

Sicheres Medikamentenmanagement im Pflegeheim

Die interdisziplinäre Visite im Praxistest

Safe Medication Management in Nursing Homes

Practical Testing of an Interdisciplinary Visit

Tanja Schleef, Ulrike Junius-Walker, Olaf Krause

Hintergrund: Heimbewohner (HBW) sind häufig von einer Polypharmazie betroffen und nehmen häufiger potenziell inadäquate Medikamente (PIM) ein, mit negativen Auswirkungen auf die Arzneimitteltherapiesicherheit. Auch eine unzureichende Zusammenarbeit der drei wichtigsten Professionen – Hausarzt, Pflegekraft, Apotheker – kann die Arzneimitteltherapiesicherheit beeinträchtigen. In einer Pilotstudie wurde die Kooperation im Rahmen einer interdisziplinären Visite (Hausarzt und Apotheker, ggf. mit Pflegekraft) sowie deren Auswirkung auf die Medikation von HBW untersucht.

Methoden: Eine ATHINA-geschulte Apothekerin (Fortbildungsangebot für Apotheker zur Durchführung von Medikationsreviews) führte in einem Pflegeheim Medikationsreviews durch und erarbeitete Änderungsempfehlungen. Die Ergebnisse sollten vor Ort in einer gemeinsamen Visite übermittelt werden, die Akteure konnten jedoch die Art der Besprechung der Ergebnisse frei wählen. Im Rahmen des Pilotprojekts fand eine Prä-Post-Analyse der Medikation statt, zusätzlich wurden Interviews mit den Projektbeteiligten durchgeführt.

Ergebnisse: Am Pilotprojekt nahmen die Pflegedienstleitung, eine Apothekerin, drei Hausärzte und zwölf HBW teil. 152 Medikamente der Bewohner wurden einem Review unterzogen, es fanden sich PIM, Doppelverordnungen und potenzielle Interaktionen. Nach Umsetzung der Änderungsempfehlungen reduzierten sich sowohl PIM und Doppelverordnungen als auch die Gesamtmedikation von durchschnittlich 13,6 auf 11,8 Präparate pro HBW. Die Interviews zeigten, dass die Form der Zusammenarbeit von den Hausärzten bestimmt wurde. Der Nutzen der Kooperation wurde für die beteiligten Professionen sichtbar, wenn auch unterschiedlich hoch bewertet.

Schlussfolgerungen: Die Einbindung einer heimversorgenden Apothekerin kann die Arzneimitteltherapiesicherheit erhöhen. Zusätzlich sollte die interprofessionelle Kooperation und Kommunikation zwischen Pflege, Ärzten und Apothekern optimiert werden.

Schlüsselwörter: Pflegeheim; interprofessionelle Zusammenarbeit; Hausarzt; Apotheker; Medikationsreview

Background: Polypharmacy and the use of potentially inappropriate medications (PIM) adversely affect drug safety for nursing home residents (NHRs). Also, the lack of collaboration between professionals managing medications in nursing homes – family practitioners (FPs), nursing staff and pharmacists – can further contribute to this issue. We conducted a pilot study to test the implementation of a pharmacist-led medication review coupled with an interdisciplinary visit. The aims were to evaluate the collaboration of the professionals and the effects on the quality of NHRs' medication.

Methods: An ATHINA-trained pharmacist (training program for pharmacists to perform medication reviews) conducted medication reviews on the basis of the NHRs' medication charts and generated recommendations. The study protocol envisaged a subsequent meeting between the participating professionals. They decided how to implement the meeting. The analysis involved a pre-post comparison of NHRs-related medication data and interviews to learn about the professionals' views on their collaboration.

Results: 12 NHRs, their responsible nursing supervisor, the supplying pharmacist, and their FPs (N = 3) participated. The pharmacist considered 152 medications in the reviews, and informed about interactions, PIM and double prescribing. As a consequence, medications were reduced from on average 13.6 to 11.8 per NHR. All participating professionals acknowledged the benefit of such an intervention but importance attribution differed between them.

Conclusions: Involving pharmacists in the clinical medication management appears to improve drug safety and the awareness for it. Future studies should address clarifying roles, role expectations and co-operation between involved professionals.

Keywords: nursing home; interprofessional collaboration; family physician; pharmacist; medication review

Hintergrund

Heimbewohner gehören zu einer besonders vulnerablen Gruppe, die von Multimorbidität und Frailty betroffen sind und deren medikamentöse Versorgung weithin als kritisch bewertet wird [1]. 84 % aller Heimbewohner (HBW) hierzulande nehmen fünf und mehr Medikamente ein [2]. Diese sogenannte Polypharmazie birgt Risiken für die Arzneimitteltherapiesicherheit. Die Inzidenz unerwünschter Arzneimittelereignisse liegt bei 8 % im Monat, vermehrte Krankenhausaufnahmen und erhöhte Sterblichkeitsraten sind die Folge [3, 4]. Zudem nehmen HBW im Vergleich zu ambulanten Patienten häufiger potenziell inadäquate Medikamente (PIM) ein [5]. Für die komplexe medikamentöse Versorgung von HBW bedarf es eines kompetenten und sorgfältigen Medikamentenmanagements. Am Medikamentenmanagement sind viele Berufsgruppen wie Hausärzte, Fachspezialisten (z.B. Neurologen/Psychiater), Apotheker und Pflegekräfte beteiligt. Dazu kommen Angehörige, Betreuer sowie die Bewohner selbst. Durch die Vielzahl der Akteure ergeben sich multiple Schnittstellen, die ein sequenzielles Handeln ohne übergreifende Verantwortlichkeiten begünstigen [6].

