

Arzneimittelversorgung in Pflegeheimen

**Untersuchungen von stationären
Einrichtungen der Sozial-Holding der Stadt
Mönchengladbach basierend auf Analysen
und Tatsachen**

Sozial-Holding der Stadt Mönchengladbach

Königstrasse 151, 41236 Mönchengladbach

Ansprechpartner: Helmut Wallrafen-Dreisow

Stand: Juni 2011

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	3
2. Problematik	4
3. Analyse zur Versorgungswirklichkeit und Konsequenzen	4
3.1 Symptome einer unerwünschten Wirkung	4
3.2 UAE – auslösende Medikamente	5
3.3 Klinische Konsequenzen für die Bewohner	6
3.4 Vermeidbarkeit der unerwünschten Arzneimittelwirkungen	7
3.5 Auszug aus der Priscus- Liste	9
3.6 Kostenstruktur	10
4. Altenheime und ihre Pflichten	11
4.1 Die Lagerung der Arzneimittel	12
4.2 Wachsame und überforderte Pflegefachkräfte	13
5. Sozial- Holding und ihre stationäre Einrichtungen	14
5.1 Ist- Zustand	15
5.2 Ist- Zustand I	15
5.3 Therapieoption 1- Benzodiazepine	16
5.4 Therapieoption 2- Neuroleptiker	17
5.5 Therapieoption 3- Schlafmittel	18
5.6 Priscus- Liste	19
5.7 Ist- Zustand II	20
5.8 Kostenkalkulation der Priscus- Arzneimittel	21
6. Ärzte in der Pflicht	22
7. Heimversorgende Apotheken	25
7.1 Allgemeine Einnahmeempfehlungen	26
7.2 Alternative Einnahmeempfehlungen	26
7.3 Darreichungsform ändern	26
7.4 Die organisatorische Abwicklung	27
7.5 Nebenwirkungen durch Multimorbidität	27
7.6. Die Bewertung der „pharmazeutischen Betreuung“	28
8. Fazit	31

1. Einleitung

Eine sichere, dem Bedarf und den Bedürfnissen angemessene Arzneimittelversorgung der Bewohner von Alten- und Pflegeheimen ist eine anspruchsvolle Aufgabe für alle Beteiligten: Ärzte, Pflegekräfte, Heimleitungen und Apotheken. Die Verordnung von Arzneimitteln für ältere Menschen, das Medikationsmanagement bei multimorbiden Patienten, die Arzneimittelverteilung im Heim, die Vergabe an den Bewohner, Schulungen für das Heimpersonal usw. sind Teile komplexer Prozesse.

Das Pflegeheim ist keine Fortsetzung des Krankenhauses, sondern eine Wohneinrichtung, in der Menschen mit Hilfe- und Pflegebedarf gemeinsam leben können. In dieser Hinsicht unterscheidet sich das Heim im Prinzip nicht von der eigenen Wohnung.

Diese notwendige Qualität wurde im Arzneimittelversorgungssystem teilweise vernachlässigt und findet als sozialmedizinische Problematik nicht ausreichend Beachtung, die auch von wissenschaftlichen Studien bestätigt wird.

Auch die hier analysierten Daten der stationären Einrichtungen der Sozial-Holding lassen seit Jahren auf dem gesamten Versorgungsgebiet anhaltende und ansteigende Tendenzen zu Über-, Unter- und Fehlversorgungen der Bewohner erkennen.

Einerseits der steile Anstieg der Verordnungsmengen und andererseits die umstrittenen „Priscus- Arzneimittel“, die noch unklares bis negatives Risiko-Nutzen-Verhältnis aufweisen, sind ein Teil der Versorgungswirklichkeit.

Das Aufeinandertreffen verschiedener Wirkstoffe kann so fatale gesundheitliche Folgen nach sich ziehen. Ein erheblicher Anteil dieser Neben- und Wechselwirkungen führen zur Einlieferung ins Krankenhaus, die sich wiederum stark auf Gesundheitsbudget auswirken.

Es bedarf hier pharmakologischer Kompetenz und ärztlicher Vernunft, um vor dem Hintergrund einer bei älteren Patienten häufig bestehenden Multimedikation eine optimale Arzneitherapie sicher, wirksam und wirtschaftlich vertretbar durchzuführen. Analysen sprechen nicht gerade für ein rationales, evidenzbasiertes Verordnungsverhalten der Ärzte.

Das Ausmaß der Verschreibungen steuern vor allem die Pflegekräfte. Die wenigen examinierten Kräfte sind schnell damit überfordert, jeden einzelnen Bewohner genau im Blick zu behalten und den Ärzten entsprechende Berichte zu erstatten.

Hier sind auch die Leistungen der heimversorgenden Apotheken, wie zum Beispiel die ordnungsgemäße Arzneimittellieferung und regelmäßige Vermittlung der Fachkenntnisse von großer Bedeutung.

Diese Entwicklung sollte nicht ohne Widerspruch toleriert werden, vor allem angesichts der Tatsache, dass einer ohnehin stark morbiditätsbelasteten Patientengruppe Arzneimittel verordnet werden, die ein erhöhtes Mortalitätsrisiko aufweisen.

Im Rahmen des Projektes der Sozial-Holding wurden die Versorgungssituation analysiert, Defizite beschrieben und Verbesserungsmöglichkeiten vor allem in der Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten, aber auch mit Apotheken erarbeitet.

2. Problematik

Viele Senioren sind multimorbide, leiden also an mehreren Erkrankungen gleichzeitig und benötigen entsprechend viele Medikamente. Doch im Zuge einer solchen Polypharmazie potenzieren sich natürlich auch die möglichen Neben- und Wechselwirkungen.

Zudem macht das Alter den Organismus anfälliger für unerwünschte Wirkungen, unter anderem weil sich die Wirkungen und die Verstoffwechselung vieler Medikamente verändern.

Die Vielzahl unterschiedlicher Arzneimittel pro Patientin und Patient erfordert stärkere Bemühungen zur Vermeidung von Gefahren durch Arzneimittelneben- und – Wechselwirkungen und mit jeder Verordnung steigt die Gefahr, dass arzneimittelbezogene Probleme verstärkt auftreten.

An dieser Stelle darf nicht die Gefahr verschwiegen werden, dass Pflegekräfte und Ärzte auch gemeinsam den Bedarf der Bewohner falsch einschätzen und zu Beruhigungsmitteln, äußerlicher Fixierung oder künstlicher Ernährung greifen, auch wenn es eine für den Patienten bessere Alternative gibt.

Der „Pflegenotstand“ und daraus resultierend fehlendes Personal und hohe Arbeitsbelastungen sind die Gründe dafür. Als dessen Folgen werden fehlerhafte Medikationen, mangelhafte Grundversorgung – und vor allem vernachlässigte Senioren gefürchtet. Denn der Altenpflege wird es künftig extrem womöglich an allem und vor allem an Zeit und Qualität mangeln.

3. Analyse zur Versorgungswirklichkeit und Konsequenzen¹

Folgende Abschnitte beinhalten Daten und Informationen aus Analysen der Altenpflegeeinrichtungen durch die Universität Witten/Herdecke und Gero PharmCare.

Die Autoren der Studie erheben Arzneimittelbezogene Probleme (ABP), insbesondere unerwünschte Arzneimittelereignisse (UAE) auf dem Hintergrund der 11 überprüften stationäre Altenheimrichtungen mit 1046 Heimbewohnern und schließen daraus auf deutliche Versorgungsdefizite.

3.1 Symptome, bei deren Auftreten eine unerwünschte Wirkung vermutet und ausgeschlossen werden sollte

<i>Symptom</i>	<i>Verdächtige Arzneimittel</i>
<i>Sturz</i>	<i>Benzodiazepine, Antihypertensiva, Trizyklische Antidepressiva (z.B. Amitriptylin, Doxepin), NSAR</i>
<i>Kognitionsstörungen: Delir, Somnolenz, Demenz</i>	<i>Benzodiazepine, Trizyklische Antidepressiva (z.B. Amitriptylin, Doxepin), Neuroleptika</i>
<i>GI-Beschwerden: Übelkeit, Erbrechen, Magenschmerzen, Obstipation</i>	<i>Antibiotika, NSAR, Herzwirksame Glykoside, Opioide</i>

Unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAE) werden als schädliche und unbeabsichtigte Reaktionen definiert, die mit der Anwendung eines oder mehreren Arzneimittels in Zusammenhang stehen. Auch die Nichtbeachtung von therapeutisch relevanten Interaktionen Kontraindikationen, Normdosen und andere Medikationsfehler führen zu vermeidbaren UAE.

