

TAG DER OFFIZINPHARMAZIE

# AMTS und Patient im Fokus

Von Brigitte M. Gensthaler, Saarbrücken / Arzneimitteltherapiesicherheit, Medikationsplan und Arzt-Apotheker-Kommunikation: Das waren die Schwerpunkte des Tags der Offizinpharmazie Ende September an der Universität des Saarlandes.

In guter Tradition rundete der Tag der Offizinpharmazie die wissenschaftliche Jahrestagung der Deutschen Pharmazeutischen Gesellschaft (DPHG) in Saarbrücken ab. Dr. Michael Hannig, Vorsitzender der DPhG-Fachgruppe Allgemeinpharmazie, wies bei der Begrüßung auf die Polymedikation vieler älterer Menschen hin. Mehr Medikamente bedeuteten auch mehr Risiken und mehr Folgekosten. »Das Zukunftspotenzial für die Apotheke ist nicht zu unterschätzen. Die Apotheke hat eine zentrale Position in der intersektoralen Zusammenarbeit der Leistungserbringer.« Moderiert wurde die Veranstaltung von Professor Dr. Thorsten Lehr, Professor für Klinische Pharmazie an der Universität des Saarlandes.

## Patienten schlecht geschützt

Medikationsfehler sind kein Einzelproblem und können zu schweren Nebenwirkungen bis hin zum Tod des Patienten führen. Professor Dr. Daniel Grandt vom Klinikum Saarbrücken schilderte den Fall eines 18-jährigen Patienten in Großbritannien, der Vincristin über einen Rückenmarkskatheter statt über die Vene erhalten hatte. Der junge Mann starb an den Folgen. Dies war kein Einzelfall, wie eine Analyse zeigte (Dyer, C., BMJ 2001 Feb 3; 322(7281): 257).

»Wiederholung ist ein charakteristisches Merkmal von Medikationsfehlern«, konstatierte der Internist.



Als Medikationsfehler bezeichnet man ein Abweichen vom für den Patienten optimalen Medikationsprozess, das zu einer grundsätzlich vermeidbaren Schädigung des Patienten führt oder führen könnte. Es gibt viele Initiativen, um die Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) zu verbessern. »AMTS ist in aller Munde, ähnlich wie der Klimawandel. Aber es ändert sich nicht viel.«

Warum gelingt es nicht, Medikationsfehler und deren Folgen zu vermeiden, obwohl dies möglich wäre? Grandt nannte mehrere individuelle, institutionelle und Systemfaktoren. Oft müsse der Behandler verschiedene Prinzipien unter einen Hut bringen, die nicht vereinbar sind. »Es besteht eine Konkurrenz von Zielen und AMTS hat keine Priorität.« Im Krankenhaus habe der Arzt durchschnittlich 2 Minuten 12 Sekunden Zeit für die Medikationsanamnese – viel zu kurz für eine umfassende Analyse. Zusätzlich erhöhen Un-

terbrechungen die Zahl von Medikationsfehlern. Weitere Faktoren seien die individuelle Risikowahrnehmung und -einstellung sowie Probleme in Institution und System. »AMTS hat weder eine Priorität noch werden Auswirkungen organisatorischer Entscheidungen systematisch auf AMTS-Effekte analysiert. Wir müssen AMTS mehr in den Fokus rücken.«

Der Experte resümierte: »Die Schädigung von Patienten durch Medikationsfehler ist vermeidbar. Wir schützen sie bisher deswegen nicht sicher davor, weil dies keine oberste Priorität hat, weder für Leistungserbringer noch für Behandlungseinrichtungen und auch nicht für die Politik. Der Patient sollte dies wissen.«

Apotheker könnten viel zu AMTS beitragen, sagte Grandt in der angeregten Diskussion. Es gebe aber zu wenig Pharmazeuten in der Klinik. Auch im ambulanten Bereich seien Koordination und Kommunikation zwischen Arzt und Apotheker ganz wichtig, um AMTS zu erhöhen.

## Besser kommunizieren

Wie die interprofessionelle Kommunikation besser gelingen kann, stellte Privatdozent Dr. Guido Schmiemann, Institut für Public Health und Pflegeforschung der Universität Bremen, vor. Dabei wies er in der Diskussion auf interprofessionelle Qualitätszirkel hin und empfahl dringend, solche Zirkel zu organisieren.

