

Protokoll zum Workshop

Interprofessionelle Zusammenarbeit bei Medikationsanalyse und Medikationsmanagement

Maßnahme 29, Aktionsplan AMTS 2016–2019

Zeit: 14.03.2018, 10:30–17:30 Uhr
 Veranstaltungsort: Bundesärztekammer, Konferenzraum Berlin 1/2
 Herbert-Lewin-Platz 1, 10623 Berlin
 Workshop-Leitung: PD Dr. Hanna Seidling, Prof. Dr. Ulrich Jaehde, Dr. Matthias Litwa
 Protokoll: Marina Weißenborn, Karoline Luzar, Dr. Matthias Litwa
 Tagesordnung: *siehe Anlage 1*

| Zeitraumen | Inhalte |
|----------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 10:30 Uhr Begrüßung und Einführung Prof. Dr. U. Jaehde | <ul style="list-style-type: none"> • Begrüßung: Frau Seidling, Herr Jaehde und Herr Litwa begrüßen die Teilnehmer. Dabei handelt es sich vorwiegend um Ärzte, Apotheker und Pflegekräfte, deren Tätigkeitsbereich im ambulanten oder stationären Bereich oder in Alten- und Pflegeheimen liegt. <i>Anlage 2: Teilnehmerliste</i> • Vorstellung der Workshop-Ziele: Gemeinsam sollen Best-Practice-Modelle zur Durchführung der interprofessionellen Medikationsanalyse und des Medikationsmanagements in Deutschland erarbeitet werden (<i>siehe Maßnahme 30 des AP AMTS 2016–2019</i>). Zudem ist die Ausarbeitung eines Thesenpapiers geplant. |
| 10:35 Uhr Begrüßung Dr. Anne Dwenger | <ul style="list-style-type: none"> • Kurze Begrüßung der Workshop-Teilnehmer durch die Regierungsdirektorin Dr. Anne Dwenger, Bonn, Bundesministerium für Gesundheit. |
| 10:40 Uhr Vorstellungsrunde Alle Teilnehmer | <ul style="list-style-type: none"> • Persönliche Vorstellung der Workshop-Teilnehmer. • Die Teilnehmer berichten über ihren beruflichen Hintergrund und ihre bisherigen Erfahrungen bzw. ihren persönlichen Bezug zum Thema „interprofessionelle Zusammenarbeit“. |
| 10:45 Uhr Impulsreferat PD Dr. H. Seidling | <ul style="list-style-type: none"> • Impulsreferat zum aktuellen Stand der interprofessionellen Zusammenarbeit. • Hintergrund des Workshops: Abschnitt „4.3. Förderung der Zusammenarbeit zwischen Ärzteschaft und Apothekerschaft“ aus dem „Aktionsplan 2016–2019 zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit in Deutschland“. <p>Im Aktionsplan AMTS wurden die folgenden Maßnahmen festgelegt:</p> |

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | <p><i>Maßnahme [29]:</i> Workshop zur interprofessionellen Zusammenarbeit bei der Medikationsanalyse und beim Medikationsmanagement</p> <p><i>Maßnahme [30]:</i> Erarbeitung von Best-Practice-Modellen basierend auf Maßnahme [29].</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vorstellung einer Arbeit, die eine Übersicht über Projekte zur Arzt-Apotheker-Zusammenarbeit in Deutschland gibt: „Potentielle Erfolgsindikatoren für die Durchführung von Projekten zur Arzt-Apotheker-Zusammenarbeit – eine systematische Übersicht“. (Weißborn et al., Gesundheitswesen 2018 (in press)) • Ausschnitt aus den Ergebnissen der 21. Landesgesundheitskonferenz NRW: "Arzneimitteltherapiesicherheit als elementarer Baustein einer guten und sicheren gesundheitlichen Versorgung der Bürgerinnen und Bürger". <p><i>„Anforderungen für eine enge interdisziplinäre Zusammenarbeit sind u.a. eine klare Aufgabenverteilung, ein gegenseitiges Rollenverständnis, die Schaffung struktureller Rahmenbedingungen und die Erfüllung technischer Anforderungen.“</i> (Landesgesundheitskonferenz NRW 2012)</p> |
| <p>11:05 Uhr Ablauf Arbeitsgruppe Dr. N. Griese-Mammen</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Kurze Erläuterung zum Ablauf der einzelnen Arbeitsgruppen. |
| <p>11:15 Uhr 1. Gruppenarbeit 3 Arbeitsgruppen (intradisziplinär)</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Titel der Arbeitsgruppe: „Rollenverständnis und Erwartungen an andere Berufsgruppen“ • Moderation der Arbeitsgruppen: <i>Ärzte:</i> Prof. Martin Scherer <i>Apotheker:</i> Dr. Nina Griese-Mammen <i>Pflege:</i> Alexandra Knisch • Verteilung der Teilnehmer auf die jeweiligen Arbeitsgruppen <i>Anlage 2: Zuordnung der Teilnehmer</i> • Anhand von definierten Prozessschritten zur Medikationsanalyse und zum Medikationsmanagement wird diskutiert, welche Berufsgruppe für die genannten Prozessschritte verantwortlich sein soll, wie sie sich gegenseitig unterstützen können und welche Erwartungen sie an sich selbst und aneinander haben. Dabei wurde unterschieden, welche Berufsgruppe ein spezifisches ABP identifizieren kann und wer für die Erarbeitung von Lösungsvorschlägen verantwortlich ist. • Folgende Prozessschritte wurden definiert (<i>siehe Anlage 3</i>) <ul style="list-style-type: none"> - Bedarfserkennung - Arzneimittelanamnese - Medikationsanalyse: Arzneimittelbezogene Probleme (ABP) erkennen und lösen Fehlende Indikation für AM Falsche Anwendungszeitpunkte |