¹ F. Hanke, U. Jaehde, P. A. Thümann

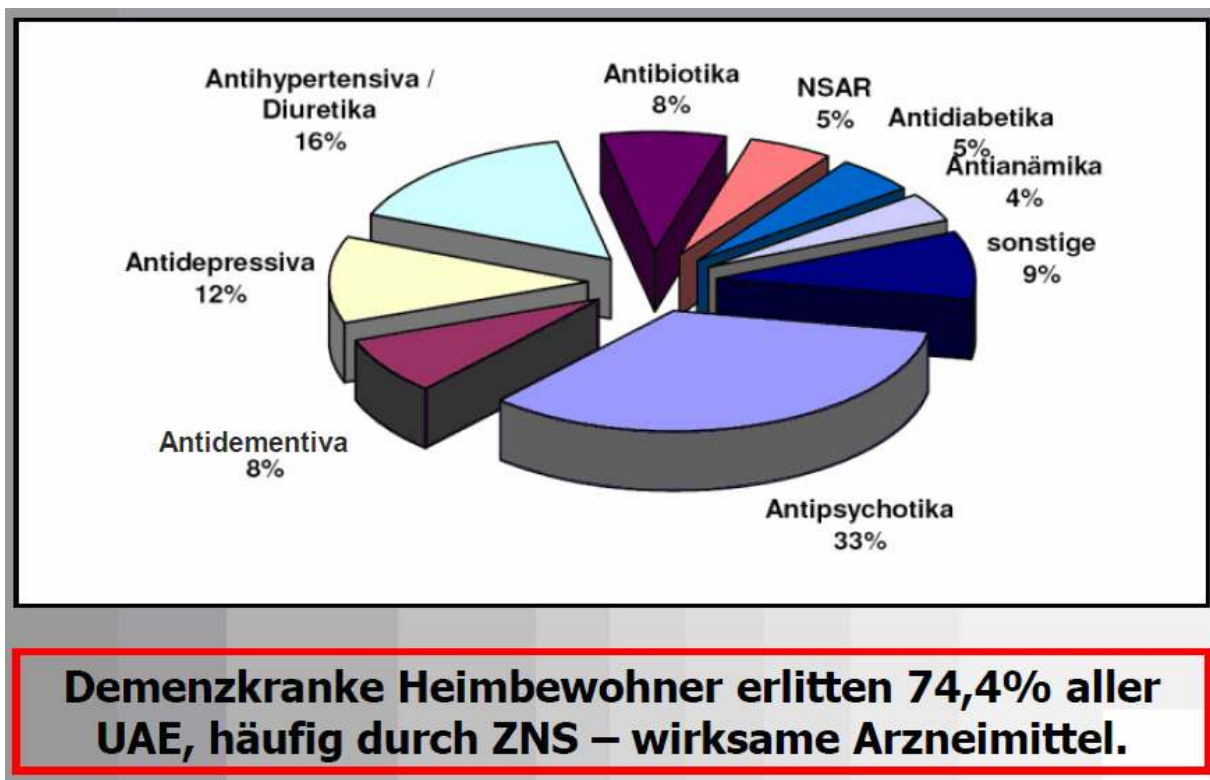
3.2 UAE – auslösende Medikamente

In der folgenden Abbildung ist dargestellt, zu welchem prozentualen Anteil die jeweiligen Arzneimittelgruppen die Entstehung der unerwünschten Arzneimittelwirkungen begünstigen.

Die häufigsten unerwünschten Arzneimittelwirkungen sind zentral dämpfende Wirkungen der Arzneimittelgruppe Antipsychotika.

Psychopharmaka sind Arzneimittel mit psychotroper Wirkung, d.h. sie beeinflussen das Zentrale Nervensystem und damit Seelenleben, oder kurz: sie verändern Erleben und Verhalten.

Als zweite Gruppe werden Blutdruckmittel oder deren Kombination mit harntreibenden Arzneimittel oder Antidepressiva als Medikamente, die überwiegend in der Behandlung von Depressionen eingesetzt werden und weiter absteigend in ihrer Häufigkeit als Ursache der UAW die Antidementiva, Arzneimittel zur Behandlung der Demenz, Antibiotika, die NSAR (nichtsteroidale Antirheumatika), als entzündungshemmende Arzneimittel in der Rheumatherapie, Blutzuckermedikamente und blutbildende Mittel genannt.

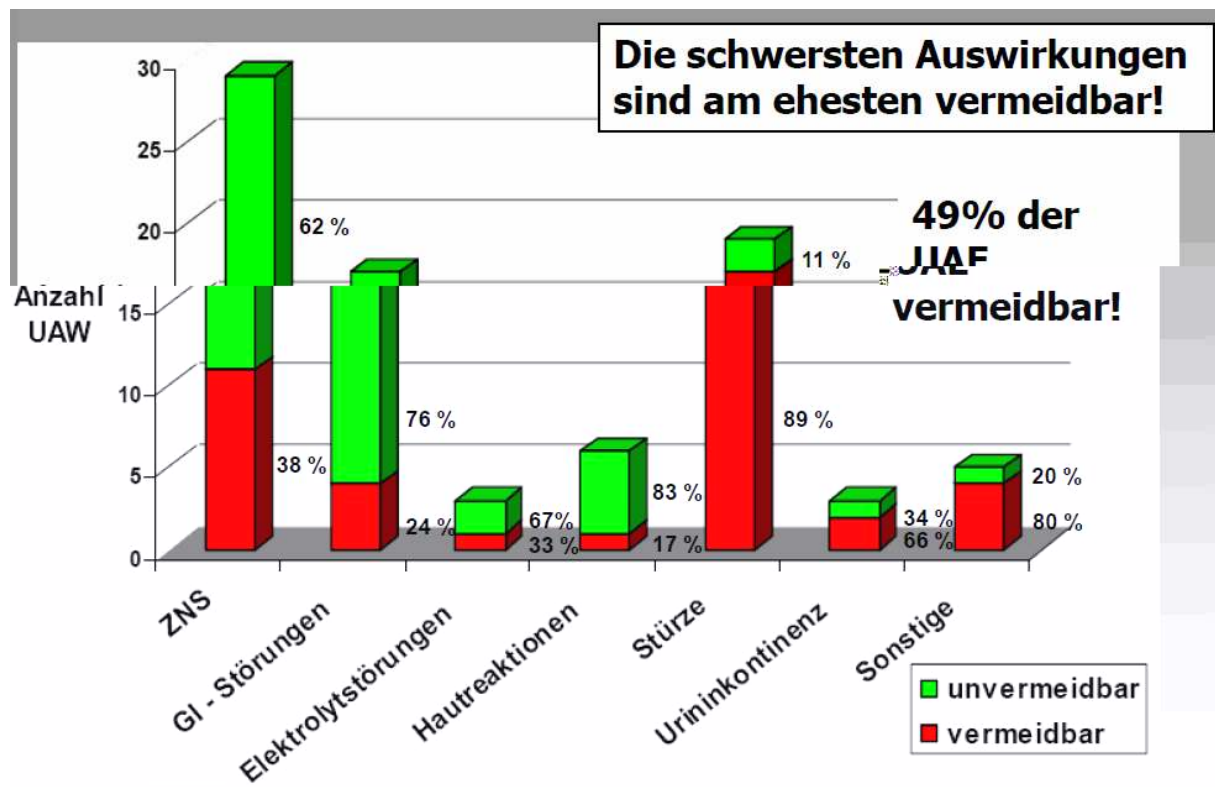


3.3 Klinische Konsequenzen für die Bewohner

In der Abbildung werden UAW in ihrer Anzahl und Schwergrad angegeben.

Daraus ist deutlich zu erkennen, dass das schwerste Risiko nämlich der Sturz ab fünfzehn UAW zu 89% dadurch begünstigt wird, und weitere erhebliche gesundheitliche Einbußen wie Störungen im zentralen Nervensystem, Magenblutungen und andere diesem folgen.

Es sind bereits mit selbst sehr geringer Anzahl an UAW zu mehr als 30 Prozent der Klinischen Auswirkungen auf diese zurückzuführen.



