



Warum eine SOP Med Rec bei Aufnahme¹ in das Krankenhaus?

- Patienten bekommen eine bestmögliche Medikamentenanamnese (BPMH)
- Unbeabsichtigte Diskrepanzen (Medikationsfehler) werden minimiert
- Qualität der Kommunikation wird verbessert
- Qualität der Dokumentation wird verbessert

→ Intervention: Proaktives Modell *empfohlen*

1. Bestmögliche Medikationsanamnese (BPMH)

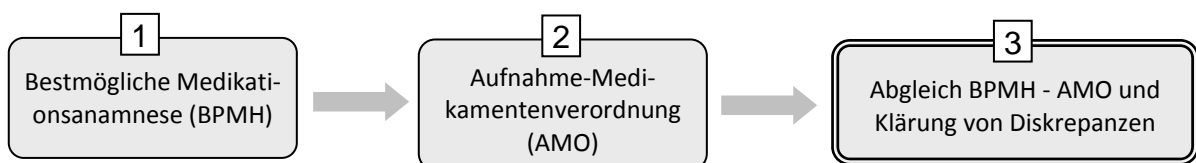
Wer:	Ärztin bzw. Arzt, Mitarbeiterin bzw. Mitarbeiter der Apotheke, Pflegende
Wie:	Systematisch, ggf. anhand eines Leitfadens (<i>Beispiel-Leitfaden GSK², S. 13</i>)
Wann:	Innerhalb von 24 Stunden nach Entscheidung zur stationären Aufnahme
Wo:	Aufnehmende Station, Notaufnahme, zentrale(s) Aufnahme(zimmer)
Dokumentation:	BPMH-Liste: Schriftlich (elektronisch oder papierbasiert) und einheitlich auf speziellem krankenhauseigenen Formular; Aufbewahrung in den Patientenunterlagen

2. Aufnahme-Medikamentenverordnung (AMO)

Wer:	Ärztin bzw. Arzt
Wie:	Auf der Grundlage der BPMH
Wann:	Innerhalb von 24 Stunden nach Entscheidung zur stationären Aufnahme
Wo:	Aufnehmende Station, Notaufnahme, zentrale(s) Aufnahme(zimmer)
Dokumentation:	AMO-Formular oder BPMH-Liste: schriftliche Begründung für Änderungen der Hausmedikation

3. Abgleich BPMH - AMO

Wer:	Verordnende Person, erfahrene klinische Mitarbeiterin bzw. Mitarbeiter, Apothekerin bzw. Apotheker
Wie:	Systematischer Vergleich der BPMH-Liste mit den Verordnungen der AMO zur Identifikation von Diskrepanzen → falls nicht die verordnende Person den Vergleich durchführt ggf. Rücksprache und Klärung der Diskrepanzen mit verordnender Person
Wann:	Innerhalb von 24 Stunden nach Entscheidung zur stationären Aufnahme
Wo:	Örtlichkeit mit Zugang zu BPMH und AMO
Dokumentation:	AMO oder BPMH-Liste wird ggf. ergänzt und bei identifizierten und geklärten Änderungen / Diskrepanzen aktualisiert



¹ Die High 5s-SOP bezieht sich in Phase 1 ausschließlich auf Med Rec beim Aufnahmeprozess des Patienten in das Krankenhaus.
² GSK = Getting Started Kit

→ Intervention: Retroaktives Modell

1. Erste / vorläufige Medikamentenanamnese

Wer:	Ärztin bzw. Arzt, Pflegende
Wie:	Wie gewohnt
Wann:	Zum Zeitpunkt der Aufnahme
Wo:	Aufnehmende Station, Notaufnahme, zentrale(s) Aufnahme(zimmer)
Dokumentation:	BPMH-Liste: schriftlich, so vollständig wie möglich

2. Aufnahme-Medikamentenverordnung (AMO)

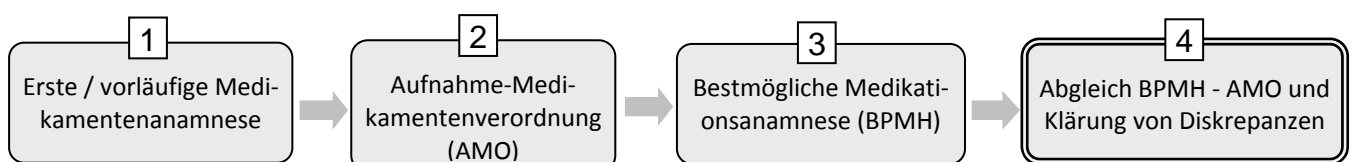
Wer:	Ärztin bzw. Arzt
Wie:	Auf der Grundlage der Ersten Medikamentenanamnese
Wann:	Innerhalb von 24 Stunden nach Entscheidung zur stationären Aufnahme
Wo:	Aufnehmende Station, Notaufnahme, zentrale(s) Aufnahme(zimmer)
Dokumentation:	AMO-Formular oder BPMH-Liste: schriftliche Begründung für Änderungen der Hausmedikation