Pilotprojekt

Hier setzt das Pilotprojekt als innovative Versorgungsform an. Zunächst erfasst ein ATHINA-geschulter Apotheker die Medikamente eines Heimbewohners vor Ort, analysiert dann die Medikation bzgl. potenzieller Risiken und erarbeitet daraufhin Empfehlungen zur Medikationsänderung. Die Ergebnisse und Änderungsempfehlungen werden anschließend vom Apotheker in einer interdisziplinären Visite (Apotheker – Hausarzt – Pflegekraft) übermittelt, sodass die Medikation vor Ort abgestimmt werden kann.

ATHINA steht für „Arzneimitteltherapiesicherheit in Apotheken“ [7]. Es ist ein Fortbildungsangebot für Apotheker zur Durchführung von Medikationsreviews und wurde für die Beratung von Patienten z.B. mit Polypharmazie in der Apotheke entwickelt. Kernstück von ATHINA ist die IT-gestützte systematische Analyse al-

ler – sowohl verordneten wie freiverkäuflichen – Arzneimittel eines Patienten. Die Medikationsanalyse umfasst Indikation, Dosierung, Problemerkassungen wie Neben- und Wechselwirkungen sowie Vorschläge zu deren Lösung.

Fragestellung

In Ansätzen war die interdisziplinäre Zusammenarbeit bereits Gegenstand von Interventionen in Pflegeheimen. Erste Studien beschäftigten sich vorrangig damit, eine Verbesserung der Arzneimittelqualität bzw. des Gesundheitszustandes von Heimbewohnern nachzuweisen [4, 8–11]. Die Sicht auf und der Umgang mit der veränderten Arbeitssituation durch die beteiligten Berufsgruppen wurde bislang nicht ausreichend untersucht. Das Pilotprojekt soll für eine nachfolgend angeordnete Interventionsstudie (die spätere HIOPP-3-iTBX [12]) Erkenntnisse darüber liefern, inwieweit ein multiprofessionelles Team Maßnahmen zur Optimierung der Arzneimitteltherapiesicherheit im komplexen Setting der Heimversorgung annimmt und umsetzt.

Im Rahmen des Pilotprojektes werden daher folgende Fragestellungen bearbeitet:

- Welche Medikationsänderungen erfolgen nach den Medikationsreviews und anschließenden Empfehlungen des Apothekers?
- Welche Wege werden für die Weitergabe von Änderungsempfehlungen gewählt?
- Wie wird, vor dem Hintergrund des eigenen Rollenverständnisses, die interprofessionelle Zusammenarbeit erlebt und bewertet?

Methoden

Für das Pilotprojekt wurde von der Apothekerkammer Niedersachsen ein Pflegeheim im Stadtgebiet Hannover vorgeschlagen, das von einer ATHINA-geschulten Apothekerin versorgt wird. Die Rekrutierung der Heimbewohner (Einschlusskriterium: \geq fünf verschreibungspflichtige Dauermedikamente) und deren betreuende Hausärzte fand durch die Pflegedienstleitung statt.

Für die wissenschaftliche Begleitung der Intervention wurde ein Mixed-Methods-Ansatz gewählt. Die Datenerhebung erfolgte von November 2015 bis Juni 2016. Ein positives Votum der Ethikkommission der Medizinischen Hochschule Hannover lag vor (Nr. 2837-2015).

Qualitative Erhebungen

Zu Beginn sowie zum Abschluss des Pilotprojektes wurden Interviews mit den Projektbeteiligten durchgeführt. Die Interviews erfolgten leitfadengestützt mit unterschiedlichen thematischen Schwerpunkten in den jeweiligen Projektphasen. Alle Interviews wurden digital aufgezeichnet und verschriftlicht. Die Auswertung folgte dem Ansatz der *qualitative description*, einer kategorienbasierten Analysemethode für offene Erhebungsformate. Sie bleibt nah an den Daten und liefert eine deskriptive inhaltliche Zusammenfassung [13]. Hierfür werden aussagekräftige Textstellen identifiziert und offen kodiert. Die so gebildeten Codes werden verglichen, thematisch gruppiert und in weiteren Schritten bis zu Hauptkategorien zusammengefasst.

Quantitative Erhebungen

Die quantitativen Erhebungen bezogen sich auf die Medikation der HBW. Als Prä-Post-Analysen umfassten sie Anzahl und Art der Medikation, Doppelverordnungen, Anzahl der potenziell inadäquaten Medikamente (PIM) und potenziell relevante Medikamenteninteraktionen sowie Anzahl an Fragen bzw. Klärungsanliegen an den betreuenden Hausarzt. Die t1-Erhebung fand drei bis vier Monate nach Übermittlung der Änderungsempfehlungen statt. Für die Zuordnung der PIM wurde die PRISCUS-Liste für den deutschen Sprachraum gewählt [14]. Die Auswertung erfolgte deskriptiv mit IBM SPSS (Version 23).