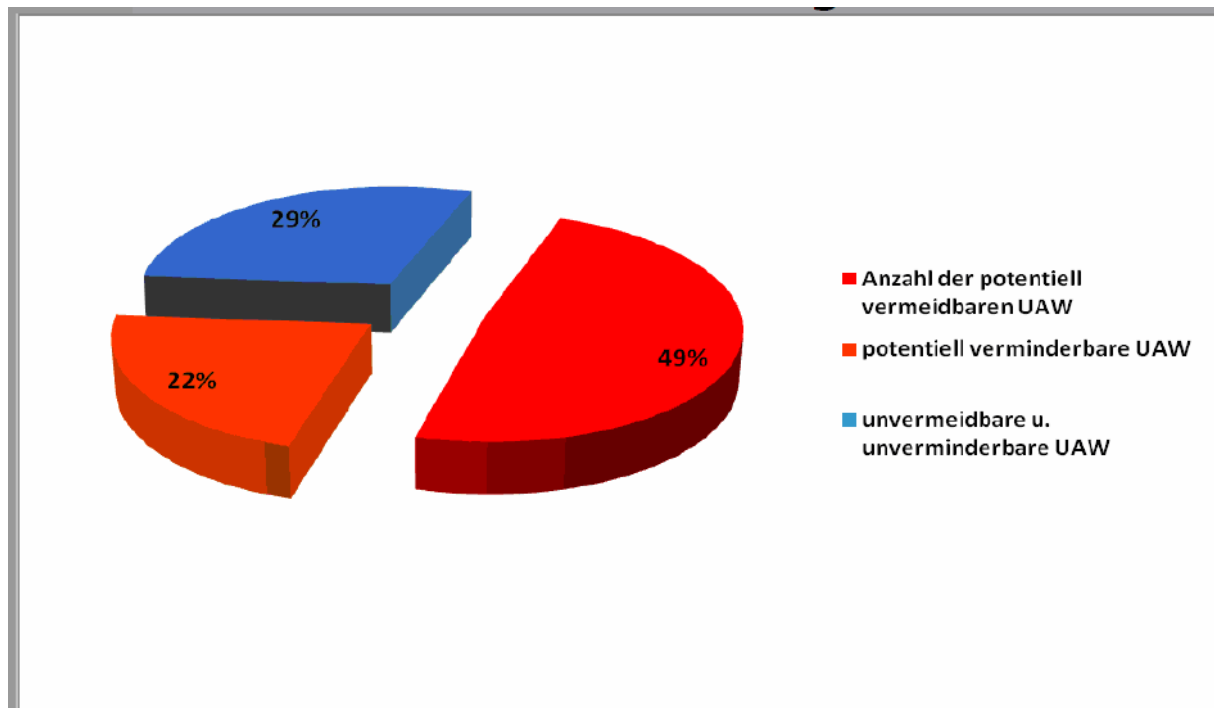
Dauerverordnungen von acht bis zwölf Präparaten, wie es bei sehr vielen Patienten häufig der Fall ist, muss man durch die exponentiell ansteigenden Interaktionen als potenziell gefährlich ansehen.

3.4 Vermeidbarkeit der unerwünschten Arzneimittelwirkungen

Auch bei größter Sorgfalt können nicht alle Erkrankungen vermieden werden, weil sie durch nicht vorhersehbare Komplikationen und nicht beeinflussbare Arzneimittelinteraktionen bzw. Nebenwirkungen verursacht werden.

Bei etwa eindrittel der Fälle liegen keine schuldhaft verursachte Komplikationen vor, sondern es handelt sich um mit der Behandlung verbundene Ereignisse

Hier wird aber gezeigt, dass die unerwünschten Arzneimittelwirkungen etwa zur Hälfte vermeidbar sind und zu einem weiteren beachtlichen Teil vermindert werden können.



Nach sorgfältiger individueller Abwägung der Nutzen-Risiko-Relation kann dieses Ziel durch das Absetzen oder die Reduktion der Dosis der Medikamente erreicht werden.

Das Ergebnis der Studie weist darauf hin, dass die hohe Quote vermeidbarer UAW ein konsequent ernstes Problem bei der Arzneimitteltherapie in der stationären Versorgung der Altenheime ist.

Die nachfolgende Tabelle ist ein Auszug der 83 „Priscus-Arzneimittel“ und ihre risikoreichen Komplikationen.

3.5 Auszug aus der Priscus- Liste²

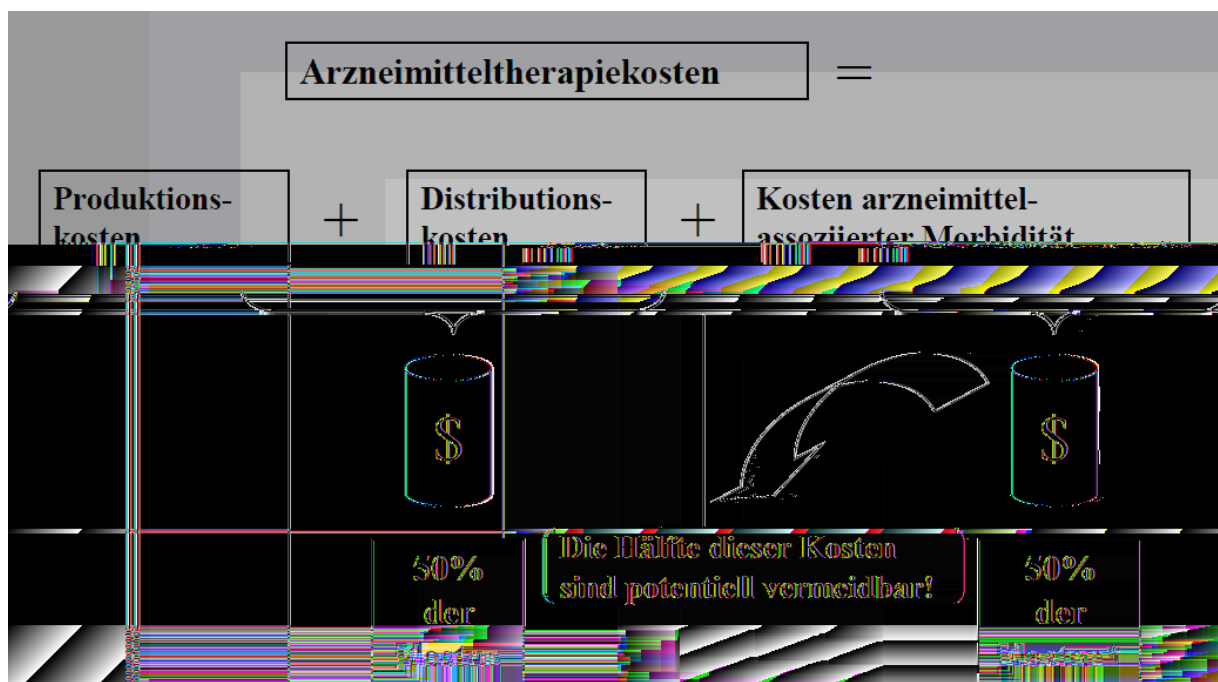
Arzneimittelgruppe	Wirkstoffe	Erhöhtes Risiko	Handelsname
Analgetika, Antiphlogistika (schmerzlindernde und entzündungshemmende Arzneimittel)	<i>Indometacin</i>	<i>GI-Blutungen</i>	<i>Indometacin-Al ®</i>
Antiarrhythmika (Arzneistoffe zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen)	<i>Chinidin</i>	<i>Agitation Depression Halluzination</i>	<i>Corchidin®</i>
Antibiotika (Arzneistoffe zur Behandlung von Infektionskrankheiten)	<i>Nitrofurantoin</i>	<i>Leberschädigung</i>	<i>Furadantin ®</i>
Anticholinergika Wirkstoffe, die die Wirkung von Acetylcholin im parasympathischen Nervensystem unterdrücken	<i>Tripolidin</i>	<i>Herz-Kreislaufkollaps</i>	<i>Rhinopront®</i>
Antidepressiva Medikamente zur Behandlung von Depressionen	<i>Amitriptylin</i>	<i>Delirantes Syndrom, Hüftfrakturen</i>	<i>Amineurin®</i>
Neuroleptika Wirkstoffe mit einer zentral dämpfenden Wirkung auf das Nervensystem	<i>Thioridazin</i>	<i>Parkinsonismus, Hüftfrakturen</i>	<i>Melleril® retard</i>
Benzodiazepine (Beruhigungsmittel)	<i>Diazepam</i>	<i>Hüftfrakturen</i>	<i>Diazepam Stada®</i>
	<i>Temazepam</i>	<i>Psychomotorische Effekte</i>	<i>Planum®</i>
	<i>Oxazepam</i>	<i>Blutdruckabfall Kardiale Komplikationen</i>	<i>Adumbran®</i>

² vgl. http://priscus.net/download/PRISCUS-Liste_PRISCUS-TP3_2011.pdf

3.6 Kostenstruktur arzneimittelassoziierter Morbidität

Die Zahlen und Fakten der Studie zum Einsatz und zum Effekt von Medikamenten liefern Grundlagen zur Beantwortung der Frage nach dem Kosten-Nutzen-Verhältnis von Arzneimitteln.

Die Arzneimitteltherapiekosten werden zu 50% aus Produktionskosten plus Vertriebskosten und weitere 50% eben durch Arzneimittel hervorgerufene Mehrfacherkrankungen zusammengesetzt. Das heißt, bei sachgerechtem Einsatz der Medikamente, sind die Hälfte der Kosten, die eben auf Grund von weniger UAW aufzubringen wären, vermeidbar.



Ganz gleichgültig aus welcher Perspektive die Kosten betrachtet werden: aus gesamtgesellschaftlicher Sicht, aus der individuellen Sicht des Patienten, aus Sicht der Kostenträger (Krankenkassen) oder aus Sicht der Leistungserbringer (niedergelassener Arzt, Krankenhaus, Apotheke), erfordert diese Entwicklung Strategien zur Vermeidung von Medikationsfehlern als konsequente Reaktion auf die alarmierenden Ergebnisse der Versorgungswirklichkeit des derzeitigen Gesundheitswesens.

4. Altenheime und ihre Pflichten

Altenpflege, als professionelles Berufsfeld, befasst sich mit der Betreuung und Pflege von betagten Menschen. Die berufliche Altenpflege wird in der Regel von Altenpflegern, Gesundheits- und Krankenpflegern oder Altenpflegehelfern ausgeübt.