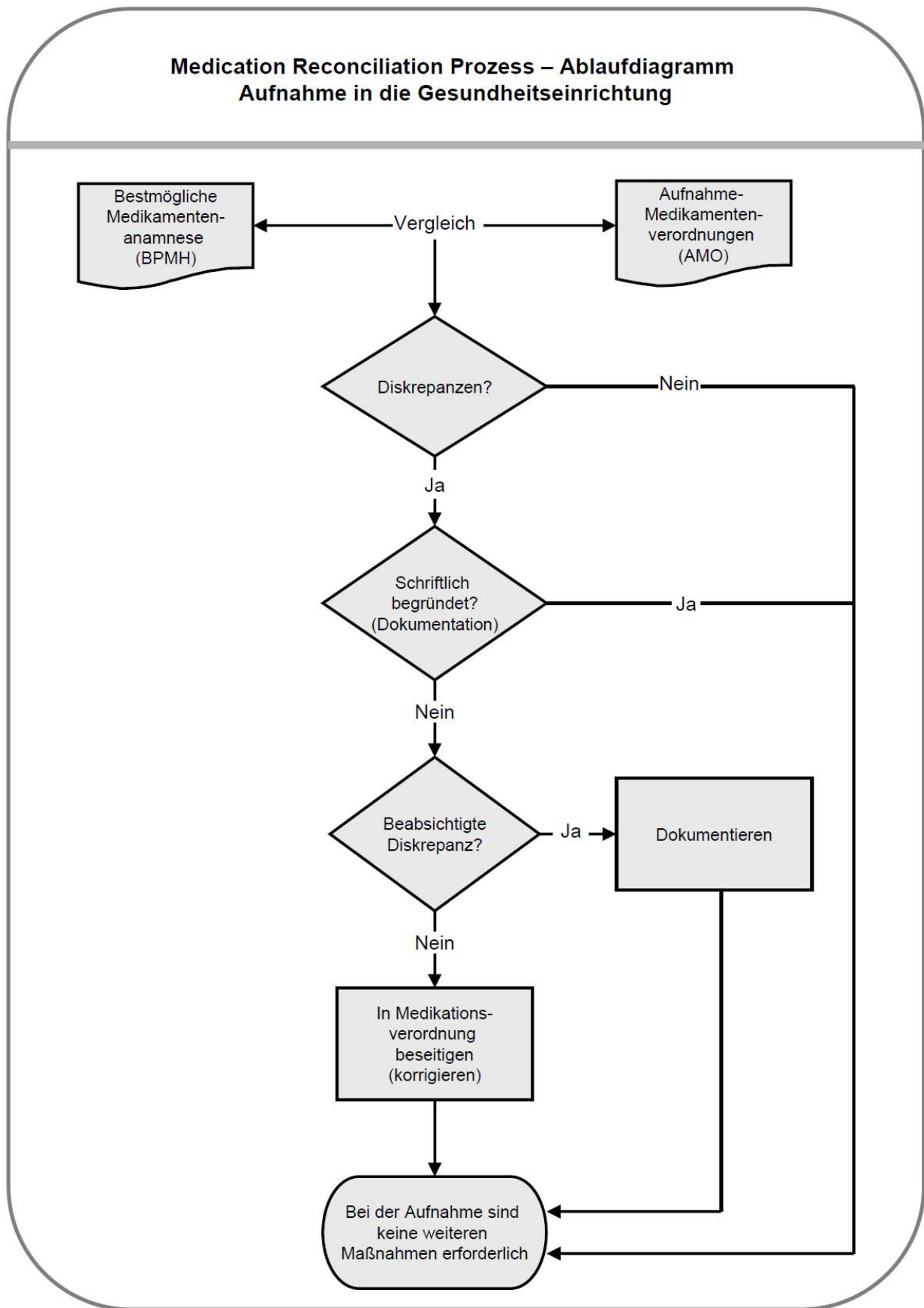
3. Bestmögliche Medikationsanamnese (BPMH)

Wer:	Ärztin bzw. Arzt, Mitarbeiterin bzw. Mitarbeiter der Apotheke, Pflegende
Wie:	Systematisch, ggf. anhand eines Leitfadens (<i>Beispiel-Leitfaden GSK, S. 14</i>)
Wann:	Innerhalb von 24 Stunden nach Entscheidung zur stationären Aufnahme
Wo:	Notaufnahme, aufnehmende Station, zentrale(s) Aufnahme(zimmer)
Dokumentation:	BPMH-Liste: Schriftlich (elektronisch oder papierbasiert) und einheitlich auf speziellem krankenhauseigenen Formular; Aufbewahrung in den Patientenunterlagen

