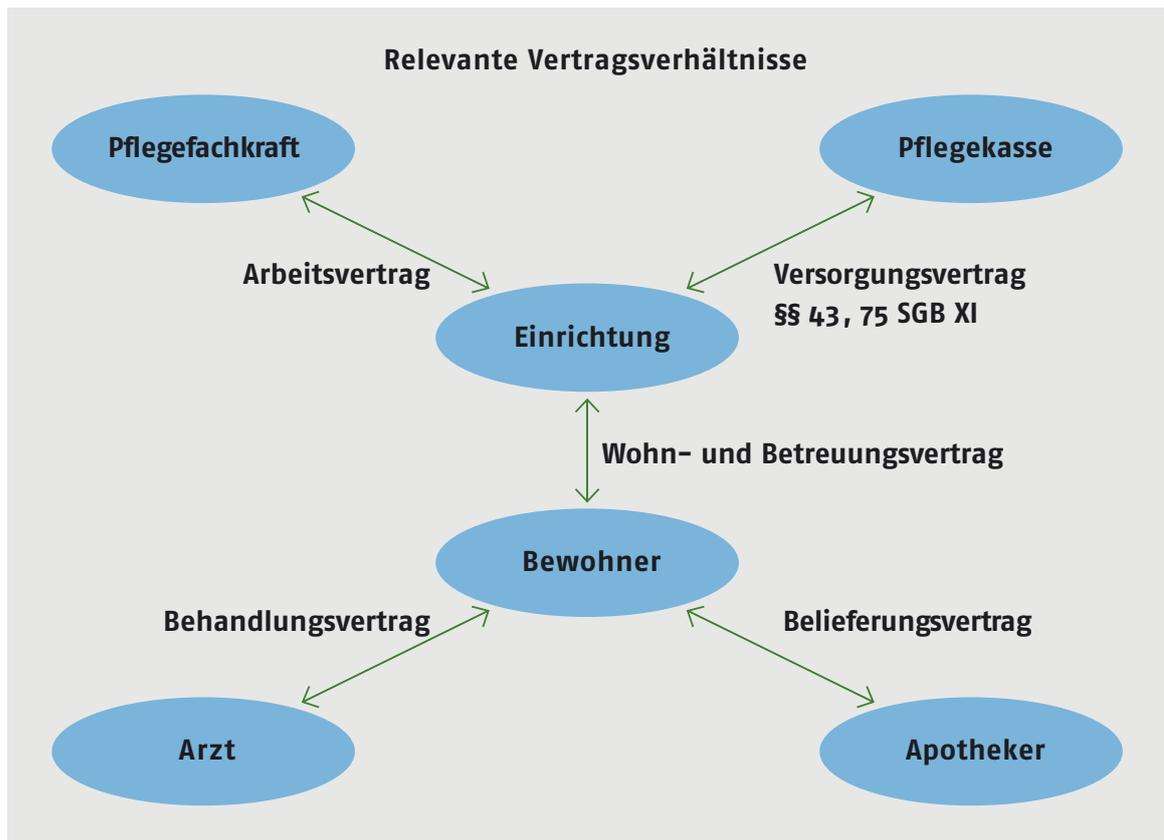


Abb. 1 Relevante Vertragsverhältnisse
Quelle: eigene Darstellung

Diese Voraussetzungen führen zu folgender Aussage:

4.2 Medikationsmanagement in der stationären Pflege ist Krisenmanagement

- die Einrichtung ist nach § 43 SGB XI für die Medikamentengabe verantwortlich, dafür benötigt sie die Medikamente (= Rezepte vom Arzt und Medikamente von der Apotheke)
- laut § 114 SGB XI dürfen Medikamente nur nach nachweislicher ärztlicher Anordnung gegeben werden (= Einrichtung hat keinen Vertrag mit den Ärzten)
- jeder Bewohner kann seinen Arzt frei wählen, so dass die Einrichtung mit sehr vielen unterschiedlichen Ärzten zusammenarbeiten muss
- jeder Bewohner kann seine Medikamente über seine Wunschapotheke beziehen
- die Medikamente sind Eigentum des Bewohners und müssen namentlich gekennzeichnet und bewohnerbezogen aufbewahrt werden

- viele Medikamente werden durch Generika ersetzt, so dass das vom Arzt verordnete und dokumentierte Medikament nicht mit dem gelieferten übereinstimmt. Daraus ergeben sich für die Einrichtung folgende Probleme:
 - Die Gabe des Generika verstößt gegen die ärztliche Anordnung, es sei denn in der Einrichtung ist eine Liste alle Generika vorhanden, so dass ersichtlich ist, dass das vorhandene Medikament mit dem verordneten übereinstimmt oder der Arzt rezeptiert und dokumentiert lediglich den Wirkstoff, was aber kaum vorkommt.
 - Der Bewohner erkennt das Medikament nicht mehr, welches er jahrelang genommen hat (die weiße Pille ist jetzt blau) und behauptet nun, dass die Medikamentengabe falsch sei.

Zur Vereinfachung des Medikationsmanagement haben wir mit einer Apotheke vor Ort eine Kooperationsvereinbarung abgeschlossen.

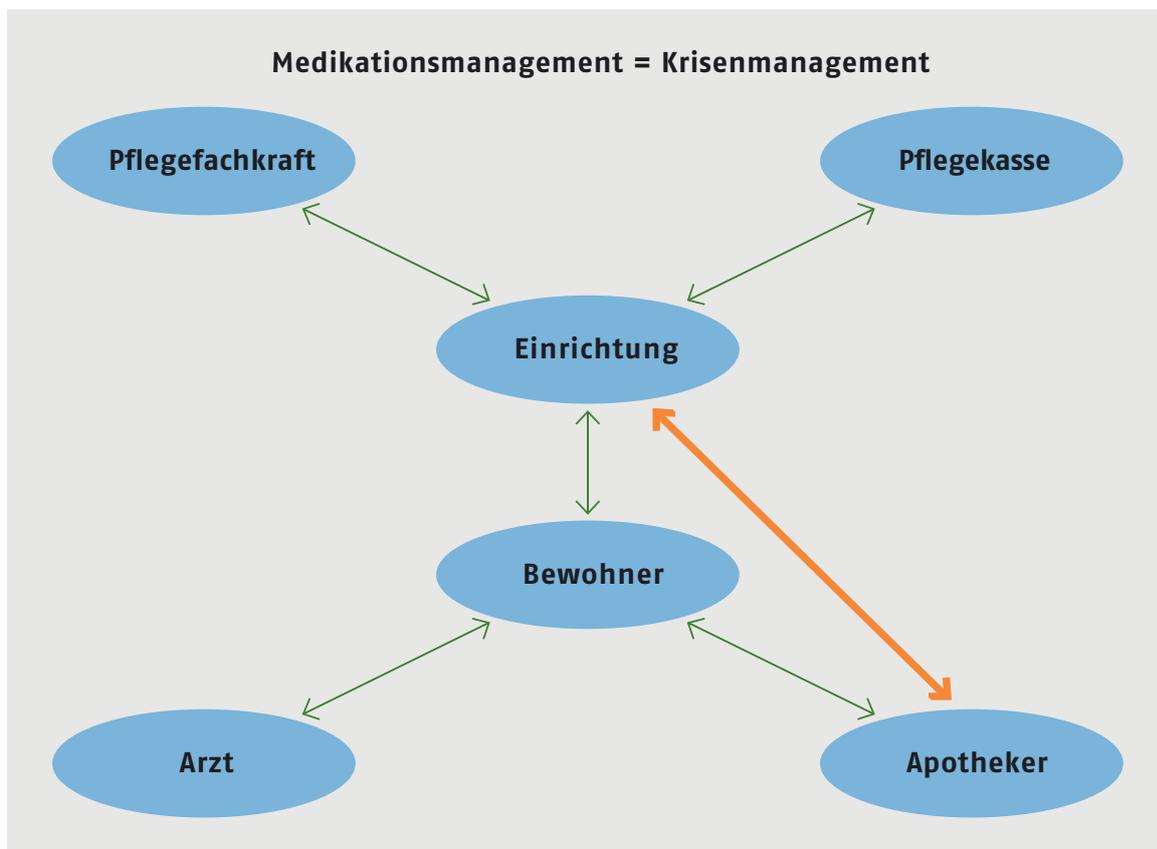


Abb. 2 Medikationsmanagement = Krisenmanagement

Quelle: eigene Darstellung



Vorgehensweise in der Einrichtung:

- Der Bewohner wird vor Einzug darüber informiert, dass wir mit einer bestimmten Apotheke kooperieren und es werden ihm die Vorteile dieser Kooperation aufgezeigt.
- Der Bewohner gibt vor Einzug die Zustimmung, dass die Medikamente von der Kooperationsapotheke geliefert werden (ein entsprechendes Formular befindet sich bei den Aufnahmeunterlagen und muss von dem Bewohner unterschrieben werden)

4.3 Das Medikationsmanagement in der stationären Pflege/ Beispiele

4.3.1 Idealtypisches Medikationsmanagement bei Einzug eines neuen Bewohners

- Die Angehörigen nehmen frühzeitig Kontakt zu uns auf, so dass vor dem Einzug alle notwendigen Informationen vorhanden sind. Wir wissen wer der Hausarzt ist, welche Fachärzte konsultiert werden, wir kennen die Diagnose, mögliche Allergien und die verordneten Medikamente. Der ärztliche Fragebogen liegt uns vollständig ausgefüllt vor. Ebenso liegt das unterschriebene Formular für die Zusammenarbeit mit unserer Kooperationsapotheke vor.
- Die Daten werden vor Einzug schon in die Bewohnerdokumentation übertragen (Bewohnerstammblatt und Medikamentenblatt)
- Am Einzugstag bringt der Bewohner alle verordneten Medikamente, so dass die Pflegefachkraft (PFK) die Medikamente entsprechend der ärztlichen Verordnung stellen kann. Exkurs: Bei Flüssigmedikamenten, Salben und Tropfen müssen im stationären Bereich das Anbruchs- und Verfallsdatum auf dem Medikament vermerkt werden, im häuslichen Bereich wird dieses selten gemacht, so dass für die PFK schwer abzuschätzen ist, ob diese Medikamente noch gegeben werden können.
- Am Einzugstag kommt der Hausarzt in die Einrichtung und zeichnet im Medikamentenblatt die aufgelisteten Medikamente mit seinem Handzeichen ab,
- Der neue Bewohner hat nur Dauerverordnungen, so dass die Kooperationsapotheke lediglich beim Arzt die Folgerezepte anfordern muss.

4.3.2 Einzug eines Bewohners auf Grund einer häuslichen Krisensituation

- Häufig ist eine akute Krisensituation im häuslichen Bereich der Auslöser für eine kurzfristige Aufnahme. Entweder verschlechtert sich der Allgemeinzustand des Bewohners sehr dramatisch, so dass eine häusliche Pflege nicht mehr möglich ist oder die Pflegeperson wird plötzlich krank und kann die Versorgung nicht mehr übernehmen.
- Unter diesen Bedingungen muss die Heimaufnahme oft sehr kurzfristig organisiert werden.
- Bei Einzug sind oft nur wenige Informationen vorhanden (Name, Anschrift, Geburtsdatum, Krankenkasse, Pflegestufe, Hausarzt etc.)
- Neben seinen persönlichen Sachen (Kleidung + Hygieneartikel) bringt der neue Bewohner meist eine Plastiktüte mit Medikamenten mit
- Aufgabe der PFK ist es nun, dass
 1. sie zeitnah Kontakt zum Hausarzt aufnimmt, um die nötige Info's vom Arzt zu erhalten (Diagnosen, Medikamentenverordnung etc.)
 2. der ärztliche Fragebogen zeitnah in die Praxis des Hausarztes gefaxt wird, wenn er nicht am Einzugstag in die Einrichtung kommen kann, damit dieser umgehend vom Arzt ausgefüllt und zurück gefaxt wird
 3. die Daten nach der zeitnahen Rückmeldung des Arztes in die Bewohnerdokumentation übernommen werden. Das Fax des Arztes gilt für uns als Nachweisdokument für die ärztliche Anordnung der Medikamentengabe. So bald der Arzt zu uns in die Einrichtung kommt, zeichnet er den Eintrag mit seinem Handzeichen ab (freiwilliger Akt des Arztes)
 4. sie die Medikamente entsprechend der ärztlichen Anordnung stellt
 5. bei Flüssigmedikamenten, Salben und Tropfen neue Rezepte per Fax angefordert werden, wenn nicht nachvollziehbar ist, ob sie noch haltbar sind. Die gleiche Vorgehensweise gilt bei fehlenden Medikamenten.
 6. Die fehlende Medikamente vorab bei der Kooperationsapotheke bestellt werden, die diese noch am gleichen Tag liefert.
 7. bei telefonischer Rückmeldung des Arztes: die verordneten Medikamente in das Medikamentenblatt aufgelistet, mit VuG (=vorgelesen



und genehmigt) gekennzeichnet und mit dem Handzeichen der PFK versehen werden. Danach folgt das gleiche Procedere wie bei der Rückmeldung per Fax.

4.3.3 Einzug eines neuen Bewohners nach Krankenhausaufenthalt/ Rückkehr eines Bewohners nach Krankenhausaufenthalt

Der Einzug bzw. die Rückkehr aus dem Krankenhaus gestaltet sich oft schwierig, wenn die Medikamentenverordnung durch den Krankenhausarzt verändert wurde. Die Krankenhäuser geben – vermutlich aus Kostengründen – nur für maximal einen Tag die benötigten Medikamente mit.

Bei neuen Bewohnern erhalten wir den Medikamentenplan entweder über den ärztlichen Fragebogen oder über die Pflegeüberleitung.

Bei „alten“ Bewohnern erfahren wir die Medikamentenänderung oft gar nicht direkt vom Krankenhaus, da eine schriftliche Pflegeüberleitung nicht stattfindet. Die Medikamentenänderung ist lediglich im ärztlichen Begleitbrief für den Hausarzt aufgeführt. Wir haben eine Absprache mit den Ärzten, dass wir die Begleitbriefe öffnen dürfen, um diese in die Praxis zu faxen. In beiden Fällen gilt:

1. die PFK nimmt sofort Kontakt zum Hausarzt auf, damit die veränderten Medikamentenanordnung mit dem Arzt abgestimmt, die notwendigen Rezepte angefordert und die weitere Behandlung besprochen werden kann
2. die Medikamente werden vorab bei der Kooperationsapotheke bestellt, damit diese noch am selben Tag geliefert werden können
3. die Medikamentenverordnung wird in die Bewohnerdokumentation (Medikamentenblatt) aufgelistet und mit dem Handzeichen der PFK versehen. Falls diese identisch ist mit der aus dem ärztlichen Begleitbrief, gilt dieser Brief als Nachweis dafür, dass wir nach ärztlicher Anordnung handeln (§ 114 SGB XI). Falls die Medikamentenverordnung durch das Telefonat mit dem Arzt nicht mehr mit der Verordnung im ärztlichen Begleitbrief übereinstimmt, wird im Medikamentenblatt hinter dem Medikament „VuG“ aufgeführt
4. im Formular „ärztliche Kommunikation“ wird das Telefonat mit dem Arzt dokumentiert

5. nach der Lieferung durch die Apotheke werden die Medikamente gestellt und verabreicht
6. im Leistungsnachweis „Behandlungspflege“ wird die Medikamentengabe dokumentiert und mit dem Handzeichen versehen.

§ 114 SGB XI

Laut § 114 SGB XI müssen wir als Einrichtung nachweisen, dass wir die Behandlungspflege nach ärztlicher Anordnung durchführen und gleichzeitig müssen wir die ärztliche Kommunikation nachweisen. Wie umfangreich und zeitaufwendig dieses ist, welche Formulare dazu genutzt werden, möchte ich in folgenden Beispielen darstellen.

Zur Erinnerung:

- unsere Aufwendungen für die medizinische Behandlungspflege werden nicht finanziert
- unser zeitlicher Aufwand für die medizinische Behandlungspflege wird bei der Personalbemessung durch die Kostenträger nicht berücksichtigt.
- die Qualitätskontrollen nach 114 SGB XI finden jährlich statt und die Noten im Internet veröffentlicht. Der § 114 SGB XI ist ein wesentlicher Faktor, der aus dem Medikationsmanagement ein Krisenmanagement macht.

4.3.4 *Medikationsmanagement bei akuten Veränderungen*

4.3.4.1 *Idealtypisch*

Ausgangssituation:

Der Bewohner fühlt sich krank, hustet, hat Fieber und er möchte, dass der Hausarzt informiert und um einen Hausbesuch gebeten wird. Dieses wird im *Berichtblatt* dokumentiert.

1. Die PFK telefoniert mit der Praxis, wird sofort an den Arzt weiter vermittelt und ein Termin für den Hausbesuch mit Uhrzeit wird für den heutigen Tag vereinbart. Dieses wird im Formular „*ärztliche Kommunikation/Visitenblatt*“ dokumentiert
2. der Hausarzt erscheint zum vereinbarten Termin, meldet sich im Dienstzimmer und die PFK begleitet ihn zum Bewohner. Die PFK nimmt die *Bewohnerdokumentation* mit
3. der Hausarzt untersucht den Bewohner, er stellt seine Diagnosen und ordnet eine entsprechende Behandlung und Medikation an. Dieses



dokumentiert er mit seinem Handzeichen im Formular „*ärztliche Kommunikation/Visitenblatt*“.

Hinweis: für den Arzt besteht keine Verpflichtung seine Behandlungen und Anordnungen in der Bewohnerdokumentation zu dokumentieren. Es ist aber für uns wichtig, um so die ärztliche Kommunikation nachweisen zu können.

4. hat der Hausarzt ein neues Medikament verordnet, dokumentiert er oder die PFK dieses im *Medikamentenblatt*, wo der Hausarzt dieses wiederum mit seinem Handzeichen abzeichnet. Hinweis auch hier gilt: für den Arzt besteht keine Verpflichtung zur Abzeichnung im *Medikamentenblatt*. Es ist aber für uns wichtig, um so die ärztliche Kommunikation nachweisen zu können
5. parallel dazu stellt der Hausarzt das entsprechende Medikament aus und reicht es an die PFK weiter.
6. die PFK setzt sich mit der Kooperationsapotheke telefonisch in Verbindung, bestellt vorab das rezeptierte Medikament, welches am selben Tag geliefert wird. Das Rezept wird dann bei Lieferung mitgenommen.
7. Sobald das Medikament geliefert wird, stellt es die PFK entsprechend der ärztlichen Anordnung.
8. Nach der Medikamentengabe dokumentiert die PFK die Medikamentengabe im *Leistungsnachweis Behandlungspflege* und zeichnet die Gabe mit seinem Handzeichen ab.

4.3.4.2 Normalität

Ausgangssituation wie oben:

1. Die PFK ruft in der Praxis an, hängt in der Warteschleife und nach einigen Minuten kann sie mit der Arzthelferin sprechen. Der Hausarzt hat keine Zeit für ein Telefonat mit der PFK und auch keine Zeit für einen Hausbesuch
2. die PFK informiert die Arzthelferin über die Symptome und die Arzthelferin verspricht, dass sich der Arzt später melden wird
3. im Formular „*ärztliche Kommunikation/Visitenblatt*“ wird das Telefonat mit der Praxis/Arzthelferin dokumentiert und dort ebenfalls vermerkt, dass sich der Arzt wegen der weiteren Behandlung telefonisch melden wird



4. erfolgt der Rückruf wird dieses ebenfalls im Formular „*ärztliche Kommunikation/Visitenblatt*“ vermerkt inklusive der Behandlungsanweisungen. Diese werden mit „VuG“ gekennzeichnet und mit dem Handzeichen der PFK versehen
5. ordnet der Arzt ein neues Medikament an, wird dieses im *Medikamentenblatt* erfasst und ebenfalls mit VuG und Handzeichen gekennzeichnet. Beim nächsten Hausbesuch sollte der Arzt diese Medikamentenanordnung mit seinem Handzeichen ergänzen. Da aber kein Vertragsverhältnis zwischen Arzt und der Einrichtung besteht, ist dieses eine freiwillige Leistung des Arztes. Das Rezept wird entweder beim nächsten Hausbesuch mitgebracht, per Post verschickt oder von der Apotheke aus der Praxis geholt
6. ohne Rezept bestellt die PFK die Medikamente bei der Kooperationsapotheke vorab, welche am gleichen Tag geliefert werden
7. sobald die Medikamente geliefert sind, werden sie von der PFK nach der ärztlichen Anordnung gestellt und dem Bewohner verabreicht
8. nach der Medikamentengabe dokumentiert die PFK diese im *Leistungsnachweis* „*Behandlungspflege*“.

4.3.4.3 Häufige Situation

Ausgangssituation wie oben.

1. Die PFK ruft in der Praxis an, hängt in der Warteschleife und nach einigen Minuten kann sie mit der Arzthelferin sprechen. Der Hausarzt hat keine Zeit für ein Telefonat mit der PFK
2. die PFK informiert die Arzthelferin über die Symptome und sie verspricht, dass der Arzt im Laufe des Tages zum Hausbesuch kommen wird
3. im Formular „*ärztliche Kommunikation/Visitenblatt*“ wird das Telefonat mit der Praxis/Arzthelferin dokumentiert und dass der Arzt zum Hausbesuch kommen wird.
4. der Arzt kommt zum Hausbesuch, meldet sich nicht, sondern geht direkt zum Bewohner.
5. Er untersucht den Bewohner, stellt ein Rezept aus, welches er beim Bewohner im Zimmer lässt. Wenn die PFK Glück hat, meldet sich der Bewohner und informiert die PFK über den Arztbesuch und über das ausgestellte Rezept



6. oder: Der Arzt verlässt mit dem Rezept das Zimmer und drückt es der erstbesten Pflegekraft, die ihm über den Weg läuft, in die Hand. Zeit, um mit der PFK zu sprechen, hat er keine
7. die PFK bestellt das Medikament vorab bei der Kooperationsapotheke und setzt sich erneut mit der Arztpraxis in Verbindung, um die genaue Behandlung abzuklären. Dieses wird im Formular „*ärztliche Kommunikation/Visitenblatt*“ dokumentiert und mit „VuG“ gekennzeichnet und mit dem Handzeichen der PFK versehen
8. die Medikamentenverordnung wird im *Medikamentenblatt* dokumentiert und ebenfalls mit „VuG“ gekennzeichnet und mit dem Handzeichen der PFK versehen
9. die Apotheke liefert das Medikament und nimmt das Rezept mit
10. sobald die Medikamente geliefert sind, werden sie von der PFK nach der ärztlichen Anordnung gestellt und dem Bewohner verabreicht
11. nach der Medikamentengabe dokumentiert die PFK diese im *Leistungsnachweis* „*Behandlungspflege*“

4.4 Fazit

Das Medikationsmanagement in der stationären Pflege ist Krisenmanagement, weil wir als Einrichtung

- die Anforderungen des SGB XI (§§ 75 und 114) erfüllen müssen,
- die Bewohneransprüche erfüllen müssen (Wohn- und Betreuungsvertrag)
- die Leistungen nicht finanziert bekommen
- sich der Aufwand für die Behandlungspflege nicht im Pflegeschlüssel (=Personalmenge) wiederfindet

Ziel sollte daher sein, dass das Medikationsmanagement möglichst störungsfrei verläuft. Dafür ist es notwendig, dass neben der Kooperationsvereinbarung mit der Apotheke möglichst auch Kooperationsvereinbarungen mit den Hausärzten unserer Bewohner abgeschlossen werden.

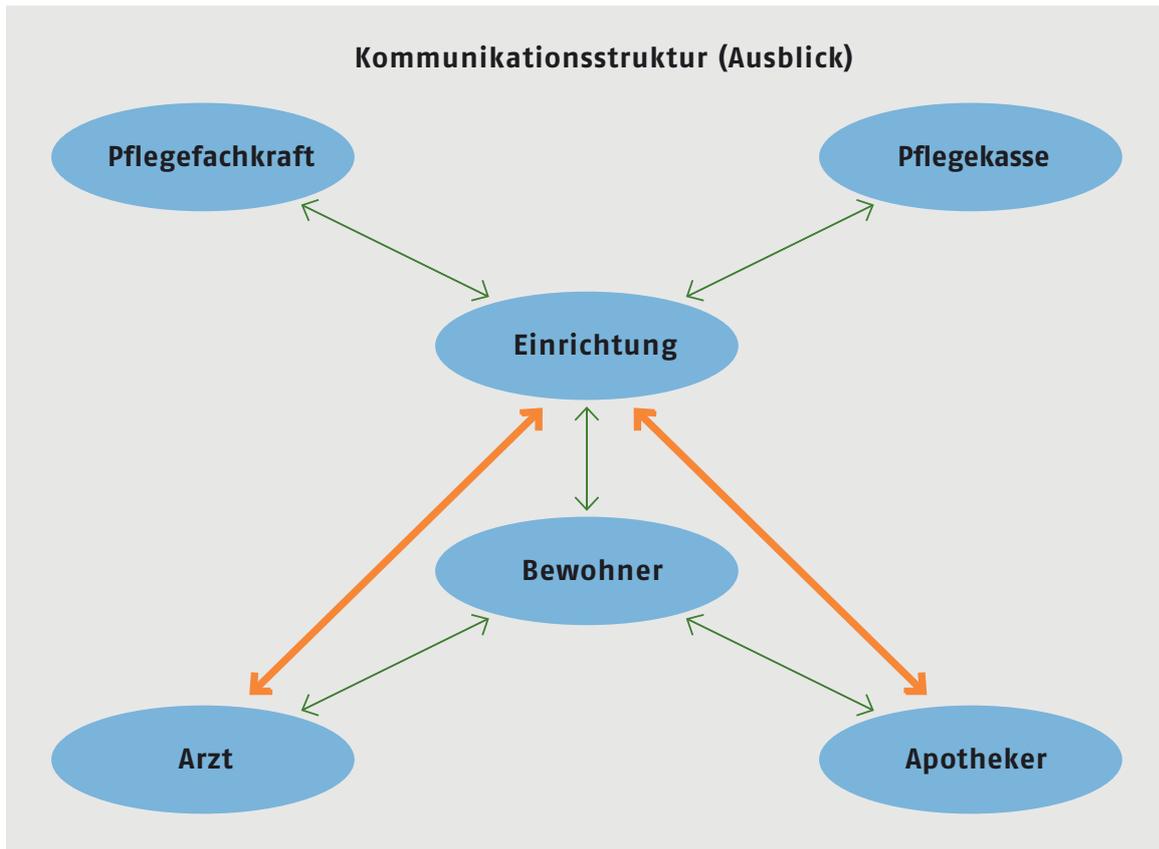


Abb. 3 Kommunikationsstruktur – Ausblick
Quelle: eigene Darstellung



5 Neuer Rechtsrahmen für die Arzneimittelversorgung in Alten- und Pflegeeinrichtungen

Hilko J. Meyer

Zur Gesundheitsversorgung der Patienten müssen die Leistungserbringer arbeitsteilig zusammenwirken. Was wie eine Binsenweisheit klingt, ist im deutschen Gesundheitswesen an vielen Stellen bis heute keine Selbstverständlichkeit. Die Gründe für dieses seit Jahrzehnten beklagte Defizit sind vielfältig. Von der Aufteilung des hiesigen Gesundheitswesens in getrennt regulierte, organisierte und finanzierte Sektoren über das stark auf die fachliche Spezialisierung ausgerichtete Studium und professionelle Selbstverständnis der akademischen Heilberufe bis hin zu offenkundigen Organisations- und Kommunikationsmängeln innerhalb der einzelnen Einrichtungen und zwischen den Anbietern von Gesundheitsleistungen reicht die Palette der Diagnosen, die zu zahlreichen Forderungen, Gesetzesänderungen und zum Teil auch zu praktischen Veränderungen geführt haben. Darüber hinaus gibt es jedoch einen weiteren strukturellen Grund für die beklagten Defizite bei der patientenzentrierten Zusammenarbeit der Leistungserbringer im Gesundheitswesen. Es sind die genuin juristischen Beschränkungen der arbeitsteiligen Zusammenarbeit zwischen den Leistungserbringern, die jegliche Kooperation zwischen Anbietern von Gesundheitsleistungen, und sei sie sachlich noch so begründet oder sogar gesetzlich gefordert, zu einem besonders zu rechtfertigenden, rechtlich komplizierten und damit risikobehafteten und schwer zu kalkulierenden Unterfangen werden lassen.

Grundlage für diese juristischen Beschränkungen ist die Tatsache, dass die Leistungserbringer unseres Gesundheitswesens als wirtschaftlich selbständige Einheiten agieren, die ihre Tätigkeit fachlich eigenverantwortlich durchführen und sich in einem inzwischen flächendeckend wettbewerblich eingerichteten Gesundheitsmarkt zu bewähren haben. Sie unterliegen damit nicht nur spezifischen gesundheits- und sozialrechtlichen Regelungen, sondern in zunehmendem Maße den allgemeinen marktwirtschaftlichen Regeln Gesetzen und Vorschriften. Ein Beispiel für die daraus resultierenden, spezifisch juristischen Hindernisse für die fachliche Kooperation, das hier jedoch nicht weiter vertieft werden soll, sind Fragen der straf- und

zivilrechtlichen Haftung bei arbeitsteiligem Zusammenwirken innerhalb und zwischen Einrichtungen des Gesundheitswesens. Andere Beispiele sind die straf-, berufs- und wettbewerbsrechtlichen Zusammenwirkungsverbote für Anbieter von Gesundheitsprodukten und -dienstleistungen. Diese vielfältigen rechtlichen Hindernisse tragen dazu bei, dass funktionierende Modelle der Kooperation und Vernetzung bis heute weitgehend singuläre Leuchtturmprojekte ohne flächendeckende Ausstrahlungskraft geblieben sind. Am Beispiel der Arzneimittelversorgung von Bewohnern stationärer Alten- und Pflegeeinrichtungen lässt sich darstellen, in welche Konfliktsituationen die beteiligten Leistungserbringer durch die inkonsistenten Anforderungen des rechtlichen Umfelds ihrer Tätigkeit durch eine patientenzentrierte Zusammenarbeit geraten können.

5.1 Der Anspruch auf Versorgungsmanagement

Auf der einen Seite scheint alles ganz klar zu sein. Obwohl die Gesetzgebung im Bereich der stationären Pflege – bis auf den Heimvertrag¹ – seit der Föderalismusreform 2006 Ländersache ist, sehen die inzwischen erlassenen Heimgesetze weitgehend übereinstimmend vor, dass die Betreiber solcher Einrichtungen die ärztliche und gesundheitliche Betreuung der Bewohner zu gewährleisten haben.² Die sachlich und fachlich geforderte Kooperation der Leistungserbringer bei der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung der Patienten ist dabei nicht nur unterstellt, sondern wurde vom Gesetzgeber sogar in den Rang eines gesetzlichen Anspruchs der GKV-Versicherten erhoben.

Nach §§ 11 Abs. 4, 39 Abs. 1 SGB V haben Versicherte Anspruch auf Versorgungsmanagement. Er richtet sich in erster Linie auf die Lösung von Problemen beim Übergang in die verschiedenen Versorgungsbereiche und umfasst auch die fachärztliche Anschlussversorgung. Die betroffenen Leistungserbringer haben eine sachgerechte Anschlussversorgung des Versicherten sicherzustellen und sich gegenseitig die erforderlichen Informatio-

1 Der Heimvertrag ist im Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz (WBVG 2009) geregelt.

2 Vgl. z.B. § 9 Abs. 2 S. 3 Hessisches Gesetz über Betreuungs- und Pflegeleistungen (HGBP 2012); § 7 I 1 Wohn- und Teilhabegesetz NRW (WTG 2008).

nen übermitteln. Dazu zählt in der Heimversorgung auch die Information des Arztes über das Auslaufen der verordneten Dauermedikation und die Übermittlung der vom Arzt im Rahmen des Behandlungsvertrags mit dem Heimbewohner pflicht- und ordnungsgemäß ausgestellten Verordnung an den Apotheker. Die gesetzlichen Krankenkassen haben die Leistungserbringer zur Erfüllung dieser Aufgabe zu unterstützen. In dieses Versorgungsmanagement sind die Pflegeeinrichtungen einzubeziehen, wobei eine enge Zusammenarbeit mit Pflegeberatern und Pflegeberaterinnen nach § 7a SGB XI zu gewährleisten ist. Das Versorgungsmanagement und eine dazu erforderliche Übermittlung von Daten dürfen nur mit Einwilligung und nach vorheriger Information des Versicherten erfolgen. Diese Voraussetzungen sind bei Patienten, die der Teilnahme an der Arzneimittelversorgung durch die heimversorgende Apotheke zugestimmt haben, regelmäßig erfüllt.

Trotz dieser Regelungen und der öffentlichen und fachlichen Diskussion über die Probleme der sektorenübergreifenden Gesundheitsversorgung und der Kommunikation und Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Berufsgruppen³, ist vielfach unklar, an wen sich der Anspruch auf Versorgungsmanagement richtet⁴. Bei erkrankten Heimbewohnern sind zudem jeweils zwei Kostenträger involviert, nämlich Pflege- und Krankenversicherung. Die dadurch bewirkte Segmentierung von Behandlungsprozessen wird den Bedürfnissen von Patienten, insbesondere bei chronischen Erkrankungen und multimorbiden Verläufen, nicht gerecht.

5.2 Die institutionelle Einbindung der Ärzte in die Heimversorgung

Bei der Versorgung von Heimbewohnern liegt ein weiterer, als problembehaftet erkannter Sachverhalt in der vielfach zu beobachtenden unkoordinierten Tätigkeit sehr vieler Ärzte im gleichen Heim, die häufig nur einzelne Patienten versorgen und keinen Kontakt zur Heimleitung aufnehmen. Dies ist zunächst durch das Selbstbestimmungsrecht des einzelnen Patien-

3 Vgl. Sachverständigenrat Gesundheitswesen (Hrsg.): Sondergutachten 2012 und Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.): Aktionsplan 2013–2015 zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit in Deutschland, S. 15–17.

4 Becker/Kingreen 2012, § 11 SGB V, Rn. 13.

ten und sein darauf beruhendes Recht auf freie Arztwahl begründet und nicht zu beanstanden. Bedingt durch die eingeschränkte natürliche Koordinations- und Kontrollfähigkeit vieler Heimbewohner und die häufige Überlastung des Pflegepersonals kommt es jedoch aufgrund der fehlenden Koordination und Kommunikation immer wieder zu Arzneimitteltherapiefehlern, z. B. zu Doppelverordnungen des gleichen Arzneimittels oder zur Verordnung wechselseitig nicht verträglicher Medikamente. Bislang gab es nur im Rahmen von Modellversuchen und neuen Versorgungsformen Versuche, die Zusammenarbeit zwischen Heimträgern und -leitungen einerseits und Ärzten andererseits institutionell zu etablieren. Beispiele sind Modellversuche nach §§ 63, 64 SGB V („Berliner Modell“), Verträge zur besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung § 73 c SGB V (KV-Praxisnetz Bayern), Verträge zur Integrierten Versorgung nach § 140 a ff. SGB V (AOK-Modell Westfalen, AOK-Pflegenetz Bayern) sowie Modelle zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung nach § 8 Abs. 3 SGB XI (Modellprojekt Stiftung Hospital St. Wendel, Saarland). Auch wenn vergleichbare Absprachen bereits in vielen Heimen praktiziert werden, fehlte es bislang an einer rechtlichen Grundlage, die entsprechende Kooperationsvereinbarungen flächendeckend ermöglicht.⁵

Durch das GKV-Versorgungsstrukturgesetz 2011 und das Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz 2012 wurde die ambulante Behandlung in stationären Pflegeeinrichtungen gemäß § 119 b SGB V neu geregelt. Danach können stationäre Pflegeeinrichtungen einzeln oder gemeinsam bei entsprechendem Bedarf – unbeschadet des weiter bestehenden Sicherstellungsauftrags nach § 75 Abs. 1 SGB V – Kooperationsverträge mit dafür geeigneten vertragsärztlichen Leistungserbringern schließen. Auf Antrag der Pflegeeinrichtung hat die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zur Sicherstellung einer ausreichenden ärztlichen Versorgung von pflegebedürftigen Versicherten in der Pflegeeinrichtung entsprechende Kooperationsverträge zu vermitteln. Kommt ein solcher Vertrag nicht innerhalb einer Frist von sechs Monaten nach Zugang des Antrags der Pflegeeinrichtung zustande, ist die Pflegeeinrichtung sogar zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versor-

5 Zu den Defiziten in der ärztliche Versorgung in der vollstationären Pflege vgl. Schmidt/Enders in Kapitel 9.



gung der pflegebedürftigen Versicherten in der Pflegeeinrichtung zu ermächtigen. Sie darf dann hierfür Ärzte einstellen, die in das Arztregister eingetragen sind und geriatrisch fortgebildet sein sollen. Soll die Versorgung der pflegebedürftigen Versicherten durch einen in mehreren Pflegeeinrichtungen angestellten Arzt erfolgen, ist der angestellte Arzt zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung der pflegebedürftigen Versicherten in den Pflegeeinrichtungen zu ermächtigen. Auch hier bleibt das Recht auf freie Arztwahl der Versicherten in der Pflegeeinrichtung ausdrücklich unberührt. Der in der Pflegeeinrichtung tätige Arzt soll nach § 119b Abs. 1 Satz 6 SGB V mit den übrigen Leistungserbringern eng zusammenarbeiten. Dies schließt insbesondere die Kooperation mit der heimversorgenden Apotheke ein.

Parallel hierzu wurde in § 114 Abs. 1 SGB XI verankert, dass vollstationäre Pflegeeinrichtungen ab dem 1. Januar 2014 verpflichtet sind, die Regelung der ärztlichen, fachärztlichen und zahnärztlichen Versorgung sowie die Arzneimittelversorgung in den Einrichtungen gegenüber den Landesverbänden der Pflegekassen nachzuweisen. Dabei geht es insbesondere um den Abschluss und den Inhalt von Kooperationsverträgen, die Einbindung der Einrichtung in Ärztenetze sowie den Abschluss von Vereinbarungen mit Apotheken. Diese Informationen über die Regelungen zur ärztlichen, fachärztlichen und zahnärztlichen Versorgung sowie zur Arzneimittelversorgung in vollstationären Einrichtungen sind gemäß § 115 Abs. 1 b SGB XI für die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen verständlich, übersichtlich und vergleichbar sowohl im Internet als auch in anderer geeigneter Form kostenfrei zur Verfügung zu stellen.

5.3 Die institutionelle Einbindung der Apotheken in die Heimversorgung

Im Gegensatz zum ärztlichen Bereich ist die institutionalisierte Zusammenarbeit der Apotheken mit dem Heim bereits seit langem gesetzlich geregelt. § 12a Apothekengesetz (ApoG) schreibt vor, dass zur Versorgung von Heimbewohnern mit Arzneimitteln und apothekenpflichtigen Medizinprodukten ein genehmigungspflichtiger Versorgungsvertrag zwischen Apothekeninhaber und Heimträger abzuschließen ist. Dieser muss unter anderem vertragliche Regelungen über Art und Umfang der Versorgung, das Zutritts-

recht zum Heim sowie die Pflichten zur Überprüfung der ordnungsgemäßen, bewohnerbezogenen Aufbewahrung der von ihm gelieferten Produkte durch pharmazeutisches Personal der Apotheke sowie die Dokumentation dieser Versorgung enthalten.⁶ Zu den festzulegenden Pflichten des Apothekers zählt auch die Information und Beratung von Heimbewohnern und des für die Verabreichung oder Anwendung der gelieferten Produkte Verantwortlichen, soweit eine Information und Beratung zur Sicherheit der Heimbewohner oder der Beschäftigten des Heimes erforderlich sind.⁷ Zudem enthält die Apothekenbetriebsordnung umfangreiche Verpflichtungen des Apothekers zur Abstimmung mit dem Arzt. Enthält eine Verschreibung einen für den Apotheker erkennbaren Irrtum, ist sie nicht lesbar oder ergeben sich sonstige Bedenken, so darf er das Arzneimittel nicht abgeben, bevor er die Unklarheit beseitigt hat, insbesondere durch Abklärung mit dem verordnenden Arzt.⁸ Der Apothekenleiter muss im Rahmen des Qualitätsmanagementsystems sicherstellen, dass nicht nur Patienten und andere Kunden, sondern auch die zur Ausübung der Heilkunde, Zahnheilkunde oder Tierheilkunde berechtigten Personen hinreichend über Arzneimittel und apothekenpflichtige Medizinprodukte informiert und beraten werden.⁹

5.4 Das Zusammenwirkungsverbot zwischen Arzt und Apotheker ...

Trotz dieser klaren Rechtslage sorgte kürzlich ein wettbewerbsrechtliches Urteil für Aufsehen, das ein direktes Weiterleiten von Rezepten für Heimbewohner durch eine Arztpraxis an die heimversorgende Apotheke als einen Verstoß gegen das Verbot der ungenehmigten Rezeptsammlung beurteilte und daher als eine unzulässige Wettbewerbshandlung qualifizierte. Hintergrund für die Entscheidung ist das apothekenrechtliche Verbot, ohne behördliche Erlaubnis eine „Rezeptsammelstelle“ zu betreiben,¹⁰ das nach ständiger Rechtsprechung auch für alle anderen Maßnahmen des Apothe-

6 § 12a Abs. 1 S. 2 Nr.2 ApoG.

7 § 12a Abs. 1 S. 2 Nr.3 ApoG.

8 § 17 Abs. 5 S. 2 ApBetrO.

9 § 20 Abs. 1 S.1 ApBetrO.

10 § 24 Abs. 1 ApBetrO.



kers gilt, die darauf gerichtet sind, ärztliche Verschreibungen zu sammeln und ihm zur Auslieferung zuzuführen.¹¹ Außerdem gibt es das ausdrückliche Verbot, Rezeptsammelstellen in Gewerbebetrieben oder bei Angehörigen der Heilberufe zu unterhalten. Grundsätzlich, also ohne Vorliegen eines Ausnahmetatbestands,¹² ist es daher unzulässig, wenn die Verschreibungen von der Arztpraxis gefaxt oder fernmündlich an die Apotheke übermittelt oder von einem Mitarbeiter der Arztpraxis oder Apotheke in die Betriebsräume gebracht werden.¹³ Eine solche Praxis verstößt außerdem regelmäßig gegen das Zusammenarbeits- und Zuweisungsverbot zwischen Arzt und Apotheker dar, das komplementär für Ärzte¹⁴ und Apotheker¹⁵ gilt. Dieses allgemeine Zusammenwirkungsverbot ist die konsequente Folge der rechtlichen Ausgestaltung der Professionen von Arzt und Apotheker als zwei getrennte, allein dem Wohl des Patienten verpflichtete akademische Heilberufe und dient der ordnungsgemäßen Gesundheitsversorgung der Bevölkerung.¹⁶ Um den ökonomischen oder sozialen Anreizen entgegenzuwirken, sich zum eigenen Nutzen und zum Schaden von Patienten und/oder Kostenträger über die Trennung der Berufssphären hinwegzusetzen, ist eine konsequente Durchsetzung dieser Verbote erforderlich.

5.5 ... und seine Ausnahmetatbestände

Das Gericht wandte dieses Zuweisungsverbot jedoch in dem entschiedenen Fall nicht nur auf die in großem Stil praktizierte Zuweisung von Rezepten „normaler“ ambulanter Patienten an, sondern auch auf Verordnungen, die im Rahmen einer Heimversorgung auf Grundlage eines genehmigten Versorgungsvertrages an die zuständige heimversorgende Apotheke übermittelt wurden. Damit verkannte das Gericht, dass diese Konstellation einen Ausnahmetatbestand von den genannten Zusammenwirkungsverboten umfasst. In der Heimversorgung ist – wie dargestellt das Zusammenwirken

11 Cyran/Rotta, Apothekenbetriebsordnung, Stand: September 2012, § 24 Rdnr. 6.

12 Vgl. Meyer, A&R 2014, 112.

13 Tisch, PZ 1995, 4030.

14 § 31 MBO-Ärzte.

15 § 11 Abs. 1 ApoG.

16 Schiedermaier/Pieck, Apothekengesetz, § 11 Rdnr. 2.

zwischen Heim, Arzt und Apotheker sachlich-fachlich erforderlich und eine unzulässige Beeinflussung der Wahrnehmung heilberuflicher und berufsrechtlicher Pflichten kommt nicht in Betracht. Dies ergibt sich insbesondere daraus, dass bei Bestehen eines genehmigten Versorgungsvertrages und der Zustimmung des Heimbewohners zur Teilnahme an der Heimversorgung das dem Rezeptsammelungsverbot wie auch dem generellen Zuweisungsverbot zugrundeliegende Schutzobjekt, nämlich die unbeeinflusste Wahlfreiheit des Patienten in Bezug auf Apotheken, nicht verletzt wird. Diese Wahlfreiheit ist nämlich dadurch sichergestellt, dass der Heimbewohner bereits bei Abschluss des Heimvertrags entscheidet, ob er an der Arzneimittelversorgung durch die heimversorgende Apotheke teilnehmen will oder ob er es bevorzugt, seine Arzneimittel von der gewohnten Apotheke zu beziehen. Dieses Wahlrecht kann auch nachträglich in Anspruch genommen werden und darf weder durch den Versorgungsvertrag Heim – Apotheke, noch durch den Heimvertrag Heim – Bewohner eingeschränkt werden.¹⁷ Will ein Patient nicht an der Heimversorgung teilnehmen, muss er sich allerdings selbst um die Beschaffung der Arzneimittel kümmern. Das Heim darf ohne einen oder neben einem genehmigten Versorgungsvertrag keine regelmäßige, dauerhafte und systematische (Parallel-)Versorgung mit Arzneimitteln durch nicht durch gebundene Apotheken durchführen.¹⁸ Ist das Heim im Rahmen des Heimvertrages beauftragt, die Arzneimittelversorgung der Heimbewohner sicherzustellen, so darf dies ausschließlich auf der Grundlage des genehmigten Heimversorgungsvertrags über die zuständige Versorgungsapotheke geschehen. Eine Übermittlung der Rezepte an diese Apotheke erfüllt daher nicht den Tatbestand der unerlaubten Rezeptsammlung oder -zuweisung, und zwar unabhängig davon, ob die Übermittlung unter Einschaltung des Heims oder auf direktem Wege erfolgt. Die entsprechende Zusammenarbeit zwischen Arzt und Apotheker in der Heimversorgung auf der Grundlage eines genehmigten Versorgungsvertrags verstößt demnach nicht gegen die berufsrechtlichen Zusammenwirkungsverbote für Ärzte und Apotheker.

17 § 12 a Abs. 1 Nr. 4 ApoG.

18 LBG für Heilberufe beim OVG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 11.9.2009, A&R 2009, 288.



Auch gegen eine Fax-Übermittlung der Rezepte aus der Arztpraxis an die Apotheke bestehen keine Bedenken. Voraussetzung dafür ist, dass sich der Apotheker zuvor über die Identität der verschreibenden Person Gewissheit verschaffen hat¹⁹ und die verschreibende Person die Verschreibung der Apotheke nach der Faxübermittlung unverzüglich in schriftlicher oder elektronischer Form nachreicht. Eine ausschließliche Fax-Übermittlung der ärztlichen Verordnung an die Apotheke ist bis jetzt nur dann zulässig, wenn diese für ein Krankenhaus bestimmt ist.²⁰

5.6 Die negative Seite der wettbewerbsrechtlichen Durchsetzung gesundheitsbezogener Normen

Das oben genannte Urteil, das die Heimversorgung nur in einem Nebenaspekt berührte, aber dennoch – auch aufgrund einer überzogenen Darstellung in der ärztlichen Fachöffentlichkeit – zu großer rechtlicher Verunsicherung und praktischer Behinderung der Heimversorgung geführt hat, ist symptomatisch für die wettbewerbsrechtliche Durchsetzung gesundheitsbezogener Normen. Dies ist dadurch möglich, dass nach dem Wettbewerbsrecht eine geschäftliche Handlung²¹ unlauter und damit unzulässig ist, wenn damit einer gesetzlichen Vorschrift zuwidergehandelt wird, „die auch dazu bestimmt ist, im Interesse der Marktteilnehmer das Marktverhalten zu regeln.“²² Dies trifft auf die genannten Zusammenwirkungsverbote zwischen Arzt und Apotheker zu, denn diese dienen nicht nur der Sicherstellung einer ordnungsgemäßen Gesundheitsversorgung, sondern sind auch dazu bestimmt, im Interesse der Marktteilnehmer das Marktverhalten zu regeln. Zu den Marktteilnehmern²³ zählen in diesem Fall insbesondere die Patienten sowie die anderen Ärzte bzw. Apotheker, mit denen der jeweilige Arzt oder Apotheker im Wettbewerb steht. Für die Versicherten der Gesetz-

19 § 4 Abs. 1 analog.

20 § 2 Abs. 8 AMVV analog.

21 § 2 Abs. 1 Nr. 1 UWG.

22 § 4 Nr. 11 UWG.

23 § 2 Abs. 1 Nr. 2 UWG.

lichen Krankenversicherung ergibt sich dies aus dem sozialrechtlichen Prinzip der freien Arzt- und Patientenwahl.²⁴

Die Anwendung der lauterkeitsrechtlichen Maßstäbe auf Fragen des Gesundheitswesens führt jedoch immer wieder zu nicht sachgerechten Ergebnissen. Dies hat verschiedene Gründe. So zählt das Wettbewerbsrecht zum Zivilrecht, sodass es den Streitparteien obliegt, die zu beurteilenden Fakten vorzutragen und über Einlegung von Rechtsmitteln zu entscheiden. Ein – wie im oben dargestellten Fall – offenkundig falsch beurteilter „Nebenaspekt“ in einem einstweiligen Verfügungsverfahren bietet für die streitunterlegene Partei meist keinen Anlass, kostenträchtig weiter zu prozessieren. Auch sind zwar bei der wettbewerbsrechtlichen Beurteilung eines Verstoßes diejenigen Maßstäbe und Ausnahmeregelungen zu berücksichtigen, die für die zugrundeliegende Marktverhaltensregel gelten, doch bleibt dabei die Berücksichtigung der apotheken- und sozialrechtlichen Ausnahmeregelungen häufig ungenau. Dies gilt vor allem dann, wenn – wie im vorliegenden Fall – ausdrückliche Ausnahmeregelungen²⁵ neben solchen bestehen, die sich nur aus dem Gesamtzusammenhang der Regelungen erschließen²⁶.

5.7 Fazit

Für die Zukunft der Zusammenarbeit von Pflege, Arzt und Apotheker in der Arzneimittelversorgung von Heimbewohnern kommt es daher vor allem darauf an, die rechtlichen Rahmenbedingungen konsistent und verlässlich so zu gestalten, dass die sachlich und fachlich gebotene, am Wohl des Patienten ausgerichtete Zusammenarbeit möglich ist. Wo dies aufgrund der bestehenden Rechtslage und der darauf fußenden Rechtsprechung nicht möglich ist, sind Gesetz- und Verordnungsgeber aufgerufen, klarstellende Regelungen zu treffen präzise Ausnahmetatbestände.

24 §§ 31 Abs. 1 Satz 1, 76 Abs. 1 Satz 1 SGB V.

25 Vgl. z.B. § 12a Abs. 1 S. 2, 2 ApoG.

26 BVerwG, Urt. v. 13.3.2008. A&R 2008, 139.



6 Informationstechnik – Unterstützung für das Medikationsmanagement?

Daniel Flemming

Angesichts einer zunehmend komplexeren Gesundheitsversorgung dienen die theoretischen Ideale einer *Versorgungskontinuität* oder einer *Vernetzten Versorgung* als Entwürfe für eine sichere und effektive Versorgung der steigenden Zahl pflegebedürftiger Menschen.

So wie ein Patient zwischen den verschiedenen Akteuren wechselt, müssen auch seine relevanten Gesundheitsinformationen rechtzeitig an die weiterversorgende Einrichtung gesandt werden, schließlich gefährden Informationslücken die Patientensicherheit [1]. Ein Zusammenhang auf den insbesondere pflegebedürftige Menschen angewiesen sind, da sie den Informationsfluss ihrer Gesundheitsdaten nur eingeschränkt selbständig steuern können. Somit zählt ein lückenloser Informationsfluss zu den wichtigsten Konzepten, die einer Umsetzung der Versorgungskontinuität dienen.

Die Praxis zeigt, dass papierbasierte Instrumente wie z. B. Überleitungsbögen oder Medikationspläne diese Lücken in der Informationsweiterleitung nicht schließen können. Eine Versorgungskontinuität ohne Informationstechnologie erscheint somit heute nicht mehr möglich [2]. Wird die Vernetzte Versorgung und der lückenlose Informationsfluss durch einen einrichtungsübergreifenden und ortsunabhängigen Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologie unterstützt, wird dies als *Gesundheitstelematik* oder *eHealth* bezeichnet [3].

Der zunehmende Einsatz von Computersystemen im Gesundheitswesen bedeutet aber häufig nicht, dass Informationen im Sinne telematischer Anwendungen automatisiert ausgetauscht bzw. gemeinsam dokumentiert werden können. Die Vielzahl unterschiedlicher Softwareprodukte in Krankenhäusern, stationären Pflegeeinrichtungen, Pflegediensten, Apotheken, medizinischen Praxen etc. setzt dafür eine Übereinkunft über Struktur und Verständnis der kommunizierten Inhalte ähnlich einer gemeinsamen Sprache voraus. Man spricht davon, dass die Systeme eine *Interoperabilität* gewährleisten müssen.

Mit der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) als zentralem Element wurde vor einigen Jahren eine Telematikinfrastuktur ins Leben gerufen, um die Interoperabilität und damit die Informationskontinuität in der vernetzten Versorgung sicherzustellen: Der Patient erlaubt dem Akteur den Zugriff auf seine elektronische Gesundheitskarte, damit dieser mithilfe der Karte Patienteninformationen speichern oder lesen kann. Um die Daten vor Missbrauch zu schützen, muss der Patient seine Einwilligung zur konkreten Nutzung der eGK geben, indem er seine Karte mit der persönlichen PIN freischaltet. Zum anderen muss der Heilberufler sich mithilfe eines elektronischen Heilberufsausweises legitimieren. Als Heilberufler sind zunächst nur Mediziner, Apotheker und Psychotherapeuten vorgesehen. Die professionelle Pflege wurde zunächst nicht berücksichtigt [4], so dass ein umfassendes Medikationsmanagement in stationären Pflegeeinrichtungen mithilfe der eGK nicht möglich ist.

Neben einer technischen Interoperabilität, z. B. in Form von sicheren Netzwerken, mithilfe derer die IT-Systeme ihre Daten technisch austauschen können, bedarf es eines inhaltlichen Konsens zwischen den beteiligten Akteuren, welchem Zweck der Informationsaustausch dient und welche Akteure an ihm beteiligt sind. Bezogen auf den Medikationsplan lässt sich daraus unter anderem die Frage nach der Einbeziehung des Patienten oder Bewohners ableiten, da sich dessen Anforderungen an einen Medikationsplan möglicherweise von denen eines Apothekers unterscheiden. Es bedarf somit einer Verständigung über das Konzept des Medikationsplans und seiner Strukturen und Inhalte. Damit die IT-Systeme die Daten tatsächlich tiefergehend weiterverarbeiten können, werden neben den gemeinsamen Strukturen und Inhalten Festlegungen hinsichtlich der eingesetzten Terminologien (z. B. für Handelsnamen, Wirkstoffe etc.) benötigt. In der Informatik werden die genannten Aspekte in sogenannten Kommunikationsstandards beschrieben, die am Ende ihres Entwicklungsprozesses formal von entsprechenden Standardisierungsgremien verabschiedet werden.

Es existieren bereits verschiedene Ansätze zur Unterstützung des Medikationsmanagements auf Basis von Kommunikationsstandards, von denen zwei an dieser Stelle vorgestellt werden sollen.



6.1 Der AKDÄ-Medikationsplan

Die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft hat bereits einen Medikationsplan als elektronisches Dokument spezifiziert [5]. Dieser Medikationsplan hat nicht das Ziel eine einrichtungsübergreifende Medikationsakte zu ersetzen, sondern soll dem Patienten seine aktuelle Medikation darstellen. Aus diesem Grund ist der Medikationsplan mithilfe eines zweidimensionalen Barcodes zwar auch elektronisch lesbar, aber genauso bedeutsam ist die Nutzung als Papierdokument (● Abb. 4). Der AKDÄ-Medikationsplan enthält Informationen zum Patienten, zur oralen und subkutanen Medikation bzw. zur Bedarfsmedikation. Für eine vollständige elektronische Nutzung ist es notwendig, die Darreichungsformen und die Dosierungsstärke codiert darstellen zu können und gleichzeitig Vokabularien für ergänzende Informationen, wie den Einnahmezeitpunkt, die Lagerung, Zubereitung oder Anwendung des Medikaments zu definieren. Darüber hinaus muss der Behandlungsgrund mithilfe der Alpha-ID (einer Verschlüsselung medizinischer und alltagssprachlicher Diagnosen, <https://www.dimdi.de/static/de/klassi/alpha-id/>) codiert werden.



Medikationsplan
Seite 1 von 1

AKTIONSPLAN ZUR VERBESSERUNG DER
ARZNEIMITTEL
IN DEUTSCHLAND

THERAPIESICHERHEIT

für: **Michaela Mustermann** geb. am: **13.12.1936**

ausgedruckt von: Dr. Manfred Überall
Hauptstraße 55, 01234 Am Ort
Tel.: 04562 - 12345
E-Mail: m.ueberall@mein-netz.de

ausgedruckt am: **12.12.2012**

Wirkstoff	Handelsname	Stärke	Form	Mo	Mi	Ab	zN	Einheit	Hinweise	Grund
Ramipril	Ramipril STADA® N1	5 mg	Tab	1	0	0		Stck	während der Mahlzeiten	Bluthochdruck
Hydrochlorothiazid	HCT-dura® 25 mg N2	25 mg	Tab	1	0	0		Stck	während der Mahlzeiten	Bluthochdruck
Clopidogrel	Plavix® 75 mg N1	75 mg	Tab	0	0	1		Stck	während der Mahlzeiten	art. Verschluss
Simvastatin	Simvalip® 20 mg N2	20 mg	Tab	0	0	1		Stck	nach der Mahlzeit	erhöhte Blutfette

Anwendung unter die Haut

Insulin human	Insulin B. Braun Basal		Spritze	20	0	10		IE	sub cutan	Diabetes
---------------	------------------------	--	---------	----	---	----	--	----	-----------	----------

Bedarfsmedikation

Glyceroltrinitrat	Corangin® Nitrospray		Spray	max. 3				Hübe	akut	Herzschmerzen
	Vivinox® stark		Tab	0	0	0	1	Stck	bei Bedarf	Schlaflosigkeit

Wichtige Angaben
Bitte messen Sie Ihren Blutdruck täglich!

Abb. 4 AKDÄ-Medikationsplan

Quelle: http://wiki.hl7.de/images/Cdaamp_akdae.JPG



Der Einsatz des AKDÄ-Medikationsplans wird in verschiedenen Projekten konzipiert. So soll er eine zentrale Rolle in der Erprobung der hausärztlichen Leitlinie zur Multimedikation in Hessen spielen und im Rahmen eines ABDA-KBV-Modellvorhabens in Sachsen angewendet werden [6]. In Nordrhein-Westfalen soll der AKDÄ-Medikationsplan auf der Basis bestehender IT-Standards für klinische Dokumente definiert und getestet werden.

6.2 Das Medikation-Segment im eArztbrief und ePflegebericht

Neben dem AKDÄ-Medikationsplan soll an dieser Stelle auf eine weitere IT-Spezifikation hingewiesen werden. Der elektronische Arztbrief [7], der vom deutschen Verband der IT-Hersteller im Gesundheitswesen (bvitg e. V.) bereits 2006 spezifiziert wurde, besteht aus einem hochstrukturierten Dokumenten-Header, in dem die Angaben zum Patienten, zum Aufenthalt, sowie zum Sender und Empfänger des Dokuments hinterlegt werden, sowie einem inhaltlichen Body. Dieser Dokumenten-Body wird in verschiedene Segmente aufgeteilt, z. B. Diagnosen, Verlauf, weiteres Procedere etc. Hierzu zählt auch ein Segment zur Medikation des Patienten, mithilfe dessen Angaben zur Beschreibung des Medikaments, seiner Darreichungsform, Dosierung und weitere Verabreichungshinweise strukturiert und codiert transportiert werden können. Diese Informationen sind als Papiausdruck menschenlesbar, gewährleisten auf der Basis bestehender IT-Standards aber auch die Interoperabilität zwischen verschiedenen IT-Systemen, so dass die Daten weiterverarbeitet werden können.

Das Medikation-Segment kann auch im elektronischen Pflegebericht (ePflegebericht) genutzt werden, der analog zum elektronischen Arztbrief als elektronisches pflegerisches Transferdokument bei Verlegung oder Entlassung definiert ist. Der ePflegebericht wurde unter der Schirmherrschaft des Deutschen Pflegerates e. V. an der Hochschule Osnabrück in Zusammenarbeit mit dem Netzwerk Versorgungskontinuität in der Region Osnabrück e. V. entwickelt [8]. Er dient mit seiner Struktur im Dokumenten-Body dem Austausch pflegerischer Informationen, die gemäß des Pflegeprozesses systematisiert werden, sowie weiterer Angaben zu Verfügungen oder Vollmachten des Patienten und zu seinem häuslichen Umfeld

(○ Abb.5). Wie in einem Baukasten-Prinzip kann das Medikation-Segment aus dem elektronischen Arztbrief im Bedarfsfall hinzugefügt werden.

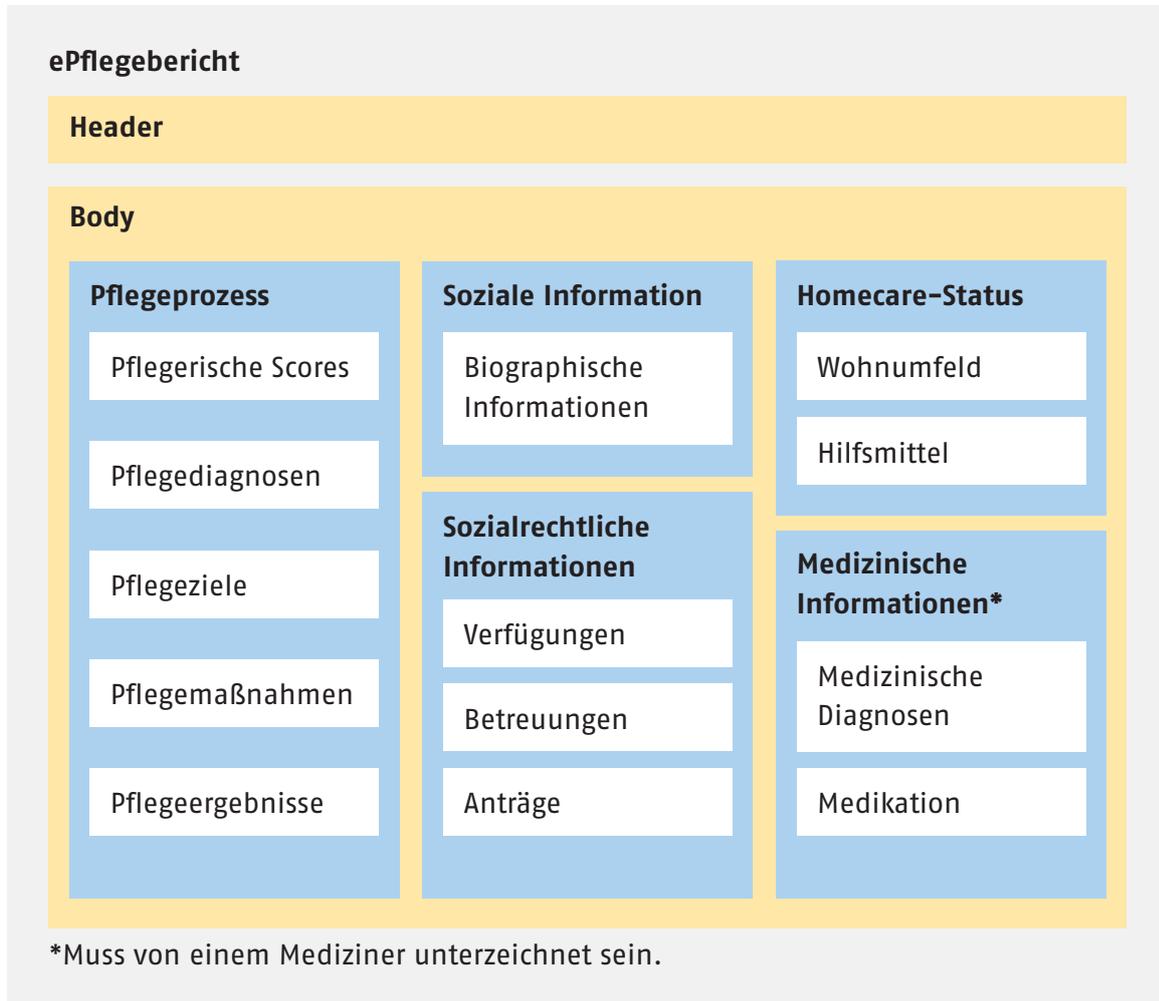


Abb. 5 Struktur des ePflegeberichts
Quelle: eigene Darstellung

6.3 Fazit

Eine elektronische Unterstützung eines Medikationsmanagements ermöglicht eine effektive Informationskontinuität in der vernetzten Versorgung. Dies gilt insbesondere auch für Patienten, die den Informationsfluss ihrer gesundheitsbezogenen Informationen nicht mehr selbständig steuern können. Angaben zur Medikation werden strukturiert und leserlich abgelegt, ohne dass die konventionelle Papierwelt des Patienten so gleich vollständig verlassen werden muss. Die von unabhängigen Experten definierte Spezifi-



kation des AKDÄ-Medikationsplans umfasst zunächst alle relevanten Informationen zur aktuellen Medikation des Patienten. Mehrwerte für den Patienten, wie z. B. die automatisierte Prüfung der Arzneimitteltherapiesicherheit können zukünftig ergänzt werden. Als Bestandteil elektronischer Transferdokumente ist ein Medikation-Segment ein wichtiger Baustein einer zukünftigen multidisziplinären Entlassdokumentation.

Die Forschungsgruppe Informatik im Gesundheitswesen an der Hochschule Osnabrück hat sich u. a. die standardbasierte Unterstützung von Versorgungsprozessen zum Ziel gesetzt. Die Anpassung und pilothafte Implementierung eines standardbasierten Medikationsmanagements im Rahmen des „ProMmt“-Projektes an der Fachhochschule Frankfurt/Main wäre somit ein weiterer Schritt auf diesem Weg. Ein erster Schritt könnte hierbei die Entwicklung und Abstimmung eines Fachkonzepts für die IT-Unterstützung des Medikationsmanagements sein.

Literatur

1. Hellesø R, Lorensen M, Sorensen L (2004) Challenging the information gap – the patients transfer from hospital to home health care. *Int J Med Inform.* 2004 (73) 569–580.
2. Hübner U, Giehoff C (2002) Why Continuity of Care needs Computing: Results of a Quantitative Document Analysis. *Stud Health Technol Inform.* 2002 (90), 483–487.
3. Haas P (2006) *Gesundheitstelematik*. Springer, Berlin, Heidelberg.
4. Hübner U (2006) Telematik in der Pflege: gewährleistet die elektronische Gesundheitskarte (eGK) eine verbesserte Versorgung für pflegebedürftige Bürgerinnen und Bürger? *GMS Med Infom Biom Epidemiol.* 2006, 2(1).
5. Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (2012) Spezifikation Medikationsplan. Im Internet: www.akdae.de/AMTS/Massnahmen/docs/Medikationsplan.pdf. Letzter Zugriff: 24.09.2013.
6. Aly AF (2013) Medikationsplan für den Überblick. *Deutsches Ärzteblatt*, 110 (16), 751–752.
7. Verband der IT-Hersteller im Gesundheitswesen (2006): Arztbrief auf Basis der HL7 Clinical Document Architecture Release 2 für das Deutsche Gesundheitswesen. 2006. Im Internet: <http://download.vhitg.de/Leitfaden-VHitG-Arztbrief-v150.pdf> in der Version vom 04.08.09.
8. Hübner U, Flemming D, Strotmann U, Cruel E, Giehoff C (2011) 10 Jahre Versorgungskontinuität in der Region Osnabrück – Weiterbildung, Forschungsbegleitung und Standardisierung. Tagungsband eHealth 2011 Wien. Wien, Österreichische Computer Gesellschaft books@ocg.at, S. 97–105.



7 Medikationsmanagement als interdisziplinärer Prozess

Stefanie Kortekamp

Die sichere Arzneimittelversorgung von älteren, häufig multimorbiden Menschen in stationären Pflegeeinrichtungen ist ein komplexer, risikobehafteter Prozess, an dem zahlreiche Akteure aus unterschiedlichen Professionen und Sektoren des Gesundheitswesens beteiligt sind. Im Unterschied zum Krankenhaus arbeiten die für die Arzneimittelversorgung der Heimbewohner Verantwortlichen, insbesondere Haus- und Fachärzte, Apotheker und Pflegekräfte, nicht in einem geschlossenen System unter einheitlicher Leitung arbeitsteilig zusammen. Ihr Zusammenwirken zum Wohle des Patienten beruht aufgrund vielfältiger gesetzlicher und vertraglicher Beziehungen vielmehr auf der unstrukturierten Selbstabstimmung der Teilnehmer untereinander. Damit spiegelt die Arzneimittelversorgung im Heim einerseits die individuell gewachsenen Strukturen der ambulanten Gesundheitsversorgung von Patienten durch niedergelassene Ärzte und Apotheker wider, andererseits sind diese individuellen Versorgungsinstrumente in die übergreifenden und tendenziell statischeren Organisationsstrukturen der stationären Pflegeeinrichtung eingebettet. Häufig wird hier die Versorgung des Patienten durch weitere Akteure beeinflusst, wie z. B. Angehörige, amtliche Betreuer, Sozialarbeiter und Case Manager. In dem Maße, in dem die einzelnen Patientinnen und Patienten alters- und/oder krankheitsbedingt ihre Fähigkeit einbüßen, ihre Angelegenheiten selbst zu regeln, fallen sie zunehmend als natürliche Kontroll- und Koordinationsinstanz ihrer Behandlung und ihrer Behandler aus. Die Summe dieser Faktoren wirkt sich negativ auf die Arzneimitteltherapiesicherheit aus, zum Beispiel im Hinblick auf die Wechselwirkungen zwischen den von verschiedenen Ärzten verordneten Arzneimitteln, die Rückmeldung von Nebenwirkungen und die Kontrolle der Medikationspläne.

Die Probleme der sektorenübergreifenden Gesundheitsversorgung, der Kommunikation und Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Berufsgruppen und der Arzneimitteltherapiesicherheit bei multimorbiden Patienten sind inzwischen Gegenstand der öffentlichen und fachlichen Diskussi-

on und zum Teil auch regulatorischer Maßnahmen geworden.²⁷ Obwohl hierbei regelmäßig auf die zentrale Bedeutung von Kommunikation, Kooperation und Interdisziplinarität hingewiesen wird²⁸, sind die meisten bekannt gewordenen Umsetzungsversuche bislang stark von der jeweiligen fachgruppenspezifischen Perspektive geprägt. Beispiele hierfür sind die Modellvorhaben zur Übertragung ärztlicher Tätigkeiten auf Angehörige der Alten- und Krankenpflege²⁹, die Definition des Medikationsmanagements als „pharmazeutische Tätigkeit“ in der Apothekenbetriebsordnung³⁰ und die parallele Leitlinienentwicklung für Ärzte und Apotheker. Hier sind besonders die Leitlinie zur Versorgung der Bewohner von Heimen der Bundesapothekerkammer (BAK)³¹, die Hausärztliche Leitlinie Multimedikation der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin (DEGAM)³² und die krankheitsbildbezogenen Leitlinien der Bundesärztekammer (BÄK) zu nennen. Leitlinien sind Handlungsempfehlungen und richten sich an die jeweiligen Berufsangehörigen mit dem eigentlichen Ziel, die Qualität der Leistungen zu verbessern. Sie werden jedoch ebenfalls genutzt, um Kompetenz- und Aufgabenbereiche zu definieren und sich so von anderen Berufsgruppen abzugrenzen.

27 Vgl. Sachverständigenrat Gesundheitswesen (Hrsg.): Sondergutachten 2012 und Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.): Aktionsplan 2013–2015 zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit in Deutschland, S. 15–17.

28 Vgl. Robert Bosch Stiftung (Hrsg.), 2011: Memorandum: Kooperation der Gesundheitsberufe, Stuttgart.

29 Vgl. Richtlinie des gemeinsamen Bundesausschusses über die Festlegung ärztliche Tätigkeiten zur Übertragung auf Berufsangehörige der Alten- und Krankenpflege zur selbstständigen Ausübung der Heilkunde im Rahmen von Modellvorhaben nach § 63 Absatz 3c SGB V vom 20. Oktober 2011, BAnz S. 1 100 und 128, 1228.

30 Nach § 1a Abs. 3 Nr. 6 Apothekenbetriebsordnung wird mit dem Medikationsmanagement die gesamte Medikation des Patienten, einschließlich der Selbstmedikation, wiederholt analysiert, um die Arzneimitteltherapiesicherheit und die Therapietreue zu verbessern, indem arzneimittelbezogene Probleme erkannt und gelöst werden.

31 Vgl. Bundesapothekerkammer (Hrsg.), 2009: Leitlinie zur Versorgung der Bewohner von Heimen.

32 Vgl. DEGAM (Hrsg.), 2013: Hausärztliche Leitlinie Multimedikation.

Auch der Tätigkeitsbericht der BÄK 2012³³ bietet neben der Aufgabenabgrenzung der Ärzte und Apotheker keine Aussagen zu einer Gestaltung der Zusammenarbeit zum Wohl des Patienten. Das bereits 2011 von der Apothekerschaft angestoßene ABDA-KBV-Modell eines gemeinsamen Medikationsmanagements³⁴ kam vor allem wegen der schwierigen Abstimmung über Zuständigkeits- und Budgetfragen zwischen den Verbänden der Ärzte und Apotheker bislang nur mit kleinen Schritten voran. Die elektronische Gesundheitskarte, die auch als Instrument für den sektorenübergreifenden Informationsfluss initiiert wurde, scheiterte bislang an ähnlichen Abstimmungsproblemen.

Das Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) hat die Entwicklung eines Pflegestandards für das Medikationsmanagement ausgesetzt, weil auch dort die Meinung vertreten wird, dass nur eine gemeinsame Leitlinie für alle beteiligte Professionen zu einer Win-win Situation führen kann.

Ein weiterer wichtiger Aspekt ist im aktuellen Deutschen Gesundheitsmonitor in folgendem Satz zusammengefasst. „Die persönliche Ansprache und Wahrnehmung ist ein ganz wesentlicher Faktor für das eigene Wohlbefinden und die eigene Gesundheit. Das wird jeder bestätigen können, der mit kranken und pflegebedürftigen Menschen arbeitet oder verbunden ist.“³⁵

Setzt man diese Aussagen in Beziehung zum Medikationsmanagement im Heim und die damit einhergehende Lebensqualität der Bewohner und die Arbeitszufriedenheit der Pflegefachkräfte, Ärzte und Apotheker so ergeben sich eindeutige Handlungsbedarfe in folgenden Bereichen:

1. Interdisziplinäre fachliche Kooperation zwischen Pflegefachkraft, Arzt und Apotheker auf Augenhöhe

33 Vgl. Bundesärztekammer (AG der deutschen Ärztekammern), Tätigkeitsbericht, Berlin 2012, S. 31.

34 Vgl. Zukunftskonzept Arzneimittelversorgung (ABDA-KBV-Modell), Berlin, April 2011.

35 Vgl. Bundesverband der Arzneimittel-Hersteller e.V. (Hrsg.), 2013: <http://www.gesundheit-adhoc.de/positives-soziales-umfeld-frdert-unmittelbar-persnliches-wohlbefinden.html> , letzter Zugriff: 02.10.2013



Mit dieser Forderung schließt sich der Kreis zur oben beschriebenen Problematik der fehlenden fachlichen Kooperation und Kommunikation zwischen den Beteiligten am Medikationsmanagement.