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | <p>Fehlende Evidenz für AM-Wahl Fehlendes AM Kontraindikationen Nebenwirkungen Wechselwirkungen Doppelmedikation Ungeeignete Dosierung</p> <p>Ungeeignetes Dosierungsintervall Ungeeignete Therapiedauer Ungeeignete Darreichungsform Anwendungsprobleme Nicht sachgerechte Lagerung Adhärenzprobleme</p> <p>- Follow-Up</p> <p>Follow-Up von Interventionen Patientenbeobachtungen im Alltag (u.a. Screening auf Nebenwirkungen) Unterstützung bei der Arzneimittelanwendung Förderung Adhärenz AMTS Prüfung bei Neuverordnungen Aktualisierung Medikation Krankheitsprogression</p> |
| <p>12:30 Uhr Austausch der Ergebnisse Alle Teilnehmer</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Vorstellung der Ergebnisse der jeweiligen Arbeitsgruppen <i>Anlage 4: Detaillierte Beschreibung der Ergebnisse</i> |
| <p>13:00 Uhr Pause</p> | <p>Mittagspause</p> |
| <p>13:30 Uhr 2. Gruppenarbeit 3 Gruppen (interdisziplinär)</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Titel der Arbeitsgruppe: „Interprofessionelle Best-Practice-Modelle für die Medikationsanalyse und das Medikationsmanagement“ • Moderation der Arbeitsgruppen <i>Ambulanter Bereich:</i> Prof. Wilhelm Niebling <i>Alten- und Pflegeheime:</i> Prof. Ulrich Jaehde <i>Stationärer Bereich:</i> PD Dr. Hanna Seidling <p>Innerhalb der Arbeitsgruppen des jeweiligen Bereichs – bestehend aus Ärzten, Apothekern und Pflegekräften – werden die Ergebnisse aus der ersten Gruppenarbeit vertieft. Dabei soll für jeden Prozessschritt die Rolle des Arztes, des Apothekers und der Pflege zugeordnet werden.</p> |
| <p>15:15 Uhr Austausch der Ergebnisse Alle Teilnehmer</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Vorstellung der Ergebnisse der jeweiligen Arbeitsgruppen <i>Anlage 5: Detaillierte Beschreibung der Ergebnisse</i> |
| <p>15:30 Uhr Diskussion, Formulierung Thesenpapier Alle Teilnehmer</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Die Teilnehmer werden aufgefordert, wichtige Thesen für ein Positionspapier zur interdisziplinären Zusammenarbeit vorzuschlagen. Folgende Thesen wurden dabei genannt: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Einbindung der verschiedenen Berufsgruppen ➤ Anerkennung und Akzeptanz der gegenseitigen Kompetenzen, |

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | <p>partnerschaftliches Miteinander auf Augenhöhe</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Klare Rollenverteilung, Verantwortlichkeiten festlegen ➤ Standardisierung der in der Medikationsanalyse geforderten Prozessschritte ➤ Dokumentation sicherstellen, um eine Transparenz und Reproduzierbarkeit für Dritte zu ermöglichen ➤ Verantwortung übernehmen ➤ Kontinuität sicherstellen ➤ Vereinheitlichung der verwendeten Sprache und Begrifflichkeiten ➤ Etablierung einer gemeinsamen Kommunikationsplattform ➤ Persönlichen Austausch fördern, z.B. durch gemeinsame Visiten oder Arbeitsgruppen |
| <p>16:00 Uhr Schlussrunde und Fazit Prof. Dr. U. Jaehde</p> | <p>Herr Jaehde berichtet, dass die „interdisziplinäre Zusammenarbeit“ erstmals auf einer Plenarsitzung des 5. Deutschen Kongress für Patientensicherheit bei medikamentöser Therapie (18.–19. Oktober 2018, Berlin) thematisiert wird:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Das Organisationsteam wird die Ergebnisse des Workshops aufbereiten und dann allen Teilnehmern zur Abstimmung zugeschickt. • Herr Jaehde dankt den Teilnehmern für ihre Teilnahme und die engagierten Diskussionen. |

Anlage 1

Tagesordnung



**Arzneimittelkommission
der deutschen Ärzteschaft**



Workshop „Interprofessionelle Zusammenarbeit bei Medikationsanalyse und Medikationsmanagement“

Maßnahme 29, Aktionsplan AMTS 2016–2019

Zeit: Mittwoch, 14. März 2018
10:30 Uhr–17:00 Uhr

Ort: Im Haus der Bundesärztekammer, Konferenzraum Berlin 1/2
Herbert-Lewin-Platz 1, 10623 Berlin