4. Abgleich BPMH - AMO

Wer:	Erfahrene klinische Mitarbeiter, Apothekerin bzw. Apotheker (empfohlen)
Wie:	Systematischer Vergleich der BPMH-Liste mit den Verordnungen der AMO zur Identifikation von Diskrepanzen → ggf. Rücksprache und Klärung der Diskrepanzen mit Verordner
Wann:	Innerhalb von 24 Stunden nach Entscheidung zur stationären Aufnahme
Wo:	Örtlichkeit mit Zugang zu BPMH und AMO
Dokumentation:	AMO oder BPMH-Liste wird ggf. ergänzt und bei identifizierten und geklärten Änderungen / Diskrepanzen aktualisiert



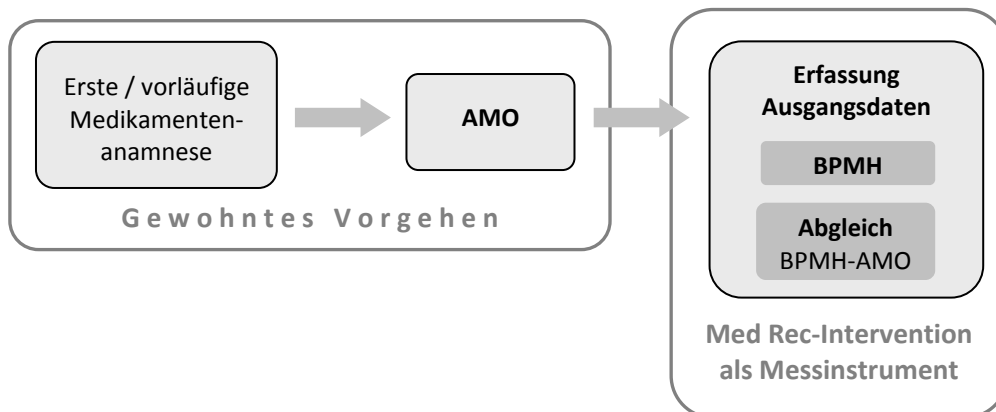


Evaluation

→ Evaluation: Erfassung Ausgangsdaten / Baselinedaten

Zur Erhebung der Ausgangsdaten werden die Medikationsdiskrepanzen des **bisherigen** Aufnahmeverfahrens durch die Erstellung einer BPMH und deren Abgleich mit der AMO „gemessen“.

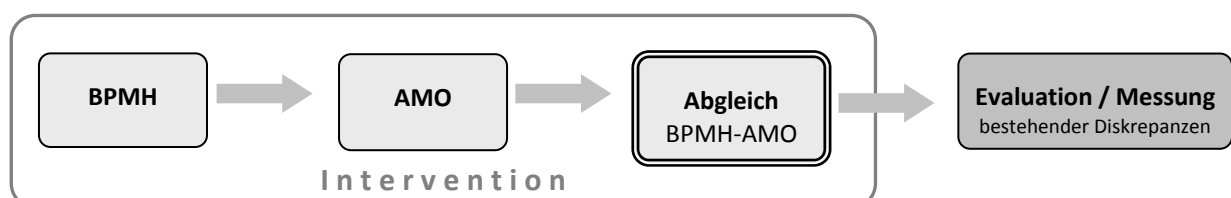
Betroffene Population:	Patienten ≥ 65 Jahre die vollstationär aufgenommen werden (ausgenommen sind elektive Fälle)
Messung:	<ul style="list-style-type: none"> • Wer: Mitglied der Implementierungsgruppe und erfahren in der Erstellung einer BPMH • Wie: <ul style="list-style-type: none"> • Erstellung einer ersten / vorläufigen Medikamentenanamnese sowie der Aufnahmeverordnung von den üblichen Personen nach dem üblichen Vorgehen • Erstellung einer BPMH durch eine erfahrene Person • Vergleich der BPMH-Liste mit den Verordnungen der AMO zur Identifikation von Diskrepanzen • Abklärung mit verordnender Person inwieweit die identifizierten Diskrepanzen unbeabsichtigt bzw. beabsichtigt und nicht dokumentiert waren (alle Formen identifizierter Diskrepanzen sollten aus ethischen Gründen mit der verordnenden Person besprochen und geklärt werden) • Was: Berechnung folgender Kennzahlen als Ausgangsdaten: <ul style="list-style-type: none"> • Anzahl beabsichtigter, nicht dokumentierter Diskrepanzen pro Patient → Dokumentationsfehler • Unbeabsichtigte Diskrepanzen → Medikationsfehler: <ul style="list-style-type: none"> - Anzahl pro Patient - Anteil der Patienten • Wann: <ul style="list-style-type: none"> • Einmalige Erfassungsphase vor Implementierung des Med Rec-Prozesses • Prozessbegleitende Datenerfassung (empfohlen)
Stichprobe:	Zufällig ausgewählte Stichprobe von mindestens 30 Patienten in einem Monat
Auswertung:	Eigene Aggregation der Kennzahlen