2. Gesetzlich geregelte Kostenerstattung für alle beteiligten Professionen
Neben einer definierten Aufgabenverteilung ist die gesetzliche Regelung der Kostenerstattung für die medizinische Behandlungspflege in Pflegeheimen ein wichtiger Faktor zur Sicherung der Pflegequalität. Optimal wäre die Aufnahme des Aufwands der medizinischen Behandlungspflege in die Pflegestufenbemessung. Dadurch würde sich die Anzahl der benötigten Pflegefachkräfte in Beziehung zur Bewohneranzahl erhöhen (Pflegeschlüssel) und die Belastung der einzelnen Pflegefachkraft senken. Der Gewinn liegt in der möglichen Umverteilung der gewonnenen zeitlichen Ressourcen auf die Interaktion zwischen Pflegefachkraft und Bewohner und birgt zwei positive Effekte. Einerseits die oben geforderte verbesserte Wahrnehmung der Bewohner und damit auch eine verbesserte Überwachung unerwünschter Arzneimittelwirkungen und unerwünschter Arzneimittelereignisse und andererseits möglicherweise eine Senkung der psychischen Belastung der Pflegefachkräfte³⁶. Diese ergibt sich aus der Diskrepanz zwischen der vorhandenen Grundeinstellung vieler Pflegenden zu ihrer Aufgabe und den bestehenden Möglichkeiten.

Aber auch die Honorierung des Apothekers ist noch zu klären. Wenn der Leistungskatalog in Abstimmung mit anderen Heilberufen angepasst wird, sollten die Aufgaben des Apothekers, wie auch die der Ärzte, in einem qualitätsgesicherten Medikationsmanagement bedacht werden.

3. Vertraglich gesicherte Zusammenarbeit zwischen Heim, Apotheke und Ärzten

Unter Bezugnahme auf den Beitrag von Frau Kohlenbach-Pajonk (► Kap. 4), werden die derzeitigen Beziehungen nur kurz angerissen.

Bestehende Verträge:

- Wohn- und Betreuungsvertrag (Heim – Bewohner)

36 Vgl. Schmidt, Brinja, 2004: Burnout in der Pflege. Risikofaktoren, Hintergründe, Selbsteinschätzung, Kohlhammer Verlag.

- Versorgungsvertrag (Heim – Pflegekasse)
- Arbeitsvertrag (Heim – Mitarbeiter)
- Behandlungsvertrag (Bewohner – Arzt)
- Belieferungsvertrag (Bewohner – Apotheke)
- Heim – Apotheke

Fehlende Verträge:

- Heim – Arzt
- Arzt – Apotheke

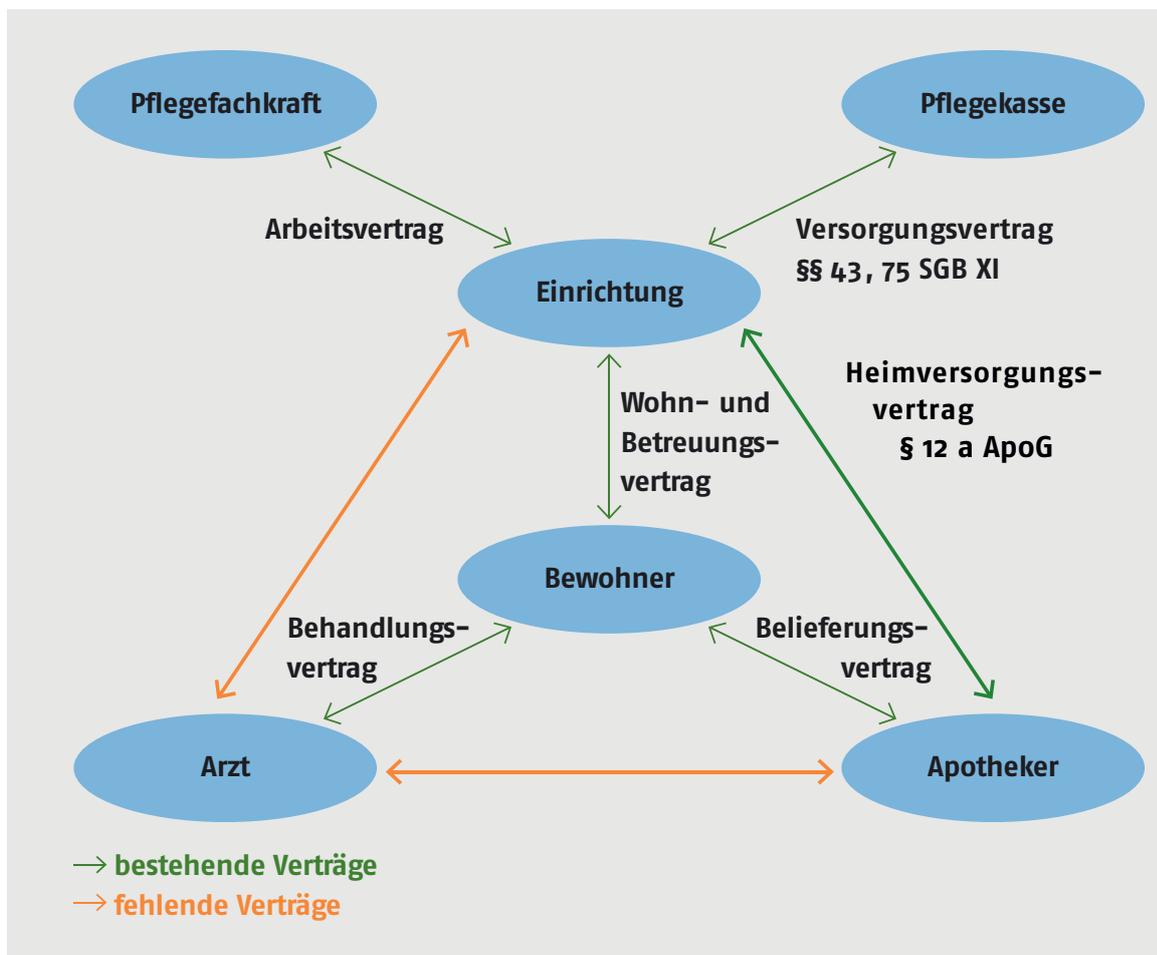


Abb. 6 Bestehende und fehlende Vertragsbeziehungen eines Pflegeheimes

Quelle: eigene Darstellung in Anlehnung an Kohlenbach-Pajonk, ► Kap. 4.4.

Das interdisziplinäre Forschungsprojekt „Prozessoptimierung im Medikationsmanagement unter besonderer Berücksichtigung der Arzneimittelversorgung in Alten- und Pflegeeinrichtungen“ (ProMmt), das die Fachhochschule Frankfurt am Main zusammen mit Forschern der Universität Witten-Herdecke und der Hochschule Osnabrück durchführt, nimmt sich



dieser Problematik an. Ziel ist die Entwicklung eines tragfähigen Prozessmodells zur strukturierten Zusammenarbeit der Beteiligten der Arzneimitteltherapie in stationären Pflegeeinrichtungen. Ein besonderes Augenmerk wird neben der Prozessmodellierung auf der Vertragsgestaltung und der Finanzierung liegen. Die wissenschaftliche und transparente Herangehensweise stellt sicher, dass sektorale Grenzen überschritten und Arbeitsbereiche neu überdacht werden können.

7.1 Herausforderungen

Benötigt wird ein interdisziplinäres, praxisorientiertes und transferfähiges Konzept einer nahtlosen Arzneimittelversorgung der Patienten in Alten- und Pflegeheimen. Speziell darauf ausgelegt, nimmt das Projekt folgende Herausforderungen an:

7.1.1 organisatorisch

In enger Kooperation mit Ärzten, Apothekern, Pflegekräften und Heimleitungen soll der Prototyp eines integrierten Medikationsmanagementprozesses entwickelt werden. Auf Grundlage eines weiter gefassten Begriffs des Medikationsmanagements, der von der optimalen Versorgung des Patienten ausgeht und alle wesentlichen Akteure einbezieht, wird unter den Gesichtspunkten der Ressourcen- und Prozessökonomie der Ablauf der Arzneimitteltherapie von Heimbewohnern analysiert, beschrieben, auf Schwachstellen untersucht und aus dem Blickwinkel des Patienten optimiert.

7.1.2 fachlich

Vorhandene Leitlinien für das Medikationsmanagement für Ärzte und für Apotheker sollen professionsübergreifend zusammengefasst werden, explizit auf die Probleme an den Übergängen zwischen den Professionen eingehen und auch die Prozesse und Aufgaben der Pflege integrieren. Auch die Entwicklung eines Pflegestandards und die Delegation ärztlicher Leistungen muss thematisiert werden.

7.1.3 technisch

Hier steht die Untersuchung und Modellierung der erforderlichen Dokumentation und ihrer technischen Umsetzung einschließlich möglicher

elektronischer Dokumentationssysteme (z. B. ein Medikationsplan auf der elektronischen Gesundheitskarte) im Vordergrund. Betrachtet man die Realität, so ist der Zugriff nur mit elektronischem Heilberufsausweis gewährt, der für das Pflegepersonal in der stationären und ambulanten Pflege nicht vergeben wird. Eine Ausweitung der Anwendungsbereiche, vom Krankheitsfall auf den Pflegefall ist nötig, um alle Leistungserbringer mit den gleichen Informationen zu versorgen und keine Schnittstellenprobleme innerhalb des Medikationsteams aufkommen zu lassen.

7.1.4 rechtlich

Hier geht es um die Haftung einzelner Berufsgruppen in der Zusammenarbeit als Team. Lag die Aufgabe, Ausführung und somit auch die Haftung für das Medikationsmanagement bislang beim Arzt, so könnten sich neu Konstellationen bei veränderter Aufgabenverteilung ergeben. Siehe hierzu beispielsweise das Urteil zur Haftung von Apothekern des Oberlandesgerichtes Köln von August 2013 (Aktenzeichen: 5 U 92/12).

7.1.5 ethisch

Die Fragen lauten: Welche ethischen Forderungen haben sich die einzelnen Berufsstände gegeben und welche können im derzeitigen System umgesetzt werden? Wie kann das System angepasst werden, wenn noch nicht alle Forderungen Beachtung finden? Kann Teamarbeit Hilfe zur Selbsthilfe bieten und sich positiv auf die Arbeitszufriedenheit aller Beteiligten auswirken?

7.1.6 finanziell

Für die Finanzierung der unterschiedlichen Aufgaben im Medikationsmanagement zeichnen unterschiedliche Kostenträger verantwortlich. Das Zusammenführen der Leitlinien, der Aufgaben als Team sowie der rechtlichen Basis spricht auch für eine Bündelung der Finanzierung. Möglich wäre eine prozentuale Übertragung finanzieller Ressourcen aller Kostenträger in einen Medikationspool, aus dem dann alle Professionen je nach Arbeitsaufwand entschädigt werden.



7.2 ProMmt

Ziel des Forschungsprojekts ist die Entwicklung eines tragfähigen Prozessmodells zur strukturierten Zusammenarbeit der Beteiligten der Arzneimitteltherapie in stationären Pflegeeinrichtungen. Das zu entwickelnde Modell nimmt eine strikt patientenzentrierte, interdisziplinäre und sektorenübergreifende Perspektive ein, wird in der Praxis evaluiert und dient als Prototyp für das Medikationsmanagement bei Bewohnern von Alten- und Pflegeheimen, um deren Lebensqualität nachhaltig zu verbessern.

Im Vordergrund stehen die Steigerung der Prozesssicherheit, die Anwender- und Patientenadhärenz und insbesondere die Verbesserung der Lebensqualität der Patienten.³⁷ Entscheidende Parameter des Forschungs- und Entwicklungsprojekts sind die multiprofessionelle Zusammenarbeit, ein teamorientiertes Rollenverständnis und eine klare Aufgabenverteilung zwischen Ärzten, Apothekern und Pflegekräften. Die besondere Herausforderung wird dabei darin bestehen, die betriebswirtschaftlichen Parameter mit den fachlichen, technischen, regulatorischen und ethischen Anforderungen der Gesundheitsversorgung durch kooperierende Gesundheitsdienstleister abzugleichen und ein praxisgerechtes, für alle Beteiligten nachvollziehbares und den jeweiligen fachlichen Standards entsprechendes integriertes Prozessmodell für das Medikationsmanagement im Heim zu entwickeln. Um die in diesem Projekt entwickelten Prozess-Strukturen zu festigen, werden sie mit rechtlichen Grundlagen und einem adäquaten Finanzierungsmodell hinterlegt.

Im Unterschied zu den meisten bislang vorgestellten Modellprojekten zum Medikationsmanagement, die sich auf Patienten beziehen, die selbst die öffentliche Apotheke aufsuchen (können), konzentriert sich das vorliegende Projekt auf ältere Patientinnen und Patienten in Alten- und Pflegeheimen, die aufgrund eines Versorgungsvertrags gem. § 12a Apothekengesetz durch eine öffentliche Apotheke mit Arzneimitteln versorgt werden. Dadurch kann das Projekt einerseits an bestehende Strukturen des dokumentierten und organisierten Versorgungszusammenhangs zwischen Ärz-

37 Vgl. Koller, M. et al. , 2009: Die Erfassung von Lebensqualität in der Versorgungsforschung. Konzeptionelle, methodische und strukturelle Voraussetzungen, Gesundheitswesen 2009, S. 864.

ten, Patienten, Heimträgern und Apotheken anknüpfen, andererseits die dort aufgrund der Patientenstruktur konzentriert auftretenden Medikations- und Abstimmungsprobleme im Medikationsprozess älterer Menschen analysieren und strukturierte Lösungsmöglichkeiten entwickeln. Auf die Einbeziehung der Pflege und der Patienten selbst in den Entwicklungsprozess wird besonderer Wert gelegt, weil beide Gruppen großen Einfluss auf das Ergebnis der Medikation haben. Die Pflege hat die entsprechende Basis in ihrer Nähe zum Patienten und der damit vorhandenen Möglichkeit gesundheitliche Reaktionen bzw. Veränderungen direkt an den Arzt zu übermitteln. Die Patienten nehmen Einfluss über ihre Adhärenz. Non-Adhärenz ist eine Herausforderung für alle Leistungserbringer, führt oft zu einer Verschlechterung der Gesundheit bis hin zu einer höheren Mortalität und bedeutet auch deutliche Mehrausgaben im Gesundheitswesen³⁸. So entfallen 55 % des gesamten GKV-Arzneimittelumsatzes in Deutschland auf die Altersgruppe der über 60-Jährigen, die 26,5 % der Gesamtbevölkerung ausmachen.³⁹

Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes waren Ende 2009 bundesweit 21 % (16,9 Millionen) der Einwohner 65 Jahre und älter.⁴⁰ In 2002 – aktuellere, vergleichbar valide Zahlen liegen der Quelle aus 2013 nicht vor – gab es 1,4 Mio. pflegebedürftige Menschen, davon lebten im Bundesdurchschnitt 29,9 % in einem Heim.⁴¹ Statistisch gesehen nimmt jeder Einwohner ab dem 60. Lebensjahr im Mittel drei rezeptpflichtige und fast ebenso viele apothekenpflichtige Arzneimittel ein. Jeder Dritte zwischen 75 und 85 Jahren bekommt sogar mehr als acht Arzneimittel verordnet.

38 Vgl. Wilke, T. et al, 2013: Adherence-Management durch Krankenkassen S. 75 in: Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (Hrsg.), 2013: Arzneiverordnung in der Praxis, Band 40, Ausgabe 4.

39 Vgl. Schwabe, U., Paffrath, D. (Hrsg.), 2007: Arzneiverordnungsreport 2007. Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg,

40 Vgl. Statistisches Bundesamt, 2009: Bevölkerung Deutschlands bis 2060. 12. Koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung.

41 Vgl. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.), 2013: Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 44. Alte Menschen – Expertise zur Lebenslage alter Menschen zwischen 65 und 80 Jahren, Köln, S.83.

Die Anwendung von fünf oder mehr Arzneimitteln gleichzeitig wird als Polymedikation, Multimedikation oder Polypharmazie bezeichnet. Eine Polymedikation kann zu vielfältigen Problemen führen. Es kommt leicht zu Medikationsfehlern und das Risiko für unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW) und das Interaktionspotenzial steigen. Es kommt auch häufiger zu unerwünschten Arzneimittelereignissen (UAE) wie etwa Verwirrheitszuständen und Stürzen und zu einer höheren Rate an arzneimittelbedingten Krankenhauseinweisungen.⁴² 5 % aller Krankenhauseinweisungen in Deutschland sind durch UAW bedingt, ca. 25 % davon wären vermeidbar. Modellrechnungen belegen, dass unter Vermeidung dieser UAW zwischen 816 Mio. und 1,3 Milliarden Euro eingespart werden könnten.⁴³

Für die Arzneimittelversorgung in Alten- und Pflegeheimen stellt die Zahl der Krankenhauseinweisungen durch UAW und UAE ein wichtiges Qualitätskriterium dar⁴⁴ und ist für das vorliegende Projekt ein entscheidender Output-Parameter für die Verbesserung der Lebensqualität der Heimbewohner. Die Bedeutung dieses Parameters für die Bewertung der Versorgungsqualität macht eine prospektive Untersuchung (2005/2006) in zwei nordrhein-westfälischen Altenheimen mit insgesamt 168 Bewohnern deutlich. Sie zeigte, dass bei 77 % der Senioren arzneimittelbezogene Probleme (UAW, Interaktionen, Kontraindikationen, Anwendungsfehler, Lagerungsprobleme, Dokumentationsfehler und potenziell ungeeignete Arzneimittel) auftraten. Ein Viertel der Heimbewohner erlitt insgesamt 82 UAW (Ataxien, Somnolenz, extrapyramidalen Störungen, Stürze, gastrointestinalen und urologischen Erkrankungen). Als Konsequenzen der UAW ergaben sich Krankenhauseinweisungen von insgesamt 83 Tagen, 17 Rettungstransporte und 2129 zusätzliche Pflegestunden, die die Patienten ertragen und

42 Vgl. Rothschild, J. M., Bates, D. W., Leape, L. L., 2000: Preventable Medical Injuries in Older Patients. Arch. Intern. Med. 18, 2717–2728.

43 Vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2013: Aktionsplan 2013–2015 zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit in Deutschland, Bonn, S. 4.

44 Vgl. DIMDI (Hrsg.), 2013: Beschreibung und Bewertung der fachärztlichen Versorgung von Pflegeheimbewohnern in Deutschland, Bonn, S.19.

die von der Solidargemeinschaft getragen werden mussten. Fast die Hälfte der UAW stufen Experten als potenziell vermeidbar ein.⁴⁵

Die Relevanz des Projektes ergibt sich aus den dargestellten Sachverhalten. Dem optimierten Medikationsmanagements, als Schlüssel einer qualitativen und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie in der Heimversorgung, fällt damit eine zentrale Bedeutung zu.

Unterstützung erfährt das Medikationsmanagement dabei durch den Einsatz elektronischer Datenträgersysteme. Mit deren Hilfe können alle Beteiligten sicher und unter Einsparung der knappen Ressourcen Mitarbeiter und Zeit auf die Medikationsdaten zugreifen. Der Einsatz eines elektronisch basierten Medikationsplans ist für die Erprobungsphase geplant. Herr Daniel Flemming von der Forschungsgruppe Informatik im Gesundheitswesen (Hochschule Osnabrück) hat deshalb schon auf diesem projektvorbereitenden Symposium zum Thema „Informationstechnik – Unterstützung für das Medikationsmanagement“ vortragen. Eine Zusammenarbeit im Rahmen des Osnabrücker Projektes „Elektronische Instrumente zur Schließung von Informationslücken in der multiprofessionellen Gesundheitsversorgung (GAP.info)“ ist angedacht.

7.2.1 Projektziel – Zusammenfassung

Entwicklung eines tragfähigen Prozessmodells zur strukturierten Zusammenarbeit aller intern und extern Beteiligten an der Arzneimitteltherapie in stationären Pflegeeinrichtungen unter besonderer Berücksichtigung

- der Erhebung, Definition und Standardisierung der bestehenden Prozesse und Leistungen,
- der Definition der Strukturqualität (medizinisch, pflegerisch, strukturell und organisatorisch),
- der Steigerung der Effizienz (ökonomischer Einsatz der Arzneimittel bei geringeren „Nebenwirkungen“),
- der Steigerung der Leistungserbringer- und Patientenadhärenz
- der Erarbeitung einer Finanzierungsgrundlage der Schnittstellenleistungen bei angemessener, leistungsspezifischer Honorierung der Leistungs-

45 Vgl. Hanke, F., et al., 2007: Drug-related problems and adverse drug reactions in nursing homes. *Basic Clin. Pharmacol. Toxicol.* 101, S.192.



- erbringer, Aufheben widersprüchlicher Interessenslagen und Orientierung an optimalen (standardisierten) Abläufen,
- der Rechtssicherheit an den Schnittstellen (z. B. Datenübermittlung),
 - der Information und Transparenz für alle Prozessbeteiligten und Betroffenen über
 - die Optimierung der multiprofessionellen Zusammenarbeit,
 - ein teamorientiertes Rollenverständnis und
 - eine klare Aufgabenverteilung zwischen Ärzten, Apothekern und Pflegekräften
 - der Verbesserung der Lebensqualität älterer, multimorbider Menschen durch
 - Patientenwahrnehmung und -empowerment
 - einen praxisorientierten Ansatz zum angewandten Medikationsmanagement in Alten- und Pflegeeinrichtungen.

7.2.2 Projektprinzipien

Bewohner-/Patientenorientierung

- Maximierung der Lebens- und Behandlungsqualität
- Interdisziplinäre und interprofessionelle Vernetzung der beteiligten Akteure

Transparenz und systematische Verbesserung

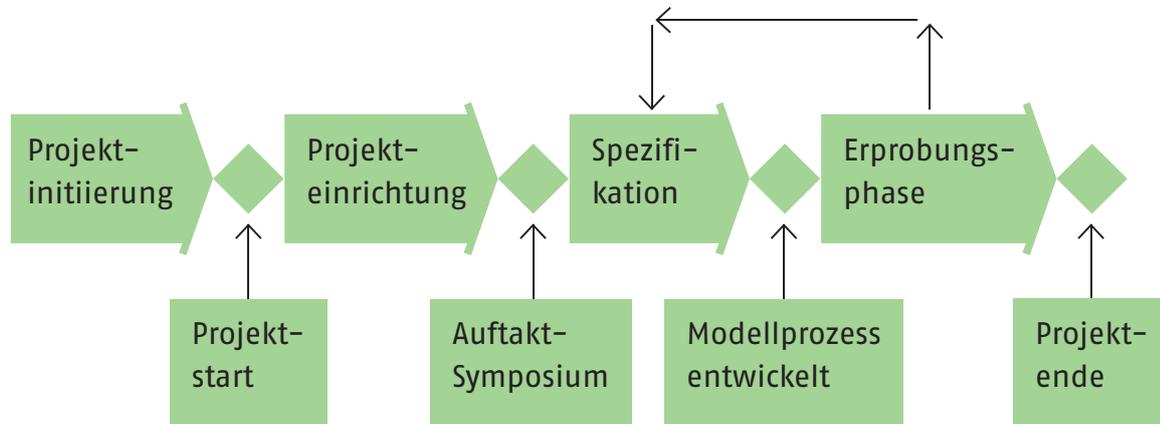
- Optimierung des Istzustands durch Analyse und Qualitätsverbesserung
- Definition der Aufgabenbereiche und Zuständigkeiten, der rechtlichen Rahmenbedingungen und der Finanzierungsgrundlage
- Optimierung der Datenverwaltung und -übermittlung
- Adäquate Dokumentation

Quantitativ und qualitativ optimaler Einsatz der Medikation

- Effizienzsteigerung zum Wohle des Patienten im Heim
- Systematische, regelmäßige Überprüfung der Medikation (Medikationsmanagement)
- Kostensenkung durch Reduktion von unerwünschten Arzneimittelwirkungen (UAW), unerwünschten Arzneimittelereignissen (UAE, KHEinweisungen, etc.

7.3 Methodische Vorgehensweise

Das Projekt ist als klassisches Optimierungsprojekt unter Anwendung von Benchmarkingmethoden angelegt und wird in Form eines iterativen Phasenmodells durchgeführt:



7.3.1 Projektphasen

7.3.1.1 Projektinitiierung

Konstituierung der Projektstrukturen/endlgültige Definition der Teilnahmekriterien/Aufnahme weiterer Kooperationspartner/Vorstudie zu verwandten nationalen und internationalen Initiativen und Projekten.

Meilenstein 1: Projektgenehmigung/Projektstart.

7.3.1.2 Projekteinrichtung

Feldanalyse anhand von Expertengesprächen/Entwicklung der Instrumente und Pretest/Bewohnerfragebogen/Fragebogen zur aktuellen Situation des Medikationsmanagements in Alten- und Pflegeheimen. Adressaten sind Ärzte, Apotheker und Pflegefachkräfte in einem noch zu definierenden Gebiet/Optimierung der bestehenden Kooperationen durch deren Ausdehnung auf möglichst viele beteiligte Akteure (Pflegeheim, Ärzte, Apotheker) an einem Standort (im Folgenden Medikationsteams genannt)/Aufnahme weiterer Kooperationsteams/Definition der Ansprechpartner (besonders der Arbeitspaketverantwortlichen) und inhaltliche Auseinandersetzung auf Basis des definierten Projektzieles, der Projektphasen, Meilensteine, Methoden und Instrumente. Hintergrund ist die Ergebnisoptimierung durch eine frühe Beteiligung der Leistungserbringer, der



involvierten Mitarbeiter und der Bewohner (z. B. Bewohnerbeirat), deren Sensibilisierung für die Thematik und für die dem Projekt zugrundeliegende Diskussionskultur.

Meilenstein 2: Symposium. Schwerpunkte liegen dabei auf der Zusammenführung aller Medikationsteams im Projekt und der offiziellen Vorstellung des Projekt-Konzepts gegenüber den Projektpartnern und der interessierten Öffentlichkeit. Auch die Ausgestaltung und Umsetzung der einzelnen Arbeitspakete kann detaillierter geplant werden. Weiterhin soll eine positive Kooperationsstimmung in die einzelnen Einrichtungen getragen werden. Das Symposium dient somit auch als Auftaktveranstaltung für die folgende Projektphase.

7.3.1.3 *Spezifikationsphase*

Entwicklung der benötigten Instrumente incl. Pretest/Feldforschung, bestehend aus Ist-Analyse aller gelebten Medikationsmanagementprozesse in den kooperierenden Einrichtungen/Fakten- und Schwachstellenanalyse/Entwicklung eines Modellprozesses durch Benchmarkingmethoden (Benchmarking⁴⁶: Vergleichen und vom Besten lernen) und Top-Down-Methode schließt sich an und wird von einer noch zu benennenden Expertengruppe begleitet.

Meilenstein 5: Modellprozess I ist entwickelt.

7.3.1.4 *Erprobungsphase*

Der Modellprozess I wird allen Medikationsteams zur Verfügung gestellt und findet je nach gesetzlicher Grundlage Anwendung in den angeschlossenen Einrichtungen/Wissenschaftliche Begleitung/erneute Evaluation (Ist-Analyse incl. Fakten- und Schwachstellenanalyse) zum Ende der Laufzeit.

Meilenstein 9: Der optimierte Modellprozess II steht zur Verfügung und wird auf einem Abschluss-Symposium vorgestellt/Projektende

46 Vgl. Schedler, Kuno (1996): Ansätze einer wirkungsorientierten Verwaltungsführung, 2. Aufl., Bern, S.199f.

7.3.2 *Leitfragen für die Arbeitspakete:*

- Wo treten bei der Arzneimitteltherapie von Heimbewohnern typische Schnittstellenprobleme auf, worauf sind sie zurückzuführen und wie können sie effizient und verbindlich gelöst werden?
- Wer sind die beteiligten Leistungserbringer und wie ist deren Rollenverteilung zu bestimmen?
- Wie wirken sich die neuen ökonomischen und rechtlichen Rahmenbedingungen für das Medikationsmanagement auf die Praxis der Pflege aus?
- Wie ist ein effizientes Medikationsmanagement nachhaltig zu strukturieren und umzusetzen?
- Welche Strukturen müssen geändert bzw. welche Grundlagen müssen geschaffen werden, damit alle involvierten Berufsgruppen die jeweiligen beruflichen Schwerpunktkompetenzen anerkennen und nutzen und eigene Kompetenzgrenzen akzeptieren⁴⁷?
- Wie ist der Heimbewohner in den optimierten Prozess integriert und wo kann/soll er sich aktiv einbringen?
- Welche Voraussetzungen müssen geschaffen werden, um die Datenaufnahme, deren Transfer und den Zugriff aller Beteiligten unter Berücksichtigung der gesetzlichen Vorgaben zu optimieren?

7.3.3 *Instrumente*

für die Phase der Projekteinrichtung:

- Fragebogen Ärzte
 - Fragebogen Apotheker
 - Fragebogen Pflegefachkraft
- für die Spezifikations- und Erprobungsphase:
- Interviewleitfaden Ist-Analyse
 - Netzplanorientierte Ablaufdarstellung (NOAD)
 - Leitfaden Bewohnerbefragung

47 Vgl. Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.), 2012: „Arzneimitteltherapiesicherheit als elementarer Baustein einer guten und sicheren gesundheitlichen Versorgung der Bürgerinnen und Bürger“, 21. Landesgesundheitskonferenz.



- Fragebogen Bewohner
- Leitfaden Mitarbeiterbefragung
- Fragebogen Pflegefachkräfte
- Fragebogen kooperierende Ärzte
- Fragebogen kooperierende Apotheker
- Kontaktformular zur Intervention
- Monatlicher Kurzbericht

7.3.4 Spezifikations- und Erprobungsphase im Detail

Die Erkenntnisse aus der Feldanalyse durch Expertengespräche fließen in die Entwicklung der Instrumente ein. Zur Optimierung erfolgt ein Pretest.

Es schließt sich eine erste Bewohnerbefragung und eine Befragung der Leistungserbringer (kooperierenden Ärzte, Apotheker und Pflegefachkräfte) an.

Die Bewohnerbefragung fokussiert neben dem gesundheitlichen Status, die Meinung zu Transparenz, Anwenderfreundlichkeit und Zufriedenheit mit dem Medikationsmanagement sowie erhoffte Verbesserungen. Der zweite Fragebogen wird zum Ende der Erprobungsphase ausgegeben, um die Optimierung des Prozesses auch aus Bewohnersicht zu überprüfen und darzustellen. Als Kennzahlen dienen beispielsweise die Anzahl der UAW bzw. der UAE und Krankenhauseinweisungen auf Grund von Fehlmedikationen. Aber auch subjektive Eindrücke können aussagekräftig sein.

Die Leistungserbringerbefragung zielt inhaltlich auf rechtliche, prozess- und schnittstellenbedingte Faktoren und wird ebenfalls zum Ende der Erprobungsphase wiederholt. Die Kennzahlen ergeben sich vor allem durch veränderte Arbeitsbelastungen, die sich z. B. in zeitlichem oder organisatorischem Mehraufwand, Fehlerquoten, unausgeglichem Sozialverhalten oder Krankheitsständen messen lassen. Auch hier wird neben Schwachstellen nach möglichen Verbesserungsvorschlägen gefragt.

Beide Befragungen dienen einerseits dem Nachweis von Veränderungen bzw. Verbesserungen der Prozesse und der möglicherweise damit verbundenen Steigerung der Arbeits- und Lebensqualität. Andererseits dem detektieren eines Pools an Vorschlägen zur Prozessoptimierung aus dem gelebten Prozess heraus.

Die Ist-Analyse aller derzeit gelebten Medikationsmanagement-Prozesse in den teilnehmenden Einrichtungen, sowie die Aufnahme der Möglichkeiten der Datenspeicherung, der Datenübermittlung und der Datensicherheit schließen sich an.

Zur Erhebung des Ist-Zustands wird neben Interviews die netzplanorientierte Ablaufdarstellung (NOAD)⁴⁸ eingesetzt. Der Vorteil dieser Darstellungsmethode liegt einerseits in ihrer Transparenz, so dass auch Laien die graphische Prozessdokumentation aktiv und zeitnah begleiten und kontrollieren können. Andererseits in einer klaren graphischen Gliederung, in die alle wichtigen Informationen (Tätigkeiten, Verantwortlichkeiten, Referenzdaten, Informationsträger, etc.) direkt eingebracht werden. Eine sich anschließende Fakten- und Schwachstellenanalyse deckt die Problemfelder in jedem einzelnen Medikationsprozess auf.

Die Optimierung der Problemfelder ist Inhalt des nächsten Arbeitsschrittes, an dessen Ende der Modellprozess I stehen soll. Drei Methoden werden in Anwendung gebracht:

1. Benchmarking: Optimierung von Problemprozessen durch Vergleich mit den Besten. Ersetzen der Problembereiche durch „gute Vorbilder“.
2. Top Down-Methode in der betroffenen Institution. Im Einzelnen werden hier eruierte Problembereiche im Prozess stufenweise (von oben nach unten) verfeinert dargestellt, um dann zu einer möglichen Lösung zu gelangen. Dieser Arbeitsschritt wird in den Einrichtungen zusammen mit den betroffenen Mitarbeitern erarbeitet. Über die enge Zusammenarbeit mit allen Hierarchien wird ein möglichst umfangreiches Organisationswissen abgeschöpft, das somit der Entwicklung eines praxisnahen Sollprozesses zur Verfügung steht.
3. Einbringen der Optimierungsvorschläge aus den Befragungen der Phase der Projekteinrichtung.

Die vollständige Entwicklung des Sollprozesses/Modellprozess I bildet den Meilenstein, beendet die Spezifikationsphase und eröffnet die Erprobungsphase.

48 Vgl. Wagschal, H., Huth, M. (2005): Alles im Fluss – Geschäftsprozessbasierte Notfallplanung, in: Risk News, 2. Jg., Weinheim, S. 61–65.



Die Erprobungsphase wird mit einzelnen oder allen Kooperationspartnern durchgeführt. Ein limitierender Faktor ergibt sich hier möglicherweise aus den unterschiedlichen gesetzlichen Grundlagen der Bundesländer.

Die Leistungserbringer sind ggf. zur Fehlerminimierung zu Beginn der Erprobungsphase zu schulen. Dieses kann sich aus der Anwendung veränderter Prozessabläufe, Software-Programme, Dokumentationsmaterialien, etc. ergeben.

Während der Erprobungsphase dient die wissenschaftliche Begleitung über regelmäßige Vor-Ort-Begehungen und standardisierte Kontaktformulare der schnellen Intervention im Bedarfsfall und der Motivation mit der Veränderung umzugehen. Während den sechs Monaten der Erprobungsphase sind mindestens 3 persönliche Kontakte zu jedem Kooperationssteam durch Vor-Ort-Begehungen geplant, sowie ein monatlicher Kurzbericht über das Kontaktformular. Dieses kann/soll auch für die Übermittlung plötzlich auftretender Probleme eingesetzt werden, um Rücksprachen effizient zu gestalten, Probleme und Lösungsmöglichkeiten an alle Kooperationsteams weiter zu leiten und in die wissenschaftliche Auswertung einfließen zu lassen.

Eine zweite Ist-Analyse incl. erneuter Fakten- und Schwachstellenanalyse, sowie die oben genannten erneuten Befragungen der Bewohner, der Pflegefachkräfte, der Ärzte und Apotheker schließen sich der Erprobungsphase an und schließt damit auch den Kreis des iterativen Phasenmodells.

Es folgt die Einbindung der neu gewonnenen Erkenntnisse der Erprobungsphase in den Modellprozess I. Eine Diskussion mit einem ausgewählten Expertengremium schließt die Entwicklungsphase ab. Im Vordergrund stehen hier noch einmal die rechtlichen und ökonomischen Rahmenbedingungen, um auf ein mögliches Roll-out vorzubereiten. Der Meilenstein definiert sich über die Veröffentlichung des Modellprozesses II. Dieses Ergebnis wird auf einem Abschluss Symposium als „optimiertes Prozessmodells zum Medikationsmanagement in Heimen“ vorgestellt.

In den beteiligten Einrichtungen steht dann die Überleitung des Prozesses aus dem Projekt in den Regelbetrieb zur Diskussion. Bei nachgewiesener Praxistauglichkeit kann das entwickelte Prozessmodell als Prototyp für die Weiterentwicklung des Medikationsmanagement-Prozesses anderer Systemkonstellationen in Deutschland dienen.

7.3.5 Nutzungsmöglichkeiten und Anschlussfähigkeit

Die Ergebnisse werden schon während des laufenden Projektes in die Praxis der Kooperationspartner einfließen und dort zur Prozessoptimierung beitragen. Für beteiligte Heime und Leistungserbringer ergibt sich ein qualitativ hochwertiges Geschäftsmodell, das einen Wettbewerbsvorteil generiert.

Der Modellprozess steht allen Partnern für gesundheitspolitische Diskussionen, sowie zur Erweiterung der eigenen Kompetenznetze zur Verfügung und dient auch der Bildung neuer institutioneller Kooperationen. Insofern kommt ihm auch eine erhebliche wirtschaftliche Bedeutung zu.

Schließlich sollen die Forschungsergebnisse in die Lehre übernommen werden, um derzeitige Studierende über Möglichkeiten und Vorteile intersektoraler und interdisziplinärer Arbeit aufmerksam zu machen. Weitere Forschungsvorhaben und Folgeprojekte können sich anschließen. Geplant sind fünf Semesterarbeiten, je fünf Master- und Bachelorarbeiten sowie 2 kooperative Promotionen.

Die Aufarbeitung der gewonnenen Erkenntnisse inklusive dem Modellprozess zum Medikationsmanagement werden im Rahmen einer Promotionschrift verarbeitet. Weiterhin dienen sie zusammen mit den Kommentaren externer Experten (vom Abschluss-symposium) als Grundlage für eine Veröffentlichung und werden so in die gesundheitspolitische Diskussion zur Weiterentwicklung der Arzneimittelversorgung und der Pflege multimorbider, polypharmazierter Patienten eingebracht. Hier besteht vor dem Hintergrund des demografischen Wandels und der Belastung der Sozialsysteme ein großer Bedarf an nachhaltigen Modellen.

7.3.6 Kooperationspartner/Medikationsteams

Das Projekt ist deutschlandweit ausgerichtet und lebt von der Diversität der derzeitigen Gegebenheiten im Medikationsmanagement-Prozess in Alten- und Pflegeeinrichtungen.

Als Kooperationspartner angesprochen sind deshalb:

- Kostenträger
- heimversorgende Ärzte
- heimversorgende Apotheker
- Alten- und Pflegeeinrichtungen



- Bewohnerbeiräte/Patientenvertreter
- Verbände und Vereine, ...

Das Medikationsteam:

Ein optimaler Arbeits- und Informationsansatz ergibt sich aus der Zusammenarbeit aller Leistungserbringer (Arzt + Heim + Apotheke) und Leistungsempfänger (Bewohner/-beiräte) an einem Kooperationsstandort. Kooperationspartner sind deshalb aufgefordert, vorhandene Verbindungen zu intensivieren und mit unserer Hilfe ein Medikationsteam aufzubauen, um die größtmögliche gemeinsame Erfahrung in das Projekt einzubringen. Ziel der gemeinsamen Projektarbeit ist die Stärkung des Teamgedankens, die Sensibilisierung des Einzelnen für die Anforderungen und Kenntnisse der Anderen und das Bündeln aller Stärken.

Kooperationspartner bzw. Medikationsteams:

Es bestehen etliche Interessensbekundungen bzw. Kooperationszusagen von heimversorgenden Ärzten und Apothekern, sowie Alten- und Pflegeheimen. Teilweise schon in Form von Medikationsteams (Arzt – Apotheker – Heim an einem Standort), teilweise als Einzelinteressent, so dass hier noch ein Medikationsteam im Aufbau ist oder der Kooperationspartner für Expertengespräche bzw. das Benchmarking in Form von Fragebogenaktionen zur Verfügung steht.

Die Einschlusskriterien:

- Alle Kooperationspartner/Medikationsteams bringen je nach beruflichen Hintergründen ihre Erfahrungen zu den in ihren Institutionen gelebten Medikationsmanagement-Prozessen ein und wirken im Rahmen von Interviews/Fragebögen, Symposien und Workshops an der Erstellung eines Modellprozesses mit.
- Alle Medikationsteams sind offen für Veränderungen und stehen auch der Erprobungsphase positiv gegenüber, deren Ziel die Entwicklung eines optimierten Modellprozesses ist.

Die Besonderheiten:

Das Projekt fokussiert die ablaufenden Prozesse. Aufgabenbereiche, Interaktionen, Kommunikationswege, Formulare, Schnittstellen, etc. stehen somit im Vordergrund. Den Hintergrund bilden aktuelle öffentliche Diskussionen wie beispielsweise:

- die Delegation und/oder Substitution ärztlicher Aufgaben,



- die Leitbildentwicklung des Apothekers,
- die Akademisierung der Pflegefachkräfte,
- der demographische Wandel und die Finanzierung des Gesundheitswesens,
- die rechtliche und finanzielle Ausgestaltung eines klinischen Medikationsmanagements.

Der Benefit für Projektpartner:

- Ist-Analyse und Optimierung der aktuell gelebten Prozesse
- Darstellung des Prozesses für die Einbringung in QM-Systeme
- Ressourcenschonung (Personal und Zeit)
- Optimierung des Return on Invest
- Förderung von Verständnis und Aufmerksamkeit zwischen Leistungserbringern untereinander und zu Bewohnern/Patienten

Die Auswahl der Kooperationspartner legt Wert auf eine möglichst breite Betrachtungsweise und die Einbeziehung unterschiedlicher Regionen Deutschlands. Auch der rechtliche Hintergrund der Institutionen sollte vielfältig gestaltet sein.

Die Partner bringen je nach Profession ihre Erfahrungen zum in ihrer Institution gelebten Medikationsmanagementprozess ein und wirken im Rahmen von Symposien und Workshops an der Erstellung eines Modellprozesses mit. Alle Teilnehmer sind offen für Veränderungen, als Grundlage für das Einbringen des Benchmarking-Ergebnisses in den Modellprozess I und stehen auch der Erprobungsphase positiv gegenüber.

Die Modellprozesse I und II ergeben sich also aus der fachlichen und personellen Zusammenarbeit aller Beteiligten. Die Teilnehmer haben deshalb weniger Berührungspunkte, in das Projekt einzusteigen und seltener das Gefühl, ihr Wissen für sich behalten zu müssen.

Der Gewinn für die teilnehmenden Einrichtungen besteht in einem Alleinstellungsmerkmal auf unbestimmte Zeit, das ihre Verhandlungsposition gegenüber weiteren Projektgebern und/oder Leistungsträgern verbessern kann.

Über eine verbesserte Kooperation in den Prozessen ergibt sich neben der Ressourcenschonung (Personal und Zeit) auch eine größere Zufriedenheit des involvierten Fachpersonals innerhalb und außerhalb des Systems. Über die Einbeziehung der Bewohner, den intensiveren Umgang



miteinander, vergrößert sich das gegenseitige Verständnis und die Aufmerksamkeit.

Die Bewohner/Patienten profitieren durch die Optimierung des Prozesses, der eine eindeutige Verbesserung der Behandlungsqualität darstellt. Das Institute of Medicine der National Academy of Sciences (USA) definiert Behandlungsqualität folgendermaßen: „Quality of care is the degree to which health services for individuals and populations increase the likelihood of desired health outcomes and are consistent with current professional knowledge“.⁴⁹ Diese Definition ist patientenzentriert, da das vom Patienten gewünschte Ergebnis, gemessen am Erkenntnisstand der Medizin, im Mittelpunkt steht. Der Patient erwartet von einer medizinischen Maßnahme unter anderem einen Gewinn an Lebensqualität bei optimaler Durchführung und geringstmöglicher Belastung/Gefährdung.⁵⁰ Die aktive Einbindung der Patienten über die Befragungen sensibilisieren sie für ihre Medikation und steigern die Adhärenz.

Die Pflegefachkräfte bekommen durch die Vernetzung im Modell eine Plattform, um ihre Erkenntnisse aus der täglichen Pflege/Beobachtung (UAEs) einzubringen und finden so auch die Unterstützung und Anerkennung durch Arzt, Apotheker und Patienten.

Der Benefit für die eingebundenen Ärzte ergibt sich aus der Öffentlichkeitswirksamkeit. Ärzte, die zum Wohl ihrer Patienten mit anderen Leistungserbringern kooperieren, können mit einer höheren Compliance und Adhärenz ihrer Patienten rechnen. Dadurch sinkt die Visitationsfrequenz und somit die Kosten pro teilnehmendem Patient pro Quartal, wodurch wiederum das Budget entlastet wird.

Auch die Apotheker partizipieren an der Veröffentlichung, indem sie die ihnen in der Apothekenbetriebsordnung zugesprochen Rolle ausfüllen. Die Darstellung ihres Qualitätsbewusstseins und ihrer Kompetenzen wird die derzeitige Diskussion um ein neues Leitbild für ihren Berufsstand voranbringen.

49 Vgl. Lohr, K., Schroeder, S., 1990: A Strategy for Quality Assurance in Medicare. *N Engl J Med*, 322: 707–12.

50 Vgl. Klemperer, D., 1996: Qualität in der Medizin. Der patientenzentrierte Qualitätsbegriff und seine Implikationen in: *Dr. med. Mabuse*. Heft Jan./Feb., S. 22.

7.3.7 *Stand und Ausblick*

Das Resümee der bisher durchgeführten Expertengespräche und Workshops weist auf die zentrale Bedeutung einer funktionierenden Zusammenarbeit der beteiligten Professionen (Ärzte, Apotheker, Pflegefachkräfte) hin. Die vielfach geforderte Optimierung von Kommunikation, Kooperation und Interdisziplinarität⁵¹, findet in der Praxis noch keinen rechtlich, institutionell und finanziell gestützten Rahmen.

Der Ansatz dieses Projektes, die heimversorgenden Ärzte und Apotheker mit den Pflegefachkräften zu einem *Medikationsteam* zusammenzuführen und dieses mit Rechten und Pflichten sowie einer finanziellen Basis auszustatten, ermöglicht es, eine strukturierte Zusammenarbeit neuen Typs zu etablieren. Die wissenschaftliche und transparente Herangehensweise stellt sicher, dass sektorale Grenzen überschritten und Arbeitsbereiche neu überdacht werden können.

Mögliche Szenarien:

Aus heimversorgenden Hausärzten/Fachärzten und Apothekern bilden sich zusammen mit Pflegefachkräften Medikationsteams, die sich zu regelmäßigen Fallbesprechungen treffen. Die Grundlage für eine Kommunikation auf Augenhöhe und die Möglichkeit der Delegation von ärztlichen Aufgaben kann durch Teamschulungen und Zusatzausbildungen für Pflegefachkräfte gebildet werden.

Auch eine akademische Ausbildung zur „Pflegefachkraft für Multimedikation“ in Anlehnung an die Ausbildung zum Advanced Nursing Practitioner (ANP) ist denkbar. Diese sind auf die Pflege von Patienten mit komplexen Erkrankungen spezialisiert und in anderen EU-Staaten schon etabliert.⁵² Die fachliche Spezialisierung kombiniert mit der evidenzbasierten Pflege käme dann neben der Erhöhung der Lebensqualität der Bewohner auch der

51 Vgl. Sachverständigenrat Gesundheitswesen (Hrsg.), 2012: Sondergutachten 2012, Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung, Bonn und Robert Bosch Stiftung (Hrsg.), 2011: Memorandum: Kooperation der Gesundheitsberufe, Stuttgart.

52 Vgl. Fachhochschule Oberösterreich. <http://www.fh-ooe.at/anp/> (letzter Zugriff 19.11.2013)



Verbesserung der Arbeitszufriedenheit der Pflegefachkraft und der Zusammenarbeit im Medikationsteam zugute.

Literatur

1. Bundesärztekammer/AG der deutschen Ärztekammern (Hrsg.) (2012): Tätigkeitsbericht, Berlin.
2. Bundesapothekerkammer (Hrsg.) (2009): Leitlinie zur Versorgung der Bewohner von Heimen.
3. Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2013): Aktionsplan 2013–2015 zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit in Deutschland, Bonn.
4. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) (2013): Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 44. Alte Menschen – Expertise zur Lebenslage alter Menschen zwischen 65 und 80 Jahren, Köln.
5. DEGAM (Hrsg.) (2013): Hausärztliche Leitlinie Multimedikation.
6. DIMDI (Hrsg.) (2013): Beschreibung und Bewertung der fachärztlichen Versorgung von Pflegeheimbewohnern in Deutschland, Bonn.
7. Hanke, F. et al. (2007): Drug-related problems and adverse drug reactions in nursing homes. *Basic Clin. Pharmacol. Toxicol.* 101, S.192.
8. Klemperer, D. (1996): Qualität in der Medizin. Der patientenzentrierte Qualitätsbegriff und seine Implikationen in: *Dr. med. Mabuse*, Heft Jan./Feb., S. 22.
9. Koller, M. et al. (2009): Die Erfassung von Lebensqualität in der Versorgungsforschung. Konzeptionelle, methodische und strukturelle Voraussetzungen, Gesundheitswesen.
10. Lohr, K., Schroeder, S. (1990): A Strategy for Quality Assurance in Medicare. *N Engl J Med*, 322: 707–12.
11. Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.) (2012): Arzneimitteltherapiesicherheit als elementarer Baustein einer guten und sicheren gesundheitlichen Versorgung der Bürgerinnen und Bürger, 21. Landesgesundheitskonferenz.
12. Richtlinie des gemeinsamen Bundesausschusses über die Festlegung ärztliche Tätigkeiten zur Übertragung auf Berufsangehörige der Alten- und Krankenpflege zur selbstständigen Ausübung der Heilkunde im Rahmen von Modellvorhaben nach § 63 Absatz 3c SGB V vom 20. Oktober 2011, BAnz S. 1 100 und 128, 1228.
13. Robert Bosch Stiftung (Hrsg.) (2011): Memorandum: Kooperation der Gesundheitsberufe, Stuttgart.
14. Rothschild, J.M., Bates, D.W., Leape, L.L. (2000): Preventable Medical Injuries in Older Patients. *Arch. Intern. Med.* 18, 2717–2728.
15. Sachverständigenrat Gesundheitswesen (Hrsg.) (2012): Sondergutachten 2012, Bonn.
16. Schwabe, U., Paffrath, D. (Hrsg.) (2007): Arzneiverordnungsreport 2007, Berlin-Heidelberg.
17. Statistisches Bundesamt (2009): Bevölkerung Deutschlands bis 2060. 12. Koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung.
18. Schedler, Kuno (1996): Ansätze einer wirkungsorientierten Verwaltungsführung, 2. Aufl., Bern.
19. Wagschal, H., Huth, M. (2005): Alles im Fluss – Geschäftsprozessbasierte Notfallplanung, in: *Risk News*, 2. Jg., Weinheim, S. 61–65.
20. Wilke, T. et al. (2013): Adherence-Management durch Krankenkassen S. 75 in: Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (Hrsg.), 2013: Arzneiverordnung in der Praxis, Band 40, Ausgabe 4.



8 Zusammenfassung der Podiumsdiskussionen

Stefanie Kortekamp, Hilko J. Meyer

Zwei Podiumsdiskussionen, jeweils im Anschluss an die Referentenblöcke durchgeführt, boten Zeit und Raum für zahlreiche Fragen seitens der Studierenden des Masterstudiengangs „Management und Vertragsgestaltung in der Gesundheitswirtschaft – Master of Healthcare Administration and Contracting (MHAC)“ und des Publikums. Die lebhaften Diskussionen führten zu weiteren wissenschaftlichen Einblicken in den Stand der Forschung und werden deshalb im Folgenden zusammengefasst dargestellt.

Wie um das Credo des Tages zu unterstreichen, das mit der Aussage „Der Patient soll im Mittelpunkt der Leistungserbringung und somit im Fokus der Leistungserbringer stehen“ zusammengefasst werden kann, ging die erste Frage an Werner Schell. Sie lautete:

Was muss sich in der Arzneimitteltherapie ändern, damit die Versorgung zum Wohl des Bewohners optimiert wird, bzw. wie Arzneimitteltherapie für die Bewohner aussehen könnte?

Herr Schell, anwesend als Patientenvertreter, fand dazu eine deutliche Antwort:

„Es muss auf jeden Fall sichergestellt werden, dass sich Ärzte in den Heimen intensiver um die Patienten kümmern und die Kooperation zwischen den beteiligten Personengruppen muss gewährleistet werden. Für mich ist auf jeden Fall der pflegebedürftige Mensch im Heim wichtig; er muss im Mittelpunkt stehen.“

Weiterhin plädierte er dafür, dass Medikamente nur im wirklich notwendigen Umfang verordnet werden sollen („weniger sei oft mehr“). Abschließend hob Schell hervor, dass er sich auf dem Symposium sehr gut aufgehoben gefühlt habe und eine hervorragende Veranstaltung vorgefunden hätte, die vermuten lasse, dass die Sicherstellung einer guten Versorgung mit interdisziplinären Gesprächen wie diesen ihren Anfang nähme.

Als Leistungserbringer aus den Reihen der Apotheker angesprochen beschrieb Klaus Peterseim seine Erfahrungen bezüglich der Umsetzung und Entwicklung des Medikationsmanagements. Er führte aus, dass viele



Apotheker sehr engagiert an der Umsetzung eines qualitativen und effektiven Medikationsmanagements, auch in der Offizin, aber insbesondere in Heimen arbeiten, die Möglichkeiten und Grenzen aber insbesondere im Bereich der Kommunikation unter den Beteiligten lägen. Um ein umfassendes, durch qualifiziertes Personal getragenes Medikationsmanagement flächendeckend umzusetzen, müssten die Kommunikationswege zwischen Arzt, Heim und Apotheke entscheidend verbessert werden.

Er habe den Eindruck, dass im Bereich des Medikationsmanagements schon heute sehr viel von den Apothekerinnen und Apothekern geleistet würde, dies geschähe überwiegend aus beruflichem Enthusiasmus und aus Idealismus und Verpflichtung den Patienten und den Pflegekräften gegenüber. Somit bilde auch die nicht angemessene Vergütung der unzähligen Arbeitsstunden, eine weitere Grenze, der sich die Entwicklung des Medikationsmanagements gegenüber sähe.

Als Vorsitzender des Bundesverbands klinik- und heimversorgender Apotheker machte Peterseim deshalb auch auf die Entwicklung des neuen Apotheker-Leitbildes aufmerksam, das durch die aktuelle Apothekenbetriebsordnung (ApBetrO) Unterstützung findet. „Die neue Apothekenbetriebsordnung erwähnt den Begriff des Medikationsmanagements zum ersten Mal in der Rechtssetzung überhaupt und definiert ihn. Das ist ein großer Fortschritt. Es wird jetzt darauf ankommen, den Begriff mit Leben zu erfüllen. Das ist ein Auftrag des Verordnungsgebers an die Praxis. Da liegt allerdings ein weiter Weg vor uns. Auch die Leitbild-Diskussion sollte mit einem passenden Vergütungssystem verknüpft werden, denn es ist längst bewiesen, dass der Nutzen eines Medikationsmanagements dessen Kosten weit übersteigt, auch in wirtschaftlicher Hinsicht.“

Barbara Fischer berichtete aus der Sicht einer angestellten Heimärztin im Berliner Projekt über die positiven Aspekte, wie etwa die 24-stündige Rufbereitschaft und die Reduktion von Krankenhauseinweisungen. Sie machte aber auch darauf aufmerksam, dass sich die Kommunikationsproblematik teilweise nur verlagere. Als Beispiel führte sie die Kooperation mit Krankenhausärzten an. „Wenn unsere Patienten also doch einmal ins Krankenhaus müssen, weigern sich relativ viele Krankenhausärzte, uns Heimärzte anzuerkennen. Es gibt uns einfach nicht. Sogar mit naheliegenden Krankenhäusern ist es häufig schwierig. Es bessert sich nur langsam, obwohl der

Status angestellter Ärzte gerade die Kommunikation mit Krankenhäusern erleichtern sollte, da dort ja ebenfalls angestellte Ärzte tätig sind.“

Es handele sich somit um sektorenbedingte Schnittstellenprobleme innerhalb einer Leistungserbringergruppe. Fischer unterstrich daher noch einmal, dass die politisch gewollte und rechtlich abgesicherte Optimierung für den Heimbewohner durch angestellte Heimärzte gewährleistet ist.

Johannes Güsgen ging die Thematik sprachphilosophisch an und verkündete die Vision, „Schnittstellen“ zu „Verbindungsstellen“ bzw. „Nahtstellen“ werden zu lassen. Dabei bezog er sich auf den Sprachphilosophen Wittgenstein und dessen Erkenntnis, dass Worte Wirklichkeiten schaffen. Er führte aus: „Eine Schnittstelle entsteht eindeutig durch die Trennung eines Ganzen. Wenn der Schreiner ein Stück Holz in zwei Teile zersägt, dann entstehen zwei Schnittstellen. Wenn der Chirurg operiert, dann schafft er an den Stellen, an denen er das Skalpell ansetzt, Schnittstellen. Schnittstellen trennen. Wenn man das Beispiel des Chirurgen nimmt, dann schafft er durch die abschließende Naht eine Verbindungs- oder Nahtstelle, auf alle Fälle beseitigt er die Schnittstelle, damit alles wieder verbunden ist. Wenn wir von Naht- oder Verbindungsstellen sprechen, geben wir unserem Willen Ausdruck, verschiedene Teile, Bereiche, Disziplinen oder Organisationen etc. miteinander zu verbinden. Deshalb muss die Rede von Schnittstellen abgelöst werden.“

Die derzeitige Situation erlebe er leider noch sehr schnittstellenlastig. Das Bewusstsein für notwendige „Naht- oder Verbindungsstellen“ lasse noch sehr zu wünschen übrig. Die Bewältigung von Naht- oder Verbindungsstellen setze Kommunikation voraus. An der Stelle, an der zwei Personen miteinander kommunizieren, existiere keine Schnittstelle mehr.

Diese prägnante Zuspitzung des Veranstaltungsthemas wurde durch die folgenden Diskussionsbeiträge bestätigt und konkretisiert. Christiane Kohlenbach-Pajonk brachte mit ihrer Aussage „Medikationsmanagement in der Pflege ist Krisenmanagement“ die Situation in Alten- und Pflegeheimen auf den Punkt. Aus ihrer Erfahrung als Heimleiterin steuerte sie ein drastisches Beispiel zur (nicht vorhandenen) Zusammenarbeit zwischen Einrichtung und Arzt bei. „Vor anderthalb Wochen ist eine neue Bewohnerin aus dem Krankenhaus bei uns eingezogen. Sie hatte eine Fraktur als Folge eines Sturzes. Also von zu Hause ins Krankenhaus, vom Krankenhaus zu uns. Die



Angehörigen waren nicht zu erreichen, so dass wir keinen Ansprechpartner hatten, der die vorhandenen Medikamente aus der Wohnung hätte holen dürfen. Alles, was uns vorlag, war eine Medikamentenliste, insgesamt 14 Medikamente. Das Problem: das Krankenhaus hat nur für diesen einen Tag der Überleitung die Medikamente mitgegeben. Eine telefonische Rücksprache mit dem Hausarzt zwecks neuer Rezepte führte zu folgender Aussage des Arztes: „Sehen Sie zu, wie Sie an diese Medikamente kommen. Ich weiß, dass diese Patientin die Medikamente im Wert von über 1.000 € in ihrer Wohnungen hat. Ich stell Ihnen kein Rezept aus.“ Das war für mich und meine Mitarbeiter schon eine akute Krise, weil die Dame Insulin und BTM bekommen hat.“

Kohlenbach-Pajonk schilderte eindrücklich, welchen Aufwand das Heim treiben musste, um die benötigten Medikamente zu beschaffen. Man habe die Angehörigen den ganzen Nachmittag nicht erreicht, der Pflegedienst war nicht zu sprechen. Letztendlich gegen Abend habe man die Schwiegertochter doch ausfindig gemacht, die sich dann bereit erklärt habe, am nächsten Morgen in die Einrichtung zu kommen, von ihrer Schwiegermutter den Schlüssel zu holen, um dann anschließend in die Wohnung zu fahren und die Medikamente zu holen, damit das Pflegeheim seinem Auftrag gerecht werden konnte, eine adäquate Medikamentenversorgung sicherzustellen. Ihr Fazit: „Also das Allerwichtigste ist das Zusammenspiel zwischen Einrichtung und Arzt!“

Auch Peterseim wusste über einen entsprechenden Fall zu berichten und konnte die Aussage von Kohlenbach-Pajonk deutlich unterstreichen. Die dramatische Konsequenz in dem von ihm geschilderten Fall: Die Patientin wurde ins Krankenhaus zurück geschickt, was zu unverhältnismäßig hohen und vor allem vermeidbaren Kosten führt.

Ein möglicher Lösungsansatz liegt in der Forderung von Kohlenbach-Pajonk, dass auch zwischen heimversorgenden Ärzten und Alten- und Pflegeheimen ein Kooperationsvertrag geschlossen wird, wie er schon mit heimversorgenden Apothekern Anwendung findet. Der § 12 a Apothekengesetz schreibt den Versorgungsvertrag vor und definiert die Rechte und Pflichten der Kooperationspartner.

An diese Forderung knüpfte auch Hilko J. Meyer an, der die Bedeutung des neuen Rechtsrahmens für das Medikationsmanagement in Pflegeein-

richtungen in Bezug auf die Lebensqualität der Bewohner zusammenfasste. Der Gesetzgeber habe zahlreiche Regelungen zum Versorgungsmanagement getroffen und dabei im Grunde sehr genau bestimmt, wer welche Aufgabe unter welchen Voraussetzungen zum Wohle des Patienten zu übernehmen habe. Woran es auch hier hapere, sei die Konsistenz der Regelungen, um die vorhandene Sachkunde und das Engagement zu einer Teamsicht zusammen zu bringen. Nur eine arbeitsteilige Zusammenarbeit, auf Basis der gesetzlichen Regelungen als Klammer eines beruflichen Selbstverständnisses könne dem Begriff „Patientenzentrierung“ gerecht werden.

Nachdem die lebhafteste Diskussion zu einem interdisziplinären Konsens für eine deutliche Verbesserung der Kommunikation geführt hatte, fokussierte die Diskussion auf eine mögliche elektronische Unterstützung des Medikationsmanagements. Daniel Flemming (Forschungsgruppe Informatik im Gesundheitswesen, Hochschule Osnabrück) betonte, dass die elektronische Informationsübertragung deutlich sicherer sei, als die persönliche zwischen zwei Personen. Gleichzeitig sei sie auch schneller und könne Informationen sogar an mehrere Akteure gleichzeitig übertragen. Er wies darauf hin, dass die Aspekte einer klaren Dokumentation und einer möglichen Erinnerungsfunktion in Patientenakten entscheidende Vorteile gegenüber der bisherigen Praxis habe. Diese gelte insbesondere für Medikationen, die ein relativ langes Intervall hatten.

Stefanie Kortekamp, wissenschaftliche Mitarbeiterin am Lehrstuhl Meyer, stellte das Forschungsprojekt zur Prozessoptimierung im Medikationsmanagement unter besonderer Berücksichtigung der Arzneimitteltherapiesicherheit in Alten- und Pflegeeinrichtungen (ProMmt) dar. Das Ziel des Projekts sei die Entwicklung eines Modellprozesses. Dazu brauche man jedoch zunächst eine gründliche Analyse der aktuellen Ist-Prozesse, die man dann einer Fakten- und Schwachstellenanalyse unterziehen müsse. Über ein anschließendes Benchmarking und über Expertengespräche werde man dann die gut funktionierenden Teilprozesse herausfiltern und so eine Grundlage für ein optimiertes, verallgemeinerungsfähiges Prozessmodell gewinnen. Damit man den Anspruch einer Win-win-Situation erfüllen könne, müsse dieses Prozessmodell mit einer klar definierten Aufgabenverteilung, hieb- und stichfesten rechtlichen Grundlagen und einem ebenfalls neu zu gestaltenden Vergütungsmodell hinterlegt werden.



Kortekamp berichtete über die bisher durchgeführten Expertengespräche und Workshops und zog das Resümee, dass die verantwortungsvolle, interprofessionelle Kooperation aller beteiligten Professionen (Ärzte, Apotheker, Pflegefachkräfte) mit Fokus auf den Bewohner von zentraler Bedeutung sei. Die vielfach geforderte Optimierung von Kommunikation, Kooperation und Interdisziplinarität, finde in der Praxis noch keinen rechtlich, institutionell und finanziell gestützten Rahmen. Der Ansatz dieses Projektes, die heimversorgenden Ärzte und Apotheker mit den Pflegefachkräften zu einem Medikationsteam zusammenzuführen und dieses mit Rechten und Pflichten sowie einer finanziellen Basis auszustatten, ermöglicht es, eine strukturierte Zusammenarbeit neuen Typs zu etablieren. Die wissenschaftliche und transparente Herangehensweise stelle sicher, dass sektorale Grenzen überschritten und Arbeitsbereiche neu überdacht werden können.

Neben der Arzneimitteltherapiesicherheit, die schon in einer Vielzahl fundierter Studien zentrales Thema war und ist, stünden folgende Faktoren im Mittelpunkt des Projekts:

- a) Die Verbesserung der Lebensqualität multipharmazierter Bewohner von Alten- und Pflegeheimen und
- b) die Steigerung der Arbeitszufriedenheit der PFK, Ärzte, Apotheker,... über die gewonnene Prozesssicherheit.

In der Diskussion gab Kortekamp in den Stand der Forschung. So habe sich bei den ausgewählten Zielparametern „Lebensqualität der Patienten“ bzw. „Arbeitszufriedenheit aller am Prozess Beteiligten“ vor allem die Frage gestellt, wie der Parameter der Arzneimitteltherapiesicherheit in das Projekt einzubinden sei. Im Unterschied zu den von Apothekern oder Ärzten initiierten Studien konzentrierte sich das ProMmt-Projekt hauptsächlich auf die gelebten Prozesse bei der Arzneimittelversorgung der Bewohner von Alten- und Pflegeheimen. Da das Thema Arzneimitteltherapiesicherheit schon sehr intensiv von Experten evaluiert werde, nutze man die dort gewonnenen Erkenntnisse und biete die Arzneimitteltherapiesicherheit als Kennzahl für die Lebensqualität der Bewohner in das Projekt ein. Die Ausgangshypothese sei, dass die Reduzierung von UAWs, UAEs und Krankenhauseinweisungen einerseits als deutlicher Parameter für eine verbesserte Lebensqualität der Bewohner zu betrachten sei. Andererseits spreche viel dafür, dass eine Reduktion dieser Parameter auf einer intensivierten Kooperation und



Kommunikation der Leistungserbringer beruht und diese wiederum zu einer Steigerung der Arbeitszufriedenheit führe. Obwohl dies noch weiterer Evaluierung bedürfe, fänden sich entsprechende Hinweise in fast allen aktuellen Veröffentlichungen.

Abschließend unterstrich Kortekamp die Einbindung des Projekts in die Arbeit des weiterbildenden Masterstudiengangs Management und Vertragsgestaltung in der Gesundheitswirtschaft. Die Studierenden, darunter Ärzte, Apotheker, Gesundheitswissenschaftler, Krankenhaus-, Pharma- und Krankenkassenmanager, Pflegefachkräfte und Mitarbeiter aus Gesundheitsministerien praktizierten in ihrer theoretischen und praktischen Zusammenarbeit, zum Beispiel in Studienprojekten und Fachgesprächen, bereits heute eine funktionierende interprofessionelle und intersektorale Zusammenarbeit. Diese positiven Erfahrungen einer effizienten Zusammenarbeit auf das Medikationsmanagements in Alten- und Pflegeeinrichtungen zu übertragen, bildeten Grundlage und Ansporn für das Forschungsprojekt.





Teil 2

Artikel kooperierender Autoren



9 **Ärztliche Versorgung in der vollstationären Pflege: Defizite und aktuelle Impulse zur (überfälligen) Optimierung der Versorgung**

Roland Schmidt, Antje Enders

Defizite ärztlicher Versorgung werden in Studien u. a. an folgenden Themen festgemacht: keine Abhaltung regelmäßiger Sprechstunden im Pflegeheim, keine Mitwirkung von Ärzten an Fallbesprechungen mit dem Pflegepersonal, kein Führen einer gemeinsamen Dokumentation und keine Notrufbereitschaft (insbesondere nach 22 Uhr). Ziel der Bemühungen um steigende Versorgungsqualität und Einsparung unnötiger Kosten sind die Vermeidung ärztlich nicht indizierter Krankenhauseinweisungen inkl. Krankentransporte, verbesserte Koordination zwischen Hausarzt und Fachärzten, eine abgestimmte sowie zielgerichtete Medikation bei Vorliegen mehrerer chronischer Erkrankungen.

Mit dem Pflege-Neuausrichtungsgesetz (PNG) hat der Gesetzgeber Impulse gesetzt, um diese Versorgungslücken zu schließen: Durch die mit dem PNG verbundene Novellierung von § 119b SGB V ist die Kassenärztliche Vereinigung (KV) nunmehr verpflichtet, auf den Abschluss eines Kooperationsvertrags zwischen Leistungserbringern (v. a. Haus- und Fachärzten) hinzuwirken, wenn sich eine Pflegeeinrichtung an die KV mit einem entsprechenden Ersuchen wendet. Pflegeheime müssen zudem gemäß § 114 SGB XI ab 1. Januar 2014 im Anschluss an eine Regelprüfung des MDK über die (fach-)ärztliche, zahnärztliche und Arzneimittelversorgung der Bewohner informieren. Ob Pflegeheime hier Kooperationsverträge mit Ärzten geschlossen haben, ist ab sofort von den Pflegeheimen in einer Maske einheitlich anzugeben, deren Inhalte dann auch für die Suche nach einem Heimplatz der Öffentlichkeit zur Verfügung stehen. Damit soll zugleich ein Impuls gesetzt werden, dass die Heimträger ihrerseits dem Thema „ärztliche Versorgung von Pflegeheimbewohnern“ im Wettbewerb die erforderliche Aufmerksamkeit widmen.

Im Januar 2014 ist liegen nunmehr seitens der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) Entwürfe zu Vereinbarungen nach § 119b Abs. 2 SGB V vor, die

jeweils mit dem GKV-Spitzenverband getroffen wurden. Diese Vereinbarungen, treten sie in Kraft, gelten dann als Bestandteil des Bundesmantelvertrags und regeln die Konditionen, die Voraussetzungen dafür darstellen – und somit de facto Mindeststandards darstellen –, damit der (zahn-)ärztliche Mehraufwand entgolten werden kann.

9.1 Zur Problemstellung

Heimärztliche Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen wird in der Literatur seit langem weitestgehend als defizitär und konfliktreich beschrieben.⁵³ Es offenbaren sich gravierende Abstimmungs- und Versorgungsprobleme an den Schnittstellen zwischen dem Pflege- und Gesundheitsbereich. Durch die gesundheitliche Problematik hochaltriger Menschen, insbesondere das Vorliegen von chronischen Erkrankungen und Multimorbidität, ergeben sich komplexe Versorgungssituationen. Hirsch und Kastner beziffern die Prävalenz medizinischer Probleme der Bewohner wie folgt: Harninkontinenz 60 %, Demenz 55 %, Verordnung von Psychopharmaka 41 %, Depressivität 40 %, Gangstörungen 38 %, Stürze 26 %, Schlaganfallerkrankungen 18 %, Dekubitus 10 % und Schenkelhalsfrakturen 4 % der Bewohner.⁵⁴ Hallauer u. a. ergänzen: Mobilitätseinschränkungen 75 % und Stuhlinkontinenz 45 %.⁵⁵ Der Bedarf an adäquater ärztlicher Versorgung ist im Setting überdeutlich gegeben. Für Ärzte ist die Behandlung von Patienten im Heim mit einem hohen zeitlichen und bislang nicht vergüteten Aufwand sowie mit Einbußen bei Überschreitung des Budgets verbunden.

Zur Sicherstellung einer angemessenen medizinischen Versorgung ergriffen verschiedene Akteure, darunter Krankenkassen, Kassenärztliche

53 Ausführlich in Enders, A.: Heimärztliche Versorgung in der stationären Langzeitpflege. Probleme und Lösungen, Diplomarbeit, Erfurt 2007, vgl. auch Enders, A., Schmidt, R.: Ärztliche Versorgung in der stationären Pflege: Defizite und Impulse zur Problemlösung. In: Dieffenbach, S. u. a. (Hrsg.): Management Handbuch Pflege. E 4500 (S. 1–27). Heidelberg: Economica 2008, 18. Aktual.

54 Hirsch, R. D./Kastner, U.: Heimbewohner mit psychischen Störungen, Köln 2004, S. 46 f.

55 Hallauer, J. u. a.: SÄVIP-Studie zur ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen, Hannover 2005, S. 7



Vereinigungen (KV), Ärzte und Wohlfahrtsverbände (u. a. die AWO in der Stadt München) in einzelnen Regionen Maßnahmen, um innovative Versorgungskonzepte zu implementieren und zu erproben. Nach Recherchen zu ausgewählten, momentan laufenden Versorgungsmodellen in Berlin, Bayern und Westfalen-Lippe wird zusammenfassend deutlich, dass durch neue Versorgungsformen die Chance besteht, Prozesse besser abzustimmen, Schnittstellenprobleme zu minimieren, Ressourcen zu optimieren, Versorgungslücken zu schließen, die Versorgungsqualität und Lebenszufriedenheit der Bewohner zu verbessern sowie die Kosten senken zu können. Die Modelle geben Anregungen, mit welchen Mitteln und Möglichkeiten eine koordinierte gesundheitliche Versorgung von älteren, pflegebedürftigen Menschen in der stationären Langzeitpflege auch andersorts erreicht werden kann.

Aufgrund des Versorgungsauftrags und sozialrechtlicher Bestimmungen, insbesondere des Krankenversicherungs- und Kassenarztrechts, wird die ärztliche Versorgung von Heimbewohnern vorwiegend durch niedergelassene Ärzte bei Bedarf sichergestellt. Weiterhin existieren Vereinbarungen mit Arztpraxen, wobei diese selten mit einem, sondern vorwiegend mit mehreren Ärzten – je nach Einrichtungsgröße zwischen fünf und zwanzig Ärzten – getroffen werden. Nur eine Minderheit der Einrichtungen stellt die Versorgung der Bewohner durch Verträge mit Krankenhäusern sicher bzw. verfügt über einen eigens angestellten Heimarzt. ● Abb.7 zeigt, dass im Vergleich der in Heimen praktizierten Organisationsformen ärztlicher Versorgung zwischen 1994 und 2005 (Mehrfachnennungen) primär Konstanz zu verzeichnen ist. Lediglich im Bereich der Versorgung durch niedergelassene Ärzte mit Vereinbarungen sind markante Änderungen zu verzeichnen. Nicht bekannt ist, auf welcher rechtlichen Grundlage jeweils diese Vereinbarungen basieren.

Durch Auswertungen empirischer Studien und mit Hilfe von Analysen zentraler Gremien⁵⁶ wissenschaftlicher Politikberatung lassen sich neun

56 Folgende Dokumente wurden in der Analyse der Problemexploration herangezogen: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hrsg.): Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Alter und Gesellschaft und Stellungnahme der Bundesregierung,



Dimensionen des Problems heimärztlicher Versorgung herauskristallisieren, die zusammengenommen das heutige Versorgungsdefizit kennzeichnen. Es handelt sich dabei um die Themen:

1. Zugang zu ärztlicher Versorgung
2. Ärztliche Präsenz und Versorgungskontinuität
3. Zeit- und Kostenfaktor der Behandlung
4. Freie Arztwahl und komplexe Versorgungsverantwortung
5. Medikamentöse Versorgung
6. Geriatriische und gerontopsychiatrische Qualifikation der Ärzte
7. Kommunikation und Kooperation zwischen Arzt und Heim
8. Dokumentation der erbrachten Leistungen
9. Bedarfsgruppen- und facharztspezifische Versorgung.

Berlin 2001; Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hrsg.): Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger – unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen, Berlin 2002; Deutscher Bundestag: Schlussbericht der Enquête-Kommission „Demographischer Wandel – Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an den Einzelnen und die Politik“, Drucksache 14/8800, Berlin 2002; Deutsches Zentrum für Altersfragen (DZA): Expertisen zum Vierten Altenbericht der Bundesregierung, Band III: Hochaltrigkeit und Demenz als Herausforderung an die Gesundheits- und Pflegeversorgung, Hannover 2002; Hallauer, J. u. a.: SÄVIP-Studie zur ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen, Hannover 2005; Hirsch, R. D./Kastner, U.: Heimbewohner mit psychischen Störungen, Köln 2004, Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVR): Gutachten 2003: Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität. Deutscher Bundestag, Drucksache 15/530; Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR): Gutachten 2005: Koordination und Qualität im Gesundheitswesen, Deutscher Bundestag, Drucksache 15/5670; Rothgang, H./Borchert, L./Unger, R.: GEK-Pflegereport 2008: Medizinische Versorgung in Pflegeheimen. Schwäbisch-Gmünd 2008; Schneekloth, U./v. Törne: Entwicklungstrends in der stationären Versorgung – Ergebnisse der Infratest-Repräsentativerhebung. In: Schneekloth, U./Wahl, H.-W. (Hrsg.): Pflegebedarf und Versorgungssituation bei älteren Menschen in Heimen. Stuttgart 2009, S. 59 f.