Ergebnisse

Am Pilotprojekt nahmen die Pflegedienstleitung (PDL), die heimversorgende Apothekerin, drei heimversorgende Hausärzte (2 männlich/1 weiblich) und zwölf Heimbewohner (Durchschnitts-

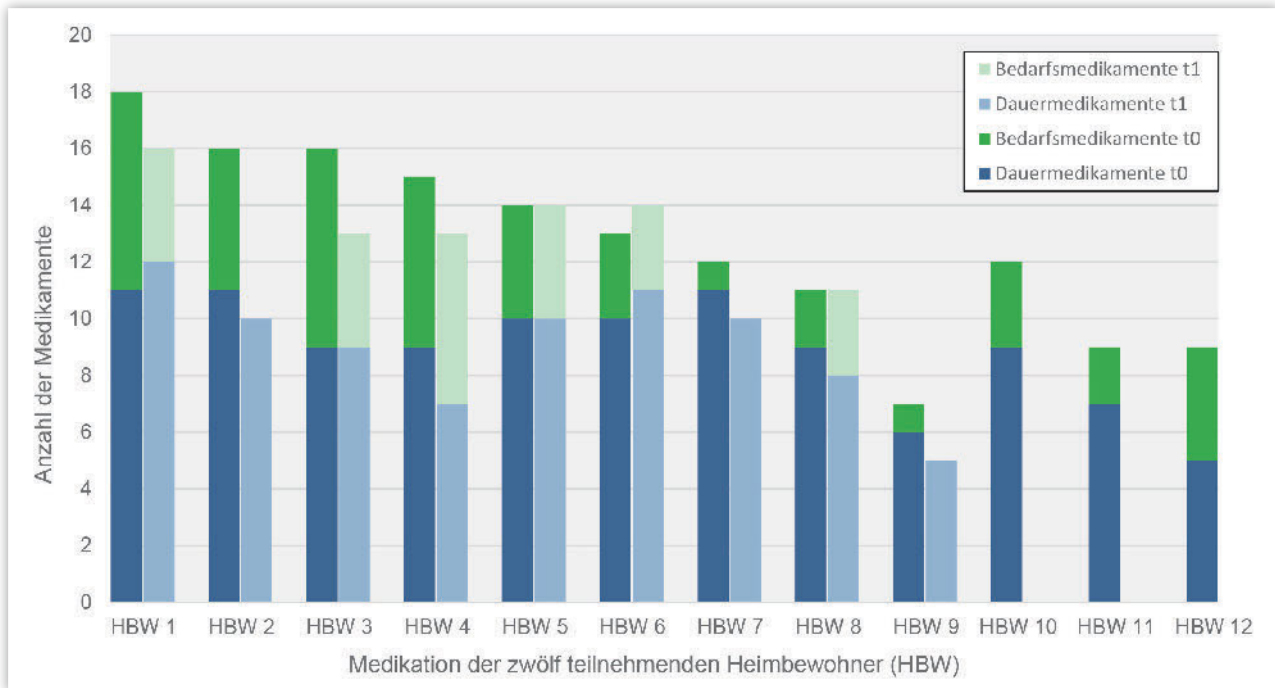


Abbildung 1 Veränderung der Dauer- und Bedarfsmedikation (absteigend nach Medikationsanzahl; für die Bewohner 10–12 liegen nur Medikationsdaten zu t0 vor)

alter 85 Jahre; Altersspanne 58–97 Jahre; elf Frauen/ein Mann) teil. Für fünf HBW bestand eine Mitbetreuung durch weitere Fachärzte (4 Neurologen, 3 Kardiologen, 1 Diabetologe, 1 Onkologe). Drei Heimbewohnerinnen verstarben im Verlauf der Nachbeobachtungszeit.

Medikation zu t0

In die ATHINA-Medikamentenanalyse zu t0 gingen 152 Medikamente von zwölf Bewohnern ein. Die Apotheke hatte zu 54 Präparaten Fragen bzw. Informationsbedarf. Bei einem Medikament war die Anwendung unklar, bei 20 Medikamenten war die Indikation nicht offensichtlich, bei 36 Medikamenten ergaben sich Fragen zur Dosierung. Durchschnittlich gab es bei 4,5 Präparaten je Bewohner Klärungsbedarf.

80 % aller verordneten Präparate entfielen auf drei ATC-Gruppen (ATC = anatomisch-therapeutisch-chemische Klassifikation). Am häufigsten wurden Herz-Kreislaufmittel, Medikamente des alimentären Systems und des Stoffwechsels sowie Mittel des Nervensystems verordnet (Tab. 1).

Fünf Bewohner nahmen potenziell inadäquate Medikamente ein, davon drei Bewohner jeweils ein PIM, ein Be-

wohner zwei und ein weiterer drei PIM. Ebenso wiesen fünf Bewohner Doppelverordnungen auf, davon zwei Bewohner mit je zwei Doppelverordnungen. In zwei Fällen handelte es sich um eine Bedarfsmedikation in verschiedenen Applikationsformen, in einem Fall um eine Dauerverordnung in verschiedenen Applikationsformen, in zwei weiteren Fällen um denselben Wirkstoff und dieselbe Applikationsform unter unterschiedlichen Produktnamen.