Im Mittelpunkt der Hilfe steht der ganze Mensch im Zusammenspiel von Körper, Seele und sozialem Umfeld.

Ziel der Altenpflege, als Langzeitpflege, ist eine stabile Lebensqualität. Weil die geistigen, körperlichen und sozialen Fähigkeiten im Alter abnehmen, gilt es als Aufgabe, die Fähigkeiten der Selbstpflege des Betroffenen soweit wie möglich zu erhalten und zu befördern; notwendige Pflege, die der Betroffene nicht mehr leisten kann, nach Möglichkeit mit Gespräch und Zustimmung des Betroffenen, festzulegen und zu erbringen; und dabei die Angehörigen wie auch andere notwendige Berufsgruppen mit einzubinden. Die Altenpflege besteht neben der beruflichen Tätigkeit im Bereich Alten- oder Krankenpflege auch aus verschiedenen Aufgaben im familiären und privaten Umfeld. Die Koordination professioneller und informeller (privater oder ehrenamtlicher) Versorgung teilweise hilfebedürftiger alternder Personen ist eine anspruchsvolle Aufgabe in der Altenpflege, da es dabei oft um Eingriffe in das Selbstbestimmungsrecht von Erwachsenen geht.

Der Umgang mit Arznei- und Hilfsmitteln ist für das Pflegepersonal eine große Verantwortung. Sie alle zusammen sind zuständig für die korrekte Versorgung der Heimbewohner mit ihren Arzneimitteln und müssen einen hohen Umfang an Leistung und Verantwortung erbringen.

Die gesetzliche Grundlage für die Versorgung der Bewohner mit Arzneimitteln in Alten- und Pflegeheimen ist das Heimgesetz.

4.1 Die Lagerung der Arzneimittel

Alle Medikamente, die von den Heimbewohnern benötigt werden, müssen regelmäßig überprüft werden.

Der Raum, in dem die Arzneimittel gelagert werden, muss einige Kriterien erfüllen. Dazu gehören:

- Raumtemperatur
- Luftfeuchtigkeit
- Sauberkeit und Hygiene
- Kühlmöglichkeit
- Übersichtlichkeit
- first-in-first-out-Prinzip des Einlagerns, es wird also die frische Ware hinter die alte Ware geräumt, damit keine Arzneimittel verfallen
- kein Zugang für Unbefugte (abschließbar)

Das gesamte Lager der Arzneimittel sollte sich außerdem in einem abschließbaren Raum befinden. Dies geschieht, damit Unbefugte keinen Zutritt haben.

Betäubungsmittel, also beispielsweise Durogesic-Pflaster oder Morphintabletten, müssen unter Verschluss, das heißt diebstahlsicher, gelagert werden. Pflegekräfte dokumentieren kontinuierlich außerdem die Entnahme und den Zugang aus dem Betäubungsmittelschrank im Betäubungsmittelbuch mit

- Lieferadresse
- Patientennamen und -adressen
- Arzneimittelbezeichnung
- Datum für Zu- und Abgang
- Menge und Bestand
- Nummer des Betäubungsmittelrezepts
- und Unterschrift des Verantwortlichen

4.2 Wachsame und überforderte Pflegefachkräfte

In Einrichtungen, die ältere Personen betreuen, müssen sich die Betreuer und Pfleger auch unter dem Blickwinkel der Multimorbidität mit dem Thema Arzneimittelversorgung auseinandersetzen. Dies spielt umso mehr eine Rolle, als einige typische so genannte Altersbeschwerden durch Arzneimittel verstärkt, ja

5. Sozial-Holding der Stadt Mönchengladbach und ihre 6 stationäre Einrichtungen

Einrichtung	Anzahl Stationsbereiche	Gesamtanzahl der Bewohner
1. Altenheim Pixbusch I	4	68
2. Altenheim Pixbusch II	3	67
3. Altenheim Rheindahlen	8	134
4. Altenheim Lürrip	5	137
5. Altenheim Eicken	7	131
6. Altenheim Windberg	4	80
Gesamtanzahl aus allen Einrichtungen	31	617

In den Einrichtungen der Sozial-Holding werden rund 617 Bewohnerinnen und Bewohner auf 31 Wohnbereichen stationär betreut.

5.1 Ist- Zustand

Folgende Ergebnisse entstanden aus der systematischen Überprüfung der 6 stationären Einrichtungen mit 617 Bewohner/ -innen auf 31 Stationsbereichen der Sozial-Holding der Stadt Mönchengladbach.

5.2 Ist-Zustand I

Es wurde festgestellt, dass in über 50% der Fälle die Patienten mehr als 8 Arzneimittel täglich erhalten.

Der Arzneimittelkonsum in den Einrichtungen liegt bei durchschnittlich 6,3 Verordnungen pro Bewohner täglich.

Prozentangabe	Tablettenanzahl
1,7 %	1
3,8 %	2
4,1 %	3
8,2 %	4
8,3 %	5
10,2 %	6
12,1 %	7
8,7 %	8
9,7 %	9
7,9 %	10
9,7 %	11
6,2 %	12
3,5 %	13
1,7 %	14
2,5 %	15
1,7 %	16

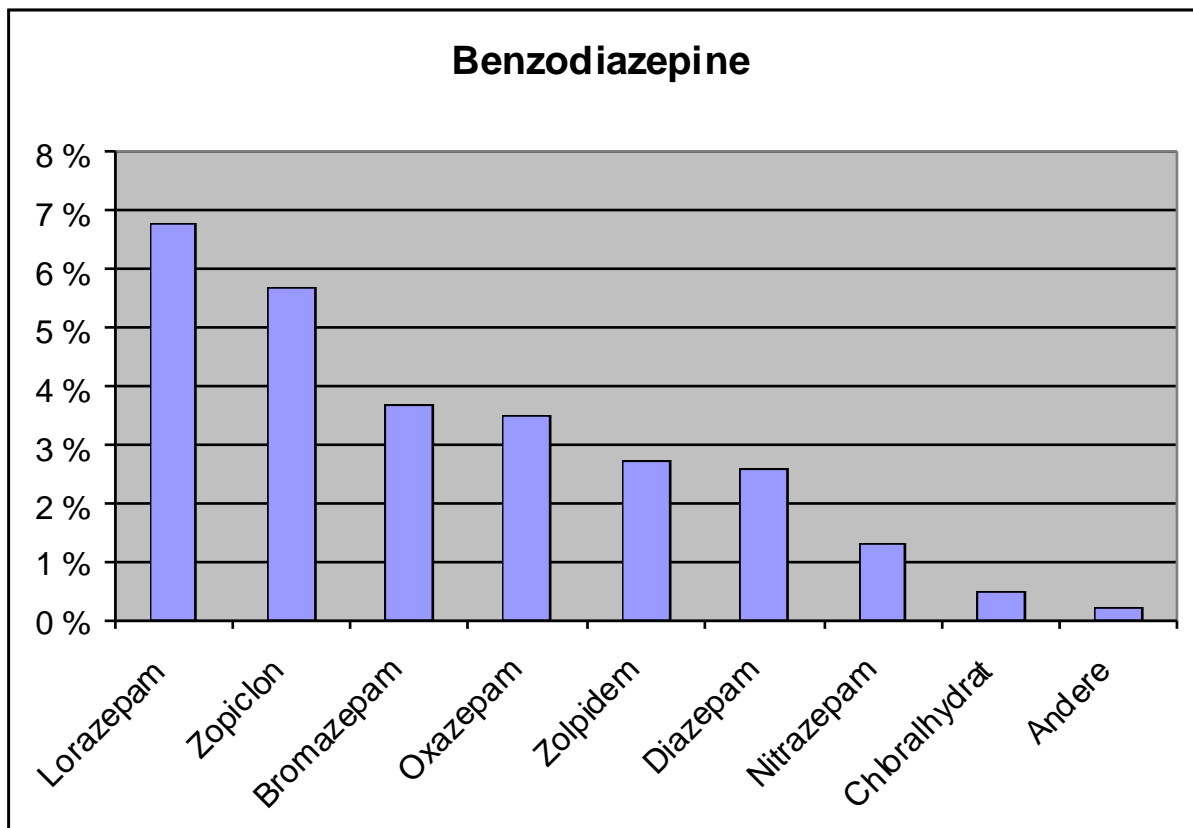
- 6,3 Dauerverordnungen
- 2,1 Bedarfsverordnungen
- 63,7 % aller Bewohner erhalten mehr als sechs
- 51,6 % der Bewohner erhalten mehr als acht Arzneimittel pro Tag
- 33 % der Bewohner erhalten mehr als zehn Verordnungen
- 15,6 % der Bewohner erhalten mehr als zwölf Verordnungen täglich

5.3 Therapieoption 1

Beispiel: 27 Prozent der Bewohner bekommen sogenannte Benzodiazepine.

<u>Benzodiazepine</u>	<u>27%</u>
Lorazepam	6,8%
Zopiclon	5,7%
Bromazepam	3,7%
Oxazepam	3,5%
Zolpidem	2,7%
Diazepam	2,6%
Nitrazepam	1,3%
Chloralhydrat	0,5%
Andere	0,2%

Bis auf eine geringe Anzahl von 0,2 % stehen die aufgelisteten Arzneimittel auf der Priscus-Liste und damit für ältere Bewohner ohnehin umstritten.