Es gibt in der Bewertung der Bedeutung dieser neun Dimensionen Unterschiede in der Gewichtung. Eher regelmäßig bemängelt (= jede zweite Analyse und mehr) wird die ärztliche Präsenz (Hausbesuche, Rufbereitschaft) sowie das Problem des hohen Betreuungsaufwands angesichts von Multimorbidität, der Kosten bei Budgetierung und eine unangemessen niedrige Honorierung ärztlicher Versorgung von Heimbewohnern. Weiterhin stehen regelmäßig in der Kritik die unzureichende geriatrische Qualifikation der niedergelassenen Ärzte, häufige und unnötige Krankenhauseinweisungen, ungenügende Kooperation und Kommunikation zwischen den beteiligten Berufsgruppen und zwischen ärztlichen Disziplinen sowie die Behandlung durch Fachärzte allgemein und bei besonderem Bedarf speziell. Seltener (= weniger als jede zweite Problemexploration) werden Arztvielfalt, Medikamentenversorgung, Dokumentation und Qualitätssicherung als zentrale Probleme herausgestellt.

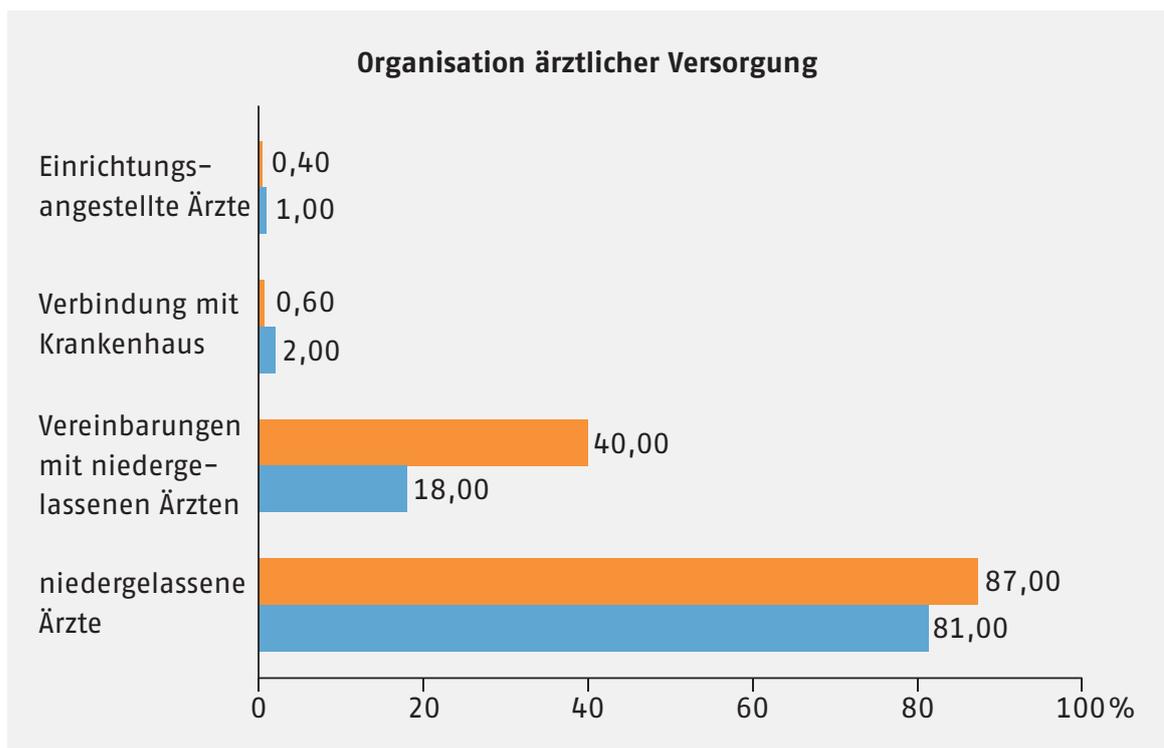


Abb. 7 Organisation ärztlicher Versorgung von Heimbewohnern

Quelle: Schneekloth, U.: Hilfe- und Pflegebedürftige in Alteinrichtungen 2005, Schnellbericht. München 2006, S. 27, Schneekloth, U./v. Törne: Entwicklungstrends in der stationären Versorgung – Ergebnisse der Infratest-Repräsentativerhebung. In: Schneekloth, U./Wahl, H.-W. (Hrsg.): Pflegebedarf und Versorgungssituation bei älteren Menschen in Heimen. Stuttgart 2009, S. 59 f.

Folgen medizinischer Unterversorgung von Heimbewohnern sind insbesondere das Nichterkennen des Vorliegens einer Demenz und Depression, der zu spät oder gar nicht erfolgende Beginn der Behandlung, inadäquate Therapien und Medikamentenverordnungen (v. a. unangemessener Einsatz von Psychopharmaka, der das Sturzrisiko erhöht), die Unterversorgung mit Antidementiva und Antidepressiva sowie eine verminderte Lebensqualität.

Die benannten Gründe für Versorgungsdefizite wurzeln einerseits in der systemischen Trennung von SGB V und SGB XI – kritisiert v. a. durch die Enquete-Kommission Demographischer Wandel und dem Sachverständigenrat zur Beurteilung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) –, andererseits in der unterschiedlichen Logik der Ausgestaltung des SGB V und SGB XI.

Aufgrund der komplexen Versorgungssituation von Heimbewohnern existieren Überschneidungen beider Sicherungssysteme, da bei den Bewohnern in der Regel chronische Erkrankungen und Multimorbidität eine große Rolle spielen und Pflegebedürftigkeit nach sich ziehen. Diese gesundheitlichen Aspekte bedürfen allerdings der angemessenen ärztlichen Versorgung. Hier offenbart sich eine große Zahl von Abstimmungsproblemen an Schnittstellen sowie Versorgungslücken bei der Betreuung der Bewohner. Die in zentralen Analysen (vgl. Fußnote 56) eruierten Probleme (= IST) und Empfehlungen (= SOLL) können wie folgt zusammenfassend konzentriert und gegenüber gestellt werden (■ Tab. 1).

Tab. 1 Ärztliche Versorgung in der vollstationären Pflege

Problem- dimensionen	beschriebener IST-Zustand	erwünschter SOLL-Zustand
Hausbesuche/ Visiten	<ul style="list-style-type: none"> • teilweise regelmäßig • häufig unregelmäßig und nach „Bedarf“ • keine Visiten außerhalb der Sprechzeiten bzw. am Wochenende und Feiertagen 	<ul style="list-style-type: none"> • regelmäßig, abgestimmt • ständige Erreichbarkeit der behandelnden Ärzte durch abgestimmte Rufbereitschaft außerhalb der Sprechzeiten und am Wochenende und Feiertag



Problem- dimensionen	beschriebener IST-Zustand	erwünschter SOLL-Zustand
Geriatrische/ geronto-psych- iatrische Quali- fikation	<ul style="list-style-type: none">• mangelhaft bei Ärzten	<ul style="list-style-type: none">• Wissenserwerb durch entsprechende Aus-, Fort- und Weiterbildung
Kommunikati- on und Koope- ration	<ul style="list-style-type: none">• schwierig, sporadisch• erschwert durch Ärztevielfalt• Durchführung der Visiten ohne Pflegefachkraft• Medikamentenabänderungen nicht weitergeleitet• kein Einfluss seitens der Ärzte auf die Heimleitung sowie auf die Durchführung und Planung der Pflegemaßnahmen• unzureichende Zusammenarbeit zwischen Haus- und Fachärzten• mangelnder Kontakt zu Angehörigen und Betreuern	<ul style="list-style-type: none">• Arzt als Teil des Teams• Teilnahme des Arztes an Team- und Fallbesprechungen• Einbezug der Ärzte in das Fallmanagement• strukturierte Zusammenarbeit der Hausärzte und Fachärzte• Einbezug der Hausärzte in die Heimstruktur• Kontaktherstellung der Einrichtungen zu Haus- und Fachärzten
Versorgung von Bedarfsgrup- pen (v. a. Demenz, Depression)	<ul style="list-style-type: none">• mangelhaft, unzureichend• Nichterkennung von Demenz und Depressionen• selten Durchführung einer notwendigen Diagnostik• fehlerhafte Psychopharmakabehandlung• Untermedikation	<ul style="list-style-type: none">• bessere Qualifikation aller an der Betreuung Beteiligten durch Fort- und Weiterbildungen• Durchführung von Differential- und Ausschlussdiagnostik• Verwendung von geriatrischen Assessments (MMST, GDS)• Behandlung durch Fachärzte
Zahnärztliche Versorgung	<ul style="list-style-type: none">• erschreckende Mundbefunde• mangelnde Kenntnisse des Pflegepersonals über angemessene Oralhygiene• unzureichende Kommunikation zwischen Zahnärzten und Pflegepersonal• vorschnelle Verordnung von Sedierung, künstlicher Nahrungszufuhr und Flüssigkeit	<ul style="list-style-type: none">• regelmäßige zahnärztliche Betreuung• Befunderhebung, Festlegung der Pflegemittel und Putztechniken sowie regelmäßige Kontrollen durch Zahnarzt• präventive Betreuung• hausinterne Fortbildungen des Pflegepersonals durch Zahnarzt

Problem- dimensionen	beschriebener IST-Zustand	erwünschter SOLL-Zustand
Medikamentöse Versorgung	<ul style="list-style-type: none"> • Über-, Unter- und Fehlmedikationen (insbes. bei Psychopharmaka, Antidepressiva) 	<ul style="list-style-type: none"> • adäquate Versorgung durch koordinierte Therapie- und Verlaufskontrolle • regelmäßige Überprüfung hinsichtlich Indikation, Dauer, Dosierung
Dokumentati- onssysteme	<ul style="list-style-type: none"> • geringe Nutzung hinsichtlich Niederschrift von Anweisungen seitens der Ärzte • missverständliche Anweisungen • unklare, widersprüchliche und lückenhafte Dokumentation • Informationsverluste 	<ul style="list-style-type: none"> • Beachtung und Nutzung als Kommunikationsmittel • Niederschrift von Krankenbeobachtung (Veränderungen, Reaktionen) • Niederlegung von Anordnungen und Therapieveränderungen seitens der Ärzte
Honorierung der Ärzte	<ul style="list-style-type: none"> • im Rahmen der Gebührenordnung (Regelversorgung) • keine Extravergütung der Koordinationsleistungen • Problem der Budgetierung 	<ul style="list-style-type: none"> • Berücksichtigung des intensiveren Betreuungsaufwandes • extrabudgetäre Vergütung oder Anpassung des Budgets
Kostenfaktor für die Kassen	<ul style="list-style-type: none"> • hohe Kosten aufgrund häufiger Notarzteinsätze, Krankenhauseinweisungen, Transportkosten, ggf. Doppeldiagnostik 	<ul style="list-style-type: none"> • Kostenminimierung durch kontinuierliche, abgestimmte Versorgung
<p>Quelle: Eigene Darstellung nach Dokumenten der wissenschaftlichen Politikberatung und empirischen Studien; vgl. Fußnote 56.</p>		

Modelle zur Optimierung der ärztlichen Versorgung von Pflegeheimbewohnern

Neben dem Berliner Projekt „Ärztliche, pflegerische und therapeutische Betreuung Schwerstkranker in stationären Pflegeeinrichtungen“, das das klassische Beispiel für eine selektivvertragliche Problemlösungsoption darstellt, haben sich im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) auf Landesebene Mitte des letzten Jahrzehnts auch kollektivvertragliche Initiativen auf Grundlage von § 119b SGB V (a. F.) entwickelt wie z. B. das „KVB-Projekt zur Verbesserung der ärztlichen Versorgung in stationären Pflegeheimen“.



Beide Versorgungsoptionen bestimmen im Kern auch heute noch die Suche nach geeigneten Strategien zur Versorgungsoptimierung an der Schnittstelle von SGB V und SGB XI. Daher werden in den nachfolgenden Abschnitten ► Kap. 9.2.1 und ► Kap. 9.2.2 zunächst beide Optionen ihrer Genese dargestellt, wobei das Berliner Projekt auf eine bereits längere Tradition zurückblicken kann und de facto den Prototyp späterer analoger Initiativen der AOK in anderen Regionen weiterhin darstellt. Die erforderlichen aktualisierenden Hinweise zu beiden Vorgehensweisen schließen sich im Zuge der Erörterung der aktuellen Ausgangslage an (siehe Abschnitte ► Kap. 9.3.1 und ► Kap. 9.3.2).

9.1.1 Die Genese des Berliner Projekts

Hierbei handelt es sich um ein Modellprojekt, das bereits 1998 von der AOK Berlin mit anderen lokalen Akteuren initiiert wurde.⁵⁷ Spezieller Hintergrund war, dass sich mit Einführung der zweiten Stufe der Pflegeversicherung 1996 die Frage stellte, wie die Versorgung der in Berlin existierenden „Krankenhäuser“ und „Krankenhäuser für chronisch kranke Menschen“ unter SGB XI-Bedingungen aufrechterhalten werden kann. In diesen Einrichtungstypen erfolgte die Versorgung multimorbider, chronisch kranker Bewohner unter Einbeziehung angestellter Ärzte und Therapeuten (Krankengymnasten, Ergotherapeuten, Physiotherapeuten). Ziele des Projekts sind die Verzahnung der stationären pflegerischen mit der ambulanten medizinischen Betreuung und die Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Versorgung von Bewohnern stationärer Pflegeeinrichtungen. Beteiligt sind neben einzelnen Krankenkassen die KV, die teilnehmenden Pflegeeinrichtungen, Ärzte sowie die bei den mitwirkenden Krankenkassen versicherten Bewohner.

57 Der Darstellung liegen folgende Dokumente zu Grunde: Müller, R.D./Richter-Reichhelm, M.: Berliner Projekt – Gute Pflege zahlt sich aus, in: *Gesundheit und Gesellschaft* 3/2004, S.14–15, Müller, R.D./Richter-Reichhelm, M.: Berliner Modellprojekt – Der Arzt am Pflegebett, in: *Deutsches Ärzteblatt* 21/2004, A 1482–1484; KV Berlin: *Qualität in der ambulanten medizinischen Versorgung. Qualitätsbericht 2006*, S.111; Gaede, K.: *Hauseigene Ärzte – Glücksfall für Heime und Kassen*, in: *kma – Das Magazin für Gesundheitswirtschaft* 11/2005, S.101; Möhlmann, H./Kotek, H.: *Projekt für die Zukunft*, in: *Altenheim* 12/2001, S.27 ff.

Die Vertragsgrundlagen sind öffentlich nicht zugänglich. Im Qualitätsbericht der KV Berlin wird als Rechtsgrundlage auf § 63 SGB V verwiesen. Es handelt sich um ein „geschlossenes Modell“, d. h. es wird nicht um weitere Pflegeheime erweitert. Die Laufzeit wurde aufgrund guter Ergebnisse bis 2010 verlängert. Derzeit nehmen von den rund 280 vollstationären Pflegeeinrichtungen des Landes Berlin 38 Einrichtungen am Projekt teil. Die ärztliche Versorgung dieser Einrichtungen erfolgt durch angestellte Ärzte oder Kooperationsverträge mit niedergelassenen Ärzten bzw. Gemeinschaftspraxen:

- Versorgung durch hauseigene angestellte Ärzte (26 Einrichtungen): Aufgrund ihres Sonderstatus konnten die Einrichtungen auf Basis von Ermächtigungen weiterhin hauseigene Ärzte beschäftigen. Neue Ermächtigungen wurden seitens der KV nicht vergeben. Die Anzahl der Ärzte hängt von der Bewohnerzahl ab.
- Versorgung durch niedergelassene Ärzte (12 Einrichtungen): Die zuletzt leichter umsetzbare Möglichkeit heimärztlicher Betreuung basiert auf Kooperationsverträgen mit niedergelassenen Ärzten. Im Durchschnitt hat ein Arzt 30 bis 40 Bewohner zu versorgen.

Um eine qualitätsgesicherte Versorgung zu gewährleisten, müssen sich die Ärzte in beiden Varianten zur Einhaltung bestimmter Anforderungen verpflichten. Hierzu zählen die Durchführung einer wöchentlichen Regelvisite, Besprechungen im multiprofessionellen Team (Ärzte, Therapeuten und Pflegepersonal), Fallkonferenzen (ausführliche Besprechung von Krankheitsfällen), Einrichtung einer Rufbereitschaft, Gewährleistung einer Rund-um-die-Uhr-Versorgung für Bewohner der Einrichtung, Zusammenwirken von Arzt und Einrichtung bei der Dokumentation der ärztlichen Leistungen in den Aufzeichnungen des Heims sowie Teilnahme an einem Qualitätszirkel oder mindestens einer Fortbildung pro Jahr. Bei Verstößen gegen diese Verpflichtungen wird dem Arzt die Genehmigung zur Abrechnung der Leistungen entzogen.

Mit den beteiligten Pflegeeinrichtungen wurde eine fiktive Soll-Pauschale in Höhe von 4212,53 € pro Jahr und Bewohner vereinbart. Darin sind die Kosten für nachfolgende Leistungen enthalten: ärztliche Behandlung (hier: medizinische Grundversorgung), therapeutische Betreuung, Arzneimittelversorgung, Versorgung mit ausgewählten Hilfsmitteln, Kranken-



hausbehandlungen und Transportkosten. Real wird z. B. von der AOK eine Pauschale von 818 € pro Jahr (2,24 € pro Belegtag und Bewohner) für beide erstgenannten Leistungsbereiche an die jeweiligen Vertragspartner gezahlt. Jede Verordnung bezahlt die Krankenkasse. Am Jahresende werden die Ausgaben addiert und dem Zielwert gegenübergestellt. Dabei wird die SOLL-Durchschnittspauschale zur Bonusberechnung angelegt. Bei Unterschreitung partizipieren Heime und Ärzte an den Einsparungen. Das Kostencontrolling obliegt einer externen, unabhängigen Beratungsfirma, um die notwendige Neutralität des Verfahrens zu gewährleisten. Die Bonushöhe differiert von Haus zu Haus und von Arzt zu Arzt aufgrund der unterschiedlichen Unterschreitungswerte. So erhielten 2004 zehn Einrichtungen einen Bonus von insgesamt 200 000 €. Im Falle von Überschreitungen wird mit Hilfe von Audits nach den Ursachen geforscht und nach Möglichkeiten zur Behebung gesucht.

Die ständige ärztliche Präsenz und der regelmäßige Arzt-Bewohner-Kontakt haben weiterhin folgende Vorteile: die Verbesserung der ambulanten Sofortversorgung, eine Krankenhausbehandlung, die erst dann erfolgt, wenn die ambulante Behandlung nicht mehr ausreicht, die Vermeidung von unnötigen Krankenhauseinweisungen oder Notarzteinsätzen, eine Versorgung und Betreuung in gewohnter Umgebung und durch vertraute Personen, schnellere Krankenhausesentlassungen, da die Nachsorge im Lebensumfeld „Heim“ rund um die Uhr gewährleistet werden kann, eine schnellere Aktualisierung der medikamentösen Einstellung und eine erhebliche Steigerung der Lebensqualität der Bewohner.

Die Gesamtkosten (Krankenhaus-, Transport-, Arzneimittel- sowie Heil- und Hilfsmittelkosten) waren im Vergleich zu den nicht am Projekt teilnehmenden Heimen durchschnittlich 30–35 % niedriger. Die größten Einsparpotenziale liegen in den Bereichen „Krankenhausaussgaben“ und „Transportkosten“. Im Jahr 2002 konnte nach Abzug der Kosten für die Tätigkeit der niedergelassenen und angestellten Ärzte, für Physiotherapeuten und der Projektkosten (ca. 2 Millionen €) eine Nettoeinsparung in Höhe von rund 4,5 Millionen € erzielt werden.

9.1.2 *Das Projekt der KV Bayern (KVB)*

In Bayern entwickelte – neben selektivvertraglichen Anstrengungen der Landes-AOK auch die KV Bayern ein „KVB-Projekt zur Verbesserung der ärztlichen Versorgung in stationären Pflegeheimen“.⁵⁸ Ziel des Projekts ist die Sicherstellung einer ausreichenden medizinischen Versorgung der Bewohner von Pflegeeinrichtungen. Durch die bessere ärztliche Präsenz sollen unnötige Krankenhauseinweisungen, meist durch Notsituationen hervorgerufen, vermieden und reduziert werden. Damit will man auch eine Verbesserung der Lebensqualität der Bewohner erreichen.

Der Anstoß hierzu erfolgte Anfang 2006 durch Ärzte aus München, die auf Initiative der KVB erste Praxisverbände gründeten. Anlass, sich mit diesem Thema näher zu beschäftigen waren Medienberichte, die Missstände bei der ärztlichen Betreuung von Heimbewohnern aufdeckten. Bei Praxisverbänden handelt es sich um eine Kooperationsform, in der Ärzte einen gemeinsamen Versorgungsauftrag übernehmen. Hierzu wurden Kollektivverträge als Anlage zum Gesamtvertrag nach § 83 SGB V geschlossen. Da der Versorgungsauftrag krankenkassenunabhängig für alle versicherten Heimbewohner gilt, erhalten auch alle Versicherten – im Unterschied zu Verträgen einzelner Krankenkassen – eine entsprechende Versorgung. Zudem wurden von der KVB mit zunächst drei Krankenkassen Verträge gemäß § 73 c SGB V (Förderung der Qualität in der vertragsärztlichen Versorgung) geschlossen. Die KVB fungiert als Vertreter der niedergelassenen Ärzte. Voraussetzung für deren Teilnahme ist, dass sie einem Praxisverbund angehören. Praxisverbände bestehen aus Haus- und Fachärzten, die durchschnittlich vier Pflegeeinrichtungen betreuen. In jedem Praxisverbund muss mindestens ein Psychiater, Neurologe oder Nervenarzt mitwirken. 2006 existierten 22 Praxisverbände mit heimbezogenem Versorgungsauftrag. Die Bewohner von 68 bayerischen Pflegeeinrichtungen werden durch

58 Der Darstellung liegen folgende Dokumente zu Grunde: KV Bayern: Informationen zur Integrierten Versorgung nach §§ 140 a-d SGB V (Stand: 23.03.2006); BKK Landesverbandes Bayern und KVB: Presseinformation vom 23.03.2007; Enders, A.: Heimärztliche Versorgung in der stationären Langzeitpflege. Probleme und Lösungen, Diplomarbeit, Erfurt 2007



158 Haus- und Fachärzte versorgt. Für die teilnehmenden Ärzte besteht die Pflicht zur Fortbildung in der Geriatrie.

Im Rahmen eines Praxisverbundes soll sowohl eine bessere Absprache der Ärzte untereinander als auch mit dem Pflege- und Heimpersonal gewährleistet werden. Dieses soll durch folgende Festlegungen erreicht werden:

- Regelmäßige, abgestimmte Besuchsdienste im Heim durch geriatrisch erfahrene Haus- und Fachärzte,
- Erreichbarkeit während der Sprechstunde und zudem an Wochenenden sowie Feiertagen,
- geregelte Rufbereitschaft, damit die Erreichbarkeit eines Arztes des Praxisverbundes im Akutfall gewährleistet ist, und
- abgestimmtes Arzneimittelmanagement.

Eine 24h-Bereitschaft wurde mit Blick auf die Haupteinweisungszeiten von Bewohnern in Krankenhäuser als nicht erforderlich erachtet. Der Grundsatz der freien Arztwahl bleibt ebenfalls erhalten.

Zur Honorierung des zusätzlichen Aufwands der Ärzte ging die KVB zu Projektbeginn in Vorleistung. Ein Einsparpotential wurde vor allem bei unnötigen Transportkosten ins Krankenhaus gesehen. Seitdem erhalten die Ärzte auf Basis der Strukturverträge als Anreiz eine begrenzte Pauschale außerhalb des Budgets. Diese wird aber nur bei der Versorgung von Heimbewohnern gezahlt, deren Krankenkasse Vertragspartner ist. Nach Expertenmeinung halten die Mehrzahl der Ärzte Aufwand und Modalitäten der Strukturförderung als zu bürokratisch und aufwendig. Sie bevorzugen daher eine Abrechnung über die KV (Ärzte Zeitung vom 28.02.2006).

9.2 Anstöße zur Optimierung der ärztlichen Versorgung von Pflegeheimbewohnern durch das Pflege-Neuausrichtungsgesetz (PNG)

Unter heimärztlicher Versorgung werden kassenseitig vor allem folgende Impulse gefasst⁵⁹: Abhaltung regelmäßiger Sprechstunden im Pflegeheim

59 Den Ausführungen zu Abschnitt 4 liegt eine Auswertung der „Ärzte-Zeitung“ und von „Care konkret“ in den Jahren 2008 bis 2013 zu Grunde. Beiträge in Fachzeitschriften zielen i. d. R. bislang eher nicht auf die Rekonstruktion des Versorgungs-

(unter Beachtung der Wahlfreiheit, einen Arzt seines Vertrauens zu beauftragen), Mitwirkung an Fallbesprechungen (mit Pflegepersonal), Führen einer gemeinsamen Dokumentation (mit dem Trend hin zur elektronischen Version) und Notrufbereitschaft (wobei die nächtliche Bereitschaft i. a. R. Realisierungsprobleme bereitet).

Ende 2013 lassen sich drei Optionen zur Verbesserung der ärztlichen Versorgung von Pflegeheimbewohnern unterscheiden (● Abb. 8):

- *selektivvertraglich* basierte ärztliche Versorgung auf der Grundlage von zunächst Modellvorhaben und Strukturverträgen, die später in Verträge zur Integrierten Versorgung (IV) übergeleitet wurden – mit der Berliner Besonderheit, dass hier der Vertrag zur IV inzwischen keine Befristung mehr enthält, sondern auf Dauer gestellt worden ist (Ärzte Zeitung vom 1.8.2011) (*Option I*),
- *kollektivvertragliche* Versorgungsimpulse durch die Kassenärztlichen Vereinigungen in den Bundesländern (KV) auf alter Grundlage (§ 119 b SGB V a. F.) und der aktuell noch strittigen vertraglichen Umsetzung der zuletzt im Zuge des PNG reformierten normativen Bestimmungen durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KVB) (§ 119 b SGB V n. F.) (*Option II*) sowie
- *lokale Initiativen*, die i. d. R. nur an einem Ort und unter besonderen Umständen realisiert werden konnten (z. B. ärztliche Versorgung durch ein Ärzte-Netz) (*Option III*).

Ergänzend ist hinzuweisen auf die Bestrebungen von bpa und Hausärzteverband auf gemeinsam konsentierter fachlicher Grundlage nunmehr Verhandlungen mit den Krankenkassen auf Bundesebene zum Abschluss eines IV-Vertrags „Versorgungslandschaft Pflege“ anzustreben (Care konkret

managements inklusive einer Strukturierung erwogener bzw. angestoßener Lösungsoptionen. Sie präsentieren aktuell vor allem trägerspezifische Darstellungen der Situation, die allerdings die bekannten Problemdimensionen (■ Tab. 1) vorwiegend variieren. Ein stärkeres Augenmerk wird inzwischen auf die Differenz zwischen hausärztlicher und fachärztlicher Versorgung gelenkt, was bereits bei Rothgang, H./Borchert, L./Unger, R.: GEK-Pflegereport 2008: Medizinische Versorgung in Pflegeheimen. Schwäbisch-Gmünd 2008 differenziert dargelegt worden ist.

vom 27.1.2012). Ob dieser Initiative Erfolg beschieden sein wird, ist derzeit offen. Hierfür gründeten beide Organisationen gemeinsam die Gesellschaft „Versorgungslandschaft Pflege – Hausärzte und Pflege Hand in Hand“. Reaktionen von Kassenseite auf dieses Ansinnen werden bislang nicht berichtet. De facto handelt es sich hierbei um eine Aktivität, die, sollte sie praktische Folgen auf vertraglicher Basis zeitigen, der erstgenannten Option zuzuordnen wäre.

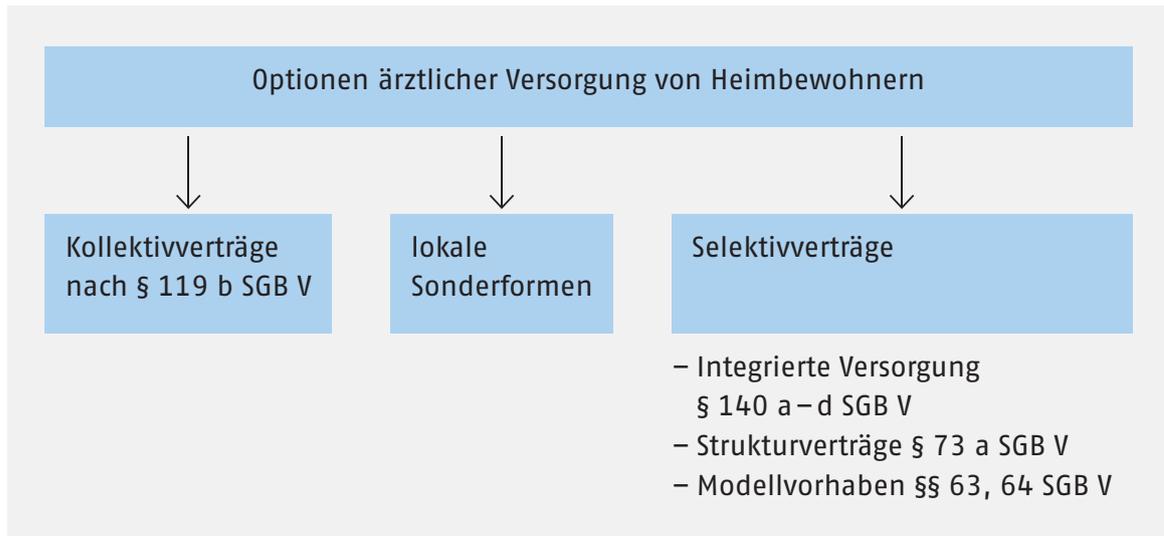


Abb. 8 Rechtliche Grundlagen für Modelle heimärztlicher Versorgung (vor Inkrafttreten des GKV-WSG)

Quelle: Eigene Darstellung

Im Folgenden sollen die drei o. g. Optionen aufgegriffen und in ihrem allgemeinen Gehalt skizziert werden. Dabei ist darauf hinzuweisen, dass Inhalte von Selektivverträgen Außenstehenden nicht bekannt gemacht werden. Man ist somit auf die Informationen angewiesen, die die Akteure selbst streuen.

9.2.1 *Selektivverträge als Option*

Dies Option ist vornehmlich das Aktivitätsfeld der AOK in zwischenzeitlich annähernd allen AOK-Regionen (z. B. AOK Nordost, AOK Plus in Thüringen, AOK in Bayern, Baden-Württemberg und Hessen). Das Tätigwerden der AOK stellt dabei keinen Zufall dar, wie nachfolgend zu zeigen ist. Andere Krankenkassen halten sich hierbei gleichfalls nicht zufälligerweise diskret zurück.

Das Engagement seitens der AOK ist nämlich durchaus pekuniär begründbar. Seit 1998 existieren entsprechende Verträge in Berlin (de facto: Pilotprojekt in der Nachfolge der besonderen ehemaligen Heimstruktur Westberlins). Beteiligt sind heute in Berlin und Brandenburg 49 Pflegeheime mit rund 5.800 Versicherten insgesamt. Ausgewertet werden die in Pflegeeinrichtungen lebenden AOK-Versicherten, die im Rahmen von Verträgen zur heimärztlichen Versorgung (= Integrierte Versorgung nach § 140 a-d SGB V) eine besondere ärztliche Betreuung durch einen im Heim angestellten „Heimarzt“ oder durch einen niedergelassenen Arzt (mit „Sonderermächtigung“ und Vergütung außerhalb seines Budgets) erhalten, im Vergleich zu AOK-Versicherten, die in Pflegeheimen mit Regelversorgung leben. Die besonderen heimärztlichen Leistungen umfassen: wöchentliche Vor-Ort-Visite und ständige telefonische Rufbereitschaft (regelmäßig bis 22 Uhr, oftmals aber darüber hinaus). Die 2.300 heimärztlich versorgten Pflegeheimbewohner der AOK müssen, so die Erkenntnis, nur halb so oft ins Krankenhaus eingewiesen werden wie Bewohner anderer Heime. Auch für Fahrten und Medikamente fallen geringere Kosten an (Ärzte-Zeitung vom 1.8.2011).

Im Vergleich beider Versorgungssituationen (Regelversorgung und Integrierte Versorgung) lässt sich über die Jahre hinweg konstatieren, dass die Einsparungen (durch unnötige Krankenhausaufenthalte und Transportkosten) höher ausfallen als die Ausgaben (für den Heimarzt oder niedergelassenen Arzt, der heimärztliche Leistungen erbringt). Das Beispiel zeigt, dass beides gleichzeitig geht: Einsparungen zu erzielen und die Lebensqualität zu verbessern (hier: durch nicht medizinisch indizierte, unnötige Krankenhausaufenthalte). Die im Vergleich ermittelten Einsparungen kamen in der Modellphase zu einem Teil der AOK zugute, zu einem anderen wurden jährlich Prämien an die beteiligten Leistungserbringer (Ärzte und – das nur in Berlin – Pflegeheime) ausgeschüttet (i.S. eines Einsparcontractings). Angesichts der Versichertenstruktur der AOK (mit höheren Anteilen an Betagten und an Versicherte mit schlechteren Risiken) ist ein Engagement in Sachen heimärztlicher Versorgung ökonomisch rational.

Seitdem 2007 das Careplus-Programm, das als Modellvorhaben gestartete Berliner Programm vor einigen Jahren abgelöst hat, existiert, wird den Ärzten, die die Lotsen-Funktion ausüben, ihr Mehraufwand pro Jahr und



Patient extrabudgetär mit 500 Euro vergütet. Die Erfahrung zeigt, dass eine Einzelpraxis mit dieser Funktion eher überfordert ist. Gemeinschaftspraxen hingegen, die die geforderte Rufbereitschaft leichter realisieren können, spezialisieren sich mittlerweile auf die Ausübung heimärztlicher Funktionen. Von fünf in einer Gemeinschaftspraxis tätigen Ärzten, die sechs Pflegeheime mit rund 800 Bewohnern „heimärztlich“ versorgen, werden zwei Stellen für die Lotsen-Funktion eingesetzt (plus anteilig eine Krankenschwester, die während der Praxiszeiten als ständige Ansprechpartnerin fungiert; Ärzte-Zeitung vom 27.1.2012).

Andere Krankenkassen mit anderer Versichertenstruktur könnten im Falle eines vergleichbaren Engagements materiell weniger profitieren. Ein primär marketingmotiviertes, nicht pekuniär untersetztes Tätigwerden würde als unliebsame Folge Versicherte anziehen, deren Gesundheitskosten oftmals durch Multimorbidität geprägt und somit erhöht sind. Im Risikostrukturausgleich (RSA) sind solche Belastungen aber nur teilweise durch höhere Finanzaufwendungen aus dem Gesundheitsfonds kompensierbar. Da im Bereich der Selektivverträge prinzipiell Vertragsfreiheit besteht, wird es in i. a. R. gar nicht erst zu Vertragsverhandlungen kommen, wenn der Vertragspartner „Krankenkasse“ kein rationales Interesse an einem Abschluss haben kann.

Zu beachten ist, dass für Krankenkassen ein (kleiner) Einzelvertrag mit nur einem Leistungserbringer, der wenige Versicherte versorgt, uninteressant ist. Wenn, dann geht es um Verträge, in die möglichst viele Versicherte einbezogen sind. Dies ist kassenseitig nur zu erreichen, wenn mit den Verbänden der (Haus-)Ärzte in einer Region bzw. in dem Bundesland ein Abschluss getätigt wird. So basierte das Pilotprojekt der AOK Baden-Württemberg auf einem IV-Vertrag, an dem 20 Pflegeheime in Stuttgart, Esslingen, Dettingen und Lenningen mitwirken (Care konkret vom 11.2.2011). Die Leistungserbringer der Pflege und ihre Bewohner sind hier gewissermaßen Nutznießer der vertraglichen Bestimmungen. Aber: Die Träger der Pflegeeinrichtung stellen in diesem Fall keinen zentralen Akteur dar und ein Einbezug in Ausschüttungen findet – anders als in Berlin – nicht statt.

Für Pflegeheime sind solche Selektivverträge durchaus auch ambivalent zu bewerten. Denn: Sie gelten nur für diejenigen Bewohner, die in der am Vertrag beteiligten Krankenkasse versichert sind. De facto führt das auf

zwei Handhabungsformen in der Zusammenarbeit mit Ärzten hinaus, die parallel existieren und die nicht leicht gegenüber Angehörigen zu kommunizieren sind. Auch ist davon auszugehen, dass dies einen zusätzlichen (Dokumentations-)Aufwand nach sich zieht (normale Pflegedokumentation, in der Ärzte ggf. eintragen, und eine mit Ärzten und Krankenkasse abgestimmte gemeinsame Dokumentation). Eine gemeinsame edv-gestützte Dokumentation (mit „Mitteilungen an die Hausärztin“) wird in Berlin bereits praktiziert und dient auch dazu, arztseitig entscheiden zu können, ob ein Hausbesuch erforderlich ist oder ob Pflegefachkräften über das elektronische System ärztliche Anordnungen zugeleitet werden können. Ein ständiger Zugriff auf Dokumentationen per Datenleitung spart überflüssige Hausarztbesuche (Care konkret 14.9.2012).

Es gibt (aus den eingangs genannten Gründen) bundesweit kein Beispiel dafür, dass mehrere große Krankenkassen irgendwo einen Selektivvertrag gemeinsam verhandelt und geschlossen haben.⁶⁰

Eine Variante selektivvertraglicher Lösungen auf IV-Basis wird in Baden-Württemberg besprochen. Hier haben die Landes-AOK⁶¹ und der Hausärzteverband eine Vereinbarung zur qualitätsgesicherten Heimversorgung geschlossen (Ärzte-Zeitung vom 3.2.2011). Hausärzte erhalten hier 150 Euro für sechs Visiten je Patient und Quartal. Bei schwer kranken Menschen kann dieses Entgelt aufgestockt werden. Mit der Höhe der Dotierung heben sich die Vertragspartner bewusst von der kollektivvertraglichen KV-Option und deren Vergütung, die nachfolgend dargestellt ist, ab. Sie wird vom Hausärzte-Verband als fachlich und organisatorisch „unangemessen“ qualifiziert. Zudem weist der Verband darauf hin, dass die zuletzt erhöhten

60 Die Barmer GEK, die inzwischen das Thema „ärztliche Versorgung von Pflegeheimbewohnern“ gleichfalls besetzt, orientiert sich demgegenüber an kollektivvertraglichen Lösungen mit der KV (so mit der KV Baden-Württemberg und KV Nordrhein).

61 Von derzeit rund 84.000 Pflegeheimbewohnern im Land Baden-Württemberg sind rund 43.000 bei der AOK versichert. Die Ausgaben für Krankenhausaufenthalte dieser Versicherten belaufen sich in den ersten drei Quartalen 2010 auf rund 140 Millionen Euro. Jeder zweite Pflegeheimbewohner musste 2010 ins Krankenhaus bei durchschnittlichen Fallkosten in Höhe von 3.500 Euro.

KV-Vergütungen für Heimbesuche aus dem Gesamtbudget aufgebracht werden müssen. Das heißt, während es sich im IV-Rahmen ein Zusatzentgelt handelt, wird im Kollektivvertrag die Vergütung an anderer Stelle eingespart.

9.2.2 Kollektivverträge als Option (Verträge nach § 119 b SGB V)

Vor der Novellierung des § 119 b SGB V lag es in der Verantwortung der einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) in den Ländern und Regionen, ob sie die Möglichkeit ergreifen, die § 119 b SGB V a. F. bereits bot, ein Konzept für die Medizinische Versorgung von Pflegeheimbewohnern zu entwickeln und zu implementieren. Insbesondere die KV Bayern ergriff diese Option. In Bayern gründeten sich bis Mitte 2012 in Landesregionen 44 „Geriatrische Praxisverbände“. Im Zusammenwirken von Haus- und Fachärzten wird für jedes Pflegeheim eine tägliche Anwesenheit von zwei Stunden gewährleistet. Hinzu kommt eine 24-Stunden-Rufbereitschaft. Die Bewohnerversorgung erfolgt ungeachtet der Kassenmitgliedschaft.

9.2.2.1 Altes Recht

Im Jahr 2010 hatten sich bereits 13 der insgesamt 17 KVen unter dem Label „Bundesinitiative Pflegeheim“ auf ein gemeinsames Rahmenkonzept verständigt, das deutschlandweit Grundlage von Pflegeheimverträgen der Länder-KVen mit allen gesetzlichen Krankenkassen sein sollte.⁶² Basis hier-

62 Seitens der Krankenkassen bestehen neben der beschriebenen selektivvertraglichen Option auch diejenige, mit einer Landes-KV einen kollektiven Versorgungsvertrag einzugehen. So ist in Baden-Württemberg zum 1.4.2012 die Barmer GEK einen entsprechenden Vertrag mit der KVBW eingegangen. Hausärzte, die sich an der verbesserten Versorgung von Pflegeheimbewohnern beteiligen, erhalten neben den erstattungsfähigen Leistungen eine Pauschale in Höhe von 25 Euro pro Quartal. Die Vergütung von Haus- und Heimbesuchen beträgt gemäß Gebührenordnung 21,03 Euro; für den „Besuch eines weiteren Kranken“ im Pflegeheim fallen 10,51 Euro an. Aufgegriffen wurde in dem Vertrag auch „die Delegation ärztlicher Leistungen“, die es medizinischem Fachpersonal ermöglichen soll, zusätzlich zum Hausarzt Bewohner (auf der Basis der G-BA Richtlinie für die Übertragung von ärztlichen Aufgaben an Pflegepersonen nach § 63 SGB V) aufzu-

für lieferten die Erfahrungen bzw. die entwickelte Praxis der KV Nordrhein, der KV Bayern und der KV Berlin (Care konkret vom 7.5.2010). Im Nachfolgenden werden die Grundelemente dieses Rahmenkonzepts skizziert. Gebildete wurden sechs Module:

Modul I (= Basismodul) behandelt die Interdisziplinarität. Es geht um die verbesserte Kooperation der niedergelassenen Ärzte untereinander sowie mit den Verantwortlichen für die Pflege in Heimen (u. a. mit den Themen: Steuerung der Versorgung, Transparenz und Wirtschaftlichkeit). Geregelt sind die von Hausärzten zu leistenden regelmäßigen Visitedienste, die Rufbereitschaft und die Vertretungsregelung. Dieses Modul stellte die übergreifende, gemeinsame Basis aller KV-Verträge in den 13 KV-Ländern dar.

Weitere Module konnten entsprechend den regionalen Bedürfnissen bzw. Besonderheiten additiv ergänzt werden (Baukastenprinzip): Modul II bezieht sich auf Fachärzte. Auch hier geht es um regelmäßige Verfügbarkeit, Rufbereitschaft und Vertretungsregelungen. Modul III richtet sich an die Pflegeheime; thematisiert werden die Visitenbegleitung und die Fort- und Weiterbildung des Pflegepersonals. Modul IV geht auf die Zusammenarbeit von Ärzten und Heimen ein. Als Anforderungen an die Beteiligten werden u. a. interdisziplinäre Fallbesprechungen und Fallkonferenzen genannt. Die Module V und VI betreffen das Thema Qualitätssicherung. In Modul V (= Qualitätsprogramm I) werden z. B. die Themen Qualitätszirkel, Evaluation und Qualitätsberichte behandelt, in Modul VI (= Qualitätsprogramm II) erweitert die Qualitätsvorgaben um Themen wie Patientenüberleitung. Modul VII schließlich behandelt die Einbeziehung weiterer Partner wie z. B. Krankenhäuser. Bei Bedarf können in dieser modular aufgebauten Konzeption auf Landesebene weitere Module entwickelt werden.

Die Skizze, dass es im Zuge der Verhandlungen zu einer Vereinbarung zur Verbesserung der ärztlichen Versorgung von Patienten in stationären Pflegeeinrichtungen auch darum geht, welche Anforderungen Pflegeein-

suchen. Die Motivation der Krankenkasse wird gestützt durch deren Erwartung, Einsparungen erzielen zu können (keine unnötigen Krankenhauseinweisungen und keine Transportkosten). Ob diese sich erfüllen, wird evaluiert (Ärzte-Zeitung vom 7.12.2011 und Care konkret vom 3.2.2012).

richtungen im Zuge der Verbesserungen zu leisten haben, die sie jedoch nur im Rahmen ihrer Vergütungsverhandlungen mit den Pflegekassen geltend machen können.

Zentrales Problem der Situation vor Novellierung von § 119b SGB V war – neben der uneinheitlichen Praxis in den Ländern und Regionen – die Vergütung der beteiligten Ärzte. Der entstehende Mehraufwand galt aus Sicht der (Haus-)Ärzte als nicht angemessen vergütet. Vor Bereitstellung der Sonder-Finanzmittel durch die Bundesregierung im Zuge der späteren Novellierung des § 119b SGB V durch das PNG, die im folgenden Abschnitt dargestellt wird, musste die Vergütung des Mehraufwands aus dem bestehenden KV-Budget geleistet werden. Dies hatte zur Folge, dass die Vergütung der Leistungen zur Verbesserung der ärztlichen Versorgung von Heimbewohnern zu Lasten der Finanzierung der ambulanten Versorgung der Bevölkerung durch niedergelassene Ärzte erfolgen musste. Ein Interessenskonflikt, der innerhalb der KVen ausbalanciert werden musste und der als „Honorarbremse“ in der heimärztlichen Versorgung wirkte.

9.2.2.2 *Neues Recht*

Bis zum 30. September 2013 sollen gemäß Pflege-Neuausrichtungsgesetz (PNG) Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), GKV-Spitzenverband und Bundesverbände der Pflege im Kollektivvertrag Vereinbarungen zur Verbesserung der ärztlichen Versorgung von Patienten in stationären Pflegeeinrichtungen treffen. Ab Januar 2014 tritt zudem die Bestimmung des § 114 SGB XI in Kraft, nach der Pflegeheime nach jeder Regelprüfung die Landesverbände der Pflegekassen über die ärztliche, fachärztliche und zahnärztliche Versorgung und die Arzneimittelversorgung zu informieren haben.⁶³

63 Die Neureglung führte vorübergehend zu einer Diskussion über den Sicherstellungsauftrag für die medizinische Versorgung von Bewohnern in Pflegeheimen. Erst nach längerer Debatte (und der Erstellung eines Rechtsgutachtens, das die BAGFW in Auftrag gab, Care konkret vom 15.6.2012) obsiegte inzwischen die Auffassung, dass die Heime zwar darlegen müssen, was sie tun bzw. nicht tun. Der Sicherstellungsauftrag hingegen liegt nach wie vor bei den Krankenkassen und der Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (Care konkret vom 3.5.2013).

Ein Abschluss von Kooperationsverträgen hat zur Voraussetzung, dass zunächst auf der Bundesebene zuvor das Vertragsmanagement geleistet worden ist. Ohne diese Rahmensetzung können die durch die Bundesregierung bereitgestellten Finanzmittel nicht fließen, so dass – wie unten dargestellt – weder der allgemeine finanzielle Anreiz gesetzt noch der ärztliche Mehraufwand vergütet werden kann. Regelungen der KVen auf Landesebene nach altem Recht laufen unter den Landeskonditionen fort, Neuverhandlungen werden ohne Klarheit der Rahmensetzung nicht zu erwarten sein.

Die KBV, die nunmehr Kooperationsvereinbarungen zwischen Ärzten und Pflegeheimen „zu vermitteln“, hat, legte ihre Ziele bereits vor Verabschiedung des PNG in einem Versorgungskonzept zur „ärztlichen Teambetreuung in Pflegeeinrichtungen“ dar. KV und gesetzliche Krankenkassen sollen danach auf der Grundlage einer Manteltariferweiterung (innerhalb des Kollektivvertragsgeschehens) Verträge zur Verbesserung der ärztlichen Versorgung im Heimen abschließen können.

Damit will die KVB strategisch die selektivvertragliche Praxis zurück in das Kollektivvertragsgeschehen (und damit auch in ihren Einflussbereich) holen. Entsprechend ist auf Kassenseite bereits die Kritik laut geworden, dass sie nicht an den Verhandlungen über eine Vereinbarung zur Verbesserung der ärztlichen Versorgung von Patienten in stationären Pflegeeinrichtungen beteiligt wurden. Die KBV wiederum argumentiert, dass Vorgängerregelungen (Selektivverträge von Krankenkassen und Landesinitiativen der einzelnen KVen) bis heute nicht dazu beitragen konnten, ein bundeseinheitliches Versorgungsniveau zu erreichen. Dies macht es aus KBV-Sicht erforderlich, die ärztliche Versorgung von Heimbewohnern bundesweit über Kollektivregelungen nach Rahmenvorgaben neu zu gestalten. Alle bisherigen Anstrengungen gelten somit als „Vorgängerformen“, die in die Neugestaltung einfließen und hierin tendenziell aufgehoben werden.

Zentrale Elemente sollen nach Vorstellung der KBV sein: enge Zusammenarbeit von Hausärzten und Pflegepersonal, Koordination der Patientenversorgung insbesondere mit Blick auf fachärztliche Versorgung, Rehabilitation und ambulante Palliativversorgung (= Lotsenfunktion) unter Wahrung der freien Arztwahl. Die KBV beziffert die Mehrleistungen (Koordinierung, Rufbereitschaft und Wegpauschalen für Ärzte, einmaliges

Beratungsgespräch mit Angehörigen) für rund 700.000 Patienten in Pflegeheimen mit rund 30 Millionen Euro pro Jahr zusätzlich zur morbiditätsorientierten Gesamtvergütung. Eine Vergütung der Pflegeheime und ihres Aufwandes durch Kooperationsverträge ist aus diesen Finanzmitteln nicht möglich.⁶⁴

Um Haus- und Fachärzte – jenseits der o. g. Mehrleistungen – zu motivieren, an Kooperationsverträgen mit Pflegeheimen mitzuwirken, hat die alte Koalition aus CDU/CSU und FDP 77 Millionen Euro für Haus- und Fachärzte sowie 3 Millionen Euro für Zahnärzte zusätzlich bewilligt. Für Zahnärzte, die bei behinderten oder bettlägerigen Patienten Hausbesuche durchführen, werden zusätzliche 20 Millionen Euro bereitgestellt. Die KBV beziffert demgegenüber die Einsparungen der Krankenkassen bei Krankenhaus- und Transportkosten auf 120 Millionen Euro.

Der Gesetzgeber hat mit seiner Entscheidung, der KBV ein Mandat für die Verhandlungen einer Vereinbarung zur Verbesserung der ärztlichen Versorgung von Patienten in stationären Pflegeeinrichtungen zu übertragen, einen deutlichen Impuls für eine kollektivvertragliche und bundeseinheitliche Lösung gesetzt. Dieser Impuls wird zudem materiell durch die Finanzierung des Mehraufwandes und der Anreize zur Mitwirkung von Haus- und Fachärzten (inkl. Zahnärzten) „unterfüttert“, die anderen Versorgungsoptionen nicht zur Verfügung stehen.

9.2.2.3 Lokale Optionen

Neben den skizzierten selektiv- und kollektivvertraglichen Optionen, die tendenziell lands- bzw. bundesweit von Bedeutung sind, existieren zudem lokale Varianten bzw. Initiativen, die nicht in jedem Fall „multiplizierbar“ und auf andere Orte übertragbar sein müssen. Sie sind nachfolgend daher auch nicht abschließend, sondern nur beispielhaft ausgebreitet.

In der Stadt Lingen (Niedersachsen) haben die in dem Ärztenetz „Genial“ tätigen Mediziner einen „Heimarzt“ auf der Grundlage eines Strukturvertrages (§ 73 a SGB V) angestellt, der zwischen der KV Niedersachsen und

64 Das ermöglicht im SGB V nur die (selektivvertraglichen) Integrierte Versorgung. Solche Verträge aber kann die KBV nicht abschließen, denn sie ist kein Akteur der Integrierten Versorgung.

allen niedersächsischen Krankenkassen ab dem 1.1.2012 für drei Jahre geschlossen worden ist. Die 17 Hausärzte in der Stadt hatten festgestellt, dass sie in den örtlichen sechs Pflegeheimen oftmals unterwegs sind. Der „Heimarzt“ wird mit jedem Hausarzt dessen jeweilige Patienten abrechnen und aus dem Netz bezahlt. Ermöglicht ist die Anstellung durch eine Besonderheit, die durch das Modell „Zukunftsregion Gesundheit Emsland“ ermöglicht wird – was unter Normalbedingungen allerdings ausscheidet.

In Würzburg startete die AOK Bayern ein Modellvorhaben für eine bessere zahnärztliche Versorgung von Pflegeheimbewohnern. Ein Prophylaxeteam besucht – ja nach Erkrankungsrisiko Patienten regelmäßig im Pflegeheim. Kleine zahnerhaltende Behandlungen werden direkt in der Pflegeeinrichtung durch „Patenzahnärzte“ vorgenommen, denen eine mobile Behandlungseinheit zur Verfügung steht. Aufwendige Behandlungen erfolgen in einem Kompetenzzentrum, in dem ärztliche Disziplinen zusammenarbeiten und zahnmedizinische Spezialfächer zur Verfügung stehen. Jeder Termin im Pflegeheim wird mit 64 Euro vergütet, ein Termin im Kompetenzzentrum mit 87 Euro und eine anästhesiologische Betreuung mit 330 Euro pro Fall. Die AOK Bayern übernimmt die Startkosten und die Kosten für die mobile Behandlungseinheit und rechnet mit jährlichen Ausgaben in Höhe von 150.000 Euro für die in der Stadt Würzburg lebenden Pflegeheimbewohner (Ärzte-Zeitung vom 16.3.2011).

In Baden-Württemberg haben die AOK und ein großer privater Heimträger augen-, ohren- und zahnärztliche Vorsorgeuntersuchungen organisiert. Die fachärztlichen Vorsorgeuntersuchungen finden in allen 13 Einrichtungen des Trägers statt. Rund die Hälfte der Bewohner hat sich eingeschrieben. Grundlage ist das Haus- und Facharztprogramm der AOK Baden-Württemberg.

9.3 Die Ausgangslage zu Beginn des Jahres 2014

Der Anstoß, den der Gesetzgeber mit dem PNG gegeben hat, tangiert selektivvertragliche Optionen nicht. Solange Krankenkassen hier die Möglichkeit sehen, Kosten zu senken und die Lebensqualität (multi-)morbider Versicherter zu erhöhen, ist begründet zu vermuten, dass entsprechende Verträge analog zum „Care Plus-Programm“ der AOK auch zukünftig Bestand haben werden. Da die beteiligten Ärzte an solchen Formen eines

Einsparcontractings via Ausschüttungen partizipieren, bleibt diese Option von Bedeutung. Möglicherweise könnten in den Fokus später stärker Arzt-netze und/oder hausarztbasierte Versorgungsformen rücken.

Kollektivvertraglich sind Ende 2013 die durch KBV bzw. KZBV mit dem GKV-Spitzenverband (= Bundesmantelvertragsparteien) verhandelten Vereinbarungen „unterschriftsreif“.⁶⁵ Sie befinden sich zum Zeitpunkt des Verfassens dieses Beitrags im Prozess der Schlussabstimmung. Diese Vereinbarungen bilden die Voraussetzung dafür, dass in den Landes-KVen entsprechende Konkretisierungen verhandelt und – nach Abschluss – den beteiligten Ärzten der Mehraufwand vergütet werden kann. Beide Dokumente unterscheiden sich in der inhaltlichen Struktur und in der Art der Einbeziehung der Verbände der Pflegeheimträger durchaus.

(1) Die zwischen KBV und GKV-Spitzenverband verhandelte Vereinbarung

- legt Gegenstand, Ziele und Geltungsbereich fest (u. a. Einhaltung von Mindeststandards der pflegerischen Versorgung nach §§ 84, 112 und 113 SGB XI Bedingung vertrauensvoller Zusammenarbeit, Formen interdisziplinärer Zusammenarbeit und Ziele wie Vermeidung unnötiger Inanspruchnahme von Rettungsdiensten, Reduzierung vermeidbarer Krankenhausaufenthalte, koordinierte und wirtschaftliche Arzneimitteltherapie, indikationsgerechte Heil- und Hilfsmittelversorgung sowie Wegfall unnötiger Doppeluntersuchungen),
- definiert Aufgaben und Pflichten von Hausärzten (u. a. Koordination der medizinischen Versorgung in Abstimmung mit dem Pflegeheim, Steuerung des multiprofessionellen Behandlungsprozesses, Veranlassung, Durchführung bzw. Koordination von diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen, Sicherstellung des Informationsaustauschs,

65 „Vereinbarung nach § 119b Abs. 2 SGB V zur Förderung der kooperativen und koordinierten ärztlichen und pflegerischen Versorgung in stationären Pflegeheimen (Anlage 27 zum Bundesmantelvertrag) mit Datum von 18.11.2013“ und Vereinbarung nach § 119b Abs. 2 SGB V über Anforderungen an eine kooperative und koordinierte zahnärztliche Versorgung von pflegebedürftigen Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen (Rahmenvereinbarung kooperative und koordinierte zahnärztliche und pflegerische Versorgung von stationäre Pflegebedürftigen“ (mit Datum vom 20.12.2013, Begleitschreiben).

Sicherstellung der Vertretung im Verhinderungsfall, Ansprechpartner für Versicherte und deren Bezugspersonen, patientenorientierte Fallbesprechungen und Konsile) und Fachärzten (Verpflichtung der Vertragsärzte zur Kooperation mit Hausärzten, bedarfsgerecht regelmäßige Besuche bzw. Konsile, schriftliche Information des Hausarztes bei Änderung des Befundes, der Diagnose und Therapie),

- bestimmt Regeln für die Zusammenarbeit kooperierender Vertragsärzte (u. a. Sicherstellung bedarfsgerechter ärztliche Präsenz, Versorgung nach 22 Uhr, an Wochenenden und Feiertagen, Gewährleistung telefonischer Erreichbarkeit, Bestimmung eines Koordinationsarztes) und die Zusammenarbeit zwischen kooperierenden Vertragsärzten und stationären Pflegeeinrichtungen (u. a. Informationsaustausch und gemeinsame Dokumentationsform und -aufbewahrung, treffen von Vorkehrungen zur Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht und des Datenschutzes, Führen eines Verzeichnisses der kooperierenden Vertragsärzte durch die Pflegeeinrichtung),
- gibt Empfehlungen für die Gestaltung einer kooperativen und koordinierten ärztlichen und pflegerischen Versorgung (u. a. Benennung fester Ansprechpartner in der Pflegeeinrichtung, Inanspruchnahme kooperierender Ärzte außerhalb der vereinbarten persönlichen und telefonischen Erreichbarkeit, Umsetzung aktuell geänderter Arzneimittelverordnung, Rücksprachen vor Krankenhauseinweisung) sowie
- Bestimmungen zur Vergütung vertragsärztlicher Leistungen, die dem skizzierten Anforderungsprofil entsprechen und zur Evaluation.

(2) Die zwischen KZBV und GKV-Spitzenverband verhandelte Vereinbarung

- definiert Mindestanforderungen an Kooperationsverträge mit stationären Pflegeeinrichtungen (u. a. zwingend zu regelnde Inhalte, Vertragslaufzeit und Kündigung) und legt fest, welche zusätzlichen Inhalte Gegenstand eines Kooperationsvertrags sein können (Verwahrung von Unterlagen, Vereinbarung eines regelmäßigen Besuchsturnus und Regelungen zur Rufbereitschaft),
- nennt Qualitäts- und Versorgungsziele (u. a. frühzeitiges Erkennen und Behandeln von Erkrankungen, regelmäßige Kontroll- und Bonusuntersuchungen) sowie



- Kooperationsregeln (u. a. Anleitung, Informationsfluss und Schaffung geeigneter Rahmenbedingungen für Untersuchung und Behandlung)
- definiert die Aufgaben des Kooperationsarztes in Diagnostik (u. a. Untersuchung bei Neuaufnahme innerhalb von acht Wochen nach Information des Arztes, eingehende Untersuchung bis zu zweimal pro Jahr, Bestätigung der Untersuchung in Bonusheften), bei Information, Kooperation und Koordination (u. a. Unterstützung des Pflegepersonals bei den ihm obliegenden Aufgaben bis zu zweimal jährlich) und bei der Therapie (Behandlung bzw. Hinwirken auf eine Behandlung unmittelbar nach eingehender Untersuchung oder weiterem Behandlungstermin) sowie
- die Verfahren zu Abrechnung und zur Berichterstattung.

Welche Breitenwirkung solche kollektivvertraglichen Rahmenseetzungen in der Ärzteschaft demnächst zeitigen werden, bleibt abzuwarten. Definiert werden in beiden Vereinbarungen die jeweiligen Voraussetzungen, unter denen Vergütungszuschläge vereinbart werden können. Entscheidend wird sein, ob diese seitens der Ärzte als angemessen hinsichtlich ihres Mehraufwandes bewertet werden. Denn: Der Abschluss von Kooperationsverträgen ist, wie KBV und GKV-Spitzenverband in § 1 Abs. 2 ihrer Vereinbarung klarstellen, freiwillig.

Literatur

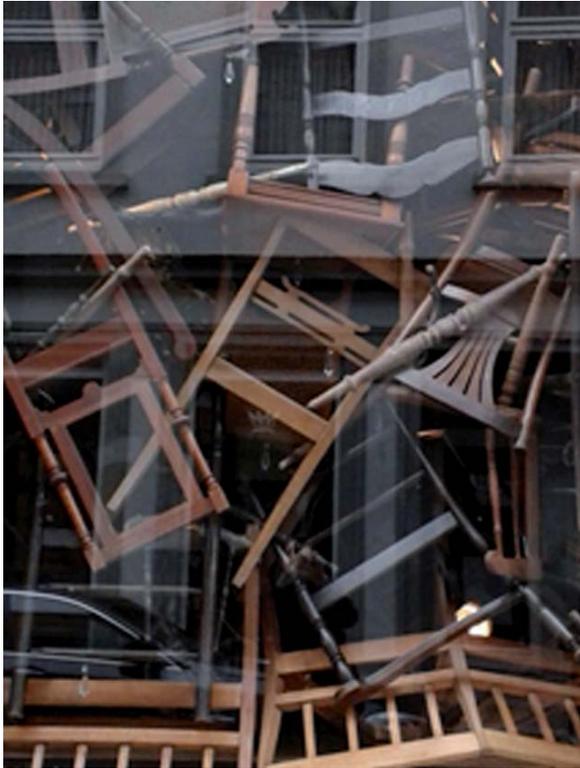
1. BKK Landesverbandes Bayern und KVB: Presseinformation vom 23.03.2007
2. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hrsg.): Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Alter und Gesellschaft und Stellungnahme der Bundesregierung, Berlin 2001
3. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hrsg.): Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger – unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen, Berlin 2002
4. Deutscher Bundestag: Schlussbericht der Enquête-Kommission „Demographischer Wandel – Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an den Einzelnen und die Politik“, Drucksache 14/8800, Berlin 2002
5. Deutsches Zentrum für Altersfragen (DZA): Expertisen zum Vierten Altenbericht der Bundesregierung, Band III: Hochaltrigkeit und Demenz als Herausforderung an die Gesundheits- und Pflegeversorgung, Hannover 2002
6. Enders, A.: Heimärztliche Versorgung in der stationären Langzeitpflege. Probleme und Lösungen, Diplomarbeit, Erfurt 2007



7. Enders, A., Schmidt, R.: Ärztliche Versorgung in der stationären Pflege: Defizite und Impulse zur Problemlösung. In: Dieffenbach, S. u. a. (Hrsg.): Management Handbuch Pflege. E 4500 (S. 1–27). Heidelberg: Economica 2008, 18. Aktual.
8. Gaede, K.: Hauseigene Ärzte – Glücksfall für Heime und Kassen, in: kma – Das Magazin für Gesundheitswirtschaft 11/2005, S.101
9. Hallauer, J. u. a.: SÄVIP-Studie zur ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen, Hannover 2005
10. Hirsch, R. D./Kastner, U.: Heimbewohner mit psychischen Störungen, Köln 2004
11. Möhlmann, H./Kotek, H.: Projekt für die Zukunft, in: Altenheim 12/2001, S.27 ff.
12. Müller, R. D./Richter-Reichhelm, M.: Berliner Projekt – Gute Pflege zahlt sich aus, in: Gesundheit und Gesellschaft 3/2004, S.14 f.
13. KV Bayern: Informationen zur Integrierten Versorgung nach §§ 140 a-d SGB V (Stand: 23.03.2006)
14. KV Berlin: Qualität in der ambulanten medizinischen Versorgung. Qualitätsbericht 2006
15. Müller, R. D./Richter-Reichhelm, M.: Berliner Modellprojekt – Der Arzt am Pflegebett, in: Deutsches Ärzteblatt 21/2004, A 1482–1484
16. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVR): Gutachten 2003: Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität. Deutscher Bundestag, Drucksache 15/530
17. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR): Gutachten 2005: Koordination und Qualität im Gesundheitswesen, Deutscher Bundestag, Drucksache 15/5670
18. Rothgang, H./Borchert, L./Unger, R.: GEK-Pflegereport 2008: Medizinische Versorgung in Pflegeheimen. Schwäbisch-Gmünd 2008
19. Schneekloth, U./v. Törne: Entwicklungstrends in der stationären Versorgung – Ergebnisse der Infratest-Repräsentativerhebung. In: Schneekloth, U./Wahl, H.-W. (Hrsg.): Pflegebedarf und Versorgungssituation bei älteren Menschen in Heimen. Stuttgart 2009

10 Drunter & Drüber – Die ärztliche Versorgung in Pflegeheimen neu denken

Sonja Laag



In seinen Aufzeichnungen über das Alter (1995) schreibt der 85-jährige italienische Philosoph Norberto Bobbio: „Die Ansichten eines alten Mannes neigen dazu, sich zu verhärten. Von einem gewissen Alter an fällt es einem schwer, seine Meinung zu ändern. Man hält immer hartnäckiger an den eigenen Überzeugungen fest, wird gleichgültiger gegenüber denen der anderen. Den Neueren begegnet man mit Argwohn. Wer sich zu beharrlich an seine eigenen Überzeugungen klammert, wird zunehmend voreingenommener. Auch ich merke, dass ich mich davor hüten muss.“

In den letzten fünf Jahren sind die Schlagworte *Polypharmazie* und *Multimorbidität* in die öffentliche Wahrnehmung gerückt. Die Wissenschaft wie Fachgesellschaften und Organisationen der Gesundheitsberufe, Krankenkassen und die Politik bemühen sich auf Symposien und Tagungen sowie anhand von Forschungsvorhaben, Projekten und Verträgen um eine Klärung der Inhalte und Definitionen dieser Begriffe.



Die BARMER GEK setzt sich seit Anfang 2010 strukturiert mit dem Thema einer sicheren Arzneimitteltherapie bei älteren Menschen auseinander. Gerade bei diesen, die oft über viele Jahre mit einem zunehmenden Versorgungsbedarf begleitet werden müssen, ist sie nie isoliert von der allgemeinen Lebenssituation des Menschen zu sehen. An eine Krankenkasse wird – als Kostenträger – routiniert die Forderung nach mehr Honorar adressiert. Die gemachten Erfahrungen zeigen deutlich, dass die Probleme der Arzneimitteltherapie weder rein finanzieller noch rein pharmakologischer Natur sind. Vielmehr haben sie mit überholten Organisationsstrukturen und ungenügend strukturierten Versorgungsprozessen in der Regelversorgung zu tun, wie dem damit korrespondierenden ambulanten Honorarsystem. In dieses haben nach wie vor Koordinations- und Teamleistungen sowie Fallmanagement keinen Eingang gefunden. Darüber hinaus spielen die Sozialisierungen der einzelnen Gesundheitsberufe eine große Rolle, insbesondere auch was subjektive Haltungen und Werte zum Alter betrifft.

Die ärztliche Versorgung im Pflegeheim ist Teil des Sicherstellungsauftrages der Kassenärztlichen Vereinigungen und wird im Geschehen des klassischen Kollektivvertrages umgesetzt. Dieses System, das in seinen Grundzügen aus den 30er Jahren des letzten Jahrhunderts stammt und nach wie vor in seinem innersten Wesen dem Ideal der Einzelpraxis und Einzelverrichtung folgt, ist den heutigen komplexen Versorgungserfordernissen nicht mehr gewachsen. Die sogenannten neuen Versorgungsmodelle in Form von wettbewerblich ausgerichteten Selektivverträgen zwischen den Krankenkassen, spielen hinsichtlich einer Optimierung der Versorgung im Pflegeheim keine Rolle.

Der vorliegende Beitrag soll unter Rückgriff auf die Literatur und anhand von Projekt- und Vertragserfahrungen zeigen, wie komplex und verworren dieses Thema ist und dennoch aufzeigen, dass dem dunklen Beben des demographischen Wandels dennoch mit Zuversicht begegnet werden kann, wenn wir bereit sind, Grundfeste neu zu denken.

10.1 Die vier Jahreszeiten

„Das Alter ist nicht vom vorhergehenden, übrigen Leben geschieden: es ist die Fortsetzung deiner Jugend, deiner Jahre als junger Mensch, deiner Reifezeit. Das Alter spiegelt deine Ansicht vom Leben wider, und noch im Alter



wird deine Einstellung zum Leben davon geprägt, ob du das Leben wie einen steilen Berg begriffen hast, der bestiegen werden muss, oder wie einen breiten Strom, in den du eintauchst, um langsam zur Mündung zu schwimmen, oder wie einen undurchdringlichen Wald, in dem du herumirrst, ohne je genau zu wissen, welchen Weg du einschlagen musst, um wieder ins Freie zu kommen.“ (Bobbio).

Das Alter weist den Menschen einen Platz in der Gesellschaft zu. Es ist ein soziales Orientierungs- und Deutungsmuster. Der 6. Altenbericht (BMFSFJ 2010) beschäftigt sich eingehend mit Altersbildern, wie auch Autoren, die sich mit den Strukturen des Gesundheitssystems auseinandersetzen (von Kondratowitz 2008/BMG Nationale Gesundheitsziele 2010). Hierbei geht es um die Annahme, dass Meinungen und Überzeugungen sowie Annahmen und Wissen individuell bei den Handelnden eine Rolle spielen, egal ob es sich um Pflegekräfte, Ärzte oder Vertreter der institutionellen und politischen Ebenen handelt. Wie wir über das Alter denken, prägt unsere Wahrnehmung, Motivation unser Engagement und unsere Bewertung von Vorgängen.

Traditionell betrachten wir das Leben als einen dreiteiligen Zyklus von Aufstieg, Anhalten und Abstieg oder gemäß dem antiken Bild der Jahreszeiten als Frühling, Sommer, Herbst und Winter. Am Herbst schieden sich die Geister schon immer: Soll man traurig sein, dass es bald Winter wird oder froh, dass es noch nicht Winter ist? Und, kann auch der Winter noch Lebensfreude bringen?

Das Alter ist emotional negativ besetzt. Bis Anfang der 80er Jahre des letzten Jahrhunderts galt das Alter als „arm“ und „betreuungsbedürftig“. Dieses traf besonders für die Zeit vor der Rentenreform 1957 zu, in der große Altersarmut herrschte. Altenpolitik ist immer auch Rentenpolitik. Hilfe für Alte wurde über Jahrhunderte als Fürsorge- und Kontrollprinzip durch Staat und Wohlfahrtspflege verstanden. Die Einrichtung von „Wärmestuben“ und „Siechenheimen“ gehörte dazu und so waren es oft Gefängnisärzte, die als erste in die Siechenheime gingen. Auch in den ersten Jahren nach 1945 bestand Altenpolitik vor allem in der Überwindung der unmittelbaren Kriegsfolgen. Pflegekräfte nehmen auch heute noch wahr, dass das Alten- und Pflegeheim von Bewohnern als „Siechenheim“ gesehen wird, weil es so in ihrer langen Erinnerung überdauert hat.

Erst ab Mitte der 50er Jahre und mit der Einführung des Bundessozialhilfegesetzes 1961 und der dort enthaltenen Altenhilfereglung nach §75 (seit 2005 §71 SGB XII), verbesserte sich die Lage für ältere Menschen. Altenpolitik bildete sich als Teil der kommunalen Daseinsfürsorge heraus (Aner 2010; Naegele 2008). Neben der rein materiellen Absicherung – nach dem Krieg betraf dieses vor allem die Wohnsituation vieler alter Menschen – galt das Augenmerk auch sozialen Aspekten, die mit dem Alter verbunden sind, wie vor allem die große Vereinsamung alter Menschen. So entstanden Ansätze der offenen Altenarbeit wie z. B. die Begegnungsstätten. Mit dem leisen Vergehen der traditionellen Gemeindefürsorge durch Diakonissen und andere Ordensfrauen wie aber auch mit dem schwindenden Potenzial der Familien, alte Menschen sozial zu unterstützen, begann die Professionalisierung der sozialen (Alten-)Arbeit verbunden mit lokalen Sozialplanungen. Die ehrenamtliche Arbeit war hier immer unverzichtbarer Bestandteil der freien Wohlfahrtspflege. Bei allem gesellschaftlichen Aufbruch lag der Schwerpunkt der Kommunen und Ländern in der Bereitstellung des Wohnraums durch die Schaffung von Alten- und Pflegeheimen. Der inhaltliche Betreuungswechsel, der von oftmals entmündigenden Fürsorgepraktiken hin zu unterstützenden Maßnahmen erfolgte, die eine selbstständige Lebensführung ermöglichen, vollzog sich erst in den 70er Jahren vor allem mit der Einführung des Heimgesetzes und der Heim-Mitwirkungsverordnung (Aner 2010).

In den 80er Jahren wurde das Wort des demographischen Wandels bekannt und 1991 tauchte der „Senior“ damals erstmals in der Bezeichnung des zuständigen Bundesministeriums auf. In der offenen Altenarbeit gerieten die bisherigen Betreuungskonzepte, die sich an den Wünschen der Bewohner nach Geselligkeit orientierten, in die Kritik. Fortan entwickelte die Alterskultur den selbstbestimmten Seniorenexperten, der seine Handlungsräume kennt, gestaltet und der produktiv altert, eingebettet in die Diskussion darüber, welche Interessen die Gesellschaft an der Nutzung der Kompetenzen alter Menschen hat.

Mit Einführung der Pflegeversicherung ist ein Rückzug der Kommunen aus der – vor allem – offenen Altenarbeit zu verzeichnen. Die allgemeine finanzielle Bedrängnis der Kommunen hat viele dazu gebracht, ihren Teil der Daseinsfürsorge im Ableisten der „Hilfe zur Pflege“ zu sehen, sprich, die



Übernahme der Heimkosten für jene, die diese nicht selbst bestreiten können. Seit einigen Jahren geraten die Kommunen wieder verstärkt als aktive Gestalter in das Blickfeld der Pflegepolitik, wenn es um innovative ambulante Pflegearrangements im Quartier und die Stärkung des Ehrenamts – vor allem auch durch Senioren – geht (Künzel 2011).

Die Rede über das Alter erzählt nicht nur von Gebrechen und dem Vergehen, sondern auch von der Erfahrung, dem gelassener Werden und der Weisheit. Der Kunsthistoriker Jean-Christophe Ammann (Ammann 2007) schreibt: „Die bespiellose Aktivierung der Kräfte der Jugend, die wir heute erleben, scheint unendlich viele Möglichkeiten zu versprechen. Die Geschichte zeigt aber, dass solche Kräfte nur Bestand haben, wenn sie neue Formen von Reife erlangen. [...] Denn letztlich meint Weisheit Erfahrung. Wissen ist abrufbar geworden, doch Wissen ohne Erfahrung gleicht einer flachen Bildschirmwahrnehmung, einer Schrumpfung des emotionalen Resonanzraums.“ So seien Spiritualität, Weisheit und Erfahrung im Sinne eines archetypischen Wissens zu verstehen, als etwas, das man früher als Welt- und Menschheitswissen bezeichnet habe.

10.2 „Kosmos“ Pflegeheim

„ . . . ich empfehle das Bändchen von Sandra Petrignani „Vecchi“ (Alte Menschen), dessen Lektüre mich wegen der eindringlichen und ergreifenden Darstellung der Welt alter Menschen im Altersheim fasziniert und erschüttert hat. Das Buch hat mich mehr zum Nachdenken über das Leben und den Tod angeregt, als eine philosophische Abhandlung. Nahezu alle alten Menschen, die sich offenbart haben, haben keine einzige Hoffnung mehr. Sogar die religiöse Hoffnung taucht fast nirgendwo mehr auf. > Unser Leben ist so, als ob es niemals stattgefunden hätte . . . <“ (Bobbio).

