



## **21. Landesgesundheitskonferenz NRW**

"Arzneimitteltherapiesicherheit als elementarer Baustein einer guten und sicheren gesundheitlichen Versorgung der Bürgerinnen und Bürger"

22. November 2012



**21. Landesgesundheitskonferenz Nordrhein-Westfalen**  
**„Arzneimitteltherapiesicherheit als elementarer Baustein einer guten**  
**und sicheren gesundheitlichen Versorgung**  
**der Bürgerinnen und Bürger in Nordrhein-Westfalen“**  
**22. November 2012**

**Inhaltsverzeichnis**

<b>I. Präambel</b>	<b>04</b>
<b>II. Ausgangslage</b>	<b>06</b>
<b>III. Bestandsaufnahme/Defizitanalyse</b>	<b>09</b>
<b>IV. Handlungsempfehlungen</b>	<b>11</b>
<b>IV.1 Pharmakotherapie-Management</b>	<b>11</b>
<b>IV.2 Umgang mit Polymedikation insbesondere im Alter</b>	<b>15</b>
<b>IV.3 Überleitungsmedikation an den Schnittstellen der Versorgungssektoren</b>	<b>17</b>
<b>IV.4 Arzneimitteltherapiesicherheit in Einrichtungen der Langzeitpflege</b>	<b>19</b>
<b>IV.5 Aus-, Fort- und Weiterbildung</b>	<b>22</b>
<b>IV.6 Festlegung von Indikatoren zur einheitlichen und vergleichbaren         Beurteilung bzw. Evaluation der Arzneimitteltherapiesicherheit</b>	<b>24</b>
<b>IV.7 Patienteninformation und -kompetenz</b>	<b>25</b>
<b>IV. 8 Rolle des Öffentlichen Gesundheitsdienstes</b>	<b>27</b>
<b>V. Landesinitiative Gesundes Land NRW</b>	<b>29</b>
<b>VI. Erfolgskontrolle</b>	<b>29</b>

## **I. Präambel**

Arzneimittel gehören, richtig angewendet, zu den wirksamsten Instrumenten medizinischer Hilfe. Ihr Einsatz reicht von akuten Gesundheitsstörungen über chronische Krankheiten, der Verhütung oder Verzögerung kurzfristiger und drohender Krankheiten bis hin zur Linderung krankhafter Beschwerden im Rahmen der palliativen Schmerztherapie. In einer Gesellschaft des längeren Lebens steigt die Behandlungsdauer chronischer Erkrankungen und die Zahl multimorbider Personen. Arzneimittel werden damit häufig zu jahrelangen Begleitern von Patientinnen und Patienten.

Eine Arzneimitteltherapie ist allerdings nicht frei von Risiken. Dabei handelt es sich nicht nur um die bei bestimmungsgemäßen Gebrauch möglicherweise eintretenden Nebenwirkungen. Insbesondere die gleichzeitige Gabe verschiedener Arzneimittel erhöht das Risiko unerwünschter Arzneimittelwirkungen. Zusätzliche Risiken entstehen im Rahmen einer Selbstmedikation in Kombination mit verordneten Präparaten. Damit steigt vor allem für Menschen mit mehreren Erkrankungen die Gefahr von zum Teil erheblichen Neben- und Wechselwirkungen.

Vermeidbare unerwünschte Arzneimittelwirkungen entstehen auf unterschiedlichen Ebenen und an verschiedenen Schnittstellen innerhalb des Gesundheitswesens. Schon aus der ärztlichen Verordnung können Medikationsfehler resultieren, wie etwa Über- oder Unterdosierungen oder ein trotz vorhandener Indikation fehlendes Arzneimittel. Aber auch bei der Abgabe und Beratung in der Apotheke sind Fehler möglich, wie die Abgabe eines falschen Arzneimittels, ein fehlender oder falscher Einnahmehinweis oder eine nicht erkannte, klinisch relevante Interaktion. Schließlich können bei Patientinnen und Patienten die falsche Anwendung des Arzneimittels oder eine selbstständige Veränderung der empfohlenen oder verordneten Dosierung oder die Adhärenz zu Problemen führen. Die Ursachen für unerwünschte Arzneimittelereignisse sind damit vielfältig und können im gesamten Medikationsprozess - bei der Verordnung, der Abgabe oder der Anwendung - entstehen. Daher bedarf es der gemeinsamen Anstrengung aller am Medikationsprozess Beteiligten, insbesondere in der Ärzte- und Apothekerschaft, der Pflege, aber auch der Patientinnen und Patienten selbst, um Risiken zu erkennen und zu minimieren. Schnittstellen zur Arzneimitteltherapiesicherheit bestehen auch zur Zahnmedizin, auch wenn das Thema nicht über die Relevanz verfügt wie in der Humanmedizin.

Patientinnen und Patienten - einschließlich ihrer Angehörigen - müssen in die Lage versetzt werden, ein Risikobewusstsein zu entwickeln und eine informierte Entscheidung für oder gegen ein Arzneimittel zu treffen. Mögliche Alternativen zu den Medikamenten gehören mit zur Aufklärung.

Die Versorgung älterer Patientinnen und Patienten ist wie kaum ein anderer Bereich auf die erfolgreiche Zusammenarbeit der Professionen und Sektoren angewiesen: Das Pflegepersonal in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen, Ärztinnen und Ärzte, Apothekerinnen und Apotheker, die Krankenkassen sowie pflegende Angehörige und nicht zuletzt die Patientinnen und Patienten selbst wirken an der gesundheitlichen Versorgung Älterer und

auch an ihrer medikamentösen Behandlung mit. Zur Vermeidung von Brüchen in der Medikation insbesondere in der sektorenübergreifenden Medikation ist eine enge, vertrauensvolle und wechselseitige Kommunikation aller Beteiligten notwendig, bei der jede Berufsgruppe die Kompetenzen der jeweils anderen erkennt und nutzt und zugleich auch die Grenzen der eigenen beruflichen Möglichkeiten respektiert.

Ziel dieser EntschlieÙung, an der auch das Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS) mitgewirkt hat, ist es, das Problembewusstsein für die Arzneimitteltherapiesicherheit im nordrhein-westfälischen Gesundheitssystem zu schärfen, die an vielen Stellen bereits vorhandenen Erkenntnisse zusammenzuführen und dazu beizutragen, dieses Wissen in den Versorgungsalltag zu überführen.

Im Hinblick auf eine nachhaltige Arzneimitteltherapiesicherheit in Nordrhein-Westfalen sieht die Landesgesundheitskonferenz (LGK) in den kommenden Jahren konkrete Handlungsfelder u. a. im Pharmakotherapie-Management, in der Kooperation der Versorgungsektoren, in bestimmten Versorgungssettings (z. B. Pflegeheim, häusliche Pflege), in der Aus-, Fort- und Weiterbildung der Gesundheitsberufe sowie in der Stärkung der Information und Kompetenz von Patientinnen und Patienten.

Die LGK will mit dieser EntschlieÙung die sichere Arzneimitteltherapie zu einem elementaren Aspekt der Patientensicherheit machen.

Davon ausgehend greift die LGK mit der vorliegenden EntschlieÙung prioritäre Handlungsfelder auf und gibt konkrete Handlungsempfehlungen. Sie betont dabei insbesondere die Notwendigkeit eines patientinnen- und patientenzentrierten und sektorenübergreifenden Handelns der Verantwortungsträger sowie einer regelmäßigen Analyse und Bewertung der Entwicklungen und Maßnahmen. Basierend auf dem Selbstverständnis der LGK verpflichten sich ihre Mitglieder, die Umsetzung der nachfolgenden Handlungsempfehlungen aktiv voranzubringen.

## II. Ausgangslage

Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) „ist die Gesamtheit der Maßnahmen zur Gewährleistung des bestimmungsgemäßen Gebrauchs eines Arzneimittels. Damit wird eine optimale Organisation des Medikationsprozesses mit dem Ziel angestrebt, unerwünschte Arzneimittelereignisse insbesondere durch Medikationsfehler zu vermeiden und damit das Risiko für den Patienten bei einer Arzneimitteltherapie zu minimieren“ (Memorandum AMTS-Forschung 2011). In den vergangenen Jahren wurde immer deutlicher, dass die mit der Anwendung von Arzneimitteln einhergehenden Risiken nicht allein durch Maßnahmen der Pharmakovigilanz einzudämmen sind. Das Bundesministerium für Gesundheit veröffentlicht daher seit 2007 regelmäßig Aktionspläne zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit in Deutschland, die das Ziel verfolgen, die Sicherheit der Arzneimitteltherapie zu optimieren und verbesserte therapeutische Ergebnisse zu erreichen (vgl. [www.ap-amts.de](http://www.ap-amts.de)). Mit den Aktionsplänen werden zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit in Deutschland notwendige Aktivitäten zusammengefasst, mit denen insbesondere die Voraussetzungen für die bestimmungsgemäße Anwendung von Arzneimitteln verbessert werden sollen.

Inhalt der Aktionspläne sind realisierbare Maßnahmen mit besonderer Relevanz für die Risikoreduktion, die einem der folgenden fünf Schwerpunkte zugeordnet wurden (vgl. [www.ap-amts.de](http://www.ap-amts.de)):

- Etablierung einer besseren Sicherheitskultur in den Fachkreisen unter Einbeziehung der Patientinnen und Patienten,
- Verbesserung der Informationen über Arzneimittel,
- Entwicklung und Einsatz von Strategien zur Risikovermeidung bei der Anwendung von Arzneimitteln,
- Förderung der Forschung auf dem Gebiet der Arzneimitteltherapiesicherheit und
- Organisation eines kontinuierlichen Prozesses zur Umsetzung und Fortschreibung der Aktionspläne.

