

Ergebnisbericht

(gemäß Nr. 14.1 ANBest-IF)

Konsortialführung:	AOK Nordost - Die Gesundheitskasse
Förderkennzeichen:	01NVF17008
Akronym:	OAV
Projekttitel:	Optimierte Arzneimittelversorgung für pflegebedürftige geriatrische Patienten
Autoren:	Jacqueline Fahrentholz, Christina Gorny, Dr. Frank-Christian Hanke, Prof. Hans Jürgen Heppner, Benedikt Langenberger, Jun.- Prof. Martin Siegel, Jun.- Prof. Verena Vogt
Förderzeitraum:	1. Oktober 2017 – 30. September 2021

Inhaltsverzeichnis

I	Abkürzungsverzeichnis	3
II	Abbildungsverzeichnis	4
III	Tabellenverzeichnis	5
1.	Zusammenfassung.....	6
2.	Beteiligte Projektpartner.....	7
3.	Projektziele	9
3.1	Interventionsziele.....	9
3.2	Evaluation.....	9
4.	Projektdurchführung.....	10
4.1	Beschreibung der neuen Versorgungsform	10
4.1.1	Einführung	10
4.1.2	Inhalte, Prozess und Methodik der praktischen Durchführung	10
4.1.3	Qualifizierung /Weiterbildung.....	20
4.1.3.1	Etablierung – Anpassung.....	21
4.1.3.2	Hochschulqualifizierung.....	21
4.1.3.3	Qualitätsindikatoren/Qualitätssicherungsinstrumente.....	25
4.2	Rechtsgrundlagen	27
4.3	Implementierung und Herausforderung.....	27
4.3.1	Praktische Implementierung	27
4.3.2	Herausforderungen	27
4.3.3	Epidemiologische Lage (CoViD-19).....	29
4.3.4	Fazit.....	29
5.	Methodik	30
5.1	Datenquellen, Studiendesign, Ein- und Ausschlusskriterien	30
5.2	Fallzahlberechnung, Dropout und Effektstärke	32

5.3	Selektion der Kontrollgruppe	33
5.4	Propensity Score Matching	34
5.5	Operationalisierung der Outcome-Variablen	35
5.6	Berechnung der Effektivität der Intervention.....	35
5.7	Berechnung der Kosten der Interventions- und Kontrollgruppe.....	36
5.8	Berechnung der Kosteneffektivität.....	37
6.	Projektergebnisse.....	38
7.	Diskussion der Projektergebnisse	51
7.1	Effekt der Intervention auf das primäre Outcome	51
7.2	Effekt der Intervention auf sekundäre Outcomes	51
7.3	Kosteneffektivität der Intervention	52
8.	Verwendung der Ergebnisse nach Ende der Förderung	52
8.1	Aus- und Fortbildung für Pflegefachkräfte	53
8.2	Hochschulweiterbildung in der interdisziplinären Geriatrie.....	53
8.3	Interdisziplinäre Zusammenarbeit in den Pflegeeinrichtungen	54
9.	Erfolgte bzw. geplante Veröffentlichungen	55
10.	Literaturverzeichnis.....	56
11.	Anhang	57
12.	Anlagen.....	57

I. Abkürzungsverzeichnis

AMK	Arzneimittelkomitee
AKNR	Apothekerkammer Nordrhein
ATC	Anatomisch-Therapeutisch-Chemisch
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
care ^{plus}	Vertrag gemäß § 92b SGB XI i. V. m. § 140a Abs. 1 SGB V zur integrierten medizinischen und therapeutischen Versorgung von Bewohnern stationärer Pflegeeinrichtungen
DGG	Deutschen Gesellschaft für Geriatrie
DTVP	Deutsches Vergabeportal
EDV	Elektronische Datenverarbeitung
TE EWE	Teilnahme- und Einwilligungserklärung
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
ITT	Intention-To-Treat
IV	Integrierte Versorgung
IVi	Intensivschulungen-Visitenvorbereitungen
MRA	Medikations- und Risikoanalysen
NSAR	nicht steroidale Antirheumatika
OAV	Optimierte Arzneimittelversorgung (für geriatrisch pflegebedürftige Menschen)
PIM	Potentially inappropriate medication / potentiell unangemessener Wirkstoff
PSM	Propensity Score Matching
RMS	Risikomanagementsystem
PP	Per-Protocol
PTA	Pharmazeutisch-technische Assistent*innen
QPR	Qualitätsprüfungs-Richtlinie (für Pflegeeinrichtungen)
RM	Risikomanagement
TBB	Therapiebeobachtungsbogen
UAE	Unerwünschtes Arzneimittelereignis
UE	Unerwünschtes Ereignis
VERIKO	klinisch-digitales V ersorgungs- und R isikomanagementsystem
WHO	World Health Organization

II. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Zusammensetzung der Teilnehmer(-gruppen) an den Weiterbildungen	13
Abbildung 2:	RM-Prozess im geriatrischen Team	14
Abbildung 3:	Darstellung des Optimierungszyklus der geriatrischen Teams	18
Abbildung 4:	Reifegrade oder – stufen eines RM-Systems nach ONR 49001:2014	Fehler! Textmarke nicht definiert.
Abbildung 5:	Vergleich der Schädigungsrate (A) von Medikationsfehlern vor und nach Implementierung eines RMS (AKNR Geriatrische Pharmazie 2008)	19
Abbildung 6:	Innovative gesundheitliche Versorgungsleistungen Pflege/Apotheke/Arzt	20
Abbildung 7:	QM-Reifestufen nach ONR 49001:2014	21
Abbildung 8:	Kompetenzentwicklung im Arzneimittelrisikomanagementsystem	22
Abbildung 9:	Teilnehmer Hochschulweiterbildung der interdisziplinären Geriatrie.....	22
Abbildung 10:	Hochschulweiterbildung der interdisziplinären Geriatrie	23
Abbildung 11:	Verteilung der 324 UAE-Verdachtsfälle bei den Patienten mit UAE-Verdacht (96 Patienten) im Jahr 2020.....	50

III. Tabellenverzeichnis

Tab. 1: Überblick über die erreichten und nicht erreichten Ziele für die Endpunkte der Evaluation im Sinne der Intention-To-Treat (n=1.566) bzw. Per-Protocol-Analyse (n = 522)	32
Tab. 2: Verteilung der Patienten in ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen nach dem PSM mit einer Mindestbeobachtungsdauer von vier Monaten nach (künstlichem) Interventionsbeginn in der ITT-Analyse.....	40
Tab. 3: Effekt der Intervention (Intervention*Post) auf das primäre und die sekundären Outcomes in der ITT-Analyse.	41
Tab. 4: Übersicht über die Kosteneffektivität nach Kostenmodellen in der ITT-Analyse.....	42
Tab. 5: Verteilung der Patienten in ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen nach dem Matching mit einer Mindestbeobachtungsdauer von 4 Monaten nach (künstlichem) Interventionsbeginn für die PP-Analyse	43
Tab. 6: Effekt der Intervention (Intervention*Post) auf das primäre und die sekundären Outcomes in der Subgruppe der Interventionsteilnehmern mit Medikations- und Risikoanalyse.	43
Tab. 7: Übersicht über die Kosteneffektivität nach Kostenmodellen in der Subgruppe der Patient*innen mit Medikationsanalyse	44
Tab. 8: Verteilung der stationären Patienten nach dem Matching mit einer Mindestbeobachtungsdauer von 4 Monaten nach (künstlichem) Interventionsbeginn.....	45
Tab. 9: Effekt der Intervention (Intervention*Post) auf das primäre und die sekundären Outcomes in der Subgruppe der stationär gepflegten Interventionsteilnehmer.	45
Tab. 10: Übersicht über die Kosteneffektivität der Intervention nach Kostenmodellen und Outcome in der Analyse der stationär gepflegten Patienten.....	46
Tab. 11: Ergebnisse der Analysen	47
Tab. 12: Ergebnisse der Kosteneffektivität für alle Analysen und Kostenmodelle.....	49

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung der Sprachformen männlich, weiblich und divers (m/w/d) verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für alle Geschlechter.

1. Zusammenfassung

Komplexe Behandlungen, insbesondere die Gabe von mehreren unterschiedlichen Medikamenten, können bei den Patienten unbeabsichtigt zu neuen Erkrankungen führen. Das betrifft vor allem ältere und multimorbide Patienten, die mehrere Therapien gleichzeitig erhalten. Um diese vermeidbaren arzneimittelassoziierten Komplikationen und die daraus resultierenden Mehrkosten in der Gesundheitsversorgung zu reduzieren, startete im Jahr 2017 das Innovationsfondsprojekt „OAV - Optimierte Arzneimittelversorgung für geriatrisch pflegebedürftige Menschen“, um eine Veränderung in der geriatrischen Versorgung von pflegebedürftigen Senioren in stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen anzustoßen. Im Rahmen eines Pilotmodells innerhalb des multiprofessionellen Versorgungsprogramms care^{plus} hat die AOK Nordost bereits in einem Gesamtzeitraum von 2011 bis 2017 in neun stationären Pflegeeinrichtungen das OAV-Modell erprobt (vgl. Anlage 7). Das Studiendesign entsprach einer multizentrischen, nicht-randomisierten, zweiarmigen Kohortenstudie. Zur Berechnung der Effektivität der Intervention wurde eine Difference-in-Differences (DiD) Analyse durchgeführt, die Kontrollgruppe wurde mittels Propensity Score Matching (PSM) ausgewählt. Das primäre Outcome der Analyse waren unerwünschte Arzneimittelereignisse (UAE), die sekundären Outcomes waren Krankenhauseinweisungen, die Anzahl eingenommener potenziell inadäquate Wirkstoffe (PIMs) und das Vorliegen von Polypharmazie. Die zur Berechnung der Kosteneffektivität einbezogenen Kosten umfassten die Kosten aus den Routinedaten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und der gesetzlichen Pflegeversicherung (GPV) sowie Kosten für Einschreibung, Schulung und monatliche Betreuung der Probanden als direkte Interventionskosten. Die Inzidenz der UAE konnte statistisch signifikant um 27,5% gesenkt werden, die Inzidenz der Krankenhauseinweisungen konnte statistisch signifikant um 17,5% gesenkt werden. Für Polypharmazie und die Anzahl eingenommener potenziell inadäquater Medikationen wurde kein statistisch signifikanter Effekt der Intervention beobachtet. Die ICER des primären Outcomes betrug unter Einbezug aller direkten Interventionskosten im Vergleich zur Regelversorgung 15.182,52 € (95%-KI: 7.894,90 €; 34.978,53 €) Zusatzkosten pro verhinderter UAE. Die ICER des Sekundäroutcomes Krankenhauseinweisungen betrug Zusatzkosten von 4.126,63 € (95%-KI: 2.101,84 €; 8.638,22 €) pro verhinderter Krankenhauseinweisung im Vergleich zur Regelversorgung. Bei Fokussierung auf Patienten, die eine Medikations- und Risikoanalyse erhalten hatten, wurde ein stärkerer Effekt der Intervention auf UAE beobachtet. In dieser Subgruppenanalyse wurden zudem statistisch signifikante Effekte der Intervention auf die medikationsbezogenen Outcomes errechnet. Polypharmazie und die Anzahl PIMs konnten signifikant gesenkt werden. Dagegen konnten Krankenhauseinweisungen hier nicht statistisch signifikant gesenkt werden. In der Subgruppe der stationär gepflegten Patienten waren die Effekte auf Krankenhauseinweisungen und UAE vergleichbar mit denen der Hauptanalyse. Zusätzlich konnte das Vorliegen von Polypharmazie in dieser Subgruppe statistisch signifikant gesenkt werden. Die vorliegenden Analysen legen nahe, dass die OAV-Intervention zur Verhinderung von UAE und Krankenhauseinweisungen beiträgt. Bei stationär gepflegten Patienten konnte darüber hinaus die Prävalenz von Polypharmazie reduziert werden. Medikations- und Risikoanalysen scheinen in besonderem Maße dazu geeignet, Polypharmazie und die Einnahme von PIM zu reduzieren. Die Kosteneffektivität der Intervention schwankte in Abhängigkeit der unterschiedlichen Kostenmodelle stark.

2. Beteiligte Projektpartner

Name	Verantwortlichkeit/ Rolle im Projekt	Projektleitung
AOK Nordost – Die Gesundheitskasse (AOK NO)	Konsortialführung	Jacqueline Fahrentholz
Gero PharmCare GmbH	Konsortialpartner	Dr. Frank-Christian Hanke
Technische Universität Berlin (TU Berlin)	Konsortialpartner/Evaluation	Prof. Dr. med. Reinhard Busse Jun.- Prof. Dr. Verena Vogt Jun.- Prof. Dr. Martin Siegel Benedikt Langenberger
Universität Witten/Herdecke	Konsortialpartner/Weiterbildung, Qualitätsindikatoren	Prof. Dr. Hans Jürgen Heppner
IKK Brandenburg und Berlin (IKK BB)	Konsortialpartner	Jens Haftenberger
VIActiv Krankenkasse (VIActiv)	Konsortialpartner	Ralf Radomski
Apothekerkammer Nordrhein (AKNR)	Kooperationspartner	Dr. Georg Keller

Akronym: OAV

Förderkennzeichen: 01NVF17008

Projektstruktur und Verantwortlichkeiten innerhalb des Konsortiums:

AOK Nordost - Konsortialführung		
Operative Umsetzung	Implementierung des Projektes und fachliche Begleitung, Durchführung Medikations- und Risikoanalysen und Basiskurse	Gero PharmCare GmbH
	Akquise, Einschreibungsprozess, Administration, Koordination, Verwaltung, Datenlieferungen	AOK NO, IKK BB VIACTIV AKNR
Qualifizierung	Weiterbildung Pflegefachkräfte, Apotheker und Ärzte	Universität Witten/Herdecke
	Entwicklung Qualitätsindikatoren zur Bewertung der Reifegrade einer Pflegeeinrichtung	AKNR
Evaluation	Entwicklung Evaluationskonzept und Durchführung Evaluation	TU Berlin

3. Projektziele

Grundsätzlich wird mit dem Innovationsfondsprojekt „OAV“ das Ziel verfolgt, eine Über-, Unter- oder Fehlversorgung im gesamten Medikationsprozess zu vermeiden.

Damit ergeben sich zwei Zielgruppen, zum einen die Interventionsziele und zum anderen Nachweise messbarer Effekte, d.h. die Evaluation der Intervention.

3.1 Interventionsziele

Im Zentrum einer solchen neuen Versorgungsform steht die standardisierte Erkennung, Linderung und Verhinderung der arzneimittelinduzierten Morbidität bei geriatrischen Patienten. Auf der Versorgungsebene bedeutet dies, dass die beteiligten Berufsgruppen aus Pflegekräften, Apothekern und Ärzten eine neue Fehler- und Risikokultur einführen.

Daher wurde ein Versorgungsmodell mit folgenden Zielen entwickelt:

- Reduzierung arzneimittelinduzierter Risikosituationen bei pflegebedürftigen geriatrischen Patienten durch eine sektoren- und berufsgruppenübergreifende geriatrische Qualifizierung und Umsetzung von Qualitätsanforderungen;
- Erzeugen eines forcierten Risikobewusstseins bei allen am Medikationsprozess beteiligten Versorgern hinsichtlich der arzneimittelinduzierten Patientenschädigungen (UAE – Detektion);
- Pflegezentrierte Therapiebeobachtung durch Pflegefachkräfte aufgrund ihrer Nähe zum Patienten und
- durch den Einsatz geriatrischer Teams (beschrieben in Kapitel 4.1.1) und eines Arzneimittelrisikomanagementsystems (beschrieben in Kapitel 4.1.2) die Effizienz in der Versorgung pflegebedürftiger geriatrischer Patienten erhöhen sowie
- eine signifikante Verbesserung gesundheitlicher Outcomes sowie der medikamentösen Versorgung (z.B. Anzahl UAE minimieren, Verhinderung von Krankenhauseinweisungen und Stürzen).

3.2 Evaluation

Die im Rahmen der Evaluation zu untersuchenden Fragestellungen lauten wie folgt:

1. Führt die Intervention zu einer signifikanten Verbesserung
 - a) gesundheitlicher Outcomes und
 - b) der medikamentösen Versorgung von Patienten im Vergleich zur Regelversorgung?
2. Ist die Intervention kosteneffektiv im Vergleich zur Regelversorgung?

Die oben dargestellten Fragestellungen sollen durch die folgenden Outcomes operationalisiert und auf Patientenebene gemessen werden.

Als *primäres gesundheitliches Outcome* zur Messung der ersten Fragestellung (s.o. Ziff. 1a) wird die Anzahl unerwünschter Arzneimittelereignisse (UAE) pro 100 Patientenmonate herangezogen. UAE werden operationalisiert als die Teilmenge aller Krankenhausaufenthalte, die auf Medikationsfehler zurückzuführen sind. Als Zielreduktion wurde dabei ein Wert von 30 % definiert.

Als *sekundäre gesundheitliche Outcomes* (s.o. Ziff. 1b) werden die Anzahl der Krankenhauseinweisungen und Stürze herangezogen. Als Zielreduktion wurde für Krankenhausaufenthalte durch eine optimierte Medikation ein Wert von 24,8 % definiert.

Die hier definierten Ziele für den primären und sekundären Outcome basieren auf die Ergebnisse des OAV Pilotmodell im Rahmen des multiprofessionellen Versorgungsprogramms care^{plus} (siehe Kapitel 1.1).

Die ökonomischen Implikationen der Intervention werden anhand des inkrementellen Kosten-Effektivitäts-Verhältnisses auf Basis der Kosten pro vermiedene UAE pro 100 Patientenmonate und pro vermiedener Krankenhauseinweisungen dargestellt.

4. Projektdurchführung

4.1 Beschreibung der neuen Versorgungsform

Kernstücke der „Optimierten Arzneimittelversorgung für pflegebedürftige geriatrische Patienten“ in stationären oder ambulanten Pflegeeinrichtungen sind eine neue Form der Zusammenarbeit und ein klinisch geprüftes EDV-unterstütztes Risikomanagement, das in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen gemeinsam mit den versorgenden Apotheken und Ärzten etabliert wird. Eine deutlich verbesserte Risikokommunikation zwischen den Beteiligten ist ebenso wichtig, wie die gemeinsame interdisziplinäre Qualifikation.

4.1.1 Einführung

Das OAV-Projekt orientiert sich dabei an den internationalen Leitlinien des Risikomanagements der ISO 31000 und den Umsetzungen eines Risikomanagementsystems in der ONR 49000-Richtlinienserie (ONR 49001, ONR 49002, ONR 49003). Hinsichtlich dieser Betrachtungen sind das Geriatrische Assessment und das Geriatrische Medikationsassessment auch als klinische Risikomanagementprozesse zu verstehen. In einer zyklischen, kontinuierlichen Verbesserung werden (Arzneimittel)Risiken berufsgruppen- und sektorenübergreifend identifiziert, analysiert, bewertet, beurteilt und bewältigt.

Das Besondere dieser neuen Versorgungsform dabei ist, dass die beteiligten Pflegefachkräfte, Apotheker und Ärzte vor Ort eine gemeinsame duale betriebliche Ausbildung mit Hochschulanteilen der praktischen Geriatrie durchlaufen.

Interdisziplinarität, Selbstlernfähigkeit sowie das Bemühen um eine offene Fehler- und Risikokultur sind hier die entscheidenden Qualitätsfaktoren bei der Projektdurchführung.

So arbeiten die Experten gleichberechtigt in einem interdisziplinären geriatrischen Team zusammen. Ziel dieser Teams ist es, die Zusammenarbeit zu optimieren, das Verständnis über die eigene Fachrichtung hinaus zu erhöhen und zum Wohl des Patienten, Probleme wie z. B. Arzneimittelunverträglichkeiten zu lösen.

Dies ist ein völlig neuartiger Ansatz im Umgang mit Polypharmazie und den daraus resultierenden Komplikationen bei geriatrischen Patienten. Die mehrdimensionale Intervention zielt hierbei nicht nur auf die Vermeidung von erfassten Krankheiten durch Nebenwirkungen ab, sondern in erster Linie auf die Aktivierung der Alltagsressourcen und die Lebensqualität der betroffenen geriatrischen Patienten.

4.1.2 Inhalte, Prozess und Methodik der praktischen Durchführung

Im Zentrum der Intervention steht der Auf- und Ausbau multiprofessioneller geriatrischer Teams innerhalb des Versorgungsprozesses von Pflegeeinrichtungen.

Jedes geriatrische Team besteht aus Pflegefachkräften, Apothekern und Ärzten und sorgt durch Struktur- und Prozessoptimierungen für eine optimierte Behandlungs- und Arzneimittelsicherheit von eingeschriebenen Versicherten in stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen.

Alle geriatrischen Teams wurden im Rahmen dieses Projektes von externen klinisch erfahrenen Medikations- und Risikomanagern (Geriatrische Pharmazeuten auf dem Expert Level) und einem operativen Projektkoordinator (durchgeführt vom Konsortialpartner Gero PharmCare GmbH) begleitet. Sie waren aufgrund ihrer geriatrischen Kompetenz in der Lage das optimierte Arzneimittelversorgungssystem (OAV) in den Pflegeeinrichtungen zu implementieren sowie die vor Ort befindlichen Berufsgruppen zu qualifizieren.

Durch die forcierte Zusammenarbeit innerhalb des geriatrischen Teams, unterstützt durch die elektronische Software VERIKO[®], werden die für die Struktur- und Prozessoptimierungen erforderlichen Schritte zur **Risikoidentifikation**, der **Risikoanalyse**, der **Risikobewertung** und letztlich der **Risikobewältigung** geleistet (vgl. Anlage 2).

Die Pflegefachkräfte nehmen eine entscheidende Schlüsselrolle im geriatrischen Team bei der Vermeidung von unerwünschten Arzneimittelereignissen ein. Die Therapiebeobachtung, Intervention und Dokumentation von UAE werden in Fallbesprechungen eingebracht. Durch diese Form der Zusammenarbeit mit Ärzten und Apothekern können die Kernprobleme der medikamentösen Versorgung mit großen gesundheitlichen Vorteilen für die Pflegebedürftigen gelöst werden.

Die praktische Projektdurchführung, d. h. die Realisierung des Risikomanagementsystems, durchläuft fünf Reifegrade (vgl. Abb. 4) und dauert in einem einzelnen Netzwerk (Pflegeeinrichtung mit projektbeteiligten Pflegefachkräften, Apotheker und Ärzten) durchschnittlich neun Monate.

Der Konsortialpartner Gero PharmCare GmbH brachte durch Unterstützung seiner fortgeschrittenen interdisziplinären Netzwerkmanager (OAV-Moderatoren) alle Netzwerke während der Implementierung mindestens auf die Reifestufe 3. Danach entscheidet sich ob die Netzwerke sich selbständig weiter entwickeln und die Stufen 4 oder 5 erreichen oder auf der 3. Reifestufe bleiben.

Der Reifegrad wird von einem Netzwerkmoderator extern mit der Auditcheckliste (vgl. Anlage 4) qualitativ evaluiert. Die VERIKO[®] QS Software errechnet durch den klinisch festgestellten Medikationssicherheitsindex den quantitativen Versorgungszustand.

Die erfolgreiche und nachhaltige Umsetzung dieser gesundheitlichen Versorgungsqualitäten ist abhängig von der proaktiven Zusammenarbeit zwischen

- den einzelnen in der Versorgung tätigen Persönlichkeiten und Berufsgruppen sowie
- den arbeitsorganisatorischen Leitungen des jeweiligen Netzwerkes.

Die oben angeführten Ziele sollen durch ein entsprechendes Risikoscreening (Apotheke), eine verstärkte Risiko-Nutzen-Bewertung der Arzneimitteltherapie (Ärzte), eine gezielte Therapiebeobachtung und Risikokommunikation (Pflege) sowie durch ein Qualitäts- und Risikomanagement (geriatrische Pharmazeuten) erreicht werden.

Dieses interdisziplinäre Handeln umfasste neben der Initialen Schulung zu geriatrischen Schwerpunkten und Arzneimittelgrundlagen zyklisch durchgeführte

- monatliche Intensivschulungen-Visitenvorbereitungen (IVi) zwischen den Pflegefachkräften (Pflegeeinrichtungen) und den Pharmazeuten (kooperierende Apotheken),
- vierteljährliche Fall-oder Risikokonferenzen des gesamten geriatrischen Teams,
- halbjährliche Arzneimittelkomitees (AMK) des gesamten geriatrischen Teams.

Alle beteiligten Akteure im geriatrischen Team wurden für die Umsetzung der zu leistenden Aufgaben zuvor geschult (siehe Kapitel 4.1.3).

Die Schwerpunkte der Struktur- und Prozessoptimierung sind:

Risikoidentifikation:

- Die klinischen Symptome einer potenziellen UAE (Stürze, Magenblutungen, Kognitionsstörungen, etc.) werden bei allen eingeschriebenen Versicherten durch vertiefte Therapiebeobachtungen der Pflegefachkräfte (tägliche Dokumentation auf projektbezogene Therapiebeobachtungsbögen), ggf. auch der Ärzte, erkannt.
- Für diese Patienten wird der Medikationsplan in der Software VERIKO® erhoben (elektronischer Import oder Handfassung).
- Dann erfolgt durch die Software VERIKO® ein automatisiertes Risikoscreening pro Bewohner hinsichtlich kumulativer geriatritypischer Arzneimittelnebenwirkungen. Diese beiden Gruppen (aus Beobachtung der Pflegenden plus Risikoscreening der Software) bilden den Pool zur Detektion eines unerwünschten Arzneimittelereignisses (UAE).

Risikoanalyse:

- Die im Rahmen der Risikoanalyse durchzuführende UAE – Detektion (nach dem WHO – Kausalitätsassessment, bzw. Naranjo – Assessment der klinischen Pharmakologie) erfolgt dabei risikopriorisiert, d.h. die schwersten und häufigsten UAE werden vom geriatrischen Team vorrangig behandelt.
- Der teilnehmende Apotheker führt für jeden im Pool befindlichen Pflegebedürftigen während der monatlichen IVi (Intensivschulung-Visitenvorbereitung) eine UAE-Detektion durch. Bei einem UAE-Verdacht muss dieser durch eine vertiefte Medikations- und Risikoanalyse verifiziert werden.
- Nach den UAE-Detektionen geben die Apotheker entsprechende Therapieempfehlungen aus pharmazeutischer Sicht.
- Die klinisch erfahrenen Geriatrischen Pharmazeuten der Gero PharmCare GmbH führen eine Medikations- und Risikoanalyse durch und formulieren ggf. eine Interventionsempfehlung (z.B. Empfehlung zur Änderung der Medikation)

Risikobewertung:

- Das individuelle Risikoprofil, d. h. der verifizierte UAE - Verdacht und die Interventionsempfehlung werden dem zuständigen Arzt (Verordner) des Pflegebedürftigen schriftlich übermittelt (Medikations- und Risikoanalyse (MRA)).
- Proaktive Ärzte nutzen diese MRA als individuelle Risikoprofile ihrer Patienten zur Nutzen-Risikobewertung. Dabei dienen sie ihnen ebenfalls zur Vertiefung und Auffrischung ihres aktuellen klinisch-pharmakologischen Wissens am konkreten Fall und damit auch zur Stärkung der autonomen Gesundheitslage (Risikoprävention).

Risikobewältigung:

- Der behandelnde Arzt entscheidet über die Medikationsänderungen, das geriatrische Team über Änderungen im Bereich der Arzneimittelversorgung (Medikationsprozess). Eine Rückmeldung an den Patienten über beschlossene Medikationsänderungen oder Änderungen im Medikationsprozess erfolgt durch den Arzt bzw. im Auftrag des Arztes durch die Pflegefachkräfte (siehe Abb. 2, Punkt 4.6)
- Nach Optimierung der Arzneimittelversorgung erfolgt ein Monitoring der Symptome des Pflegebedürftigen.

Zusammenfassung des Ablaufs innerhalb Risikomanagementprozesses:

Während den monatlichen Fallbesprechungen (IVi) zwischen Apotheker und Pflegefachkräften werden die UAE detektiert. Dabei werden (kranken)pflegerisch-pharmazeutische Risikoprofile erarbeitet, die beim Patienten elektronisch und klinisch vor Ort erhoben wurden. Anschließend werden die Risikoprofile an die betroffenen Ärzte der teilnehmenden Patienten, bei denen ein Risiko identifiziert wurde, übermittelt. Diese Ärzte entscheiden dann darüber, ob sie Therapieänderungen vornehmen oder medizinische Gründe für die gewählte Behandlung sprechen.

In vierteljährlichen interdisziplinären Fallkonferenzen wird die Qualifizierung der geriatrischen Teams vertieft, indem individuelle Risiko-Nutzen Bewertungen der Hochrisikopatienten besprochen werden und Veränderungen in der Therapie gemeinsam zwischen Arzt, Apotheker und Pflegefachkraft beschlossen und umgesetzt werden.

Zusätzlich finden halbjährliche Treffen mit den relevanten Entscheidern der einzelnen Berufsgruppen statt (Arzneimittelkomitee - AMK), um Hochrisikoprozesse der Versorgungsumgebung zu bearbeiten, die in standardisierten pharmazeutischen Audits festgestellt wurden. Auf Grundlage des daraus resultierenden Berichtswesens trifft das Arzneimittelkomitee Entscheidungen für die Veränderungen/Verbesserungen der Arbeitsorganisation und der Strukturen des gesamten geriatrischen Teams. Erfolge oder Misserfolge in den einzelnen Medikationsprozessbereichen werden regelmäßig gemessen und dienen dem geriatrischen Team zur kontinuierlichen Verbesserung in immer wiederkehrenden Optimierungszyklen.

Der gesamte Prozessablauf des Risikomanagementsystems wird in Abbildung 2 grafisch dargestellt.

Für die notwendige Expertise wurden insgesamt 550 Mitarbeiter im Rahmen betrieblicher und überbetrieblicher Weiterbildungen qualifiziert (siehe Abbildung 1):

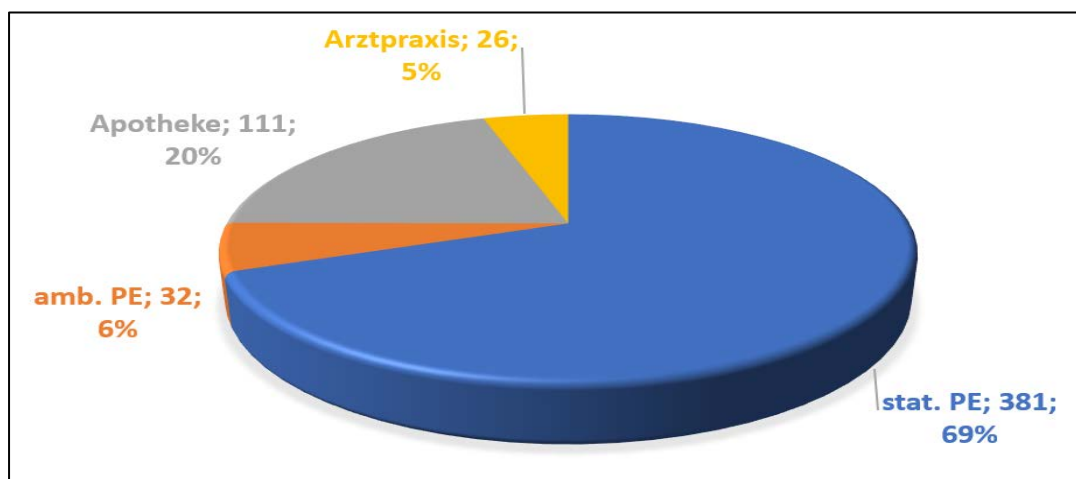


Abbildung 1: Zusammensetzung der Teilnehmer(-gruppen) an den Weiterbildungen

Weitere Ausführungen zu betrieblichen und überbetrieblichen Weiterbildungen sind unter Punkt 4.1.3 beschrieben.

Ablaufschema des Risikomanagementsystems im geriatrischen Team:

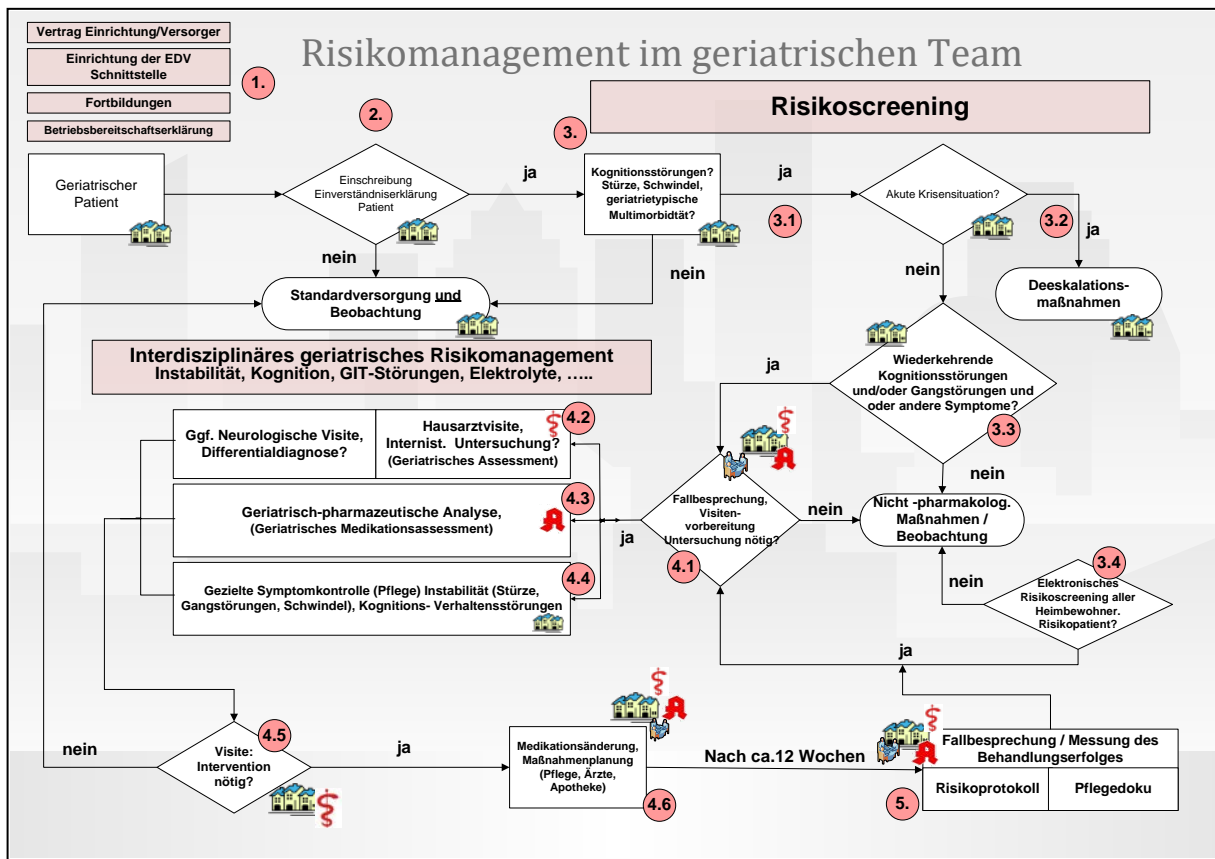


Abbildung 2: RM-Prozess im geriatrischen Team

1. Betriebsbereitschaft nach OAV Basiskurs (Theorie- und Praxiskurs)
2. Einschreibung
3. Risikoscreening (= Risikoidentifikation)
 - 3.1 Klinisch durch tägliche Symptomkontrolle / Therapiebeobachtung Pflege
 - 3.2 Klinische Beurteilung der Risikopriorität (Gefahr, Krise, Notfall) durch Pflege
 - 3.3 Chronische Symptome
 - 3.4 Elektronisches Rezeptscreening, erfasst alle Risikosignale (UAE-Verdacht) aller eingeschriebenen Versicherten.
4. Risikoanalyse und -Bewertung
 - 4.1 Intensivschulung / Visitenvorbereitung: Monatliche Fallbesprechung Pflege-Apotheke. Klinische Symptombeobachtungen der Pflege und das innovative elektronische Rezeptscreening des VERIKO-Systems erlauben es alle UAE Verdächtigungen aller eingeschriebenen Teilnehmer festzustellen und zu verifizieren. Intensivschulung bedeutet: Pflege schult Pharmazeuten in Symptombeobachtung und aktivierender Pflege, Pharmazeuten schulen Pflege in Pharmakotherapie und individueller Arzneimittel-anwendung.
 - 4.2 Weitere Verifizierung der UE/UAE durch berufsgruppenspezifische Assessmentverfahren *Medizin* (Unterrichtsbestandteil der Hochschulweiterbildung).
 - 4.3 Weitere Verifizierung der UE/UAE durch berufsgruppenspezifische Assessmentverfahren *Pharmazie* (Unterrichtsbestandteil der Hochschulweiterbildung).
 - 4.4 Weitere Verifizierung der UE/UAE durch berufsgruppenspezifische Assessmentverfahren *Pflege* (Unterrichtsbestandteil der Hochschulweiterbildung).

- 4.5 Sofortinterventionen durch forcierte Risikokommunikation an behandelnden Arzt bei Patienten oder Situationen mit hoher Risikopriorität (Krisenintervention).
- 4.6 Interdisziplinäre Fallkonferenz / Arzneimittelkomitee (AMK) vierteljährlich Fallkonferenz (aus Sicht des Patienten):
Darstellung und Besprechung der berufsgruppenspezifischen Erkenntnisse aus den patientenindividuellen Assessments (=Risikobewertung). Ergebnis: Herstellung des individuellen bio-psychozialen Heilmittels (präventive, therapeutische Maßnahmen) zumeist für Hochrisikopatienten (=Risikobewältigung).
AMK (aus Sicht der Einrichtung):
Darstellung und Besprechung der berufsgruppenspezifischen Erkenntnisse aus den einrichtungsübergreifenden geriatrischen Medikationsassessmentverfahren im pharmazeutischen Audit (=Risikobewertung). Ergebnis: Herstellung des netzwerkübergreifenden bio-psychozialen Heilmittels (präventive, arbeitsorganisatorische Maßnahmen) zumeist für Hochrisikoprozesse (=Risikobewältigung).
5. Interdisziplinäre Fallkonferenz / (AMK)
Ergebniswertschätzung hinsichtlich der Maßnahmen aus dem letzten interdisziplinären Treffen, sowohl qualitativ als auch quantitativ.

Die VERIKO® Softwareassistenten und dessen Rolle im Risikomanagementprozess

Die Prozesse als auch die Zusammenarbeit der beteiligten Berufsgruppen innerhalb des Risikomanagementsystems wurden durch die elektronische Software VERIKO® unterstützt. In VERIKO® werden die gesamte Versorgungssituation und die individuelle Risikolage eines Patienten regelmäßig erfasst (Audit, Risikoscreening) und durch unterschiedliche arzneimittelbezogene Assessmentverfahren (Sturz, Kognitionsstörungen, Elektrolytstörungen etc.) behandelt. Regelmäßige EDV-unterstützte Qualitätsberichte zur Versorgungs- und Risikosituation der Patienten ermöglichen Ärzten, Pflegeeinrichtungen und Apothekern einen genauen Überblick, um eine kontinuierliche Verbesserung gemeinsam zu verwirklichen.

Das VERIKO System ist ein klinisch-digitales **Versorgungs-** und **Risikomanagementsystem** für die Langzeitpflege. Es dient den geriatrischen Patienten sowohl als „Schutzschirm“ zur Verringerung von Nebenwirkungen (Intervention), als auch zur Heilung arzneimittel-assoziiierter Erkrankungen (Gesundheitsförderung / Prävention). Die verwendete VERIKO® Software besteht aus zwei Teilen: VERIKO® Assistent PT (wobei PT für Pharmakotherapie steht) und dem VERIKO® Assistent QS (wobei QS für Qualitätssicherung steht).

VERIKO® Assistent PT unterstützt spezifisch die patientenbezogene pharmakotherapeutische Optimierung auch Medikations-**therapie**-management genannt; wohingegen der VERIKO® Assistent QS die Optimierung des gesamten organisations- und umfeldbezogenen Versorgungsprozesses unterstützt. (=Medikations-**prozess**-management)

VERIKO® Assistent QS

Der VERIKO® Assistent QS unterstützt den Optimierungszyklus des gesamten Medikationsprozesses:

Risikoidentifikation: Der teilnehmende Apotheker erfasst anhand der in der Software hinterlegten standardisierten Messanleitung (kann individuell angepasst werden, im OAV Projekt war diese festgelegt mit den erfahrungsgemäß wichtigsten Qualitätsindikatoren um die Auditierungszeit zu begrenzen) Medikationsfehler, die er während des pharmazeutischen Audits pro Wohnbereich aufgenommen hat. Hier wird auch die Umsetzung der Therapiebeobachtung sowie die Zusammenarbeit im geriatrischen Team zur UAE-Detektion und -Reduktion erfasst.

Risikoanalyse und -bewertung: Nach Übertragung der Medikationsfehler in den Assistent VERIKO®QS erstellt die Software einen risikogewichteten Bericht (Risikoanalyse) anhand dessen der Apotheker Interventionsempfehlungen gibt (Risikobewertung).

Risikobewältigung: Anschließend werden im Arzneimittelkomitee (AMK) die Interventionsvorschläge aus dem mit Hilfe der Software erstellten Bericht geprüft und gemeinsam Maßnahmen zur Umsetzung beschlossen. Das AMK ist die übergreifende weisungsbefugte Netzwerkorganisation (Pflegeeinrichtung, Apotheke, ggf. auch Ärzte), welche alle Risiken der gesamten Arzneimittelversorgung durch den Risikomanagementprozess managed. Sie betreiben daher ein interdisziplinäres Medikationsprozessmanagement.

Dieser Risikomanagementprozess wird i.A. des AMK halbjährlich wiederholt, sodass neue Medikationsfehler erfasst, sowie die erfolgreiche Umsetzung der Maßnahmen geprüft, bewertet und gemessen werden können (Plan-Do-Check-Act). Die Berichte können hierfür im VERIKO® Assistent QS verglichen werden.

Assistent VERIKO®PT

Der Assistent VERIKO®PT unterstützt das geriatrische Team im individuellen Medikationstherapiemanagement, d.h. in der Detektion von UAEs und dient der Datendokumentation und -übermittlung zur Erstellung von Medikations- und Risikoanalysen. Jeder Patient durchläuft dabei einen individuellen Optimierungszyklus.

Dabei werden die erforderlichen Daten im VERIKO® Assistent PT vorrangig durch die Pflegefachkräfte eingepflegt. Der VERIKO® Assistent PT erkennt anhand der eingegebenen Medikation geriatritypische Risiken und zeigt diese mittels Ampelschema (elektronisches Risiko) an. Liegt ein hohes elektronisches Risiko vor und wurden gleichzeitig Symptome in der Therapiebeobachtung (klinisches Risiko) erfasst, wird der Patient als Risikopatient identifiziert (Risikoidentifikation) und in der nächsten IVi besprochen. Weiterhin können die Pflegefachkräfte aufgrund ihrer erworbenen Expertise auch Patienten mit entweder einem hohen elektronischen oder klinischen Risiko als Risikopatienten identifizieren.

Während der IVi (Risikoanalyse) stellt der teilnehmende Apotheker, unterstützt durch den VERIKO® Assistent PT, Zusammenhänge zwischen Symptomatik und der Medikation her (Kausalitätsbewertung nach Naranjo¹ bzw. WHO-UMC²). Konnten unerwünschte arzneimittelassoziierte Ereignisse (UAE) nicht ausgeschlossen werden (UAE-Verdacht liegt vor) hält der Apotheker seinen Verdacht in der Software fest und gibt gemeinsam mit den Pflegefachkräften eine Medikations- und Risikoanalyse in Auftrag. Dies geschieht im VERIKO® Assistent PT per Knopfdruck. Bei schwerwiegenden akuten Verdachtsfällen besteht jederzeit die Möglichkeit einer Sofortintervention, vorrangig in Rücksprache mit dem Arzt (eine Medikations- und Risikoanalyse muss nicht zwingend abgewartet werden), was im VERIKO® Assistent PT als Notfall gekennzeichnet werden kann.

¹nach: Naranjo CA, Busto U, Sellers EM, et al. (1981). "A method for estimating the probability of adverse drug reactions". Clin. Pharmacol. Ther. 30 (2): 239–45.

²Uppsala Monitoring Center, The use of the WHO-UMC system for standardised case causality assessment, Stand 04.08.2018, Verfügbar unter: <https://www.who-umc.org>

Akronym: OAV

Förderkennzeichen: 01NVF17008

Von den klinisch erfahrenen Geriatrischen Pharmazeuten der Gero PharmCare GmbH wird eine Medikations- und Risikoanalyse mit ggf. Interventionsempfehlungen erstellt (Risikobewertung) und wiederum in den VERIKO® Assistent PT hochgeladen. Die Pflegefachkräfte werden automatisch darüber informiert, sodass diese eine Weiterleitung an den Arzt initiieren können. Die Medikations- und Risikoanalysen können auch vom Apotheker und vom Arzt eingesehen werden und dienen hier als Weiterbildungselement.

Die Umsetzung der Interventionen und dessen Auswirkungen werden ebenfalls durch die Pflegefachkräfte in der Software dokumentiert. Jeder Patient kann den Zyklus abermals durchlaufen, sollten erneut UAEs beobachtet werden.

Entwicklung der VERIKO® Softwareassistenten

Die Grund-Funktionalitäten beider Softwareassistenten wurden bereits in Vorprojekten entwickelt und getestet. Für das OAV-Projekt fanden diverse Anpassungen der Vorläufer-Software statt, um die Funktionalitäten dem Projektablauf anzupassen und Verbesserungen nach Erfahrungswerten vorzunehmen. Eine Zulassung als Medizinprodukt hat nicht stattgefunden.

Reifegradentwicklung im Risikomanagementprozess begleitet durch OAV Moderatoren

Um eine kontinuierliche Verbesserung (Optimierung) in die Arbeitsorganisation der geriatrischen Teams zu integrieren, wird der Risikomanagementprozess während der neunmonatigen Implementierungsphase zyklisch für alle eingeschriebenen Versicherten durch Unterstützung der OAV Moderatoren im Netzwerk eingeübt (siehe Abb. 3). Erst nach Einführung aller Instrumente, ab Stufe 3 (kalkulativ), kann von einem Risikomanagementsystem gesprochen werden. Durch das klinische Monitoring (Therapiebeobachtung) und das digitale Rezept-screening werden nun alle UAE-Verdachtsfälle aller eingeschriebenen Versicherten fachgerecht erfasst und bearbeitet. Erst ab einem Reifegrad der Stufe 4 (proaktiv) werden die Risiken im Arzneimittelversorgungsprozess von den meisten Mitarbeitern auch verstanden (siehe Abb. 4)

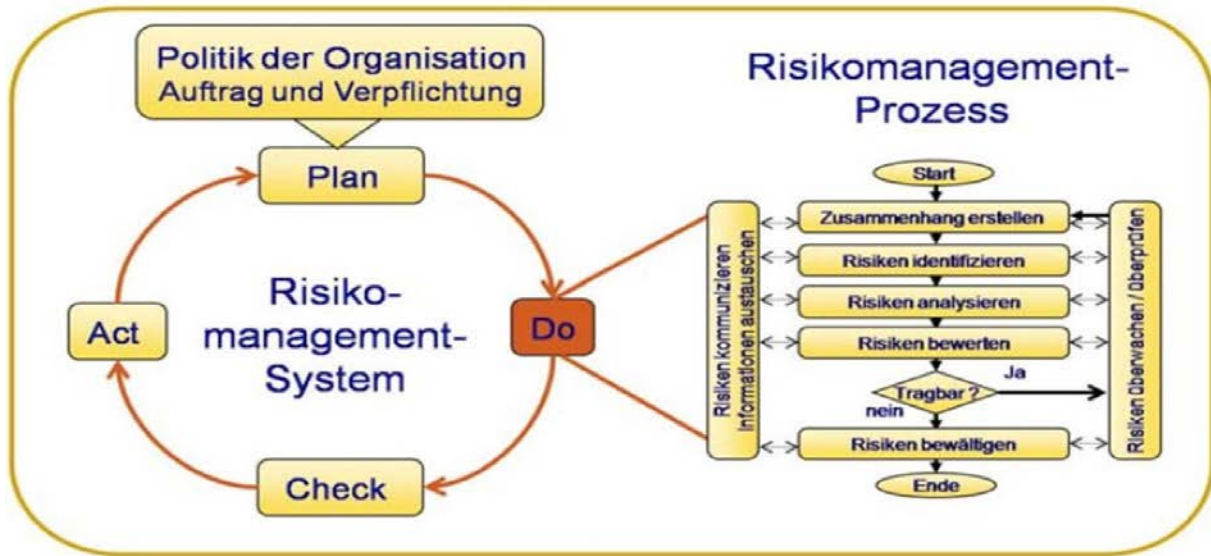


Abbildung 3: Darstellung des Optimierungszyklus

Stufe 1 (passiv)	Es wird behauptet, dass die Organisation und die Führungskräfte in ihrer Tätigkeit automatisch und spontan die Risiken berücksichtigen.
Stufe 2 (reaktiv)	Risikomanagement wird zwar als wichtig erklärt, aber konkrete Maßnahmen werden nur dann getroffen, wenn ein schweres Ereignis/ein Unfall eingetreten ist oder wenn aufgrund gesetzlicher Vorschriften Aktivitäten zwingend sind.
Stufe 3* (kalkulativ)	Teilsysteme und Instrumente sind eingeführt, um mit allen Risiken umzugehen. Ob die Risiken wirklich verstanden werden und ob die Systeme robust und verlässlich funktionieren, steht nicht im Vordergrund. Dienstanweisungen dienen der rechtlichen Absicherung. Formelle Zertifizierungen haben die Systemwirksamkeit zu beweisen.
Stufe 4 (proaktiv)	Das Risikomanagement-System ist eingeführt. Die Führungskräfte und Mitarbeiter haben die Risiken verstanden und versuchen, mehr oder weniger systematisch mit ihnen umzugehen. Es treten immer wieder neue Fragen auf, die behandelt werden müssen. Das Geriatrische Medikationsassessment (Kontinuierliche Verbesserung/Optimierung) ist als Prozess eingeführt und funktioniert.
Stufe 5 (reif)	Risikomanagement ist Teil des Geschäftsmodells. Es herrscht eine offene Risikokultur, die in der ganzen Organisation über alle Hierarchiestufen verstanden und gelebt wird. Bei strategischen Entscheidungen und operativen Tätigkeiten werden Risikoaspekte integriert und mit adäquaten Methoden bearbeitet. Risikomanagement wird zur Selbstverständlichkeit.

Abbildung 4: Reifegrade oder – stufen eines RM-Systems nach ONR 49001:2014

Im klassischen Risikomanagement werden Gefährdungen, Krisen, und Notfallsituationen unterschieden, die von den Versorgern angemessen bewältigt werden sollen. Aus der Erfahrung lässt sich sagen, dass ab der 4. Reifestufe (proaktiv) eines Netzwerkes Krisen und Notfallsituationen bzgl. der Medikation immer mehr abnehmen, Interventionen seltener werden und die Gesundheitsförderung / Prävention immer stärker zunimmt (siehe Abb. 4 und 5).

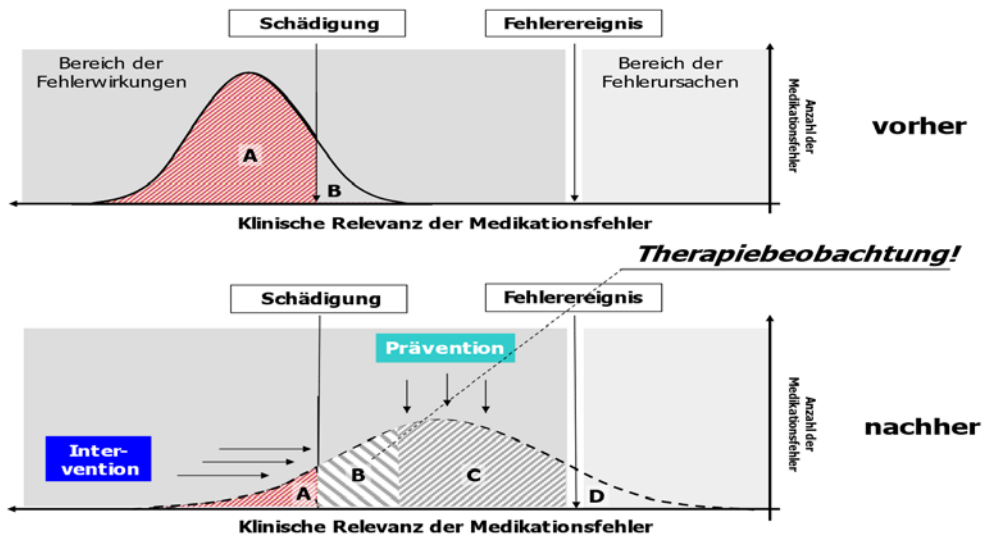


Abbildung 5: Vergleich der Schädigungsrate (A) von Medikationsfehlern vor und nach Implementierung eines RMS (AKNR Geriatriische Pharmazie 2008)

4.1.3 Qualifizierung /Weiterbildung

Die betrieblichen Weiterbildungen dienen der Einschulung aller Methoden und Instrumente, die für die Erbringung der neuen gesundheitlichen Versorgungsleistungen in den OAV-Netzwerken notwendig sind.

	Pflege	Apotheke	Arzt
Neue interdisziplinäre Versorgungsleistungen (berufsgruppen-übergreifend)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ IVi ➤ Fall- und Risikokonferenz ➤ AMK ➤ Projektsteuerung Team 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ IVi ➤ Fall- und Risikokonferenz, ➤ AMK 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Fall- und Risikokonferenz, ➤ AMK
Neue Versorgungsleistungen (berufsgruppen-spezifisch)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Therapiebeobachtung zur Nebenwirkungserfassung ➤ Prüfung Medikationsprozess ➤ UAW Detektion in IVi 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Fachgerechte UAW-Detektion, ➤ Pharmazeutisches Audit ➤ Überprüfung Veränderungen der Gesamtmedikation hinsichtlich der UAW-Detektion 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Nutzen-Analyse der pharmazeutischen Risikobewertung ➤ Risikobewältigung / Therapieanpassung der Gesamtmedikation (Polypharmazie)

Abbildung 6: Innovative gesundheitliche Versorgungsleistungen Pflege/Apotheke/Arzt

Die Implementierungsphase beginnt mit dem *2-tägigen Theorie-Kurs*. An diesem nahmen mindestens zwei Pflegefachkräfte und ein oder zwei Apotheker der jeweiligen Netzwerkpartner teil. Hier wurde den Versorgern die Basis für eine grundständig erneuerte fachliche Anschauung und Beobachtungsfähigkeit hinsichtlich der Arzneimittelversorgung und Polypharmazie im Sinne einer interdisziplinären Geriatrie vermittelt. Darüber hinaus wurden die Gesamtzusammenhänge durch die Projektkoordination der Konsortialführung dargestellt. Zum letzten Schulungsblock, hinsichtlich der fachlichen Methoden der OAV, wurden auch die Kooperationsärzte nochmals gesondert eingeladen.

Die wesentlichen Inhalte der Theoriekurse betrafen klinische Wahrnehmungsschulungen zur pharmakologischen Betrachtung der Arzneimittelwirkungen am geriatrischen Patienten. Darin waren sowohl biomedizinische Faktoren als auch die Partizipation und Teilhabe am sozialen Leben, sowie das Versorgungsumfeld der Patienten mit einbezogen.

Die Qualifizierungsinhalte mündeten in die Einschulung der Therapiebeobachtung und des Therapiebeobachtungsbogens (TBB, vgl. Anlage 1).

Nach dem zweitägigen Theorie-Kurs, in ca. 3 - 4 Wochen Abstand, erfolgte der sogenannte *dreitägige OAV Praxis-Kurs*. Hier wurden vor Ort in den Pflegeeinrichtungen alle, für die neuen Versorgungsleistungen notwendigen Methoden und Instrumente durch den OAV-Moderator mit dem geriatrischen Team praktisch durchgeführt und eingeübt.

Zu den Instrumenten und Methoden des geriatrischen Medikationsassessments zur Optimierung des Arzneimittelversorgungsprozesses, die in dem Praxiskurs eingeübt wurden, gehören u. a. die Nutzung des OAV – Kompass (vgl. Anlage 11), die fachgerechte UAE-Detektion während der Intensivschulung und Visitenvorbereitung (IVi), das Arzneimittelkomitee, die Fall- und Risikokonferenzen, das pharmazeutische Audit, Risikobewertung der Gesamtmedikation im Rahmen der Optimierungszyklen und der Umgang mit den VERIKO® Softwareassistenten (vgl. Anlage 8).

Das Risikomanagementsystem ist betriebsbereit, wenn die Instrumente und Methoden des geriatrischen Medikationsassessments eingeführt sind und das geriatrische Team mit allen Risiken umgehen kann.

4.1.3.1 Etablierung – Anpassung

Obwohl die geriatrischen Teams nun alle notwendigen Informationen und Techniken besitzen, folgt jetzt eine wichtige Phase. Dem geriatrischen Team stellt sich die Frage, ob sie auch selbstständig in der Lage sein werden, das Risikomanagementsystem in ihre Arbeitsprozesse und -strukturen zu integrieren (Selbstlernfähigkeit). Welche Reifestufen bzw. Qualitätsentwicklungen (vgl. Abbildung 7, Anlage 5) ein Netzwerk dabei erreicht, ist vor allem von der Motivation aller am Risikomanagementprozess beteiligten Versorger abhängig.

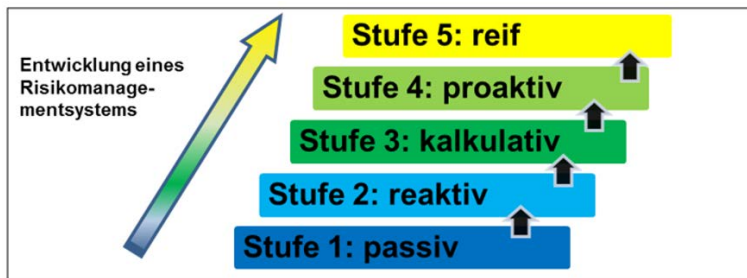


Abbildung 7: QM-Reifestufen nach ONR 49001:2014

Um die Reifung oder Qualitätsentwicklung in dieser Phase zu unterstützen, können die Netzwerke nun freiwillig

- a) auf die Unterstützung des betreuenden OAV-Moderators zurückgreifen und eine „Etablierungsförderung“ durchführen und/oder
- b) die Qualitätsentwicklung durch eine Vertiefung der praktischen klinischen Kompetenzen des Personals (=Personalentwicklung) festigen (siehe Hochschulweiterbildung interdisziplinäre Geriatrie).

Wenn die Etablierung des Risikomanagementsystems gelungen ist, erreicht das geriatrische Team die sogenannte proaktive Reifestufe (siehe Abb. 7). Durchschnittlich werden dann systematisch sieben bis acht arzneimittelbezogene Probleme pro Patienten und pro pharmazeutisches Audit entdeckt und durchschauen die meisten arzneimittelassoziierten Erkrankungen. Sie lernen diese nicht mehr nur interventiv zu bewältigen, d. h. eingetretene Schädigungen zu lindern, sondern diesen präventiv, z. B. durch gelebte Qualitätsstandards, proaktiv entgegenzutreten. Auf dieser Stufe standen den Netzwerken sowohl die OAV-Moderatoren als auch evaluierte Risikomanagement-Standards zur Verfügung.

4.1.3.2 Hochschulqualifizierung

Das Ziel der Hochschulqualifizierung war die Vertiefung der Thematiken Geriatrie und Multimedikation. In verschiedenen Schulungsabschnitten wurde daher das Basiswissen zum Thema Alter, physiologische Alterungsprozesse und Organalterung, Besonderheiten der Pharmakotherapie beim alten Menschen, inklusive Pharmakodynamik und Pharmakokinetik erarbeitet und vermittelt. Dies ermöglicht dann auch eine Stufenqualifikation, die es den einzelnen Einrichtungen erlaubt, im Rahmen der Fort- und Weiterbildung unterschiedliche Qualifikationsniveaus zu erreichen.¹

Da die Lebenswelten im modernen Gesundheitsverständnis miteinander verbunden sind², verlaufen die Qualifikationen der Fachpersönlichkeiten analog dem eines Netzwerkes. Anders

¹ siehe Abbildung 4 „Reifegrade oder – stufen eines RM-Systems“

² Siehe J. Egger: Theorie und Praxis der biopsychosozialen Medizin. Körper-Seele-Einheit und sprechende Medizin. Wien 2017

ausgedrückt je mehr und je schneller Fachpersönlichkeiten den 4. und 5. Reifegrad (= proaktiv, reif) erlangen, desto mehr Schädigungen (UAE) können im Netzwerk verhindert werden.

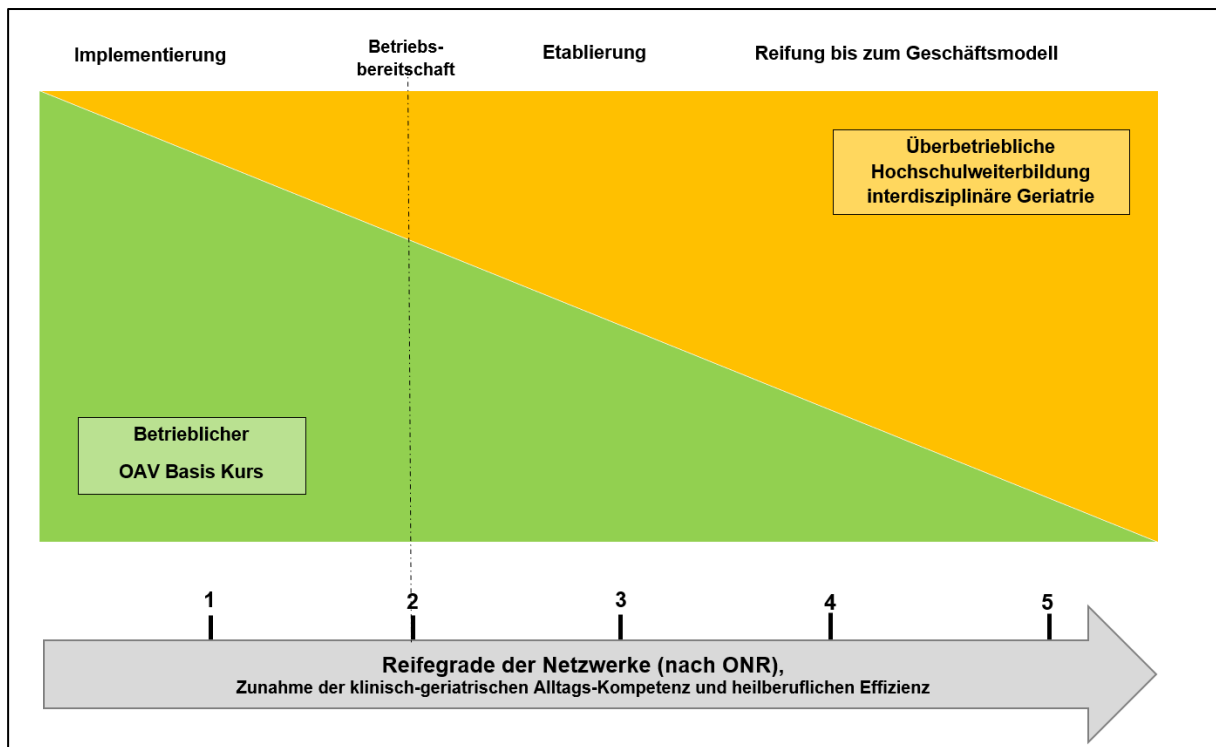


Abbildung 8: Kompetenzentwicklung im Arzneimittelrisikomanagementsystem

Dies war eine weitere Erkenntnis der methodisch-didaktischen Bildungsforschung in OAV (vgl. Anlage 5), die sich jedoch erst in einer Langzeitversorgungsstudie (> 5 Jahre) beweisen lassen kann und deshalb nicht in dieser Studie untersucht wurde.

Insgesamt nahmen 67 Mitarbeiter aus 37 Institutionen an der durchschnittlich neunmonatigen Hochschulweiterbildung teil. Davon waren ca. zwei Drittel Pflegefachkräfte.

Davon haben sieben Fachpersonen aus den unterschiedlichen Berufsgruppen die Prüfung mit Zertifikat (vgl. Anlage 3.3) abgelegt (4 Pflegefachkräfte, 3 Apotheker, 1 Ärztin).

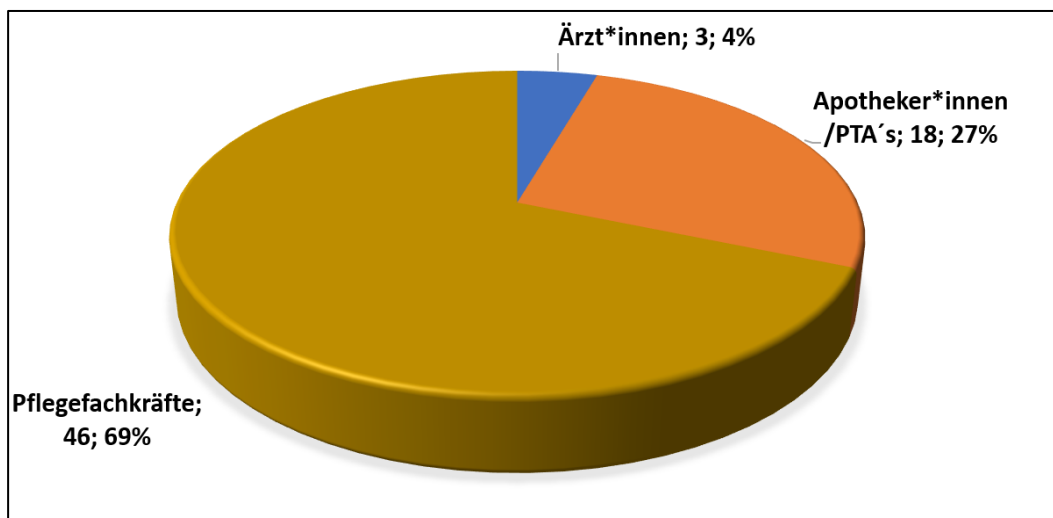


Abbildung 9: Teilnehmer Hochschulweiterbildung der interdisziplinären Geriatrie

Für ein erfolgreiches Indikationsprogramm ist es zwingend erforderlich, Wissen, Fertigkeiten, Qualifikation und Kompetenz voneinander abzugrenzen, obwohl diese Begriffe im alltäglichen Sprachgebrauch fälschlicherweise gleichbedeutend verwendet werden.

Wissen und Qualifikation sind keine Kompetenzen, sondern Bestandteile der Kompetenz. Somit ist der Wissensbegriff nicht gleichbedeutend mit dem Kompetenzbegriff und stellt im engen Sinne das Wissen um Normen und Werte also sogenanntes Programmwissen dar. Dies ist dann gleichbedeutend mit empirischem Wissen, also der Sach- und Fachkenntnisse sowie deren Methoden. Qualifikationen hingegen beschreiben klar abgegrenzte Komplexe von Wissen, Fertigkeiten und Fähigkeiten, über die eine Person bei der Ausübung beruflicher Tätigkeiten verfügen muss, um anforderungsorientiert handeln zu können.

Allerdings gibt es keine Kompetenzen ohne Wertigkeit, ohne Wissen und ohne Qualifikation. Daher war es die erste Aufgabe im Rahmen des Projektes, auf Basis der didaktischen Möglichkeiten der Hochschule, Inhalte und Wissen zu vermitteln. Dies waren die Voraussetzungen, um ein kompetentes Handeln in der Versorgung geriatrischer Patienten in Pflegeeinrichtungen hinsichtlich unerwünschter Nebenwirkungen von Arzneimitteln zu erreichen. Daher erfolgte die berufsbegleitende Fort- und Weiterbildung im innerbetrieblichen Kontext vor dem Hintergrund des Erfahrungslernens und der Selbstorganisation.

Die Hochschulqualifizierung setzt sich aus sechs Modulen zusammen. Ein Modul umfasst vier Kapitel (Einführung, Basiswissen, Vertiefung und praxisorientiertes Fazit) in denen das jeweilige Themenfeld stufenweise erschlossen wird. Die Kapitel setzen sich wiederum aus Pflicht- und Wahlpflichteinheiten zusammen (siehe Abb. 10 und Anlage 3.2):

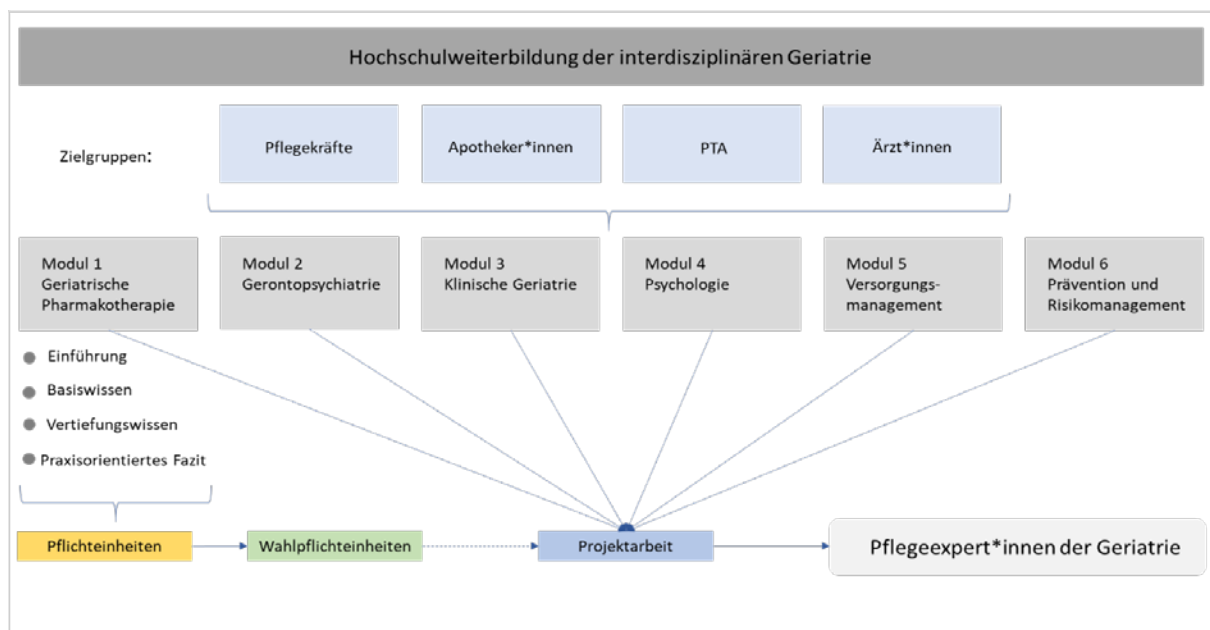


Abbildung 10: Hochschulweiterbildung der interdisziplinären Geriatrie

Die Teilnehmenden können nach erfolgreichem Abschluss der Pflichteinheiten, Wahlpflichteinheiten pro Modul frei wählen (siehe Abbildung 10). Die Wahlpflichteinheiten ermöglichen es den Teilnehmenden, Wissen zielorientiert zu erwerben. Abgeschlossen wird die Teilnahme mit einer auf die Praxis bezogene Projektarbeit, in der das Wissen aus den einzelnen Modulen Anwendung findet.

Didaktisches Konzept

Praxisbezug:

Die Kursteilnehmer sollten durch die Teilnahme befähigt werden Transferleistungen in die Praxis zu erbringen. Das heißt, dass die Teilnehmenden nach Abschluss der Qualifizierung in der Lage sein sollen, das vermittelte Wissen im therapeutischen Alltag umzusetzen. Die Inhalte der Module waren deshalb praxisnah ausgerichtet, um die berufsbezogene Handlungskompetenz der Kursteilnehmer entsprechend zu fördern.

Präsenzveranstaltungen:

In den Präsenzveranstaltungen wurden ein oder mehrere Themen aus den Modulen praxisnah erarbeitet. Zusammen mit den Dozenten wurden Fallbeispiele aus dem Versorgungsalltag der Teilnehmenden mit dem Ziel besprochen, das erworbene Wissen in die berufliche Praxis zu übertragen. Die Fallbeispiele sind so konstruiert, dass sie auf das Tätigkeitsfeld der einzelnen Berufsgruppen zugeschnitten sind, um so die Einflussfaktoren des eigenen Handelns im Medikationsprozess herauszustellen (Selbstreflexion fördern).

Lernumgebung:

Mithilfe einer E-Learning-Plattform wurde eine Lernumgebung geschaffen, die es den Kursteilnehmer ermöglichte, zeit- und ortsunabhängig sowie den eigenen Bedürfnissen entsprechend auf die Kursinhalte zuzugreifen. Darüber hinaus war es auch möglich, sich über das System mit anderen Kursteilnehmern sowie mit den Dozenten auszutauschen. Die Kombination aus praxisorientierten Präsenzveranstaltungen und selbstgesteuerten Lernphasen ermöglichte so eine optimale Wissensvermittlung.

Nachhaltigkeit:

Um die Nachhaltigkeit der Wissensvermittlung zu fördern, wird jeweils am Ende der Qualifizierung eine Projektarbeit von den Kursteilnehmern angefertigt. Diese soll dazu dienen die erworbenen klinisch-geriatrischen Kompetenzen praxisnah umzusetzen. Kleine Wissensabfragen erfolgten regelmäßig nach Abschluss der Pflicht- und Wahlpflichteinheiten über eine E-Learning-Plattform.

Fachliche Begleitung:

Die Teilnehmenden wurden wissenschaftlich und organisatorisch betreut. Erfahrene Dozenten standen unterstützend als Ansprechpartner während der Zeit zur Verfügung.

Erstellung eines Kursbuches für die Hochschulweiterbildung Interdisziplinäre Geriatrie

Um in der berufsintegrierten OAV – Hochschulweiterbildung alle Fachkräfte zu erreichen und eine Übersicht über die entsprechenden Kurse, Webinare und Präsenzveranstaltungen zu geben, wurde ein Kursbuch (vgl. Anlage 3.1) erstellt, das jedem Teilnehmer die Möglichkeit gab in einem virtuellen Lernmanagementsystem die Kurse abzuarbeiten und ein Zertifikat (vgl. Anlage 3.3) zu erwerben:

- für Pflegefachkräfte den Abschluss „Pflegeexperten Medikation“ und „Pflegeexperten Prävention in der Langzeitpflege“;
- für Apotheker den Abschluss „Klinisch-Geriatrie Pharmazie“ (Advanced Level);
- für Pharmazeutisch-technische Assistenten (PTA) den Abschluss „Fach-PTA für Geriatrie Pharmazie“;
- für Ärzte den Abschluss „Klinisch-Geriatrie Pharmakotherapie“ (Advanced Level).

Die Inhalte beziehen sich hinsichtlich der Interventionen speziell auf die Themengebiete:

- Besonderheiten der arzneimittelassoziierten Kognitionstörungen, Inkontinenz, Mobilitätsstörungen, Schluckstörungen, gastro-intestinale Störungen und Elektrolytstörungen;

- Deprescribing, insbesondere bei Verschreibungskaskaden;
- potenziell inadäquate Wirkstoffklassen;
- kumulative pharmakodynamische Interaktionen (Wirkstoff-Erkrankungs-Interaktionen);
- ausgewählte und fachlich erprobte Medikationsassessmentverfahren im Arzneimittelversorgungsprozess;
- alternative, insbesondere nicht-pharmakologische Behandlungsmöglichkeiten gemäß der S3 LL Demenz und der LL Multimedikation;
- die kybernetische Pharmazie, d. h. die Mechanismen zur Steuerung des Arzneimittelversorgungsprozesses;
- Resilienz;
- Placebo -und Nocebo-Effekte von Wirkstoffen und heilberuflichen Tätigkeiten;
- die bio-psychoziale Gesundheitsförderung hinsichtlich der Pathogenese und Salutogenese.

Das Kurshandbuch (am Beispiel Sommersemester 2021) sowie Erläuterungen zu den einzelnen Modulen der Hochschulqualifikation sind den Anlagen 3.1 und 3.2 zu entnehmen.

4.1.3.3 Qualitätsindikatoren/Qualitätssicherungsinstrumente

Qualitätsindikatoren sind Größen, die die nicht direkt messbare Qualität einer Einheit (z. B. einer Klinik oder Pflegeeinrichtung) durch Zahlen bzw. Zahlenverhältnisse abbilden. Die Ausprägung eines Indikators kann mit guter bzw. schlechter Qualität in Verbindung gebracht werden. Die Validität eines Qualitätsindikators wird durch seine Sensitivität, Spezifität und Reliabilität bestimmt. Dabei sollen die Indikatoren eine hohe Sensitivität für die Aufdeckung von Qualitätsproblemen aufweisen und gleichzeitig bei angemessener Spezifität Fehlalarme weitgehend vermeiden. Für jeden Leistungsbereich sind spezifische Indikatoren definiert. Im Rahmen der Qualität wurde eine Checkliste für ein externes Audit zur Überprüfung des Reifegrades eines geriatrischen Netzwerkes entwickelt. Um die verschiedenen Reifegrade bzw. Qualitätsstufen zu erreichen (siehe Abbildungen 4 und 7) müssen sowohl Strukturqualität wie auch Prozessqualität und die Einrichtung eines Arzneimittelkomitees nachgewiesen werden. Daraufhin erfolgte die Bewertung der Einrichtung durch den akkreditierten Moderator. Hierfür wurden verschiedene Pflichtvorgaben inklusive der zu erreichenden Mindestpunktzahl für die einzelnen Stufen bzw. Reifegrade vorgegeben.

Wichtige Bestandteile der Bewertung waren die Qualifizierung der Mitarbeiter, sowohl in Anzahl als auch in inhaltlicher Teilnahme, ob Nachschulungsbedarf bestand und auch technische Voraussetzungen zur Umsetzung der OAV waren.

Entscheidend ist auch, dass ein Verantwortlicher für das Medikations- und Risikomanagement in den Einrichtungen benannt und für wie viele Wohnbereiche eine qualifizierte Pflegekraft zuständig ist. Zusätzlich sind die Fall- und Risikokonferenzen nachzuweisen. Über den Gesamtprozess muss eine Dokumentation vorliegen, die elektronisch in den Softwareassistenten gepflegt wurde. Eine entsprechende Bewertung wird auch durch die Häufigkeit der Intensivschulungen bzw. Visitenvorbereitungen (IVI) vorgenommen.

Die fachgerechte formative Beurteilung des OAV Qualitätssicherungssystems wurde durch den Konsortialpartner Lehrstuhl für Geriatrie Universität/Witten Herdecke mittels einer Konsensgruppe (Wissenschaftlicher Beirat) umgesetzt. Es erfolgte durch repetitive Befragungen (Delphi-Methode) unter ausgewählten und beratenden Experten unter Leitung des Lehrstuhls für Geriatrie.