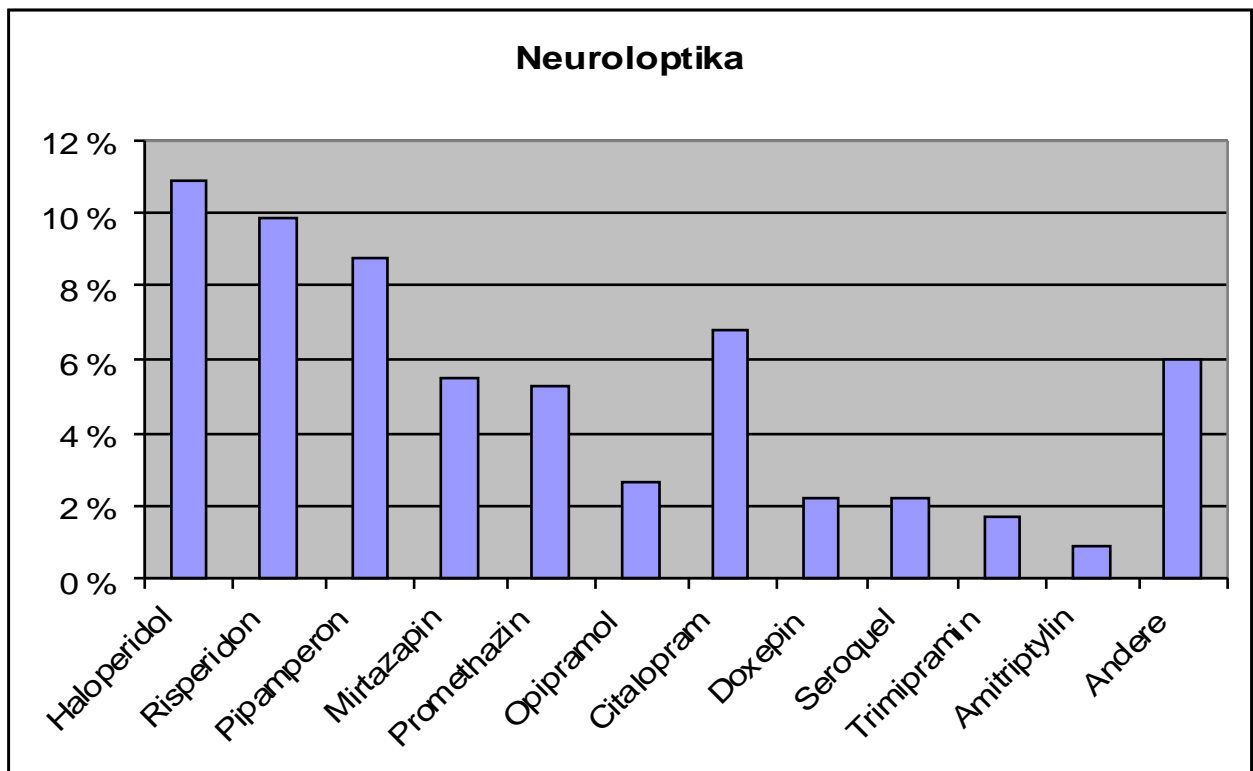


Die Mittel sind wegen ihres eigenen Suchtpotenzials ebenso wie wegen der Verstärkung von Sturz- und Unfallgefahren nicht gerade die optimale Therapieoption.

5.4 Therapieoption 2

Beispiel: Nach diesem Befund erhalten die demenzkranken Bewohner häufiger Beruhigungsmittel als Patienten ohne Demenz. Fast jeder Altersverwirrte bekommt ein entsprechendes Mittel. Und je höher die Pflegestufe, desto mehr verabreichte Pillen. Dabei ist bekannt, dass die sogenannten Neuroleptika bei Altersverwirrten ein weiterer Grund für eine erhöhte Mortalität seien.

<u>Neuroleptika</u>	63%	Andere Neuroleptika
Haloperidol :	10,9%	Citalopram : 6,8%
Risperidon :	9,9 %	Doxepin : 2,2%
Pipamperon :	8,8%	Seroquel : 2,2%
Mirtazapin :	5,5%	Trimipramin : 1,7%
Promethazin :	5,3%	Amitriptylin : 0,9%
Opipramol :	2,6%	Andere : 6%

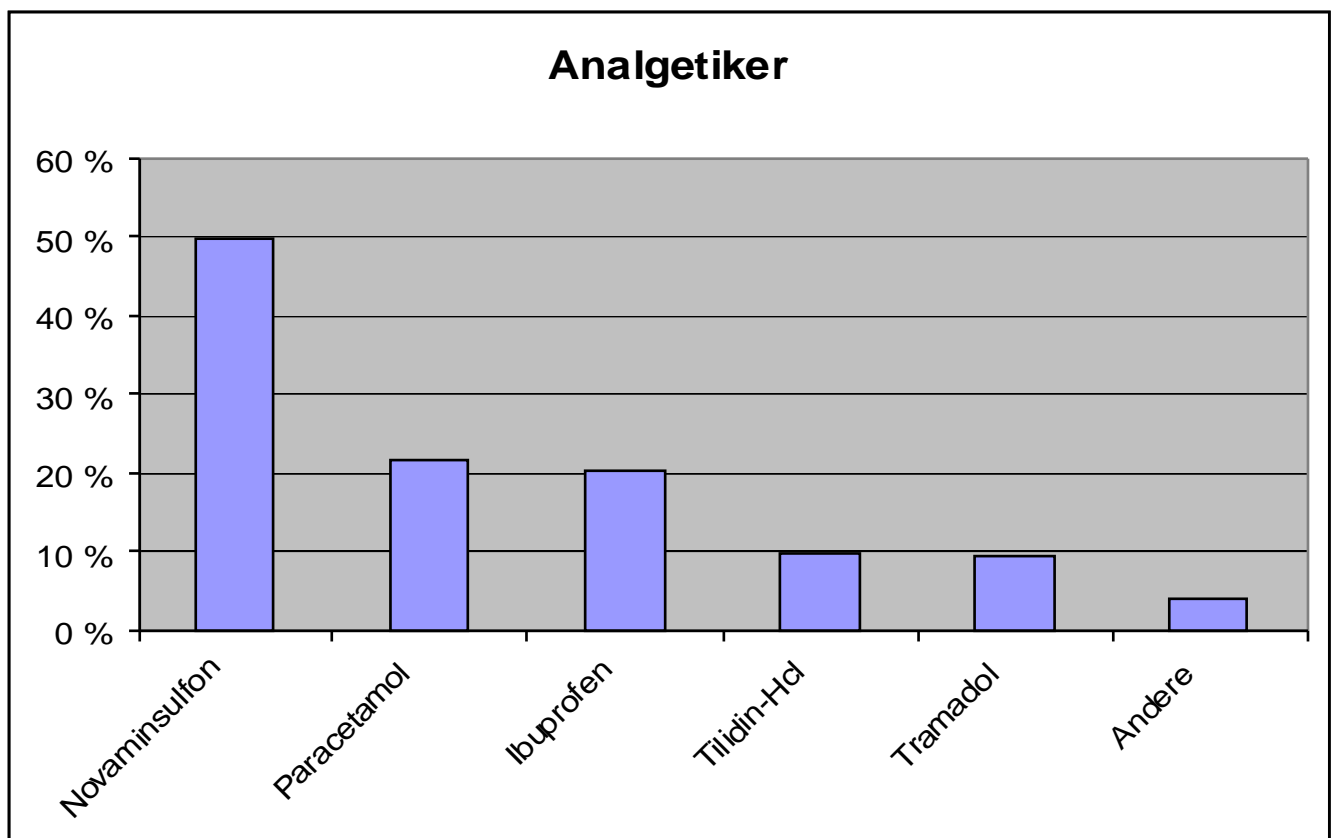


5.5 Therapieoption 3

Beispiel3: Das Schmerzmittel Novaminsulfon, das schon mal wegen gefährlicher Nebenwirkungen in Verruf geraten ist, wird zurzeit so oft verordnet, wie noch nie.

<u>Analgetiker</u>	115,4%
Novaminsulfon:	49,8%
Paracetamol	21,8%
Ibuprofen	20,4%
Tilidin-Hcl	9,9%
Tramadol	9,5%
Andere	4%

- Auf Grund der Tatsache, dass viele Bewohner mehrere Schmerzpräparate gleichzeitig verordnet bekommen, werden Werte über den Maß von 100% erreicht.



Fakt ist, dass die Verordnungen der Ärzte oft ohne eingehende Analyse oder Diagnostik als Dauermedikation erfolgen. Erschwerend kommt hinzu, dass es in den Heimen aufgrund Jahrzehnte alter Personalanhaltszahlen den Pflegekräften für eine situationsangemessene und differenzierte Betreuung oft die nötige Zeit fehlt.