Die erstmalige Veröffentlichung eines Aktionsplans markierte einen wichtigen Schritt auf dem Weg zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit in Deutschland. Geplant ist eine kontinuierliche Fortschreibung. Nach zwei bereits veröffentlichten Aktionsplänen für die Jahre 2008/2009 und 2010 bis 2012 wird derzeit an einem dritten Aktionsplan für die Jahre 2013 bis 2015 gearbeitet.

Viele Maßnahmen der beiden bisherigen Aktionspläne wurden inzwischen umgesetzt und eine Reihe von Modellprojekten durchgeführt bzw. initiiert. Eine flächendeckende Etablierung von Maßnahmen zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit steht jedoch noch aus und bedarf einer gemeinsamen Anstrengung aller an der Gesundheitsversorgung Beteiligten. Flankierende Maßnahmen der Länder und Kommunen sind hierbei hilfreich, um die Umsetzung sinnvoller Maßnahmen vor Ort zu gewährleisten.

Bei älteren Patientinnen und Patienten stellt sich die Frage nach einer ausreichenden Arzneimitteltherapiesicherheit in besonderer Weise:

Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes wird in Deutschland bis zum Jahr 2050 ein erheblicher Bevölkerungsrückgang mit einem starken Anstieg des Anteils älterer Menschen erwartet: ein Drittel der Menschen wird älter als 65 Jahre sein (aktuell zirka 20 Prozent), jeder Siebente 80 Jahre oder älter.

Obwohl der Begriff „gesundes Altern“ kein Paradoxon ausdrückt, stellen ältere Menschen im Gesundheitssystem in zweifacher Hinsicht eine besondere Herausforderung dar:

- Zum einen geht der Alterungsprozess mit zunehmenden Veränderungen einher, die sich unter anderem – individuell bzw. geschlechtsspezifisch unterschiedlich – auf die Wirksamkeit und Verträglichkeit von Arzneimitteln auswirken. Zu den im Alter bei der Verordnung von Arzneimitteln besonders zu beachtenden Veränderungen zählen z. B. die Abnahme von Lebermasse und -durchblutung sowie die Verminderung der Nierendurchblutung mit Abnahme der glomerulären Filtration, was zu einer verlangsamten Elimination von Arzneistoffen führen kann. Nicht an die Organfunktion angepasste Dosierungen sind daher in besonderem Maße Grund für vermeidbare unerwünschte Wirkungen.
- Zum anderen erhöht sich mit dem Alter die Wahrscheinlichkeit, an einer oder mehreren Erkrankungen zu leiden, die einer medikamentösen Behandlung bedürfen, sodass parallele Behandlungen mit mehreren Arzneimitteln die Folge sind. Dies lässt sich beispielsweise aus den Daten des Arzneiverordnungsreports ablesen, wonach Versicherte mit einem Lebensalter ab 65 Jahren im Jahr 2010 22 Prozent der Gesamtbevölkerung repräsentierten, sie jedoch 57 Prozent der insgesamt verordneten Tagesdosen erhielten. Jeder Versicherte ab 65 Jahren wurde durchschnittlich mit 3,6 Arzneimitteln behandelt; nicht erfasst sind dabei die im Rahmen der Selbstmedikation eingenommenen Präparate.

Das Risiko unerwünschter Wirkungen steigt aufgrund der Besonderheiten des Alters sowie durch die gleichzeitige Gabe von möglicherweise interagierenden Wirkstoffen mit der Anzahl der Arzneimittel exponentiell an. Stürze, Frakturen, Benommenheit und Urtikaria wurden dabei als die häufigsten vermeidbaren unerwünschten Wirkungen bei geriatrischen Patienten in der ambulanten Versorgung ausgemacht. Faktoren wie z. B. eine eingeschränkte Kognition, verminderte Sehkraft, reduzierte manuelle Geschicklichkeit, Schwerhörigkeit sowie ein erschwertes Sprachverständnis können ältere Menschen dabei beeinträchtigen, ein komplexes Therapieschema zu befolgen und daher die Wirksamkeit und Sicherheit einer Arzneimitteltherapie erschweren.

Nach allgemeiner, nicht zuletzt im Arzneimittelgesetz (AMG) verankerter Übereinkunft gelten solche unerwünschte Wirkungen als schwerwiegend, die lebensbedrohlich sind oder tödlich verlaufen, die zur Hospitalisierung führen oder einen Krankenhausaufenthalt verlängern oder zu bleibenden Behinderungen bzw. Invalidität führen. Von medizinischer Relevanz sind jedoch auch unerwünschte Wirkungen, die – als solche möglicherweise

unerkannt – zum Einsatz eines zusätzlichen Arzneimittels führen, um das aufgetretene unerwünschte Symptom zu therapieren. Untersuchungen u. a. aus Deutschland haben gezeigt, dass etwa 5 Prozent der Hospitalisierungen die Folge unerwünschter Arzneimittelwirkungen sind, die bei zirka 2 Prozent der Patientinnen und Patienten unmittelbar oder mittelbar tödlich verlaufen (Pirmohamed et al., BMJ 2004; 329:15-19; Stausberg und Hasford, BMC Health Serv Res 2011; 11:134). Bei älteren Patientinnen und Patienten liegen diese Zahlen sogar deutlich höher.

Auch der Aspekt der Medikamentenabhängigkeit ist im Kontext der Arzneimitteltherapiesicherheit zu beachten. Schätzungen der Bundesregierung zufolge liegt die Zahl der Medikamentenabhängigen zwischen 1,4 und 1,9 Millionen. Dabei sind Frauen deutlich häufiger als Männer betroffen (vgl. Studie der BARMER GEK 2011).

Vor dem Hintergrund einer alternden Gesellschaft ergibt sich demnach ein großer Handlungsbedarf, die Arzneimitteltherapiesicherheit zu verbessern. Geeignete Maßnahmen haben nicht nur das Potenzial, die Qualität der Arzneimitteltherapie zu verbessern, sondern auch die im Gesundheitswesen aufgetragenen Kosten für die Konsequenzen unerwünschter Wirkungen deutlich zu senken.

### **III. Bestandsaufnahme/Defizitanalyse**

Im Folgenden sollen Defizite in der Arzneimitteltherapiesicherheit in Deutschland näher erörtert werden.

#### **Unzureichender Überblick bei Polymedikation**

Besonders ältere Menschen leiden häufig gleichzeitig an mehreren Erkrankungen, für deren Behandlung jeweils Leitlinien zur Verfügung stehen. Die parallele Orientierung an mehreren Leitlinien kann daher bei multimorbiden Patientinnen und Patienten problematisch werden, wenn z. B. Kontraindikationen und Interaktionen nicht berücksichtigt werden. Aus diesem Grund kann die Arzneimitteltherapiesicherheit bei dieser Patientengruppe nur durch eine regelmäßige Überprüfung der gesamten Medikation eines Patienten/einer Patientin gewährleistet werden. Aufgrund der rechtlichen Rahmenbedingungen für die Arzneimittelversorgung, zu denen auch Rabattverträge gehören, können zudem Adhärenz-Probleme auftreten. Für Patientinnen und Patienten und die an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen ergeben sich daraus besondere Schwierigkeiten.

Die Arzneimittelverordnung für Patientinnen und Patienten wird in der Regel von mehreren beteiligten Ärztinnen und Ärzten – oft unterschiedlicher Fachgruppen – sicher gestellt. Jede/r an der Versorgung der Patientin/des Patienten beteiligte Ärztin/Arzt, Apothekerin/Apotheker, aber auch die/der Patientin/Patient selbst, benötigt den Überblick über die Gesamtmedikation. Wenn dieser Überblick fehlt, ist nicht auszuschließen, dass beispielsweise durch unerwünschte Wirkungen verursachte Symptome mit weiteren Arzneimitteln behandelt werden, obwohl die Beschwerden durch eine Umstellung der Medikation vermieden werden könnten. Hierbei spielen auch diejenigen Arzneimittel eine wichtige Rolle, die zusätzlich ohne Rezept in der Apotheke erworben und eingenommen werden (etwa 40 Prozent aller in Apotheken abgegebenen Packungen). Zurzeit existiert noch kein flächendeckendes und standardisiertes System, über das sich die behandelnden (Zahn-)Ärztinnen und (Zahn-)Ärzte oder in Anspruch genommene Apothekerinnen und Apotheker automatisch einen aktuellen Überblick über die Verordnungen anderer Fachdisziplinen verschaffen können, um in notwendigen Fällen eine interdisziplinäre Abstimmung vorzunehmen.

#### **Fehlerquellen im Medikationsprozess**

Um unerwünschte Wirkungen vermeiden zu können, ist der Optimierung des gesamten Medikationsprozesses besondere Aufmerksamkeit zu schenken. Fehler können bei jedem Schritt im Medikationsprozess entstehen: von der Verordnung (Ärztin/Arzt) über das Dispensieren (Apotheke), dem Stellen und der Anwendung der Arzneimittel (Angehörige/Pflege/Patient/Patientin) bis hin zum Monitoring der Therapie und der Entsorgung nicht mehr gebrauchter Arzneimittel.