Entsprechende Vertreter mit ausreichender Expertise, d. h. Vorerfahrungen in klinischen Versorgungsforschungsprojekten pflegebedürftiger geriatrischer Patienten in der Arzneimittelversorgung aus Geriatrie, Pflegewissenschaften, Pharmakologie wurden über die Projektkoordination der Universität zusammengeführt, um den entsprechenden Fragestellungen nachzugehen:

- Welche Qualitätsanforderungen müssen heim- und pflegedienstversorgende Apotheken, Pflegedienste und Ärzte genügen, damit sie eine optimierte Arzneimittelversorgung für pflegebedürftige Senioren durchführen können? Sind diese im Versorgungsmodell erfüllt oder brauchen sie eine Ergänzung?
- Welche Struktur- und Prozessqualitäten sind für eine erhöhte Arzneimittelversorgungssicherheit, d. h. zur dauerhaften und nachhaltigen Reduktion der arzneimittelassoziierten Morbidität bei pflegebedürftigen, geriatrischen Patienten notwendig? Sind diese im Versorgungsmodell erfüllt oder brauchen sie eine Ergänzung?
- Welche praktisch-methodischen Ansätze (ge)brauchen die Versorger um unerwünschte Arzneimittelereignisse und die Medikationssicherheit (Medication Safety) in Pflegeeinrichtungen zu messen? Wie sind diese im Versorgungsalltag einer neuen interdisziplinären Fehlerkultur integriert, um eine kontinuierliche Verbesserung herbeizuführen? Sind diese im Versorgungsmodell erfüllt oder brauchen sie eine Ergänzung?

Hieraus wurde eine Checkliste für ein externes Audit zur Überprüfung des Reifegrades eines geriatrischen Netzwerkes erstellt (siehe Anlage 4). Das externe Audit wurde durch akkreditierte Moderatoren (hier im Projekt waren es die geriatrischen Pharmazeuten des Konsortialpartners Gero PharmCare GmbH) durchgeführt. Die Beurteilung des Reifegrades (vgl. Abb. 4 und 7), den eine Pflegeeinrichtung bzw. ein Netzwerk erreicht hat, erfolgte durch Befragung der Akteure innerhalb des Netzwerkes mittels definierter Qualitätspunktwertung der einzelnen Bewertungskriterien aus der oben genannten Checkliste.

Weiter wurde festgestellt, dass eine Kausalität zwischen bestimmten Symptomen und verdächtigen Arzneimitteln besteht. So steht Instabilität (Sturz, Gleichgewichts- und Gangstörungen, Schwindel) in direkter Verbindung mit Benzodiazepinen, Antihypertensiva, Antidepressiva, NSAR (nicht steroidale Antirheumatika) und Antiarrhythmika. Benzodiazepine, trizyklische Antidepressiva, Neuroleptika und H1-Antihistaminika führen nachweislich zu Kognitionstörungen (Delir, Somnolenz, Demenz) und Antibiotika, Zytostatika, NSAR Herzglykoside, Opioide zu gastrointestinalen Störungen (Übelkeit, Erbrechen, Magenschmerzen, Durchfall, Obstipation). Die Ergebnisse wurden durch den Prozess von Beobachtung, Analyse und Bewertung erlangt. Bei der Steuerung des Arzneimittelversorgungsprozesses erfolgte in komplexen und dynamischen Versorgungssystemen eine quantitative Risikopriorisierung.

Durch die Qualitätssicherungsinstrumente wurde eine hohe standardisierte Qualität festgelegt.

In der Risikoklasse 2 (= erhöht) befindet sich beispielsweise die Arzneimittelbestellung ohne gesicherte Nachverordnung. Ein Fehler liegt dann vor, wenn nicht bei jedem Arzneimittel überprüft wird, ob ohne Indikation eine Nachverordnung angefordert ist. Ziel ist die Aushebelung eines Automatismus bei der Nachbestellung von Arzneimitteln.

Ein Fehler, welcher sich in Risikoklasse 3 (= hoch) befindet, ist beispielsweise, dass ein Arzneimittel ohne Indikation verordnet wurde. Ein Beispiel aus Risikoklasse 4 (= sehr hoch) hingegen ist, dass einem Patienten ein kontraindiziertes Arzneimittel verordnet wurde. Auch hier werden Bewohner mit UAE-Verdacht betrachtet und eine vertiefte Datenerhebung durchgeführt. Ein Fehler liegt dann vor, wenn ein Arzneimittel trotz Vorliegen einer absoluten Kontraindikation verordnet wurde.

Die Qualitätssicherungsinstrumente können in der Therapiebeobachtung, der ärztlichen Verschreibung, der Arzneimittelanwendung und dem Dispensieren angewendet werden.

Bei der Betrachtung des Risikomanagements wurde auf Basis des Qualitätssicherungsinstrumentes VERIKO® – Software-Assistent gearbeitet (vgl. Kapitel 4.1.2 „Die VERIKO® Softwareassistenten und dessen Rolle im Risikomanagementprozess“). Der Prozess läuft wie folgt ab: Zunächst wird durch Risikoscreening (elektronisches Screening der Hochrisikopatienten, Therapiebeobachtung Pflege) das Risiko identifiziert. Darauf folgt die Visitenvorbereitung (geriatriisch fortgebildete Apotheker, geschulte Pflegefachkräfte), welche zur Risikoanalyse wird und in Form von Visiten und Fallkonferenzen (ärztliche Visite (Pflege, Haus-, Facharzt)) umgesetzt wird. Nun kann das Risiko bewertet werden und durch Haus- und Fachärzte findet eine Therapieanpassung statt, welche zur Risikobewältigung führt. Schlussendlich kommt es zur Erfolgsmessung (OAV-Dokumentation durch geriatriische Pharmazeuten, in Visitenvorbereitung). Somit erfolgte eine Optimierung des gesamten Medikationsprozesses kollektiv durch VERIKO®.

4.2 Rechtsgrundlagen

Zur Umsetzung der neuen Versorgungsform wurden zwischen den Leistungserbringern (vollstationäre und ambulante Pflegeeinrichtungen) und den beteiligten Krankenkassen Selektivverträge nach § 140a SGB V i. V. m. § 92b SGB XI geschlossen (vgl. Anlagen 6.1 und 6.2 sowie Anlage 9).

Die Beziehungen zwischen Pflegeeinrichtungen und den beteiligten Apotheken und Ärzten wurden entsprechend durch Kooperationsverträge auf der Grundlage des Selektivvertrages nach § 140a SGB V i. V. m. § 92b SGB XI zwischen Pflegeeinrichtungen und Apotheken bzw. Ärzten geregelt.

Die Eignungskriterien der Pflegeeinrichtungen wurden anhand der interdisziplinären Ausrichtung der Zielgruppe für das Projekt und der strukturellen Gegebenheiten des je zu versorgenden Bundeslandes festgelegt.

4.3 Implementierung und Herausforderung

4.3.1 Praktische Implementierung

Der Fallzahlplan sah ursprünglich 96 Pflegeeinrichtungen mit insgesamt 4.800 teilnehmenden Versicherten vor. Im Ergebnis konnten 65 Pflegeeinrichtungen mit insgesamt 1.588 teilnehmenden Versicherten für das OAV-Projekt gewonnen werden. Die Gründe für die verfehlte ursprüngliche Zielgröße sind im Kapitel 4.3.2 näher beschrieben.

Der zu schließende Selektivvertrag nach § 140a SGB V i. V. m. § 92b SGB XI zwischen den beteiligten Krankenkassen und den Leistungserbringern (ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen) unterliegt dem Vergaberecht und wurde als Bekanntmachung im Deutschen Vergabeprotal veröffentlicht. Das Bewerbungsverfahren wurde in enger Begleitung der interessierten Pflegeeinrichtungen durch die Konsortialführung durchgeführt.

Nach erfolgreichem Abschluss des Selektivvertrages wurden die Schulungen (Theorie und Praxiskurs) organisatorisch, unter Einbezug des Konsortialpartners Gero PharmCare GmbH, mit den Pflegeeinrichtungen geplant. Der Kontakt wurde durch die Konsortialführung vermittelt.

Durch die Apothekerkammer Nordrhein (Kooperationspartner) erfolgte die Unterstützung zur Kontaktaufnahme der Apotheken, um die geriatriischen Teams aufzubauen sowie die Kommunikation mit den Apothekenkammern und Apothekerverbänden herzustellen.

4.3.2 Herausforderungen

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Einbindung der Vertragspartner im Projekt hinter den Erwartungen lag.

Im Allgemeinen wurden die Inhalte, der Strukturaufbau und der Benefit für die versorgende Zielgruppe dieser neuen Versorgungsform von allen beteiligten Akteuren (Pflegefachkräfte, Apotheker, Ärzte) der Pflegeeinrichtungen sowie den Trägern und Verbänden von Gesundheitseinrichtungen als wünschenswert und positiv eingeschätzt.

In den Gesprächen mit den Akteuren der Pflegeeinrichtungen wurde aber trotz der positiven Interessenlage die Umsetzung jeglicher Projekte, wenn diese in der entsprechenden Qualität durchgeführt werden sollen, als sehr herausfordernd beschrieben. Dies lag unter anderem an den strukturellen Bedingungen, denen Akteure im Gesundheitssystem, bspw. durch die Einführung der neuen Qualitätsprüfungs-Richtlinie für Pflegeeinrichtungen (QPR), dem bereits bestehenden Pflegefachkräftemangel und den ungenügend vorhandenen interdisziplinären Strukturen, gerade im ländlichen Bereich, ausgesetzt sind. Zudem sind die Pflegeeinrichtungen nicht in allen Fällen mit elektronischen Dokumentationsmedien ausgestattet, die, wenn vorhanden, nicht schnittstellenübergreifend kompatibel sind. Für die Pflegefachkräfte kam also zusätzlich ein immer weiter steigender Dokumentationsaufwand hinzu, der als sehr kritisch eingeschätzt wurde.

Der Personalkräftemangel wurde von den Einrichtungen oft als ein Grund angegeben, warum Einrichtungen nicht am Projekt teilnehmen wollten. Hatten Einrichtungen Interesse, war dies hingegen an lange Entscheidungsprozesse (zwischen Einrichtung und Trägerschaft) gekoppelt. Die Dienstpläne in den Einrichtungen wurden weit im Voraus erstellt. Auch deshalb brauchten die Einrichtungen immer einen sehr langen Vorlauf, bis die Implementierungsphase „OAV“ beginnen konnte.

Die Umsetzung des Projektes zeigte auch, dass die konzeptionelle Komplexität hohe Anforderungen an alle Akteure, insbesondere an die Pflegefachkräfte, stellt. Das Kernproblem dabei war, dass in vielen Pflegeeinrichtungen die notwendigen interdisziplinären Strukturen gar nicht oder nur bedingt vor Projektbeginn vorhanden waren. Ein dahingehend grundsätzliches Umdenken aller Beteiligten musste zunächst erfolgen, um überhaupt die Voraussetzungen für diesen Strukturwandel zu erfüllen und damit zur erfolgreichen Umsetzung beizutragen. Dabei war es wichtig, den unterschiedlichen Wissensstand und die Bereitschaft aller Akteure (Pflegefachkraft, Apotheker und Arzt) möglichst auf gleichem projekthematischem Niveau zu bringen. Die bisher praktizierten Qualifizierungsinhalte bildeten diese Unterschiede teilweise nur mäßig ab und sollten mehr auf die jeweilige Zielgruppe ausgerichtet sein (bspw. Stufenmodell).

Auch die einzugehenden Kooperationen zwischen den Pflegeeinrichtungen und den ärztlichen Leistungserbringern gestalteten sich in den vorherrschenden Versorgungsstrukturen sehr schwierig und war mit zum Teil begründeter Skepsis verbunden. Dieser Sachverhalt hemmte viele Pflegefachkräfte die nötige organisatorische Umsetzung des Projektes von Seiten der Pflegeeinrichtung aktiv zu forcieren.

Auch die Einbindung von Kooperationspartnern für die Durchführung des Projektes (Apotheker, Ärzte) gestaltete sich in der praktischen Umsetzung schwieriger als zu Projektbeginn angenommen. Hier unterstützten die entsprechenden Partner im Konsortium mit ihren Experten, insbesondere die Apothekerkammer Nordrhein, um vorliegende Kommunikationsbarrieren weitestgehend zu minimieren.

Insbesondere der intensive Implementierungsverlauf, der sich in erster Linie auf die Qualifizierung der Pflegekräfte und pharmazeutische Leistungserbringer sowie auf den Aufbau eines Risikomanagements bezieht, stellt für die Einrichtungen, abhängig von den bereits vorhandenen Strukturen, Barrieren dar.

Zudem ergibt sich für das Konsortium der Erkenntnisgewinn, dass dieses Projekt aufgrund seines hohen Qualitätsansatzes nicht für jede Einrichtung in die bestehenden Strukturen, neben einer Vielzahl von Neuerungen im gesundheitspolitischen Bereich, problemlos zu integrieren ist.

4.3.3 Epidemiologische Lage (CoViD-19)

Obwohl sehr engagierte Pflegeeinrichtungen das Projekt bereits implementiert und zeitliche sowie personelle Ressourcen gebunden haben, mussten einige Pflegeeinrichtungen aufgrund der gesundheitlichen Lage das Projekt im vorgesehenen Verlauf zunächst pausieren oder sogar stoppen.

Insbesondere bei den pharmazeutischen Kooperationspartnern wurde zu dem bereits bestehenden Mangel an Fachkräften ein erhöhtes Patientenaufkommen aufgrund der Pandemie verzeichnet, die den Kooperationsapotheken die vertraglichen Beziehungen im Rahmen von OAV nicht mehr im erforderlichen Umfang ermöglichten.

Insbesondere die Pflegeeinrichtungen hatten in dieser gesundheitlichen Lage mit erschwerten Bedingungen, nicht nur in diesem Projekt, zu tun.

Geriatrische, pflegebedürftige Patienten gehörten von Beginn an zur Hochrisikogruppe hinsichtlich der CoViD-19 Infektionen. Die Pflegeeinrichtungen sowie deren Versorger (Pflegefachkräfte, Apotheker, Ärzte, Therapeuten) waren daher von der Corona Pandemie besonders stark betroffen. Im Falle eines Corona-Ausbruchs in einer Pflegeeinrichtung waren die Folgen oft kritisch. Um interventiv oder präventiv richtig zu handeln, hatten die Pflegeeinrichtungen während des gesamten Jahres 2020 sehr stringente Hygieneauflagen zu erfüllen. Infolgedessen war der Besuch von heilberuflich tätigen Berufsgruppen (Ergo-, und Physiotherapeuten, OAV-Apotheken) und selbst von Angehörigen sehr erschwert, manchmal sogar unmöglich. Dadurch erhöhten sich die bio-psychozialen Arbeitsbelastungen der systemrelevanten Gesundheitsversorger vor Ort, insbesondere der Pflege erheblich.

Auch die Aktivitäten im Optimierungszyklus zeigten während der Corona - Phase ein sehr heterogenes Bild. Einige Einrichtungen, zumeist jene mit höheren Reifegraden in der Qualitätsentwicklung, konnten alle Aktivitäten weiterführen. Andere haben jedoch ihre Aktivitäten für 1-2 Monate stark eingeschränkt.

Demzufolge konnte kurz vor Ende der Umsetzung des Projektes in den Pflegeeinrichtungen festgestellt werden, dass der jeweils erreichte Reifegrad in den Pflegeeinrichtungen sehr unterschiedlich war.

4.3.4 Fazit

Auf Grund der vielen Hürden und Unwägbarkeiten, die das gesamte Konsortium in der zurückliegenden Projektzeit, gerade in Bezug auf die Akquise der Pflegeeinrichtungen und deren Kooperationspartner, erfahren hat, schauen wir mit sehr viel Anerkennung auf die im Projekt gewonnenen Pflegeeinrichtungen. Die Implementierung des Projektes OAV hat uns doch immer wieder aufgezeigt, dass deren Umsetzung an viele strukturelle und gesundheitspolitische Gegebenheiten gekoppelt war und diesen hohen Qualitätsansatz nicht flächendeckend und für jede Einrichtung umsetzbar ist.

Das im Rahmen der Kommunikation während der Projektbegleitung entstandene Meinungsbild der Projekteinrichtungen spiegelt zudem die Notwendigkeit der Thematik und eine gewünschte vereinfachte Umsetzung in der Durchführbarkeit in der Gesamtheit wider. In der gesamten Projektlaufzeit wurden mit den Kooperationspartnern in den Pflegeeinrichtungen sehr gute und intensive Kommunikationskultur aufgebaut, die eine interdisziplinäre Zusammenarbeit ggf. im Rahmen weiterer angedachter Strukturen für Kostenträgern als wünschenswert und gewinnbringend unterstreicht.

5. Methodik

5.1 Datenquellen, Studiendesign, Ein- und Ausschlusskriterien

Als Datenquelle der vorliegenden Untersuchung wurden Routinedaten der gesetzlichen Krankenversicherung sowie Daten aus „VERIKO®“ herangezogen. VERIKO® ist das geriatrisch-pharmazeutische Risikomanagement-System der Firma Gero PharmCare GmbH, welches die Daten zu Medikationsanalysen der teilnehmenden Interventionsgruppe speichert. Die Informationen über die Teilnahme an Medikationsanalysen (ja/nein) sowie das Beginndatum der Medikationsanalysen der Interventionsgruppe wurden aus VERIKO® über ein verschlüsseltes Datenübertragungsverfahren an die AOK Nordost, IKK Berlin-Brandenburg und VIACTIV übermittelt. Die Medikationsanalysen-Teilnehmer wurden dabei mit demselben Versichertenpseudonym versehen, wie die Interventionsgruppe in den Routinedaten aufbereitet wurden. Hierdurch wurde eine Verknüpfung der Daten aus VERIKO® mit den Routinedaten der jeweiligen Krankenkasse sichergestellt. Die Routinedaten wurden einheitlich von den Krankenkassen AOK Nordost, IKK Berlin-Brandenburg und VIACTIV für die Interventionsgruppe bereitgestellt und an data experts GmbH geliefert. Versichertendaten der Kontrollgruppe wurden von der AOK Nordost (inkl. der Kontrollgruppe für die IKK BB-Interventionsgruppe) und VIACTIV der data experts GmbH zur Verfügung gestellt. Nach der Plausibilitätsprüfung sowie der Zusammenführung der Routinedatensätze der Krankenkassen durch die data experts GmbH wurden die zusammengeführten Routinedaten der Krankenkassen verschlüsselt an die TU Berlin zur Evaluation übermittelt. Eine genaue Beschreibung der im Datensatz enthaltenen Variablen ist in Anhang 26 des Evaluationsberichts zu finden.

Das Studiendesign von OAV entspricht einer multizentrischen, nicht-randomisierten, zweiarmigen Kohortenstudie. Teilnehmen konnten Individuen, die bei den Krankenkassen AOK Nordost, IKK Brandenburg und Berlin bzw. VIACTIV versichert waren. Die Interventionsgruppe wurde mindestens 18 Monate vor und bis zu 30 Monate nach der Intervention beobachtet. Gründe für eine geringere Beobachtungsdauer waren vorzeitiger Tod, Abbruch der Studie durch den/die Studienteilnehmer oder Abbruch der Studie durch die Pflegeeinrichtung. Die Auswahl der Interventionsgruppe erfolgte prospektiv, während die Kontrollgruppe retrospektiv gezogen wurde. Die Kontrollgruppe wurde mindestens 18 Monate vor Interventionsbeginn³ beobachtet. Die Intervention wurde in 65 Pflegeeinrichtungen durchgeführt, die der Teilnahme zugestimmt haben. Bei 58 dieser Pflegeeinrichtungen handelte es sich um stationäre Pflegeheime. Die übrigen sieben Pflegeeinrichtungen waren ambulante Pflegedienste. Teilnehmen konnten nur Individuen, die von einer an der Intervention teilnehmenden Pflegeeinrichtung betreut wurden, die der Intervention nach Aufklärung zustimmten und die bei einer teilnehmenden Krankenkasse versichert waren. Für jedes Individuum in jeder Pflegeeinrichtung war der Startzeitpunkt der Teilnahme an der Intervention bekannt. Insgesamt wurden 1.566 Individuen in die Interventionsgruppe eingeschlossen. Die Teilnehmenden mussten der Intervention zugestimmt haben, eine Rücknahme der Zustimmung war jederzeit im Studienverlauf möglich.

Zur Berechnung der Effektivität der Intervention wurde zwischen Intention-To-Treat (ITT) Analyse (Hauptanalyse) und Per-Protocol (PP) Analyse unterschieden. In die ITT-Analyse wurden alle Individuen einbezogen, die in die Intervention eingeschlossen wurden und mindestens vier Monate nach Interventionsbeginn beobachtet wurden. In die PP-Analyse wurden nur Individuen einbezogen, die eine Medikations- und Risikoanalyse erhalten hatten (siehe Evaluationsbericht, Kapitel 2.1) und die ebenfalls mindestens vier Monate nachbeobachtet

³ Hierbei ist der für die Kontrollgruppe künstlich gesetzte Interventionsbeginn (siehe Kap. 5.4) gemeint.

wurden. Somit stellt die PP-Analyse eine Subgruppenanalyse der ITT-Analyse dar. Die Medikationsanalyse wurde dabei über das VERIKO® System der Gero PharmCare GmbH erfasst. Die Daten (Teilnahme ja/nein) wurden mittels eines eindeutigen Versichertenpseudonyms mit den Routinedaten verknüpft. Zur Absicherung der Ergebnisse wurden zwei weitere Subgruppenanalysen durchgeführt. Während in ersten der zusätzlichen Subgruppenanalysen nur Patienten betrachtet wurden, die in einer stationären Pflegeeinrichtung gepflegt wurden, wurden in der zweiten Subgruppenanalyse nur Individuen betrachtet, die nicht parallel an einer anderen Intervention (care^{plus}) teilgenommen hatten.

Sowohl in der ITT-Analyse als auch in der PP-Analyse und den weiteren Subgruppenanalysen wurden alle Beobachtungsmonate der eingeschlossenen Individuen bis auf den ersten und den letzten Beobachtungsmonat berücksichtigt. Die Eliminierung des letzten Beobachtungsmonats war notwendig, da Individuen in der Regel nicht zu Ende des jeweiligen Beobachtungsmonats aus der Intervention ausscheiden, sondern im laufenden Monat. Folglich beziehen sich die für diese Monate beobachteten Kosten und Leistungsanspruchnahmen nur auf Teile der Monate. Sie wurden entfernt, da sonst Verzerrungen zu erwarten waren. Da die Daten ebenfalls für einige Individuen für den ersten Beobachtungsmonat im Datensatz nicht vollständig, sondern nur für einen Teil des jeweiligen Monats zur Verfügung standen, wurde auch der erste Beobachtungsmonat von den späteren Analysen ausgeschlossen, um mögliche Verzerrungen auszuschließen.

An einigen Stellen werden ITT- und PP-Analyse gegenübergestellt, um die Effektivität der Medikationsanalysen gesondert zu untersuchen. Die entscheidenden Analysen im Kontext dieser Studie sind jedoch die ITT-Analysen, da hier die Effektivität der Intervention als Ganzes evaluiert werden soll und davon ausgegangen wird, dass mögliche Effekte nicht nur eine Folge der Medikations- und Risikoanalysen als Teil der Intervention sind.

5.2 Fallzahlberechnung, Dropout und Effektstärke

In Tab. 1 sind die in der Evaluation auszuwertenden Endpunkte sowie die jeweils erreichte Power dargestellt. Aus Tab. 1 geht ebenfalls hervor, ob das jeweilige Projektziel erreicht wurde.

Endpunkte	Erwarteter Effekt	Power für verschiedene Dropout-Szenarien					Projektziel (Power $\geq 0,8$) erreicht?
		ITT	PP				
Dropout Rate		0%	37%	19.1%	31%	40%	
<i>Primärer Endpunkt:</i>							
UAE pro 100 Patientenmonate	Reduktion um 30%, von 5,5 auf 3,85 UAE	0,71	0,69	0,65	0,58	0,54	Nein, da Power $< 0,8$
<i>Sekundäre Endpunkte:</i>							
Anteil der Patienten mit Krankenhauseinweisung	Reduktion von 21,1% auf 15,9% (d.h. um 24,8%)	0,99	0,98	0,97	0,94	0,92	Ja, da Power $\geq 0,8$
Stürze	Keine Informationen zu erwarteten Effekten	-	-	-	-	-	Ja
<i>Endpunkt für die ökonomische Evaluation:</i>							
Kosten pro vermiedene UAE pro 100 Patientenmonate	Keine Informationen zu erwarteten Effekten	-	-	-	-	-	Ja

Tab. 1: Überblick über die erreichten und nicht erreichten Ziele für die Endpunkte der Evaluation im Sinne der Intention-To-Treat (n=1.566) bzw. Per-Protocol-Analyse (n = 522)

Wie in Tab. 1 ersichtlich ist, war unter den Annahmen der Power-Berechnung lediglich beim sekundären Endpunkt „Krankenhauseinweisungen“ eine Power von mehr als 0,8 zu erreichen. Bei dem primären Endpunkt (UAE) konnte keine Power von $\geq 0,8$ erreicht werden. Dagegen konnte selbst im Szenario mit 40 Prozent Dropout für das sekundäre Outcome „Krankenhauseinweisungen“ noch eine Power von über 0,9 erreicht werden.

Die Power wurde anhand der Methode von Batistatou (Batistatou et al. 2014) für den Vergleich der Outcomes in Kontroll- und Interventionsgruppe berechnet. Der erwartete Effekt bei UAE ist eine Reduktion des primären Outcomes durch die Intervention um 30 Prozent von 5,5 auf 3,85 UAE pro 100 Patientenmonate. Der erwartete Effekt bei Krankenhauseinweisungen war eine Reduktion der Krankenhauseinweisungen um 24,8 Prozent. In Anbetracht des quasi-experimentellen Studiendesigns mit Clustering wurde eine Intra-Cluster-Korrelation von 0,01

bei der Powerberechnung berücksichtigt. Zudem wurde angenommen, dass die Patienten im Durchschnitt über 15 Monate⁴ an der Intervention teilnehmen.

5.3 Selektion der Kontrollgruppe

Die Kontrollgruppe wurde retrospektiv nach einem spezifischen Schema gezogen, welches die Eigenschaften der Interventionseinrichtungen und das Bundesland der Interventionseinrichtungen berücksichtigte. Zu jedem Individuum der Interventionsgruppe wurden per Propensity Score Matching (PSM) maximal zwei Individuen der Kontrollgruppe gematcht. Die zum Matching herangezogenen Variablen sind im Evaluationsbericht in Anhang 6 vorzufinden. Das PSM erfolgte in einem iterativen Verfahren, in dem für jeden Beginnmonat der Intervention in der Interventionsgruppe alle Kontrollindividuen für das Matching zur Auswahl standen, die zum Zeitpunkt des Interventionsbeginns der Interventionsgruppe sowie mindestens 18 Monate⁵ vorher beobachtet wurden. Der 18-Monats-Zeitraum wurde gewählt, um ausreichend Daten vor dem Interventionsbeginn für eine belastbare Datenauswertung zu haben und um die Paralleltrendannahme der später angewandten Difference-in-Differences (DiD) Regressionsanalyse zu überprüfen.

Die Individuen der Kontrollgruppe wurden im Verhältnis 2:1 zu den Individuen der Interventionsgruppe gezogen. Als potenzielle Kontrollindividuen stellten die teilnehmenden Krankenkassen Daten von 26.593 Versicherten zur Verfügung. Von diesen waren 21.597 in stationärer Pflege, 4.996 wurden von einer ambulanten Pflegeeinrichtung versorgt. Bei der Auswahl der Kontrollgruppe wurde ein dreistufiges Verfahren gewählt, welches zuerst die Kontrollpflegeeinrichtungen und dann die darin befindlichen Kontrollindividuen nach einem spezifischen Schema auswählt:

Es wurden nur Kontrollpflegeeinrichtungen herangezogen, deren Standorte in denselben Bundesländern wie die der Interventionspflegeeinrichtungen liegen. Hierbei wurde das Verhältnis der Bundesländer der Interventionspflegeeinrichtungen auf die Kontrollpflegeeinrichtungen übertragen, so dass der Anteil der Individuen aus den Bundesländern in beiden Gruppen vergleichbar ist. Durch die gleiche Verteilung der Interventions- und Kontrollpflegeeinrichtungen auf die Bundesländer war es möglich, für unbeobachtete, zeitvariierende Effekte auf Bundeslandebene zu kontrollieren.

Interventionseinrichtungen wurden nach definierten Strukturmerkmalen stratifiziert. Anschließend wurden nur die Pflegeeinrichtungen als potenzielle Kontrolleinrichtungen herangezogen, die den Interventionseinrichtungen hinsichtlich der Stratifikationsmerkmale vergleichbar waren. Stationäre Pflegeeinrichtungen wurden nach ihrer Anzahl von Plätzen in Strata mit einer Spannweite von je 20 Plätzen eingeteilt. Für ambulante Pflegeeinrichtungen wurde nach der Anzahl versorgter Individuen stratifiziert. Die Spannweite der Strata betrug 20 versorgte Versicherte. Für jede Interventionseinrichtung wurden sechs Kontrolleinrichtungen innerhalb des jeweiligen Stratum der Interventionseinrichtung per Zufall gezogen. Im Gegensatz zu den Interventionseinrichtungen, in denen jeweils nur Daten von Individuen vorlagen, die an der Intervention teilgenommen haben, wurden für Kontrolleinrichtungen die Daten aller versorgten Individuen geliefert. Es ergab nach Durchführung von Stufe 2 ein Verhältnis der Kontrollindividuen zu Interventionsindividuen von 17:1.

⁴ Zum Zeitpunkt der Power-Berechnung standen die finalen Werte der durchschnittlichen Interventionsteilnahme noch nicht fest.

⁵ Nach dem Matching konnte identifiziert werden, dass alle Individuen der Kontrollgruppe bis auf eines mindestens 18 Monate vor dem künstlichen Interventionsbeginn beobachtet wurden. Folglich sind die Vorbeobachtungszeiträume für Interventions- und Kontrollgruppe annähernd äquivalent.

Innerhalb der selektierten Kontrolleinrichtungen wurden nur Individuen als potenzielle Kontrollindividuen herangezogen, die zum selben Zeitpunkt wie die Individuen der Interventionsgruppe beobachtet wurden. Hierzu wurden die Interventionsindividuen zunächst in Gruppen nach dem Startzeitpunkt der Intervention eingeteilt. Anschließend wurden für jede Gruppe von Interventionsindividuen nach Startzeitpunkt, beginnend mit der Gruppe mit dem frühesten Startzeitpunkt, im maximal zwei Kontrollindividuen pro Interventionsindividuum (Verhältnis Kontroll- zu Interventionsgruppe 2:1) per PSM gezogen. Das PSM erfolgte als Ziehen ohne Zurücklegen. Sofern ein Kontrollindividuum zu einem Interventionsindividuum gematcht wurde, stand es für das Matching für andere Startzeitpunkte im weiteren Verlauf der Kontrollgruppenbildung nicht mehr zur Verfügung.

5.4 Propensity Score Matching

Das PSM erfüllte im Rahmen der OAV-Evaluation zentrale Funktionen. Zum einen diente es dazu, die nicht durchgeführte Randomisierung ex-post durch Matching von geeigneten Kontrollindividuen anhand beobachteter Variablen zu approximieren. Weiterhin werden im Zuge des PSM den Interventionsindividuen, die zu unterschiedlichen Startzeitpunkten mit der Intervention begonnen haben, zur selben Zeit beobachtete Kontrollindividuen zugeordnet und damit für alle in die Analyse einbezogenen Kontrollindividuen ein künstlicher Startzeitpunkt erzeugt.

Um eine der Interventionsgruppe möglichst ähnliche Kontrollgruppe zu erhalten, wurde wie beschrieben das PSM angewandt. Hierbei wurde in Abhängigkeit der einbezogenen Kontrollvariablen für jedes Individuum ein Propensity Score errechnet (Dehejia und Wahba 2002). Da das Verhältnis von Kontroll- zu Interventionsgruppe a priori auf 2:1 festgelegt wurde, wurde angestrebt, für jedes Interventionsindividuum zwei Kontrollindividuen per PSM zu matchen. Das PSM wurde aufgrund der Datenstruktur iterativ für jeden Startzeitpunkt der Intervention der Interventionsgruppe in Abhängigkeit vom Matching der vorherigen Startzeitpunkte (= Monate) durchgeführt. Somit wurden zunächst alle Individuen ausgewählt, die zum ersten Startzeitpunkt der Intervention (Juli 2018) in die Intervention eingeschlossen wurden. Anschließend wurden alle Individuen der Kontrollgruppe ausgewählt, die zum Startzeitpunkt der Interventionsgruppe sowie mindestens 12 Monate vor dem Startzeitpunkt der Interventionsgruppe beobachtet wurden. Als nächstes wurde das PSM für die Interventionsgruppe mit Startzeitpunkt Juli 2018 sowie der Kontrollgruppe, die die eben beschriebenen Kriterien erfüllen, mit Hilfe des Pakets „MatchIt“ (Ho et al. 2021) in der Statistiksoftware R, Version 4.0.3, durchgeführt. Hierbei wurden nur die Daten einbezogen, die zur Periode vor Beginn der Intervention (bzw. des künstlichen Interventionsbeginns in der Kontrollgruppe) erhoben wurden. Für das PSM wurde ein Caliper (Lunt 2014) von 0,1 ausgewählt, um zu große Abweichungen zwischen Interventions- und Kontrollindividuen zu vermeiden und so Verzerrungen durch Ausreißer auszuschließen. Alle Individuen der Kontrollgruppe, die zu den Interventionsindividuen mit dem Startzeitpunkt Juli 2018 hinzugematcht wurden, haben einen künstlich gesetzten Interventionsbeginn desselben Startzeitpunktes erhalten. Sie standen fortan für das weitere Matching der übrigen Startzeitpunkte nicht mehr zur Verfügung. Dieser Prozess wurde für alle Startzeitpunkte wiederholt. So sollte erreicht werden, dass für alle Startzeitpunkte ein ausgewogenes Verhältnis von Interventions- und Kontrollindividuen vorliegt. Dies ist insbesondere deshalb relevant, damit die Paralleltrendannahme für die einzelnen Outcomes anhand der Monate relativ zum Interventionsbeginn geprüft werden kann. Bei der Auswahl der Kontrollvariablen für das PSM ist generell zu beachten, dass nur solche Variablen als Kontrollvariablen einbezogen werden, die sowohl die Entscheidung für die Teilnahme an der Intervention als auch den Outcome der späteren Analyse beeinflussen (Caliendo und Kopeinig 2008). Es wurden zudem nur Variablen in das PSM einbezogen, die nicht zu stark miteinander korreliert waren. Eine zu hohe Korrelation wurde mittels freiheitsgradadjustiertem Varianzinflationsfaktor nach Fox und Monette 1992 gemessen. Ein Wert > 10 des Freiheitsgrad-adjustierten variance inflation factors (VIF)

indizierte dabei eine sehr hohe Korrelation einer Variable mit den anderen Variablen (Fox und Monette 1992). Variablen mit einem VIF > 10 wurden von der Analyse ausgeschlossen.

Das Ergebnis des Matchings wurde anhand der standardized mean difference (SMD) verglichen (Zhang et al. 2019).

Nachdem das PSM durchgeführt wurde, wurden die Mittelwerte relevanter Variablen hinsichtlich der SMD bewertet, um festzustellen, ob das PSM erfolgreich war.

5.5 Operationalisierung der Outcome-Variablen

Als primäres gesundheitliches Outcome wurden im Rahmen der Studie unerwünschte Arzneimittelereignisse herangezogen. Als sekundäre gesundheitliche Outcomes wurden Krankenhauseinweisungen und Stürze untersucht. Weiter wurden die Prävalenz von Polypharmazie sowie die Häufigkeit gleichzeitig abgegebener bzw. annahmegemäß gleichzeitig eingenommener gefährlicher ATC-Kombinationen erfasst. Für die konkrete Operationalisierung der Outcome-Variablen wird an dieser Stelle auf den Evaluationsbericht, Kapitel 2.5 verwiesen.

UAEs wurden nach der Methode von Stausberg und Hasford 2011 operationalisiert. Hierzu wurden die Kategorien für ICD-10-GM-Codes von Stausberg und Hasford 2011 herangezogen. So wurden insgesamt 505 ICD-10-GM-Codes als UAE klassifiziert, die nach Stausberg und Hasford 2011 zumindest mit einer UAE in Verbindung gebracht werden können. Stausberg und Hasford 2011 definieren dabei fünf Oberkategorien von ICD-10-GM Diagnosen, die mit verschiedener Wahrscheinlichkeit auf ein UAE hindeuten. Während es bei Kategorie A um Diagnosen geht, bei denen ein kausaler Zusammenhang als gesichert gilt, handelt es sich bei Kategorie E um Diagnosen, bei denen ein UAE zumindest möglich ist.

Die Betrachtung von UAE bezieht sich dabei nur auf Krankenhausdiagnosen. Ambulante UAEs können anhand der Abrechnungsdaten nicht zuverlässig auf Monatsebene (sondern nur auf Quartalsebene) ermittelt werden.

Da aus Perspektive dieser Studie eine Reduktion von UAEs in Pflegeeinrichtungen von Bedeutung ist, wurden nur Krankenhausaufnahme- sowie Krankenhauseinweisungsdiagnosen betrachtet.

Das sekundäre Outcome Krankenhauseinweisungen wurde mit Hilfe des Aufnahmedatums in ein Krankenhaus operationalisiert. Hierbei wurde die individuelle Anzahl an Krankenhauseinweisungen pro Individuum und Monat berücksichtigt (Zählraten).

Als weiteres sekundäres gesundheitliches Outcome wurden Stürze untersucht. Dieses Outcome konnte jedoch aufgrund einer zu geringen Anzahl an auftretenden Ereignissen nicht weiter untersucht werden.

Darüber hinaus wurden zwei Outcomes der medikamentösen Versorgung untersucht. Dies waren die Prävalenz von Polypharmazie sowie die Anzahl an potenziell unangemessenen Wirkstoffen (PIMs) für ältere Personen. Das Outcome „Prävalenz von Polypharmazie“ wurde anhand von ATC-Codes (7-Steller) operationalisiert. PIMs wurden mit Hilfe der PRISCUS-Liste (Holt et al. 2010) operationalisiert.

5.6 Berechnung der Effektivität der Intervention

Da die OAV Studie nicht als kontrolliert, randomisierte Studie durchgeführt wurde, wurde zur Schätzung des Effektes der Intervention auf die jeweiligen Outcomes ein quasi-experimentelles Studiendesign, genauer eine Difference-in-Differences (DiD) Analyse, herangezogen (Angrist und Pischke 2009). Hierbei wurden Perioden-Fixed-Effects eingebaut, um für Zeiteffekte der verschiedenen Studienperioden zu kontrollieren (vgl. Evaluationsbericht, Kapitel 2.6, Modell (5) für die Modellspezifikation sowie Evaluationsbericht, Anhang 8 für die Kontrollvariablen).

Wie in vergleichbaren Studien, die Interventionen zur Reduktion von unerwünschten Arzneimittelwirkungen analysieren, wurde zur Berechnung des Effekts der Intervention eine Poisson-Regression herangezogen (Lapane et al. 2011). Die Poisson-Regression wurde für alle weiteren Outcomes mit Zähldaten (Anzahl der Krankenhauseinweisungen, Stürze, PIMs) verwendet (konkrete Operationalisierung der Outcomes siehe Evaluationsbericht, Kapitel 2.6). Die Effekte wurden dabei als Incidence-Risk-Ratios interpretiert. Für das binäre Outcome Polypharmazie wurde eine logistische Regression angewandt. Die Koeffizienten wurden in Odds Ratios umgewandelt (Sperandei 2014; Peng et al. 2002).

Es wurde in einer weitergehenden Analyse untersucht, wie sich die Intervention auf die Aufwände der Krankenkassen in Bezug auf die einzelnen Kostenarten ausgewirkt hat. Hierbei fand eine Beschränkung auf die Kostenarten Gesamtkosten der gesetzlichen Krankenversicherung, Gesamtkosten der gesetzlichen Pflegeversicherung, Gesamtkosten der gesetzlichen- und Pflegeversicherung, Kosten für Arzneimittel, Krankenhauskosten und Kosten der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung statt. Für diese Analyse wurde das oben beschriebene Modell (5) herangezogen, wobei als abhängige Variable die jeweils untersuchte Kostenart verwendet wurde.

Für die Ergebnisse der Evaluation, in denen eine statistische Signifikanz notwendig für die Beurteilung war, wurde die Irrtumswahrscheinlichkeit erster Art (α -Fehler) auf $\alpha = 0,05$ festgelegt, was einem Signifikanzniveau von 95 Prozent entspricht.

5.7 Berechnung der Kosten der Interventions- und Kontrollgruppe

Zur Berechnung der Kosteneffektivität wurden für Interventions- und Kontrollgruppe zunächst die durchschnittlichen monatlichen Kosten herangezogen, die aus Sicht der gesetzlichen Krankenversicherung und gesetzlichen Pflegeversicherung im Interventionszeitraum anfielen und die in den Routinedaten der beteiligten Krankenkassen gemäß Datenlieferung vorlagen.

Dies waren Kosten für:

- Ambulante vertragsärztliche Versorgung und Direktabrechner,
- Krankenhausbehandlung
- Hospizleistungen
- Palliativversorgung
- ambulante Rehabilitation
- häusliche Hilfeleistungen
- häusliche Krankenpflege
- Heil- und Hilfsmittel
- Arzneimittelversorgung
- stationäre Rehabilitation
- Fahrten
- Pflege gemäß SGB XI

Genauere Angaben zur Operationalisierung der Kosten sind im Evaluationsbericht, Kapitel 2.7 sowie im Anhang 26 des Evaluationsberichts zu finden. Es wurden hierbei nur die Nettokosten aus Perspektive der Kranken- und Pflegekassen berücksichtigt, von Patienten geleistete Zuzahlungen konnten nicht in die Analyse einbezogen werden. Indirekte Kostenveränderungen der Krankenkassen durch die Intervention, die sich in den Routinedaten widerspiegeln, werden als indirekte Interventionskosten bezeichnet.

Als weiterer Kostenbestandteil wurden die Kosten einbezogen, die zusätzlich für die Intervention anfielen (direkte Interventionskosten). Diese zusätzlichen Kosten, die in den bisherigen Kostendaten der Krankenkassen nicht abgebildet sind, lassen sich in monatliche Kosten pro Teilnehmer, fixe Kosten pro Teilnehmer (einmalig für den gesamten Teilnahmezeitraum) und jährlich anfallende Kosten (Schulungskosten) unterscheiden. Während die monatlichen Kosten pro Teilnehmer in gleicher Höhe pro Teilnehmer und Monat – unabhängig von der Gesamtzahl der Teilnehmermonate – anfallen, ist dies bei den jährlichen Schulungskosten und den fixen Kosten je Teilnehmer nicht der Fall. Je höher die Anzahl an durchschnittlichen Teilnehmemonaten, desto geringer fallen die fixen Kosten je Teilnehmermonat aus. Ähnliches

gilt für die Schulungskosten: Je mehr Teilnehmer pro Jahr in die Intervention eingeschlossen und vom geschulten Personal betreut werden können, desto geringer fallen die Schulungskosten pro Teilnehmermonat aus.

Zusammengefasst setzen sich die Kosten der Intervention aus zwei Hauptkomponenten zusammen:

- Direkte Kosten der Intervention (monatlich anfallend, jährlich anfallend, fix).
- Veränderungen in den routinemäßig erhobenen Kostendaten der Krankenkassen als Folge der Intervention (bspw. durch Umstellung auf andere Arzneimittel, Reduktion von Krankenhausaufenthalten etc.) (=indirekte Kosten).

In der vorliegenden Studie wurde lediglich ein Teil der Pflegepatienten aus den teilnehmenden Pflegeheimen und ambulanten Pflegediensten in die Intervention eingeschlossen. In der späteren Routineversorgung wäre jedoch zu erwarten, dass ein größerer Anteil an Patienten pro Pflegeeinrichtung in die Versorgungsform eingeschlossen wird, so dass sich die fixen Kosten auf mehr Individuen als in der vorliegenden Studie aufteilen würden. Dies gilt ebenfalls für die jährlichen Schulungskosten. Allerdings würden aufgrund der erhöhten Patientenzahlen und einer erhöhten Anzahl an teilnehmenden Einrichtungen bei Einführung der Intervention in die Routineversorgung auch höhere jährliche Schulungskosten anfallen, die jedoch zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht geschätzt werden können. Folglich bleibt die künftige Verteilung der fixen Teilnehmerkosten und der jährlichen Schulungskosten auf die Teilnehmermonate unklar. Aufgrund dieser Unsicherheit, die mit der Umlage der fixen und jährlichen Schulungskosten auf die einzelnen Teilnehmer bzw. Teilnehmermonate verbunden sind, wurden zwei Modelle zur Schätzung der direkten Kosten der Intervention pro Patient gerechnet. In Kostenmodell 1 wurden alle Kostenbestandteile (monatlich variabel, jährlich variabel und fix) zur Berechnung der direkten Kosten der Intervention herangezogen. Dabei wurden die fixen Kosten durch alle Teilnehmer-Monate dividiert, um die Kosten je Teilnehmermonat zu erhalten. Die jährlichen Kosten wurden durch die Anzahl an Teilnehmermonate für das erste Beobachtungsjahr der 1.566 in die Intervention eingeschlossenen Individuen dividiert, um die jährlichen Schulungskosten auf die Teilnehmermonate zu verteilen. Ebenfalls eingeschlossen wurden die variablen Kosten pro Monat. In Kostenmodell 2 wurden aufgrund der mit Kostenmodell 1 verbundenen Unsicherheit lediglich die variablen Kosten eingeschlossen, da es bei diesen keine Annahmen bezüglich der Umlage auf Teilnehmermonate bedarf. Folglich ist anzunehmen, dass Kostenmodell 1 eine Überschätzung der tatsächlichen Kosten je Teilnehmermonat und Kostenmodell 2 eine Unterschätzung der tatsächlichen Kosten je Teilnehmermonat darstellt.

Monate, in denen die Intervention begonnen hatte, sowie Monate, in denen die Beobachtungsdauer endete, wurden entfernt, da für diese jeweils unvollständige Kostendaten vorlagen (da in der Regel nur ein Teil des Monats beobachtet wurde). Voraussetzung für die Berechnung der inkrementellen Kosten war zudem, dass vor Beginn der Intervention keine statistisch signifikanten Unterschiede der Gesamtkosten zwischen Interventions- und Kontrollgruppe beobachtet wurden.

5.8 Berechnung der Kosteneffektivität

Zur Berechnung der Kosteneffektivität der Intervention wurde das inkrementelle Kosten-Effektivitäts-Verhältnis („incremental cost-effectiveness ratio“, kurz ICER) (Severens et al. 1999) berechnet. Dieses stellt die inkrementellen Kosten der zu untersuchenden Intervention der inkrementellen Effektivität gegenüber. Die Formel zur Berechnung der ICER lautet:

$$\widehat{ICER} = \frac{\overline{C_1 - C_0}}{\overline{E_1 - E_0}}$$

Wobei \overline{C}_1 und \overline{C}_0 jeweils die durchschnittlichen direkten und indirekten Kosten der Interventions- und der Kontrollgruppe und \overline{E}_1 und \overline{E}_0 die durchschnittliche Effektivität der Interventions- und Kontrollgruppe darstellen. Die Konfidenzintervalle für die ICERs wurden mithilfe von Bootstrapping ermittelt (Severens et al. 1999; Briggs et al. 1997).

Um die zuvor errechneten Incidence-Risk-Ratios der Outcomes UAE und Krankenhauseinweisungen in absolute geschätzte Effekte umzurechnen, wurde für jedes Individuum und jeden Monat die Wahrscheinlichkeit, eine der beiden für die gesundheitsökonomische Evaluation relevanten Outcomes zu erhalten, jeweils einmal mit Intervention*Post = 0 und Intervention*Post = 1 geschätzt (Jones et al. 2007). Anschließend wurde die Differenz zwischen den geschätzten Outcomes für jedes Individuum ermittelt und der Durchschnitt über alle Individuen auf 100 Patientmonate hochgerechnet. Dies ergibt die Anzahl an verhinderten Outcome-Einheiten pro 100 Patientmonate.

Eine Kosteneffektivitätsanalyse für die medikationsbezogenen Outcomes wurde nicht durchgeführt, da im Rahmen dieser Studie keine sinnvolle Interpretation möglich ist. Eine Verhinderung von Polypharmazie oder eine Reduktion von PRISCUS Wirkstoffen ist in diesem Kontext nur dann relevant, wenn sie patientenrelevante Outcomes (beispielsweise UAE oder Krankenhauseinweisungen) beeinflusst, stellt jedoch keinen Selbstzweck dar.

6. Projektergebnisse

Im Rahmen des Projekts entstanden 65 sektorenübergreifende regionale geriatrische Teams (Ärzte, Apotheker, Pflegefachkräfte) in vier Bundesländern (Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern und Nordrhein-Westfalen). Insgesamt wurden 1.588 Teilnehmer in 65 Pflegeeinrichtungen (58 stationäre und 7 ambulante Einrichtungen) eingeschrieben. Von diesen konnten lediglich 1.566 in die Analyse mit einbezogen werden, da 22 Patienten ehemalige Mitarbeiter einer beteiligten Krankenkasse sind.

Neben der Hauptanalyse (ITT-Analyse) wurden Subgruppenanalysen durchgeführt, um zu analysieren, ob die Effekte der Intervention sich in heterogenen Subgruppen der vorliegenden Population unterscheiden. So könnte es sein, dass der Effekt der Intervention in der Subgruppe der stationär gepflegten Individuen anders ausfällt als in der Gesamtpopulation. Auch ein abweichender, womöglich stärkerer Effekt in der Subgruppe der Individuen mit Medikationsanalyse war denkbar, da diese Subgruppe in besonderer Weise von der Intervention Gebrauch gemacht hat. Ferner wurde analysiert, ob Individuen, die in keinem anderen Programm (care^{plus}) eingeschrieben waren, anders von der Intervention beeinflusst wurden als die Gesamtgruppe.

Für alle nachfolgend dargestellten Analysen wurde zunächst die Paralleltrendannahme (siehe Ziff. 5. Methodik) überprüft, denn die Erfüllung der Paralleltrendannahme ist eine notwendige Voraussetzung für die Durchführung der Difference-in-Differences Analyse. Die dazugehörigen Graphen sind im Evaluationskonzept detailliert dargestellt und werden an dieser Stelle nicht näher betrachtet. Die Paralleltrendannahme würde für alle nachfolgend dargestellten Analysen als erfüllt betrachtet. Weiter wurde für alle nachfolgenden Analysen jeweils ein separates Matching durchgeführt, um den Charakteristika der im jeweiligen Analysesetting untersuchten Population Rechnung zu tragen. Es wurden zudem nur Individuen in die Evaluation einbezogen, die mindestens vier Monate nach (künstlichem) Interventionsbeginn beobachtet wurden.

Nach Durchführung des Propensity Score Matchings sowie der Berücksichtigung der Mindestnachbeobachtungsdauer von vier Monaten verblieben in der ITT-Analyse 1.325 Individuen der Interventionsgruppe und 2.483 Individuen der Kontrollgruppe (vgl. Tab. 2). Die durchschnittliche Nachbeobachtungszeit nach Interventionsbeginn belief sich in der Interventionsgruppe auf 16,72 Monate, in der Kontrollgruppe auf 16,60 Monate. Die

Akronym: OAV

Förderkennzeichen: 01NVF17008

Verteilung der Patienten der Interventions- bzw. Kontrollgruppe auf ambulante bzw. stationäre Pflegeeinrichtungen sowie in die Gruppen „Patienten mit Medikations- und Risikoanalyse“ und „Patienten mit care^{plus}“ sowie auf die Pflegeeinrichtungen ist in Tab. 2 dargestellt. Insgesamt haben 431 Patienten in der Interventionsgruppe, die mindestens vier Monate nachbeobachtet wurden, jemals eine Medikations- und Risikoanalyse enthalten. Dies entsprach etwa einem Drittel der Interventionsgruppe. In das Programm care^{plus} waren zudem 319 Individuen der Interventionsgruppe eingeschrieben, was einem Anteil von 24,08 Prozent entsprach. In der Kontrollgruppe nahmen absolut 539 bzw. relativ 21,71 Prozent der Individuen an care^{plus} teil.

	Interventionsgruppe			Kontrollgruppe		
	<i>Ambulant</i>	<i>Stationär</i>	<i>Gesamt</i>	<i>Ambulant</i>	<i>Stationär</i>	<i>Gesamt</i>
Anzahl Individuen	110	1215	1325	225	2258	2483
davon mit Medikations- und Risikoanalyse	8	423	431	-	-	-
davon jemals in care ^{plus} eingeschrieben	2	317	319	3	536	539
Anzahl Pflegeeinrichtungen	7	58	65	42	326	368
Anzahl Patient*innen pro Pflegeeinrichtung	16,86	20,95	20,38	5,36	6,93	6,47

Tab. 2: Verteilung der Patienten in ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen nach dem PSM mit einer Mindestbeobachtungsdauer von vier Monaten nach (künstlichem) Interventionsbeginn in der ITT-Analyse.
(Prozentangaben des Anteils der Individuen mit jeweiligem Merkmal an der Gesamtzahl der beobachteten Individuen pro Spalte in Klammern).

Als nächstes wurde der Effekt der Intervention für die oben dargestellte Population der ITT-Analyse untersucht. In dieser konnte die Inzidenz der Krankenhauseinweisungen und die Inzidenz der unerwünschten Arzneimittelereignisse statistisch signifikant gesenkt werden (Tab. 3). Die Incidence-Risk-Ratio des Effekts der Intervention auf UAE belief sich auf 0,725 und war mit einem p-Wert von unter 0,01 statistisch hochsignifikant. Die Incidence-Risk-Ratio des Effekts der Intervention auf Krankenhauseinweisungen von 0,825 war mit einem p-Wert von unter 0,01 ebenfalls statistisch hochsignifikant (Tab. 3). Eine Berechnung des Effekts der Intervention auf das Outcome „Stürze“ war aufgrund einer zu geringen Inzidenz an Stürzen nicht möglich. Aufgrund der geringen Rate konnte die Paralleltrendannahme nicht validiert werden (siehe Evaluationsbericht, Kapitel 3.1.3, insbesondere Abbildung 8).

Variable	Intervention*Post	95 % Konfidenzintervall (KI)
(1) UAE (Incidence-Risk-Ratio)	0,725 ***	(0,592 bis 0,887)
(2) Krankenhauseinweisungen (Incidence-Risk-Ratio)	0,825 ***	(0,719 bis 0,948)
(3) Polypharmazie (Odds Ratio)	0,936	(0,859 bis 1,020)
(4) PIMs (Incidence-Risk-Ratio)	0,872 *	(0,755 bis 1,006)

Tab. 3: Effekt der Intervention (Intervention*Post) auf das primäre und die sekundären Outcomes in der ITT-Analyse.
 (***) $p < 0.01$; ** $p < 0.05$; * $p < 0.1$. Standardfehler wurden auf Pflegeheimebene geclustert. Alle Regressionen wurden mit Perioden-fixed-effects gerechnet. Eine vollständige Übersicht über die verwendeten Kontrollvariablen befindet sich in Anhang 8 des Evaluationsberichts.)

In eine prozentuale Reduktion der Outcomes umgerechnet belief sich die Reduktion der UAE auf 27,5 Prozent ($= (1 - 0,725^6) * 100$). Die Inzidenz der Krankenhauseinweisungen konnte durch die Intervention um 17,5 Prozent gesenkt werden. Der Effekt der Intervention auf Polypharmazie und die Anzahl eingenommener PIMs war in der ITT-Analyse auf dem mindestens geforderten Signifikanzniveau von 95 Prozent (Fehlerwahrscheinlichkeit $\alpha = 5$ Prozent) nicht statistisch signifikant (Tab. 3).

Umgerechnet in absolute Werte entsprach der Effekt der Intervention in der ITT-Analyse einer Reduktion der UAE von 1,27 UAE pro 100 Patientenmonate auf 0,92 UAE pro 100 Patientenmonate. Somit konnten durch die Intervention 0,35 UAE pro 100 Patientenmonate verhindert werden. Krankenhauseinweisungen konnten absolut von 7,37 Krankenhauseinweisungen pro 100 Patientenmonate auf 6,08 Krankenhauseinweisungen pro 100 Patientenmonate gesenkt werden. Dies entsprach einer Verhinderung von 1,27 Krankenhauseinweisungen pro 100 Patientenmonate.

Weiter wurde die Kosteneffektivität der Intervention mit Hilfe der ICER (siehe 5. Methodik) analysiert. Hierfür wurden die in Kapitel 5 beschriebenen Kostenmodelle 1 (Einbezug aller direkten Interventionskosten) und 2 (Einbezug nur der variablen direkten Interventionskosten) untersucht. Somit sind die Kosten pro Outcome in Kostenmodell 2 für das gleiche Outcome nie höher als in Kostenmodell 1 gewesen. Kostenmodell 1 ist damit aus den in Kapitel 5. beschriebenen Gründen als Obergrenze der ICER zu verstehen, Kostenmodell 2 als Untergrenze.

Die ICER für UAE betrug in der ITT-Analyse unter Einbezug aller direkten Kosten (Kostenmodell 1) 15.182,52 € [95 Prozent-Konfidenzintervall (KI): 7.894,90 €; 34.978,53 €] pro verhinderter UAE. Die ICER der Krankenhauseinweisungen nach Kostenmodell 1 wurde auf 4.126,63 € [2.101,84 € - 8.638,22 €] pro verhinderter Krankenhauseinweisung geschätzt. Bei Kostenmodell 2 reduzierte sich die ICER aufgrund der reduzierten Anzahl an einbezogenen Kosten erwartungsgemäß und belief sich für verhinderte UAE auf 2.532,31 € [-3.631,16 € - 15.033,60 €]. Sie war damit nicht statistisch signifikant. Ebenfalls nicht statistisch signifikant war die ICER für das Outcome Krankenhauseinweisungen nach Kostenmodell 2 (688,15 € [-923,19 € - 3.995,05 €]).

⁶ Effekt für UAE aus Tab. 3.

Pro 100 Patientenmonate fielen durch die Intervention nach Kostenmodell 1 5.309,38 € an Mehraufwendungen an. Nach Kostenmodell 2 belief sich die Summe an Mehraufwendungen auf 885,38 € pro 100 Patientenmonate. Die Ergebnisse der Kosteneffektivitätsanalyse sowie die Kostenänderung pro 100 Patientenmonate und die Änderung der Outcomes (UAE, Krankenhausweinigweisungen pro 100 Patientenmonate) sind in Tab. 4 dargestellt.

	Kostenmodell 1	Kostenmodell 2
Vermiedene UAE pro 100 Patientenmonate	0,35	0,35
Vermiedene Krankenhauseinweisungen pro 100 Patientenmonate	1,27	1,27
Kostenänderung pro 100 Patientenmonate	5.309,38 €	885,38 €
ICER vermiedene UAE in €/UAE (95% KI)	15.185,52 (7.894,90 – 34.978,53)	2.532,31 (-3.631,16 – 15.033,60)
ICER vermiedene Krankenhauseinweisungen in € / Krankenhauseinweisung (95% KI)	4.126,63 (2.102,84 – 8.638,22)	688,15 (-923,19 – 3.995,05)

Tab. 4: Übersicht über die Kosteneffektivität nach Kostenmodellen in der ITT-Analyse. (95 Prozent Konfidenzintervalle in Klammern)

Als nächstes wurde die PP-Analyse durchgeführt. Diese schloss für die Interventionsgruppe nur Individuen ein, die eine Medikations- und Risikoanalyse erhielten. Nach erneutem PSM für diese Subgruppe und unter Berücksichtigung der Mindestnachbeobachtungsdauer von 4 Monaten nach Interventionsbeginn konnten 417 Individuen der Interventionsgruppe und 756 Individuen der Kontrollgruppe eingeschlossen werden. Die Verteilung der Individuen mit Medikations- und Risikoanalyse auf ambulante und stationäre Einrichtungen sowie die Anzahl an Pflegeeinrichtungen und Individuen pro Pflegeeinrichtung sind in Tab. 5 dargestellt.

	Interventionsgruppe			Kontrollgruppe		
	Ambulant	Stationär	Gesamt	Ambulant	Stationär	Gesamt
Anzahl Individuen	7	410	417	17	739	756
davon jemals in care ^{plus} eingeschrieben	0	96	96	0	139	139
Anzahl Pflegeeinrichtungen	3	53	56	12	274	286
Anzahl Patienten pro Pflegeeinrichtung	2,33	7,74	7,74	1,14	2,70	2,64

Tab. 5: Verteilung der Patienten in ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen nach dem Matching mit einer Mindestbeobachtungsdauer von 4 Monaten nach (künstlichem) Interventionsbeginn für die PP-Analyse

In der PP-Analyse belief sich die Incidence-Risk-Ratio des Effektes der Intervention auf UAE 0,689 und war statistisch signifikant. Somit konnten UAE um 31,1 Prozent [95%-Konfidenzintervall: 5,9 Prozent - 50,5 Prozent] reduziert werden. Absolut wurden pro 100 Patientenmonate 0,42 UAE durch die Intervention verhindert (Tab. 7).

Ebenfalls statistisch signifikant reduziert wurde die Prävalenz von Polypharmazie (Odds Ratio: 0,833 [0,741-0,937]) und die Einnahme von PIMs mit einer Incidence-Risk-Ratio von 0,685 (Tab. 6). Damit konnte in der Subgruppe der Patienten mit Medikations- und Risikoanalyse beide medikamentösen Outcomes statistisch signifikant reduziert werden. Umgerechnet reduzierte sich die Anzahl an eingenommenen PIMs um 31,5 Prozent [10,7 Prozent - 47,5 Prozent]). Der Effekt der Intervention auf Krankenhauseinweisungen war in der PP-Analyse nicht signifikant (Tab. 6).

Variable	Geschätzter Effekt	95% Konfidenzintervalle
(1) UAE	0,689 **	(0,495 bis 0,961)
(2) Krankenhauseinweisungen	0,834 *	(0,692 bis 1,007)
(3) Polypharmazie	0,833 ***	(0,741 bis 0,937)
(4) PIMs	0,685 ***	(0,525 bis 0,893)

Tab. 6: Effekt der Intervention (Intervention*Post) auf das primäre und die sekundären Outcomes in der Subgruppe der Interventionsteilnehmern mit Medikations- und Risikoanalyse. (***) $p < 0.01$; ** $p < 0.05$; * $p < 0.1$. Standardfehler wurden auf Pflegeheimebene geclustert. Alle Regressionen wurden mit Perioden-fixed-effects gerechnet. Eine vollständige Übersicht über die verwendeten Kontrollvariablen befindet sich in Anhang 14 des Evaluationsberichts.)

Nach Kostenmodell 1 lag in der PP-Analyse die ICER bei 7.078,98 € pro verhindertem UAE (Tab. 7). Pro verhinderter Krankenhauseinweisung beliefen sich die Kosten nach Kostenmodell

1 auf 2.402,17 €. Dies war aufgrund der höheren Inzidenz von Krankenhauseinweisungen im Vergleich zu UAE zu erwarten.

Wie in der ITT-Analyse reduzierten sich in Kostenmodell 2 die ICERs für beide Outcomes im Vergleich zu Kostenmodell 1, da hier nur die variablen direkten Interventionskosten einbezogen wurden. Pro verhindertem UAE konnten nach Kostenmodell 2 3.562,67 € eingespart werden (negative ICER). Die ICER für Krankenhauseinweisungen belief sich auf -1.208,95 €. Dies bedeutete wie bei UAE ebenfalls, dass in diesem Szenario pro verhinderter Krankenhauseinweisung Kosten eingespart wurden.

Pro 100 Patientenmonate entstanden nach Kostenmodell 1 Mehraufwendungen in Höhe von 2943 €. Nach Kostenmodell 2 konnten hingegen 1.481 € eingespart werden (Tab. 7).

Anders als in der ITT-Analyse konnte für die PP-Analyse aus Zeitgründen keine Konfidenzintervalle für die ICERs berechnet werden. Daher muss die Interpretation der ICERs für diese Subgruppe mit äußerster Vorsicht erfolgen, da keine Informationen zur Unsicherheit der Ergebnisse vorliegen.

	Kostenmodell 1	Kostenmodell 2
Vermiedene UAE pro 100 Patientenmonate	0,42	0,42
Vermiedene Krankenhauseinweisungen pro 100 Patientenmonate	1,23	1,23
Kostenänderung pro 100 Patientenmonate	2.943 €	-1.481 €
ICER vermiedene UAE	7.078,98	-3.562,67
ICER vermiedene Krankenhauseinweisungen	2.402,17	-1.208,95

Tab. 7: Übersicht über die Kosteneffektivität nach Kostenmodellen in der Subgruppe der Patient*innen mit Medikationsanalyse

In der Subgruppenanalyse der stationären Patienten wurden nach PSM und unter Berücksichtigung der Mindestnachbeobachtungsdauer 1.210 Individuen der Interventionsgruppe und 2.226 Individuen der Kontrollgruppe eingeschlossen. Die Verteilung der stationären Patienten mit Medikations- und Risikoanalyse und Patienten mit care^{plus}-Teilnahme kann Tab. 8 (Folgesseite) entnommen werden. Insgesamt 318 Individuen der Interventionsgruppe waren in care^{plus} eingeschrieben, 423 Individuen der Interventionsgruppe erhielten mindestens eine Medikations- und Risikoanalyse. In der Kontrollgruppe waren 506 Individuen in care^{plus} eingeschrieben.

	Interventionsgruppe		Kontrollgruppe	
	Ambulant	Stationär	Ambulant	Stationär
Anzahl Individuen	-	1210	-	2226
davon mit Medikationsanalyse	-	423	-	0
davon jemals in care ^{plus} eingeschrieben	-	318	-	506
Anzahl Pflegeeinrichtungen	-	58	-	341
Anzahl Patient*innen pro Pflegeeinrichtung	-	20,86	-	6,58

Tab. 8: Verteilung der stationären Patienten nach dem Matching mit einer Mindestbeobachtungsdauer von 4 Monaten nach (künstlichem) Interventionsbeginn

Auch in dieser Subgruppe konnten UAE statistisch signifikant reduziert werden. Die Incidence-Risk-Ratio von 0,776 entsprach einer Reduktion der UAE um 22,4 Prozent [3,9 Prozent – 37,2 Prozent]. Absolut konnte die Intervention somit in dieser Subgruppe 0,28 UAE pro 100 Patientenmonate (Tab. 10) verhindern. Die Incidence-Risk-Ratio für Krankenhauseinweisungen war ebenfalls statistisch signifikant und belief sich auf 0,792. Somit wurde die Rate an Krankenhauseinweisungen um 20,8 Prozent [8,8 Prozent – 31,2 Prozent] reduziert, was einer absoluten Reduktion von 1,49 Krankenhauseinweisungen pro 100 Patientenmonate in dieser Subgruppe entsprach (Tab. 10).

Bei den medikamentösen Outcomes konnten lediglich PIM statistisch signifikant reduziert werden. Bei einer geschätzten Incidence-Risk-Ratio von 0,849 (Tab. 9) sank die Anzahl an PIMs um 15,1 Prozent [95%-KI: 0,9 Prozent – 27,3 Prozent]. Das Auftreten von Polypharmazie hingegen konnte in dieser Subgruppe nicht statistisch signifikant reduziert werden (Tab. 9).

Variable	Geschätzter Effekt	95% Konfidenzintervalle
(1) UAE	0,776 **	(0,628 bis 0,961)
(2) Krankenhauseinweisungen	0,792 ***	(0,688 bis 0,912)
(3) Polypharmazie	0,940	(0,852 bis 1,036)
(4) PIMs	0,849 **	(0,727 bis 0,991)

Tab. 9: Effekt der Intervention (Intervention*Post) auf das primäre und die sekundären Outcomes in der Subgruppe der stationär gepflegten Interventionsteilnehmer.
(*** p < 0.01; ** p < 0.05; * p < 0.1. Standardfehler wurden auf Pflegeheimenebene geclustert. Alle Regressionen wurden mit Perioden-fixed-effects gerechnet. Eine vollständige Übersicht über die verwendeten Kontrollvariablen befindet sich im Anhang 19 des Evaluationsberichts.)

Die ICER für UAE belief sich nach Kostenmodell 1 in der Subgruppe der stationär gepflegten Patienten auf 14.653,74 € pro verhinderter UAE. Pro verhinderter Krankenhauseinweisung fielen Kosten in Höhe von 2.792,9 € an. In Kostenmodell 2 lag die ICER bei -888,97 € pro verhinderter UAE und -169,80 € pro verhinderter Krankenhauseinweisung (Tab. 10). Analog zur PP-Analyse sind die Schätzungen der ICER der stationär gepflegten Individuen mit äußerster

Vorsicht zu interpretieren, da aus Zeitgründen nicht für die Unsicherheit in den Schätzungen Rechnung getragen werden konnte.

	Kostenmodell 1	Kostenmodell 2
Vermiedene UAE pro 100 Patientenmonate	0,28	0,28
Vermiedene Krankenhauseinweisungen pro 100 Patientenmonate	1,49	1,49
Kostenänderung pro 100 Patientenmonate	4.170,97 €	-253,00 €
ICER vermiedene UAE	14.653,74	-888,97
ICER vermiedene Krankenhauseinweisungen	2.792,90	-169,80

Tab. 10: Übersicht über die Kosteneffektivität der Intervention nach Kostenmodellen und Outcome in der Analyse der stationär gepflegten Patienten.

In die Subgruppenanalyse der Patienten ohne care^{plus} konnten nach PSM und Mindestbeobachtungszeit 993 Individuen der Interventionsgruppe und 1.872 Individuen der Kontrollgruppe eingeschlossen werden. In dieser Subgruppenanalyse konnte kein signifikanter Effekt der Intervention auf das primäre oder die sekundären Outcomes gefunden werden. Es wurde folglich in dieser Subgruppe keine Kosteneffektivität berechnet.

Abschließend fassen die Tab. 11 und 12 die zuvor gezeigten Ergebnisse zusammen.

Effekt der Intervention				
	Primäres Outcome	Sekundäre Outcomes		
Analyse	UAE (incidence risk ratio)	Krankenhaus-einweisungen (incidence risk ratio)	Polypharmazie (Odds ratio)	PIMs (incidence risk ratio)
ITT-Analyse	0,725 *** (0,592 bis - 0,887)	0,825 *** (0,719 bis - 0,948)	0,936 (0,859 bis 1,020)	0,872 * (0,755 bis 1,006)
PP-Analyse (Subgruppenanalyse Patienten mit Medikations- und Risikoanalyse)	0,689 ** (0,495 bis 0,961)	0,834 * (0,692 bis 1,007)	0,833 *** (0,741 bis 0,937)	0,685 *** (0,525 bis 0,893)
Subgruppenanalyse stationär gepflegte Patienten	0,776 ** (0,628 bis 0,961)	0,792 *** (0,688 bis 0,912)	0,940 (0,852 bis 1,036)	0,849 ** (0,727 bis 0,991)
Subgruppenanalyse ohne care ^{plus} Patient*innen	0,809 * (0,636 bis 1,029)	0,859 * (0,735 bis 1,003)	0,981 (0,893 bis 1,077)	0,936 (0,795 bis 1,101)

Tab. 11: Ergebnisse der Analysen

(*** p < 0.01; ** p < 0.05; * p < 0.1. 95 Prozent Konfidenzintervalle in Klammern)

Wie in Tab. 11 zu erkennen ist, waren die Effekte der Intervention auf UAE in der ITT-Analyse, in der PP-Analyse und in der Analyse der stationär gepflegten Individuen statistisch signifikant. Krankenhauseinweisungen konnten in der ITT-Analyse und der Subgruppe der stationär gepflegten Patienten ebenfalls statistisch signifikant reduziert werden. Medikamentöse Outcomes wurden nur in der Subgruppe der Individuen mit Medikations- und Risikoanalyse (PIMs, Polypharmazie) und der Subgruppe der stationär gepflegten Patienten (PIMs) statistisch signifikant reduziert.

Die ICER war in der ITT-Analyse im Vergleich zur Subgruppenanalyse der Patienten mit Medikations- und Risikoanalyse und der stationär gepflegten Individuen am höchsten (Tab. 12 Folgeseiten). Dasselbe galt für das Outcome Krankenhauseinweisungen. Aufgrund der fehlenden Konfidenzintervalle der ICER für die Subgruppenanalyse sollten diese Ergebnisse jedoch mit äußerster Vorsicht betrachtet werden und lassen keine verlässlichen Aussagen der Kosteneffektivität der Subgruppenanalysen zu. Die Schätzungen zur ICER der ITT-Analyse sind aufgrund der vorliegenden Konfidenzintervalle sinnvoller zu interpretieren.

Analysesetting	Kostenmodell	Outcome	ICER (in € pro verhinderter UAE/Krankenhaus- einweisung)
ITT-Analyse	1: Berücksichtigung aller direkten Kosten	Unerwünschte Arzneimittelleffekte	15.886,95 (7.894,90- 34.978,53) ^a
	1: Berücksichtigung aller direkten Kosten	Krankenhauseinweisungen	4.317,24 (2.102,84- 8.638,22) ^a
	2: Berücksichtigung variabler direkten Kosten	Unerwünschte Arzneimittelleffekte	2.532,31 (-3.631,16 - 15.033,60) ^a
	2: Berücksichtigung variabler direkten Kosten	Krankenhauseinweisungen	688,15 (-923,19- 3.995,05) ^a
PP-Analyse (Subgruppen- analyse Patienten mit Medikations- und Risikoanalyse)	1: Berücksichtigung aller direkten Kosten	Unerwünschte Arzneimittelleffekte	7.078,98 ^b
	1: Berücksichtigung aller direkten Kosten	Krankenhauseinweisungen	2.402,17 ^b
	2: Berücksichtigung variabler direkten Kosten	Unerwünschte Arzneimittelleffekte	-3.562,67 ^b
	2: Berücksichtigung variabler direkten Kosten	Krankenhauseinweisungen	-1.208,95 ^b
Subgruppen- analyse stationär gepflegte Patienten	1: Berücksichtigung aller direkten Kosten	Unerwünschte Arzneimittelleffekte	14.653,74 ^b
	1: Berücksichtigung aller direkten Kosten	Krankenhauseinweisungen	2.792,90 ^b
	2: Berücksichtigung variabler direkten Kosten	Unerwünschte Arzneimittelleffekte	-888,97 ^b

Analysesetting	Kostenmodell	Outcome	ICER (in € pro verhinderter UAE/Krankenhauseinweisung)
	2: Berücksichtigung variabler direkter Kosten	Krankenhauseinweisungen	-169,80 ^b
Subgruppenanalyse Patient*innen die nie an care ^{plus} teilgenommen haben	1: Berücksichtigung aller direkten Kosten	Unerwünschte Arzneimitteleffekte	Nicht berechnet* ^b
	1: Berücksichtigung aller direkten Kosten	Krankenhauseinweisungen	Nicht berechnet* ^b
	2: Berücksichtigung variabler direkter Kosten	Unerwünschte Arzneimitteleffekte	Nicht berechnet* ^b
	2: Berücksichtigung variabler direkter Kosten	Krankenhauseinweisungen	Nicht berechnet* ^b

Tab. 12: Ergebnisse der Kosteneffektivität für alle Analysen und Kostenmodelle

(* In der Subgruppe der Patienten ohne care^{plus} konnte kein signifikantes Ergebnis der Intervention auf die entsprechenden Outcomes auf dem 5 Prozent Signifikanzniveau ermittelt werden.

^a 95 Prozent Konfidenzintervalle in Klammern

^b Für die Subgruppenanalysen konnten keine Konfidenzintervalle der ICERs angegeben werden, da kein Bootstrapping durchgeführt wurde.)

Ergebnisse aus der klinischen/operativen Intervention:

Obwohl keine vollumfängliche Prozessevaluation durch den Evaluator vorgesehen war, soll dennoch nachfolgend auch kurz auf die Ergebnisse der klinischen/operativen Intervention eingegangen werden. Auf eine zusammenfassende Darstellung der UAE-Auswertungen von 2018 bis 2021 analog der Abbildung 11 muss hingehend verzichtet werden. Die in Abbildung 11 dargestellten UAE-Verdachtsfälle bildet beispielhaft die Jahresscheibe von 2020 ab. In diesem Jahr wurde die erforderliche Mindestfallzahl der eingeschriebenen und versorgten teilnehmenden Versicherten erreicht.

Weitere Ergebnisse (bspw. Jahresergebnisse 2019) sowie nähere Informationen zu den Implementierungserfahrungen sind aus der Anlage 10 zu entnehmen.

Über die gesamte Projektlaufzeit konnten die klinischen Daten von 1.485 (93,5 % von 1.588) eingeschriebenen Versicherten ausgewertet werden. Bei 532 (35,8 % von 1.485) eingeschriebenen Versicherten konnten durch die geriatrischen Teams mind. ein UAE Verdacht (Kausalität: möglich, wahrscheinlich, gesichert) festgestellt werden. Die durchschnittliche UAE-Verdachtsrate lag bei 2,39 UAE pro eingeschriebenen Versicherten (1.271 UAE bei 532 Versicherten). 682 UAE (53,7 % von 1.271 UAE) betrafen die Mobilität (Stürze, Gangstörungen, etc.), die kognitiven Fähigkeiten oder das Gastrointestinale System der geriatrischen Patienten. In 1.220 Fällen (96,0 % von 1.271 UAE-Verdachtsfällen) ergaben sich leichte Schädigungen, die bei den Patienten eine verstärkte Beobachtung oder einfache pflegerische Maßnahmen notwendig machten. Dazu zählen z. B. arzneimittelassoziierte Stürze ohne

offensichtliche Verletzungen, Ängste, vermehrte Toilettengänge, Desorientierungen, die zur Pflegebedürftigkeit und Morbidität der Senioren beitragen dürften, jedoch nicht direkt gemessen wurden. In 51 Fällen (4,0 % von 1.271 UAE Fällen) waren zusätzlich direkte haus- oder notärztliche Einsätze mit und ohne Krankenhauseinweisungen notwendig. Die Mortalitätsrate wurde nicht erfasst.

Es ist davon auszugehen, dass all diese von den Versorgern selbst dokumentierten Fälle von den beteiligten geriatrischen Teams bearbeitet wurden. In mehr als 30 % aller Fälle ergaben sich Morbiditätsverbesserungen bei den eingeschriebenen Versicherten.