Schmiemann erinnerte an eine Studie in Stade, in der ein Faxformular »Dringende Arztanfrage« als Kommunikationsmedium zwischen den Heilberuflern geprüft wurde (Willers et al., PZ 35/2014, Seiten 44 bis 51). Stellte der Apotheker eine potenzielle Interaktion fest, faxte er den Bogen mit Problembeschreibung und eventuellem Lö-



Beim Tag der Offizinpharmazie (von links): Privatdozent Dr. Guido Schmiemann, Moderator Professor Dr. Thorsten Lehr, Dr. Michael Hannig, Dr. Hanna Seidling, DPhG-Präsident Professor Dr. Stefan Laufer und Professor Dr. Daniel Grandt

Foto: DPhG

sungsvorschlag an den Arzt, der ihn mit seiner Anweisung zurückschicken sollte. Ein so standardisiertes Instrument könne die Kommunikation verbessern, befanden damals knapp 65 Prozent der Apotheker und 56 Prozent der Ärzte. Zwei Drittel der Ärzte und der Apotheker gaben an, dass die Vorlage die Kommunikation in Bezug auf schwere Interaktionen (kontraindiziert) verbessern könne. 42 Prozent der Ärzte begrüßten es, wenn die Apotheker den Bogen künftig nutzen würden.

Daraufhin wurde ein ähnliches Projekt in Bremen gestartet, berichtete Schmiemann. Nach einer Informationsveranstaltung erhielten 153 Apothekenleiter in Bremen diesen Anfragebogen. Gebrauchten sie das Formular, sollten sie eine Kopie anonymisiert an die Apothekerkammer schicken; das Institut übernahm die Auswertung. Zwischen 1/2015 und 11/2016 gingen aus 23 Apotheken insgesamt 123 Faxe ein. Von den anderen Apotheken gab es keine Informationen, ob sie den Bogen überhaupt nutzten.

Die Auswertung ergab, dass die Apotheker die verordnenden Ärzte über Probleme von Doppelmedikation bis hin zu wahrscheinlichen oder möglichen schwerwiegenden Wechselwirkungen informierten. In 108 Fällen ging es um Wechselwirkungen. Ein Drittel dieser Faxe wurde gar nicht beantwortet, aber in jedem fünften Fall folgte der Arzt der Empfehlung der Apotheke. Betrachtete man nur die Fälle, in denen die Apotheke auf eine wahrscheinliche Kontraindikation hinwies, war die Resonanz besser. Nur bei fünf von 28 Meldungen reagierte der Arzt nicht, aber bei 18 folgte er der Empfehlung des Apothekers. Die Studie werde in der Deutschen Medizinischen Wochenschrift publiziert, sagte Schmiemann gegenüber der PZ.

### **Medikationsplan: bessere Abstimmung nötig**

Der Nutzen des Medikationsplans hängt entscheidend von der Implementierung im Versorgungsalltag ab. Dabei sei nicht nur die Zusammenarbeit der Heilberufler essenziell, sondern auch eine gute Einbindung des Patienten, betonte Dr. Hanna Seidling, Abteilung Klinische Pharmakologie und Pharmakoepidemiologie des Universitätsklinikums Heidelberg, beim Tag der Offizinpharmazie in Saarbrücken. Sie plädierte dafür, dass man darüber nachdenken müsse, wie Patienten an der Aktualisierung ihres Medikations-



**Braucht sie einen Medikationsplan? Ja, aber aktuell und vollständig muss er sein.**

Foto: Fotolia/bernamoglu

plans mitwirken und selbst Änderungen im Plan eintragen können. Bislang können nur die Heilberufler den Medikationsplan ändern.

Damit Patienten ihre Verantwortung kennen, müssten Arzt und Apotheker ihnen Nutzen und Verwendung des Plans näherbringen. »Wir müssen sie schulen zum Umgang mit dem Plan.« Ob dieser auch die Compliance verbessert, müsse in künftigen Studien geklärt werden.

Nur ein aktueller und vollständiger Medikationsplan sei hilfreich für alle Beteiligten. Ein fehlerhaftes Dokument sei vielleicht sogar nachteilig, denn es könne eine falsche Sicherheit vorgaukeln, mahnte die Apothekerin. Sie formulierte drei Anforderungen an den bundeseinheitlichen Medikationsplan: Der BMP müsse gut verständlich sein und den Patienten in seiner Arzneimitteltherapie unterstützen, eine bessere und verlässliche Information der Heilberufler gewährleisten und die interdisziplinäre und intersektorale Kommunikation verbessern. »Wir müssen den Plan jetzt in der Praxis konstruktiv und gemeinsam optimieren, damit wir einen Nutzen auf all diesen Ebenen sehen«, sagte Seidling.

Patienten haben seit 1. Oktober 2016 Anspruch auf einen BMP, wenn sie mindestens drei zulasten der gesetzlichen Krankenkassen verordnete, systemisch wirkende Medikamente gleichzeitig dauerhaft einnehmen oder anwenden. Ab 2018 soll der BMP auf der elektronischen Gesundheitskarte gespeichert werden können. Hierfür müssten jetzt die Details geklärt werden. /