Neben der Arzneimittelauswahl und -dosierung kann auch eine mangelnde Kommunikation zwischen den Beteiligten zu Medikationsfehlern führen:

- Zum einen entsteht mangelnde Kommunikation durch unzureichende Dokumentation, die in der Alltagsroutine häufig zu kurz kommt.
- Zum anderen gibt es unter den Beteiligten häufig ein unterschiedliches Verständnis der eigenen Rolle im Medikationsprozess. Die behandelnden (Zahn-) Ärztinnen/(Zahn-)Ärzte sind für die Verordnung der Arzneimitteltherapie verantwortlich; andere Berufsgruppen mit ihren eigenen Kompetenzen werden zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit bisher nur teilweise einbezogen. Insbesondere bei Patientinnen und Patienten mit individuell komplexen Therapieschemata mangelt es an einer strukturierten Kommunikation der an der Arzneitherapie beteiligten Professionen.

### **Unzureichende Sicherheitskultur**

Der risikovermeidende, professionelle Umgang mit dem Thema „Medikation“ hat bislang noch nicht den besonderen Stellenwert im Berufsbild der Gesundheitsberufe, der dem Thema angemessen wäre. Besonders wichtig erscheint die Etablierung einer Sicherheitskultur. Darunter wird ein kontinuierlicher Lernprozess verstanden, um gemeinsam getragene Standards zu entwickeln, wie die Sicherheit gestaltet und ggf. weiter verbessert werden kann.

Zur Stärkung der Sicherheitskultur müssen die einzelnen Schritte des Versorgungsprozesses identifiziert werden, bei denen jeder der Beteiligten einen Beitrag leisten kann. Zudem sollten sich alle Beteiligten darauf verständigen, dass Fehler als mögliche, teilweise unvermeidliche Störung einkalkuliert werden müssen, die Vermeidung von Fehlern wichtigstes Ziel ist, auf Schuldzuweisungen verzichtet wird und Strukturen befördert werden, die geeignet sind, Fehler zu vermeiden oder zumindest rechtzeitig zu erkennen, sie zu analysieren und Verfahren zu entwickeln, Schaden von der Patientin bzw. vom Patienten abzuwenden.

Es liegt auf der Hand, dass die Etablierung und Weiterentwicklung einer Sicherheitskultur in den verschiedenen Einrichtungen ein kontinuierlicher Prozess ist, der ohne Anstrengungen aller Beteiligten nicht gelingen kann. Die genannten Probleme in der Arzneimitteltherapie können jedoch nur auf diese Weise dauerhaft entschärft werden. Um diesem Ziel näher zu kommen, sind aus Sicht der LGK in verschiedenen Bereichen Verbesserungen erforderlich und möglich. Konkrete Vorschläge sind Gegenstand der nachfolgenden Abschnitte.

## IV. Handlungsempfehlungen

### IV.1 Pharmakotherapie-Management

**Auf der Basis eines vollständigen Medikationsplans und eines klar umrissenen Rollenverständnisses sollten multiprofessionelle Modelle zur Gewährleistung der Arzneimitteltherapiesicherheit implementiert und evaluiert werden. Dies gilt insbesondere bei Patientinnen und Patienten mit Polymedikation.**

#### **Begründung**

Die Arzneimitteltherapiesicherheit sollte durch alle verantwortlich Beteiligten multiprofessionell sichergestellt und abgestimmt werden. Ziel eines Pharmakotherapie-Managements ist es, auf der Grundlage eines vollständigen Medikationsplans allen Beteiligten Aufgaben und Verantwortlichkeiten zuzuweisen, die in ihrer Gesamtheit geeignet sind, eine ausreichende Arzneimitteltherapiesicherheit zu gewährleisten. Dies muss in Abstimmung mit den betroffenen Patientinnen und Patienten geschehen. Denn sie überblicken am besten, welche Arzneimittel sie insgesamt einnehmen, und müssen im Rahmen ihres Selbstbestimmungsrechts der Medikation auch zustimmen.

Hierfür sind z. B. Modelle an den verschiedenen Schnittstellen anzustreben. In Deutschland existieren folgende Pharmakotherapie-Management-Modelle, die bereits praktisch umgesetzt bzw. diskutiert werden:

- Krankenkasse → Patient/in → Ärztin/Arzt / Apotheker/in (Techniker Krankenkasse)  
Die Krankenkasse erstellt auf Wunsch der Patientin/des Patienten eine Übersicht über die Gesamtmedikation aus den vergangenen zwei Jahren. Für über 65-jährige Patientinnen/Patienten werden auch verordnete PRISCUS-Arzneimittel (vgl. IV.2) markiert. Der Patientin/dem Patienten bleibt selbst überlassen, ob er einen auf den Verordnungsübersichten basierenden Medikations- bzw. Interaktionscheck über eine Apotheke oder eine Ärztin/einen Arzt durchführen lässt. Aus den Verordnungsanalysen lässt sich ein Bezug zu den beliefenden Apotheken entnehmen.
- Krankenkasse → Ärztin/ Arzt → Patient/in (AOK Rheinland/Hamburg)  
Die Krankenkasse übermittelt im Rahmen eines Vertrages zur hausarztzentrierten Versorgung mit den Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) Hamburg und Nordrhein die patientenbezogenen Gesamtverordnungsanalysen über einen Jahreszeitraum an die Ärztin/den Arzt, nachdem die Patientin/der Patient der Übermittlung schriftlich zugestimmt hat. Aus den Analysen ist ein direkter Bezug zu mitverordnenden Ärztinnen/Ärzten zu entnehmen. Hierbei werden sowohl Name, Adresse als auch die entsprechende Fachdisziplin angegeben, um der/dem koordinierenden Ärztin/Arzt in notwendigen Fällen die direkte Abstimmung mit den anderen Fachdisziplinen zu erleichtern. Neben der Kennzeichnung von PRISCUS-Arzneimitteln werden auch ausgewählte Wirkstoffkombinationen näher beleuchtet, für die ein mittelschweres bis

schwerwiegendes Risiko für Wechselwirkungen bestehen kann. Ergänzend zur Dokumentation von möglichen Interventionen wird die OTC-Medikation erfasst, die schließlich über die Kassenärztlichen Vereinigungen an die AOK Rheinland/-Hamburg zu Evaluationszwecken übermittelt wird.

- Krankenkasse in Zusammenarbeit mit Kassenärztlicher Vereinigung → Ärztin/Arzt (AOK NordWest)  
Die Krankenkasse stellt anlassbezogen, z. B. nach Arzneimittelabhängigkeitspotenzial, Polymedikation insbesondere bei älteren Menschen usw., eine Liste der Praxen für eine individuelle Pharmakotherapieberatung zusammen. Die Kassenärztliche Vereinigung lädt die betroffenen Praxen zu einem Gespräch mit Fachleuten der AOK und der Kassenärztlichen Vereinigung ein. Die Arzneimittelverordnungen der jeweiligen Praxis werden nach einer auf die Fachgruppe zugeschnittenen strukturierten Verfahren mit der AOK-Software pharmPRO® aufbereitet. Nach einer Beratung werden die Verordnungen auf Nachhaltigkeit innerhalb eines Jahres hin überprüft.
- Krankenkasse → Patient/in → Ärztin/Arzt / Apotheker/in („ABDA-KBV-Modell“)  
Patientinnen und Patienten mit mindestens fünf systemischen Arzneimitteln in der Dauermedikation können freiwillig teilnehmen. Die Ansprache der Patientin/des Patienten erfolgt durch die/den Ärztin/Arzt, Apothekerin/Apotheker oder die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) (Gutschein Medikationsmanagement). Ein aktueller Medikationsplan wird von der Hausärztin bzw. dem Hausarzt und der gewählten Hausapothekerin bzw. dem Hausapotheker erstellt und bewertet. Interventionen werden zwischen Ärztin/Arzt und Apothekerin/Apotheker abgesprochen, ggf. erfolgt eine Abstimmung mit beruflich Pflegenden. Bei Änderung der Medikation oder neu auftretenden Problemen in der Arzneimitteltherapie erfolgt eine enge Abstimmung aller Beteiligten, ggf. auch mit anderen Ärztinnen/Ärzten.
- Krankenkasse → Ärztin/Arzt → Patient/in (Knappschaft)  
Der Hausarzt führt im Rahmen des Hausarztvertrages mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und den Kassenärztlichen Vereinigungen einen Medikationscheck durch. Die Krankenkasse übermittelt der Ärztin/dem Arzt eine Liste der von ihm behandelten Versicherten, bei denen die Krankenkasse anhand der aktuellen Medikation ein Potential an unerwünschten Nebenwirkungen festgestellt hat. Nachdem die Patientin/der Patient der Datenübermittlung zugestimmt hat, übersendet die Krankenkasse eine patientenbezogene Gesamtverordnungsanalyse über einen Jahreszeitraum, aus der ein direkter Bezug mitverordnender Ärztinnen/Ärzte zu entnehmen ist. Hierbei werden sowohl Name, Adresse als auch entsprechende Fachdisziplin angegeben, um der/dem koordinierenden Ärztin/Arzt in notwendigen Fällen die direkte Kontaktaufnahme und Abstimmung zu ermöglichen. Auf der Gesamtverordnungsanalyse wird die Ärztin/der Arzt u. a. auf Wirkstoffkombinationen aufmerksam gemacht, die Wechselwirkungen

hervorrufen könnten. Die/der teilnehmende Hausärztin/Hausarzt nimmt jährlich an Fortbildungen zur Arzneimitteltherapie teil, die von den Kassenärztlichen Vereinigungen oder den Landesärztekammern anerkannt sind.