Jahresergebnisse der klinischen Praxis, hier vom 01.01.2020 bis 31.12.2020

Im Jahr 2020 wurden 478 teilnehmende Versicherte im VERIKO-System dokumentativ erfasst. Bei 20,04 % der Patienten (96 von 479 Patienten) bestand der Verdacht mindestens eines unerwünschten Arzneimittelereignisses, sodass für diese Patienten infolge eine Medikations- und Risikoanalyse veranlasst und durchgeführt wurde.

In diesem Zeitraum wurden bei den OAV-Patienten mit einem UAE-Verdacht (96 Patienten) insgesamt 324 UAE erfasst. Im Durchschnitt lagen damit 3,3 UAE für jeden Patienten mit einem UAE-Verdacht vor. Dabei lag die höchste Anzahl, die für einen Patienten ermittelt wurde, bei 13 UAE.

Eine nähere Betrachtung der Verteilung der UAE-Verdachtsfälle zeigt, dass in jedem fünften Fall (21 %) die Mobilität/Gangstabilität des Patienten betroffen war, z. B. durch Sturzereignisse oder Gangunsicherheit (siehe Abbildung 11). Weiterhin zeigt sich in vielen Fällen eine Beeinträchtigung der Kognition (14 %) sowie Störungen im Bereich des Gastrointestinaltraktes (18 %). Vielfach erwähnt wurden u. a. auch Hautbeschwerden, die sich bei „Sonstige“ wiederfinden.

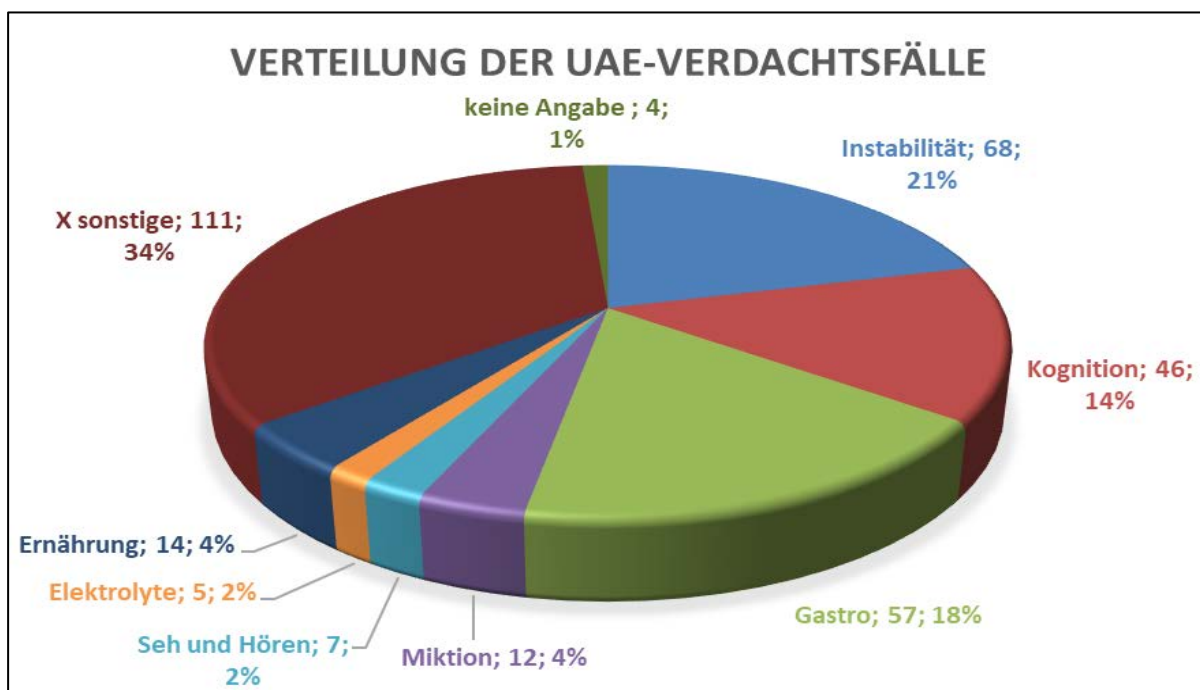


Abbildung 11: Verteilung der 324 UAE-Verdachtsfälle bei den Patienten mit UAE-Verdacht (96 Patienten) im Jahr 2020

Bei 312 UAE-Verdachtsfällen (96,3 % von 324 Fällen) ergaben sich Schädigungen, die bei den Patienten eine verstärkte Beobachtung oder einfache pflegerische Maßnahmen erforderten. Hierzu zählen beispielsweise arzneimittelassoziierte Stürze ohne offensichtliche Verletzungen, Ängste, vermehrte Toilettengängen und Desorientierung, die zur Pflegebedürftigkeit und Morbidität der Senioren beitragen. Vieler dieser „leichten“ UAE werden außerhalb eines

gezielten Risikomanagementsystems sehr häufig der allgemeinen Multimorbidität zugeschrieben und sind wie oben beschrieben zu einem großen Teil weder Apothekern noch Ärzten als solche bekannt.

Leichte Schädigungen traten bei 9 UAE-Verdachtsfällen auf (2,8 % von 324 Fällen).

Bei 3 UAE-Verdachtsfällen (0,9 % von 324 Fällen) waren direkte haus- oder notärztliche Einsätze notwendig, die keine Krankenhauseinweisungen erforderten.

7. Diskussion der Projektergebnisse

7.1 Effekt der Intervention auf das primäre Outcome

Das primäre Ziel der Intervention bestand darin, das Auftreten von UAE um 30 Prozent zu senken. Dieses Ziel wurde in der Intention-To-Treat Analyse mit einer Reduktion der UAE um 27,5 Prozent beinahe erreicht. In der Subgruppe der Patienten mit Medikations- und Risikoanalyse (PP Analyse) wurde das Ziel sogar übertroffen. In dieser konnte die UAE Rate um 31,1 Prozent gesenkt werden. In der Subgruppe der stationär gepflegten Patienten konnte hingegen ein weniger starker Effekt der Intervention auf UAE als in der Hauptanalyse (ITT-Analyse) festgestellt werden. Er belief sich auf eine UAE-Reduktion von 22,4 Prozent. Für die Subgruppe der Individuen, die zu keinem Zeitpunkt in care^{plus} eingeschrieben waren, konnte keine statistisch signifikante UAE Reduktion ermittelt werden.

Weshalb der Effekt der Intervention in der Subgruppe der Patienten ohne care^{plus} nicht signifikant war, konnte nicht klar beantwortet werden. Zwei mögliche Erklärungen kommen aus Sicht des Evaluators infrage: Zum einen legen die durchgeführten Powerberechnungen nahe, dass möglicherweise aufgrund der geringeren Patientenanzahl im Vergleich zur Hauptanalyse (etwa 25 Prozent weniger Individuen) kein signifikantes Ergebnis erreicht werden konnte. Eine zweite mögliche Erklärung wäre, dass insbesondere care^{plus} Teilnehmer besonders dazu geeignet sind, von der OAV-Intervention zu profitieren.

Da jedoch in der Hauptanalyse für die Teilnahme und den Teilnahmezeitraum von care^{plus} kontrolliert wurde, wurde einer Verzerrung der Ergebnisse in der Hauptanalyse durch care^{plus} bestmöglich begegnet. Folglich ist davon auszugehen, dass die Intervention in der Gesamtpopulation der Teilnehmer wie in der Hauptanalyse beschrieben effektiv ist. Eine Effektivität in der besonderen Subgruppe der Individuen ohne care^{plus} Teilnahme kann jedoch nicht sicher bestätigt werden. Hier wären weitere Analysen mit mehr eingeschlossenen Patienten erforderlich.

7.2 Effekt der Intervention auf sekundäre Outcomes

Die Zielreduktion der Krankenhausaufenthalte, die 24,8 Prozent betrug, wurde in der ITT Analyse etwas stärker als die Zielreduktion der UAE verfehlt. Krankenhauseinweisungen konnten lediglich um 17,5 Prozent reduziert werden. Während der Effekt der Intervention auf Krankenhauseinweisungen in den Subgruppenanalysen der Patienten mit Medikations- und Risikoanalysen und der Patienten ohne care^{plus} nicht mehr statistisch signifikant war, war der Effekt in der Subgruppe der stationär gepflegten Patienten statistisch signifikant und mit einer Reduktion der Krankenhausrate um 20,8 Prozent etwas stärker als in der Hauptanalyse.

Insgesamt bleibt festzuhalten, dass Medikations- und Risikoanalysen insbesondere dazu geeignet sind, medikamentöse Outcomes zu beeinflussen. Krankenhauseinweisungen scheinen bei stationär gepflegten Patienten etwas effektiver verhindert zu werden als in der Gesamtpopulation. Für die Subgruppen der Individuen mit Medikations- und Risikoanalysen und ohne care^{plus} Teilnahme wären größere Studienpopulationen nötig, um mögliche Effekte zu identifizieren.

7.3 Kosteneffektivität der Intervention

Die Kosteneffektivität der Intervention, die auf Basis der Hauptanalyse errechnet wurde, war aufgrund der Schwierigkeiten der Umrechnung der Teilnehmer fixen und jährlichen Schulungskosten auf Teilnehmermonate mit Unsicherheiten behaftet. Die Ergebnisse basierend auf den beiden Kostenmodellen mit und ohne Umlage der fixen Interventionskosten (Kostenmodelle 1 und 2, siehe Kapitel 3.1.5, Evaluationsbericht) können als mögliche Ober- und Untergrenzen für die Kosteneffektivität interpretiert werden. Dies bedeutet, dass unter der gegebenen, hier betrachteten Kostenstruktur der Punktschätzer der tatsächlichen ICER für UAE wahrscheinlich zwischen 15.886,95 € und 2.532,31 € pro verhinderter UAE liegen würde. Für Krankenhauseinweisungen würde der Punktschätzer der tatsächlichen ICER zwischen 4.317,24 € und 688,15 € pro verhinderter Krankenhauseinweisung liegen. Der exakte Wert der ICER für die Outcomes würde davon abhängen, auf wie viele Teilnehmer künftig jährlich anfallende Schulungskosten sowie auf wie viele Teilnehmermonate die einmaligen Einschreibungskosten umgelegt werden können. Bei der Interpretation des Korridors für die tatsächliche ICER sind zudem noch die Konfidenzintervalle der ICER-Schätzer zu berücksichtigen, welche die mögliche Spannweite der tatsächlich anzunehmenden Kosteneffektivität erhöhen (Tab. 12, ITT-Analyse, Konfidenzintervalle).

Generell ist anzumerken, dass die ICER für UAE möglicherweise überschätzt wurde. Dies ist im Wesentlichen darauf zurückzuführen, dass anhand der verwendeten Operationalisierung der UAEs nur eine vergleichsweise geringe Inzidenz beobachtet wurde. Ohne Intervention betrug die UAE-Rate in der vorliegenden Studie 1,27 UAE pro 100 Patientenmonate. Unter Einbezug ambulanter Daten und damit UAE, die im Pflegeheim ausgelöst wurden, aber keine stationäre Versorgung benötigen, wäre die UAE-Rate erwartungsgemäß höher ausgefallen.

Weitere mögliche Limitationen der vorliegenden Untersuchung wie Unsicherheiten bei der tatsächlichen UAE-Inzidenz, die Erklärung des Wirkmechanismus der Intervention, den Einfluss der Mortalität von Teilnehmern auf die Outcomes sowie der Umgang mit potenziellen Verzerrungen durch die SARS-CoV-2 Pandemie sind ausführlich im Evaluationsbericht in Kapitel 4 beschrieben.

8. Verwendung der Ergebnisse nach Ende der Förderung

Das Ergebnis der operativen Umsetzung in den Pflegeeinrichtungen zeigt, dass bei einer durchschnittlichen UAE-Verdachtsrate von 2,39 pro eingeschriebenen Versicherten ein dringender Handlungsbedarf zur Vermeidung oder Minderung von arzneimittelassoziierten Erkrankungen pflegebedürftiger Menschen deutschlandweit besteht.

Die Evaluation hat gezeigt, dass das Auftreten von UAE bei pflegebedürftigen geriatrischen Patienten um 27,5 Prozent gesenkt werden und damit auch Krankenhausfälle vermieden werden konnten. Dies zeigt, dass der Konzeptansatz im Gesamtkontext des Projektes sich grundsätzlich bewährt hat.

Es wurde aber auch deutlich, dass mit den oben beschriebenen Hemmnissen (Kapitel 4.3.2), vor allem vor dem Hintergrund des Pflegekräftemangels, nur eine schrittweise Überführung des gesamten geriatrischen OAV-Risikomanagementsystems in die Regelversorgung Sinn macht.

Deshalb wird, wie in den folgenden Kapiteln 8.1 bis 8.3 beschrieben, die Fort- und Weiterbildung zu den Themen Arzneimittelrisikomanagementsystem und zur interdisziplinären Geriatrie in Verbindung mit möglichen neuen rechtlichen Anforderungen zur interdisziplinären Zusammenarbeit, vor allem zwischen Pflegekräften und Apothekern, Ansätzen der Risikobewältigung empfohlen.

8.1 Aus- und Fortbildung für Pflegefachkräfte

Wie uns die Erfahrungen im Projekt zeigten, sollte ein wesentlicher Bestandteil der Implementierung in der Pflegelandschaft der individuellen Fortbildung beigemessen und weiterhin flächendeckend verfolgt werden. Dies ist im Besonderen der weiter alternden Bevölkerung auch aufgrund des dauerhaften medizinischen Fortschritts zu begründen. Im Hinblick auf den seit Jahren anhaltenden Pflegefachkräftemangel soll auf die Ausbildung des medizinischen/pflegerischen Personals ein besonderes Augenmerk gelegt werden. Durch spezifische und individuelle Lernangebote können gut ausgebildete Pflegefachkräfte mitunter schnellere und bessere Entscheidungen in Versorgungssituationen treffen.

Die Spezialisierung auf einzelne Fachbereiche, vor allem in der geriatrischen Versorgung, sollte durch generelle Angebote zur Fortbildung für alle Versorgenden regelhaft implementiert werden. Mit dem Erlernen neuer Techniken und Methoden in der Patientenversorgung kann auch dem Pflegenotstand entgegengewirkt werden. Zudem fühlen sich die Pflegefachkräfte durch die Vermittlung von neuen wissenschaftlichen Erkenntnissen in der täglichen Arbeit mit den Pflegebedürftigen gestärkt.

Aus den zuvor genannten Gründen und durch die im Rahmen des Projektes sehr hohe Bereitschaft der Pflegeeinrichtungen zur spezifischen Fortbildung zum Thema Arzneimittelsicherheit wird empfohlen, dies thematisch stärker in den Fokus dieser Berufsgruppe zu stellen und dies als Erhaltungs- sowie Erweiterungsfortbildungen zu integrieren.

Da Erhaltungs- sowie Erweiterungsfortbildungen in den meisten Fällen gesetzlich vorgeschrieben sind, ist unsere Empfehlung, die Themen zur fachgerechten Erfassung von Nebenwirkungen, arzneimittelassoziierten Erkrankungen und deren praktischer Bewältigung bei den ihnen anvertrauten Patienten stärker in den Fokus von Pflegefachkräften zu bringen. Hierbei sollten unterschiedliche Module thematisch stärker in vorhandene Fortbildungskataloge eingebracht werden. Vor dem Hintergrund der Rahmenberufsverordnung fordert auch der Deutsche Pflegerat, dass Pflegenden ihre Arbeit „entsprechend dem allgemein anerkannten Stand pflegewissenschaftlicher, medizinischer und weiterer bezugswissenschaftlicher Erkenntnisse ausüben sollen“. Somit ist die Anerkennung der Fortbildungen als zusätzlichen Anreiz für die Mitarbeitenden mit entsprechenden Fortbildungspunkten zu hinterlegen und ggf. vom Arbeitgeber zu übernehmen. Für ein entsprechendes Angebot stehen der Pflegebranche bereits heute diverse Module in Ausbildungskatalogen sowie Plattformen und Mediatheken von diversen Anbietern zur Verfügung, die einrichtungszentral und individuell bereits genutzt werden.

8.2 Hochschulweiterbildung in der interdisziplinären Geriatrie

Die Vertiefung der Thematik Geriatrie und Multimedikation für Pflegefachkräfte, Apotheker und Ärzte im Rahmen einer zertifizierten Weiterbildung, wie sie die Universität Witten/Herdecke innerhalb dieses Innovationsfondsprojektes angeboten und durchgeführt hat, sollte Wegweiser für entsprechende Weiterbildungsprogramme an weitere Institutionen wie Universitäten, Akademien bzw. Hochschulen sein (vgl. Anlagen 3.1 bis 3.3). Die durch die zertifizierte Weiterbildung erworbenen Kenntnisse ermöglichen dann ein kompetentes Handeln in der Versorgung geriatrischer Patienten in Pflegeeinrichtungen hinsichtlich unerwünschter Nebenwirkungen von Arzneimitteln zu erreichen.

Gelingt es, die Weiterbildung nach dem Vorbild der hier entwickelten und erprobten Hochschulweiterbildung auszuweiten und für

- Pflegefachkräfte den Abschluss „Pflegeexperten Medikation“ und „Pflegeexperten Prävention in der Langzeitpflege“,
- Apotheker den Abschluss „Klinisch-Geriatrie Pharmazie“ (Advanced Level),
- für Pharmazeutisch-technische Assistenten (PTA) den Abschluss „Fach-PTA für Geriatrie Pharmazie“ sowie

- Ärzte den Abschluss „Klinisch-Geriatriische Pharmakotherapie“ (Advanced Level)

staatlich anzuerkennen, kann das Qualifizierungsniveau in Pflegeeinrichtungen deutschlandweit stufenweise angehoben werden.

8.3 Interdisziplinäre Zusammenarbeit in den Pflegeeinrichtungen

Die in den Kapiteln 8.1 und 8.2 empfohlene berufsübergreifende Fort- und Weiterbildung in der interdisziplinären Geriatrie trägt zur Stärkung der Multiprofessionalität und Vernetzung im Gesundheitswesen bei.

Innerhalb des Versorgungsprozesses könnten in stetig anwachsender Anzahl von Pflegeeinrichtungen, durch die erworbenen Kenntnisse und Qualifikationen in der interdisziplinären Geriatrie, geriatriische Teams zur Stärkung der Fehlerkultur und Wissenstransfer gebildet werden. Dazu wäre die Aufnahme einer verpflichtenden UAE-Detektion durch die Apotheker im Rahmen der „Heimversorgung“ im § 12a Absatz 1 Apothekengesetz eine wichtige und voraussetzende Maßnahme.

Versorgungsprozesse können so optimiert und in der Konsequenz die Lebensqualität der geriatrischen Patienten verbessert werden. Pflegefachkräfte, die die Fort- und Weiterbildung durchlaufen haben, könnten zukünftig z. B. die Moderatorenrolle für alle am Versorgungsprozess beteiligten Pflegekräfte in Pflegeeinrichtungen übernehmen.

Im Rahmen der Qualitätssicherung könnte dann auch die im Rahmen dieses Projektes erstellte Checkliste (siehe Kapitel 4.1.3.3 und Anlage 4) Grundlage zur Überprüfung des jeweiligen Reifegrades einer Pflegeeinrichtung sein.

Zukunftsorientiert wäre auch eine Aufnahme der hier entwickelten Qualitätsindikatoren in das Prüfverfahren des Medizinischen Dienstes im Rahmen der Qualitätsprüfungen in stationären Pflegeeinrichtungen denkbar.

9. Erfolge bzw. geplante Veröffentlichungen

Name bzw. Medium der Veröffentlichung	Stand der Veröffentlichung	Link bzw. Dokument
ÄrzteZeitung „Pro Dialog“	bereits veröffentlicht	Anlage 12
Deutsche Wochenzeitung „CAREkonkret“	bereits veröffentlicht	Anlage 13
„Deutsche Apothekerzeitung“ (DAZ)	bereits veröffentlicht	Anlage 14
Zeitschrift „Gesundheit und Gesellschaft“ (G+G)	bereits veröffentlicht	Anlage 15
„Pflegezeitschrift“	bereits veröffentlicht	Anlage 16
„Pharmazeutische Zeitung“ (PZ)	bereits veröffentlicht	Anlage 17
IKKBB Versichertenzeitung „ganznah“	bereits veröffentlicht	Anlage 18
Artikel auf Website der IKKBB	bereits veröffentlicht	Medikamente (ikkbb.de)
Website OAV	bereits veröffentlicht, jedoch nicht mehr aufrufbar	Home (oav-geriatrie.de)
Medien zum Fachtag	hat bereits stattgefunden	Anlage 19
Online-Jahreskongresses der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie (DGG)	hat bereits stattgefunden	https://www.geriatrie-kongress.de/

Im Berichtsjahr 2021 wurden das Studienprotokoll und das Gesamtkonzept des neuen Interventions- und Versorgungsmodelles verfasst und zur Publikation eingereicht. Das Manuskript wurde hochrangig international publiziert (Langenberger B, Baier N, Hanke FC et al. The detection and prevention of adverse drug events in nursing home and home care patients: Study protocol of a quasi-experimental study. Nurs Open 2022 Mar;9(2):1477-1485).

10. Literaturverzeichnis

Angrist, Joshua David; Pischke, Jörn-Steffen (2009): Mostly harmless econometrics. An empiricist's companion. Princeton, NJ: Princeton Univ. Press. Online verfügbar unter www.gbv.de/dms/zbw/57188833X.pdf.

Batistatou, Evridiki; Roberts, Chris; Roberts, Steve (2014): Sample size and power calculations for trials and quasi-experimental studies with clustering. In: *Stata Journal* 14 (1), S. 159–175.

Briggs, Andrew H.; Wonderling, David E.; Mooney, Christopher Z. (1997): Pulling cost-effectiveness analysis up by its bootstraps: A non-parametric approach to confidence interval estimation. In: *Health Econ.* 6 (4), S. 327–340. DOI: 10.1002/(sici)1099-1050(199707)6:4<327::aid-hec282>3.0.co;2-w

Dehejia, Rajeev H.; Wahba, Sadek (2002): Propensity Score-Matching Methods for Nonexperimental Causal Studies. In: *Review of Economics and Statistics* 84 (1), S. 151–161. DOI: 10.1162/003465302317331982

Fox, John; Monette, Georges (1992): Generalized Collinearity Diagnostics. In: *Journal of the American Statistical Association* 87 (417), S. 178. DOI: 10.2307/2290467

Ho, Daniel; Imai, Kosuke; King, Gary; Stuart, Elizabeth; Whitworth, Alex; Greifer, Noah (2021): Package 'MatchIt'. Nonparametric Preprocessing for Parametric Causal Inference, 24.11.2021 (4.3.2)

Holt, Stefanie; Schmiedl, Sven; Thürmann, Petra A. (2010): Potentially inappropriate medications in the elderly: the PRISCUS list. In: *Deutsches Arzteblatt international* 107 (31-32), S. 543–551. DOI: 10.3238/arztebl.2010.0543

Jones, Andrew M.; Rice, Nigel; Bago d'Uva, Teresa; Balia, Silvia (2007): Applied health economics. London: Routledge (Routledge advanced texts in economics and finance, 7)

Lapane, Kate L.; Hughes, Carmel M.; Daiello, Lori A.; Cameron, Kathleen A.; Feinberg, Janice (2011): Effect of a pharmacist-led multicomponent intervention focusing on the medication monitoring phase to prevent potential adverse drug events in nursing homes. In: *Journal of the American Geriatrics Society* 59 (7), S. 1238–1245. DOI: 10.1111/j.1532-5415.2011.03418.

Lunt, Mark (2014): Selecting an appropriate caliper can be essential for achieving good balance with propensity score matching. In: *American journal of epidemiology* 179 (2), S. 226–235. DOI: 10.1093/aje/kwt212

Severens, J., Oerlemans, H. & Weegels, A. (1999). Cost-effectiveness analysis of adjuvant physical or occupational therapy for patients with reflex sympathetic dystrophy. *Archives Journal of Physical Medicine and Rehabilitation*

Sperandei, Sandro (2014): Understanding logistic regression analysis. In: *Biochimica medica* 24 (1), S. 12–18. DOI: 10.11613/bm.2014.003

Sozialgesetzbuch - Fünftes Buch - § 92a Innovationsfonds, Grundlagen der Förderung von neuen Versorgungsformen zur Weiterentwicklung der Versorgung und von Versorgungsforschung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss

Sozialgesetzbuch - Elftes Buch - § 92b Integrierte Versorgung

Sozialgesetzbuch Fünftes Buch - § 140a Besondere Versorgung – Absatz 1

Stausberg, Jürgen; Hasford, Joerg (2011): Drug-related admissions and hospital-acquired adverse drug events in Germany: a longitudinal analysis from 2003 to 2007 of ICD-10-coded routine data. In: *BMC health services research* 11, S. 134. DOI: 10.1186/1472-6963-11-134

Akronym: OAV

Förderkennzeichen: 01NVF17008

Who publication: The use of the WHO-UMC system for standard case causality assesment; online verfügbar unter: <https://www.who.int/publications/m/item/WHO-causality-assessment>

Zhang, Zhongheng; Kim, Hwa Jung; Lonjon, Guillaume; Zhu, Yibing (2019): Balance diagnostics after propensity score matching. In: *Annals of translational medicine* 7 (1), S. 16. DOI: 10.21037/atm.2018.12.10

11. Anhang

nicht vorhanden

12. Anlagen

Anlage 1 - Therapiebeobachtungsbogen

Anlage 2 - Interdisziplinäre pharmazeutische Dienstleistungen OAV

Anlage 3.1 - Kursbuch Hochschulweiterbildung Sommersemester 2021

Anlage 3.2 - Module/Seminare Hochschulweiterbildung

Anlage 3.3 - OAV Zertifikatskurs

Anlage 4 - Checkliste OAV zur Überprüfung eines geriatrischen Netzwerkes

Anlage 5 - Bildungsforschung zur Qualifizierung in Netzwerken

Anlage 6.1 - Selektivvertrag für ambulante Pflegeeinrichtungen

Anlage 6.2 - Selektivvertrag für stationäre Pflegeeinrichtungen

Anlage 7 - Kurzbeschreibung OAV Pilotmodell

Anlage 8 - IVi-Protokoll

Anlage 9 - Gesundheitliche Versorgungsleistungen

Anlage 10 - Implementierungserfahrungen

Anlage 11 - OAV Kompass

Anlage 12 - „ÄrzteZeitung“

Anlage 13 - „CAREkonkret“

Anlage 14 - „Deutsche Apotheker Zeitung“


Anlage 15 - „Gesundheit und Gesellschaft SPEZIAL“

Anlage 16 - „Pflegezeitschrift“

Anlage 17 - „Pharmazeutische Zeitung“

Anlage 18 - IKKBB Versichertenzeitung

Anlage 19 - Erläuterung Fachtag

Therapiebeobachtungsbogen (1x tägl. während der Dokumentation ausfüllen)													 Bei neuen oder nicht ausreichend behandelten gesundheitlichen Problemen der Bewohner/innen tragen Sie bitte an dem entsprechenden Tag ein:			
Name:						Geb.:										
Adresse:																
2019											Februar					
Tag	Datum	A	B	C	D	G	K	M	N	P	R	S	Kommentar			
Fr	1. Feb.	A	B	C	D	G	K	M	N	P	R	S		A Allergische Reaktionen Hautausschlag, Juckreiz		
Sa	2. Feb.	A	B	C	D	G	K	M	N	P	R	S				
So	3. Feb.	A	B	C	D	G	K	M	N	P	R	S				
Mo	4. Feb.	A	B	C	D	G	K	M	N	P	R	S		B Blutungen Einblutung, Teerstuhl, Nasenbluten		
Di	5. Feb.	A	B	C	D	G	K	M	N	P	R	S				
Mi	6. Feb.	A	B	C	D	G	K	M	N	P	R	S				
Do	7. Feb.	A	B	C	D	G	K	M	N	P	R	S		C Compliance Bewohner kann Medikament nicht nehmen, Angehörige sind mit		
Fr	8. Feb.	A	B	C	D	G	K	M	N	P	R	S				
Sa	9. Feb.	A	B	C	D	G	K	M	N	P	R	S				
So	10. Feb.	A	B	C	D	G	K	M	N	P	R	S		D Dolor (Schmerz)		
Mo	11. Feb.	A	B	C	D	G	K	M	N	P	R	S				
Di	12. Feb.	A	B	C	D	G	K	M	N	P	R	S				
Mi	13. Feb.	A	B	C	D	G	K	M	N	P	R	S		G Gastrointestinale Probleme Durchfall, Übelkeit/Erbrechen, Verstopfung,		
Do	14. Feb.	A	B	C	D	G	K	M	N	P	R	S				
Fr	15. Feb.	A	B	C	D	G	K	M	N	P	R	S				
Sa	16. Feb.	A	B	C	D	G	K	M	N	P	R	S		K Kardiovaskuläre Probleme Hypotonie, Hypertonie, neue Ödeme,		
So	17. Feb.	A	B	C	D	G	K	M	N	P	R	S				
Mo	18. Feb.	A	B	C	D	G	K	M	N	P	R	S				
Di	19. Feb.	A	B	C	D	G	K	M	N	P	R	S		M Medikationsänderung		
Mi	20. Feb.	A	B	C	D	G	K	M	N	P	R	S				
Do	21. Feb.	A	B	C	D	G	K	M	N	P	R	S				
Fr	22. Feb.	A	B	C	D	G	K	M	N	P	R	S		N Neurologische Probleme Schwindel, gestörte Bewegungskoordination, Gleichgewichtsprobleme		
Sa	23. Feb.	A	B	C	D	G	K	M	N	P	R	S				
So	24. Feb.	A	B	C	D	G	K	M	N	P	R	S				
Mo	25. Feb.	A	B	C	D	G	K	M	N	P	R	S		P Psychiatrische Probleme Verwirrtheit, Halluzinationen, Somnolenz		
Di	26. Feb.	A	B	C	D	G	K	M	N	P	R	S				
Mi	27. Feb.	A	B	C	D	G	K	M	N	P	R	S				
Do	28. Feb.	A	B	C	D	G	K	M	N	P	R	S		R Rettungsdienst Arztvisite, Krankenhaus		
Fr		A	B	C	D	G	K	M	N	P	R	S				
Sa		A	B	C	D	G	K	M	N	P	R	S				
So		A	B	C	D	G	K	M	N	P	R	S		S Sturz		

© Ausschließliches Nutzungsrecht liegt bei Gero PharmCare GmbH, Registergericht: Amtsgericht Köln, HRB 61580

- A Allergische Reaktionen (z.B. Hautausschlag, Juckreiz)
- B Blutungen (z.B. Einblutung, Teerstuhl, Nasenbluten)
- C Compliance (z.B. Bewohner kann Medikament nicht nehmen, Angehörige sind mit Therapie unzufrieden)
- D Dolor (Schmerz)
- G gastrointestinale Probleme (z.B. Durchfall, Übelkeit/Erbrechen, Verstopfung, Stuhlinkontinenz)
- K Kardiovaskulären Problemen (z.B. Hypotonie, neue Ödeme, Synkope)
- M Medikationsänderung
- N Neurologische Probleme (z.B. Schwindel, gestörte Bewegungskoordination, Gleichgewichtsprobleme)
- P Psychiatrische Probleme (z.B. Verwirrtheit, Halluzinationen, Somnolenz, Schlafstörungen, Delir)
- R Rettungsdienst (Arztvisite, Krankenhaus-einweisung/~entlassung, Notarzt)
- S Sturz

Interdisziplinäre Pharmazeutische Dienstleistungen aus OAV im Risikomanagement-System

Risikoidentifikation:

Therapiebeobachtung durch die geschulte Pflege:

- Symptomerfassung (und Dokumentation: Laborwerte, Morbidität, Multimedikation, Anwendung (Compliance), Indikationen)

Pharmazeutisches Audit durch Pharmazeuten, Unterstützt durch die Pflege zur Risikoidentifikation der Versorgungsumgebung; Erfassung der Qualität von:

- Dispensieren
- Arzneimittelbezogene Dokumentation
- Arzneimittel-Anwendung (Applikationsarten)
- Therapiebeobachtung (Methodik)
- Lieferung/Betreuung
- Kommunikation

Risikoanalyse: Interdisziplinär Pflege- Pharmazeut (IVI):

UAE-Detektion und Auftragsstellung für MRA an GPC:

- Überprüfung eines möglichen kausalen Zusammenhangs zwischen Symptomen/Ereignissen und Medikation
- durch den interdisziplinären fachlichen Austausch findet eine gegenseitige Intensivschulung statt
- Identifikation Risiko-Patienten (ggf. Notfall-Interventionen einleiten)

Schwerpunkt Pflege = Vorbereitung der IVi:

- Erfassung der Medikation
- Überprüfung der elektronischen Arzneimittelrisiken und Ermittlung des klinischen Arzneimittelrisikos
- Information für erweiterte Datenerhebung sammeln (Laborwerte, Diagnosen, Behandlungshistorie ect.)

Schwerpunkt Pharmazeut:

- Fachgerechte UAE-Detektion
- Risikobewertung
- Überprüfung von Veränderungen der Gesamtmedikation hinsichtlich der UAW-Detektion

Risikobewertung: interdisziplinär Pflege, Pharmazeut und Arzt

Fall- und Risikokonferenz:

- Vorstellung von identifizierten Risiko-Patienten (Pflege)
- Überprüfung eines möglichen kausalen Zusammenhangs zwischen Symptomen/Ereignissen und Medikation (Pharmazeut + Pflege)
- durch den interdisziplinären fachlichen Austausch findet eine gegenseitige Intensivschulung statt

Schwerpunkt Arzt: Reevaluatuion der Therapie anhand neuer Informationen (Gutachten, Fall- und Risikokonferenz) durch Nutzen-Risikoanalyse der pharmazeutischen Risikobewertung

Risikobewertung der Versorgungsumgebung durch Pharmazeut (Auswertung Qualitätsberichte und Erarbeitung von Maßnahmen zur Optimierung des Medikationsprozesses)

Risikobewältigung:

Arzt: Therapieanpassung der Gesamtmedikation (Polypharmazie)

interdisziplinären Diskussion im Arzneimittel-Komitee (Pflege, Pharmazeut, Arzt) nach Präsentation der Qualitätsberichte und Maßnahmenvorschläge (durch Pharmazeut)

→ Beschlussfassung von Qualitätsmaßnahmen

Krisenmanagement:

Sofortinterventionen durch Apotheke und Pflege bei Detektion von Risiken im pharmazeutischen Audit, IVi oder bereits bei der Therapiebeobachtung



Hochschulweiterbildung Interdisziplinäre Geriatrie

Kursbuch Sommersemester 2021

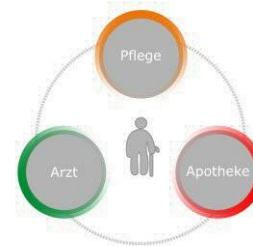
(Vers. 3.2)

des OAV GBA-Innovationsfonds

Förderkennzeichen: 01NVF17008



Optimierte
Arzneimittel
Versorgung
pflegebedürftiger Patienten





Akronym: OAV; Förderkennzeichen: 01NVF17008

Anlage 3.1 zum Ergebnisbericht OAV

- Kursbuch HSW Sommersemester 2021 -

Inhaltsverzeichnis

1.	Grußwort.....	3
2.	Allgemeines zur OAV- Hochschulweiterbildung im SS 2021	4
2.1	Übersicht OAV- Hochschulweiterbildung 2020 - 2021.....	4
2.2	Der Zertifikatskurs.....	5
2.2.1	Kursbeginn.....	5
2.2.2	Studienzeiten und Termine.....	5
2.3	Hochschulabschlüsse.....	6
2.3.1	Prüfungsleistungen.....	6
2.3.2	Kursinhalte	8
3.	Das OAV Hochschulteam	11
3.1	Hochschuldozenten 2019 - 2021	11
3.2	Das operative Hochschulteam 2021.....	12
3.3	Fragen und Antworten zum Zertifikatskurs.....	13
4.	Anhang.....	18



1. Grußwort

Im Wintersemester 2020/2021 gab es zu unseren Veranstaltungen zahlreiche Anmeldungen aus 37 unterschiedlichen Institutionen im OAV Netzwerk.

Wir bedanken uns für Ihr Interesse und Ihre Teilnahme!

Auch im Sommersemester 2021 können alle Mitarbeiter der OAV Netzwerke während des Zertifikatskurses an einzelnen Fachseminaren, Workshops, moderierten Qualitätszirkeln oder Vorlesungen unverbindlich und kostenfrei teilnehmen.

Sie sind herzlich dazu eingeladen!

Univ.- Prof. Dr. med. Hans-Jürgen Heppner, MHBA

Lehrstuhlinhaber Geriatrie an der Universität Witten/Herdecke
Projektverantwortlicher Hochschulweiterbildung

Dr. Dipl. pharm. Frank-Christian Hanke, Apotheker

Lehrstuhl für Geriatrie der Universität Witten / Herdecke
(Kursleitung), GF der Gero PharmCare GmbH



Akronym: OAV; Förderkennzeichen: 01NVF17008

Anlage 3.1 zum Ergebnisbericht OAV

- Kursbuch HSW Sommersemester 2021 -

2. Allgemeines zur OAV Hochschulweiterbildung im SS 2021

Das Sommersemester der Universität Witten/Herdecke beginnt am 01.04.2021 und endet am 30.09.2021.

Während der Corona-Pandemie werden die Weiterbildungen vorwiegend digital, d.h. mittels Online-Live-Schulungen in Form von Webinaren durchgeführt. Wenn es die Hygieneregeln erlauben, können, in Absprache mit den Teilnehmern, den Einrichtungen und Dozenten einzelne Präsenz- und/oder Hybridveranstaltungen (zeitgleich Präsenz- und Onlineseminare) kurzfristig geplant werden.

2.1 Übersicht OAV- Hochschulweiterbildung 2021



Kontinuierliche ca. monatliche **Qualitätszirkel**: Fall- und Risikokonferenzen

Sommersemester 2021



Akronym: OAV; Förderkennzeichen: 01NVF17008

Anlage 3.1 zum Ergebnisbericht OAV

- Kursbuch HSW Sommersemester 2021 -

2.2 Der Zertifikatskurs

Der Zertifikatskurs trägt den Titel:

„**Arzneimittelassoziierte Erkrankungen und deren Bewältigung in der geriatrischen Langzeitpflege**“. Eine Akkreditierung bei den Heilberufs-Kammern wird durch das operative Hochschulteam beantragt.

2.2.1 Kursbeginn

Die Einführungsveranstaltung für Teilnehmer, die einen Hochschulabschluss anstreben, ist am Mi, den 14.04.2021 um 13.30 Uhr.

Eine Bewerbung zur Einschreibung ist per sofort möglich, indem Sie ein formloses Anschreiben an info@oav-hochschulweiterbildung.de senden. Sie erhalten dann eine Eingangsbestätigung.

Für diesen Zertifikatskurs ist Ihre verbindliche Einschreibung **bis zum 25.03.2021** erforderlich.

2.2.2 Studienzeiten und Termine

Bitte merken Sie sich vor, dass im Zertifikatskurs prüfungsrelevante Live-Webinare **ab April 2021** grundsätzlich **wöchentlich jeden Mittwoch nachmittags¹ ab 13.30 Uhr bis ca. 17.00 Uhr** und **zweimal im Monat Samstag nachmittags¹ ab 14.00 Uhr bis ca. 18.00 Uhr** stattfinden.

Termine im April/Mai 2021

Mittwoch, der 14.04., 21.04., 28.04., 05.05., 12.05., 19.05., und 26.05., **jeweils von 13.30 Uhr bis ca. 17.00 Uhr**

Samstags, der 24.04., 08.05., und 29.05. **jeweils von 14.00 Uhr bis ca. 18.00 Uhr**

¹ Nach Absprache mit allen Seminaristen und Kursleitern sind einvernehmliche Terminänderungen möglich.



Darüber hinaus werden von einzelnen Hochschuldozenten Seminare und ggf. Tutorien durchgeführt. Eine Terminübersicht dazu erhalten Sie bei Beginn des Zertifikatskurses. Ab Mai erhalten ausschließlich die eingeschriebenen Seminaristen einen Zugang und eine Einführung zu ihrem eigenen virtuellen „Studierzimmer“ im Lernmanagementsystem (LMS). Hier können Sie, die Dozenten und Kursleiter elektronisch u.a. Ihre individuellen Seminare planen, Unterlagen und Kursmaterialien aufbewahren und Ihren Lernfortschritt feststellen.

Alle Seminare des Zertifikatskurses können jedoch prinzipiell weiterhin **von allen Mitarbeitern der OAV Netzwerke** belegt werden. Der Besuch ist kostenfrei.

2.3 Hochschulabschlüsse

Die Hochschulweiterbildung Interdisziplinäre Geriatrie bietet den beteiligten Seminaristen aus den unterschiedlichen Berufsgruppen folgende Abschlussmöglichkeiten:

- für Pflegefachkräfte die Abschlüsse „**Pflegeexperten Medikation**“ und „**Pflegeexperten Prävention in der Langzeitpflege**“
- für Apotheker*innen den Abschluss „**Klinisch-geriatrische Pharmazie**“ (Advanced Level)
- für Pharmazeutisch-technische Assistent*innen (PTA) den Abschluss „**Fach-PTA für geriatrische Pharmazie**“
- für Ärzte*innen den Abschluss „**Klinisch-Geriatrie Pharmakotherapie**“ (Advanced Level)

2.3.1 Prüfungsleistungen

Um einen Hochschulzertifikat zu erlangen, ist nicht nur die Teilnahme an prüfungsrelevanten Veranstaltungen relevant. Die Weiterbildung ist so konzipiert worden, dass sie eine nachhaltige, interdisziplinäre Kompetenzentwicklung sowohl der einzelnen Professionen als auch der beteiligten Institutionen und Netzwerke ermöglichen soll. Entscheidend dabei sind keine Noten, sondern die messbare Verbesserung der Gesundheitslage der uns anvertrauten Patienten und ihrer Versorgungsumgebung.



Die Seminaristen der einzelnen Professionen erbringen dazu folgende individuelle Leistungen:

Für Pflegefachkräfte, Apotheker*innen und PTA gilt

- a) die erfolgreiche Teilnahme an den prüfungsrelevanten Seminaren. Dazu werden im Anschluss eines Seminars oder eines Lehrbriefes
- b) die Anfertigung einer begleiteten, fachpraktischen Projektarbeit, die aus dem eigenen Interessenfeld und dem Arbeitsumfeld stammt. jeweils 3-4 Fragen beantwortet.
- c) Die Darstellung und Diskussion der Projektarbeit in Kleingruppen (Abschlussprüfung) (siehe dazu Kapitel 4, Anhang)

Für Ärzte

- a) die erfolgreiche Teilnahme an Seminaren zur Arzneimittelversorgung / klinisch-geriatrischen Pharmakotherapie. Dazu werden im Anschluss eines Seminars oder Lehrbriefes jeweils 3-4 Fragen beantwortet.
- b) die Teilnahme an mind. drei Fall- und Risikokonferenzen

Darüber hinaus gelten die Anforderungen aus Kapitel 3.3 (Fragen und Antworten zum Zertifikatskurs)

Alle im Rahmen des OAV – Modells besuchten Seminare, Schulungen, Qualitätszirkel und Fallkonferenzen werden im Zertifikatskurs anerkannt.

Sie erhalten dazu bei Kursbeginn ein Dokument für den **persönlichen Leistungsnachweis**.

Anschließend verabreden Sie mit Ihrem Kursbegleiter einen Termin zur Erstellung Ihres individuellen Semesterplanes!



2.3.2 Kursinhalte

Module	
Gesundheitsförderung und Prävention in der Geriatrie	Einführung in die Gesundheitsförderung <ul style="list-style-type: none"> ➤ Übersicht: Prävention in der Langzeitpflege Individuelle und Verhältnisprävention ➤ Handlungsfelder: Ernährung, Körperliche Aktivität, Kognitive Ressourcen, Gewalt und ausgewählte Assessments ➤ Bio-psychosoziales Gesundheits- und Krankheitsverständnis: das Gesundheits- und Krankheitskontinuum ➤ suchtsensible Pflege
	Handlungsfeld Psychosoziale Gesundheit <ul style="list-style-type: none"> ➤ Resilienz und Antonowskys Konzept der Salutogenese ➤ Pathogenese und Salutogenese im Gesundheitswesen: Inkohärenz und Kohärenz, ICD-10 und ICF ➤ Faktoren zur Stärkung einer nachhaltigen, gesundheitsförderlichen Grundhaltung bei sich selbst, den Mitarbeitern und Pflegebedürftigen ➤ Kohärenzfaktoren von Antonovsky: Sinnhaftigkeit (meaningfulness), Verstehbarkeit (comprehensibility) und Handhabbarkeit (manageability) ➤ Stress, Burn-Out und Stressmanagement.
	Der Gesundheitsförderungsprozess <ul style="list-style-type: none"> ➤ Bio-psychosoziale Befundung – Pathogenese und Salutogenese ➤ Placebo- und Noceboeffekte: Wirksamkeit und Grenzen ➤ Die bio-psychosoziale Fallkonferenz im Pflgeteam am praktischen Beispiel ➤ Umsetzung des Gesundheitsförderungsprozesses in der Pflegeeinrichtung: Äußere Gestaltung und innere (pflegekünstlerische) Grundhaltung. ➤ Kommunikation und Multiplikation: Sensibilisierung des Pflege- und Betreuungsteams
Methodische Grundlagen	Einführung <ul style="list-style-type: none"> ➤ Die Hohe Schule der weiteren Bildung - Evidenzbasiertes Handeln, externe Evidenz und klinisch-fachliche Expertise ➤ Humanistische Bildung am Beispiel Goethes



Module	
Risikomanagement	<p>Grundlagen</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Grundbegriffe, Rechtlichen Rahmenbedingungen und Normen im Risikomanagement ➤ Bedeutung und Hintergründe des klinischen Risikomanagements <p>Grundsätzliches zum Umgang mit Risiken</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Klinisches Risikomanagement, Organisation des Risikomanagements, Aufbau und Ablauforganisation <p>Risikomanagementprozess – Identifikation</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Informationssysteme zur Risikoerkennung, Frühwarnsysteme und Tools, Tools zur Gefahrenanalyse, Risikoprofile <p>Risikoanalyse – Risikobewertung</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ FMEA, Ursachenanalysen, Methodentools, Portfoliomanagement <p>Risikobewältigung</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Maßnahmenmanagement, Fallbezogene Lösungsstrategien, Issuemanagement <p>Risikomanagementprozess</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Bewertungssysteme, Einbindung des Risikomanagements ➤ Systematisches Projektmanagement zur Implementierung, Risikoüberwachung und Risikoauditierung, Risikobericht
Klinische Geriatrie	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Alterstheorien und erfolgreiches Altern ➤ Physiologie, Organalterung und Stoffwechselveränderungen ➤ Screening- und Assessmentmethoden ➤ Frailty und Sarkopenie ➤ Geriatrische Versorgungskonzepte
Gerontopsychiatrie und Psychologie	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Grundlagen der Gerontopsychiatrie – Besonderheiten der geriatrischen Pharmazie mit Schwerpunkt Demenzerkrankungen ➤ Thanatologie (Todeskunde)



Module

Arzneimittelversorgung und geriatrische Pharmakotherapie

Arzneimittelsicherheit (Pharmakovigilanz) in der Langzeitpflege

Geriatrische Pharmakotherapie

- Pharmakokinetik und Pharmakodynamik
- Die fachgerechte UAW-Detektion: Das WHO-UMC Kausalitätsassessment.
- Chronomedizin und Chronopharmakologie

Arzneimittelassoziierte Erkrankungen

- Arzneimittelassoziierte Instabilität - Sturz, Gangstörungen, Schwindel
- Arzneimittelassoziierte Kognitionsstörungen - LKS, Delir, Somnolenz, neuropsychiatrische Störungen, Demenz
- arzneimittelassoziierte gastro-intestinalen Störungen – Obstipation, Diarrhöe, Dysphagie, gastro-intestinale Ulzerationen und Blutungen
- arzneimittelassoziierte Miktionsstörungen, arzneimittelassoziierte Elektrolytstörungen

Betrachtung ausgewählter Arzneistoffgruppen im Rahmen der bio-psychozialen Gesundheitsförderung

Schmerz und Schmerzmanagement

Schmerzphysiologie, Schmerzmittelassessment in der Pflege: Pharmakologische Möglichkeiten und Grenzen der Schmerztherapie, Einsatz von Arzneistoffen im WHO – Assessment, Naturheilkundliche Maßnahmen, Compliance und Cue-Dosing unter besonderer Berücksichtigung der Placebo- und Nocebo Effekte.

Naturheilkunde und Volksmedizin in der Geriatrie

Der Arzneimittelversorgungsprozess (Medikationsprozess) und seine Optimierung

- Medikationsprozess und –organisation: Anwendung diverser Medikationsassessmentverfahren zur Optimierung der Versorgung, das pharmazeutische Audit, kybernetische Pharmazie
- klinisch-pharmakologische Grundlagen der Verschreibung und des Absetzens von Arzneistoffen
- Compliance – Adherence – Concordance in der Beratung

Kranken- und Therapiebeobachtung für Fortgeschrittene

Risikokommunikation - Gesprächsführung - Persönlichkeitsbildung

Klinische Praxis in den Betrieben

Fall- und Risikokonferenzen, Qualitätszirkel, Facharbeit



Akronym: OAV; Förderkennzeichen: 01NVF17008

Anlage 3.1 zum Ergebnisbericht OAV

- Kursbuch HSW Sommersemester 2021 -

3. Das OAV Hochschulteam

3.1 Hochschuldozentinnen und -dozenten 2021



Univ. - Prof. Dr. med. Hans-Jürgen Heppner
Lehrstuhlinhaber für Geriatrie
der Universität Witten/Herdecke
MHBA



Priv.-Doz. Dr. med. habil. Sven Schmiedl
Lehrstuhl für Klinische Pharmakologie
an der Universität Witten/Herdecke
Facharzt für Klinische Pharmakologie



Univ. - Prof. Dr. med. Andreas Wiedemann
Lehrstuhl für Geriatrie
der Universität Witten/Herdecke
Professur für Urogeriatrie
Chefarzt der Klinik für Urologie, Ev.
Krankenhaus Witten



Dr. med. Dipl. Psych. Wilhelm Stuhlmann
Arzt für Psychiatrie und Neurologie –
Psychotherapie
Klinische Geriatrie



Dipl. Psych. Stefan Brandt
Mind to Mind, Gesellschaft für Arbeits-
und Organisationspsychologie



Dr. Dipl. pharm. Frank-Christian Hanke
Lehrstuhl für Geriatrie der Universität Witten
Herdecke, Geschäftsführer der Gesellschaft
für Geriatriische Pharmazie - Gero PharmCare
GmbH



Dr. Claudia Welz-Spiegel
Unternehmensberatung im Gesundheits- und
Sozialwesen
Anwendungsorientiertes Qualitäts- und
Risikomanagement



Friedrich Eydam
Diplom-Pflegewirt (FH),
Fachkrankenschwester für Psychiatrie und
Neurologie,
freiberuflicher Pflegeberater und
Pflegegutachter

...und weitere



3.2 Das operative Hochschulteam 2021

besteht aus

- Herrn Apotheker Dominik Straub, mitverantwortlich für die Weiterbildung der Fach PTA
- Herrn Apotheker Jan Gabriel, mitverantwortlich für die Technik und digitale Umsetzung
- Frau Anna Sophia Hanke, Physiotherapeutin und Bildungsassistentin, mitverantwortlich für die Gesamtkoordination
- Herr Friedrich Eydam, Dipl. Pflegewirt, mitverantwortlich für die Weiterbildung der Pflegeexperten
- Herr Dr. Frank-Christian Hanke, Lehrbeauftragter am Lehrstuhl für Geriatrie der Universität Witten/Herdecke (Kursleitung)
- Univ.- Prof. Dr. med. Hans-Jürgen Heppner, Lehrstuhlinhaber Geriatrie an der Universität Witten/Herdecke (Projektverantwortlicher der OAV - Hochschulweiterbildung)

...und natürlich den einzelnen **Kursdozenten**, bei denen wir uns an dieser Stelle **ganz herzlich bedanken!**

Das OAV Hochschulteam ist erreichbar unter der Emailadresse: info@oav-hochschulweiterbildung.de



Akronym: OAV; Förderkennzeichen: 01NVF17008

Anlage 3.1 zum Ergebnisbericht OAV

- Kursbuch HSW Sommersemester 2021 -

3.3 Fragen und Antworten zum Zertifikatskurs





Apotheker*innen und Pharmazeutisch-technische Assistent*innen

Frage

Antwort

Frage

Antwort

1. Welche Voraussetzungen brauche ich, um ein Hochschulzertifikat zu erlangen?

- Approbation als Apotheker*in/ Ausbildungsabschluss als PTA
- Zweijährige Berufstätigkeit als Apotheker*in oder PTA (Vollzeit)
- Angestellt bei Kooperationsapotheke (OAV)
- Deutsche Sprachkenntnisse mind. Niveaustufe B2 (nach europäischem Referenzrahmen)

4. Wie werden die Lerninhalte vermittelt?

- Durch Präsenzveranstaltungen (Hochschultage), Webinare, Lehrbriefe und Selbststudium

2. Welche Leistungen muss ich für das Zertifikat erbringen?

- Teilnahme an den OAV-Basiskursen der Gero PharmCare
- Teilnahme an der klinischen Praxis (mind. 8 IVi's, mind. drei Fall- und Risikokonferenzen und mind. zwei AMK's)*
- Bearbeitete Lernstandserhebungen im Lernmanagementsystem mit praktischem Bezug zu den IVi's, Fall- und Risikokonferenzen sowie AMK's
- Fachpraktische Projektarbeit

5. Ist es möglich Lerninhalte oder andere Weiterbildungen anerkannt zu bekommen?

- Ja, abgeschlossene geriatrisch-pharmazeutische Weiterbildungen der Apothekerkammern.

3. Wie hoch ist der zeitliche Aufwand?

- Apotheker*innen: ca. 80 Praxisstunden und ca. 120 Theoriestunden
- PTA's: ca. 80 Praxisstunden und ca. 60 Theoriestunden
- **Alle Lerninhalte des OAV-Basiskurses, sowie die Praxis (IVi, ect.) werden angerechnet!**

6. Welcher Abschluss wird erreicht?

- Hochschulweiterbildung (HSW) Interdisziplinäre Geriatrie: Klinisch-Geriatriische Pharmazie (Zertifikat der Hochschule)
- HSW Interdisziplinäre Geriatrie: Fach-PTA für geriatrische Pharmazie (Zertifikat der Hochschule)



Arzt*innen:

Frage	Antwort
1. Welche Voraussetzungen brauche ich, um ein Hochschulzertifikat zu erlangen?	<ul style="list-style-type: none"> • Die Approbation als Arzt*in • Mind. zwei Jahre in ärztlicher Tätigkeit • Kooperationsarzt*innen in OAV
2. Welche Leistungen müssen für das Zertifikat erbracht werden und wie hoch ist der zeitliche Aufwand?	<ul style="list-style-type: none"> • Teilnahme am OAV-Basiskurs der GPC zum pharmakotherapeutischen Risikomanagement, d.h. ca. vier Stunden (Wiederholung im Zertifikatskurs möglich!) • Teilnahme an der klinischen Praxis (mind. drei Fall- und Risikokonferenzen) • Lernmanagementsystem zur klinisch-geriatrischen Praxis in Form von Webinaren: geriatrische Pharmakotherapie / Geriatrie ca. 16 - 20 Stunden
3. Wie werden die Lerninhalte vermittelt?	<ul style="list-style-type: none"> • Durch Präsenzveranstaltungen (Hochschultage) wenn möglich, Live-Webinare, virtuelle Lehrmittel und Selbststudium
4. Ist es möglich Lerninhalte oder Kurse anerkannt zu bekommen?	<ul style="list-style-type: none"> • Die Inhalte des Curriculums „Basisweiterbildung Geriatrie“ der Landes-/Bundesärztekammer werden, gegen Nachweisvorlage vollumfänglich anerkannt
5. Welcher Abschluss wird erreicht?	<ul style="list-style-type: none"> • HSW Interdisziplinäre Geriatrie: klinisch-geriatrische Pharmakotherapie und Arzneimittelversorgung (Zertifikat der Hochschule)

*IVI: Intensivschulung/Visitenvorbereitung, AMK: Arzneimittelkomitee



Pflegefachkräfte:

Frage	Antwort	Frage	Antwort
1. Welche Voraussetzungen brauche ich, um ein Hochschulzertifikat zu erlangen?	<ul style="list-style-type: none"> • Mind. zweijährige Berufserfahrung als Gesundheits- u. Krankenpfleger*in oder Altenpfleger*in (Vollzeit) für die Qualifizierung als <i>Pflegeexpert*in Medikation (Medikationsfachkraft advanced)</i> • Mind. dreijährige Berufserfahrung als Gesundheits- u. Krankenpfleger*in oder Altenpfleger*in (Vollzeit) für die Qualifizierung <i>Prävention in der Langzeitpflege</i> • Angestellt bei kooperierendem Heim (OAV) • Deutsche Sprachkenntnisse mind. Niveaustufe B2 (nach europäischem Referenzrahmen) 	3. Wie hoch ist der zeitliche Aufwand?	<ul style="list-style-type: none"> • Ca. 80 Praxisstunden und 100 Theoriestunden für die Qualifizierung <i>Pflegeexpert*in Medikation</i> • Ca. 100 Praxisstunden und 150 Theoriestunden für die Qualifizierung <i>Prävention in der Langzeitpflege</i> • Die Praxisstunden in den Einrichtungen (IVI's, Fall- und Risikokonferenzen, AMK's) sowie der OAV-Basiskurs werden hier von der Hochschule angerechnet
2. Welche Leistungen muss ich für das Zertifikat erbringen?	<ul style="list-style-type: none"> • Teilnahme an den betrieblichen OAV-Basiskursen der Gero PharmCare • Teilnahme an der klinischen Praxis (mind. 8IVI's, mind. drei Fall- und Risikokonferenzen und mind. zwei AMK's) • Anfertigung einer Projektarbeit mit klinisch-praktischem Bezug zur optimierten Arzneimittelversorgung • Bearbeitete Lernstandserhebungen im Lernmanagementsystem und Webinare mit praktischem Bezug zu den IVi's s, Fall- und Risikokonferenzen und AMK's • Alle Lerninhalte des OAV-Basiskurses, sowie die Praxis (IVI, ect.) werden angerechnet! 	4. Wie werden die Lerninhalte vermittelt?	<ul style="list-style-type: none"> • Durch Präsenzveranstaltungen (Hochschultage), Webinare, Lehrbriefe und Selbststudium
		5. Ist es möglich Lerninhalte oder andere Weiterbildungen anerkannt zu bekommen?	<ul style="list-style-type: none"> • Ja, z.B. wird eine abgeschlossene pflegerische Weiterbildung als Medikationsfachkraft anerkannt.
		6. Welcher Abschluss wird erreicht?	<ul style="list-style-type: none"> • HSW Interdisziplinäre Geriatrie: Pflegeexpert*in Medikation (Medikationsfachkraft advanced) u. Prävention in der Langzeitpflege (Zertifikat der Hochschule)

*IVI: Intensivschulung/Visitenvorbereitung, AMK: Arzneimittelkomitee



Sonstige Fragen:

Frage	Antwort
<p>1. Welche Lerninhalte werden im Rahmen der Weiterbildung angeboten?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Die Inhalte der Weiterbildung stammen aus insg. 6 Lernfeldern (Module) <ul style="list-style-type: none"> ○ Geriatrische Pharmakotherapie/Arzneimittelversorgung ○ Risikomanagement ○ Klinische Geriatrie ○ Gerontopsychiatrie und Psychologie ○ Gesundheitsförderung und Prävention in der Geriatrie ○ Methodische Grundlagen • Jedes Lernfeld wiederum beinhaltet einzelne Lerneinheiten • Beispiele: <ul style="list-style-type: none"> ○ Lernfeld <i>Geriatrische Pharmakotherapie</i>: Lerneinheit <i>Klinisch-pharmakologische Methoden zur Bestimmung von Nebenwirkungen, unerwünschten Arzneimittelwirkungen und unerwünschten Arzneimittelereignissen</i> ○ Lernfeld <i>Klinische Geriatrie</i>: Lerneinheit: <i>Konzept Frailty: Diagnostik, Bedeutung und Therapieoptionen</i> ○ Lernfeld <i>Risikomanagement und Prävention</i>: Lerneinheiten: <i>Tools zur Gefahrenanalyse, Risikoprofile, FMEA</i>
<p>2. Wenn ich nur an ein oder zwei Webinaren oder Kursen teilnehmen möchte, muss ich mich dann trotzdem anmelden?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ja, Sie werden elektronisch über die Veranstaltung informiert und können sich dann anmelden. Materialien werden Ihnen auf diesem Weg zur Verfügung gestellt.
<p>3. Bis wann muss ich mich spätestens entscheiden, ob ich ein Hochschulzertifikat erlangen möchte?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Die Anmeldung für den Zertifikatskurs muss spätestens zum 25.03.2021 erfolgen.



4. Anhang

Die Anfertigung einer praxisbezogenen Projektarbeit ist Voraussetzung und Bestandteil der Fachgespräche (Prüfung) zur Erlangung des Hochschulzertifikates. Sie besteht inhaltlich aus der interdisziplinären Bearbeitung eines zentralen Arzneimittelproblems des jeweiligen persönlichen Arbeitsumfeldes (Heim, Klinik, Ambulanz).

Thematik und Inhalte der Projektarbeit werden mit der Seminarleitung vor und während des Kurses gemeinschaftlich festgelegt und abgesprochen.

Tab. 1: Beispiele praxisbezogener Projektarbeiten

Thema	Bezug zur Medikamentenorganisation	Bezug zur Pharmakotherapie	beteiligte Berufsgruppen
Analyse eines arzneimittelassoziierten Sturzereignisses nach Aktenlage.		x	
Reduktion der pflegerischen Arzneimittelanwendung durch Optimierung der Medikamentengaben.	x		Apotheke
Überprüfung der Vitalwerte (orthostatische Dysfunktion) bei Bewohnern mit Gangstörung-Stürzen im Zusammenhang mit der Pharmakotherapie.		x	
Beurteilung von verschiedenen Assessments zur Therapiebeobachtung von Depressionen		x	
Adäquater Einsatz von Bedarfsmedikationen hinsichtlich Bestell- und Rezeptmanagement und der richtigen Dokumentation.	x		
Medikationsanalyse zur Vermeidung arzneimittelassoziiertes Stürze, unter Berücksichtigung hausinterner Verfahren / Standards zur Sturzprävention.		x	Apotheke
Standard zum Bereitstellen von Arzneimitteln in einer Alteneinrichtung.	x		Apotheke
Standard zur Sondenapplikation von Arzneimitteln.	x		Apotheke



Akronym: OAV; Förderkennzeichen: 01NVF17008

Anlage 3.1 zum Ergebnisbericht OAV

- Kursbuch HSW Sommersemester 2021 -

Fortsetzung Tab 1: Beispiele praxisbezogener Projektarbeiten

Thema	Bezug zur Medikamentenorganisation	Bezug zur Pharmakotherapie	beteiligte Berufsgruppen
Therapie, Beobachtung und Interventionen im Zusammenhang mit der Pharmakotherapie bei Lewy Body Demenz in einer Alteneinrichtung.		x	Arzt
Verbesserung der Mobilität in der Pflege durch pflegerische/ pharmazeutische und ärztliche Interventionen.		x	Arzt, Apotheke
Gezielte pflegerische Beobachtung von Kognitionsstörungen (Symptomen) im Zusammenhang mit Arzneimitteln bei drei Heimbewohnern.		x	
Risiko-Nutzung Bewertung in der medikamentösen Therapie bei Bewohnern.		x	Arzt
Das Neuropsychiatrische Inventar als Hilfestellung zur Vorbereitung einer ärztlichen Visite, für Angehörige in einer Tagespflege.	x	x	
Optimierung des Medikamentenbestell- und Rezeptmanagements verbunden mit der Therapiebeobachtung in einem ambulanten Pflegedienst.	x		
Medikationsanamnese und arzneimittelbezogener Optimierungsbedarf bei stationärer ophthalmologischer Aufnahme im Krankenhaus.	x		Arzt
Standard zur Indikationsverhinderung des Psychopharmakaeinsatzes durch nicht-pharmakologische Maßnahmen in einer stationären Alteneinrichtung.		x	
Applikation und Applikationszeitpunkte von Medikamenten	x		Apotheke
Pflegerische Medikationsvisite: Dokumentation im Alten-und Pflegeheim.	x		
Optimierung der Arzneimittelanwendung nach dem „Brown Bag Verfahren“ - Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit am Beispiel zweier Patienten einer geriatrischen Tagesklinik.		x	Arzt
Reduktion der pflegerischen Arzneimittelanwendung durch Optimierung der Medikamentengaben.	x		Apotheke, Arzt

Kursbuch SS 2021

Stand: 10.03.2021



Akronym: OAV; Förderkennzeichen: 01NVF17008

Anlage 3.1 zum Ergebnisbericht OAV

- Kursbuch HSW Sommersemester 2021 -

Viel Erfolg!

Im Auftrag des OAV GBA-Innovationsfonds

Univ.- Prof. Dr. med. Hans-Jürgen Heppner, MHBA

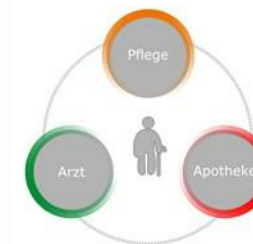
Lehrstuhlinhaber Geriatrie an der Universität Witten/Herdecke
Projektverantwortlicher Hochschulweiterbildung

Dr. Dipl. pharm. Frank-Christian Hanke, Apotheker

Lehrstuhl für Geriatrie der Universität Witten / Herdecke
(Kursleitung), GF der Gero PharmCare GmbH



Optimierte
Arzneimittel
Versorgung
pflegebedürftiger Patienten



Anlage 3.2 zum Ergebnisbericht OAV

- Module, Seminare und Inhalte der Hochschulweiterbildung -

Module	Seminare und Inhalte
Gesundheitsförderung und Prävention in der Geriatrie	<p>Inhalte</p> <p>Einführung in die Gesundheitsförderung</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Übersicht: Prävention in der LangzeitpflegeIndividuelle und Verhältnisprävention➤ Handlungsfelder: Ernährung, Körperliche Aktivität, Kognitive Ressourcen, Gewalt und ausgewählte Assessments➤ Bio-psychosoziales Gesundheits- und Krankheitsverständnis: das Gesundheits- und Krankheitskontinuum➤ suchtsensible Pflege <p>Der Gesundheitsförderungsprozess</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Bio-psychosoziale Befundung – Pathogenese und Salutogenese➤ Placebo- und Noceboeffekte: Wirksamkeit und Grenzen➤ Die bio-psychosoziale Fallkonferenz im Pflege team am praktischen Beispiel➤ Umsetzung des Gesundheitsförderungsprozesses in der Pflegeeinrichtung: Äußere Gestaltung und innere (pflegekünstlerische) Grundhaltung.➤ Kommunikation und Multiplikation: Sensibilisierung des Pflege- und Betreuungsteams <p>Seminare</p> <p>Verantwortung als Ausdruck professioneller Pflege – Von der Krankenbeobachtung zur Pflegediagnostik Teil 1 + Teil 2 (Friedrich Eydam)</p> <p>Verantwortung als Ausdruck professioneller Pflege Pflegerische Assessments - Teil 1 + Teil 2 (Friedrich Eydam)</p> <p>Prävention und Gesundheitsförderung in der Langzeitpflege (Friedrich Eydam):</p> <ul style="list-style-type: none">- Einführung- Handlungsfeld körperliche Mobilität- Handlungsfeld Schmerz- Handlungsfeld Ernährung <p>Gewalt in der Pflege – Individuelle und strukturelle Ansätze zur Prävention und Intervention (Stefan Brandt)</p>
	<p>Handlungsfeld Psychosoziale Gesundheit</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Resilienz und Antonowskys Konzept der Salutogenese➤ Pathogenese und Salutogenese im Gesundheitswesen: Inkohärenz und Kohärenz, ICD-10 und ICF➤ Faktoren zur Stärkung einer nachhaltigen, gesundheitsförderlichen Grundhaltung bei sich selbst, den Mitarbeitern und Pflegebedürftigen➤ Kohärenzfaktoren von Antonovsky: Sinnhaftigkeit (meaningfulness), Verstehbarkeit (comprehensibility) und Handhabbarkeit (manageability)➤ Stress, Burn-Out und Stressmanagement. <p>Seminare</p> <p>Meine Gesundheit, mein Wohlbefinden - Teil 1 Stressmanagement (Stefan Brandt)</p> <p>Meine Gesundheit, mein Wohlbefinden - Teil 2 Resilienz (Stefan Brandt)</p> <p>Meine Gesundheit, mein Wohlbefinden – Ein Workshop zur Steigerung Ihrer Resilienz (Stefan Brandt)</p> <p>Meine Gesundheit, mein Wohlbefinden – Ein Workshop zur Verbesserung Ihres Stressmanagements (Stefan Brandt)</p>

Methodische Grundlagen	Einführung <ul style="list-style-type: none">➤ Die Hohe Schule der weiteren Bildung - Evidenzbasiertes Handeln, externe Evidenz und klinisch-fachliche Expertise➤ Humanistische Bildung am Beispiel Goethes
Risikomanagement	Grundlagen <ul style="list-style-type: none">➤ Grundbegriffe, Rechtlichen Rahmenbedingungen und Normen im Risikomanagement➤ Bedeutung und Hintergründe des klinischen Risikomanagements Grundsätzliches zum Umgang mit Risiken <ul style="list-style-type: none">➤ Klinisches Risikomanagement, Organisation des Risikomanagements, Aufbau und Ablauforganisation Risikomanagementprozess – Identifikation <ul style="list-style-type: none">➤ Informationssysteme zur Risikoerkennung, Frühwarnsysteme und Tools, Tools zur Gefahrenanalyse, Risikoprofile Risikoanalyse – Risikobewertung <ul style="list-style-type: none">➤ FMEA, Ursachenanalysen, Methodentools, Portfoliomanagement Risikobewältigung <ul style="list-style-type: none">➤ Maßnahmenmanagement, Fallbezogene Lösungsstrategien, Issuemanagement Risikomanagementprozess <ul style="list-style-type: none">➤ Bewertungssysteme, Einbindung des Risikomanagements➤ Systematisches Projektmanagement zur Implementierung, Risikoüberwachung und Risikoauditierung, Risikobericht Seminare <p>Grundlagen des Risikomanagements (Claudia Welz-Spiegel)</p> <p>Grundsätzliches zum Umgang mit Risiken (Claudia Welz-Spiegel)</p> <p>Rahmenwerk zum Risikomanagement (Claudia Welz-Spiegel)</p> <p>Normen zum Risikomanagement (Claudia Welz-Spiegel)</p> <p>Der Risikomanagementprozess (Claudia Welz-Spiegel)</p> <p>Bewertung von Risiken (Claudia Welz-Spiegel)</p> <p>Bewältigung von Risiken (Claudia Welz-Spiegel)</p> <p>Risikoüberwachung (Claudia Welz-Spiegel)</p>
Klinische Geriatrie	<ul style="list-style-type: none">➤ Alterstheorien und erfolgreiches Altern➤ Physiologie, Organalterung und Stoffwechselveränderungen➤ Screening- und Assessmentmethoden➤ Frailty und Sarkopenie➤ Geriatrische Versorgungskonzepte Seminare <p>Besonderheiten des geriatrischen Patienten (Hans-Jürgen Heppner)</p> <p>Multimedikation und Verschreibungskaskaden (Hans-Jürgen Heppner)</p>
Gerontopsychiatrie und Psychologie	Inhalte <p>Grundlagen der Gerontopsychiatrie – Besonderheiten der geriatrischen Pharmazie mit Schwerpunkt Demenzerkrankungen</p>

➤ **Thanatologie (Todeskunde)**

Seminare

Demenz braucht Bindung - Ein Grundbedürfnis als Grundlage der Beziehungsgestaltung mit Menschen mit Demenz Teil 1 + Teil 2 (Wilhelm Stuhlmann)

Grundlagen der Gerontopsychiatrie – Besonderheiten der geriatrischen Pharmazie mit Schwerpunkt Demenzerkrankungen - Teil 1 + Teil 2 + Teil 3 (Wilhelm Stuhlmann)

Vertiefung der Grundlagen der Gerontopsychiatrie Teil 1 + Teil 2

Arzneimittelversorgung und geriatrische Pharmakotherapie

Arzneimittelsicherheit (Pharmakovigilanz) in der Langzeitpflege

Geriatrische Pharmakotherapie

- Pharmakokinetik und Pharmakodynamik
- Die fachgerechte UAW-Detektion: Das WHO-UMC Kausalitätsassessment.
- Chronomedizin und Chronopharmakologie

Arzneimittelassoziierte Erkrankungen

- Arzneimittelassoziierte Instabilität - Sturz, Gangstörungen, Schwindel
- Arzneimittelassoziierte Kognitionsstörungen - LKS, Delir, Somnolenz, neuropsychiatrische Störungen, Demenz
- arzneimittelassoziierte gastro-intestinalen Störungen – Obstipation, Diarrhöe, Dysphagie, gastro-intestinale Ulzerationen und Blutungen
- arzneimittelassoziierte Miktionsstörungen, arzneimittelassoziierte Elektrolytstörungen

Betrachtung ausgewählter Arzneistoffgruppen im Rahmen der bio-psychosozialen Gesundheitsförderung

Schmerz und Schmerzmanagement

Schmerzphysiologie, Schmerzmittelassessment in der Pflege: Pharmakologische Möglichkeiten und Grenzen der Schmerztherapie, Einsatz von Arzneistoffen im WHO – Assessment, Naturheilkundliche Maßnahmen, Compliance und Cue-Dosing unter besonderer Berücksichtigung der Placebo- und Nocebo Effekte.

Naturheilkunde und Volksmedizin in der Geriatrie

Der Arzneimittelversorgungsprozess (Medikationsprozess) und seine Optimierung

- Medikationsprozess und –organisation: Anwendung diverser Medikationsassessmentverfahren zur Optimierung der Versorgung, das pharmazeutische Audit, kybernetische Pharmazie
- klinisch-pharmakologische Grundlagen der Verschreibung und des Absetzens von Arzneistoffen
- Compliance – Adherence – Concordance in der Beratung

Kranken- und Therapiebeobachtung für Fortgeschrittene

Risikokommunikation - Gesprächsführung - Persönlichkeitsbildung

Klinische Praxis in den Betrieben

Fall- und Risikokonferenzen, Qualitätszirkel, Facharbeit

Seminare

OAV-Theoriekurs (Wiederholung und Vertiefung) Grundlagen / Multimorbidität, Multimedikation, Multiatrogenität / Medikationsprozess (Frank Hanke)

OAV-Theoriekurs (Wiederholung und Vertiefung) Methoden der Optimalen Arzneimittelversorgung (Frank Hanke)

OAV-Theoriekurs (Wiederholung und Vertiefung) Psychopharmakologie (Referenten der Gero PharmCare)

Arzneimittelassoziierte Miktionsstörungen Teil 1 + Teil 2 (Andreas Wiedemann)

Bewertung von unerwünschten Arzneimittelwirkungen Teil 1 + Teil 2 (Sven Schmiedl)

Naturheilkunde und Volksmedizin (Dominik Straub)

Compliance, Adherence und Concordance: Im Einklang mit dem Patienten (Frank Hanke)

Chronopharmakologie und Chronomedizin – Zeitrhythmen im Organismus und wie man sie nutzt (Frank Hanke)

Medikationsprozess und -organisation
Anwendung von Medikationsassessmentverfahren zur Optimierung der Versorgung (Frank Hanke)

Klinisch pharmakologische Aspekte des Verschreibens und Absetzens von Arzneistoffen bei Hochbetagten (Frank Hanke)

Darf's ein bisschen weniger sein? - Arzneimittel als Mikronährstoff-Räuber (Petra Brüggenschäfer)

Der gerontopsychiatrische Patient - Kommunikation im Medikationsprozess Teil 1 + Teil 2 (Wilhelm Stuhlmann)

Qualitätszirkel (Pilot): Interdisziplinäre Fall- und Risikokonferenz; anonymisierte Patientenfälle aus den OAV-Netzwerken, anschließende Workshop Fragerunde (max. 10 Teilnehmer) (Moderatoren der Gero PharmCare)

Moderierter OAV-Workshop und Austausch mit anderen Netzwerken, Online-Veranstaltung (max. 10 Teilnehmer) (Frank Hanke)

Qualitätszirkel: Interdisziplinäre Fall- und Risikokonferenz (max. 10 Teilnehmer) (Moderatoren der Gero PharmCare)

Fall - und Risikokonferenz (Eva Osicki / Christina Lorenz)

Sonstige Lehrveranstaltungen

Seminare

Einführung Hochschulweiterbildung (Frank Hanke)

Einführung Hochschulweiterbildung (Wiederholung) (Frank Hanke)

Einführung in den Zertifikatskurs (Frank Hanke)

Wissensvermittlung und E-Learning
Wie Sie in ihrem Betrieb Kunden digital beraten und Mitarbeiter digital schulen können (Teil 1) (Martin Stiehl)

Wissensvermittlung und E-Learning
Wie Sie in ihrem Betrieb Kunden digital beraten und Mitarbeiter digital schulen können (Teil 2) (Martin Stiehl)

Mobiles Impfen in stationären Pflegeeinrichtungen – Ein Modell für interdisziplinäre Teams in Der geriatrischen Praxis (Paul Bebernik / Petra Brüggenschäfer)

Zertifikatskurs: „Arzneimittelassoziierte Erkrankungen und deren Bewältigung in der geriatrischen Langzeitpflege“

Der Kurs wird im virtuellen Lernumfeld einzeln und in Gruppen durch Live Webmeetings mit den Hochschuldozenten und Kursleitern, durch

Videsequenzen, eigene Bibliotheken und Selbststudium umgesetzt.

Der Kursabschluss beinhaltet für Pflegefachkräfte und PTA die Anfertigung und Darstellung einer begleiteten, fachpraktischen Projektarbeit,

die aus dem eigenen Interessenfeld und der Qualitätszirkelarbeit stammt.

Die Apotheker und Ärzte werden im virtuellen Lernumfeld fachpraktische Multi-Choice Fragen beantworten.

