

# „Wir schauen genauer

**Die meisten Bewohner von Seniorenheimen bekommen mehr als fünf Medikamente täglich. In enger Zusammenarbeit mit Pflegepersonen und Ärzten wollen Apotheker nun gezielt gegen die negativen Auswirkungen der Polymedikation angehen.**

**Erika Pichler**

**B**ewohner von Seniorenheimen leiden nicht nur unter zu weilen mehreren chronischen wie akuten Erkrankungen, sondern auch unter den Folgen einer daraus resultierenden Polymedikation. Drei Viertel von ihnen nehmen regelmäßig über fünf Wirkstoffe ein, die Hälfte sogar mehr als zehn.<sup>1</sup>

Besonders vulnerabel sind Pflegeheimbewohner, vor allem -bewohnerinnen. Die bei ihnen auftretenden körperlichen, kognitiven oder affektiven Einschränkungen machen sie anfällig für sogenannte unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAE), wie Verwirrtheit, Delir, Blutungen oder Stürze, die für die Betroffenen sogar ein letales Risiko darstellen können. Bis zu 66 Prozent dieser Vorfälle wären durch eine richtige und bedürfnisangepasste Anwendung von Medikamenten zu vermeiden oder zumindest zu vermindern<sup>2</sup> – eine wichtige Erkenntnis und Anlass zum Handeln angesichts des prognostizierten wachsenden Anteils älterer Menschen in den kommenden Jahrzehnten.

## **Verbesserung der Versorgungsqualität**

Davon ausgehend haben die Apothekerinnen Diemut Strasser (Bad Gastein) und Elisabeth Kretschmer (Eisenstadt) das Pilotprojekt Gemed entwickelt – die Abkürzung steht für Geriatrisches Medikations-Management in stationären Alteneinrichtungen im Salzburger Pongau und Pinzgau. Das Projekt wird durch die Österreichische Apothekerkammer sowie eine Leader-Förderung finanziert und von der Österreichischen Ärztekam-



Apothekerinnen Elisabeth Kretschmer, Diemut Strasser, Diplompflegekräfte Oliver Wenzl, Melinda Debreceeni-Nagy (v.l.n.r.): Sicherheitsnetz um geriatrische Patienten.

mer Salzburg sowie den SHS Seniorenheimen Salzburg unterstützt. Gemed setzt sich zum Ziel, durch die Zusammenarbeit von Apothekern, Pflegepersonal und Ärzten bei multimorbiden, geriatrischen Seniorenheimbewohnern eine Reduktion der Polymedikation sowie eine Verbesserung der Versorgungsqualität zu erreichen. Am Ende des Projekts soll ein Best-Practice-Modell stehen, das in ganz Österreich ausgerollt werden könnte.

Wegweisend für das Konzept waren Erfahrungen aus vergleichbaren deutschen Projekten der Apothekerkammer Nordrhein. Dabei hatte sich gezeigt, dass durch multiprofessionelles Medikations-Management etwa zwei unerwünschte Arzneimittelereignisse (UAE) pro Monat und pro 100 Heimbewohner verhindert werden konnten.

Eine solche Rate würde für das Salzburger Projekt, in das 600 Heimbewohner einbezogen sind, bei einer Projektlaufzeit von gut einem Jahr (Oktober 2016 bis Dezember 2017) eine Verminderung um 144 UAE bedeuten. Derzeit sind an Gemed 30 Ärzte, zehn Apotheken und elf Seniorenheime beteiligt.