Das Review aller 152 Medikamente zeigte gemäß dem Klassifikationssystem der Interaktionen der ABDA-Datenbank [15] insgesamt 77 potenziell relevante Interaktionen auf, davon eine schwere, 58 mittelschwere und 18 leichte Interaktionen. Im Mittel waren dies 4,9 potenziell mittelschwere bis schwere Interaktionen je HBW.

Die Apothekerin benötigte durchschnittlich 115 Minuten (Spannweite 60–210 Minuten) für eine Medikationsanalyse.

Medikation zu t1

Die Medikationsanalyse zu t1 erfasste die Medikationsänderungen für die überlebenden HBW. Bei ausschließlicher Betrachtung dieser neun HBW wurden im Vergleich zu t0 22 Präparate

abgesetzt, ein Medikament pausiert, bei einem Medikament die Dosis erhöht, bei drei weiteren die Dosis erniedrigt. Die Einnahmehäufigkeit bzw. die Einnahmezeitpunkte wurden für drei Medikamente geändert. Sieben Medikamente wurden hinzugefügt.

Die Gesamtmedikation pro HBW reduzierte sich von durchschnittlich 13,6 auf 11,8 Präparate, wobei die Dauerpräparate von durchschnittlich 9,6 auf 9,1 und die Bedarfsmedikamente von durchschnittlich 4,0 auf 2,7 pro HBW abnahmen (Abb. 1). Die Änderungen fanden v.a. in den Medikamentengruppen ATC-A und ATC-N statt (Tab. 1). Zwei der acht potenziell inadäquaten Medikamente wurden abgesetzt, ein weiteres PIM entfiel auf einen verstorbenen Bewohner. Es wurde kein neues PIM verordnet. Die Doppelverordnungen wurden aufgehoben, lediglich Doppelverordnungen aufgrund zusätzlicher Bedarfsmedikation blieben erhalten. Das Medikament, das zu einer schweren Interaktion führen kann, wurde ebenfalls abgesetzt. Die Medikation, welche zu potenziell leichten bis mittelschweren Interaktionen führen kann, blieb nahezu unverändert, und wies zu t1 durchschnittlich 4,3 potenziell mittelschwere Interaktionen je HBW auf.

Prozedere bei der Übermittlung von Änderungsempfehlungen

Angelehnt an die Partizipative Aktionsforschung [16] war es den Beteiligten erlaubt, die Vorgehensweise im Pilotprojekt anzupassen. Anpassungen erfolgten v.a. bei der Kommunikation der Ergebnisse aus den Medikationsanalysen zwischen Apothekerin und den Hausärzten. Es zeigte sich, dass die Hausärzte Art und Ablauf der Informationsübermittlung bestimmten. Nur mit einem Hausarzt fand eine gemeinsame Besprechung und Entscheidungsfindung vor Ort im Sinne einer interdisziplinären Visite („Tandemvisite“) statt. Mit dem zweiten Hausarzt besprach die Apothekerin die Ergebnisse telefonisch. Für den dritten Hausarzt hinterlegte sie die Analyseergebnisse und Änderungsempfehlungen in der Bewohnerakte. Die Kommunikation in beide Richtungen wurde stattdessen von der PDL übernommen.

Rollenverständnis und Zusammenarbeit

In der interprofessionellen Zusammenarbeit sah sich die PDL als Kommunikationsschnittstelle zwischen den Hausärzten und der Apothekerin, „weil wir sowie so jeden Bewohner in der Visite besprechen“ (PDL), und zählte daher auch die Besprechung der Medikation bzw. von Medikationsänderungen mit den Hausärzten zu den Aufgaben der Pflege (Abb. 2).

Die Apothekerin stufte dagegen die Kommunikation über die PDL als problematisch ein. Das direkte Gespräch mit dem Arzt hielt sie für am besten geeignet, weil es eine gemeinsame Verständigung über Wertigkeiten und Priorisierungen der Medikamente ermöglichte. Sie befürchtete, die Kommunikation über die PDL könne aufgrund der Komplexität der Medikationsanalysen zu Informationsverlusten führen und sah die Rolle der PDL im Bereitstellen von Informationen zu den Bewohnern, nicht jedoch darin, die direkte Kommunikation zu ersetzen.