Die Inhalte beziehen sich hinsichtlich der Interventionen speziell auf die

Themengebiete > Besonderheiten der arzneimittelassoziierten Kognitionsstörungen,

Inkontinenz,

Mobilitätsstörungen, Schluckstörungen, gastrointestinale Störungen und Elektrolytstörungen

> Deprescribing, insbesondere bei Verschreibungskaskaden

> potenziell inadäquate Wirkstoffklassen

> kumulative pharmakodynamische Interaktionen (Wirkstoff-Erkrankungs-Interaktionen) und

bezüglich einer Risikoprävention auf

> ausgewählte und fachlich erprobte Medikationsassessmentverfahren im Arzneimittelversorgungsprozess

> alternative, insbesondere nicht-pharmakologische Behandlungsmöglichkeiten gemäß der S3 LL Demenz und der LL Multimedikation

> die kybernetische Pharmazie, d.h. die Mechanismen der Steuerung des Arzneimittelversorgungsprozesses

> Resilienz

> Placebo -und Nocebo-Effekte von Wirkstoffen und heilberuflichen Tätigkeiten

> die bio-psychoziale Gesundheitsförderung hinsichtlich der Pathogenese und Salutogenese

Hochschulabschlüsse

Die Hochschulweiterbildung Interdisziplinäre Geriatrie bietet den beteiligten Seminaristen aus den unterschiedlichen Berufsgruppen folgende Abschlussmöglichkeiten:

> für Pflegefachkräfte die Abschlüsse „Pflegeexperten Medikation“ und „Pflegeexperten Prävention in der Langzeitpflege“

> für Apotheker*innen den Abschluss „Klinisch-geriatrische Pharmazie“ (Advanced Level)

- > für Pharmazeutisch-technische Assistent*innen (PTA) den Abschluss „Fach-PTA für geriatrische Pharmazie“
- > für Ärzte*innen den Abschluss „Klinisch-Geriatriische Pharmakotherapie“ (Advanced Level)

Prüfungsleistungen

Um einen Hochschulzertifikat zu erlangen, ist nicht nur die Teilnahme an prüfungsrelevanten Veranstaltungen relevant. Die Weiterbildung ist so konzipiert worden, dass sie eine nachhaltige, interdisziplinäre Kompetenzentwicklung sowohl der einzelnen Professionen als auch der beteiligten Institutionen und Netzwerke ermöglichen soll. Entscheidend dabei sind keine Noten, sondern die messbare Verbesserung der Gesundheitslage der uns anvertrauten Patienten und ihrer Versorgungsumgebung. Die Seminaristen der einzelnen Professionen erbringen dazu folgende individuelle Leistungen: Für Pflegefachkräfte, Apotheker*innen und PTA gilt

- a) die erfolgreiche Teilnahme an den prüfungsrelevanten Seminaren. Dazu werden im Anschluss eines Seminars oder eines Lehrbriefes jeweils 3-4 Fragen beantwortet.
- b) die Anfertigung einer begleiteten, fachpraktischen Projektarbeit, die aus dem eigenen Interessenfeld und dem Arbeitsumfeld stammt. (siehe dazu Kapitel 4, Anhang)
- c) Die Darstellung und Diskussion der Projektarbeit in Kleingruppen (Abschlussprüfung)

Für Ärzte

- a) die erfolgreiche Teilnahme an Seminaren zur Arzneimittelversorgung / klinisch-geriatrischen Pharmakotherapie. Dazu werden im Anschluss eines Seminars oder Lehrbriefes jeweils 3-4 Fragen beantwortet.
- b) die Teilnahme an mind. drei Fall- und Risikokonferenzen

Darüber hinaus gelten die Anforderungen aus Kapitel 3.3 (Fragen und Antworten zum Zertifikatskurs) Alle im Rahmen des OAV – Modells besuchten Seminare, Schulungen, Qualitätszirkel und Fallkonferenzen werden im Zertifikatskurs anerkannt. Sie erhalten dazu bei Kursbeginn ein Dokument für den persönlichen Leistungsnachweis. Anschließend verabreden Sie mit Ihrem Kursbegleiter einen Termin zur Erstellung Ihres individuellen Semesterplanes!

Frage Antwort

Apotheker*innen und Pharmazeutisch-technische Assistent*innen

1. Welche Voraussetzungen brauche ich, um ein Hochschulzertifikat zu erlangen?

- Approbation als Apotheker*in/ Ausbildungsabschluss als PTA
- Zweijährige Berufstätigkeit als Apotheker*in oder PTA (Vollzeit)
- Angestellt bei Kooperationsapotheke (OAV)
- deutsche Sprachkenntnisse mind. Niveaustufe B2 (nach europäischem Referenzrahmen)

2. Welche Leistungen muss ich für das Zertifikat erbringen?

- Teilnahme an den OAV-Basiskursen der Gero PharmCare
- Teilnahme an der klinischen Praxis (mind. 8IVI's, mind. drei Fall- und Risikokonferenzen und mind. zwei AMK's)*
- Bearbeitete Lernstandserhebungen im Lernmanagementsystem mit praktischem Bezug zu den IVi's, Fall- und Risikokonferenzen sowie AMK's
- Fachpraktische Projektarbeit (für PTA)

3. Wie hoch ist der
zeitliche Aufwand?

- Apotheker*innen: ca. 80 Praxisstunden und ca. 120 Theoriestunden
- PTA's: ca. 80 Praxisstunden und ca. 60 Theoriestunden
- Alle Lerninhalte des OAV-Basiskurses, sowie die Praxis (IVI, ect.) werden angerechnet!

4. Wie werden die Lerninhalte vermittelt?

- Durch Präsenzveranstaltungen (Hochschultage), Webinare, Lehrbriefe und Selbststudium

5. Ist es möglich Lerninhalte oder andere Weiterbildungen anerkannt zu bekommen?

- Ja, abgeschlossene geriatrisch-pharmazeutische Weiterbildungen der Apothekerkammern.

6. Welcher Abschluss wird erreicht?

- Hochschulweiterbildung (HSW) Interdisziplinäre Geriatrie: Klinisch-Geriatriische Pharmazie (Zertifikat der Hochschule)
- HSW Interdisziplinäre Geriatrie: Fach-PTA für geriatrische Pharmazie (Zertifikat der Hochschule)

Ärzte

1. Welche Voraussetzungen brauche ich, um ein Hochschulzertifikat zu erlangen?

- Die Approbation als Arz*tin
- Mind. zwei Jahre in ärztlicher Tätigkeit • Kooperationsarzt*innen in OAV

2. Welche Leistungen müssen für das Zertifikat erbracht werden und wie hoch ist der zeitliche Aufwand?

- Teilnahme am OAV-Basiskurs der GPC zum pharmakotherapeutischen Risikomanagement, d.h. ca. vier Stunden (Wiederholung im Zertifikatskurs möglich!)
- Teilnahme an der klinischen Praxis (mind. drei Fall- und Risikokonferenzen)
- Lernmanagementsystem zur klinisch-geriatrischen Praxis in Form von Webinaren: geriatrische Pharmakotherapie / Geriatrie ca. 16 - 20 Stunden

3. Wie werden die Lerninhalte vermittelt?

- Durch Präsenzveranstaltungen (Hochschultage) wenn möglich, Live-Webinare, virtuelle Lehrmittel und Selbststudium

4. Ist es möglich Lerninhalte oder Kurse anerkannt zu bekommen?

- Die Inhalte des Curriculums „Basisweiterbildung Geriatrie“ der Landes-/Bundesärztekammer werden, gegen Nachweisvorlage vollumfänglich anerkannt
- 5. Welcher Abschluss wird erreicht?
 - HSW Interdisziplinäre Geriatrie: klinisch-geriatrische Pharmakotherapie und Arzneimittelversorgung (Zertifikat der Hochschule)

Pflegeschlüsselkräfte

1. Welche Voraussetzungen brauche ich, um ein Hochschulzertifikat zu erlangen?

- Mind. zweijährige Berufserfahrung als Gesundheits- u. Krankenpfleger*in oder Altenpfleger*in (Vollzeit) für die Qualifizierung als Pflegeexpert*in Medikation (Medikationsfachkraft advanced)
- Mind. dreijährige Berufserfahrung als Gesundheits- u. Krankenpfleger*in oder Altenpfleger*in (Vollzeit) für die Qualifizierung Prävention in der Langzeitpflege
- Angestellt bei kooperierendem Heim (OAV)
- Deutsche Sprachkenntnisse mind. Niveaustufe B2 (nach europäischem Referenzrahmen)

2. Welche Leistungen muss ich für das Zertifikat erbringen?

- Teilnahme an den betrieblichen OAV-Basiskursen der Gero PharmCare
- Teilnahme an der klinischen Praxis (mind. 8 IVI's, mind. drei Fall- und Risikokonferenzen und mind. zwei AMK's)

- Anfertigung einer Projektarbeit mit klinischpraktischem Bezug zur optimierten Arzneimittelversorgung
- Bearbeitete Lernstandserhebungen im Lernmanagementsystem und Webinare mit praktischem Bezug zu den IVi's, Fall- und Risikokonferenzen und AMK's
- Alle Lerninhalte des OAV-Basiskurses, sowie die Praxis (IVi, ect.) werden angerechnet!

3. Wie hoch ist der zeitliche Aufwand?

- Ca. 80 Praxisstunden und 100 Theoriestunden für die Qualifizierung Pflegeexpert*in Medikation
- Ca. 100 Praxisstunden und 150 Theoriestunden für die Qualifizierung Prävention in der Langzeitpflege
- Die Praxisstunden in den Einrichtungen (IVi's, Fall-und Risikokonferenzen, AMK's) sowie der OAV-Basiskurs werden hier von der Hochschule angerechnet

4. Wie werden die Lerninhalte vermittelt?

- Durch Präsenzveranstaltungen (Hochschultage), Webinare, Lehrbriefe und Selbststudium

5. Ist es möglich Lerninhalte oder andere Weiterbildungen anerkannt zu bekommen?

- Ja, z.B. wird eine abgeschlossene pflegerische Weiterbildung als Medikationsfachkraft anerkannt.

6. Welcher Abschluss wird erreicht?

- HSW Interdisziplinäre Geriatrie: Pflegeexpert*in Medikation (Medikationsfachkraft advanced) u./o. Prävention in der Langzeitpflege (Zertifikat der Hochschule)

Anlage 4: Checkliste OAV zur Überprüfung eines geriatrischen Netzwerkes

Qualitätsentwicklung im OAV-Programm
Check-Liste im Rahmen des externen Audits zur Überprüfung des Reifegrades
eines geriatrischen Netzwerkes

Name der Einrichtung:

Struktur-Qualitäten: Organisatorische Rahmenbedingungen

Einrichtung ist durch Kollektiv-Vertrag im Projekt eingeschrieben? ja nein

Anzahl der Wohnbereiche: Anzahl der eingeschriebenen Bewohner:

Mitarbeiter/Qualifizierung/Netzwerk (geriatrisches Team)

Wie viele MitarbeiterInnen haben am Theorie-Kurs teilgenommen?
(WB = Wohnbereich)

WB:	Anzahl:	WB:	Anzahl:
WB:	Anzahl:	WB:	Anzahl:
WB:	Anzahl:	WB:	Anzahl:

<u>Bewertungskriterien:</u>	<u>Einstufung</u>
Erforderlich für Stufe 2: 1 Mitarbeiter*in pro Haus	Stufe 2 <input type="checkbox"/>
Erforderlich für Stufe 3: 1 Mitarbeiter*in pro Wohnbereich	Stufe 3 <input type="checkbox"/>
Erforderlich für Stufe 4: 1 Mitarbeiter*in permanent im Dienst pro WB	Stufe 4 <input type="checkbox"/>
1 Qualitätspunkt, wenn 50% der MA teilgenommen haben	
2 Qualitätspunkte, wenn 75% der MA teilgenommen haben	
3 Qualitätspunkte, wenn über 90% der MA teilgenommen haben	Gesamtpunkte___

Wie viele MitarbeiterInnen haben am Praxis-Kurs teilgenommen?
(WB = Wohnbereich)

WB:	Anzahl:	WB:	Anzahl:
WB:	Anzahl:	WB:	Anzahl:
WB:	Anzahl:	WB:	Anzahl:

Besteht Bedarf an Nachschulungen?

nein ja **Anzahl:**

Technische Voraussetzungen zur Umsetzung der OAV vorhanden?

Laptop/PC ja nein Internet-Anschluss / WLAN ja nein

Qualitätsentwicklung im OAV-Programm
Check-Liste im Rahmen des externen Audits zur Überprüfung des Reifegrades
eines geriatrischen Netzwerkes

Zusammensetzung des geriatrischen Teams

Verantwortliche für das Medikations- und Risikomanagement im OAV:

Pflegeeinrichtung:

Pro Wohnbereich eine geschulte, qualifizierte Pflegefachkraft?

ja nein Sonstiges:

<u>Bewertungskriterien:</u>	<u>Einstufung</u>
Erforderlich für Stufe 3:	
Erforderlich für Stufe 4: Permanent 1 geschulte PFK/WB im Dienst	Stufe 4 <input checked="" type="checkbox"/>
Erforderlich für Stufe 5: Mindestens 75% der PFK geschult	Stufe 5
<input checked="" type="checkbox"/> 2 Qualitätspunkt pro geschulter Pflegekraft	
	Gesamtpunkte__

Apotheke:

Name der Apotheke:

Name verantwortliche/r ApothekerIn:

speziell geriatrisch qualifiziert? ja nein

an Theorie- und Praxiskurs teilgenommen? ja nein

<u>Bewertungskriterien:</u>	<u>Einstufung</u>
Erforderlich für Stufe 3: Apotheker*in muss an Theorie und Praxis teilgenommen haben	
Erforderlich für Stufe 4: Apotheker*in + eine weitere pharmazeutische Fachkraft (PTA/Apotheker Apotheker*in)	Stufe 4
<input checked="" type="checkbox"/> Erforderlich für Stufe 5: Apotheker*in muss klinisch-geriatrisch geschult sein (Hochschulzertifikat)	Stufe 5 <input checked="" type="checkbox"/>
5 Qualitätspunkt für klinisch-geriatrisch geschulten Apotheker*in	
	Gesamtpunkte__

Arzt/Ärztin:

Name: an Theorie-Kurs teilgenommen: ja nein

Gibt es Teilnehmer des geriatrischen Teams:

(z.B. Physiotherapeuten, Logopäden, Ergotherapeuten, ...)

ja Name/Fachrichtung: nein

Qualitätsentwicklung im OAV-Programm
Check-Liste im Rahmen des externen Audits zur Überprüfung des Reifegrades
eines geriatrischen Netzwerkes

Prozess-Qualitäten: Umsetzung der OAV

1. Bewohnerbezogene Optimierungszyklen – VERIKO® PT

OAV-Kompass: (UAE-Detektion/Medikamente mit hohem UAE-Risiko/bes. Monitoring)

Anwendung bekannt? Ablageort? Wer nutzt ihn?
Wann/Wie oft kommt er zum Einsatz?

Therapiebeobachtungsbogen: (Symptomdokumentation)

Anwendung bekannt? Ablageort? Wer nutzt ihn?
Wird er regelmäßig geführt? ja nein

Wann/Wie oft kommt er zum Einsatz?

Werden detektierte Symptome in den VERIKO® Assistent PT übertragen? ja nein

<u>Bewertungskriterien:</u>	<u>Einstufung</u>
Erforderlich für Stufe 3: Dokumentation muss vorhanden sein, <input type="checkbox"/> Schulungsnachweise zum Therapiebeobachtungsbogen Müssen vorhanden sein	Stufe 3
Erforderlich für Stufe 4: Der Prozess muss bekannt sein	Stufe 4 <input type="checkbox"/>

Intensivschulungen/Visitenvorbereitungen (IVi)

Wie oft werden sie durchgeführt: monatlich Sonstiges: Dauer:

Wer führt diese durch? Wer ist daran beteiligt?

Apotheker 1 PFK/Wohnbereich Sonstige:

Wann fand die letzte IVi statt:

Wer nahm an der letzten IVi teil:

<u>Bewertungskriterien:</u>	<u>Einstufung</u>
Erforderlich für Stufe 3: Durchführung monatlich (Apotheker + Pflegefachkraft) <input type="checkbox"/> 1 Qualitätspunkt pro zusätzlichem Teilnehmer aus therapeutischem oder pflegerischem Berufskreis	Stufe 3
	Gesamtpunkte ____

Welche Inhalte werden hier bearbeitet? (Vorgabe: Erstellung Risikomanagement für jeden gefährdeten Bewohner. Alle Maßnahmen zur kontinuierlichen Verbesserung des Medikationsprozesses veranlassen.)

Erstellung Risikomanagement für jeden gefährdeten Bewohner? ja nein

Veranlassung der erforderlichen Maßnahmen? ja nein

Sonstiges:

Qualitätsentwicklung im OAV-Programm
Check-Liste im Rahmen des externen Audits zur Überprüfung des Reifegrades
eines geriatrischen Netzwerkes

Nennen Sie uns bitte exemplarisch eine Entscheidung (Konsequenz/Intervention), die im letzten Arzneimittelkomitee getroffen wurde.

Selbsteinschätzung durch die Einrichtung im Bereich VERIKO® PT:

Wann fand das letzte Treffen mit dem externen Moderator statt? Datum:

Wann findet das nächste Treffen statt? Datum:

Wie schätzten Sie Ihren Unterstützungsbedarf für die weitere Umsetzung ein?

hoch mittel gering

Sonstiges:

Wie beurteilen Sie Unterstützung/Aktivität/Engagement durch die teilnehmende Apotheke?

hoch mittel gering

Sonstiges:

Wie beurteilen Sie Unterstützung/Aktivität/Engagement durch den teilnehmenden Arzt?

hoch mittel gering

Sonstiges:

Wie schätzen Sie grundsätzlich den Nutzen von OAV für Ihre Einrichtung ein?

hoch mittel gering

Sonstiges:

Bewertung der Einrichtung durch den Moderator anhand der VERIKO®-Daten

Seit wie vielen Monaten ist die Einrichtung eingeschrieben?

Hat der Etablierungs-Förderungs-Tag bereits stattgefunden? Datum:

Wie ist die Zusammenarbeit mit der PDL/dem OAV-Ansprechpartner zu beurteilen?

In wie vielen Monaten insgesamt sind Aktivitäten feststellbar?

In wie vielen Monaten ist eine Aktivität ohne Unterbrechung feststellbar?

In welchem Monat war die letzte Aktivität?

Wie viele Analysen werden durchschnittlich im Monat beauftragt?

Wurden selbständig neue Patienten in VERIKO® eingetragen? ja nein

Wenn ja, wieviel Patienten werden durchschnittlich pro Monat (seit Einschreibung) neu eingetragen?

Wenn ja, erfolgt die Datenerhebung vollständig (Medikations-Plan, Erkrankungen, elektr. Risiko, klinisches Risiko, erweiterte Datenerhebung,)? ja nein

Bei wieviel Prozent der eingetragenen Patienten wurde eine MRA beauftragt?

Qualitätsentwicklung im OAV-Programm
Check-Liste im Rahmen des externen Audits zur Überprüfung des Reifegrades
eines geriatrischen Netzwerkes

Wieviel Prozent der MR-Analysen wurden an den Arzt weitergeleitet?

Wieviel Prozent der MRA-Analysen wurden vom Arzt angenommen?

Welche Änderungen hat der Arzt vorgenommen?

Wieviel Prozent der Patientenzyklen wurden vollständig durchgeführt (incl. LQ)?

Wieviel Prozent der Teilnehmer haben ihre Teilnahme beendet?

2. Einrichtungsbezogene Optimierungszyklen – Arzneimittelversorgungsprozess
VERIKO® QS

Pharmazeutisches Audit – Medikationsprozessanalysen

Wie oft werden in Ihrer Einrichtung Medikationsprozessanalysen (pharmazeutische Audits) durchgeführt? (Vorgabe: viertel- bis halbjährlich; wenn in einem Prozessbereich mind. 80 % der Arbeitsprozesse fehlerfrei sind, kann das nächste Audit entfallen)

vierteljährlich halbjährlich

Wer führt diese pharmazeutische Audits durch? (Vorgabe: geriatrisch qualifizierter Apotheker)

Apotheker Sonstige:

Wann fand das letzte Audit statt? Datum:

Welche Prozesse wurden auditiert? Wie hoch war die Fehlerquote?

<input type="checkbox"/> Anwendung	Fehlerquote:
<input type="checkbox"/> Lagerung	Fehlerquote:
<input type="checkbox"/> Dokumentation/Kommunikation	Fehlerquote:
<input type="checkbox"/> Dispensieren	Fehlerquote:
<input type="checkbox"/> Therapiebeobachtung (Methodik)	Fehlerquote:
<input type="checkbox"/> Lieferung/Betreuung	Fehlerquote:
<input type="checkbox"/> Weitere	Fehlerquote:

Klinische Fortbildungen

(Als Grundlage des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses werden in den Teams jährliche Arbeitsschwerpunkte zu geriatritypischen Erkrankungen/Risiken, d. h. spezifische Screening- und Assessmentverfahren der Medizin, Pflege und Pharmazie eingeführt)

(1. Jahr: Assessmentverfahren zu geriatritypischen Multimorbidität/Multimedikation, sowie entsprechende Versorgungsstandards; 2. Jahr: Kognitionsstörungen und Demenz; 3. Jahr: Gastrointestinale Störungen)

In welchen Bereichen arbeiten Sie bereits berufsübergreifend mit entsprechenden Versorgungsstandards

Qualitätsentwicklung im OAV-Programm
Check-Liste im Rahmen des externen Audits zur Überprüfung des Reifegrades
eines geriatrischen Netzwerkes

- Multimorbidität/Multimedikation
- Kognitionsstörungen/Demenz
- Gastrointestinale Störungen
- Sonstiges:

Welche Erkrankungen/Risiken werden Sie als nächstes bearbeiten? (Konkrete Planung)

- Multimorbidität/Multimedikation
- Kognitionsstörungen/Demenz
- Gastrointestinale Störungen
- Sonstiges:

Routineprogramme zur Arzneimitteltherapiesicherheit und Arzneimittelsicherheit

Welche Verfahren werden angewandt um arzneimittelassoziierten Instabilität und Immobilität (Stürze, Gangstörungen, Schwindel) zu vermeiden?

Welche Verfahren werden zur Vermeidung von Fixierungen und Abhängigkeiten der pflegebedürftigen Senioren durch Psychopharmaka angewandt?

Welche Prozesse tragen zur Verminderung der Polypharmazie bei?

Selbstaussagen der Einrichtung

(Die Einrichtungen führen eine aktive Qualitätssicherung der AS und AMTS Maßnahmen durch.)

Dokumentieren Sie regelmäßig folgende Aspekte der qualitätssichernden Maßnahmen?

- Medikationsfehler (pharmazeutische Audits)
 - Anzahl
 - Art
 - Gefährdungspotential
- fachgerecht detektierten UAE (Naranjo- oder WHO- Algorithmus) aller Heimbewohner
 - Anzahl
 - Schweregrad
 - Vermeidbarkeit
- Anzahl aller Wirkstoffe aller Patienten
- geriatrietypische und klinisch relevante Interaktionen (Risikoscreening/EDV)
 - monatliche quantitative Erfassung
 - Klinische risikopriorisierte Bearbeitung
- qualitative und quantitative Erfassung der Interventionen bei allen UAE
- qualitative und quantitative Erfassung der Interventionserfolge bei allen UAE, anhand der

Qualitätsentwicklung im OAV-Programm
Check-Liste im Rahmen des externen Audits zur Überprüfung des Reifegrades
eines geriatrischen Netzwerkes

- arzneimittelbedingten Morbidität
- Ereignisse
- Maßnahmen
- vierteljährliche Fallbesprechungen

Anwendung eines kontinuierlichen Risikoscreenings

- elektronisch (Veriko®-Riskscan) und
 - klinische Therapiebeobachtung
- Erarbeitung und Anwendung berufsübergreifender Risikomanagementverfahren anhand interdisziplinärer Versorgungsstandards
- Multimorbidität/Multimedikation
 - Kognitionsstörungen/Demenz
 - Gastrointestinale Störungen
 - Sonstiges:
- Orientierung des Handelns an standardisierten Ergebnismessungen

Sind die Bestandteile des Optimierungszyklus erfüllt? (vierteljährliche interne Evaluation, hierzu gehören die Anwendung der notwendigen Methoden bezüglich einer forcierten geriatrischen Risikokommunikation in Visitenvorbereitungen, Visiten und Fallbesprechungen)

- Detektion der klinischen Risiken der Patienten
 - Risikoscreening
 - Assessment
- Interventionen und Sofortmaßnahmen des Teams (Risikomanagement)
- Evaluation der Maßnahmen (Erfolgsmessung)
- Prävention zukünftiger Risiken bei den Patienten (Risikomanagement)

Erlangen der Stufe 2: Alle erforderlichen Bewertungskriterien wurden erfüllt

Erlangen der Stufe 3: Alle erforderlichen Bewertungskriterien wurden erfüllt

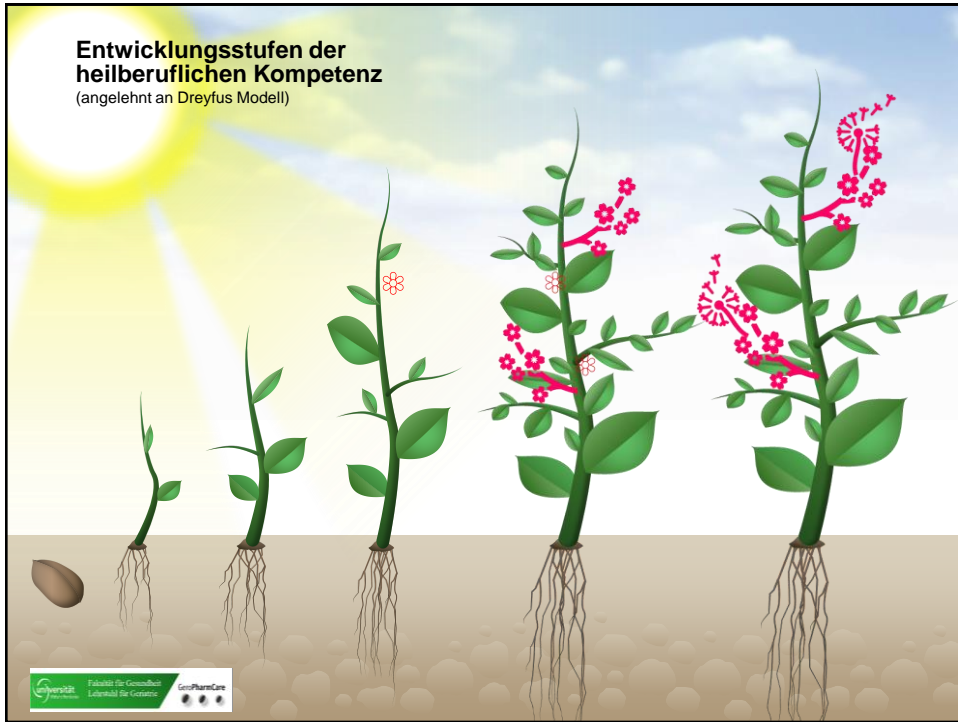
Erlangen der Stufe 4: Alle erforderlichen Bewertungskriterien wurden erfüllt

Erlangen der Stufe 5: Alle erforderlichen Bewertungskriterien wurden erfüllt

Gesamtpunktzahl der Bewertungen _____

Anlage 5 zum Ergebnisbericht OAV

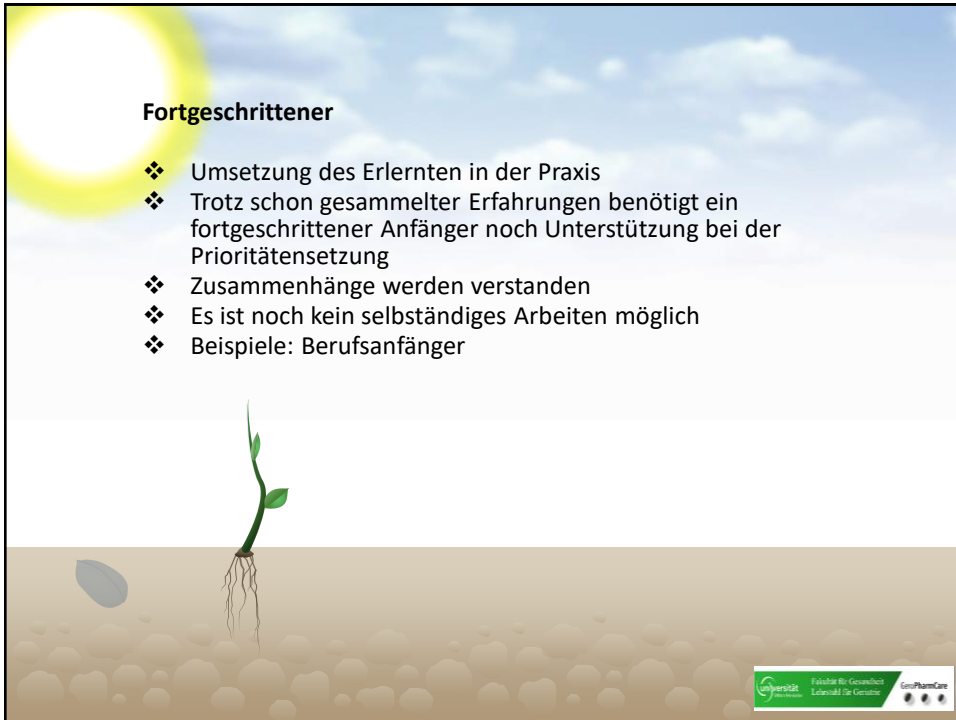
- Bildungsforschung zur Qualifizierung in Netzwerken -



1



2

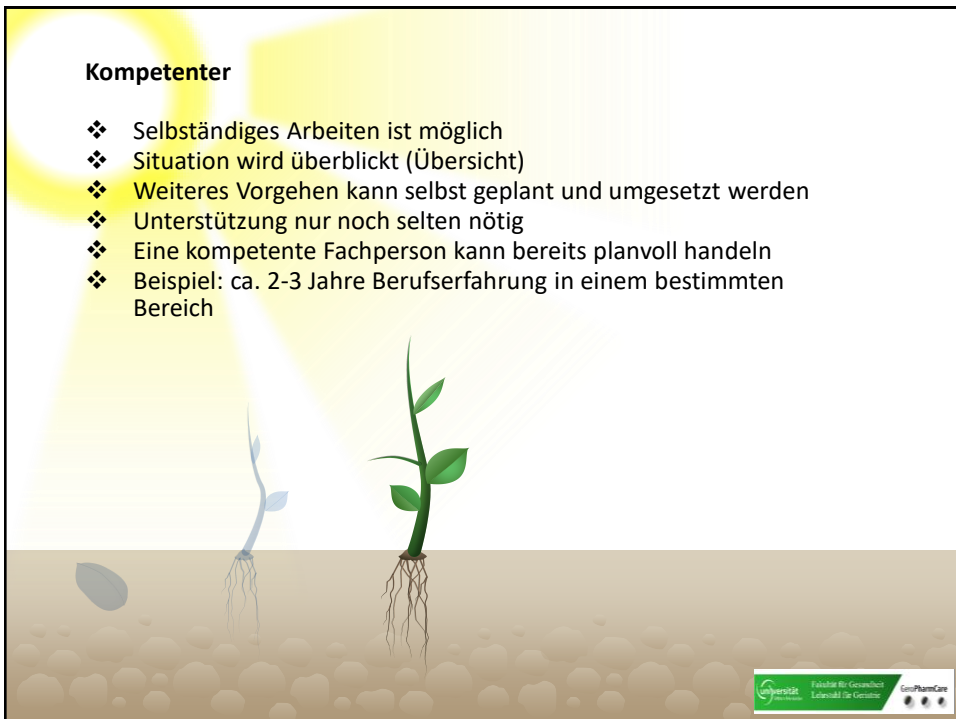


Fortgeschrittener

- ❖ Umsetzung des Erlernten in der Praxis
- ❖ Trotz schon gesammelter Erfahrungen benötigt ein fortgeschrittener Anfänger noch Unterstützung bei der Prioritätensetzung
- ❖ Zusammenhänge werden verstanden
- ❖ Es ist noch kein selbständiges Arbeiten möglich
- ❖ Beispiele: Berufsanfänger

Universität
Fakultät für Gesundheits-
Lernwissenschaften
GerPharmCare

3

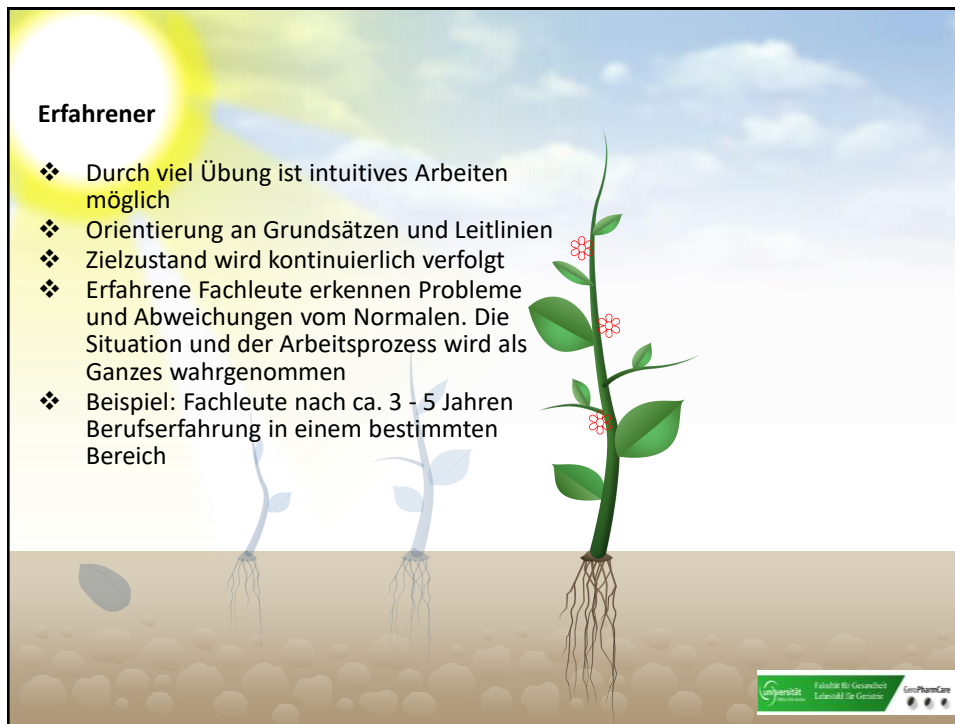


Kompetenter

- ❖ Selbständiges Arbeiten ist möglich
- ❖ Situation wird überblickt (Übersicht)
- ❖ Weiteres Vorgehen kann selbst geplant und umgesetzt werden
- ❖ Unterstützung nur noch selten nötig
- ❖ Eine kompetente Fachperson kann bereits planvoll handeln
- ❖ Beispiel: ca. 2-3 Jahre Berufserfahrung in einem bestimmten Bereich

Universität
Fakultät für Gesundheits-
Lernwissenschaften
GerPharmCare

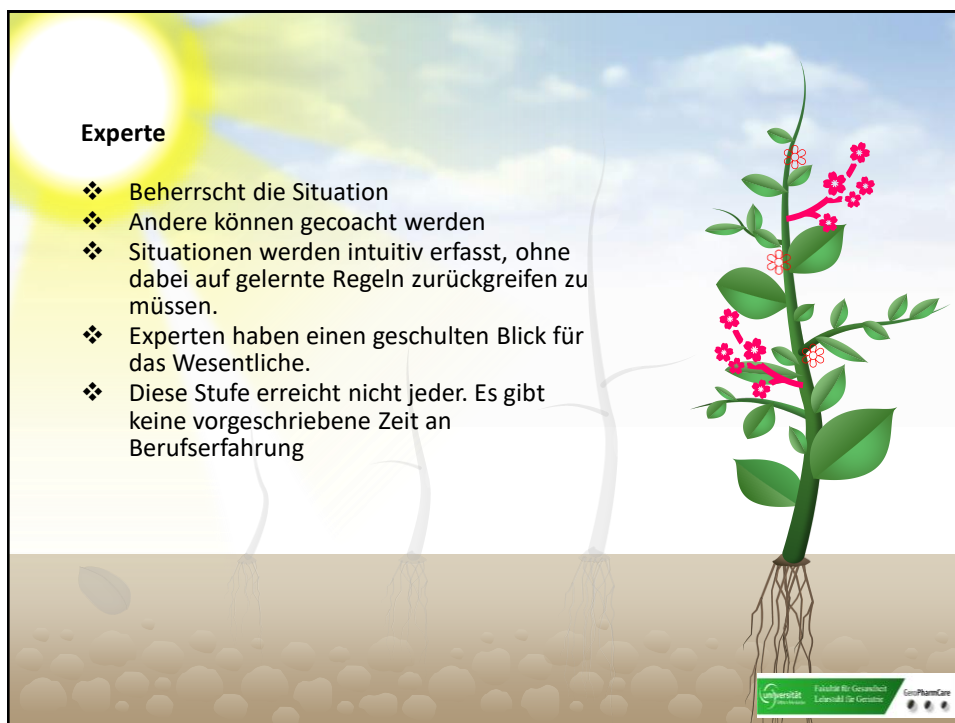
4



Erfahrener

- ❖ Durch viel Übung ist intuitives Arbeiten möglich
- ❖ Orientierung an Grundsätzen und Leitlinien
- ❖ Zielzustand wird kontinuierlich verfolgt
- ❖ Erfahrene Fachleute erkennen Probleme und Abweichungen vom Normalen. Die Situation und der Arbeitsprozess wird als Ganzes wahrgenommen
- ❖ Beispiel: Fachleute nach ca. 3 - 5 Jahren Berufserfahrung in einem bestimmten Bereich

5




Experte

- ❖ Beherrscht die Situation
- ❖ Andere können gecoacht werden
- ❖ Situationen werden intuitiv erfasst, ohne dabei auf gelernte Regeln zurückgreifen zu müssen.
- ❖ Experten haben einen geschulten Blick für das Wesentliche.
- ❖ Diese Stufe erreicht nicht jeder. Es gibt keine vorgeschriebene Zeit an Berufserfahrung

6

Senior Experte

- ❖ Geistesgegenwart – “Abschalten des analytischen Geistes”: Intuitives Arbeiten ist die Regel.
- ❖ Selbstständigkeit – Betriebsmittel können jederzeit, an jedem Ort neu geschaffen werden.
- ❖ Transformation – Veränderungswille anhand des Notwendigen. Die grundsätzliche Haltung sich selbst verändern zu wollen ermöglicht eine inspirierte Lernumgebung.
- ❖ Multiplikation – Organisationssysteme (Netzwerke) und Arbeitsumgebungen können gemeinschaftlich und gewaltfrei umgestaltet oder neu geschaffen werden.



Logo: Universität Wien, Fakultät für Geriatrie, Lehrstuhl für Geriatrie, GeriPharmCare

7

Zusammenfassung Qualifizierung v. Person und System (regionales Netzwerk)

Reifestufe n. ONR 49001:2014	1 (passiv)	2 (reaktiv)	3 (kalkulativ)	4 (proaktiv)	5 (reif)
Berufliche Kompetenzen im Arzneimittelrisikomanagement	Anfänger	Fortgeschrittener	Kompetenter	Erfahrener	Experte /Sen. Experte
interdisziplinäre Netzwerkkompetenzen	Kein System	Kein System	Arzneittelrisikomanagementsystem	Arzneittelrisikomanagementsystem (fortgeschritten)	Geschäftsmodell

Stufe 1 (passiv) Es wird behauptet, dass die Organisation und die Führungskräfte in ihrer Tätigkeit automatisch und spontan die Risiken berücksichtigen.

Stufe 2 (reaktiv) Risikomanagement wird zwar als wichtig erklärt, aber konkrete Maßnahmen werden nur dann getroffen, wenn ein schweres Ereignis/ein Unfall eingetreten ist oder wenn aufgrund gesetzlicher Vorschriften Aktivitäten zwingend sind.

Stufe 3* (kalkulativ) Teilsysteme und Instrumente sind eingeführt, um mit allen Risiken umzugehen. Ob die Risiken wirklich verstanden werden und ob die Systeme robust und verlässlich funktionieren, steht nicht im Vordergrund. Dienstanweisungen dienen der rechtlichen Absicherung. Formelle Zertifizierungen haben die Systemwirksamkeit zu beweisen.

Stufe 4 (proaktiv) Das Risikomanagement-System ist eingeführt. Die Führungskräfte und Mitarbeiter haben die Risiken verstanden und versuchen, mehr oder weniger systematisch mit ihnen umzugehen. Es treten immer wieder neue Fragen auf, die behandelt werden müssen. Das Geriatrische Medikationsassessment (Kontinuierliche Verbesserung/Optimierung) ist als Prozess eingeführt und funktioniert.

Stufe 5 (reif) Risikomanagement ist Teil des Geschäftsmodells. Es herrscht eine offene Risikokultur, die in der ganzen Organisation über alle Hierarchiestufen verstanden und gelebt wird. Bei strategischen Entscheidungen und operativen Tätigkeiten werden Risikoaspekte integriert und mit adäquaten Methoden bearbeitet. Risikomanagement wird zur Selbstverständlichkeit.

Quellen:
 Benner, P. Stufen zur Pflegekompetenz, From Novice to Expert. 3., Auflage. 2017, Hofgrefe

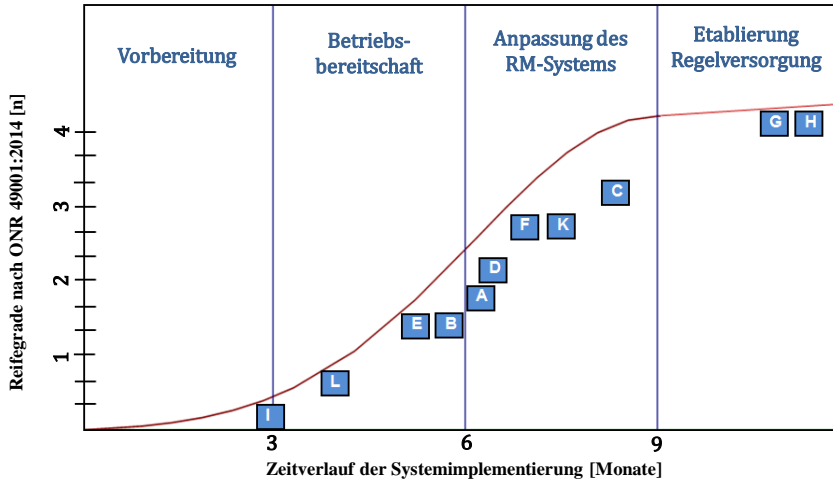
Rudelt, T. Das Dreyfus-Modell: Die Stufen der Kompetenzbildung. 2015, Hochschule f. Wirtschaft und Recht, Berlin.
 Online-Abuf am 20.01.2022
<https://blog.hwr-berlin.de/elemer/das-dreyfus-modell-die-stufen-der-kompetenzbildung>

Dreyfus, Hubert L. and Stuart E. Dreyfus, "A Five-Stage Model of the Mental Activities Involved in Directed Skill Acquisition", ORC-80-2, Operations Research Center, University of California, Berkeley. (1980)

Logo: Universität Wien, Fakultät für Geriatrie, Lehrstuhl für Geriatrie, GeriPharmCare

8

Zusammenfassung Qualifizierung der interdisziplinären Netzwerke**



Während der Implementierungsphase / 9 Monate hatten die Netzwerke G und H alle erforderlichen Qualitätselemente implementiert und führten diese regulär durch. Die Netzwerke I und L führten die erforderlichen Maßnahmen kaum oder gar nicht durch und steckten in der Implementierungsphase fest. Dazwischen lagen alle anderen.

*Ergebnisse aus Vorstudie (Kammerprojekt 2011 - 2014): Realisation der Arzneimittelrisikomanagementsysteme in 11 Netzwerken, siehe <https://www.egms.de/static/en/meetings/gaa2013/13gaa05.shtml>

© Gero PharmCare; Dr., Dipl. pharm. Frank-Christian Hanke

Inhaltsverzeichnis

Präambel	3
§ 1 Grundsätze der integrierten Versorgung	3
§ 2 Gegenstand der integrierten Versorgung	4
§ 3 Vertragsvoraussetzungen Integrationsanbieter/Pflegeeinrichtung	5
§ 4 Verpflichtungen des Integrationsanbieters	6
§ 5 Leistungen der Pflegefachkräfte/Pflegeeinrichtung	8
§ 6 Qualifizierung	9
§ 6a Qualifizierung Pflegefachkräfte	9
§ 6b Qualifikation Apotheker und Ärzte	11
§ 7 Verpflichtung der Kostenträger	11
§ 8 Teilnahmevoraussetzungen der Versicherten	11
§ 9 Teilnahmevoraussetzungen der Apotheken	12
§ 10 Teilnahmevoraussetzungen der Ärzte	13
§ 11 Projektsteuerung, -koordination und -kommunikation	13
§ 12 Vergütungsregelungen/Abrechnungsverfahren	14
§ 13 Datenschutz	15
§ 14 Geheimhaltung	16
§ 15 Laufzeit	16
§ 16 Salvatorische Klausel	17

Präambel

Im Rahmen der Förderung durch den Innovationsfonds im Themenfeld: „Auf- und Ausbau der geriatrischen Versorgung“ wird dieser Vertrag mit dem Ziel der Verbesserung der Versorgungseffizienz pflegebedürftiger geriatrischer Patienten im Bereich der Arzneimittelversorgung geschlossen. Arzneimittelbezogene Probleme zählen auch in Deutschland zu den häufigsten Erkrankungsursachen im Alter. Insbesondere chronisch mehrfacherkrankte Senioren sind davon betroffen. Die Hauptursachen hierfür liegen im mangelnden Risikobewusstsein aller Beteiligten und in der fehlenden kommunikativen und arbeitsorganisatorischen Abstimmung der Heilberufe.

Die Vertragspartner¹ wollen die Versorgungs- und Lebensqualität der durch ambulante Pflegeeinrichtungen nach § 71 Absatz 1 SGB XI versorgten Pflegebedürftigen durch die Umsetzung medizinischer, pharmazeutischer und pflegerischer Optimierungspotentiale, insbesondere im Bereich der Pharmakotherapie, verbessern. Hierzu soll ein interdisziplinäres Risikomanagement der Versorgung multimorbider geriatrischer Patienten bei den teilnehmenden Pflegeeinrichtungen etabliert und durchgeführt werden, in das alle Versorger aktiv eingebunden werden. Das Risikomanagementsystem orientiert sich dabei an den internationalen Leitlinien der ISO 31000. Die nachfolgenden Bestimmungen regeln die Einzelheiten, insbesondere die Inhalte und Verfahrensweisen der interdisziplinären und multiprofessionellen Leistungserbringung, um auf diese Weise eine innovative, effektive und sachangemessene Implementierung der integrierten Versorgungsstrukturen sicherstellen zu können.

§ 1

Grundsätze der integrierten Versorgung

- (1) Die Gesellschaft für Geriatrische Pharmazie (Gero PharmCare GmbH) ist Konsortialpartner des durch den Innovationsfonds gemäß Förderbescheid vom 09.06.2017 geförderten Projektes „OAV - Optimierte Arzneimittelversorgung für pflegebedürftige geriatrische Patienten“. Ihr obliegen im Rahmen des Projektes folgende Aufgaben:
- die betrieblichen Qualifizierungen der Berufsgruppen,
 - Implementierung des Risikomanagementsystems,
 - Erstellen von Medikationsanalysen inkl. Risikoprotokolle,

¹ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Folgenden auf geschlechtsspezifische Formulierungen verzichtet. Selbstverständlich beziehen sich alle gewählten Bezeichnungen auf beide Geschlechter gleichermaßen.

- Qualitätssicherung,
- Bereitstellung von notwendiger EDV

Die vorgenannten Leistungen der Gero PharmCare GmbH ergeben sich im Einzelnen aus dem zwischen den Konsortialpartnern geschlossenen Konsortialvertrag (näheres hierzu Anlage 5).

- (2) Leistungen nach dem vorliegenden IV-Vertrag sind abgestimmt auf die gem. Abs. 1 von Gero PharmCare GmbH im Rahmen des geförderten Projektes zu erbringenden Leistungen und leistungsrechtlicher Bestandteil des Projektes OAV - Optimierte Arzneimittelversorgung für pflegebedürftige geriatrische Patienten.
- (3) Die gesetzlichen und berufsrechtlichen Vorschriften der teilnehmenden Leistungserbringer bleiben unberührt.

§ 2

Gegenstand der integrierten Versorgung

- (1) Die Lebensqualität der durch ambulante Pflegeeinrichtungen nach § 71 Absatz 1 SGB XI versorgenden Pflegebedürftigen soll durch bessere Strukturierung, Koordination und mehr Qualität in der Arzneimittelversorgung erhöht werden.
- (2) Gegenstand dieser Vereinbarung ist der Aufbau einer integrierten Versorgung nach § 140a ff. SGB V i. V. m. § 92b SGB XI zwischen teilnehmenden Hausärzten, Fachärzten und nichtärztlichen Leistungserbringern mit dem Ziel, die Medikamentenorganisation innerhalb der am Vertrag teilnehmenden Pflegeeinrichtungen zu verbessern und so eine Optimierung der medizinisch-pharmazeutischen Versorgung der teilnehmenden Versicherten zu erwirken.
- (3) Kernelement ist ein lernfähiges Risikomanagementsystem (nachfolgend RMS genannt), das in den Einrichtungen implementiert wird und in das die Pflegefachkräfte, die kooperierenden Apotheker sowie Ärzte aktiv eingebunden werden. Aufbauend auf dem Prinzip der kontinuierlichen Verbesserung (Optimierungszyklen) werden entsprechende interdisziplinäre Maßnahmen der Geriatrie und geriatrischen Pharmazie umgesetzt. Die Beteiligten erhalten im Rahmen der Förderung durch den Innovationsfonds Qualifizierungen zur Implementierung und Reifung des Risikomanagementsystems.
- (4) Zielstellung ist es durch heilberufliche Qualifizierung teamfähige Persönlichkeiten zu bilden, die gemeinsam über die Sektorengrenzen hinweg während des gesamten Projektzeitraumes eine kontinuierliche Verbesserung forcieren können.

- (5) Ziel des Vertrages ist die Vermeidung einer Über-, Unter- oder Fehlversorgung im gesamten Medikationsprozess, insbesondere die Vermeidung von Polypharmazie und die Verringerung vermeidbarer unerwünschter Arzneimittelereignisse (nachfolgend UAE genannt). Darüber hinaus ist auch die Verringerung vermeidbarer Krankenhausaufenthalte ein wichtiges Ziel.

§ 3

Vertragsvoraussetzungen Integrationsanbieter/Pflegeeinrichtung

- (1) Ein Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI i. V. m. § 71 Abs. 1 für die jeweilige Region Berlin, Brandenburg oder Mecklenburg-Vorpommern liegt vor.
- (2) Der Integrationsanbieter versorgt die teilnehmenden Versicherten der beteiligten Kostenträger mit Sachleistungen gemäß § 36 SGB XI und Leistungen nach dem SGB V gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege nach den Nr. 14, 17-20, Nr. 24 und Nr. 26.
- (3) Der Integrationsanbieter schließt mit den versorgenden Apotheken einen Kooperationsvertrag ab. Die Inhalte des Vertrages gemäß Anlage 3 sind dabei bindend. Der Kooperationsvertrag oder die Absichtserklärung muss bei Vertragsabschluss vorliegen und ist den Kostenträgern nachzuweisen.
- (4) Eine hausärztliche Betreuung ist bei jedem Pflegebedürftigen in der Häuslichkeit mindestens alle 14 Tage vorhanden.
- (5) Voraussetzung für die Vergütung der ärztlichen Pauschale ist der Abschluss eines Kooperationsvertrages. Die Inhalte des Vertrages gemäß Anlage 4 sind dabei bindend. Der Kooperationsvertrag oder die Absichtserklärung muss für einen Vergütungsanspruch vorliegen und ist den Kostenträgern nachzuweisen.
- (6) Als Startvoraussetzung für die Finanzierungsregelungen gemäß den Vergütungsregelungen (Anlage 6) muss die Teilnahme der Versicherten in Form einer unterzeichneten Teilnahme- und Einwilligungserklärung bei den beteiligten Kostenträgern vorliegen.

§ 4

Verpflichtungen des Integrationsanbieters

- (1) Der Integrationsanbieter verpflichtet sich zu einer qualitätsgesicherten, wirksamen und ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung der teilnehmenden Versicherten. Die Versorgung darf das Maß des Notwendigen nicht überschreiten.
- (2) Der Integrationsanbieter übernimmt die Gewähr dafür, dass die rechtlichen, organisatorischen und betriebswirtschaftlichen Voraussetzungen für die vereinbarte integrierte Versorgung erfüllt sind. Die Leistungen sind entsprechend dem allgemein anerkannten Stand der Wissenschaft bzw. der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse sowie in der fachlich gebotenen Qualität zu erbringen.
- (3) Der Integrationsanbieter stellt eine an dem Versorgungsbedarf der teilnehmenden Versicherten orientierte Zusammenarbeit zwischen allen an der integrierten Versorgung Beteiligten sicher. Dies schließt die Koordination zwischen den verschiedenen Versorgungsbereichen einschließlich geeigneter Kooperationspartner und einer ausreichenden und zweckmäßigen Dokumentation, die unter Beachtung des Datenschutzes allen Beteiligten im jeweils erforderlichen Umfang zugänglich sein muss, mit ein.
- (4) Der Integrationsanbieter übernimmt verantwortlich eine Koordinierungsfunktion hinsichtlich der Schnittstellen zu den verschiedenen Versorgungsbereichen und sorgt dafür, dass die Leistungserbringer einen abgestimmten Übergang von einem in den anderen Versorgungsbereich einschließlich der Übermittlung erforderlicher Informationen organisieren.
- (5) Der Integrationsanbieter stellt insbesondere durch den Abschluss geeigneter Verträge sicher, dass von ihm eingebundene Leistungserbringer über den Gegenstand, die Ziele sowie die sonstigen für sie wesentlichen Regelungen des vorliegenden Vertrages in der jeweils geltenden Fassung umfassend informiert und u.a. unter Beachtung des Ihnen obliegenden Aufgabenbereichs im erforderlichen Maß, insbesondere zur Erbringung der vertragsgegenständlichen Leistungen verpflichtet werden. Der Integrationsanbieter überwacht die ordnungsgemäße Erbringung der vertragsgegenständlichen Leistungen. Auf die Musterkooperationsverträge nach Anlagen 3 und 4 der jeweiligen Kooperationspartner wird verwiesen.
- (6) Der Integrationsanbieter stellt die Erbringung der Leistungen auf der Grundlage von der Leistungsbeschreibung für die Pflegefachkräfte/Pflegeeinrichtungen gemäß § 5 sicher.

- (7) Der Integrationsanbieter verpflichtet sich, die in seiner Einrichtung tätigen Pflegekräfte über die Zielsetzung und die wesentlichen Elemente des Vertrags zur Optimierung der Arzneimittelversorgung umfassend zu informieren sowie über Weiterentwicklungen in Kenntnis zu setzen.
- (8) Der Integrationsanbieter stellt die Qualifizierung gem. § 6a sicher.
- (9) Der Integrationsanbieter gewährleistet zudem die Teilnahme von der Pflegedienstleitung, der Qualitätsbeauftragten, den versorgenden Ärzten und Apothekern an den vierteljährlichen Fall- und Risikokonferenzen des Arzneimittelkomitees (AMK).
- (10) Der Integrationsanbieter etabliert ein Einschreibungsprozess mit dem Ziel, dass mindestens 70 Prozent der Versicherten der beteiligten Kostenträger während der gesamten Laufzeit dieses Vertrages eingeschrieben sind. Die freie Arztwahl nach § 76 SGB V bleibt hiervon unberührt.
- (11) Der Integrationsanbieter verpflichtet sich, den einschreibewilligen Versicherten bzw. seinen gesetzlichen Vertreter über den Einschreibeprozess, die Teilnahmevoraussetzungen und -bedingungen, die teilnehmenden Leistungserbringer sowie besondere Leistungen und vereinbarte Qualitätsstandards nach diesem Vertrag umfassend zu informieren und aufzuklären.
- (12) Der Integrationsanbieter holt unter Berücksichtigung der Teilnahmevoraussetzungen nach § 8 die schriftliche Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten einmalig ein (Anlage 1). Das Original der Teilnahme- und Einwilligungserklärung ist dem Kostenträger durch den Integrationsanbieter bis spätestens zum 5. eines Kalendermonats für den Vormonat zu übermitteln. Eine Kopie verbleibt jeweils bei dem Integrationsanbieter sowie dem Versicherten.
- (13) Neben einer an der Lebensqualität der Pflegebedürftigen orientierten Versorgung werden auf diesem Wege auch Wirtschaftlichkeitsvorteile realisiert. Kosten, u. a. für Arzneimittel, Krankenhausaufenthalte und Krankenförderung, werden auf das notwendige Maß reduziert.
- (14) Der Integrationsanbieter unterrichtet die Kostenträger unverzüglich über schwerwiegende Störungen im Ablauf des Vertrages.
- (15) Der Integrationsanbieter darf keine oder nur im Einvernehmen mit den Kostenträgern eigenständige Publikationen vornehmen. Alle Maßnahmen der Werbung und/oder Öffentlichkeitsarbeit sind vor ihrer Durchführung mit den Kostenträgern gemeinsam abzustimmen.
- (16) Der Integrationsanbieter hat sicherzustellen, dass die Leistungen nach § 5 erbracht werden.

§ 5

Leistungen der Pflegefachkräfte/Pflegeeinrichtung

- (1) Die Pflegeeinrichtung wirkt bei der Bewältigung der Arzneimittelrisiken im Versorgungsprozess steuernd mit. Die Pflegeeinrichtung mit ihren Pflegefachkräften ist Partner im geriatrischen Team und an der Durchführung des Optimierungsprozesses (Risikoidentifikation, -analyse, -bewertung, -bewältigung und -kommunikation) aktiv beteiligt.
- (2) Eine Grundlage aller Leistungen des geriatrischen Teams in der OAV bildet die Kranken- und Therapiebeobachtung. Zur erforderlichen Führung eines evaluierten Therapiebeobachtungsbogens wird die Therapiebeobachtung einmal täglich für jeden eingeschriebenen Pflegebedürftigen durch qualifizierte Pflegefachkräfte nach Abs. 3 durchgeführt.
- (3) Zur Durchführung eines elektronischen Risikoscreenings verpflichtet sich die kooperierende Apotheke in Zusammenarbeit mit der Pflegeeinrichtung die zur Verfügung stehenden Medikations- und Symptom-, bzw. Diagnosedaten, im unterstützenden Softwareassistenten zeitnah zu dokumentieren.
- (4) Auf Grundlage der Therapiebeobachtung und eines elektronischen Risikoscreenings erfolgt durch die qualifizierten Pflegefachkräfte und Apotheker die monatliche Detektion der unerwünschten Arzneimittelereignisse (UAE).
- (5) Durchführung einer monatlichen Intensivschulung/Visitenvorbereitung (IVi) bei jedem Pflegebedürftigen: In einer IVi werden durch qualifizierte Pflegefachkräfte und Apotheker (siehe § 2 Abs.1) Arzneimittelrisiken der Pflegebedürftigen monatlich identifiziert und analysiert. Auf Grundlage der Therapiebeobachtungen und des elektronischen Risikoscreenings werden die unerwünschten Arzneimittelereignisse (UAE) detektiert. Dabei unterrichten sich Pflegefachkräfte und Apotheker fallbezogen und gegenseitig über ihre Arbeitsmethoden (Therapiebeobachtung und Arzneimittel). Die Ergebnisse der IVi, und auch der UAE-Verdacht, werden vom qualifizierten Apotheker in einem Risikoprofil erfasst.
- (6) Die qualifizierten Pflegefachkräfte kommunizieren das Risikoprofil, u. a. in den Visiten an die behandelnden Ärzte, die aufgrund dieser neuen Informationen in ihrer Nutzen-Risiko-Bewertung den UAE-Verdacht prüfen.
- (7) Durchführung eines vierteljährlichen Qualitätszirkels (Arzneimittelkomitee) mit je einer zuständigen Pflegefachkraft je Pflegebedürftigem, der Pflegedienstleitung, der/dem Qualitätsbeauftragten sowie einem qualifizierten Apotheker und den versorgenden

teilnehmenden Ärzten. Die in den Qualitätszirkeln einvernehmlich beschlossenen Qualitätsmaßnahmen werden zur Durchführung eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses im Rahmen von Optimierungszyklen in das Qualitätsmanagement der Einrichtung übernommen.

- (8) Im Auftrag des Arzneimittelkomitees ermittelt eine qualifizierte Pflegefachkraft die Arzneimittelrisiken im Versorgungsprozess und führt mit Unterstützung des qualifizierten Apothekers eine Pflegevisite (Medikationsvisite oder pharmazeutisches Audit) bei dem Pflegebedürftigen durch. Die Frequenz und die Prozessbereiche dieser Pflegevisite orientieren sich am Bedarf, d. h. an der Häufigkeit und Schwere der entstandenen Medikationsfehler und Patientenschädigungen.

§ 6

Qualifizierung

Zielstellung ist es durch heilberufliche Qualifizierung teamfähige Persönlichkeiten zu bilden, die gemeinsam über die Sektorengrenzen hinweg während des gesamten Projektzeitraumes eine kontinuierliche Verbesserung forcieren können.

§ 6a

Qualifizierung Pflegefachkräfte

- (1) Der OAV (Optimierte Arzneimittelversorgung) Basiskurs vermittelt die grundlegenden Methoden und Instrumente für den Betrieb des interdisziplinären Risikomanagementsystems. Für je 20 Pflegebedürftige in der ambulanten Versorgung nimmt mindestens eine Pflegefachkraft an folgenden Qualifizierungen teil:
- OAV Basiskurs (Theorie) 2-tägig (16h)
 - OAV Basiskurs (Praxis) 3-tägig OAV
 - OAV Basiskurs E-Learning (Zusammenfassung)
 - OAV Basiskurs (Implementierung des Risikomanagementsystem (weiterhin RMS genannt) orientiert an den internationalen Leitlinien der ISO 31000
 - OAV Basiskurs (Etablierung und Leistungsförderung) eintägig
- (2) Die Qualifizierung erfolgt zu Methoden und Instrumenten des RMS. Eine abgeschlossene Weiterbildung als Medikationsfachkraft ist anteilig anrechnungsfähig auf die OAV Qualifizierung.

- (3) Die Schulungsteilnehmer erhalten Schulungsmaterial und ein Handbuch zur Umsetzung des Innovationsfondsprojektes.
- (4) Scheidet ein Arbeitnehmer während der Projektlaufzeit aus dem Arbeitsverhältnis einer teilnehmenden Einrichtung aus hat er ab dem Zeitpunkt seines aktiven Ausscheidens keinen Anspruch auf eine Fortführung der Qualifizierung.
- (5) Der Integrationsanbieter hat dafür Sorge zu tragen, dass im Falle einer längeren Verhinderung (6 Wochen und mehr) oder bei Beendigung des Arbeitsverhältnisses ein neuer Arbeitnehmer zumindest über die Inhalte und Abläufe des OAV Basis Kurses informiert ist. Im Gegenzug werden gemäß Anlage 5 die Schulungsunterlagen, das Handbuch, sowie eine Zusammenfassung als E-Learning Tool während der gesamten Projektlaufzeit zur Verfügung gestellt.

Dabei ist zu beachten, dass für diesen Arbeitnehmer lediglich eine Teilnahmebescheinigung über die entsprechend absolvierten Lehrinhalte ausgestellt wird und ein Hochschulzertifikat nach dem offiziellen Projektende nicht gewährleistet werden kann.

- (6) Die Qualifizierungsmaßnahmen werden in der Anlage 7 näher beschrieben.
- (7) Darüber hinaus haben Pflegefachkräfte die Möglichkeit an der integrierten berufsbegleitenden Qualifizierungsmaßnahme teilzunehmen.
- (8) Durch die Qualifikation gemäß § 6a und die Leistungen gemäß § 5 besteht für Pflegefachkräfte während der Vertragsphase die Option gebührenfrei eine integrierte hochschulzertifizierte Qualifizierung als Pflegeexperte in der medikamentösen Versorgung und/oder ‚Pflegeexperte Geriatrie‘ zu erlangen.

Voraussetzungen sind:

- die Teilnahme an allen unter § 6a Abs. 1 genannten Kurse,
- die Teilnahme an 80 % aller IVIs und Fallkonferenzen über zwei Jahre hinweg,
- die Anfertigung einer Facharbeit mit klinisch-praktischem Bezug zum durchgeführten Optimierungsprozess,
- das Ablegen einer Prüfung mit klinisch-geriatrischem Bezug vor Projektende

§ 6b

Qualifikation Apotheker und Ärzte

- (1) Die vertragsgegenständlichen Qualifizierungsmaßnahmen für kooperierende Apotheker und Ärzte sind in den Musterkooperationsverträgen gemäß Anlagen 3 und 4 beschrieben.
- (2) Die Teilnahme an der integrierten berufsbegleitenden geriatrischen Qualifizierungsmaßnahme mit Hochschulzertifikat wird auch für Ärzte ohne Bindung an einen Kooperationsvertrag gemäß Anlage 4 angeboten. Ein Rechtsanspruch auf den Erwerb einer solchen hochschulzertifizierten Qualifizierung wird durch diese Regelung nicht begründet.

Die Teilnahme eines Arztes ohne Kooperationsvertrag an der betrieblichen Intensivschulung gemäß Anlage 4 § 3 Absatz 1 ist dagegen nicht möglich.

§ 7

Verpflichtung der Kostenträger

- (1) Die Kostenträger benennen Ansprechpartner zur Durchführung des Vertrages.
- (2) Die Kostenträger informieren und beraten teilnehmende Versicherte und teilnehmende Einrichtungen.
- (3) Die Kostenträger übernehmen die Teilnehmerverwaltung.
- (4) Die Kostenträger stellen die Öffentlichkeitsarbeit im Rahmen des Innovationsfonds sicher.
- (5) Bei Bedarf können die Kostenträger an der Steuerungsgruppe nach § 11 mitwirken.

§ 8

Teilnahmevoraussetzungen der Versicherten

- (1) Teilnahmeberechtigt sind alle Versicherten der an diesem Vertrag beteiligten Kostenträger, die ihre Teilnahme und ihre Einwilligung gemäß den datenschutzrechtlichen Bestimmungen schriftlich auf dem jeweiligen Vordruck (Anlage 1 und 2) erklärt haben, Pflegebedürftige der beteiligten ambulanten Pflegeeinrichtung sind und ferner die folgenden Voraussetzungen vorliegen.

Der Pflegebedürftige

- hat ein Mindestalter von 65 Jahren,
- hat mindestens den Pflegegrad 2 und

- nimmt wenigstens 3 Medikamente dauerhaft (mindestens 28 Tage) ein.
- (2) Die Teilnahme des Versicherten an der integrierten Versorgung ist freiwillig. Die Teilnahme des Versicherten beginnt mit dem Tag der Unterschrift.
- (3) Der Versicherte kann die Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen in Textform oder zur Niederschrift bei dem Kostenträger ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung. Die Widerrufsfrist beginnt, wenn der Kostenträger oder von diesem beauftragte Dritte dem Versicherten eine Belehrung über sein Widerrufsrecht in Textform mitgeteilt hat, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung.
- (4) Die Teilnahme des Versicherten endet mit Ablauf des Kalendermonats in dem die schriftliche Erklärung zur Beendigung der Teilnahme bei dem Kostenträger eingeht. Die Teilnahme endet ferner:
- mit Ende der Mitgliedschaft bei dem teilnehmenden Kostenträger frühestens mit dem Ende des nachgehenden Leistungsanspruchs nach § 19 SGB V oder § 188 SGB V,
 - mit dem Wechsel zu einem an diesem Vertrag nicht beteiligten Kostenträger,
 - mit dem Ende der Versorgung durch die ambulante Pflegeeinrichtung,
 - mit Wechsel des Arztes, soweit dieser nicht an dem Vertrag teilnimmt,
 - mit dem Wechsel der Apotheke hin zu einer nicht kooperierenden Apotheke,
 - mit dem Tod,
 - sowie bei Beendigung dieses Vertrages.

Das Ende der Teilnahme des Versicherten ist durch den Integrationsanbieter an den Kostenträger sowie die beteiligten Kooperationspartner unverzüglich zu übermitteln.

§ 9

Teilnahmevoraussetzungen der Apotheken

- (1) Die teilnehmende Apotheke schließt mit dem Integrationsanbieter einen Kooperationsvertrag gemäß Anlage 3 ab.
- (2) Voraussetzung für den Vertragsschluss gem. Abs. 1 ist entsprechend § 2a der Apothekerbetriebsordnung ein Qualitätsmanagement-System, in dem die Versorgung ambulanter Pflegebedürftiger dokumentiert ist. Dies schließt Maßnahmen zur kontinuierlichen Verbesserung der Versorgungsleistung ein.

- (3) Der Apotheker verpflichtet sich, die vertragsgegenständlichen pharmazeutischen Leistungen nach Anlage 3 zu erbringen.

§ 10

Teilnahmevoraussetzungen der Ärzte

- (1) Die vertragsgegenständlichen ärztlichen Leistungen werden, soweit der Integrationsanbieter nicht selbst im Wege der Zulassung zur vertragsgemäßen Leistungserbringung berechtigt ist, durch zur ambulanten vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Leistungserbringer auf der Grundlage des Mustervertrages gemäß Anlage 4 erbracht.
- (2) Für den Erhalt der ärztlichen Pauschale nach § 11 ist der schriftliche Kooperationsvertrag gemäß Anlage 4 zwischen dem Integrationsanbieter und dem Arzt notwendig.
- (3) Der kooperierende Arzt betreut mindestens 10 teilnehmende Pflegebedürftige der am vertrag beteiligten Kostenträger.

§ 11

Projektsteuerung, -koordination und -kommunikation

- (1) Eine sektorenübergreifende Steuerungsgruppe wird für die Steuerung, Abstimmung und Genehmigung der Prozesse und des Ablaufschemas eingerichtet. Sie legt einvernehmlich die Ansprechpartner aus allen Berufsgruppen (Ärzte, Pflegefachkräfte, Apotheker, Qualitätsbeauftragte) fest. Diese Mitarbeiter (Ärzte, Pflegefachkräfte, Apotheker, Qualitätsbeauftragte) bilden das Arzneimittelkomitee und tagen vierteljährlich in Fall- und Risikokonferenzen. Sie sind mit der Durchführung der von der Projektleitung festgelegten und von der Steuerungsgruppe genehmigten Optimierungsmaßnahmen betraut. Die Projektleitung übernimmt der Integrationsanbieter oder ein geeigneter Kooperationspartner. Die Projektleitung ist verantwortlich für die Umsetzung der erforderlichen Maßnahmen zur Optimierung des Arzneimittelversorgungsprozesses.
- (2) Die Mitglieder der Steuerungsgruppe werden einvernehmlich durch den Integrationsanbieter und die zur Umsetzung dieses Vertrages herangezogene Kooperationspartner festgelegt. Die Steuerungsgruppe setzt sich zusammen aus:
- ein bis zwei verantwortlichen Führungskräften des Integrationsanbieters und
 - ein bis zwei Vertretern der Kooperationspartner.

(3) Für die Projektsteuerung, -koordination und -kommunikation sind folgende Leistungen zu erbringen:

- Terminfindung für die Visitenvorbereitung und Schulungen mit dem Apotheker und den Pflegefachkräften pro Teilnehmer (monatlich),
- Terminfindung für die Qualitätssicherung mit dem Apotheker und den Pflegefachkräften pro Teilnehmer (quartalsweise),
- Terminfindung für das Arzneimittelkomitee mit dem Apotheker, den Pflegefachkräften und Ärzte pro Teilnehmer (quartalsweise),
- Einfordern und Ablage der Protokolle von allen Terminen,
- Führen eines zentralen Aktivitätsregisters (SOLL-IST-Vergleich der Termine),
- zentrale Ablage aller Datenschutz- und Einverständniserklärungen aller Teilnehmer,
- Führen eines zentralen Patientenregisters über Ein- und Austritt der Teilnehmer inkl. der Teilnehmer mit Medikationsanalyse

§ 12

Vergütungsregelungen/Abrechnungsverfahren

- (1) Die Kostenträger zahlen dem Integrationsanbieter für die vertragsgegenständlichen Leistungen Vergütungspauschalen gemäß Anlage 6.
- (2) Der Integrationsanbieter reicht die gezahlten Pauschalen nach Anlage 6 (Nr. 4-5) an die entsprechenden Kooperationspartner weiter.
- (3) Die Vergütung ist an die Erbringung der nach diesem Vertrag vereinbarten Leistungen gebunden. Der Integrationsanbieter verpflichtet sich auf Verlangen den jeweiligen Kostenträgern Nachweise über die Erbringung der Leistungen zeitnah und unter Beachtung des Datenschutzes zur Verfügung zu stellen.
- (4) Mit den Vergütungspauschalen gemäß Anlage 6 sind sämtliche vertragsgegenständlichen Leistungen abgegolten. Ein darüber hinausgehender Vergütungsanspruch besteht nicht.
- (5) Die Zahlung für die vertragsgegenständlichen Leistungen erfolgt quartalsweise auf der Grundlage der Teilnehmermonate je Versicherten an den Integrationsanbieter mit schuldbefreiender Wirkung für die Kostenträger. Die Zulässigkeit und Richtigkeit der Abrechnung ist durch den Integrationsanbieter zu überprüfen und nachzuweisen.

- (6) Die Krankenkassen sind berechtigt auch nach erfolgter Zahlung der Vergütung die sachlich rechnerische Richtigkeit der Abrechnung zu überprüfen. Der Integrationsanbieter gewährleistet, dass den Kostenträgern die Prüfung der Abrechnung durch Einzelprüfungen, Stichproben und vergleichende Prüfungen ermöglicht wird.
- (7) Leistungen durch ärztliche und nichtärztliche Leistungserbringer, die diesen vertraglichen Anforderungen nicht genügen, werden nicht vergütet. Geleistete Vergütungen werden zurückgefordert.

§ 13

Datenschutz

- (1) Der Integrationsanbieter verpflichtet sich die datenschutzrechtlichen Vorschriften, die ärztliche Schweigepflicht und das Sozialgeheimnis zu beachten, personenbezogene Daten nur zur Erfüllung der sich aus diesem Vertrag ergebenden Aufgaben und unter Beachtung datenschutzrechtlicher Vorschriften zu verarbeiten, bekannt zu geben, zugänglich zu machen oder sonst zu nutzen. Entsprechende Verpflichtungen sind seitens des Integrationsanbieters für die in die vorliegend vereinbarte Versorgung eingebundenen Leistungserbringer zu schaffen.
- (2) Die Vertragspartner sind darüber hinaus verpflichtet, für die Verarbeitung personenbezogener Daten ausschließlich Personen einzusetzen, die auf die Vertraulichkeit der Daten nach der EU-DSGVO, dem BDSG und dem SGB verpflichtet sind. Ferner ist sicherzustellen, dass von den Vertragspartnern und von den an der vorliegend vereinbarten integrierten Versorgung teilnehmenden Leistungserbringern eingesetzte Personal im Sinne der Datenschutzvorschriften ausreichend informiert und angewiesen ist.
- (3) Die Vertragspartner haben darauf hinzuwirken, dass sämtliche Personen, die von ihnen mit der Bearbeitung, Durchführung oder Erfüllung dieses Vertrages beauftragt oder in anderer Weise einbezogen werden, die Verpflichtungen der Vertragspartner nach Abs. 1 und 2 wie eigene Verpflichtungen erfüllen.
- (4) Die Vertragspartner stellen sicher, dass versichertenbezogene Daten nur abgerufen werden, wenn der Versicherte zuvor seine Einwilligung erteilt hat, dass diese Informationen für den konkret anstehenden Behandlungsfall genutzt werden sollen.
- (5) Soweit insbesondere zu Berichtszwecken oder aus Gründen der Außendarstellung oder zur Öffentlichkeitsarbeit nach diesen Bestimmungen schutzwürdige Daten erhoben, verarbeitet, bekannt gegeben, zugänglich gemacht oder sonst genutzt werden, erfolgt dies ausschließlich in einer Form, die einen Personenbezug oder sonstigen Rückschluss auf betroffene Versicherte nicht zulässt.

§ 14

Geheimhaltung

- (1) Die Vertragspartner verpflichten sich den Vertragsinhalt, Teile des Vertrages einschließlich der Vergütungsvereinbarung sowie in diesem Zusammenhang erlangten vertraulichen Informationen und Erkenntnisse insbesondere bzgl. geschäftlicher oder betrieblicher Angelegenheiten geheim zu halten, insbesondere ohne schriftliche Zustimmung des jeweils anderen Vertragspartners keinerlei vertrauliche Informationen der jeweils anderen Partei Dritten mitzuteilen, zugänglich zu machen noch zu veröffentlichen oder auf andere Weise und zu einem anderen als zum Zweck dieses Vertrages zu verwerten.
- (2) Ausgenommen von der Geheimhaltungspflicht nach Absatz 1 sind Informationen, die nachweislich allgemein offenkundig sind oder ohne Zutun eines Vertragspartners offenkundig werden. Absatz 1 gilt ferner nicht sowie bei richterlicher oder behördlicher Anordnung (insbesondere der Aufsicht der Krankenkassen) oder aufgrund zwingender gesetzlicher Regelung die Parteien zur Offenbarung verpflichtet sind. In diesem Fall hat der offenbarende Vertragspartner das ihm Zumutbare zu unternehmen, um sicherzustellen, dass die vertraulichen Informationen vertraulich behandelt werden.
- (3) Die Geheimhaltungspflicht gilt für die Laufzeit des Vertrages und besteht auch über das Ende des Vertragsverhältnisses hinaus.

§ 15

Laufzeit

- (1) Vertragsbeginn ist der
- (2) Abweichend von Satz 1 tritt dieser Vertrag bei einer Beantragung von Fördermitteln aus dem Innovationsfonds nach § 92a SGB V aufschiebend bedingt nur im Falle eine antragsgemäßen Förderung der beantragten Mittel in Kraft.
- (3) Der Vertrag endet spätestens mit dem Ablauf der im Rahmen der Förderung durch den Innovationsfonds festgelegten Projektlaufzeit in den Pflegeeinrichtungen am 30.06.2020. Sollte es zu einem vorzeitigen Ende des Projektes kommen, führt dies ebenfalls zur Beendigung des Vertrages. Aufgrund der festgesetzten Laufzeit im Rahmen des Innovationsfonds vom 01.03.2018 bis 30.06.2020 ist eine Vertragsverlängerung über diese Projektlaufzeit hinaus nicht möglich.