Tagesordnung

- 10:30 Uhr Begrüßung und Einführung
- 10:45 Uhr Impulsreferat zum Stand der interprofessionellen Zusammenarbeit in Deutschland
Dr. Hanna Seidling, Heidelberg
- 11:15 Uhr Arbeitsgruppen
Rollenverständnis und Erwartungen an andere Berufsgruppen
Ärzte (Raum 113, 1. OG)
Moderation: Prof. Martin Scherer, Hamburg
Apotheker (Raum Berlin 1-2, 1. OG)
Moderation: Dr. Nina Griese-Mammen, Berlin
Pflege (Raum 2.59, 2. OG)
Moderation: Alexandra Knisch, Düsseldorf
- 12:30 Uhr Austausch der Ergebnisse im Plenum
- 13:00 Uhr Pause
- 13:30 Uhr Arbeitsgruppen
Interprofessionelle Best-Practice-Modelle für die Medikationsanalyse und das Medikationsmanagement
Ambulanter Bereich (Raum 113, 1. OG)
Moderation: Prof. Wilhelm Niebling, Titisee-Neustadt
Alten- und Pflegeheime (Raum 2.59, 2. OG)
Moderation: Prof. Ulrich Jaehde, Bonn
Stationärer Bereich (Raum Berlin 1-2, 1. OG)
Moderation: Dr. Hanna Seidling, Heidelberg
- 15:00 Uhr Austausch der Ergebnisse im Plenum
- 15:30 Uhr Diskussion und Formulierung eines Thesenpapiers
- 16:30 Uhr Schlussrunde und Fazit

Anlage 2, Teilnehmerliste entfällt gemäß den Richtlinien der Datenschutz-Grundverordnung

Anlage 3

Definierte Prozessschritte zur Medikationsanalyse und zum Medikationsmanagement

(1. Gruppenarbeit)

| Gruppenarbeit 1 – Rollenverständnis und Erwartungen an andere Berufsgruppen | | | | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|----------------------|--------|--------------|--------|-----------------------------------|
| Prozessschritt | Aufgabe | Rolle des Apothekers | | Erwartung an | | Settingspezifische Besonderheiten |
| | | | | Ärzte | Pflege | |
| Bedarfs-erkennung | | | | | | |
| Arzneimittel-anamnese | | | | | | |
| Medikations-analyse (ABP) | Fehlende Indikation für Arzneimittel | Erkennung | Lösung | | | |
| | Fehlende Evidenz für AM-Wahl | Erkennung | Lösung | | | |
| | Fehlendes Arzneimittel | Erkennung | Lösung | | | |
| | Kontraindikationen | Erkennung | Lösung | | | |
| | Nebenwirkungen | Erkennung | Lösung | | | |
| | Wechselwirkungen | Erkennung | Lösung | | | |
| | Doppelmedikation | Erkennung | Lösung | | | |
| | Ungeeignete Dosierung | Erkennung | Lösung | | | |
| | Falsche Anwendungszeitpunkte | Erkennung | Lösung | | | |
| | Ungeeignetes Dosierungsintervall | Erkennung | Lösung | | | |
| | Ungeeignete Therapiedauer | Erkennung | Lösung | | | |
| | Ungeeignete Darreichungsform | Erkennung | Lösung | | | |
| | Anwendungsprobleme | Erkennung | Lösung | | | |
| | Nicht sachgerechte Lagerung | Erkennung | Lösung | | | |
| Adhärenzprobleme | Erkennung | Lösung | | | | |
| Follow-Up | Follow-up von Interventionen | | | | | |
| | Patientenbeobachtung im Alltag (u.a. Screening auf Nebenwirkungen) | | | | | |
| | Unterstützung bei der Arzneimittelanwendung | | | | | |
| | Förderung Adhärenz | | | | | |
| | AMTS Prüfung bei Neuverordnungen | | | | | |
| | Aktualisierung Medikation | | | | | |
| | Krankheitsprogression | | | | | |

Anlage 4

Ergebnisse 1. Gruppenarbeit: Rollenverständnis und Erwartungen an andere Berufsgruppen

Pflege

Moderation: A. Knisch

| Gruppenarbeit 1 – Rollenverständnis und Erwartungen an andere Berufsgruppen | | | | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|------------------|----------|--------------|-----------------|-----------------------------------|
| Prozessschritt | Aufgabe | Rolle der Pflege | | Erwartung an | | Settingspezifische Besonderheiten |
| | | Erkennung | Lösung | Apotheker | Ärzte | |
| Bedarfs-erkennung | Bedarfsmedikation | X | | | | |
| | Patientenbeobachtung | | | | | |
| Arzneimittel-anamnese | | | | | | |
| Medikations-analyse (ABP) | Fehlende Indikation für Arzneimittel | Erkennung | Lösung | | | |
| | Fehlende Evidenz für AM-Wahl | Erkennung | Lösung | | | |
| | Fehlendes Arzneimittel | X Erkennung | Lösung | | • | |
| | Kontraindikationen | X Erkennung | Lösung | | • | |
| | Nebenwirkungen | X Erkennung | Lösung | | • | |
| | Wechselwirkungen | X Erkennung | Lösung | • | • | Prüfen + |
| | Doppelmedikation | X Erkennung | Lösung | • | • | Entscheidung + |
| | Ungeeignete Dosierung | X Erkennung | Lösung | • | • | Rückmeldung |
| | Falsche Anwendungszeitpunkte | X Erkennung | Lösung | • | • | |
| | Ungeeignetes Dosierungsintervall | X Erkennung | Lösung | • | • | |
| | Ungeeignete Therapiedauer | X Erkennung | Lösung | • | • | |
| | Ungeeignete Darreichungsform | X Erkennung | Lösung | • | • | |
| | Anwendungsprobleme | X Erkennung | Lösung | • | • | |
| Nicht sachgerechte Lagerung | X Erkennung | Lösung | | | | |
| Adhärenzprobleme | X Erkennung | Lösung | | | • an b. Setting | |
| Follow-Up | Follow-up von Interventionen | | | | | |
| | Patientenbeobachtung im Alltag (u.a. Screening auf Nebenwirkungen) | X | | | • Entscheidung | |
| | Unterstützung bei der Arzneimittelanwendung | X | | • Wissen | | |
| | Förderung Adhärenz | X | | | | |
| | AMTS Prüfung bei Neuverordnungen | X | | • Wissen | | |
| | Aktualisierung Medikation | X | | • Wissen | | |
| | Krankheitsprogression | X | | | | |
| | Umgang mit Nicht-Einnahme | X | | | | |
| Schulungen | X | | • Wissen | | | |