„Die [PDL] ist eine wichtige Schnittstelle für Informationen im Alltag des Patienten, die kennt den Patienten natürlich besser als alle anderen, aber sie kann nicht die Schnittstelle sein für wichtige Informationen zwischen Apotheker und Arzt.“ (APO)

Die an die Hausärzte herangetragenen Änderungsempfehlungen zur Me-

ATC	Anzahl Gesamtgruppe		Bezeichnung der Untergruppe	Anzahl Untergruppe	
	zu t0	zu t1		zu t0	zu t1
	ATC-C	33		31	
			C01 Herztherapie	4	2
			C02 Antihypertensiva	1	1
			C03 Diuretika	6	6
			C07 Beta-Adrenozeptorantagonisten	5	5
			C08 Calciumkanalblocker	5	5
			C09 Renin-Angiotensin-System	9	9
			C10 Lipidstoffwechsel	3	3
ATC-A	34	29			
			A02 Antazida	6	6
			A03 funktionelle gastrointestinale Störungen	1	1
			A04 Antiemetika	1	0
			A06 Laxantien	8	7
			A07 Antidiarrhoika/intestinale Antiinfektiva	2	1
			A09 Digestiva	2	2
			A10 Antidiabetika	8	9
			A11 Vitamine	2	1
			A12 Mineralstoffe	4	2
ATC-N	26	22			
			N02 Analgetika	18	15
			N03 Antiepileptika	2	1
			N05 Psycholeptika	4	5
			N06 Psychoanaleptika	1	0
			N07 andere Mittel für das Nervensystem	1	1

Tabelle 1 Änderungen in den ATC-Gruppen der am häufigsten verordneten Medikamente für die überlebenden Heimbewohner

dikation betrafen die gesamte Medikation der HBW, also auch solche, die durch Fachspezialisten verordnet wurde. Die Hausärzte verstanden sich jedoch nicht als Ansprechpartner für Änderungsvorschläge zu fachspezialisierenden Verordnungen (z.B. durch Psychiater), da sie sich nur für ihre eigenen Verordnungen in der Verantwortung sehen.

„Diese Verantwortung wird einem ja aufgedrängt seitens des Pflegepersonals, bzw. der Bewohner oder der Angehörigen. (...) Das sehe ich nicht so. Ich bin verantwortlich für die Dinge, also die ich verschreibe und ich mache, und das andere liegt in deren Verantwortung.“ (HA 2)

Bewertung des interdisziplinären Medikamentenmanagements

Die Hausärzte äußerten sich positiv zur Zusammenarbeit mit der Apothekerin. Sie erlebten einen Wissenszuwachs hinsichtlich Medikamenteninteraktionen und erhielten Impulse, ihre Verordnungsroutinen zu hinterfragen. Auch mit Blick auf ihre Patienten wurde die Kooperation als sinnvoll beurteilt, zum einen wegen einer möglichen Erhöhung der Patientensicherheit, zum anderen vermuteten sie eine Steigerung der Patientenzufriedenheit durch die Verringerung der einzunehmenden Medikamente. Insgesamt wurde der Nutzen jedoch nicht allzu euphorisch einge-

