



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

Krankenheime 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 Krankenheime 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 Krankenheimen. 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