- (4) Dieser Vertrag kann vor Ablauf des Vertragsendes nach Absatz 2 mit einer Frist von sechs Wochen zum Quartalsende schriftlich von jeder Vertragspartei gekündigt werden.
- (5) Das Recht zur außerordentlichen Kündigung dieses Vertrages aus wichtigem Grund bleibt unberührt. Gründe für eine außerordentliche fristlose Kündigung liegen insbesondere vor, wenn:
- einer der Vertragspartner eine wesentliche Pflicht aus diesem Vertrag wiederholt grob verletzt hat und einer schriftlichen Aufforderung zur Einhaltung der Vertragspflichten nicht nachkommt,
 - die Rechtsentwicklung, bzw. die gesetzlichen Vorgaben sowie behördliche Verfügungen insbesondere der Aufsichtsbehörden der Krankenkassen einer Aufrechterhaltung der Vertragsbeziehungen entgegenstehen,
 - über das Vermögen des Integrationsanbieters ein Antrag auf Eröffnung eines Insolvenzverfahrens gestellt wird. Der Integrationsanbieter ist insoweit verpflichtet, die Kostenträger sofort über die Antragstellung auf Eröffnung des Insolvenzverfahrens zu informieren,
 - wenn der Vertrag über Zuwendungen aus dem Innovationsfonds nach § 92a SGB V gefördert wird und die Fördermittel verbraucht sind.
- (6) Die Kündigung bedarf der Schriftform.
- (7) Die Kündigung einer einzelnen Krankenkasse berührt das Vertragsverhältnis im Übrigen nicht. Der Vertrag wird mit der verbleibenden Krankenkasse fortgesetzt.

§ 16

Salvatorische Klausel

- (1) Sollte eine oder mehrere Bestimmungen des Vertrages unwirksam sein oder werden, bleibt die Wirksamkeit des übrigen Vertrages hiervon unberührt, es sei denn, die unwirksame Bestimmung war für einen Vertragspartner derart wesentlich, dass ihm ein Festhalten an dem Vertrag nicht zugemutet werden kann. In allen anderen Fällen werden die Vertragspartner die unwirksame Bestimmung durch Regelungen ersetzen, die dem ursprünglichen Regelungsziel unter Beachtung der gesetzlichen Vorgaben am nächsten kommen.
- (2) Nebenabreden, Änderungen und Ergänzungen dieses Vertrages bedürfen zu ihrer Wirksamkeit der Schriftform.

Akronym: OAV; Förderkennzeichen: 01NVF17008

Anlage 6.1 zum Ergebnisbericht OAV

- Vertrag gemäß § 140a Abs. 1 SGB V i. V. m. § 92b SGB XI zur integrierten medizinischen, pharmazeutischen und pflegerischen Versorgung von multimorbiden geriatrischen Patienten in ambulanten Pflegeeinrichtungen in der Fassung vom 03.04.2018 -

(3) Folgende Anlagen in der jeweils gültigen Fassung sind Bestandteil dieses Vertrages:

Anlage 1: Teilnahme- und Einwilligungserklärung

Anlage 2: Einverständniserklärung zur Datenverarbeitung und Datenübermittlung

Anlage 3: Kooperationsvertrag mit Leistungsbeschreibung Apotheke (Muster)

Anlage 4: Kooperationsvertrag mit Leistungsbeschreibung Ärzte (Muster)

Anlage 5: Anlage zum Konsortialvertrag Innovationsfonds

Anlage 6: Vergütungsregelungen

Anlage 7: Erläuterungen zu Qualifizierungsmaßnahmen

Potsdam,

.....
AOK Nordost – Die Gesundheitskasse
zugleich für die
Pflegekasse bei der AOK Nordost – Die Gesundheitskasse

Berlin,

.....
IKK Brandenburg und Berlin

Bochum,

.....
VIACTIV Krankenkasse

.....

.....
Integrationsanbieter



Einverständniserklärung zur Datenverarbeitung und Datenübermittlung

Name, Vorname des Patienten

Geburtsdatum

Straße

Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Versicherten Nr. der Krankenkasse

Telefonnummer zur Kündigungs- und Widerrufsverifizierung

Hiermit erkläre ich mich mit der **Datenverarbeitung** und **Datenübermittlung** in der Software VERIKO® Assistent Pharmakotherapie durch die **unten aufgezählten** heilberuflichen Einrichtungen einverstanden.

- Ich habe das Informationsvideo „Erläuterungen für den Patienten“ gesehen.
- Ich erkläre mich mit der Datenverarbeitung durch die unten genannten heilberuflichen Einrichtungen im VERIKO® System einverstanden und habe die beigefügten Erläuterungen zur **Datenverarbeitung** gelesen.
- Ich erkläre mich mit der Datenübermittlung durch die unten genannten heilberuflichen Einrichtungen im VERIKO® System einverstanden und habe die beigefügten Erläuterungen zur **Datenübermittlung** gelesen.

Ort, Datum

Unterschrift Patient / Vertretungsberechtigter

Name, Vorname des Vertreters

Anschrift des Vertreters (Straße, Hausnummer)

Anschrift des Vertreters (PLZ, Ort)



Die zur Datenverarbeitung und Datenübermittlung ermächtigten heilberuflichen Einrichtungen sind:

(1)

Pflegeeinrichtung

Straße/ Hausnummer

PLZ, Ort

(2)

Apotheke

Straße/Hausnummer

PLZ, Ort

(3)

Gero PharmCare GmbH

Firma

Grengeler Mauspfad 129

51147 Köln

Straße/Hausnummer

PLZ, Ort



Allgemeine Erläuterungen

Sehr geehrte/r Patient/in,

unser Ziel ist Ihre bestmögliche gesundheitliche Versorgung. Dazu benötigen wir eine gemeinsame Informations- und Datenbasis und eine verbesserte Kommunikation Ihrer Gesundheitsdienstleister untereinander. Zu diesem Zweck arbeiten wir mit der Software des VERIKO® Systems, im Weiteren kurz VERIKO® genannt. Diese ermöglicht ihren betreuenden heilberuflichen Einrichtungen (Ärzten, Apotheken, Pflegeeinrichtungen u. a.) eine einheitliche Betrachtung Ihrer Medikation. VERIKO® speichert Ihre Medikation und erstellt automatisch eine Risikoanalyse über alterstypische kumulative Neben- und Wechselwirkungen der Medikamente, welche zu unerwünschten Arzneimittelereignissen (UAE) führen können. (Ein **unerwünschtes Arzneimittelereignis** ist eine Schädigung durch ein Arzneimittel. Dies können Veränderungen von Laborwerten sein, aber auch das Neuauftreten/ Verstärken von Symptomen oder gar Erkrankungen.) Die Erkennung und Behandlung dieser **unerwünschten Arzneimittelereignisse** durch heilberufliche Einrichtungen (Arzt, Apotheker) wird durch die gemeinsame Nutzung von VERIKO® erleichtert. VERIKO® wird entwickelt und betrieben von der Gesellschaft für Geriatrische Pharmazie – Gero PharmCare mbH (GPC). Bei allen Fragen zu VERIKO® wenden Sie sich bitte an:

Gesellschaft für Geriatrische Pharmazie – Gero PharmCare mbH
Grengeler Mauspfad 129
51147 Köln

Tel: 02203 89 55 8-0
Fax: 02203 89 55 8-25
E-Mail: info@gero-pharmcare.de

Erläuterungen zur **Datenverarbeitung**

- Ich bin damit einverstanden, dass die teilnehmenden, umseitig aufgezählten heilberuflichen Einrichtungen (Arzt, Apotheker, Pflegeeinrichtung etc.) meine persönlichen Daten (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Medikation, Anamnese, Symptome, UAE, Erkrankungen, Kommentare, Ereignisse u. a.) erheben und in das Risikoanalysesystem VERIKO® der GPC eingeben, speichern, einsehen, verändern und löschen können.
- Mit dieser Erklärung ermächtige ich die heilberuflichen Einrichtungen auch dazu, die eingegebenen Daten weiterer von mir ermächtigter heilberuflicher Einrichtungen einzusehen.
- Alle mich betreffenden Daten bleiben mein Eigentum. Ich allein entscheide, wer meine Daten einsehen, verändern oder nutzen darf. Es wird gewährleistet, dass eine Weitergabe an unberechtigte Dritte nicht erfolgt. Alle von mir ermächtigten Personen und heilberuflichen Einrichtungen unterliegen der Schweigepflicht.
- Ich entbinde die teilnehmenden heilberuflichen Einrichtungen von ihrer gesetzlichen Schweigepflicht aus § 203 StGB, soweit es für die Verarbeitung der Daten in VERIKO® erforderlich ist.
- VERIKO® wird von der **Gesellschaft für Geriatrische Pharmazie – Gero PharmCare mbH**, Grengeler Mauspfad 129, 51147 Köln entwickelt und als *Software as a Service* dem Patienten kostenlos zur Verfügung gestellt. Die Daten werden auf einem verschlüsselten und geschützten Webserver in der Bundesrepublik Deutschland bei der PlusServer GmbH verarbeitet und gespeichert.
- Diese Erklärung gilt bis zu ihrem Widerruf. Ich kann diese Erklärung jederzeit und mit sofortiger Wirkung gegenüber den heilberuflichen Einrichtungen oder der GPC schriftlich widerrufen, so dass die vorher ermächtigte Einrichtung keine Erlaubnis zur Verarbeitung meiner Daten mehr hat.
- Ich kann jederzeit eine schriftliche Kündigung gegenüber der GPC oder der heilberuflichen Einrichtung erklären, mit der Folge, dass alle meine Daten und Sicherungskopien gelöscht werden und ich jegliche Zusammenarbeit mit der GPC beende.
Die auf Ihrem, mit einer heilberuflichen Einrichtung geschlossenen, Vertrag basierende gesetzliche Ermächtigung zur Datenerfassung nach § 28 VII BDSG, bzw. Art. 9 II lit. h) DSGVO bleibt von einem Widerruf **dieser** Erklärung oder einem Gesamtwiderruf gegenüber der GPC unberührt. Hierfür ist eine gesonderte Erklärung gegenüber der heilberuflichen Einrichtung erforderlich.



Erläuterungen zur **Datenübermittlung**

- Ich bin mit der Übermittlung meiner Daten, soweit dies für die Nutzung des VERIKO® Systems erforderlich ist einverstanden.
- Ich bin damit einverstanden, dass die teilnehmenden, von mir umseitig aufgezählten heilberuflichen Einrichtungen meine persönlichen Daten (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Medikation, Anamnese, Symptome, UAE, Erkrankungen, Kommentare, Ereignisse u.a.) in das Risikoanalyse-System VERIKO® der Gero PharmCare GmbH eingeben und damit auch den **anderen von mir ermächtigten** heilberuflichen Einrichtungen **zur Verfügung stellen** können.
- Durch die Eingabe der Daten werden die von der heilberuflichen Einrichtung erfassten Daten zentral im VERIKO® System gespeichert und den anderen, von mir ermächtigten heilberuflichen Einrichtungen, zugänglich gemacht.
- Die gesamten Daten gehören mir als Patient und dabei entscheide ich alleine, wer meine Daten einsehen, verändern, übermitteln oder Nutzen darf. Es wird gewährleistet, dass eine Weitergabe an unberechtigte Dritte nicht erfolgt. Alle von mir berechtigten Personen unterliegen der Schweigepflicht.
- Ich entbinde die teilnehmenden heilberuflichen Einrichtungen von ihrer gesetzlichen Schweigepflicht aus § 203 StGB, soweit es für die Übermittlung der Daten in VERIKO® erforderlich ist.
- VERIKO® wird von der Gesellschaft für Geriatrische Pharmazie – Gero PharmCare mbH, Grengeler Mausepfad 129, 51147 Köln entwickelt und als Software as a Service dem Patienten kostenlos zur Verfügung gestellt. Die Daten werden auf einem verschlüsselten und geschützten Web-Server in der Bundesrepublik Deutschland bei der PlusServer GmbH verarbeitet und gespeichert.
- Diese Erklärung gilt auch für zukünftige Datenübermittlungen.
- Ich kann diese Erklärung jederzeit, mit sofortiger Wirkung, gegenüber der heilberuflichen Einrichtung oder der Gero-PharmCare GmbH schriftlich widerrufen, sodass die vorher ermächtigte Einrichtung keine Erlaubnis zur Weitergabe meiner Daten über und an VERIKO® mehr hat.
- Die auf dem von Ihnen mit der heilberuflichen Einrichtung geschlossenen Vertrag basierende gesetzliche Ermächtigung zur Datenerfassung nach § 28 VII BDSG bzw. Art. 9 II lit. h) DSGVO bleibt von einem Widerruf dieser Erklärung oder einem Gesamtwiderruf gegenüber der Gero PharmCare unberührt. Hierfür ist eine gesonderte Erklärung gegenüber der heilberuflichen Einrichtung erforderlich.



Verpflichtungserklärung der heilberuflichen Einrichtung zum Datenschutz

Hiermit verpflichtet sich die

Firmenname

Straße Hausnummer

PLZ Stadt

- im Folgenden „hE“ (heilberufliche Einrichtung) genannt,

gegenüber der

Gero PharmCare GmbH
Grengeler Mauspfad 129,
51147 Köln

zum Zweck der Gewährleistung des Datenschutzes der Patienten dazu,

- (1) von jedem durch sie in VERIKO® eingepflegten Patienten, die von der Gero PharmCare GmbH vorgefertigte Einverständniserklärung zur Datenverarbeitung und Datenübermittlung einzuholen, sowie jedem Patienten die Inhalte der Einverständniserklärung zu erklären und ihn ordnungsgemäß über die Kündigungs- und Widerrufsmöglichkeiten zu informieren.
- (2) den Zugang zum VERIKO® System zu kontrollieren, dies bedeutet im Speziellen, dass ausschließlich Angestellte der hE die Zugangsdaten erhalten.
- (3) jeden Angestellten der hE, welcher mit der Software arbeitet, über die Sorgfaltspflichten und die Datenschutzpflichten, insbesondere über die Grundsätze für die Verarbeitung personenbezogener Daten nach Art. 5 DSGVO, zu belehren. Die Mitarbeiter sind auf das Datengeheimnis zu verpflichten.
- (4) jedem ehemaligen Angestellten, die Nutzungsberechtigungen, sowie die Nutzungsmöglichkeiten von VERIKO® zu entziehen.
- (5) jeden ihrer Computer mit der erforderlichen Sicherheitssoftware – so u. a. Viren- und Datenschutzsoftware - auszustatten und nur berechtigten Personen Zugang zu ihren EDV Räumlichkeiten und Geräten zu gewähren.

Etwaige auf einen Verpflichtungsverstoß des Vertragspartners zurückzuführende Strafzahlungen oder Ordnungsverstöße werden in voller Höhe umgelegt, die Gero PharmCare GmbH behält sich das Recht auf Schadensersatzforderungen vor.

Ort, Datum, Unterschrift des/der Vertretungsberechtigten

Stempel

Kooperationsvertrag zur pharmazeutischen Versorgung im Rahmen des Vertrages zur Optimierung der Arzneimittelversorgung in ambulanten Pflegeeinrichtungen –

2. Version

zwischen dem Integrationsanbieter

für die Pflegeeinrichtung

IK

und des Apothekers

IK

Anschrift der versorgenden Apotheke

Zwischen o. g. Integrationsanbieter und dem o. g. Apotheker wird zur Erfüllung der Anforderungen und Umsetzung der Inhalte des Vertrages gemäß § 140a Abs. 1 SGB V i. V. m. § 92b SGB XI zur Optimierung der Arzneimittelversorgung in ambulanten Pflegeeinrichtungen (nachfolgend „Vertrag zur Optimierung der Arzneimittelversorgung“ genannt) folgender Vertrag geschlossen:

Präambel

Im Rahmen der Förderung durch den Innovationsfonds im Themenfeld: „Auf-und Ausbau der geriatrischen Versorgung“ wird dieser Vertrag mit dem Ziel der Verbesserung der Versorgungseffizienz pflegebedürftiger geriatrischer Patienten im Bereich der Arzneimittelversorgung geschlossen. Die §§ 92a und b SGB V sind somit mitgeltend.

Die Vertragspartner wollen die Versorgungs- und Lebensqualität der in ambulanten Pflegeeinrichtungen nach § 71 Absatz 1 SGB XI lebenden Versicherten durch die Umsetzung medizinischer, pharmazeutischer und pflegerischer Optimierungspotentiale, insbesondere im Bereich der Pharmakotherapie, verbessern.

Zielstellung ist es durch heilberufliche Qualifizierung teamfähige Persönlichkeiten zu bilden, die gemeinsam über die Sektorengrenzen hinweg während des gesamten Projektzeitraumes eine kontinuierliche Verbesserung forcieren können.

Mit den nachfolgenden Regelungen soll die vertragliche Anbindung von Apothekern in das integrierte Versorgungsgeschehen zur Gewährleistung der arbeitsteiligen Behandlungskonzepte erfolgen und eine Steigerung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung erreicht werden.

Soweit nachfolgend keine besonderen Regelungen getroffen werden, gelten die für die pharmazeutische Versorgung geltenden Bestimmungen und Grundsätze.

§ 1

Grundsätze zur Leistungserbringung

- (1) Der Apotheker verpflichtet sich, die vertraglich vereinbarten Leistungen nach Maßgabe des Vertrages zur Optimierung der Arzneimittelversorgung (geregelt in diesem Vertrag) für den Integrationsanbieter zu erbringen.
- (2) Die vertragsgegenständlichen Leistungen werden dabei ausschließlich für Pflegebedürftige von der im Rubrum genannten ambulanten Pflegeeinrichtung erbracht, die ihre Teilnahme an der integrierten Versorgung erklärt haben und Versicherte der Kostenträger dieses Vertrages sind.
- (3) Der Apotheker wird bei der Versorgung der Pflegebedürftigen der Pflegeeinrichtung gemäß Abs. 1 und 2 eigenverantwortlich tätig und unterliegt insoweit nicht den Weisungen des Integrationsanbieters. Die für ihn in seiner Tätigkeit als Apotheker geltenden gesetzlichen und berufsrechtlichen Bestimmungen bleiben unberührt.
- (4) Der Integrationsanbieter verpflichtet sich, den Apotheker über die Zielsetzung und die wesentlichen Elemente des Vertrags zur Optimierung der Arzneimittelversorgung umfassend zu informieren, dem Apotheker die seine Leistungen betreffenden Passagen des Vertrages zur integrierten Versorgung schriftlich zur Kenntnis zu geben und ihn über Weiterentwicklungen zu informieren.

§ 2

Teilnahmekriterien der Apotheke

- (1) Die Versorgung von pflegebedürftigen ambulanten Patienten muss entsprechend § 2a der Apothekerbetriebsordnung Bestandteil im Qualitätsmanagement-System der

Apotheker sein. Dies schließt Maßnahmen zur kontinuierlichen Verbesserungen der Versorgungsleistungen ein.

- (2) Der Apotheker informiert seine Mitarbeiter über die sich aus diesem Vertrag ergebenden Besonderheiten und deren Auswirkungen auf das Apothekengeschehen.
- (3) Um eine Evaluation gewährleisten zu können ist während der Projektphase die Teilnahme an weiteren wissenschaftlichen Studien oder Änderungen des Arzneimittelversorgungsprozesses außerhalb des OAV Versorgungsmodells ausgeschlossen.

§ 3

Qualifizierung

- (1) Der Apotheker und eine weitere pharmazeutische Fachkraft nehmen an folgenden betrieblichen Qualifizierungen teil:
 - OAV Basiskurs (Theorie) 2-tägig (16h),
 - OAV Basiskurs (Praxis) 2-tägig OAV,
 - OAV Basiskurs E-Learning (Zusammenfassung),
 - OAV Basiskurs (Implementierung des Risikomanagementsystems (weiterhin RMS genannt) orientiert an den internationalen Leitlinien der ISO 31000 eintägig,
 - OAV Basiskurs (Etablierung und Leistungsförderung) eintägig

Für den Fall, dass der Apotheker nicht Apothekenleiter im Sinne des § 2 Apothekenbetriebsordnung (ApBetrO) ist, stellt der Apotheker dessen sowie einer weiteren pharmazeutischen Fachkraft der versorgenden Apotheke an den vorgenannten Qualifizierungen sicher. Bei Anwesenheit mindestens eines Apothekers/Apothekenleiters können in begründeten Ausnahmefällen versäumte Präsenzveranstaltungen eines zweiten Mitarbeiters durch E-Learning-Lektionen ersetzt werden. Eine abgeschlossene Weiterbildung in geriatrischer Pharmazie ist anteilig anrechnungsfähig auf die OAV Qualifizierung.

- (2) Die Qualifizierung zu Methoden und Instrumenten des RMS werden durch einen geeigneten, auf geriatrische Pharmazie spezialisierten, Kooperationspartner durchgeführt.
- (3) Die Schulungsteilnehmer erhalten Schulungsmaterial und ein Handbuch zur Umsetzung des Innovationsfondsprojektes.

- (4) Der Apotheker hat dafür Sorge zu tragen, dass im Falle einer längeren Verhinderung (6 Wochen und mehr) oder bei Beendigung des Arbeitsverhältnisses ein neuer Arbeitnehmer zumindest über die Inhalte und Abläufe des OAV Basis Kurses informiert ist. Dabei ist zu beachten, dass für diesen Arbeitnehmer lediglich eine Teilnahmebescheinigung über die entsprechend absolvierten Lehrinhalte ausgestellt wird und ein Hochschulzertifikat nach dem offiziellen Projektende nicht gewährleistet werden kann (siehe § 4a).
- (5) Die Qualifizierungsmaßnahmen werden in der Anlage 7 näher beschrieben.

§ 4

Leistungen und Aufgaben des Apothekers

- (1) Grundsätze zur Leistungserbringung: Der Apotheker wirkt bei der Bewältigung der Arzneimittelrisiken im Versorgungsprozess steuernd mit. Der Apotheker ist mit seinen an dem im Rubrum genannten Standort Partner im geriatrischen Team und an der Durchführung des Optimierungsprozesses (Risikoidentifikation, -analyse, -bewertung und -kommunikation) aller Risikoeigner aktiv beteiligt.
- (2) Der Apotheker stellt nachfolgend aufgeführten Leistungen während der gesamten Vertragslaufzeit sicher:
 - Weiterbildung gem. § 3 Abs. 1 und 2
 - Der Apotheker hat einmal monatlich in der im Rubrum genannten Pflegeeinrichtung folgenden Mitwirkungspflichten:
 - Teilnahme an den Intensivschulungen/Visitenvorbereitungen (IVI), ca. drei bis vier Stunden
 - Vorbereitung und Durchführung der elektronischen Dokumentation und UAE-Detektion, ca. drei bis vier Stunden
- (3) Der Apotheker verpflichtet sich, an den vierteljährlichen Fall- und Risikokonferenzen des Arzneimittelkomitees im geriatrischen Team (Arzt, Pflegefachkraft, Pharmazeut) teilzunehmen.

§ 4a

Weiterführende Qualifikation interdisziplinäre Geriatrie

Darüber hinaus haben Apotheker und Pharmazeutisch-technische Assistenten (PTA) grundsätzlich die Möglichkeit an der integrierten berufsbegleitenden Qualifizierungsmaßnahme teilzunehmen.

Durch die Qualifikation unter § 3 und die Leistungen unter § 4 besteht für Apotheker und PTA während der Projektlaufzeit die Option, gebührenfrei eine integrierte hochschulzertifizierte Qualifizierung als Geriatrischer Pharmazeut [Name Hochschule] oder Fach-PTA Geriatrische Pharmazie [Name Hochschule] zu erlangen.

Voraussetzungen sind:

- die Teilnahme an allen unter § 3 Abs. 2 genannten Kurse,
- die Teilnahme an 80 % aller IVIs und Fallkonferenzen über zwei Jahre hinweg,
- die Anfertigung einer Facharbeit mit klinisch-praktischen Bezug zum durchgeführten Optimierungsprozess,
- das Ablegen einer Prüfung mit klinisch-geriatrischem Bezug vor Projektende

Die Qualifizierungsmaßnahmen werden in der Anlage 7 näher beschrieben. Ein Rechtsanspruch auf den Erwerb einer solchen hochschulzertifizierten Qualifizierung wird durch diese Regelung nicht begründet.

§ 5

Vergütung

- (1) Die Höhe der Pauschale für die vertragsgegenständlichen zusätzlichen pharmazeutischen Leistungen unterteilt sich in zwei Leistungsarten.
 - Standardleistungen für eingeschriebene Versicherte 4,66 Euro pro Teilnehmemonat
 - einmaliger Zusatzaufwand für neu eingeschriebene Versicherte, 45,00 Euro
- (2) Die Vergütung erfolgt unmittelbar durch den Integrationsanbieter und ist jeweils quartalsweise direkt gegenüber diesem abzurechnen. Ein Anspruch auf Vergütung gegen Dritte, u. a. Kostenträger, ist ausgeschlossen.
- (3) Vergütungsansprüche können ausschließlich für vertragsgegenständliche Leistungen zu Gunsten von Bewohnern entstehen und geltend gemacht werden, die ihre Teilnahme an dem Vertrag zur integrierten medizinischen, pharmazeutischen und pflegerischen Versorgung schriftlich erklärt haben.

§ 6

Mitwirkungspflichten

- (1) Der Integrationsanbieter verpflichtet sich, dem Apotheker alle zur Erfüllung seiner vertraglichen Pflichten gemäß § 4 in Zusammenhang mit dem Vertrag zur integrierten

Versorgung zur Optimierung der Arzneimittelversorgung erforderlichen Informationen zur Verfügung zu stellen und den Zugang zu den vereinbarten Besprechungsrunden zu ermöglichen.

- (2) Der Integrationsanbieter stellt sicher, dass die durchgeführten Fallbesprechungen nach § 4 Abs. 3 dokumentiert werden (Teilnehmer, Datum).

§ 7

Maßnahmen bei Vertragsverstößen

Bei Verstößen gegen diesen Vertrag können gegenüber dem Apotheker in Abhängigkeit von der Schwere des Verstoßes geeignete Maßnahmen, wie z. B. Abmahnung, Kündigung und Schadensersatz, seitens des Integrationsanbieters ergriffen werden.

§ 8

Datenschutz

- (1) Der Integrationsanbieter und der Apotheker verpflichten sich die datenschutzrechtlichen Vorschriften, die ärztliche Schweigepflicht und das Sozialgeheimnis zu beachten, personenbezogene Daten nur zur Erfüllung der sich aus diesem Vertrag ergebenden Aufgaben und unter Beachtung datenschutzrechtlicher Vorschriften zu verarbeiten, bekannt zu geben, zugänglich zu machen oder sonst zu nutzen.
- (2) Die Vertragspartner sind darüber hinaus verpflichtet, für die Verarbeitung personenbezogener Daten ausschließlich Personen einzusetzen, die auf das Datengeheimnis nach § 5 Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) und § 35 SGB I verpflichtet sind. Ferner ist sicherzustellen, dass von den Vertragspartnern und von den an der vorliegend vereinbarten integrierten Versorgung teilnehmenden Leistungserbringern eingesetzte Personal im Sinne der Datenschutzvorschriften ausreichend informiert und angewiesen ist.
- (3) Die Vertragspartner haben darauf hinzuwirken, dass sämtliche Personen, die von ihnen mit der Bearbeitung, Durchführung oder Erfüllung dieses Vertrages beauftragt oder in anderer Weise einbezogen werden, die Verpflichtungen der Vertragspartner nach Abs. 1 und 2 wie eigene Verpflichtungen erfüllen.
- (4) Die Vertragspartner stellen sicher, dass versichertenbezogene Daten nur abgerufen werden, wenn der Versicherte zuvor seine Einwilligung erteilt hat, dass diese Informationen für den konkret anstehenden Behandlungsfall genutzt werden sollen.

- (5) Soweit insbesondere zu Berichtszwecken oder aus Gründen der Außendarstellung oder zur Öffentlichkeitsarbeit nach diesen Bestimmungen schutzwürdige Daten erhoben, verarbeitet, bekannt gegeben, zugänglich gemacht oder sonst genutzt werden, erfolgt dies ausschließlich in einer Form, die einen Personenbezug oder sonstigen Rückschluss auf betroffene Versicherte nicht zulässt.

§ 9

Vertragsdauer und Kündigung

- (1) Dieser Vertrag tritt mit Unterzeichnung in Kraft. Er endet mit Beendigung des zugrundeliegenden Vertrages zur Optimierung der Arzneimittelversorgung, spätestens zum 30.03.2021. Sollte es zu einem vorzeitigen Ende des Projektes kommen, führt dies ebenfalls zur Beendigung des Vertrages.

Vertragsbeginn ist der xx.xx.xxxx.

- (2) Dieser Vertrag kann zudem mit einer Frist von sechs Wochen zum Quartalsende schriftlich von jeder Vertragspartei schriftlich gekündigt werden.
- (3) Dieser Vertrag kann von den Vertragsparteien aus wichtigem Grund ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist gekündigt werden. Ein wichtiger Grund liegt insbesondere vor, wenn:
- gegen die vertraglichen Pflichten aus diesem Vertrag wiederholt und/oder in erheblichem Maße verstoßen wurde,
 - gesetzliche Vorschriften oder aufsichtsrechtliche Maßnahmen die Fortsetzung des Vertrages unmöglich machen.

§ 10

Ergänzende Regelungen und Salvatorische Klausel

- (1) Änderungen und Ergänzungen dieser Vereinbarung bedürfen zu ihrer Wirksamkeit der Schriftform und dürfen nicht im Widerspruch zu den vorstehenden Regelungen oder zu den Zielsetzungen des Vertrages zur Optimierung der Arzneimittelversorgung stehen.
- (2) Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrages nichtig sein oder z. B. durch gesetzliche Neuregelungen ganz oder teilweise unwirksam werden oder enthält der Vertrag eine Regelungslücke, so wird hierdurch die Wirksamkeit dieses Vertrages im Übrigen nicht berührt. Tritt ein solcher Fall ein, verständigen sich die Vertragspartner unverzüglich über notwendige vertragliche Neuregelungen.

_____, _____

_____, _____
Ort Datum

Integrationsanbieter

pharmazeutischer Leistungserbringer

Apotheker

Kooperationsvertrag zur ärztlichen Versorgung im Rahmen des Vertrages zur Optimierung der Arzneimittelversorgung in ambulanten Pflegeeinrichtungen – 2. Version

zwischen dem Integrationsanbieter

für die Pflegeeinrichtung

IK

und dem Arzt

LANR

BSNR

mit Praxissitz in (Anschrift)

Zwischen o. g. Integrationsanbieter und dem o. g. Arzt wird zur Erfüllung der Anforderungen und Umsetzung der Inhalte des Vertrages gem. § 140a Abs. 1 SGB V i. V. m. § 92b SGB XI zur Optimierung der Arzneimittelversorgung in ambulanten Pflegeeinrichtungen (nachfolgend „Vertrag zur Optimierung der Arzneimittelversorgung“ genannt) folgender Vertrag geschlossen:

Präambel

Im Rahmen der Förderung durch den Innovationsfonds im Themenfeld: „Auf- und Ausbau der geriatrischen Versorgung“ wird dieser Vertrag mit dem Ziel der Verbesserung der Versorgungseffizienz pflegebedürftiger geriatrischer Patienten im Bereich der Arzneimittelversorgung geschlossen. Die §§ 92a und b SGB V sind somit mitgeltend.

Die Vertragspartner wollen die Versorgungs- und Lebensqualität der in ambulanten Pflegeeinrichtungen nach § 71 Absatz 1 SGB XI versorgten Versicherten durch die Umsetzung medizinischer, pharmazeutischer und pflegerischer Optimierungspotentiale, insbesondere im Bereich der Pharmakotherapie, verbessern.

Zielstellung ist es durch heilberufliche Qualifizierung teamfähige Persönlichkeiten zu bilden, die gemeinsam über die Sektorengrenzen hinweg während des gesamten Projektzeitraumes eine kontinuierliche Verbesserung forcieren können.

Mit den nachfolgenden Regelungen soll die vertragliche Anbindung von Ärzten in das integrierte Versorgungsgeschehen zur Gewährleistung der arbeitsteiligen Behandlungskonzepte erfolgen und eine Steigerung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung erreicht werden.

Soweit nachfolgend keine besonderen Regelungen getroffen werden, gelten die für die pharmazeutische Versorgung geltenden Bestimmungen und Grundsätze.

§ 1

Grundsätze zur Leistungserbringung

- (1) Der Arzt verpflichtet sich, die vertraglich vereinbarten Leistungen nach Maßgabe des Vertrages zur Optimierung der Arzneimittelversorgung (geregelt in diesem Mustervertrag) für den Integrationsanbieter zu erbringen.
- (2) Die vertragsgegenständlichen Leistungen werden dabei ausschließlich für Pflegebedürftige von der im Rubrum genannten ambulanten Pflegeeinrichtung erbracht, die ihre Teilnahme an der integrierten Versorgung erklärt haben und Versicherte der Kostenträger sind.
- (3) Der Arzt wird bei der Versorgung der Pflegebedürftigen der Pflegeeinrichtung gemäß Abs. 1 und 2 eigenverantwortlich tätig und unterliegt insoweit nicht den Weisungen des Integrationsanbieters. Die für Vertragsärzte geltenden Grundsätze der Freiberuflichkeit bleiben gewahrt und die für ihn in seiner Tätigkeit als Vertragsarzt geltenden gesetzlichen und berufsrechtlichen Bestimmungen, u. a. zur Dokumentation, bleiben unberührt.
- (4) Der Arzt gewährleistet eine dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft entsprechende ärztliche Versorgung der Pflegebedürftigen. Er verpflichtet sich, mit einer wirtschaftlichen Ordnungsweise im Rahmen der medizinischen Notwendigkeit und mit einer effizienten Verwendung der zur Verfügung stehenden Mittel zur Zielerreichung dieser integrierten Versorgung beizutragen.
- (5) Die Vergütung von im einheitlichen Bewertungsmaßstab gemäß § 87 SGB V bezeichneten Leistungen erfolgt nicht auf der Grundlage dieses Vertrages, sondern gemäß den jeweiligen dazu bestehenden vertraglichen bzw. gesamtvertraglichen Regelungen.

- (6) Der Integrationsanbieter verpflichtet sich, den Arzt über die Zielsetzung und die wesentlichen Elemente des Vertrags zur Optimierung der Arzneimittelversorgung umfassend zu informieren, dem Arzt die seine Leistungen betreffenden Passagen des Vertrages zur integrierten Versorgung schriftlich zur bekannt zu geben und ihn über Weiterentwicklungen in Kenntnis zu setzen.

§ 2

Teilnahmekriterien des Arztes

- (1) Der kooperierende Arzt ist zur vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 73 SGB V zugelassen oder gemäß § 95 Abs. 2 i. V. m. §§ 116 ff. SGB V berechtigt, an der ambulanten Versorgung teilzunehmen oder ist bei einer dazu ermächtigten Pflegeeinrichtung angestellt. Die Praxisorganisation ist so geregelt, dass er die sich aus diesem Vertrag ergebenden Verpflichtungen sicherstellen kann.
- (2) Er informiert seine Praxismitarbeiter über die sich aus diesem Vertrag ergebenden Besonderheiten und deren Auswirkungen auf das Praxisgeschehen.
- (3) Um eine Evaluation gewährleisten zu können ist während der Projektphase die Teilnahme an weiteren wissenschaftlichen Studien oder Änderungen des Arzneimittelversorgungsprozesses außerhalb des OAV Versorgungsmodells ausgeschlossen.

§ 3

Qualifizierung

- (1) Der kooperierende Arzt nimmt an dem betrieblichen OAV Basiskurs zum pharmakotherapeutischen Risikomanagement im Umfang von einem halben Tag teil. Die Schulungen werden durch einen geeigneten, auf geriatrische Pharmazie spezialisierten Kooperationspartner durchgeführt. In begründeten Ausnahmefällen kann eine versäumte Präsenzveranstaltung durch E-Learning-Lehreinheiten ersetzt werden.

§ 4

Leistungen und Aufgaben des Arztes

- (1) Grundsätze zur Leistungserbringung: Der Arzt wirkt im Sinne der internationalen Leitlinien der ISO 31000 bei der Bewältigung der Arzneimittelrisiken im Versorgungsprozess steuernd mit. Der Arzt ist Partner im geriatrischen Team und an der

Durchführung des Optimierungsprozesses (Risikoidentifikation, -analyse, -bewertung, -bewältigung und -kommunikation) aktiv beteiligt.

- (2) Der Arzt verpflichtet sich, an den vierteljährlichen Fall- und Risikokonferenzen des Arzneimittelkomitees im geriatrischen Team (Arzt, Pflegefachkraft, Pharmazeut) teilzunehmen. Die in den Arzneimittelkomitees einvernehmlich beschlossenen Qualitätsmaßnahmen werden zur Durchführung eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses der Arzneimittelversorgung im Rahmen von Optimierungszyklen in das Qualitätsmanagement der Einrichtung übernommen. Die Optimierungsmaßnahmen betreffen den Versorgungsprozess.
- (3) Der Arzt überprüft die Behandlung der teilnehmenden Pflegebedürftigen auf Basis des aktuellen medizinischen Forschungsstandes u. a. der S2e Leitlinie Multimedikation, insbesondere hinsichtlich der Nutzen-Risikolage bei geriatritypischer Multimorbidität und Multiatrogenität. Hierbei berücksichtigt er die von dem Integrationsanbieter oder einem geeigneten Kooperationspartner erarbeiteten Risikoprofile und Empfehlungen sowie die in den Schulungen und Fallkonferenzen erworbenen Kenntnisse und Informationen. Der Arzt bestätigt die Kenntnisnahme der Risikoprofile mit seiner Unterschrift. Die ärztliche Therapiefreiheit, sowie seine pharmakotherapeutische Verantwortung in Rechten und Pflichten bleiben davon unberührt.
- (4) Der Arzt wirkt auch bei den mitbehandelnden Ärzten daraufhin die Medikation zu optimieren.
- (5) Der Arzt berücksichtigt bei der Verordnung von Arzneimitteln rabattierte Arzneimittel bzw. kostengünstige gleichwertige Generika.

§ 4a

Weitere Qualifikationen Interdisziplinäre Geriatrie

Darüber hinaus hat der Arzt die Möglichkeit an der integrierten berufsbegleitenden Qualifizierungsmaßnahme teilzunehmen.

Durch Leistungen unter § 3 und die Leistungen nach § 4 besteht für den teilnehmenden Arzt während der Projektlaufzeit die Option, gebührenfrei eine integrierte hochschulzertifizierte Qualifizierung in der haus- und fachärztlichen Geriatrie und/oder klinisch-geriatrischen Pharmakotherapie zu erlangen. Ein Rechtsanspruch auf den Erwerb einer solchen hochschulzertifizierten Qualifizierung wird durch diese Regelung nicht begründet.

Voraussetzungen sind:

- die Teilnahme an 80 % aller Fall-Risikokonferenzen über den Projektzeitraum (mindestens 18 Monate) hinweg,
- die Teilnahme an folgenden weiteren Schulungen zur klinischen geriatrischen Praxis in Form von Präsenzveranstaltungen:
Pharmakotherapie = 2 Tage á 8 Stunden (Pharmakotherapie) oder
Geriatric komplett = 4 Tage á 8 Stunden
- das Ablegen eines Multiple-Choice – Tests mit klinisch-geriatrischem Bezug vor Projektende

Eine Akkreditierung der Ärztekammern und einer Fachgesellschaft, z. B. der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie wird angestrebt.

§ 5

Vergütung

- (1) Die Höhe der Pauschale für die vertragsgegenständlichen zusätzlichen ärztlichen Leistungen unterteilt sich in zwei Leistungsarten und wird nur für Versicherte gewährt, für die durch Pflegefachkräfte und Apotheke eine UAE detektiert wurde, dies sind ca. 30 % der Bewohner.
 - Standardleistungen für eingeschriebene Teilnehmer mit detektierten UAE Verdacht 5,00 Euro pro Teilnehmemonat
 - einmaliger Zusatzaufwand für neu eingeschriebene Versicherte mit detektierten UAE Verdacht, 50,00 Euro

Die Pauschale für die Standardleistungen werden je Versicherten nur einmal monatlich gezahlt. Versorgen mehrere kooperierende Ärzte einen Pflegebedürftigen, erhält der kooperierende Arzt die Pauschale, welcher den Hauptanteil der Arzneimittelverordnungen bzw. der ärztlichen Betreuung an diesem Pflegebedürftigen durchführt.

- (2) Die Vergütung erfolgt unmittelbar durch den Integrationsanbieter und ist jeweils quartalsweise direkt gegenüber diesem abzurechnen. Ein Anspruch auf Vergütung gegen Dritte, u. a. Kostenträger, ist ausgeschlossen.
- (3) Vergütungsansprüche können ausschließlich für vertragsgegenständliche Leistungen zu Gunsten von Pflegebedürftigen entstehen und geltend gemacht werden, die ihre Teilnahme an dem Vertrag zur integrierten medizinischen, pharmazeutischen und pflegerischen Versorgung schriftlich erklärt haben.

§ 6

Mitwirkungspflichten

- (1) Bei der Dokumentation der ärztlichen Leistungen in den Unterlagen der Pflegeeinrichtung wirken der Arzt und die Pflegeeinrichtung/der Integrationsanbieter zusammen. Die gesetzlichen bzw. berufsrechtlichen Dokumentationsverpflichtungen des Arztes bleiben hiervon unberührt. Doppeldokumentationen sind – soweit möglich – zu vermeiden.
- (2) Der Integrationsanbieter verpflichtet sich, dem Arzt alle zur Erfüllung seiner vertraglichen Pflichten gemäß § 4 in Zusammenhang mit dem Vertrag zur integrierten Versorgung zur Optimierung der Arzneimittelversorgung erforderlichen Informationen zur Verfügung zu stellen und den Zugang zu den vereinbarten Besprechungsrunden zu ermöglichen.
- (3) Der Integrationsanbieter stellt sicher, dass die durchgeführten Fallbesprechungen nach § 4 Abs. 3 dokumentiert werden (Teilnehmer, Datum).
- (4) Die Diagnosen sind gemäß der jeweils aktuellen Klassifikation der Krankheiten des Deutschen Instituts für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) unter Berücksichtigung der Vorgaben des ambulanten Bereichs bzw. der gültigen Kodierrichtlinien (InEK - Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus) des stationären Versorgungsbereiches anzugeben.

In den ambulanten und stationären Abrechnungsbereichen sind alle behandlungsrelevanten Diagnosen zu erfassen, für die Leistungen erbracht bzw. Maßnahmen durchgeführt worden sind.

Die Diagnose ist möglichst endstellig zu kodieren. Die Erkrankung ist, soweit es die Klassifikation ermöglicht, in deren Stadium, Schweregrad und soweit sachgerecht, mit der dazugehörigen Lokalisation anzugeben. Zu jeder ambulanten Diagnose werden die Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit („A“, „G“, „V“ oder „Z“) nach den jeweils gültigen Vorgaben angegeben. Die Übermittlung der Morbiditätsinformationen hat gemäß den technischen Anlagen zu den §§ 295 ff SGB V (ambulant), § 301 SGB V (stationär/ambulant) sowie § 300 SGB V (Arzneimittelinformationen) zu erfolgen.

§ 7

Maßnahmen bei Vertragsverstößen

Bei Verstößen gegen diesen Vertrag können gegenüber dem Arzt in Abhängigkeit von der Schwere des Verstoßes geeignete Maßnahmen, wie z. B. Abmahnung, Kündigung und Schadensersatz, seitens des Integrationsanbieters ergriffen werden.

§ 8

Datenschutz

- (1) Der Integrationsanbieter und der Arzt verpflichten sich die datenschutzrechtlichen Vorschriften, die ärztliche Schweigepflicht und das Sozialgeheimnis zu beachten, personenbezogene Daten nur zur Erfüllung der sich aus diesem Vertrag ergebenden Aufgaben und unter Beachtung datenschutzrechtlicher Vorschriften zu verarbeiten, bekannt zu geben, zugänglich zu machen oder sonst zu nutzen.
- (2) Die Vertragspartner sind darüber hinaus verpflichtet, für die Verarbeitung personenbezogener Daten ausschließlich Personen einzusetzen, die auf das Datengeheimnis nach § 5 Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) und § 35 SGB I verpflichtet sind. Ferner ist sicherzustellen, dass von den Vertragspartnern und von den an der vorliegend vereinbarten integrierten Versorgung teilnehmenden Leistungserbringern eingesetzte Personal im Sinne der Datenschutzvorschriften ausreichend informiert und angewiesen ist.
- (3) Die Vertragspartner haben darauf hinzuwirken, dass sämtliche Personen, die von ihnen mit der Bearbeitung, Durchführung oder Erfüllung dieses Vertrages beauftragt oder in anderer Weise einbezogen werden, die Verpflichtungen der Vertragspartner nach Abs. 1 und 2 wie eigene Verpflichtungen erfüllen.
- (4) Die Vertragspartner stellen sicher, dass versichertenbezogene Daten nur abgerufen werden, wenn der Versicherte zuvor seine Einwilligung erteilt hat, dass diese Informationen für den konkret anstehenden Behandlungsfall genutzt werden sollen.
- (5) Soweit insbesondere zu Berichtszwecken oder aus Gründen der Außendarstellung oder zur Öffentlichkeitsarbeit nach diesen Bestimmungen schutzwürdige Daten erhoben, verarbeitet, bekannt gegeben, zugänglich gemacht oder sonst genutzt werden, erfolgt dies ausschließlich in einer Form, die einen Personenbezug oder sonstigen Rückschluss auf betroffene Versicherte nicht zulässt.

§ 9

Haftung

- (1) Der Arzt übernimmt nach Maßgabe der gesetzlichen Vorschriften die Haftung für Schäden, die er in Ausübung seiner Tätigkeit verursacht. Er hat für die in Satz 1 bezeichneten Schäden eine ausreichende Haftpflichtversicherung abzuschließen, zu unterhalten und auf Verlangen nachzuweisen. Er haftet den Patienten gegenüber unmittelbar für bei der ärztlichen Versorgung entstehende Schäden.
- (2) Der Arzt haftet gegenüber dem Integrationsanbieter für alle immateriellen und materiellen Schäden, die nach Übergabe von Datenmaterial bzw. Unterlagen durch missbräuchliche Verwendung und/oder durch Verstöße gegen das Bundesdatenschutzgesetz entstehen.

§ 10

Vertragsdauer und Kündigung

- (1) Dieser Vertrag tritt mit Unterzeichnung in Kraft. Er endet mit Beendigung des zugrundeliegenden Vertrages zur Optimierung der Arzneimittelversorgung, spätestens zum 30.03.2021. Sollte es zu einem vorzeitigen Ende des Projektes kommen, führt dies ebenfalls zur Beendigung des Vertrages.

Vertragsbeginn ist der xx.xx.xxxx.

- (2) Dieser Vertrag kann zudem mit einer Frist von sechs Wochen zum Quartalsende schriftlich von jeder Vertragspartei schriftlich gekündigt werden. In beiderseitigem Einverständnis ist auch eine außerordentliche Kündigung ohne Kündigungsfrist möglich.
- (3) Dieser Vertrag kann von den Vertragsparteien aus wichtigem Grund ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist gekündigt werden. Ein wichtiger Grund liegt insbesondere vor, wenn:
 - gegen die vertraglichen Pflichten aus diesem Vertrag wiederholt und/oder in erheblichem Maße verstoßen wurde,
 - gesetzliche Vorschriften oder aufsichtsrechtliche Maßnahmen die Fortsetzung des Vertrages unmöglich machen

§ 11

Ergänzende Regelungen und Salvatorische Klausel

- (1) Es gelten im Übrigen für das Vertragsverhältnis die Bestimmungen der §§ 611 ff. BGB. Änderungen und Ergänzungen dieser Vereinbarung bedürfen zu ihrer Wirksamkeit der Schriftform und dürfen nicht im Widerspruch zu den vorstehenden Regelungen oder zu den Zielsetzungen des Vertrages zur Optimierung der Arzneimittelversorgung stehen.
- (2) Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrages nichtig sein oder z. B. durch gesetzliche Neuregelungen ganz oder teilweise unwirksam werden oder enthält der Vertrag eine Regelungslücke, so wird hierdurch die Wirksamkeit dieses Vertrages im Übrigen nicht berührt. Tritt ein solcher Fall ein, verständigen sich die Vertragspartner unverzüglich über notwendige vertragliche Neuregelungen.

_____,
Ort

Datum

Integrationsanbieter

Arzt

Leistungsbeschreibung der Gero PharmCare GmbH im Rahmen des Projektes OAV – Optimierte Arzneimitteloptimierung für pflegebedürftige geriatrische Patienten in ambulanten und vollstationären Pflegeeinrichtungen

Leistungsgegenstand

Der Leistungsgegenstand erstreckt sich insbesondere auf das fachliche Steuerungs- und Planungsmanagement, die Implementierung eines Risikomanagementsystems (weiterhin RMS genannt) orientiert an den internationalen Leitlinien der ISO 31000 (inklusive Software) sowie auf Schulungen von Angestellten der Pflegeeinrichtungen und an der Versorgung ihrer Patienten beteiligten Ärzten und Apothekern. Im Rahmen des Projektes OAV – Optimierte Arzneimittelversorgung für pflegebedürftige geriatrische Patienten hat der Konsortialpartner Gero PharmCare GmbH folgende Aufgaben:

1. Gruppenschulungen OAV Basiskurs (Theorie) 2 Tage (16 h), Mitarbeiter der Apotheke, ca. 10 geriatrischen Teams, ca. 60 Personen.
2. Gruppenschulungen OAV Ärzte, ca. ½ Tag zum pharmakotherapeutischen Risikomanagement.
3. Gruppenschulungen OAV Basiskurs (Praxis), 3 Tage in einer der teilnehmenden Pflegeeinrichtungen, ca. vier geriatrischen Teams, ca. 20 Personen.
4. Installation und Inbetriebnahme (Implementierung des RMS) an einem Tag vor Ort für Pflegeeinrichtung und Apotheke.
5. Nachbetreuung und Vermittlung von Kenntnissen direkt am Arbeitsplatz ca. 3 Monate nach Inbetriebnahme (Implementierung des RMS) für die OAV-Basisgeschulten, teilnehmenden Personen (1 Tag = 8h).
6. E-Learning Basiskurse für Pflegefachkräfte, Mitarbeiter der Apotheke und Ärzte, die später ins Projekt einsteigen, zur Vermittlung von Basiswissen im OAV Projekt. Diese ersetzen nicht die Schulungen (Punkte 1-5), sondern stellen eine Ergänzung dar.
7. Klinische Risikoanalysen für Bewohner mit UAE Verdacht, inkl. notwendiger Folgeanalysen.
8. Qualitätssicherung pro Patient. Die Qualitätskontrolle umfasst die Prozessschritte, (Auszug zum Verständnis), Patient eingeschrieben, Patient Risikoprofil erstellt, UAE Detektion durchgeführt, UAE Verdacht, Medikationsanalyse durchgeführt, Rückmeldung Arzt, u. ä.

9. Stellung der Software VERIKO® zur Anfertigung eines individuellen Risikoprofils, pro Bewohner, sowie Qualitätssicherung für Risikointerventionen und Risikopräventionsempfehlungen.

10. Konzeptentwicklung Patientenpass: Im Rahmen des Innovationsfonds wird ein Patientenpass entwickelt, der einer sektorenübergreifenden Risikokommunikation zwischen den Berufsgruppen, aber auch zwischen verschiedenen Institutionen, z. B. Heim-Krankenhaus, dienen kann. Ziel ist es einen Pass herzustellen, den auch der hochbetagte, zumeist nicht EDV-affine Patient immer bei sich tragen kann. Darin sollen alle essenziellen Informationen für eine Notfall- oder Krisensituation hinsichtlich iatrogenen Ereignisse in einer für den Patienten verständlichen Form dargestellt werden. Der Patientenpass enthält den bundeseinheitlichen Medikationsplan. Er geht jedoch weit darüber hinaus, da er die wichtigsten, vom geriatrischen Team erkannten arzneimittel-, morbiditäts- und kontextrelevanten Risikofaktoren des Patienten beinhaltet, wie z.B. erhöhte individuelle UAE-Risiken.

Vergütungsregelungen gemäß § 12 des Vertrages zur Optimierung der Arzneimittelversorgung in ambulanten Pflegeeinrichtungen – 2. Version

- (1) Die teilnehmenden Kostenträger zahlen innerhalb der Vertragslaufzeit Vergütungspauschalen für ihre eingeschriebenen Versicherten. Diese setzen sich zusammen aus den jeweiligen Pauschalen für die vertragsgegenständlichen pflegerischen Leistungen, den vertragsgegenständlichen pharmazeutischen Leistungen, den vertragsgegenständlichen ärztlichen Leistungen sowie für Projektsteuerung, -koordination und -kommunikation.
- (2) Die Höhe der zu leistenden Zahlungen wird auf der Grundlage der Teilnehmermonate der eingeschriebenen Versicherten für das jeweilige abzurechnende Quartal ermittelt. Die zahlungsbegründenden Unterlagen (Abrechnungsunterlagen) für das abzurechnende Quartal sind vom Integrationsanbieter jeweils bis zum 5. des 2. Monats im Folgequartal bei den Kostenträgern einzureichen. Die Zahlung wird nach Ablauf einer Prüfungsfrist von 10 Arbeitstagen durch den Kostenträger nach Vorliegen der Abrechnungsunterlagen geleistet. Die nähere Ausgestaltung des Abrechnungsverfahrens wird bei Bedarf zwischen den Kostenträgern und dem Integrationsanbieter gesondert schriftlich vereinbart.
- (3) Die Höhe der Pauschale für die vertragsgegenständlichen zusätzlichen pflegerischen Leistungen unterteilt sich in zwei Leistungsarten.
 - Standardleistungen für eingeschriebene Teilnehmer 7,75 Euro pro Teilnehmemonat
 - einmaliger Zusatzaufwand für neu eingeschriebene Versicherte 60,00 Euro
- (4) Die Höhe der Pauschale für die vertragsgegenständlichen zusätzlichen pharmazeutischen Leistungen unterteilt sich in zwei Leistungsarten.
 - Standardleistungen für eingeschriebene Versicherte 4,66 Euro pro Teilnehmemonat
 - einmaliger Zusatzaufwand für neu eingeschriebene Versicherte 45,00 Euro

Die Pauschalen sind an den kooperierenden Apotheker nach Anlage 3 weiterzureichen.

- (5) Die Höhe der Pauschale für die vertragsgegenständlichen zusätzlichen ärztlichen Leistungen unterteilt sich in zwei Leistungsarten und wird nur für Versicherte gewährt,

für die durch Pflegefachkräfte und Apotheke eine UAE detektiert wurde, dies sind ca. 30 % der Bewohner.

- Standardleistungen für eingeschriebene Teilnehmer mit detektierten UAE Verdacht 5,00 Euro pro Teilnahmemonat
- einmaliger Zusatzaufwand für neu eingeschriebene Versicherte mit detektierten UAE Verdacht, 50,00 Euro

Die Pauschale wird für jeden Versicherten nur einmal monatlich gezahlt. Versorgen mehrere kooperierende Ärzte einen Bewohner, erhält der kooperierende Arzt die Pauschale, welcher den Hauptanteil der Arzneimittelverordnungen bzw. der ärztlichen Betreuung an diesem Bewohner durchführt. Die Pauschalen sind an den kooperierenden Arzt nach Anlage 4 weiterzureichen.

- (6) Die Höhe der Pauschale für die vertragsgegenständlichen Leistungen für Projektsteuerung, -koordination und -kommunikation beträgt je teilnehmenden Versicherten 2,50 Euro je Monat. Voraussetzung ist, dass der Versicherte den gesamten Kalendermonat eingeschrieben war.
- (7) Die Zahlungen der Pauschalen nach Abs. 3 bis 6 werden an den Integrationsanbieter für die Pflegeeinrichtung mit schuldbefreiender Wirkung für den Kostenträger gezahlt.
- (8) Die Kostenträger sind berechtigt, Ansprüche aller Art gegen den Integrationsanbieter mit Vergütungsansprüchen des Integrationsanbieters aufzurechnen.
- (9) Die Kostenträger behalten sich vor die abgerechneten Pauschalen zu prüfen. Fehlerhaft abgerufene Pauschalen werden mit der nächsten Zahlung der Pauschalen verrechnet.

Erläuterungen zu Qualifizierungsmaßnahmen in OAV

1. Grundgedanken und Vorerfahrungen zur Qualifizierung in OAV

In einem hochwertigen, modernen Gesundheitssystem mit vielen Behandlungsmöglichkeiten und Beteiligten entstehen manchmal unkoordinierte, ja sogar schädliche Situationen für die Patienten. Im Falle der Multimedikation sind davon jährliche hunderttausende, vor allem hochbetagte Senioren betroffen. In OAV sollen daher möglichst viele und schwerwiegende Patientenschädigungen der pflegebedürftigen Senioren, die insbesondere im Rahmen der Arzneimittelversorgung entstehen, verhindert oder vermindert werden. Dies geschieht durch ein sektorenübergreifendes Risikomanagementsystem. Es wird von allen beteiligten Versorgern (Pflegeeinrichtungen, Arztpraxen, Apotheken) über die geriatrischen Teams betrieben. Die Gero PharmCare unterstützt die Versorger, bzw. geriatrische Teams bei der Implementierung der OAV in allen Phasen der Risikobeurteilung (Risikoidentifikation, -analyse, -bewertung, siehe unten) durch betriebliche Weiterbildungen, Moderation (geriatrische Pharmazeuten), Qualitätssicherung und den VERIKO® - (Software) Assistenten. Die Heilung der arzneimittelassozierten Erkrankungen durch Risikobewältigung der Arzneimittelversorgung obliegt dabei jederzeit und ausschließlich den Versorgern.

Ein weiteres Ziel des OAV Versorgungsmodells ist es, das Risikomanagementsystem in möglichst vielen der 96 Netzwerke nachhaltig zu verankern. Ein Risikomanagementsystem etabliert sich in der Versorgungspraxis in sogenannten Stufen, auch Reifegrade genannt [siehe Anhang S.14/15, Abb.2 und Tabelle 5].

Dabei kann von einem (Arzneimittel)risikomanagementsystem, gemäß den internationalen Leitlinien erst ab Stufe 4 gesprochen werden.

Die bisherigen Versorgungsforschungsprojekte in NRW und in Nordost zeigten, dass max. 20–30 % der Netzwerke (geriatrischen Teams) Stufe 3 halten konnten. Bei weiteren 20 % aller Pflegeeinrichtungen zeichnet sich ab, das hier, im Sinne der internationalen Leitlinien, von einem Risikomanagementsystem (Stufe 4) gesprochen werden kann. Diese waren im Wesentlichen für einen großen Teil der guten Ergebnisse aller Netzwerke verantwortlich. Neben den ökonomischen und klinischen Indikatorsystemen, z. B. UAE-Raten, UE Raten werden für die (interne) Steuerung der Risikomanagementsysteme in OAV daher Qualitätsindikatoren zur Ermittlung der Reifegrade eine wichtige Rolle spielen (Wo stehen wir?).

In der praktischen Konsequenz aus den Versorgungsforschungen ergab sich daraus die Notwendigkeit eine grundständige Erweiterung und Erneuerung der Qualifizierung (klinischen

Anlage 7 Qualifizierung zum Vertrag gemäß § 140a Abs. 1 SGB V i. V. m. § 92b SGB XI zur integrierten medizinischen, pharmazeutischen und pflegerischen Versorgung von multimorbiden geriatrischen Patienten in ambulanten und vollstationären Pflegeeinrichtungen in der Fassung vom 03.04.2018

Ausbildung) des geriatrischen Teams im OAV Innovationsfonds einzuführen. Aufgabe in OAV ist es, das nicht nur etwa 20 %, sondern erheblich mehr geriatrische Teams das Ziel eines echten Risikomanagementsystems (mind. Reifegrad 4) realisieren und halten können (siehe Abb. 1, Abb.2 und Tabelle 5). Die **Pflicht**weiterbildungen der Gero PharmCare sind notwendig (OAV Basiskurs), damit alle Teilsysteme und Instrumente des Risikomanagementsystems (siehe Abb. 1, Stufe 3) eingeführt werden, **Wahl**weiterbildungen der UW/H (Pflegeexperten, etc.) damit das Risikomanagementsystem nachhaltig etabliert werden kann (siehe Anhang, Stufe 4 und 5).

Tabelle 1: Pflicht- und Wahlqualifikationen in OAV

	Betriebliche Weiterbildung	Berufsintegrierte Hochschulweiterbildung	E-Learning
Pflichtqualifikation	Gero PharmCare: Alle Methoden und Instrumente: OAV – Basiskurs,		
Wahlqualifikation		UW/H u. Dritte: Pflegeexperten der medikamentösen Versorgung, Geriatrische Pharmazeuten (Klinisch/fortgeschritten)	Gero PharmCare: In allen Stufen
Wahlqualifikation		UW/H u. Dritte: Pflegeexperten Geriatrie, geriatrische Haus-/ Fachärzte	

Erläuterungen zu Tabelle 1:

- betriebliche Bildung: Intensivschulungen und Einführung aller notwendigen Methoden und Instrumente im Lernmanagementsystem, d. h. Präsensschulungen (OAV-Kurs) inkl. der Online Schulungen (E-Akademie) notwendig für Reifegrad 3 durch die Gero PharmCare.
- Berufsintegrierte Hochschulbildung, Vertiefung an eigenen klinischen Fällen, notwendig für Reifegrad 4 (Wahlausbildungen), durch Universität Witten/Herdecke und Dritte (externe Hochschuldozenten, IGPIG). Weiterbildungen als „Pflegeexperten in der medikamentösen Versorgung“ und „Geriatrische Pharmazeuten (klinisch/fortgeschritten)“,
- Wahlausbildungen als „Pflegeexperten der Geriatrie“ und „Haus-Fachärzte der Geriatrie“. Ein (Arzneimittel)risikomanagementsystem als Geschäftsmodell zu nutzen

(siehe, Tab. 2, Stufe 5), liegt zwar im Interesse des Patienten und des öffentlichen Gesundheitswesens (Stichwort: Risiko- und Fehlerkultur), muss aber, ebenso wie die notwendigen Weiterbildungen der Stufe 4, jeder Einrichtung selbst überlassen bleiben.

Daraus ergibt sich für die Reifung der Risikomanagementsysteme hinsichtlich der Qualifizierungen aller beteiligten Einrichtungen in OAV folgendes Bild:

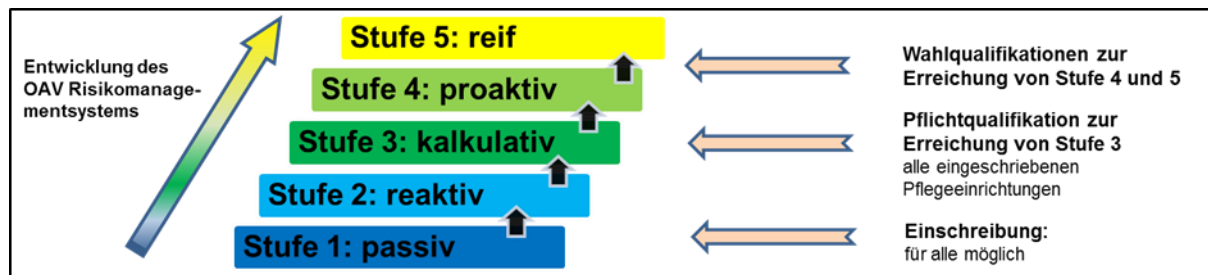


Abb. 1: Reifegrade und Qualifikationen im OAV Risikomanagementsystem
angelehnt an ONR 49000-Richtlinienserie, adaptiertes Modell v. J.Reason

2. Der Risikomanagementprozess in OAV

Ziel des OAV Modells ist eine effiziente und standardisierte Verhinderung und Verminderung von Patientenschädigungen, bzw. der unerwünschten Arzneimittelereignisse (UAE) bei allen teilnehmenden pflegebedürftigen Senioren. OAV orientiert sich dabei an den internationalen Leitlinien des Risikomanagements der ISO 31000 und den Umsetzungen eines Risikomanagementsystems in der ONR 49000-Richtlinienserie (ONR 49001, ONR 49002, ONR 49003). Hinsichtlich dieser Betrachtungen sind die berufsgruppenspezifischen Verfahren, das Geriatrische Assessment, das Pflegerische Assessment und das Geriatrische Medikationsassessment auch als klinische Risikomanagementprozesse zu verstehen.

Das geriatrische Team initiiert nun einen sich stetig wiederholenden interdisziplinären Risikomanagementprozess. Auf diese Weise sollen in einer zyklischen, kontinuierlichen Verbesserung (Arzneimittel)Risiken berufsgruppen- und sektorenübergreifend identifiziert, analysiert, bewertet, beurteilt und bewältigt werden. Sie führen so zur Optimierten Arzneimittel Versorgung.

Die dazu notwendigen Schritte (siehe unten) werden durch eine forcierte Zusammenarbeit des geriatrischen Teams (Pflegefachkräfte, Ärzte, Apotheker), unterstützt durch den elektronischen VERIKO® (Software) Assistenten, geleistet. Die UAE–Detektion (nach dem WHO–Kausalitätsassessment, bzw. Naranjo–Assessment der klinischen Pharmakologie) erfolgt dabei risikopriorisiert, d. h. die schwersten und häufigsten UAE werden vom Team vorrangig behandelt:

2.1 Risikoidentifikation

- Schritt 1: Die klinischen Symptome einer potenziellen UAE (Stürze, Magenblutungen, Kognitionsstörungen, etc.) werden bei allen eingeschriebenen Versicherten durch vertiefte Therapiebeobachtungen der Pflegefachkräfte, ggf. auch der Ärzte erkannt. Für alle eingeschriebenen Versicherten wird der Medikationsplan in der Software VERIKO® erhoben (elektronischer Import oder Handfassung).
- Schritt 2: Es erfolgt durch die Software VERIKO® ein automatisiertes Risikoscreening pro Pflegebedürftigen hinsichtlich kumulativer geriatritypischer Arzneimittelnebenwirkungen. Diese beiden Gruppen (aus Beobachtung der Pflegenden plus Risikoscreening der Software) bilden den Pool zur Detektion eines unerwünschten Arzneimittelereignisses (UAE) bei allen eingeschriebenen Versicherten.

2.2 Risikoanalyse

- Schritt 3: Der teilnehmende Apotheker führt für jeden im Pool befindlichen Pflegebedürftigen während der monatlichen IVi (Intensivschulung-Visitenvorbereitung) eine UAE-Detektion durch. Bei ca. 30 % der Pflegebedürftigen muss der UAE-Verdacht durch eine vertiefte Medikationsanalyse, sowie die ärztliche Nutzen-Risiko-Bewertung (siehe Schritt 5) verifiziert werden.
- Schritt 4: Die klinisch erfahrenen Geriatrischen Pharmazeuten der Gero PharmCare GmbH führen eine Medikationsanalyse durch und formulieren ggf. eine Interventionsempfehlung (z. B. Empfehlung zur Änderung der Medikation).

2.3 Risikobewertung

- Schritt 5: Das individuelle Risikoprofil, d. h. der geriatrisch-pharmazeutisch verifizierte UAE-Verdacht und die Interventionsempfehlung werden dem zuständigen Arzt des Pflegebedürftigen schriftlich übermittelt. Die behandelnden Ärzte führen auf Grundlage der Risikoprofile eine aktuelle Nutzen-Risiko-Bewertung der Gesamtmedikation ihrer Risikopatienten durch.

2.4. Risikobewältigung

- Schritt 6: Der behandelnde Arzt entscheidet über die Medikationsänderungen², das geriatrische Team über Änderungen im Bereich der Arzneimittelversorgung (Medikationsprozess).

² Die Responderate der Ärzte zu Interventionsempfehlungen bei einem solchen Vorgehen innerhalb eines Arzneimittelrisikomanagementsystems lag bei 76 %: Onlineveröffentlichung 2014, Abgerufen am 16.06.2017 <https://www.aknr.de/apotheker/inhalt.php?id=167&sid=g7jmqh025tiavguo57sj747u21>

- Schritt 7: Nach Optimierung der Arzneimittelversorgung erfolgt ein Monitoring der Symptome des Pflegebedürftigen, dann weiter mit Schritt 2.

3. Allgemeine Erläuterungen zu Dienstleistungen und Qualifizierungen in OAV

Die OAV greift tief in den Ablauf und die Strukturen der beteiligten Pflegeeinrichtungen ein. Um eine möglichst genaue Differenzierung zwischen bestehenden Regelleistungen der einzelnen Berufsgruppen und neuen Elementen der OAV zu erreichen, sollte hinsichtlich einer potenziellen, neuen Regelversorgung eine (Teil)Aufgabenstellung des gesamten Projektes gewährleistet sein.

Ziel der neuen, eigenständigen OAV ist es dabei, dass das OAV-Risikomanagementsystem integraler Bestandteil des Geschäftsmodells (Regelversorgung) der Pflegeeinrichtungen, Arztpraxen und Apotheken (siehe Tabelle 4) und eine offene Fehler- und Risikokultur über alle Hierarchiestufen der Einrichtungen verwirklicht und gelebt wird.³

Die Versorgungspraxis zeigt, dass die Realisierung des Risikomanagementsystems und der damit verbundenen Dienstleistungen von unterschiedlichen Reifegraden der Institutionen und des geriatrischen Teams im Netzwerk abhängig ist (siehe Anhang).

Hierbei spielt die Motivation und das Bestreben einer echten persönlichen und arbeitsorganisatorischen Weiterentwicklung im geriatrischen Team eine entscheidende Rolle. Bei der Auswahl des Netzwerkes und vertraglichen Konstituierung des geriatrischen Teams sollte dieser Punkt beachtet werden. Darüber hinaus sollten die Netzwerke in Aussicht stellen können, dass sie nach der Adaption/Etablierung der Strukturen und Prozesse im Projektverlauf (Stufe 3) den Reifegrad vier bis fünf (siehe Tabelle 4) durch einen kontinuierlichen Verbesserungsprozess (Optimierungszyklen) erreichen **wollen**.

Daher unterscheiden wir im OAV Versorgungsmodell:

- a) Regeldienstleistungen, die von den Versorgern bisher auch erbracht werden müssen,
- b) neue OAV Dienstleistungen, die mindestens erforderlich sind um überhaupt von einem systematischen Risikomanagement sprechen zu können,

³ Angelehnt und modifiziert nach „Austrian Standards Institute (Hrsg.), Normensammlung Risikomanagement ONR 49001:2014, 2.aktualisierte Auflage 2014“

- c) Fähigkeiten (Qualifizierungen), die durch eigene Bemühungen der Versorger im gesamten Projektverlauf erworben werden müssen (Pflichtausbildungen),

- d) Fähigkeiten (Qualifizierungen) die durch eigene Bemühungen der Versorger im gesamten Projektverlauf erworben werden sollten (Wahlausbildungen)

Die Punkte b) bis d) erzeugen kumulativ eine kontinuierliche Verbesserung um das Risikomanagementsystem zu realisieren (siehe Anhang, Abb.2). Die Reifung soll durch Qualitätsindikatoren (Bewertung UW/H) und Ergebnismessungen (VERIKO® Software Assistent der Gero PharmCare) vom geriatrischen Team/Versorgern gesteuert werden. (Stichwort: „selbstlernendes Risikomanagementsystem“)

3.1 Die OAV Qualifizierungen

3.1.1 Der OAV Basiskurs

Der OAV Basiskurs (Theorie)

findet für mind. acht geriatrische Teams eines regionalen Netzwerkbündels zentral statt. Die Pflegefachkräfte und das pharmazeutische Personal nehmen während des gesamten Zeitraums an dieser Veranstaltung teil. Die klinischen, geriatrisch-pharmazeutischen Inhalte betreffen insbesondere die Grundlagen und Grundbegriffe der geriatrischen Pharmakotherapie, sowie des Qualitäts- / Fehler- und Risikomanagements in der Arzneimittelversorgung, Risikoassessments der geriatrietypischen Instabilität, Kognitionsstörungen und Demenz, der arzneimittelassoziierten gastrointestinale Störungen, Elektrolytstörungen, Miktionsstörungen, ect. ., sowie Probleme durch Dosisanpassung bei Niereninsuffizienz und der Psychopharmakotherapie im Alter.

Am 2.Tag (4h) sind auch die Ärzte beteiligt. Inhaltlich betrifft dies insbesondere die Methoden einer Optimierten Arzneimittelversorgung, wie das Pflegerische Assessment (hier: Therapie- und Krankenbeobachtung, und Interventionen), das Geriatrische Assessment und das

Geriatrische Medikationssassessment und wie diese im klinischen Risikomanagementsystem und einer neuen Risikokultur interdisziplinär angewendet werden.

OAV Basiskurs (Praxis) 3tägig OAV,

Dieser Teil des OAV Basiskurs findet in einer teilnehmenden heimstationären Pflegeeinrichtung mit den Pflegekräften der Einrichtung und dem pharmazeutischen Personal von jeweils vier geriatrischen Teams statt. Hier werden die in den ersten beiden Tagen theoretisch beschriebenen Inhalte von den geriatrischen Pharmazeuten (Moderatoren) der Gero PharmCare gemeinsam mit den Pflegekräften und dem pharmazeutischen Personal

Erläuterungen zur Qualifizierung-OAV Innovationsfonds©

Anlage 7 Qualifizierung zum Vertrag gemäß § 140a Abs. 1 SGB V i. V. m. § 92b SGB XI zur integrierten medizinischen, pharmazeutischen und pflegerischen Versorgung von multimorbiden geriatrischen Patienten in ambulanten und vollstationären Pflegeeinrichtungen in der Fassung vom 03.04.2018

praktisch umgesetzt und geübt. Dies betrifft vor allem die Methoden der Qualitätssicherung des Medikations- und Risikomanagementprozesses, die Handhabung des VERIKO® Software – Assistenten, der UAE Detektion und der klinischen Pharmakotherapie. Am Nachmittag des dritten Tages sind die gesamten schädigenden Medikationsfehler der eingeschriebenen Patienten und die betreffenden Risiken dieser Einrichtung transparent. Sie werden in einer Fall- und Risikokonferenz, dem Arzneimittelkomitee mit dem/den kooperierenden Arzt/ Ärzten besprochen, woraufhin das geriatrische Team des Netzwerkes für alle Risikopatienten und –prozesse entsprechende Maßnahmen einleitet.

Danach erfolgt die **Implementierung des RMM-system** und die **Etablierung und Leistungsförderung** in zwei eintägigen OAV Basis Kurstagen, sowie begleitend das **OAV E-Learning**.

3.1.2 Hochschulqualifizierungen in OAV

Die berufsintegrierten Hochschulweiterbildungen mit Zertifikat sind Wahlweiterbildungen einer interdisziplinären Geriatrie. Sie vertiefen und ergänzen den OAV Basiskurs, verlaufen vorwiegend orts- und zeitunabhängig, mit wenigen Präsenzveranstaltungen. Die Curricula stehen den OAV Teams planungsgemäß ab Juli/August 2018 zur Verfügung. Abgeschlossene pflegerische (Medikationsfachkraft), geriatrisch-pharmazeutische, oder ärztliche Weiterbildungen (klinisch-pharmakologisch) sind anteilig anrechnungsfähig auf diese Qualifizierung.

Tabelle 2: Qualifizierungen der Pflege im OAV Modell

Setting	Anforderungen während des gesamten OAV Projektes	Qualifizierung	Erfordernis
Stationäre Pflegeeinrichtung	Es gibt auf jedem Wohnbereich jederzeit* mindestens eine intensivgeschulte Pflegefachkraft (in Ausbildung)	Pro Wohnbereich (ca. 20 Heimbewohner) erfahren 1-2 Pflegefachkräfte eine betriebliche Intensivschulung (OAV Basiskurs)	Pflicht
	Es soll in jedem Haus pro 50 Heimbewohner** jederzeit mind. eine/n Pflegeexperten in der medikamentösen Versorgung in Ausbildung sein	2jährige hochschulzertifizierte Weiterbildung „Pflegeexperten in der medikamentösen Versorgung“ - Modul 1 Hochschulzertifizierung der UW/H	Wahl
	Es soll in jedem geriatrischen Team eine/n „Pflegeexperten/in der Geriatrie“ in Ausbildung geben. (Anmerk.: Pflegeexperten Medikation und Geriatrie können eine Person sein.)	2jährige hochschulzertifizierte Weiterbildung (zu Pflegeexperten der Geriatrie (Advanced Nursing) der UW/H	Wahl

	Es gibt in jedem Pflegedienst jederzeit* mindestens eine intensivgeschulte Pflegefachkraft pro 20 versorgten Patienten	betriebliche Intensivschulung (OAV Basiskurs)	Pflicht
Ambulante Pflegedienste	Es soll in jedem Haus pro 50 Heimbewohner** jederzeit mind. eine/n Pflegeexperten in der medikamentösen Versorgung in Ausbildung sein	2jährige hochschulzertifizierte Weiterbildung Abschluß: „Pflegeexperten in der medikamentösen Versorgung“ - Modul 1 Hochschulzertifizierung UW/H und Dritter	Wahl
	Es soll in jedem geriatrischen Team eine/n „Pflegeexperten/in der Geriatrie“ in Ausbildung geben.	2jährige Hochschulweiterbildung (zu Pflegeexperten der Geriatrie (Advanced Nursing) der UW/H und Dritter	Wahl

* Scheidet ein Arbeitnehmer während der Projektlaufzeit aus dem Arbeitsverhältnis einer teilnehmenden Pflegeeinrichtung aus hat er ab dem Zeitpunkt seines aktiven Ausscheidens keinen Anspruch auf eine Fortführung der Qualifizierung. Jede teilnehmende Pflegeeinrichtung hat dafür Sorge zu tragen, dass im Falle einer längeren Verhinderung (6 Wochen und mehr) oder bei Beendigung des Arbeitsverhältnisses ein neuer Arbeitnehmer im OAV Basiskurs entsprechend qualifiziert wird. Im Gegenzug stellt der Auftraggeber ein Qualifizierungsprogramm für einen „Seiteneinstieg“ während der gesamten Projektlaufzeit zur Verfügung. Dabei ist zu beachten, dass bei einem „Seiteneinstieg“ lediglich eine Teilnahmebescheinigung über die entsprechend absolvierten Lehrinhalte ausgestellt wird und ein Hochschulzertifikat nach dem offiziellen Projektende nicht gewährleistet werden kann.

**Die Qualifizierung und das sich daraus ergebende klinische Risikobewusstsein der einzelnen Versorger ist eine übergreifende, arbeitsorganisatorische Qualität der teilnehmenden Einrichtung. Sie ist fluktuationsunabhängig von der Anzahl der eingeschriebenen Versicherten zu denken. Daher ist die ausschlaggebende Größe für die Qualifizierung die Gesamtzahl der versorgten Pflegebedürftigen.