- Krankenkasse → Patient/in → medizinisches Fachpersonal/ Ärztin/Arzt/ (KKH-Allianz)

Die Krankenkasse ermittelt Versicherte mit chronischen Erkrankungen und Polymedikation. Die Patientin/der Patienten willigt in den Informationsaustausch zwischen Universitätsklinik Hannover (MHH), Arzt und KKH-Allianz ein und ergänzt die medizinischen Informationen um Medikamente, die er selber kauft und einnimmt. Er wird durch medizinisches Fachpersonal zu Fragen seiner Gesundheit beraten. Die/der behandelnde Ärztin/Arzt erhält von der Universitätsklinik schriftlich Hinweise zu den Medikamenten und kann sich kostenlos telefonisch mit den Fachexperten beraten.

Voraussetzung für die erfolgreiche Umsetzung von Modellen, bei denen mehrere Professionen beteiligt sind, ist ein klares Aufgaben- und Rollenverständnis. Als Ausgangspunkt für die weiteren Gespräche und für Modellprojekte zu einem abgestimmten Aufgaben- und Rollenverständnis der Berufsgruppen bei der gemeinsamen Aufgabe „Arzneimitteltherapiesicherheit“ wird im folgenden Kasten eine mögliche Aufgaben- und Rollenverteilung der Berufsgruppen dargestellt:

#### *Aufgaben der (Zahn-)Ärztin/des (Zahn-)Arztes*

- 1) Indikationsstellung und Verordnung der Medikation unter Berücksichtigung von Anamnese und Befunden einschließlich der Medikamentenanamnese und nicht-medikamentöser Behandlungsalternativen sowie der persönlichen Situation, der Wünsche und Haltungen der Patientin/des Patienten.
- 2) Besprechung der Therapie und der Arzneimittelvorgaben mit der/dem Patientin/ Patienten (Aufklärung) und ggf. ihren/seinen Angehörigen bzw. beruflich Pflegenden
- 3) Schulung der/des Patientin/Patienten bei speziellen Erkrankungen und Aufgaben des Selbstmanagements (Asthma, Diabetes etc.), ggf. auch der Angehörigen bzw. beruflich Pflegender.
- 4) Überprüfung des Medikationsplans im Sinne der Therapievorgaben (Verordnungshoheit) einschließlich Überprüfung der Verträglichkeit und ggf. Anpassung der Medikation

*Aufgaben der Apothekerin / des Apothekers:*

- 1) Analyse der Medikation der Patientin / des Patienten, einschließlich der Selbstmedikation, mit dem Ziel der Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit und der Therapietreue.
- 2) Aktualisierung des Medikationsplans (z. B. Ergänzung der Selbstmedikation)
- 3) Erkennen und Lösen arzneimittelbezogener Probleme; Entwicklung von Lösungsvorschlägen für die (Zahn-)Ärztin/ den (Zahn-)Arzt und/oder – soweit damit die ärztliche Therapie nicht beeinträchtigt wird – auch unmittelbar für die Patientin/ den Patienten, ggf. auch für Angehörige bzw. beruflich Pflegende
- 4) Erklärung der Anwendung, Lagerung, Entsorgung und Besonderheiten (z. B. Teilen, Sondengängigkeit, Allergierisiko, Kombination mit Lebensmitteln oder Getränken) der Arzneimittel für die/Patientin/den Patienten, ggf. auch für Angehörige bzw. beruflich Pflegende.
- 5) Optimierung des Selbstmanagements der Patientinnen / Patienten (Asthma, Diabetes etc.)

*Aufgaben der beruflich Pflegenden (insofern diese beteiligt sind)*

- 1) Patientenbeobachtung im Alltag, v. a. hinsichtlich erwünschter und unerwünschter Wirkungen
- 2) Hinweispflicht über beobachtete oder vermutete Nebenwirkungen an die/den zuständige/n Ärztin/Arzt
- 3) Unterstützung des/der Patientin/Patienten bei der Arzneimitteleinnahme (Anleitung, Erinnerung, Umgang mit Bedarfsmedikation, Vorbereitung bzw. Bereitstellung, Schulung von Patientinnen und Patienten und deren Angehörigen usw. bis zur vollständigen Übernahme der Medikamentenapplikation)
- 4) Anleitung und Beratung zur Optimierung des Selbstmanagements der Patientin/des Patienten (Asthma, Diabetes etc.)
- 5) Förderung der Adhärenz
- 6) Initiierung von multiprofessionellen Fallbesprechungen

## Umsetzungsempfehlungen

### Die LGK vereinbart:

- Die Erprobung bereits vorhandener Pharmakotherapie-Management-Modelle in ausgewählten Patientenpopulationen bzw. Regionen sollte weiter gefördert werden. Vorhandene Modelle werden kontinuierlich weiterentwickelt. Dabei sind Sichtweisen und Interessenlagen der Patientinnen und Patienten einzubeziehen.
- Verschiedene Modelle sollten vergleichend evaluiert werden. Erfolgreiche Modelle sollten Teil der Regelversorgung werden.
- Dabei wird mehr als bisher Wert darauf gelegt, das Rollenverständnis aller Beteiligten zu präzisieren und die Kooperation zu fördern. Die Kammern und Berufsverbände werden diesen Prozess aktiv unterstützen.
- Der Einsatz nutzerorientierter Telematik-Anwendungen im Gesundheitswesen sollte unter Einbeziehung aller beteiligten Berufsgruppen und der Patientinnen und Patienten beschleunigt werden, weil sie als Instrumente für die Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit genutzt werden können und die Einführung von Pharmakotherapie-Management-Modellen erleichtert wird.

## IV.2 Umgang mit Polymedikation insbesondere im Alter

**Die vorhandenen Erkenntnisse zum Umgang mit Polymedikation insbesondere im Alter sind stärker als bisher für den Versorgungsalltag nutzbar zu machen. Insbesondere potenziell inadäquate Medikamente für ältere Menschen sind auf ihre Unverzichtbarkeit zu überprüfen und ggf. auszutauschen oder die Patientinnen und Patienten besonders zu beobachten.**

### Begründung

Bei Patientinnen und Patienten mit Polymedikation ist kontinuierlich der Gesamtüberblick über die von den behandelnden (Zahn-)Ärztinnen und (Zahn-)Ärzten verordnete, die ggf. zusätzlich selbst erworbene und die tatsächlich eingenommene Medikation herzustellen (siehe Ziff. III). Hierzu ist es notwendig, die vorhandenen Daten patientenbezogen zusammen zu führen, wozu eine entsprechende Erfassung der Selbstmedikation und eine Zustimmung der Patientin/des Patienten erforderlich sind. Genutzt werden kann hierzu der bereits im Rahmen des Aktionsplans Arzneimitteltherapiesicherheit 2010 bis 2012 erarbeitete einheitliche Medikationsplan. Einen solchen Überblick benötigt die Patientin/der Patient selbst, die von ihr/ihm ggf. einbezogenen Angehörigen sowie alle an der Behandlung und Pflege Beteiligten [(Zahn-)Ärztinnen und (Zahn-)Ärzte, Apothekerinnen und Apotheker, Pflegefachkräfte und ggf. weitere Therapeutinnen und Therapeuten]. Erst der Überblick über die gesamte Medikation ermöglicht eine systematische und qualitätsgesicherte Medikationsüberprüfung, z. B. auf Indikationen, Interaktionen,

Dosierungen und potenziell inadäquate Arzneimittel. Letzteres gilt insbesondere für ältere Patientinnen und Patienten. Besondere Bedeutung hat dabei die Anpassung der Dosis der Arzneistoffe an die im Alter abnehmende Nieren- und Leberfunktion und die Identifikation unerwünschter Arzneimittelereignisse, auch wenn sie den typischen „Altersbeschwerden“ wie Inkontinenz, extrapyramidale Symptome und Schwindel gleichen. Ein in besonderem Maße auf die Therapiebesonderheiten alter Menschen zugeschnittenes Werkzeug ist die PRISCUS-Liste, die im Auftrag des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF) erarbeitet wurde. Sie gibt Informationen für den deutschsprachigen Raum, welche Arzneimittel als potenziell inadäquat für die Behandlung älterer Menschen angesehen werden. Ihre Intention liegt in der Hilfestellung und Unterstützung von Ärzte- und Apothekerschaft, indem sie auf besondere Probleme der Arzneimitteltherapie bei älteren Menschen aufmerksam macht. Eine individuelle Nutzen-Risiko-Abwägung angesichts einer/eines konkreten Patientin/Patienten ist jedoch weiterhin unabdingbar, wobei im Einzelfall auch die Verordnung eines potenziell inadäquaten Arzneimittels notwendig werden kann.

Eine sichere Arzneimitteltherapie einschließlich der Selbstmedikation erfordert die Berücksichtigung der gesamten gesundheitlichen und persönlichen Situation der Patientin/ des Patienten. Sie ist deswegen im Gespräch mit der Patientin/dem Patienten von den verantwortlichen Berufsgruppen durchzuführen bzw. zu koordinieren. Dabei muss eine gute Abstimmung mit den anderen an der Versorgung Beteiligten erfolgen (s. Ziff. IV.1). Im Mittelpunkt sollte jedoch immer die Patientin/der Patient selbst mit ihrem/seinem Recht auf Selbstbestimmung stehen.