Erwartungen an Pflege

- Aufgabe Pflege → Beobachtungen/Informationen sach- und fachgerecht weitergeben, Ärzte sind eher punktuell vor Ort → dadurch kann Bedarf ermittelt werden, betrifft feste und Bedarfsmedikation/Diagnostikmedikation bzw. –therapie.
- Schnittstellensituation: Pflege hat die Aktionsmöglichkeit, Lösungen zu finden.
- Durchführungsverordnung heißt auch, Informationen weiterzugeben.
- Follow-up: Patientengespräche oder Gespräche mit Angehörigen.

Erwartungen an Ärzte

- Verordnungshoheit und Arzneimittelanamnese liegen beim Arzt.

Erwartungen an Apotheker

- Apotheker wird eher als Ansprechpartner für Patienten und Angehörige gesehen.
- Polymedikation: Apotheker sollen einbezogen werden, sollen aber dann an den Arzt wenden.

Apotheker

Moderation: N. Griese-Mammen

| Gruppenarbeit 1 – Rollenverständnis und Erwartungen an andere Berufsgruppen | | | | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|----------------------|--------|--------------|--------|-------------------------------------|
| Prozessschritt | Aufgabe | Rolle des Apothekers | | Erwartung an | | Settingspezifisch Besonderheiten |
| | | | | Ärzte | Pflege | |
| Bedarfs- erkennung | | | | | | |
| Arzneimittel- anamnese | | | | | | |
| Medikations- analyse (ABP) | Fehlende Indikation für Arzneimittel | Erkennung | Lösung | K | A | |
| | Fehlende Evidenz für AM-Wahl | Erkennung | Lösung | K | A | |
| | Fehlendes Arzneimittel | Erkennung | Lösung | K | A | |
| | Kontraindikationen | Erkennung | Lösung | K | A | |
| | Nebenwirkungen | Erkennung | Lösung | K | A | P |
| | Wechselwirkungen | Erkennung | Lösung | K | A | |
| | Doppelmedikation | Erkennung | Lösung | K | A | P |
| | Ungeeignete Dosierung (<i>ausserhalb ZL</i>) | Erkennung | Lösung | K | A | P |
| | Falsche Anwendungszeitpunkte | Erkennung | Lösung | K | A | P |
| | Ungeeignetes Dosierungsintervall | Erkennung | Lösung | K | A | P |
| | Ungeeignete Therapiedauer | Erkennung | Lösung | K | A | P |
| | Ungeeignete Darreichungsform | Erkennung | Lösung | K | A | P |
| | Anwendungsprobleme | Erkennung | Lösung | K | A | P |
| | Nicht sachgerechte Lagerung | Erkennung | Lösung | K | A | P |
| Adhärenzprobleme | Erkennung | Lösung | K | A | P | |
| Follow-Up | Follow-up von Interventionen | | | | | P |
| | Patientenbeobachtung im Alltag (u.a. Screening auf Nebenwirkungen) | | | | | P |
| | Unterstützung bei der Arzneimittelanwendung | | | | | P |
| | Förderung Adhärenz | | | | | P |
| | AMTS Prüfung bei Neuverordnungen | | | | | P |
| | Aktualisierung Medikationsplan (<i>Medi</i>) Krankheitsverlauf | | | | | P |

● / ● = Aufgabenteil von Apotheker / OTC
● = immer
 K = Krankenhaus A = Ambulanz P = Pflegeheim OTC = OTC

Allgemeine Aussagen

Bedarfserkennung und Arzneimittelanamnese können hierfür geschulte Ärzte, Apotheker und Pflegekräfte in allen Bereichen (Krankenhaus, Pflegeheim und im ambulanten Bereich) durchführen. Dazu müssen die Heilberufler alle das gleiche Verständnis von den Abläufen der Medikationsanalyse haben. Wer dies im jeweiligen Bereich verantwortlich durchführt, hängt von dem für den jeweiligen Bereich definierten Prozess der Medikationsanalyse und des -managements ab. Die Festlegung der Prozesse wird als Aufgabe für die Arbeitsgruppen am Nachmittag gesehen.