Tabelle 3: Beispielhafte Zuordnung der Tätigkeiten der „Pflegeexperten zur medikamentösen Versorgung“ in OAV

Bereich	Aufgabe/Inhalte
Intensivschulung/Visitenvorbereitung mit Apotheker (IVi). Gilt ebenfalls für jeweils eine weitere Pflegefachkraft pro Wohnbereich.	Überprüfung des (Hoch)risikoklientels anhand der Symptomkontrolle, der Medikationsanalyse, des UAE Verdachtes und Mitarbeit bei der Erstellung eines Risikoprofils
Vorbereitung Visite mit dem behandelnden Arzt	Besprechung mit Pflegekräften der Visitenvorbereitung und bei Therapieanpassung Kontrolle der Dokumentation von Veränderungen
Vorbereitung und Teilnahme an vierteljährlichen Fallbesprechungen / AMK	Auswahl von Hochrisikoklientel anhand von Auffälligkeiten und auf Grundlage der Visiten, Zuarbeit zum QM
Dokumentation	Controlling der Dokumentation der Arzneimitteltherapie betreffend, inkl. Bedarfsmedikation (ggf. Absetzen/Neuerordnung veranlassen)
Medikationsplan	Verantwortlich für die Dokumentation der Gesamtverordnung eines Patienten im multi-professionellen elektronischen Medikationsplan (VERIKO® Assistenz)
Interne Standards	Controlling der Durchführung der Standards und Handlungsanweisungen bezüglich des Umgangs, Verabreichung, Richten und Lagerns von Medikamenten, Optimierung des Rezeptmanagements
Therapiebeobachtung	Controlling der Therapiebeobachtung
Stationsbegehung / Pharmazeutisches Audit	Mitwirkung in Zusammenarbeit mit der Apotheke
Beratung	Ansprechpartner zu Fragen der Arzneimitteltherapie im Bereich
Besprechung der Pflegeexperten Medikation	Absprachen und Austausch mit anderen Pflegeexperten

3.2 Allg. Erläuterungen zu Dienstleistungen/Qualifizierungen der Pflege in OAV

Als Bestandteil eines QM-Systems der Versorger kann OAV nicht nur als eine qualitative, sondern auch als eine arbeitsorganisatorische Verbesserung der Arzneimittelversorgung umgesetzt werden: Statt vermeidbare Nebenwirkungen von Arzneimitteln zu „bepflegen“ und zu verwalten (Lagerung, Anwendung, Dokumentation, QM, etc.), können individuell oft erheblich effizientere, medizinisch-pflegerische Dienstleistungen vom geriatrischen Team

Anlage 7 Qualifizierung zum Vertrag gemäß § 140a Abs. 1 SGB V i. V. m. § 92b SGB XI zur integrierten medizinischen, pharmazeutischen und pflegerischen Versorgung von multimorbiden geriatrischen Patienten in ambulanten und vollstationären Pflegeeinrichtungen in der Fassung vom 03.04.2018
beschlossen werden. Die Qualifizierungen der Berufsgruppen sind unter diesen klinischen Gesichtspunkten zu betrachten.

3.3 Allg. Erläuterungen zu Dienstleistungen/Qualifizierungen der Apotheker und geriatrischen Pharmazeuten in OAV

Etwa einen Dienstleistungstag pro Monat pro Pflegeeinrichtung, dieser beinhaltet u. a.:

- Intensivschulung/Visitenvorbereitung (ca. drei–vier Stunden)
- Vorbereitung, elektronische Dokumentation, Erzeugung und Auswertung der Risikoprofile aller Risikopatienten, Interventionen bei UAE (ca. drei–vier Stunden)
- jeden dritten Monat nachmittags eine pharmakotherapeutische und arbeitsorganisatorische Fall- oder Risikokonferenz, auch Arzneimittelkomitee (AMK)⁴ genannt

Ein anfänglicher Mehraufwand während der Implementierung und Adaption in den ersten 6-9 Monaten und ggf. darüber hinaus ist unter dem Gesichtspunkt der Qualifizierung zu betrachten (siehe Tab. 4).

3.4 Allg. Erläuterungen zu Dienstleistungen/Qualifizierungen der Kooperationsärzte

Diese bestehen in der Teilnahme an vierteljährlichen Fall- und Risikokonferenzen und AMKs. Ein ggf. entstehender Mehraufwand hinsichtlich der Bewältigung der Multimedikation z. B. der Anwendung der S2e–Leitlinie Multimedikation, inkl. des modifizierten Garfinkel-Algorithmus, etc. ist unter dem Gesichtspunkt der Qualifizierung zu betrachten (siehe Tab.4).

⁴ Ein Arzneimittelkomitee (Abkürzung AMK) ist ein sektorenübergreifendes und entscheidungsbefugtes Gremium (Arztpraxis, Pflegeeinrichtung, Apotheke) das Beschlüsse zur Änderung der Arzneimittelversorgungsabläufe fasst. Die „Pflegeexperten in der medikamentösen Versorgung“ sind verantwortlich für die Umsetzung in der Pflegeeinrichtung.

Tabelle 4: Qualifizierungen Apotheke und Arztpraxis

Berufsgruppe	Anforderungen während des gesamten OAV Projektes	Qualifizierung	Erforderlich
Apotheker	Es gibt in jedem geriatrischen Team jederzeit mind. einen intensivgeschulten Apotheker.	eine betriebliche Intensivschulung (OAV Basiskurs)	Pflicht
	Es soll in jedem geriatrischen Team einen Geriatrischen Pharmazeuten (Advanced Level) in klinischer Ausbildung geben	2jährige hochschulzertifizierte Weiterbildung (zum Geriatrischen Pharmazeuten (Advanced Level) der UW/H und Dritter	Wahl
PTA	Es gibt für jede Pflegeeinrichtung jederzeit mindestens eine intensivgeschulte PTA in klinischer Ausbildung	eine betriebliche Intensivschulung (OAV Basiskurs)	Pflicht
Arzt	Es soll in jedem geriatrischen Team mindestens einen, besser zwei Kooperationsärzte in einer Weiterbildung zur geriatrischen Pharmakotherapie geben.	2jährige hochschulzertifizierte Weiterbildung in der haus-oder fachärztlichen klinisch-geriatrischen Pharmakotherapie („Polypharmazieärzte“) der UW/H und Dritter	Wahl
Arzt	Es soll in jedem geriatrischen Team mindestens einen, besser zwei Kooperationsärzte in Weiterbildung zur haus- bzw. fachärztlichen Geriatrie geben.	2jährige hochschulzertifizierte Weiterbildung (in der haus-oder fachärztlichen Geriatrie der UW/H und Dritter)	Wahl

4 Anhang

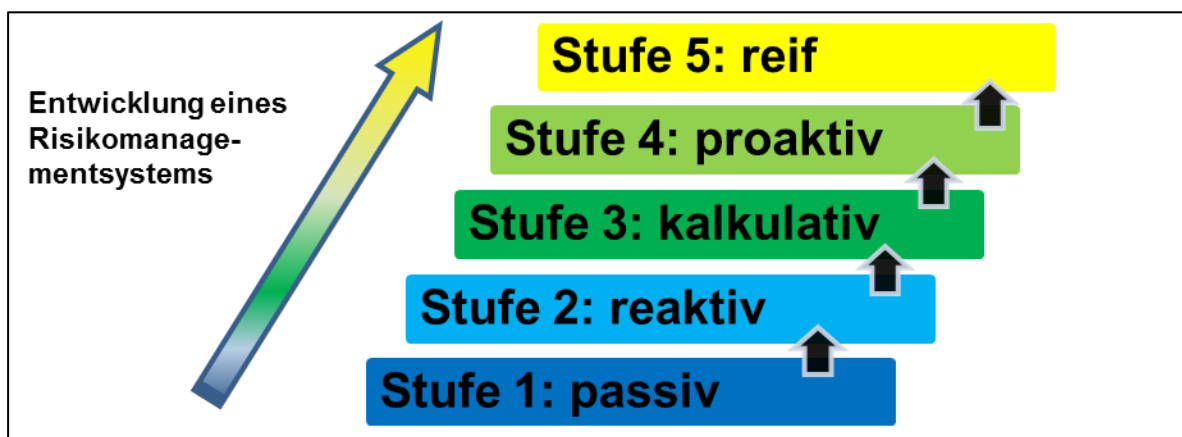


Abb. 2: Reifegrade eines Risikomanagementsystems nach ONR 49001:2014 und J. Reason

Tabelle 5: Beschreibung der Reifegrade eines Risikomanagementsystems n. ONR 49001:2014

Stufe	Beschreibung
Stufe 1	
Stufe 2	Risikomanagement wird zwar als wichtig erklärt, aber konkrete Maßnahmen werden nur dann getroffen, wenn ein schweres Ereignis/ein Unfall eingetreten ist oder wenn aufgrund gesetzlicher Vorschriften Aktivitäten zwingend sind.
Stufe 3*	Teilsysteme und Instrumente sind eingeführt, um mit allen Risiken umzugehen. Ob die Risiken wirklich verstanden werden und ob die Systeme robust und verlässlich funktionieren, steht nicht im Vordergrund. Dienstanweisungen dienen der rechtlichen Absicherung. Formelle Zertifizierungen haben die Systemwirksamkeit zu beweisen.
Stufe 4	Das Risikomanagement-System ist eingeführt. Die Führungskräfte und Mitarbeiter haben die Risiken verstanden und versuchen, mehr oder weniger systematisch mit ihnen umzugehen. Es treten immer wieder neue Fragen auf, die behandelt werden müssen. Das Geriatrische Medikationsassessment (Kontinuierliche Verbesserung/Optimierung) ist als Prozess eingeführt und funktioniert.
Stufe 5	Risikomanagement ist Teil des Geschäftsmodells. Es herrscht eine offene Risikokultur, die in der ganzen Organisation über alle Hierarchiestufen verstanden und gelebt wird. Bei strategischen Entscheidungen und operativen Tätigkeiten werden Risikoaspekte integriert und mit adäquaten Methoden bearbeitet. Risikomanagement wird zur Selbstverständlichkeit.

*Das OAV Versorgungsmodell beginnt nach der Implementierungsphase (OAV-Basiskurs) mit der Stufe drei und soll möglichst viele geriatrische Teams zur Stufe 4 und 5 (Hochschulqualifizierung) führen.

Anlage 6.2 zum Ergebnisbericht OAV

- Vertrag gemäß § 140a Abs. 1 SGB V i. V. m. § 92b SGB XI zur integrierten medizinischen, pharmazeutischen und pflegerischen Versorgung von multimorbiden geriatrischen Patienten in vollstationären Pflegeeinrichtungen in Der Fassung vom 03.04.2018 -

Vertrag gemäß § 140a Abs. 1 SGB V i. V. m. § 92b SGB XI

zur integrierten medizinischen, pharmazeutischen und pflegerischen

Versorgung von pflegebedürftigen geriatrischen Patienten

in vollstationären Pflegeeinrichtungen

**OAV - Optimierte Arzneimittelversorgung für
pflegebedürftige geriatrische Patienten**

zwischen der

AOK Nordost – Die Gesundheitskasse

sowie der Pflegekasse bei der AOK Nordost – Die Gesundheitskasse

der

IKK Brandenburg und Berlin
als Kranken- und Pflegekasse

und der

VIACTIV Krankenkasse
als Kranken- und Pflegekasse
(nachfolgend: Kostenträger)

und

[REDACTED]

(nachfolgend: Integrationsanbieter)

betreffend Pflegeeinrichtung:

[REDACTED]

Inhaltsverzeichnis

Präambel	3
§ 1 Grundsätze der integrierten Versorgung	3
§ 2 Gegenstand der integrierten Versorgung	4
§ 3 Vertragsvoraussetzungen Integrationsanbieter/Pflegeeinrichtung	5
§ 4 Verpflichtungen des Integrationsanbieters	5
§ 5 Leistungen der Pflegefachkräfte/Pflegeeinrichtung	7
§ 6 Qualifizierung	9
§ 6a Qualifizierung Pflegefachkräfte	9
§ 6b Qualifikation Apotheker und Ärzte	10
§ 7 Verpflichtung der Kostenträger	10
§ 8 Teilnahmevoraussetzungen der Versicherten	11
§ 9 Teilnahmevoraussetzungen der Apotheken	12
§ 10 Teilnahmevoraussetzungen der Ärzte	12
§ 11 Projektsteuerung -koordination und -kommunikation	13
§ 12 Vergütungsregelungen/Abrechnungsverfahren	14
§ 13 Datenschutz	14
§ 14 Geheimhaltung	15
§ 15 Laufzeit	16
§ 16 Salvatorische Klausel	17

Präambel

Im Rahmen der Förderung durch den Innovationsfonds im Themenfeld: „Auf- und Ausbau der geriatrischen Versorgung“ wird dieser Vertrag mit dem Ziel der Verbesserung der Versorgungseffizienz pflegebedürftiger geriatrischer Patienten im Bereich der Arzneimittelversorgung geschlossen. Arzneimittelbezogene Probleme zählen auch in Deutschland zu den häufigsten Erkrankungsursachen im Alter. Insbesondere chronisch mehrfacherkrankte Senioren, vor allem in stationären Pflegeeinrichtungen, sind davon betroffen. Die Hauptursachen hierfür liegen im mangelnden Risikobewusstsein aller Beteiligten und in der fehlenden kommunikativen und arbeitsorganisatorischen Abstimmung der Heilberufe.

Die Vertragspartner¹ wollen die Versorgungs- und Lebensqualität der in vollstationären Pflegeeinrichtungen nach § 71 Absatz 2 SGB XI lebenden Versicherten durch die Umsetzung medizinischer, pharmazeutischer und pflegerischer Optimierungspotentiale, insbesondere im Bereich der Pharmakotherapie, verbessern. Hierzu soll ein interdisziplinäres Risikomanagement der Versorgung multimorbider geriatrischer Patienten in den teilnehmenden Pflegeeinrichtungen etabliert und durchgeführt werden, in das alle Versorger des Hauses aktiv eingebunden werden. Das Risikomanagementsystem orientiert sich dabei an den internationalen Leitlinien der ISO 31000. Die nachfolgenden Bestimmungen regeln die Einzelheiten, insbesondere die Inhalte und Verfahrensweisen der interdisziplinären und multiprofessionellen Leistungserbringung, um auf diese Weise eine innovative, effektive und sachgemessene Implementierung der integrierten Versorgungsstrukturen sicherstellen zu können.

§ 1

Grundsätze der integrierten Versorgung

- (1) Die Gesellschaft für Geriatrische Pharmazie (Gero PharmCare GmbH) ist Konsortialpartner des durch den Innovationsfonds gemäß Förderbescheid vom 09.06.2017 geförderten Projektes „OAV - Optimierte Arzneimittelversorgung für pflegebedürftige geriatrische Patienten“. Ihr obliegen im Rahmen des Projektes folgende Aufgaben:
- die betrieblichen Qualifizierungen der Berufsgruppen,
 - Implementierung des Risikomanagementsystems,
 - Erstellen von Medikationsanalysen inkl. Risikoprotokolle,
 - Qualitätssicherung,
 - Bereitstellung von notwendiger EDV

¹ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Folgenden auf geschlechtsspezifische Formulierungen verzichtet. Selbstverständlich beziehen sich alle gewählten Bezeichnungen auf beide Geschlechter gleichermaßen.

Die vorgenannten Leistungen der Gero PharmCare GmbH ergeben sich im Einzelnen aus dem zwischen den Konsortialpartnern geschlossenen Konsortialvertrag (näheres hierzu Anlage 5).

- (2) Leistungen nach dem vorliegenden IV-Vertrag sind abgestimmt auf die gem. Abs. 1 von Gero PharmCare GmbH im Rahmen des geförderten Projektes zu erbringenden Leistungen und leistungsrechtlicher Bestandteil des Projektes OAV - Optimierte Arzneimittelversorgung für pflegebedürftige geriatrische Patienten.
- (3) Die gesetzlichen und berufsrechtlichen Vorschriften der teilnehmenden Leistungserbringer bleiben unberührt.

§ 2

Gegenstand der integrierten Versorgung

- (1) Die Lebensqualität der in vollstationären Pflegeeinrichtungen nach § 71 Absatz 2 SGB XI lebenden Versicherten soll durch bessere Strukturierung, Koordination und mehr Qualität in der Arzneimittelversorgung erhöht werden.
- (2) Gegenstand dieser Vereinbarung ist der Aufbau einer integrierten Versorgung nach § 140a ff. SGB V i. V. m. § 92b SGB XI zwischen teilnehmenden Hausärzten, Fachärzten und nichtärztlichen Leistungserbringern mit dem Ziel, die Medikamentenorganisation innerhalb der am Vertrag teilnehmenden Pflegeeinrichtungen zu verbessern und so eine Optimierung der medizinisch-pharmazeutischen Versorgung der teilnehmenden Versicherten zu erwirken.
- (3) Kernelement ist ein lernfähiges Risikomanagementsystem (nachfolgend RMS genannt), das in den Einrichtungen implementiert wird und in das die Pflegefachkräfte des Hauses, die kooperierenden Apotheker sowie Ärzte aktiv eingebunden werden. Aufbauend auf dem Prinzip der kontinuierlichen Verbesserung (Optimierungszyklen) werden entsprechende interdisziplinäre Maßnahmen der Geriatrie und geriatrischen Pharmazie umgesetzt. Die Beteiligten erhalten im Rahmen der Förderung durch den Innovationsfonds Qualifizierungen zur Implementierung und Reifung des Risikomanagementsystems.
- (4) Zielstellung ist es durch heilberufliche Qualifizierung teamfähige Persönlichkeiten zu bilden, die gemeinsam über die Sektorengrenzen hinweg während des gesamten Projektzeitraumes eine kontinuierliche Verbesserung forcieren können.
- (5) Ziel des Vertrages ist die Vermeidung einer Über-, Unter- oder Fehlversorgung im gesamten Medikationsprozess, insbesondere die Vermeidung von Polypharmazie und die Verringerung vermeidbarer unerwünschter Arzneimittelereignisse (nachfolgend UAE genannt). Darüber hinaus ist auch die Verringerung vermeidbarer Krankenhausaufenthalte ein wichtiges Ziel.

§ 3

Vertragsvoraussetzungen Integrationsanbieter/Pflegeeinrichtung

- (1) Ein Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI i. V. m. § 71 Abs. 2 für die jeweilige Region Berlin, Brandenburg oder Mecklenburg-Vorpommern liegt vor.
- (2) Der Integrationsanbieter schließt mit den heimversorgenden Apotheken einen Kooperationsvertrag ab. Die Inhalte des Vertrages gemäß Anlage 3 sind dabei bindend. Der Kooperationsvertrag oder die Absichtserklärung muss bei Vertragsabschluss vorliegen und ist den Kostenträgern nachzuweisen.
- (3) Eine vor Ort Betreuung in der Pflegeeinrichtung durch ärztliche Leistungserbringer ist mindestens alle 14 Tage vorhanden.
- (4) Voraussetzung für die Vergütung der ärztlichen Pauschale ist der Abschluss eines Kooperationsvertrages. Die Inhalte des Vertrages gemäß Anlage 4 sind dabei bindend. Der Kooperationsvertrag oder die Absichtserklärung muss für einen Vergütungsanspruch vorliegen und ist den Kostenträgern nachzuweisen.
- (5) Als Startvoraussetzung für die Finanzierungsregelungen gemäß den Vergütungsregelungen (Anlage 6) muss die Teilnahme der Versicherten in Form einer unterzeichneten Teilnahme- und Einwilligungserklärung bei den beteiligten Kostenträgern vorliegen.

§ 4

Verpflichtungen des Integrationsanbieters

- (1) Der Integrationsanbieter verpflichtet sich zu einer qualitätsgesicherten, wirksamen und ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung der teilnehmenden Versicherten. Die Versorgung darf das Maß des Notwendigen nicht überschreiten.
- (2) Der Integrationsanbieter übernimmt die Gewähr dafür, dass die rechtlichen, organisatorischen und betriebswirtschaftlichen Voraussetzungen für die vereinbarte integrierte Versorgung erfüllt sind. Die Leistungen sind entsprechend dem allgemein anerkannten Stand der Wissenschaft bzw. der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse sowie in der fachlich gebotenen Qualität zu erbringen.
- (3) Der Integrationsanbieter stellt eine an dem Versorgungsbedarf der teilnehmenden Versicherten orientierte Zusammenarbeit zwischen allen an der integrierten Versorgung Beteiligten sicher. Dies schließt die Koordination zwischen den verschiedenen Versorgungsbereichen einschließlich geeigneter Kooperationspartner und einer ausreichenden und zweckmäßigen Dokumentation, die unter Beachtung des Datenschutzes allen Beteiligten im jeweils erforderlichen Umfang zugänglich sein muss, mit ein.

- (4) Der Integrationsanbieter übernimmt verantwortlich eine Koordinierungsfunktion hinsichtlich der Schnittstellen zu den verschiedenen Versorgungsbereichen und sorgt dafür, dass die Leistungserbringer einen abgestimmten Übergang von einem in den anderen Versorgungsbereich einschließlich der Übermittlung erforderlicher Informationen organisieren.
- (5) Der Integrationsanbieter stellt insbesondere durch den Abschluss geeigneter Verträge sicher, dass von ihm eingebundene Leistungserbringer über den Gegenstand, die Ziele sowie die sonstigen für sie wesentlichen Regelungen des vorliegenden Vertrages in der jeweils geltenden Fassung umfassend informiert und u. a. unter Beachtung des Ihnen obliegenden Aufgabenbereichs im erforderlichen Maß, insbesondere zur Erbringung der vertragsgegenständlichen Leistungen verpflichtet werden. Der Integrationsanbieter überwacht die ordnungsgemäße Erbringung der vertragsgegenständlichen Leistungen. Auf die Musterkooperationsverträge nach Anlagen 3 und 4 der jeweiligen Kooperationspartner wird verwiesen.
- (6) Der Integrationsanbieter stellt die Erbringung der Leistungen auf der Grundlage von der Leistungsbeschreibung für die Pflegefachkräfte/Pflegeeinrichtungen gemäß § 5 sicher.
- (7) Der Integrationsanbieter verpflichtet sich, die in seiner Einrichtung tätigen Pflegekräfte über die Zielsetzung und die wesentlichen Elemente des Vertrags zur Optimierung der Arzneimittelversorgung umfassend zu informieren sowie über Weiterentwicklungen in Kenntnis zu setzen.
- (8) Der Integrationsanbieter stellt die Qualifizierung gem. § 6a sicher.
- (9) Der Integrationsanbieter gewährleistet zudem die Teilnahme von der Pflegedienstleitung, der Qualitätsbeauftragten, den heimversorgenden Ärzten und Apothekern an den vierteljährlichen Fall- und Risikokonferenzen des Arzneimittelkomitees (AMK).
- (10) Der Integrationsanbieter etabliert ein Einschreibungsprozess mit dem Ziel, dass mindestens 70 Prozent der Versicherten der beteiligten Kostenträger während der gesamten Laufzeit dieses Vertrages eingeschrieben sind. Die freie Arztwahl nach § 76 SGB V bleibt hiervon unberührt.
- (11) Der Integrationsanbieter verpflichtet sich, den einschreibewilligen Versicherten bzw. seinen gesetzlichen Vertreter über den Einschreibeprozess, die Teilnahmevoraussetzungen und -bedingungen, die teilnehmenden Leistungserbringer sowie besondere Leistungen und vereinbarte Qualitätsstandards nach diesem Vertrag umfassend zu informieren und aufzuklären.
- (12) Der Integrationsanbieter holt unter Berücksichtigung der Teilnahmevoraussetzungen nach § 8 die schriftliche Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten einmalig ein (Anlage 1). Das Original der Teilnahme- und Einwilligungserklärung ist dem Kostenträger

durch den Integrationsanbieter bis spätestens zum 5. eines Kalendermonats für den Vormonat zu übermitteln. Eine Kopie verbleibt jeweils bei dem Integrationsanbieter sowie dem Versicherten.

- (13) Neben einer an der Lebensqualität der Patienten orientierten Versorgung werden auf diesem Wege auch Wirtschaftlichkeitsvorteile realisiert. Kosten, u. a. für Arzneimittel, Krankenhausaufenthalte und Krankenförderung, werden auf das notwendige Maß reduziert.
- (14) Der Integrationsanbieter unterrichtet die Kostenträger unverzüglich über schwerwiegende Störungen im Ablauf des Vertrages.
- (15) Der Integrationsanbieter darf keine oder nur im Einvernehmen mit den Kostenträgern eigenständige Publikationen vornehmen. Alle Maßnahmen der Werbung und/oder Öffentlichkeitsarbeit sind vor ihrer Durchführung mit den Kostenträgern gemeinsam abzustimmen.
- (16) Der Integrationsanbieter hat sicherzustellen, dass die Leistungen nach § 5 erbracht werden.

§ 5

Leistungen der Pflegefachkräfte/Pflegeeinrichtung

- (1) Die Pflegeeinrichtung wirkt bei der Bewältigung der Arzneimittelrisiken im Versorgungsprozess steuernd mit. Die Pflegeeinrichtung mit ihren Pflegefachkräften ist Partner im geriatrischen Team und an der Durchführung des Optimierungsprozesses (Risikoidentifikation, -analyse, -bewertung, -bewältigung und -kommunikation) aktiv beteiligt.
- (2) Eine Grundlage aller Leistungen des geriatrischen Teams in der OAV bildet die Kranken- und Therapiebeobachtung. Zur erforderlichen Führung eines evaluierten Therapiebeobachtungsbogens wird die Therapiebeobachtung einmal täglich für jeden eingeschriebenen Bewohner durch qualifizierte Pflegefachkräfte nach Abs. 3 durchgeführt.
- (3) Zur Durchführung eines elektronischen Risikoscreenings verpflichtet sich die kooperierende Apotheke in Zusammenarbeit mit der Pflegeeinrichtung die zur Verfügung stehenden Medikations- und Symptom-, bzw. Diagnosedaten, im unterstützenden Softwareassistenten zeitnah zu dokumentieren.
- (4) Auf Grundlage der Therapiebeobachtung und eines elektronischen Risikoscreenings erfolgt durch die qualifizierten Pflegefachkräfte und Apotheker die monatliche Detektion der unerwünschten Arzneimittelereignisse (UAE).
- (5) Durchführung einer monatlichen Intensivschulung/Visitenvorbereitung (IVi) auf jedem Wohnbereich: In einer IVi werden durch qualifizierte Pflegefachkräfte und Apotheker (siehe § 2 Abs.1) Arzneimittelrisiken der Pflegebedürftigen monatlich identifiziert und analysiert.

Auf Grundlage der Therapiebeobachtungen und des elektronischen Risikoscreenings werden die unerwünschten Arzneimittelereignisse (UAE) detektiert. Dabei unterrichten sich Pflegefachkräfte und Apotheker fallbezogen und gegenseitig über ihre Arbeitsmethoden (Therapiebeobachtung und Arzneimittel). Die Ergebnisse der IVi, und auch der UAE-Verdacht, werden vom qualifizierten Apotheker in einem Risikoprofil erfasst.

- (6) Die qualifizierten Pflegefachkräfte kommunizieren das Risikoprofil, u. a. in den Visiten an die behandelnden Ärzte, die aufgrund dieser neuen Informationen in ihrer Nutzen-Risiko Bewertung den UAE-Verdacht prüfen.
- (7) Durchführung eines vierteljährlichen Qualitätszirkels (Arzneimittelkomitee) mit je einer zuständigen Pflegefachkraft pro Wohnbereich, der Pflegedienstleitung, der/dem Qualitätsbeauftragten sowie einem qualifizierten Apotheker und den teilnehmenden Ärzten. Die in den Qualitätszirkeln einvernehmlich beschlossenen Qualitätsmaßnahmen werden zur Durchführung eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses im Rahmen von Optimierungszyklen in das Qualitätsmanagement der Einrichtung übernommen.
- (8) Im Auftrag des Arzneimittelkomitees ermittelt eine qualifizierte Pflegefachkraft die Arzneimittelrisiken im Versorgungsprozess und führt mit Unterstützung des qualifizierten Apothekers eine hausinterne Pflegevisite (Medikationsvisite oder pharmazeutisches Audit) durch. Die Frequenz und die Prozessbereiche dieser Pflegevisite orientieren sich am Bedarf, d. h. an der Häufigkeit und Schwere der entstandenen Medikationsfehler und Patientenschädigungen.

§ 6

Qualifizierung

Zielstellung ist es durch heilberufliche Qualifizierung teamfähige Persönlichkeiten zu bilden, die gemeinsam über die Sektorengrenzen hinweg während des gesamten Projektzeitraumes eine kontinuierliche Verbesserung forcieren können.

§ 6a

Qualifizierung Pflegefachkräfte

- (1) Der OAV (Optimierte Arzneimittelversorgung) Basiskurs vermittelt die grundlegenden Methoden und Instrumente für den Betrieb des interdisziplinären Risikomanagementsystems. Für jeden Wohnbereich (etwa zwanzig Pflegebedürftige) nimmt mindestens eine Pflegefachkraft an folgenden Qualifizierungen teil:
 - OAV Basiskurs (Theorie) 2-tägig (16h)
 - OAV Basiskurs (Praxis) 3-tägig OAV
 - OAV Basiskurs E-Learning (Zusammenfassung)
 - OAV Basiskurs (Implementierung des Risikomanagementsystems (weiterhin RMS genannt) orientiert an den internationalen Leitlinien der ISO 31000
 - OAV Basiskurs (Etablierung und Leistungsförderung) eintägig
- (2) Die Qualifizierung erfolgt zu Methoden und Instrumenten des RMS. Eine abgeschlossene Weiterbildung als Medikationsfachkraft ist anteilig anrechnungsfähig auf die OAV Qualifizierung.
- (3) Die Schulungsteilnehmer erhalten Schulungsmaterial und ein Handbuch zur Umsetzung des Innovationsfondsprojektes.
- (4) Scheidet ein Arbeitnehmer während der Projektlaufzeit aus dem Arbeitsverhältnis einer teilnehmenden Einrichtung aus hat er ab dem Zeitpunkt seines aktiven Ausscheidens keinen Anspruch auf eine Fortführung der Qualifizierung.
- (5) Der Integrationsanbieter hat dafür Sorge zu tragen, dass im Falle einer längeren Verhinderung (6 Wochen und mehr) oder bei Beendigung des Arbeitsverhältnisses ein neuer Arbeitnehmer zumindest über die Inhalte und Abläufe des OAV Basis Kurses informiert ist. Im Gegenzug werden gemäß Anlage 5 die Schulungsunterlagen, das Handbuch, sowie eine Zusammenfassung als E-Learning Tool während der gesamten Projektlaufzeit zur Verfügung gestellt.

Dabei ist zu beachten, dass für diesen Arbeitnehmer lediglich eine Teilnahme-bescheinigung über die entsprechend absolvierten Lehrinhalte ausgestellt wird und ein Hochschulzertifikat nach dem offiziellen Projektende nicht gewährleistet werden kann.

- (6) Die Qualifizierungsmaßnahmen werden in der Anlage 7 näher beschrieben.
- (7) Darüber hinaus haben Pflegefachkräfte die Möglichkeit an der integrierten berufsbegleitenden Qualifizierungsmaßnahme teilzunehmen.
- (8) Durch die Qualifikation gemäß § 6a und die Leistungen gemäß § 5 besteht für Pflegefachkräfte während der Vertragsphase die Option gebührenfrei eine integrierte hochschulzertifizierte Qualifizierung als Pflegeexperte in der medikamentösen Versorgung und/oder Pflegeexperte Geriatrie zu erlangen.

Voraussetzungen sind:

- die Teilnahme an allen unter § 6a Abs. 1 genannten Kurse,
- die Teilnahme an 80 % aller IVIs und Fallkonferenzen über zwei Jahre hinweg,
- die Anfertigung einer Facharbeit mit klinisch-praktischem Bezug zum durchgeführten Optimierungsprozess
- das Ablegen einer Prüfung mit klinisch-geriatrischem Bezug vor Projektende

§ 6b

Qualifikation Apotheker und Ärzte

- (1) Die vertragsgegenständlichen Qualifizierungsmaßnahmen für kooperierende Apotheker und Ärzte sind in den Musterkooperationsverträgen gemäß Anlagen 3 und 4 beschrieben.
- (2) Die Teilnahme an der integrierten berufsbegleitenden geriatrischen Qualifizierungsmaßnahme mit Hochschulzertifikat wird auch für Ärzte ohne Bindung an einen Kooperationsvertrag gemäß Anlage 4 angeboten. Ein Rechtsanspruch auf den Erwerb einer solchen hochschulzertifizierten Qualifizierung wird durch diese Regelung nicht begründet. Die Teilnahme eines Arztes ohne Kooperationsvertrag an der betrieblichen Intensivschulung gemäß Anlage 4 § 3 Absatz 1 dagegen nicht möglich.

§ 7

Verpflichtung der Kostenträger

- (1) Die Kostenträger benennen Ansprechpartner zur Durchführung des Vertrages.
- (2) Die Kostenträger informieren und beraten teilnehmende Versicherte und teilnehmende Einrichtungen.
- (3) Die Kostenträger übernehmen die Teilnehmerverwaltung.

- (4) Die Kostenträger stellen die Öffentlichkeitsarbeit im Rahmen des Innovationsfonds sicher.
- (5) Bei Bedarf können die Kostenträger an der Steuerungsgruppe nach § 11 mitwirken.

§ 8

Teilnahmevoraussetzungen der Versicherten

- (1) Teilnahmeberechtigt sind alle Versicherten der an diesem Vertrag beteiligten Kostenträger, die ihre Teilnahme und ihre Einwilligung gemäß den datenschutzrechtlichen Bestimmungen schriftlich auf dem Vordruck (Anlage 1) erklärt haben und Bewohner der beteiligten vollstationären Pflegeeinrichtung sind und ferner die folgenden Voraussetzungen vorliegen.

Der Pflegebedürftige:

- hat ein Mindestalter von 65 Jahren,
 - hat mindestens den Pflegegrad 2 und
 - nimmt wenigstens 3 Medikamente dauerhaft (mindestens 28 Tage) ein.
- (2) Die Teilnahme des Versicherten an der integrierten Versorgung ist freiwillig. Die Teilnahme des Versicherten beginnt mit dem Tag der Unterschrift.
 - (3) Der Versicherte kann die Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen in Textform oder zur Niederschrift bei dem Kostenträger ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung. Die Widerrufsfrist beginnt, wenn der Kostenträger oder von diesem beauftragte Dritte dem Versicherten eine Belehrung über sein Widerrufsrecht in Textform mitgeteilt hat, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung.
 - (4) Die Teilnahme des Versicherten endet mit Ablauf des Kalendermonats in dem die schriftliche Erklärung zur Beendigung der Teilnahme bei dem Kostenträger eingeht. Die Teilnahme endet ferner:
 - mit Ende der Mitgliedschaft bei dem teilnehmenden Kostenträger frühestens mit dem Ende des nachgehenden Leistungsanspruchs nach § 19 SGB V oder § 188 SGB V,
 - mit dem Wechsel zu einem an diesem Vertrag nicht beteiligten Kostenträger,
 - mit dem Auszug aus der stationären Pflegeeinrichtung des Integrationsanbieters,
 - mit Wechsel des Arztes, soweit dieser nicht an dem Vertrag teilnimmt,
 - mit dem Wechsel der Apotheke hin zu einer nicht kooperierenden Apotheke,
 - mit dem Tod
 - sowie bei Beendigung dieses Vertrages.

Das Ende der Teilnahme des Versicherten ist durch den Integrationsanbieter an den Kostenträger sowie die beteiligten Kooperationspartner unverzüglich zu übermitteln.

§ 9

Teilnahmevoraussetzungen der Apotheken

- (1) Die teilnehmende Apotheke schließt mit dem Integrationsanbieter einen Kooperationsvertrag gemäß Anlage 3 ab.
- (2) Voraussetzung für den Vertragsschluss gem. Abs. 1 ist ein wirksamer Vertrag zur Versorgung der Bewohner von Heimen entsprechend § 12a Gesetz über das Apothekenwesen mit dem Integrationsanbieter bzgl. der Versorgung von Bewohnern der in der Präambel aufgeführten Einrichtung. Die Heimversorgung ist entsprechend § 2a der Apothekenbetriebsordnung Bestandteil im QM-System der Apotheke. Die Leitlinie der Bundesapothekerkammer „Versorgung der Bewohner von Heimen“ bildet die Grundlage der Versorgungsprozesse.
- (3) Der Apotheker verpflichtet sich, die vertragsgegenständlichen pharmazeutischen Leistungen nach Anlage 3 zu erbringen.

§ 10

Teilnahmevoraussetzungen der Ärzte

- (1) Die vertragsgegenständlichen ärztlichen Leistungen werden, soweit der Integrationsanbieter nicht selbst im Wege der Zulassung zur vertragsgemäßen Leistungserbringung berechtigt ist, durch zur ambulanten vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Leistungserbringer auf der Grundlage des Mustervertrages gemäß Anlage 4 erbracht.
- (2) Für den Erhalt der ärztlichen Pauschale nach § 11 ist der schriftliche Kooperationsvertrag gemäß Anlage 4 zwischen dem Integrationsanbieter und dem Arzt notwendig.
- (3) Der kooperierende Arzt betreut mindestens 10 teilnehmende Versicherte.

§ 11

Projektsteuerung -koordination und -kommunikation

- (1) Eine sektorenübergreifende Steuerungsgruppe wird für die Steuerung, Abstimmung und Genehmigung der Prozesse und des Ablaufschemas eingerichtet. Sie legt einvernehmlich die Ansprechpartner aus allen Berufsgruppen (Ärzte, Pflegefachkräfte, Apotheker, Qualitätsbeauftragte) fest. Diese Mitarbeiter (Ärzte, Pflegefachkräfte, Apotheker, Qualitätsbeauftragte) bilden das Arzneimittelkomitee und tagen vierteljährlich in Fall- und Risikokonferenzen. Sie sind mit der Durchführung der von der Projektleitung festgelegten und von der Steuerungsgruppe genehmigten Optimierungsmaßnahmen betraut. Die Projektleitung übernimmt der Integrationsanbieter oder ein geeigneter Kooperationspartner. Die Projektleitung ist verantwortlich für die Umsetzung der erforderlichen Maßnahmen zur Optimierung des Arzneimittelversorgungsprozesses.
- (2) Die Mitglieder der Steuerungsgruppe werden einvernehmlich durch den Integrationsanbieter und die zur Umsetzung dieses Vertrages herangezogene Kooperationspartner festgelegt. Die Steuerungsgruppe setzt sich zusammen aus:
 - ein bis zwei verantwortlichen Führungskräften des Integrationsanbieters und
 - ein bis zwei Vertretern der Kooperationspartner.
- (3) Für die Projektsteuerung, -koordination und -kommunikation sind folgende Leistungen zu erbringen:
 - Terminfindung für die Visitenvorbereitung und Schulungen monatlich für Apotheker und Pflegefachkräfte pro Wohnbereich,
 - Terminfindung für die Qualitätssicherung quartalsweise für Apotheker und Pflegefachkräfte pro Wohnbereich,
 - Terminfindung für das Arzneimittelkomitee quartalsweise für Apotheker, Pflegefachkräfte und Ärzte pro Wohnbereich,
 - Einfordern und Ablage aller Protokolle von allen Terminen,
 - Führen eines zentralen Aktivitätsregisters (SOLL-IST-Vergleich der Termine),
 - zentrale Ablage aller Datenschutz- und Einverständniserklärungen aller Teilnehmer,
 - Führen eines zentralen Patientenregisters über Ein- und Austritt der Teilnehmer inkl. der Teilnehmer mit Medikationsanalyse

§ 12

Vergütungsregelungen/Abrechnungsverfahren

- (1) Die Kostenträger zahlen dem Integrationsanbieter für die vertragsgegenständlichen Leistungen Vergütungspauschalen gemäß Anlage 6.
- (2) Der Integrationsanbieter reicht die gezahlten Pauschalen nach Anlage 6 (Nr. 4-5) an die entsprechenden Kooperationspartner weiter.
- (3) Die Vergütung ist an die Erbringung der nach diesem Vertrag vereinbarten Leistungen gebunden. Der Integrationsanbieter verpflichtet sich auf Verlangen den jeweiligen Kostenträgern Nachweise über die Erbringung der Leistungen zeitnah und unter Beachtung des Datenschutzes zur Verfügung zu stellen.
- (4) Mit den Vergütungspauschalen gemäß Anlage 6 sind sämtliche vertragsgegenständlichen Leistungen abgegolten. Ein darüber hinausgehender Vergütungsanspruch besteht nicht.
- (5) Die Zahlung für die vertragsgegenständlichen Leistungen erfolgt quartalsweise auf der Grundlage der Teilnehmermonate je Versicherten an den Integrationsanbieter mit schuldbefreiender Wirkung für die Kostenträger. Die Zulässigkeit und Richtigkeit der Abrechnung ist durch den Integrationsanbieter zu überprüfen und nachzuweisen.
- (6) Die Krankenkassen sind berechtigt auch nach erfolgter Zahlung der Vergütung die sachlich und rechnerische Richtigkeit der Abrechnung zu überprüfen. Der Integrationsanbieter gewährleistet, dass den Kostenträgern die Prüfung der Abrechnung durch Einzelprüfungen, Stichproben und vergleichende Prüfungen ermöglicht wird.
- (7) Leistungen durch ärztliche und nichtärztliche Leistungserbringer, die diesen vertraglichen Anforderungen nicht genügen, werden nicht vergütet. Geleistete Vergütungen werden zurückgefordert.

§ 13

Datenschutz

- (1) Der Integrationsanbieter verpflichtet sich die datenschutzrechtlichen Vorschriften, die ärztliche Schweigepflicht und das Sozialgeheimnis zu beachten, personenbezogene Daten nur zur Erfüllung der sich aus diesem Vertrag ergebenden Aufgaben und unter Beachtung datenschutzrechtlicher Vorschriften zu verarbeiten, bekannt zu geben, zugänglich zu machen oder sonst zu nutzen. Entsprechende Verpflichtungen sind seitens des Integrationsanbieters für die in die vorliegend vereinbarte Versorgung eingebundenen Leistungserbringer zu schaffen.
- (2) Die Vertragspartner sind darüber hinaus verpflichtet, für die Verarbeitung personenbezogener Daten ausschließlich Personen einzusetzen, die auf die Vertraulichkeit der Daten

nach der EU-DSGVO, dem BDSG und dem SGB verpflichtet sind. Ferner ist sicherzustellen, dass von den Vertragspartnern und von den an der vorliegend vereinbarten integrierten Versorgung teilnehmenden Leistungserbringern eingesetzte Personal im Sinne der Datenschutzvorschriften ausreichend informiert und angewiesen ist.

- (3) Die Vertragspartner haben darauf hinzuwirken, dass sämtliche Personen, die von ihnen mit der Bearbeitung, Durchführung oder Erfüllung dieses Vertrages beauftragt oder in anderer Weise einbezogen werden, die Verpflichtungen der Vertragspartner nach Abs. 1 und 2 wie eigene Verpflichtungen erfüllen.
- (4) Die Vertragspartner stellen sicher, dass versichertenbezogene Daten nur abgerufen werden, wenn der Versicherte zuvor seine Einwilligung erteilt hat, dass diese Informationen für den konkret anstehenden Behandlungsfall genutzt werden sollen.
- (5) Soweit insbesondere zu Berichtszwecken oder aus Gründen der Außendarstellung oder zur Öffentlichkeitsarbeit nach diesen Bestimmungen schutzwürdige Daten erhoben, verarbeitet, bekannt gegeben, zugänglich gemacht oder sonst genutzt werden, erfolgt dies ausschließlich in einer Form, die einen Personenbezug oder sonstigen Rückschluss auf betroffene Versicherte nicht zulässt.

§ 14

Geheimhaltung

- (1) Die Vertragspartner verpflichten sich den Vertragsinhalt, Teile des Vertrages einschließlich der Vergütungsvereinbarung sowie in diesem Zusammenhang erlangten vertraulichen Informationen und Erkenntnisse insbesondere bzgl. geschäftlicher oder betrieblicher Angelegenheiten geheim zu halten, insbesondere ohne schriftliche Zustimmung des jeweils anderen Vertragspartners keinerlei vertrauliche Informationen der jeweils anderen Partei Dritten mitzuteilen, zugänglich zu machen noch zu veröffentlichen oder auf andere Weise und zu einem anderen als zum Zweck dieses Vertrages zu verwerten.
- (2) Ausgenommen von der Geheimhaltungspflicht nach Absatz 1 sind Informationen, die nachweislich allgemein offenkundig sind oder ohne Zutun eines Vertragspartners offenkundig werden. Absatz 1 gilt ferner nicht sowie bei richterlicher oder behördlicher Anordnung (insbesondere der Aufsicht der Krankenkassen) oder aufgrund zwingender gesetzlicher Regelung die Parteien zur Offenbarung verpflichtet sind. In diesem Fall hat der offenbarende Vertragspartner das ihm Zumutbare zu unternehmen, um sicherzustellen, dass die vertraulichen Informationen vertraulich behandelt werden.
- (3) Die Geheimhaltungspflicht gilt für die Laufzeit des Vertrages und besteht auch über das Ende des Vertragsverhältnisses hinaus.

§ 15

Laufzeit

- (1) Vertragsbeginn ist der [REDACTED].
- (2) Abweichend von Satz 1 tritt dieser Vertrag bei einer Beantragung von Fördermitteln aus dem Innovationsfonds nach § 92a SGB V aufschiebend bedingt nur im Falle einer antragsgemäßen Förderung der beantragten Mittel in Kraft.
- (3) Der Vertrag endet spätestens mit dem Ablauf der im Rahmen der Förderung durch den Innovationsfonds festgelegten Projektlaufzeit in den Pflegeeinrichtungen am 30.06.2020. Sollte es zu einem vorzeitigen Ende des Projektes kommen, führt dies ebenfalls zur Beendigung des Vertrages. Eine Vertragsverlängerung, über die im Rahmen des Innovationsfonds festgesetzte Laufzeit vom 01.03.2018 bis 30.06.2020 hinaus, ist aufgrund eines Änderungsbescheides des Innovationsausschusses beim G-BA möglich.
- (4) Dieser Vertrag kann vor Ablauf des Vertragsendes nach Absatz 2 mit einer Frist von sechs Wochen zum Quartalsende schriftlich von jeder Vertragspartei gekündigt werden.
- (5) Das Recht zur außerordentlichen Kündigung dieses Vertrages aus wichtigem Grund bleibt unberührt. Gründe für eine außerordentliche fristlose Kündigung liegen insbesondere vor, wenn:
 - einer der Vertragspartner eine wesentliche Pflicht aus diesem Vertrag wiederholt grob verletzt hat und einer schriftlichen Aufforderung zur Einhaltung der Vertragspflichten nicht nachkommt,
 - die Rechtsentwicklung, bzw. die gesetzlichen Vorgaben sowie behördliche Verfügungen insbesondere der Aufsichtsbehörden der Krankenkassen einer Aufrechterhaltung der Vertragsbeziehungen entgegenstehen,
 - über das Vermögen des Integrationsanbieters ein Antrag auf Eröffnung eines Insolvenzverfahrens gestellt wird. Der Integrationsanbieter ist insoweit verpflichtet, die Kostenträger sofort über die Antragstellung auf Eröffnung des Insolvenzverfahrens zu informieren,
 - wenn der Vertrag über Zuwendungen aus dem Innovationsfonds nach § 92a SGB V gefördert wird und die Fördermittel verbraucht sind.
- (6) Die Kündigung bedarf der Schriftform.

- (7) Die Kündigung einer einzelnen Krankenkasse berührt das Vertragsverhältnis im Übrigen nicht. Der Vertrag wird mit der verbleibenden Krankenkasse fortgesetzt.

§ 16

Salvatorische Klausel

- (1) Sollte eine oder mehrere Bestimmungen des Vertrages unwirksam sein oder werden, bleibt die Wirksamkeit des übrigen Vertrages hiervon unberührt, es sei denn, die unwirksame Bestimmung war für einen Vertragspartner derart wesentlich, dass ihm ein Festhalten an dem Vertrag nicht zugemutet werden kann. In allen anderen Fällen werden die Vertragspartner die unwirksame Bestimmung durch Regelungen ersetzen, die dem ursprünglichen Regelungsziel unter Beachtung der gesetzlichen Vorgaben am nächsten kommen.
- (2) Nebenabreden, Änderungen und Ergänzungen dieses Vertrages bedürfen zu ihrer Wirksamkeit der Schriftform.
- (3) Folgende Anlagen in der jeweils gültigen Fassung sind Bestandteil dieses Vertrages:

Anlage 1: Teilnahme- und Einwilligungserklärung

Anlage 2: Einverständniserklärung zur Datenverarbeitung und Datenübermittlung

Anlage 3: Kooperationsvertrag mit Leistungsbeschreibung Apotheke (Muster)

Anlage 4: Kooperationsvertrag mit Leistungsbeschreibung Ärzte (Muster)

Anlage 5: Anlage zum Konsortialvertrag Innovationsfonds

Anlage 6: Vergütungsregelungen

Anlage 7: Erläuterungen zu Qualifizierungsmaßnahmen

Potsdam,

.....
AOK Nordost – Die Gesundheitskasse
zugleich für die
Pflegekasse bei der AOK Nordost – Die Gesundheitskasse

Berlin,

.....
IKK Brandenburg und Berlin

Bochum,

.....
VIACTIV Krankenkasse

,

.....
Integrationsanbieter



Einverständniserklärung zur Datenverarbeitung und Datenübermittlung

Name, Vorname des Patienten

Geburtsdatum

Straße

Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Versicherten Nr. der Krankenkasse

Telefonnummer zur Kündigungs- und Widerrufsverifizierung

Hiermit erkläre ich mich mit der **Datenverarbeitung** und **Datenübermittlung** in der Software VERIKO® Assistent Pharmakotherapie durch die **unten aufgezählten** heilberuflichen Einrichtungen einverstanden.

- Ich habe das Informationsvideo „Erläuterungen für den Patienten“ gesehen.
- Ich erkläre mich mit der Datenverarbeitung durch die unten genannten heilberuflichen Einrichtungen im VERIKO® System einverstanden und habe die beigefügten Erläuterungen zur **Datenverarbeitung** gelesen.
- Ich erkläre mich mit der Datenübermittlung durch die unten genannten heilberuflichen Einrichtungen im VERIKO® System einverstanden und habe die beigefügten Erläuterungen zur **Datenübermittlung** gelesen.

Ort, Datum

Unterschrift Patient / Vertretungsberechtigter

Name, Vorname des Vertreters

Anschrift des Vertreters (Straße, Hausnummer)

Anschrift des Vertreters (PLZ, Ort)



Die zur Datenverarbeitung und Datenübermittlung ermächtigten heilberuflichen Einrichtungen sind:

(1)

Pflegeeinrichtung

Straße/ Hausnummer

PLZ, Ort

(2)

Apotheke

Straße/Hausnummer

PLZ, Ort

(3)

Gero PharmCare GmbH

Firma

Grengeler Mauspfad 129

51147 Köln

Straße/Hausnummer

PLZ, Ort



Allgemeine Erläuterungen

Sehr geehrte/r Patient/in,

unser Ziel ist Ihre bestmögliche gesundheitliche Versorgung. Dazu benötigen wir eine gemeinsame Informations- und Datenbasis und eine verbesserte Kommunikation Ihrer Gesundheitsdienstleister untereinander. Zu diesem Zweck arbeiten wir mit der Software des VERIKO® Systems, im Weiteren kurz VERIKO® genannt. Diese ermöglicht ihren betreuenden heilberuflichen Einrichtungen (Ärzten, Apotheken, Pflegeeinrichtungen u. a.) eine einheitliche Betrachtung Ihrer Medikation. VERIKO® speichert Ihre Medikation und erstellt automatisch eine Risikoanalyse über alterstypische kumulative Neben- und Wechselwirkungen der Medikamente, welche zu unerwünschten Arzneimittelereignissen (UAE) führen können. (Ein **unerwünschtes Arzneimittelereignis** ist eine Schädigung durch ein Arzneimittel. Dies können Veränderungen von Laborwerten sein, aber auch das Neuauftreten/ Verstärken von Symptomen oder gar Erkrankungen.) Die Erkennung und Behandlung dieser **unerwünschten Arzneimittelereignisse** durch heilberufliche Einrichtungen (Arzt, Apotheker) wird durch die gemeinsame Nutzung von VERIKO® erleichtert. VERIKO® wird entwickelt und betrieben von der Gesellschaft für Geriatrische Pharmazie – Gero PharmCare mbH (GPC). Bei allen Fragen zu VERIKO® wenden Sie sich bitte an:

Gesellschaft für Geriatrische Pharmazie – Gero PharmCare mbH
Grengeler Mauspfad 129
51147 Köln

Tel: 02203 89 55 8-0
Fax: 02203 89 55 8-25
E-Mail: info@gero-pharmacare.de

Erläuterungen zur **Datenverarbeitung**

- Ich bin damit einverstanden, dass die teilnehmenden, umseitig aufgezählten heilberuflichen Einrichtungen (Arzt, Apotheker, Pflegeeinrichtung etc.) meine persönlichen Daten (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Medikation, Anamnese, Symptome, UAE, Erkrankungen, Kommentare, Ereignisse u. a.) erheben und in das Risikoanalysesystem VERIKO® der GPC eingeben, speichern, einsehen, verändern und löschen können.
- Mit dieser Erklärung ermächtige ich die heilberuflichen Einrichtungen auch dazu, die eingegebenen Daten weiterer von mir ermächtigter heilberuflicher Einrichtungen einzusehen.
- Alle mich betreffenden Daten bleiben mein Eigentum. Ich allein entscheide, wer meine Daten einsehen, verändern oder nutzen darf. Es wird gewährleistet, dass eine Weitergabe an unberechtigte Dritte nicht erfolgt. Alle von mir ermächtigten Personen und heilberuflichen Einrichtungen unterliegen der Schweigepflicht.
- Ich entbinde die teilnehmenden heilberuflichen Einrichtungen von ihrer gesetzlichen Schweigepflicht aus § 203 StGB, soweit es für die Verarbeitung der Daten in VERIKO® erforderlich ist.
- VERIKO® wird von der **Gesellschaft für Geriatrische Pharmazie – Gero PharmCare mbH**, Grengeler Mauspfad 129, 51147 Köln entwickelt und als *Software as a Service* dem Patienten kostenlos zur Verfügung gestellt. Die Daten werden auf einem verschlüsselten und geschützten Webserver in der Bundesrepublik Deutschland bei der PlusServer GmbH verarbeitet und gespeichert.
- Diese Erklärung gilt bis zu ihrem Widerruf. Ich kann diese Erklärung jederzeit und mit sofortiger Wirkung gegenüber den heilberuflichen Einrichtungen oder der GPC schriftlich widerrufen, so dass die vorher ermächtigte Einrichtung keine Erlaubnis zur Verarbeitung meiner Daten mehr hat.
- Ich kann jederzeit eine schriftliche Kündigung gegenüber der GPC oder der heilberuflichen Einrichtung erklären, mit der Folge, dass alle meine Daten und Sicherungskopien gelöscht werden und ich jegliche Zusammenarbeit mit der GPC beende.
Die auf Ihrem, mit einer heilberuflichen Einrichtung geschlossenen, Vertrag basierende gesetzliche Ermächtigung zur Datenerfassung nach § 28 VII BDSG, bzw. Art. 9 II lit. h) DSGVO bleibt von einem Widerruf **dieser** Erklärung oder einem Gesamtwiderruf gegenüber der GPC unberührt. Hierfür ist eine gesonderte Erklärung gegenüber der heilberuflichen Einrichtung erforderlich.



Erläuterungen zur **Datenübermittlung**

- Ich bin mit der Übermittlung meiner Daten, soweit dies für die Nutzung des VERIKO® Systems erforderlich ist einverstanden.
- Ich bin damit einverstanden, dass die teilnehmenden, von mir umseitig aufgezählten heilberuflichen Einrichtungen meine persönlichen Daten (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Medikation, Anamnese, Symptome, UAE, Erkrankungen, Kommentare, Ereignisse u.a.) in das Risikoanalyse-System VERIKO® der Gero PharmCare GmbH eingeben und damit auch den **anderen von mir ermächtigten** heilberuflichen Einrichtungen **zur Verfügung stellen** können.
- Durch die Eingabe der Daten werden die von der heilberuflichen Einrichtung erfassten Daten zentral im VERIKO® System gespeichert und den anderen, von mir ermächtigten heilberuflichen Einrichtungen, zugänglich gemacht.
- Die gesamten Daten gehören mir als Patient und dabei entscheide ich alleine, wer meine Daten einsehen, verändern, übermitteln oder Nutzen darf. Es wird gewährleistet, dass eine Weitergabe an unberechtigte Dritte nicht erfolgt. Alle von mir berechtigten Personen unterliegen der Schweigepflicht.
- Ich entbinde die teilnehmenden heilberuflichen Einrichtungen von ihrer gesetzlichen Schweigepflicht aus § 203 StGB, soweit es für die Übermittlung der Daten in VERIKO® erforderlich ist.
- VERIKO® wird von der Gesellschaft für Geriatrie Pharmazie – Gero PharmCare mbH, Grengeler Mauspfad 129, 51147 Köln entwickelt und als Software as a Service dem Patienten kostenlos zur Verfügung gestellt. Die Daten werden auf einem verschlüsselten und geschützten Web-Server in der Bundesrepublik Deutschland bei der PlusServer GmbH verarbeitet und gespeichert.
- Diese Erklärung gilt auch für zukünftige Datenübermittlungen.
- Ich kann diese Erklärung jederzeit, mit sofortiger Wirkung, gegenüber der heilberuflichen Einrichtung oder der Gero-PharmCare GmbH schriftlich widerrufen, sodass die vorher ermächtigte Einrichtung keine Erlaubnis zur Weitergabe meiner Daten über und an VERIKO® mehr hat.
- Die auf dem von Ihnen mit der heilberuflichen Einrichtung geschlossenen Vertrag basierende gesetzliche Ermächtigung zur Datenerfassung nach § 28 VII BDSG bzw. Art. 9 II lit. h) DSGVO bleibt von einem Widerruf dieser Erklärung oder einem Gesamtwiderruf gegenüber der Gero PharmCare unberührt. Hierfür ist eine gesonderte Erklärung gegenüber der heilberuflichen Einrichtung erforderlich.



Verpflichtungserklärung der heilberuflichen Einrichtung zum Datenschutz

Hiermit verpflichtet sich die

Firmenname

Straße Hausnummer

PLZ Stadt

- im Folgenden „hE“ (heilberufliche Einrichtung) genannt,

gegenüber der

Gero PharmCare GmbH
Grengeler Mauspfad 129,
51147 Köln

zum Zweck der Gewährleistung des Datenschutzes der Patienten dazu,

- (1) von jedem durch sie in VERIKO® eingepflegten Patienten, die von der Gero PharmCare GmbH vorgefertigte Einverständniserklärung zur Datenverarbeitung und Datenübermittlung einzuholen, sowie jedem Patienten die Inhalte der Einverständniserklärung zu erklären und ihn ordnungsgemäß über die Kündigungs- und Widerrufsmöglichkeiten zu informieren.
- (2) den Zugang zum VERIKO® System zu kontrollieren, dies bedeutet im Speziellen, dass ausschließlich Angestellte der hE die Zugangsdaten erhalten.
- (3) jeden Angestellten der hE, welcher mit der Software arbeitet, über die Sorgfaltspflichten und die Datenschutzpflichten, insbesondere über die Grundsätze für die Verarbeitung personenbezogener Daten nach Art. 5 DSGVO, zu belehren. Die Mitarbeiter sind auf das Datengeheimnis zu verpflichten.
- (4) jedem ehemaligen Angestellten, die Nutzungsberechtigungen, sowie die Nutzungsmöglichkeiten von VERIKO® zu entziehen.
- (5) jeden ihrer Computer mit der erforderlichen Sicherheitssoftware – so u. a. Viren- und Datenschutzsoftware - auszustatten und nur berechtigten Personen Zugang zu ihren EDV Räumlichkeiten und Geräten zu gewähren.

Etwaige auf einen Verpflichtungsverstoß des Vertragspartners zurückzuführende Strafzahlungen oder Ordnungsverstöße werden in voller Höhe umgelegt, die Gero PharmCare GmbH behält sich das Recht auf Schadensersatzforderungen vor.

Ort, Datum, Unterschrift des/der Vertretungsberechtigten

Stempel

Kooperationsvertrag zur pharmazeutischen Versorgung im Rahmen des Vertrages zur Optimierung der Arzneimittelversorgung in vollstationären Pflegeeinrichtungen –

2. Version

zwischen dem Integrationsanbieter

für die Pflegeeinrichtung

IK

und des Apothekers

IK

Anschrift der versorgenden Apotheke

Zwischen o. g. Integrationsanbieter und dem o. g. Apotheker wird zur Erfüllung der Anforderungen und Umsetzung der Inhalte des Vertrages gemäß § 140a Abs. 1 SGB V i. V. m. § 92b SGB XI zur Optimierung der Arzneimittelversorgung in vollstationären Pflegeeinrichtungen (nachfolgend „Vertrag zur Optimierung der Arzneimittelversorgung“ genannt) folgender Vertrag geschlossen:

Präambel

Im Rahmen der Förderung durch den Innovationsfonds im Themenfeld: „Auf- und Ausbau der geriatrischen Versorgung“ wird dieser Vertrag mit dem Ziel der Verbesserung der Versorgungseffizienz pflegebedürftiger geriatrischer Patienten im Bereich der Arzneimittelversorgung geschlossen. Die §§ 92a und b SGB V sind somit mitgeltend.

Die Vertragspartner² wollen die Versorgungs- und Lebensqualität der in vollstationären Pflegeeinrichtungen nach § 71 Absatz 2 SGB XI lebenden Versicherten durch die Umsetzung medizinischer, pharmazeutischer und pflegerischer Optimierungspotentiale, insbesondere im Bereich der Pharmakotherapie, verbessern.

Zielstellung ist es durch heilberufliche Qualifizierung teamfähige Persönlichkeiten zu bilden, die gemeinsam über die Sektorengrenzen hinweg während des gesamten Projektzeitraumes eine kontinuierliche Verbesserung forcieren können.

² Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Folgenden auf geschlechtsspezifische Formulierungen verzichtet. Selbstverständlich beziehen sich alle gewählten Bezeichnungen auf beide Geschlechter gleichermaßen.

Mit den nachfolgenden Regelungen soll die vertragliche Anbindung von Apothekern in das integrierte Versorgungsgeschehen zur Gewährleistung der arbeitsteiligen Behandlungskonzepte erfolgen und eine Steigerung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung erreicht werden.

Soweit nachfolgend keine besonderen Regelungen getroffen werden, gelten die für die pharmazeutische Versorgung geltenden Bestimmungen und Grundsätze.

§ 1

Grundsätze zur Leistungserbringung

- (1) Der Apotheker verpflichtet sich, die vertraglich vereinbarten Leistungen nach Maßgabe des Vertrages zur Optimierung der Arzneimittelversorgung (geregelt in diesem Vertrag) für den Integrationsanbieter zu erbringen.
- (2) Die vertragsgegenständlichen Leistungen werden dabei ausschließlich für Bewohner von der im Rubrum genannten stationären Pflegeeinrichtung erbracht, die ihre Teilnahme an der integrierten Versorgung erklärt haben und Versicherte der Kostenträger dieses Vertrages sind.
- (3) Der Apotheker wird bei der Versorgung der Bewohner der Pflegeeinrichtung gemäß Abs. 1 und 2 eigenverantwortlich tätig und unterliegt insoweit nicht den Weisungen des Integrationsanbieters. Die für ihn in seiner Tätigkeit als Apotheker geltenden gesetzlichen und berufsrechtlichen Bestimmungen bleiben unberührt.
- (4) Der Integrationsanbieter verpflichtet sich, den Apotheker über die Zielsetzung und die wesentlichen Elemente des Vertrags zur Optimierung der Arzneimittelversorgung umfassend zu informieren, dem Apotheker die seine Leistungen betreffenden Passagen des Vertrages zur integrierten Versorgung schriftlich zur Kenntnis zu geben und ihn über Weiterentwicklungen in Kenntnis zu setzen.

§ 2

Teilnahmekriterien der Apotheke

- (1) Der Apotheker verfügt über einen genehmigten Vertrag mit dem Träger der im Rubrum genannten Pflegeeinrichtung zur Versorgung von Bewohnern von Heimen entsprechend § 12a Gesetz über das Apothekenwesen. Die Heimversorgung ist entsprechend § 2a der Apothekenbetriebsordnung Bestandteil im QM-System der Apotheke. Die Leitlinie

der Bundesapothekerkammer „Versorgung der Bewohner von Heimen“ bildet die Grundlage der Versorgungsprozesse.

- (2) Der Apotheker informiert seine Mitarbeiter über die sich aus diesem Vertrag ergebenden Besonderheiten und deren Auswirkungen auf das Apothekengeschehen.
- (3) Um eine Evaluation gewährleisten zu können ist während der Projektphase die Teilnahme an weiteren wissenschaftlichen Studien oder Änderungen des Arzneimittelversorgungsprozesses außerhalb des OAV Versorgungsmodells ausgeschlossen.

§ 3

Qualifizierung

- (1) Der Apotheker und eine weitere pharmazeutische Fachkraft nehmen an folgenden betrieblichen Qualifizierungen teil:
 - OAV Basiskurs (Theorie) 2-tägig (16h),
 - OAV Basiskurs (Praxis) 2-tägig OAV,
 - OAV Basiskurs E-Learning (Zusammenfassung),
 - OAV Basiskurs (Implementierung des Risikomanagementsystems (weiterhin RMS genannt) orientiert an den internationalen Leitlinien der ISO 31000 eintägig
 - OAV Basiskurs (Etablierung und Leistungsförderung) eintägig

Für den Fall, dass der Apotheker nicht Apothekenleiter im Sinne des § 2 Apothekenbetriebsordnung (ApBetrO) ist, stellt der Apotheker dessen sowie einer weiteren pharmazeutischen Fachkraft der versorgenden Apotheke an den vorgenannten Qualifizierungen sicher.

Bei Anwesenheit mindestens eines Apothekers/Apothekenleiters können in begründeten Ausnahmefällen versäumte Präsenzveranstaltungen eines zweiten Mitarbeiters durch E-Learning-Lektionen ersetzt werden.

Eine abgeschlossene Weiterbildung in geriatrischer Pharmazie ist anteilig anrechnungsfähig auf die OAV Qualifizierung.

- (2) Die Qualifizierung zu Methoden und Instrumenten des RMS werden durch einen geeigneten, auf geriatrische Pharmazie spezialisierten Kooperationspartner durchgeführt.
- (3) Die Schulungsteilnehmer erhalten Schulungsmaterial und ein Handbuch zur Umsetzung des Innovationsfondsprojektes.

- (4) Der Apotheker hat dafür Sorge zu tragen, dass im Falle einer längeren Verhinderung (6 Wochen und mehr) oder bei Beendigung des Arbeitsverhältnisses ein neuer Arbeitnehmer zumindest über die Inhalte und Abläufe des OAV Basis Kurses informiert ist. Dabei ist zu beachten, dass für diesen Arbeitnehmer lediglich eine Teilnahme-bescheinigung über die entsprechend absolvierten Lehrinhalte ausgestellt wird und ein Hochschulzertifikat nach dem offiziellen Projektende nicht gewährleistet werden kann (siehe § 4a).
- (5) Die Qualifizierungsmaßnahmen werden in der Anlage 7 näher beschrieben.

§ 4

Leistungen und Aufgaben des Apothekers

- (1) Grundsätze zur Leistungserbringung: Der Apotheker wirkt bei der Bewältigung der Arzneimittelrisiken im Versorgungsprozess steuernd mit. Der Apotheker ist mit seinen an dem im Rubrum genannten Standort Partner im geriatrischen Team und an der Durchführung des Optimierungsprozesses (Risikoidentifikation, -analyse, -bewertung und -kommunikation) aller Risikoeigner aktiv beteiligt.
- (2) Der Apotheker stellt nachfolgend aufgeführten Leistungen während der gesamten Vertragslaufzeit sicher:
 - Weiterbildung gem. § 3 Abs. 2
 - Der Apotheker hat einmal monatlich in der im Rubrum genannten Pflegeeinrichtung folgende Mitwirkungspflichten:
 - Teilnahme an den Intensivschulungen/Visitenvorbereitungen (IVI), ca. drei bis vier Stunden
 - Vorbereitung und Durchführung der elektronischen Dokumentation und UAE - Detektion, ca. drei bis vier Stunden
- (3) Der Apotheker verpflichtet sich, an den vierteljährlichen Fall- und Risikokonferenzen des Arzneimittelkomitees im geriatrischen Team (Arzt, Pflegekraft, Pharmazeut) teilzunehmen.

§ 4a

Weiterführende Qualifikation interdisziplinäre Geriatrie

Darüber hinaus haben Apotheker und Pharmazeutisch-technische Assistenten (PTA) grundsätzlich die Möglichkeit an der integrierten berufsbegleitenden Qualifizierungsmaßnahme teilzunehmen.

Durch die Qualifikation unter § 3 und die Leistungen unter § 4 besteht für Apotheker und PTA während der Projektlaufzeit die Option, gebührenfrei eine integrierte hochschulzertifizierte Qualifizierung als Geriatrischer Pharmazeut [Name Hochschule] oder Fach-PTA Geriatrische Pharmazie [Name Hochschule] zu erlangen.

Voraussetzungen sind:

- die Teilnahme an allen unter § 3 Abs. 2 genannten Kurse,
- die Teilnahme an 80 % aller IVIs und Fallkonferenzen über zwei Jahre hinweg,
- die Anfertigung einer Facharbeit mit klinisch-praktischen Bezug zum durchgeführten Optimierungsprozess,
- das Ablegen einer Prüfung mit klinisch-geriatrischem Bezug vor Projektende

Die Qualifizierungsmaßnahmen werden in der Anlage 7 näher beschrieben. Ein Rechtsanspruch auf den Erwerb einer solchen hochschulzertifizierten Qualifizierung wird durch diese Regelung nicht begründet.

§ 5

Vergütung

- (1) Die Höhe der Pauschale für die vertragsgegenständlichen zusätzlichen pharmazeutischen Leistungen unterteilt sich in zwei Leistungsarten.
 - Standardleistungen für eingeschriebene Versicherte 4,66 Euro pro Teilnahmemonat
 - einmaliger Zusatzaufwand für neu eingeschriebene Versicherte, 45,00 Euro
- (2) Die Vergütung erfolgt unmittelbar durch den Integrationsanbieter und ist jeweils quartalsweise direkt gegenüber diesem abzurechnen. Ein Anspruch auf Vergütung gegen Dritte, u. a. Kostenträger, ist ausgeschlossen.
- (3) Vergütungsansprüche können ausschließlich für vertragsgegenständliche Leistungen zu Gunsten von Bewohnern entstehen und geltend gemacht werden, die ihre Teilnahme an dem Vertrag zur integrierten medizinischen, pharmazeutischen und pflegerischen Versorgung schriftlich erklärt haben.

§ 6

Mitwirkungspflichten

- (1) Der Integrationsanbieter verpflichtet sich, dem Apotheker alle zur Erfüllung seiner vertraglichen Pflichten gemäß § 4 in Zusammenhang mit dem Vertrag zur integrierten Versorgung zur Optimierung der Arzneimittelversorgung erforderlichen Informationen zur Verfügung zu stellen und den Zugang zu den vereinbarten Besprechungsrunden zu ermöglichen.
- (2) Der Integrationsanbieter stellt sicher, dass die durchgeführten Fallbesprechungen nach § 4 Abs. 3 dokumentiert werden (Teilnehmer, Datum).

§ 7

Maßnahmen bei Vertragsverstößen

Bei Verstößen gegen diesen Vertrag können gegenüber dem Apotheker in Abhängigkeit von der Schwere des Verstoßes geeignete Maßnahmen, wie z. B. Abmahnung, Kündigung und Schadensersatz, seitens des Integrationsanbieters ergriffen werden.

§ 8

Datenschutz

- (1) Der Integrationsanbieter und der Apotheker verpflichten sich die datenschutzrechtlichen Vorschriften, die ärztliche Schweigepflicht und das Sozialgeheimnis zu beachten, personenbezogene Daten nur zur Erfüllung der sich aus diesem Vertrag ergebenden Aufgaben und unter Beachtung datenschutzrechtlicher Vorschriften zu verarbeiten, bekannt zu geben, zugänglich zu machen oder sonst zu nutzen.
- (2) Die Vertragspartner sind darüber hinaus verpflichtet, für die Verarbeitung personenbezogener Daten ausschließlich Personen einzusetzen, die auf das Datengeheimnis nach § 5 Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) und § 35 SGB I verpflichtet sind. Ferner ist sicherzustellen, dass von den Vertragspartnern und von den an der vorliegend vereinbarten integrierten Versorgung teilnehmenden Leistungserbringern eingesetzte Personal im Sinne der Datenschutzvorschriften ausreichend informiert und angewiesen ist.
- (3) Die Vertragspartner haben darauf hinzuwirken, dass sämtliche Personen, die von ihnen mit der Bearbeitung, Durchführung oder Erfüllung dieses Vertrages beauftragt oder in anderer Weise einbezogen werden, die Verpflichtungen der Vertragspartner nach Abs. 1 und 2 wie eigene Verpflichtungen erfüllen.

- (4) Die Vertragspartner stellen sicher, dass versichertenbezogene Daten nur abgerufen werden, wenn der Versicherte zuvor seine Einwilligung erteilt hat, dass diese Informationen für den konkret anstehenden Behandlungsfall genutzt werden sollen.
- (5) Soweit insbesondere zu Berichtszwecken oder aus Gründen der Außendarstellung oder zur Öffentlichkeitsarbeit nach diesen Bestimmungen schutzwürdige Daten erhoben, verarbeitet, bekannt gegeben, zugänglich gemacht oder sonst genutzt werden, erfolgt dies ausschließlich in einer Form, die einen Personenbezug oder sonstigen Rückschluss auf betroffene Versicherte nicht zulässt.

§ 9

Vertragsdauer und Kündigung

- (1) Dieser Vertrag tritt mit Unterzeichnung in Kraft. Er endet mit Beendigung des zugrundeliegenden Vertrages zur Optimierung der Arzneimittelversorgung, spätestens zum 30.03.2021. Sollte es zu einem vorzeitigen Ende des Projektes kommen, führt dies ebenfalls zur Beendigung des Vertrages.

Vertragsbeginn ist der xx.xx.xxxx.

- (2) Dieser Vertrag kann zudem mit einer Frist von sechs Wochen zum Quartalsende schriftlich von jeder Vertragspartei schriftlich gekündigt werden.
- (3) Dieser Vertrag kann von den Vertragsparteien aus wichtigem Grund ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist gekündigt werden. Ein wichtiger Grund liegt insbesondere vor, wenn:
 - gegen die vertraglichen Pflichten aus diesem Vertrag wiederholt und/oder in erheblichem Maße verstoßen wurde,
 - gesetzliche Vorschriften oder aufsichtsrechtliche Maßnahmen die Fortsetzung des Vertrages unmöglich machen

§ 10

Ergänzende Regelungen und Salvatorische Klausel

- (1) Änderungen und Ergänzungen dieser Vereinbarung bedürfen zu ihrer Wirksamkeit der Schriftform und dürfen nicht im Widerspruch zu den vorstehenden Regelungen oder zu den Zielsetzungen des Vertrages zur Optimierung der Arzneimittelversorgung stehen.

- (2) Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrages nichtig sein oder z. B. durch gesetzliche Neuregelungen ganz oder teilweise unwirksam werden oder enthält der Vertrag eine Regelungslücke, so wird hierdurch die Wirksamkeit dieses Vertrages im Übrigen nicht berührt. Tritt ein solcher Fall ein, verständigen sich die Vertragspartner unverzüglich über notwendige vertragliche Neuregelungen.

_____, _____
Ort Datum

Integrationsanbieter

pharmazeutischer Leistungserbringer

Kooperationsvertrag zur ärztlichen Versorgung im Rahmen des Vertrages zur Optimierung der Arzneimittelversorgung in vollstationären Pflegeeinrichtungen – 2. Version

zwischen dem Integrationsanbieter

für die Pflegeeinrichtung

IK

und dem Arzt

LANR

BSNR

mit Praxissitz in (Anschrift)

Zwischen o. g. Integrationsanbieter und dem o. g. Arzt wird zur Erfüllung der Anforderungen und Umsetzung der Inhalte des Vertrages gem. § 140a Abs. 1 SGB V i. V. m. § 92b SGB XI zur Optimierung der Arzneimittelversorgung in vollstationären Pflegeeinrichtungen (nachfolgend „Vertrag zur Optimierung der Arzneimittelversorgung“ genannt) folgender Vertrag geschlossen:

Präambel

Im Rahmen der Förderung durch den Innovationsfonds im Themenfeld: „Auf- und Ausbau der geriatrischen Versorgung“ wird dieser Vertrag mit dem Ziel der Verbesserung der Versorgungseffizienz pflegebedürftiger geriatrischer Patienten im Bereich der Arzneimittelversorgung geschlossen. Die §§ 92a und b SGB V sind somit mitgeltend.

Die Vertragspartner³ wollen die Versorgungs- und Lebensqualität der in vollstationären Pflegeeinrichtungen nach § 71 Absatz 2 SGB XI lebenden Versicherten durch die Umsetzung medizinischer, pharmazeutischer und pflegerischer Optimierungspotentiale, insbesondere im Bereich der Pharmakotherapie, verbessern.

Zielstellung ist es durch heilberufliche Qualifizierung teamfähige Persönlichkeiten zu bilden, die gemeinsam über die Sektorengrenzen hinweg während des gesamten Projektzeitraumes eine kontinuierliche Verbesserung forcieren können.

³ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Folgenden auf geschlechtsspezifische Formulierungen verzichtet. Selbstverständlich beziehen sich alle gewählten Bezeichnungen auf beide Geschlechter gleichermaßen.

Mit den nachfolgenden Regelungen soll die vertragliche Anbindung von Ärzten in das integrierte Versorgungsgeschehen zur Gewährleistung der arbeitsteiligen Behandlungskonzepte erfolgen und eine Steigerung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung erreicht werden.

Soweit nachfolgend keine besonderen Regelungen getroffen werden, gelten die für die pharmazeutische Versorgung geltenden Bestimmungen und Grundsätze.