Die Säulen von Gemed sind vor allem:

- ❖ die Schulung der beteiligten Apotheker und Heim-Pflegefachkräfte: Mit Stand März 2017 haben 19 Apotheker und 26 Pflegefachkräfte eine dreitägige Schulung durchlaufen;
- ❖ konsequentes monatliches Therapiemanagement: Dazu zählen ein sogenanntes elektronisches Risikoscreening durch eine spezielle Software, die Heimbewohner mit Hochrisikomedikation identifiziert; standardisierte Medikationsanalysen durch geriatrisch geschulte Apotheker sowie eine standardisierte Therapiebeobachtung und -dokumentation durch Pflegepersonen. Die Dokumentation wird in standardisierte Therapiebeobachtungsbögen eingetragen. Ergibt sich von beiden Seiten der Verdacht auf das Vorliegen eines UAE, wird ein pharmazeutisch-pflegerisches Konsil erstellt. Dessen Ergebnisse werden auf einem ebenfalls standardisierten Formular – sehr kurz gefasst – dem jeweiligen behandelnden Arzt vorgelegt, der auf dieser Grundlage eine Änderung der Medikation veranlassen kann.

Begleitend dazu werden quartalsweise im Rahmen des Prozessmanagements alle pharmazeutisch-pflegerischen Bereiche mit einer Checkliste evaluiert und Medikationsfehler erhoben – etwa die Lagerung, Dispensation und Applikation der Arzneimittel sowie deren Dokumentation. Ebenfalls quartalsweise werden regionale Arzneimittelkomitees und überregionale Qualitätszirkel abgehalten, die das Zusammenspiel des Dreiecks Apotheker – Pflege – Arzt betreffen und, wie Kretschmer sagt, das „Voneinander-und-miteinander-Lernen“ fördern.

## **Gezielte Zusammenarbeit**

Dem Zweifel, ob das in Heimen stark geforderte Personal durch zusätzliche Verpflichtungen der Therapiebeobachtung und täg-

hin“



Vor allem Bewohner von Pflegeheimen leiden unter den Folgen der Polypharmazie.

## Pflegeheimalltag

Ein Fallbeispiel: Eine 92-jährige Pflegeheimbewohnerin, die regelmäßig in ihrer Apotheke vorbeikommt, erleidet einen Schlaganfall und wird im Spital stationär behandelt. Nach der Entlassung wieder zurück im Heim, verschlechtert sich ihr Zustand zunehmend, sie ist verwirrt, hat Gangstörungen und kann eines Tages nicht mehr selbst gehen. Eine Verwandte macht darauf aufmerksam, dass im Spital die Medikamente der Patientin umgestellt wurden. Die Kontrolle dieser Medikation durch die Pflegekräfte und die Apothekerin ergibt eine Doppelverordnung eines Wirkstoffs, wodurch die Bewohnerin eine zu hohe Dosis dieses Wirkstoffs schluckte. Der Report des Pflegeteams und die Medikationsanalyse der Apothekerin werden dem Hausarzt vorgelegt, der die Medikation entsprechend abändert. „Inzwischen spricht die Dame wieder in ganzen Sätzen, ist aufgeklart und geht wieder mit dem Rollator spazieren“, erzählt Apothekerin Elisabeth Kretschmer.

Der Fall sei ein Beispiel für das Fehlermodell des Psychologen James Reason – die Übertragung eines Fehlers durch Löcher im Sicherheitssystem, die im Modell in der Art von Löchern eines Schweizer Käses dargestellt werden (Swiss Cheese Model). Der Fehler, der in der Verschreibung durch das Krankenhaus seine Ursache hat (erstes Sicherheitsloch), wird bei der Rezeptausstellung in der Arztpraxis weitergeführt (zweites Sicherheitsloch) und auch vor der Medikamentenabgabe in der Apotheke nicht erkannt (drittes Sicherheitsloch), sodass er schließlich zur Schädigung der Patientin führt.

Hochrisikobereiche für die Arzneimitteltherapie sind, wie Elisabeth Kretschmer erklärt, vor allem alle Übergänge zwischen ambulanter und stationärer Therapie. Aber auch externe Faktoren, wie etwa die Substitution von Generika oder Lieferengpässe sind Risikofelder im Medikationsprozess.