Medikationsanalyse

Die Aufteilung der Verantwortlichkeiten zwischen Ärzten, Apothekern, und Pflege hängt vom für den Bereich sinnvollen Prozess ab. Der Prozess und die Verantwortlichkeiten können sich daher für die verschiedenen Bereiche unterscheiden. In der Arbeitsgruppe wurden allgemein mögliche Verantwortlichkeiten aufgrund der unterschiedlichen Kompetenzen formuliert. Eine genauere Festlegung muss für jeden Bereich auf Grundlage des Prozesses getroffen werden. Grundsätzlich zeichnete sich ab, dass die Pflege stark im Bereich der **Beobachtung** des Patienten ist, da sie ihn auch im Alltag erlebt, zum Beispiel Adhärenzprobleme und Anwendungsfehler werden leicht erkannt. Apotheker sind stark im **Erkennen von arzneimittelbezogenen Problemen (ABP)** und der Arzt hat die **Verantwortung in der Therapieentscheidung zur Lösung von ABP**.

Apotheker

Bei den rot markierten ABP (verordnete Arzneimittel) und den blau markierten ABP (OTC) sieht die Arbeitsgruppe die Hauptverantwortung der Detektion beim Apotheker. Die grün markierten ABP kann der Apotheker erkennen, wenn die entsprechenden Informationen vorliegen, zum Beispiel in Form eines Arztberichtes oder Laborwerten. Für einige ABP kann der Apotheker die Hauptverantwortung bei der Lösung übernehmen (z.B. falsche Anwendungszeitpunkte, nicht sachgerechte Lagerung). Sobald zur Lösung des ABP eine Änderung einer Verordnung notwendig ist, liegt die Entscheidung beim verordnenden Arzt.

Ärzte

Ärzte können im Rahmen einer Medikationsanalyse viele ABP erkennen und lösen. Die ABP „Fehlende Evidenz für AM-Wahl, fehlende Arzneimittel, Kontraindikation, ungeeignete Therapiedauer“ sind ABP, bei denen die Hauptverantwortung beim Erkennen und beim Arzt liegt. Sobald zur Lösung des ABP eine Änderung einer Verordnung notwendig ist, liegt die Entscheidung beim verordnenden Arzt.

Pflege

Die Pflegekräfte werden als Beobachter wahrgenommen, die Hinweise zu möglichen ABP wie Nebenwirkungen und Anwendungsproblemen geben können.

Follow-up

Auch beim Follow-up wird die Definition von Verantwortlichkeiten im Rahmen eines definierten Prozesses als elementar angesehen, um eine Implementierung des Prozesses zu ermöglichen.

Apotheker

Bei der AMTS-Prüfung bei Neuverordnungen im ambulanten Bereich und in Pflegeheimen liegt ein Fokus auf Interaktionen und Doppelmedikation.

Ärzte

Bei der AMTS-Prüfung bei Neuverordnungen liegt ein Fokus auf Kontraindikationen.

Pflege

Der Pflege kommt bei der Unterstützung bei der Arzneimittelanwendung und der Patientenbeobachtung im Alltag eine besondere Bedeutung zu.

Ärzte

Moderation: M. Scherer

GEMEINDELL

Gruppenarbeit 1 – Rollenverständnis und Erwartungen an andere Berufsgruppen

| Prozessschritt | Aufgabe | Rolle des Arztes | Erwartung an | | Settingspezifische Besonderheiten |
|---------------------------|---------------------------------------------------------------------|------------------|--------------|-----------|-----------------------------------|
| | | | Pflege | Apotheker | |
| Bedarfs-erkennung | | | | | |
| Arzneittel-anamnese | | | | | |
| Medikations-analyse (ABP) | Fehlende Indikation für Arzneimittel | ••••• | ••••• | ••••• | |
| | Fehlende Evidenz für AM-Wahl | ••••• | ••••• | ••••• | |
| | Fehlendes Arzneimittel | ••••• | ••••• | ••••• | |
| | Kontraindikationen | ••••• | ••••• | ••••• | |
| | Nebenwirkungen | ••••• | ••••• | ••••• | |
| | Wechselwirkungen | ••••• | ••••• | ••••• | |
| | Doppelmedikation | ••••• | ••••• | ••••• | |
| | Ungeeignete Dosierung | ••••• | ••••• | ••••• | |
| | Falsche Anwendungszeitpunkte | ••••• | ••••• | ••••• | |
| | Ungeeignetes Dosierungsintervall | ••••• | ••••• | ••••• | |
| | Ungeeignete Therapiedauer | ••••• | ••••• | ••••• | |
| | Ungeeignete Darreichungsform | ••••• | ••••• | ••••• | |
| | Anwendungsprobleme | ••••• | ••••• | ••••• | |
| | Nicht sachgerechte Lagerung | ••••• | ••••• | ••••• | |
| Adhärenzprobleme | ••••• | ••••• | ••••• | | |
| Follow-Up | Follow-up von Interventionen | | | | |
| | Patientenbeobachtung im Alltag (u. a. Screening auf Nebenwirkungen) | | | | |
| | Unterstützung bei der Arzneimittelanwendung | | | | |
| | Förderung Adhärenz | | | | |
| | AMTS Prüfung bei Neuverordnungen | ••••• | ••••• | ••••• | |
| Aktualisierung Medikation | ••••• | ••••• | ••••• | | |
| Krankheitsprogression | ••••• | ••••• | ••••• | | |
| | Leistungsgerechte Vordung | | | | |

Handwritten notes on the table:

- Top right: GEMEINDELL
- Center: VERBESSERUNG DER SCHNITTSTELLEN
- Left margin: Grundanforderung, Selbstverantwortung, THERAPIEHOHEIT
- Right margin: Stärkere Rolle Apotheker, Ambulanz, Tägliche Interaktion, Nicht-Funktion, Pharmazeutische Konsile
- Bottom: Verbesserung der Medikationsqualität, Kummulation → Polypharmazie

Allgemeine Aussagen

- Die Medikationsanalyse wird primär als ärztliche Aufgabe bzw. als Aufgabe, die in Verantwortung des Arztes liegt, angesehen.
- Es besteht Unsicherheit, wer die Medikationsanalyse verordnen soll.
- Der Arzt selbst soll die Medikationsanalyse in der Arztpraxis durchführen können – hier wird ein einmal jährlicher Rhythmus vorgeschlagen.
- Der Begriffe „Therapiehoheit“ und „ärztliche Verantwortung“ werden diskutiert.
- Es wird hervorgehoben, dass die Entscheidungsfindung in der alleinigen Verantwortung des Arztes liegt.
- Man erhofft sich durch die Zusammenarbeit mit den anderen Berufsgruppen einen langfristigen Lerneffekt, so dass manche Fehler künftig vermieden werden können.
- Die Teilnehmer vermuten, dass eine Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen im stationären Setting und in Pflegeheimen einfacher möglich sein könnte, als im ambulanten Setting.
- Problematisch sei, dass der Patient von den jeweiligen Berufsgruppen zu unterschiedlichen Zeitpunkten angetroffen wird und dadurch die Konstitution des Patienten unterschiedlich wahrgenommen werden kann.
- Alle am Medikationsprozess Beteiligten sollten in einer gemeinsamen Sprache mit Patienten kommunizieren, sonst wird der Patient verunsichert.
- In einheitlichen Settings wie im Krankenhaus oder in Alten- und Pflegeheimen existieren bessere Voraussetzungen für interdisziplinäre Zusammenarbeit, im ambulanten Bereich ist die Situation komplexer, da der Patient verschiedene Anlaufstellen hat (keine gemeinsame Aktionsplattform).

Apotheker

- Der Apotheker wird als Unterstützung an den Schnittstellen angesehen.
- Der Apotheker kann den Arzt in pharmakologischen Fragestellungen unterstützen und wird als wichtige Informationsquelle wahrgenommen.
- Die Apotheker hat ggf. eine Übersicht über alle Arzneimittel eines Patienten (z.B. vom Hausarzt, vom Facharzt, Selbstmedikation), allerdings fehlen für eine umfassende Analyse weitere Daten, z. B. klinische Parameter wie die Nierenfunktion.
- Apotheker sollen bei der Identifizierung potentieller Interaktionen erst mit dem Arzt Rücksprache halten und den Patienten nicht verunsichern. Denn meist hat der Apotheker nur ein eingeschränktes Wissen hinsichtlich der Diagnosen und Therapiehintergründe.
- Einzelne Teilnehmer würden in der Klinik Schulungen durch Apotheker begrüßen – diese sollten settingspezifisch bzw. fehlerspezifisch stattfinden.
- Der Begriff „pharmazeutische Konsile“ wird „eingeführt“ und diskutiert - es wäre vorstellbar dem Apotheker spezifische Anfragen zur Medikation/Pharmakologie zu stellen.

Pflege

- Die Pflegekräfte werden als Berichterstatter und Beobachter wahrgenommen, z. B. bei der Identifizierung von unerwünschten Arzneimittelwirkungen.
- Grundsätzlich wären Tandemvisiten im Pflegeheim und in Krankenhäusern vorstellbar, dies bedeutet jedoch einen hohen Zeitaufwand für alle Beteiligten. Daher schlecht realisierbar.

Kurzer Exkurs zu:

- Partizipative Entscheidungsfindung (PEF) – Arzt und Patient sollen Entscheidungen, die im medizinischen Kontext stehen, gemeinsam treffen.
- Leitliniengerechte Verordnung

Anlage 5

Ergebnisse 2. Gruppenarbeit: Interprofessionelle Best-Practice-Modelle für die Medikationsanalyse und das Medikationsmanagement

Stationärer Bereich

Moderation: H. Seidling

Rollendefinition:

- Verantwortliche Durchführung = Rot
- Zuarbeiten = Schwarz
- Dokumentation = Grün
- Information = Blau
- Empfänger/Weiterverarbeitung = (X)
- Nicht beteiligt = (O)