§ 1

Grundsätze zur Leistungserbringung

- (1) Der Arzt verpflichtet sich, die vertraglich vereinbarten Leistungen nach Maßgabe des Vertrages zur Optimierung der Arzneimittelversorgung (geregelt in diesem Mustervertrag) für den Integrationsanbieter zu erbringen.
- (2) Die vertragsgegenständlichen Leistungen werden dabei ausschließlich für Pflegebedürftige von der im Rubrum genannten vollstationären Pflegeeinrichtung erbracht, die ihre Teilnahme an der integrierten Versorgung erklärt haben und Versicherte der Kostenträger sind.
- (3) Der Arzt wird bei der Versorgung der Pflegebedürftigen der Pflegeeinrichtung gemäß Abs. 1 und 2 eigenverantwortlich tätig und unterliegt insoweit nicht den Weisungen des Integrationsanbieters. Die für Vertragsärzte geltenden Grundsätze der Freiberuflichkeit bleiben gewahrt und die für ihn in seiner Tätigkeit als Vertragsarzt geltenden gesetzlichen und berufsrechtlichen Bestimmungen, u. a. zur Dokumentation, bleiben unberührt.
- (4) Der Arzt gewährleistet eine dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft entsprechende ärztliche Versorgung der Pflegebedürftigen. Er verpflichtet sich, mit einer wirtschaftlichen Verordnungsweise im Rahmen der medizinischen Notwendigkeit und mit einer effizienten Verwendung der zur Verfügung stehenden Mittel zur Zielerreichung dieser integrierten Versorgung beizutragen.
- (5) Die Vergütung von im einheitlichen Bewertungsmaßstab gemäß § 87 SGB V bezeichneten Leistungen erfolgt nicht auf der Grundlage dieses Vertrages, sondern gemäß den jeweiligen dazu bestehenden vertraglichen bzw. gesamtvertraglichen Regelungen.
- (6) Der Integrationsanbieter verpflichtet sich, den Arzt über die Zielsetzung und die wesentlichen Elemente des Vertrags zur Optimierung der Arzneimittelversorgung umfassend zu informieren, dem Arzt die seine Leistungen betreffenden Passagen des Vertrages zur

integrierten Versorgung schriftlich bekannt zu geben und ihn über Weiterentwicklungen in Kenntnis zu setzen.

§ 2

Teilnahmekriterien des Arztes

- (1) Der kooperierende Arzt ist zur vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 73 SGB V zugelassen oder gemäß § 95 Abs. 2 i. V. m. §§ 116 ff. SGB V berechtigt, an der ambulanten Versorgung teilzunehmen oder ist bei einer dazu ermächtigten Pflegeeinrichtung angestellt. Die Praxisorganisation ist so geregelt, dass er die sich aus diesem Vertrag ergebenden Verpflichtungen sicherstellen kann.
- (2) Er informiert seine Praxismitarbeiter über die sich aus diesem Vertrag ergebenden Besonderheiten und deren Auswirkungen auf das Praxisgeschehen.
- (3) Um eine Evaluation gewährleisten zu können ist während der Projektphase die Teilnahme an weiteren wissenschaftlichen Studien oder Änderungen des Arzneimittelversorgungsprozesses außerhalb des OAV Versorgungsmodells ausgeschlossen.

§ 3

Qualifizierung

- (1) Der kooperierende Arzt nimmt an dem betrieblichen OAV Basiskurs zum pharmakotherapeutischen Risikomanagement im Umfang von einem halben Tag teil. Die Schulungen werden durch einen geeigneten, auf geriatrische Pharmazie spezialisierten Kooperationspartner durchgeführt. In begründeten Ausnahmefällen kann eine versäumte Präsenzveranstaltung durch E-Learning-Lehreinheiten ersetzt werden.

§ 4

Leistungen und Aufgaben des Arztes

- (1) Grundsätze zur Leistungserbringung: Der Arzt wirkt im Sinne der internationalen Leitlinien der ISO 31000 bei der Bewältigung der Arzneimittelrisiken im Versorgungsprozess steuernd mit. Der Arzt ist Partner im geriatrischen Team und an der Durchführung des Optimierungsprozesses (Risikoidentifikation, -analyse, -bewertung, -bewältigung und -kommunikation) aktiv beteiligt.
- (2) Der Arzt verpflichtet sich, an den vierteljährlichen Fall- und Risikokonferenzen des Arzneimittelkomitees im geriatrischen Team (Arzt, Pflegefachkraft, Pharmazeut) teilzunehmen.

men. Die in den Arzneimittelkomitees einvernehmlich beschlossenen Qualitätsmaßnahmen werden zur Durchführung eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses der Arzneimittelversorgung im Rahmen von Optimierungszyklen in das Qualitätsmanagement der Einrichtung übernommen. Die Optimierungsmaßnahmen betreffen den Versorgungsprozess.

- (3) Der Arzt überprüft die Behandlung der teilnehmenden Pflegebedürftigen auf Basis des aktuellen medizinischen Forschungsstandes u. a. der S2e Leitlinie Multimedikation, insbesondere hinsichtlich der Nutzen-Risikolage bei geriatrischer Multimorbidität und Multiatrogenität. Hierbei berücksichtigt er die von dem Integrationsanbieter oder einem geeigneten Kooperationspartner erarbeiteten Risikoprofile und Empfehlungen sowie die in den Schulungen und Fallkonferenzen erworbenen Kenntnisse und Informationen. Der Arzt bestätigt die Kenntnisnahme der Risikoprofile mit seiner Unterschrift. Die ärztliche Therapiefreiheit, sowie seine pharmakotherapeutische Verantwortung in Rechten und Pflichten bleiben davon unberührt.
- (4) Der Arzt wirkt auch bei den mitbehandelnden Ärzten daraufhin die Medikation zu optimieren.
- (5) Der Arzt berücksichtigt bei der Verordnung von Arzneimitteln rabattierte Arzneimittel bzw. kostengünstige gleichwertige Generika.

4a

Weitere Qualifikationen Interdisziplinäre Geriatrie

Darüber hinaus hat der Arzt die Möglichkeit an der integrierten berufsbegleitenden Qualifizierungsmaßnahme teilzunehmen.

Durch Leistungen unter § 3 und die Leistungen nach § 4 besteht für den teilnehmenden Arzt während der Projektlaufzeit die Option, gebührenfrei eine integrierte hochschulzertifizierte Qualifizierung in der haus- und fachärztlichen Geriatrie und/oder klinisch-geriatrischen Pharmakotherapie zu erlangen. Ein Rechtsanspruch auf den Erwerb einer solchen hochschulzertifizierten Qualifizierung wird durch diese Regelung nicht begründet.

Voraussetzungen sind:

- die Teilnahme an 80 % aller Fall-Risikokonferenzen über den Projektzeitraum (mindestens 18 Monate) hinweg,
- die Teilnahme an folgenden weiteren Schulungen zur klinischen geriatrischen Praxis in Form von Präsenzveranstaltungen:

Pharmakotherapie = 2 Tage á 8 Stunden (Pharmakotherapie) oder Geriatrie komplett = 4 Tage á 8 Stunden

- das Ablegen eines Multiple-Choice – Tests mit klinisch-geriatrischem Bezug vor Projektende

Eine Akkreditierung der Ärztekammern und einer Fachgesellschaft, z. B. der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie wird angestrebt.

§ 5

Vergütung

- (1) Die Höhe der Pauschale für die vertragsgegenständlichen zusätzlichen ärztlichen Leistungen unterteilt sich in zwei Leistungsarten und wird nur für Versicherte gewährt, für die durch Pflegefachkräfte und Apotheke eine UAE detektiert wurde, dies sind ca. 30 % der Bewohner.
 - Standardleistungen für eingeschriebene Teilnehmer mit detektierten UAE Verdacht 5,00 Euro pro Teilnahmemonat
 - einmaliger Zusatzaufwand für neu eingeschriebene Versicherte mit detektierten UAE Verdacht, 50,00 Euro
- (2) Die Pauschale für die Standardleistungen werden je Versicherten nur einmal monatlich gezahlt. Versorgen mehrere kooperierende Ärzte einen Bewohner, erhält der kooperierende Arzt die Pauschale, welcher den Hauptanteil der Arzneimittelverordnungen bzw. der ärztlichen Betreuung an diesem Bewohner durchführt.
- (3) Die Vergütung erfolgt unmittelbar durch den Integrationsanbieter und ist jeweils quartalsweise direkt gegenüber diesem abzurechnen. Ein Anspruch auf Vergütung gegen Dritte, u. a. Kostenträger, ist ausgeschlossen.
- (4) Vergütungsansprüche können ausschließlich für vertragsgegenständliche Leistungen zu Gunsten von Bewohnern entstehen und geltend gemacht werden, die ihre Teilnahme an dem Vertrag zur integrierten medizinischen, pharmazeutischen und pflegerischen Versorgung schriftlich erklärt haben.

§ 6

Mitwirkungspflichten

- (1) Bei der Dokumentation der ärztlichen Leistungen in den Unterlagen der Pflegeeinrichtung wirken der Arzt und die Pflegeeinrichtung/der Integrationsanbieter zusammen. Die

gesetzlichen bzw. berufsrechtlichen Dokumentationsverpflichtungen des Arztes bleiben hiervon unberührt. Doppeldokumentationen sind –soweit möglich– zu vermeiden.

- (2) Der Integrationsanbieter verpflichtet sich, dem Arzt alle zur Erfüllung seiner vertraglichen Pflichten gemäß § 4 in Zusammenhang mit dem Vertrag zur integrierten Versorgung zur Optimierung der Arzneimittelversorgung erforderlichen Informationen zur Verfügung zu stellen und den Zugang zu den vereinbarten Besprechungsrunden zu ermöglichen.
- (3) Der Integrationsanbieter stellt sicher, dass die durchgeführten Fallbesprechungen nach § 4 Abs. 3 dokumentiert werden (Teilnehmer, Datum).
- (4) Die Diagnosen sind gemäß der jeweils aktuellen Klassifikation der Krankheiten des Deutschen Instituts für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) unter Berücksichtigung der Vorgaben des ambulanten Bereichs bzw. der gültigen Kodierrichtlinien (InEK - Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus) des stationären Versorgungsbereiches anzugeben.

In den ambulanten und stationären Abrechnungsbereichen sind alle behandlungsrelevanten Diagnosen zu erfassen, für die Leistungen erbracht bzw. Maßnahmen durchgeführt worden sind.

Die Diagnose ist möglichst endstellig zu kodieren. Die Erkrankung ist, soweit es die Klassifikation ermöglicht, in deren Stadium, Schweregrad und soweit sachgerecht, mit der dazugehörigen Lokalisation anzugeben.

Zu jeder ambulanten Diagnose werden die Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit („A“, „G“, „V“ oder „Z“) nach den jeweils gültigen Vorgaben angegeben.

Die Übermittlung der Morbiditätsinformationen hat gemäß den technischen Anlagen zu den §§ 295 ff SGB V (ambulant), § 301 SGB V (stationär/ambulant) sowie § 300 SGB V (Arzneimittelinformationen) zu erfolgen.

§ 7

Maßnahmen bei Vertragsverstößen

Bei Verstößen gegen diesen Vertrag können gegenüber dem Arzt in Abhängigkeit von der Schwere des Verstoßes geeignete Maßnahmen, wie z. B. Abmahnung, Kündigung und Schadensersatz, seitens des Integrationsanbieters ergriffen werden.

§ 8

Datenschutz

- (1) Der Integrationsanbieter und der Arzt verpflichten sich die datenschutzrechtlichen Vorschriften, die ärztliche Schweigepflicht und das Sozialgeheimnis zu beachten, personenbezogene Daten nur zur Erfüllung der sich aus diesem Vertrag ergebenden Aufgaben und unter Beachtung datenschutzrechtlicher Vorschriften zu verarbeiten, bekannt zu geben, zugänglich zu machen oder sonst zu nutzen.
- (2) Die Vertragspartner sind darüber hinaus verpflichtet, für die Verarbeitung personenbezogener Daten ausschließlich Personen einzusetzen, die auf das Datengeheimnis nach § 5 Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) und § 35 SGB I verpflichtet sind. Ferner ist sicherzustellen, dass von den Vertragspartnern und von den an der vorliegend vereinbarten integrierten Versorgung teilnehmenden Leistungserbringern eingesetzte Personal im Sinne der Datenschutzvorschriften ausreichend informiert und angewiesen ist.
- (3) Die Vertragspartner haben darauf hinzuwirken, dass sämtliche Personen, die von ihnen mit der Bearbeitung, Durchführung oder Erfüllung dieses Vertrages beauftragt oder in anderer Weise einbezogen werden, die Verpflichtungen der Vertragspartner nach Abs. 1 und 2 wie eigene Verpflichtungen erfüllen.
- (4) Die Vertragspartner stellen sicher, dass versichertenbezogene Daten nur abgerufen werden, wenn der Versicherte zuvor seine Einwilligung erteilt hat, dass diese Informationen für den konkret anstehenden Behandlungsfall genutzt werden sollen.
- (5) Soweit insbesondere zu Berichtszwecken oder aus Gründen der Außendarstellung oder zur Öffentlichkeitsarbeit nach diesen Bestimmungen schutzwürdige Daten erhoben, verarbeitet, bekannt gegeben, zugänglich gemacht oder sonst genutzt werden, erfolgt dies ausschließlich in einer Form, die einen Personenbezug oder sonstigen Rückschluss auf betroffene Versicherte nicht zulässt.

§ 9

Haftung

- (1) Der Arzt übernimmt nach Maßgabe der gesetzlichen Vorschriften die Haftung für Schäden, die er in Ausübung seiner Tätigkeit verursacht. Er hat für die in Satz 1 bezeichneten Schäden eine ausreichende Haftpflichtversicherung abzuschließen, zu unterhalten und auf Verlangen nachzuweisen. Er haftet den Patienten gegenüber unmittelbar für bei der ärztlichen Versorgung entstehende Schäden.

- (2) Der Arzt haftet gegenüber dem Integrationsanbieter für alle immateriellen und materiellen Schäden, die nach Übergabe von Datenmaterial bzw. Unterlagen durch missbräuchliche Verwendung und/oder durch Verstöße gegen das Bundesdatenschutzgesetz entstehen.

§ 10

Vertragsdauer und Kündigung

- (1) Dieser Vertrag tritt mit Unterzeichnung in Kraft. Er endet mit Beendigung des zugrundeliegenden Vertrages zur Optimierung der Arzneimittelversorgung, spätestens zum 30.03.2021. Sollte es zu einem vorzeitigen Ende des Projektes kommen, führt dies ebenfalls zur Beendigung des Vertrages.

Vertragsbeginn ist der xx.xx.xxxx.

- (2) Dieser Vertrag kann zudem mit einer Frist von sechs Wochen zum Quartalsende schriftlich von jeder Vertragspartei schriftlich gekündigt werden. In beiderseitigem Einverständnis ist auch eine außerordentliche Kündigung ohne Kündigungsfrist möglich.
- (3) Dieser Vertrag kann von den Vertragsparteien aus wichtigem Grund ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist gekündigt werden. Ein wichtiger Grund liegt insbesondere vor, wenn:
- gegen die vertraglichen Pflichten aus diesem Vertrag wiederholt und/oder in erheblichem Maße verstoßen wurde,
 - gesetzliche Vorschriften oder aufsichtsrechtliche Maßnahmen die Fortsetzung des Vertrages unmöglich machen

§ 11

Ergänzende Regelungen und Salvatorische Klausel

- (1) Es gelten im Übrigen für das Vertragsverhältnis die Bestimmungen der §§ 611 ff. BGB. Änderungen und Ergänzungen dieser Vereinbarung bedürfen zu ihrer Wirksamkeit der Schriftform und dürfen nicht im Widerspruch zu den vorstehenden Regelungen oder zu den Zielsetzungen des Vertrages zur Optimierung der Arzneimittelversorgung stehen.
- (2) Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrages nichtig sein oder z. B. durch gesetzliche Neuregelungen ganz oder teilweise unwirksam werden oder enthält der Vertrag eine Regelungslücke, so wird hierdurch die Wirksamkeit dieses Vertrages im Übrigen nicht berührt. Tritt ein solcher Fall ein, verständigen sich die Vertragspartner unverzüglich über notwendige vertragliche Neuregelungen.

_____, _____
Ort Datum

Integrationsanbieter

Arzt

Leistungsbeschreibung der Gero PharmCare GmbH im Rahmen des Projektes OAV – Optimierte Arzneimitteloptimierung für pflegebedürftige geriatrische Patienten in ambulanten und vollstationären Pflegeeinrichtungen

Leistungsgegenstand

Der Leistungsgegenstand erstreckt sich insbesondere auf das fachliche Steuerungs- und Planungsmanagement, die Implementierung eines Risikomanagementsystems (weiterhin RMS genannt) orientiert an den internationalen Leitlinien der ISO 31000 (inklusive Software) sowie auf Schulungen von Angestellten der Pflegeeinrichtungen und an der Versorgung ihrer Patienten beteiligten Ärzten und Apothekern. Im Rahmen des Projektes OAV – Optimierte Arzneimittelversorgung für pflegebedürftige geriatrische Patienten hat der Konsortialpartner Gero PharmCare GmbH folgende Aufgaben:

1. Gruppenschulungen OAV Basiskurs (Theorie) 2 Tage (16 h), Mitarbeiter der Apotheke, ca. 10 geriatrischen Teams, ca. 60 Personen.
2. Gruppenschulungen OAV Ärzte, ca. ½ Tag zum pharmakotherapeutischen Risikomanagement.
3. Gruppenschulungen OAV Basiskurs (Praxis), 3 Tage in einer der teilnehmenden Pflegeeinrichtungen, ca. vier geriatrischen Teams, ca. 20 Personen.
4. Installation und Inbetriebnahme (Implementierung des RMS) an einem Tag vor Ort für Pflegeeinrichtung und Apotheke.
5. Nachbetreuung und Vermittlung von Kenntnissen direkt am Arbeitsplatz ca. 3 Monate nach Inbetriebnahme (Implementierung des RMS) für die OAV-Basisgeschulten, teilnehmenden Personen (1 Tag = 8h).
6. E-Learning Basiskurse für Pflegefachkräfte, Mitarbeiter der Apotheke und Ärzte, die später ins Projekt einsteigen, zur Vermittlung von Basiswissen im OAV Projekt. Diese ersetzen nicht die Schulungen (Punkte 1-5), sondern stellen eine Ergänzung dar.
7. Klinische Risikoanalysen für Bewohner mit UAE Verdacht, inkl. notwendiger Folgeanalysen.
8. Qualitätssicherung pro Patient. Die Qualitätskontrolle umfasst die Prozessschritte, (Auszug zum Verständnis), Patient eingeschrieben, Patient Risikoprofil erstellt, UAE Detektion durchgeführt, UAE Verdacht, Medikationsanalyse durchgeführt, Rückmeldung Arzt, u. ä.

9. Stellung der Software VERIKO® zur Anfertigung eines individuellen Risikoprofils, pro Bewohner, sowie Qualitätssicherung für Risikointerventionen und Risikopräventionsempfehlungen.

10. Konzeptentwicklung Patientenpass: Im Rahmen des Innovationsfonds wird ein Patientenpass entwickelt, der einer sektorenübergreifenden Risikokommunikation zwischen den Berufsgruppen, aber auch zwischen verschiedenen Institutionen, z. B. Heim-Krankenhaus, dienen kann. Ziel ist es einen Pass herzustellen, den auch der hochbetagte, zumeist nicht EDV-affine Patient immer bei sich tragen kann. Darin sollen alle essenziellen Informationen für eine Notfall- oder Krisensituation hinsichtlich iatrogenen Ereignisse in einer für den Patienten verständlichen Form dargestellt werden. Der Patientenpass enthält den bundeseinheitlichen Medikationsplan. Er geht jedoch weit darüber hinaus, da er die wichtigsten, vom geriatrischen Team erkannten arzneimittel-, morbiditäts- und kontextrelevanten Risikofaktoren des Patienten beinhaltet, wie z.B. erhöhte individuelle UAE-Risiken.

Vergütungsregelungen gemäß § 12 des Vertrages zur Optimierung der Arzneimittelversorgung in vollstationären Pflegeeinrichtungen - 2. Version

- (1) Die teilnehmenden Kostenträger zahlen innerhalb der Vertragslaufzeit Vergütungspauschalen für ihre eingeschriebenen Versicherten. Diese setzen sich zusammen aus den jeweiligen Pauschalen für die vertragsgegenständlichen pflegerischen Leistungen, den vertragsgegenständlichen pharmazeutischen Leistungen, den vertragsgegenständlichen ärztlichen Leistungen sowie für Projektsteuerung, -koordination und -kommunikation.
- (2) Die Höhe der zu leistenden Zahlungen wird auf der Grundlage der Teilnehmermonate der eingeschriebenen Versicherten für das jeweilige abzurechnende Quartal ermittelt. Die zahlungsbegründenden Unterlagen (Abrechnungsunterlagen) für das abzurechnende Quartal sind vom Integrationsanbieter jeweils bis zum 5. des 2. Monats im Folgequartal bei den Kostenträgern einzureichen. Die Zahlung wird nach Ablauf einer Prüfungsfrist von 10 Arbeitstagen durch den Kostenträger nach Vorliegen der Abrechnungsunterlagen geleistet. Die nähere Ausgestaltung des Abrechnungsverfahrens wird bei Bedarf zwischen den Kostenträgern und dem Integrationsanbieter gesondert schriftlich vereinbart.
- (3) Die Höhe der Pauschale für die vertragsgegenständlichen zusätzlichen pflegerischen Leistungen unterteilt sich in zwei Leistungsarten.
 - Standardleistungen für eingeschriebene Teilnehmer 7,75 Euro pro Teilnehmemonat
 - einmaliger Zusatzaufwand für neu eingeschriebene Versicherte 60,00 Euro
- (4) Die Höhe der Pauschale für die vertragsgegenständlichen zusätzlichen pharmazeutischen Leistungen unterteilt sich in zwei Leistungsarten.
 - Standardleistungen für eingeschriebene Versicherte 4,66 Euro pro Teilnehmemonat
 - einmaliger Zusatzaufwand für neu eingeschriebene Versicherte, 45,00 Euro

Die Pauschalen sind an den kooperierenden Apotheker nach Anlage 3 weiterzureichen.

- (5) Die Höhe der Pauschale für die vertragsgegenständlichen zusätzlichen ärztlichen Leistungen unterteilt sich in zwei Leistungsarten und wird nur für Versicherte gewährt, für die durch Pflegefachkräfte und Apotheke eine UAE detektiert wurde, dies sind ca. 30 % der Bewohner.

- Standardleistungen für eingeschriebene Teilnehmer mit detektierten UAE Verdacht 5,00 Euro pro Teilnahmemonat
- einmaliger Zusatzaufwand für neu eingeschriebene Versicherte mit detektierten UAE Verdacht, 50,00 Euro

Die Pauschale wird für jeden Versicherten nur einmal monatlich gezahlt. Versorgen mehrere kooperierende Ärzte einen Bewohner, erhält der kooperierende Arzt die Pauschale, welcher den Hauptanteil der Arzneimittelverordnungen bzw. der ärztlichen Betreuung an diesem Bewohner durchführt. Die Pauschalen sind an den kooperierenden Arzt nach Anlage 4 weiterzureichen.

- (6) Die Höhe der Pauschale für die vertragsgegenständlichen Leistungen für Projektsteuerung, -koordination und -kommunikation beträgt je teilnehmenden Versicherten 2,50 Euro je Monat. Voraussetzung ist, dass der Versicherte den gesamten Kalendermonat eingeschrieben war.
- (7) Die Zahlungen der Pauschalen nach Abs. 3 bis 6 werden an den Integrationsanbieter für die Pflegeeinrichtung mit schuldbefreiender Wirkung für den Kostenträger gezahlt.
- (8) Die Kostenträger sind berechtigt, Ansprüche aller Art gegen den Integrationsanbieter mit Vergütungsansprüchen des Integrationsanbieters aufzurechnen.
- (9) Die Kostenträger behalten sich vor die abgerechneten Pauschalen zu prüfen. Fehlerhaft abgerufene Pauschalen werden mit der nächsten Zahlung der Pauschalen verrechnet.

Erläuterungen zu Qualifizierungsmaßnahmen in OAV

1. Grundgedanken und Vorerfahrungen zur Qualifizierung in OAV

In einem hochwertigen, modernen Gesundheitssystem mit vielen Behandlungsmöglichkeiten und Beteiligten entstehen manchmal unkoordinierte, ja sogar schädliche Situationen für die Patienten. Im Falle der Multimedikation sind davon jährliche hunderttausende, vor allem hochbetagte Senioren betroffen. In OAV sollen daher möglichst viele und schwerwiegende Patientenschädigungen der pflegebedürftigen Senioren, die insbesondere im Rahmen der Arzneimittelversorgung entstehen, verhindert oder vermindert werden. Dies geschieht durch ein sektorenübergreifendes Risikomanagementsystem. Es wird von allen beteiligten Versorgern (Pflegeeinrichtungen, Arztpraxen, Apotheken) über die geriatrischen Teams betrieben. Die Gero PharmCare unterstützt die Versorger, bzw. geriatrische Teams bei der Implementierung der OAV in allen Phasen der Risikobeurteilung (Risikoidentifikation, -analyse, -bewertung, siehe unten) durch betriebliche Weiterbildungen, Moderation (geriatrische Pharmazeuten), Qualitätssicherung und den VERIKO® - (Software) Assistenten. Die Heilung der arzneimittelassoziierten Erkrankungen durch Risikobewältigung der Arzneimittelversorgung obliegt dabei jederzeit und ausschließlich den Versorgern.

Ein weiteres Ziel des OAV Versorgungsmodells ist es, das Risikomanagementsystem in möglichst vielen der 96 Netzwerke nachhaltig zu verankern. Ein Risikomanagementsystem etabliert sich in der Versorgungspraxis in sogenannten Stufen, auch Reifegrade genannt [siehe Anhang S.14/15, Abb.2 und Tabelle 5].

Dabei kann von einem (Arzneimittel)risikomanagementsystem, gemäß den internationalen Leitlinien erst ab Stufe 4 gesprochen werden.

Die bisherigen Versorgungsforschungsprojekte in NRW und in Nordost zeigten, dass max. 20–30 % der Netzwerke (geriatrischen Teams) Stufe 3 halten konnten. Bei weiteren 20 % aller Pflegeeinrichtungen zeichnet sich ab, das hier, im Sinne der internationalen Leitlinien, von einem Risikomanagementsystem (Stufe 4) gesprochen werden kann. Diese waren im Wesentlichen für einen großen Teil der guten Ergebnisse aller Netzwerke verantwortlich. Neben den ökonomischen und klinischen Indikatorsystemen, z. B. UAE-Raten, UE Raten werden für die (interne) Steuerung der Risikomanagementsysteme in OAV daher Qualitätsindikatoren zur Ermittlung der Reifegrade eine wichtige Rolle spielen (Wo stehen wir?).

In der praktischen Konsequenz aus den Versorgungsforschungen ergab sich daraus die Notwendigkeit eine grundständige Erweiterung und Erneuerung der Qualifizierung (klinischen Ausbildung) des geriatrischen Teams im OAV Innovationsfonds einzuführen. Aufgabe in OAV

Anlage 7 Qualifizierung zum Vertrag gemäß § 140a Abs. 1 SGB V i. V. m. § 92b SGB XI zur integrierten medizinischen, pharmazeutischen und pflegerischen Versorgung von multimorbiden geriatrischen Patienten in ambulanten und vollstationären Pflegeeinrichtungen in der Fassung vom 03.04.2018

ist es, das nicht nur etwa 20 %, sondern erheblich mehr geriatrische Teams das Ziel eines echten Risikomanagementsystems (mind. Reifegrad 4) realisieren und halten können (siehe Abb. 1, Abb.2 und Tabelle 5). Die **Pflichtweiterbildungen** der Gero PharmCare sind notwendig (OAV Basiskurs), damit alle Teilsysteme und Instrumente des Risikomanagementsystems (siehe Abb. 1, Stufe 3) eingeführt werden, **Wahlweiterbildungen** der UW/H (Pflegeexperten, etc.) damit das Risikomanagementsystem nachhaltig etabliert werden kann (siehe Anhang, Stufe 4 und 5).

Tabelle 1: Pflicht- und Wahlqualifikationen in OAV

	Betriebliche Weiterbildung	Berufsintegrierte Hochschulweiterbildung	E-Learning
Pflichtqualifikation	Gero PharmCare: Alle Methoden und Instrumente: OAV – Basiskurs,		
Wahlqualifikation		UW/H u. Dritte: Pflegeexperten der medikamentösen Versorgung, Geriatrische Pharmazeuten (Klinisch/fortgeschritten)	Gero PharmCare: In allen Stufen
Wahlqualifikation		UW/H u. Dritte: Pflegeexperten Geriatrie, geriatrische Haus-/ Fachärzte	

Erläuterungen zu Tabelle 1:

- betriebliche Bildung: Intensivschulungen und Einführung aller notwendigen Methoden und Instrumente im Lernmanagementsystem, d. h. Präsensschulungen (OAV-Kurs) inkl. der Online Schulungen (E-Akademie) notwendig für Reifegrad 3 durch die Gero PharmCare.
- Berufsintegrierte Hochschulbildung, Vertiefung an eigenen klinischen Fällen, notwendig für Reifegrad 4 (Wahlausbildungen), durch Universität Witten/Herdecke und Dritte

(externe Hochschuldozenten, IGPIG). Weiterbildungen als „Pflegeexperten in der medikamentösen Versorgung“ und „Geriatrische Pharmazeuten (klinisch/ fortgeschritten)“,

- Wahlausbildungen als „Pflegeexperten der Geriatrie“ und „Haus-Fachärzte der Geriatrie“. Ein (Arzneimittel)risikomanagementsystem als Geschäftsmodell zu nutzen (siehe, Tab. 2, Stufe 5), liegt zwar im Interesse des Patienten und des öffentlichen Gesundheitswesens (Stichwort: Risiko- und Fehlerkultur), muss aber, ebenso wie die notwendigen Weiterbildungen der Stufe 4, jeder Einrichtung selbst überlassen bleiben.

Daraus ergibt sich für die Reifung der Risikomanagementsysteme hinsichtlich der Qualifizierungen aller beteiligten Einrichtungen in OAV folgendes Bild:

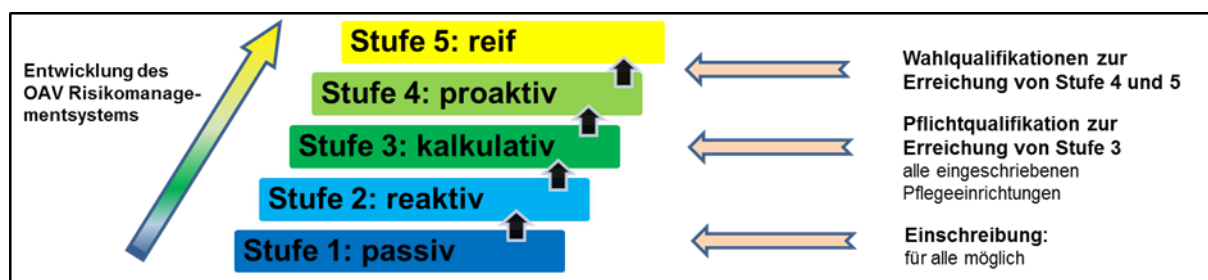


Abb. 1: Reifegrade und Qualifikationen im OAV Risikomanagementsystem angelehnt an ONR 49000-Richtlinienserie, adaptiertes Modell v. J.Reason

2. Der Risikomanagementprozess in OAV

Ziel des OAV Modells ist eine effiziente und standardisierte Verhinderung und Verminderung von Patientenschädigungen, bzw. der unerwünschten Arzneimittelereignisse (UAE) bei allen teilnehmenden pflegebedürftigen Senioren. OAV orientiert sich dabei an den internationalen Leitlinien des Risikomanagements der ISO 31000 und den Umsetzungen eines Risikomanagementsystems in der ONR 49000-Richtlinienserie (ONR 49001, ONR 49002, ONR 49003). Hinsichtlich dieser Betrachtungen sind die berufsgruppenspezifischen Verfahren, das Geriatrische Assessment, das Pflegerische Assessment und das Geriatrische Medikationsassessment auch als klinische Risikomanagementprozesse zu verstehen.

Das geriatrische Team initiiert nun einen sich stetig wiederholenden interdisziplinären Risikomanagementprozess. Auf diese Weise sollen in einer zyklischen, kontinuierlichen Verbesserung (Arzneimittel)Risiken berufsgruppen- und sektorenübergreifend identifiziert, analysiert, bewertet, beurteilt und bewältigt werden. Sie führen so zur Optimierten Arzneimittel Versorgung.

Die dazu notwendigen Schritte (siehe unten) werden durch eine forcierte Zusammenarbeit des geriatrischen Teams (Pflegefachkräfte, Ärzte, Apotheker), unterstützt durch den elektroni-

schen VERIKO® (Software) Assistenten, geleistet. Die UAE–Detektion (nach dem WHO–Kausalitätsassessment, bzw. Naranjo–Assessment der klinischen Pharmakologie) erfolgt dabei risikopriorisiert, d. h. die schwersten und häufigsten UAE werden vom Team vorrangig behandelt:

2.1 Risikoidentifikation

- Schritt 1: Die klinischen Symptome einer potenziellen UAE (Stürze, Magenblutungen, Kognitionsstörungen, etc.) werden bei allen eingeschriebenen Versicherten durch vertiefte Therapiebeobachtungen der Pflegefachkräfte, ggf. auch der Ärzte erkannt. Für alle eingeschriebenen Versicherten wird der Medikationsplan in der Software VERIKO® erhoben (elektronischer Import oder Handfassung).
- Schritt 2: Es erfolgt durch die Software VERIKO® ein automatisiertes Risikoscreening pro Pflegebedürftigen hinsichtlich kumulativer geriatrischer Arzneimittelnebenwirkungen. Diese beiden Gruppen (aus Beobachtung der Pflegenden plus

Risikoscreening der Software) bilden den Pool zur Detektion eines unerwünschten Arzneimittelereignisses (UAE) bei allen eingeschriebenen Versicherten.

2.2 Risikoanalyse

- Schritt 3: Der teilnehmende Apotheker führt für jeden im Pool befindlichen Pflegebedürftigen während der monatlichen IVi (Intensivschulung-Visitenvorbereitung) eine UAE-Detektion durch. Bei ca. 30 % der Pflegebedürftigen muss der UAE-Verdacht durch eine vertiefte Medikationsanalyse, sowie die ärztliche Nutzen-Risiko-Bewertung (siehe Schritt 5) verifiziert werden.
- Schritt 4: Die klinisch erfahrenen Geriatrischen Pharmazeuten der Gero PharmCare GmbH führen eine Medikationsanalyse durch und formulieren ggf. eine Interventionsempfehlung (z. B. Empfehlung zur Änderung der Medikation).

2.3 Risikobewertung

- Schritt 5: Das individuelle Risikoprofil, d. h. der geriatrisch-pharmazeutisch verifizierte UAE-Verdacht und die Interventionsempfehlung werden dem zuständigen Arzt des Pflegebedürftigen schriftlich übermittelt. Die behandelnden Ärzte führen auf Grundlage der Risikoprofile eine aktuelle Nutzen-Risiko-Bewertung der Gesamtmedikation ihrer Risikopatienten durch.

2.4 Risikobewältigung

- Schritt 6: Der behandelnde Arzt entscheidet über die Medikationsänderungen⁴, das geriatrische Team über Änderungen im Bereich der Arzneimittelversorgung (Medikationsprozess).
- Schritt 7: Nach Optimierung der Arzneimittelversorgung erfolgt ein Monitoring der Symptome des Pflegebedürftigen, dann weiter mit Schritt 2.

3. Allgemeine Erläuterungen zu Dienstleistungen und Qualifizierungen in OAV

Die OAV greift tief in den Ablauf und die Strukturen der beteiligten Pflegeeinrichtungen ein. Um eine möglichst genaue Differenzierung zwischen bestehenden Regelleistungen der einzelnen Berufsgruppen und neuen Elementen der OAV zu erreichen, sollte hinsichtlich einer potenziellen, neuen Regelversorgung eine (Teil)Aufgabenstellung des gesamten Projektes gewährleistet sein.

Ziel der neuen, eigenständigen OAV ist es dabei, dass das OAV–Risikomanagementsystem integraler Bestandteil des Geschäftsmodells (Regelversorgung) der Pflegeeinrichtungen, Arztpraxen und Apotheken (siehe Tabelle 4) und eine offene Fehler- und Risikokultur über alle Hierarchiestufen der Einrichtungen verwirklicht und gelebt wird.⁵

Die Versorgungspraxis zeigt, dass die Realisierung des Risikomanagementsystems und der damit verbundenen Dienstleistungen von unterschiedlichen Reifegraden der Institutionen und des geriatrischen Teams im Netzwerk abhängig ist (siehe Anhang).

Hierbei spielt die Motivation und das Bestreben einer echten persönlichen und arbeitsorganisatorischen Weiterentwicklung im geriatrischen Team eine entscheidende Rolle. Bei der Auswahl des Netzwerkes und vertraglichen Konstituierung des geriatrischen Teams sollte dieser Punkt beachtet werden. Darüber hinaus sollten die Netzwerke in Aussicht stellen können, dass sie nach der Adaption/Etablierung der Strukturen und Prozesse im Projektverlauf (Stufe 3) den Reifegrad vier bis fünf (siehe Tabelle 4) durch einen kontinuierlichen Verbesserungsprozess (Optimierungszyklen) erreichen **wollen**.

Daher unterscheiden wir im OAV Versorgungsmodell:

- a) Regeldienstleistungen, die von den Versorgern bisher auch erbracht werden müssen,

⁴ Die Responserate der Ärzte zu Interventionsempfehlungen bei einem solchen Vorgehen innerhalb eines Arzneimittelrisikomanagementsystems lag bei 76 %: Onlineveröffentlichung 2014, Abgerufen am 16.06.2017 <https://www.aknr.de/apotheker/inhalt.php?id=167&sid=g7jmqh025tiavguo57sj747u21>

⁵ Angelehnt und modifiziert nach „Austrian Standards Institute (Hrsg.), Normensammlung Risikomanagement ONR 49001:2014, 2.aktualisierte Auflage 2014“

- b) neue OAV Dienstleistungen, die mindestens erforderlich sind um überhaupt von einem systematischen Risikomanagement sprechen zu können,
- c) Fähigkeiten (Qualifizierungen), die durch eigene Bemühungen der Versorger im gesamten Projektverlauf erworben werden müssen (Pflichtausbildungen),
- d) Fähigkeiten (Qualifizierungen) die durch eigene Bemühungen der Versorger im gesamten Projektverlauf erworben werden sollten (Wahlausbildungen)

Die Punkte b) bis d) erzeugen kumulativ eine kontinuierliche Verbesserung um das Risikomanagementsystem zu realisieren (siehe Anhang, Abb.2). Die Reifung soll durch Qualitätsindikatoren (Bewertung UW/H) und Ergebnismessungen (VERIKO® Software Assistent der Gero PharmCare) vom geriatrischen Team/Versorgern gesteuert werden. (Stichwort: „selbstlernendes Risikomanagementsystem“)

3.1 Die OAV Qualifizierungen

3.1.1 Der OAV Basiskurs

Der OAV Basiskurs (Theorie)

findet für mind. acht geriatrische Teams eines regionalen Netzbündels zentral statt. Die Pflegefachkräfte und das pharmazeutische Personal nehmen während des gesamten Zeitraums an dieser Veranstaltung teil. Die klinischen, geriatrisch-pharmazeutischen Inhalte betreffen insbesondere die Grundlagen und Grundbegriffe der geriatrischen Pharmakotherapie, sowie des Qualitäts- / Fehler- und Risikomanagements in der Arzneimittelversorgung, Risikoassessments der geriatritypischen Instabilität, Kognitionsstörungen und Demenz, der arzneimittelassoziierten gastrointestinale Störungen, Elektrolytstörungen, Miktionsstörungen, ect. ., sowie Probleme durch Dosisanpassung bei Niereninsuffizienz und der Psychopharmakotherapie im Alter.

Am 2.Tag (4h) sind auch die Ärzte beteiligt. Inhaltlich betrifft dies insbesondere die Methoden einer Optimierten Arzneimittelversorgung, wie das Pflegerische Assessment (hier: Therapie- und Krankenbeobachtung, und Interventionen), das Geriatrische Assessment und das

Geriatrische Medikationssassessment und wie diese im klinischen Risikomanagementsystem und einer neuen Risikokultur interdisziplinär angewendet werden.

OAV Basiskurs (Praxis) 3tägig OAV,

Dieser Teil des OAV Basiskurs findet in einer teilnehmenden heimstationären Pflegeeinrichtung mit den Pflegekräften der Einrichtung und dem pharmazeutischen Personal von jeweils

Anlage 7 Qualifizierung zum Vertrag gemäß § 140a Abs. 1 SGB V i. V. m. § 92b SGB XI zur integrierten medizinischen, pharmazeutischen und pflegerischen Versorgung von multimorbiden geriatrischen Patienten in ambulanten und vollstationären Pflegeeinrichtungen in der Fassung vom 03.04.2018

vier geriatrischen Teams statt. Hier werden die in den ersten beiden Tagen theoretisch beschriebenen Inhalte von den geriatrischen Pharmazeuten (Moderatoren) der Gero PharmCare gemeinsam mit den Pflegekräften und dem pharmazeutischen Personal praktisch umgesetzt und geübt. Dies betrifft vor allem die Methoden der Qualitätssicherung des Medikations- und Risikomanagementprozesses, die Handhabung des VERIKO® Software – Assistenten, der UAE Detektion und der klinischen Pharmakotherapie. Am Nachmittag des dritten Tages sind die gesamten schädigenden Medikationsfehler der eingeschriebenen Patienten und die betreffenden Risiken dieser Einrichtung transparent. Sie werden in einer Fall- und Risikokonferenz, dem Arzneimittelkomitee mit dem/den kooperierenden Arzt/ Ärzten besprochen, woraufhin das geriatrische Team des Netzwerkes für alle Risikopatienten und –prozesse entsprechende Maßnahmen einleitet.

Danach erfolgt die **Implementierung des RMM-system** und die **Etablierung und Leistungsförderung** in zwei eintägigen OAV Basis Kurstagen, sowie begleitend das **OAV E-Learning**.

3.1.2 Hochschulqualifizierungen in OAV

Die berufsintegrierten Hochschulweiterbildungen mit Zertifikat sind Wahlweiterbildungen einer interdisziplinären Geriatrie. Sie vertiefen und ergänzen den OAV Basiskurs, verlaufen vorwiegend orts- und zeitunabhängig, mit wenigen Präsenzveranstaltungen. Die Curricula stehen den OAV Teams planungsgemäß ab Juli/August 2018 zur Verfügung. Abgeschlossene pflegerische (Medikationsfachkraft), geriatrisch-pharmazeutische, oder ärztliche Weiterbildungen (klinisch-pharmakologisch) sind anteilig anrechnungsfähig auf diese Qualifizierung.

Tabelle 2: Qualifizierungen der Pflege im OAV Modell

Setting	Anforderungen während des gesamten OAV Projektes	Qualifizierung	Erfordernis
	Es gibt auf jedem Wohnbereich jederzeit* mindestens eine intensivgeschulte Pflegefachkraft (in Ausbildung)	Pro Wohnbereich (ca. 20 Heimbewohner) erfahren 1-2 Pflegefachkräfte eine betriebliche Intensivschulung (OAV Basiskurs)	Pflicht
	Es soll in jedem Haus pro 50 Heimbewohner** jederzeit mind. eine/n Pflegeexperten in der medikamentösen Versorgung in Ausbildung sein	2jährige hochschulzertifizierte Weiterbildung „Pflegeexperten in der medikamentösen Versorgung“ - Modul 1 Hochschulzertifizierung der UW/H	Wahl

Anlage 7 Qualifizierung zum Vertrag gemäß § 140a Abs. 1 SGB V i. V. m. § 92b SGB XI zur integrierten medizinischen, pharmazeutischen und pflegerischen Versorgung von multimorbiden geriatrischen Patienten in ambulanten und vollstationären Pflegeeinrichtungen in der Fassung vom 03.04.2018

Stationäre Pflegeeinrichtung	Es soll in jedem geriatrischen Team eine/n „Pflegeexperten/in der Geriatrie“ in Ausbildung geben. (Anmerk.: Pflegeexperten Medikation und Geriatrie können eine Person sein.)	2jährige hochschulzertifizierte Weiterbildung (zu Pflegeexperten der Geriatrie (Advanced Nursing) der UW/H	Wahl
-------------------------------------	---	---	------

	Es gibt in jedem Pflegedienst jederzeit* mindestens eine intensivgeschulte Pflegefachkraft pro 20 versorgten Patienten	betriebliche Intensivschulung (OAV Basiskurs)	Pflicht
Ambulante Pflegedienste	Es soll in jedem Haus pro 50 Heimbewohner** jederzeit mind. eine/n Pflegeexperten in der medikamentösen Versorgung in Ausbildung sein Es soll in jedem geriatrischen Team eine/n „Pflegeexperten/in der Geriatrie“ in Ausbildung geben.	2jährige hochschulzertifizierte Weiterbildung Abschluß: „Pflegeexperten in der medikamentösen Versorgung“ - Modul 1 Hochschulzertifizierung UW/H und Dritter 2jährige Hochschulweiterbildung (zu Pflegeexperten der Geriatrie (Advanced Nursing) der UW/H und Dritter	Wahl Wahl

* *Scheidet ein Arbeitnehmer während der Projektlaufzeit aus dem Arbeitsverhältnis einer teilnehmenden Pflegeeinrichtung aus hat er ab dem Zeitpunkt seines aktiven Ausscheidens keinen Anspruch auf eine Fortführung der Qualifizierung. Jede teilnehmende Pflegeeinrichtung hat dafür Sorge zu tragen, dass im Falle einer längeren Verhinderung (6 Wochen und mehr) oder bei Beendigung des Arbeitsverhältnisses ein neuer Arbeitnehmer im OAV Basiskurs entsprechend qualifiziert wird. Im Gegenzug stellt der Auftraggeber ein Qualifizierungsprogramm für einen „Seiteneinstieg“ während der gesamten Projektlaufzeit zur Verfügung. Dabei ist zu beachten, dass bei einem „Seiteneinstieg“ lediglich eine Teilnahmebescheinigung über die entsprechend absolvierten Lehrinhalte ausgestellt wird und ein Hochschulzertifikat nach dem offiziellen Projektende nicht gewährleistet werden kann.*

** *Die Qualifizierung und das sich daraus ergebende klinische Risikobewusstsein der einzelnen Versorger ist eine übergreifende, arbeitsorganisatorische Qualität der teilnehmenden Einrichtung. Sie ist fluktuationsunabhängig von der Anzahl der eingeschriebenen Versicherten zu denken. Daher ist die ausschlaggebende Größe für die Qualifizierung die Gesamtzahl der versorgten Pflegebedürftigen.*

Tabelle 3: Beispielhafte Zuordnung der Tätigkeiten der „Pflegeexperten zur medikamentösen Versorgung“ in OAV

Bereich	Aufgabe/Inhalte
Intensivschulung/Visitenvorbereitung mit Apotheker (IVi). Gilt ebenfalls für jeweils eine weitere Pflegefachkraft pro Wohnbereich.	Überprüfung des (Hoch)risikoklientels anhand der Symptomkontrolle, der Medikationsanalyse, des UAE Verdachtes und Mitarbeit bei der Erstellung eines Risikoprofils
Vorbereitung Visite mit dem behandelnden Arzt	Besprechung mit Pflegekräften der Visitenvorbereitung und bei Therapieanpassung Kontrolle der Dokumentation von Veränderungen
Vorbereitung und Teilnahme an vierteljährlichen Fallbesprechungen / AMK	Auswahl von Hochrisikoklientel anhand von Auffälligkeiten und auf Grundlage der Visiten, Zuarbeit zum QM
Dokumentation	Controlling der Dokumentation der Arzneimitteltherapie betreffend, inkl. Bedarfsmedikation (ggf. Absetzen/Neuerordnung veranlassen)
Medikationsplan	Verantwortlich für die Dokumentation der Gesamtverordnung eines Patienten im multi-professionellen elektronischen Medikationsplan (VERIKO® Assistenz)
Interne Standards	Controlling der Durchführung der Standards und Handlungsanweisungen bezüglich des Umgangs, Verabreichung, Richten und Lagerns von Medikamenten, Optimierung des Rezeptmanagements
Therapiebeobachtung	Controlling der Therapiebeobachtung
Stationsbegehung / Pharmazeutisches Audit	Mitwirkung in Zusammenarbeit mit der Apotheke
Beratung	Ansprechpartner zu Fragen der Arzneimitteltherapie im Bereich
Besprechung der Pflegeexperten Medikation	Absprachen und Austausch mit anderen Pflegeexperten

3.2 Allg. Erläuterungen zu Dienstleistungen/Qualifizierungen der Pflege in OAV

Als Bestandteil eines QM-Systems der Versorger kann OAV nicht nur als eine qualitative, sondern auch als eine arbeitsorganisatorische Verbesserung der Arzneimittelversorgung umgesetzt werden: Statt vermeidbare Nebenwirkungen von Arzneimitteln zu „bepflegen“ und zu verwalten (Lagerung, Anwendung, Dokumentation, QM, etc.), können individuell oft erheblich effizientere, medizinisch-pflegerische Dienstleistungen vom geriatrischen Team beschlossen werden. Die Qualifizierungen der Berufsgruppen sind unter diesen klinischen Gesichtspunkten zu betrachten.

3.3 Allg. Erläuterungen zu Dienstleistungen/Qualifizierungen der Apotheker und geriatrischen Pharmazeuten in OAV

Etwa einen Dienstleistungstag pro Monat pro Pflegeeinrichtung, dieser beinhaltet u. a.:

- Intensivschulung/Visitenvorbereitung (ca. drei–vier Stunden)
- Vorbereitung, elektronische Dokumentation, Erzeugung und Auswertung der Risikoprofile aller Risikopatienten, Interventionen bei UAE (ca. drei–vier Stunden)
- jeden dritten Monat nachmittags eine pharmakotherapeutische und arbeitsorganisatorische Fall- oder Risikokonferenz, auch Arzneimittelkomitee (AMK)⁶ genannt

Ein anfänglicher Mehraufwand während der Implementierung und Adaption in den ersten 6-9 Monaten und ggf. darüber hinaus ist unter dem Gesichtspunkt der Qualifizierung zu betrachten (siehe Tab. 4).

3.4 Allg. Erläuterungen zu Dienstleistungen/Qualifizierungen der Kooperationsärzte

Diese bestehen in der Teilnahme an vierteljährlichen Fall- und Risikokonferenzen und AMKs. Ein ggf. entstehender Mehraufwand hinsichtlich der Bewältigung der Multimedikation z. B. der Anwendung der S2e–Leitlinie Multimedikation, inkl. des modifizierten Garfinkel-Algorithmus, etc. ist unter dem Gesichtspunkt der Qualifizierung zu betrachten (siehe Tab.4).

Tabelle 4: Qualifizierungen Apotheke und Arztpraxis

Berufsgruppe	Anforderungen während des gesamten OAV Projektes	Qualifizierung	Erforderlich
Apotheker	Es gibt in jedem geriatrischen Team jederzeit mind. einen intensivgeschulten Apotheker.	eine betriebliche Intensivschulung (OAV Basiskurs)	Pflicht
	Es soll in jedem geriatrischen Team einen Geriatrischen Pharmazeuten (Advanced Level) in klinischer Ausbildung geben	2jährige hochschulzertifizierte Weiterbildung (zum Geriatrischen Pharmazeuten (Advanced Level) der UW/H und Dritter	Wahl

⁶ Ein Arzneimittelkomitee (Abkürzung AMK) ist ein sektorenübergreifendes und entscheidungsbefugtes Gremium (Arztpraxis, Pflegeeinrichtung, Apotheke) das Beschlüsse zur Änderung der Arzneimittelversorgungsabläufe fasst. Die „Pflegeexperten in der medikamentösen Versorgung“ sind verantwortlich für die Umsetzung in der Pflegeeinrichtung.

PTA	Es gibt für jede Pflegeeinrichtung jederzeit mindestens eine intensivgeschulte PTA in klinischer Ausbildung	eine betriebliche Intensivschulung (OAV Basiskurs)	Pflicht
Arzt	Es soll in jedem geriatrischen Team mindestens einen, besser zwei Kooperationsärzte in einer Weiterbildung zur geriatrischen Pharmakotherapie geben.	2jährige hochschulzertifizierte Weiterbildung in der haus-oder fachärztlichen klinisch-geriatrischen Pharmakotherapie („Polypharmazieärzte“) der UW/H und Dritter	Wahl
Arzt	Es soll in jedem geriatrischen Team mindestens einen, besser zwei Kooperationsärzte in Weiterbildung zur haus- bzw. fachärztlichen Geriatrie geben.	2jährige hochschulzertifizierte Weiterbildung (in der haus-oder fachärztlichen Geriatrie der UW/H und Dritter)	Wahl

4 Anhang

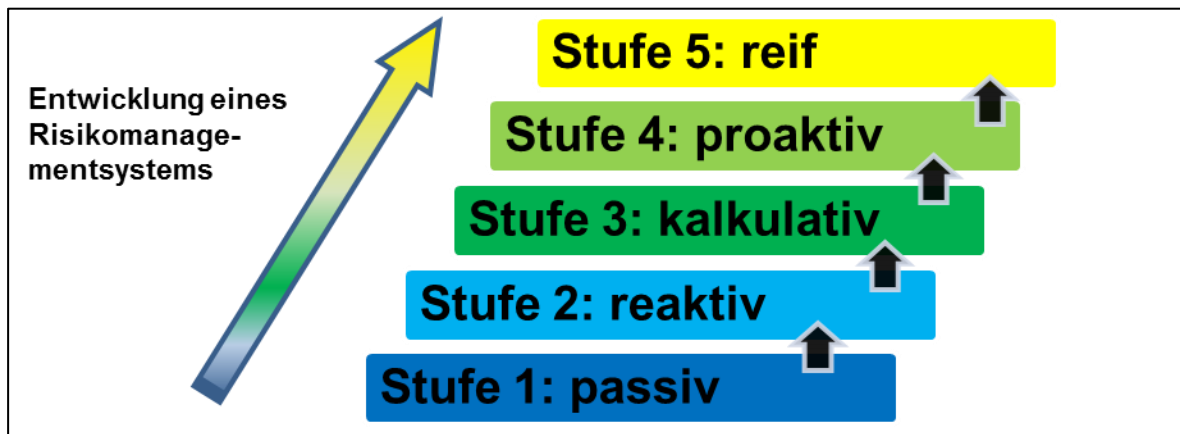


Abb. 2: Reifegrade eines Risikomanagementsystems nach ONR 49001:2014 und J. Reason

Tabelle 5: Beschreibung der Reifegrade eines Risikomanagementsystems n. ONR 49001:2014

Stufe	Beschreibung
Stufe 1	
Stufe 2	Risikomanagement wird zwar als wichtig erklärt, aber konkrete Maßnahmen werden nur dann getroffen, wenn ein schweres Ereignis/ein Unfall eingetreten ist oder wenn aufgrund gesetzlicher Vorschriften Aktivitäten zwingend sind.
Stufe 3*	Teilsysteme und Instrumente sind eingeführt, um mit allen Risiken umzugehen. Ob die Risiken wirklich verstanden werden und ob die Systeme robust und verlässlich funktionieren, steht nicht im Vordergrund. Dienstanweisungen dienen der rechtlichen Absicherung. Formelle Zertifizierungen haben die Systemwirksamkeit zu beweisen.

Stufe 4 Das Risikomanagement-System ist eingeführt. Die Führungskräfte und Mitarbeiter haben die Risiken verstanden und versuchen, mehr oder weniger systematisch mit ihnen umzugehen. Es treten immer wieder neue Fragen auf, die behandelt werden müssen. Das Geriatrische Medikationsassessment (Kontinuierliche Verbesserung/Optimierung) ist als Prozess eingeführt und funktioniert.

Stufe 5 Risikomanagement ist Teil des Geschäftsmodells. Es herrscht eine offene Risikokultur, die in der ganzen Organisation über alle Hierarchiestufen verstanden und gelebt wird. Bei strategischen Entscheidungen und operativen Tätigkeiten werden Risikoaspekte integriert und mit adäquaten Methoden bearbeitet. Risikomanagement wird zur Selbstverständlichkeit.

*Das OAV Versorgungsmodell beginnt nach der Implementierungsphase (OAV-Basiskurs) mit der Stufe drei und soll möglichst viele geriatrische Teams zur Stufe 4 und 5 (Hochschulqualifizierung) führen.

Anlage 7 zum Ergebnisbericht OAV - Kurzbeschreibung OAV-Pilotmodell -

Kurzbeschreibung OAV – Pilotmodell im Rahmen von care^{plus}

Das „Arzt im Pflegeheimprogramm“ care^{plus} (Laufzeit von 2007 bis 2022) hatte das Ziel, durch den Aufbau einer spezifizierten, kooperativen und aufeinander abgestimmten medizinischen Versorgungsform (Integrierte Versorgung nach § 92b SGB XI i. V. m. § 140a ff SGB V) die Versorgungs- und Lebensqualität der in vollstationären Pflegeeinrichtungen nach § 71 Absatz 2 SGB XI lebenden Versicherten zu verbessern. Die notwendigen Prozesse zur ärztlichen und pflegerischen Versorgung werden in der Pflegeeinrichtung organisiert, zum Wohl der Versicherten eng aufeinander abgestimmt und unter Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitspotentialen erbracht und einheitlich für alle daran Beteiligten gestaltet. Dies wurde durch verbindliche Strukturen und Prozesse, wie z. B. wöchentliche Regelvisiten und eine telefonische Rufbereitschaft außerhalb der Praxiszeiten realisiert.

Das G-BA - Innovationsforschungsprojektes „ESC+“ untersuchte innerhalb des Förderzeitraumes von Juni 2018 bis November 2020, wie erfolgreich die care^{plus}-Ziele umgesetzt wurden.

Näheres zu Inhalten sowie den Ergebnissen der Evaluation von care^{plus} findet man unter dem nachfolgendem LINK.

[ESC+ – Evaluation des bestehenden Selektivvertrages nach § 140a SGB V – careplus - G-BA Innovationsfonds](#)

Im Rahmen einer Integrativen Versorgung des care^{plus} - Programmes wurde im Zeitraum 2011 bis 2017 durch die Gesellschaft für Geriatrische Pharmazie – Gero PharmCare GmbH eine „Optimierte Arzneimittelversorgung“ für insgesamt neun stationäre Pflegeeinrichtungen im Auftrag der AOK Nordost geschaffen.

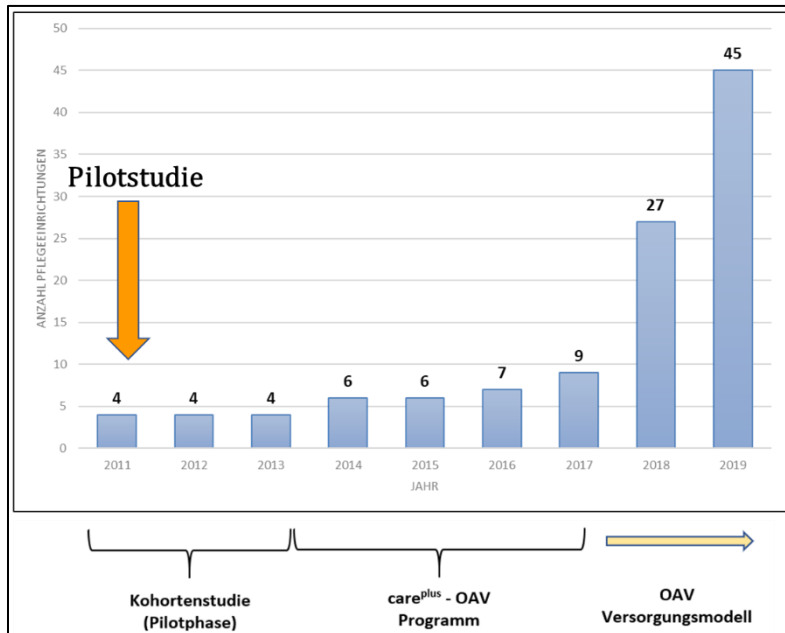


Abbildung 1: Entwicklungsphasen der Optimierten Arzneimittelversorgung (OAV)

Zielstellung war es, die Versorgungs- und Lebensqualität der Bewohner durch die Aktivierung medizinischer, pharmazeutischer und pflegerischer Optimierungspotentiale im gesamten Medikationsprozess kontinuierlich zu verbessern (Präventionsansatz-Gesundheitsförderung!).

Zugleich sollte die These erhärtet werden, dass die Umsetzung einer optimierten Arzneimittelversorgung durch ein Risikomanagement in stationären Alteinrichtungen nicht nur die Morbidität der Bewohner positiv beeinflusst, sondern sogar kosteneffizienter als die alte Versorgungsform sein kann.

Dabei ist zu berücksichtigen das in den Pilotierungs- und Erprobungsphasen von 2011 – 2017 die notwendigen administrativen Aufwendungen der Pflegeeinrichtungen und Pflegekassen gegenüber den eigentlichen gesundheitlichen Versorgungsleistungen einen sehr erheblichen Anteil der Gesamtkostenstruktur ausmachten.

Diese könnten im Rahmen einer Regelversorgung ab 2023 durch eine standardisierte digitale Verwaltung und Qualitätsmessung zu einem großen Teil entfallen.

Inhaltlich unterschied sich das Pilotprojekt OAV hinsichtlich der Prozessoptimierung nur unwesentlich von dem Innovationfondsprojekt OAV NVF. Beschreibt man die Entwicklung der OAV in drei Phasen (siehe Abb. 1), so lässt sich die Weiterentwicklung am besten durch das Element der Hochskalierung (Upscaling) in die Fläche beschreiben. Dabei spielt ebenfalls die Übertragung und Erweiterung einer multidimensionalen geriatrischen Betrachtungsweise im Arzneimittelversorgungsprozess eine nicht unerhebliche Rolle. Die rein bio-medizinische Betrachtungsweise von Routinedaten (ICD 10 Kodierung) wird hier im Sinne der Ottawa Charta¹ der WHO 1986 um eine bio-psychosoziale Anschauung der Lebenswelten ergänzt.

1. Pilotphase (2011-2013)

Hier wurden nur vier Netzwerke, d.h. Pflegeeinrichtungen, ihre Apotheken und care^{plus} Ärzte einbezogen. Die pharmazeutische Betreuung und die interdisziplinäre Risikobewältigung (Medikations- und Risikomanagement) wurde auf dem Expertenlevel von der Projektleitung selbst durchgeführt.² Dadurch konnte gezeigt werden, dass eine OAV machbar und erfolgreich sein kann. Die signifikante ($p < 0,05$) Reduktion aller – auch der nicht arzneimittelassoziierten – Stürze um 57,7% von durchschnittlich 13 auf 5,5 Stürze pro Monat war hierbei besonders bemerkenswert. Sie ist auf die Methodik der UAE-Detektion zurückzuführen³, die als einfache Symptombewertung in den pflegerisch-pharmazeutischen Arbeitsalltag integriert wird. UAE werden dabei als Teilmenge der Unerwünschten Ereignisse (UE) hinsichtlich der geriatertypischen Merkmale betrachtet. Diese praktische Vorgehensweise erlaubt nun auch eine fachgerechte quantitative

Bestimmung aller Nebenwirkungen eines Netzwerkes, sowie deren standardisierte Bewältigung.

¹ WHO Ottawa-Charta, Onlineabruf 08.11.2022:

https://intranet.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf

² Hanke F et al; Prävention arzneimittelassoziiierter Erkrankungen bei stationären Altenheimbewohnern durch ein pflegezentriertes Risikomanagement im Rahmen einer Integrativen Versorgung. German Medical Science GMS Publishing House (Abstr.); 2013. Doc13gaa30 (13gaa30), Onlineabruf vom 08.11.2022:

<https://www.egms.de/static/en/meetings/gaa2013/13gaa30.shtml>

³ Hanke F. Eine Untersuchung arzneimittelbezogener Probleme in stationären Alteinrichtungen als methodische Grundlage einer Geriatrischen Pharmazie. Dissertationsschrift Universität Witten Herdecke 2014.

Sie zeigt deutlich den „blinden Fleck“ unseres Pharmakovigilanzsystems auf: *Durch die bisherigen klinisch-pharmakologischen Arbeitsabläufe der Ärzte und Apotheker findet eine Untererfassung der UAE bis zum 10fachen statt; siehe dazu auch Schurig et al 2018⁴*

Soweit den Autoren bekannt, ist das geriatrisch-pharmazeutische Verfahren ⁵ einer kontinuierlichen Verbesserung des gesamten Arzneimittelversorgungsprozess durch zielgerichtete Reduktion der Polypharmazie stetig wiederkehrende Optimierungszyklen immer noch einzigartig. Abb. 2 beschreibt die Integration des Versorgungs- und Risikomanagementsystems (VERIKO) in vier Zyklen in ca. 4 Quartalen durch die Netzwerkmoderatoren. Die interne Evaluation wurde durch die Versorger selbst, die externe Evaluation durch die Netzwerkmoderatoren vorgenommen.

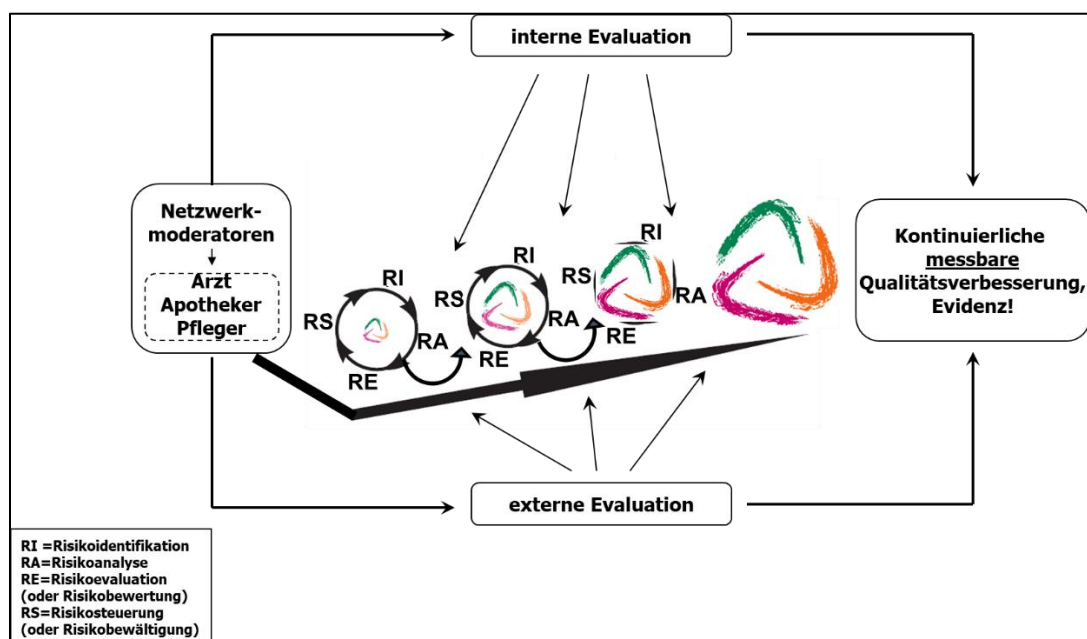


Abbildung 2: Klinisch-digitale Optimierung der AM-Versorgung, angelehnt an die ONR 2014

In dieser Pilotphase waren wesentlichen Elemente der Qualifizierung, d.h. die betrieblichen Weiterbildungen als Medikationsfachkraft, in der geriatrischen Pharmazie für Apotheker und Ärzte, sowie die Softwareassistenz schon vorhanden.

2. Entwicklungsphase (2014 – 2017)

In dieser Phase erfolgte mit insgesamt neun stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen die Ausweitung der Arbeitsergebnisse ins ambulante Feld. Parallel dazu wurde die OAV als „Pflegerberatung Polypharmazie“ für die Angehörigenpflege entwickelt. Begleitet wurde dies durch eine Versorgungssystemforschung, die eine klinisch-digitale Steuerung der Arzneimittelversorgung (= kybernetische Pharmazie) in beliebig vielen Netzwerken auf Mikro-

⁴ Schurig, AM, Böhme, M, Just, KS et al. Unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW) in der Krankenhausnotaufnahme. Dtsch Arztebl Int 2018; 115: 251-8; Online-Abruf vom 26.04.2020: [https://www.aerzteblatt.de/archiv/197352/Unerwuenschte-Arzneimittelwirkungen-\(UAW\)-in-der-Krankenhausnotaufnahme](https://www.aerzteblatt.de/archiv/197352/Unerwuenschte-Arzneimittelwirkungen-(UAW)-in-der-Krankenhausnotaufnahme)

⁵ Geriatrisches Medikationsassessment in: Hanke F, Fügen I. Medikationssicherheit bei geriatrischen Patienten, Eur J Ger 2009; 11, 2: 58-63

, Meso- und Makroebene⁶ ermöglichen kann. Als evidenz-basierte Grundlage der betrieblichen Zusammenarbeit wurden hier interdisziplinäre Risikoassessmentverfahren zur geriatritypischen Multimorbidität, sowie mathematische Algorithmen für eine multidimensionale Datenverarbeitung (= „Deep-Learning“) bewertet.

3. Phase: Innovationfondsprojekt OAV NVF (2017-2021)

In dieser Phase wurde die OAV nun ein eigenständiges Versorgungsmodell um die neuen interdisziplinären, geriatrisch-pharmazeutischen Versorgungsleistungen für eine Regelversorgung zu etablieren und zu evaluieren; siehe dort.

Zur Qualifizierung einer interdisziplinären, geriatrischen Arbeitsweise in der OAV wurde in dieser Phase einerseits eine neue klinisch-digitale Bildungsdidaktik, andererseits eine

formative Bewertung zur Beurteilung der Optimierung in den Netzwerken (Abb. 2: externe Evaluation) geschaffen; siehe dort: Checkliste externes Audit Netzwerk.

Der Auftrag der Gero PharmCare GmbH bestand darin ein demografietaugliches Arzneimittelversorgungssystem zu entwickeln, d.h. mit weniger Fachpersonal mehr geriatrische Patienten besser zu versorgen. Der Benefit der OAV, bzw. des ihr zugrunde liegenden VERIKO – Systems besteht daher in einer erheblichen Effizienzsteigerung der AM-Versorgung durch eine signifikante Erhöhung an Sicherheit in der Fläche. Die Risikoidentifikation der Patienten und die vollelektronische Metadatenverarbeitung spielen dabei seit 2009 eine erhebliche Rolle. Die Fähigkeit, allein aus Rezeptdaten arzneimittelassoziierte Erkrankungen vorherzusehen und daher auch in der Fläche gezielt zu verhindern, wurde jedoch erst 2022 von der RWTH Aachen klinisch bestätigt.⁷

Vermutlich aufgrund dieses neuen, präventiven Ansatzes in der Arzneimittelversorgung hat die OAV in Europa, soweit bekannt, auch nach 10 Jahren immer noch ein Alleinstellungsmerkmal.

⁶ Soziologische Beschreibung der Patienten-, Netzwerk- und überregionalen Versorgungszusammenhänge

⁷ „...VERIKO risk estimations correlated significantly to fall events...“ Bosch et al., Pharmazie 2022

IVi-Protokoll

Wohnbereich:

Datum:

Dauer:

Teilnehmer:

Pflegeeinrichtung	Apotheke
--------------------------	-----------------

1 Neu besprochene Patienten

1.1 Aktueller Status der Patientenzyklen

Siehe VERIKO® Patientenübersicht aktueller Monat.

1.2 Offene Fragen/besondere Maßnahmen

Patientenname	Beschreibung

2 In vergangenen IVis besprochene Patienten

2.1 Aktueller Status der Patientenzyklen

Siehe VERIKO® Patientenübersicht vergangener Monat

2.2 Offene Fragen/besprochene Maßnahmen

Patientenname	Beschreibung

3 In Fall-/Risikokonferenz zu besprechende Patienten

Patientenname	Begründung

4 Sonstiges

5 Nächste IVi

Datum:

Anlage 9 zum Ergebnisbericht OAV

- Leistungen der Gesundheitlichen Versorgungsleistungen -

Leistungen der Gesundheitlichen Versorgungsleistungen - Aufgaben und Verantwortlichkeiten der beteiligten Berufsgruppen

In der neuen Versorgungsform OAV - Optimierte Arzneimittelversorgung haben die am Risikomanagementsystem bzw. -prozess beteiligten Berufsgruppen innerhalb des geriatrischen Teams berufsübergreifende als auch berufsspezifische Aufgaben zu leisten.

Zu den berufsübergreifenden Aufgaben gehören bspw. die Durchführung von Fall- und Risikokonferenzen sowie an dem Arzneimittelkomitee, an denen die am Projekt beteiligten Pflegefachkräfte, Apotheker und Ärzte gleichermaßen teilnehmen. Die Intensivschulungen-Visitenvorbereitungen gehören ebenfalls zu den berufsübergreifenden Aufgaben, die von den Pflegefachkräften und Apotheker durchgeführt werden.

Die Therapiebeobachtung mit entsprechender Dokumentation auf den Therapiebeobachtungsbogen durch die Pflegefachkraft ist hingegen ein Beispiel für berufsspezifische Aufgaben.

In der nachstehenden Übersicht sind die einzelnen beteiligten Berufsgruppen mit ihren jeweiligen Aufgaben dargestellt. Die entsprechend gezahlten Finanzierungspauschalen unterteilen sich dabei in Pauschalen für immer wiederkehrende Leistungen innerhalb des gesamten Interventionszeitraumes (Standardleistungen) und Pauschalen für Leistungen, die je Patient bzw. teilnehmenden Versicherten jeweils nur einmalig innerhalb des Einschreibungsprozesses gezahlt wurden.

Pflegefachkräfte/ Leistungen	Häufigkeit	Art	Vergütung
Therapiebeobachtung und Dokumentation auf Therapiebeobachtungsbogen	wiederkehrend, tägl. ca. 2,5 Minuten je Wohnbereich (Wb)	berufsgruppen-spezifisch	9,22 € je Monat und Teilnehmer
Projektbezogene Dokumentationen	wiederkehrend, 15 Minuten je Wb, 1x im Monat	berufsgruppen-spezifisch	
UAE Detektion während IVi (Intensivschulung/ Visitenvorbereitung) inkl. Datenpflege	wiederkehrend, 1 x Monat , 2 Stunden pro Wb	Berufsgruppen-spezifisch (UAE Detektion) und -übergreifend (Teilnahme an IVi)	
Prüfung Medikationsprozess	wiederkehrend, 2 x im Jahr 2 Stunden pro Wb	berufsgruppen-spezifisch	
Arzneimittelkomitee	wiederkehrend, 4 x Jahr 1 Stunde	berufsgruppen-übergreifend	

Fall- und Risikokonferenz, 1 x Quartal, 1 Stunde	wiederkehrend, 1 x Quartal, 1 Stunde	berufsgruppen-übergreifend	
Einschreibungsprozess (Aufklärung Patienten zum Projekt und Datenschutz, Einholung Unterschrift, Erfassung, Dokumentation, Kommunikation mit KK, UAE Detektion während IVi bei Neuzugang...)	einmalig, 2 Stunden je Teilnehmer	Berufsgruppen-spezifisch und -übergreifend	71,40 € je Teilnehmer
Pflegeeinrichtung/ Leistungen	Häufigkeit	Art	Vergütung
Projektsteuerung/Kommunikation/ Organisation/Koordinierung Termine aller beteiligten Berufsgruppen	wiederkehrend, 1 Stunde pro Teilnehmer und Jahr		2,98 € je Monat und Teilnehmer

Apotheker/ Leistungen	Häufigkeit	Art	Vergütung
Überprüfung Veränderungen Medikation / neue Symptome	wiederkehrend, 60 Minuten je Wohnbereich (Wb) und Monat	berufsgruppen-spezifisch	
Pharmazeutisches Audit Medikationsprozess	wiederkehrend, 2 Stunden je Wb, 2 x im Jahr	berufsgruppen-spezifisch	
UAE Detektion während IVi (Intensivschulung/Visitenvorbereitung) inkl. Datenpflege	wiederkehrend, 1 x Monat, 2 Stunden pro Wb	Berufsgruppen-spezifisch (UAE Detektion) und -übergreifend (Teilnahme an IVi)	5,55 € je Monat und Teilnehmer
Arzneimittelkomitee	wiederkehrend, 4 x Jahr 1 Stunde	berufsgruppen-übergreifend	
Fall- und Risikokonferenz, 1 x Quartal, 1 Stunde	wiederkehrend, 1 x Quartal, 1 Stunde	berufsgruppen-übergreifend	
UAE Detektion Neuzugänge während IVi (Intensivschulung/Visitenvorbereitung)	einmalig, ca. 1 Stunde je Teilnehmer	berufsgruppen-spezifisch	53,55 € je Teilnehmer

Arzt/ Leistungen	Häufigkeit	Art	Vergütung
Risikobewältigung Gesamtmedikation, mögliche Maßnahmen	wiederkehrend, 20 Minuten je Jahr und Teilnehmer, bei denen ein	berufsgruppen-spezifisch	5,95 € je Monat und Teilnehmer

	UAE detektiert wurde		mit detektierten UAE
Arzneimittelkomitee	wiederkehrend, 4 x Jahr 1 Stunde	berufsgruppen-übergreifend	
Erstanalyse und Therapieempfehlung	einmalig, 1 Stunde im Jahr je Teilnehmer mit detektierten UAE	berufsgruppen-spezifisch	59,50 € je Teilnehmer mit detektierten UAE

Konsortialpartner GPC GmbH/ Leistungen	Häufigkeit	Art	Vergütung
Risikoanalyse/-kommunikation mit Pflege, Apotheker, Arzt, führen Dokumentation Folgeanalysen	wiederkehrend, 120 Minuten je Jahr und Teilnehmer, bei denen ein UAE detektiert wurde	berufsgruppen-spezifisch	10,00 € je Monat und Teilnehmer mit detektierten UAE
einmaliger Zusatzaufwand für Neuzugänge mit UAE Verdacht, klinische Medikations- und Risikoanalyse, inkl. Risikoprotokoll	einmalig, 2 Stunden je Teilnehmer mit detektierten UAE	berufsgruppen-spezifisch	120 € je Teilnehmer mit detektierten UAE

Qualitätssicherung Prüfung aller Dokumentationen je Patient von Pflege, Arzt, Apotheker, auf Vollständigkeit und Inhalt	wiederkehrend, 20 Minuten je Jahr und Teilnehmer,	berufsgruppen-spezifisch	1,67 € je Monat und Teilnehmer
Neuaufnahme Erfassung ins QS System	einmalig, 15 Minuten je Teilnehmer	berufsgruppen-spezifisch	15 € je Teilnehmer

EDV, elektronischer Medikationsplan, inkl. Symptombeobachtung, Erkrankungen, Allergien, Ausdruck Medikationsplan für Patienten. Elektronische Plattform für Pflege, Arzt, Pharmazeuten.	wiederkehrend, laufend	berufsgruppen-spezifisch	3,00 € je Monat und Teilnehmer
Implementierungspauschale alle erbrachten Leistungen die sich auf die Etablierung des Optimierungsprozesses OAV in den Pflegeeinrichtungen beziehen (Coaching, Reflexion, Koordinierung operativer Tätigkeiten, Schnittstellenmanagement...)	wiederkehrend, laufend über die gesamte Interventionszeit	berufsgruppen-spezifisch	7.242 € je Pflegeeinrichtung

Anlage 10 zum Ergebnisbericht OAV

- Implementierungserfahrungen -

Implementierungserfahrungen

Bis zum 31.03.2020 wurden insgesamt 550 Mitarbeiter (381 Pflegefachkräfte aus stationären und 32 Pflegefachkräfte aus ambulanten Pflegeeinrichtungen; 111 Apotheker sowie 26 Ärzte) im Rahmen betrieblicher und überbetrieblicher Weiterbildungen qualifiziert.