Umso wichtiger sei Strukturqualität, zu der elektronische Medikation und Pflegedokumentation, standardisierte Prozesse und die Messung der Ergebnisqualität gehörten.

lichen Dokumentation nicht übergebührlich belastet werde, sind sehr zufriedene Rückmeldungen entgegenzuhalten. Bei der Präsentation des Projekts Gemed anlässlich des Salzburger Kongresses *Geriatrische Pharmazie und Pflege 2017* berichteten gerade Pflegekräfte von Verhaltensänderungen der Patienten, die auf eine Reduktion oder Änderung der Medikation zurückzuführen seien und auch für das Personal objektive Erleichterungen bedeuteten, etwa wenn schwer aggressive und renitente Patienten wieder umgänglicher werden; wenn Patienten wieder zu ihrem Schlaf oder ihrem Appetit zurückfinden; oder wenn antriebslose und wenig mobile Patienten wieder kurze Strecken selbstständig mit dem Rollator zurücklegen. „Wir sehen Dinge, die uns vorher nicht bewusst waren. Wir schauen genauer hin. Wir haben keine Scheu, in der Apotheke anzurufen, und die Bewohner profitieren von der Zusammenarbeit“, resümiert Oliver Wenzl, Diplompfleger im Seniorenheim Abtenau.

Auch Melinda Debreceni-Nagy, ebenfalls diplomierte Pflegekraft im Seniorenheim Abtenau, betont, es sei „angenehm, jederzeit in der Apotheke anrufen zu können“. Obwohl diese Möglichkeit auch ohne Gemed grundsätzlich besteht, scheint die gezielte Zusammenarbeit zwischen Apotheke und Pflegepersonal gewisse Hemmschwellen abzubauen. Es sei schlicht schön, miteinander zu arbeiten, sagt Wenzl.

## Risiken schneller erkennen

Auch dieses positive Gefühl, dass tatsächlich mehrere Berufsgruppen an einem Strang ziehen, ist als Auswirkung des Projekts erwähnenswert. Vor allem aber sieht Debreceni-Nagy als Erfolg, dass man jetzt Risiken schneller erkennen könne.

Laut Apothekerin Diemut Strasser führte die offenbare Wirksamkeit der neuen Prozessgestaltung dazu, dass einige Heime entschieden, nicht nur das diplomierte Pflegepersonal, sondern auch die Pflegeassistenten-Kräfte entsprechend zu schulen. Die Apothekerin kann auch von einer Rückmeldung seitens eines teilnehmenden Arztes berichten. „Ihm war vorher nicht bewusst, wie groß das Risiko der kumulativen Wirkung bestimmter Medikamente ist, dass also die Nebenwirkungen von Medikamenten noch viel größer als die Wechselwirkungen sein können.“ Zwar verstünden Ärzte sehr viel von Medikamentenwirkungen, sagt Strasser. „Aber wenn sie Patienten nicht jeden Tag sehen, werden manche Probleme eher einer generellen Verwirrung oder Demenz zugeordnet, obwohl sie vielleicht am Vortag noch nicht vorhanden waren. Der Arzt kann das oft nicht wissen. Es sind eher die Angehörigen oder die Freundinnen, die zum Kaffeeklatsch kommen, denen solche Dinge auffallen. Wir möchten daher, dass diese so wichtige Rückmeldung von der Pflege gegeben wird. Es ist uns wichtig, auf diese Art gerade um geriatrische Patienten ein Sicherheitsnetz zu spannen.“ ::

### Literatur:

- Alzner R et al (2016): Bewohner österreichischer Pflegeheime; Procure 04.
- Jaehede U et al (2012): Arzneimitteltherapiesicherheit in Alten- und Pflegeheimen. Z. Evid. Fortbild. Qual. Gesundh. wesen [ZEFQ] 106, 712-716.

Dr. Erika Pichler  
pichler@schaffler-verlag.com