| Gruppenarbeit 2 – Interprofessionelle Best-Practice-Modelle (Stationärer Bereich) | | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|---------------------|-------------------------|------------------|
| Prozessschritt | Aufgabe | Rolle des Arztes | Rolle des Apothekers | Rolle der Pflege |
| Bedarfs-erkennung | Aufnahme / Entlassung klinische Veränderung | | | |
| Arzneittel-anamnese | Erstfassung neue Anordnung | ● | ● | |
| Medikations-analyse (ABP) | Fehlende Indikation für Arzneimittel | ● | ● | |
| | Fehlende Evidenz für AM-Wahl | ● | ● | |
| | Fehlendes Arzneimittel | ● (X) | ● | |
| | Kontraindikationen | ● (X) | ● | ● B |
| | Nebenwirkungen | ● (X) | ● | ● b |
| | Wechselwirkungen | ● (X) | ● | ● b |
| | Doppelmedikation | ● (X) | ● | ● B |
| | Ungeeignete Dosierung | ● (X) | ● | ● B |
| | Falsche Anwendungszeitpunkte | ● (X) | ● | ● B |
| | Ungeeignetes Dosierungsintervall | ● (X) | ● | ● B |
| | Ungeeignete Therapiedauer | ● (X) | ● | ● B |
| | Ungeeignete Darreichungsform | (X) ● AM-Umstellung | ● | ● B |
| | Anwendungsprobleme | (X) ● AM-Umstellung | ● | ● B ● |
| Information des Patienten | Nicht sachgerechte Lagerung | (-) | (X) ● PK / Pat. schulen | ● B ● |
| | Adhärenzprobleme | (X) | ● Information | ● B ● |
| | | | | |
| Follow-Up | Follow-up von Interventionen | ● | ● | |
| | Patientenbeobachtung im Alltag (u.a. Screening auf Nebenwirkungen) | (X) ● | ● | |
| | Unterstützung bei der Arzneimittelanwendung | ● | ● | |
| | Förderung Adhärenz | ● | (X) ● PK / Pat. schulen | ● B |
| | AMTS Prüfung bei Neuverordnungen | ● | ● | ● |
| | Aktualisierung Medikation | ● | ● | ● B |
| Krankheitsprogressionverlauf | ● | ● | (-) | |
| | | | ● B | |
| | | | ● | |

→ Evaluation "Qualitätszirkel / Fallkonferenzen" → Sup. / Standards

- Im stationären Setting bieten sich vor allem die Schnittstellen Aufnahme/Entlassung/Verlegung für eine Medikationsanalyse an. Ggf. kann eine umfassende Medikationsanalyse auch bei einer umfangreichen Veränderung des klinischen Bildes sinnvoll sein.
- Die Anamnese kann vom Arzt oder Apotheker (je nach Aufstellung der Klinik) durchgeführt werden. Hierfür müssen einheitliche Standards definiert werden.
- Im Rahmen der Medikationsanalyse sind alle Berufsgruppen beteiligt. Die „typische“ Aufteilung bedeutet, dass die Pflege beobachtet und berichtet, der Apotheker durch Medikationsanalysen erkennt und Lösungsvorschläge unterbreitet und der Arzt diese verantwortlich umsetzt.

- Es gibt aber auch ABP, die von der Pflege oder vom Apotheker erkannt und verantwortlich gelöst werden.
- Prinzipiell sollten alle Berufsgruppen in ein einheitliches Dokumentationsmedium dokumentieren, so dass die Handlungen von den anderen einsehbar sind und ggf. auch Reaktionen explizit eingefordert werden.

Alten- und Pflegeheime

Moderation: U. Jaehde

Rollenverteilung bei der Erkennung von ABP im Rahmen der Medikationsanalyse

X Rot = Verantwortliche Durchführung

X Schwarz = Zuarbeit

X Blau = Information

D = Dokumentation

E = Empfänger von Information

| Gruppenarbeit 2 – Interprofessionelle Best-Practice-Modelle (Alten- und Pflegeheime) | | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|------------------|----------------------|------------------|
| Prozessschritt | Aufgabe | Rolle des Arztes | Rolle des Apothekers | Rolle der Pflege |
| Bedarfs-erkennung | <i>Bedarfsmedikation</i> <i>Patientenbeobachtung</i> | | | |
| Arzneittel-anamnese | | | | |
| Medikations-analyse (ABP) | Fehlende Indikation für Arzneimittel | X | X | E XX |
| | Fehlende Evidenz für AM-Wahl | X | XX | E |
| | Fehlendes Arzneimittel | X | | E XX |
| | Kontraindikationen | X | X | E XX |
| | Nebenwirkungen | X | X | X |
| | Wechselwirkungen | X | X | |
| | Doppelmedikation | | X | X |
| | Ungeeignete Dosierung | X | X | X |
| | Falsche Anwendungszeitpunkte | | X | |
| | Ungeeignetes Dosierungsintervall | | X | X |
| | Ungeeignete Therapiedauer | X | X | X |
| | Ungeeignete Darreichungsform | | X | X |
| | Anwendungsprobleme | | | X |
| | Nicht sachgerechte Lagerung | | X | X |
| Adhärenzprobleme | X | X | X | |
| Follow-Up | Follow-up von Interventionen | | | |
| | Patientenbeobachtung im Alltag (u.a. Screening auf Nebenwirkungen) | | | |
| | Unterstützung bei der Arzneimittelanwendung | | | |
| | Förderung Adhärenz | | | |
| | AMTS Prüfung bei Neuverordnungen | | | |
| | Aktualisierung Medikation | | | |
| | Krankheitsprogression | X → D | Nicht X → E | |