5.6 Priscus- Liste⁴

- potenziell inadäquater Medikation für ältere Menschen

Prof. Dr. Petra Thürmann und Kollegen von der Universität Witten/Herdecke haben die Medikamente für den deutschen Markt zusammengestellt, die für ältere Menschen problematisch sein können.

Das Ergebnis der deutschen Untersuchung, ist die Priscus-Liste und umfasst 83 Wirkstoffe, die als potenziell ungeeignet für Senioren gelten und aus 18 verschiedenen Arzneistoffklassen entstammen.

Schmerztabletten, Blutdrucksenker, Beruhigungsmittel, Psychopharmaka – Medikamente, die älteren kranken Menschen helfen sollen und das Gegenteil bewirken können: Forscher der Universität Herdecke haben die Liste mit 83 Arzneimitteln veröffentlicht, die Ärzte Senioren verschreiben, obwohl sie im schlimmsten Fall mehr schaden als nutzen. Vielfach erweist sich dieser Pillen-Mix als riskant, da die einzelnen Wirkstoffe sich unter anderem negativ auf die Tätigkeit des Gehirns auswirken und nicht nur neue Beschwerden verursachen, sondern auch die gefürchteten Stürze samt Oberschenkel- und Hüftfrakturen mit sich bringen.

Zu allen Stoffen benennt die Liste Therapiealternativen und gibt Empfehlungen für den Fall, dass eine Medikation unvermeidbar ist, zum Beispiel Dosisanpassungen.

Die Tabelle ist eine konkrete Hilfestellung für Ärzte und Apotheker.

⁴ vgl. http://priscus.net/download/PRISCUS-Liste_PRISCUS-TP3_2011.pdf

5.7 Ist- Zustand II

Bei der Überprüfung der Einrichtungen der Sozial-Holding wurde festgestellt, dass von 617 Bewohnern 337 Bewohner Arzneimittel verabreicht bekommen, die in der Priscus-Liste geführt werden.

Es wurden dabei die Präparate aller Arzneimittelgruppen erfasst.

Einrichtung	Anzahl Priscus- AM pro Einrichtung	Prozentangaben
1. Altenheim Pixbusch I	37	6%
2. Altenheim Pixbusch II	26	4,2%
3. Altenheim Rheindahlen	67	10,85%
4. Altenheim Lürrip	80	12,96%
5. Altenheim Eicken	73	11,83
6. Altenheim Windberg	54	8,75
Gesamtanzahl der verordneten „Priscus-Arzneimittel“	337	54,59%

Diese Arzneimittel sind wiederum entweder auf Grund ihres Wirkstoffes oder der hohen Tagesdosis als unzweckmäßig klassifiziert.

5.8 Kostenkalkulation der Priscus- Arzneimittel in den Einrichtungen der Sozial-Holding

	Altenheim Pixbusch	Altenheim Rheindahlen	Altenheim Lürrip	Altenheim Eicken	Altenheim Windberg
Bewohneranzahl	135	134	137	131	80
Priscus- Arzneimittel	63	67	80	73	54
Preis einer Packung im Durchschnitt	12,98 €				
Preis dieser Verordnungen	415,36 €	493,24 €	571,12 €	519,20 €	415,36 €
Preis aller Verordnungen	4374,26 €				

Umgerechnet kosten die Arzneimittel aus der Priscus-Liste bezogen auf die Bewohner der Sozial-Holding etwa 4500 € monatlich und dabei sind die gewünschten oder zu erwartenden Wirkungen mehr als fraglich.

Allein die Arzneimittel dieser Kategorie, ihre Kosten und die daraus resultierenden unerwünschten Wirkungen sind regelrechte „Belastungen“ für allen Beteiligten.

6. Ärzte in der Pflicht

Der behandelnde Arzt steht in der Pflicht, bei jedem Patienten eine passgenaue Therapie auszuarbeiten und entsprechend vorsichtig mit dem Rezeptblock umzugehen. Aufgelistet haben die Pharmakologen nicht nur die problematischen Arzneistoffe, sondern auch Vorschläge für Alternativen, die besser verträglich sind.

Genau genommen müssten Patienten, die diese Arzneimittel erhalten unter ständiger Kontrolle stehen wie z.B.:

- *EKG Kontrolle*
- *EEG Kontrolle*
- *Kontrolle des Blutdrucks*
- *Kontrolle der Leberfunktion*
- *Kontrolle des Blutbildes*
- *Beobachtung von Neuropatien*
- *Abklärung des kardiovaskulären Risikos*
- *Kontrolle der Blutungskomplikationen*
- *Kontrolle des Herzinsuffizienz (Körpergewicht, Beinödeme, Luftnot;)*
- *Kontrolle von Magen-Darm-Ulzera (Blutbild)*
- *Kontrolle der Nierenfunktion (Serum- Kreatinin, Flüssigkeitshaushalt)*
- *Klinische Kontrolle (ZNS-Funktion, Gangunsicherheit, Sturzneigung, Psychopathologie, Kreislaufkontrolle, etc.⁵*

und einige mehr, die teilweise nicht einmal in der Einstellungsphase der Bewohner durchgeführt werden, welche ja wiederum die Koste im Gesundheitssystem explodieren lassen würden.

Neben den individuell therapeutischen Problemen wurden weitere zahlreiche Arzneimittelbezogene Probleme im organisatorischen Bereich festgestellt, die als schwierig eine bedarfsgerechte und sichere Arzneimittelversorgung gewährleisten.

Grund hierfür ist eine teilweise unübersichtliche Versorgungssituation, in der Kommunikationsprobleme innerhalb der Pflegeeinrichtung und zwischen den beteiligten Berufsgruppen das Risiko eines unangemessenen beziehungsweise unbeabsichtigten Arzneimittelgebrauchs erhöhen.

⁵ http://priscus.net/download/PRISCUS-Liste_PRISCUS-TP3_2011.pdf

Zudem befinden sich alte Menschen meist in Behandlung bei verschiedenen Medizern unterschiedlicher Fachrichtungen, die sich derzeit systembedingt kaum austauschen. Dann weiß zum Beispiel der Rheumatologe nicht, was der Orthopäde verordnet und der Hausarzt nichts vom Neurologen und so weiter.

Ärzte beklagen das Fehlen von Fachkräften und Ansprechpersonen und erwarten in vielen Fällen eine Assistenz als Ausgleich für den relativ aufwändigen Haus(Heim)besuch.

Pflegekräfte erwarten hingegen, dass Ärzte sie nicht wie Hilfspersonal behandeln, sondern auf gleicher Ebene ein Informationsaustausch stattfindet. Das Pflegepersonal erlebt die mangelnde Kommunikation und Kooperationsbereitschaft der Ärzte als belastend, weist aber auch auf ein erhebliches Kommunikationsdefizit mit Angehörigen hin, die bei demenzerkrankten Bewohnern häufig gesetzliche Betreuer und bei der medizinischen Behandlung einzubeziehen sind.

In den Einrichtungen der Sozial-Holding sind rund zweihundertfünfzig verschiedene Ärzte und Fachärzte tätig. Diese stellen unterschiedliche, teilweise sogar gegensätzliche Erwartungen an das Pflegeheim und seine Mitarbeiter. Die Vielzahl der Konzepte und Gewohnheiten (Medikamente, Wundbehandlung) sind für Pflegekräfte verwirrend und erschweren die Zusammenarbeit. Häufig reicht die Personalbesetzung nur für die direkte Versorgung der Heimbewohner aus; Zeitressourcen für die Begleitung des Arztes oder dessen individuelle Wünsche fehlen, da die Personalkapazitäten des Heims ohnehin stark belastet sind.

Hier ist vergleichbar dem SGB XI § 87 b zu prüfen, in wieweit auch kostenmäßig die Vorhaltung von speziell qualifizierten Personal bei den Apotheken oder in den Heimen sinnvoll ist.

Die stationäre Pflege ist dabei auf eine gute Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten angewiesen, die die Bewohner nicht nur bei akuten Krankheiten behandeln, sondern auch wichtige Partner im Hinblick auf ein möglichst selbstbestimmtes Leben sind.

Die Stimme des Arztes hat eine große Bedeutung, wenn es um den Schutz der Bewohner vor Stürzen, der Polypharmazie, eine möglichst natürliche und ausreichende Ernährung, die Erhaltung der Mobilität, des Seh- und Hörvermögens und vieles mehr geht. Für die Bewohner ist der Besuch eines Arztes ein wichtiges Ereignis in ihrem Alltag, ganz abgesehen von den ärztlichen Verordnungen.

Die ärztliche Tätigkeit im Heim ist also von zentraler Bedeutung für viele Faktoren, die die Lebensqualität der Bewohner unmittelbar berühren. Damit Arzneimittel nicht falsch dosiert sind oder zu einem falschen Zeitpunkt oder gar verspätet verabreicht werden, müssen Verordnungen und Lieferungen zeitgemäß sowie Anweisungen klar und überprüfbar sein.