Wie sieht die Lebenswirklichkeit in Deutschland in den ca. 12.350 Pflegeheimen (BARMER GEK 2013) aus? Hat dort, neben dem großen dunklen Beben der demographischen Entwicklung und des Pflegenotstands, so etwas wie Zuversicht überhaupt Platz in der gesundheitspolitischen Diskussion?

Der Charakter der stationären Langzeitpflege habe sich in den letzten 20 Jahren von der eher betreuenden Einrichtung hin zu einem Ort entwickelt, in dem Menschen in den Spätstadien chronischer und komplexer Krankheit

versorgt werden [Wingefeld 2012]. Ein Wandel der Bewohnerstruktur wird von Heimen bestätigt, besonders in den letzten fünf bis zehn Jahren. Wie sieht das Krankheitsspektrum aus? Zu den häufigsten Diagnosen gehören Herzinfarkt, Angina pectoris, Herzinsuffizienz, Herzrhythmusstörungen, Atemwegserkrankungen, psychische/neurologische Erkrankungen, Schlaganfall, Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems, Gelenkarthrosen, Störungen der Schilddrüse, Krebserkrankungen, Erkrankungen der Sinnesorgane, Immobilität, Sturzneigung, Schwindel, Harn- und Stuhlinkontinenz, Dekubitalulzera, Fehl- und Mangelernährung, Störungen im Flüssigkeits- und Elektrolythaushalt, Depression, Angststörungen, chronische Schmerzen, Sensibilitätsstörungen, herabgesetzte Belastbarkeit, starke Seh- und Hörbehinderung, Einbußen der Mobilität – die Liste der Erkrankungen ist lang.

Aufgrund der Überlagerung der körperlichen, psychischen und damit einhergehenden sozialen Probleme, ist ein Großteil der Bewohner nicht mehr dazu fähig, alltägliche Verrichtungen selbst durchzuführen oder mit krankheits- und therapiebedingten Anforderungen umzugehen. Einschränkungen beim Gehen bis hin zur totalen Bettlägerigkeit sind die Folge. Verbunden damit ist der Hilfebedarf beim Essen, Duschen, An- und Auskleiden und dem Toilettengang. Zunehmend aufwändig wird der Pflegebedarf im Bereich jener Therapien, die wie enterale und parenterale Ernährung, Wundversorgung, Stoma, Tracheostoma und einige Schmerztherapien über künstliche Zugangswege erfolgen und zuweilen intensivpflegerisches Know-How erfordern. Zu den klassischen Diagnosen, die in eine Pflegebedürftigkeit führen, gehören Demenz, Schlaganfall und hüftgelenksnahe Frakturen. Als bedeutsam für einen Pflegeeintritt können aber auch schon vorher auftretende Erkrankungen und Symptome wie Lähmungen, Dekubitalulcera, Harninkontinenz sowie Störungen im Flüssigkeits- und Elektrolythaushalt, Fehl- und Mangelernährung, Schmerzen, Herzinsuffizienz und im nicht ganz hohen Alter Krebs sein [BARMER GEK; Rothgang, H. 2013; Meinck, M.; Lübke, N. Ernst, F. 2013].

Zwischen 60 und 80 % der Bewohner leiden an kognitiven Störungen. Diese Zahl aus diversen Studien [Wingefeld 2012; SVR 2014] bestätigen Heime im Gespräch. Der Umgang mit Störungen der Orientierung und des Erinnerungsvermögens, Beeinträchtigung in der Kommunikation, Verlust

der Selbststeuerungskompetenz, gefährdendes Verhalten, Persönlichkeitsveränderungen, vokale Auffälligkeiten, Antriebsverlust, Passivität und Rückzug ist nicht einfach. Eine Heimleitung drückt es mit ihren Worten aus: „Eine geballte Ladung Demenz. Das müssen die Pflegenden auch den ganzen Tag erst einmal aushalten.“ Ist die Einsicht in Handlungsnotwendigkeiten hinsichtlich therapeutischer Entscheidungen nicht mehr gegeben, entstehen betreuungsrechtliche Fragen und damit schwieriger juristischer, medizinischer und sozialer Klärungsbedarf.

Es gibt unterschiedliche Erhebungen darüber, wie lange Bewohner in einem Heim leben und wie schnell sie versterben. Wingenfeld [2012] gibt eine durchschnittliche Verweildauer im Heim von 3,4 Jahren an, bei Männern 2,2 Jahre. 22 % der Bewohner versterben hiernach innerhalb von sechs Monaten nach Einzug, rund 25 % innerhalb von knapp zwei Monaten, rund 50 % innerhalb von 15 Monaten nach Heimeinzug. Das SVR-Gutachten 2014 beruft sich auf Trägerstatistiken, nach denen etwa 30 bis 60 Prozent der Bewohner während eines Jahres versterben und der Anteil der Bewohner mit einer Verweildauer von weniger als sechs Monaten unter den Verstorbenen deutlich höher als 20 Prozent ist. Da die Pflegestatistik auf Stichtagserhebungen beruht, werden Pflegebedürftige, die zwischen den Erhebungen versterben, nicht mit erfasst. Die Zahl der Pflegebedürftigen mit einem hohen Versorgungsaufwand dürfte demnach deutlich oberhalb von 800 000 bis 900 000 Personen liegen. Weiterhin weist das SVR-Gutachten 2014 ein steigendes Durchschnittsalter der Heimbewohner bei inzwischen rund 84 Jahren aus. Im Alter von über 89 Jahren leben rund 48 Prozent der Personen im Heim [SVR 2014].

Rothgang [BARMER GEK 2013] widerspricht der These, dass Pflegeeinrichtungen seit den 2000er Jahren zu modernen „Siechenheimen“ würden. Er führt an, dass der Anteil der vollstationär versorgten Pflegebedürftigen seit 2007 rückläufig ist und konstant bei knapp einem Drittel der insgesamt rund 2,5 Mio. Pflegebedürftigen (743.120) liegt. Nach wie vor werden die meisten Menschen zuhause gepflegt. Das Alter bei Heimeintritt hat sich vom Jahr 2000 bis 2011 nur geringfügig erhöht und liegt für Männer bei 78,9 Jahren und für Frauen bei 82,5 Jahren. Mit der allgemein zunehmenden Alterung der Bevölkerung sei auch die Lebenserwartung in den Pflegeheimen gestiegen und somit auch das Durchschnittsalter. Zu beobachten sei

weiterhin, dass der Heimeintritt zunehmend mit der Pflegestufe I erfolge und nicht mit höheren. Auch stellt Rothgang in seinen Untersuchungen keine verkürzten Aufenthaltsdauern im Heim fest, bei Männern seien diese sogar über die letzten Jahre gestiegen. Die Interpretation dieser Zahlen ist nicht ohne eine kritische Würdigung des Begutachtungssystems zu sehen. Die Pflegequoten und die Verteilung der Pflegestufen weisen seit Jahren regional große Unterschiede auf. Sie geben Anlass zur Annahme, dass es Verzerrungen im Begutachtungsprozess durch die Medizinischen Dienste der Krankenkassen (MDK) gibt [Paquet 2011/Schmucker 2011].

Manfred Zwick, Leiter des Albstifts Aalen, das zum Kuratorium Deutsche Altenhilfe gehört, unterteilt die Entwicklung der Pflegeheime in fünf Stadien [2012]:

1. ca. 1940 bis 1960: Anstaltskonzept
Leitbild: Verwahranstalt (Insasse wird verwahrt). Alten Menschen soll ein Schlaf- und Essensplatz geboten werden.
2. ca. 1960–1980: Stationskonzept
Leitbild: Krankenhaus (Patient wird behandelt). Reaktion auf die Mängel der ersten Generation von Pflegeheimen, Optimierung von Pflegeabläufen.
3. ca. seit 1980: Wohnbereichskonzept
Leitbild: Wohnheim (Bewohner wird aktiviert). Neben den Pflegebedürfnissen werden auch Wohnbedürfnisse berücksichtigt.
4. ca. seit 1995: Hausgemeinschaftskonzept
Leitbild: Familie (Alte Menschen erleben Geborgenheit und Normalität). Überschaubare Wohngruppen mit 8–12 Bewohnern; Abbau zentraler Versorgungssysteme.
5. Generation heute/zukünftig: Quartierskonzept
Leitbild: Netzwerkstruktur im Quartier, Sozialraum (Das Leben von draußen in die Einrichtung holen, Beratungsangebote bei allen Fragen des Alters, Dienstleistungsmix, Ehrenamt, Lesepaten, Offener Mittagstisch etc.). Durchlässigkeit, unterschiedliche ambulante Angebote, daneben teil- und vollstationäre Pflege, vielfältige Wohnangebote.

Auch wenn nicht alle Bewohner im Heim pflegebedürftig im Sinne der Pflegeversicherung nach dem SGB XI sind und auch junge pflegebedürftige Menschen dort leben, die eine wachsende Gruppe darstellen, so ist das Bild



im Pflegeheim eindeutig vom Alter geprägt. Nirgendwo sonst scheint uns die Vergänglichkeit des Lebens so vor Augen geführt zu werden wie dort. Anders als im Hospiz, in das ein Mensch zum Sterben gebracht wird, ist das Alten- und Pflegeheim Wohn- und Sterbeort zugleich. „Die letzte Station“, wie alte Menschen oft sagen. Im Eingangsbereich eines Heimes fällt nicht selten zuerst die kleine Andacht für einen verstorbenen Bewohner auf, wenn mit Foto, Kerze und Kondolenzbuch für einen Tag an diesen erinnert wird. Das Alters- und Pflegeheim als Organisation ist ein Ort, in dem das Sterben Dauercharakter hat, wie die Schweizer Ethnologin Corina Salis Gross [Salis Gross 2001] bereits Ende der 90er Jahre in ihrer Untersuchung „Der ansteckende Tod“ über die „Routinen“ in Pflegeheimen schrieb. Beziehungen zwischen den Bewohnern und Pflegenden nähmen einen quasi-familiären Charakter an. Immer wieder müsse die Balance zwischen routinierter Distanz und Zuneigung gefunden und die Nähe zum Tod neu festgestellt werden. Jeder Beziehungsaufbau sei zugleich auch Trennungsarbeit für alle Beteiligten: der Verlust der Selbstständigkeit, der den Menschen zum Eintritt ins Heim zwingt, der Übergang von der Gruppe der „Rüstigen“ zu jener, die abbauen, die Definition der „Todeskandidaten“ und das Sterben selbst.

Personalmangel, Zeitdruck, mangelnde Wertschätzung, schlechte Bezahlung – all das sind wichtige Aspekte, die auch im Zusammenspiel mit der ärztlichen Versorgung eine große Rolle spielen, aber die im Rahmen dieses Beitrages nicht näher ausgeführt werden können.

„Jemand liegt morgens tot im Bett und ein Innehalten ist kaum möglich, alles muss irgendwie schnell weiter gehen“, so eine Heimleitung in einer Projektregion. „Daran nehmen die Mitarbeiter auf Dauer Schaden.“

10.3 Die abgestandene Verantwortung

„Zwei Monologe ergeben keinen Dialog.“ (N. Bobbio).

10.3.1 Die ärztliche Versorgung im Pflegeheim

Ist das Pflegeheim ein Ort, der mit seiner heutigen Komplexität noch aus der hausärztlichen Routineversorgung mit „bedient“ werden kann? Ein Blick ins Ausland zeigt [van den Bussche 2009], dass die Versorgung von Pflegeheimbewohnern in Frankreich, Belgien und den Niederlanden seit

über zehn Jahren nicht mehr nur allein der hausärztlichen Routineversorgung überlassen wird. In diesen Ländern ist eine besondere Qualifikation (u. a. Geriatrie, Prävention, Infektionen, Rehabilitation, Palliativversorgung) sowie eine besonders geregelte Organisation vorgesehen. In den Niederlanden gibt es eigens den „Verpleeghuisarts“ als eine besondere Form der Primärarztversorgung. Die Rehabilitation spielt hier eine besondere Rolle, da über ein Drittel der Aufnahmen in Pflegeeinrichtungen Bewohner betrifft, die nach einer akuten Krankenhausbehandlung bis zur Beendigung einer Rehabilitationsphase in der Pflegeeinrichtung leben.

Seit knapp zehn Jahren wird die Qualität der ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen kritisch diskutiert. Mit der *Studie zur ärztlichen Versorgung in Pflegeeinrichtungen* [SÄVIP; Hallauer/Bienstein et al 2005]) wurde die ärztliche Versorgung erstmals wissenschaftlich kritisch beleuchtet und eine Unter- und Fehlversorgung gerade der fachärztlichen Betreuung beschrieben. Ein HTA-Bericht aus 2013 des DIMDI-Instituts fasst die bisherige aktuelle Studienlage zur „*Beschreibung und Bewertung der fachärztlichen Versorgung von Pflegeheimbewohnern in Deutschland*“ zusammen. Der Bericht belegte eine hohe Prävalenz alterstypischer, oft nebeneinander bestehender körperlicher und psychischer Erkrankungen und Gesundheitsstörungen bei Pflegeheimbewohnern. Auf Basis einer systematischen Übersicht von rund 40 Studien stellt der Bericht insbesondere eine Unter- und Fehlversorgung bei Demenz und Diabetes mellitus fest. Insbesondere genannt sind: Ungenaue und unspezifische Diagnostik demenzieller Erkrankungen, Unterversorgung mit Antidementiva, Fehlversorgung in der Verordnung von Psychopharmaka allgemein und Neuroleptika zur Behandlung neuropsychiatrischer Symptome, Unterversorgung bei Heilmitteln sowie augenärztlichen Untersuchungen bei Diabetes mellitus. Defizite werden weiterhin in der ärztlichen Behandlung von Bewohnern mit Inkontinenzproblemen oder der Ernährung via PEG-Sonden erkannt. Der Bericht legt nahe, dass die Versorgungsprobleme multifaktoriell bedingt sind. Angeführt werden eine nicht fachgerechte Diagnostik und Dokumentation von Erkrankungen und Gesundheitsproblemen, eine unzureichende Dokumentation von Verordnungen und Umsetzung dieser sowie eine unzureichende fachliche Kommunikation zwischen den beteiligten Berufsgruppen.



Bereits seit 2007 haben Krankenkassen (AOKen, Knappschaft, einzelne BKKen, BARMER GEK) in unterschiedlichen Bundesländern einzelne selektive Vertragsprojekte zur Optimierung der Pflegeheimversorgung initiiert. Auch wenn in diesen Projekten wertvolle Erfahrungen gesammelt wurden und einige Krankenkassen auch Krankenhausausgaben senken konnten, sind die Verträge als gescheitert anzusehen, da von ihnen keinerlei Impulse in die Regelversorgung übertragen werden konnten. Hauptgrund der mangelnden Akzeptanz dieser Verträge waren fehlende Organisations- und Koordinationselemente, die vertragliche Verpflichtung zum „Bereitschaftsdienst neben dem Bereitschaftsdienst“, der geringe Professionalisierungsgrad in der Pflege sowie neue und zusätzliche Prozessanforderungen für Pflegeheime und Ärzte (Versorgungspfade, Absprachen, Dokumentation beim Teilnehmermanagement) neben dem Alltagsbetrieb. Zusätzliche Vergütungen für einzelne Leistungen konnten das Interesse der Ärzte an Heimbisuchen nicht erhöhen.

Darüber hinaus erweisen sich Selektivverträge in diesem Bereich als ungeeignet, vor allem jene nach § 140a ff. SGBV (Integrierte Versorgung, IV), auf die in vielen Veröffentlichungen als Ansatz zur Optimierung der Pflegeheimversorgung hingewiesen wird. Eine Kasse kann Leistungen nur als ein „Add on“ zur Regelversorgung finanzieren, wenn sie diese Ausgaben refinanzieren kann. Pflegeheime können zwar Vertragspartner in der IV werden, allerdings dürfen nach § 92 b Abs. 2 Satz 3 SGB XI keine finanziellen Leistungen aus der Pflegeversicherung für derartige Verträge eingesetzt werden. Somit folgen Pflegeheimverträge ebenfalls den Regularien der gesetzlichen Krankenversicherung nach dem SGB V. Hier stehen die Krankenkassen über den Zusatzbeitrag im Wettbewerb und müssen überlegen, welche Projekte sich über eingesparte Leistungsausgaben kurzfristig refinanzieren lassen. Eine langfristige Refinanzierungsperspektive lassen die Regeln des Kassenwettbewerbs nicht zu.

Ein weiteres „chronisches Leiden“ der Selektivverträge ist, dass sie nie für alle Patienten eines Pflegeheimes gelten. Die Verträge sind meistens nicht kassenübergreifend und für die Teilnehmer freiwillig. Der Problemdruck ist hier bei der unterschiedlichen Versichertenklientel der einzelnen Krankenkassen unterschiedlich groß. Bei nur wenigen teilnahmeberechtigten Bewohnern steht aber für das Pflegeheim der Aufwand in

keinem vernünftigen Verhältnis zum Nutzen. Darüber hinaus fällt es den Versorgenden im Heim schwer, dem einen Patienten eine besondere Leistung zukommen lassen zu können und dem anderen nicht, weil dessen Kasse kein Vertragspartner ist. Andersherum profitieren nicht-teilnehmende Krankenkassen oftmals auch ohne eigenes Zutun von den Verträgen anderer Krankenkassen – kommt der Arzt ins Heim, wird sich dieser eher nicht weigern, den Patienten einer nicht teilnehmenden Krankenkasse im Krankheitsfalle anzusehen [Laag/Lägel/Richter 2011)]. Die juristischen Vorgaben beim Abschluss der 140er-Verträge im Rahmen der BSG-Rechtsprechung und die Vorlagepflicht beim Bundesversicherungsamt (BVA) sowie dessen Prüfpraxis haben für Krankenkassen so hohe Hürden hinsichtlich der Abschlüsse von Selektivverträgen geschaffen, dass diese nahezu zum Erliegen gekommen sind [Laag/Kleff et al 2013].

Im Rahmen eines kassenübergreifenden Vertragsprojektes (Vertrag nach 73a SGB V Praxisnetze) wird seit Mai 2013 im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe an einer Optimierung der ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen gearbeitet. Hierfür wurden fünf Pilotregionen ausgesucht – Münster, Marl, Unna, Lippe/Detmold, Bünde. In diesen gibt es aktive Arztnetze, die als Piloten die Pflegeheimversorgung gemeinsam mit der KV Westfalen-Lippe und den Krankenkassen neu organisieren wollen. Begonnen wurde das Gesamtprojekt mit gemeinsamen Gesprächsrunden in den Regionen – Ärzte, Kassenärztliche Vereinigung, Pflegeheime, Krankenhaus und Krankenkassen. Zur Identifizierung der Probleme waren diese Runden unverzichtbar. Ohne Kenntnis und ohne ein gemeinsames Verständnis der Versäumnisse auf allen Seiten, lassen sich keine Lösungsansätze entwickeln.

„Mühsam“ ist ein Wort mit dem niedergelassene Ärzte die Pflegeheimversorgung oft beschreiben. „Es ist nicht nur, dass ich die Praxis verlassen muss und den Weg zum Heim habe. In der Praxis ist der Patient vorbereitet, ich sehe ihn, weise eventuell noch etwas an und dann kommt der nächste. Im Heim muss ich den Patienten manchmal erst suchen, der ist draußen oder es ist Mittagszeit und eine Schwester ist gerade auch nicht da. Das braucht alles Zeit und ist aufwendig“, so ein Arzt aus dem ostwestfälischen Bünde. Diese Aussage treffen Ärzte in anderen Regionen gleichermaßen. Zu den am häufigsten von niedergelassenen Ärzten geschilderten Proble-



men im Pflegeheim gehört die Organisation und Kommunikation mit dem Pflegeheimpersonal: fehlende konstante und auch qualifizierte Ansprechpartner, keine gemeinsamen Visiten, Sprachschwierigkeiten, undifferenzierte Besuchsanforderungen („Dem Patienten geht es schlecht“), Nachfragen bei „Kleinigkeiten“ („Der Patient will seine Medikamente nicht nehmen, was soll ich machen?“ „Die Füße sind rot, wenn er sitzt . . . ?“ „Der Patient möchte, dass Sie vorbeikommen“) und eine Pflegedokumentation, die wenig aussagekräftig ist. Oftmals erfahre man erst im Nachhinein, dass ein Patient ins Krankenhaus eingewiesen worden sei, bevorzugt übers Wochenende.

Die Probleme der Pflegeheime – im Durchschnitt haben deutsche Pflegeheime 70–100 Plätze [BARMER GEK 2013] – beginnen bei der Verfügbarkeit der Ärzte. Die Bereitschaft der Hausärzte ins Heim zu gehen, sei sehr unterschiedlich ausgeprägt, so die Heime. Manche Ärzte sind 24 Stunden ansprechbar und hinterlassen ihre private Handynummer, andere Hausärzte kommen nie. Auch die Ärzte selbst wissen von Kollegen, die grundsätzlich keine Heimbesuche machen. Neben der persönlichen Bereitschaft des einzelnen Arztes, kommen die seit langem öffentlich kommunizierten Probleme der Bedarfsplanung hinzu. Vielerorts wird ein Mangel an Neurologen und psychiatrisch tätigen Ärzten beklagt. Gerade in ländlichen Regionen können diese Sitze nicht nachbesetzt werden. Zu der hohen Last der Pflegeheime mit 40–60 % kognitiv auffälligen Bewohnern, steht diese Entwicklung in einem Gegensatz.

Neben der generellen Verfügbarkeit ist aber auch die grundsätzliche Erreichbarkeit schwierig. Früher seien die Hausärzte regelmäßig ins Heim gekommen. Heute besuchten nur einige Ärzte ihre Patienten kontinuierlich, die meisten kämen ausschließlich anlassbezogen, so die Heime. Ärzte betreuen manchmal „am anderen Ende der Stadt“ zwei Patienten und haben keinen Patienten im Pflegeheim, das vor der Haustür liegt. Begründet wird dies mit der langjährigen Arzt-Patienten-Beziehung und der freien Arztwahl. Weiterhin seien Ärzte telefonisch schlecht erreichbar, auch tagsüber während der Sprechstundenzeiten. Manche Heime haben inzwischen den Faxweg mit Praxen abgesprochen. Bei Besuchsanforderungen erhalte man keine verbindliche Auskunft, ob und wann ein Besuch gemacht werde, und so wisse man am Abend nicht, was geschehen solle, falls sich der

Zustand eines Bewohners verschlechtere. Auch wenn von Ärzten bekannt sei, wann sie kämen, stelle es die Heime organisatorisch vor Herausforderungen, wenn dieses während der Mittagszeit oder abends sei. „Wenn ich 20 betreuende Ärzte habe, von denen jeder zu seinen zwei, drei Patienten kommt, wann es ihm zeitlich passt, dann kann ich die Pflegekräfte nicht mehr für gemeinsame Visiten organisieren“, sagen die Pflegedienstleitungen. Auf der anderen Seite ist es für die Ärzte schwer, sich unter Berücksichtigung der Praxiszeiten an Organisationsroutinen im Heim zu halten.

10.3.2 Facharztbesuche

Große Probleme bereiten den Pflegeheimen die Facharztbesuche. Hierbei geht es um die generelle Verfügbarkeit fachärztlicher Betreuung wie aber auch um organisatorische Schwierigkeiten. In den meisten Projektregionen gibt es einen Mangel an neurologischer und gerontopsychiatrischer Betreuung. Hier wird bereits zum Teil auf Klinikstrukturen ausgewichen, wie auf die psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA). Schwierig hierbei ist, dass es zwischen den PIA und den niedergelassenen Ärzten oft keine ausreichende Abstimmung gibt. Probleme werden in den Regionen wiederholt für Augen- und Hautärzte wie auch Urologen und Gynäkologen geäußert. Seit Jahren ist die defizitäre zahnärztliche Versorgung von Pflegeheimpatienten bekannt, ein Umstand, der zumindest honorartechnisch inzwischen mit einer eigenen Abrechnungsziffer aufgegriffen wurde. „Die zahnärztliche Versorgung, sprich mal eine Zahnreinigung oder auch das Unterfüttern der Gebisse, haben wir mit einem Zahnarzt im Ruhestand ehrenamtlich organisiert“, so ein Pflegeheim. So sehr dieses ehrenamtliche Engagement vor Ort Abhilfe geschaffen hat und zu begrüßen ist, wirft ein solches Projekt unter dem Gesichtspunkt des Sicherstellungsauftrages der Kassenärztlichen Vereinigungen nicht eine beschämende Frage nach dem Funktionieren der gegenwärtigen Versorgungsstrukturen auf?

Das Wahrnehmen eines Facharzttermins stellt für Pflegeeinrichtungen wie auch für die Arztpraxen eine besondere Schwierigkeit dar. Die meisten Bewohner können in der Regel nicht ohne Begleitung zum Arzt gebracht werden, vor allem nicht Bewohner mit kognitiven Problemen. Allein der Transport aus den Heimen heraus in volle Arztpraxen stellt für die meisten Heimbewohner eine außerordentliche Belastung dar. Lange Wartezeiten



sind körperlich anstrengend und binden darüber hinaus das Pflegepersonal des Heimes. Nicht immer seien Angehörige oder Ehrenamtliche für solche Begleitaufgaben zugegen und schnell sei ein ganzer Vormittag herum, so die Heime. Verhaltensauffällige Patienten wiederum passen nur schwer in einen eng getakteten Praxisalltag und volle Wartezimmer. „Gefühlt“ ist es in Deutschland unüblich, dass Fachärzte Haus- und somit auch Heimbesuche machen. Immer wieder ist zu hören, dass Fachärzte nicht dazu verpflichtet seien, was so weder im Bundesmantelvertrag noch im EBM festgehalten ist. Vor dem Hintergrund notwendiger technischer Ausrüstung für bestimmte Untersuchungen sind Hausbesuche nicht immer möglich. In einigen Heimen wurden dennoch Wege gefunden, wie Untersuchungen im Heim vorgenommen werden können, um die Anzahl der Facharzttermine, die wirklich nur in der Praxis wahrgenommen werden können, so gut es geht zu reduzieren (z. B. „Mundhygienekoffer“ der Zahnärztekammer Westfalen-Lippe).

Das Arztnetz MuM („Medizin und Mehr“) im ostwestfälischen Bünde hat eine Software entwickelt, mit der Arztpraxen, Pflegeheime und auch eine kooperierende Apotheke miteinander verbunden sind: Die „elektronische Arztvisite“ (Elvi). Über eine direkte technische Verbindung („Live-Schaltung“) werden Arzt und Pflegekraft im stationären wie auch im häuslichen Bereich miteinander verbunden. So können beide Seiten schnell gemeinsam auf eine Wunde sehen, unklare Befunde oder nächste Therapieschritte besprechen oder eine Tablettenpackung bildlich miteinander abgleichen. Vor dem Hintergrund des durchgängig geäußerten Problems, dass viele Pflegekräfte in den Heimen nur über eingeschränkte Deutschkenntnisse verfügen und somit vor allem Medikamentennamen missverstanden werden können, ein wichtiger Punkt.

Das bedeutet nicht nur Sicherheit für Pflegeheime, auch können Facharztbesuche auf ein Mindestmaß verringert werden, wenn es zum Beispiel um eine regelmäßige Wundkontrolle geht. „Nur bei jeder dritten oder vierten Visite müssen Wundbeläge vom Chirurgen persönlich entfernt werden“, so Dr. Hans-Jürgen Beckmann, der selbst Chirurg und Vorsitzender des MuM-Arztnetzes ist. Die technischen Unterstützungsmöglichkeiten haben es in Deutschland grundsätzlich in der Versorgungsrealität schwer. Beckmann: „In einigen Jahren wird man nicht mehr fragen, ob man das möchte

oder nicht, wir werden ganz einfach keine Kräfte mehr haben, die Zeit mit überflüssigen Fahrten und anderen Dingen zu vergeuden.“

10.3.3 Vertragsärztlicher Notfalldienst/Rettungsdienste

Einen besonderen Problemkreis in der Heimversorgung stellen die kassenärztlichen Notfalldienste und Rettungsdienste dar. Krankenhauseinweisungen stellen für Heimbewohner oft eine traumatische Belastung dar und sie gilt es soweit wie möglich zu vermeiden. In vielen KV-Bereichen wurde der kassenärztliche Notfalldienst außerhalb der üblichen Sprechstundenzeiten inzwischen großräumig zentralisiert, so dass bei Notfällen zu Unzeiten „fremde“ Ärzte den Patienten sehen. Hat ein Arzt des kassenärztlichen Notfalldienstes oder auch des Rettungsdienstes keine konkreten Informationen über den Patienten zur Hand, bleibt oft nur die Krankenhauseinweisung.

Schwierig gestaltet sich die Situation bei Rettungsdiensteinsätzen. Das Therapieziel des Rettungsdienstes ist „Leben retten“ und dies um jeden Preis und sofort. Mit Blick auf die hohe Vulnerabilität der Pflegeheimbewohner stellen sich hier oft Fragen über Grenzen medizinischer Behandlungen, insbesondere zur Reanimation. Nach Aussage der Rettungsdienste beobachten sie seit Jahren, dass Sterbeprozesse oft wie Akutprozesse behandelt werden, wenn diese letzte Phase nicht vorbereitet ist. Bei der existenziellen Schwere dieser Fragen, kann dieses nur anhand einer vorausschauenden Betreuungs- und Behandlungsplanung wie sie unter 3.8 (*Beizeiten begleiten*) beschrieben wird, geschehen.

Probleme bereiten den Rettungs- und kassenärztlichen Notfalldiensten auch Fehl-, Doppel- und Nachalarmierungen, wenn in den Heimen nicht klar festgelegt ist, wer wann zu alarmieren ist. Auch dies, so die Ärzte, sei eng mit der Frage nach qualifiziertem Pflegepersonal im Heim verbunden.

10.3.4 Honorierung der Heimversorgung

Die ungenügende Honorierung der Heimbefuche wird seit vielen Jahren von Ärzten beklagt. Für Versicherte ab 60 Jahre kann grundsätzlich einmal im Quartal die Versichertenpauschale abgerechnet werden (je nach regionalem Punktwert vom 55. bis 75. Lebensjahr 15,70 €, vom 76. Lj. 21,00 €). Der „normale“ Besuch (GOP 01410) ist derzeit im EBM mit 600 Punkten bewertet (rd. 21 €). Der dringende Besuch eines Patienten in Pflege- und

Altenheimen (GOP 01415), der wegen der Erkrankung noch am selben Tag der Anforderung ausgeführt wird, ist mit 1545 Punkten (ca. 54 €) bewertet. Der Mitbesuch im Heim (GOP 01413) wird mit rd. 10 € vergütet. Ärzte sagen, dass die Honorierung des Mitbesuchs im Heim der Logik eines Hausbesuches entspräche, in dem fünf Personen einen fieberhaften Infekt haben und alle dasselbe Medikament aufgeschrieben bekommen. Jeder „Mitbesuch“ im Heim sei aber ein neuer Fall und mit zum Teil erheblichem Aufwand verbunden. Darüber hinaus können die Wegekosten angesetzt werden, die nach Doppelkilometer/Nacht/Dringlichkeit zwischen rund 1,30 € und 3 € gestaffelt sind. Abrechnungsfähig ist seit 2013 auch ein hausärztlich-geriatrischer Betreuungskomplex – ohne Qualifikationsnachweis – (GOP 03362) für 15,90 €. Angepasst wurde ebenfalls ohne Qualifikationsnachweis das geriatrische Basis-Assessment (GOP 03360) für 12,20 €. Der Aufwand für die Durchführung der geriatrischen Leistungen ist zeitlich allerdings so groß, dass es für Arztpraxen ökonomisch nur wenig Sinn macht, dieses auch zu tun. Der ältere, multimorbide Patient konkurriert mit den jüngeren Patienten, für die lukrativere Vorsorgeleistungen (oft außerbudgetär) erbracht werden können. Seit der EBM-Reform 2013 können auch palliativmedizinische Ziffern abgerechnet werden, allerdings sind diese – „klassisch sterbend“ palliativ gedacht und somit an eine Lebenserwartung auf Tage, Wochen oder Monate gebunden (s. EBM-Legenden).

Die Vergütungshöhen der ambulanten ärztlichen Versorgung werden im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) abgebildet. Der EBM wird auf Bundesebene im gemeinsamen Bewertungsausschuss zwischen Ärzten und Krankenkassen ausgehandelt. Das ambulante Honorarsystem weist einen hohen Pauschalierungsgrad auf und führt in Kombination mit einer budgetierten Verteilungslogik der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) zu patientenbezogenen Geldgrößen, die nicht üppig erscheinen und somit keine besonderen Preisanreize für komplexe Versorgungsbemühungen geben. Unabhängig davon, wie hoch das Gesamteinkommen eines Arztes nach diesem Waschgang der Honorarverteilung unterm Strich ist, würdigen die gegenwärtigen Punktwerte (ausmultipliziert in Eurowerte) aus Arztsicht nicht den Aufwand der Heimversorgung. Im Kern passt das unternehmerische Modell der (Einzel) Arztpraxis, die immer noch dem Herzschlag der verrichtungsbezogenen Einzelleistung folgt, nicht zu den komplexen Erfordernissen einer modernen

Heimversorgung. Der EBM orientiert sich in der Heimversorgung an Dringlichkeiten, Wochentagen und Tageszeiten, bildet aber weder Schweregrade noch Versorgungsbedarfe bei sehr vulnerablen Patienten ab. Diese Vergütungslogik bietet Ärzten wenig Anreiz ihre Praxis für mehrere Stunden zu schließen, um Haus- und Heimbefuche durchzuführen.

Die Heimversorgung muss genauso systemisch und teamorientiert gedacht werden, wie die Palliativversorgung, die in den letzten Jahren große Fortschritte gemacht hat. Ob stationär oder ambulant, in der Versorgung alter, multimorbider Patienten greifen Strukturen und Vergütungen, die traditionell aus akutmedizinischer und anlassbezogener Einzelintervention bestehen, zu kurz. Der Charakter der Routineversorgung muss ein teamorientierter, vorausschauender, schützender und begleitender mit einem stabilen Ankerpunkt sein. Das heißt: kontinuierliche Erreichbarkeit, interdisziplinär erstellte Behandlungs- und Betreuungsziele mit einem behandlerübergreifenden Medikationsplan.

Angelehnt an das langjährige Berliner Pflegeheimprojekt (ARBUMA/Berliner Projekt) werden in einem 73a-Vertrag in Hamburg – dem Alsterpflegenetzvertrag – derzeit kleine Arztteams aus der niedergelassenen Ärzteschaft zusammengestellt, die die Heimversorgung neu organisieren sollen. Hierbei gilt es zu beachten, dass die Teams aus der Ärzteschaft so organisiert sind, so dass alle die Möglichkeit einer verbindlichen Teilnahme haben, wenn erforderliche Qualifikation und Bereitschaft vorhanden sind und sich die Ärzte dann auch verbindlich engagieren. Eine solche Reorganisation eingefahrener Strukturen gerät mit dem Grundsatz der freien Arztwahl in Konflikt, wenn Ärzte lokal räumlich tätig werden und nur bestimmte Ärzte bestimmte Heime aufsuchen. Doch hier lohnt es sich genau hinzusehen. Viele Ärzte betreuen ihre Patienten nicht mehr, wenn diese am anderen Ende der Stadt wohnen oder gehen gar nicht ins Heim. Als schwierig erweist sich grundsätzlich die Sozialisation der Ärzte als „Einzelkämpfer“. Von Teamstrukturen fühlen sich nach ersten Erfahrungen Ärzte in Teilzeit oder auch aus Gemeinschaftspraxen angesprochen, wenn die Aufgaben mit einer adäquaten Vergütung hinterlegt sind. Im Alsterpflegenetz wird für jeden Tag pro Patient kontaktunabhängig ein bestimmter Eurobetrag gezahlt, um Ärzten eine stabile Kalkulation zu ermöglichen und um nicht auf anlass- und verrichtungsbezogene Einsätze abzustellen.



Aus der ersten Generation der selektiven Pflegeheimverträge ist zu lernen, dass Vergütungszuschläge auf Einzelverrichtungen allein keinen besonderen Anreiz auf Ärzte ausüben, um Heimbesuche durchzuführen. Mit den neuen gesetzlichen Regelungen wird jedoch dieser Weg weiterverfolgt. Seit dem 01.01.2014 müssen die Pflegeheime gegenüber dem MDK nachweisen, wie die ärztliche, fachärztliche und zahnärztliche Versorgung geregelt ist (§ 114 SGB XI Qualitätsprüfungen). Hierfür können sie sich mit Ärzten vor Ort im Rahmen eines Kooperationsvertrages zusammenschließen, auf Antrag der Pflegeeinrichtung hat die KV eine solche Kooperation zu vermitteln. Die Inhalte an eine solche Kooperation sind in einer Vereinbarung nach § 119 b Abs. 2 SGB V zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und dem Spitzenverband der Krankenkassen festgelegt [KBV Homepage]. Bei Bestehen eines Kooperationsvertrages kann die KV mit den Krankenkassen Zuschläge auf den Orientierungswert vereinbaren. Kommt ein Kooperationsvertrag innerhalb einer Frist von sechs Monaten nach Zugang des Antrages der Pflegeeinrichtung nicht zustande, ist die Pflegeeinrichtung vom Zulassungsausschuss zu ermächtigen, eine Ärztin/einen Arzt anzustellen. Es darf bezweifelt werden, ob sich über diesen Weg eine flächendeckende neue Kultur in der Heimversorgung entwickeln lässt. Letztlich geht es nicht darum, einzelne Ärzte und einzelne Pflegeheime zusammen zu bringen, sondern grundsätzlich eine strukturelle Neuausrichtung der Basisversorgung anzustoßen, die komplexen Versorgungsbedarfen begegnen kann.

Wie schwer sich das ambulante Vergütungssystem generell mit dem Teamansatz tut, zeigt sich immer wieder an zermürbenden Detailfragen, die gesetzlich gelöst werden müssen. Hierzu gehört mit Blick auf Arztnetze die Tatsache, dass Koordinations- und Managementleistungen, ohne die integrierte Versorgung nicht funktioniert, nicht als ärztliche Leistung gesehen werden und somit den Finanzämtern als umsatzsteuerpflichtig gelten. Darüber hinaus besitzen selbst nach der KBV-Rahmenvorgabe akkreditierte Arztnetze (§ 87 b SGB V) nicht über einen Leistungserbringerstatus wie zum Beispiel die ganz normale Arztpraxis oder ein Medizinisches Versorgungszentrum. Ohne diesen Status können Arztnetze zum Beispiel keine Ärzte oder Praxisassistentinnen anstellen, die seit einigen Jahren delegationsfähige Leistungen zur Entlastung der Ärzte übernehmen. Das Modell

des festangestellten Heimarztes, das oft in der Literatur zitiert wird, spielt in der Praxis außerhalb von Leuchtturmprojekten kaum eine Rolle. Heime merken an, dass ein eigener Arzt für das Heim nicht zu finanzieren ist.

Mit Blick auf die jährlichen Honorarverhandlungen der Krankenkassen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen und die jährlichen Steigerungen der Gesamtvergütung an die niedergelassenen Ärzte, ist nicht von einer Unterfinanzierung des Systems zu sprechen, sondern von einer falschen Verteilung des Geldes. Nach wie vor wenden die Kassenärztlichen Vereinigungen, die als Institution der ärztlichen Selbstverwaltung für die Honorarverteilung verantwortlich sind, Honorarmittel überwiegend für die Stützung alter Strukturen auf. Neue und von allen so oft eingeforderte teamorientierte Strukturen werden bis auf wenige Ausnahmen nicht aufgebaut [Peters 2011/Schönbach 2013].

10.3.5 Geriatrisches Wissen

Die Geriatrie ist keine neue Disziplin. Sie beginnt mit dem österreichischen Mediziner Ignatz Nascher, der den Begriff 1909 in einem Aufsatz des New York Medical Journal einführte. Er nahm als Arzt ältere Menschen nicht mehr in erster Linie als Patienten wahr, sondern sah in ihnen eine Gruppe, deren spezielle Lebenssituation mit besonderen alterstypischen Risiken und Problemen einhergeht.

Wird jemand einfach „tüddelig“ und wird dieses als unausweichlich beim Älterwerden hingenommen oder wird versucht, eine beginnende Demenzsymptomatik differentialdiagnostisch abzuklären und zu therapieren? Die Grenzen zwischen der „Natürlichkeit“ und der „Krankhaftigkeit“ des Alters sind fließend. Bei altersassoziierten Veränderungen handelt es sich zum Teil um genetische, zelluläre und systemische Veränderungen des Organismus. Beim pathologischen Altern kommt es zusätzlich zu einer Zunahme von vor allem chronischen Erkrankungen wie zum Beispiel Diabetes. Insbesondere im höheren Alter nehmen zahlreiche Erkrankungen zu, und eine strenge Grenzziehung zwischen den „Typen des Alterns“ wird schwierig.

Die Geriatrie ist die Spezialdisziplin für die Breite. Anders als die Organmedizin, die ihren Fokus auf ein Organ richtet, ist der Wesenskern der Geriatrie der generalistische, ganzheitliche und disziplinenübergreifen-



de Blick auf den Menschen. Die medizinische Grundlage der Geriatrie ist die Innere Medizin, da ein wesentlicher Teil akuter und chronischer Erkrankungen durch internistische Erkrankungen hervorgerufen wird. Geriatrie Patienten sind im höheren Lebensalter (> 70 Jahre) und weisen gleichzeitig mehrere chronische Erkrankungen wie auch Akutereignisse auf. Dieses erfordert ein aufmerksames und fürsorgliches Begleiten ebenso wie ein schnelles therapeutisches Handeln. Diese Multimorbidität ist dabei mehr als die Summe der Einzelerkrankungen, sie bildet bei jedem Patienten eine eigene Struktur heraus. In dieser überlagern sich Symptome und Patienten zeigen atypische Charakteristiken auf. Die Ursachen für den Sturz, Harninkontinenz, Verwirrtheit, Gewichtsverlust, Schwindel, Atemnot, Ödeme, Blutungen, Antriebsschwäche sind ohne den generalistischen Blick des Geriaters schwer zu verorten.

Eine weitere Gefahr stellen die Interaktionen unterschiedlicher einzelner Therapieansätze dar, wie insbesondere aus der Arzneimitteltherapie.

Bei einem in das Leben hineinwachsende Kind sind „Fixpunkte“ in der Entwicklung wie das Sprachvermögen oder die Zahnung festzumachen, wie sie im Rahmen der U-Untersuchungen seit Jahren erfasst werden. Altersveränderungen hingegen sind weitaus komplexer, individuell variabel und hängen von individuellen Prädispositionen und Erkrankungen ab. Abbauprozesse halten sich nur begrenzt an das chronologische Alter und bilden ihre physiologischen Funktionsänderungen zuweilen langsam und kaum merklich aus. Beispielhaft sei hier die eingeschränkte Nierenfunktion durch die Verringerung funktionstüchtiger Nephrone, die Abnahme der Nervenleitungsgeschwindigkeit oder die Reduktion der Vitalkapazität der Lunge genannt. Normwerte, so die Deutsche Gesellschaft für Geriatrie (DGG 2012) ändern sich mit zunehmendem Lebensalter. Auf der einen Seite treten mehr Krankheiten auf, auf der anderen Seite nimmt die Regenerations- und Kompensationsfähigkeit ab. Das Referenz-Kollektiv „Erwachsene im besten Alter“ ist für die Geriatrie nur begrenzt anwendbar, besonders auch bei Normlaborwerten. Neben diesen Aspekten muss sich die Geriatrie vor allem auch mit dem Problem der „gestörten Willensbildung“ und dem daraus resultierenden besonderen rechtlichen Schutzbedürfnis der Patienten befassen. Geriatrie Medizin wird oft „angesichts des geistigen Niedergangs“ (DGG) geleistet. Einschränkungen, Verluste, Affekte, Kognitionen, blockier-

te Denkabläufe, Angst und die vielfältigen Ausprägungen der Demenz gilt es zu beobachten und zu lesen, da sich diese auf alle Lebensaktivitäten auswirken. Geriatriisch tätig sein kann hier nur, wer zur Auseinandersetzung mit diesem Verlauf bereit ist. Dieses trifft gleichermaßen auf den Aspekt der Irreversibilität und der altersbedingten ständigen Todesnähe zu.

Das oberste Therapieziel der Geriatrie ist immer der Erhalt der Autonomie und Selbstständigkeit. Um dieses zu erreichen, muss die Geriatrie umfeldbezogen und mit anderen medizinischen und nicht medizinischen Nachbargebieten arbeiten [Lübke 2012]. In der Geriatrie geht es anders als in der reinen kurativen Medizin nicht darum, einzelne Erkrankungen leitliniengerecht „durch zu behandeln“, sondern Therapien zu priorisieren und gegebenenfalls abzusetzen. Die Haltung mancher Fachärzte, dass es sie nicht interessiere, was der Patient sonst noch habe und man nur für das eigene Fachgebiet verantwortlich sei, muss von der Geriatrie aufgefangen werden. Darüber hinaus ist ein letzter elementarer Baustein der Geriatrie das Erkennen der rehabilitativen Potenziale wie auch der Risikofaktoren. Hierfür ist die Beherrschung der vielfältigen geriatrischen Assessment-Instrumente unabdingbar.

Oft genug werden die Schrecken einer vergreisenden Bevölkerung öffentlich dargestellt. Umso mehr verwundert es, dass die Geriatrie als Fach immer noch so exotisch erscheint wie die Tropenmedizin. Wie die Allgemeinmedizin hat auch die Geriatrie als generalistisches Fach ein schlechtes Standing im akademischen Medizinbetrieb. Reputation lässt sich vor allem über die Beherrschung einer Subspezialisierung erlangen. Dabei ist es ein Unterschied als Kardiologe z. B. auf einen alten Patienten mit dem kardiologischen Blick zu schauen oder aber als Geriater auf alle Erkrankungsaspekte, Reha-Potenziale, die Versorgungssituation zu Hause, Mobilität, Selbstständigkeit und Lebensmut. Diesen generalistischen Blick lernen geriatrisch fortgebildete Fachärzte nicht und dieser Blick und das daraus abgeleitete Handeln begründen die Geriatrie als eigenständiges Fach. Immer noch steht die Ärzteschaft dem geriatrischen Versorgungsbedarf in seiner Gesamtheit eher gleichgültig und zuweilen despektierlich gegenüber. „Alte Leute haben wir schon immer versorgt“, heißt es nicht selten.

Ein Spiegel dieser grundsätzlich negativen Haltung der Geriatrie gegenüber ist das nach wie vor anhaltende Ringen des Faches um eine eigene



Facharztanerkennung. Die Geriatrie hat es bereits in der Ausbildung der Ärzte schwer. Verglichen mit den Niederlanden z. B., wo an jeder medizinischen Fakultät ein Lehrstuhl für Geriatrie etabliert ist, gibt es in Deutschland nur sieben [Bundesverband Geriatrie, Weißbuch Geriatrie 2011]. Dabei ist die Geriatrie als Querschnittsfach „Medizin des Alters“ seit Änderung der Approbationsordnung in 2002 im Medizinstudium verankert. Seit 1992 gibt es bereits eine fakultative Weiterbildung „Klinische Geriatrie“. Nach Auffassung der DGG hat eine völlig inhomogene Umsetzung der (Muster)Weiterbildungsordnung (MWBO) in den Ländern zu einem Mosaik der Weiterbildungsszenarien geführt. Dieses läuft dem eigentlichen Ziel, der Etablierung des Faches in der Medizin und Ärzteschaft über klare und einheitliche Standards in der Weiter- und Fortbildung, zuwider (Homepage DDG). So gibt es den Facharzt Innere Medizin und Geriatrie als Facharztkompetenz im Gebiet Innere Medizin (Berlin, Brandenburg, Sachsen-Anhalt), die Zusatz-Weiterbildung Geriatrie (in allen Bundesländern) und die Zusatz-Qualifikation Geriatrie Rehabilitation der DGG als freiwillige Fortbildung für niedergelassene Ärzte. Darüber hinaus gibt es ebenfalls für niedergelassene Ärzte seit August 2012 ein 60-Stunden-Fortbildungscurriculum zur geriatrischen Grundversorgung [BÄK/DGG 2012]. Der Vorsitzende der Bundesärztekammer Montgomery hat 2013 angekündigt, die Ausbildung des Facharztes für Geriatrie nachhaltig zu unterstützen (Homepage DGG). In vielen anderen europäischen Ländern ist dieses bereits seit langem Standard (z. B. Skandinavien, Großbritannien, Belgien, Niederlande, Spanien) [Meisel 2013].

Genauere Zahlen darüber, wie viele Geriater es aktuell gibt, sind schwer zu ermitteln. Nach Zahlen aus 2007 gibt es 2100 geriatrisch qualifizierte Ärzte, von denen 377 ambulant tätig waren. Die ermittelte geriatrische Versorgungsdichte entspricht damit vergleichbar der der Nephrologen (Lübke et al 2008; Weißbuch Geriatrie 2011). Dadurch, dass geriatrische Leistungen bis 2008 im ambulanten Bereich gar nicht abrechnungsfähig waren, hat es die Motivation der Ärzte zur Qualifizierung nicht gefördert. Die Abrechnungsfähigkeit des geriatrischen Basis-Assessments seit einigen Jahren war ein guter Schritt, doch ohne, dass daraus auch ein verbindlich umzusetzendes interdisziplinäres Fallmanagement resultiert, macht dieses bedeutungslos. Von einer systemisch verankerten Geriatrie kann nicht gesprochen werden,

wenn nur das Assessment honoriert wird. Die 2013 neu eingeführten Geriatrieziffern im EBM haben daran nichts geändert, da auch sie ohne Qualifikationsnachweis und ohne eine strukturelle Neuausrichtung der Versorgerstrukturen bleiben. So kann auch ein einziger Telefonanruf als „Fallmanagement“ gedeutet werden.

Eine institutionalisierte Geriatrie ist das Denken und Arbeiten im interdisziplinären Team: Ärzten, Pflege, Therapeuten und Sozialarbeiter. Gerade hier liegen die Einsatzmöglichkeiten für die inzwischen vielfach diskutierten Einsätze der Praxisassistentinnen unter der Überschrift der „delegationsfähigen Leistungen“. Unter dem „Mädchennamen der Ärzte“ wie VERAH, EVA, Helver, AGnES, Moni u. a. haben sie als potenzielle Fallmanager zwar Eingang in die gesundheitspolitische Diskussion gefunden, aber immer noch keinen in die Versorgungsrealität. Immer noch sind die Aufgaben- und „Indikationsstellung“ zum Einsatz einer Praxisassistentin nicht einheitlich festgelegt und nach wie vor sind diese nur in mit Ärzten unterversorgten Gebieten abrechnungsfähig. So bleibt die Geriatrie im ambulanten Bereich Stückwerk. Etwas anders sieht es im stationären Bereich aus (Krankenhaus und Rehakliniken), da es hier inzwischen definierte Qualitätsanforderungen an die Einrichtungen in Zusammenhang mit der Abrechnung spezieller OPSen gibt. Auf die Schwierigkeiten in der Umsetzung des Grundsatzes „Reha vor Pflege“ kann an dieser Stelle nur hingewiesen werden (s. Weißbuch Geriatrie; Homepage Bundesverband Geriatrie). Stufenkonzepte für eine abgestimmte und sektorübergreifende geriatrische Versorgung liegen seit Jahren vor [Homepage Bundesverband oder Geriatriekonzepte einzelner Bundesländer].

Auch im Bereich der Pflege ist die Geriatrie schwierig und im Zusammenhang mit dem Fachkräftemangel und der seit 20 Jahren anhaltenden Diskussion um die Akademisierung der Pflege zu sehen. Eine Heimleitung ist sich sicher, dass die Ausbildung der Altenpflege vor dem Hintergrund der sich ändernden Bewohnerstruktur zukünftig weitaus medizinischer ausgerichtet werden muss als bisher. Der Umbau des Pflegeberufes hin zu einem attraktiven professionellen Dienstleistungsberuf, der sein Handeln systematisch auf wissenschaftlichen Erkenntnissen aufbaut und sich eigenverantwortlich wie die Ärzteschaft in Kammern organisiert, wird laut Schaeffer [2011] nur halbherzig betrieben. Die duale Berufsausbildung verharret



in einer überholten Trennung in Kranken-, Alten- und Kinderkrankenpflege und steht zum Teil konkurrierend neben primärqualifizierenden Studiengängen. Diese wiederum bilden bislang nur eine Teil-Akademisierung ab, die derzeit auf Pflegemanagement und Pflegepädagogik und nicht auch auf eine medizinisch-klinische Ausrichtung abzielt. Wie Schaeffer darstellt, bedarf es nach 20 Jahren einer grundsätzlichen Richtungsentscheidung in Deutschland darüber, wie das Pflegeverständnis zukünftig sein soll. Ohne eine Abkehr von der somatischen Fixierung und der Pflege im Verständnis als „Heilhilfsberuf“ des Arztes, werden jegliche Bemühungen um die Attraktivität und Professionalisierung des Pflegeberufes an Grenzen stoßen.

10.3.6 Arzneimitteltherapie – „Vier gewinnt“

Die Arzneimitteltherapie ist eine der zentralen therapeutischen Maßnahmen eines Arztes und gerade bei geriatrischen, multimorbiden und pflegebedürftigen Patienten in einen komplexen Versorgungsprozess eingebettet.

Die Arzneimitteltherapie bei älteren und multimorbiden Patienten ist seit der Veröffentlichung der *Priscus*-Liste im Sommer 2010 ins Auge einer breiteren Öffentlichkeit gerückt (*Priscus* – Lat. = *alt*, *altehrwürdig*). Was sich Patienten und Angehörige seit Jahrzehnten fragen, ob sich „so viele Tabletten nebeneinander vertragen“, hat zur Suche nach einer Antwort geführt. Das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) förderte über den Schwerpunkt „Gesundheit im Alter“ seit 2007 sechs große Netzwerkprojekte zur Epidemiologie von Multimorbidität wie auch zur Versorgungsforschung. Das Verbundprojekt *Priscus* um die Wuppertaler Pharmakologin Petra A. Thürmann stellte mit der *Priscus*-Liste eine sogenannte PIM-Liste zusammen (Potenziell Inadäquate Medikation). Deren Ziel war es, eine für Deutschland gültige Liste von Arzneistoffen zu erstellen, die bei älteren Menschen vermieden werden sollten [Holt/Schmiedl/Thürmann 2010]. Internationale Vorläuferlisten wie v.a. die seit 1991 existierende Beers-Liste in den USA, waren aufgrund deutscher Arzneimittelmarktgegebenheiten nicht ohne weiteres zu übertragen.

Mit der *Priscus*-Liste gab es erstmals ein Instrument, mit dem das schwierige Thema der Berücksichtigung des Alters bei der Auswahl von Arzneimitteln adressiert wurde. Multimorbidität und die damit einhergehende Multimedikation können damit allerdings nicht effektiv „beim

Schopfe gepackt“ werden. Die Priscusliste wurde über die zuständigen Berufsorganisationen der Ärzteschaft kommuniziert und auch Krankenkassen boten und bieten Ärzten und Patienten auf Basis ihren Daten Medikationschecks auf Arzneimittel der Priscusliste an. Bei aller positiver Würdigung ist hier zu berücksichtigen, dass es sich bei der Priscusliste um eine „Konsensliste“ handelt und um potentiell, aber nicht in jedem Fall inadäquate Arzneimittel. Auch gilt der alte Spruch: Die Dosis macht das Gift. Einige Medikamente können in niedriger Dosis durchaus therapeutisch sinnvoll eingesetzt werden.

Neben der Priscusliste gibt es weiterhin das FORTA-Konzept [Burkhardt/Wehling 2010], das nicht nur Ausschlüsse in Form von einer Negativliste gibt, sondern auch eine Positivliste mit Alternativlösungen bietet. Einen sehr guten Überblick über die organisatorische Umsetzung eines Medikamentenmanagements bietet die Leitlinie „Multimedikation“ der Leitliniengruppe Hessen [2013]. Bei Lichte betrachtet können „Ihr Arzt oder Apotheker bei Risiken und Nebenwirkungen“ keine wirkliche Auskunft geben, da es hierzu bislang nur wenig gesichertes Wissen gibt. Die Medizin allgemein ist „hochgerüstet“ und dieses v. a. auch über Leitlinien. Angewandt am Patienten führen sie zu einer Vielzahl von Medikamenten. Polypharmazie ist nicht per se schädlich oder falsch – fünf oder sieben Medikamente können durchaus bei einem Patienten angebracht sein. Die versorgungspolitische Diskussion hat sich fälschlicherweise gegenwärtig auf ein tumbes „Tabletten zählen“ verengt. Es gibt keine Definition darüber, wie viele Medikamente in welchem Kontext unsinnig oder schädlich sind und auch keine Evidenz zur Priorisierung einer Arzneitherapie bei Multimorbidität und zum Absetzen von Arzneimitteln. Arzneimittelstudien mit (hoch)betagte und multimorbiden Patienten sind in der praktischen Umsetzung schwer durchführbar. Dennoch liegt es nahe, so wenige Medikamente wie möglich zu nehmen. Je höher die Anzahl der Medikamente, desto größer das Risiko, dass diese interagieren oder sich mit abnehmender Adhärenz neue Problemfelder öffnen. Viele Verordnungen können Hinweise auf dahinter liegende Probleme geben und letztlich kann die Arzneimitteltherapie einer Erkrankung auch zur Verschlechterung einer anderen führen [Thürmann 2013]. Gerade im Pflegeheim können Wechselwirkungen vom Pflegepersonal eng beobachtet werden. Als eine wichtige Maß-



nahme zur Erhöhung der Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) im Heim weist Thürmann auf speziell geschulte AMTS-Pflegekräfte hin [Thürmann 2014].

10.3.6.1 Verblistern in der Heimversorgung

Die Arzneimitteltherapie bei multimorbiden älteren Patienten setzt das Wissen um die Vielschichtigkeit der Versorgung voraus. Die mangelnde Transparenz über die eingenommenen Medikamente ist eines der größten Probleme hierbei. Dieses gilt für den ambulanten Bereich, kann aber auch für die stationäre Heimversorgung gelten. Das Verblistern von Medikamenten ruft in Deutschland eher negative Reaktionen hervor, weil es initial als logistischer Prozess statt als Element der Verbesserung von Sicherheit und Qualität der Arzneitherapie diskutiert wurde. Auch stand die Verblisterung zu sehr unter dem Aspekt der Kosteneinsparung, der die positiven Auswirkungen auf die Pflegekräfte – und damit auch auf die Bewohner – völlig unbeachtet ließ.

Die Vorteile der Verblisterung im Pflegeheim lassen sich im ostwestfälischen Bünde beobachten. Hier kooperieren eine heimversorgende Apotheke, vier Pflegeheime eines Trägerverbundes sowie ein Arztnetz miteinander. Im Auftrag der Apotheke werden die Arzneimittel von einem industriellen Verblisterer patientenindividuell neu verblistert. Dreh- und Angelpunkt des Rezept- und Medikamentenmanagements ist die Apotheke vor Ort, die über eine Software mit den anderen Akteuren verbunden ist. Zum Thema Verblistern gibt es viele Vorurteile, wie zum Beispiel, dass die Medikamente aus großen Säcken kommen. Bei Verblisterern mit hohem Qualitätsanspruch stammen die Tabletten entweder aus normalen Schüttbehältern oder werden aus Packungen ausgeeinzelt. Auch ist klar, dass nicht alle Medikamente verblistered werden können, doch rund 70 % der Medikamente eines Patienten. Ausgenommen sind gegenwärtig zum Beispiel Betäubungsmittel, Zytostatika, Schmelztabletten, lose Brausetabletten und kühlpflichtige Arzneimittel. Bei qualitativ hochwertigen Verblisterern durchlaufen die Medikamente vor dem erstmaligen Verblistern ein Aufnahmemanagement, um die Stabilität für die Verblisterung zu prüfen. Eine Limitierung wie einst auf 400 Medikamente gibt es nicht mehr. Die Blisterbeutelchen werden im Ein- und Zweiwochenrhythmus ausgeliefert.

Für eine qualitativ hochwertige Verblisterung braucht es aber nicht nur einen qualitätsgesicherten mechanischen Verblisterprozess, sondern vor allem eine gute Zusammenarbeit zwischen den beteiligten Akteuren, sprich den Ärzten, der Pflegeeinrichtung, Apotheke und dem Verblisterer. Für die verordnenden Ärzte ist es eine große Hilfe, wenn die Apotheke ein Auge auf das Rezept- und Arzneimittelmanagement des Heimes und die Verordnungen der Ärzte hat und Interaktionschecks vornimmt. Verordnungsumstellungen können logistisch taggleich vorgenommen werden. In Bünde nutzen alle eine gemeinsame Software, die eine historisierte und übersichtliche Dokumentation ermöglicht. Für das Heim ist dieses bei Nachweisen gegenüber dem MDK wichtig, besonders was die Substituierung der Medikamente durch die Rabattverträge der Krankenkassen betrifft und ein großes Problem für die Heime darstellt. Die Rabattverträge der Krankenkasse werden noch in der Apotheke bei der Rezeptbestellung berücksichtigt. Die positiven Erfahrungen in Bünde weisen auf die erfolgskritischen Elemente der Verblisterung hin: Erfolgreiche „Blisterversorgung“ ist immer eine multifaktorielle Intervention, die einen behandlerübergreifenden Medikationsplan, eine Abstimmung und inhaltliche Prüfung der Verordnung und die interprofessionelle Zusammenarbeit voraussetzt.

Ein oft vorgebrachtes Vorurteil gegenüber Verblisterung im Heim ist, dass die Pflege sich durch das Verblistern von den Medikamenten entfremde. In Bünde sind die Pflegekräfte im Heim der entgegen gesetzten Meinung. Durch die genaue Beschriftungen auf den Blisterbeutelchen habe man überhaupt wieder Transparenz über die Medikamente, so die Pflegekräfte. „Man sieht, was man da auf dem Tablett im Dispenser hat.“ In der Regel würden die Medikamente in vielen Heimen von der Nachtwache in die einzelnen Tablettentöpfchen verteilt, womit die Transparenz verloren gehe, von der fehlenden Konzentration nachts ganz zu schweigen. „Vier gewinnt“, lautet eine etwas fatalistische Beschreibung, die auf unterschiedliche Formen der Medikamentendosetten abzielt. Exakte Einnahmezeitpunkte gingen beim normalen Stellen der Tabletten – morgens, mittags, abends – unter. Auf den Blisterbeutelchen können diese für halbstündliche Vergaben (48) aufgedruckt werden. Darüber hinaus erfolgt auch eine Beschriftung für Besonderheiten bei der Medikamenteneinnahme wie z. B. „aufrechte Einnahme bei Alendronsäure“. Durch das Verblistern würden die



Medikamente wieder sichtbar und besser hinterfragbar, wenn sich etwas ändert, so die Beteiligten. Neben der Platzersparnis im Heim ist die Zeiterparnis ein weiterer großer Vorteil für die Pflege. Dieses zum einen durch den Wegfall des Medikamentenstellens, zum anderen aber auch kostet es keine Zeit mehr, „Rechtssicherheit“ für den MDK zu beschaffen. Durch die exakte elektronische Dokumentation, auf die alle Zugriff haben, können Medikamentenpläne schnell geändert und abgesehen werden und man müsse sich nicht mehr „gegenseitig hinterherlaufen“. Die Heimbewohner entscheiden selbst, ob ihre Medikamente verblistered werden sollen. Wird dieses abgelehnt, werden ihre Medikamente, wie auch generell die übliche Bedarfsmedikation bei allen, manuell gestellt. Auch ist der Verwurf von Medikamenten aufs Minimum reduziert. Bei Therapieunterbrechungen oder Krankenhausaufenthalten bleiben die Medikamente auf einem tagelangen virtuellen Konto stehen. Beim Versterben der Patienten gehören die „angebrochenen“ Packungen zur Erbmasse, wenn aber diese nicht eingefordert werden, erfolgt kein Verwurf, weil die Medikamente auf dem virtuellen Konto stehen.

Politisch ist das Thema Verblisterung umkämpft. Von Apothekerseite wird die Einzelapotheke propagiert, ob schon diese personell häufig nicht dazu in der Lage ist, ein umfassendes Medikamentenmanagement für ein Heim anzubieten. Darüber hinaus ist das „Stellen im Hinterzimmer der Apotheke“ mit der neuen Apothekenbetriebsordnung seit 2012 untersagt. Damit wird eine qualifizierte Verblisterung nur in größeren Apotheken möglich sein. Auch die Krankenkassen als Kostenträger stehen der Verblisterung gegenwärtig skeptisch gegenüber, da bislang die Abrechnungswege bei der Ausezelung der Medikamente gerade in Verbindung mit den Rabattverträgen sowie die Preisgestaltung zwischen Kassen und Apotheken – Blister unterliegen nicht der Arzneimittelpreisverordnung – unregelt sind.

10.3.7 Qualitätsorientierung im Heim

Seit vielen Jahren wird bemängelt, dass die Ergebnisqualität der pflegerischen Versorgung im Verhältnis zur Struktur- und Prozessqualität bei den externen Qualitätsprüfungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) und Heimaufsichten wie auch im Rahmen heiminterner

Qualitätsmanagementsysteme nicht ausreichend berücksichtigt wird. Ergebnisqualität einer guten Pflege ist an der gesundheitlichen Situation des Bewohners auszumachen und ob es gelingt, diese zu stabilisieren bzw. zu verbessern. Hier geht es nicht darum anhand der Dokumentation aufzuschreiben, ob eine Dekubitusprophylaxe durchgeführt wird oder nicht, sondern darum, wie dieses anhand objektiver Kriterien extern erfasst werden kann [Wingefeld 2011].

Im Jahr 2008 hat der Gesetzgeber mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (PFWG) bestimmt, dass sich Pflegebedürftige und deren Angehörige über Qualität und Leistungen der Pflegeeinrichtungen in angemessener Form informieren können (z. B. im Internet, SGB XI § 112 bis § 115 Qualitätssicherung). Ergebnis dieser Vorgabe sind die seit 2010 vergebenen „Pflegetoten“. Die Kriterien dazu, was wie zu prüfen und darzustellen ist, wird zwischen dem GKV-Spitzenverband, den Sozialhilfeträgern, den Verbänden der Pflegekassen auf Bundesebene sowie den Bundesverbänden der Pflegeeinrichtungen vereinbart (Pflege-Transparenzvereinbarungen). Diese Verhandlungen erwiesen sich in der Vergangenheit als sehr schwierig, da es für die Pflegeeinrichtungen neu war, Transparenz im Versorgungsgeschehen zuzulassen. Die Kritik an den Pflegetoten als externes Qualitätssicherungsinstrument ist inzwischen unüberhörbar. Zu viele Heime schneiden mit sehr guten Noten ab, so dass Unterschiede nicht mehr deutlich werden. Wer das Spiel der Pflegedokumentation und Qualitätshandbücher beherrscht, bekomme gute Noten, so die Aussage vielerorts [u. a. Diakonie 2011]). Mit dem Abschlussbericht zur Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe [BMG/BFSFJ Abschlussbericht 2011] wurden schon vor drei Jahren Indikatoren vorgelegt, anhand derer Ansätze zur Bewertung einer Ergebnisqualität dargestellt werden konnten, wie z. B. im Bereich der Dekubitusentstehung und dem Erhalt der Mobilität. Ansatzpunkte lieferten aber auch schon davor die zwischen 2004 und 2006 entwickelten Referenzmodelle zur Förderung der qualitätsgesicherten Weiterentwicklung der vollstationären Pflege [Gesundheitsministerium NRW/BMG 2006]. Anhand von Leistungsbeschreibungen und Orientierungshilfen bei der Einführung pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse sollte die Entwicklung qualitätsorientierter Pflegeprozesse forciert werden.



Eine Konkretisierung der Leistungen und Ergebnisse wäre angesichts der

dauerhaft vorgebrachten Angst und Absicherungsmentalität im Pflegeheim, aber auch bei den Ärzten wünschenswert. Ärgern sich die Ärzte darüber, dass Pflegekräfte nicht „mal mehr alleine eine Paracetamol oder Abführtropfen geben können“, so erwidern die Pflegekräfte, dass sie anhand der MDK-Vorgaben daran gebunden sind, jede Medikation ärztlich absegnen zu lassen wie zum Beispiel die Medikamentenpläne, für die ein Arzt sich verantwortlich zeigen muss. Hausärzte weigern sich, für die Medikation der Fachärzte Verantwortung und Haftung zu übernehmen, zumal diese oft nicht abgesprochen ist, wenn die Fachärzte ohne Kenntnis der Hausärzte Visiten machen. Angst vor Vorwürfen und Haftung sei es, was schnell zur Einweisung ins Krankenhaus führe, wie immer wieder betont wird.

Ein seit Jahren bestehender Konfliktpunkt ist die medizinische Behandlungspflege im Heim. Im ambulanten Bereich wird diese nach den Richtlinien der Häuslichen Krankenpflege (§ 132a SGB V gem. § 37 SGB V Abs. 2 SGB V) über die ambulanten Pflegedienste erbracht und von den Krankenkassen bezahlt. In den Versorgungsverträgen, die die stationären Pflegeeinrichtungen mit den Kostenträgern abschließen, orientiert sich die medizinische Behandlungspflege inhaltlich an dem Leistungsverzeichnis der o.g. HKP-Richtlinie, allerdings bildet dieses bei den Vertragsverhandlungen nicht konkret die Grundlage für die Höhe der Vergütung ab. Hier steht am Ende ein Gesamtpflegesatz. Bei den Leistungen handelt es sich auch um Maßnahmen, die von Ärzten auf Pflegekräfte delegierbar sind, weshalb es zu einer Vermischung ärztlicher und pflegerischer „Qualität“ kommt. Eine dokumentierte ärztliche Anordnung und Durchführung in der Pflegedokumentation sagt nicht zwingend etwas über die Qualität der Durchführung aus. Die medizinische Behandlungspflege wie z. B. die Arzneimitteltherapie oder die Wundversorgung befinden sich hier in der Gemengelage zwischen sehr schwierigen und komplexen Behandlungsfällen, Pflegekräftemangel, Arztmangel, unkoordinierter ärztlicher und pflegerischer Versorgung, Zeitmangel, fehlender Abstimmung zwischen Versorgenden, Bewohnern und Angehörigen sowie unterschiedlichen Finanzierungslogiken in der Gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung. Je medizinischer und „ärztlicher“ die Handlungen sind, wie zum Beispiel die Arzneimitteltherapie oder die

Behandlung von chronischen Schmerzen, desto schwieriger wird die Bildung von Indikatoren, die eine Ergebnisqualität abbilden, da die jeweiligen Anteile der ärztlichen und pflegerischen Intervention miteinander verschwimmen. Hier ist noch weiterer Entwicklungsbedarf gegeben.

Mit dem Pflege-Neuausrichtungsgesetz aus dem Jahr 2012 wurde in § 113 Abs. 1 SGB XI festgelegt, dass die Bundesvertretungen der Kostenträger und Leistungserbringer hinsichtlich der Qualitätssicherung ein indikatorengestütztes Verfahren zur vergleichenden Messung und Darstellung von Ergebnisqualität vereinbaren müssen, das auf Grundlage einer strukturierten Datenerhebung beruht. Hinsichtlich einer aktiven Umsetzung ist hierzu bislang nichts erfolgt. Mit dem schon heute vorliegenden Indikatorenset könnte die Pflegequalität besser dargestellt werden als im gegenwärtigen System der Pflegenoten. Beide oben genannten wissenschaftlichen Ausarbeitungen haben bislang keinen Eingang in das System der Pflegenoten gefunden und die Politik, die diese Arbeiten in Auftrag gegeben hat, muss sich fragen lassen, wieso fundierte und schwer erarbeitete Erkenntnisse den Bewohnern und Patienten keinen Nutzen bringen können, da es keinen Transfer in die Versorgungsrealität gibt, die von den Partnern der Selbstverwaltung gestaltet wird.

10.3.8 Den Willen des Patienten zu verfügen heißt „beizeiten begleiten“

Am Ende nicht an „Schläuchen hängen zu wollen“, ist der Wunsch vieler Menschen. Doch was genau bedeutet das im Falle eines Falles wirklich für Patienten, Angehörige und Versorgende? Patientenverfügungen werden zwar auch in Deutschland zunehmend verfasst, doch als Standardinstrument zur Durchsetzung des Patientenwillens haben sie aufgrund ihrer Mängel keinen systemischen Eingang in die Regelversorgung gefunden. Patientenverfügungen sind immer noch wenig verbreitet, in Notfallsituationen nicht zur Hand, selten klar und aussagekräftig formuliert und von fragwürdiger Verlässlichkeit und bleiben – auch aus diesen Gründen – vom medizinischen Personal oftmals unbeachtet [Marckmann/In der Schmitten 2013].

Der Freiburger Medizinethiker Giovanni Maio gibt zu bedenken, dass eine Patientenverfügung grundsätzlich ein Schlag ins Gesicht der Medizin sei, weil diese die Verantwortung für die Behandlung auf den Patienten



abschiebe. Maio kritisiert, dass die Medizin einen Verlust an Vertrauen in sie zugelassen habe, das sie wieder gewinnen müsse. Keine Verfügung ersetze das begleitende und vertrauensvolle Gespräch [Maio 2009]. Der Mediziner warnt davor mit der Patientenverfügung den Eindruck zu erwecken, auch im letzten Abschnitt des Lebens alles kontrollieren und abklären zu können. Die schwierigen Fragen in konkreten Situationen des Lebens könnten nicht ohne das begleitende Gespräch beantwortet werden, so der Mediziner.

Genau diesen Ansatz verfolgt das über das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) geförderte Projekt „*beizeiten begleiten*“ [In der Schmitt et al 2014]. Umgesetzt wurde dieses als prospektive interregional kontrollierte Interventionsstudie in Pflegeheimen des Rhein-Kreises Neuss. In Anlehnung an das amerikanische Advanced Care Planning Programm (ACP) *Respecting choices* wird mit *beizeiten begleiten* die Patientenautonomie in den Mittelpunkt gestellt und zwar derart, dass alle Beteiligten für den Fall der Fälle wissen, was zu tun ist und sie die Verantwortung gemeinsam tragen. Wie sieht das aus? Betritt man das Schwesternzimmer im Wohnbereich eines Pilot-Pflegeheimes, fallen die gelben Rücken der aufgereihten Ordner im Wandregal sofort ins Auge. Für diese Bewohner liegen aktuelle Vorausverfügungen fest. In Rot sticht der Hinweis auf den Reanimationsstatus heraus. Käme ein Notarzt herein, wüsste er sofort Bescheid. Bei Neubezug wird ein Heimbewohner auf das Gesprächsangebot zur Erstellung einer Vorausverfügung informiert. Die inzwischen mehrjährige Erfahrung zeigt, dass es vielen Bewohnern ein Anliegen ist darüber zu sprechen, wie sie sich ihre Behandlung im Falle eines Falles vorstellen und erleichtert sind, dieses schriftlich festhalten zu können.

Unter Einbeziehung der Ärzte und Angehörigen werden die eigens für *beizeiten begleiten* erstellten Dokumentationsunterlagen ausgefüllt. Hierzu gehören die Vorausverfügung sowie der Notfallbogen „HAnNo“ – Hausärztliche Anordnung für den Notfall. Letzterer ist der notfallmedizinische Teil der Vorausverfügung. In diesem sind schnell und klar anhand eines Farbschemas festgelegt, ob ein Patient lebensverlängernde Therapien wünscht oder eingeschränkt (z. B. Herz-Lungen Wiederbelebung ja oder nein, keine invasive Tubus-Beatmung, etc.). Besprochen werden diese Fragen mit eigens geschulten Mitarbeiterinnen der Heime, um so einen

Gesprächsqualitätsstandard zu erhalten. Im Unterschied zu den herkömmlichen „Ankreuz-Patientenverfügungen“ bleibt der Patient nicht alleine mit medizinischen und ethischen Fragen, was ein Problem für die Aussagekraft der vielfältigen unterschiedlichen Patientenverfügungen ist. *Beizeiten begleiten* heißt, dass die zertifizierten Heimmitarbeiter – i. d. R. die Sozialarbeiter – die Entscheidungsfindung moderieren, sie sich über einen Zeitraum entwickeln lassen und dabei alle Beteiligten einbeziehen. Die Vorausverfügung und der Notfallbogen werden vom dafür geschulten Hausarzt unterzeichnet, so dass sie zumindest den Charakter einer ärztlichen Anordnung erhalten [In der Schmitt 2011]. Die Zeit, die dort investiert werde, bekomme man durch das Einsparen von Konfliktgesprächen mit Behandlern und Angehörigen wieder heraus, so die Sozialarbeiter.