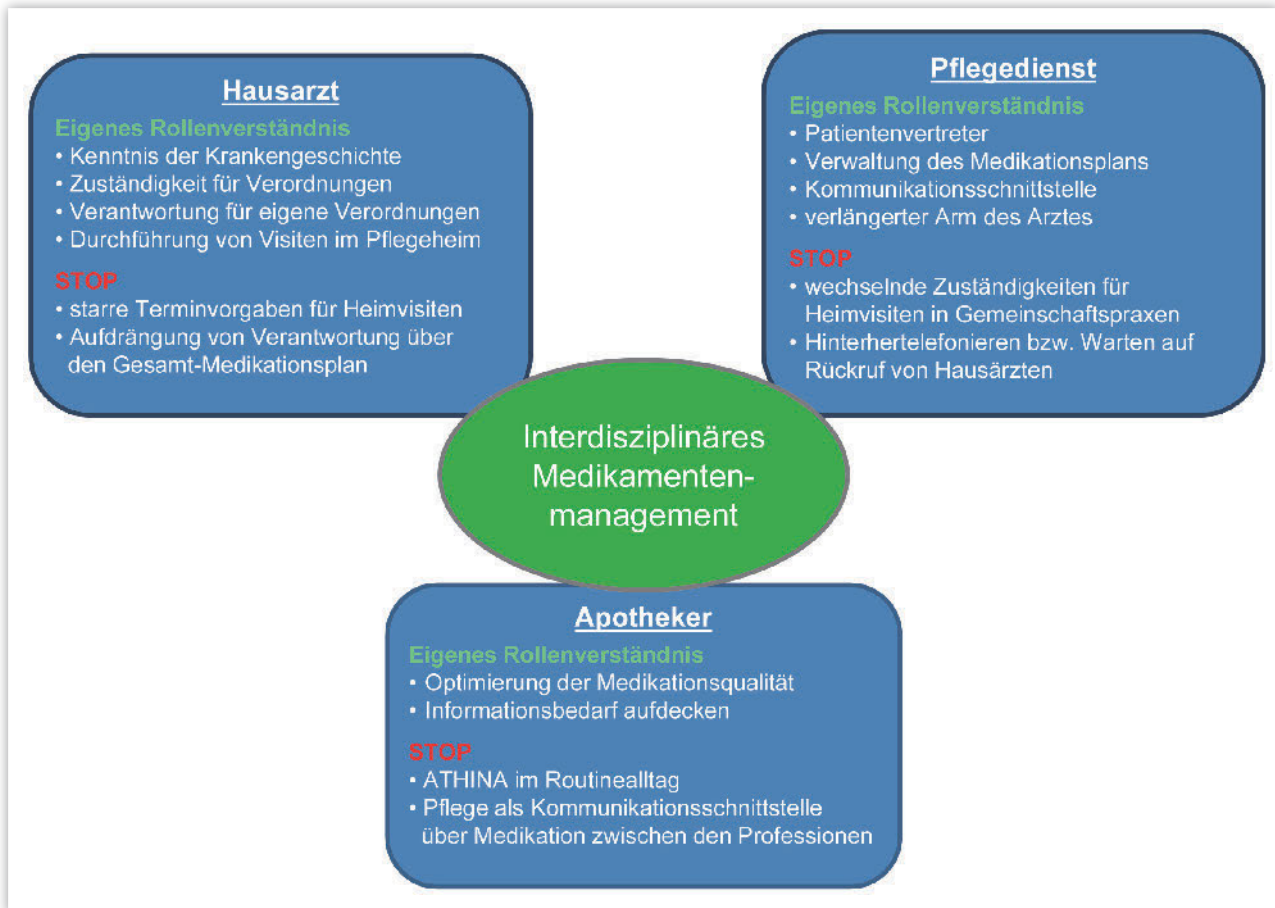


Abbildung 2 Eigenes Rollenverständnis sowie kontraproduktive Faktoren („STOP“) im interdisziplinären Medikamentenmanagement aus Sicht der beteiligten Professionen

schätzt, da das Medikamentenmanagement im Heim auch vor dem Pilotprojekt als sicher empfunden wurde und weil sich die zusätzliche Kontrollinstanz wahrscheinlich nicht messbar für die Patienten auswirken würde.

„Wenn mehrere Leute draufgucken (...), das wäre ein Plus an Sicherheit, womit ich damit nicht ausdrücken möchte, dass das eine unsichere Geschichte zurzeit ist, denn es ist, mehr kann natürlich immer mehr Sicherheit bringen, ob das in der Tat für den Patienten so viel mehr bringt.“ (HA 1)

Dementsprechend wurden auch die eingebrachten Veränderungen der Medikationspläne durch die Zusammenarbeit als eher gering betrachtet.

„Aber im Grund genommen, glaube ich, sind wir zu bahnbrechenden, völlig veränderten Medikamentenplänen nicht gekommen. So, dass wir gesagt haben „Oh Gott!“. Das wäre ja auch schrecklich, dann wäre ja viel vorher irgendwie in die falsche Richtung gelaufen.“ (HA 1)

Die Apothekerin bewertete die Zusammenarbeit für sich als gewinnbrin-

gend, weil sie sowohl das hausärztliche Handeln im Rahmen der Heimversorgung kennenlernen als auch ein tieferes Verständnis von organisatorischen Schwierigkeiten in der Heimbetreuung erlangen konnte. Aus ihrer Sicht ergaben sich auch für die HBW sowie das Pflegepersonal Vorteile, so wurden Medikationsfehler identifiziert und teils neue Wege abseits der Medikationsroutinen gefunden.

„Die Tatsache, dass da jemand steht und immer 30 Tropfen dreimal am Tag abzählt und das für mehrere Bewohner, dass man da vielleicht sagt, warum eigentlich nicht eine Tablette, wenn die Patienten schlucken können.“ (APO)

Die Erreichbarkeit der Hausärzte wurde jedoch als mühsam erlebt. Ebenso kollidierte die Fülle der zu besprechenden Informationen mit dem knappen Zeitbudget der Hausärzte.

Die PDL sah den Nutzen der Kooperation von Hausärzten und Apothekerin in der Reduktion von Medikamenten und deren Nebenwirkungen.

Für sich persönlich konnte sie einen Kompetenzzuwachs zu Medikamenten feststellen. Gewinnbringender wäre es aus ihrer Sicht jedoch, auch die Fachspezialisten in die Kooperation einzubinden, allerdings wurde schon der Zeitbedarf zur Organisation und Durchführung des Pilotprojektes als schwierig in den Pflegealltag einzubetten erlebt.

Diskussion

Diese Studie rückt die Zusammenarbeit der drei Professionen Hausarzt – Apotheker – Pflegekraft bezüglich des Medikamentenmanagements von Heimbewohnern in den Fokus. Angedacht war eine gemeinsame, interdisziplinäre Visite, es wurden jedoch z.T. andere Kommunikationswege von den Akteuren präferiert. Durch die Medikationsanalyse der Apothekerin und die anschließende Umsetzung durch die Hausärzte kam es zur Reduktion der Gesamtmedikation sowie

Dipl. Med. Päd. Tanja Schleef, MPH ...

... ist Dipl.-Medizin-Pädagogin und Gesundheitswissenschaftlerin (MPH); seit 2009 Mitarbeiterin am Institut für Allgemeinmedizin der Medizinischen Hochschule Hannover.

zu einer Reduktion von PIM und Doppelverordnungen. Die Hausärzte sahen sich jedoch nicht in der Verantwortung für Verordnungen von Fachspezialisten.

Die Interviews zeigten, dass die PDL es zu ihren Aufgaben zählt, als Kommunikationsschnittstelle zwischen Hausarzt und Apothekerin zu fungieren. Die Apothekerin betonte die Komplexität der Medikamentenreviews, schätzte die stärkere Einbindung in das Medikamentenmanagement, empfand jedoch die Kommunikation über die PDL als unzureichend. Die ärztliche Seite hatte weniger Probleme, die Kommunikation über die PDL laufen zu lassen.