Notwendig erscheint auch, Multimorbidität und Polymedikation bei der Fortschreibung bestehender Leitlinien gesondert zu berücksichtigen und darüber hinaus neue Leitlinien für multimorbide Patienten zu entwickeln.

## **Umsetzungsempfehlungen**

### **Die LGK vereinbart:**

- Ziel ist es, für alle Patientinnen und Patienten mit Polymedikation einen Medikationsplan zu erstellen und regelmäßig zu aktualisieren, damit alle Beteiligten einschließlich der Patientin/des Patienten selbst jederzeit die Gesamtmedikation überblicken können. Hierzu bietet sich z. B. die im "Aktionsplan zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit in Deutschland" erarbeitete "Spezifikation für einen patientenbezogenen Medikationsplan" an" (<http://www.akdae.de/AMTS/Massnahmen/docs/Medikationsplan.pdf>)

- Systematische Instrumente zur Unterstützung der Therapieentscheidungen wie z. B. die PRISCUS-Liste, "START-STOPP-Kriterien" u. a. sollten für den Versorgungsalltag leicht zugänglich, z. B. in der Verordnungssoftware, aufbereitet werden.
- Bei älteren Menschen, die mehrere Arzneimittel einnehmen, wird grundsätzlich überprüft, ob eine Reduktion der Medikation oder ein Austausch potenziell inadäquater Medikamente möglich ist. Eine solche Überprüfung erfolgt im Zusammenhang mit der Verordnung neuer Arzneimittel und bei Auftreten von Beschwerden, aber auch unabhängig davon in regelmäßigen Abständen. Die Kammern und Kassenärztlichen Vereinigungen werden dies in geeigneter Weise unterstützen (z. B. durch Fortbildungsmaßnahmen).
- Der ältere Mensch wird bei der sicheren Einnahme der nach sorgfältiger Prüfung mit ihm gemeinsam festgelegten Medikation von der (Zahn-)Ärzte- und Apothekerschaft sowie den beruflich Pflegenden unterstützt. Dabei können künftig neben der persönlichen Unterstützung auch innovative technische Verfahren (z. B. Verblisterung, Kommunikations- und Erinnerungssysteme) eine Rolle spielen.
- Im Zusammenwirken mit den Patientinnen und Patienten und allen an der Versorgung Beteiligten werden erwünschte und unerwünschte Wirkungen der (Selbst-) Medikation registriert, dokumentiert und zum Anlass für geeignete Anpassungen der Behandlung (siehe oben) genommen.

### **IV.3 Überleitungsmedikation an den Schnittstellen der Versorgungssektoren**

**Um die Entstehung arzneimittelbezogener Probleme durch die Schnittstellen zu vermeiden, sind Vereinbarungen für alle Beteiligten zu schaffen, die dazu geeignet sind, die Arbeitsprozesse optimiert aufeinander abzustimmen und die Kooperation mit- und untereinander zu vereinfachen.**

#### **Begründung**

Das Problem der zu geringen Verzahnung der unterschiedlichen Versorgungsebenen im deutschen Gesundheitssystem wird im gesundheitspolitischen Umfeld seit über einem Jahrzehnt intensiv diskutiert. Hierbei nimmt das Überleitungsmanagement zwischen dem ambulanten und stationären Sektor eine zentrale Rolle ein. Wichtiger Bestandteil eines strukturierten Einweisungs- und Entlassmanagements ist auch die Arzneimitteltherapiesicherheit.

Der Gesetzgeber hat in verschiedenen Vorschriften des Sozialgesetzbuches V gesetzliche Rahmenbedingungen geschaffen, die zu einer besseren Verzahnung der Versorgungsebenen beitragen sollen. Daneben finden sich im § 3 des Landespflegegesetzes Nordrhein-Westfalen (PfG NW) entsprechende landesrechtliche Regelungen. Aktuell hat der Gesetzgeber mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz mit Wirkung zum 1.1.2012 eine



Klarstellung in § 39 Absatz 1 Sätze 4-6 (Entlassmanagement im Krankenhaus) SGB V aufgenommen. Der durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz eingeführte § 11 Abs. 4 SGB V fordert bereits seit 2007 ein verpflichtendes Versorgungsmanagement bei Übergang in die verschiedenen Versorgungsbereiche.

Auch in NRW bestehen bereits seit langem zwei- und dreiseitige Verträge zwischen den gesetzlichen Krankenkassen, der Krankenhausgesellschaft und den Kassenärztlichen Vereinigungen, in denen explizit der nahtlose Übergang zwischen den Sektoren und die Fortsetzung der medikamentösen-physikalisch-therapeutischen Behandlung bei Krankenhausentlassung geregelt sind.

Obwohl damit eine Vielzahl gesetzlich verankerter Kooperationsmöglichkeiten und Absprachen getroffen wurden, scheint eine landesweite bzw. flächendeckende Verzahnung in Form eines strukturierten Einweisungs- und Entlassmanagements bis heute vielfach nicht erreicht. Betroffen hiervon ist auch ein kontinuierlicher Informationsfluss zur Medikation beim Wechsel der Sektoren.

Die Organisation eines verlässlichen, zeitnahen und vollständigen Informationsflusses zwischen den Sektoren für eine lückenlose qualitätsgesicherte Behandlung/Betreuung der Patientinnen und Patienten stellt die zentrale Herausforderung des Versorgungsmanagements dar. Die Etablierung eines strukturierten Überleitungsmanagements zwischen den Sektoren ist noch nicht flächendeckend etabliert, bedingt unter anderem durch eine nicht ausreichende Kommunikation der Akteurinnen und Akteure über die Behandlungsdaten. So werden Informationen in der Behandlungskette über die Medikation, über Vorbefunde und ambulante Leistungen wie häusliche Krankenpflege teilweise nur unzureichend und unsystematisch weitergegeben. Gewährleistet werden sollte, dass bei der Einweisung die/der niedergelassene Ärztin/Arzt die entsprechenden Informationen an das Krankenhaus und bei Entlassung das Krankenhaus die Informationen an die/den weiterbehandelnde/n Ärztin/Arzt weitergibt.

## **Umsetzungsempfehlungen**

### **Die LGK vereinbart:**

- Die Kommunikation und der Informationsfluss zwischen den niedergelassenen und stationär behandelnden Ärztinnen und Ärzten zur Steigerung der Versorgungsqualität und gegebenenfalls zur Kostensenkung werden kontinuierlich optimiert. Für die Überweisung ambulant-stationär wie auch für die Überleitung stationär-ambulant sollten Kommunikationsstandards – auch mit dem Ziel einer bestmöglichen Arzneimitteltherapie und unter Vermeidung von Versorgungslücken – gelten.
- Zu diesem Zweck können entsprechende Überleitungsformulare und Checklisten zur Anwendung in der Praxis und im Krankenhaus etabliert werden. Expliziter Bestandteil der Listen sind Angaben zur Medikation. Durch kontinuierliche und verbindliche Nutzung dieser Formulare kann die Zusammenarbeit aller Beteiligten

und die Effizienz der Versorgung mit Arzneimitteln zum Wohle der Patientinnen und Patienten in Nordrhein-Westfalen verbessert werden.

- Patientinnen und Patienten erhalten verstärkt Hinweise auf notwendige Informationen im Kontext einer möglichen Krankenhausbehandlung. So gibt es bereits entsprechende Ratgeber der Landesstelle Pflegende Angehörige NRW mit wichtigen Informationen für Patienten und Angehörige (z. B. Mitnahme der Versichertenkarte, Ausweis, Medikationsplan, Impfausweis, Allergiepass). Eine solche Checkliste sollte durch strukturierte Informationsprozesse an die Versicherten herangetragen werden. Patientinnen und Patienten werden bei Krankenhausaufnahme und -entlassung explizit über Änderungen der Medikation informiert.

Mit dem GKV-VStG hat der Bundesgesetzgeber die Selbstverwaltungspartner in den Ländern in § 90a SGB V (Gemeinsames Landesgremium) befugt, Empfehlungen zur sektorenübergreifenden Versorgung abzugeben. Das Gemeinsame Landesgremium hat sich im April 2012 konstituiert und die Optimierung des Überleitungsmanagements als erste Aufgabenstellung im Bereich der sektorenübergreifenden Versorgung beschlossen. Eine Unterarbeitsgruppe hat bereits den Handlungsbedarf eruiert und erarbeitet konkrete Vorschläge zur Optimierung der Krankenhausarzt/Vertragsarzt-Kontakte, die als einen Hauptbestandteil auch die Informationen zur Medikation enthalten.

Um Arbeitsprozesse optimiert aufeinander abzustimmen und die Kooperation mit- und untereinander zu vereinfachen, bittet die Landesgesundheitskonferenz, über die Ergebnisse des Gemeinsamen Landesgremiums zeitnah informiert zu werden.

#### **IV.4 Arzneimitteltherapiesicherheit in Einrichtungen der Langzeitpflege**

**Zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit in Einrichtungen der Langzeitpflege sollten strukturierte, berufsgruppenübergreifende Maßnahmen entwickelt und deren Implementierung sichergestellt werden.**

##### **Begründung**

In NRW leben zirka 500.000 Menschen mit Pflegebedarf, von diesen erhält etwa die Hälfte Unterstützung durch beruflich Pflegende. Diese Unterstützung erfolgt sowohl stationär (57 Prozent) wie auch ambulant (43 Prozent).