Als Care Planning-Programm zielt *beizeiten begleiten* darauf ab, dass es einen systemisch-strukturierten Weg gibt, die schwierigen Fragen und Entscheidungen am Ende des Lebens mit allen Beteiligten rechtzeitig zu besprechen und Krisensituationen nicht dem Einzelnen (Arzt, Pflegekraft, Angehörigen) aufzubürden oder sie dem Zufall zu überlassen. Eine Sozialarbeiterin aus dem Projekt bringt es auf den Punkt: „Niemand will sonst Verantwortung übernehmen und die Verantwortung ist dann abgestanden, bis die Nachtschwester kommt.“

10.4 Die Beständigkeit der Liebe ermöglichen

„Die Melancholie wird allerdings abgemildert durch die Beständigkeit der Gefühle von Liebe und Zuneigung, die die Zeit nicht abnutzen konnte.“ (Bobbio).

Ist das Alter eine Todesursache? Es sei weniger der Tod, der ihm in den Heimen begegne, als vielmehr die große Erschöpfung der Menschen, so der Kölner Internist und Arztnetzvorstand Dr. Christian Flügel-Bleienheuft. Manche Patienten seien im Diesseits orientiert, andere schon im Jenseits. Eine vorausschauende und begleitende Behandlungsplanung, der interdisziplinäre Teamansatz, die Priorisierung von Maßnahmen sowie das Verständnis einer Medizin, die auch das *Weniger ist Mehr* beherrscht und zu *begleiten* weiß, sind in der Palliativmedizin selbstverständlich. In der Geriatrie wären sie genauso vonnöten, da die alten Versorgungsstrukturen mit ihrem Fokus auf Akuthandlungen, erschöpft sind. Hierbei geht es nicht nur

um die Organisation der Beteiligten und Honorarfragen, es geht vor allem auch um die schwer anzusprechenden subjektiven Haltungen der Beteiligten. Mit der seit 2007 umgesetzten Spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) ist der Hightech-Medizin zwar eine Stimme entgegengetreten, doch ist diese noch zu sehr im Kontext des Sterbens gefangen und überwiegend auf onkologische Erkrankungen ausgerichtet.

Ärzte müssen für sich eine persönliche Werteanamnese erstellen, inwieweit sie älteren Menschen begegnen können und wollen. Nur auf einer wohlwollenden und den letzten Lebensweg mittragenden Gefühlsgrundlage kann eine Beziehungsmedizin entstehen, wie sie für die Bewältigung komplexer Versorgungsaufgaben im Team vonnöten ist. Die Grundschriffe des Begleitens sind die Begegnung, die Hinwendung, das Mitgehen und das Übergeben, wofür es der intuitiven Wahrnehmung, des Reflektierens und des Ausprobierens braucht. Alte und geriatrische Patienten dürfen nicht als eine Summe von Defiziten wahrgenommen werden, sondern es gilt ein besonderes Interesse daran zu entwickeln, was ihnen möglich ist. Gesellschaft und Medizin, so Giovanni Maio [2011, 2013], beeinflussen sich wechselseitig. In seinen Augen propagiere die Medizin zu sehr das Machbare und nehme den Ärzten wie auch den Menschen damit die Fähigkeit, sich mit Gegebenem anzufreunden und Leid auch anzunehmen. Die Signatur des Altseins – das Nachlassen – zu leugnen, auszublenden und Alter nur noch als Schwundstufe des Lebens zu verstehen, beraube den Menschen seines Lebensglücks. „Es gibt uns nur um den Preis der Vergänglichkeit. Und je vergänglicher wir uns empfinden dürfen, desto kostbarer erscheint uns der Augenblick.“

Die beschriebenen Versorgungsstrukturen sind mit Blick auf Zukunftsfähigkeit stark zu hinterfragen. Wie unverbrüchig ist das Recht auf eine freie Arztwahl, wenn Ärzte sich von der Heimversorgung gänzlich abwenden und oftmals gar keine (Aus)Wahl mehr besteht? Regional tätige Arztnetze mit ihrem interdisziplinären und multiprofessionellen Ansätzen sind dafür prädestiniert, eine neue Kultur der „Angewiesenheit“ zu etablieren, wie Giovanni Maio sie für den Umgang insbesondere mit alten Menschen fordert (Maio 2012). Das Angewiesensein lässt sich aber auch auf das Verhältnis der versorgenden Professionen beziehen. Arztnetze, wenn sie definierten Anforderungen entsprechen, können vor Ort koordinieren, organisieren,



Qualitätsstandards durchsetzen und ein gleichstarker Player auf Augenhöhe der Krankenhäuser, Rettungsdienstzentralen und kommunaler Einrichtungen sein. Versorgungsqualität ist nur aus einem gemeinsamen Verständnis heraus zwischen Medizin, Pflege und (kommunaler) Sozialarbeit im Rahmen eines Hilfemix zu denken. Gerade dort, wo Evidenz wie z. B. in der Arzneimitteltherapie fehlt, müssen Ärzte ihr Wissen, ihre Erfahrung und ihre Unsicherheit miteinander teilen und gemeinsam schultern lernen. Eine Versorgungskultur kann nicht verordnet werden. Sie wird von einzelnen Menschen angestoßen und nur im wertschätzenden Miteinander erfahren. Mit Blick auf den Einsatz telemedizinischer Unterstützung braucht es „vor Anwendung“ die gemeinsame Überzeugung, dass diese hilfreich ist und das Miteinander leichter macht. Vernetzte Strukturen brauchen für ihre Arbeit eine adäquate finanzielle Rahmung, die den Netzgedanken zulässt und nicht jede Gesprächsminute einzeln mit einem Taxameter belegt. Das Miteinander ist die neue ärztliche Kunst unserer Zeit.

Bei der anstehenden Pflegereform, die in ihrer zweiten Stufe den Pflegebedürftigkeitsbegriff neu auslegt, sollte vielleicht der Hinweis einer Heimleitung aus Westfalen-Lippe mitgedacht werden, im Personalschlüssel Kapazitäten für eine Supervision mit einzuplanen, um Handeln und Fühlen professionell reflektieren zu können. Es wäre eine Errungenschaft, wenn alle Beteiligten organisatorisch einen gemeinsamen Resonanzraum fänden. Kein externes Qualitätsmanagement und kein Fragebogen können so gut sein, als dass sie tägliche Versäumnisse des Miteinanders zu korrigieren vermögen. Nur so kann die Sorgefähigkeit, die Liebe zu sich selbst, zum Beruf und zu den Menschen über die Zeit erhalten bleiben und nicht abnutzen.

„Ich pflege als die, die ich bin“, schreibt die 80jährige Schweizer Ordensfrau Liliane Juchli [von Fellenberg-Bitzi 2013], die einst das erste Standardwerk zur Krankenpflege – einen inzwischen avancierten Longseller – geschrieben hat. Nicht Worte oder Werke begegneten den Menschen, sondern das eigene Leben, das selbst gewandelt und immer wieder neu sei. Eine gute Ergebnisqualität kann in der Pflege nur erreicht werden, wenn die Pflege sich insgesamt von der Gesellschaft – und – im täglichen Miteinander auch von den Ärzten – getragen und begleitet weiß. Die Frage der Wertschätzung gegenüber den Angehörigen der Pflegeberufe (Stichwort:



Schlecker-Frauen) wie auch gegenüber dem alten Menschen, muss jeder für sich beantworten, der alt wird. Müsste nicht gerade die Vielfalt der gelebten Leben zu einem differenzierten Altersbild und einer weniger verarmten Sprache als die des *Pflegefalles* führen?

Literatur

1. Ammann, Jean-Christophe (2007): Bei näherer Betrachtung. Zeitgenössische Kunst verstehen und deuten. Westend Verlag.
2. Aner, Kirsten (2010): Soziale Altenhilfe als Aufgabe Sozialer Arbeit. In: Handbuch Soziale Arbeit und Alter. VS Verlag für Sozialwissenschaften. 2010.
3. ARBUMA Consulting/www.berlinerprojekt.de
4. BARMER GEK; Rothgang, H. et al (2013): Pflegereport 2013. Asgard-Verlagsservice GmbH.
5. BMG/BMFSFJ (2011): Abschlussbericht – Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe.
6. Bobbio, Norbert (1996): Vom Alter – De senectute. Wagenbach.
7. Burkhardt, H.; Wehling, M. (2010): Probleme bei der Pharmakotherapie älterer Patienten. In: Hessisches Ärzteblatt, 11, 2010.
8. Burkhardt, H.; Wehling, M. (XXX): Arzneitherapie für Ältere. Springer. 3. Auflage.
9. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2010): Bericht der Sachverständigenkommission. Sechster Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Altersbilder.
10. Bundesverband Geriatrie e. V. (2010): Weißbuch Geriatrie, 2. Auflage. Kohlhammer.
11. Bundesärztekammer/Deutsche Gesellschaft für Geriatrie (DGG): 60-Stunden Curriculum Geriatrie Grundversorgung. 2012.
12. Bundesministerium für Gesundheit (2012): Nationales Gesundheitsziel: Gesund älter werden. Kooperationsverbund *gesundheitsziele.de*. www.bundesgesundheitsministerium.de
13. DGG www.dggeriatrie.de; Montgomery unterstützt Facharzt für Innere Medizin und Geriatrie; Zugriff 06.01.2014
14. Deutsche Gesellschaft für Geriatrie (DGG): Was ist Geriatrie? Homepage DDG.
15. Diakonie Rheinland Westfalen-Lippe (2011): Schaffen Pflegenoten Transparenz? Diakonische Zwischenrufe _ 02. www.diakonie-rwl.de
16. DIMDI – deutsche Agentur für HTA des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information – im Geschäftsbereich des Bundesministerium für Gesundheit (2013): Beschreibung und Bewertung der fachärztlichen Versorgung von Pflegeheimbewohnern in Deutschland.
17. Gesundheitsministerium NRW/BMG (2006): Referenzmodelle – Qualitätsverbesserung in der vollstationären Pflege.
18. Hallauer, J.; Bienstein, C. et al (2005): SÄVIP – Studie zur ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen. Vincentz Network Marketing Service.
19. Holt, Stefanie; Schmiedl, Sven; Thürmann, Petra A. (2010): Potenziell inadäquate Medikation für ältere Menschen: Die PRSICUS-Liste. In: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 107, Heft 31–32, 09.08.2010.
20. In der Schmitt et al (2011): Patientenverfügungen im Rettungsdienst (Teil 2). In: Notfall + Rettungsmedizin, 6, 2011.
21. In der Schmitt et al (2014): Patientenverfügungsprogramm: Implementierung in Senioreneinrichtungen. In: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 111, Heft 4, 24.01.2014.

22. KBV: Vereinbarung nach § 119 b Abs. 2 SGB V zur Förderung der kooperativen und koordinierten ärztlichen und pflegerischen Versorgung in stationären Pflegeheimen (Anlage 27 zum Bundesmantelvertrag).
23. Künzel, Gerd (2011): Brauchen wir eine kommunale Pflegepolitik neben der Pflegeversicherung? Ein Plädoyer für menschenfreundliche Pflegelandschaften und kommunale Gestaltung. In: Gesundheits- und Sozialpolitik, 5–6. Nomos.
24. Laag/Richter/Lägel et al (2011): Gemeinwesenorientierte Primärversorgung (goPV): Eine Herausforderung für die Kassenärztlichen Vereinigungen. In: Gesundheits- und Sozialpolitik, 5–6. Nomos.
25. Laag/Kleff et al (2013): Das BrAVo-Kennzahlensystem der BARMER GEK für Arztnetze. In: Gesundheitswesen aktuell 2013. [www.barmer-gek.de/Infothek/Forschung & Innovation/Publikationen](http://www.barmer-gek.de/Infothek/Forschung%20&%20Innovation/Publikationen).
26. Leitliniengruppe Hessen (2013): Hausärztliche Leitlinie Multimedikation. <http://www.pmv-forschungsgruppe.de>
27. Lübke, N. et al (2008): Geriatrie. Erheblicher Nachholbedarf in der Weiter- und Fortbildung. In: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 105., Heft 21, 23.05.2008.
28. Lübke, Norbert (2012): Brauchen alte Menschen eine andere Medizin? Medizinische Einordnung spezieller Behandlungserfordernisse älterer Menschen. In: Versorgungsreport 2012. Schwerpunkt: Gesundheit im Alter. Schattauer.
29. Marckmann, Georg/In der Schmitt, Jürgen (2013): Patientenverfügungen und Advance Care Planning – Internationale Erfahrungen. In: Zeitschrift für medizinische Ethik. 59. Jahrgang 2013, Heft 3 Der vorausbestimmte Wille – Patientenverfügungen I.
30. Marckmann, Georg/In der Schmitt, Jürgen (2013): Sackgasse Patientenverfügung. Neue Wege mit Advance Care Planning am Beispiel von *beizeiten begleiten*. In: Zeitschrift für medizinische Ethik. 59. Jahrgang 2013, Heft 3 Der vorausbestimmte Wille – Patientenverfügungen I.
31. Maio, Giovanni (2011): Dem alten Menschen wieder eine Stimme geben. Interview Mainpost 20.11.2011. s. Homepage Prof. G. Maio.
32. Maio, Giovanni (2011): Plädoyer für die Wiederentdeckung einer Kunst des Maßes in der Medizin. *Imago Hominis* 2011; 18 (4). S. Homepage Prof. G. Maio.
33. Maio, Giovanni (2013): Wir brauchen eine Kultur der Angewiesenheit. In: *Psychologie heute*, August 2013. S. Homepage Prof. G. Maio.
34. Maio, Giovanni (2009): „Das lässt sich mit einem Gesetz nicht mit einem Federstrich lösen.“ Beitrag Deutschlandradio Kultur – Thema. Beitrag vom 27.05.2009. S. Homepage Prof. G. Maio.
35. Maio, Giovanni (2012): Der Sinn des Alterns. Überlegungen jenseits des Fitnessimperativs. Manuskript für den SWR, Sendung 13.05.2012.
36. Meinck, M; Lübke, N. (2013): Geriatrietypische Multimorbidität im Spiegel von Routinedaten. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 7, 2013.
37. Meisel, M. (2013): Spezielle Fort- und Weiterbildung für Ärzte und Pflegende. Voraussetzung für eine geriatrische Versorgung. Vortrag am 6.2.2013 MCC Health Kongress Köln Geriatrie 2013.
38. Naegele, Gerhard (2008): Sozial- und Gesundheitspolitik für ältere Menschen. In: *Alter, Gesundheit und Krankheit*. HUBER. 2008.
39. Paquet, Robert (2011): Pflegereform nicht isoliert betrachten – Die Probleme reichen weit über die Pflegeversicherung heraus. In: *Gesundheits- und Sozialpolitik*, 5–6. Nomos.
40. Peters, Christian et al (2011): Das Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung – GKV Versorgungsstrukturgesetz. In: *Gesundheits- und Sozialpolitik*, 5–6. Nomos.



41. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Gutachten 2014
42. Schaeffer, D. (2011): Professionalisierung der Pflege – Verheißungen und Realität. In: Gesundheits- und Sozialpolitik, 5–6, 65. Jahrgang.
43. Schmucker, Rolf (2011): Verzerrungen im Begutachtungsprozess? Zum Einfluss sozialer Parameter auf die Leistungsgewährung in der Pflegeversicherung. In: Gesundheits- und Sozialpolitik, 5–6. Nomos.
44. Schönbach, Karl-Heinz; Malzahn, Jürgen (2013): Modernisierung der Versorgungsstrukturen in der Krankenversicherung. In: G+S, 2–3/2013.
45. Salis Gross, Corina (2001): Der ansteckende Tod. Eine ethnologische Studie zum Sterben im Altersheim. Campus Frankfurt/Main.
46. Thürmann, P. (2013): Polypharmazie und sektorale Barrieren. Vortrag: 4. Deutscher Kongress für Patientensicherheit bei medikamentöser Therapie, 13.–14.06.2013, Berlin.
47. Thürmann, P. (2014): Erfassung und Bewertung von unerwünschten Arzneimittelwirkungen am Beispiel der Arzneimitteltherapiesicherheit in Altenheimen. Vortrag BMC NRW Fachtagung, 18.06.2014, Münster.
48. Van den Bussche (2009): Organisationsformen der hausärztlichen Versorgung von Pflegeheimbewohnern in Deutschland und im benachbarten Ausland. In: Zeitschrift für Allgemeinmedizin, 10/3238, 2009.
49. Von Fellenberg-Bitzi, Trudi (2013): Liliane Juchli – ein Leben für die Pflege. Thieme.
50. Siehe auch ZEIT-Interview (2014): „Der Mensch braucht Lob“. Nr. 2, 02.01.2014.
51. Von Kondratowitz (2008): Alter, Gesundheit und Krankheit aus historischer Perspektive. In: Alter, Gesundheit und Krankheit. HUBER. 2008.
52. Wingenfeld, Klaus (2011): Herausforderungen für die Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung in der Langzeitpflege. In: Gesundheits- und Sozialpolitik, 5–6. Nomos.
53. Wingenfeld, Klaus (2012): Versorgungsbedarf in der stationären Langzeitpflege. In: Versorgungsreport 2012. Schwerpunkt: Gesundheit im Alter. Schattauer.
54. Zwick, Manfred (2012): 5. Generation der Senioreneinrichtungen. Versorgungskonzepte in einer alternden Gesellschaft. Unveröffentlichter Vortrag am 27.09.2012 Ost-Württemberg Hochschule Aalen.
55. Zwick, Manfred (2012): 5. Generation der Senioreneinrichtungen. Versorgungskonzepte in einer alternden Gesellschaft. Unveröffentlichter Vortrag am 27.09.2012 Ost-Württemberg Hochschule Aalen.

11 Verbesserung der Arzneimitteltherapie- sicherheit bei Alten- und Pflegeheimbewoh- nern durch intensive Pharmazeutische Betreuung

Isabel Waltering, Julia Kruse, Georg Hempel,
Udo Puteanus

Mit steigendem Alter nimmt das Risiko zu, wegen körperlicher, seelischer oder geistiger Beeinträchtigung auf Unterstützung im normalen Tagesablauf angewiesen zu sein. In den Jahren 1999–2005 ist eine stetige Zunahme der Pflegebedürftigkeit, mit einem Trend von häuslicher zu professioneller Pflege in Pflegeheimen festzustellen [1]. Die zentralen demographischen Merkmale der Bewohnerinnen und Bewohner von Alteneinrichtungen sind Hochaltrigkeit und die damit verbundenen multiplen Grunderkrankungen [2,3]. Deshalb wird diese Patientengruppe mit einer Vielzahl an Medikamenten behandelt. Eine Untersuchung der Gmünder Ersatzkasse (GEK) aus dem Jahr 2006 hat gezeigt, dass 10–20 % der über 70 jährigen 13 und mehr Arzneimittel verordnet bekamen, nicht verordnungsfähige, aber verschreibungspflichtige Arzneimittel und OTC-Präparate (Selbstmedikation) nicht mit eingeschlossen [4]. Je mehr Arzneimittel eingenommen werden, desto unübersichtlicher und unkontrollierbarer wird die Arzneimitteltherapie – und das nicht nur in Hinblick auf Wechselwirkungen. Auch die korrekte Anwendung wird schwieriger [5]. Zudem reagiert die hier untersuchte Patientengruppe besonders empfindlich auf unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW). Eine Untersuchung in acht deutschen Pharmakovigilanz-Zentren von 2000–2006 zeigte, dass 59 % aller Einweisungen in ein Krankenhaus auf Grund von unerwünschten Arzneimittelwirkungen bei Patienten über 70 Jahren erfolgten [6].

Nicht nur die Krankenhauseinweisungen und die damit verbundenen Belastungen für die Patientinnen und Patienten, sowie die dadurch entstehenden Kosten lassen sich mit einer Optimierung der Arzneimitteltherapie verringern [7,8]. Während 100 Heimbewohnermonate traten ~9,8 unerwünschte Arzneimittelereignisse (UAEs) auf [9], und eine Reihe von Arzneimitteln gelten im Alter als unangemessen [10,11,12]. Ein Umstand, der



neben vermehrten Krankenhauseinweisungen auch zu erhöhtem Pflegeaufwand und erhöhter Mortalität führt [13,14].

Internationale Untersuchungen haben gezeigt, dass mit Pharmazeutischer Betreuung Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) optimiert [15,16], und Arzneimittel bezogenen Problemen (ABP) [17,18] vorgebeugt werden kann. „Arzneimittelbezogene Probleme sind Ereignisse oder Umstände bei der Arzneimitteltherapie der Patienten, die tatsächlich oder potenziell das Erreichen von angestrebten Therapiezielen verhindern“ [19]. Durch den Einsatz sog. „Consultant Pharmacists“ und durch eine Zusammenarbeit von Ärzten, Apothekern und Pflegekräften konnte ein erheblicher Anteil an Kosten eingespart werden [20]. Die in Deutschland bislang durchgeführten Untersuchungen im Bereich der Klinik [21] sowie in Alten- und Pflegeheimen [22,23] hatten überwiegend zum Ziel unerwünschte Arzneimittelereignissen (UAE) zu detektieren.

Mit diesem Projekt sollte die Anzahl der ABP ermittelt werden und wie häufig diese Probleme in Zusammenarbeit mit Ärzten, Pflegepersonal und Patienten gelöst werden konnten. Ebenfalls sollte erfasst werden, ob sich anhand dieser Lösungsansätze eine Reduktion der Anzahl der eingenommenen Arzneimittel ergibt und ob daraus resultierend die Kosten für die Arzneimittel gesenkt werden können. Weiterhin sollte untersucht werden ob Pharmazeutische Betreuung in Alten- und Pflegeheimen einen Beitrag zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit leisten kann. Die Studie berücksichtigt deshalb auch die Bedingungen in Apotheken, um die spätere Übertragung der angewandten Methoden auf die Apotheken zu erleichtern.

11.1 Methodik

Die Untersuchung war eine Erweiterung eines Dissertationsprojektes der Klinischen Pharmazie der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster. Durch die Auswahl von Heimen aus unterschiedlichen Kommunen sollten lokale Besonderheiten bei der Auswertung ausgeschlossen werden.

11.1.1 Einschlusskriterien

Das Projekt war für eine Dauer von zwei Jahren (März 2009 – Feb. 2011) angelegt. Es nahmen 9 Alten- und Pflegeheime aus den Kreisen Soest und

Wesel sowie der Stadt Hamm teil. Alle Heime hatten im Vorfeld freiwillig ihre Bereitschaft zur Mitarbeit erklärt hatten.

Folgende Anforderungen wurden an die Heime gestellt:

- Bestehen seit mindestens zwei Jahren
- Vollstationäre Dauerversorgung
- Mindestgröße von 50 Bewohnern
- Verschiedene Träger (Caritas, Private Träger ...)

Von den 9 Heimen sollten je 20–25 Bewohnerinnen/Bewohner für die Studie rekrutiert werden. Die Einschlusskriterien waren wie folgt definiert:

- Freiwillige Teilnahme
- Alter: ≥ 65 Jahre
- ≥ 3 ärztliche Verordnungen
- Lebenserwartung ≥ 6 Monate (Einschätzung durch Pflegepersonal)

11.1.2 Projektablauf

11.1.2.1 Rekrutierungsphase/Basisdatenerfassung

In den ersten sechs Monaten des Projektes wurden die Basisdaten der Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer erfasst. Vor der Erfassung wurde das Einverständnis der Bewohner und Bewohnerinnen oder deren Angehörigen/gesetzl. Betreuer eingeholt. Alle Daten wurden in eine Access-Datenbank eingepflegt.

Zu diesen Basisdaten zählten:

- Identifikationsnummer, Heim, Alter, Geschlecht
- Pflegestufe
- Diagnosen und Allergien
- Krankenhauseinweisungen und Aufenthaltsdauer
- Größe, Gewicht, Vitalwerte (Blutdruck, Puls, Blutzucker)
- Haus- und Fachärzte
- Pflegestufe

Die Medikation wurde getrennt nach Dauer- und Bedarfsmedikation aufgenommen.

Dauermedikation:

- Fertigarzneimittel
- Wirkstoffe
- Behandlungsbeginn



- Absetzdatum
- Dosierung
- Bedarfsmedikation:
- Fertigarzneimittel
- Wirkstoffe
- Einzeldosis
- Tagesdosis
- Indikation
- Behandlungsbeginn
- Absetzdatum

Gezählt wurden die festen und flüssigen Wirkstoffe, Insuline sowie Mittel zur Inhalation. Die Wirkstoffe wurden nach dem international üblichen Anatomisch-Therapeutisch-Chemischen (ATC) – Klassifikationssystem codiert, womit die Möglichkeit bestand, bestimmte Arzneistoffklassen bei der Auswertung separat zu betrachten.

Weitere Informationsquellen waren Visitendokumentationen, Berichte, Sturz- und Schmerzprotokolle und, soweit vorhanden, Krankenhausentlassberichte.

11.1.2.2 Interventionsphase

Der 6-monatigen Erfassungsphase (März 2009 – August 2009) schloss sich eine Interventionsphase von 18 Monaten (September 2009 – Februar 2011) an.

Während dieser Phase fanden Gespräche mit dem Pflegepersonal im Abstand von durchschnittlich 14 Tagen statt. Das Erstgespräch mit der entsprechenden Bezugspflege oder der Wohnbereichsleitung diente der Vertiefung der Informationen über die Bewohnerin/den Bewohner, einer ersten Einschätzung von Seiten des Pflegepersonals und der Vervollständigung der Problemliste.

Mit diesen Informationen wurde die Arzneimitteltherapie unter den folgenden Aspekten betrachtet:

- Interaktionen
- Doppelmedikation
- Indikation
- Leitliniengerechte Therapie auf der Grundlage der ärztlichen Diagnosen

- Kontraindikation
- Altersgerechte Medikation
- Dosierung
- Lagerung
- Korrekte Anwendung (z. B. Zeitpunkt, Handhabung von Inhalatoren)
- Anwendungsdauer
- Überwachung von Therapie und Laborwerten
- Eignung für den individuellen Patienten
- Unerwünschte Arzneimittelwirkungen

Die Therapieregime wurden mit online verfügbaren Leitlinien und Therapieempfehlungen verglichen. Die Eignung der Medikation für diese spezielle Altersgruppe wurde mit Hilfe der Beer's Liste [24], START/STOPP Kriterien [19] und der PRISCUS-Liste [12] überprüft. Die ABP wurden mittels eines an Altenheime angepassten PIE®-Doc-Systems klassifiziert [25] und ausgewertet. Acht Gruppen der Problembeschreibung wurden verwendet:

A:	Unzweckmäßige Wahl eines Arzneimittels/Problem mit der Arzneimittel- auswahl bei der Verordnung
AUF:	Aufbewahrung
C:	Unzweckmäßige Anwendung durch den Patienten/Probleme mit der Anwendung
D:	Unzweckmäßige Dosierung/Probleme mit der Dosierung z. B.: kein Anpassung bei eingeschränkter Nierenfunktion
DOK:	Dokumentation
S:	Sonstige Probleme
U:	Probleme mit unerwünschten Arzneimittelwirkungen
W:	Arzneimittelinteraktionen.

Die ABP wurden den ATC-Codes der beteiligten Arzneistoffe zugeordnet, um festzustellen, welche Arzneistoffgruppen für die jeweiligen ABP ausschlaggebend waren.

Von den detektierten ABP wurden Interaktionen zusätzlich separat betrachtet. Hier erfolgte eine Einteilung nach den Kriterien der ABDA-Datenbank, die in fast allen Apotheken zur Verfügung steht.

Das ABDA-System kennt sechs Gruppen von Interaktionen:

- Schwerwiegende Folgen wahrscheinlich, kontraindiziert
- Vorsichtshalber kontraindiziert
- Überwachung beziehungsweise Anpassung nötig
- In bestimmten Fällen Überwachung beziehungsweise Anpassung nötig
- Vorsichtshalber überwachen
- In der Regel keine Maßnahmen erforderlich

Weiterhin wurde nach potentiellen und manifesten Interaktionen unterschieden. Als manifest wurde eine Interaktion eingestuft, wenn die Patientin/der Patient die Symptome der Interaktion aufwies. Die Optimierungsvorschläge zur Lösung der ABP wurden mit dem Pflegepersonal abgestimmt, an die behandelnden Ärzte weitergeleitet, oder das Pflegepersonal besprach die Vorschläge bei der Visite mit dem Arzt. Die Kontaktaufnahme erfolgte persönlich, per Fax, Telefon, E-Mail oder telefonisch nach Faxinformation. Verbesserungsvorschläge wurden mit dem Pflegepersonal überwiegend persönlich besprochen. Die Interventionen wurden folgendermaßen kategorisiert: keine Intervention notwendig; Intervention umgesetzt; Intervention nicht umgesetzt und Intervention unbekannt.

Weiterhin wurde der Einfluss der Pharmazeutischen Betreuung auf die Arzneimittelkosten ermittelt. Als Grundlage dienten die Preise einer Packungsnormgröße N3 der Lauer-Taxe vom Stand 01. September 2009 (Beginn der Interventionsphase), um Änderungen in den Preisen zu eliminieren und die Tageskosten für das preiswerteste Generikum zu berücksichtigen. Verglichen wurden die Arzneimittelkosten zu den Zeitpunkten T0: Zeitpunkt der Erstintervention, T1 = 8 Wochen nach T0 und T2 = Ende der Interventionsphase (Februar 2011).

11.2 Ergebnisse

11.2.1 Bewohnercharakteristika

197 Bewohnerinnen und Bewohner erklärten während der Erfassungsphase ihre Bereitschaft zur Teilnahme. Von diesen erfüllten 185 (93,9%) die Einschlusskriterien (5 Bew. < 65 Jahre, 3 Bew. < 3 Arzneistoffe, 4 Bew. < 6 Monate Überleben). Von März 09 – August 09 (IST-Zustandserfassung) verzogen 2 Bewohnerinnen/Bewohner und 5 verstarben, so dass die Interventionsphase mit 178 (90,4%) Bewohnerinnen/Bewohnern begann.

Von diesen 178 Teilnehmerinnen/Teilnehmern waren 105 (58,4 %) weiblich und 73 (41,6 %) männlich, das Durchschnittsalter betrug im Median 89 (Mittelwert 80,5 Jahre, Range 65–99). Es waren 1548 Diagnosen in den Heimen dokumentiert worden, was im Median 8 (Range 2–23) Diagnosen/Bewohner bedeutete. Im September 09 bekamen die 178 Bewohnerinnen/Bewohner 1496 Fertigarzneimittel (feste, flüssige und halbfeste Darreichungsformen, Arzneimittel zur Inhalation, Insuline) bzw. 1560 Wirkstoffe (Median 8; Range 3–20) als Dauermedikation und 507 Fertigarzneimittel bzw. 516 Wirkstoffe (Median 3; Range 0–4) als Bedarfsmedikation verordnet.

11.2.2 Arzneimittelbezogene Probleme „ABP“

Während der Interventionsphase sind bei 166 Teilnehmerinnen/Teilnehmern in 18 Monaten 1504 ABP detektiert worden, was durchschnittlich 9,1 (Range 1–26) ABP/Heimbewohner entspricht oder 41 ABP/100 Heimbewohnermonate.

Unter Zuhilfenahme dieses Klassifizierungssystems konnte bestimmt werden, welche Arten von Problemen auftraten. Diese konnten über die Verknüpfung mit den ATC-Codes bestimmten Arzneistoffklassen zugeordnet werden.

Die meisten der Arzneimittel bezogenen Probleme verteilten sich auf die PI-Doc®-Gruppen A 31 %, C 12,4 %, D 13,23 %, W 40,5 %. Somit waren die Interaktionen die größte Gruppe der ABP.

■ Tab. 2 gibt einen Überblick über die 10 häufigsten ABP, ausgenommen Interaktionen.

Die Übersicht zeigt, dass der korrekte Anwendungszeitpunkt (C07) oftmals nicht bekannt war oder definiert worden ist und, dass bei der Arzneimittelauswahl individuelle Patientendaten nicht immer vollständig berücksichtigt wurden (A02, 93, 12, 94).



Tab. 2 Überblick über die 10 häufigsten ABP

ABP-KATEGORIE (nach PI-DOC® modifiziert)	Anzahl	Prozent
C07 – Unzweckmäßiger Anwendungszeitpunkt	121	8,1 %
A02 – Physiologische KI* (Alter, Allergie)	114	7,6 %
A93 – KI* durch Begleiterkrankung nicht berücksichtigt	101	6,7 %
D0K01A – fehlende Angaben zur Medikation	48	3,2 %
D03 – Überdosierung	46	3,1 %
A01 – Arzneimittel für Indikation ungeeignet	31	2,1 %
A94 – Fehlendes Arzneimittel trotz Indikation	31	2,1 %
A12 – Weiterverordnung ohne bestehende Indikation	27	1,8 %
D05 – unzweckmäßige Dosierungsintervalle	27	1,8 %
*KI = Kontraindikation		

Mit 27,1 % der Fälle waren Arzneimittel für das cardiovaskuläre System (ATC-Code Gruppe C) am häufigsten für ABP verantwortlich, hier zumeist ACE-Hemmer (32,4 %). Arzneimittel für das alimentäre System und für den Stoffwechsel (ATC-A) waren in 22 % Auslöser von ABP, darunter besonders die Protonenpumpenhemmer (30,2 %). Die ATC-Gruppe N (Nervensystem) folgte mit 21,9 %. Hier sind Risperidon (N05) mit 33,7 % und Amitripylin (N06) mit 28,9 % auffällig.

Die zahlenmäßig größte Gruppe der Arzneimittel bezogenen Probleme war mit 657 (40,5 %) die Interaktionen. Die Kategorien „Vorsichtshalber überwachen“ (295; 44,9 %) und „Überwachung/Anpassung“ (231; 35,2 %) kamen am häufigsten vor. Insgesamt waren von 657 Interaktionen 89 (13,6 %) manifest. Anteilig kamen die meisten manifesten Interaktionen in den Kategorien „Schwerwiegend“ (75 %) und „Vorsichtshalber kontraindiziert“ (41,7 %) vor. Manifeste Interaktionen traten häufig in der Gruppe Nervensystem auf (28; 31,5 %), besonders N05 (Psycholeptika) und N06 (Psychoanaleptika), sowie innerhalb der cardiovaskulär wirksamen Arzneistoffe (18; 20,2 %). Potenzielle Interaktionen (568) wurden durch Arzneistoffe aus der ATC-Code-Gruppe C (cardiovaskulär) (270; 47,5 %), durch

Arzneistoffe der ATC-Code-Gruppe A (alimentäres System, Stoffwechsel) (84; 14,8 %), sowie Arzneistoffe der ATC-Gruppe N (73; 12,8 %) hervorgerufen. Schwerwiegende Interaktionen wurden durch vier Arzneistoffe verursacht: Spironolacton, Kalium, Formoterol und Carvedilol. 42,9 % der Interaktionen in dieser Kategorie waren manifest und führten zu weiteren Therapien und/oder Krankenhauseinweisungen.

Durch Pharmazeutische Betreuung konnten 700 (46,5 %) der 1504 detektierten ABP behoben werden. 511 ABP (34 %) stellten sich als nicht relevant heraus. In 293 (19,5 %) Fällen konnten die Probleme nicht gelöst werden und bestanden weiterhin (● Abb. 9).

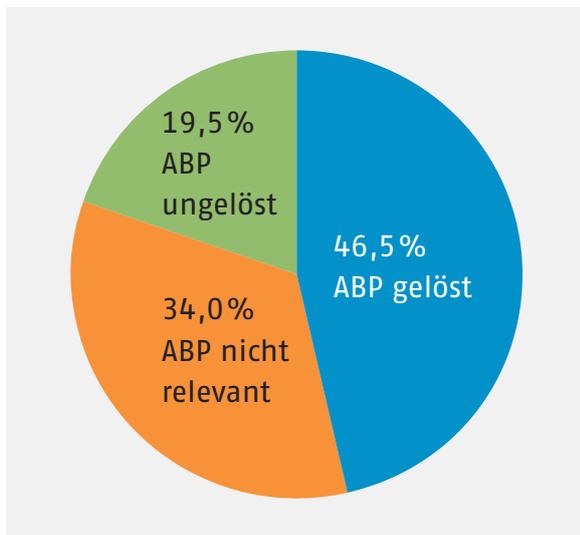


Abb. 9 Auswirkungen der Pharmazeutischen Betreuung auf ABP

Die meisten ungelösten ABP waren aus dem Bereich der physiologischen Kontraindikationen (hier Alter) (47; 16 %), den Kontraindikationen durch Begleiterkrankungen (28; 9,5 %), sowie Arzneimittel ohne klare Indikation (26; 8,9 %).

11.2.3 Interventionen

Zur Lösung der Arzneimittel bezogenen Probleme sind in 18 Monaten 1185 Interventionen durchgeführt worden. Bei 166 Teilnehmerinnen und Teilnehmern wurden Interventionen vorgenommen, 11 Teilnehmerinnen/Teilnehmer waren verzogen bevor Maßnahmen zur Therapieoptimierung vorgeschlagen werden konnten, 1 Teilnehmer verstarb. Von den 1185 Vorschlägen wurden 753 (63,5 %) umgesetzt, in 134 Fällen (11,3 %)

war nach den Gesprächen mit dem Pflegepersonal beziehungsweise mit der Ärztin/dem Arzt keine Intervention notwendig. In 298 (25,2 %) Fällen wurde der Interventionsvorschlag nicht angenommen. Hier lehnte die Ärztin/der Arzt in 251 Fällen (84,2 % von insgesamt 298 Interventionen) die Intervention ab, 47 Mal konnte nicht geklärt werden, warum die Intervention nicht umgesetzt wurde. Die häufigste Art der Intervention war die Intervention mit der Ärztin/dem Arzt über das Pflegepersonal (480). Hier wurden Optimierungsvorschläge vom Pflegepersonal mit der Ärztin/dem Arzt, nach vorheriger Absprache mit der Studienapothekerin, besprochen.

Die Interventionen mit den Ärzten hatten den geringsten Grad der Umsetzung (54,9 %), die Intervention mit der Ärztin/dem Arzt durch das Pflegepersonal war die erfolgreichste Interventionsart (67,3 %) (● Abb. 10).

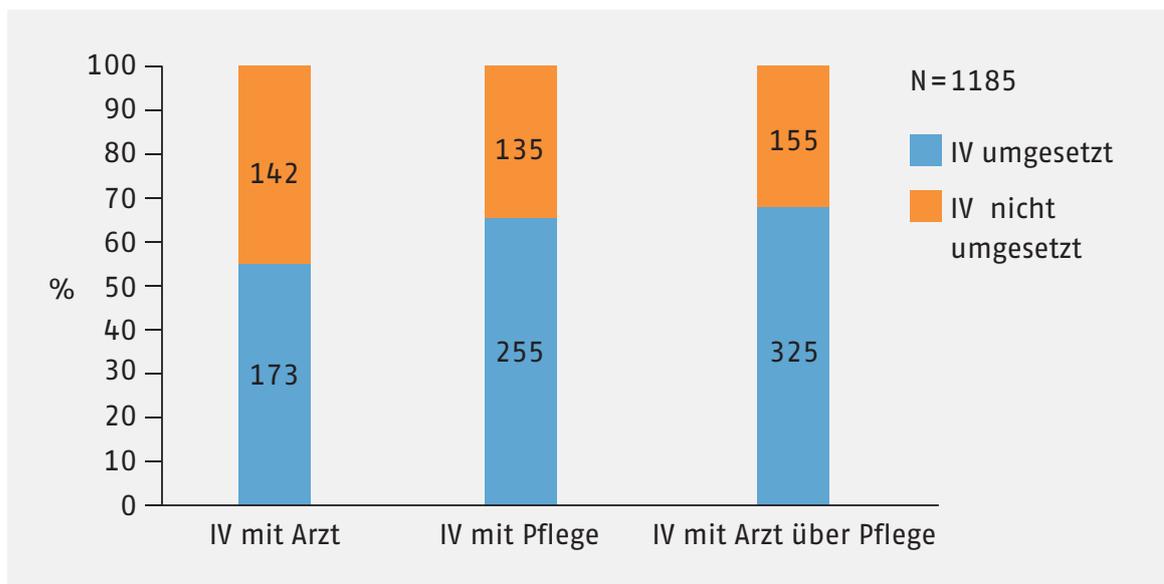


Abb. 10 Interventionen

11.2.4 Anzahl verordneter Arzneimittel

Am Ende der Interventionsphase (Feb. 2011) nahmen noch 118 Teilnehmerinnen und Teilnehmer an dem Projekt teil (45 verzogen, 2 verstorben), die ausgewertet werden konnten. Um ein auswertbares Ergebnis zu bekommen, ist die Anzahl der verordneten Wirkstoffe in der Dauermedikation und der Bedarfsmedikation bei T0, T1 und T2 bestimmt worden. Gewertet wurden feste und flüssige Arzneimittel, Insuline mit festem Schema und

Mittel zur Inhalation. Halbfeste Zubereitungen und Augentropfen wurden ausgeschlossen, da eine Auswertung auf Grund der Ungenauigkeit der applizierten Mengen nicht möglich war.

Im Median reduzierte sich die Anzahl der verordneten Wirkstoffe von T0 (Median 8) zu T2 (Median 6) um 2 (Range 1–5) für die Dauermedikation. Bezüglich der Anzahl der Medikamente für den Bedarfsfall gab es nur wenige Veränderungen. Das Ausmaß der Reduktion war in den Heimen unterschiedlich in einem Heim erhöhte sich die Anzahl der Dauermedikamente im Median um 1 (● Abb. 11)

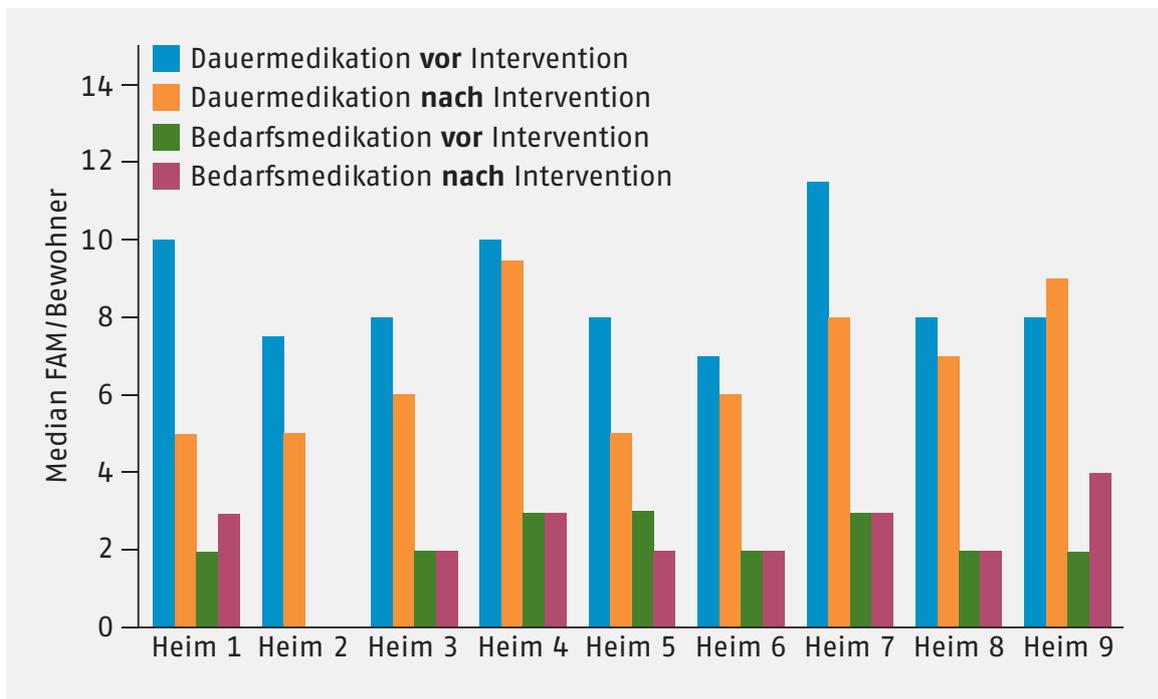


Abb. 11 Anzahl verordneter Arzneimittel

11.2.5 Arzneimittelkosten

Die Arzneimittelkosten sanken über 18 Monate (T0 – T2) um 23,4 %, bzw. um 6,44€ pro Woche und Bewohnerin/Bewohner (Wilcoxon-Rank-Sum-Test , $p = 0,014$) (● Abb. 12).

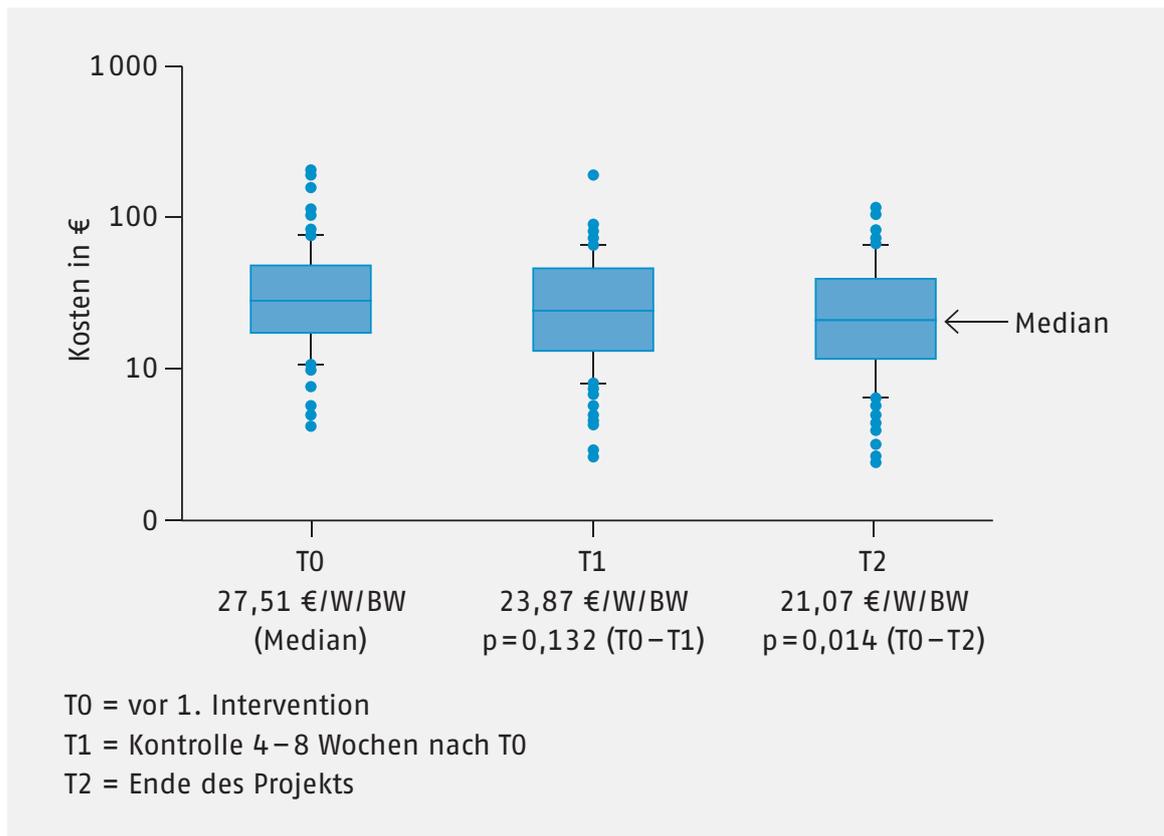


Abb. 12 Median Kosteneinsparungen

Rechnet man diesen Wert auf alle 118 Bewohnerinnen/Bewohner und 12 Monate hoch, so ergibt sich eine theoretische Einsparung von ~36.000€.

11.3 Diskussion

Im Rahmen dieses Projektes sind zum ersten Mal die Umsetzbarkeit von Pharmazeutischer Betreuung bei Heimbewohnern in Deutschland und die Effekte auf Arzneimittel bezogene Probleme und Kosten für Arzneimittel erfasst worden. Ca. die Hälfte der detektierten Arzneimittel bezogenen Probleme konnte gelöst werden. Die meisten Interventionen wurden mit dem Pflegepersonal umgesetzt und wenn das Pflegepersonal mit der Ärztin/dem Arzt persönlich kommunizierte. Etwas mehr als die Hälfte der Interventionen mit der Ärztin/dem Arzt konnte umgesetzt werden. Dies liegt im oberen Bereiche anderer Untersuchungen z. B. aus dem angloamerikanischen Raum [27]. In Folge der Interventionen auf der Grundlage der gefundenen ABP wurde die Anzahl der eingenommenen Dauermedikationsarzneimittel reduziert. Die Anzahl der Bedarfsarzneimittel veränderte sich nur unwesentlich. Bei einer Dauer der Betreuung von 18 Monaten ergab sich eine

statistisch signifikante Reduktion der Arzneimittelkosten. Da im Rahmen dieses Projektes keine Kontrollgruppe zur Verfügung stand, ist nicht eindeutig, ob die erzielten positiven Effekte einzig auf das Projekt zurückzuführen sind oder, ob durch eine verbesserte Versorgungssituation durch Heimversorgungsverträge und durch die Ausweitung der geriatrischen und klinischen Pharmazie ohnehin die Therapiesicherheit optimiert wurde. Im positiven Sinne könnte es allerdings auch bedeuten, dass gegen eine Vergleichsgruppe ohne Pharmazeutische Betreuung die Differenz noch deutlicher ausgefallen wäre. Aus ethischen Gründen ist es aber schwer vertretbar, einigen Bewohnerinnen/Bewohnern eine Intervention bei auftretenden Arzneimittel bezogenen Problemen vorzuenthalten.

Die Drop-out Rate lag bei 40,1%. Hier zeigt sich auf jeden Fall die Besonderheit der Klientel, die untersucht wurde, denn die Bewohnerinnen und Bewohner von Alten- und Pflegeheimen leben nach Aussagen des Sachverständigenrates durchschnittlich nur 30 bis 40 Monate in einem Heim [28]. Dies ist ein Aspekt, mit dem alle Untersuchungen mit dieser Patientengruppe zu tun haben und welcher Untersuchungen über einen Zeitraum von 18 Monaten erschwert. Die Detektion der Arzneimittel bezogenen Probleme war von der Studienapothekerin mit Unterstützung durch das Pflegepersonal vorgenommen worden. Die Bewertung und die Klassifizierung erfolgten durch die Studienapothekerin. Somit war dieser Punkt von der fachlichen Qualifikation des beteiligten Personenkreises abhängig. Möglicherweise hätte man im Team mit einer weiteren Apothekerin/einem weiteren Apotheker, oder, optimaler Weise, mit einem Arzt oder einer Ärztin, was ggf. noch effektiver gewesen wäre, noch mehr Probleme detektieren und eventuell lösen können. Auch wäre die Beurteilung der klinischen Relevanz der ABP bei einem interdisziplinären Ansatz und in Verbindung mit ärztlicher Diagnostik einfacher gewesen. Somit hätte sich die Wirksamkeit oder auch Unwirksamkeit der Interventionen besser belegen lassen. Grundsätzlich ist zu beachten, dass laut Definition bei Arzneimittel bezogenen Problemen immer auch potentielle Probleme betrachtet werden. Besteht ein potentielles Problem, kann auch die Auswirkung desselben und seine klinische Relevanz nicht eindeutig beurteilt werden.

Sicher wäre es interessant gewesen, die Gründe in Erfahrung zu bringen, warum die beteiligten Ärztinnen und Ärzte die gut begründeten Ände-



rungsvorschläge nicht umsetzen. Dies war im Rahmen dieses Projektes nicht möglich.

Nicht ohne Schwierigkeiten war die Erfassung der Arzneimittel bezogenen Probleme ohne vollständige Diagnosen. Häufig liegen in Alten- und Pflegeheimen keine aktuellen und/oder vollständigen Dokumentationen vor. Unter Umständen sind bei einigen Teilnehmerinnen/Teilnehmern somit Probleme aufgezeigt worden, die keine mehr waren, da die Diagnose nicht mehr bestand; oder aber es konnten keine Probleme detektiert werden, da keine Diagnose angegeben war. So ist die Bewertung im Bereich der Über-, Unter- und Fehlversorgung unter diesem Aspekt als nicht vollständig zu betrachten und daher nicht konkret einzuordnen. Bei der Anzahl der verordneten Arzneimittel ist in diesem Projekt ein eindeutiger Trend aufgezeigt worden. Die Untersuchung kann aber bei den realen Kosten lediglich eine Tendenz zeigen. Aufgrund von Rabattverträgen zwischen Pharmafirmen und Krankenkassen, sind die „echten“ Arzneimittelkosten nicht bekannt. In der Untersuchung wurden die Tageskosten des Generikums als Basis genommen. Dennoch konnte gezeigt werden, dass die Arzneimittelkosten signifikant durch Pharmazeutische Betreuung gesenkt werden konnten. Nicht ohne Komplikationen war die Kommunikation mit den behandelnden Ärztinnen und Ärzten. In einigen Fällen wurde eine Zusammenarbeit von vorneherein abgelehnt. Positiv zeigte sich die Möglichkeit mit der Ärztin/dem Arzt vor Ort zu sprechen, aber auch die Informationsweitergabe per Fax führte durchaus zu guten Effekten. Als besonders sinnvoll stellte sich die Kommunikation mit dem Pflegepersonal heraus. Mit gut ausgebildeten Mitarbeitern im Heim konnten viele ABP direkt gelöst werden. Diese Berufsgruppe sollte als Ansprechpartner deutlich mehr in Anspruch genommen werden.

11.4 Fazit

Pharmazeutische Betreuung durch Apothekerinnen und Apotheker in Alten- und Pflegeheimen ist eine Möglichkeit zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit, da viele ABP entdeckt und gelöst werden können. Diese Dienstleistung kann zu Einsparungen im Bereich sowohl der Arzneimitteltherapie; sie reduziert möglicherweise auch den Pflegebedarf. Die Anzahl der verordneten Arzneimittel im Alter kann durch intensive Phar-

mazeutische Betreuung verringert werden und reduziert damit das Risiko von Arzneimittel bezogenen Problemen. Für eine optimale Umsetzung ist ein zusätzlicher Zeitaufwand zu kalkulieren, der unter den derzeitigen gegebenen Voraussetzungen nicht ohne eine weitere Honorierung erbracht werden kann.

11.5 Interessenskonflikte (keine)

Die Untersuchung wurde mit Mitteln des nordrhein-westfälischen Gesundheitsministeriums (Ministerium für Gesundheit, Pflege und Alter, MGEPA) unterstützt.

11.6 Zusammenfassung

Hintergrund: Multimorbidität und Hochaltrigkeit sind häufig bei Bewohnerinnen/Bewohnern von Alten- und Pflegeheimen anzutreffen. Die daraus resultierende Polymedikation führt, besonders in dieser Gruppe, zu Arzneimittel bezogenen Problemen. Mit der vorliegenden Untersuchung soll gezeigt werden welchen Einfluss intensive Pharmazeutische Betreuung in dieser Patientengruppe auf die Arzneimitteltherapiesicherheit hat. Methodik: 197 Patientinnen/Patienten wurden nach einer Erfassungsphase von 6 Monaten 18 Monate lang intensiv pharmazeutisch betreut. Die aufgetretenen Arzneimittel bezogenen Probleme wurden analysiert, ebenso wie die daraus resultierenden Interventionen. Weiterhin wurden die Anzahl der verordneten Arzneimittel und deren Kosten betrachtet. Ergebnisse: Bei 166 Bewohnerinnen/Bewohner wurden 1504 ABP detektiert (9,1/Bewohner, Range 1–26). 700 ABP (46,5 %) konnten durch 1185 Interventionen gelöst werden. Die Anzahl der Dauermedikation reduzierte sich im Median um 2 (Range 1–5), die Kosten sanken um 23,4 % ($p < 0,05$). Pharmazeutische Betreuung kann die Arzneimitteltherapiesicherheit von geriatrischen Bewohnern in Alten- und Pflegeheimen deutlich verbessern.

Literatur

1. Statistische Ämter des Bundes und der Länder, Demografischer Wandel in Deutschland, Heft 2; 2008: 18–19
2. BMFSFJ, Dritter Bericht zur Lage der Älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland 1998
3. Chassè KA, v. Wensierski HJ; Praxisfelder der sozialen Arbeit. 2008; S.234



4. Jahnsen, K: Arzneimittel im höheren Lebensalter. In Glaeske G, Jahnsen K: GEK-Arzneimittelreport 2006: Auswertungsergebnisse der GEK-Arzneimitteldaten aus den Jahren 2004–2005. St. Augustin. Asgard-Verlag Hippe 2006, GEK-Edition Bd. 44; S. 100–123
5. Boyd CM; Clinical Practice Guidelines and Quality of Care for Older Patients With Multiple Comorbid Diseases. *JAMA* 2005;294(6):716–724
6. Thürmann P. et al. Arzneimittelrisiken bei hochbetagten Patienten: Ergebnisse deutscher Studien, in: Fortschritt u. Fortbildung i. d. Medizin, Bd 31, Hrsg. BÄK, Deutscher Ärzte Verlag. Köln
7. Petty D. Can medicines management services reduce hospital admissions? *Pharm J.* 2008;280:123–6
8. Leendertse et al. Preventing hospital admissions by reviewing medication (PHARM) in primary care: design of the cluster randomised, controlled, multi-centre PHARM-study. *BMC Health Services Research* 2011, 11:4
9. Gurwitz et al. The incidence of adverse drug events in two large academic longterm care facilities. *Am J Med* 2005; 3:251–258
10. Fialowa D et al. Potentially Inappropriate Medication Use Among Elderly Home Care Patients in Europe. *JAMA* 2005;293(11):1348–58
11. O’Mahony D, Gallagher PF; Inappropriate prescribing in the older population: need for new criteria. *Age and Ageing* 2008;(2):138–141
12. Holt S, Schmiedl S, Thürmann P. Potentially inappropriate medication in the elderly – PRISCUS list. *Dtsch Arztebl Int* 2010;107:543–551
13. Lau D et al. Hospitalization and Death Associated With Potentially Inappropriate Medication Prescriptions Among Elderly Nursing Home Residents. *Arch Intern Med* 2005;165:68–74
14. Kongkaew, Noyce PR, Aschcroft DM. Hospital admissions associated with adverse drug reactions; a systematic review of prospectiv, observational studies. *Ann Pharmacother* 2008;42:1017–28
15. Australian Government, Department of Health and Ageing.
16. Domiciliary Medication Management Review. www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/health-epc-dmmr-answers.htm.2010
17. Roberts MS, Stokes JA, King MA et al., Outcomes of a randomized controlled trial of a clinical pharmacy intervention in 52 nursing homes. *Br J Clin Pharmacol* 2001;51:257–65
18. Flynn EA, Barker KN, Pepper GA et al. Comparison of methods for detecting medication errors in 36 hospitals and skilled nursing facilities. *Am J Health Syst Pharm*;59(5):436–446
19. Garcia RM, Five ways you can reduce inappropriate prescribing in the elderly: a systematic review. *J Fam Pract.* 2006; 55: 305–312
20. GallagherP et al. STOPP (Screening Tool of Older Persons’Prescriptions) and START (Screening Tool to Alert Doctors to Right Treatment). Consensus validation. *IntJClinPharm* 2008;2;72–83
21. Bootman, J.L., Harrison, D.L., Cox, E., The Health Care Cost of Drug-Related Morbidity and Mortality in Nursing Facilities. *Arch. Intern. Med.* 157 (1997) 2089–2096
22. Barber, N., Rawlins, M., and Dean, B., Reducing prescribing error: Competence, control and culture, *Quality and Safety in Health Care*, 12 (Suppl 1), 2003; i29-i32
23. Thürmann P, Jaehde U. Arzneimitteltherapiesicherheit in Alten- und Pflegeheimen:
24. Qualitätsanalyse und Machbarkeit eines interdisziplinären Ansatzes. www.bmg.bund.de 2011
25. Hanke, F. et al., Drug-related problems and adverse drug reactions in nursing homes. *Basic Clin. Pharmacol. Toxicol.* 101 (S1) (2007) 192
26. Schwalbe O, Freiberg I, Kloft C, The beers criteria – an instrument to optimize the



30. pharmacotherapy of geriatric Patients. *MMP* 2007;7:244–248
31. Schaefer M. Discussing basic principles for a coding system of drug-related
32. problems: the case of PIE-Doc. *Pharm World Sci* 2002;24:120–127
33. Mil, F. (ed.), Proceedings of the International Working Conference on Outcomes Measurement in Pharmaceutical Care. Hillerød, Denmark, January 26–29, 1999
34. Hanlon JT, Landman PB, Cowan K, et.al. Physician agreement with pharmacist suggested drug therapy changes for elderly outpatients. *Am J Health Syst. Pharm* 1996;53:2735–7
35. Sachverständigenrat Gesundheit: Sondergutachten 2009: Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Dt. Bundestag: Drucksache 16/13770, 364. <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/16/137/1613770.pdf> letzter Zugriff 7. Mai 2012





Teil 3

Projektarbeiten der Studierenden des Masterstudiengangs Management und Vertragsgestaltung in der Gesundheitswirtschaft (MHAC)



12 Der demographische Wandel im Kontext eines medizinischen Versorgungs-Managements der Zukunft

Thomas Metzner

Die Gesundheitsversorgung in Deutschland steht angesichts des demographischen Wandels, Stichwort „dreifache Alterung“, vor großen Herausforderungen. In den kommenden Jahrzehnten wird die Bevölkerung und mit ihr auch die Ärzteschaft (über)altern. Das Durchschnittsalter der niedergelassenen Vertragsärzte ist in den vergangenen 20 Jahren von 46,6 auf 52,8 Jahre gestiegen (bei Krankenhausärzten von 38 auf 41,3 Jahre). Der Anteil der Altersgruppen ab 60 Jahre wird bundesweit von 25,6% in 2009 auf 39,2% in 2060 steigen. Dies sind Fakten, die der Analyse des Statistischen Bundesamtes zu entnehmen sind. [1]

Daraus schlussfolgernd, automatisch eine sinkenden Ärztezahl zu prognostizieren wäre falsch. Vielmehr richtig ist, dass die Zahl der berufstätigen Ärzte (Fach- und Hausärzte) kontinuierlich steigt, während die Bevölkerung abnimmt. Problematisch ist nunmehr eher die unbefriedigende Ausrichtung des ärztlichen Angebots (Stadt) am tatsächlichen Bedarf (Land). [2]

Die zum 1.1.2013 in Kraft getretene Bedarfsplanungs-Richtlinie hat nun das Ziel bundesweit die medizinische Versorgung bedarfsgerechter zu machen. [3]

Die mit dem demographischen Wandel einhergehende Expansion der Gesundheitsausgaben als direkten ursächlichen Effekt zu deklarieren, wie von der Politik vereinfachend dargestellt, ist ebenfalls widerlegt. Der größte Einfluss geht wohl eher vom medizinisch-technischen Fortschritt aus, der maßgeblich mit unserem Wohlstand und der Entwicklung unserer Volkswirtschaft verknüpft ist [4] und mit dem ineffizienten Umgang mit den zur Verfügung stehenden Ressourcen verbunden ist.

Die Frage nach dem zukünftigen Wohlstand in unserem Land, dürfte auch in Zukunft direkt mit der Erhaltung der Arbeitskraft u. a. als Ausdruck der Produktivität verbunden bleiben. 2011 lebten in der BRD (80,5 Millionen Bürger) insgesamt 2,5 Millionen pflegebedürftige Personen. 70% dieser Menschen wurden zu Hause betreut, davon 576.000 mit Unterstützung von

mobilen Pflegediensten. 743.000 Pflegebedürftige (30 %) wurden vollstationär betreut. 65 % der zu Pflegenden waren dabei weiblichen Geschlechts, 83 % älter als 65 Jahre, 36 % sogar älter als 85 Jahre. [5]

Mit der demografischen Entwicklung werden auch die altersbedingten Krankheiten noch weiter ansteigen und gleichzeitig die Pflegemöglichkeit innerhalb der Familie, aufgrund der veränderten Wohnsituation (Anstieg der Ein-Personen-Haushalte) stark abnehmen. Der Versorgungsbedarf in Pflegeheimen wird daraus resultierend automatisch überproportional ansteigen müssen. Nach Beurteilung des Statistischen Bundesamtes unter Hinweis auf das Landesamt Mecklenburg-Vorpommern, um 20 Prozent in den kommenden Jahrzehnten.

Trotz gesamt sinkender Bevölkerungszahl (Abnahme um 17 Millionen Bürger) ist bis zum Jahr 2016 mit einer Ausgabensteigerung in der Pflege um rund 22 Milliarden Euro zu rechnen. [6]

Die Kostenexpansion speziell im Bereich der privaten Pflegeversicherung wird das Pflegemanagement vor ambitionierte neue Herausforderungen stellen. Neben finanztechnischen Hürden, werden Mitarbeiterrekrutierung und die Gestaltung prozessualer Abläufe, zentrale Schwerpunkte in diesem Sektor des Gesundheitswesens darstellen. Dabei stellen die Gesundheits- und Krankenpfleger (inkl. Pflegehelfer) mit 1,1 Millionen Fachkräften, schon heute die größte Berufsgruppe im Gesundheitssektor dar. [7] In Japan hat man dieses Manko erkannt und beginnt mit der Herstellung von Pflegerobotern zur Entlastung der Pflegekräfte. Sie können beim Gehen und Heben von Patienten helfen. Zwar handelt es sich noch um reine Prototypen, in der einfachen Variante sollen diese Maschinen aber schon bis Ende 2014, z. B. zum Verteilen von Medikamenten im Krankenhaus, oder als Kommunikationsmedium im Gesundheitszentrum bei der Erstellung von Ferndiagnosen zum Einsatz kommen.

Die normative Kraft des Faktischen fordert veränderte Strukturen: gezielter Qualitätswettbewerb und innovative, effiziente Kooperationsformen in der medizinischen Versorgung der Zukunft müssen gestärkt werden. Vertrags- und Versorgungsmanagement wird das zentrale Wettbewerbsfeld der privaten, wie der gesetzlichen Krankenversicherungen werden. Mobile Lösungen werden gefragt sein. Delegationsfähige ärztliche Leistungen von entsprechend geschulten, nichtärztlichen Fachkräften aus-

führen zu lassen wird noch stärker erforderlich sein. Die Attraktivität des Arztberufs kann so auch in ländlichen Gegenden erhalten bleiben und zu einer Aufrechterhaltung der notwendigen Versorgung der Bevölkerung beitragen.

Neue Versorgungslandschaften, interdisziplinär, sektorenübergreifend verwirklicht in Haus- und fachärztliche Kooperationsformen flächendeckender Ärztenetze werden sich verstärkt bilden. Der gesundheitsökonomische Zwang wird formen, was sich durch politische Vorgaben allein nicht erzwingen lässt.

Einen weiteren Beweis der Notwendigkeit neuer Versorgungsformen liefern die aktuellen Veröffentlichungen von IMS Health. Der Datendienstleister IMS Health quantifizierte 2012 [8] die vermeidbaren weltweiten Gesundheitsausgaben auf Basis einer Modellanalyse in Abhängigkeit von der Infrastruktur, dem Anteil älterer Menschen, den Arzneikosten, der Therapieintensität und nicht kommunizierbarer Krankheitsrisiken. 500 Milliarden US-Dollar, bzw. 8 % der Gesamtausgaben sind demnach weltweit vermeidbar: Die Nummer eins mit 269 Milliarden US-Dollar, als führender Kostenfaktor, ist die mangelnde Therapietreue. Mit Abstand auf Platz zwei folgen, mit 62 Milliarden US-Dollar, die durch zeitlich falsche Einnahme von Medikamenten verursachten Kosten. Den Rang drei nehmen die Fehlausgaben in Höhe von 54 Milliarden US-Dollar durch inadäquaten Einsatz von Antibiotika ein. Nur in der BRD könnten nach IMS-Analysedaten 19,2 Milliarden Euro eingespart werden. Weit abgeschlagen auf Platz 1 rangiert wiederum die mangelnde Therapietreue, mit einem Einsparpotenzial von 12,9 Milliarden Euro. Das entspricht 70 % der Gesamtausgaben, gefolgt von Kosten aufgrund von Fehlmedikation in Höhe von 1,8 Milliarden Euro. Der verzögerte Therapiebeginn verursacht 1,6 Milliarden Euro und der missbräuchliche Antibiotikaeinsatz wird mit 1,6 Milliarden Euro beziffert. Alleamt nahezu gleichrangig auf Platz 2, gefolgt vom Missmanagement durch Polymedikation mit einer Milliarden Euro und dem suboptimalem Generikaeinsatz (0,3 Milliarden Euro Kosten). [9]

Dabei darf man sich ins Bewusstsein rufen, dass allein im Jahr 2013, 2,4 Milliarden Euro durch gesetzlich vorgeschriebene Zwangsrabatte der pharmazeutischen Unternehmen an die GKV und nochmals die gleiche Summe zusätzlich durch Rabattverträge in das Sozialversicherungssystem der

gesetzlichen Krankenkassen geflossen sind. Letztere Zahl wird in keiner Statistik offiziell ausgewiesen.

Welche Minimal-Empfehlung könnten sich nun daraus ableiten lassen: Apotheker sollten in ein vernetzt koordiniertes Arzneimittelmanagement mit Leistungserbringern stärker eingebunden werden. Ein größeres Augenmerk sollte auf die Physiologie älterer Patienten bei medizinischen Tests und den nachfolgenden Therapieentscheidungen gelenkt werden.

Die Ergebnisse der Analyse von WHO-/OECD-Daten in einem 10-Jahreszeitraum (1996–2006) lassen hoffen. Analysiert wurden die Beziehung von Gesundheitsausgaben und der vermeidbaren Mortalität. Im Ergebnis wurde konstatiert, dass steigende Ausgaben immerhin mit einer Verbesserung des Gesundheitsstatus der Bevölkerung einhergehen. Zu Bedenken ist dabei allerdings der verzögerte Effekt von Investitionen der Vergangenheit, diese können sich erst sukzessive in der Zukunft auswirken. [10]

Beim 2. ZGWR-Symposium der Fachhochschule Frankfurt am Main, zum Thema der sektorenübergreifenden Versorgung, lag am 26. September 2013 der Fokus beim Medikationsmanagement im Heim, verbunden mit der Frage: „Solisten in Teamarbeit?“

Über dieses Thema sprach ich mit Herrn Dipl.-Ing. Hanswerner Voss, Managing Partner der GCN Healthnet und Geschäftsführender Gesellschafter der Initiative Gesundheit GmbH. Herr Voss ist Mitgründer und war bis 2007 Geschäftsführender Gesellschafter des UGOM, „Unternehmen Gesundheit Oberpfalz Mitte“ und mehrerer Gesundheitsunternehmen.

Er arbeitet seit 1996 an der Entwicklung und dem Aufbau regionaler, integrierter Gesundheits-Vollversorgungs-Netze in Deutschland und in den USA. Bis 1994 war er Senior Vice President der MAC Group Inc., Cambridge und Gemini Consulting, sowie 1994 bis 2003 Gründungs- und Präsidiumsmitglied der Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen GRPG. Am MIT Massachusetts Institute of Technology war er 1994–1998 Visiting Scientist, seit 1997 Gründungsmitglied des BMC Bundesverbandes Managed Care e. V. 1999 erhielt er den Zukunftspreis für Innovatoren im Gesundheitswesen. Er ist bekannt durch zahlreiche Veröffentlichungen und Vorträge im In- und Ausland zu Integrierter Gesundheitsversorgung.

Auf dem 12. Europäischen Gesundheitskongress in München konnte ich Herrn Voss zum Thema Stellenwert von Kooperationen zwischen Arzt,



Apotheker und Patient bei der Betreuung multimorbider Patienten im Bereich der stationären Pflege befragen.

Erfahren wollte ich u. a. Hinweise, die ein erfahrener Netzmanager aus seiner langjährigen Praxis zum Thema strukturiert vernetzte Prozessketten und interdisziplinäre Zusammenarbeit geben kann. Und wie beschreibt er eine effiziente Behandler- und Behandlungs-Struktur, sowie seine Tipps zum optimalen Medikationsprozess?

„Der Schlüssel ist die interdisziplinäre, intersektorale Kommunikation zwischen Arzt (ambulant/stationäre Leistungserbringer) – Patient – Apotheke (Dienstleister)“. So die Antwort von Voss, der seit der Gründung von UGOM im Jahre 2002, bislang noch weitere zehn Netze deutschlandweit installiert und weiterentwickelt hat.

Ein in den stationären Pflegeeinrichtungen schon seit 1998 realisiertes Modell mit Vorbildfunktion, das „Berliner Projekt“, (Anmerkung: Programm CarePlus wurde seitens der Kostenträger AOK Nordost, IKK Brandenburg und Berlin, Bahn-BKK, SBK, 2011 in einen Integrierten Versorgungsvertrag nach § 140 a SGB V in Verbindung mit § 92b SGB XI und § 73c SGB V umgewandelt), hat das Ziel, eine qualitätsgesicherte Versorgung von Patienten zu ermöglichen. Mit der Rahmenvereinbarung zur effizienten Verzahnung von ambulanten und stationären Leistungs-Bereichen konnten eine optimierte Versorgung der Patienten und zugleich auch Wirtschaftlichkeitsvorteile realisiert werden. Einsparungen wurden u. a. durch Minimierung der Krankenhaustransporte und Verkürzung der Aufenthaltsdauer erreicht.

Projektverantwortlicher bei der AOK Nordost ist Herr Harald Möhlmann, Geschäftsführer Versorgungsmanagement. Er hatte dafür (wie auch Voss selbst im Jahr 1999) den Zukunftspreis für Innovatoren im Gesundheitswesen 2010 erhalten. Im CarePlus Konzept kann sich das Pflegeheim/Seniorenheim Mitglied einen „Betreuungsarzt“ aussuchen, der dann im Bedarfsfall/Notfall 24 Stunden rund um die Uhr zu seiner Verfügung steht. Da der Betreuungsarzt den Patienten gut kennt, kann er am besten beurteilen, welche aktuelle Therapie erforderlich ist und ob eine Einweisung in den stationären Krankenhausbereich wirklich erforderlich ist. Das optimiert die individuelle Behandlung und vermeidet unnötige Klinikeinweisungen, die ein Notarzt, der den Patienten nicht kennt, in der Eile veranlassen würde.



Die Evaluation unter wirtschaftlichen Aspekten ergab lt. Voss schon im ersten Jahr Einsparungen von 3,5 Milliarden Euro. Rein qualitativ betrachtet, sollen die Verbesserungen in der höheren Lebensqualität und Zufriedenheit der Bewohner aufgrund der intensiveren Betreuung liegen.

Schlüssel des Konzepts von Voss ist der „Betreuungsarzt“, mit der Funktion eines „Gate Keepers“, den sich der Patient aussucht. Über ihn werden alle Gesundheitsmodule, d. h. weitere ärztliche (Facharzt, Krankenhausarzt etc.) und nicht-ärztliche (Apotheker etc.) Bereiche miteinander verknüpft; er hilft dem Patienten sich initial durch ein „vertiefendes Gespräch“ zu orientieren und dient fortlaufend als Lotse und fester Ansprechpartner im vernetzten Gesundheitsteam. Der Patient bindet nachfolgend nach eigenem Wunsch weitere behandelnde Ärzte ein. Sollte er dazu nicht in der Lage sein, übernimmt diese Funktion ein Betreuer, bzw. ein bevollmächtigter Angehöriger. Zur Unterstützung der Prozesse in einer festgelegten Arztnetzstruktur hilft eine interaktive lebenslange Gesundheitsakte, über die allen Mitgliedern des Gesundheitsteams eine vollständige Dokumentation (nach Zustimmung des Patienten) fachgruppenspezifisch automatisch zugänglich gemacht wird. Die medizinische Dokumentation ist mit einem automatischen Plausibilitäts- und Vollständigkeitscheck versehen. Die gesamte Patientenakte ist so hochverschlüsselt und völlig dezentral (peer-to-peer) innerhalb des vom Patienten ausgesuchten „Gesundheitsteams“ automatisch live in allen Praxisverwaltungssystemen (PVS) und bestehenden Behandlungspfaden integriert. Sie kann als Chip, dafür wären dann allerdings spezielle Lesegeräte notwendig, oder einfach als USB-Stick im Scheckkartenformat, dann auch vom Patienten übernommen werden.