Die Theorie- und Praxiskurse wurden ab September 2019 didaktisch und inhaltlich den Erfordernissen so angepasst, dass eine schnellere Einschreibung von mehr Teilnehmern möglich war. Obwohl eine Gruppengröße von 25-30 Teilnehmern im Theoriekurs als optimal anzusehen war, konnten dann auch bis zu 100 Seminaristen die 2-tägigen Präsenzveranstaltungen besuchen.

Dabei wurde durch eine enge Zusammenarbeit der Partner Universität Witten/Herdecke und der Apothekerkammer Nordrhein die betrieblichen Weiterbildungen so abgestimmt, dass eine nahtlose Anerkennung der Theorie- und Praxiskurse, auch OAV-Basiskurse genannt, in der Hochschulweiterbildung und der/den Kammerweiterbildungen formell möglich wurde.

Die wesentlichen Inhalte der Theoriekurse betrafen klinische Wahrnehmungsschulungen zur pharmakologischen Betrachtung der Arzneimittelwirkungen am geriatrischen Patienten. Darin waren sowohl biomedizinische Faktoren als auch die Partizipation und Teilhabe am sozialen Leben, sowie das Versorgungsumfeld der Patienten mit einbezogen. Die Innovation dieser Qualifizierung bestand daher nicht nur in der interdisziplinären Schulung der beteiligten Berufsgruppen. Im Sinne des ganzheitlichen WHO Gesundheitsverständnisses (Ottawa Charta 1986) und des DIMDI (ICF 2006) wurden hier bio-psychoziale Arzneimittelwirkungen und -nebenwirkungen fokussiert. Diese bildeten das Fundament des neuen, innovativen Pharmakovigilanzsystems der OAV.

Die Qualifizierungsinhalte mündeten in die Einschulung der Therapiebeobachtung und des Therapiebeobachtungsbogens (TBB).

Die vertiefte, ganzheitliche Therapiebeobachtung konnte dann ab dem ersten Tag der Schulung aktiv bei allen Patienten, deren Einverständnis vorlag, in den Pflegeeinrichtungen begonnen werden.

In den Praxisschulungen lernten die Seminaristen die einzelnen weiteren Instrumente des neuen Risikomanagementsystems kennen und anzuwenden. Sie erlernten den Umgang mit der Technik und Methodik, sowohl was die neuen klinischen Assessmentverfahren, als auch die digitalen Medien anbelangt (VERIKO® Softwareassistent PT und QS).

Für das erste pharmazeutische Audit, als Beginn des organisatorischen Optimierungszyklus in VERIKO® QS, standen den OAV Moderatoren ca. 40 in der Fachwelt bekannte Medikationsassessmentverfahren zur Verfügung. Je nach Bedarf und Reifegrad des Risikomanagementsystems konnten die Versorger der Pflegeeinrichtungen mit Hilfe der Moderatoren darauf selbständig und aktiv zugreifen.

Die Medikations- und Risikoanalysen (MRA) wurden vor allem von den proaktiven Ärzten und Apothekern zur Auffrischung und Vertiefung ihres klinisch-pharmakologischen Wissens genutzt. Sie dienten im Rahmen der Qualifizierung also nicht nur zur Verifizierung der UAE-Detektion der Versorger, sondern auch der Risikoprävention. Dies bedeutete praktisch, dass dieselben immer

wieder vorkommenden klinischen Medikationsfehler (Fehlercluster) nicht zwangsläufig auch immer wiederholt werden mussten, sondern in den übergreifenden halbjährlichen Arzneimittelkomitees gemeinsam bewältigt werden konnten.

Geriatrische Teams mit einem höheren Reifegrad nutzten dazu auch den TBB, sowie den elektronischen Qualitätsbericht als Indikatorinstrument zur Erfassung und Bewältigung von Medikationsfehlerclustern.

Bis 31.12.2019 wurden 1.224 OAV-Patienten aus 59 Pflegeeinrichtungen in das VERIKO® System aufgenommen. Von diesen erhielten insgesamt durchschnittlich 33 % (413 MRA von 1.224 Patienten) eine Medikations- und Risikoanalyse (MRA).

Bei jedem der pflegebedürftigen geriatrischen Patienten, die eine MRA erhielten, wurde mindestens eine Nebenwirkung erkannt.

Vom 01.01.2019 - 31.12.2019 hatten 33 % (313 von 937 pflegebedürftigen Senioren) insgesamt 663 UAW (vgl. Abb. 1). Die Kausalität wurde von den Versorgern nach dem WHO-UMC Assessment bestimmt (Kausalität: mind. möglich).

Auffallend ist, dass UAW (unerwünschte Arzneimittelwirkungen) mit der WHO-UMC Kausalität „möglich“ bisher in der Alltagspraxis kaum oder gar nicht erfasst wurden. Da diese jedoch mit 80 – 90 % den größten Teil der UAW ausmachen, führt dies zu einer erheblichen Fehleinschätzung der UAW-Raten bei den Praktikern vor Ort und bei den Behörden. Infolgedessen können Pflegefachkräfte den größten Teil der Nebenwirkungen von Medikamenten, d. h. auch die mit diesen assoziierten iatrogenen Erkrankungen, nicht von den „normalen“ Erkrankungen unterscheiden und kommunizieren diese auch nicht an die behandelnden Ärzte. Unnütze, schädliche und vermeidbare Erkrankungs- und Verschreibungskaskaden (Multiatrogenität) in der Arzneimittelversorgung entstehen und induzieren oder binden wiederum erhebliche pflegerische, pharmazeutische und ärztliche Leistungen in den Pflegeeinrichtungen.

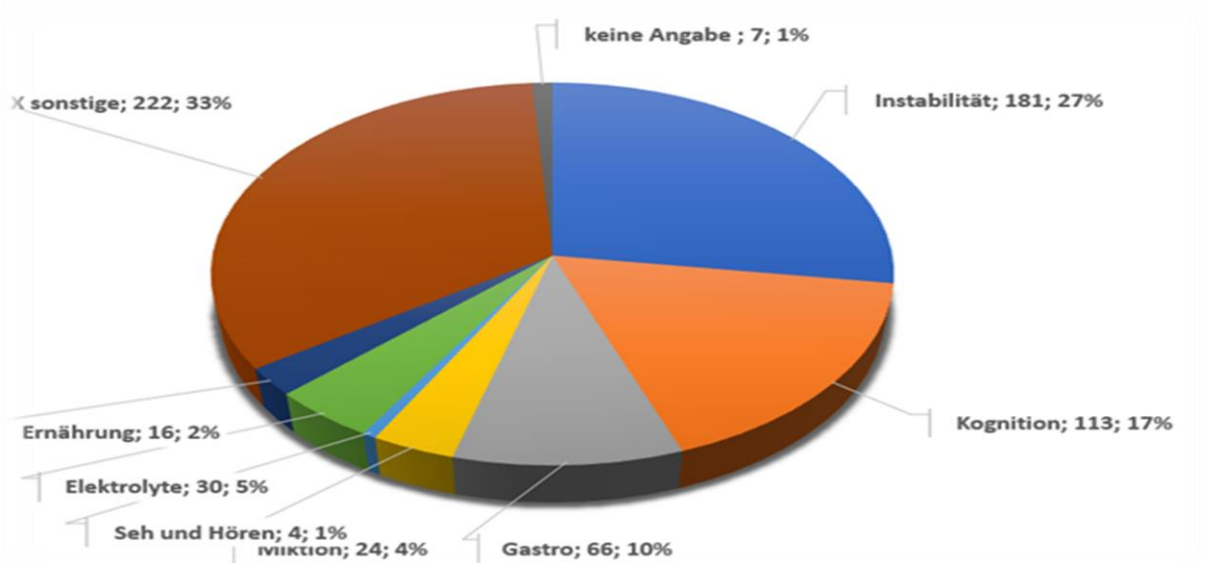


Abbildung 1: Verteilung der UAW 2019

Es ist leider ebenfalls davon auszugehen, dass auch viele Krankenhausärzte in der bisherigen Regelversorgung eine entsprechende klinisch-pharmakologische Weiterbildung zur Anwendung des WHO-UMC Kausilitätsassessments nicht erhalten haben oder aus Kapazitätsgründen nur unzureichend umsetzen.

Vorwiegend waren die Bereiche der Mobilität/Instabilität, z. B. durch Stürze und Gangstörungen, der Kognition, sowie des Gastrointestinaltraktes der Senioren betroffen (siehe Abbildung 1).

In 628 Fällen (94,7 % von 663 Fällen) ergaben sich leichte Schädigungen, die bei den Patienten eine verstärkte Beobachtung oder einfache pflegerische Maßnahmen notwendig machten. Dazu zählen z. B. arzneimittelassoziierte Stürze ohne offensichtliche Verletzungen, Ängste, vermehrte Toilettengänge,

Desorientierungen, die zur Pflegebedürftigkeit und Morbidität der Senioren beitragen dürften, jedoch nicht direkt gemessen werden. In 17 Fällen (2,6 % von 663 Fällen) waren direkte haus- oder notärztliche Einsätze ohne Krankenhauseinweisungen, in 18 Fällen (2,7 % von 663 Fällen) Krankenhausaufenthalte notwendig.

Mehr als 30 % der UAW wurden von den geriatrischen Teams erfolgreich bearbeitet. Diesbezüglich wurde die subjektive, gesundheitliche Lebensqualität im individuellen Optimierungszyklus von jedem Patienten durch Einschätzung der Pflege erfasst und im Softwareassistenten VERIKO® PT dokumentiert.

Hinsichtlich der Qualitätssicherung wurde im Jahr 2019 von jedem OAV Moderator ein Kurzbericht zum Verlauf des OAV- Praxiskurses und eine Einschätzung des Reifegrades der jeweiligen Pflegeeinrichtung vorgenommen.

Optimierung des gesamten Medikationsprozesses, kollektiv durch VERIKO® QS

Als Grundlage des einrichtungsübergreifenden, organisatorischen Risikomanagements wurden während der OAV-Praxiskurse von 10/2018 bis 10/2019 in 37 Pflegeeinrichtungen 112 pharmazeutische Auditierungen auf 93 Wohnbereichen durchgeführt. Dabei wurden insgesamt 4.592 Medikationsfehlermessungen aus den Bereichen des Medikationsprozesses vorgenommen. 3.886 Messungen (84,6 %) waren fehlerfrei. Bei 706 Messungen (15,4 %) lag mindestens ein Medikationsfehler vor (vgl. Abb. 2). Die Messungen wurden mittels 41 Qualitätsindikatoren (QI) durchgeführt, die im Rahmen der formativen Bewertung der UW/H für die OAV noch geprüft werden sollen.

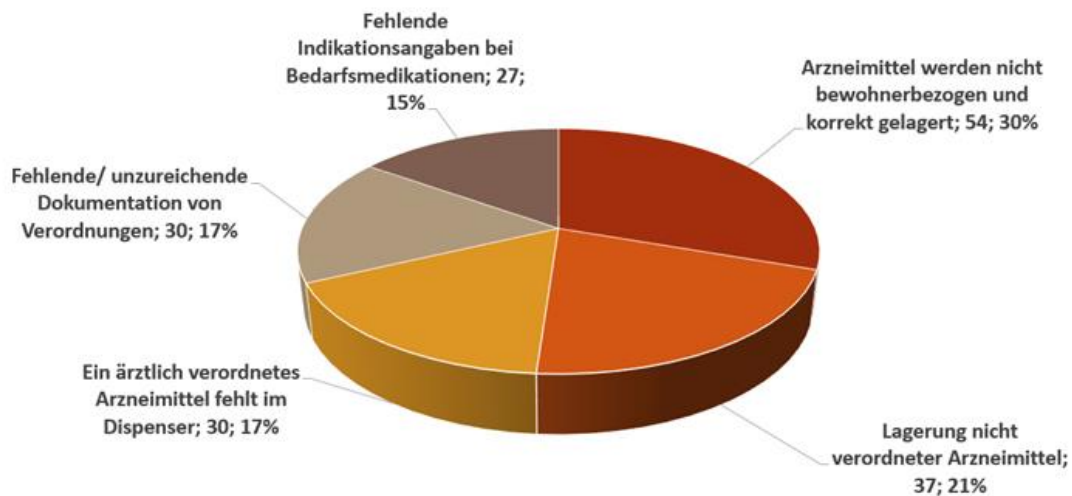


Abbildung 2: Die fünf häufigsten patientenbezogenen Medikationsfehler (n=178)

Anhand der Zusammensetzung, Schweregrade und Häufigkeiten der Medikationsfehler kann das AMK eines Netzwerkes seine Optimierungspotenziale erkennen und seine eigenen Weiterentwicklungen impulsieren. Entsprechend notwendige Standards dazu, können wiederum Bestandteil der Facharbeiten der Hochschulweiterbildung sein, sodass sich klinische Praxis und interdisziplinäre Weiterbildungen effizient ergänzen.

Im Jahr 2020 wurden weitere 478 OAV-Patienten im VERIKO®-System dokumentativ erfasst. Bei 20,04 % der Patienten (96 von 479 Patienten) bestand der Verdacht mindestens eines unerwünschten

Arzneimittelereignisses (UAE), sodass für diese Patienten infolge eine Medikations- und Risikoanalyse (MRA) veranlasst und durchgeführt wurde.

Dabei wurde bei jedem pflegebedürftigen geriatrischen Patienten, der eine MRA erhielt, mindestens ein UAE erkannt.

Die Kausalität wurde nach dem WHO-UMC oder Naranjo-Assessment bestimmt (Kausalität: mind. möglich). Auffallend war dabei, dass die UAE mit einer Kausalität „möglich“ bzgl. der Anzahl zwar die Hauptmenge in der Langzeitpflege darstellen, jedoch in der bisherigen Arzneimittelversorgung hochbetagter geriatrischer Patienten (> 80 Jahre) durch Ärzte oder Apotheker kaum oder nicht erfasst sowie proaktiv als solche bewältigt worden sind. So wird die UAE-Rate in dieser speziellen Population durch das bisherige, alte Pharmakovigilanz System in der Regelversorgung hochbetagter geriatrischer Patienten vermutlich um bis zum 10-fachen unterschätzt.

87,5 % der betroffenen teilnehmenden Patienten in OAV waren polypharmaziert (≥ 5 Arzneimittelverordnungen) und 39,6 % der Patienten hyperpolypharmaziert (≥ 10 Arzneimittelverordnungen). Physiologisch entstehen dabei die UAE sowie die daraus resultierenden arzneimittelassoziierten Erkrankungen, vermutlich vor allem aus organsystembezogenen, pharmakodynamischen Interaktionen, die mit steigender

Arzneimittelzahl und -dosis kumulieren. Kernproblem in der Regelversorgung ist jedoch weniger der gebrechliche Patient, sondern die suboptimale Erfassung und Bewältigung der UAE im Versorgungsprozess, wie sie nun als gesundheitliche Dienstleistung in OAV eingeführt wurde. Im Zeitraum vom 01.01.2020 - 31.12.2020 wurden bei den OAV-Patienten mit einem UAE-Verdacht (96 Patienten) insgesamt 324 UAE erfasst. Im Durchschnitt lagen damit 3,3 UAE für jeden Patienten mit einem UAE-Verdacht vor. Dabei lag die höchste Anzahl, die für einen Patienten ermittelt wurde, bei 13 UAE.

Eine nähere Betrachtung der Verteilung der UAE-Verdachtsfälle zeigt, dass in jedem fünften Fall (21 %) die Mobilität/Gangstabilität des Patienten betroffen war, z. B. durch Sturzereignisse oder Gangunsicherheit. Weiterhin zeigt sich in vielen Fällen eine Beeinträchtigung der Kognition (14 %) sowie Störungen im Bereich des Gastrointestinaltraktes (18 %). Vielfach erwähnt wurden u. a. auch Hautbeschwerden, die sich bei „Sonstige“ wiederfinden.

Bei 312 UAE-Verdachtsfällen (96,3 % von 324 Fällen) ergaben sich Schädigungen, die bei den Patienten eine verstärkte Beobachtung oder einfache pflegerische Maßnahmen erforderten (vgl. Abb. 3). Hierzu zählen beispielsweise arzneimittelassoziierte Stürze ohne offensichtliche Verletzungen, Ängste, vermehrte Toilettengängen und Desorientierung, die zur Pflegebedürftigkeit und Morbidität der Senioren beitragen. Vieler dieser „leichten“ UAE werden außerhalb eines gezielten Risikomanagementsystems sehr häufig der allgemeinen Multimorbidität zugeschrieben und sind wie oben beschrieben zu einem großen Teil weder Apothekern noch Ärzten als solche bekannt.

Leichte Schädigungen traten bei 9 UAE-Verdachtsfällen auf (2,8 % von 324 Fällen).

Bei 3 UAE-Verdachtsfällen (0,9 % von 324 Fällen) waren direkte haus- oder notärztliche Einsätze notwendig, die keine Krankenhauseinweisungen erforderten.

Todesfälle durch UAE waren nicht Gegenstand der Risikobewertung.

Mehr als 30 % der UAE wurden von den geriatrischen Teams erfolgreich bearbeitet.

Diesbezüglich wurde die subjektive, gesundheitliche Lebensqualität im individuellen Optimierungszyklus von jedem Patienten durch Einschätzung der Pflege erfasst und im Softwareassistenten VERIKO® PT dokumentiert. Nach Intervention konnte eine Lebensqualitätsbesserung bei 9 Patienten (9,4 % von 96 Patienten) erreicht werden. Eine Erhaltung der aktuellen Lebensqualität zeigte sich bei 19 Patienten (27,5% von 96 Patienten). Bei 68 Patienten (70,8% von 96 Patienten) wurden keine Veränderungen der Lebensqualität ermittelt.

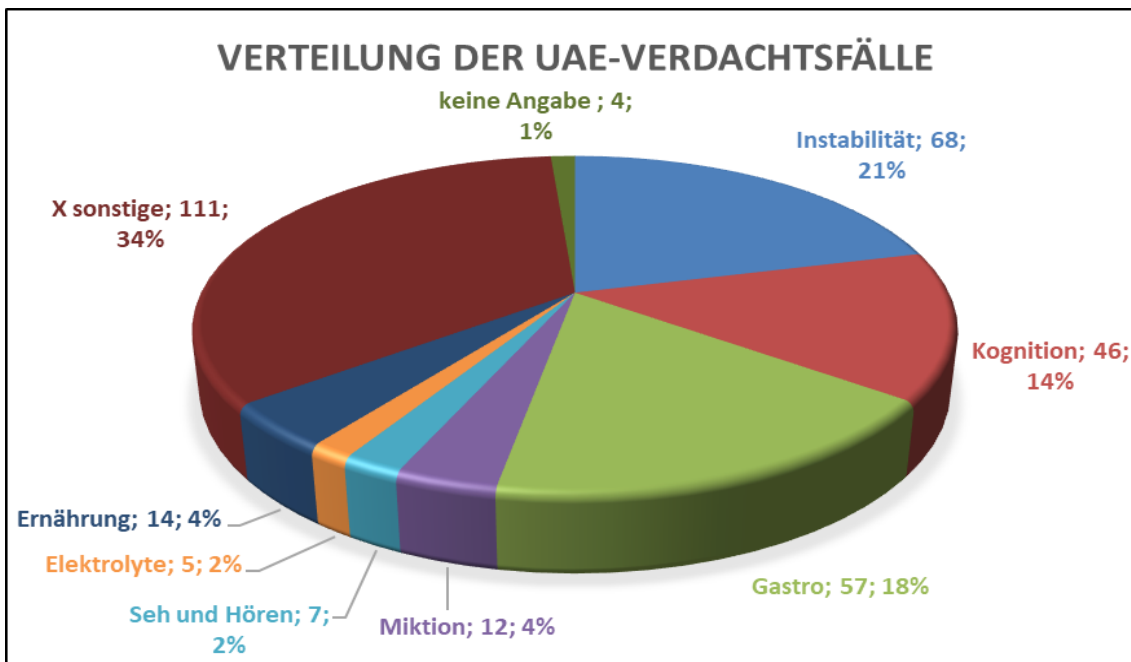


Abbildung 1: Verteilung der 324 UAE-Verdachtsfälle bei den Patienten mit UAE-Verdacht (96 Patienten) im Jahr 2020

Der Auf- und Ausbau eines Risikomanagements erfolgte für jedes OAV Netzwerk durch das pharmazeutische Audit und mit Hilfe des Softwareassistenten VERIKO® QS.

Anhand der Zusammensetzung, der Schweregrade und der Häufigkeiten von Medikationsfehlern konnte das AMK eines Netzwerkes seine Optimierungspotenziale erkennen und eigene Fortschritte verfolgen. Entsprechend notwendige Standards dazu, sollten wiederum Bestandteil der Facharbeiten der Hochschulweiterbildung sein. Aufgrund der Corona-Lockdown-Bedingungen mussten die internen Audits durch die teilnehmenden Apotheken zeitweise ausgesetzt werden. Als Aktivitäten der Netzwerke wurden zunächst die Dokumentationen im VERIKO® Softwareassistent PT gezählt. Zu den erfassten Aktivitäten gehören u. a. das elektronische Risiko, das klinische Risiko, die Anzahl der UAE sowie der UAE-Detektionen, die Anforderungen und das Absenden einer MRA, die Reaktionen der Ärzte (Annahme oder Ablehnung der MRA) und die pflegerische Beurteilung der Lebensqualität des Patienten.

Während im 1. Quartal 2020 die Aktivitäten durch den ersten Corona-Lockdown „schlagartig“ um 67 % gesunken sind und im 2. Quartal 2020 auf einem verminderten quantitativen Niveau weiterbetrieben wurden, zeigte sich in den Monaten August/September 2020 ein leichter Aufwärtstrend. Einige

Projektverantwortliche der Netzwerke und Pflegeeinrichtungen, die bereits einen höheren Reifegrad der Qualitätsentwicklung (kalkulativ und proaktiv, ab Reifegrad 3) erreicht haben, berichteten z. B., dass sie alle Arzneimittelrisiken der eingeschriebenen Patienten nun „im Griff hätten“.


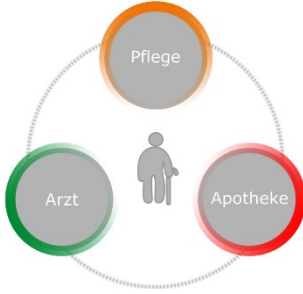

Ab September 2020 zeigte sich, mit Beginn der verschärften Maßnahmen des sogenannten zweiten Corona-Lockdowns, wieder ein Rückgang der Aktivitäten in den Netzwerken.

Akronym: OAV; Förderkennzeichen: 01NVF17008

Anlage 10 zum Ergebnisbericht OAV

- Implementierungserfahrungen -

Zusammenfassend lässt sich konstatieren, dass die Corona-Pandemie einen erheblichen Einfluss auf die OAV-Netzwerke während der Implementierung des Systems hatte. Wohingegen Netzwerke und geriatrische Teams, die das System bereits in den Arbeits- und Kommunikationsprozess integrieren konnten, Möglichkeiten und Anreize gefunden haben, auch im Lockdown das System weiter zu implementieren.

	<p>Optimierte Arzneimittel Versorgung</p> <p>pflegebedürftiger Patienten</p>		 <p>VERIKO[®]</p> <p>Risikomanagement System</p>
---	---	--	--

OAV Kompass

Version 1.0* – 01.04.2018

Hinweise auf mögliche Arzneimittelunverträglichkeiten:

Symptom	Verdächtige Arzneimittel
Instabilität: Sturz, Gleichgewichts- und Gangstörungen, Schwindel	Benzodiazepine (BZD), Antihypertensiva (inkl. Diuretika), Antidepressiva (insb. tri- und tetrazyklische), NSAR, Antiarrhythmika (Kl. I a)
Kognitionsstörungen: Delir, Somnolenz, Demenz	Benzodiazepine, trizyklische Antidepressiva (TZA, z.B. Amitriptylin, Doxepin), Neuroleptika, H ₁ -Antihistaminika (z.B. Hydroxyzin, Dimetinden, Cetirizin)
Gastrointestinale Störungen: Übelkeit, Erbrechen, Magenschmerzen, Durchfall, Obstipation	Antibiotika, Zytostatika, NSAR (z.B. ASS, Ibuprofen, Diclofenac), Herzglykoside, Opioide

Medikamente mit hohem UAE-Risiko → möglichst vermeiden oder SEHR niedrig dosieren:

Zu vermeidende Arzneistoffe	Begründung	Alternativen/Dosierung
Langwirksame BZD, z.B. Nitrazepam, Flunitrazepam, Diazepam, Flurazepam	Starke und anhaltende Sedierung, Sturzgefahr	BZD ausschleichen, evtl. sedierendes Neuroleptikum niedrig dosiert (z.B. Melperon); ggf. kurzwirksame BZD, wie Oxazepam ≤ 15 mg/d oder Zolpidem ≤ 5 mg/d
Anticholinergika (z.B. TZA)	Anticholinerge Wirkungen, Orthostase, Sturzgefahr	z.B. SSRI statt TZA, Urologika: am ehesten Trosipium
Metoclopramid (MCP)	Extrapyramidale Symptome (EPS)	nicht länger als 5 Tage, Indikationsüberprüfung!

Erhöhte Sturzgefahr bei:	paralleler Gabe von 2 und mehr Neuroleptika paralleler Gabe von 3 und mehr Psychopharmaka
---------------------------------	--

*erweitert und ergänzt nach dem Modellprojekt für stationäre Altenpflegeeinrichtungen, gefördert durch das Bundesgesundheitsministerium, Online Abruf 07.03.2018: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/publikationen/gesundheits/details.html?bmg%5bpubid%5d=445>

Besonderes Monitoring bei Verordnung von:

Arzneistoffe	Begründung	Dosierung/Monitoring
Risperidon	<ul style="list-style-type: none"> • EPS, Verwirrtheit, Sturzgefahr; • Thromboserisiko in Kombination mit Furosemid! 	<ul style="list-style-type: none"> • mit 0,5 mg/d beginnen, max. 1 mg/d. • Akut: Haloperidol
Mirtazapin	<ul style="list-style-type: none"> • Orthostase • Sedierung 	<ul style="list-style-type: none"> • regelmäßige Blutdruckkontrolle • Maßnahmen zur Sturzprävention
Herzglykoside	<ul style="list-style-type: none"> • Intoxikationsgefahr: Übelkeit, Erbrechen, Herzrhythmusstörungen, Verwirrtheit 	<ul style="list-style-type: none"> • Indikationsbeschränkung: nur bei Vorhofflimmern + Herzinsuffizienz; • Dosisbeschränkung: <ul style="list-style-type: none"> • Digoxin max. 0,001 mg pro kg Körpergewicht; • Digoxin: 0,125 mg/d + nur unter Kontrolle der Nierenfunktion und Dosisanpassung!
NSAR (Ibuprofen, Diclofenac, ASS...)	<ul style="list-style-type: none"> • Erhöhtes Magenblutungsrisiko • Gefahr akuten Nierenversagens 	<ul style="list-style-type: none"> • Pflegekraft fragen nach: Zeichen gastrointestinaler Unverträglichkeit, Anämie-Zeichen • Nicht kombinieren mit: ACE-Hemmer/AT₁-Antagonist und Diuretikum („Triple Whammy“) • Ggf. Gastroprotektion
Opioide	<ul style="list-style-type: none"> • Sedierung • Obstipation 	<ul style="list-style-type: none"> • Pflegekraft fragen nach: Verordnung von Laxanzien • Nicht kombinieren mit: Verapamil
Diuretika, insbesondere Schleifendiuretika	<ul style="list-style-type: none"> • Exsikkose, Elektrolytstörungen • Sturzgefahr 	<ul style="list-style-type: none"> • Pflegekraft fragen nach: Zeichen der Exsikkose, Somnolenz/ Verwirrtheit, Stürze

Monitoring von Laborwerten und Vitalzeichen:

Serum-Kreatinin	mind. 1 x jährlich ¹	Besonders bei Verordnung von Diuretika, ACE-Hemmer/ AT ₁ -Blocker/ Aliskiren, NSAR
Serum-Elektrolyte (Na, K)	mind. 1 x jährlich ¹	Besonders bei Verordnung von Diuretika, ACE-Hemmer/ AT ₁ -Blocker/ Aliskiren, NSAR, SSRI, Antiepileptika, Zytostatika, Herzglykoside
Hämoglobin	mind. 1 x jährlich ¹	Besonders bei Verordnung von NSAR, TAH, Antikoagulanzen
Serum-Wirkstoff-Spiegel messen	mind. 1 x jährlich ¹	Bei Verordnung von Digoxin, Digitoxin, Theophyllin, Amiodaron, Carbamazepin, Phenytoin, Valproinsäure, Lithium
Blutdruck, Puls, Sturzprotokolle	Nach Neuverordnung bzw. Dosisänderungen	von Antihypertensiva, Anticholinergika (z.B. TZA, Urologika)
Indikationsüberprüfung	vierteljährlich	Insb. bei Verordnungen von Neuroleptika, Sedativa/ BZD, Anticholinergika

¹ Die für jedes Arzneimittel individuell erforderlichen Beobachtungszeiträume (Laborwertkontrollen) entnehmen Sie bitte den jeweils gültigen Fachinformationen. Weitere Empfehlungen zu Art und Frequenz von Laborwert-Monitoring finden sich in der Leitlinie Medikamenten-Monitoring DEGAM (AWMF-Registernummer 053-037).

Haftungsausschluss

Alle Angaben richten sich ausschließlich an Fachpersonal (Ärzte, Apotheker, PTA, Pflegefachkräfte). Bei der Zusammenstellung der Texte, Abbildungen und Fachinformationen insbesondere auch Dosierungsangaben wurde mit größter Sorgfalt vorgegangen. Die Informationen werden vom Autor ständig geprüft und aktualisiert. Trotz aller Sorgfalt könnten sich aber Angaben zwischenzeitlich verändert haben. Therapie- oder Anwendungsempfehlungen an Ärzte, anderes Fachpersonal oder Patienten sind zudem immer von der individuellen Situation des Patienten abhängig und müssen anhand der aktuellen Fachinformationen überprüft werden. Eine Haftung oder Garantie für die Aktualität, Richtigkeit und Vollständigkeit der zur Verfügung gestellten Informationen wird daher nicht übernommen.





Interdisziplinär gegen Risiken der Polypharmazie

Stürze, Schwindel, Inkontinenz: Unerwünschte Arzneimittelereignisse bei Senioren stellen viele Pflegeeinrichtungen vor Probleme. Abhilfe schaffen will ein neues Projekt unter Federführung der AOK Nordost. Pflegeprofis, Ärzte und Apotheker arbeiten dabei eng zusammen. Auf dem Pflorgetag in Berlin wird das Modell vorgestellt.

Von **Thomas Hommel**

Berlin. Mit dem Alter steigt oft auch die Zahl der benötigten Arzneimittel. So nimmt laut einer Umfrage der Stiftung Warentest gut die Hälfte der über 60-Jährigen in Deutschland am Tag zwei bis fünf Medikamente gleichzeitig ein, fast jeder Fünfte sogar fünf Tabletten oder mehr. Mitunter ist das ein Segen, denn Arzneimittel können ein längeres Leben ermöglichen. Nicht selten birgt die Polypharmazie aber auch Risiken.

Schwindel, Stürze, Inkontinenz: Die Liste der unerwünschten Arzneimittelereignisse (UAE) bei älteren Menschen ist lang – und für viele Pflegeeinrichtungen ein Thema. So werden laut einer Studie für das Bundesgesundheitsministerium in Einrichtungen mit durchschnittlich 100 Heimbewohnern monatlich acht unerwünschte Arzneimittelereignisse gezählt. Auf ganz Deutschland hochgerechnet wären das rund 700 000 Fälle im Jahr.

Rund 250 000 Klinikeinweisungen

Dadurch entstehen erhebliche Probleme und Folgekosten, denn nicht wenige der Bewohner müssen ins Krankenhaus. Rund 250 000 Klinikeinweisungen jährlich, so die Bundesregierung in einer Antwort auf eine Anfrage der FDP-Fraktion, seien auf Erkrankungen durch Multimedikation zurückzuführen. Tendenz: steigend.

Experten gehen jedoch davon aus, dass sich etwa zwei Drittel der unerwünschten Arzneimittelereignisse vermeiden oder abmildern ließen. Hier setzt das Projekt „Optimierte Arzneimittelversorgung für pflegebedürftige geriatrische Patienten“ (OAV) an, dessen Vorläufer die AOK Nordost mit der Gesellschaft für Geriatrische Pharmazie (Gero PharmCare) bereits in mehreren Schritten in



Eine Pflegerin erklärt einem Heimbewohner die Medikamenteneinnahme. Nicht selten nehmen Senioren täglich fünf oder mehr Arzneien ein. © AOK-MEDIENDIENST

Das Projekt

■ **OAV** – die „Optimierte Arzneimittelversorgung für pflegebedürftige geriatrische Patienten“ in Berlin und Brandenburg wird über den Innovationsfonds mit 6,6 Millionen Euro gefördert.

■ **96 Pflegeheime** und ambulante Pflegedienste mit 4800 Patienten sollen teilnehmen.

Berlin und Brandenburg getestet hat. In Kürze soll das Projekt in Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern und Nordrhein-Westfalen starten.

Der beim Gemeinsamen Bundesausschuss angesiedelte Innovationsfonds fördert das Modell, das die Gesundheitskasse gemeinsam mit der Gero PharmCare GmbH, der IKK Brandenburg und Berlin, der VIAC-TIV-Krankenkasse, der Universität Witten/Herdecke, der TU Berlin sowie der Apothekerkammer Nordrhein umsetzt. Für drei Jahre stehen rund 6,6 Millionen Euro bereit.

Risikoscreening schützt Patienten

Kern der OAV ist ein lernfähiges Risikomanagementsystem. Es soll dazu beitragen, die Neben- und Wechselwirkungen von Arzneimitteln nach dem Leitgedanken der Geriatrie „So

wenig wie möglich, so viel wie nötig“ messbar und deutlich zu senken. Interdisziplinäre Teams – bestehend aus Ärzten, Apothekern, geriatrischen Pharmazeuten sowie Pflegefachkräften – begleiten die Patienten, tauschen sich in Fallkonferenzen aus und überprüfen regelmäßig, ob die Medikation geändert werden muss. „Diagnose, veränderte Medikamente und alles, was die Patienten vielleicht noch nebenher einnehmen, wird erfasst und dokumentiert“, sagt die Projektleiterin Jacqueline Fahrentholz, AOK Nordost.

Auf dieser Basis erfolgt ein elektronisches Risikoscreening – und zwar mithilfe eines klinisch evaluierten Systems. „In der Regel besteht bei etwa 30 Prozent der Bewohner einer Einrichtung eine Auffälligkeit“, weiß Fahrentholz. In diesen Fällen schaue sich der Apotheker die „arzneimittelbezogenen Risikoprofile“ genau an und mache Vorschläge für eine Therapieänderung. „Auf dieser Basis entscheidet dann der Arzt, ob er seine Verordnung ändert“, berichtet sie weiter.

Pflegekräfte zusätzlich geschult

Eine wichtige Rolle im Konzept der OAV spielen die Pflegefachkräfte, die dafür eigens geschult werden. Sie beobachten und schätzen ein, wie sich die Therapie auf den Patienten auswirkt und geben ihre Erkenntnisse an Apotheker und Ärzte weiter. „Wenn es Alarmsignale gibt, erfährt der behandelnde Arzt davon und kann darauf reagieren“, fasst die Projektleiterin Fahrentholz die Vorteile der interdisziplinären Kooperation zusammen.

Dr. Frank Hanke, Geschäftsführer der Gero PharmCare GmbH, die das Projekt konzipierte, spricht sogar „von einer neuen Kultur der Zusammenarbeit und gegenseitigen Zuhörens“ (siehe auch Interview auf dieser Seite). Und genau das mache den Unterschied zwischen interdisziplinärem und multiprofessionellem Arbeiten aus „Interdisziplinär heißt: Ich weiß um die Sichtweisen der anderen Professionen und nicht nur meine eigene. Und wir lernen voneinander“, sagt Hanke.

Deshalb würden die am OAV-Projekt beteiligten Pflegefachkräfte, Apotheker und Ärzte vor Ort eine duale betriebliche Ausbildung mit Hochschulanteilen der praktischen Geriatrie durchlaufen. Geplant sei das Modell für 96 Pflegeheime und ambulante Pflegedienste mit insgesamt 4800 Patienten.

Weitere Informationen unter: www.oav-geriatrie.de

INTERVIEW

Eine neue Kultur des Zuhörens

Was macht interdisziplinäres Arbeiten in der Pflege aus? Dr. Frank Hanke, Polypharmazie-Experte und Geschäftsführer der Gero PharmCare GmbH, hat die Antwort.



Dr. Frank Hanke ist Experte für Polypharmazie. © PRIVAT

ÄRZTE ZEITUNG: Herr Dr. Hanke, wie würden Sie die Kernidee der OAV umschreiben?

DR. FRANK HANKE: Die Arzneimittelversorgung für pflegebedürftige Senioren braucht eine grundständig neue Qualität, um Schäden bei Patienten zu reduzieren. In Zeiten des demografisch-digitalen Wandels muss Pflege vor Ort insbesondere von Ärzten, Apothekern und Angehörigen gestärkt werden. Dies geschieht im OAV-Projekt durch eine neue Kultur der Zusammenarbeit und des Zuhörens, ein gemeinsames Bildungswesen und eine klinisch evaluierte Software-Assistenz.

Interdisziplinäres Arbeiten ist also mehr als multiprofessionelles Arbeiten?

Ja. Interdisziplinär heißt: Ich weiß um die Sichtweisen der anderen Professionen. Und wir lernen voneinander. Beim Thema Polypharmazie ist eine verbesserte Risikokommunikation zwischen allen Beteiligten ebenso wichtig wie die interdisziplinäre Qualifikation. Daher durchlaufen die am Modell beteiligten Berufsgruppen vor Ort eine berufsintegrierte betriebliche und Hochschulweiterbildung der praktischen Geriatrie.

Wie können die Pflegeeinrichtungen profitieren?

Unerwünschte Arzneimittelereignisse, UAE, kosten Zeit. Pro vermeidbarer UAE entstehen im Schnitt 60 Stunden Mehraufwand. Und: Durch die neue Form der Kooperation werden die Kernprobleme der medikamentösen Versorgung – zu viel, zu lang, zu hoch – mit großen Vorteilen für die Pflegebedürftigen gelöst. Alle profitieren also. (hom)

Pflorgetag: Das Team ist der Star

„Pflege – Kompetenz verbindet“. Unter dieses Motto stellt der AOK-Bundesverband sein Engagement auf dem Deutschen Pflorgetag 2018.

Berlin. Vom 15. bis 17. März findet in der STATION-Berlin der Deutsche Pflorgetag statt. Mit dabei ist auch der AOK-Bundesverband, denn die AOK

ist Gründungspartner des Kongresses. Ihr Engagement auf dem Kongress stellt die AOK unter das Motto „Pflege – Kompetenz verbindet“. So wird am Beispiel der Polypharmazie die Notwendigkeit einer interprofessionellen Kooperation unterstrichen.

Weiteres Thema ist die qualitätsorientierte Prävention und Gesundheitsförderung in Einrichtungen der Pflege sowie Eingliederungshilfe. Dabei werden Zwischenergebnisse eines Forschungsprojektes zur Qualitätssi-

cherung und Qualitätsstärkung von Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz in diesen Einrichtungen vorgestellt, das der AOK-Bundesverband im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums umsetzt. Vorgestellt wird auch der Modellstudienang „Evidenzbasierte Pflege“. Die Ausbildung erfolgt auf Hochschulniveau. Als größte Pflegekasse Deutschlands widmet sich die AOK beim Pflorgetag zudem der häuslichen Pflege. Dabei geht es um neue Anforderun-

gen an Beratungsbesuche bei Pflegebedürftigen, die Pflegegeld beziehen, sowie um Fragen der Patientensicherheit. Im Rahmen einer Podiumsdiskussion diskutieren Pflegepolitiker mit Experten des Wissenschaftlichen Instituts der AOK sowie dem Vorstandschef des AOK-Bundesverbandes, Martin Litsch, über aktuelle Herausforderungen in der Pflege. (hom)

Weitere Infos unter: www.deutscher-pflorgetag.de

Die Praxis-Serie

Lesen Sie am 23. März: Die Krankenhausstrukturen in Deutschland müssen sich verändern, wenn sie zukunftsfähig bleiben sollen. Wie der Weg zu einer bedarfsgerechten Krankenhausplanung aussehen sollte, beleuchtet der aktuelle Krankenhaus-Report des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WiDO).

Kontakt: Haben Sie Fragen oder Anregungen an die AOK oder Themenwünsche für diese Seite? Dann schreiben Sie uns eine E-Mail an: prodialog@bv.aok.de.

HEIME

Optimierte Arzneimittelversorgung für pflegebedürftige geriatrische Patienten (OAV)

Schädigungen durch Wechselwirkungen verhindern

Pflegebedürftige Menschen nehmen häufig viele unterschiedliche Medikamente. Das kann zu ungeahnten Neben- und Wechselwirkungen führen. In einem Projekt wird die Einführung eines Risikomanagementsystems erprobt.

Von Jacqueline Fahrentholz und Frank Hanke

Potsdam/Köln// Stürze, Magenblutungen und Demenzen sind häufige Symptome oder Erkrankungen bei pflegebedürftigen Senioren. Zumeist werden diese dem Alter der Patienten zugeschrieben, tatsächlich aber oft durch die tägliche Einnahme mehrerer Arzneimittel mitverursacht. Bis zu 30 Prozent der pflegebedürftigen Senioren in Deutschland leiden unter gravierenden arzneimittelassoziierten Erkrankungen bedingt durch zu viele Arzneimittel. Sowohl für die Patienten als auch für die Pflegenden sind Unerwünschte Arzneimittelereignisse (UAE) eine große Belastung und bedeuten einen erheblichen pflegerischen und medizinischen Mehraufwand. In Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern und Nordrhein-Westfalen ist jetzt das Projekt „Optimierte Arzneimittelversorgung für pflegebedürftige geriatrische Patienten (OAV)“ gestartet, das durch den Innovationsfonds des Bundes über drei Jahre mit 6,6 Millionen Euro gefördert wird. Ziel ist es, eine neue Versorgungsqualität in der Pflege zu etablieren, die diese gravierenden Neben- und Wechselwirkungen nach dem Leitgedanken der Geriatrie „So wenig wie möglich, so viel wie nötig“ messbar und erheblich senkt.

Das OAV-Projekt basiert auf erfolgreichen regionalen Vorläuferprojekten, in denen die Herangehensweise bereits wissenschaftlich untersucht worden ist. Nun geht es um die Machbarkeit einer zukünftigen Regelversorgung in der Fläche.



Foto: mareg/pixzels/Adobe Stock

Projektpartner sind neben dem Konsortialführer AOK Nordost die Gero PharmCare GmbH, die IKK Brandenburg und Berlin, die VIACTIV-Krankenkasse, die Universität Witten/Herdecke, die Technische Universität Berlin und die Apothekerkammer Nordrhein.

Systematischen Risikomanagement Schädigungen vermeiden

Kernstück dieses Projektes ist die Einführung eines systematischen Risikomanagements. Denn die Ursachen der häufigen Schädigungen durch Arzneimittel sind wesentlich eine unzureichende Therapiebeobachtung und eine unzureichende Risikokommunikation der beteiligten Berufsgruppen. Daher werden Risiken nicht erkannt, nicht kommuniziert, nicht gelöst und einem erneuten Auftreten auch nicht vorgebeugt. Im OAV-Projekt übernimmt die Pflege einen wesentlichen Teil der Therapiebeobachtung, die Apotheke analysiert die Beobachtungen standardisiert auf Schädigungen durch Arzneimittel und spricht Empfehlungen zur Änderung der Medikation aus, die Ärzte treffen die Therapieentscheidung. Wesentlich ist, dass die Ergebnisse dieser Vorgehensweise als

Abnahme von Schädigungen gemessen werden und damit die Basis für weitere Optimierungen bieten. Dies ist zusammengefasst in einem Risikomanagementsystem organisiert.

Berufsgruppen arbeiten auf Augenhöhe zusammen

Teams aus Pflegefachkräften, Apothekern und Ärzten werden gemeinsam von Experten der Gero PharmCare GmbH berufsintegriert qualifiziert, begleitet und befähigt, Risiken arzneimittelassoziierten Erkrankungen zu erkennen und zu kommunizieren.

Die Zusammenarbeit auf Augenhöhe und die gemeinsame Kommunikation und Weitergeben der gewonnenen Erfahrungen und Erkenntnisse können unerwünschte Arzneimittelereignisse vermeiden. Das ist das Besondere an diesem neuen Versorgungsmodell. Zusätzlich wird das Geriatrische Team durch ein bereitgestelltes klinisch evaluiertes Softwaresystem unterstützt, welches beispielsweise ein patientenindividuelles Risikoscreening vornimmt und ein entsprechendes Risikoprofil erstellt. Zusammen mit der Bewertung durch den Apotheker und den Erkenntnissen aus der Therapiebeobachtung der Pflegefachkraft werden

dem Arzt Vorschläge zur Arzneimitteltherapieänderung unterbreitet. Auf dieser Basis kann dann der Arzt seine Entscheidung treffen.

Vorteile für Pflegeeinrichtungen

Ein vermeidbares, unerwünschtes Arzneimittelereignis verursacht durchschnittlich etwa 60 Stunden Mehrarbeit in der Pflege. In der Fallkonferenz verwandelt das geriatrische Team gezielt genau diese Arbeitszeit in hochwertige pflegerische und therapeutische Maßnahmen für den betroffenen Patienten, wie beispielsweise rhythmische Einreibungen und Aromatherapie bei Unruhe, statt unnötiger nächtlicher Stürze durch sedierende Medikamente. Durch die Beseitigung schädlicher und überflüssiger Medikamentengaben, sowie deren Verwaltung und Dokumentationen werden zusätzlich weitere Arbeitsstunden frei. Anstatt ungewollte, bisher unerkannte und oft vermeidbare arzneimittelassoziierte Erkrankungen zu behandeln, können Pflegenden, Apotheker und Ärzte gemeinsam lernen diese immer besser zu verstehen und zu heilen.

Die Pflegeeinrichtungen nehmen eine Schlüsselrolle bei der Vermeidung von unerwünschten Arzneimittelereignissen im geriatrischen Team ein. In den Treffen zur Visitenvorbereitung und den Fallkonferenzen des Arzneimittelkomitees bringt jede Berufsgruppe ihre spezifischen Fähigkeiten ein. Gemeinsam lernen sie ihre Erfahrungen und ihr Wissen einzusetzen und weiter zu entwickeln. Für die Pflege bedeutet dies wertschätzende Arbeiten auf Augenhöhe.

Mit der Teilnahme am OAV Projekt erwerben ausgewählte Pflege- und Leitungskräfte den Anspruch auf eine neue Qualifizierung als Pflegeexperten der Geriatrie. Diese berufsintegrierte Hochschulweiterbildung ist für die Pflegefachkräfte kostenfrei. Hierdurch steigert sich die pflegerische Expertise, die Attraktivität ihrer Arbeitsplätze und die Pflegeeinrichtungen erhalten einen Vorteil im Wettbewerb um Fachpersonal.

Die Senkung der individuellen Risiken und die fachgerechten Therapieanpassungen führen bei pflegebedürftigen Senioren sehr häufig zu einer Steigerung der Lebensqualität. Sie können dadurch auch gesünder in ihrem gewohnten Umfeld bleiben, sowohl in der Häuslichkeit als auch im Heim. Ebenso kann der Patient aktiver am Leben teilnehmen durch eine Verbesserung oder den Erhalt seiner Alltagsfähigkeiten, der Mobilität und der Kognition.

Die Senkung der individuellen Risiken und die fachgerechten Therapieanpassungen führen bei pflegebedürftigen Senioren sehr häufig zu einer Steigerung der Lebensqualität.

Sie können dadurch auch gesünder in ihrem gewohnten Umfeld bleiben, sowohl in der Häuslichkeit als auch im Heim. Ebenso kann der Patient aktiver am Leben teilnehmen durch eine Verbesserung oder den Erhalt seiner Alltagsfähigkeiten, der Mobilität und der Kognition.

■ Jacqueline Fahrentholz ist OAV-Projektleiterin bei der AOK Nordost

■ Dr. Frank Hanke ist Polypharmazieexperte und Geschäftsführer der Gero PharmCare GmbH

DAZ aktuell

6,67 Millionen Euro für ein AMTS-Projekt

„OAV“ soll Schädigungen durch Arzneimittel bei pflegebedürftigen Senioren reduzieren

bro/eda | „Optimierte Arzneimittelversorgung für pflegebedürftige geriatrische Patienten“ (OAV) ist ein Modell, das in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen umgesetzt werden soll. Das Besondere: Apotheker sind maßgeblich beteiligt und der Innovationsfonds fördert das Projekt mit 6,67 Millionen Euro – bisher war dies nicht selbstverständlich, denn viele Projekte, mit denen sich die Apotheker beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) beworben hatten, bekamen keinen Zuschlag.

Zur Erinnerung: Der Gesetzgeber hatte den Innovationsfonds im vergangenen Jahr etabliert. Für die praktizierten Versorgungsmodelle werden jährlich 225 Millionen Euro zur Verfügung gestellt, für die Forschungsprojekte weitere 75 Millionen Euro.

In der ersten Ausschüttung waren die Apotheker an einigen Bewerbungen beteiligt, mussten jedoch einige Absagen kassieren. In der zweiten Ausschüttungswelle hatten die Apotheker mit einem sektorübergreifenden Versorgungsmodell Erfolg.

Im OAV-Projekt ist die Apothekerkammer Nordrhein (AKNR) als Kooperationspartner maßgeblich an der fachlichen Entstehung und Entwicklung der Vorläuferprojekte beteiligt gewesen. Die Konsortialführung erfolgt durch die AOK Nordost und weitere Partner. Durch eine neue Form der gemeinsamen Arbeit und des gemeinsamen Lernens sollen Apotheker, Pfleger und Ärzte in stationären und ambulanten

Pflegeeinrichtungen die Zahl der arzneimittelassoziierten Schädigungen messbar senken.

Das Projekt wird von der TU Berlin pharmakoökonomisch hinsichtlich einer flächendeckenden Versorgung evaluiert. In der Visitenvorbereitung werden zusammen mit der Apotheke Auffälligkeiten besprochen.

Apotheker, Pfleger und Ärzte kommunizieren online

Die Apotheke verifiziert den Zusammenhang zwischen aufgetretenem Ereignis und der Medikation (sog. UAE-Detektion) und kommuniziert die Empfehlung zur Optimierung der Medikation an den Arzt. Dieser entscheidet auf Basis neuer aktueller Risikoinformationen, ob, und wenn ja, wie die Medikation geändert werden soll. Ein wichtiges Element des OAV-Projektes ist auch eine neu entwickelte Online-Plattform, auf der Apotheker, Pfleger und Ärzte Risiken und Medikationen aktuell einsehen können. Der wichtigste Baustein ist die pflegerische oder ärztliche Therapiebeobachtung: Sobald ein Vorkommnis geschieht, trägt das Pflegepersonal seine Beobachtungen in das System ein. Der Apotheker überprüft anhand der Gesamtmedikation des Patienten, in-

wiefern die Schädigung des Patienten arzneimittelbedingt sein könnte. Pflege und Apotheker kommunizieren eine Therapieempfehlung an den behandelnden Arzt. Das Projekt ist auf drei Jahre angelegt.

In diesen Tagen startet die Ausschreibung für das OAV-Projekt – stationäre und ambulante Pflegeeinrichtungen können sich unter www.oav-geriatrie.de um eine Teilnahme bewerben. Das Modell wird in vier Bundesländern ausgerollt: Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern und Nordrhein-Westfalen. Nach der gestarteten Ausschreibung und den danach folgenden Schulungen könnten die Apotheker im Herbst 2018 mit ihren Leistungen an den Start gehen. |



Foto: kzenon - stock.adobe.com

ARZNEIMITTELVERSORGUNG

Weniger ist oft mehr

Schädliche Nebenwirkungen von Medikamenten sind vor allem für pflegebedürftige ältere Menschen ein Risiko. Um sie zu schützen, nehmen im Projekt „Optimierte Arzneimittelversorgung“ multidisziplinäre Teams die Verordnungen regelmäßig kritisch unter die Lupe. Von Silke Heller-Jung

Jeder zweite über 65-Jährige in Deutschland nimmt regelmäßig mindestens fünf verschiedene Arzneimittel ein, bei älteren Menschen und Bewohnern von vollstationären Altenpflegeeinrichtungen sind es oft noch mehr. Doch mit der Anzahl unerwünschter Begleiterscheinungen, „Als Faustregel gilt: Ab fünf Medikamenten lässt sich nicht mehr vorhersagen, wie die verschiedenen Substanzen interagieren“, sagt Prof. Ferdinand Gerlach, Direktor des Instituts für Allgemeinmedizin an der Universität Frankfurt/Main.

Unerwünschte Arzneimittelereignisse (UAE) beziehungsweise ihre Folgen zählen zu den häufigsten und kostspieligsten Krankheitskomplexen. Hinter dem sperrigen Begriff verbirgt sich oft erhebliches menschliches Leid: Laut einer Studie im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums kommt es in einer Altenpflegeeinrichtung mit durchschnittlich 100 Bewohnern jeden Monat zu etwa acht UAE. Auf ganz Deutschland hochgerechnet wären das rund 700.000 Fälle pro Jahr. Bis zu 30 Prozent aller Krankenhauseinweisungen älterer Menschen sind auf unerwünschte Nebeneffekte eigentlich hilfreich gedachter Medikamente zurückzuführen. Manche Arzneimittel oder Arzneimittelkombinationen können die Lebensqualität ganz erheblich beeinträchtigen und beispielsweise zu Schwindel, Schmerzen, Apathie, Verwirrtheit oder häufigeren Stürzen führen. Doch weil viele der unerwünschten Medikamentenwirkungen typischen Altersbeschwerden gleichen, werden sie schlimmstenfalls nicht als solche erkannt, sondern stattdessen mit weiteren, zusätzlichen Medikamenten behandelt – ein Teufelskreis.

In vier Bundesländern im Einsatz. Arzneimittelexperten gehen davon aus, dass bis zu zwei Drittel dieser UAE gänzlich zu vermeiden oder zumindest abzumildern wären. Hier setzt das Projekt „Optimierte Arzneimittelversorgung für pflegebedürftige geriatrische Patienten (OAV)“ an, dessen Vorläufer die AOK Nordost gemeinsam mit der Gesellschaft für Geriatrische Pharmazie (Gero PharmCare) in mehreren Schritten in Berlin und Brandenburg erfolgreich getestet hat. Ab Frühjahr 2018

wird das Konzept nun in vier Bundesländern großflächig erprobt; der Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses fördert dieses Projekt, das die AOK Nordost mit weiteren Partnern durchführt (VIACTIV Krankenkasse, IKK Brandenburg und Berlin, Gero PharmCare, Apothekerkammer Nordrhein, Technische Universität Berlin, Universität Witten/Herdecke), für drei Jahre mit insgesamt rund 6,5 Millionen Euro.

Pflegekräfte schauen genau hin. Kern der „Optimierten Arzneimittelversorgung“ ist die Implementierung eines lernfähigen Risikomanagementsystems. Interdisziplinäre Teams aus Ärzten, Apothekern, geriatrischen Pharmazeuten und Pflegefachkräften begleiten die Patienten, tauschen sich in Fallkonferenzen aus und überprüfen in regelmäßigen Abständen, ob die aktuelle Medikation geändert werden sollte. „Die Diagnose, die verordneten Medikamente und alles, was die Patienten vielleicht noch nebenher einnehmen, wird

erfasst und dokumentiert“, erläutert Jacqueline Fahrentholz, die das Projekt bei der AOK Nordost betreut. Auf dieser Grundlage erfolgt ein elektronisches Risikoscreening mithilfe eines klinisch evaluierten Systems. „In der Regel besteht bei etwa dreißig Prozent der Bewohner einer Einrichtung eine Auffälligkeit“, so die AOK-Expertin. „Der Apotheker schaut sich die arzneimittelbezogenen Risikoprofile genau an und macht Vorschläge für eine Therapieänderung. Auf dieser Basis entscheidet dann der Arzt, ob er seine Verordnung ändert.“

Eine wichtige Rolle spielen in diesem Konzept die Pflegefachkräfte, die dafür eigens geschult werden: Sie beobachten und schätzen ein, wie sich die Therapie auf den Patienten auswirkt, und geben ihre Erkenntnisse weiter. „Wenn es Alarmsignale gibt, erfährt der behandelnde Arzt davon und kann darauf reagieren“, fasst Jacqueline Fahrentholz die Vorteile dieser interdisziplinären Kooperation zusammen. Wichtig ist auch die Kompetenz der geriatrischen Pharmazeuten, die auf die Arzneimittelversorgung und Beratung älterer Menschen spezialisiert und darin geschult sind, arzneimittelbezogene Probleme zu erkennen, zu lösen oder zu verhindern.

» Warum nehmen Sie meiner Mutter die blauen Pillen weg?«

Die Gelben, die Blauen
und noch ein paar Weiße.
Mehr als fünf verschiedene
Medikamente lassen
sich oft nicht aufeinander
abstimmen.



Angehörige skeptisch. Die Ergebnisse aus dem Vorgängerprojekt der AOK Nordost sind ermutigend: Die Zahl der unerwünschten Arzneimittelereignisse ging deutlich zurück; bei knapp 70 Prozent der betroffenen Bewohner verbesserte sich der Gesundheitszustand. Die Zahl der vermeidbaren arzneimittelbedingten Stürze sank, und die Rate der Krankhauseinweisungen verringerte sich.

Auch die Zahl der verordneten Medikamente pro Bewohner nahm deutlich ab. Gerade in diesem Zusammenhang sei allerdings bei den Angehörigen der Pflegebedürftigen mitunter viel

Überzeugungsarbeit zu leisten, berichtet Jacqueline Fahrentholz: „Alles, was man den Pflegebedürftigen wegnimmt, wird erst einmal kritisch beäugt. Da fragen die Angehörigen dann: ‚Warum nehmen Sie meiner Mutter die blauen Pillen weg?‘ Die verschreibt der Hausarzt ihr doch schon seit Jahren.“ Dass weniger oft mehr ist, leuchtet nicht jedem sofort ein.

Fachkräfte besser einsetzen. Die Initiatoren des Projekts aber sind davon überzeugt, dass sich die interdisziplinäre Zusammenarbeit bei der „Optimierten Arzneimittelversorgung“ in mehrfacher Hinsicht auszahlt. Dr. Frank-Christian Hanke, der Geschäftsführer von Gero PharmCare, verdeutlicht das anhand eines Fallbeispiels: Ein ehemaliger Klinikarzt, an Demenz erkrankt und in einer vollstationären Pflegeeinrichtung untergebracht, wurde wegen aggressiven Verhaltens mit Neuroleptika behandelt. Weil er abends immer in fremde Zimmer ging und schlaflos war, bekam er ein weiteres Medikament. Daraufhin stellte sich eine so ausgeprägte Gangunsicherheit ein, dass der Patient wegen der hohen Sturzgefahr zeitweise im Bett fixiert wurde. All das schränkte seine Lebensqualität ein und ging gleichzeitig mit einem erhöhten Pflegeaufwand einher.

Eine ausführliche Anamnese durch das geriatrische Team ergab, dass der Mediziner früher abends regelmäßig zu einer bestimmten Uhrzeit seine Visite abgehalten hatte und deshalb ungefragt fremde Zimmer betrat. Nachdem sich die Pflegefachkräfte zur fraglichen Uhrzeit intensiv mit dem Patienten beschäftigten, konnten die Medikamente abgesetzt werden. Schlaflosigkeit und Sturzneigung und damit auch der erhöhte Pflegeaufwand gingen in der Folge zurück.

Das Fallbeispiel legt nahe, dass die arbeitsteilige Teamarbeit im Bereich der Arzneimittelversorgung unerwünschte Arzneimittelereignisse reduzieren, die Lebensqualität verbessern und darüber hinaus dazu beitragen kann, den Fachkräfteeinsatz zu optimieren. Jedes unerwünschte Arzneimittelereignis zieht im Schnitt rund 60 Stunden zusätzlichen Pflegeaufwand nach sich, weiß Frank-Christian Hanke – das entspricht in einer Einrichtung mit 100 Bewohnern zwei bis drei Vollzeitstellen. ■

Dr. Silke Heller-Jung hat in Köln ein Redaktionsbüro für Gesundheitsthemen.

Die Lebensqualität steigt

Schätzungen zufolge kommt es in deutschen Pflegeeinrichtungen jedes Jahr zu bis zu 700.000 sogenannten unerwünschten Arzneimittelereignissen (UAE) wie zum Beispiel Stürzen oder Magenblutungen. Von 100 Bewohnern leiden 8 unter Problemen, die mit der Einnahme von Arzneimitteln zusammenhängen. Dem 2011 veröffentlichten Abschlussbericht des Projekts „Arzneimitteltherapiesicherheit in Alten- und Pflegeheimen“ zufolge könnten bis zu 66 Prozent aller UAE vermieden oder abgemildert werden. In der Testphase der „Optimierten Arzneimittelversorgung für stationäre Alteneinrichtungen“, die unter Federführung der AOK Nordost in 4 Pflegeeinrichtungen in Berlin durchgeführt wurde, sank die Rate vermeidbarer Nebenwirkungen um 80 bis 90 Prozent. Die Zahl der Stürze ging zum Teil um etwa 60 Prozent zurück, und die Zahl der Krankhauseinweisungen lag bei den teilnehmenden Bewohnern um rund 25 Prozent niedriger.

Berliner Frauenpreis

Nominierung für Christine Vogler

Der Berliner Frauenpreis 2018 ging an Christine Vogler, Vizepräsidentin des Deutschen Pflegerats (DPR). Damit wurde erstmals eine Vertreterin der Pflege mit diesem Preis ausgezeichnet. Mit dem Preis würdigt man Frauen, die sich seit 1987 für die Gleichberechtigung der Geschlechter einsetzen.

Christine Vogler, Senatorin für Gesundheit, Gleichstellung und Dilek Kolat, wurde am 8. März im Berliner Rathaus mit 3.000 Euro dotiert. „Christine Vogler engagiert

sich seit mehr als zwei Jahrzehnten für Frauen in Pflegeberufen und setzt sich unermüdlich für diese Berufsgruppe ein. Mit dieser Preisverleihung wird auch deutlich, wie stark die Themen Pflege und Frauen zusammenhängen.“ Mit Christine Vogler habe eine Pionierin der generalistischen Pflegeausbildung den Berliner Frauenpreis 2018 erhalten, so Franz Wagner, Präsident des deutschen Pflegerates. Als Leiterin der Gesundheits- und Krankenpflegeschule an der Wannseeschule e.V. habe sie frühzeitig neue Wege in der pflegerischen Berufsausbildung beschritten



© Michael Bahlo

und damit den Weg von der Theorie in die Praxis für das neue Pflegeberufegesetz geschaffen.

www.deutscher-pflegerat.de

Open Space in Rosenheim

Pädagogik und Altenpflege tauschen sich aus

Das Projekt setzte das Bildungszentrum für Pflege, Gesundheit und Soziale Arbeit in Rosenheim ein interdisziplinäres Projekt um, bei dem Altenpfleger und Pädagogen voneinander und miteinander lernen konnten. Gut 80 Schüler, Lehrende und Lehrkräfte aus vier Bereichen der Altenpflege und Erziehung nahmen am sogenannten „Open Space“ zum Thema Heilpädagogik teil. Die Aufgabe der Heilpädagogik ist es, Menschen mit Beeinträchtigungen in ihrem Lebensumfeld durch den Einsatz pädagogischer Angebote zu unterstützen. Beim Open Space wurden fachübergreifende Perspektiven sichtbar. Circa 30 The-

men wie Magersucht, Bulimie, Ängste, Depressionen, Trisomie 21 oder Altersbedingte Einschränkungen wurden präsentiert. Die Rückmeldungen der Beteiligten waren positiv. Als herausragend wurde von vielen Teilnehmern die Vielseitigkeit und Professionalität der Angebote und die Vernetzung der beiden Berufsgruppen gelobt. Dies habe lebendiges Lernen und aktives Ausprobieren ermöglicht.

Mit dem Open Space gelang es, den fachlichen Rahmen aufzubrechen und über den eigenen Tellerrand hinauszuschauen.

www.ggsd.de

Polypharmazie bei Senioren

Projekt will unerwünschte Ereignisse vermeiden

» Stürze, Schwindel, Inkontinenz – häufig ist die Medikamentenkombination die Ursache. Unerwünschte Arzneimittelereignisse bei Senioren stellen viele Pflegeeinrichtungen vor Probleme. Abhilfe schaffen will das Projekt „Optimierte Arzneimittelversorgung für pflegebedürftige geriatrische Patienten“ (OAV) unter Federführung der AOK Nordost. Pflegeprofis, Ärzte und Apotheker arbeiten dabei eng zusammen.

Kern der OAV ist ein lernfähiges Risikomanagementsystem. Es soll dazu beitragen, die Neben- und Wechselwirkungen von Arzneimitteln nach dem Leitgedanken der Geriatrie „So wenig wie möglich, so viel wie nötig“ messbar und deutlich zu senken. Interdisziplinäre Teams – bestehend aus Ärzten, Apothekern, geriatrischen Pharmazeuten sowie Pflegefachkräften – begleiten die Patienten, tauschen sich in Fallkonferenzen aus und überprüfen regelmäßig, ob die Medikation geändert werden muss. Das Projekt wird durch den Innovationsfonds der Bundesregierung gefördert.

www.oav-geriatrie.de



Open Space in Rosenheim

Akronym: OAV; Förderkennzeichen: 01NVF17008

Anlage 17 zum Ergebnisbericht OAV - "Pharmazeutische Zeitung" -

Innovationsfonds: Bessere Arzneimittelversorgung in der Pflege

Ev Tebroke / Der Startschuss ist gefallen: In vier Bundesländern soll künftig ein neues Versorgungsmodell helfen, arzneimittelassoziierte Schädigungen von Senioren in Pflegeeinrichtungen zu reduzieren. Das Besondere bei dem sogenannten OAV-Projekt (optimierte Arzneimittelversorgung für pflegebedürftige geriatrische Patienten) ist dabei die interdisziplinäre Zusammenarbeit von Pflegekraft, Arzt und Apotheker und ein klinisch geprüftes, EDV-gestütztes Risikomanagement, das vor Ort in der stationären oder ambulanten Pflege etabliert wird.

Das auf drei Jahre angelegte Modellprojekt in Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern und Nordrhein-Westfalen wird durch den Innovationsfonds mit rund 6,7 Millionen Euro unterstützt. Es basiert auf einem Vorläuferkonzept der Apothekerkammer Nordrhein (AKNR). Diese hat nach eigenen Angaben bereits 2006 eine Weiterbildung Geriatrische Pharmazie ins Leben gerufen und entsprechende neue, interdisziplinäre Versorgungsmodelle mitentwickelt und geschult.

Besonders chronisch kranke und multimorbide Senioren leiden oft an



Die Arzneimitteltherapie von pflegebedürftigen Senioren bedarf sorgfältiger Beobachtung. Unerwünschte Arzneimittelwirkungen bleiben bislang oft unerkannt. Foto: iStock/FredFroese

schwerwiegenden Erkrankungen die auf unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW) zurückzuführen sind. Experten zufolge können etwa 66 Prozent dieser UAW durch eine optimierte Arzneimittelversorgung vermieden oder zumindest verringert werden. Bei dem OAV-Projekt steht deshalb die verbesserte Therapiebeobachtung durch speziell geschultes Pflegepersonal im Vordergrund. Erkennt der Pfleger bei einem Patienten verdächtige Symptome, macht er den Apotheker darauf aufmerksam. Dieser prüft mittels einer standardisierten UAW-Detektion die Ursache der Symptome und gibt dann eine Empfehlung an den verordnenden Arzt. Neu ist zudem, dass Pfleger, Apotheker und Ärzte vor Ort eine duale betriebliche Ausbildung mit Hochschulanteilen der praktischen Geriatrie durchlaufen.

Das Modell unter Führung der AOK Nordost ist insgesamt für 96 Pflegeheime und ambulante Pflegedienste mit insgesamt 4800 Patienten ausgelegt. Weitere Projektpartner sind neben der AKNR die Gero PharmaCare, die IKK Brandenburg und Berlin, die Viactiv-Krankenkasse, die Universität Witten/Herdecke und die Technische Universität Berlin. Für interessierte Pflegeheime ist eine Ausschreibung vorgesehen. Teilnehmende Apotheken und Ärzte werden von der Pflege über Verträge am Projekt eingebunden. Weiter Informationen sind im Internet unter www.oav-geriatrie.de zu finden. /

AMTS: Verblisterer vermissen politisches Bekenntnis der Koalition

Ev Tebroke / Das Thema Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) in Alten- und Pflegeheimen kommt im Koalitionsvertrag nach Ansicht von Kritikern zu kurz. Medikamente zu stellen gehören in die Verantwortung von pharmazeutischen Spezialisten, betont der Bundesverband patientenindividueller Arzneimittelverblisterer (BPAV). Ein entsprechendes politisches Bekenntnis fehle aber im Koalitionsvertrag.

Zwar wollen Union und SPD den Bereich Pflege entschieden verbessern. Die im Vertrag angekündigte »konzertierte Aktion Pflege« stellt aber zum Bedauern des BPAV bislang keine Entlastung des

Pflegepersonals in Aussicht, wenn es um die patientenindividuelle Bereitstellung von Medikamenten geht.

»Die patientenindividuelle Arzneimittelverblisterung muss zum Standard in der Heimversorgung werden«, betont der BPAV-Vorsitzende Hans-Werner Holdermann. Er forderte den Gesetzgeber auf, die entsprechenden Voraussetzungen zu schaffen. »Die lebenswichtige Dienstleistung der individuellen Verblisterung muss endlich Teil der Arzneimittelpreisverordnung werden.«

Insbesondere angesichts der sich zuletzt häufenden Fälle von vertauschten Arzneimitteln im Pflegebereich

müsse die Politik endlich handeln, heißt es. Unlängst war bekannt geworden, dass Mitarbeiter von Pflegeheimen immer häufiger telefonische Hilfe bei Giftnotrufzentren suchen, weil sie Medikamente von Heimbewohnern falsch dosiert oder vertauscht hatten.

Der BPAV weist zudem darauf hin, dass jährlich rund 1,6 Millionen Menschen aufgrund von Fehlmedikationen und nicht festgestellten Wechselwirkungen stationär behandelt werden müssen. Diese Zahlen könnten drastisch sinken, wenn das individuelle Medikationsstellen in Heimen konsequent umgesetzt würde, heißt es. Die Fehlerquote beim manuellen Stellen sei um das 10 000-Fache höher als bei der professionellen und maschinellen Verblisterung. /



WIRKUNG, NEBENWIRKUNG, WECHSELWIRKUNG?

„Zu Risiken und Nebenwirkungen lesen Sie die Packungsbeilage und fragen Sie ihren Arzt oder Apotheker“, heißt es immer. Nehmen wir die Pflegefachkräfte hinzu, sind alle Akteure versammelt, die regelmäßig mit Medikamenten für Pflegebedürftige zu tun haben. Die IKK BB fördert das Projekt „Optimierte Arzneimittelversorgung in Pflegeheimen“. Darin lernen die drei genannten Berufsgruppen, zum Wohl der Patienten gezielt zusammenzuarbeiten.



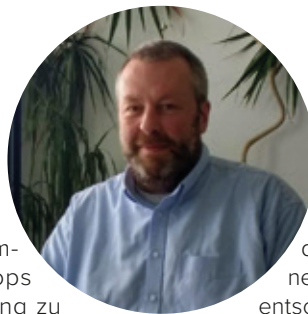
Die Versorgung Pflegebedürftiger begegnet uns überall im Alltag, in stationären Heimen natürlich, aber oft auch mit Hilfe ambulanter Pflegedienste. Es ist also sinnvoll, Pflegekräfte aus Heimen und ambulanten Diensten an einen Tisch zu bringen und gemeinsam zu schulen. Trotz aller Sorgfältigkeit kommt es nämlich leider immer wieder zu unerwünschten Vorkommnissen mit Medikamenten. Die reichen von leichter Übelkeit beim Patienten bis hin zu schwerwiegenden Stürzen – und die landen fatalerweise oft im Krankenhaus.

FACHLICHES WISSEN BÜNDELN

Wird jedoch das jeweils reichhaltige Fachwissen der Pflegefachkräfte, der Apotheker und Ärzte rund um die Medikamente zusammengetragen und allen zur Verfügung gestellt, senkt das die Risiken für die Patienten deutlich. Dabei hilft in diesem Projekt den Pflege-Profis eine hochspezialisierte Software, die aber erst mal gelernt sein will. Stephan Backert, selbst gelernter und erfahrener Altenpfleger, begleitet das Projekt für die IKK BB. Er nahm im August in Potsdam an einer der vielen laufenden Schulungen teil und berichtet:



Christina Ebert (li.) und Nicole Siegel (re.) sind Mitarbeiterinnen der am projekt teilnehmenden Firma Gero PharmCare. Sie leiten als Dozentinnen durch den Praxiskurs und beraten auch später weiter die Pflegeeinrichtungen.



Stephan Backert,
IKK BB-Projektleiter OAV.

In der modernen Pflege kommen vermehrt auch Laptops zum Einsatz, hier als Zugang zu einem elektronisch gesteuerten Risikomanagement. Pflegefachkräfte und Apotheker aus drei teilnehmenden Pflegeeinrichtungen arbeiteten sich zuerst in die Software ein und erfassten dann pro Patient dreizehn Krankheitsbereiche. Schon hier fand ich es spannend zu sehen, wie Pflegefachkräfte und Pharmazeuten ihr unterschiedliches Wissen zusammentrugen – und wie damit jede Berufsgruppe vom Wissen der anderen profitierte.

Die Menge der gesammelten und gebündelten Daten wuchs im Laufe der Sitzung, so dass erste Erkenntnisse sichtbar wurden: Anhand der eingegebenen Patientendaten zeigten sich in einer Farbskala mögliche Gefahren durch gegebene Medikamente. **Weiß:** Kein Problem. **Orange** bedeutet eine ungünstige, aber noch nicht kritische Situation. **Rot** signalisiert akuten Handlungsbedarf.

Alle Beteiligten sahen mit der Software den aktuellen Status des einzelnen Patienten. Gemeinsame Arbeitsgruppen, die sich in der Folge weiter regelmäßig treffen, können so

das Vorgehen für jeden einzelnen Pflegebedürftigen zusammen entscheiden. Bei Bedarf steht zusätzlich der Rat eines in der Versorgung alter Menschen speziell geschulten Pharmazeuten zur Verfügung, der ebenfalls Zugriff auf das Risikomanagement hat.

MEINE BILANZ:

Als Praktiker, der selbst viele Jahre in Pflegeheimen gearbeitet hat, bin ich sicher, dass dieser neue Weg der intensiven Zusammenarbeit die Versorgung pflegebedürftiger, oftmals alter Patienten massiv verbessern kann. In diesem Projekt wird – selbstverständlich mit anonymisierten Patientendaten – die komplette Medikamentenversorgung, von der Verordnung durch den Arzt, über die Medikamentenlieferung aus der Apotheke bis zur Verabreichung durch die Pflegekraft genau unter die Lupe genommen. Das System lernt zudem dauernd hinzu und erhält ständig neue Daten und Erkenntnisse aus dem pharmazeutischen Bereich.

So werden abgestimmte Therapieentscheidungen in Zukunft eine völlig neue Qualität in der ambulanten und stationären Versorgung Pflegebedürftiger mit Arzneimitteln erreichen.

So können Sie als IKK BB-Versicherter am Projekt teilnehmen:

- » Sie sind über 65 Jahre alt.
- » Sie haben mindestens Pflegegrad 2.
- » Sie werden von einer ambulanten oder stationären Pflegeeinrichtung, die am Projekt teilnimmt, versorgt und nehmen drei (oder mehr) Medikamente regelmäßig ein.

Ihre Vorteile:

Die Teilnahme ist für Sie kostenlos. Sie profitieren von einer ‚optimierten Arzneimittelversorgung‘ (OAV), erhalten mehr Medikamentensicherheit und die Verlässlichkeit Ihrer pflegerischen Versorgung steigt. Fragen zum Thema richten Sie gern an stephan.backert@ikkbb.de



Dieses regionale Projekt wird gefördert vom Innovationsfonds der Bundesregierung. Ziel ist, eine besser abgestimmte Arzneimittelversorgung in Zukunft allen gesetzlich versicherten Pflegebedürftigen über 65 Jahre bundesweit bereitzustellen. Die IKK BB ist Teil eines Konsortiums aus AOK Nordost, Viactiv Krankenkasse, der Technischen Universität Berlin, der Universität Witten/Herdecke, der Apothekerkammer Nordrhein und der Gero PharmCare. Mehr dazu unter www.oav-geriatrie.de



- Erläuterung zum Fachtag -

Arzneimittel können ein längeres Leben ermöglichen. Gleichzeitig kann die Kombination von vielen Arzneimitteln schwerwiegende Erkrankungen auslösen. In deutschen Pflegeeinrichtungen mit durchschnittlich 100 Heimbewohnern werden monatlich 8 unerwünschte Arzneimittelereignisse verursacht. Diese haben einen erheblichen Pflegemehraufwand für die Pflegekräfte und eine Einschränkung der Lebensqualität für die Bewohner zur Folge.

Das Ziel der Optimierten Arzneimittelversorgung ist eine höhere Bewohner- und Patientensicherheit durch Reduktion arzneimittelassoziierter Schädigungen, z. B. Stürze, Kognitionsstörungen, gastrointestinale Störungen.

Als Teilnehmer am Projekt könnten Sie und Ihre Pflegeeinrichtung maßgeblich an der Neugestaltung der Regelversorgung mitwirken.

Parallel möchten wir Ihnen exklusiv unsere Angebote im Rahmen der Prävention nach § 5 SGB XI vorstellen. Damit kann die Wirkung der Optimierten Arzneimittelversorgung optimal ergänzt werden. Diese sind:

- Stärkung der Psychosozialen Gesundheit
- Sturzprävention – Aktiv bleiben im Pflegeheim
- Musikalisches Beschäftigungsangebot
- Musik-, Tanz- und Bewegungsangebot
- Bewegte Bewegung
- Förderung der körperlichen und kognitiven Ressourcen (M-V)

Diese Angebote stellen wir Ihnen auf unserem Fachtag vor.