Insbesondere Heimbewohnerinnen und -bewohner leiden häufig an mehreren chronischen Erkrankungen und nehmen daher häufig mehr Arzneimittel ein als gleichaltrige Personen, die in privaten Haushalten leben und versorgt werden. Auch der Einsatz von Arzneimitteln, die potentiell inadäquat für ältere Menschen sind, ist zu beobachten. Hier sind besonders Arzneistoffe mit stark sedierenden und anticholinergen Wirkungen zu nennen, deren negativer Einfluss auf die Kognition und Mobilität in verschiedenen Studien belegt wurde.

Heimbewohnerinnen und -bewohner sind daher prädisponiert, unerwünschte Arzneimittelereignisse zu erleiden (siehe Ziff. IV.2).

Die oben beschriebenen Zusammenhänge zeigen die Bedeutung der Arzneimitteltherapiesicherheit gerade bei hochbetagten Bewohnerinnen und Bewohnern von Alten- und Pflegeheimen. Im Rahmen des BMG-geförderten Projektes „AMTS in Alten- und Pflegeheimen“ wurde in den Jahren 2009 und 2010 in 11 nordrhein-westfälischen Heimen eine Inzidenz von zirka acht unerwünschten Arzneimittelereignissen pro 100 Heimbewohnermonate ermittelt. Knapp 60 Prozent der Ereignisse wurden als potenziell vermeidbar eingestuft. Etwa ein Drittel hatte medizinische Konsequenzen, vor allem Krankenhauseinweisungen und zusätzliche Hausarztvisiten. Viele unerwünschte Arzneimittelereignisse waren auf Fehler im Medikationsprozess zurückzuführen bis hin zum Stellen der Arzneimittel ([https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Gesundheit/Sonstiges/Abschlussbericht\\_Arzneimitteltherapiesicherheit\\_in\\_Alten\\_und\\_Pflegeheimen\\_Querschnittsanalyse\\_und\\_Machbarkeit\\_eines\\_multi-disziplinaeren\\_Ansatzes.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Gesundheit/Sonstiges/Abschlussbericht_Arzneimitteltherapiesicherheit_in_Alten_und_Pflegeheimen_Querschnittsanalyse_und_Machbarkeit_eines_multi-disziplinaeren_Ansatzes.pdf)). Auch in dem vom Land geförderten Projekt "Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit bei Alten- und Pflegeheimbewohnern durch intensive pharmazeutische Betreuung" konnte eine Vielzahl von arzneimittelbezogenen Problemen entdeckt und durch Intervention (intensivierte pharmazeutische Betreuung durch eine speziell geschulte Apothekerin) gelöst werden ([http://www.lzg.gc.nrw.de/\\_media/pdf/service/Publikationen/pub-arz/liga\\_nrw\\_bericht\\_fachtagung\\_sozialpharmazie\\_24\\_25-05-2011\\_duesseldorf.pdf](http://www.lzg.gc.nrw.de/_media/pdf/service/Publikationen/pub-arz/liga_nrw_bericht_fachtagung_sozialpharmazie_24_25-05-2011_duesseldorf.pdf)).

In beiden Projekten waren viele Probleme Folge einer inadäquaten Kommunikation zwischen den Gesundheitsberufen, auch weil das Einverständnis zur Übermittlung von Befunden und Laborberichten fehlte. Strukturierte Interventionen sollten daher berufsgruppenübergreifendes Denken und Handeln fördern und dabei den Aspekt der informationellen Selbstbestimmung der Patientinnen und Patienten besonders beachten. Da insbesondere die beruflich Pflegenden direkt im Alltag der Patientinnen und Patienten tätig sind, sollte diese Ressource im Zusammenhang mit der Arzneimitteltherapiesicherheit besser genutzt werden.

Die nachfolgenden Umsetzungsempfehlungen beziehen sich vor allem auf stationäre Einrichtungen der Langzeitpflege. An dieser Stelle soll jedoch darauf hingewiesen werden, dass vergleichbare Standards auch für die ambulante Langzeitpflege zu entwickeln sind. Die unter IV.2 genannten Umsetzungsempfehlungen zur Polymedikation stellen hierfür eine Grundlage dar.

## Umsetzungsempfehlungen

### Die LGK vereinbart:

- Die Akademien der Ärztekammern, die Apothekerkammern und die Kassenärztlichen Vereinigungen sowie andere Bildungseinrichtungen bieten den verordnenden Ärztinnen und Ärzten, den heimversorgenden Apothekerinnen und Apothekern und Pflegefachkräften zum Medikationsprozess in Heimen und zu den pharmakotherapeutischen Besonderheiten älterer Patientinnen und Patienten vermehrt adäquate, auch berufsgruppenübergreifende Fort- und Weiterbildungsangebote an.
- Die heimversorgenden Apothekerinnen und Apotheker sowie die behandelnden Ärztinnen und Ärzte überprüfen regelmäßig die Medikation der Heimbewohnerinnen und -bewohner auf arzneimittelbezogene Probleme (z. B. Interaktionen, Überdosierungen, ungeeignete Arzneiformen).
- Die Pflegefachkräfte teilen die bei Heimbewohnerinnen und -bewohnern beobachteten Symptome, die potenziell von Arzneimitteln ausgelöst wurden, sowohl der behandelnden Ärztin bzw. dem behandelnden Arzt als auch der heimversorgenden Apothekerin bzw. dem heimversorgenden Apotheker in strukturierter Form mit.
- Nach Einwilligung der Patientinnen und Patienten stellen sich die beteiligten Berufsgruppen gegenseitig die erforderlichen Informationen (Diagnosen, Laborwerte und sonstige für die Arzneimitteltherapie wichtige Informationen) zur Verfügung, damit alle Beteiligten ihre eigenen Kernkompetenzen optimal einbringen können.
- Die an der Arzneimitteltherapie beteiligten Berufsgruppen treffen Vereinbarungen, bei welchen Fallkonstellationen regelmäßige Gespräche zur Arzneimitteltherapiesicherheit stattfinden. Es ist zu prüfen, ob und wie zukunftsweisende Modelle der Arzneimitteltherapiesicherheit in die Qualitätsprüfungen der Pflegeeinrichtungen einbezogen werden können.
- Die Beratung der Pflegefachkräfte durch heimversorgende Apotheken gem. §12a Apothekengesetz (ApoG) sollte praxisnah erfolgen und die Erfahrungen aus der Pflege sowie der Apotheken miteinander verknüpfen, z. B. durch Fallbesprechungen.
- Ärztinnen und Ärzte berücksichtigen bei der Verordnung die besonderen Probleme, die sich aus der Verordnung geteilter Tabletten ergeben können.
- Die Versorgungsforschung sollte sich stärker als bisher dem Versorgungsbereich Alten- und Pflegeheime widmen und dabei örtliche Netzwerke (z. B. Kommunale Gesundheits- bzw. Pflegekonferenzen) einbeziehen.
- Der Einfluss des patientenindividuellen Verblisterns auf die Gesundheit der Heimbewohnerinnen und -bewohner sollte von anbieterunabhängigen Einrichtungen der Versorgungsforschung untersucht werden, wobei insbesondere die

Informationsvermittlung von den heimversorgenden Apotheken an die Pflegefachkräfte im Fokus stehen sollte.

- In den Einrichtungen der Langzeitpflege soll darauf hingewirkt werden, dass ausreichend qualifiziertes Personal in diesen Bereichen der Versorgung zur Verfügung steht.
- Sowohl für den ambulanten als auch für den stationären Bereich sollten Versorgungsmodelle gefördert werden, welche explizit die Kompetenzen der Profession Pflege im Hinblick auf die Arzneimitteltherapiesicherheit ausschöpfen.

#### **IV.5 Aus-, Fort- und Weiterbildung**

**In der Aus-, Fort- und Weiterbildung sollten neben der Vermittlung aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse zur Arzneimitteltherapiesicherheit auch eine engere Verzahnung und der multiprofessionelle Austausch zwischen (Zahn-)Ärztinnen/Ärzten, Apothekerinnen/Apothekern und beruflich Pflegenden thematisiert werden.**

##### **Begründung**

Ärzte- und Apothekerschaft nehmen eine Schlüsselstellung bei der Gewährleistung der Arzneimitteltherapiesicherheit ein. Sind an der Versorgung auch beruflich Pflegendе beteiligt, ergänzen sie diese. Daher kommt der Aus-, Fort- und Weiterbildung in diesen Berufen eine zentrale Rolle zu.

Schon im Medizin- und Pharmaziestudium sowie in der Pflegeausbildung ist das Thema „Arzneimitteltherapiesicherheit“ angemessen zu berücksichtigen. So wird z. B. entsprechend der Approbationsordnung für Ärzte die "Klinische Pharmakologie" im Medizinstudium als sog. Querschnittfach und die Klinische Pharmazie im Pharmaziestudium als Fach im zweiten Abschnitt der pharmazeutischen Prüfung gelehrt. Ein besonderes gutes Beispiel aus NRW ist das interdisziplinäre Lehrprojekt „Patienten- und Arzneimitteltherapiesicherheit“ an der Medizinischen Fakultät der TH Aachen.