Eine spezielle modular aufgebaute Software kann je nach gewünschtem Nutzungsumfang in der Basis als reine kommunikative „Schattenakte“, genutzt werden, im 2. Modul als Verordnungssystem (inklusive Kommunikationsakte und Medikations-Interaktionscheck) mit 14-tägigem automatischen Update der Medikamentendatenbank, oder auch im 3. Modul für die Abrechnung von Selektivverträgen dienen. Die Implementierung von Behandlungspfaden, Selektiv-Verträgen und der weiteren Dokumentation, ist ohne größeren Aufwand möglich. Im 4. Modul ist die Software auch als vollständiges Praxisverwaltungssystem einsetzbar einschließlich der Abrechnung gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung (KV).



Das alten PVS, bzw. Klinikinformationssysteme (KIS) können für die Module 1–3 beibehalten werden; Medikationsdaten werden automatisch in das alte System übertragen. Die Schattenakte des Patienten wird parallel dazu geführt. Der Betreuungsarzt hat demnach immer eine aktuelle und vollständige Akte.

Finanzielle Hürden sieht Herr Voss auch nicht, da die Software-Module günstiger als die bislang am Markt befindlichen Standardsysteme sind. Die datenschutzrechtlichen Prüfungen hat das Programm lt. Voss schon durchlaufen. Sie wurden im ULD, dem Unabhängigen Landeszentrum für Datenschutz Schleswig Holstein (Thilo Weichert) getestet. Nach BVA Kriterien wurden die entwickelten Verträge für rechtskonform befunden und genehmigt.

Im Vergleich zur Anwendung eines 2-D QR-Code (Auslesbarkeit über Scanner), kann im Programmmodus eine automatische Übernahme der anonymisierten Daten in eine Datenbank und eine ebenso automatische Evaluation erfolgen. Durch Spiegelung seiner anonymisierten Verlaufsdaten an einer medizinischen Expertendatenbank, hat der Versicherte in Zukunft die Möglichkeit in einer für ihn verständlichen Form eine Analyse der eigenen Therapieprognose zu erlangen und zu erfahren, was er selbst tun kann, um seinen Gesundheitszustand zu verbessern. Diese medizinische Expertendatenbank ist noch in Entwicklung.

Weiterführende Sondierungsgespräche in Hamburg mit Frau Sonja Laag von der Barmer GEK, im Rahmen des SAMs-Projektes in Schleswig Holstein und mit der Kassenärztlichen Vereinigung und dem Ärztenetz in Bünde, stimmen Voss hoffnungsfroh, da diese aktuell und „on going“ sind. Durch Verträge nach § 140 ff und §§ 73 a oder c mit weiteren Kostenträgern, soll die Praxistauglichkeit der Idee in vernetzten Strukturen gezeigt werden. Auch in Nordrhein hat die Barmer GEK mit der KV schon einen Vertrag zur intensiveren ärztlichen Betreuung von Versicherten in Essener Pflegeheimen geschlossen. Eine Evaluation dazu gibt es leider noch nicht.

Eine Partnerschaft mit der FH Frankfurt, oder eine Projektbeteiligung ist für Herrn Voss daher gut vorstellbar. Sich vorab „Kennenlernen“, Herausfinden des „miteinander Könnens“ und dann auch „gemeinsamen Wollens“ auch in der Vorstellung und beim Abgleich der realisierbaren gemeinsamen Ziele, wären seine Ideal-Vorstellung für das weitere Vorgehen.



Weitere Gespräche werden die Kompatibilität der gemeinsamen Interessen und Ziele reifen lassen.

Literatur

1. Stat. Bundesamt, 12. Koordinierte Bevölkerungsvoraussage, Bund 2008–2060
2. Veröffentlichung der kassenärztlichen Vereinigungen der einzelnen Bundesländer
3. G-BA, Beschluss Neufassung BPL-RL 20.12.2012
4. WIdO: Versorgungs-Report 2012
5. Statistisches Bundesamt: Statistisches Jahrbuch 2011
6. Pressemitteilung IGSKF, Berlin, 6.12.2012
7. Destatis, Stand 2011
8. IMS Flashlight Nr. 26, Oktober 2012
9. Handelsblatt Nr. 194, 9.10.2013
10. Eur J Health Econ 2013, 14: 527–538



13 Ist die Problematik des Medikationsmanagements in Alten- und Pflegeheimen politischen Vertretern bewusst?

Stella Emmerich

Die Herausforderungen des demographischen Wandels und den daraus resultierenden gesellschaftlichen Fragestellungen sind Themen, über die das deutsche Parteienspektrum, auch im Hinblick auf das Gesundheits- und Pflegesystem, diskutieren muss. Die Zunahme der Lebenserwartung bringt einerseits mehr Jahre in Gesundheit mit sich, aber verlagert andererseits auch das Gleichgewicht der Generationen. Immer mehr ältere Menschen benötigen auch eine flächendeckende medizinische Versorgung. Besonders in ländlichen Gebieten wird diese Sicherstellung der medizinischen Versorgung zur politischen Herausforderung der kommenden Jahre.⁶⁶

Im Jahr 2011 lebten in Deutschland insgesamt rund 2,5 Millionen Menschen, die pflegebedürftig im Sinne des SGB XI Pflegeversicherungsgesetz waren. 743.000 Menschen waren pflegebedürftig, etwa 30 %, und wurden in vollstationären Pflegeheimen betreut. Im Vergleich zu 2009 stieg dabei die Anzahl der in Heimen vollstationären versorgten Menschen um 3,6 % (26.000 Menschen) an.⁶⁷

In Anbetracht des demographischen Wandels wird die Anzahl der pflegebedürftigen Menschen in stationären Pflegeeinrichtungen in den nächsten Jahren weiter ansteigen. Dadurch verstärkt sich die Problematik des nicht einheitlich geregelten Medikationsmanagements in Pflegeeinrichtungen. Medikamentöse Über- und Fehlversorgung können die Folge sein.

Die medizinische Versorgung in Heimen ist, im Vergleich zu Krankenhäusern, kein geschlossenes System. Daher bringt das Medikationsmanagement ein großes Problem mit sich. Die Bewohner eines Pflegeheims haben

66 vgl. Hessisches Sozialministerium – Seniorenpolitische Initiative, https://hsm.hessen.de/sites/default/files/HSM/broschuere_seniorenpolitische_initiative.pdf ; zuletzt eingesehen am 01.01.2014

67 vgl. Destatis, https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2013/01/PD13_024_224.html ; zuletzt eingesehen am 01.01.2014

das Recht auf freie Arzt- und Apothekenwahl. Die oft multimorbiden Menschen sind aber zum Teil nicht in der körperlichen oder geistigen Verfassung, medizinische Anweisungen wie zum Beispiel den natürlichen Kontroll- und Koordinationseinsatz ihrer Behandlung, eigenständig durchzuführen. Gerade der Bereich der Arzneimittelversorgung in stationären Pflegeeinrichtungen ist ein komplexer und risikobehafteter Prozess. Zum Wohle des Patienten versuchen die Haus- und Fachärzte, Apotheker, Pflegekräfte und Angehörige arbeitsteilig zusammenzuwirken. Eine medikamentöse Über- bzw. Fehlversorgung der Heimbewohner ist oftmals problematisch. Dies führt wiederum zu einer intensiven medizinischen Versorgung, die für den Patienten strapaziös ist und meistens zu einer anstrengenden und unangenehmen Krankenhauseinweisung führt. Auf der anderen Seite steigen durch solche intensiven medizinischen Versorgungen die Ausgaben für die gesundheitliche Versorgung, für die durch unser Solidaritätsprinzip die Allgemeinheit aufkommt.

Um herauszufinden, ob die dargestellte Problematik des Medikationsmanagements in Pflegeheimen gesundheitspolitischen Vertretern auf Landes- und Bundesebene bekannt und bewusst ist, wurden sie zum Thema kontaktiert.

Von Seiten der CDU/CSU-Bundestagsfraktion und der SPD-Bundestagsfraktion wurden Jens Spahn MdB und Prof. Dr. Karl Lauterbach MdB befragt. Auf Landesebene wurden die gesundheitspolitischen Sprecher des Hessischen Landtags, Dr. Ralf-Norbert Bartelt MdL (CDU), Dr. Thomas Spies MdL (SPD), René Rock MdL (FDP), Kordula Schulz-Asche MdL (Bündnis 90/Die Grünen) und Marjana Schott MdL (DIE LINKE) angefragt. Alle Abgeordneten wurden gebeten zu schildern, wie ihre Fraktion zu der Problemstellung des Medikationsmanagements in Alten- und Pflegeeinrichtungen stehen und ob sie eine politische Möglichkeit sehen würden, wie dieses Problem anzugehen sei. Des Weiteren wurde gefragt, ob dieses Thema in den aktuellen Koalitionsverhandlung zur neuen Bundesregierung und zur neuen Landesregierung in Hessen beachtet wurde? Und falls ja, welche Lösung die kommende Bundesregierung/Landesregierung anstrebe?

Ein weiterer Schwerpunkt war, ob die jeweilige Fraktion anstrebe, die Schnittstellenprobleme auf Grund der unterschiedlichen Verantwortlich-



keiten der involvierten Akteure zu beheben, beispielsweise durch eine Umwandlung in ein geschlossenes System. Abschließend wurde thematisiert, ob die Fraktionen in der organisatorischen Einbindung von Ärzten in die stationären Alten- und Pflegeeinrichtungen als „angestellte Heimärzte“ eine Möglichkeit sehe, oder ob sie andere umsetzbare Ansätze verfolgen würden.

Trotz wiederholter Kontaktaufnahme erfolgte von den angefragten gesundheitspolitischen Sprechern der Bundestagsfraktionen keine Antwort. Aufgrund des aktuellen Beginns der neuen Legislaturperiode, gäbe es keine Zeit zur Beantwortung von wissenschaftlichen Fragen, hieß es in einer kurzen Stellungnahme. In Ermangelung der Antworten wurde ersatzweise der jüngst geschlossene Koalitionsvertrag von CDU/CSU und SPD auf die Problematik des Medikationsmanagements in Pflegeheimen näher betrachtet.

Auf Landesebene waren Dr. Ralf-Norbert Bartelt (CDU) und Dr. Thomas Spies (SPD) zu einem Statement bereit.

13.1 Entwicklung während der Verhandlung des Koalitionsvertrags zwischen CDU/CSU und der SPD auf Bundesebene

Zu Beginn der Koalitionsverhandlungen zwischen CDU/CSU und SPD auf Bundesebene (Ende 2013) brachte der gesundheitspolitische Sprecher Jens Spahn (CDU) die Idee ein, rund 2000 insolvenzgefährdete Krankenhäuser in Deutschland in Altenpflegeheime oder Medizinische Versorgungszentren umzuwandeln. Ein Investitionsfonds über 500 Millionen Euro würde dafür benötigt werden. In Anbetracht dessen, dass wenn ein Krankenhaus schließt, es zu einem Verlust von Arbeitsplätzen und der fehlenden medizinischen Versorgung kommen würde, könne die vorhandene Infrastruktur und das Knowhow der Mitarbeiter in neuen Funktionen weiter genutzt werden. So könne man neue Perspektiven vor Ort schaffen.⁶⁸

„Das ist ein wichtiger Schritt, um den sich wandelnden demografischen Verhältnissen gerecht zu werden“, ergänzte SPD-Verhandlungsführer Karl

68 vgl. <http://www.springermedizin.de/altenheim-statt-klinik/4792488.html> ; zuletzt eingesehen am 01.01.2014

Lauterbach diese Thematik. „Wir haben ein Überangebot an Krankenhäusern, die keine wirtschaftliche Perspektive haben.“ Dagegen fehlte es nach seinen Angaben oft an der Versorgung steigender Zahlen von Chroniken und an Pflegeangeboten.⁶⁹

Der Präsident der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), Alfred Dänzer, bezeichnete die Umwidmungsstrategie in seiner Pressemitteilung „Nichts Halbes und nichts Ganzes“ wie folgt: „Die diskutierten Umwidmungshilfen in Höhe von 500 Millionen Euro lösen das Problem der Unterfinanzierung der Investitionen bei den Kliniken, die weiterhin gebraucht werden, nicht.“⁷⁰

Letztendlich wurde die dargestellte Idee nicht in den Koalitionsvertrag mit aufgenommen, mutmaßlich ob der schwer zu kalkulierenden Kosten einer solch gravierenden Änderung im öffentlichen Gesundheitssystem.

13.2 Relevante Passagen im Koalitionsvertrag der neuen CDU/CSU/SPD Bundesregierung

„Im Zentrum der Gesundheitspolitik stehen die Patientinnen und Patienten und die Qualität ihrer medizinischen Versorgung“,⁷¹ so die zentrale Aussage des Koalitionsvertrags. Auch in der Zukunft sei die Freiberuflichkeit der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte ein unverzichtbares Element der flächendeckenden ambulanten Versorgung sowie ein Garant für die Diagnose- und Therapiefreiheit und für die freie Arztwahl.⁷²

Die Rolle des Hausarztes und dessen hausärztliche Versorgung solle weiter gestärkt werden.⁷³ Von Seiten des Bundesärztekammer-Präsidenten

69 <http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/56522/500-Millionen-Fonds-fuer-Umwandlung-von-Kliniken-in-Altenheime?s=500+Millionen+Fonds> ; zuletzt eingesehen am 01.01.2014

70 http://www.dkgev.de/dkg.php/cat/38/aid/11140/title/DKG_zu_den_bekannt_gewordenen_Ergebnissen_der_Koalitionsverhandlungen_der_Arbeitsgruppe_Gesundheit_und_Pflege_ ; zuletzt eingesehen am 01.01.2014

71 Koalitionsvertrag zwischen CDU,CSU und SPD; Deutschlands Zukunft gestalten; 18. Legislaturperiode, Berlin 2013; Zeile 2933–2934

72 vgl. Ebd. Zeile 2934–2938

73 vgl. Ebd. Zeile 2969–2970

Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery wird dies als positiv bewertet, der Koalitionsvertrag habe positive Ansätze, er sei aber kein großer Wurf.⁷⁴

„Die von Fachärztinnen und Fachärzten erbrachten hausärztlichen Leistungen sollen zukünftig nicht den hausärztlichen Teil der Gesamtvergütung mindern. Dies gilt umgekehrt für von Hausärztinnen und Hausärzten erbrachte Leistungen.“⁷⁵ „Die hausarztzentrierte Versorgung wird weiterentwickelt und um geeignete Instrumente zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit und zur Qualitätssicherung ergänzt.“⁷⁶

Demnach wird die Rolle der niedergelassenen Ärzte gestärkt. Die Anstellung eines Heimarztes wird nicht direkt thematisiert. Der Koalitionsvertrag erscheint hier mangelhaft. Denn was, wenn aufgrund des demografischen Wandels die medizinische Versorgung durch den Mangel an Hausärzten und Fachärzten in ländlichen Gebieten nicht mehr sichergestellt werden kann? Dann könnte auch ein Alten- und Pflegeheim die medizinische Versorgung nicht mehr sicherstellen. Hier bedarf es eines viel engeren Systems und der Zusammenarbeit zwischen Heim und Arzt, um die älter werdende Bevölkerung, besonders auf dem Land, entsprechend medizinisch versorgen zu können. Neue Denkansätze müssen entwickelt werden, da viele Ärzte die Freiberuflichkeit im ländlichen Gebiet als Hürde sehen und zum Teil das Angestelltenverhältnis präferieren. Hier greift der Koalitionsvertrag zu kurz. Der Gedanke eines niedergelassenen Arztes im ländlichen Raum im Angestelltenverhältnis an einem Alten- und Pflegeheim wird daher in Zukunft sicher eine gewichtigere Rolle spielen müssen.

Im Koalitionsvertrag ist einzig nachfolgende Passage hervorzuheben: „Leistungslücken beim Übergang von stationären in den ambulanten Versorgungsbereich wollen wir überwinden, indem das Entlassungsmanagement durch eine gesetzliche Koordinationsfunktion der Krankenkassen ergänzt wird. Die Möglichkeit der Krankenhäuser, bei einer Entlassung

74 vgl. <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=3.75.77.11780> ; zuletzt eingesehen am 01.01.2014

75 Ebd. Zeile 2970–2973

76 Koalitionsvertrag zwischen CDU,CSU und SPD; Deutschlands Zukunft gestalten; 18. Legislaturperiode, Berlin 2013; Zeile 3027–3029

Leistungen zu verordnen, werden ausgeweitet.“⁷⁷ Dies könnte sich positiv für das Medikationsmanagement der Pflegeheime auswirken. Besonders, wenn Patienten zum Wochenende vom Krankenhaus zurück ins Pflegeheim entlassen werden und bereits die medikamentöse Verordnung des Krankenhauses in ausreichender Menge für die Überbrückung des Wochenendes erhalten haben. Bisher werden Pflegeheime mit der Problematik alleine gelassen, indem Patienten zum Wochenende entlassen werden, jedoch aus Kostengründen kaum Medikamente vom Krankenhaus erhalten. Das Pflegeheim muss sich selbst um neue Rezepte für die Medikamente beim Hausarzt kümmern. Dies ist aufgrund der zeitlichen Verfügbarkeit von Ärzten und Apotheken an Wochenenden oftmals schwierig und bedarf organisatorischer Fähigkeiten des Pflegeheimpersonals. Die Sicherheit des Medikationsmanagements und der Verordnung wäre bei der Neuregelung, wie sie im Koalitionsvertrag zu finden ist, auch am Wochenende über das zu entlassende Krankenhaus zu regeln. Ein Vorteil für alle.

Des Weiteren steht im Koalitionsvertrag, dass die „elektronische Kommunikations- und Informationstechnologie die Leistungsfähigkeit in unserem Gesundheitswesen weiter verbessern könnte.“⁷⁸ Gerade der Bereich zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit und der Daten für ein verbessertes Einweisungs- und Entlassungsmanagement werden namentlich im Koalitionsvertrag genannt. Unter Berücksichtigung des Datenschutzes sollen Hindernisse beim Datenaustausch und Schnittstellenprobleme beseitigt werden.⁷⁹ In Anbetracht dessen, in welcher Form die neue Gesundheitskarte ursprünglich angedacht war und wie sie nun im Jahr 2014 dem Versicherten zur Verfügung steht, liegt ein großer Unterschied zwischen Plan und Realisierung vor, nutzen sie doch nur einen Bruchteil ihrer Möglichkeiten. Das Thema Datenschutz im Gesundheitswesen ist ein sehr sensibles Thema, daher ist dieser Punkt im Koalitionsvertrag als nur schwierig umsetzbar anzusehen. Sicherlich würde die elektronische Unterstützung im Einweisungs- und Entlassungsmanagement sowie zur Arznei-

77 Ebd. Zeile 2995–2998

78 Koalitionsvertrag zwischen CDU,CSU und SPD; Deutschlands Zukunft gestalten; 18. Legislaturperiode, Berlin 2013; Zeile 3056–3057

79 vgl. Ebd. Zeile 3059–3063

mitteltherapiesicherheit hilfreich sein und Probleme lösen, doch die Erfahrungen aus der elektronischen Gesundheitskarte lassen auf keine schnelle Umsetzung der elektronischen Möglichkeiten im Gesundheitswesen hoffen.

„Die sektorenübergreifende Qualitätssicherung mit Routinedaten wird ausgebaut. Wir werden gesetzlich ein Institut begründen, das dauerhaft und unabhängig die Qualität der ambulanten und stationären Versorgung ermittelt und dem Gemeinsamen Bundesausschuss Entscheidungsgrundlagen liefert.“⁸⁰ „Zur Förderung innovativer sektorenübergreifender Versorgungsformen und für die Versorgungsforschung wird ein Innovationsfonds geschaffen.“⁸¹ Dies wäre ein Schritt in die richtige Richtung, da nun die bisher getrennte Qualitätssicherung des ambulanten und stationären Bereichs zusammengeführt würden. Vielleicht wird es langfristig auch zu einer Aufhebung der strikten Zuordnung zu ambulant und stationär kommen. Dies würde im Interesse des Patienten und des Leistungserbringers zu einer effizienteren Versorgungsqualität führen. Der Bundesverband Medizintechnologie e.V. begrüßt die Qualitätsfokussierung im Koalitionsvertrag. „Um die Finanzierung unseres noch immer ausgezeichneten Gesundheitssystems in Deutschland zukunftssicher zu machen, müssen wir die Versorgungsprozesse effizienter gestalten und die Versorgungsqualität weiter verbessern“,⁸² sagte Joachim M. Schmitt, Geschäftsführer und Mitglied des Vorstands.

Prof. Ferdinand Gerlach, Vorsitzender des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, betonte, dass es heute einen Mengen- und Preiswettbewerb gebe – daneben müsse auch der Qualitätswettbewerb gestellt werden. „Die Richtung der Koalitionsvereinbarung stimmt“, so Prof. Gerlach, aber die „Hauptbaustellen“ einer qualitativ besseren Versorgung müssten erst noch angegangen werden. Zu diesen zählten aus seiner Sicht die Überwindung der Sektorengrenzen sowie die

80 Ebd. Zeile 3042–3045

81 Ebd. Zeile 3069–3070

82 <http://www.bvmed.de/presse/pressemitteilung/bvmed-zum-jahreswechsel-2013-14-positive-ansaetze-aus-dem-koalitionsvertrag-zur-qualitaetsfokussierung-gemeinsam-umsetzen.html> ; zuletzt eingesehen am 01.01.2014

Über-, Unter- und Fehlversorgung – besonders die medizinische Unterversorgung im ländlichen Raum.⁸³

Der Geschäftsführer des AQUA-Instituts, Prof. Joachim Szecsenyi, hält es für erforderlich, im Gesundheitssystem Deutschlands eine Qualitätskultur zu erzeugen. Das Gesundheitssystem fremdelte nach seiner Auffassung noch zu sehr mit der Qualität. Da die Qualität im Koalitionsvertrag prominent behandelt werde, verspreche er sich hiervon einen Schub. Zugleich betonte er, dass Routinedaten in der sektorübergreifenden Qualitätssicherung einen größeren Stellenwert bekommen würden. „Routinedaten sind eine wichtige Perspektive“, so Prof. Szecsenyi, doch muss es möglich sein, diese kassenartenübergreifend auszuwerten und fair zu vergleichen.⁸⁴

Auch im Bereich der Pflege wird im Koalitionsvertrag der Aufbau einer Qualitätssicherung der sektorübergreifenden Versorgung angestrebt. „Um die Transparenz und Nutzerorientierung im Pflegebereich zu verbessern, müssen Qualitätssicherungsverfahren wissenschaftlichen Standards genügen und kontinuierlich – auch im Hinblick auf eine Entbürokratisierung und ein sektorübergreifendes Vorgehen – weiterentwickelt und verbindlich gestaltet werden.“⁸⁵ Die Entwicklung der sektorübergreifenden Versorgung ist eine überaus positive Entwicklung.

Im Koalitionsvertrag ist festgehalten, „Wir stehen für eine flächendeckende, innovative und sichere Arzneimittelversorgung in Deutschland. Der unmittelbare Zugang zu neuen Arzneimitteln für alle Versicherten in Deutschland ist ein hohes Gut.“⁸⁶ Der freiberufliche Apotheker in einer inhabergeführten Apotheke wird gestärkt, da dieser den Bürgerinnen und Bürgern eine qualitativ hochwertige, sichere und wohnortnahe Arzneimit-

83 <http://www.gesundheitsstadt-berlin.de/nachrichten/artikel/koalitionsvereinbarung-im-mittelpunkt-des-7-nationalen-qualitaetskongresses-gesundheit-2642/>; zuletzt eingesehen am 01.01.2014

84 <http://www.gesundheitsstadt-berlin.de/nachrichten/artikel/koalitionsvereinbarung-im-mittelpunkt-des-7-nationalen-qualitaetskongresses-gesundheit-2642/>; zuletzt eingesehen am 01.01.2014

85 Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD; Deutschlands Zukunft gestalten; 18. Legislaturperiode, Berlin 2013; Zeile 3484–3487

86 Ebd. Zeile 3237–3238



telversorgung bietet.⁸⁷ Der Koalitionsvertrag macht deutlich, dass Voraussetzung für die Erstverschreibung von Arzneimitteln ein direkter Arzt-Patienten-Kontakt sein muss. Online-Konsultationen reichen dafür nicht aus, ...⁸⁸

Eine wichtige Rolle im Koalitionsvertrag kommt der Pflege zu, da sie sich verstärkt um die verbesserte Situation von Pflegebedürftigen und Pflegekräften einsetzen wollen.⁸⁹ „Hier sehen wir eine reelle Chance, für die patientenindividuelle Arzneimittelverblisterung (PAV). Sie ist das Mittel der Wahl, um eine spürbare Verbesserung bei der Qualität in der Pflege – namentlich in der Arzneimittelversorgung der Patienten herbeizuführen“, sagte Hans-Werner-Holdermann, der Vorsitzende des Bundesverbandes Patientenindividueller Arzneimittelverblisterer e. V.⁹⁰

Die patientenindividuelle Arzneimittelverblisterung ist eine sichere Form der Arzneimittelausgabe. Der risikobehaftete Prozess der Arzneimittelverabreichung wird durch die Verblisterung weitaus sicherer gemacht.

Leider ist im Koalitionsvertrag keine direkte Passage zum Medikationsmanagement in Pflegeheimen zu finden. Im Bereich der Pflege steht die neue Definition des Pflegebedürftigkeitsbegriffs im Vordergrund.

13.3 Relevante Passagen im Koalitionsvertrag der neuen Hessischen Landesregierung von CDU und Bündnis 90/ Die Grünen

Auch im hessischen Koalitionsvertrag gibt es keinen speziellen Absatz zum Medikationsmanagement in Pflegeheimen. „Unser Ziel in der Gesundheitspolitik ist eine verlässliche Gesundheitsversorgung und der Zugang aller zu guten Gesundheitsleistungen“,⁹¹ ist die lapidare Einleitung zur Thematik.

87 vgl. Ebd. Zeile 3278–3279

88 Ebd. Zeile 3282–3285

89 <http://www.blisterverband.de/29.11.2013%7C-pressemitteilung-14879.html> ; zuletzt eingesehen am 01.01.2014

90 <http://www.blisterverband.de/29.11.2013%7C-pressemitteilung-14879.html> ; zuletzt eingesehen am 01.01.2014

91 CDU Hessen und Bündnis 90/DIE GRÜNEN Hessen; VERLÄSSLICH GESTALTEN – PERSPEKTIVEN ERÖFFNEN HESSEN 2014 BIS 2019; Wiesbaden 2013; Zeile 3694–3696

Auch in Hessen solle der ambulante und stationäre Bereich stärker verzahnt werden. Die bisher bestehenden Hessischen Gesundheitskonferenzen sollen zu regionalen, sektorübergreifenden Versorgungskonferenzen weiterentwickelt werden.⁹² Dies ist zu befürworten, da die Einbindung des ambulanten und stationären Pflegebereichs notwendig wäre. An den regionalen Gesundheitskonferenzen können alle Akteure des regionalen Gesundheitswesens teilhaben.

„Die älter werdende Gesellschaft stellt völlig neue Anforderungen an eine menschenwürdige Pflege. Pflegebedürftige Menschen verdienen eine besondere Zuwendung, Respekt und einen würdevollen Umgang.“⁹³ Im Hessischen Koalitionsvertrag steht ausführlich, dass „die ganze Bandbreite der Pflege im Blick“⁹⁴ betrachtet wird, beginnend von der Pflegedienstleistung in den eigenen vier Wänden bis hin zur vollstationären Heimversorgung. Solch eine klare Formulierung fehlt im Bundeskoalitionsvertrag völlig. Dabei entsteht der Eindruck, dass die häusliche Pflege und pflegende Angehörige im Vordergrund stehen. Die Pflege soll in Hessen aufgewertet werden, hierbei spielen unter anderem Qualitäts- und Ausstattungsmerkmale sowie eine bedarfsgerechte Aus- und Weiterbildung eine wichtige Rolle.⁹⁵

„Die Landesregierung wird die im Bund anstehende Reform der Alten- und Krankenpflegeausbildung als modular gestaltete Ausbildung, d. h. mit einer einheitlichen Grundausbildung und einer darauf aufbauenden Spezialisierung für die Alten-, Kranken- und Kinderkrankenpflege, unterstützen. Darüber hinaus sollen auch die Aufstiegschancen in der Pflege verbessert werden, u. a. durch systematische Weiterbildungsangebote.“⁹⁶

Als Medizin- und Gesundheitsregion wird Mittelhessen eine besondere Rolle eingeräumt. „Mittelhessen wird als Medizin- und Gesundheitsregion

92 vgl. Ebd. Zeile 3714–3716

93 Ebd. Zeile 3776–3778

94 Ebd. Zeile 3778

95 vgl. Ebd. Zeile 3780–3782

96 CDU Hessen und Bündnis 90/DIE GRÜNEN Hessen; VERLÄSSLICH GESTALTEN – PERSPEKTIVEN ERÖFFNEN HESSEN 2014 BIS 2019; Wiesbaden 2013; Zeile 3786–3790

weiterhin gestärkt, insbesondere mit Blick auf die Netzwerkbildung in der medizinischen Forschung, der Krankenversorgung und der transnationalen Übersetzung in medizinische Produkte. Wir wollen Forschungsprojekte im Bereich Gesundheitsentwicklung in Zeiten des demografischen Wandels, Umwelt und Energie stärker zusammenführen und interdisziplinäre Projekte fördern.“⁹⁷

Der Hessische Pakt zur Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung soll auch in der kommenden Legislaturperiode weiterentwickelt werden. Eine bedarfsgerechte Versorgungsstruktur weiter zu entwickeln ist allerdings nur möglich, wenn alle Beteiligten, ergo medizinische Fakultäten, Ärzteorganisationen und Krankenkassen konstruktiv zusammen arbeiten und wirken.⁹⁸ „Ziel ist auch eine stärkere Kooperation aller Akteure vor Ort unter Einbeziehung der Kommunen.“⁹⁹

Im Lahn-Dill-Kreis startet im Jahr 2014 ein Projekt zur Sicherstellung der Hausarztpraxen. Hausärzte, die keine Nachfolger finden, können ihren Sitz an die Gesellschaft Landarztnetz Lahn-Dill verkaufen. Die Praxen bleiben vor Ort und sind dann eine Filiale des medizinischen Versorgungszentrums. Für die Praxisfiliale wird ein Arzt für zwei Jahre befristet angestellt. Der Arzt erhält einen festen Lohn und trägt nicht das wirtschaftliche Risiko. Nach zwei Jahren bekommt der Arzt die Gelegenheit, die Praxis als selbständiger Hausarzt zu übernehmen.¹⁰⁰

Dies ist ein interessantes Modell, wie die ärztliche Versorgung sichergestellt werden könnte und um jungen Ärztinnen und Ärzten das Leben als Landarzt näher zu bringen. Von diesem Projekt profitieren auch die Kranken- und Pflegeheime im Lahn-Dill-Kreis. Denn ohne die hausärztliche Versorgung von niedergelassenen Ärzten vor Ort wäre die medizinische Versorgung nicht mehr gesichert.

97 Ebd. Zeile 3614–3619

98 vgl. Ebd. Zeile 3732–3738

99 Ebd. Zeile 3738–3739

100 vgl. http://www.hr-online.de/website/rubriken/nachrichten/indexhessen34938.jsp?rubrik=36090&key=standard_document_50378487 ; zuletzt eingesehen am 01.01.2014

13.4 Antworten der beiden gesundheitspolitischen Sprecher

Die Antworten von Seiten des gesundheitspolitischen Sprechers der CDU-Fraktion im Hessischen Landtag, Herrn Dr. Ralf-Norbert Bartelt, wurden noch vor der Unterzeichnung des hessischen Koalitionsvertrags Ende Dezember 2013 gegeben. Dr. Bartelt stellte darin klar, dass es keine speziellen Aussagen im Koalitionsvertrag zur Prozessoptimierung bei der Medikamentenausgabe in Alten- und Pflegeheimen geben werde. Ziel des hessischen Koalitionsvertrags der nächsten Landesregierung sei es, die Zahl der Pflegekräfte zu erhöhen, das Ansehen von Pflegeberufen zu verbessern und die Kooperation von Ärzten und Pflegekräften zu fördern. Der Bürokratieabbau in der Pflege, vor allem bei der Dokumentationspflicht, sei eine weitere Herausforderung. Die Stellung des niedergelassenen Arztes als Freiberufler bleibe für ihn eine grundsätzliche Position. In der im Januar 2014 endenden Wahlperiode in Hessen würde der Zuschuss für die Altenpflegeausbildung entdeckt, sodass jeder Ausbildungsinteressent auch einen Platz erhalte. Dadurch sei es der Politik gelungen, die Rahmenbedingungen zu verändern und die Zahl der Auszubildenden deutlich zu steigern. Im Rahmen des Pflegegesetzes und der Einführung der Qualitätskontrolle durch die Heimaufsicht auch für ambulante Dienste wurde dieses Element des Bürokratieabbaus und der Vermeidung von Doppelkontrollen durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen und der Heimaufsicht eingeführt so Dr. Ralf Norbert Bartelt.¹⁰¹

Der gesundheitspolitische Sprecher der SPD-Fraktion im Hessischen Landtag, Herr Dr. Thomas Spies, äußerte sich zu den an ihn gerichtete Fragen dahingehend, dass hierbei die Politik nur sehr am Rande angesprochen sei. Medikamentenmanagement sei eine Managementaufgabe, deren Zuständigkeit keineswegs unklar sei. „Die Rahmenbedingungen sind klar: jeder Verordnende und jeder Apotheker ist für die Verträglichkeit verantwortlich; Betreuer und Heimleitung bzw. Pflege für korrekte Ausführung; Koordinator und Kontrolleur ist der Hausarzt. Und es gibt hinreichende Schutznormen: Eine Fehlbehandlung stellt eine Körperverletzung da; falsche Dokumentation eine Urkundenfälschung. Das Problem scheint mir hier eher, dass viele Akteure sich der Gültigkeit und Anwendbarkeit von

101 Dr. Ralf-Norbert Bartelt, MdL, E-Mail vom 05.12.2013



Normen nicht hinreichend im Klaren sind oder nicht wagen, Fehler anderer anzusprechen.¹⁰² Eine Stärkung der Aufsicht und der Kontrolle mit entsprechenden Sanktionen könne zur Behebung führen.

Bestrebungen, die Schnittstellenproblematik beim Medikationsmanagement in ein geschlossenes System umzuwandeln, gäbe es nach seinem Wissensstand nicht. „Das Problem wird nur durch eine bessere Abstimmung der Akteure und eine klare Ansprache von Fehlern einzelner durch die anderen lösbar sein.“¹⁰³

Die Anstellung eines Heimarztes sei nach seiner Meinung, nichts widersprüchliches, solange die freie Arztwahl des Heimbewohners gewahrt werden würde. So könne das Heim einen Heimarzt anstellen, dieser müsste aber nicht gleichzeitig für alle Heimbewohner auch der Hausarzt sein. Wichtig erscheine ihm eine „angemessene Fehlerkultur und die verbindliche Einführung regelmäßiger Koordinationstreffen aller an der Behandlung eines multimorbiden Patienten im Pflegeheim beteiligten.“¹⁰⁴

13.5 Fazit

Von Seiten der Politik können nur Rahmenbedingungen geschaffen werden und zwar solche, die alle Beteiligten mit einbinden. Der Plan der Gesundheitspolitik in allen Sektoren, egal ob ambulant oder stationär, eine bessere Qualität zu ermöglichen, wäre ein wichtiger und richtiger Weg. Langfristig wird dadurch die Trennung zwischen ambulanter und stationärer Behandlung schwinden. Dies sind alles Entwicklungen, die der langfristigen Lösung der Problematik des Medikationsmanagements entgegenkommen. Wichtig ist hierbei, dass die lokalen Akteure miteinander kommunizieren und offen ihr Fehlermanagement analysieren.

Die Regionalen Gesundheitskonferenzen in Hessen sind eine Entwicklung zur Einbindung aller lokalen Akteure der Gesundheitsversorgung. Der Kontakt und die Kommunikation über die jeweiligen Fachdisziplinen zum Wohle des Patienten sind elementar. So lassen sich Strukturen und Prozesse effizient und effektiv gestalten.

102 Dr. Thomas Spies, MdL, Mail vom 05.12.2013

103 Ebd.

104 Ebd.

Das deutsche Gesundheitssystem selbst ist international anerkannt und wird von einigen Ländern beneidet. Doch könnte der hohe medizinische Standard noch wirtschaftlicher sein, wenn eine elektronische, individuelle Dokumentation in Form einer Gesundheitskarte, für jeden Patienten stärker von der Politik forciert werden würde. Langfristig würde der Patient vom Nutzen einer digitalen Gesundheitskarte profitieren. Besonders das Medikationsmanagement wäre für alle Beteiligten deutlich transparenter. Unser medizinischer Standard des 21. Jahrhunderts muss auch im Bereich der elektronischen Patientenkarte das jetzige Zeitalter erreichen.

In Anbetracht der älter werdenden Bevölkerung und der nur schwierigen Neubesetzung von Arztsitzen im ländlichen Raum werden sich langfristig die Akteure im Gesundheitswesen die Frage stellen müssen, wie eine medizinische Versorgung gewährleistet werden kann. Langfristig wird dieser Problematik den Ansatz eines „Heimarztes“ voranbringen. Das Modell „heimversorgender Arzt“ müsste auch an die Bereiche der medizinischen Versorgungszentren angebunden werden, dies entweder mit baulichen oder organisatorischen Mitteln. Den Gedankengang der Großen Koalition im Bund, Krankenhäuser in Alten- und Pflegeheimen umzuwandeln, ist ein Gedanke der in diese Richtung geht, aber noch ausbaufähig ist. Die Pflegebedürftigkeit wird besonders im ländlichen Raum in den nächsten Jahren weitaus gravierender ausfallen als in den Ballungszentren, da das urtypische, soziologische Bild der Mehrgenerationenfamilie auf dem Land aufgrund der vermehrten Abwanderung der jüngeren Generation weniger ausgeprägt sein dürfte. Das Ehrenamt kann diese Versorgungslücke kaum schließen, daher wird der Bedarf an professionellen Pflegeeinrichtungen in ländlichen Regionen stark ansteigen.

Da es heute schon Projekte gibt, die versuchen Hausarztsitze im ländlichen Raum mit Ärzten im Angestelltenverhältnis zu besetzen, könnte es in Zukunft sein, dass Alten- und Pflegeeinrichtungen gemeinsam mit Krankenkassen versuchen werden eine Heimarztversorgung aufzubauen.

Von Seiten der Politik wird an der Verbesserung des Ansehens des Pflegeberufs sowie an der Bewältigung des zukünftigen Bedarfes an Pflegepersonal gearbeitet. Aus den mir vorliegenden Statements der Landespolitiker ist herauszulesen, dass die Problematik des Medikationsmanagements in Alten- und Pflegeheimen bisher noch nicht politisch angegangen wird.



Der insgesamt geringe Rücklauf lässt mutmaßen, dass vielen Gesundheitspolitikern die Problematik bisher noch nicht bewusst war, beziehungsweise keine politischen Konzepte stehen, um diese Problematik parteipolitisch anzugehen.

In den neuen Koalitionsverträgen auf Landes- und Bundesebene wird das Medikationsmanagement in Pflege- und Altenheimen nicht direkt angesprochen. Jedoch werden viele Bereiche und Details das Medikationsmanagement und dessen Problematik berühren und beeinflussen.

Vielleicht bedarf es des Lernens von unseren Nachbarländern, da Österreich das Thema und dessen Problematik erkannt hat. Dort hat nun die Österreichische Apothekerkammer den Vorstoß eingebracht, dass das Medikationsmanagement jedem Kunden zugutekommen müsse, auch im Pflegeheim. Viele teure Krankenhausaufenthalte könnten durch ein umfassendes Medikationsmanagement verhindert und Gesundheitskosten reduziert werden.¹⁰⁵

Literatur

1. Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD; Deutschlands Zukunft gestalten; Berlin 2013.
2. CDU Hessen und Bündnis 90/DIE GRÜNEN Hessen; VERLÄSSLICH GESTALTEN – PERSPEKTIVEN ERÖFFNEN HESSEN 2014 BIS 2019; Wiesbaden 2013.
3. <http://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/spektrum/news/2013/11/22/medikationsmanagement-hilft-beim-sparen/11528.html> ; zuletzt eingesehen am 01.01.2014.
4. http://www.hr-online.de/website/rubriken/nachrichten/indexhessen34938.jsp?rubrik=36090&key=standard_document_50378487 ; zuletzt eingesehen am 01.01.2014.
5. <http://www.blisterverband.de/29.11.2013%7C-pressemitteilung-14879.html> ; zuletzt eingesehen am 01.01.2014.
6. <http://www.bvmed.de/presse/pressemitteilung/bvmed-zum-jahreswechsel-2013-14-positive-ansatze-aus-dem-koalitionsvertrag-zur-qualitaetsfokussierung-gemeinsam-umsetzen.html> ; zuletzt eingesehen am 01.01.2014.
7. <http://www.gesundheitsstadt-berlin.de/nachrichten/artikel/koalitionsvereinbarung-im-mittelpunkt-des-7-nationalen-qualitaetskongresses-gesundheit-2642/>; zuletzt eingesehen am 01.01.2014.
8. <http://www.gesundheitsstadt-berlin.de/nachrichten/artikel/koalitionsvereinbarung-im-mittelpunkt-des-7-nationalen-qualitaetskongresses-gesundheit-2642/>; zuletzt eingesehen am 01.01.2014.

105 vgl. <http://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/spektrum/news/2013/11/22/medikationsmanagement-hilft-beim-sparen/11528.html> ; zuletzt eingesehen am 01.01.2014



9. <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=3.75.77.11780> ; zuletzt eingesehen am 01.01.2014.
10. http://www.dkgev.de/dkg.php/cat/38/aid/11140/title/DKG_zu_den_bekannt_gewordenen_Ergebnissen_der_Koalitionsverhandlungen_der_Arbeitsgruppe_Gesundheit_und_Pflege_ ; zuletzt eingesehen am 01.01.2014.
11. <http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/56522/500-Millionen-Fonds-fuer-Umwandlung-von-Kliniken-in-Altenheime?s=500+Millionen+Fonds> ; zuletzt eingesehen am 01.01.2014.
12. <http://www.springermedizin.de/altenheim-statt-klinik/4792488.html> ; zuletzt eingesehen am 01.01.2014.
13. https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2013/01/PD13_024_224.html ; zuletzt eingesehen am 01.01.2014.
14. https://hsm.hessen.de/sites/default/files/HSM/broschuere_seniorenpolitische_initiative.pdf ; zuletzt eingesehen am 01.01.2014.



14 Die Entwicklung eines neuen Leitbildes für Apotheker – Wie kann oder sollte der Beruf des Apothekers in Zukunft aussehen?

Gabriele Quaschnewski

Zur besseren Verständlichkeit der aktuellen Leitbilddiskussion für Apotheker ist es wichtig, das Berufsbild des Apothekers vom diskutierten, zu definierenden Leitbild abzugrenzen. Die aktuelle Entwicklung im Gesundheitswesen erfordert sowohl aufgrund der demographischen Entwicklung, der strukturellen Veränderungen auf dem Land als auch der Kostensteigerungen im Gesundheitssektor vom Apotheker eine klare Positionierung seiner beruflichen Aufgaben. Der Einfluss des Apothekers wird vom Berufsstand selbst, der Bevölkerung und den unterschiedlichen Beteiligten im Gesundheitswesen gesteuert. Es stellt sich die Frage, ob sich der Apotheker in der Zukunft durch Ausbau seiner Kompetenzen und die Übernahme zusätzlicher Aufgaben stärker in das Gesundheitswesen einbringen sollte als es aktuell der Fall ist und wie die Umsetzung erfolgen sollte.

14.1 Berufs- und Leitbild des Apothekers

14.1.1 Berufsbild des Apothekers

Das Berufsbild des Apothekers ist gesetzlich in der Bundesapothekerordnung (BapO) festgelegt. Die Bundesapothekerordnung definiert die Kernaufgabe der Apotheker: „Der Apotheker ist berufen, die Bevölkerung ordnungsgemäß mit Arzneimitteln zu versorgen. Er dient damit der Gesundheit des einzelnen Menschen und des gesamten Volkes [...] Ausübung des Apothekerberufs ist die Ausübung einer pharmazeutischen Tätigkeit, insbesondere die Entwicklung, Herstellung, Prüfung oder Abgabe von Arzneimitteln unter der Berufsbezeichnung „Apotheker“ oder „Apothekerin“.¹⁰⁶ Die Definition des Apothekers nach der Gesundheitspersonalrechnung (GPR) des Statistischen Bundesamtes, welche detaillierte Angaben über die Anzahl und die Struktur der Beschäftigten im Gesundheitswesen liefert, lautet: „Apotheker sind berufen, die Bevölkerung ordnungsgemäß mit Arzneimit-

106 § 1 und § 2 (3) Bundesapothekerordnung (BapO).

teln zu versorgen, wie § 1 der Bundesapothekerordnung ihre Kernaufgabe festlegt. Dazu gehört nicht nur die Bereitstellung und Abgabe von Arzneimitteln, sondern auch die Beratung über deren sachgerechte Anwendung, Aufbewahrung, Wirkungsweise und Risiken sowie die Fertigung von Arzneimitteln in kleineren Mengen.¹⁰⁷

Durch die Apothekenbetriebsordnung (Verordnung über den Betrieb von Apotheken, ApBetrO) wird der Betrieb einer Apotheke geregelt und die pharmazeutische Tätigkeit definiert. Sie regelt die sichere und gute Arzneimittelversorgung durch die Apotheken. In die neue Apothekenbetriebsordnung vom 12.06.2012 wurde zusätzlich das Medikationsmanagement als pharmazeutische Tätigkeit aufgenommen.¹⁰⁸

Durch diese gesetzlich übertragenen Aufgaben ist der Aufgabenbereich des Apothekers vorgegeben und zeigt, wieviel Bedeutung die Politik dem Wohlergehen des Volkes beimisst. Die Aufnahme des Medikationsmanagements als pharmazeutische Tätigkeit unterstreicht zudem, wie wichtig dem Gesetzgeber die Gewährleistung der Arzneimitteltherapiesicherheit durch den Apotheker ist. Schon im Jahre 1241 wurde durch das Edikt von Salerno der Arztberuf vom Beruf des Apothekers klar abgegrenzt.¹⁰⁹ Diese Abgrenzung ist bis heute gesetzlich vorgeschrieben. Der Arzt verordnet und verwendet die Arzneimittel als Hilfsmittel seiner beruflichen Aufgabe. Der Apotheker ist nach § 20 ApBetrO für die ordnungsgemäße Versorgung der Bevölkerung zuständig und garantiert diese. Er berät und informiert die Patienten des Arztes und seine Kunden, immer genau abgegrenzt von der heilberuflichen Kompetenz des Arztes.¹¹⁰

14.1.2 Leitbild des Apothekers

Für alle in der öffentlichen Apotheke tätigen Apotheker soll ein neues Leitbild erarbeitet werden, welches den Schwerpunkt auf Patientenorientie-

107 www.gbe-bund.de, Stichwort: Apotheker, Definition: Apotheker (aufgerufen am 28.12.2013).

108 § 1a (3) Apothekenbetriebsordnung (ApBetrO).

109 http://www.med-kolleg.de/klassische_apotheke.html (aufgerufen am 02.01.2014).

110 vgl. § 20 ApBetrO Information und Beratung.



zung, Medikationsmanagement und die interdisziplinäre Vernetzung mit anderen Gesundheitsberufen insbesondere auf die verstärkte Kooperation mit Ärzten legt. Der Schwerpunkt soll weniger auf der Logistik liegen, sondern mehr auf der Therapiebegleitung des Patienten. Diese Entwicklung des Leitbildes wird und ist ein kontinuierlicher Prozess.

Heutzutage entwickeln Unternehmen, Verbände, Landesapothekerkammern und auch einzelne Apotheken für ihre Tätigkeit Leitbilder, um sowohl extern als auch intern ihren Aufgabenschwerpunkt zu beschreiben und sich in der Öffentlichkeit darzustellen. Ohne eigene Mission und Vision ist es schwer auf neue Gegebenheiten einzugehen und das Unternehmen weiterzuentwickeln. Zusätzlich stärkt ein Leitbild den Zusammenhalt und die Zufriedenheit der Mitarbeiter, sie können sich besser mit dem Unternehmen und ihren Aufgaben identifizieren. Für den angestellten Apotheker als auch den Inhaber einer Apotheke ist in der Vergangenheit kein allgemeingültig formuliertes Leitbild entwickelt worden. Einzelne Apotheken haben im Zuge der Einführung des Qualitätsmanagementsystems ein individuell entwickeltes Leitbild für ihr Unternehmen festgelegt. Ebenso die einzelnen Landesapothekerkammern und die Verbände, genannt sei hier der Apothekerverband Nordrhein, der auf seiner Internetseite ein Leitbild für Apotheken – aus Sicht des Apothekerverbandes Nordrhein e. V. kommuniziert.¹¹¹

Die Diskussion für ein neues Leitbild wurde auf dem Deutschen Apothekertag am 19.09.2013 in Düsseldorf gestartet. Die Leitbild-Kommission der Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA) stellte ihre Vorstellungen zum neuen Leitbild aus ihrer Arbeitsgruppe vor. Diese Vorstellung war die Ausgangssituation der lebhaften, kontroversen Diskussion unter den Teilnehmern des Apothekertages. Das Ziel ist eine Ergebnisfindung bis zum Deutschen Apothekertag 2014.

Wie kann und sollte das Leitbild den Platz des Apothekers in der Gesellschaft definieren und welche Aufgaben und Funktionen sollten die Apotheker in der öffentlichen Apotheke zukünftig wahrnehmen? Wie soll der Beruf des Apothekers in der Zukunft aussehen? Soll alles so bleiben wie es ist oder sind Veränderungen notwendig? Fordern die geänderten Verhältnisse und Anforderungen des Gesundheitswesens eine Veränderung?

111 vgl. <http://www.av-nr.de/index.php?id=465> (aufgerufen am 28.12.2013).

14.1.3 Unterschied Berufsbild und Leitbild

Das Berufsbild ist nicht mit dem Leitbild des Apothekers gleichzusetzen. Das Berufsbild ist wie unter 2.1 beschrieben gesetzlich festgeschrieben. Daher muss und soll das Berufsbild nicht neu definiert werden. Das Leitbild bietet die Möglichkeit das Berufsbild zu ergänzen bzw. weiterzuentwickeln.

14.1.4 Vorgehensweise bei der Leitbildfindung des Apothekers

Auch wenn sich das Leitbild auf die Funktion des in einer öffentlichen Apotheke tätigen Apothekers beziehen soll, ist es sinnvoll die Diskussion mit Kollegen aus allen pharmazeutischen Berufsfeldern zu führen. Die Arbeitsgebiete der Apotheker sind breit gefächert und Tätigkeitsfelder außerhalb der Apotheke sind u. a. Krankenhausapotheken, pharmazeutische Industrie, Forschungseinrichtungen, Krankenkassen, die Bundeswehr oder Fachorganisationen. Der einseitige Bezug nur auf die in der Apotheke tätigen Apotheker wurde zunächst von vielen Seiten bemängelt. Hessens Landesapothekerkammerpräsidentin Frau Erika Fink betonte in ihrem Brief an die ABDA-Spitze die Wichtigkeit der Einbeziehung aller Apotheker und die Ausweitung auf alle Tätigkeitssparten, die der Pharmazeut übernehmen kann. Wichtig ist diese Einbeziehung für alle nicht in Apotheken angestellte Pharmazeuten vor dem Hintergrund der aktuell stattfindenden Diskussion der verpflichtenden Mitgliedschaft in der Rentenversicherung oder der möglichen Zugehörigkeit zum Versorgungswerk der Apotheker.¹¹²

Der Präsident der ABDA Friedemann Schmidt möchte nun die Basis, d. h. jeden einzelnen Apotheker in die Leitbildfindung mit einbeziehen. Zunächst wird der Leitbildprozess in den einzelnen Landesapothekerkammern vorgestellt. Hiernach wird eine Internetdiskussionsplattform eingerichtet auf der alle Apotheker Meinungen und Vorschläge zu allen Themen der apothekerlichen Tätigkeit äußern können. Auch wird auf die Beantwortung eines Fragenkatalogs gesetzt. Die Auswertung der Internetdiskussionsplattform erfolgt von den Landesapothekerkammern. Es sollen Arbeitsgruppen eingesetzt werden, die diese Ergebnisse zusammenfassen und Leitbildvorschläge erarbeiten. Im April 2014 ist ein Konvent aus Vertretern

112 vgl. Pharmazeutische Zeitung, Nr. 48, 28.11.2013, S. 76 und LAK konkret, Heft 6 Nov/Dez 2013, S.4.

aller Mitgliedsorganisationen mit dem Titel „Weiterentwicklung der öffentlichen Apotheken in Deutschland“ geplant. Hier soll ein erstes Leitbild entwickelt werden, welches im Internet wiederum durch alle Apotheker kommentiert werden kann und soll. Diese Reaktionen werden im Mai 2014 auf einer Tagung ausgewertet. Eine Endfassung wird am 25. Juni 2014 in der Mitgliederversammlung der ABDA vorgestellt. Die Präsentation für die Öffentlichkeit erfolgt auf dem Apothekertag 2014 in München. Die ABDA hat die Kommunikationsagentur Cyrano, Münster (Westfalen) zur Unterstützung beauftragt. Die Agentur wird die interne Kommunikation übernehmen und die ABDA bei einer auf wahrscheinlich 3 Jahre ausgelegten Imagekampagne unterstützen.¹¹³

14.2 Sichtweisen, Diskussion und öffentliche Stellungnahmen zum Bild des Apothekers

14.2.1 Bild des Apothekers aus der Sicht der Bevölkerung

In der am 15.5.2013 veröffentlichten Liste der vertrauenswürdigen Berufe in Europa liegen die Apotheker an 4. Stelle nach dem Feuerwehrmann, der Krankenschwester und dem Piloten.¹¹⁴

Als inoffizielle Bezeichnungen werden für den Beruf des Apothekers häufig „Pillendreher“ oder „Schubladenzieher“ verwendet.¹¹⁵ Oftmals ist diese Verwendung eher abwertend gemeint. Vielfach wird der Apotheker in der Bevölkerung als passiv empfunden, er lebt schon jahrelang von seinen „Apothekerpreisen“ und möchte nur etwas verändern, wenn es ihm ans Geld geht. Dennoch werden die Apotheker in allen Lebenslagen als Vertrauensperson gesehen. Für ihre Kunden sind sie eine Mischung aus medizinischem Notdienst, wandelndem Lexikon und Berater in allen Lebens- und Alltagsfragen.

In der Studie zur „Zukunft der Apotheke“ (Zeitraum Juli bis November 2011) durch das Institut für Handelsforschung (IfH Köln) wurden die Kunden gefragt, wie sie sich die zukünftige Apotheke vorstellen. Ausdrücklicher

113 www.abda.de, Home/Presse/Pressemitteilungen, Berlin, 31.10.13.

114 Reader's Digest „European Trusted Brands 2013“, S. 7, veröffentlicht am 05.05.2013.

115 wikipedia „Pillendreher“ (aufgerufen am 28.12.2013).

Kundenwunsch ist eine Ausweitung des Beratungs- und Serviceprogramms. Die Kunden können sich auch einen Service mit praktischen Nutzen vorstellen, eine stärkere Kooperation Arzt-Apotheker, um Arzneimittelnebenwirkungen zu reduzieren.

„In der Bevölkerung werden Apotheker heute als kompetente Arzneimittelfachleute und Lotsen im Gesundheitswesen wahrgenommen. Und wenn es nach den Verbrauchern geht, dann soll das auch so bleiben: Über 90 Prozent der Bundesbürger wünschen sich auch zukünftig die Apotheke als schnell und leicht zu erreichenden Ansprechpartner und Wegweiser im Gesundheitswesen. Schon heute ist die Apotheke für knapp 60 Prozent der Verbraucher erste Anlaufstelle bei leichteren Beschwerden – Tendenz steigend: Über zwei Drittel der Verbraucher glauben, dass der Apotheker für die eigene Gesundheit immer wichtiger wird, weil die ärztlichen Gesundheitsleistungen immer weiter gekürzt werden.“¹¹⁶

Anhand dieser Studie ist erkennbar, dass die Bevölkerung die Wichtigkeit einer konsequenten Weiterentwicklung der Aufgabenentwicklung erkannt hat und akzeptieren würde. Dieses Ergebnis wird in der ABDA Broschüre: Die Apotheke Zahlen, Daten, Fakten 2012 bestätigt. 87 % der Bundesbürger haben hohes Vertrauen in die Apotheken (Reader's Digest 2012), 72 % gehen bei kleineren gesundheitlichen Beschwerden zuerst in die Apotheke (IFAK-Institut 2011) und 82 % bewerten die Servicequalität der Apotheken als gut und küren sie zu den besten Dienstleistern Deutschlands (Allensbach 2008).¹¹⁷

14.2.2 Bild des Apothekers aus der Sicht der Presse

Häufig werden die Apotheker in der Presse als Empfänger von Leistungen dargestellt. Der Begriff Pillendreher wird eher im negativen Sinne verwendet. Unruhe gab es unter den Apothekern nach einem Artikel im Nachrichtenmagazin „Der Spiegel“ mit der Überschrift „Pillendreher als Datendealer“. Der Bayrische Apothekerverband sah durch die Überschrift und die

116 Institut für Handelsforschung (IfH) Köln, Studie zur „Zukunft der Apotheke“, http://www.av-nr.de/fileadmin/Downloads/Aktuelles/IfH-Studie_Zukunft_der_Apotheke.pdf (aufgerufen am 28.12.2013).

117 vgl. ABDA-Broschüre, Apotheke Zahlen Daten Fakten 2012, S.2.



dazugehörige Bebilderung den Pressekodex verletzt. Er ist weiterhin der Meinung, dass die Überschrift ehrverletzend ist und durch die knappe Darstellung der Berufsverband in Misskredit gebracht wird. Der Presserat folgte dieser Argumentation nicht. Er merkte an, dass die Überschrift auf den ersten Blick irreführend sei, aber die Bezeichnungen Pillendreher oder Datendealer nicht ehrverletzend wären.¹¹⁸

14.2.3 Bild des Apothekers aus der Sicht der Ärzte

Der Apotheker als Gesundheits- und Medikationsmanager bedeutet für viele Beteiligten im Gesundheitswesen wie z. B. die Krankenkassen und besonders für Ärzte Unsicherheit und ein zwiegespaltenes, ungutes Gefühl. Vorurteile und Kompetenzgerangel sind vielfach vorherrschend. Die Übernahme von Aufgaben durch den Apotheker ist augenscheinlich eine Eingrenzung der Kompetenz des anderen. Die Einrichtung einer pharmazeutischen Betreuung durch den Apotheker empfindet der Arzt als Bedrohung und Eingriff in seine professionelle Domäne.

In einem Artikel der Tageszeitung „Die WELT“ forderte der ABDA-Vizepräsident Matthias Arnold, dass Apotheker zukünftig für besondere Beratungsleistungen und ein Medikationsmanagement ein gesondertes Honorar bekommen sollen. „Die Zukunft liegt für Apotheker vor allem in einer verstärkten Beraterfunktion und im Medikationsmanagement [...] Wir sollten in Zukunft auch Leistungen honorieren, die nicht direkt an die Packung geknüpft sind.“¹¹⁹ „Hier soll in die Kernkompetenz des Arztes eingegriffen und dafür auch noch Geld kassiert werden“, kommentierte die KV-Vorstandsvorsitzende Monika Schliffke Arnolds die Aussagen in einem Bericht des Deutschen Ärzteblatts.¹²⁰ Trotz heftigem Widerspruch hält aber auch Monika Schliffke eine Verbesserung der Zusammenarbeit im Sinne der Patienten für sehr wichtig. Dennoch kündigte die Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein (KVSH) ihre Mitgliedschaft in der Interes-

118 Nachrichtenmagazin „Der Spiegel“, 34/2013 und BAV/DAZ.online, Presserat lässt „Pillendreher“-Artikel unbeanstandet, 16.10.2013, 16:59 Uhr.

119 Pharmazeutische Zeitung, 33/2013, <http://www.pharmazeutische-zeitung.de/index.php?id=48286> (aufgerufen am 28.12.2013).

120 apotheke + marketing 10–13, Die Lei(d)tbild-Debatte, S. 11.

sengemeinschaft für Heilberufe (IdH).¹²¹ Die IdH ist ein bundesweiter einzigartiger Zusammenschluss aller Heilberufler der Organisationen von Ärzten, Apothekern, Zahnärzten und Psychotherapeuten auf Landesebene und sorgt für Meinungsaustausch zwischen den Heilberufen und der Politik.¹²²

14.2.4 Sichtweise des eigenen Berufstandes

Unter den Apothekern wird die Diskussion um die Findung eines neuen Leitbildes sehr unterschiedlich aufgenommen und kommentiert. Einige Apotheker empfinden die Leitbilddiskussion als unnötig. Der Beruf wird schon seit Jahren ausgeübt, man benötige keine Vorgabe von oben. Auf der DAZ.online-Seite findet eine rege Diskussion statt. Nachfolgend einige Eindrücke: „Korrekt! Wir brauchen keine Neuerfindung. Wir müssen nur Back to the roots und das leben, wofür wir ausgebildet wurden, Verbraucherschutz für den Patienten [...] Würde die Masse wirklich so arbeiten, hätte ich keine Probleme mit dieser Art von Arbeit: Patienten werfen mir vor, unverschämt zu sein, wenn ich die Standardfragen stelle.“¹²³ Andere fordern eine grundlegende Veränderung der Stellung und Aufgabenweiterentwicklung des Apothekers. Dr. Peterseim, Apotheker und Vorsitzender des Bundesverbandes klinik- und heimversorgender Apotheker beschreibt in seinem Artikel, dass die heimversorgenden Apotheker eine gute Ausgangsposition zur Umsetzung des geforderten Medikationsmanagements haben. Besonders wichtig sei die Betrachtung der Lebenswirklichkeit und der -umstände des Patienten. Dieses Wissen habe der Apotheker häufig und umfassend. Nach Ansicht Dr. Peterseims sollten verbindliche Kommunikationsstrukturen zwischen den beteiligten Berufsgruppen eingeführt

121 vgl. Abgeordnetenversammlung der KVSH am 11.09.2013, Bericht zur Lage, Dr. Monika Schliffke, Vorstandsvorsitzende, <http://www.kvsh.de/index.php?q=schliffke+Bericht+zur+lage+11.09.2013&StoryID=266&x=7&y=5> (aufgerufen am 02.01.2014) und <http://www.kvsh.de/db2b/upload/news/130911%20Bericht.pdf> (aufgerufen am 28.12.2013).

122 <http://www.idh-sh.de/index.html> (aufgerufen am 28.12.2013).

123 DAZ.online, Tagesnews-Politik, Kammer Nordrhein: Kritik an Leitbilddiskussion, Internetdiskussion, Björn Kersting, 26.10.2013, 10:26 Uhr.



werden.¹²⁴ In diesen Aussagen finden sich wichtige Teilaspekte und Anregungen für die neue Leitbildfindung wieder, besonders die geforderte stärkere Patientenorientierung, die mit Hilfe des Medikationsmanagements verwirklicht werden kann. Schon 2007 wurde der Aktionsplan zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) ins Leben gerufen.¹²⁵ Viele Beispiele von AMTS-Projekten besonders aus Nordrhein-Westfalen erhöhen das Ansehen und stärken das Selbstbewusstsein des Apothekers.¹²⁶ Ebenso unterstützend für die Aufgabenentwicklung und Veränderung ist die Einführung neuer Versorgungsmodelle. ARMIN (Arzneimittelinitiative Sachsen/Thüringen, früher ABDA-KBV-Modell) setzt eine verstärkte Kommunikation zwischen Arzt und Apotheker voraus und fördert die Kommunikation auf Augenhöhe. Diese engagierten und unterschiedlichen Projekte der Apotheker belegen, wie wichtig eine Verbesserung der Arzneimitteltherapie, die Vermeidung von unerwünschten Arzneimittelereignissen ist und wie hierdurch Kosten eingespart werden. Die AMTS-Projekte zeigen die Leistung der Apotheker und überzeugen durch ihre Arbeit. Eine Berufung auf diese Projekte bei der Diskussion um die Festlegung eines Honorars für die Dienstleistung Medikationsmanagement ist unterstützend. Ein anderes Beispiel für eine Annäherung und Intensivierung der interdisziplinären Kommunikation war der 1. OTC-Gipfel am 15.10.2013. Er zeigte unter anderem auch die große Bedeutung von Selbstmedikation über die öffentlichen Apotheken für die Menschen und das Gesundheitswesen insgesamt auf. „Gesundheitsökonom Prof. Dr. Uwe May von der Hochschule Fresenius stellte fest, dass Selbstmedikation erheblich zur Einsparung medizinischer und volkswirtschaftlicher Kosten und zur Entlastung des Solidarsystems beitrage. Eine Modellrechnung seines Institutes habe ergeben, dass sich das Einsparvolumen durch die Selbstmedikation in den öffentlichen Apotheken im Gesundheitswesen pro Jahr auf 4,5 Milliarden Euro belaufen würde.“¹²⁷ Laut einer Studie des Marketingunternehmens IMS-Health

124 vgl. https://www.fh-frankfurt.de/forschung_transfer/institute/zgwr/aktuelles6/medikationsmanagement_im_heim.html (aufgerufen 28.12.2013).

125 vgl. <http://www.akdae.de/AMTS/Aktionsplan/> (aufgerufen am 28.12.2013).

126 vgl. Pharmazeutische Zeitung, Nr. 43, 24.10.2013, S.22 f..

127 <http://www.av-nr.de/index.php?id=otc-gipfel> (aufgerufen am 28.12.2013).

könnten im Jahr 19 Millionen Euro gespart werden, wenn Medikamente richtig eingenommen und angewandt würden. Zu diesen eingesparten Kosten zählen nicht nur die Arzneimittelkosten, sondern auch die Kosten, die durch die mangelnde Therapietreue entstehen, wie z. B. Krankenhauskosten.¹²⁸ Laut Aussage des Präsidenten der Bundesapothekerkammer Dr. Andreas Kiefer „sind die Apotheker „die Sparfüchse in der GKV“. Dies zeige sich schon lange im Krankenhaus und bei der Umsetzung der Rabattverträge. Ein besseres Schnäppchen könne die GKV nicht machen, als die Apotheker für das Sparen zu bezahlen.“¹²⁹ Hier zeigt sich, dass intensives Kümmern der Apotheke um Patienten mit Polymedikationen gleichzeitig der sparsame, sinnvolle Umgang mit Arzneimitteln ist und eine optimale Versorgung der Patienten bedeutet. Leider wird dies von den Krankenkassen nicht so deutlich gesehen.

Die Anerkennung der täglichen Arbeit ist zudem ein wichtiger Indikator der Zufriedenheit bei der Ausübung der beruflichen Tätigkeit. Diese Arbeitszufriedenheit wird ebenso durch die Kommunikation auf Augenhöhe mit den verschiedenen Gesundheitsberufen verstärkt. Das aktuelle Forschungsprojekt zur „Prozessoptimierung im Medikationsmanagement unter besonderer Berücksichtigung der Arzneimittelversorgung in Alten- und Pflegeeinrichtungen“ (ProMmt) setzt hier an (s. Artikel 7, S. 49 ff). Ziel des Projektes ist die Entwicklung eines Prozessmodells zur strukturierten, interdisziplinären Zusammenarbeit aller Beteiligten der Arzneimitteltherapie in stationären Pflegeeinrichtungen, besonders im Hinblick auf das Wohl des Patienten. In der Zukunft ist auch eine Übertragung des Prozessmodells für den ambulanten Sektor angedacht.¹³⁰ Besonderen Wert legte David Reiner, der Vorsitzende des Bundesverbandes der Pharmaziestudierenden in Deutschland e. V. (BPhD e. V.) auf dem Apothekertag in Düsseldorf auf die

128 vgl. Apotheke ad hoc, IMS: Therapietreue statt Spargesetze, 08.10.2013, 10:04 Uhr.

129 Tagesnews, Politik, DAZ.online, Thomas Müller-Bohn, Kiefer zur Leitbilddebatte, 21.11.2013, 11:24 Uhr, <http://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/politik/news/2013/11/21/bak-praesident-apotheker-fuer-das-sparen-bezahlen/11520.html> (aufgerufen am 28.12.2013).

130 vgl. <http://www.pro-mmt.de> (aufgerufen am 02.01.2014).



Weiter- und Fortbildung. Er verwies auf die Erfahrungen aus der bereits erfolgten Einführung des Faches Klinische Pharmazie an der Universität und als Weiterbildungszweig. Leider habe sich die Klinische Pharmazie sehr langsam und noch nicht wie erwartet entwickelt.¹³¹ Zurzeit sind Weiterbildungen als Fachapotheker in 9 Bereichen, u. a. in Allgemeinpharmazie, Klinischer Pharmazie, Arzneimittelinformation und Pharmazeutischer Analytik möglich.¹³² Hier könnte ein weiterer Fachapotheker für Medikationsmanagement eingeführt werden. Wichtig ist es, dass der Beruf auch in Zukunft attraktiv für den Nachwuchs ist. Für alle tätigen Apotheker sollte der Erwerb weitergehender Spezialkenntnisse und Fähigkeiten berufsbegeleitend, praxisbezogen erfolgen und nach klar definierten Qualitätsstandards festgelegt werden. Aktuell bieten Patientenorientierte-Pharmazie-(POP-)Seminare eine Einführung in die verschiedenen Stufen des Medikationsmanagements an und viele Fort- und Weiterbildungen zu verschiedenen Indikationsgebieten werden von den Landesapothekerkammern organisiert.

14.3 Fazit einer in der öffentlichen Apotheke angestellten Apothekerin

Wie sollte die zukünftige Arbeit in der Apotheke aussehen? Ein grundlegendes Umdenken ist in der Zukunft für den Apotheker wichtig und zwingend erforderlich, um die Stellung und Bedeutung in der Gesellschaft zu erhalten und auszubauen. Die Tätigkeit des Apothekers als Logistiker sollte nicht vorherrschend, sondern das Handeln in der pharmazeutischen Betreuung muss in den Vordergrund gestellt werden und patientenorientierter sein. Nur rein logistische Aufgaben können in Zeiten von Internet und Maschinen auch andere erledigen. Der Apotheker ist aufgrund seiner Ausbildung

131 vgl. Pharmazeutische Zeitung, Nr. 39., 26.09.13, S. 10/11 und Deutscher Apothekertag Düsseldorf, 19.09.2013, Aufzeichnung Diskussionsforum, Zugang über PZ-online, Passwort exklusiv für Apotheker, http://www.pharmazeutische-zeitung.de/index.php?newsletter=2013_09_19/NL&id=48555, (aufgerufen 28.12.2013).

132 vgl. <http://www.apothekerkammer.de/weiter-opkpai.htm> (aufgerufen 02.01.2014).

der Arzneimittelfachmann. Aber Ideal und Wirklichkeit stimmen bei der beruflichen Ausübung heutzutage häufig nicht überein. Die Umsetzung der Rabattverträge ist ein sehr bürokratischer Vorgang. Die Apothekeninhaber und die angestellten Apotheker empfinden sich vielfach als verlängerter Arm der Krankenkassen und können oftmals nur in von anderen Akteuren des Gesundheitswesens vorgegebenem Rahmen agieren. Der Handlungsspielraum ist stark finanziell eingegrenzt und das Einbringen der beruflichen Qualifikation schwierig. Ohne das Einbringen dieser Kompetenz ist der Apotheker aus Sicht der Öffentlichkeit berechtigterweise der „Schubladenzieher“. Es ist notwendig mehr Selbstbewusstsein zu entwickeln, die eigenen Kompetenzen zu zeigen und den Nutzen für die Gesellschaft darzulegen. Unbestritten sind der demographische Wandel und das budgetierte Gesundheitssystem. Daher ist es nicht nur für den Apotheker, sondern auch für alle im Gesundheitssektor tätigen Berufe sehr wichtig, sich den neuen Herausforderungen zu stellen, diese neuen Aufgaben anzunehmen und wirtschaftlich zu handeln. Neue, tiefgreifendere Aufgabenbereiche für den Apotheker könnten sein: Ausbau der Kernkompetenzen, Lotsenfunktion zwischen den Gesundheitsberufen, Überwachung des Medikationsmanagements, der Arzneimitteltherapiesicherheit und die Prävention und Nachsorge. Diese Punkte könnten in das Leistungsspektrum der Apotheker aufgenommen und dadurch neue Versorgungsstrukturen geschaffen werden. Der Apotheker hat so mehrere Funktionen zu erfüllen: Heilberufler, Kaufmann und Medikationsmanager. Um diese zusätzlichen Aufgaben und Fachkompetenzen ausüben zu können, ist langfristig gesehen eine Reform der Ausbildung, d. h. des Pharmaziestudiums nötig. Eine Veränderung könnte der gemeinsame Kursbesuch angehender Ärzte und Apotheker schon in der universitären Ausbildung sein. Gemeinsame Seminare zum Thema Pharmazeutische Betreuung könnten Vorurteile zwischen Ärzten und Apothekern verhindern und gar nicht erst entstehen lassen.

Es ist eine weitere Grundvoraussetzung, qualifizierte Fortbildung für schon länger tätige Apotheker anzubieten und ebenso eine kontinuierliche, qualitativ hochwertige Weiterbildung zu gewährleisten. Auch ist zwingend eine neue Vergütungssituation erforderlich, d. h. die Festlegung einer sinnvollen und angemessenen Honorierung für die zusätzlichen Verantwortungsbereiche der Apotheker. Eine Vergütung, die es möglich macht, diese



Aufgaben qualifiziert und angemessen zu erfüllen. Es ist nicht möglich, diese Tätigkeiten mal so nebenbei im Alltagsgeschäft zu erledigen.

In der Zukunft wünsche ich mir die Anerkennung der erbrachten Leistung der Apotheker, sowohl durch die Öffentlichkeit als auch durch die Krankenkassen. Leider ist es immer noch nötig in Teilen der Bevölkerung auf das besondere Gut Gesundheit aufmerksam zu machen. Ein Plakat der Apothekerin Gabriele Aures wirbt für die Beratung in der Apotheke: „45 Minuten Beratung in der Parfümerie, 20 Minuten Beratung mit dem Barkeeper, Mal schnell im Internet bestellt?“¹³³ Die Wertschätzung der eigenen Gesundheit in der Bevölkerung ist vielfach nicht gegeben, umso nötiger ist die Beratung durch den Fachmann. Patientenorientierte Pharmazie bedeutet für den Apotheker eine stärkere Patientenbetreuung. Der Apotheker händigt nicht nur durch den Arzt verordnete Arzneimittel aus, sondern ist für die Beratung und die Therapiebegleitung verantwortlich. Der sinnvolle, wirtschaftliche Einsatz sowohl der verschreibungspflichtigen als auch der freiverkäuflichen Medikamente wird überwacht: soviel wie nötig, aber sowenig wie möglich. Dies kann sowohl weniger als auch mehr Medikation bedeuten. Nicht nur das kaufmännische, sondern das heilberufliche Handeln sollte im Vordergrund stehen.

Die Freude am Beruf und die Anerkennung durch den Patienten wünsche ich allen tätigen Apothekern sowie den Mut und die Möglichkeit der Übernahme von neuen Verantwortungsbereichen. Eigene Stärken kennen, Kompetenz ausbauen, Qualifikation verbessern, Potenzial nutzen und einsetzen sind wichtige Voraussetzungen zur Gestaltung und Formulierung eines neuen Leitbildes. Dieses formulierte Leitbild muss in der Umsetzung glaubwürdig und sinnvoll eingesetzt werden. Auch die Entwicklung eines stärkeren Wir-Gefühls an der Basis ist für den Zusammenhalt und die Glaubwürdigkeit der Apotheker wichtig. Die aktuelle Diskussion bleibt sowohl intern in den Berufsvereinigungen als auch an der Basis spannend, besonders im Hinblick auf die aktuellen gesundheitspolitischen Weiterentwicklungen. Der ABDA-Präsident Friedemann Schmidt gratulierte zur

133 DAZ.online, 29.04.2013, 12:12 Uhr, <http://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/spektrum/news/2013/04/29/poster-zur-beratung-in-der-apotheke/9975/offset/10.html>.