Beide, Heim und Ärzte, verfolgen im Grunde genommen das gleiche Ziel: das Wohl der hilfs- und pflegebedürftigen Menschen. Damit wird die Kooperation pflegerischen und ärztlichen Handelns selbst zu einem Qualitätsmerkmal der Versorgung. Dies gilt umso mehr, als die Verantwortung der Bewohner oder ihrer Angehörigen für den Kontakt mit dem Arzt beim Heimeintritt bewusst oder unbewusst an die Pflegekräfte abgegeben wird.

Auch wenn die freie Arztwahl des Bewohners gewahrt bleiben muss, liegen die Qualitätsgewinne einer intensiven Zusammenarbeit zwischen Arzt und Heim auf der Hand. Für Heime ist es eine Gratwanderung, auf der einen Seite die freie Arztwahl zu unterstützen, auf der anderen Seite durch Kooperation mit engagierten Ärzten diese in die Lage zu versetzen, eine besonders gute Versorgung zu leisten.

7. Heimversorgende Apotheken

Apotheken, die aufgrund des im August 2002 überarbeiteten Apothekengesetzes Versorgungsverträge mit Heimen abgeschlossen haben, können ihrerseits einen wichtigen Beitrag zur Verbesserung der Situation in den Heimen leisten. Die Aufgabe einer qualifizierten Heimversorgenden Apotheke ist bspw. die Arzneimittelbelieferung eines Heimes unter Berücksichtigung der genauen und ausreichenden Beschriftung der Arzneimittelpackungen wie;

- Namen des Bewohners
- Lieferdatum
- Etikett / Verfalldatum nach Anbruch
- besondere Lagerungshinweise
- evtl. Einnahmehinweise
- Originalbezeichnung bei Austausch durch Generika
- Sonderbehandlung der BTM-Lieferung; Rezeptkopie, Liefer-/Empfangsbestätigung sowie Überprüfung der ordnungsgemäßen, bewohnerbezogenen Aufbewahrung der von der Apotheke gelieferten Produkte

Der Träger eines Heimes ist laut Heimgesetz verpflichtet, das Heimpersonal mindestens einmal jährlich im richtigen Umgang mit Arzneimitteln zu schulen. Diese Schulungen werden in der Regel von den heimversorgenden Apotheken übernommen. Darüber hinaus obliegt der heimversorgenden Apotheke nach § XII a Abs. 1 Nr. 3 ApoG aber auch die Pflicht zur Information und Beratung von Heimbewohnern und des für die Verabreichung oder Anwendung der gelieferten Produkte Verantwortlichen.

Diese vorgeschriebenen Maßnahmen sind gerade in Heimen mit älteren Bewohnern sehr wichtig. Hier kommt es ja bekanntlich bei der Arzneimittelanwendung immer wieder zu Problemen und doch öfters sind diese recht erheblich.

7.1 Allgemeine Einnahmeempfehlungen

Ein optimaler Therapieerfolg setzt die korrekte Einnahme der verordneten Arzneimittel voraus. Zur Verbesserung der Arzneimittelanwendung kann die heimversorgende Apotheke dem Pflegepersonal zunächst einige allgemeine Einnahmeempfehlungen geben:

Feste Arzneiformen werden mit ausreichend Flüssigkeit eingenommen – am besten mit einem Glas Wasser (etwa 200 ml). Arzneimittel sollten nicht zusammen mit Milch, koffeinhaltigen Getränken, Alkohol oder Grapefruitsaft eingenommen werden, da hier Wechselwirkungen auftreten können.

Die exakten Einnahmezeitpunkte sind vom jeweiligen Wirkstoff abhängig und sollten anhand der Angaben in der Gebrauchsanweisung bzw. nach Anweisung des Arztes eingenommen werden. Die „Einnahme vor dem Essen“ bedeutet laut Empfehlungen der ABDA etwa eine halbe bis eine Stunde vor und die „Einnahme nach dem Essen“ bedeutet etwa zwei Stunden nach der Mahlzeit. Medikamente sollten immer in aufrechter Position, also im Sitzen oder Stehen eingenommen werden, damit sie nicht in der Speiseröhre hängen bleiben.

7.2 Alternative Einnahmeempfehlungen

Trotz dieser Maßnahmen bereitet einigen älteren Patienten das Schlucken ihrer Arzneimittel weiterhin Schwierigkeiten. Um dennoch die korrekte Einnahme der Medikamente zu gewährleisten, kann die heimversorgende Apotheke dem Pflegepersonal weitere wichtige Informationen zur Arzneimittelanwendung geben.

7.3 Darreichungsform ändern

Einige Wirkstoffe gibt es auch in anderen Darreichungsformen. In Absprache mit dem behandelnden Arzt kann beispielsweise mit einer angepassten Dosierung auf Brausetabletten, Tropfen, Säfte, Zäpfchen oder Transdermale Systeme zurückgegriffen werden.

Mörsern oder Zerkleinern

Manche Arzneiformen können gemörsert oder zerkleinert und mit Flüssigkeit eingenommen oder in Wasser gelöst werden. Vorsicht ist bei Darreichungsformen mit verzögerter Wirkstofffreisetzung – wie Retardtabletten oder magensaftresistenten Tabletten – geboten. Diese dürfen, mit wenigen Ausnahmen, nicht zerkleinert werden.

Kapseln öffnen

Einige Kapseln können geöffnet und der Inhalt beispielsweise in Wasser suspendiert werden. Dabei ist darauf zu achten, dass die enthaltenen Pellets meistens nicht weiter zerkleinert werden dürfen.

Wichtiger Hinweis

Die heimversorgende Apotheke sollte das Pflegepersonal in den jeweiligen Schulungen immer darauf aufmerksam machen, dass nicht alle Tabletten zerkleinert und alle Kapseln geöffnet werden dürfen. Zum einen kann die Freisetzung des Wirkstoffs dann verändert sein, zum anderen können manche Inhaltsstoffe einen bitteren Geschmack haben oder gar die Schleimhäute verätzen. Deshalb sollte sich das Pflegepersonal bei allen Fragen zur Arzneimittelanwendung stets an die heimversorgende Apotheke wenden.

7.4 Die organisatorische Abwicklung

Für eine sichere Arzneimittelanwendung empfiehlt sich in Absprache mit den Ärzten und dem Heim folgende Vorgehensweise:

Das Heim meldet der Apotheke die Namen der Bewohner, die Schwierigkeiten bei der Medikamenteneinnahme haben, sowie die betreffenden Arzneimittel.

Die Apotheke prüft, ob es die Arzneimittel in einer anderen Darreichungsform gibt. Der behandelnde Arzt entscheidet dann über eine neue Verordnung und über die Anpassung der Dosierung.

Damit Arzneimittel überhaupt ihre therapeutische Wirkung entfalten können, müssen sie richtig eingenommen werden. Hierbei kann die Apotheke bei diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen zuverlässig mitwirken und zur „Therapietreue“ mit bei tragen. Es kommt ohnehin öfters zum Anfragen des Pflegepersonals an den Apotheker, ob er hierzu bestimmte Verhaltenstipps geben kann.

7.5 Nebenwirkungen durch Multimorbidität

Die heimversorgende Apotheke kann das Pflegepersonal für diese Problematik sensibilisieren. Dazu kann sie eine Auflistung der am häufigsten zu beobachtenden Nebenwirkungen zusammenstellen:

- Verminderung der geistigen Leistungsfähigkeit
- Kreislaufprobleme aufgrund eines zu niedrigen Blutdrucks
- Mundtrockenheit
- Verstopfung
- Verwirrheitszustände und Benommenheit
- Herzrhythmusstörungen
- Eingeschränkte Nierenfunktion
- Unsicherer Gang und Stürze

Damit die Apotheke von den Problemen der Bewohner bei der Arzneimitteltherapie erfährt, sollten in regelmäßigen Abständen Gespräche mit den Heimmitarbeitern stattfinden.

Darüber hinaus kann mit einem regelmäßigen Interaktionscheck, der bei jeder neuen Verordnung in der Apotheke durchgeführt wird, das Auftreten von Nebenwirkungen reduziert werden. Auch der regelmäßige Austausch mit den behandelnden Ärzten verbessert die Arzneimittelanwendung und reduziert das Auftreten von unerwünschten Arzneimittelwirkungen.