Eine kürzlich erschienene Arbeit zeigte Erfolgsindikatoren für die Arzt-Apotheker-Zusammenarbeit in gemeinsamen Projekten auf. Erfolgreich waren insbesondere diejenigen Projekte, in denen persönliche Kontakte zwischen den Professionen bestanden [17]. Auch in unserem Pilotprojekt bestimmte das Kontaktverhalten der Professionen die Zusammenarbeit, wobei die Hausärzte zeitbedingt die Art der Kommunikation bestimmten, jedoch nur die direkte Kommunikation für die Apothekerin zufriedenstellend war.

Trotz der geringen Teilnehmerzahl zeigten die Medikamentenreviews PIM, Doppelverordnungen und potenzielle Wechselwirkungen auf. Insofern ist von einem Benefit für die HBW durch die Medikationsprüfung des Apothekers auszugehen, auch wenn ein systematisches Review keine signifikante Reduktion von harten Endpunkten wie Mortalität oder Hospitalisierung durch die Einbindung von apothekergeführten Medikamentenreviews aufzeigen konnte [18]. Hier ist weitere Forschung notwendig, wobei zwei Projekte derzeit

in Deutschland durchgeführt werden: Im InTherAKT-Projekt soll über eine Verbesserung der Kommunikation und Kooperation von Ärzten, Apotheker und Pflegenden die Arzneimitteltherapiesicherheit, Gesundheit und Lebensqualität von Heimbewohnern verbessert werden [19]. Bei der HIOPP-3-iTBX-Studie „Hausärztliche Initiative zur Optimierung der Patientensicherheit bei Polypharmazie“ soll als Primärziel die Rate an PIM und/oder Neuroleptika gesenkt werden. Neben einem apothekerlichen Medikationsreview werden verschiedene Maßnahmen eingesetzt, um die Zusammenarbeit der beteiligten Professionen aus Ärzten, Pflegepersonal und Apothekern zu verbessern [12].

Stärken und Schwächen der Studie

Durch die Fokussierung auf ein Heim konnte die Kommunikation und Zusammenarbeit aller Beteiligten detailliert dargestellt werden. Die Konzeption gemäß der Partizipativen Aktionsforschung ließ den Akteuren die Freiheit, die Wege der Kommunikation und Kooperation selbst und somit realitätsnah zu gestalten. Die Medikation der HBW wurde durch die Apothekerin vollständig erfasst. Als Limitation ist die kleine Fallzahl zu nennen, ebenso die Auswahl der teilnehmenden HBW durch die PDL, sodass möglicherweise ein Selektionsbias in Richtung einer als problematisch eingeschätzten Medikation der eingeschlossenen Bewohner vorliegen könnte. Weiterhin gibt es Hinweise darauf, dass die Interaktionsdatenbank ABDA zu einer Überschätzung des tatsächlichen Interaktionspotenzials gelangt, was hier bei der Interpretation der Er-

gebnisse berücksichtigt werden sollte. Die Relevanz für die hausärztliche Versorgung ist nicht untersucht [20].

Schlussfolgerungen

Eine Optimierung des Medikamentenmanagements durch eine Medikationsanalyse durch Apotheker scheint möglich. Der interdisziplinäre Austausch im Rahmen gemeinsamer Visiten ist jedoch aufgrund zeitlicher Ressourcen begrenzt. Dennoch hat die Pilotstudie einen Anstoß gegeben, sich über die Medikation auszutauschen, auch wenn dies nicht immer im Sinne einer interprofessionellen Visite umgesetzt wurde. Zukünftige Studien zum Medikamentenmanagement von HBW sollten neben der Überprüfung der Medikation auch auf neue Wege der interprofessionellen Kommunikation und Zusammenarbeit (z.B. Telefonkonferenzen, virtuelle Visiten) unter Berücksichtigung des jeweiligen Rollenverständnisses und der Rollenerwartungen zielen.

Danksagung: Wir bedanken uns herzlich bei der Apothekerkammer Niedersachsen und ihrer Präsidentin, Frau Magdalene Linz, sowie bei der Apothekerin Frau Julia Fabricius für die Kooperation und Unterstützung des Projektes. Auch gilt unser großer Dank den teilnehmenden Pflegekräften, Hausärzten und natürlich den Heimbewohnern.

Interessenkonflikte: Diese Pilotstudie wurde von der Apothekerkammer Niedersachsen mit einem Betrag von rund 6000 Euro an das Institut für Allgemeinmedizin finanziell unterstützt.