Im Rahmen des Aktionsplans Arzneimittelsicherheit des BMG wird derzeit vom Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS) eine Wissensstandserhebung unter Medizin- und Pharmaziestudierenden vorbereitet, um auf der Basis der Ergebnisse entsprechende praxisnahe Unterrichtsmodule zu erstellen (Maßnahme 10 im Aktionsplan Arzneimitteltherapiesicherheit 2010 bis 2012). Hier bedarf es aus nordrhein-westfälischer Sicht noch einer Ergänzung um die Berufsgruppe der Pflegenden.

Darüber hinaus muss die komplexe Aufgabe der medikamentösen Versorgung von multimorbiden älteren Patientinnen und Patienten ein wesentlicher Bestandteil der Qualifizierung von (Zahn-)Ärztinnen/(Zahn-)Ärzten und Apothekerinnen/Apothekern sein. Hierbei sollten Aspekte der Patientensicherheit im gesamten Prozess der Arzneimittelverordnung vermittelt werden. Fragen der Arzneimitteltherapie sind deswegen Bestandteil

der ärztlichen Weiterbildung aller Gebiete der unmittelbaren Patientenversorgung. Eine spezifische Kompetenz bringen darüber hinaus Fachärztinnen und -ärzte "Klinische Pharmakologie" sowie Fachärztinnen und -ärzte "Pharmakologie und Toxikologie" ein. Über diese Weiterbildung verfügen 31 bzw. 69 Ärztinnen /Ärzte in Nordrhein-Westfalen. Für Apothekerinnen und Apotheker gibt es mit der „Geriatrischen Pharmazie“ in Nordrhein und Westfalen-Lippe eine Weiterbildungsmöglichkeit, die sich besonders mit der Arzneimitteltherapiesicherheit älterer Patientinnen und Patienten beschäftigt. In NRW sind derzeit 151 Apothekerinnen und Apotheker im Besitz der Bereichsbezeichnung „Geriatrische Pharmazie“.

Auf eine Intensivierung der Aus- und Fortbildung zielt das gemeinsame Konzept der nordrhein-westfälischen Apothekerkammern und Pharmazeutischen Institute der Universitäten zur Verbesserung der praktischen Apothekerausbildung mit dem Schwerpunkt Arzneimitteltherapiesicherheit (Apo-AMTS-Konzept). Mit dem Konzept sollen Pharmazeutinnen/Pharmazeuten im Praktikum (PhiP) und ihre auszubildenden Apothekerinnen und Apotheker besser auf zukünftige Aufgaben der öffentlichen Apotheke im Bereich Arzneimitteltherapiesicherheit vorbereitet werden. Das Ausbildungsprogramm wird im Kammerbereich Westfalen-Lippe im Herbst 2012 starten. Im Bereich Nordrhein wurde das Programm zunächst zurückgestellt.

## **Umsetzungsempfehlungen**

### **Die LGK vereinbart:**

- Die Akademien der (Zahn-)Ärzttekammern, die Apothekerkammern und die Kassenärztlichen Vereinigungen sowie andere Bildungseinrichtungen bauen Fort- und Weiterbildungsangebote zur Arzneimitteltherapiesicherheit für (Zahn-) Ärztinnen und (Zahn-)Ärzte, Apothekerinnen und Apotheker sowie Pflegefachkräfte weiter aus.
- Für Ärztinnen/Ärzte, Apothekerinnen/Apotheker und andere beteiligte Berufsgruppen sollten gemeinsame Schulungsmodulare zur Schaffung einer geeigneten Sicherheitskultur in den verschiedenen Einrichtungen entwickelt werden.
- Kammern und Kassenärztlichen Vereinigungen schaffen für den hausärztlichen Bereich spezifische Fortbildungsmodulare, in denen die zentrale Rolle der Arzneimittelverordnung und der multiprofessionellen Kommunikation für einen sicheren Medikationsprozess in besonderer Weise thematisiert wird.

### **Die LGK appelliert zudem an die Universitäten des Landes Nordrhein-Westfalen,**

- gemeinsame Lehrveranstaltungen, zu denen auch Kleingruppenseminare gehören sollten, für Medizin- und Pharmaziestudierende zur Arzneimitteltherapiesicherheit anzubieten und
- an den Medizinischen Fakultäten das Fach „Klinische Pharmakologie“ und an den Mathematisch-Naturwissenschaftlichen Fakultäten das Fach „Klinische Pharmazie“ zu stärken, um dem Thema "Arzneimitteltherapiesicherheit" mehr Raum zu geben.

### **IV.6 Festlegung von Indikatoren zur einheitlichen und vergleichbaren Beurteilung bzw. Evaluation der Arzneimitteltherapiesicherheit**

**Maßnahmen zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit sollten im Hinblick auf ihren Nutzen für Patientinnen und Patienten untersucht werden. Zur vergleichbaren Evaluation und Weiterentwicklung von Maßnahmen zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit sollten einheitliche Patientensicherheitsindikatoren entwickelt und validiert werden, die auf der Grundlage von Routinedaten erhoben werden können.**

#### **Begründung**

Um eine einheitliche und vergleichbare Bewertung unterschiedlicher Pharmakotherapie-Management-Modelle vornehmen zu können, bedarf es der Festlegung geeigneter Indikatoren. Die Indikatoren sollen dazu dienen, die Qualität der Arzneimittelversorgung von Patientinnen und Patienten hinsichtlich der Arzneimitteltherapiesicherheit zu messen bzw. abbilden zu können.

Grundsätzlich können sich Qualitätsindikatoren auf Struktur- (z. B. Teilnahme an Fehlerberichtssystemen), Prozess- (z. B. potenziell ungeeignete Medikation bei älteren Patientinnen und Patienten; Stichwort: PRISCUS-Liste) und Ergebnisqualität (Outcome, z. B. Häufigkeit arzneimittelbedingter Krankenhauseinweisungen) beziehen.

Prozessorientierte Indikatoren werden aus der Sekundärdatenanalyse ermittelt und decken einen nicht unerheblichen Teilaspekt der Qualität ab. Die Entwicklung entsprechender Indikatoren sollte sich zunächst auf die Sekundärdatenanalyse konzentrieren, da diese Daten automatisch verfügbar, bereits standardisiert und für globale Analysen geeignet sind. Folgende Indikator-Varianten aus Sekundärdaten sind u. a. denkbar:

- Mengenbezogene Indikatoren (z. B. Verordnungsmenge, Verordnungshäufigkeit)
- Verordnung von Hochrisiko-Arzneimitteln (z. B. PRISCUS-Liste)
- Ausgewählte Wechselwirkungsrisiken (z. B. besonders relevante schwere bis schwerwiegende Wechselwirkungsrisiken für chronische Erkrankungen)

Im Institut für Patientensicherheit der Universität Bonn wurde eine Untersuchung durchgeführt mit dem Ziel, AMTS-Patientensicherheitsindikatoren zu identifizieren und zu validieren (Relevanz, Wissenschaftlichkeit, Praktikabilität). Dabei wurden 14 Indikatoren priorisiert (Kuske et al. Gesundheitswesen 2012; 74: 79-86).

## **Umsetzungsempfehlungen**

### **Die LGK vereinbart:**

- AMTS-relevante Sekundärdaten sollten gezielt auf ihre Eignung als AMTS-Patientensicherheitsindikatoren geprüft werden. Die Indikatoren sollten sich zur Differenzierung der einzelnen Untersuchungseinheiten auf der Makro-Ebene (Pharmakotherapiemanagement-Modelle) sowie auf der Mikro-Ebene (Krankenhaus, Arztpraxis, Apotheke) eignen. An dem Verfahren zur Festlegung der Indikatoren sollten fachlich kompetente Vertreterinnen/Vertreter aus der Wissenschaft, der Ärzte- und Apothekerschaft, der Kostenträger sowie der Patientinnen und Patienten beteiligt sein.
- Die Anzahl der Indikatoren sollte begrenzt und möglichst auf alle Modelle übertragbar sein.
- Forschung zur Entwicklung und Validierung geeigneter AMTS-Patientensicherheitsindikatoren sollte intensiver gefördert werden.

## **IV.7 Patienteninformation und -kompetenz**

**Damit Patientinnen und Patienten den Nutzen und die Risiken ihrer Medikation selbst einschätzen können, sollten zu einzelnen Arzneimitteln und zur gesamten Therapie unabhängige und verständliche Patienteninformationen entwickelt und in der Beratung gezielt eingesetzt werden. Patientinnen und Patienten sind in die Lage zu versetzen, ihre Eigenverantwortung wahrzunehmen und eine gute Adhärenz zu erreichen.**

### **Begründung**

(Zahn-)Ärztinnen/(Zahn-)Ärzte und Apothekerinnen/Apotheker sind dafür verantwortlich, Patientinnen und Patienten umfassend über ihre Medikation zu informieren. Insbesondere muss die Patientin/der Patient klar und verständlich darüber informiert werden, wie, wann und wofür sie/er welche Arzneimittel einnehmen soll. Auch muss die Patientin/der Patient über mögliche Neben- und Wechselwirkungen aufgeklärt werden. Dadurch können und sollen Patientinnen und Patienten selbst wertvolle Beiträge zur Arzneimitteltherapie-sicherheit leisten.



Daher ist es unverzichtbar, die Kompetenz und Eigenverantwortung auf Patientenseite zu stärken. Wenn Patientinnen und Patienten gut informiert und an den therapeutischen Entscheidungen beteiligt werden, wachsen ihre Kompetenz und ihr Verständnis für eine sinnvolle Medikation und die damit verbundenen Risiken.