Folgende Arzneistoffe führen sehr häufig zu unerwünschten Wirkungen:

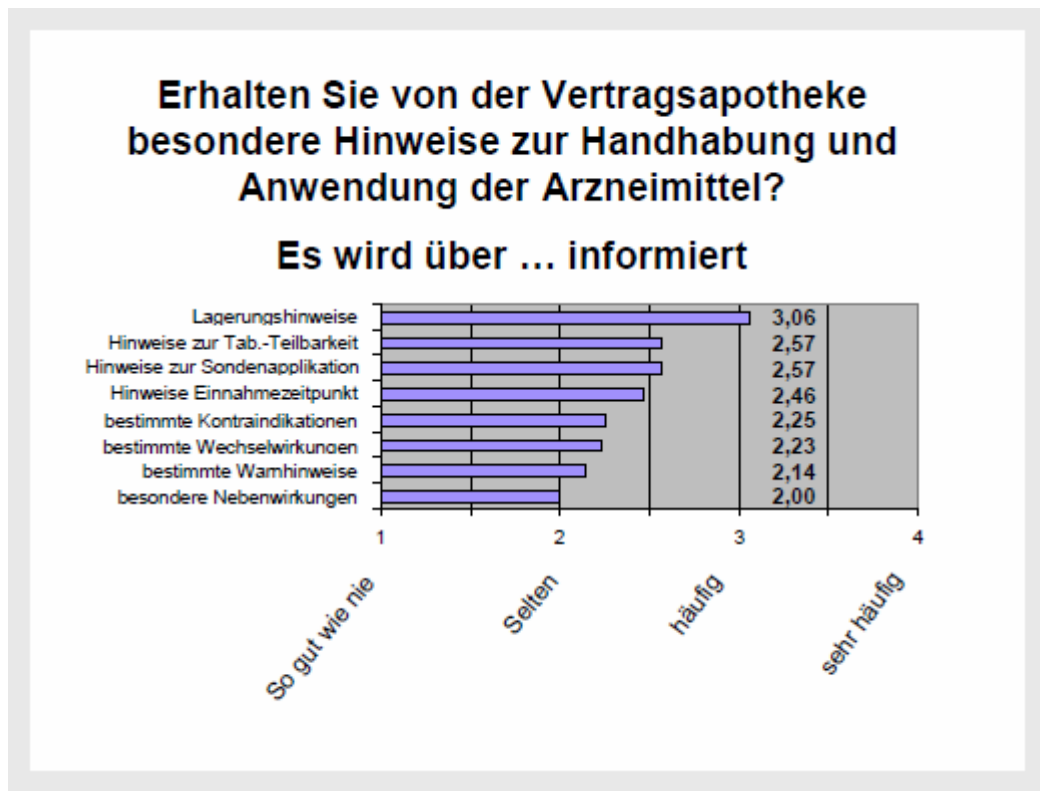
- Antibiotika (zum Beispiel Penicillin, Doxycyclin)
- Antidiabetika (zum Beispiel Glibenclamid)
- Antiepileptika (zum Beispiel Carbamazepin, Valproinsäure)
- Gerinnungshemmer (zum Beispiel Phenprocoumon (Marcumar®), Warfarin)
- Herz- und Blutdruckmedikamente (zum Beispiel Propranolol, Nifedipin)
- Schmerzmittel (zum Beispiel ASS, Diclofenac, Ibuprofen)
- Schlaf- und Beruhigungsmittel (zum Beispiel Diazepam, Nitrazepam)

7.6 Die Bewertung der „pharmazeutischen Betreuung“

Nun werden hier die Ergebnisse der befragten Pflegekräfte einer Studie im Einklang und Zusammenarbeit mit heimversorgenden Apotheken beleuchtet.

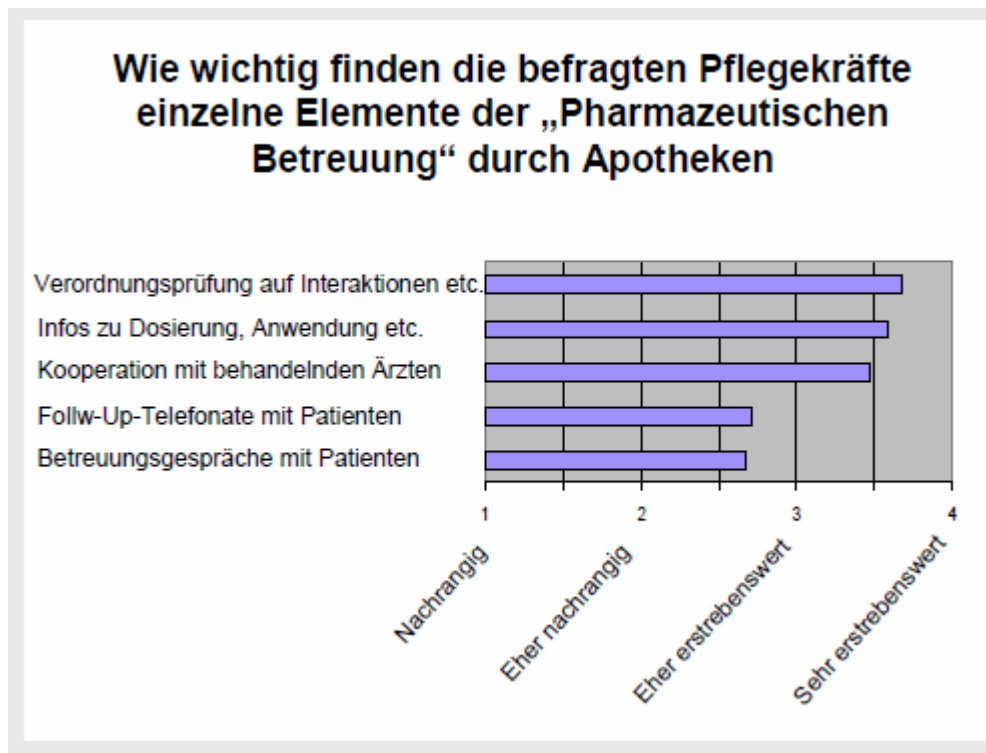
Von den Pflegekräften wird wahrgenommen, dass die Apotheken in erster Linie Hinweise zu pharmazeutischen Fragen, wie die Lagerung oder die Teilbarkeit von Tabletten bieten.

Pharmakologische Aspekte werden dagegen von versorgenden Apotheken seltener kommuniziert.



Dabei ist von entscheidender Bedeutung, dass heimversorgende Apotheken ihre Rahmenbedingungen erweitern und eine fachliche Beratung und pharmakökonomische Betreuung als Basis Ihrer Dienstleistungen vermitteln.

Fragt man die Pflegekräfte, welche einzelnen Elemente des Konzeptes „Pharmazeutische Betreuung“ die Apotheken in Heimen anbieten sollten, wird vor allem auf die Bereitstellung von arzneimittelbezogenen Informationen, sowie auf die Kommunikation mit den Ärzten abgehoben. Als weniger zentral wird die Kommunikation mit den Patienten betrachtet.⁶



Da in der Apotheke die Medikation der einzelnen Bewohner individuell dokumentiert wird, besteht für die Apotheke die Möglichkeit, eben auf diese lebenswichtige „Standards“ wie Mehrfachverordnungen, überschreitende Normdosen, Arzneimittelsubstitution und speziell schwerwiegende Wechselwirkungen zu achten.

Dies könnte sich vor als besonders günstig erweisen, denn die PC gestützte Verordnung durch einzelne Ärzte kann z.B. Interaktionen von Arzneimitteln, die durch verschiedene Ärzte verordnet wurden, nicht berücksichtigen.

⁶ Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen (LIGA.NRW)
Universität Bielefeld Fakultät für Gesundheitswissenschaften
AG 6 Versorgungsforschung/Pflegewissenschaft

8. Fazit

Schon seit geraumer Zeit ist bekannt, dass das Phänomen der Multimorbidität unter anderem mit dem zunehmenden Alter der Patienten korreliert. So wird auch die Anzahl der pro Person einzunehmenden Medikamente weiter ansteigen und zusätzlich zum demografischen Wandels ein massiver Notstand der Pflegefachkräfte erwartet, der eine effiziente Arzneimittelversorgung in unserer alternden Gesellschaft erfordert.

Heimbewohner ist Teamarbeit. Teamarbeit zwischen Pflegekräfte, dem Arzt und der Apotheke.

Diese Zusammenarbeit erfordert ein hohes Maß an Vertrauen in die Zuverlässigkeit und Kompetenz des Partners.

Verbesserung des Gesundheitszustands, der Lebensqualität und Zufriedenheit der Bewohner, Sicherstellung einer effizienten medikamentösen Versorgung durch Förderung der Compliance und die Lösung beziehungsweise Vermeidung von arzneimittelbezogenen Problemen ist das Ziel dieser Zusammenarbeit.

Pflegeheime wären somit in der Lage, die entsprechende Ressourcenbasis durch organisatorische Gestaltung in Leistungspotenziale zu überführen und diese aktiv zu nutzen.

Der Rückgang von Stürzen, Krankenhauseinweisungen, Pflegeaufwand und Kosten stehen somit als Ergebnis solch einer Zusammenarbeit bereits fest.

Deshalb ist es sehr wichtig, den Arzneimitelesatz im Sinne jedes Einzelnen und der Versichertengemeinschaft zu optimieren.

Literaturverzeichnis

- 1. F. Hanke, U. Jaehde, P. A. Thürmann Klinische Pharmakologie Universität Witten/Herdecke Klinische Pharmazie - Rheinische Friedrich – Wilhelms – Universität, Bonn**
- 2. http://priscus.net/download/PRISCUS-Liste_PRISCUS-TP3_2011.pdf**
- 3. Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen (LIGA.NRW)**
- 4. Universität Bielefeld Fakultät für Gesundheitswissenschaften
AG 6 Versorgungsforschung/Pflegewissenschaft**
- 5. Arzneimittelkunde [für PTA]; DAV, Stuttgart, 6. Aufl., 1997**