Korrespondenzadresse

Dipl. Med. Päd. Tanja Schleef, MPH
Institut für Allgemeinmedizin
Medizinische Hochschule Hannover
OE 5440
Carl-Neuberg-Straße 1
30625 Hannover
Tel.: 0511 532-2744
schleef.tanja@mh-hannover.de

Literatur

1. Cheek J, Gilbert A, Ballantyne A, Penhall R. Factors influencing the implementation of quality use of medicines in residential aged care. *Drugs Aging* 2004; 21: 813–824
2. Hoffmann F, Schmiemann G, Dörks M. Untersuchungen zu Polypharmazie: Eine Frage der Definition und der verwendeten Daten. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes* 2016; 113: 27–35
3. Thürmann P, Jaehde U, Hanke F. Arzneimitteltherapiesicherheit in Alten- und Pflegeheimen: Querschnittsanalyse und Machbarkeit eines multidisziplinären Ansatzes. www.amts-ampel.de/fileadmin/img/downloads/amts1/BerichtAMTSHeime_final.pdf (letzter Zugriff am 14.05.2018)
4. Jaehde U, Thürmann P. Arzneimitteltherapiesicherheit in Alten- und Pflegeheimen. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes* 2012; 106: 712–716
5. Endres HG, Kaufmann-Kolle P, Steeb V, Bauer E, Böttner C, Thürmann P. Association between potentially inappropriate medication (PIM) use and risk of hospitalization in older adults: an observational study based on routine data comparing PIM use with use of PIM alternatives. *PLoS One* 2016; 11: e0146811
6. Foth T, Block K, Stamer M, Schmacke N. The long way toward cooperation: Nurses and family physicians in Northern Germany. *Glob Qual Nurs Res* 2015; 2: 2333393614565185
7. Renner K: Mit ATHINA in die Praxis. www.pharmazeutische-zeitung.de/index.php?id=52634 (letzter Zugriff am 31.07.2018)
8. Zermansky AG, Alldred DP, Petty DR, et al. Clinical medication review by a pharmacist of elderly people living in care homes – randomised controlled trial. *Age Ageing* 2006; 35: 586–591
9. Frankenthal D, Lerman Y, Kalendarov E, Lerman Y. Intervention with the screening tool of older persons potentially inappropriate prescriptions/screening tool to alert doctors to right treatment criteria in elderly residents of a chronic geriatric facility: A randomized clinical trial. *J Am Geriatr Soc* 2014; 62: 1658–1665
10. Wouters H, Scheper J, Koning H, et al. Discontinuing inappropriate medication use in nursing home residents: A cluster randomized controlled trial. *Ann Intern Med* 2017; 167: 609–617
11. Hahn M, Pfeuffer S, Roll SC. Das Pilotprojekt NetzWerkPlan®. *Psych Pflege* 2014; 20: 86–90
12. HIOPP-3. www.mh-hannover.de/36841.html (letzter Zugriff am 31.07.2018)
13. Sandelowski M. Whatever happened to qualitative description? *Res Nurs Health* 2000; 23: 334–40
14. Holt S, Schmiedl S, Thürmann PA: Potentially inappropriate medications in the elderly: the PRISCUS list. *Dtsch Arztebl Int* 2010; 107: 543–551
15. Interaktionen in der ABDA-Datenbank. www.pharmazeutische-zeitung.de/index.php?id=52634 (letzter Zugriff am 31.07.2018)
16. Parkin P. *Managing change in healthcare: Using action research*. London: SAGE, 2009
17. Weißenborn M, Schulz M, Kraft M, Haefeli WE, Seidling HM. Potentielle Erfolgsindikatoren für die Durchführung von Projekten zur Arzt-Apotheker-Zusammenarbeit – eine systematische Übersicht. *Gesundheitswesen* 2018; (efirst) DOI: 10.1055/a-0592-7184
18. Alldred DP, Kennedy MC, Hughes C, Chen TF, Miller P. Interventions to optimise prescribing for older people in care homes. *Cochrane Database Syst Rev* 2016; 2: CD009095
19. Mahlkecht A, Nestler N, Bauer U, et al. Effect of training and structured medication review on medication appropriateness in nursing home residents and on cooperation between health care professionals: the InTherAKT study protocol. *BMC Geriatr* 2017; 17: 24
20. Zagermann-Muncke P. Interaktionsalarm – na und? www.pharmazeutische-zeitung.de/fileadmin/jahrgangspdf/2009/HEFT35.pdf (letzter Zugriff am 19.10.2018)

Kollegen treffen Kollegen

Neu: „Tag der Allgemeinmedizin“ an der LMU in München am Samstag, den **16. März 2019**

Wir laden herzlich zur Premiere ein!

Der erste „LMU Tag für Allgemeinmedizin“ ist eine Fortbildung von Hausärzten für Hausärzte – also für Sie. Die Themen sind auf direkten Nutzen in Ihrem Praxisalltag ausgerichtet. Wählen Sie vier aus insgesamt 16 Veranstaltungen aus zu Themen wie Schilddrüsenerkrankungen, rationale Antibiotikatherapie, Physiotherapie, Antikoagulantien, Update Impfmedizin, Telemedizin, Suizidprävention, Arzt als Patient u.v.m.

Das genaue Programm für Hausärzte, Ärzte in Weiterbildung und Medizinische Fachangestellte finden Sie auf der Homepage unseres Instituts. <http://allgemeinmedizin.klinikum.uni-muenchen.de>. Fragen Sie gerne auch per Telefon nach: 089 4400 54928.

Das Team der LMU Allgemeinmedizin freut sich, Sie in der „alten Poliklinik“ willkommen zu heißen.