Wahl des neuen Gesundheitsministers Hermann Gröhe und legte die Position der Apotheker dar. „Die Apotheker werden sich aktiv in alle Diskussionen einbringen, die die pharmazeutische Kompetenz erfordern und die Arzneimittelversorgung verbessern können. Das Wissen der Apothekerinnen und Apotheker und die Erfahrungen aus den Apotheken werden wertvolle Impulse für ein zukunftsfestes Gesundheitswesen zum Nutzen der Patienten liefern.“¹³⁴

Zukunftsvision aus Sicht einer praktizierenden Apothekerin:

- optimale Medikamentenversorgung, Herausgabe des Medikaments, Beratung und Begleitung (Überwachung des Medikationsmanagements und der Arzneimitteltherapiesicherheit)
 - Mitwirken bei Prävention und Nachsorge
 - Stärkung eigener Kernkompetenzen (durch Fort- und Weiterbildung)
 - Stärkere interdisziplinäre Kommunikation durch Übernahme einer Lotsenfunktion zwischen Arzt-Patient-Apotheker-Pflege mit eindeutig definierten Aufgabenbereichen (ohne Kompetenzgerangel)
- dies alles im Hinblick auf die Gesundheit und das Wohl des Patienten.
Die Gesundheit ist und bleibt für jeden Menschen das höchste Gut.

Literatur

1. § 1 und § 2 (3) Bundesapothekerordnung (BapO)
2. www.gbe-bund.de, Suchbegriff: Apotheker (aufgerufen am 28.12.2013)
3. § 1a (3) Apothekenbetriebsordnung (ApBetrO)
4. http://www.med-kolleg.de/klassische_apotheke.html (aufgerufen am 02.01.2014)
5. § 20 ApoBetrO Information und Beratung
6. <http://www.av-nr.de/index.php?id=465> (aufgerufen am 28.12.2013)
7. Pharmazeutische Zeitung, Nr. 48, 28.11.2013, S. 76 und LAK konkret, Heft 6 Nov/Dez 2013, S.4
8. www.abda.de, Home/Presse/Pressemitteilungen, Berlin, 31.10.13
9. Reader's Digest, Studie „European Trusted Brands 2013“, veröffentlicht am 15.05.2013
10. wikipedia „Pillendreher“, (aufgerufen am 28.12.2013)
11. Institut für Handelsforschung (IfH) Köln, Studie zur „Zukunft der Apotheke“, http://www.av-nr.de/fileadmin/Downloads/Aktuelles/IfH-Studie_Zukunft_der_Apotheke.pdf (aufgerufen am 28.12.2013)
12. ABDA-Broschüre, Apotheke Zahlen Daten Fakten 2012, S.2
13. Nachrichtenmagazin „Der Spiegel“, 34/2013 und BAV/DAZ.online, Presserat lässt „Pillendreher“-Artikel unbeanstandet, 16.10.2013, 16:59 Uhr

134 www.abda.de, Pressemitteilungen, Gesundheitsminister darf aktive Rolle der Apotheker erwarten, 17.12.2013.



14. Pharmazeutische Zeitung, 33/2013, <http://www.pharmazeutische-zeitung.de/index.php?id=48286> (aufgerufen am 28.12.2013)
15. apotheke + marketing 10–13, Die Lei(d)tbild-Debatte, S. 11
16. Abgeordnetenversammlung der KVSH am 11.09.2013, Bericht zur Lage, Vorstandsvorsitzende Dr. Monika Schliffke, <http://www.kvsh.de/db2b/upload/news/130911%20Bericht.pdf>, (aufgerufen am 28.12.2013) und <http://www.kvsh.de/index.php?q=schliffke+Bericht+zur+lage+11.09.2013&StoryID=266&x=7&y=5> (aufgerufen am 02–01.2014)
17. <http://www.idh-sh.de/index.html> (aufgerufen am 28.12.2013)
18. DAZ.online, Tagesnews-Politik, Kammer Nordrhein: Kritik an Leitbilddiskussion, Internetdiskussion, Björn Kersting, 26.10.2013, 10:26 Uhr
19. https://www.fh-frankfurt.de/forschung_transfer/institute/zgwr/aktuelles6/medikationsmanagement_im_heim.html (aufgerufen am 28.12.2013)
20. <http://www.akdae.de/AMTS/Aktionsplan/> (aufgerufen am 28.12.2013)
21. Pharmazeutische Zeitung, Nr. 43, 24.10.2013, S.22 f.
22. <http://www.av-nr.de/index.php?id=otc-gipfel> (aufgerufen am 28.12.2013)
23. Apotheke ad hoc, IMS: Therapietreue statt Spargesetze, 08.10.2013, 10:04 Uhr
24. Tagesnews, Politik, DAZ.online, Thomas Müller-Bohn, Kiefer zur Leitbilddebatte, 21.11.2013, 11:24 Uhr
25. <http://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/politik/news/2013/11/21/bak-praesident-apotheker-fuer-das-sparen-bezahlen/11520.html> (aufgerufen am 28.12.2013)
26. <http://www.pro-mmt.de> (aufgerufen am 02. 01.2014)
27. Pharmazeutische Zeitung, Nr. 39, 26.09.2013, S. 10 f. und Deutscher Apothekertag Düsseldorf, 19.09.2013, Aufzeichnung Diskussionsforum, Dauer ca.160 min, Zugang über PZ-online, Passwort exklusiv für Apotheker, http://www.pharmazeutische-zeitung.de/index.php?newsletter=2013_09_19/NL&id=48555 (aufgerufen 28.12.2013)
28. <http://www.apothekerkammer.de/weiter-opkpai.htm> (aufgerufen am 02.01.2014)
29. DAZ.online, 29.04.2013, 12:12 Uhr, <http://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/spektrum/news/2013/04/29/poster-zur-beratung-in-der-apotheke/9975/offset/10.html>
30. www.abda.de, Gesundheitsminister darf aktive Rolle der Apotheker erwarten, 17.12.2013

15 Heimversorgung aus Sicht der Apotheke

Martin Lörzer

15.1 Auswahl des Blistersystems

Bei der Auswahl der verschiedenen Blistersysteme sind grundsätzlich das „Stellen“ der Medikamente (im engeren Sinne eigentlich kein „Verblistern“), Schlauchblister und Kartenblister zu unterscheiden. Je nach unterschiedlichem System ergeben sich damit grundlegende Unterschiede vor allem in den Abläufen in der Apotheke, aber auch hinsichtlich der Organisation im Pflegeheim und damit auch für den Arzt in der Flexibilität der Verordnung von Medikamenten. Nicht zu unterschätzen sind die unterschiedlichen Kosten für Material und Personal, die seitens der Apotheke anfallen, seitens des Pflegeheimes häufig aber nicht vergütet werden (können) und nach wirtschaftlicher Betrachtung daher auch zur Ablehnung der Versorgung durch die Apotheke führen können.

Überblick über die verschiedenen Systeme¹³⁵:

1. Unter „Stellen“ der Medikamente ist die Befüllung von Wochendosetts nach Medikationsplan zu verstehen. Pro Patient und Tag sind hier sieben einzelne Dosetts mit nach System unterschiedlichen Dosierungszeitpunkten (nüchtern-morgens-mittags-abends-nachts) für jeweils eine Woche zu befüllen. Benötigt wird insgesamt die doppelte Ausstattung für je eine Woche „im Einsatz“ und eine Woche zur Wiederbefüllung.

Vorteile: Es stehen sehr kompakte Systeme zur Verfügung, die die Lagerung im Pflegeheim erleichtern. Finanziell interessant sind die einmaligen Anschaffungskosten und die Umweltfreundlichkeit, da die Dosetts wiederverwendet werden.

Nachteil: Sichertgestellt werden muss die Hygiene durch wöchentliche Reinigung in der Spülmaschine.

2. Vergleichbar mit den Wochendosetts sind die Kartenblister. Darauf wird in ► Kap. 15.2 genauer eingegangen, weil diese in der Apotheke des Autors verwendet werden.

135 STADApHarm GmbH, Heimversorgung

Vorteile: Auf jeder Karte werden sämtliche Informationen zum Kunden und den Dosierungszeitpunkten der jeweiligen Tablette sowie deren Aussehen beschrieben. Dadurch steigt deren Zuordnungsfähigkeit. Die einmalige Anwendung erleichtert die Erfüllung hygienetechnischer Standards.

Nachteile: Der wesentliche Unterschied zum Stellen ist die Einmalverwendung. Daraus resultieren zum einen laufende Materialkosten und zum anderen die anschließende Entsorgung im Dualen System mit schlechter Umweltverträglichkeit.

3. Als dritte im Markt befindliche Form soll die Versorgung mit Schlauchblistern genannt sein: Selten und wahrscheinlich nur in der Klinikversorgung vorkommend sind Blisterautomaten in Apotheken. Mehrere Hundert Betten wären für eine Amortisation des Preises des Automaten vonnöten.

Die Medikamente werden jedoch in der Regel in speziell dafür eingerichteten Blisterzentren vorgehalten. Meist großhandelsgestützt organisiert werden hier die Medikationsdaten von der versorgenden Apotheke an das Blisterzentrum via Datenfernübertragung (DaFü) übertragen. Dort wird anschließend die Medikation aus Bulkware vollmaschinell in je nach Dosierungszeitpunkt beschriftete PVC-Schläuche abgeteilt, wo dann jeweils eine Schweißnaht gesetzt wird. Die Schlauchblister werden anschließend per Großhandelslieferung an die anfordernde Apotheke gesendet, die damit als „Versorger“ auftritt.

Vorteil: Mit dieser Versorgungsform ist die Platzersparnis für die vorzuhaltenden Medikamente in Apotheken mit eher kleineren Betriebsräumen interessant. Der Personalaufwand ist geringer, da die eigentliche Tätigkeit extern durchgeführt wird.

Nachteile: Der massiv erhöhte Preis und die verminderte Flexibilität bei Medikationsänderung im Vergleich zu den beiden anderen Systemen stehen hier als klarer Nachteil gegenüber. Bei einer Medikationsänderung muss ein neuer Datensatz an das Blisterzentrum geliefert werden, wo dann dementsprechend ein neuer Blister für die komplette Folgewoche zu finanziellen Lasten der bestellenden Apotheke zu fertigen ist.



Nachteil beim Blistern insgesamt: Erfasst werden in jedem Fall nur die blisterbaren Medikamente: Akutmedikation (z. B. Antibiotika), individuell zu dosierende Medikamente (z. B. Phenprocoumon) oder an der Luft instabile Medikamente (z. B. Valproinsäure) werden durch das Pflegeheimpersonal gestellt. Ebenso gilt dies für alle nicht in Tablettenform (vorrangig flüssige und topische) und via Sonde zu applizierenden Darreichungsformen und auch Betäubungsmittel, da diese auch im Heim gesondert gelagert werden müssen.

15.2 Ablauf der Versorgung im Normalfall

Wie oben angemerkt, folgt hier die detaillierte Beschreibung der Versorgung mit Kartenblistern. Die Beschreibung folgt den Abläufen in der Apotheke des Autors. Hierauf soll im Folgenden beispielhaft Bezug genommen werden.

Im Normalfall werden die Medikationsdaten direkt, aus den in der Software hinterlegten Vorgaben, auf die Etiketten der patientenindividuellen Karte gedruckt.

Sollte beim Verblistern das Ende der Reichweite für die nächste Wochen-Einheit zu erwarten sein, wird beim Arzt via Fax eine neue Packung angefordert. Vor Auslieferung wird jeder Blister durch approbiertes Personal auf Richtigkeit geprüft. Besonderes Augenmerk wird hier auf die Verwechslung zwischen früh und abends (es wird seitenverkehrt von der Rückseite aus geblistert) und versprungene Tabletten gelegt. Nach Lieferung erfolgt eine weitere Kontrolle durch das Pflegepersonal (4 - bzw. 6-Augen-Prinzip).

Anschließend wird die Liste der zur Neige gehenden Medikamente an den behandelnden Arzt gefaxt. Nach Rezepteingang werden diese anschließend mit der Bestellliste abgeglichen und die Medikamente dementsprechend bestellt. Bewohnerbezogen etikettiert werden sie dann eingelagert.

Nicht blisterbare Medikamente lagern im Pflegeheim und werden durch das dortige Personal beim Arzt angefordert und ebenfalls von der Apotheke geliefert.



15.3 Problemstellen

Der unter 15.2 beschriebene Ablauf ist grundsätzlich einfach und effektiv und wiederholt sich wöchentlich. Zeit- und Arbeitsaufwand steigen allerdings für die Beteiligten bei Neuaufnahmen, Medikationsänderungen, Wiederaufnahmen aus dem Krankenhaus und allen weiteren vom Standardablauf abweichenden Vorkommnissen.

Mit dem Formblatt zur Änderungsmitteilung teilt das Pflegeheim der Apotheke Neuaufnahmen und Änderungen der Medikation mit. Das Formular enthält u.a. Felder für folgende Angaben:

- Apotheke, Fax-Nummer
- Bewohner
- Arzt
- Medikamente
- geänderte Dosierung, Einnahmezeitpunkte
- Zeitpunkt der Änderung
- Rezept vorhanden/anzufordern
- Besonderheiten, z.B. Bewohner im Krankenhaus ab, Bewohner aus Krankenhaus zurück ab, Änderung Hausarzt usw.
- Datum/Unterschrift Pflegekraft
- Bearbeiter in Apotheke/Datum

Auf einer DIN A4-Seite wird hiermit versucht, sämtliche relevanten Informationen schnell und effektiv an die Adressaten weiterzugeben.

Das Medium Fax ist hierbei besonders sinnvoll: Sowohl in der Arztpraxis als auch in der Apotheke ist es so möglich, sowohl das Tagesgeschäft nicht zu unterbrechen – im Gegensatz zum Telefonanruf – als auch in Leerlaufzeiten die Informationen effektiv zu verarbeiten. Im Gegensatz zur E-Mail ist es als im Faxgerät liegendes Papier sofort für alle Mitarbeiter sichtbar, sodass eine Verantwortungsfestlegung (mit Folgen wie Urlaubsvertretung usw.) entfallen kann. Es ist eine entscheidende und häufig genutzte Schnittstelle in den Qualitätsmanagement-Systemen von Pflegeheim und Apotheke. Hier bedarf es eines permanenten Abgleichs des Informationsbedarfs und entsprechender Anpassung zwischen den jeweiligen Verantwortlichen.

15.3.1 Der „Faktor Mensch“

Die besten Informationen nützen nichts, wenn sie nicht weitergegeben werden. Hierfür ist sicherlich häufig der Zeitdruck verantwortlich, unter dem das Pflegepersonal steht.

Auf der anderen Seite ist die Beschränkung auf die wesentlichen Inhalte meistens sehr hilfreich für den Empfänger: Werden beispielsweise bei Änderung eines einzigen Medikaments innerhalb eines Medikationsplanes der Plan in Gänze auf dem Formular eingetragen, erschwert dies die Suche nach der eigentlichen Änderung. Wird das Formular zuerst ausgefüllt, gefaxt und anschließend der Inhalt telefonisch erneut mitgeteilt, ist dessen Sinn ebenfalls nicht erfüllt.

15.3.2 Medikationsänderung „ab sofort“

Eine Medikationsänderung „ab sofort“ anzusetzen erhöht die Verantwortung der Umsetzung ab Zugang der Mitteilung auf die Reaktionsgeschwindigkeit und -fähigkeit der Apotheke.

Bei einer zusätzlichen Medikation würden an Lager befindliche Arzneimittel mit der nächsten Lieferung im Originalblister geliefert oder ansonsten umgehend bestellt werden. Die neu angesetzten Medikamente werden dann im Originalblister des Arzneimittelherstellers geliefert und durch das Pflegepersonal bis zum Start des Folgeblisters verabreicht werden.

Bei Medikationsabsetzung „ab sofort“ ist bei gleich aussehenden Tabletten aus Sicherheitsgründen der komplette Blister zu verwerfen und ein neuer zu fertigen.

Sollten mehrere Ärzte an der Medikation eines Bewohners beteiligt sein, verkürzt sich die Reichweite der Medikamente des an der Änderung unbeteiligten Arztes durch Verwurf entsprechend. Die Medikamente würden damit aus seiner Sicht verfrüht erneut angefordert, was aus wirtschaftlichen Gründen nicht sinnvoll wäre. Eine Kommunikation im Einzelfall sollte dies klären.

Grundsätzlich stellt sich die Frage, ob das Feld „ab sofort“ nicht allzu oft standardmäßig aktiviert wird. Verantwortlich hierfür ist sicherlich nicht nur das Pflegepersonal, sondern auch die versorgenden Ärzte in der wohlgemeinten Absicht, das Procedere bis zur neuen Einstellung der Medikation beschleunigen zu wollen.



15.3.3 Rückkehr aus dem Krankenhaus

Hier hängt es davon ab, ob sich an der Medikation überhaupt etwas geändert hat. Im Idealfall liegt noch ein Blister aus dem Zeitraum vor dem Krankensein im Heim vor, sodass der Apotheke damit nur mitgeteilt wird, das Blistern wieder aufzunehmen.

Bei der Entlassung sollte dem Bewohner ausreichende Medikation für die Folgetage, auch zur Überbrückung von anstehenden Wochenenden, durch das Krankenhaus mitgegeben werden. In der Apotheke werden Neuansetzungen von Medikamenten nach Vorliegen der Rezepte des behandelnden Arztes bestellt und abgesetzte Medikamente aus dem Vorrat entfernt und vernichtet. Sämtliche Änderungen werden in die EDV eingepflegt.

Entlassungen aus dem Krankenhaus mit Medikationsplan aber ohne Medikamente sind allerdings ein häufiges Problem. Vorab-Lieferungen von Medikamenten ohne vorliegendes Rezept sind einerseits rechtswidrig und entsprechen andererseits manchmal der anschließend vom Arzt verordneten Medikation in Bezug auf Packungsgröße, Darreichungsform oder Dosierung nicht. Hier liegt es am Pflegepersonal, den behandelnden Arzt über den geänderten Medikationsplan zu informieren und ein Rezept anzufordern, denn dort liegt auch der Entlassungsbescheid des Krankenhauses vor.

15.3.4 Neueinzug eines Bewohners

Bei einem neuen Bewohner hängt es von den Daten und den Medikamenten ab, die im Pflegeheim beim Einzug vorliegen. Im Idealfall ist der komplette Medikationsplan, die Krankenkasse und der Zuzahlungsstatus bekannt, werden zusammen mit den persönlichen Daten und dem bezogenen Wohnbereich an die Apotheke weitergeleitet und dort in die EDV eingepflegt. Vorhandene Restmedikamente werden durch das Pflegepersonal für die Restwoche in Dosetts gestellt, anschließend von der Apotheke bei der nächsten Lieferung abgeholt und als Eigentum des Kunden bis zum Packungsende verblistert.

Bei nicht vorliegendem Medikationsplan ist verblistern nicht möglich. Es bleibt dann dem Pflegepersonal überlassen, Kontakt mit Angehörigen bzw. Ärzten aufzunehmen und eine Klärung herbeizuführen.



15.3.5 Interaktionen

Sind mehrere Ärzte an der Versorgung beteiligt (z. B. hier Psychiatrie- und Hausarzt) oder werden Medikamente im Notdienst oder als Urlaubsvertretung durch einen sonst unbeteiligten Arzt verordnet, ist der Medikationsplan im Heim zur gegenseitigen Information unabdingbar. In der heimversorgenden Apotheke fließen die Informationen zwangsweise zusammen und können bei Neuverordnung menschen- und EDV-technisch gestützt auf Interaktionen zwischen sämtlichen Arzneimitteln geprüft werden. Die Bewertung der Relevanz erfolgt durch approbiertes Personal. Je nach Handhabbarkeit genügt eine Anpassung des Medikationszeitpunktes ohne Rücksprache mit dem Arzt, um die Interaktion mit einem bestehenden Medikament zu klären. Meist kann unter vorheriger Erarbeitung eines Alternativvorschlages die Medikation nach Rücksprache mit dem Arzt geändert werden. Soll die Medikation wegen geringer Relevanz oder auf Wunsch des Arztes dennoch so fortgesetzt werden, ist eine Dokumentation in der EDV möglich. Die Interaktion wird dabei weiterhin angezeigt, aber farblich als geklärt markiert.

15.3.6 Versorgung im Notdienst durch andere Apotheke

Hier liegt die Verantwortung beim verordnenden Notarzt anhand des Medikationsplanes, Änderungen auch ohne Unterstützung einschätzen können zu müssen. Spätestens am folgenden Werktag ist eine Information der versorgenden Apotheke und des versorgenden Arztes durch das Pflegepersonal über die neu angesetzte Medikation zwingend notwendig.

15.4 Ausblick

„Die Verblisterung ist ein technisches Hilfsmittel, den Schwestern das Stellen zu ersparen“ formulierte Dr. K. Peterseim, Vorsitzender des Verbands klinik- und heimversorgender Apotheker e. V., etwas überspitzt die momentane Lage in der Heimversorgung auf dem 2. ZGWR-Symposium in Frankfurt am Main. Und er hat sicher recht damit angesichts herrschenden Personalmangels und knapper Kassen in den Pflegeheimen. Auf der anderen Seite konnten die teils immensen Fehlerraten beim Stellen durch das Pflegepersonal im hier beschriebenen Pflegeheim durch die Umstellung auf Blister auf nahezu null gesenkt werden. Die Apotheke übernimmt damit



eine qualitativ hochwertige Arzneimittelversorgung in der Beziehung zwischen Arzt – Apotheke – Pflegeheim und erhöht die Therapiesicherheit. Allerdings muss künftig über die Honorierung nachgedacht werden, denn Material- und Personalaufwand sind immens. Anstatt die Kosten einzig und alleine aus der packungsorientierten Vergütung decken zu müssen, sollte über ein zusätzliches Honorar auf Leistungsbasis nachgedacht werden.

Literatur

1. STADApHarm GmbH, Heimversorgung, Ausgabe 01/2013 <http://www.heimversorger.de/node/2>

16 Medikationsmanagement – ein high risk-process?!

Dorothea Klockmann

Der Begriff „Medikationsmanagement“ wird bis heute unterschiedlich verwendet für diverse Dienstleistungen bis hin zum Blistern.

Eine recht konkrete Beschreibung liefert die Apothekenbetriebsordnung, die den Begriff als „wiederholte Analyse der Gesamtmedikation zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit und Therapietreue durch Identifizierung von arzneimittelbezogenen Problemen“ beschreibt.

In der Praxis bedeutet diese Definition, dass der Apotheker die Pharmakotherapie des Patienten überprüft und Vorschläge zur Optimierung an den Arzt oder den Patienten selbst macht. Im Falle von Bewohnern stationärer Pflegeeinrichtungen geschieht dies nicht im Dialog mit dem Patienten sondern stellvertretend für diesen mit den Pflegekräften.

Die Kommunikation oder leider auch in einigen Fällen fehlende Kommunikation zwischen den drei genannten Beteiligten (Arzt-Apotheker-Pflegekraft) birgt ein hohes Risiko an Komplikationen! Dieses erhöht sich bei Hinzutreten weiterer Ärzte, so z. B. nach einem stationären Aufenthalt, im Laufe dessen Änderungen an der Dauermedikation vorgenommen wurden, die zum Entlassungszeitpunkt dem weiterbetreuenden Arzt und den Pflegekräften nicht zeitnah zur Verfügung stehen. Untersuchungen u. a. aus Deutschland haben gezeigt, dass etwa 5 % der Hospitalisierungen die Folge unerwünschter Arzneimittelwirkungen sind, die bei ca. 2 % der Patienten unmittelbar oder mittelbar tödlich verlaufen.¹³⁶

Nur durch eine gut strukturierte Zusammenarbeit zwischen den Beteiligten können Fehler insbesondere durch Doppelverordnungen, falsche Dosierungen, nicht erkannte Wechselwirkungen und unerwünschte Nebenwirkungen sowie durch unklare Bedarfsmedikation vermindert werden.

Die dazu notwendige Verbesserung an den Schnittstellen Arzt-Apotheker-Pflegekraft stellt eine große Herausforderung für alle Beteiligten dar.

136 Pirmohamed et al., BMJ 2004



16.1 Die Rolle von Arzt, Apotheker und Pflegefachkraft im Arzneimittelkreislauf

Die Aufgaben- und Rollenverteilung in einem Kreislauf, an dem drei unterschiedliche Professionen beteiligt sind, unterliegt im Einzelnen natürlich gewissen Variationen.

Die Aufgabe des ARZTES, in diesem Falle des Hausarztes, ist die Indikationsstellung und Verordnung der Medikation unter Berücksichtigung sämtlicher ihm vorliegenden Fremdbefunde sowie eigener Untersuchungsbefunde. Die Therapie sollte mit der Pflegefachkraft besprochen werden und diese genaue Therapievorgaben in Form eines Medikamentenplans erhalten, in welchem jedes Medikament mit korrekter Dosierung vom Arzt abgezeichnet sein muss.

Der Arzt prüft bei jedem erneuten Patientenkontakt (Besuch im Pflegeheim) den Medikationsplan auf Verträglichkeit ggf. Anpassung der Medikation sowie die korrekte Dokumentation desselben durch die Pflegekräfte. Er weist die betreuenden Pflegekräfte auf mögliche Erscheinungsformen bei Nebenwirkungen und Unverträglichkeiten hin.

Der APOTHEKER, welcher die Versorgung der Bewohner einer stationären Pflegeeinrichtung mit Arzneimitteln und apothekenpflichtigen Medizinprodukten übernimmt, ist gemäß § 12a des Apothekengesetzes verpflichtet, mit dem Träger des Heimes einen schriftlichen Vertrag zu schließen. Dieser beschreibt sehr gut die Aufgabe des Apothekers. Er hat die ordnungsgemäße Arzneimittelversorgung zu gewährleisten, die ordnungsgemäße bewohnerbezogene Aufbewahrung zu überprüfen, die entsprechende Dokumentation zu führen sowie eine Information und Beratung von Pflegekräften, ggf. von Patienten durchzuführen.

Zu den Aufgaben der PFLEGEFACHKRÄFTE gehört die Patientenbeobachtung im Alltag hinsichtlich erwünschter und unerwünschter Arzneimittelwirkungen, die Hinweispflicht über beobachtete oder vermutete Nebenwirkungen an den zuständigen Arzt, das Stellen der Medikamente, die Unterstützung und Kontrolle der Medikamenteneinnahme des Patienten bzw. deren persönliche Verabreichung sowie die Kontaktaufnahme mit der Arztpraxis und Apotheke bei erneut benötigten Rezepten.

16.2 Zusammenarbeit von Arzt-Apotheker-Pflegefachkraft am Beispiel einer Rezeptbestellung

16.2.1 Station: Pflegepersonal

Die Pflegekraft, die mit dem Stellen der Medikamente beauftragt ist, bestellt in der Hausarztpraxis neue Verordnung. Dies erfolgt telefonisch, per Fax oder in eher wenigen Fällen per e-mail, selten durch direktes Aufsuchen der Arztpraxis.

16.2.2 Station: Hausarztpraxis

Die Arzthelferin nimmt die Bestellung entgegen und lässt sie vom Arzt überprüfen.

Dieser beurteilt, ob es sich um eine Wiederverordnung, Neuverordnung (wenn Bewohner gerade aus der Klinik mit neuen Medikamenten entlassen wurde) oder spezialärztliche Verordnung vom mitbehandelnden Facharzt handelt. Das Rezept wird von der Arzthelferin gedruckt, vom Arzt unterschrieben und direkt in die heimversorgende Apotheke gegeben.

16.2.3 Station: Apotheke

Das Rezept wird in der Apotheke eingelesen und bei Vorhandensein einer entsprechenden Software geprüft, ob sich das verschriebene Medikament mit den übrigen, dort im PC abgespeicherten Medikamenten, verträgt. Anschließend erfolgt die Auslieferung an die stationäre Pflegeeinrichtung.

16.2.4 Station: Pflegepersonal

Das Medikament wird dem entsprechenden Bewohner zugeordnet, der für seine Medikamentenvorräte eine separate Box in einem abgeschlossenen Schrank haben sollte. Das Medikament wird zur vereinbarten Zeit (morgens-mittags-abends-zur Nacht) verabreicht. Der Medikamentenplan ist in der Patientenakte und muss im geschilderten Falle der Wiederverordnung nicht geändert werden. Andernfalls ist jede Medikamentenänderung durch den betreuenden Arzt gegenzuzeichnen.



16.3 Schnittstellenprobleme aus Sicht des niedergelassenen Hausarztes am Beispiel einer Rezeptbestellung

16.3.1 Schnittstelle: Pflegepersonal/Arztpraxis

Problem: Es kommt zu einer Verwechslung des Patienten, des Medikaments oder zu einer falschen Dosierung bei telefonischer Rezept-Bestellung durch den Pflegedienst.

Lösung: keine Anrufe mehr sondern Fax oder e-mail mit Nachname, Vorname und Geburtsdatum des Patienten sowie Medikamentenangabe mit Wirkstärke und Dosierung.

Vergleich des ausgestellten Rezepts mit der Rezeptanforderung seitens der Arzthelferin und bei Vorlage zur Unterschrift Vergleich des angeforderten Medikaments mit der im PC gespeicherten Co-Medikation durch den Arzt.

16.3.2 Schnittstelle: Arztpraxis/Apotheke

Problem: Das verordnete Medikament hat Wechselwirkungen mit der Co-Medikation, die nur der Apotheke und dem Pflegedienst bekannt ist (anderer Verordner, OTC-Präparate).

Lösung: direkte telefonische Rückmeldung seitens der Apotheke an den verordnenden Arzt und Änderung des Rezeptes.

16.3.3 Schnittstelle: Apotheke/stationäre Pflegeeinrichtung

Problem: Das Medikament war nicht vorhanden und wurde durch ein Medikament mit gleichem Wirkstoff, aber anderem Namen, ersetzt.

Lösung: Direkte Information an den Pflegedienst bei der Auslieferung des Medikaments durch den persönlich bekannten Transport-Fahrer oder durch Anruf der Apotheke sowie Mitteilung an die Arztpraxis, wo der Name des gelieferten Medikaments dokumentiert wird.

16.3.4 Schnittstelle: stationäre Pflegeeinrichtung/Arztpraxis

Problem: Der Patient erhält das richtige Medikament in der richtigen Dosierung, aber das Pflegepersonal beobachtet NW, Unverträglichkeit, Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten oder allergische Reaktionen bei der Einnahme des Medikaments.

Lösung: sofortige telefonische Kontaktaufnahme mit dem Hausarzt, der je nach Schwere der NW entscheidet, ob ein Hausbesuch erforderlich ist oder ein Medikamentenwechsel telefonisch vorgenommen wird. Das neue Rezept nimmt dann den zuvor beschriebenen Weg. Sollte der Hausarzt außerhalb der Sprechzeiten nicht mehr erreichbar sein, besteht folgende Gefahr : Der diensthabende Kollege, der weder den Patienten noch seine Co-Medikation kennt, verordnet ein neues Medikament, welches dem Hausarzt nicht bekannt ist.

Lösung: Direkte Vorlage des neuen Medikamentenplans in der Hausarztpraxis am nächsten Morgen zur Kenntnisnahme und ggf. Unterschrift (nicht zwingend nötig, da ja vom diensthabenden Arzt abgezeichnet) durch den Hausarzt. Änderung der Medikation im PC der Arztpraxis und Eingabe der Nebenwirkungen sowie Warnhinweis bei erneuter Verordnung des alten Medikaments, welches der Patient nicht vertragen hatte.

16.4 Beispiele für gelungene Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Akteuren im Arzneimitteltherapiekreislauf Arzt – Apotheke – Pflegeeinrichtung

Die Inhalte der Kommunikation zwischen Pflegepersonal und Apotheke sind in den Heimverträgen beschrieben. In den seltenen Fällen der Beschäftigung eines Heimarztes, sind hier Inhalte der Kommunikation zwischen Pflegepersonal und Arzt per Vertrag geregelt, so dass allein auf der Grundlage solcher Vertragsbeziehungen die Zusammenarbeit der genannten Akteure deutlich besser funktionieren sollte als in der häufig praktizierten Realität eines Heimes, dessen Bewohner von verschiedensten Ärzten betreut werden und deren Medikamente von unterschiedlichen Apotheken geliefert werden.

Nicht vertraglich geregelt ist die Zusammenarbeit zwischen Arzt und Apotheke, wengleich durch das ABDA-KBV-Modell hier seit mehr als zwei Jahren ebenfalls ein Vorschlag darauf wartet, zumindest in den Bundesländern Thüringen und Sachsen an den Start zu gehen.

Um das Ziel einer optimalen Zusammenarbeit aller drei Akteure zu erreichen, muss im Vorfeld schon die Zusammenarbeit von immer zwei der drei Beteiligten reibungslos funktionieren.



16.4.1 Zusammenarbeit zwischen Apotheke und stationärer Pflegeeinrichtung in Marburg

Ein Beispiel einer gelungenen Zusammenarbeit zwischen Apotheke und Pflegekräften findet sich in Marburg. Hier wird eine stationäre Pflegeeinrichtung der Lebenshilfe in Marburg für geistig und körperlich behinderte Menschen mit insgesamt ca. 60 Bewohnern an einem Standort in Marburg von der ebenfalls in Marburg ansässigen Sonnenapotheke nicht nur beliefert, sondern es wird auch im Sinne von § 12a ApoG die zentrale Aufgabe der Apotheke, das Medikationsmanagement, vorbildlich erfüllt.

Es besteht eine langjährige intensive Zusammenarbeit mit regelmäßigem persönlichem Austausch von Verbesserungsvorschlägen zwischen Heimleitung und Apotheke.

Die Apothekerin absolvierte eine Weiterbildung vor Ort in der geriatrischen Abteilung des Diakoniekrankenhauses. In der Sonnenapotheke wird eine spezielle Software von ADG benutzt, die unmittelbar auf Medikamenteninteraktionen hinweist. Durch Dokumentation der Gesamtmedikation der Bewohner, d. h. der von sämtlichen Ärzten verordneten, sowie zusätzlich eingenommenen OTC-Präparate, konnten in der Vergangenheit zahlreiche Klinikeinweisungen vermieden werden. Bei der Begehung der genannten Einrichtung der Lebenshilfe werden Aufbewahrung und Vorbereitung (es erfolgt keine Verblisterung seitens der Apotheke), Vergabe sowie Dokumentation der Arzneimittel geprüft und protokolliert, Maßnahmen zur Beseitigung der Mängel besprochen und kontinuierlich verbessert. Ebenfalls persönlich von der Apothekerin durchgeführte Schulungen des Pflegepersonals verbessern die Fähigkeit des Pflegepersonals, Arzneimittel induzierte Nebenwirkungen, Interaktionen und Unverträglichkeiten zu erkennen. Die Schulungen erfolgen in getrennten Gruppen für examinierte und nicht-examinierte Pflegekräfte, die auch schriftliche Unterlagen zu dem jeweils gewählten Schwerpunktthema erhalten (z. B. im Herbst 2013 mit dem Thema „Der richtige Einnahmezeitpunkt von Arzneimitteln“).

Gute Erreichbarkeit der Apotheke mittels einer speziell für diese Einrichtung hinterlegten Mobilfunknummer, unter welcher die Apothekerin oder ihre Kollegen rund um die Uhr zu erreichen sind sowie die unmittelbare Nachbarschaft der Apotheke zu dieser Einrichtung erleichtern die

direkte Kommunikation und garantieren eine Medikamentenlieferung in kürzester Zeit.

16.4.2 Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Pflegekräften

- Den Vertrag „Pflegeheim Plus Thüringen“ haben die AOK Plus und die KV Thüringen mit Wirkung zum 1.7.2013 geschlossen. Hier arbeiten Hausärzte, Fachärzte und das Pflegepersonal eng zusammen mit bestimmten Qualitätsanforderungen an beide Seiten. Ein festes Hausärzteteam mit Rufbereitschaft sowie regelmäßige ärztliche Präsenz bei insgesamt deutlich über der normalen Vergütung liegenden Arzthonoraren lassen eine Verbesserung der Qualität der Betreuung der Heimbewohner erwarten. Angeboten wird diese Versorgungsform derzeit in vier Pflegeeinrichtungen in Thüringen für Heimbewohner, die bei der AOK Plus Thüringen versichert sind. Langzeiterfahrungen liegen hier natürlich noch nicht vor, da der Vertrag erst zum 1.7.2013 in Kraft trat.¹³⁷
- Ebenfalls am 1.7.2013 in Kraft getreten ist der modifizierte Vertrag zwischen der KV Nordrhein und der Barmer GEK, dessen Vorläufer schon im März 2012 als Pilotprojekt gestartet war. Hier können jetzt auch neben einzelnen Hausärzten, Fachärzten und Psychotherapeuten ein Verbund von Ärzten oder sogar ein komplettes Ärztenetz beitreten.¹³⁸ Der Vertrag gilt für alle Versicherten der Barmer GEK, die in Pflegeheimen der Stadt Essen leben. Durch ein speziell abrechenbares Überleitungsmanagement (persönlich sowie telefonisch) mit einer Vergütung zusätzlich zum Behandlungs- und Betreuungskomplex wird hier die Kommunikation zwischen Ärzten und Pflegekräften deutlich gefördert.
- Das sogenannte Berliner Projekt als Beispiel eines Modellversuchs nach den §§ 63, 64 SGB V, an dem seit dem Jahr 1998 insgesamt 32 der rund 290 stationären Pflegeeinrichtungen der Stadt kontinuierlich beteiligt sind, konnte durch fest angestellte Heimärzte ebenfalls die Qualität der Patientenversorgung und damit auch das Medikationsmanagement

137 www.aok-gesundheitspartner.de/thr/arztundpraxis/vertraege/index_10248.html

138 KVNO aktuell 6/2013



deutlich verbessern.¹³⁹ Hier werden auch regelmäßig Qualitätsdaten erhoben und von einer Berliner Consulting-Firma ausgewertet.¹⁴⁰

- Das niedersächsische Ärztenetz „Genial“ in Lingen, wo bisher 17 Hausärzte des Netzes parallel 6 Pflegeheime betreuten, hat zum April 2012 eine eigene Heimärztin angestellt. Hier haben die KV und die Krankenkassen einen Strukturvertrag nach § 73aSGB V geschlossen, der allerdings nur für drei Bezirke der Stadt Lingen gilt.¹⁴¹

16.4.3 Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Apotheken

Ein Beispiel für eine Verbesserung, welches bislang allerdings noch nicht verwirklicht wurde, ist das ABDA-KBV-Modell.

Die kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und die Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA) haben im Jahr 2011 ein Modell zur Arzneimittelversorgung entwickelt. Kerngedanke war die engere Zusammenarbeit zwischen Arzt und Apotheker. Im ersten Schritt sollen Ärzte Wirkstoffe statt konkreter Präparate verschreiben. (Anmerkung des Verfassers: Dies wird schon seit Jahren in den Krankenhausentlassungsbriefen für den weiterbehandelten Hausarzt so praktiziert).

Im zweiten Schritt sollen die Ärzte Wirkstoffe aus einer Medikationsliste verschreiben, bei welcher es sich nach Aussagen der Begründer des Modells nicht um eine Positivliste handelt. An dritter Stelle kommt das Medikationsmanagement, das sowohl Ärzte als auch Apotheker anbieten können. Anfang des Jahres 2013 haben die KVen und die Landesapothekerverbände von Sachsen und Thüringen sowie die AOK Plus dieser beiden Bundesländer die Eckpunkte des Konzepts unterschrieben. Im Mai 2013 forderte die Delegiertenversammlung des Hausärzterverbandes allerdings die KV in Sachsen auf, die Vertragsverhandlungen zu diesem Modell zu stoppen. Hier werden Befürchtungen der Ärzte angeführt, in ihrer Therapiefreiheit eingeschränkt zu werden sowie Konkurrenzdenken zwischen Ärzten und Apothekern. Es bleibt abzuwarten, ob die Pilotphase zu diesem Modell tatsächlich im Jahr 2014 in Sachsen und Thüringen startet.

139 Richter-Reichhelm Dt. Ärzteblatt 2004

140 www.gesundheitsberater-berlin.de

141 Deutsche Bank medNachrichten Ausgabe1/2012



16.5 Vorstellung des Medikationsmanagements in Marburg am Beispiel einer stationären Pflegeeinrichtung der Lebenshilfe mit der Sonnenapotheke und der Praxis Dr. Klockmann

Nach langjähriger Zusammenarbeit der Sonnenapotheke mit o. g. stationärer Einrichtung für geistig und körperlich behinderte Menschen in Marburg sowie ebenfalls langjähriger Zusammenarbeit mit meiner hausärztlichen Praxis, wurden diese beiden schon gut funktionierenden Kooperationen auf Initiative der Apothekerin zu einer Dreier-Kooperation zusammengeführt, die nach einer vierwöchigen Vorbereitungsphase im Dezember 2012 dann mit Beginn des Jahres 2013 startete. Neben meinen regelmäßigen ca. 4 wöchentlichen Visiten, die von meiner leitenden Arzthelferin begleitet werden, führten zahlreiche Telefonate sowie Besprechungen vor Ort zu dem jetzt praktizierten Modell. Seitens der Pflegeeinrichtung wurden Anfragebögen für Rezepte per Fax erstellt, die gesamte Medikation der Heimbewohner an die Arztpraxis gegeben und dort im PC dokumentiert, sofortige telefonische Rücksprache seitens der Apotheke bei Interaktionen vereinbart, da diese dort durch die Software der ADG direkt angezeigt werden, sowie persönliche Besprechungen zwischen der Apothekerin und mir als betreuender Hausärztin geführt. Somit bin ich auch informiert über die Schulungsinhalte des Pflegepersonals und kann daher den Wissensstand der betreuenden Pflegekräfte einschätzen. Diese wiederum können meine Praxis innerhalb der Sprechstundenzeiten unter einer speziellen mobilen Telefonnummer erreichen. Im Falle des Auftretens von unerwünschten Arzneimittelwirkungen ist ein Apotheker der Sonnenapotheke rund um die Uhr per Mobiltelefon für das Pflegepersonal erreichbar. Die Apothekerin und ich als betreuende Hausärztin sind untereinander ebenfalls 24 Stunden per Mobiltelefon erreichbar. Aufgrund der in fast allen Fällen vorliegenden Medikation mit mehr als 5 Arzneimitteln, darunter fast durchweg Neuroleptika und häufig Antiepileptika mit den verbundenen Risiken wie erhöhter Sturzgefahr, Sedierung, Schwindel oder aber bei Unterdosierung gehäufte epileptische Anfälle und auch Unruhezustände, erfolgt eine zusätzliche Betreuung vor Ort durch den mitbehandelnden Psychiater. Dieser führt ebenfalls regelmäßig Visiten in der Pflegeeinrichtung durch, die bislang noch nicht mit mir abgestimmt sind. Kurzfristiges Ziel sind hier gemeinsa-

me Visiten und langfristig die Installation einer Software, die sowohl von der Apotheke wie auch den behandelnden Ärzten eingesehen werden kann.

Diese kann und soll jedoch nicht die persönliche Kommunikation ersetzen. Um die Kommunikation insbesondere zwischen meiner Praxis und dem Pflegepersonal zu erleichtern, ist meine leitende Arzthelferin dort persönlich bekannt, da sie meine Visiten begleitet. Optimal wäre ein dreitägiges Praktikum der Arzthelferin in der betreuten Einrichtung, um die genauen Vorgänge, insbesondere im Bereich des Medikationsmanagements, kennenzulernen und ebenfalls die Heimbewohner besser einschätzen zu können.

Das Pflegepersonal wiederum nutzt häufiger die Gelegenheit, auch unsere Praxis näher kennenzulernen, indem gehfähige Patienten direkt in der Praxis vom Pflegepersonal vorgestellt werden.

16.6 Fazit

Die Gestaltung des Medikationsmanagements durch die Apotheke und die behandelnden Ärzte hat höchste Priorität und beeinflusst die Qualität der Heimversorgung erheblich.

Hilfreich bei einer erfolgreichen Gestaltung sind Versorgungsverträge, das Engagement aller Beteiligten und die Nutzung der Erkenntnisse aus der Versorgungsforschung.

Kommunikation und Kooperation aller Beteiligten sollte permanent verbessert werden.

Durch ständige Arzneimittelüberwachung, die durch eine IT-Vernetzung von Apotheke – Arztpraxis – Pflegeeinrichtung erheblich erleichtert wird, können unerwünschte Arzneimittelwirkungen und deren Folgen, insbesondere Klinikeinweisungen, in vielen Fällen vermieden werden.

Die im geschilderten Modell praktizierte Handhabung mit Aufbau funktionierender Zweierbeziehungen im ersten Schritt hat sich als gute Basis für den Aufbau einer funktionierenden Dreierbeziehung erwiesen. Regelmäßige Kommunikation, Dokumentation, Kontrolle und Fehlermanagement sowie gut geregelte telefonische Erreichbarkeit der Beteiligten untereinander sind Voraussetzung für die weiteren geplanten Schritte.

Diese sind Vertiefung der Kontakte, z. B. durch Praktikum einer Arzthelferin in der stationären Pflegeeinrichtung, bessere Absprache zwischen



Hausarzt und mitbehandelndem Facharzt und in ferner Zukunft die Installation einer Software, die für alle Beteiligten bzgl. bestimmter Patientendaten zugänglich ist.

Generell sollte die Rolle der Pflegekräfte gestärkt werden, da diese den ständigen Kontakt zu den Heimbewohnern haben!

Jede heimversorgende Apotheke sollte ein echtes Medikationsmanagement betreiben, welches auch entsprechend honoriert werden muss!

Die betreuenden Hausärzte sollten weiterhin als gate keeper funktionieren!

Dazu müssen sie die von o.g. Akteuren bereitgestellten Informationen permanent nutzen können und in den Pflegeeinrichtungen feste Ansprechpartner haben.

Hierfür geeignet sind diejenigen Pflegekräfte, die auch mit dem Stellen und der Vergabe der Medikamente beauftragt sind. Die betreuenden Hausärzte sollten die ständige Kommunikation und Kooperation pflegen und in ihren Therapieentscheidungen die Erkenntnisse aus diesen berücksichtigen.

Bleibt zu hoffen, dass die Installation einer entsprechenden Software mit der Vernetzung der Beteiligten nicht erst in ferner Zukunft Standard sein wird.

Literatur

1. Pirmohamed et al.: BMJ 2004, 329:15–19, Adverse drug reactions as cause of admission to hospital Prospective analysis of 18820 patients
2. Broschüre der AOK Plus :Pflegeheim Plus Ein Angebot für Versicherte der AOK Plus
3. KVNO aktuell 6/2013, S.18–19
4. Richter-Reichhelm, Manfred : Deutsches Ärzteblatt 2004; S.101, Berliner Modellprojekt: der Arzt am Pflegebett
5. Bach, Ingo: Gesundheitsberater Berlin Der Tagesspiegel, Hintergrund: Das gewisse Extra
6. Deutsche Bank med/Nachrichten 1/2012, S.3, Aus den Regionen



17 Kooperationsmöglichkeiten von stationären Pflegeeinrichtungen mit niedergelassenen Ärzten und anderen Institutionen

Bianca Nitsche

Der demographische Wandel und die daraus resultierenden Herausforderungen für die Gesellschaft sind allgegenwärtig und häufig Grundlage unterschiedlichster Diskussionen und Debatten. Vor allem die Sicherstellung der medizinischen Versorgung der alternden Gesellschaft wird als „bedrohlich“ wahrgenommen. Schon heute kann regelmäßig in Tages- sowie Fachzeitschriften über den Personalmangel sowohl bei den Ärzten, als auch bei dem Pflegepersonal gelesen werden sowie der gleichzeitigen Zunahme von Menschen, die genau diese medizinische Versorgung benötigen. Es gilt jede Chance zu nutzen, die vielzitierte und durch die demographische Entwicklung getriebene Kosten im Gesundheitswesen einzudämmen.

In den Jahren 1999 bis 2011 ist die Anzahl der pflegebedürftigen Menschen, die in einer stationären Pflegeeinrichtung leben, kontinuierlich von 573.211 auf 786.920 Menschen angestiegen. Dabei entfällt der größte Anteil auf Personen zwischen dem 80. und 95. Lebensjahr, 2011 insgesamt ca. 491.500 Menschen.¹⁴² Das sind fast eine halbe Millionen Menschen, die nicht nur pflegerisch, sondern auch ärztlich umfassend betreut und versorgt werden müssen.

Viele Angehörigen glauben, dass die Verantwortung für die ärztliche Versorgung dem Pflegeheim obliegt. Die Pflegeeinrichtung hat jedoch die freie Arztwahl des Patienten zu berücksichtigen und muss dessen Wahl akzeptieren.¹⁴³ Hier kommen allerdings weitere Probleme zum Tragen: Zum einem ist da der Faktor, ob der Patient noch mobil ist, also selbständig den

142 Vgl. http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboo-wasys921.xwdevkit/xwd_init?gbe.isgbetol/xs_start_neu/&p_aid=3&p_aid=94718592&nummer=393&p_sprache=D&p_indsp=-&p_aid=45226574
gesehen am 09.11.2013 um 21:57Uhr

143 Vgl. Hallauer u. a. 2005: 11

Arzt aufsuchen kann, oder ob er Unterstützung benötigt. Zum anderen ist häufig fraglich, ob der Patient noch selbst entscheiden kann, wann ein Arztkontakt nötig ist und wann nicht. Beide Faktoren treffen häufig nicht zu, sodass die Entscheidung über einen Arztkontakt in vielen Fällen von den Angehörigen oder dem Pflegepersonal getroffen wird.¹⁴⁴

Sollte ein Arztkontakt außerhalb der Sprech- und Öffnungszeiten notwendig sein, bleibt den meisten Pflegeeinrichtungen nichts anderes übrig, als den ärztlichen Notdienst zu verständigen. Diesem ist der Patient und dessen Anamnese in den meisten Fällen nicht bekannt, sodass eine Krankenhauseinweisung eine mögliche Folge sein kann, wodurch nicht nur eine hohe Belastung des Patienten und der Angehörigen entsteht, sondern auch erhebliche Kosten ausgelöst werden.

Des Weiteren ist zu vermuten, dass durch eine kooperierende Betreuung des Patienten durch einen oder mehrere vertraute Ärzte die Behandlungsqualität gesteigert werden könnte, Krankenhauseinweisungen reduziert werden können und bei alledem eine Verbesserung des Gesundheitszustands der Patienten einhergeht mit einer Senkung der Gesundheitskosten.¹⁴⁵

In der hier vorliegenden Ausarbeitung sollen nun unterschiedliche Kooperationsmöglichkeiten zwischen Heimen und Ärzten vorgestellt werden.

17.1 Rechtliche Grundlage

Bevor unterschiedliche Kooperationsmodelle erläutert werden, sei kurz der rechtliche Rahmen dargestellt.

Der § 119b SGB V fördert die Kooperation zwischen stationären Pflegeeinrichtungen und niedergelassenen Ärzten. Er besagt, dass stationäre Pflegeeinrichtungen bei Bedarf Kooperationsverträge mit geeigneten vertragsärztlichen Leistungserbringern schließen dürfen. Dabei nimmt die Kassenärztliche Vereinigung eine Vermittlerfunktion ein. Kommt ein solcher Vertrag nicht innerhalb von sechs Monaten zustande, ist die Pflegeeinrichtung vom Zulassungsausschuss zu ermächtigen, mit angestellten Ärz-

144 Vgl. Hallauer u. a. 2005: 20 f.

145 Vgl. Hallauer u. a. 2005: 46

ten, die im Arztregister eingetragen sind und geriatrisch fortgebildet sein sollen, die Versorgung der Bewohner sicherzustellen. Hierbei besteht auch die Möglichkeit, dass mehrere Pflegeeinrichtungen gemeinsam einen oder mehrere Ärzte anstellen. Das Recht auf eine freie Arztwahl bleibt dem Bewohner uneingeschränkt erhalten.¹⁴⁶

Die Mehrheit der nachfolgend vorgestellten Projekte zur Kooperation von Ärzten und stationären Pflegeeinrichtungen stützt sich auf den § 140a SGB V zur integrierten Versorgung. Laut diesem Paragraphen können „die Krankenkassen Verträge über eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende Versorgung der Versicherten oder eine interdisziplinär-fachübergreifende Versorgung mit den in § 140b Abs. 1 genannten Vertragspartnern abschließen.“¹⁴⁷ Die Teilnahme der Versicherten an der Versorgungsform ist freiwillig und die Versicherten haben das Recht hierzu von der Krankenkasse umfassend informiert zu werden.¹⁴⁸

Das wohl bekannteste Projekt, das Berliner Projekt, stützt sich neben dem § 140a SGB V auch auf den § 92b SGB XI. Dieser besagt, dass auch Pflegekassen mit zugelassenen Pflegeeinrichtungen Verträge zur integrierten Versorgung schließen oder derartigen Verträgen mit Zustimmung der Vertragspartner beitreten können. In diesen Verträgen ist der Inhalt und Umfang der Leistungen, sowie deren Vergütung zu regeln. Sollten durch die integrierte Versorgung Mehraufwendungen für Pflegeleistungen entstehen, vereinbaren die Beteiligten leistungsgerechte Zuschläge.¹⁴⁹

17.2 Kooperationsvarianten

17.2.1 Careplus – Medizinisch betreute Pflege

Als Ziel des Projekts formuliert die AOK Berlin: „Die Vertragspartner wie zum Beispiel die Pflegeeinrichtungen wollen in Berlin und Brandenburg durch den Aufbau einer spezifizierten, kooperativen und aufeinander abgestimmten medizinischen Versorgungsform die Versorgungs- und Lebensqualität der in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 71 Abs. 2 SGB XI

146 Vgl. § 119 b SGB V

147 § 140a Abs.1 SGB V

148 Vgl. § 140a Abs. 2–3 SGB V

149 Vgl. § 92b Abs. 1–2 SGBXI

lebenden Bewohnern verbessern.“¹⁵⁰ Dafür soll ein patientenorientiertes Versorgungsangebot geschaffen werden, dass durch die Einbindung von geeigneten Leistungserbringern eine zusätzliche ärztliche und medizinisch-therapeutische Versorgung in der Pflegeeinrichtung beinhaltet.¹⁵¹ „Die notwendigen Prozesse werden zum Wohl der Versicherten effizient eng aufeinander abgestimmt und die Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitspotenzialen erbracht. Unnötige und für Pflegeheimbewohner belastende Krankenhauseinweisungen und Fahrten zum Arzt sollen so weit wie möglich vermieden werden.“¹⁵² Rechtlich basiert Careplus auf dem § 92b SGB XI in Kombination mit § 140a SGB V.¹⁵³ Um an Careplus teilzunehmen, gelten neben dem Kooperationsvertrag mit dem Träger der Einrichtung folgende Voraussetzungen: Die Leistungserbringer müssen in der hausärztlichen Versorgung tätig sein und sie müssen die Bereitschaft aufweisen, an Fortbildungen und Seminaren zu den Versorgungsbedürfnissen der Bewohner teilzunehmen.¹⁵⁴ Folgende Leistungen, werden in dem Kooperationsvertrag vereinbart: „Dazu zählen unter anderem die wöchentliche Anwesenheit in der Pflegeeinrichtung, die telefonische Rufbereitschaft mit Vertretungsregelung, die Verpflichtung zu quartalsweisen Fallbesprechungen zwischen Ärzten, Pflegekräften und Therapeuten, Fortbildung zu geriatrischen Themen sowie die Teilnahme an jährlichen Auditgesprächen. [...] Zu den vertraglichen Aufgaben des Careplus-Arztes gehört auch die Koordination der fachärztlichen Versorgung.“¹⁵⁵ Die zusätzlich vereinbarten Leistungen wer-

150 Vgl. <http://www.aok-gesundheitspartner.de/bln/pflege/stationaer/careplus/projekt/index.html> gesehen am 14.12.2013 um 22:52 Uhr

151 Vgl. <http://www.aok-gesundheitspartner.de/bln/pflege/stationaer/careplus/projekt/index.html> gesehen am 14.12.2013 um 23:03 Uhr

152 Vgl. <http://www.aok-gesundheitspartner.de/bln/pflege/stationaer/careplus/projekt/index.html> gesehen am 14.12.2013 um 23:06 Uhr

153 Vgl. <http://www.aok-gesundheitspartner.de/bln/pflege/stationaer/careplus/projekt/index.html> gesehen am 14.12.2013 um 22:35 Uhr

154 Vgl. <http://www.aok-gesundheitspartner.de/bln/pflege/stationaer/careplus/aerzte/index.html> gesehen am 14.12.2013 um 23:13 Uhr

155 Vgl. <http://www.aok-gesundheitspartner.de/bln/pflege/stationaer/careplus/aerzte/index.html> gesehen am 14.12.2013 um 23:17 Uhr



den dem Arzt mit 500 € pro eingeschriebenem Pflegeheimbewohner und Jahr extrabudgetär vergütet.¹⁵⁶

17.2.2 Kooperationsvertrag zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen (KV Hessen) und dem Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. Landesgruppe Hessen (bpa)

Am 04. November 2009 unterzeichneten die KV Hessen und der bpa eine Kooperationsvereinbarung. Das Ziel besteht darin, die fachärztliche Betreuung in Pflegeheimen zu verbessern und unnötige Krankentransporte und Krankenhauseinweisungen zu vermeiden. Dies soll durch eine bessere Abstimmung der Prozesse von Ärzten und Heimen erreicht werden, aber auch durch feste Sprechzeiten in der Einrichtung und einer besseren telefonischen Erreichbarkeit auch außerhalb der Sprechzeiten.¹⁵⁷ Über die konkreten Auswirkungen dieses Modellprojektes wurden keine Hinweise gefunden.¹⁵⁸ Auch über eine entsprechende finanzielle Komponente für den Arzt und die Pflegeeinrichtungen, fehlt aussagekräftige Literatur. Eine Evaluation des Modellprojektes liegt ebenfalls nicht vor.

17.2.3 Berliner Projekt

In Folge der Einführung der stationären Pflegeversicherung im Juli 1996 sollten Krankenhäuser für chronisch Kranke in Berlin in stationäre Pflegeeinrichtungen umgewandelt werden. Experten befürchteten aber, dass durch die Umwandlung ein Versorgungsangebot für schwer kranke Menschen verloren gehen könnte, da für diese eine rein pflegerische Versorgung nicht ausreiche und als Auswirkung mit vermehrten Krankenhauseinweisungen zu rechnen sei.¹⁵⁹

„Vor diesem Hintergrund einigten sich die Berliner AOK, die IKK Brandenburg und Berlin, die Kassenärztliche Vereinigung, die Krankenhausgesellschaft und der Verband der Privatkrankenanstalten Berlin-Brandenburg

156 Vgl. <http://www.aok-gesundheitspartner.de/bln/pflege/stationaer/careplus/aerzte/index.html> gesehen am 14.12.2013 um 23:19 Uhr

157 Vgl. Kur 2009: 37

158 Vgl. Balzer u. a. 2013: 86

159 Vgl. Richter-Reichhelm; Müller 2004: 1482

– unterstützt durch die Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz – auf das gemeinsame Ziel, eine qualitätsgesicherte Versorgung von chronisch kranken, multimorbiden und psychisch kranken Menschen in stationären Pflegeeinrichtungen zu organisieren. Dabei sollten ambulante medizinische und stationäre pflegerische Versorgung effizient verzahnt und gleichzeitig der Wirtschaftlichkeit hohe Aufmerksamkeit eingeräumt werden. Diese Anforderungen waren die Basis für das im März 1998 gestartete Projekt.¹⁶⁰ Inzwischen sind 38 Pflegeeinrichtungen an dem Berliner Projekt beteiligt. Es ist eine 24-stündige „Rund-um-die Uhr“ Versorgung der 3500 Bewohner sichergestellt. Ebenso wöchentliche Visiten im Heim und regelmäßige interdisziplinäre Teambesprechungen.¹⁶¹ Für diese Leistungen erhalten die Ärzte 200 Euro pro Patient und Quartal als extrabudgetäres Honorar. Nicht alle Bewohner der Pflegeeinrichtung nehmen an diesem Modell teil. Die freie Arztwahl bleibt auch hier erhalten, allerdings ist zu vermuten, dass auch die Bewohner, die nicht an dem Modell teilnehmen, durch die regelmäßige Anwesenheit eines Arztes profitieren.¹⁶² Diese ärztlichen Zusatzleistungen werden in einem Teil der stationären Pflegeeinrichtungen durch angestellte Ärzte, mit einer Ermächtigung an der ambulanten Versorgung teilzunehmen, erbracht, in dem anderen kooperieren die Einrichtung mit niedergelassenen Ärzten.¹⁶³ Als das Projekt initiiert wurde, gab es noch keine entsprechende rechtliche Grundlage, weshalb die Vertragspartner eine Rahmenvereinbarung erarbeitet hatten. Diese wurde 2011 durch eine Kooperationsvereinbarung in eine Integrierte Versorgung nach § 140a SGB V in Verbindung mit § 92b SGB XI und einer ärztlichen Versorgung nach § 73c SGB V umgeändert.¹⁶⁴ ¹⁶⁵ Das dieses Projekt ein Erfolgsmodell ist, zeigen folgende Auswertungen: „Durch diese Kooperation am

160 Richter-Reichhelm; Müller 2004: 1482f

161 Vgl. Henkel-Hoving 2009:17

162 Vgl. Hibbeler 2007: 3298

163 Vgl. Richter-Reichhelm/Müller 2004: 1484

164 Vgl. Kooperationsvereinbarung http://www.kvberlin.de/20praxis/60vertrag/10vertraege/krankenheim/vereinbarung_koop.pdf gesehen am 15.12.2013 um 01:20 Uhr

165 Vgl. Balzer u. a. 2013: 87



Pflegebett sind in den Projekteinrichtungen die Krankenhaushäufigkeiten um mehr als 50 %, die Ausgaben für Transport um ca. 61 % und für Arzneimittel um ca. 23 % geringer als in den übrigen Berliner Pflegeeinrichtungen. Rechnerische Minderausgaben von ca. 5,4 Mio. € und Mehraufwendungen von ca. 2,7 Mio. € (für die Zahlung der besonderen Honorare für Ärzte, Therapeuten, den Hilfsmittelbereich, sonstige Kosten) ergaben 2005 Einsparungen von ca. 2,7 Mio. €. ¹⁶⁶

17.2.4 Integrierte Versorgung Pflegeheim – AOK Baden Württemberg

Seit dem 01.01.2011 haben die AOK Baden-Württemberg, die HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG, die MEDIVERBUND AG, der Hausärzterverband Baden-Württemberg, MEDI Baden-Württemberg e. V. und die Pflegeheimträger Eigenbetrieb Leben & Wohnen (Stuttgart), Städtische Pflegeheime Esslingen sowie die Evangelische Heimstiftung GmbH (Stuttgart) zunächst für die Modellregion Stuttgart/Esslingen den Vertrag Integrierte Versorgung Pflegeheim (IVP) sektorenübergreifend abgeschlossen. Der Vertrag wurde auf Grundlage des § 140a ff SGB V abgeschlossen und ist unbefristet, mindestens jedoch bis zum 31.12.2012 gültig. ¹⁶⁷ Dieser Vertrag baut auf einem bestehenden Hausarztzentrierten Versorgungsvertrag nach § 73b SGB V auf. Somit können alle Ärzte, deren Praxis bzw. deren Wohnort von der teilnehmenden Pflegeeinrichtung max. 30 Minuten entfernt ist, und Versicherte, die vorher an der Hausarztzentrierten Versorgung teilnahmen, an der IVP teilnehmen. Wie auch bei der Hausarztzentrierten Versorgung wählt der Versicherte einen festen IVP Arzt. ¹⁶⁸ Nach der erfolgreichen Umsetzung und Bewertung des Projektes in der Region Stuttgart/Esslingen ist eine Weiterentwicklung des Vertrages, mit Ausweitung der Pflegeeinrichtungen sowie eine flächendeckende Umsetzung in Baden-Württemberg, geplant. ¹⁶⁹ Laut dem „Vertrag zur Vernetzung ärztlicher und

166 Möhlmann 2007: 10

167 Vgl. AOK Baden Württemberg 2011a: 1

168 Vgl. AOK Baden Württemberg 2013: 2

169 Vgl. <http://www.aok.de/baden-wuerttemberg/gesundheit/integrierte-versorgung-regionale-behandlungsangebote-37516.php#173972> gesehen am 15.12.2013 um 11:31 Uhr

pflegerischer Versorgung im Pflegeheim“ wurde das Ziel des Projektes wie folgt definiert: „Primäres Ziel ist die Verbesserung der medizinischen und pflegerischen Versorgung durch eine Sicherung der Qualität und Wirtschaftlichkeit aufeinander abgestimmter Leistungen. Hierzu sollen z. B. abgestimmte Besuche durchgeführt, eine Hintergrundbereitschaft der HZV-Ärzte aufgebaut und unterstützende begleitende Maßnahmen bei der Überleitung in und aus dem Krankenhaus definiert werden. Unnötige stationäre Einweisungen sollen vermieden werden. Es gilt ambulant vor stationär.¹⁷⁰ In der Umsetzung sieht dies so aus, dass folgende Leistungen umgesetzt werden: Es wird ein Versorgungsnetz gebildet, dem die stationäre Pflegeeinrichtung und die beteiligten Ärzte angehören. Es findet mindestens alle zwei Wochen eine Visite im Pflegeheim statt, an der eine Pflegefachkraft teilnimmt. Durch die teilnehmenden Ärzte wird eine Bereitschaftszeit von Montags bis Freitags von 7:00 Uhr bis mindestens 19:00 Uhr sichergestellt. Die Ärzte und Pflegeheime verpflichten sich zur Teilnahme an zwei Fortbildungen mit geriatrischen oder palliativen Inhalt. Die Ärzte erhalten für diese Leistungen eine leistungsgerechte Vergütung.¹⁷¹ Eine Evaluation des Projektes liegt leider nicht vor.

17.2.5 Heimarztprojekt im Pflegeheim „Haus der Arbeiterwohlfahrt“

In dem Haus der Arbeiterwohlfahrt München, wurde das Problem der medizinischen Versorgung der Bewohner ebenfalls erkannt und folgender Lösungsweg eingeschlagen: Um eine überdurchschnittliche medizinische Versorgung der Bewohner zu erreichen, hat man neben angebundenen Hausarztpraxen einen festangestellten Heimarzt etabliert.¹⁷² Mit dem Projekt wurde im Juni 2001 begonnen. Ursprünglich wurde die Stelle über

170 Vgl. https://www.hausaerzteverband.de/cms/uploads/media/2013_07_22_Vertrag_zur_Integrierten_Versorgung_Pflegeheim__IVP_.pdf Seite 3 gesehen am 15.12.2013 um 11:45 Uhr

171 Vgl. https://www.hausaerzteverband.de/cms/uploads/media/2013-07-11_aok-bw-ivp_FAQ.pdf Seite 3 gesehen am 15.12.2013 um 11:56 Uhr

172 Vgl. <http://www.awo-muenchen.de/senioren/seniorenwohn-und-pflegeheime/einrichtungen-in-ihreer-naeche/haus-der-awo-haidhausen/ueber-uns/> gesehen am 15.12.2013 um 15:29 Uhr



Spendenmittel und durch Eigenmittel des Trägers finanziert. Inzwischen beteiligen sich die KVB und die AOK Bayern an der Finanzierung. Folgende Leistungen muss der angestellte Heimarzt erbringen: tägliche Visite, bei Bedarf eine gemeinsame Visite mit den Hausärzten, Beratung des Pflegepersonals, Teilnahme an Pflegevisiten, individuelle Fallbesprechungen, Erstdiagnostik und -therapie bei Notfällen, sowie das Anbieten von Fortbildungen für das Pflegepersonal.¹⁷³ Darüber hinaus bietet das Pflegeheim seinen Bewohnern noch Facharztvisiten von Augenarzt, Urologe, HNO Arzt, Neurologe und Hautarzt an, sowie einen zahnärztlichen Besuchsdienst.¹⁷⁴

Dass dies durchaus ein praktikabler Weg ist, bestätigt sich, wenn man dieses Projekt evaluiert:

Durch den festangestellten Arzt konnte die Anzahl der Krankenhaus-einweisungen um gut ein Viertel reduziert werden. Durch diese Anstellung sollen den Kassen Kosten in Höhe von 250.000 Euro jährlich erspart bleiben.¹⁷⁵

17.2.6 Bewertung der vorgestellten Modelle¹⁷⁶

Bevor kurz auf die einzelnen Leistungen der vorgestellten Modelle eingegangen wird, ist zu sagen, dass jede Bemühung, die medizinische Versorgung der Bewohner in Pflegeeinrichtungen zu verbessern, positiv zu bewerten ist. Die im vorherigen Abschnitt aufgeführten Modelle und Projekte sind jeweils exemplarisch ausgewählt worden, um die Bandbreite der möglichen Kooperationsmöglichkeiten aufzuzeigen. Sie erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Es wird dabei deutlich, dass unterschiedliche Wege zu einer verbesserten medizinischen Versorgung, auch unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten, durchaus möglich und sinnvoll sind.

173 Vgl. <http://www.ris-muenchen.de/RII2/RII/DOK/SITZUNGSVORLAGE/473765.pdf> gesehen am 15.12.2013 um 15:38 Uhr

174 Vgl. http://www.awo-muenchen.de/fileadmin/media/senioren/downloads/Leistungsbogen_Haus_der_AWO_2011.pdf gesehen am 15.12.2013 um 15:44 Uhr

175 Vgl. Loerzer 2010:40

176 Die Details der aufgeführten Modelle sind in dem vorherigen Teil dieser Arbeit mit entsprechenden Quellen angegeben.

Careplus: Das formulierte Ziel dieses Modelles besteht darin, die Versorgungs- und Lebensqualität der Bewohner zu verbessern. Es ist genau geregelt, welche Patienten und Ärzte an dem Modell teilnehmen können und durch welche Leistungen die definierten Ziele erreicht werden sollen. Auch die Koordination der fachärztlichen Versorgung ist geregelt. Alles in allem ein umfassendes Modell, welches mit Sicherheit auch gut auf andere Regionen übertragen werden kann.

Kooperationsvertrag zwischen KV Hessen und dem bpa: Durch diese Kooperation soll die fachärztliche Betreuung in Pflegeheimen verbessert und unnötige Krankenhauseinweisungen und -transporte vermieden werden. Dies soll durch eine bessere Abstimmung der Ärzte und Heime, feste Sprechzeiten und eine bessere telefonische Erreichbarkeit der Ärzte erzielt werden. Da leider keine Evaluationsergebnisse vorliegen, lässt sich nicht beurteilen, ob diese Kooperation zu einer positiven Entwicklung der Versorgungsqualität der Pflegeheimbewohner beigetragen hat.

Berliner Projekt: Das Ziel des Berliner Projektes ist es, eine qualitätsgesicherte Versorgung von chronisch kranken Menschen zu gewährleisten. Dies soll durch wöchentliche Visiten und eine 24 stündige „Rund-um-die-Uhr“-Versorgung gewährleistet werden. Und die Evaluation gibt diesem Modell recht (s. Seite 5f.). Ein solches Modell ist offensichtlich sehr gut auf die Versorgung von pflegebedürftigen Personen ausgerichtet. Eine Übertragung auf andere Pflegeheime ist aber nur bedingt sinnvoll, da nicht in jedem Pflegeheim das Patientenkontingent mit dem aus dem Berliner Projekt vergleichbar ist, und dadurch eventuell eine Überversorgung entstehen könnte.

Integrierte Versorgung Pflegeheim: In dem zugrundeliegenden Vertrag lag das Ziel des Modells darin, die medizinische und pflegerische Versorgung durch abgestimmte Leistungen zu verbessern. Dazu wurde das Modell der Hausarztzentrierten Versorgung erweitert und auf Pflegeheimbewohner übertragen. Hierbei wurden Leistungen wie alle zwei Wochen eine Visite unter Beteiligung einer Pflegekraft sowie erweiterte Bereitschaftszeiten festgelegt. Besonders positiv ist zu bewerten, dass in diesem Modell das Pflegepersonal aus den Pflegeeinrichtungen mit einbezogen wird, da diese häufig das Bindeglied zwischen Arzt und Patienten darstellen. Eine Übertragung auf andere Regionen wird positiv bewertet, wobei hier keine Evaluation des Modelles vorliegt.

Heimarztprojekt im Pflegeheim „Haus der Arbeiterwohlfahrt“: Ähnlich wie im Berliner Projekt, hat die Arbeiterwohlfahrt München einen Arzt in einem Pflegeheim fest angestellt. Somit kommen den Bewohnern Leistungen wie tägliche Visite, Beratung des Pflegepersonals, schnelle Erstdiagnose und -therapie in Notfällen und vieles mehr zu Gute. Ein Modell, das für viele Bewohner mit Sicherheit einen hohen Reiz hat, aufgrund der Kosten aber viele Heime vor der Umsetzung abschreckt. Dass es aber auch dafür Mittel und Wege gibt, hat dieses Modell anschaulich gezeigt. Und die Evaluation zeigt, dass sich die Mühe durchaus gelohnt hat. Eine Übertragung auf andere Regionen und Häuser erscheint sinnvoll, ist aufgrund der verbundenen Kosten aber nicht überall umsetzbar. Auch hier ist zu überprüfen, welches Patientengut eine solch enge Versorgung benötigt, um eine Überversorgung zu vermeiden.

17.2.7 Ausblick

Es steht außer Frage, dass allein die in der Einleitung beschriebene Problematik es schlichtweg erfordert, der Qualität der ärztlichen Versorgung bei bestmöglicher Wirtschaftlichkeit eine hohe Bedeutung beizumessen. Vor dem Hintergrund der sich weiter verschärfenden demographischen Situation geht es um nicht weniger als darum, die Finanzierbarkeit des Gesundheitssystems auch für die Zukunft zu erhalten. Die Potentiale sowohl im Hinblick auf Qualität der Versorgung, als auch im Hinblick auf Kostenoptimierung sind immens und erfordern höchste Aufmerksamkeit seitens der Gesundheitspolitik.

Angesichts regional sehr unterschiedlicher Situationen in Bezug auf die Anzahl der Patienten bzw. Pflegeeinrichtungen, die ärztliche Infrastruktur, etc. gibt es derzeit sicher nicht „das eine überlegene System“. Es zeigt sich vielmehr, dass jedes der vorbeschriebenen Systeme per se besser ist als „kein System“. Es zeigt sich weiterhin, dass es sinnvoll ist, in enger Zusammenarbeit zwischen den Leistungserbringern entsprechende Systeme zu installieren, welche individuell auf die örtliche Situation zugeschnitten sind. Hierbei ist es natürlich nützlich, im Vorfeld bereits bestehende Systeme auf deren Übertragbarkeit zu prüfen und gegeneinander abzugleichen. Des Weiteren ist es, neben einer entsprechenden Evaluierung, unabdingbar, bestehende Systeme laufend zu hinterfragen und auf Optimierungsmöglichkeiten hin



zu überprüfen; dies allein schon mit Blick auf den technischen Fortschritt aber auch in Bezug auf organisatorische Aspekte, um auch in Zukunft eine optimale Versorgung der Patienten zu gewährleisten.