Durch die gesetzliche Einschränkung des Leistungskatalogs der Krankenkassen bei Arzneimitteln sind Patientinnen und Patienten häufig darauf angewiesen, Arzneimittel selbst zu bezahlen. Dies trifft insbesondere auf nicht-verschreibungspflichtige Arzneimittel zu, die auf ärztliche Verordnung oder im Rahmen der Selbstmedikation eingenommen werden. Bei der Analyse von unerwünschten Arzneimittelereignissen werden nicht-verschreibungspflichtige Arzneimittel bisher noch nicht hinreichend berücksichtigt. Auch mögliche Interaktionen mit Nahrungsmitteln oder anderen Stoffen kommen zu wenig in den Blick. Speziell für die Erhöhung der Arzneimitteltherapiesicherheit entwickelte Patientenflyer können die Bemühungen von (Zahn-)Ärztinnen/(Zahn-)Ärzten und Apothekerinnen/Apothekern unterstützen, z. B. die Flyer der Gesundheitskonferenz Köln (**„Risiken und Nebenwirkungen? Was Sie selbst für den sicheren Umgang mit Ihren Medikamenten tun können“**) und des Aktionsbündnisses Patientensicherheit (**„Tipps für eine sichere Arzneimitteltherapie“**). **Leider werden diese Hilfsmittel in der Praxis zu wenig genutzt.**

## Umsetzungsempfehlungen

### Die LGK vereinbart:

- Alle Beteiligten stärken das Selbstbestimmungsrecht der Patientinnen und Patienten durch eine adäquate Information und Aufklärung im gesamten Prozess der Arzneimitteltherapie. Dabei ist auch auf Rahmenbedingungen hinzuwirken, die den beteiligten Berufsgruppen die notwendige Zuwendung zur Patientin/zum Patienten ermöglichen.
- Vorhandene Hilfsmittel, z. B. Patientenflyer, Broschüren oder auch internetgestützte Angebote (z. B. [www.gesundheitsinformation.de](http://www.gesundheitsinformation.de)), sollten verstärkt genutzt und deren Einsatz vom selbstverwalteten Gesundheitswesen gefördert werden.
- Soweit erforderlich, sollen die Angehörigen in die Patientenaufklärung über die Medikation einbezogen werden.
- Insbesondere bei Patientinnen und Patienten mit Polymedikation werden in der Apotheke unterstützende Maßnahmen (z. B. Schulung, Einnahmehinweise, Wochendosetten) angeboten.
- Sowohl in der (Zahn-)Arztpraxis als auch in der Apotheke werden unerwünschte Arzneimittelwirkungen sorgfältig erhoben, ausgewertet und entsprechend einschlägiger Vorgaben gemeldet.

- Der sichere und rationale Umgang mit Arzneimitteln und Nahrungsmittelergänzungsmitteln sollte in öffentlichen Kampagnen thematisiert werden. Dabei sollte auch ein kritischer Umgang mit der Werbung aufgegriffen werden.
- Die Akademien der Ärztekammern, die Apothekerkammern und die Kassenärztlichen Vereinigungen sowie Bildungszentren entwickeln geeignete Fortbildungsmaßnahmen zum Gespräch mit Patientinnen und Patienten über gemeinsame Vereinbarungen zur Arzneimitteltherapie (Adhärenz).

#### **IV.8 Rolle des Öffentlichen Gesundheitsdienstes**

**Der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) soll, bei Berücksichtigung des in Nordrhein-Westfalen vorhandenen pharmazeutischen Sachverstandes in den unteren Gesundheitsbehörden (Amtsapothekerinnen und Amtsapotheker), verstärkt seine Möglichkeiten zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit nutzen.**

##### **Begründung**

Mit der Einrichtung der Kommunalen Gesundheitskonferenzen (KGK) und dem Ausbau von Informations- und Beratungsleistungen der unteren Gesundheitsbehörden hat der ÖGD in NRW auf der Basis des Gesetzes für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGDG) die Grundlagen für einen ständigen Kommunikationsprozess unter allen Beteiligten geschaffen. Beim Thema Arzneimitteltherapiesicherheit hat insbesondere das Arbeitsfeld Sozialpharmazie des ÖGD einen wichtigen Beitrag geleistet. Einige untere Gesundheitsbehörden und hier die Amtsapothekerinnen und Amtsapotheker, die von wirtschaftlichen Interessen unabhängig agieren und innerhalb der kommunalen Verwaltung vernetzt sind, haben im Rahmen der Sozialpharmazie – teilweise durch wissenschaftliche Unterstützung aus der Versorgungsforschung – bereits einzeln, aber auch gemeinsam und mit Unterstützung des Landesentrums Gesundheit NRW (LZG.NRW) Projekte mit der Zielrichtung Arzneimitteltherapiesicherheit durchgeführt. Dabei standen Verbesserungen von Versorgungsprozessen insbesondere bei älteren, multimorbiden Patientinnen und Patienten in Alten- und Pflegeheimen im Mittelpunkt. Mit den gewachsenen Kommunikationsstrukturen und mit dem pharmazeutischen Sachverstand der Amtsapothekerinnen und Amtsapotheker besteht im ÖGD in NRW die Chance, die Arzneimitteltherapiesicherheit vor Ort noch stärker als bisher zu analysieren, Lernprozesse zu initiieren, den Ausbau der Sicherheitskultur für die Versorgung von älteren, multimorbiden Menschen voranzutreiben und Moderations- sowie Koordinationsfunktionen zu übernehmen. Dabei sollten die Fähigkeiten der Amtsapothekerinnen und Amtsapotheker und die Chancen, die sich im Arbeitsfeld Sozialpharmazie gezeigt haben, an zentraler Stelle genutzt werden.

## **Umsetzungsempfehlungen**

### **Die LGK vereinbart:**

- Der ÖGD wirkt darauf hin, dass die Zusammenarbeit aller an der Therapie und Versorgung Beteiligten innerhalb der Kommune für mehr Arzneimitteltherapiesicherheit im Sinne des Auf- bzw. Ausbaus einer Sicherheitskultur weiter intensiviert wird. Dabei sollen neben der Fachexpertise einzelner Professionen auch die Kompetenzen der Selbsthilfe und der Patientenvertretung gleichberechtigt einfließen.
- Die Aufsicht führenden kommunalen Einrichtungen, die Arzneimittel- und Apothekenüberwachung, die WTG-Behörde und weitere Fachleute aus dem öffentlichen Gesundheitswesen, die die Qualität der Arzneimittelversorgung z. B. in Alten- und Pflegeheimen analysieren, bewerten und Verbesserungen voranbringen, sollten in die Diskussionen einbezogen werden. Gegensätzliche oder nicht miteinander kompatible Aussagen zu bestimmten Versorgungsprozessen einzelner der genannten Einrichtungen oder Fachleute sollten identifiziert und besser aufeinander abgestimmt werden.
- Für die Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit bestehen bei den unteren Gesundheitsbehörden Möglichkeiten zu beraten, weitere Lernprozesse zu initiieren und Moderations- und Koordinationsfunktionen zu übernehmen. Der im ÖGD vorhandene pharmazeutische Sachverstand (Amtsapothekerinnen und Amtsapotheker) sollte an zentraler Stelle einbezogen werden. Zudem sollte, wo immer möglich, Unterstützung durch die Versorgungsforschung genutzt werden.
- Zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit wird auch die Erarbeitung von geeigneten Hilfestellungen durch die bestehenden Expertenfachgruppen der Amtsapothekerinnen und Amtsapotheker im Rahmen des Qualitätssicherungssystems intensiviert.

### **Zudem empfiehlt die LGK den Kommunalen Gesundheitskonferenzen,**

- das Thema Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit auf die Tagesordnung zu setzen und kommunale Gegebenheiten und Bedarfe zu erörtern. Dabei sollte der im ÖGD vorhandene pharmazeutische Sachverstand einbezogen werden. Zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit auf lokaler Ebene ist die Bildung von Arbeitskreisen, wie dies beispielhaft bereits in der Stadt Hamm praktiziert wird, besonders empfehlenswert.

## **V. Landesinitiative Gesundes Land NRW**

Zur flankierenden Umsetzung der EntschlieÙung vereinbart die LGK, die Ausschreibung 2013 zum Wettbewerb "Gesundes Land Nordrhein-Westfalen – Innovative Projekte im Gesundheitswesen" unter das Schwerpunktthema "Arzneimitteltherapiesicherheit" zu stellen. Die Landesinitiative "Gesundes Land NRW" zeigt neue Ansätze der gesundheitlichen Versorgung auf, macht sie medial bekannt und vergibt Preisgelder. Herausragende Projekte werden mit dem Gesundheitspreis NRW ausgezeichnet. Dadurch werden positive Effekte für die Gesundheitsversorgung in Nordrhein-Westfalen ausgelöst. Viel versprechende Projekte regen zur Nachahmung an und fördern zugleich die Entwicklung neuer, kreativer Ideen sowie die Netzwerkbildung der Akteurinnen und Akteure im Gesundheitswesen.

## **VI. Erfolgskontrolle**

Die LGK vereinbart, spätestens bis zum Ende des Jahres 2014 eine erste Erfolgskontrolle der bis dahin initiierten Maßnahmen durchzuführen.