

„Apotheker vor Ort“ – ein neues Konzept zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) in der medizinischen Rehabilitation

Petri H (1), Berwanger C (2), Braun GD (3), Kirn G (3), Traub M (3) und Weber J (1)

(1) Zentral-Apotheke der Wicker Kliniken, Werner Wicker Klinik, 34537 Bad Wildungen

(2) Hardtwaldklinik I, 34596 Bad Zwesten

(3) Wicker Klinik, 34537 Bad Wildungen

EINLEITUNG

Deutschland bildet mit 0,4 Apothekern bezogen auf 100 Krankenhausbetten im europäischen Vergleich das Schlusslicht. Der klinische und ökonomische Nutzen von Arzneimittelinformation durch Krankenhausapotheker gewinnt jedoch auch hier zunehmend an Bedeutung (ADKA 2014, 2017). Auch in Rehabilitationsteams ist pharmazeutischer Sachverstand regelhaft nicht eingebunden. Gleichwohl ist der Apotheker als Spezialist für Medikamente besonders geeignet, den Arzt beratend bei der Arzneimitteltherapie zu unterstützen. Von einer engen Zusammenarbeit zwischen Arzt und Apotheker ist ein erheblicher Zugewinn an Qualität und Sicherheit des Medikationsprozesses zu erwarten.

In der Wicker-Gruppe, einem Verbund aus drei Akut- und neun Rehabilitationskliniken, wurde daher im Frühjahr 2016 das vorerst dreijährige Projekt „Apotheker vor Ort“ (AvO) in vier nordhessischen Kliniken gestartet. Exemplarisch soll das Vorgehen in der Neurologischen Abteilung der Hardtwaldklinik I (HWK I) Bad Zwesten und der Wicker-Klinik Bad Wildungen (WK-BW) beschrieben werden.

MATERIAL / METHODEN

Nach der Einstellung einer zusätzlichen Apothekerin in der Zentral-Apotheke der Wicker Kliniken in Bad Wildungen begann ein Fachapotheker für Arzneimittelinformation und Klinische Pharmazie die Stationsarbeit in den Kliniken. In Gesprächen mit den leitenden Ärzten wurde die für den jeweiligen Bereich gewünschte Mitarbeit des Apothekers geklärt. Hieraus ergaben sich folgende Interventionen:

HWK I: BEREICH NEUROREHABILITATION (überwiegend DRV-Antragsverfahren), 160 BETTEN

Die Rehabilitanden werden in dem im Vorfeld der Reha-Maßnahme übersandten Anamnesebogen gebeten, einen von ihrem Arzt oder Apotheker erstellten aktuellen Medikationsplan zu übersenden. Für den Fall, dass kein Medikationsplan erstellt wird, wurde eine selbsterklärende Vorlage entwickelt, die der Rehabilitand selbst ausfüllen kann (Abb. 1). In der Woche vor Aufnahme werden die Medikationspläne von der Klinik an die Krankenhausapothekergafaxt. In einem eigens erstellten Formular wird die Medikation übertragen, wobei der Apotheker Vorschläge zur Umstellung auf Listenpräparate des Apothekensortiments macht. Die bearbeiteten Pläne werden im PDF-Format per E-Mail an die Stationen gesendet (Abb. 2). Der betreuende Arzt hat somit schon bei Aufnahme umfassende und verlässliche Informationen über die Medikation. Diese umfassen die genaue Bezeichnung der Fertigpräparate, etwaige Substitutionsverbote (bspw. Antikonvulsiva) und Hinweise zu möglicherweise arzneimittelbezogenen Problemen (ABP). Noch bestehende Unklarheiten wie Dosierung oder Anwendungsgrund können im Aufnahmegespräch geklärt werden. Darüber hinaus recherchiert der Apotheker Literatur zu offenen Fragen und gibt per E-Mail oder telefonisch Rückmeldung. Regelmäßig werden die Stationsakten der Patienten gesichtet, die keine Informationen vorab gegeben haben. So soll sichergestellt werden, dass jede Medikation auf ABP durch den Apotheker geprüft wurde.

Abbildung 1: Medikamenteninformation der Rehabilitandin K. K.

Abbildung 2: Kommentierter Medikationsplan K. K.

HWK I, BEREICH FRÜHREHABILITATION (GKV, Phasen B und C), 60 BETTEN

Zunächst wurde mit den leitenden Ärzten ein Positivstandard erarbeitet, bei dem die Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) im Vordergrund stand. Daher wurden Medikamente mit möglichst geringem Interaktionspotenzial bevorzugt (z. B. Sertralin als SSRI, Abb. 3, Petri 2013), außerdem Medikamente mit Vorteilen in der Behandlung der zumeist älteren Patienten (z. B. Trosipiumchlorid als urologisches Spasmolytikum). Hierbei orientierten wir uns an den entsprechenden Empfehlungen der PRISCUS-, Beers- und FORTA-Listen (Bitter et al. 2016).