Literatur

1. AOK Baden Württemberg. Daten und Fakten zum Vertrag Integrierte Versorgung Pflegeheim (IVP) 2011a.
2. AOK Baden Württemberg. Fragen und Antworten (FAQs) „Integrierte Versorgung Pflegeheim“ (IVP) Stand 18.06.2013
3. Balzer, Katrin; Butz, Stefanie; Bentzel, Jenny; Boukhemair, Dalila; Lühmann, Dagmar 2013: Beschreibung und Bewertung der fachärztlichen Versorgung von Pflegeheimbewohnern in Deutschland; Köln 2013; Dimdi
4. Hallauer, Johannes; Bienstein, Christel; Lehr, Ursula; Rönsch, Hannelore 2005 SÄVIP-Studie zur ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen; Hannover 2005 Vincentz Network Marketing Service
5. Henkel-Hoving, Hans Bernhard: Heimärzte sind gefragt. Gesundheit und Gesellschaft 2009;12:17
6. Hibbeler, Birgit: Ärztliche Versorgung im Pflegeheim – Von Kooperationen profitieren alle. Deutsches Ärzteblatt 2007; 104 (48): 3297 ff
7. Kur Claudia: KV Hessen startet Zusammenarbeit mit privatem Anbieter sozialer Dienste. Info.Doc Zeitschrift der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen 2009: 06:37–38
8. Loerzer, Sven: Königsweg Heimarzt – in Süddeutsche Zeitung Nr. 91; 2010:40
9. Möhlmann, Harald: Modellprojekt: Wirtschaftlich und gut. KV Blatt 2007:10 http://www.kvberlin.de/40presse/30kvblatt/2007/10/30_titelthema/kvbk.html
10. Richter-Reichhelm, Manfred/Müller, Rolf D.: Der Arzt am Pflegebett – Berliner Modellprojekt. Deutsches Ärzteblatt 2004; 101 (21): 1482–1484 <http://www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=41997>
11. § 119 b SGB V
12. § 140a Abs.1–3 SGB V
13. § 92b Abs. 1–2 SGBXI
14. Genutzte Internetseiten
15. http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd_init?gbe.isgbetol/xs_start_neu/&p_aid=3&p_aid=94718592&nummer=393&p_sprache=D&p_indsp=-&p_aid=45226574 gesehen am 09.11.2013 um 21:57Uhr
16. https://www.hausaerzteverband.de/cms/uploads/media/2013-07-11_aok-bw-ivp_FAQ.pdf
17. AOK Baden Württemberg. Integrierte Versorgung Pflegeheim (IVP) Vertrag https://www.hausaerzteverband.de/cms/uploads/media/2013_07_22_Vertrag_zur_Integrierten_Versorgung_Pflegeheim__IVP_.pdf
18. <http://www.aok-gesundheitspartner.de/bln/pflege/stationaer/careplus/projekt/index.html> gesehen am 14.12.2013 um 22:52 Uhr
19. <http://www.aok-gesundheitspartner.de/bln/pflege/stationaer/careplus/aerzte/index.html> gesehen am 14.12.2013 um 23:13Uhr
20. http://www.kvberlin.de/20praxis/60vertrag/10vertraege/krankenheim/vereinbarung_koop.pdf gesehen am 15.12.2013 um 01:20 Uhr
21. <http://www.aok.de/baden-wuerttemberg/gesundheit/integrierte-versorgung-regionale-behandlungsangebote-37516.php#173972> gesehen am 15.12.2013 um 11:31 Uhr



22. https://www.hausaerzteverband.de/cms/uploads/media/2013_07_22_Vertrag_zur_Integrierten_Versorgung_Pflegeheim__IVP_.pdf Seite 3 gesehen am 15.12.2013 um 11:45 Uhr
23. https://www.hausaerzteverband.de/cms/uploads/media/2013-07-11_aok-bw-ivp_FAQ.pdf Seite 3 gesehen am 15.12.2013 um 11:56 Uhr
24. <http://www.awo-muenchen.de/senioren/seniorenwohn-und-pflegeheime/einrichtungen-in-ihrer-naeche/haus-der-awo-haidhausen/ueber-uns/>gesehen am 15.12.2013 um 15:29 Uhr
25. <http://www.ris-muenchen.de/RII2/RII/DOK/SITZUNGSVORLAGE/473765.pdf> gesehen am 15.12.2013 um 15:38 Uhr
26. http://www.awo-muenchen.de/fileadmin/media/senioren/downloads/Leistungsbogen_Haus_der_AWO_2011.pdf gesehen am 15.12.2013 um 15:44 Uhr

18 Aktueller Stand der digitalen Medikationsmanagement-Systeme

Vanessa Spoden

18.1 Informationstechnik im Medikationsmanagement

Ein Heimbewohner wird meist von unterschiedlichen Heilberuflern begleitet. Zum einen vom internen Pflegepersonal, sowie eventuellen internen Therapeuten und Ärzten, zum anderen von externen Heilberuflern. Bei Heimbewohnern kann zudem von einer überdurchschnittlichen Multimorbidität ausgegangen werden, wodurch sich der Kreis an involvierten Spezialisten erweitert. Die immanente Komplexität der medikamentösen Versorgung multimorbider Pflegebedürftiger erhöht sich mit jedem dieser Akteure, der in irgendeiner Weise im Rahmen des Medikationsmanagements mitwirkt. Nicht nur jede Verordnung eines externen Heilberuflers, sondern auch Schicht- und Personalwechsel bilden Informationsschnittstellen im Prozess des Medikationsmanagements. Um trotzdem eine optimale Versorgung gewährleisten zu können, gilt es, diese mit möglichst geringem Informationsverlust zu überwinden, so dass alle Beteiligten stets alle aktuellen Informationen zur Medikation des Bewohners haben. Diese stetige Synchronisation des Wissensstands aller Beteiligten kann in Anbetracht der meist hohen Anzahl an Heimbewohnern und der damit einhergehenden hohen Anzahl an Heilberuflern nur unter Einbezug von Informationstechnik geleistet werden. Speziell die Informationsübermittlung zwischen verschiedenen Institutionen, bspw. Heim und externer Facharzt, kann durch Informationstechnik beschleunigt werden. Dem entgegen steht allerdings der derzeitige Einsatz von unterschiedlichen Informationsverarbeitungssystemen in den einzelnen Institutionen des Pflege- und Heilprozesses. So unterscheiden sich nicht nur die im stationären und ambulanten Sektor verwendeten Systeme, sondern auch innerhalb jedes Sektors wird eine Vielzahl unterschiedlicher Systeme eingesetzt.¹⁷⁷ Diese Systeme sind meist nicht darauf ausgelegt, miteinander zu kommunizieren, wodurch neben Informa-

¹⁷⁷ Vgl. Makolla (2013), S. 4.

tionsdivergenzen auch die Notwendigkeit von Doppeldokumentationen entsteht.

Übergreifend für das Gesundheitswesen, wurde deshalb mit dem Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung 2004 und der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) die notwendige Telematikinfrastruktur für einen institutionsübergreifenden Informationsaustausch geschaffen.¹⁷⁸ Der Zugriff zu den Daten der eGK ist jedoch den verkammernten Heilberuflern vorbehalten. Das heißt, dass Altenpfleger, Krankenpfleger, Physiotherapeuten etc., die eine Schlüsselrolle in der Versorgung von Pflegebedürftigen einnehmen, derzeit keinen Nutzen aus der eGK ziehen können.¹⁷⁹ Deshalb gilt es, alternative Optionen der Informationstechnik zu etablieren, denn nur die Informationstechnik kann in solch komplexen Gefügen Kommunikationsschnittstellen zu Verbindungsstellen machen und so Informationsverlust verhindern. Ein Ausschnitt an aktuellen Systemen zum Informationsaustausch soll im Folgenden mit dem Fokus auf die Praktikabilität für das Medikationsmanagement im Heim vorgestellt werden.

18.2 Die Problematik der Interoperabilität

Der Begriff Schnittstelle bezeichnet den Teil eines Systems „(...) zwischen Funktionseinheiten eines Datenverarbeitungs- oder Datenübertragungssystems, an der der Austausch von Daten oder Steuersignalen erfolgt“¹⁸⁰. Somit ermöglichen die Schnittstellen der Datenverarbeitungssysteme eine Kommunikation untereinander. Diese Kommunikationsmöglichkeit unterliegt jedoch der Interoperabilität der kommunizierenden Systeme.

Interoperabilität beschreibt die „Fähigkeit unterschiedlicher Systeme, möglichst nahtlos zusammenzuarbeiten“¹⁸¹. Das heißt: Systeme können zwar Schnittstellen zur Kommunikation aufweisen, aber erst wenn die

178 Vgl. Hübner (2006), S. 1–4.

179 Vgl. ebd., S. 8–9.

180 Vgl. Duden (2013 a), verfügbar unter: <http://www.duden.de/suchen/dudenonline/schnittstelle> [Stand: 20.11.2013].

181 Vgl. Duden (2013 b), verfügbar unter: <http://www.duden.de/rechtschreibung/Interoperabilitaet> [Stand: 20.11.2013].

absendende und die empfangende Schnittstelle interoperabel sind, kann ein Informationsaustausch stattfinden. Im Kontext elektronischer Informationssysteme kann man die Fähigkeit zur interoperablen Zusammenarbeit auf sechs Niveaus unterteilen (● Abb. 15).

Niveau	Instanz
technische Interoperabilität	technisches Plug & Play (z. B. USB-Port)
strukturelle Interoperabilität	Einfacher elektronischer Datenaustausch (z. B. E-Mail)
syntaktische Interoperabilität	Nachrichten, klinische Dokumente, abgestimmtes Vokabular (z. B. eReha Entlassbericht)
semantische Interoperabilität	Fortgeschrittener Nachrichtenaustausch, gemeinsame Informationsmodelle und Terminologie (z. B. Transport von Diagnosen)
Organisations-/Service-Interoperabilität	Gemeinsamer Geschäftsprozess (z. B. institutionsübergreifende Akte)

Abb. 13 Interoperabilitätsniveaus¹⁸²

Jeder technischen Interoperabilität geht im näheren Kontext des medizinisch-pflegerischen Bereichs die syntaktische und semantische Interoperabilität voraus. Zwischen den Kommunikationspartnern muss die gleiche Vorstellung der zu übermittelnden Konzepte und deren Strukturen, sowie Inhalten vorherrschen. Denn nur wenn die übertragenen Informationen auf beiden Seiten in gleicher Weise interpretiert und verstanden werden, wird das Ziel der Informationskontinuität erreicht. Im konkreten Fall eines Medikationsplans müssen somit die Kommunikationspartner über die grundlegende Bedeutung des Begriffs Medikationsplan, dessen Struktur und der notwendigen Inhalte, sowie der exakten Terminologien einen Konsens bilden. In diesem Rahmen ist auch eine anschließende Standardisierung des getroffenen Konsenses elementar.¹⁸³ Erst wenn zwischen dem

182 In Anlehnung an Flemming (2013), S. 3.

183 Vgl. Hübner (2006), S.6.



Absender und dem Empfänger der Information eine Standardisierung der zu übertragenden Information geschaffen ist, kann eine Spezifikation zur Interoperabilität der technischen Systeme gebildet werden.¹⁸⁴ Angaben zur Medikation eines Patienten werden in Deutschland durch Heilberufler derzeit jedoch meist noch in Freitexten festgehalten. Diese fehlende Strukturierung der Informationen behindert sowohl die semantische wie auch die technische Interoperabilität insbesondere über Institutionsgrenzen hinweg.¹⁸⁵ Um dieses Hindernis der fehlenden Interoperabilität zwischen den unterschiedlichen Informationsverarbeitungssystemen im medizinischen Bereich zu überwinden, eruieren verschiedene Organisationen Lösungsansätze, welche im Folgenden näher betrachtet werden.

18.3 Unidirektionale Systeme

18.3.1 *Medikationsplan der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft*

Der Medikationsplan der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft ist eine Übereinkunft bezüglich der Grundsätze, dem Aufbau, der Inhalte und der technischen Anforderung zu einem intersektoralen Medikationsplan. Sie wurde in Zusammenarbeit von Vertretern der Ärzte- und Apothekerschaft, staatlichen Behörden, Patienten und der Softwareindustrie geschlossen. Vorrangiges Ziel des Medikationsplanes ist es, jedem Patienten einen Überblick über seine Medikation, deren korrekte Anwendung und eventuelle Hinweise zu bieten. Ferner sollen über den Medikationsplan auch die beteiligten Heilberufler einen Überblick über die Gesamtmedikation erhalten.¹⁸⁶ Jedem Patienten ist es freigestellt, einen solchen Medikationsplan zusammen mit einem Heilberufler anzulegen. Gemeinsam mit dem Heilberufler werden anhand der Auskunft des Patienten alle Informationen im Medikationsplan gespeichert. Insofern liegt die Verantwortlichkeit für die Erstellung, die Inhalte, die Aktualität, sowie die Weitergabe und

184 Vgl. Flemming (2013), S. 3.

185 Vgl. VHitG (2007), S. 10.

186 Vgl. Aly; Hellmann; Möller (2012), verfügbar unter: <http://www.akdae.de/AMTS/Massnahmen/docs/Medikationsplan.pdf> [Stand: 22.11.2013], S. 4.

Verwendung des Dokuments beim Patienten selbst.¹⁸⁷ Für die Erstellung und Bearbeitung wird das Softwaremodul „Medikationsplan“ (MP-Modul) benötigt. Dieses wird in die Software des Heilberufers integriert und eine Schnittstelle geschaffen, so dass Patientendaten aus der Software über das Modul in den Medikationsplan importiert werden können. Alle Informationen, die menschenlesbar im Plan dokumentiert sind, werden zudem in einem maschinenlesbaren 2D-Barcode gespeichert. Über den Scan dieses Barcodes können weitere beteiligte Heilberufler die Informationen in ihr System importieren und über das MP-Modul bearbeiten. Eine elektronische Übermittlung ist nicht möglich, es ist stets der Medikationsplan in Papierform mit dem aufgedruckten Barcode notwendig. Somit bleibt es dem Patienten überlassen, an wen er die Informationen weitergibt.¹⁸⁸

18.3.2 VHitG-Arztbrief

Der VHitG-Arztbrief des Bundesverband Gesundheits-IT – bvitg e.V. wurde 2005 initiiert, „(...) um den intersektoralen Austausch von Nachrichten und strukturierten Dokumenten im medizinischen Kontext zu ermöglichen.“¹⁸⁹ Dieser elektronische Arztbrief wurde auf Basis des technischen Interoperabilitätsstandards des Health Level 7 Clinical Documentation Architecture (HL7 CDA) entwickelt.

HL7 Deutschland e.V. ist die deutsche Affiliate der international agierenden HL7 (Health Level Seven) International Inc. In technischen Komitees wird stetig der Interoperabilitätsstandard HL7 weiterentwickelt. Hierbei liegt der Fokus auf der technischen Interoperabilität zwischen den Systemen einzelner Institutionen im Gesundheitswesen.¹⁹⁰ Es werden sogenannte Spezifikationen gebildet, die durch Einbindung in die technischen Systeme einen Austausch von Dokumenten zwischen unterschiedlichen Informationssystemen ermöglichen. Diese Spezifikationen bündeln die

187 Vgl. ebd., S. 5.

188 Vgl. ebd., S. 7.

189 VHitG (2013), verfügbar unter: <http://www.bvitg.de/arztbrief.html> [Stand: 20.11.2013].

190 Vgl. Health Level Seven International (2013 a), verfügbar unter: <http://www.hl7.org/about/index.cfm?ref=common> [Stand: 20.11.2013].



dokumentierten Informationen in ein Standardpaket, welches dann wiederum vom empfangenen System dargestellt und je nach Strukturierungsgrad der gesandten Information auch zur Weiterverarbeitung importiert werden kann. HL7 ist applikationsspezifisch, das heißt HL7 muss sowohl auf Absender- als auch Empfängerseite vom Anwendungsentwickler in das System integriert werden, so dass eine Verarbeitung der ausgetauschten Informationen stattfinden kann.¹⁹¹

Mit dem Fokus auf der institutionsübergreifenden Weitergabe von klinischen Dokumenten ist der Implementierungsleitfaden für elektronische Dokumente „Clinical Document Architecture“ (CDA) entstanden. CDA ermöglicht die Weitergabe von Informationen im Sinne einer Patientenakte. Der Strukturierungsgrad der vorliegenden Informationen klassifiziert die Möglichkeiten der Verarbeitung auf Empfängerseite.¹⁹²

Der Arzt dokumentiert in strukturierter Form alle Informationen, welche er mittels des elektronischen Arztbriefes an die weiterbehandelnden Heilberufler übergeben möchte. Das System schnürt aus diesen Informationen wiederum ein Paket und überträgt es an den Empfänger. Dieser kann nun die Informationen in sein System importieren.

Im Addendum Medikation für den elektronischen Arztbrief können neben dem Medikament und der Dosierung auch weitergehende Informationen zur konditionalen oder zeitlichen Verabreichung, sowie genaue Anweisungen zu speziellen Verabreichungsformen spezifiziert werden.¹⁹³ Das Addendum Medikation des elektronischen Arztbriefes kann ebenfalls in den elektronischen Pflegebericht eingebunden werden.

18.3.3 ePflegebericht

Die Health Informatics Research Group der Hochschule Osnabrück hat unter der Schirmherrschaft des Deutschen Pflegerats e. V. den Pflegebericht zwischen Klinik und nachfolgenden Institutionen digitalisiert. Der techni-

191 Vgl. Health Level Seven International (2013 b), verfügbar unter: <http://www.hl7.org/implement/standards/index.cfm?ref=nav> [Stand: 20.11.2013].

192 Vgl. Spronk (2007), verfügbar unter: http://www.ringholm.de/docs/04200_en.htm [Stand: 20.11.2013].

193 Vgl. VHitG (2007), S. 10.

schen Umsetzung über eine HL7 Spezifikation gingen Konsensbildung über die verwendeten Terminologien und notwendigen Informationen auf regionaler, überregionaler und bundesweiter Ebene voraus. Inkludiert sind Abschnitte zur Medikation und Verabreichungsanweisungen. Durch die HL7 Spezifikation kann der ePflegebericht zum einen maschinenlesbar übertragen und in das Primärsystem (Praxisverwaltungssoftware) importiert werden, zum anderen aber auch als menschenlesbares Papierdokument erstellt werden. Der ePflegebericht ist als unidirektionale Kommunikation von der entlassenden zur weiterbehandelnden Institution konzipiert, um die notwendigen Anweisungen in standardisierter Form und in Echtzeit verfügbar zu machen.

18.3.4 Die Notwendigkeit eines multidirektionalen automatischen Informationsaustausches in der Pflege

Die vorangegangenen Informationssysteme ermöglichen einen unidirektionalen Informationsfluss, das heißt: es gibt eindeutig definierte Absender und Empfänger der Information. Der Absender definiert die Information und sendet sie an den Empfänger. Für den Empfänger ist kein technischer Weg vorgesehen, die Information in veränderter Form an den Absender zurückzuschicken; er kann lediglich ein neues Dokument erstellen und dieses zurücksenden. Für eine Synchronisation ist somit eine aktive Weiterleitung bzw. Anforderung neuer Informationen über weitere Wege notwendig, was nicht ohne zeitliche Verzögerungen und administrativen Aufwand umsetzbar ist.

Speziell im Fall von Heimbewohnern wird die Synchronisation durch das weite Netzwerk der involvierten und interdisziplinären Heilberufler erschwert. Bei jedem Patient sind andere Heilberufler in das Medikationsmanagement eingebunden und somit auch zu konsultieren. Eine zeitnahe Abstimmung in solch interdisziplinären Versorgungsteams ist über unidirektionale Systeme folgerichtig nur durch hohen administrativen Aufwand und damit einhergehendem zeitlichen Verzug möglich. Unter Anbetracht des zeitlichen und personellen Drucks in der Heimversorgung ist eine reibungslose Umsetzung deshalb fraglich.

Ebenfalls kritisch ist der Einbezug des Bewohners als kommunikatives Bindeglied zwischen den Beteiligten anzusehen. Die meist fehlende Patien-

tensoveränität verhindert, dass dem Patienten eine Informationspflicht gegenüber den am Medikationsmanagement Beteiligten übertragen werden kann.

Eine Synchronisation der verfügbaren Informationen in Echtzeit bedarf demnach einer multidirektionalen Kommunikationsplattform, die jedem Beteiligten alle Informationen jederzeit zur Verfügung stellen kann. Multidirektional ist eine Kommunikation, wenn die Informationen in alle Richtungen zwischen den Akteuren laufen können. Die Rollen von Absender und Empfänger der Information können beliebig getauscht werden, wenn der anfängliche Empfänger die Information verändert und an den Absender über den gleichen technischen Weg zurücksenden kann.¹⁹⁴ Es wird ein stetiger multidirektionaler Informationsfluss über den gleichen technischen Weg ermöglicht. Im Falle des Medikationsmanagements im Heim bedeutet dies, dass alle am Prozess Beteiligten die digitale Medikationsakte bearbeiten können und diese Informationen an alle anderen Akteure senden können.

Somit ist eine Synchronisation in Echtzeit über denselben technischen Weg möglich, es bedarf aber immer noch der aktiven Anforderung bzw. Weiterleitung von Informationen bei den einzelnen Beteiligten. Um diese Problematik zu überwinden muss eine automatische Synchronisation der Information stattfinden, sodass die Informationen bei allen Beteiligten immer auf demselben Stand sind. Wenn der Patient beispielsweise bei einem Facharzt zur Behandlung ist, stehen die Informationen über eventuelle neue Medikationen oder Dosisanpassungen sowohl dem Pflegepersonal, wie auch dem Apotheker und Hausarzt automatisch in Echtzeit zur Verfügung und ein fachlicher Austausch wird ermöglicht. Andersherum hat auch jeder Beteiligte vor einer Verordnung die Möglichkeit, die aktuelle Medikation einzusehen, ohne dass diese aktiv bei den anderen Heilberuflern angefordert werden muss. Nachfolgend wird eine Auswahl aktueller Projekte näher betrachtet, die einen multidirektionalen automatischen Informationsaustausch im Gesundheitswesen ermöglichen.

194 Vgl. Oestreicher (2007), verfügbar unter: <http://www.brainguide.de/Erfordernisse-eines-erweiterten-Kommunikationsverstaendnisses> [Stand: 22.11.2013].

18.4 Multidirektionale Systeme

18.4.1 Elektronische FallAkte

Die elektronische FallAkte (EFA) soll ein Medikationsmedium für und zwischen allen am Therapie-/Pflegeprozess Beteiligten über Systemgrenzen hinweg bieten. Zur Entwicklung eines solchen Standards für den intersektoralen Austausch haben Universitätskliniken, private Kliniken, kommunale Krankenhäuser, Ärztenetze und Arztverbände gemeinsam den Verein Elektronische FallAkte gegründet. Für die technische Umsetzung wurde das Fraunhofer Institut für Software- und Systemtechnik (ISST) beauftragt.

Bei der elektronischen FallAkte handelt es sich nicht um eine Akte, in der alle Informationen gebündelt gespeichert sind, sondern vielmehr um ein Inhaltsverzeichnis, welches den Pfad zur gewünschten Information angibt, welche im Primärsystem der anderen Institution gespeichert ist. Der Patient legt bei seiner Einschreibung fest, welche Ärzte Zugriff auf welche Daten erhalten dürfen und für welchen Zeitraum diese Legitimation besteht. Der einschreibende Arzt legt die elektronische FallAkte an und verknüpft sie mit den gewünschten weiteren Institutionen. Der Patient bekommt eine Art Barcode mit, durch dessen Scan andere Institutionen den Zugang zu der Akte freischalten können. Hierbei ist anzumerken, dass nur ein Arzt Zugriff auf die Daten haben darf. Gespeichert bleiben alle Daten im Primärsystem des Behandlers, die FallAkte dient lediglich zur Herstellung einer peer-to-peer Verbindung für die Übertragung der Daten. Falls einzelne Rechner im Verbund keine 24 Stunden Erreichbarkeit leisten können, werden diese Daten auf einem Rechner einer beteiligten Klinik hinterlegt, welche die nötige Kapazität und Verfügbarkeit gewährleisten kann.¹⁹⁵ Die neue Version EFA-in-a-Box bietet eine recht einfache Einbindung. In jedem Netzwerk muss es eine EFA-in-a-Box geben, die das eigentliche System und die Daten allen eingebundenen Rechnern zur Verfügung stellt. Bei allen weiteren Rechnern muss ein EFA-Connector angeschlossen werden, dieser bildet die Schnittstelle. So kann von jedem eingebundenen Rechner FallAkten erstellt, freigegeben und angeschaut werden. Die derzeitige Version der elektronischen FallAkte bietet allen angeschlossenen Heil-

195 Vgl. Neuhaus (2007), S. 2–3.



beruflern einen Überblick über die verordnete Medikation, ein automatischer Arzneimittelcheck ist jedoch noch nicht inbegriffen.¹⁹⁶

18.4.2 Active-Health-Cloud

Die Active-Health-Cloud (AHC) soll zum „Einsatz als Medikamenten-Informationen-Modul, Arzneimittel-Therapie-Sicherheits-Modul und Kommunikations-Modul in Kombination mit beliebigen von der KBV-geprüften Primärsystemen“¹⁹⁷ kommen. Diese drei Module können mit Primärsystemen, die über eine Abrechnungszulassung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) verfügen, verknüpft werden. Über eine CDA/HL7 Version 3 Schnittstelle überträgt das Primärsystem ausschließlich die Patientendaten an die AHC. In das Primärsystem wiederum können die in AHC gespeicherten Daten auf Basis des VHitG-Arztbriefes wieder eingespielt werden, sodass beide Systeme stets synchronisiert werden können.¹⁹⁸ Der Patient stellt sich ein sogenanntes Gesundheitsteam zusammen. Dieses Team kann aus allen Sparten der Heilberufe zusammengesetzt sein, sodass nicht nur Ärzte, Therapeuten und Pflegepersonal, sondern auch Apotheker inkludiert werden. Beim Zugriff der verschiedenen Parteien wird zwischen einer fachspezifischen (z. B. Apotheker, Pflegepersonal) und einer vollen Ansicht (Ärzte) unterschieden.¹⁹⁹ Gespeichert werden die Daten in einer Cloud, die ausschließlich aus den Rechnern der vom Patient mit einbezogenen Heilberuflern besteht. Das heißt, die Patientendaten sind nur bei den behandelnden Heilberuflern gespeichert.²⁰⁰ Zwischen diesen einzelnen Akteuren werden die Daten über peer-to-peer-Verbindungen übertragen, was bedeutet, dass zwischen dem Absender und dem Empfänger der hoch verschlüsselten Daten keine weiteren Server zur Zwischenspeicherung geschaltet sind. Die peer-to-peer-Verbindung besteht immer nur für den Zeitraum der akuten Datenübertragung.²⁰¹

196 Vgl. Caumann (2011), S. 4.

197 Makolla (2013), Titelseite.

198 Vgl. Makolla (2013), S. 3.

199 Vgl. Voss (o.J.), S. 1–2.

200 Vgl. Makolla (2013), S.7.

201 Vgl. ebd., S. 8.

Das integrierte Medikamenteninformationssystem führt in Echtzeit bei Auswahl eines Medikaments einen Interaktionscheck mit allen Verschreibungen der einbezogenen Heilberufler durch. Zusätzlich werden Warnhinweise für Kontraindikationen, Allergien oder Unverträglichkeiten gegeben.²⁰² Die Datenbestände stammen von ABDATA und werden im Zwei-Wochen-Rhythmus automatisch aktualisiert.²⁰³ Darüber kann man weitere Regelwerke im Medikamenten-Modul erstellen. In strukturierten Freitextfeldern können weitere Informationen erfasst und so als Warnanzeige integriert werden.²⁰⁴

18.4.3 Arzneimittelkonto NRW

Das Projekt Arzneimittelkonto NRW der CompuMedical Group Deutschland AG (CGM) und der Universität Bielefeld fasst alle ärztlichen Verordnungen und nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel in einer digitalen Akte zusammen und ermöglicht so einen umfassenden, sowie arztübergreifenden Arzneimittelcheck.²⁰⁵ Der teilnehmende Patient erhält eine persönliche CGM LIFE Key Card. Das einmalige Einlesen dieses Schlüssels legitimiert den Arzt zur Einsicht und Bearbeitung des patientenindividuellen Arzneimittelkontos. Über Praxissoftware der CompuMedical Group kann auf das Arzneimittelkonto zugegriffen werden, alternativ ist auch ein Zugriff über DocAccess möglich. Nicht ärztliche Akteure können über eine Web-Schnittstelle auf das Arzneimittelkonto zugreifen.²⁰⁶ Auch der Patient selbst kann bspw. nicht verschreibungspflichtige Medikamente hinzufügen. Automatisch kann jeder vom Patienten durch die CGM LIFE Key Card legitimierte Arzt Aktualisierungen der Medikation einsehen. Der AMTS-Check erfolgt somit immer über alle zum Zeitpunkt dokumentierten Medi-

202 Vgl. ebd., S. 12.

203 Vgl. ebd., S. 13.

204 Vgl. ebd., S. 16.

205 Vgl. o.A. (2013), verfügbar unter: http://egesundheit.nrw.de/wp-content/uploads/2013/09/Brosch%C3%BCre_AMTS.pdf [Stand: 20.11.2013], S. 5.

206 Vgl. CompuGroup Medical (o. J.), verfügbar unter: http://it-trends-medizin.de/wp-content/uploads/2013/09/Frank-Ladendorf_Arzneimittelkonto-NRW.pdf [Stand: 14.12.2013].



kationen, ganz gleich ob diese durch den Patient oder einen der legitimierten Ärzte hinterlegt wurden. Geprüft werden Interaktionen, Kontraindikationen, Doppelverordnungen, sowie altersbedingte Spezifika anhand der PRISCUS-Liste. Neben der Medikation können Informationen zur Darreichung, sowie weitere Hinweise durch den Arzt und den Patienten notiert werden. Bis Juni 2015 wird die Software mit 3.000 Patienten im „Lennetz“ (ärztliche Qualitätsgemeinschaft Lennetal) getestet und die Effekte durch die Universität Bielefeld evaluiert (Laufzeit des Projekts insgesamt 2 Jahre).²⁰⁷

18.4.4 INFOPAT

INFOPAT steht für „INFORMATIONstechnologie für eine PATientenorientierte Gesundheitsversorgung in der Metropolregion Rhein-Neckar“. Die vom BMBF geförderte Versorgungsregion fokussiert die Etablierung von Strukturen und Prozessen, die die institutionsübergreifende Versorgung chronisch kranker Patienten optimieren sollen. Das Hauptprojekt ist eine persönliche, einrichtungsübergreifende elektronische Patientenakte (PEPA), welche derzeit noch auf Darmkrebs- und Diabetespatienten ausgelegt ist.²⁰⁸ Integriert in die elektronische Akte ist das Modul AiDRheinNeckar zur Arzneimittelsicherheit. Dieser einrichtungsübergreifende Medikationsplan wurde in Kooperation mit Ärzten, Pharmazeuten, Selbsthilfegruppen und Patienten entwickelt, um den Anforderungen aller Nutzergruppen gerecht zu werden.²⁰⁹ Der Interaktions-Check basiert auf dem wissenschaftlich evaluierten Arzneimittel-Informationssystem AiD-Klinik® des Universitätsklinikums Heidelberg. Beinhaltet sind auch ein Allergiemodul, Hinweise zur Dosisanpassung bei Niereninsuffizienz und ausführliche Informationen zu jedem zugelassenen Arzneimittel. Der multilinguale Medikationsplan erklärt für Patienten, Angehörige oder fachfremdes Pflegepersonal die Indikation laienverständlich. Die Anwendungs- bzw. Darreichungsformen sind

207 Vgl. o.A. (2013), verfügbar unter: http://egesundheit.nrw.de/wp-content/uploads/2013/09/Brosch%C3%BCre_AMTS.pdf [Stand: 20.11.2013], S. 5.

208 Vgl. o.A. (o.J. a), verfügbar unter: <http://www.infopat.eu/> [Stand: 26.11.2013].

209 Vgl. o.A. (o.J. b), verfügbar unter: http://www.infopat.eu/?page_id=33 [Stand: 26.11.2013].

bebildert erläutert und auch eventuelle Handhabungshinweise sind hinterlegt. Für besondere Anwendungsformen stehen zudem detaillierte Beschreibungen zum Download bereit.²¹⁰

18.5 Fazit

Die Informationstechnik im deutschen Gesundheitswesen ist vielfältig und nicht einheitlich interoperabel. Anstrengungen, eine übergreifende Interoperabilität zu schaffen, werden teilweise durch divergierende Interessen der Softwarehersteller oder einzelner regional geförderter Projekte behindert. Gleichsam gibt es unzählige Projekte, die bereits erfolgreich interoperable Systeme etabliert haben, wie die vorangegangenen Abschnitte zeigen. Auch für die dringliche Herausforderung, interoperable Systeme für ein institutionsübergreifendes Medikationsmanagement zu schaffen, liegen erste Projekte und Lösungsansätze vor. Diese unterscheiden sich je nach Projektziel. Ein explizit für das Medikationsmanagement im Heim entwickeltes Konzept konnte nicht gefunden werden. Einige der vorhandenen Systeme bieten jedoch Potential, auch für die Anwendung im Medikationsmanagement das richtige Instrument sein zu können. Für die Nutzung speziell im Heim sollte der Fokus auf multidirektionalen Systemen liegen, die eine Abstimmung aller Beteiligten in Echtzeit ermöglichen. Zudem sollten die Informationen in diesen multidirektionalen Systemen automatisch bei allen Involvierten aktualisiert werden, um ein aktives Anfordern und damit einhergehende Zeitverzögerungen im Heimalltag zu umgehen.

Ein ausschließlicher Einsatz multidirektionaler Systeme würde jedoch das Netzwerk aus beteiligten Heilberuflern und somit auch die Verbreitung der Daten unüberschaubar machen. Ein gezielter Einsatz unidirektionaler Systeme ist somit bei einigen Schnittstellen hilfreich. Beispielsweise bei einmalig konsultierten Experten würde eine dauerhafte Einbindung in ein Netzwerk keinen Zusatznutzen bringen, sondern nur die Verstreuung der Daten des Patienten erweitern.

Für jeden Zweck sollte ein System gewählt werden, das den Anforderungen genügt und diese nicht im unpraktischen Maß übersteigt. Insbesondere

210 Vgl. o.A. (2013), verfügbar unter: http://egesundheit.nrw.de/wp-content/uploads/2013/09/Brosch%C3%BCre_AMTS.pdf [Stand: 20.11.2013], S. 10.



bei der alltäglichen Anwendung unter Zeitdruck muss der Einfachheit und Reduktion auf das Notwendige Rechnung getragen werden. Durch eine Unterscheidung zwischen Arztansicht und Pflegeansicht können die Informationen beispielsweise an die Bedürfnisse des Betrachters angepasst und gefiltert werden, denn zusätzliche Informationen und Funktionen überlasten den Anwender und behindern hierdurch den täglichen Einsatz. Nur wenn die Systeme auch praktikabel bleiben, werden sie Anwendung finden und Informationskontinuität schaffen können.

Literatur

1. Aly, Farid; Hellmann, Gunther; Möller, Horst (2012): Spezifikationen für einen patientenbezogenen Medikationsplan. Verfügbar unter: <http://www.akdae.de/AMTS/Massnahmen/docs/Medikationsplan.pdf> [Stand: 22.11.2013].
2. Caumann, Jörg (2011): EFA-in-a-Box. Leitfaden für Kliniken. Verfügbar unter: http://www.fallakte.de/images/efa/downloads/downloads/2012/eFA-in-a-Box_Leitfaden-fuer-Kliniken_092011.pdf [Stand: 22.11.2013].
3. CompuGroup Medical (o. J.): Arzneimittelversorgung und Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) für ältere Mitbürgerinnen und Mitbürger. Verfügbar unter: http://it-trends-medicin.de/wp-content/uploads/2013/09/Frank-Ladendorf_Arzneimittelkonto-NRW.pdf [Stand: 14.12.2013].
4. Duden (2013 a): Definition Schnittstelle. Verfügbar unter: <http://www.duden.de/suchen/dudenonline/schnittstelle> [Stand: 20.11.2013].
5. Duden (2013 b): Definition Interoperabilität. Verfügbar unter: <http://www.duden.de/recht-schreibung/Interoperabilitaet> [Stand: 20.11.2013].
6. Flemming, Daniel (2013): Informationstechnik – Unterstützung für das Medikationsmanagement? ZGWR Symposium Fachhochschule Frankfurt am Main 2013.
7. Health Level Seven International (2013 a): About HL7. Verfügbar unter: <http://www.hl7.org/about/index.cfm?ref=common> [Stand: 20.11.2013].
8. Health Level Seven International (2013 b): Introduction to HL7 Standards. Verfügbar unter: <http://www.hl7.org/implement/standards/index.cfm?ref=nav> [Stand: 20.11.2013].
9. Hübner, Ursula (2006): Telematik und Pflege. Gewährleistet die elektronische Gesundheitskarte (eGK) eine verbesserte Versorgung für pflegebedürftige Bürgerinnen und Bürger? In: GMS Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie 2006; 2(1). Verfügbar unter: <http://www.egms.de/static/en/journals/mibe/2006-2/mibe000020.shtml> [Stand: 22.11.2013].
10. Makolla, Peter (2013): Active Health Cloud® (AHC). Schattenakte. Produktbeschreibung. PDE GmbH Dorsten.
11. Neuhaus, Jan (2007): Die elektronische FallAkte. Eine Definition und Abgrenzung aus fachlicher Sicht. Verfügbar unter: http://www.fallakte.de/images/efa/downloads/downloads/0705xx_efa_kurzdarstellung.pdf [Stand: 22.11.2013].
12. Spronk, René (2007): HL7 Version 3: Message or CDA Document? Verfügbar unter: http://www.ringholm.de/docs/04200_en.htm [Stand: 20.11.2013].
13. o. A. (o. J. a): Willkommen auf der Webseite des BMBF geförderten Projektes INFOPAT. Verfügbar unter: <http://www.infopat.eu/> [Stand: 26.11.2013].
14. o. A. (o. J. b), verfügbar unter: http://www.infopat.eu/?page_id=33 [Stand: 26.11.2013].



15. o. A. (2013): Arzneimitteltherapiesicherheit. Mehr Sicherheit für Patientinnen und Patienten in der Arzneimittelversorgung. Verfügbar unter: http://egesundheit.nrw.de/wp-content/uploads/2013/09/Brosch%C3%BCre_AMTS.pdf [Stand: 20.11.2013].
16. Oestreicher, Klaus (2007): Erfordernisse eines erweiterten Kommunikationsverständnisses. Verfügbar unter: <http://www.brainguide.de/Erfordernisse-eines-erweiterten-Kommunikationsverstaendnisses> [Stand: 22.11.2013].
17. VHitG (2007): Addendum zum Arztbrief V 1.50. Auf Basis der HL7 Clinical Document Architecture Release 2. Für das deutsche Gesundheitswesen. Darstellung Medikation. Verfügbar unter: <http://www.bvitg.de/arztbrief.html> [Stand: 22.11.2013].
18. VHitG (2013): VHitG-Arztbrief. Verfügbar unter: <http://www.bvitg.de/arztbrief.html> [Stand: 20.11.2013].
19. Voss , Hans-Werner (o.J.): Entwicklung einer wissenschaftlich evidenzbasierten Unterstützung für medizinische Behandlungsempfehlungen „WISUM“ und einer interaktiven lebensbegleitenden Gesundheitsakte „INGES“. [Unveröffentlicht].



19 Blistern: Vor- oder Nachteil für die Pflege?

Olga Fröse

Die demographische Entwicklung der Bevölkerung und der damit einhergehende Fachkräftemangel im Pflegebereich stellen alle Akteure im Gesundheitswesen vor große Herausforderungen. Nach Angaben des statistischen Bundesamtes war im Jahr 2011 jeder vierte Bürger 60 Jahre alt oder älter.²¹¹ Leider ist die Prognose für die Zukunft wenig beruhigend, im Jahr 2020 wird es schon jeder dritte Bürger sein.²¹² Die Zahl der Pflegebedürftigen betrug Ende 2011 2,5 Millionen und wird, wenn das Status-Quo-Szenario eintritt im Jahr 2020 die 3 Millionenmarke knacken.²¹³ Im Gegensatz zu kontinuierlich steigender Zahl der Pflegebedürftigen und der Höhe der Pflegebedürftigkeit der Patienten, steigt die Anzahl der Beschäftigten in den Pflegeheimen nur langsam an, in 2011 betrug diese rund 661.000.²¹⁴ Laut den Prognosen werden bereits im Jahr 2021 rund 230.000 Pflegekräfte mehr als in 2011 benötigt.²¹⁵

Daraus folgend wachsen der Kostendruck und unter anderem auch der Bedarf an effektiver und effizienter Arzneimittelversorgung im Pflegebereich. Aus diesen Gründen werden seit Jahren zukunftstaugliche Konzepte für die Sicherstellung der Pflegeheimversorgung gesucht. Eine Möglichkeit, die in diesem Zusammenhang in Frage kommt und möglicherweise positiven Einfluss auf oben genannte Faktoren haben kann, stellt die patientenindividuelle Verblisterung dar. Infolgedessen hat die Arbeitsgruppe Gesundheit der CDU/CSU-Fraktion im Deutschen Bundestag im Jahr 2011 den Entwurf eines Eckpunkteapiers zur Reform der Pflegeversicherung erstellt.

211 Vgl. Statistisches Bundesamt, AltersgruppenFamilienstand (2013)

212 Vgl. Statistisches Bundesamt, Bevölkerung Deutschlands bis 2060: Begleitmaterial zur Pressekonferenz am 18. November 2009 in Berlin (2009): Seite 39

213 Vgl. Statistisches Bundesamt, Statistisches Jahrbuch 2013 (2013): Seite 122

214 Vgl. Statistisches Bundesamt, PersonalPflegeeinrichtungen (2013)

215 Vgl. CDU/CSU Fraktion im Deutschen Bundestag, Arbeitsgruppe Gesundheit (2011): Seite 10

Dieser schildert unter anderem die Absicht die Verblisterung²¹⁶ von Medikamenten auszuweiten und attraktiver bzgl. des Aufwandes des Verblisterns und der Kosten zu gestalten. Die Verblisterung stellt darin eine Möglichkeit dar, Pflegekräfte zu entlasten und ihnen mehr Raum für die Arbeit am Patienten zu geben.²¹⁷

Die Heimversorgung spielt im Zusammenhang mit der Verblisterung von Medikamenten eine hervorgehobene Rolle. Dreißig Prozent aller Pflegebedürftigen leben in Pflegeheimen, rund 743.000 Patienten bundesweit²¹⁸ mit einer hohen Konzentration von polymedikamentierten Patienten.²¹⁹ Gerade für solche Patienten mit einer stabilen Dauermedikation, mit mehreren festen, oralen Arzneimitteln, wird die patientenindividuelle Neuverblisterung²²⁰ empfohlen.²²¹

Von dem Prozess des patientenindividuellen Verblisterns sind etliche Interessengruppen betroffen, die unterschiedliche Ziele verfolgen. Aufgrund dieser verschiedenen Interessen sind viele Diskussionen und Studien entstanden, die die Auswirkungen von patientenindividuellen Verblistern schildern. Innerhalb dieser Arbeit werden einige davon und die daraus

216 „Bei der Verblisterung werden die Medikamente maschinell oder manuell von der Apotheke oder einem von der Apotheke beauftragten Blisterzentrum individuell für jeden Bewohner und die jeweilige Einnahmezeit portioniert verpackt und an die Pflegeheime geliefert.“ (Definition des Deutschen Bundesverbandes für Pflegeberufe)

217 Vgl. CDU/CSU Fraktion im Deutschen Bundestag, Arbeitsgruppe Gesundheit (2011): Seite 10

218 Vgl. Statistisches Bundesamt, Pflege/Aktuell (2013)

219 Vgl. Prof. Dr. Wille, Eberhard; Dipl.-Vw Wolff, Malte (2006): Neuverblisterung von Arzneimitteln

220 Verblisterung, patientenindividuelles Verblistern und patientenindividuelle Neuverblisterung werden innerhalb dieser Arbeit synonym verwendet. Patientenindividuelles Stellen oder Verblistern von Arzneimitteln ist in § 34 ApBetrO geregelt.

221 Vgl. Immel-Sehr, Annette (2008): Verblisterung kann sich lohnen. In: Pharmazeutische Zeitung online

Vgl. Lauterbach, K.; Lungen, M.; Gerber, A (2004): Nutzung der Verblisterung von Arzneimitteln im Rahmen von Disease-Management-Programmen: Seite 13.

gewonnenen Erkenntnisse vorgestellt. Weiterhin werden eigene Erfahrungen beleuchtet, eine Umfrage zum Thema „Die Sicht der Pflegefachkraft auf das patientenindividuelle Verblistern von Medikamenten“ zu gestalten. Zum Schluss wird ein Fazit aus den vorliegenden Studien und eigenen Erkenntnissen gezogen.

19.1 Ziele der Interessengruppen

Es haben sich verschiedene Interessengruppen herausgebildet, die bzgl. des patientenindividuellen Verblisterns gegensätzliche Standpunkte vertreten und unterschiedliche Ziele verfolgen. Eine davon ist die Politik, diese möchte dem Fachkräftemangel im Pflegebereich entgegenreten und die Kosten im Gesundheitssystem eindämmen.²²² Ein ähnliches Ziel verfolgen die Krankenkassen, indem sie niedrigere Kosten erwarten. Einsparungspotential sehen sie durch die Reduktion der Hospitalisierungsrate und die Senkung der Verweildauer im Krankenhaus.²²³

Die nächste Interessengruppe ist die Pharmaindustrie. Diese möchte sich durch große industrielle Blisterzentren im Gesundheitsmarkt etablieren. Die Interessengruppe Apotheker/Apothekerverbände befürchten Gewinneinbußen und als Folge die Verdrängung der kleinen und mittelständischen Betriebe durch große Konzerne vom Markt. Der Pflegesektor, als eine große Interessengruppe ist in zwei verschiedene Meinungsträger gespalten. Die Einen erhoffen durch das Verblistern Zeitressourcen zu gewinnen und dadurch Steigerung der individuellen Betreuungsqualität und somit mehr Zufriedenheit der Bewohner zu erlangen. Die Anderen äußern ihre Bedenken bzgl. einer Deprofessionalisierung des Berufsstandes und eine Absenkung der Fachkraftquote, wenn zunehmend Aufgaben von Pflegefachkräften ausgelagert werden.²²⁴ Eine sehr wichtige Interessengrup-

222 Vgl. Deutscher Verband für Pflegeberufe, Aspekte zur Verblisterung von Arzneimitteln in stationären Pflegeeinrichtungen (2011): Seite 1.

223 Vgl. Blankart, Charles B.; von Reitzenstein, Constantin (2008): Perspektiven der Verblisterung von Arzneimitteln: Seite 103.

224 Vgl. Deutscher Verband für Pflegeberufe, Aspekte zur Verblisterung von Arzneimitteln in stationären Pflegeeinrichtungen (2011): Seite 1.

pe bilden die Patienten, die sich eine Arzneimittel- und Versorgungssicherheit wünschen.

19.2 Diskussionen und Studien zum Thema

Es wurden verschiedene Studien durchgeführt, die die Vorteile des patientenindividuellen Verblisterns untersuchten. Diese liefern unterschiedliche und teilweise widersprüchliche Ergebnisse. Hinzu kommen unzählige Diskussionen mit verschiedenen Meinungen einflussreicher Personen.

- Einfluss der patientenindividuellen Verblisterung auf qualitative Faktoren:

Lauterbach, Lungen und Gerber versuchten die Ergebnisse der Studien zu diesem Thema zusammenzufassen. Letztendlich kamen sie zu dem Schluss, dass die Verblisterung von Arzneimitteln in der Literatur im Rahmen von klinischen Studien bis zum damaligen Zeitpunkt nur ansatzweise untersucht wurde. Die systematische Suche fand 12 Studien, die insbesondere den Zusammenhang zwischen Verblisterung und Verbesserung der Patientencompliance untersuchten. Diese Studien zeigten insgesamt Vorteile der Verblisterung gegenüber der Standardgabe in Hinsicht auf die Patientencompliance.²²⁵ Vor allem wurden Verbesserungen bzgl. der Überprüfungen der Wechselwirkungen durch den elektronischen Abgleich vor Ausgabe der Arzneimittel nachgewiesen. Weiterhin konnten positive Einflüsse auf Überdosierungen, Unterdosierungen und zeitlich falsche Einnahme von Medikamenten durch die Kontrolle anhand der Blisterpackung festgestellt werden.²²⁶

Auch im Gutachten von Wille und Wolff das im Auftrag des Verbandes Forschender Arzneimittelhersteller e. V. erstellt wurde, wird vom therapeutischen Vorteil bei den Patienten, die möglichst viele und weitgehend verblisterbare Arzneimittel einnehmen ausgegangen.²²⁷

225 Vgl. Lauterbach, K.; Lungen, M.; Gerber, A (2004): Nutzung der Verblisterung von Arzneimitteln im Rahmen von Disease-Management-Programmen: Seite 6.

226 Vgl. Lauterbach, K.; Lungen, M.; Gerber, A (2004): Nutzung der Verblisterung von Arzneimitteln im Rahmen von Disease-Management-Programmen: Seite 26.

227 Vgl. Wille, Eberhard; Wolff, Malte (2006): Neuverblisterung von Arzneimitteln: Seite 60.



Eine weitere Studie, die vom Institut für Handelsforschung GmbH in Köln im Jahr 2011 im Auftrag des Bundesverbandes Patientenindividueller Arzneimittelverblisterer e. V. gemacht wurde, bestätigt die Verbesserung der Arzneimittel- und Versorgungssicherheit durch die patientenindividuelle Verblisterung. Darin wird die Qualitätsverbesserung in Bezug auf Verringerung von Wechsel- und Nebenwirkungen, Über- und Unterdosierungen durch die zusätzliche Kontrollinstanz-Apotheke betont.²²⁸

Ferner beschäftigte sich Düsing im Jahr 2006 in seiner Übersichtsarbeit mit dem Einfluss des Verblisterns unter anderem auf die Therapietreue. Darin kommt er zu dem Entschluss, dass die patientenindividuelle Verblisterung von Arzneimitteln eine Option mit hohem potentielltem Nutzen darstellen könnte. Seine Ausführungen beziehen sich allerdings ausschließlich auf Fremdliteratur und verwenden keine eigenen empirisch erhobenen Daten.²²⁹

Obwohl alle oben genannten Studien und Gutachten eine Einigkeit ausstrahlen und darin genannte Argumente zu den wesentlichsten für die Durchführung der patientenindividuellen Verblisterung zählen, wurden gegensätzliche Meinungen der Interessengruppe Apotheker/Apothekerverbände auf dem Symposium der Apothekerkammer Niedersachsen laut. Die Präsidentin der Landesapothekerkammer Niedersachsen Magdalene Linz betonte dabei, dass der Haupteinsatzort der Verblisterung momentan nicht der ambulante Bereich, sondern Alten- und Pflegeheime ist. Damit ist eine Erhöhung der Compliance durch Blister unwahrscheinlich, weil sich dort in der Regel die Pflegekräfte und nicht der Patient selbst um die regelmäßige Einnahme der Medikamente kümmern. Unterstützt und bekräftigt wurde diese Sichtweise vom Apotheker Dr. Michael Jensen. Er bezweifelt, dass es zu einer besseren Versorgung von Heimbewohnern durch Verblistern kommt, weil das Pflegepersonal die festen oralen Arzneimittel aus den Blistern in die Einnahmebecher füllt und sich damit das Prozedere nicht grund-

228 Vgl. Institut für Handelsforschung (2011).

229 Vgl. Blankart, Charles B.; von Reitzenstein, Constantin (2008): Ökonomische Wirkungen der Verblisterung von Arzneimitteln: Seite 7ff.

sätzlich verändert hat.²³⁰ Der Deutsche Pflegeverband für Pflegeberufe machte in seiner Veröffentlichung ebenfalls darauf aufmerksam, dass die meisten Fehler beim Teilen von Tabletten und bei Arzneimitteländerung auftreten. Problematisch ist, dass gerade diese Gesichtspunkte auch bei der Umsetzung des Blisterverfahrens eine Herausforderung darstellen. Die schriftliche Übermittlung der Arzneimitteländerung und die Einspeisung in das EDV-System erhöht die Fehlerwahrscheinlichkeit, deshalb soll bei der Planung und Umstellung des Versorgungssystems auf diese Schnittstellen ein besonderer Fokus gerichtet und dementsprechende Kontrollen verankert werden.²³¹

Trotz allem sind viele Pflegeeinrichtungen und Pflegedienstleitungen von der Fehlerreduzierung und Qualitätsverbesserung durch Verblistern überzeugt. So führt Holger Görges, Pflegedienstleister der Diakonischen Altenhilfe in Wuppertal die Ergebnisse der Erhebung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) bzgl. der Fehlerquote auf und bringt zum Ausdruck, dass durch das Verblistern mehr Arzneimittel- und Versorgungssicherheit entsteht.²³²

Ein weiterer Aspekt, der in einigen Studien untersucht wurde, ist die Auswirkung des Verblisterns auf die Pflege. Eine vom Bundesverband Patientenindividueller Arzneimittelverblisterer in Auftrag gegebene Studie zeigt, dass durch Verblisterung wöchentlich im Durchschnitt knapp 15 von 18 Minuten pro Bewohner, die im Durchschnitt für das gesamte Medikamentenmanagement aufgewendet werden, eingespart werden könnten. So stünden nur noch drei Minuten für das Medikationsmanagement zur Verfügung. Dabei wurde der verbleibende erhebliche Zeitaufwand von nicht verblisterungsfähigen Medikamenten²³³, wie deren Bestellung, Wareneingang, Lage-

230 Vgl. Siebenand, Sven (2010): Verblisterung: Königsweg in die Sackgasse. In: Pharmazeutische Zeitung online.

231 Vgl. Deutscher Verband für Pflegeberufe, Aspekte zur Verblisterung von Arzneimitteln in stationären Pflegeeinrichtungen (2011): Seite 2.

232 MTS Medication Technologies (2013): Pflegebedürftige erhalten oft falsche Medikation – Verblistern als Lösung?

233 „Nicht verblisterungsfähig sind Brausetabletten, Tropfen, Bedarfsmedikationen, Betäubungsmittel und alle nicht oralen Arzneimittel. Je nach Anbieter werden

nung, manuelles Stellen und das Fehlermanagement, in dieser Untersuchung nicht berücksichtigt. Leider liegen darüber hinaus keine unabhängigen Studien vor, die den kompletten Zeitaufwand des Medikationsmanagement im Heim durchleuchtet hätten. Doch es liegt auf der Hand, dass ein Zeitaufwand von 3 Minuten pro Woche unzureichend ist, um die gesamte Vorbereitung, Kontrolle und Durchführung der Medikamentengabe inklusive des Schnittstellenmanagements mit der Apotheke zu realisieren.²³⁴

Unabhängig von der möglichen Zeitersparnis bei dem Medikationsmanagement durch das Verblistern hat eine Untersuchung des Deutschen Instituts für angewandte Pflegeforschung der Katholischen Hochschule Köln (DIP) aus dem Jahre 2009 festgestellt, dass Arzneimittelversorgung in den Heimen eine zentrale Aufgabe der dort beschäftigten Pflegekräfte ist. Bei einer Befragung von über 10.000 Pflegekräften konnten die Forscher ermitteln, dass neun von zehn Pflegekräften das Zusammenstellen von Medikamenten als eine wesentliche berufliche Tätigkeit sehen. Nur eine sehr kleine Gruppe von 2,8 % könnte sich vorstellen, den Aufgabenbereich an eine andere Institution abzugeben. Das wichtigste Argument dem 56 % der Befragten zugestimmt haben war, dass der Überblick über das Medikationsmanagement für die Pflegekräfte durch das Verblistern verloren geht.²³⁵ Zustimmung findet dieses Argument auch in einigen Veröffentlichungen, die eine Abnahme der pharmakologischen Kompetenz der Pflegekräfte schildern.²³⁶

Widerlegt wird dies durch einige Erfahrungsberichte der Pflegekräfte, die aufgrund der intensivierten Kooperation mit der Apotheke und der detaillierten Aufschriften auf den Blisterpäckchen ihre Fachkompetenz gesteigert sehen. Weiterhin sehen sie einen Vorteil in der leichten Zugänglichkeit der Informationen zu den Medikamenten für interessierte Pflegehelfer. Darüber hinaus wäre es nach Meinung des Deutschen Berufsverband-

keine Medikamente zur Kurztherapie, wie etwa Antibiotika, oder halbe Tabletten verblistert.“ (Definition des Deutschen Verbandes für Pflegeberufe).

234 Vgl. Deutscher Verband für Pflegeberufe, Aspekte zur Verblisterung von Arzneimitteln in stationären Pflegeeinrichtungen (2011): Seite 2.

235 Vgl. Puteanus, Udo (2010): Pflegekräfte lehnen Verblistern ab: Seite 8.

236 Vgl. Deutscher Verband für Pflegeberufe, Aspekte zur Verblisterung von Arzneimitteln in stationären Pflegeeinrichtungen (2011): Seite 3.

des für Pflegeberufe eine Missachtung von Professionalität, die Arzneimittelkompetenz des Pflegefachpersonals ausschließlich mit dem Herausdrücken der Medikamente in die Dose zu assoziieren.²³⁷ Unterstützt wird die Aufwertung der Pflegeberufe auch im Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD der im Jahr 2013 geschlossen wurde.²³⁸

- Einfluss der patientenindividuellen Verblisterung auf monetäre Faktoren:

Die qualitative Betrachtung hat Überzeugungen und Bedenken bzgl. der Verblisterung gezeigt. Eine Darstellung der Kosten und des Nutzens kann helfen, die Sinnhaftigkeit einer Verblisterung auch unter monetären Aspekten zu beurteilen.²³⁹

In der Studie von Lauterbach, Lungen und Gerber wurde quantitativ abgeschätzt, welcher Nutzen aus der Verblisterung entsteht. Demnach ergeben sich aus vermeidbaren Verschreibungsfehlern in Form von Wechselwirkungen und Über- oder Unterdosierungen Einsparpotentiale von 13,9 Mio. Euro pro Jahr. Vor allem die vermiedenen stationären Aufnahmen und vermiedene ambulante Besuche haben Einfluss auf die einzusparenden Kosten. Dies bedeutet, dass die Kosten der Verblisterung im Durchschnitt nicht über 32 Euro pro Patient und Jahr liegen dürfen, damit aus gesellschaftlicher Sicht ein positives Kosten-Nutzen-Verhältnis entsteht.²⁴⁰ Darüber hinaus zeigen internationale Studien eine Kosteneinsparung durch Erzielung von Preisvorteilen, Vermeidung von Verwurf unverbrauchter Medikamente in Restpackungen und geringere Medikamentenbevorratung in Kliniken und Pflegeinstitutionen.²⁴¹

237 Vgl. Deutscher Verband für Pflegeberufe, Aspekte zur Verblisterung von Arzneimitteln in stationären Pflegeeinrichtungen (2011): Seite 3.

238 Vgl. Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD (2013): Deutschlands Zukunft gestalten: Seite 84.

239 Vgl. Lauterbach, K.; Lungen, M.; Gerber, A (2004): Nutzung der Verblisterung von Arzneimitteln im Rahmen von Disease-Management-Programmen: Seite 27.

240 Vgl. Lauterbach, K.; Lungen, M.; Gerber, A (2004): Nutzung der Verblisterung von Arzneimitteln im Rahmen von Disease-Management-Programmen: Seite 7.

241 Vgl. Blankart, Charles B.; von Reitzenstein, Constantin (2008): Ökonomische Wirkungen



In einer dänischen Studie vergleicht Sondergaard im Jahr 2006 die Medikamentenkosten und die medizinischen Versorgungskosten von 65-jährigen und älteren Patienten. Die Studie zeigt, dass sich die Kosten für Arzneimittel pro Patient um ca. 30 % erhöhen. Den Großteil davon machen die Kosten der Verblisterung aus. Als weiterer Grund wird die Veränderung bzw. Verbesserung der Arzneimitteltherapie in Verbindung mit der Blisterversorgung genannt. Durch eine dadurch erzielte Reduktion der Hospitalisierungsrate und der Verweildauer im Krankenhaus, ließen sich aber die Kosten für die medizinische Versorgung um 60 % verringern. Dadurch dürfte der Nettoeffekt trotz allem deutlich positiv sein. Im Gegensatz zur Studie von Sondergaard konnten Lauterbach, Lungen und Gerber in einem durchgeführten Modellversuch in vier saarländischen Altenheimen eine Reduktion der Arzneimittelkosten von 6 % durch die tablettengenaue Abrechnung und Preisvorteile feststellen.²⁴² Auch eine weitere Studie, die vom Institut für Handelsforschung GmbH in Köln im Jahr 2011 erstellt wurde geht von einer allgemeinen Ersparnis der Arzneimittelkosten durch tablettengenaue Abrechnung aus.²⁴³

Im Gutachten von Wille und Wolff das im Jahr 2006 im Auftrag des Verbandes Forschender Arzneimittelhersteller e. V. erstellt wurde, werden die Einsparungen von 0,28 Euro bis maximal 0,59 Euro durch vermiedene Krankenhausaufenthalte und Arztbesuche je Blister genannt und die Kosten des Verblisterens auf ca. 3 Euro geschätzt. Damit ergibt sich eine ungefähre Nutzen-Kosten-Relation von 1:10. Bei dieser Studie sollte man jedoch beachten, dass sie nicht auf eigenen Datensets basiert, sondern unter Verwendung empirischer Beobachtungen anderer Studien und persönlicher Einschätzungen erstellt wurde.²⁴⁴

der Verblisterung von Arzneimitteln: Seite 6.

242 Vgl. Blankart, Charles B.; von Reitzenstein, Constantin (2008): Ökonomische Wirkungen

der Verblisterung von Arzneimitteln: Seite 7ff.

243 Vgl. Institut für Handelsforschung (2011).

244 Vgl. Blankart, Charles B.; von Reitzenstein, Constantin (2008): Ökonomische Wirkungen

der Verblisterung von Arzneimitteln: Seite 7ff.

Auch die aktuellen Studien stellen fest, dass durch das richtige verordnen und einnehmen der Medikamente Kosten im Gesundheitssystem eingespart werden können. Nach Berechnungen des Marktforschungsinstituts IMS Health lassen sich dadurch 19 Mrd. Euro einsparen. Das größte Einsparpotential von rund 13 Mrd. Euro sieht das Institut beim Thema mangelnde Therapietreue, was laut Lauterbach und anderen Studien durch das patientenindividuelle Verblisten verbessert werden kann.²⁴⁵

19.3 Eigener Versuch einer Umfrage

Die Studien und Diskussionen zeigen sehr unterschiedliche Ergebnisse in Bezug auf die Sichtweise der Pflegekräfte auf das Thema patientenindividuelles Verblisten. Ende 2013 wurde von mir ebenfalls ein Versuch gestartet eine Umfrage in den hessischen Pflegeeinrichtungen durchzuführen. Vor allem sollte die Sicht der Pflegekräfte von dieser Umfrage abgeleitet werden. Das Ergebnis war jedoch ein anderes als erwartet. Nachdem ein Fragebogen erstellt und an 50 hessische Pflegeeinrichtungen verschickt wurde begann die Wartezeit. Als Ergebnis konnte festgestellt werden, dass nur 2 Einrichtungen ein Interesse bekundet haben an der Umfrage teilzunehmen. Es ist jedoch nicht das fehlende Interesse an den Ergebnissen der Umfrage wie es sich später herausgestellt hat. Telefonische Anfragen bei einigen Einrichtungen haben ergeben, dass der Zeitdruck im Pflegebereich es nicht zulässt pro Pflegekraft ca. 10 Minuten für das Ausfüllen des Fragebogens zur Verfügung zu stellen. Vielleicht sind es auch zu viele Umfragen die von einzelnen Personen, Einrichtungen und Verbänden gemacht werden, sodass den Einrichtungen die Zeit dafür zu schade geworden ist.

19.4 Fazit

Viele Studien weisen in Verbindung mit der patientenindividuellen Verblisterung eine Steigerung der Qualität der Medikamentenversorgung nach.²⁴⁶ Auch von einem positiven Einfluss auf die Patientencompliance und Quali-

245 Spiegelonline (2013), Gesundheitssystem: Studie moniert massive Verschwendung bei Medikamenten

246 Vgl. Blankart, Charles B.; von Reitzenstein, Constantin (2008): Ökonomische Wirkungen

tät in Bezug auf die Verringerung von Wechsel- und Nebenwirkungen, Über- und Unterdosierungen ist die Rede. Hinzu kommen noch Vorteile bzgl. der Kosten für Arzneimittel und der Zeitersparnis beim Pflegepersonal. Man könnte denken man hat eine Lösung gefunden, die allen zugutekommt.

Festzustellen ist, dass die meisten betrachteten Studien eine Gemeinsamkeit haben. Diese besteht darin, dass sie im Auftrag der Pharmaindustrie durchgeführt wurden. Vielleicht ist das die Interessengruppe, die einfach die Ressourcen hat, sich mit dem Thema auf diese Weise auseinander zu setzen. Es kann jedoch auch sein, dass die Pharmahersteller ihrem Ziel, sich durch große industrielle Blisterzentren im Gesundheitsmarkt zu etablieren, auf diese Weise näher kommen wollen.

Daraufhin versuchen andere Interessengruppen vor allem die Apotheker/Apothekerverbände durch Symposien und Beteiligung an Diskussionen ihre gegensätzlichen Überzeugungen zu unterbreiten und damit Einfluss auf die politischen Entscheidungen zu nehmen. Sie haben oft keine durch Studien belegten Feststellungen, versuchen jedoch durch Argumente die Feststellungen bestehender Studien außer Kraft zu setzen. Hierbei stellt sich ebenfalls die Frage, ob sie tatsächlich diese Überzeugungen besitzen oder aus Angst vor Gewinneinbußen und als Folge Verdrängung von Markt handeln.

Die einzige Interessengruppe, die keine einheitliche Haltung zum Thema patientenindividuelles Verblistern entwickelt hat ist der Pflegesektor. Die Einen versprechen sich davon eine Entlastung und mehr Zeit mit dem Patienten, die Anderen befürchten dadurch eine Deprofessionalisierung des Berufsstandes.²⁴⁷ Obwohl die Schätzung der Zeitersparnis der Studie im Auftrag des Bundesverbandes Patientenindividueller Arzneimittelverblisterer kritisch gesehen wird, ist eine Zeitersparnis für die Pflegekräfte durch Verblistern nicht ganz von der Hand zu weisen. Die Pflegeein-

der Verblisterung von Arzneimitteln: Seite 6. Und Lauterbach, K.; Lungen, M.; Gerber, A (2004): Nutzung der Verblisterung von Arzneimitteln im Rahmen von Disease-Management-Programmen: Seite 7.

247 Vgl. Deutscher Verband für Pflegeberufe, Aspekte zur Verblisterung von Arzneimitteln in stationären Pflegeeinrichtungen (2011): Seite 1.

richtungen betonen, dass diese eingesparte Zeit zur Erhöhung der Betreuungsintensität verwendet werden soll.²⁴⁸ Eigene Erfahrungen mit der Umfrage haben gezeigt, dass der Zeitdruck im Pflegebereich enorm ist und die Vermutung auf der Hand liegt, dass wahrscheinlich die eingesparte Zeit durch patientenindividuelles Verblistern nicht eins zu eins für die Betreuung der Patienten verwendet werden kann. Vor allem weil sich die Problematik mit dem Fachkräftemangel im Pflegebereich in den nächsten Jahren noch zuspitzen wird.²⁴⁹

Die patientenindividuelle Verblisterung wirft in der Pflegepraxis viele Fragen auf und birgt Unsicherheiten. Die Ergebnisse der Studien und Diskussionen bringen auch nicht unbedingt eine Klarheit. Aus diesem Grund ist jeder Entscheidungsträger angehalten, bevor eine Änderung des Medikamentenmanagements in Betracht gezogen wird, die wesentlichen Faktoren zu berücksichtigen und Argumentationen kritisch zu hinterfragen.²⁵⁰

Genau diese Empfehlung gibt auch der Deutsche Bundesverband für Pflegeberufe. Doch dann sind wieder alle auf sich alleine gestellt und jeder versucht, sich aus einem Sammelsurium von unterschiedlichen Informationen eine Meinung zu bilden und eigene Entscheidungen darauf auszurichten. Es ist zu hoffen, dass es uns nicht wie dem CDU-Gesundheitspolitiker ergehen wird, der eingeräumt hat, den Überblick über das Thema Verblistern durch unterschiedliche Aussagen der Verbände längst verloren zu haben.²⁵¹

Es fehlt eine unabhängige, repräsentative Studie zur Kosten-Nutzen-Analyse des gesamten Prozesses der Verblisterung.

248 Vgl. Deutscher Verband für Pflegeberufe, Aspekte zur Verblisterung von Arzneimitteln in stationären Pflegeeinrichtungen (2011): Seite 3.

249 Vgl. CDU/CSU Fraktion im Deutschen Bundestag, Arbeitsgruppe Gesundheit (2011): Seite 10.

250 Vgl. Deutscher Verband für Pflegeberufe, Aspekte zur Verblisterung von Arzneimitteln in stationären Pflegeeinrichtungen (2011): Seite 1.

251 Vgl. Sucker-Sket, Kirsten (2011): Verblisterung in der Heimversorgung. In DAZ. online.



Literatur

1. Blankart, Charles B.; von Reitzenstein, Constantin (2008): Perspektiven der Verblisterung von Arzneimitteln. https://www.mig.tu-berlin.de/fileadmin/a38331600/2008.publications/2008.Pharmacoeconomics_Reitzenstein.pdf
2. (zuletzt gesehen am: 28.11.2013)
3. Blankart, Charles B.; von Reitzenstein, Constantin (2008): Ökonomische Wirkungen
4. der Verblisterung von Arzneimitteln.
5. https://www.7x4-pharma.com/_shared/p_file_download.php?files_id=3198.
6. (zuletzt gesehen am: 28.11.2013)
7. Bundesministerium für Gesundheit (2012): Das Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz <http://www.bmg.bund.de/pflege/das-pflege-neuausrichtungs-gesetz.html> (zuletzt gesehen am: 03.01.2014)
8. Bundesverbandes Patientenindividueller Arzneimittelverblisterer e.V (2013): Enormes Einsparpotenzial durch Patientenindividuelle Arzneimittelverblisterung (PAV)
9. <http://www.blisterverband.de/15.10.2013%7C-pressemitteilung-14608.html> (zuletzt gesehen am: 01.01.2014)
10. CDU/CSU Fraktion im Deutschen Bundestag, Arbeitsgruppe Gesundheit (2011): Entwurf: Eckpunkte für eine Pflegereform 2011: menschlich, bedarfsgerecht, zukunftsfest.
11. http://www.pro-pflege-selbsthilfenetzwerk.de/Aktuelles/Eckpunkte_fuer_eine_Pflegereform_2011.pdf
12. (zuletzt gesehen am: 03.01.2014)
13. Deutscher Verband für Pflegeberufe (2011): Aspekte zur Verblisterung von Arzneimitteln in stationären Pflegeeinrichtungen
14. <http://www.dbfk.de/download/download/Entscheidungshilfe-Verblisterung-2011-07-29.pdf>
15. (zuletzt gesehen am: 28.11.2013)
16. Immel-Sehr, Annette (2008): Verblisterung kann sich lohnen. In: Pharmazeutische Zeitung online
17. <http://www.pharmazeutische-zeitung.de/index.php?id=5395> (zuletzt gesehen am: 02.01.2014)
18. Institut für Handelsforschung GmbH (IFH)(2011): Arzneimittelverblisterung in stationären Pflegeheimen – Optionen, Nutzen, Potenziale
19. <http://www.dbfk.de/download/download/Entscheidungshilfe-Verblisterung-2011-07-29.pdf>
20. (zuletzt gesehen am: 02.01.2014)
21. Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD (2013): Deutschlands Zukunft gestalten.
22. <https://www.cdu.de/sites/default/files/media/dokumente/koalitionsvertrag.pdf> (zuletzt gesehen am: 04.01.2014)
23. Lauterbach, K.; Lungen, M.; Gerber, A (2004): Nutzung der Verblisterung von Arzneimitteln im Rahmen von Disease-Management-Programmen.
24. https://www.7x4-pharma.com/_shared/p_file_download.php?files_id=2797. (zuletzt gesehen am: 29.11.2013)
25. MTS Medication Technologies (2013): Pflegebedürftige erhalten oft falsche Medikation – Verblistern als Lösung? <http://verblistern.info/blog/archives/1280> (zuletzt gesehen am: 02.01.2014)
26. Wille, Eberhard; Wolff, Malte (2006): Neuverblisterung von Arzneimitteln.
27. www.vfa.de/download/gutachen-neuverblisterung-lang.pdf (zuletzt gesehen am: 28.11.2013)
28. Puteanus, Udo (2010): Pflegekräfte lehnen Verblistern ab.
29. Vortrag auf dem Symposium der Apothekerkammer Niedersachsen zum Thema Neu-Verblistern von Arzneimitteln für Heimbewohner am 13. August 2010

30. http://www.lzg.gc.nrw.de/_media/pdf/service/vortraege/puteanus_pflegekraefte_verblistern_13-08-2010_hannover.pdf (zuletzt gesehen am: 28.11.2013)
31. Siebenand, Sven (2010): Verblisterung: Königsweg in die Sackgasse. In: Pharmazeutische Zeitung online <http://www.pharmazeutische-zeitung.de/index.php?id=34987&type=4>
32. (zuletzt gesehen am: 02.01.2014)
33. Spiegelonline (2013): Gesundheitssystem: Studie moniert massive Verschwendung bei Medikamenten
34. <http://www.spiegel.de/wirtschaft/soziales/medikamente-im-wert-von-19-milliarden-euro-verschwendet-a-926827.html> (zuletzt gesehen am: 04.01.2014)
35. Statistisches Bundesamt (2013): Altersgruppen Familienstand
36. <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Bevoelkerungsstand/Tabellen/AltersgruppenFamilienstand.html> (zuletzt gesehen am: 28.12.2013)
37. Statistisches Bundesamt (2009): Bevölkerung Deutschlands bis 2060: Begleitmaterial zur Pressekonferenz am 18. November 2009 in Berlin (2009): Seite 39
38. https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/Vorausberechnung-Bevoelkerung/BevoelkerungDeutschland2060Presse5124204099004.pdf?__blob=publicationFile
39. (zuletzt gesehen am: 28.12.2013)
40. Statistisches Bundesamt (2013): Personal Pflegeeinrichtungen
41. <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Pflege/Tabellen/PersonalPflegeeinrichtungen.html> (zuletzt gesehen am: 28.12.2013)
42. Statistisches Bundesamt (2013): Statistisches Jahrbuch 2013. Seite 122 https://www.destatis.de/DE/Publikationen/StatistischesJahrbuch/Gesundheit.pdf?__blob=publicationFile
43. (zuletzt gesehen am: 28.12.2013)
44. Statistisches Bundesamt (2013): Pflege/Aktuell
45. <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Pflege/Aktuell.html>
46. (zuletzt gesehen am: 28.12.2013)
47. Sucker-Sket, Kirsten (2011): Verblisterung in der Heimversorgung. In DAZ.online.
48. <http://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/politik/news/2011/10/25/cdu-stellt-sich-bei-honorierung-quer/5600.html> (zuletzt gesehen am: 02.01.2014)
49. Wille, Eberhard; Wolff, Malte (2006): Neuverblisterung von Arzneimitteln.
50. <http://www.vfa.de/download/gutachen-neuverblisterung-lang.pdf>. (zuletzt gesehen am: 02.12.2013)



Autorenverzeichnis

Emmerich, Stella

Bachelor of Arts in Health Care Business Management, MHAC-Studierende

Fischer, Barbara, Dr. med.

Fachärztin für Allgemeinmedizin, Sportmedizin und Psychotherapie, Pro Seniore Krankenhaus Genthiner Straße, Berlin

Flemming, Daniel

Dipl.-Kfm. (FH), Forschungsgruppe Informatik im Gesundheitswesen, Hochschule Osnabrück, Osnabrück

Fröse, Olga

Bachelor of Arts Betriebswirtschaftslehre, MHAC-Studierende

Hempel, Georg, Prof.

Westfälische-Wilhelms-Universität-Münster, Institut für Pharmazeutische und Medizinische Chemie, Abteilung Klinische Pharmazie, Münster

Klockmann, Dorothea, Dr. med.

Ärztin für Allgemeinmedizin, Praxis Am Krekel, Marburg, MHAC-Studierende

Kohlenbach-Pajonk, Christiane

Dipl.-Pädagogin, Dipl.-Gerontologin

Heimleitung der AWO Wohnen und Pflegen Weser Ems GmbH, Bramsche

Kortekamp, Stefanie

Master of Arts Management im Gesundheitswesen

Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Zentrum für Gesundheitswirtschaft und -recht (ZGWR), Frankfurt a. M.; Doktorandin am Fachbereich Gesundheitsmanagement, Universität Witten/Herdecke

Kruse, Julia

Westfälische-Wilhelms-Universität-Münster, Institut für Pharmazeutische und Medizinische Chemie, Abteilung Klinische Pharmazie, Münster

Laag, Sonja

Dipl. Gesundheitswirtin

Leiterin Versorgungsprogramme, BARMER GEK Hauptverwaltung, Wuppertal



Lörzer, Martin

Dipl.-Pharmazeut, Apothekenleiter, Schwan Apotheke Bad Brückenau,
MHAC-Studierender

Metzner, Thomas, Dr. rer. nat.

Health Care Manager, Stephanskirchen/Obb., MHAC-Studierender

Meyer, Hilko J., Prof. Dr. iur.

Direktor des Zentrums für Gesundheitswirtschaft und -recht (ZGWR),
Frankfurt University of Applied Sciences

Nitsche, Bianca

Bachelor of Science Pflegemanagement, MHAC-Studierende

Peterseim, Klaus, Dr. sc. nat.

1. Vorsitzender des Bundesverbandes klinik- und heimversorgender
Apotheker e.V., Fachapotheker für klinische Pharmazie und
Arzneimittelinformation, Dom-Apotheke, Essen

Puteanus, Udo, Dr.

Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen, Fachgruppe Inspektio-
nen, Sozialpharmazie, Münster

Quaschnewski, Gabriele

Apothekerin, Frankfurt am Main, MHAC-Studierende

Spoden, Vanessa

Bachelor of Arts Publizistik u. Wirtschaftswissenschaften, MHAC-Studie-
rende

Waltering, Isabel

Doctor of Pharmacy (UF)

Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen, Fachgruppe Sozialphar-
mazie, Münster