→ Evaluation: SOP-Indikatoren

Betroffene Population:	Patienten ≥ 65 Jahre die vollstationär aufgenommen werden (ausgenommen sind elektive Fälle)	
High 5s-Indikatoren:	MR 1 Prozessparameter	MR 2, MR 3, MR 4 Ergebnisparameter
Definition:	Anteil Patienten mit Med Rec innerhalb von 24 Stunden	Bestehende Diskrepanzen zwischen BPMH und Medikamentenverordnung nach Abgleich: <ul style="list-style-type: none"> MR 2: Beabsichtigte nicht dokumentierte Diskrepanzen pro Patient → Dokumentationsfehler Unbeabsichtigte Diskrepanzen → Medikationsfehler : <ul style="list-style-type: none"> - MR 3: Anzahl pro Patient - MR 4: Anteil der Patienten
Messung	MR 1 Prozessparameter	MR 2, MR 3, MR 4 Ergebnisparameter
Wer:	Person die Abgleich BPMH - Aufnahme-Medikamentenverordnung durchgeführt hat, oder unabhängiger Beobachter	Unabhängiger Beobachter (Apotheker?) – sollte nicht am Med Rec Prozess beteiligt gewesen sein
Wie:	Führen einer Liste (papierbasiert oder elektronisch) von Patienten, bei denen Med Rec durchgeführt wurde (<i>Beispiel-Messprotokoll GSK, S. 69</i>) oder Dokumentenanalyse (Chart Review) durch unabhängigen Beobachter	Dokumentenanalyse (Chart Review): BPMH, Verordnung, Anamnese, ggf. andere Quellen → papierbasiert oder elektronisch, ggf. Dokumentation auf Formular (<i>Beispiel-Arbeitsblatt GSK, S. 70</i>)
Wann:	Prozessbegleitend oder retrospektiv	Prozessbegleitend (empfohlen) oder retrospektiv
Intervall:	Monatlich	Zunächst monatlich: Nach Erreichung und Aufrechterhaltung des Erfolgsziels bei MR 3 bei drei aufeinander folgenden Monaten → vierteljährliche Messung von MR 2, MR 3 und MR 4 möglich (<i>GSK, S. 38</i>) Erfolgsziel MR 3: <ul style="list-style-type: none"> relativ: 75% Verbesserung gegenüber Ausgangsdaten oder absolut: 0,3 unbeabsichtigte Diskrepanzen pro Patient
Stichprobe:	Stichprobenziehung, wenn > 50 Patienten pro Monat die Einschlusskriterien erfüllen	n ≥ 30 Patienten/-akten pro Monat aus der Stichprobe von MR 1
Sampling:	Mögliche Methoden: n-ter Patient (empfohlen), Zufallsauswahl über Fallnummer, Zufallsauswahl von n Tagen im Monat	
Auswertung, Übermittlung:	Aggregation der Kennzahlen und deren Eingabe im krankenhouseigen Bereich der High 5s-Website	



Wichtige Begriffe der Handlungsempfehlung Medication Reconciliation bei Aufnahme in das Krankenhaus

AMO	Aufnahmeverordnung (engl.: <u>A</u> dmission <u>M</u> edication <u>O</u> rders)
BPMH	Genau und umfassende Medikamentenanamnese = Bestmögliche Medikamentenanamnese (engl.: <u>B</u> est <u>P</u> ossible <u>M</u> edication <u>H</u> istory)
Diskrepanz	Fehlende Übereinstimmung zwischen AMO und BPMH (z.B. Auslassung, Hinzufügung, andere Dosierung)
• Dokumentationsfehler	Beabsichtigte nicht dokumentierte Diskrepanz. Z.B. Medikament wird aufgrund des klinischen Zustandes des Patienten abgesetzt und dies nicht schriftlich festgehalten.
• Medikationsfehler	Unbeabsichtigte Diskrepanz. Z. B. Medikament der üblichen Hausmedikation wird übersehen und bei der Medikamentenanordnung nicht berücksichtigt
Medication Reconciliation	Formales Verfahren zum Abgleich von BPMH und AMO. Bei identifizierten Diskrepanzen werden diese dem Versorgungsteam mitgeteilt und möglichst geklärt.