Ambulanter Bereich

Moderation: W. Niebling

Rot = Verantwortliche Durchführung

Schwarz = Zuarbeit

| Gruppenarbeit 2 – Interprofessionelle Best-Practice-Modelle (Ambulanter Bereich) | | | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|-----------------------|----------------------|------------------|---|
| Prozessschritt | Aufgabe | Rolle des Arztes (HA) | Rolle des Apothekers | Rolle der Pflege | |
| Bedarfs-erkennung | Kriterien gesteuert (GFR, AM etc.) | ● | ● | ● | |
| Arzneimittel-anamnese | | | ● (Hausapotheke) | | |
| Medikations-analyse (ABP) | Fehlende Indikation für Arzneimittel | ● | ● | | |
| | Fehlende Evidenz für AM-Wahl | ● | | | |
| | Fehlendes Arzneimittel | ● | ● | ● | |
| | Kontraindikationen | ● | ● | | |
| | Nebenwirkungen | | ● | ● | ● |
| | Wechselwirkungen | | ● | ● | ● |
| | Doppelmedikation | | ● | ● | ● |
| | Ungeeignete Dosierung | ● | | ● | |
| | Falsche Anwendungszeitpunkte | | ● | ● | ● |
| | Ungeeignetes Dosierungsintervall | | ● | ● | ● |
| | Ungeeignete Therapiedauer | ● | | ● | ● |
| | Ungeeignete Darreichungsform | ● | ● | ● | ● |
| | Anwendungsprobleme | | | ● | ● |
| | Nicht sachgerechte Lagerung | ● | | ● | ● |
| Adhärenzprobleme | | | ● | ● | |
| Follow-Up | Follow-up von Interventionen | ● | ● | ● | |
| | Patientenbeobachtung im Alltag (u.a. Screening auf Nebenwirkungen) | ● | | ● | |
| | Unterstützung bei der Arzneimittelanwendung | ● | ● | ● | |
| | Förderung Adhärenz | | ● | | |
| | AMTS Prüfung bei Neuverordnungen | ● | | ● | |
| | Aktualisierung Medikation | ● | | ● | |
| | Krankheitsprogression | | ● | | |
| | Individualisierung Med. plan | | | | |

- Ambulanter Bereich ist nicht klar strukturiert, gemeinsame standardisierte Plattform wäre notwendig; anschließende Diskussion über Strukturierung:
 - Vorgehen z. B. wie in Disease-Management-Programmen.
 - bestimmte Kriterien können den Bedarf zur Durchführung einer Medikationsanalyse für einen Patienten triggern (z. B. GFR, Anzahl der Arzneimittel, bestimmte Wirkstoffe, chronische Erkrankungen), diese können helfen, den Bedarf eines Patienten tatsächlich zu identifizieren (in verschiedenen Modellprojekten zur Medikationsanalyse und zum -management existieren bereits diverse Kriterien).
 - Die Frage nach einer adäquaten Vergütung für die Medikationsanalyse wird angeschnitten und kurz diskutiert, da diese bisher (außerhalb von Projekten wie beispielsweise ARMIN) nicht vergütet wird (in Ausnahmefällen werde sie separat über den Patienten als IGEL-Leistung abgerechnet).
- Diskussion über die Rollenverteilung der einzelnen Aufgaben (ABPs) im Rahmen der Medikationsanalyse und des Medikationsmanagements.

- Festlegung von einzelnen Rollen für die jeweiligen Professionen im ambulanten Bereich schwer durchführbar (Verantwortlichkeiten können in geschlossenen Bereich wie Krankenhaus oder Alten- und Pflegeheime wesentlich einfacher festgelegt werden).
- In der Diskussion kam zum Ausdruck, dass zwischen den Professionen unterschiedliche Auffassungen für eine Medikationsanalyse und ein Medikationsmanagement existieren; im Folgenden wurden den einzelnen Prozessschritten der Medikationsanalyse und des Medikationsmanagements die jeweiligen Rollen zugeordnet (Rot = Verantwortliche Durchführung, Schwarz = Zuarbeit).
- Bei einigen ABP liegt die Hauptverantwortung der Detektion beim Arzt, da im ambulanten Bereich nur dem Arzt die hierfür notwendigen Informationen vorliegen, zum Beispiel bei Indikationsstellung und Kontraindikationen. In den meisten Fällen übernimmt der Arzt die Hauptverantwortung für die Lösung eines ABP (roter Punkt in der Tabelle).
- Bei einer AMTS-Prüfung durch den Apotheker sollte auf ABP fokussiert werden, für deren Detektion dem Apotheker die notwendigen Daten vorliegen. Einige ABP können Apotheker nach der Detektion auch hauptverantwortlich lösen (kein Punkt beim Arzt). Sobald eine Änderung der Verordnung zur Lösung des ABP notwendig ist, liegt die Verantwortung der Lösung beim verordnenden Arzt.
- Ein roter Punkt in der Mitte der Tabelle impliziert, dass die beiden jeweils „angrenzenden“ Berufsgruppen für das jeweilige ABP die Verantwortung übernehmen können (z. B. Nebenwirkungen).
- Die Pflegekräfte in den Alten- und Pflegeheimen und ambulant werden als optimale Berichterstatter angesehen, da sie die Patienten rund um die Uhr betreuen, ABPs zeitnah identifizieren und dem Arzt (ggf. auch dem Apotheker) berichten können.
- Als weiteres Item wurde die „Aktualisierung des Medikationsplans“ mit aufgenommen.
- Der Bedarf an Kommunikationsplattformen wird diskutiert. Einheitlich werden digitale Lösungen zum Austausch von Informationen unter den Berufsgruppen als erforderlich angesehen. Die technische Voraussetzung ist Grundlage für eine flächendeckende Implementierung.
- Die Problematik der unterschiedlichen beteiligten Facharztgruppen wird diskutiert.