Im nächsten Schritt wurde eine wöchentliche Kurvenvisite begonnen, auf der eine Medikationsanalyse Typ 2b nach Pharmaceutical Care Network Europe (PCNE) (ABDA 2014) durchgeführt wird. ABP werden mit den behandelnden Ärzten zeitnah vor Ort besprochen; am nächsten Tag erfolgt zudem eine schriftliche Rückmeldung an die Ärzte über das KIS.

Einmal monatlich nimmt der AvO an den monatlichen Oberarztbesprechungen teil. Auf dieser werden aktuelle Themen aus dem Gesundheitsbereich erörtert.

Abbildung 3: Interaktionen der SSRI

WK-BW: ABTEILUNGEN PSYCHOSOMATIK/PSYCHOTHERAPIE UND TRAUMATHERAPIE (ÜBERWIEGEND DRV-ANTRAGSVERFAHREN), NEUROLOGIE UND INNERE MEDIZIN (ÜBERWIEGEND DRV-ANTRAGSVERFAHREN UND GKV, PHASEN C UND D)

Es findet eine wöchentliche Durchsicht der durchschnittlich etwa zweihundert Medikationspläne statt. Dazu sichtet der Apotheker vor Ort die papiernen Medikationskurven. ABP werden per E-Mail an die Ärzte der jeweiligen Abteilungen beschrieben. In regelmäßigen Treffen werden die Rückmeldungen gemeinsam besprochen.

ERGEBNISSE

Aktuell ist die Betreuung von Rehabilitationseinrichtungen durch einen „Apotheker-vor-Ort“ sicherlich keine Routine. Nach unseren ersten Erfahrungen sind wir davon überzeugt, dass der Krankenhausapotheker in der Verbesserung der Pharmakotherapie einen sehr wichtigen Dienst leistet. Folgende Vorteile stellen wir fest:

- Die Qualität der Therapie unter pharmakodynamischem und –kinetischem Blickwinkel wird verbessert
- Durch möglichst konsequente Umstellung auf eine hauseigene „Positivliste“ werden risikogeneigte Medikamentenkombinationen weitgehend vermieden
- Der pharmakologische Wissenstransfer wird durch eine persönliche Vor-Ort-Betreuung gefördert.

DISKUSSION / FAZIT

Zusammenfassend bewerten wir das Konzept des „Apothekers vor Ort“ als wichtiges Element einer fachlich hochstehenden Medikamentenversorgung im Sinne einer bestmöglichen Patientensicherheit. Die Geschäftsführung konnte überzeugt werden, die AvO-Tätigkeit unbefristet fortzusetzen. Als nächster Schritt zur Erzielung eines geschlossenen Medikationsprozesses (closed loop medication management) (ADKA 2018) steht die Einführung eines digitalen Medikationsplanes auf der Agenda. Hierdurch sollen auch personelle Freiräume geschaffen werden, die AvO-Tätigkeit auf weiter entfernt liegende Reha-Einrichtungen des Konzerns auszudehnen. Ein digitaler Zugriff auf die Patientendaten ist dazu zwingend notwendig.

LITERATUR

Bitter, K., Schlender, J.F., Woltersdorf, R.: Arzneimittelinteraktionen im Alter. Welche sind wirklich wichtig? Internist 2016; 57:728-734; DOI 10.1007/s00108-016-0078-y

Bundesverband Deutscher Krankenhausapotheker e.V. (ADKA) (2014): https://www.adka.de/index.cfm?CFID=168256042&CFTOKEN=91652636&at=Ziele&pt=Ziele%5FUnterstützung%5FLeistungen&menu_ac1t=Unterst%3C%BCZug%20%3C%A4rztlicher%20Leistungen Letzter Zugriff: 27.1.2019

Bundesverband Deutscher Krankenhausapotheker e.V. (ADKA) (2017): Pressemitteilung Berlin.19.09.2017

Bundesverband Deutscher Krankenhausapotheker e.V. (ADKA) (2018): Pressemitteilung Berlin.26.10.2018

Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände e.V. (ABDA) (2014): Grundsatzpapier zur Medikationsanalyse und zum Medikationsmanagement: https://www.abda.de/fileadmin/assets/Medikationsmanagement/Grundsatzpapier_MA_MM_GBAM.pdf Letzter Zugriff: 27.1.2019

Petri, H.: Das Interaktionspotenzial der selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI). Krankenhauspharmazie 2013;35:519-22

KORRESPONDENZADRESSE

Holger Petri
E-Mail: petri@werner-wicker-klinik.de

Zentral-Apotheke der Wicker Kliniken
Im Kreuzfeld 4
34537 Bad Wildungen