

AOK NORDOST

Optimierte Arzneimittelversorgung

08.09.2016 AG GESUNDHEIT 65 PLUS

Agenda



Ausgangslage

Die Optimierte
Arzneimittelversorgung

Ergebnisse

Ausblick

Ausgangslage 1/3

Arzneimitteltherapiesicherheit



- Unerwünschte Arzneimittelereignisse (UAE) gehören zu den häufigsten und kostspieligsten Krankheitskomplexen [1]
 - Bis zu 30 Prozent aller Krankenhausaufenthalte älterer Menschen durch UAE [2]
 - 20-30% der Bewohner eines deutschen Altenheims erleiden eine UAE, davon
 - ca. 0,5 – 1 tödliche Nebenwirkungen (0,5-1%)
 - ca. 3 lebensbedrohliche Nebenwirkungen (12%)
 - ca. 12 ernsthafte Nebenwirkungen (48%)
 - ca. 6 moderate Nebenwirkungen (26%)
 - ca. 3 leichte Nebenwirkungen (13%) [3]
- ca. 66 Prozent aller UAE sind potenziell vermeidbar oder zumindest verminderbar [4]

Ausgangslage 2/3

Auswertung Wido*



- Einsatz Antipsychotika in stationärer Pflege: 42 % der über 64-jährigen AOK-Versicherten.
- Einsatz Antipsychotika in ambulanter Pflege: 17%
- Einsatz in der stationären Pflege 2,5 mal so hoch wie in der ambulanten Pflege
- Im Jahr 2013 erhielten etwa 10% – 25% aller pflegebedürftigen Senioren, also etwa 85.000 AOK – versicherte Senioren ein Antipsychotikum ohne dokumentierte Diagnose

* Wissenschaftliches Institut der AOK

Ausgangslage 3/3

Konsequenzen für die Pflege



- Jede potenziell vermeidbare UAE erfordert zusätzlich ca. 60 h Pflegeaufwand [5]
- Durch schädliche Polypharmazie (ca. 20 % des Arzneimittelumsatzes in Heimen) entsteht unnötige Verwaltung, Anwendung, Lagerung, etc....
- Hochgerechnet nur in Heimen mit 100 HB ca. 2 -3 Vollzeitstellen in der Pflege, in MV, BRB und Berlin ca. 1100 bis 1700 Vollzeitstellen
- Etwa 6,5% aller Vollzeitstellen in BRB, MV und Berlin werden durch eine suboptimale Pharmakotherapie (Behandlung) gebunden

Agenda



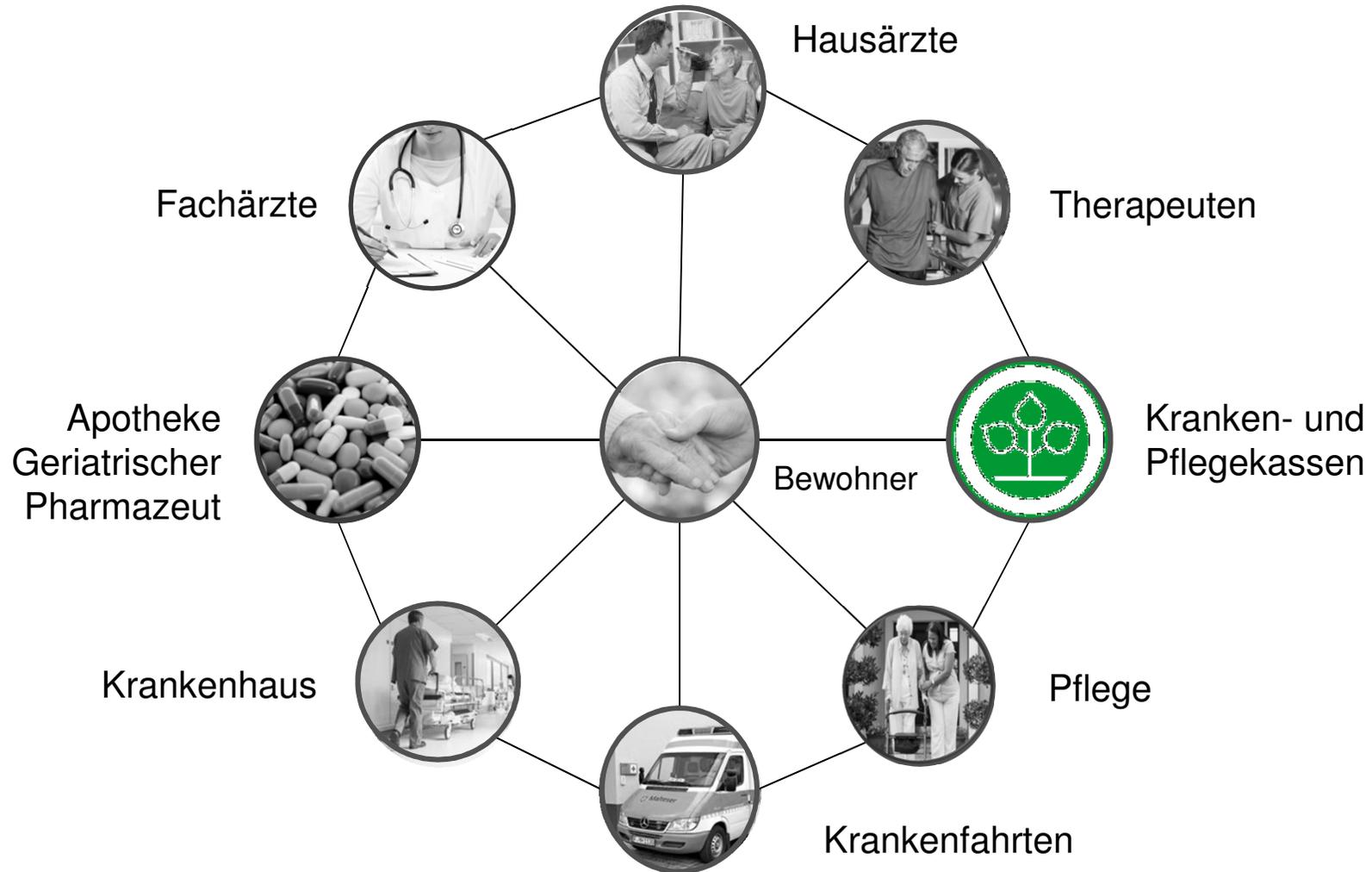
Ausgangslage

**Die Optimierte
Arzneimittelversorgung**

Ergebnisse

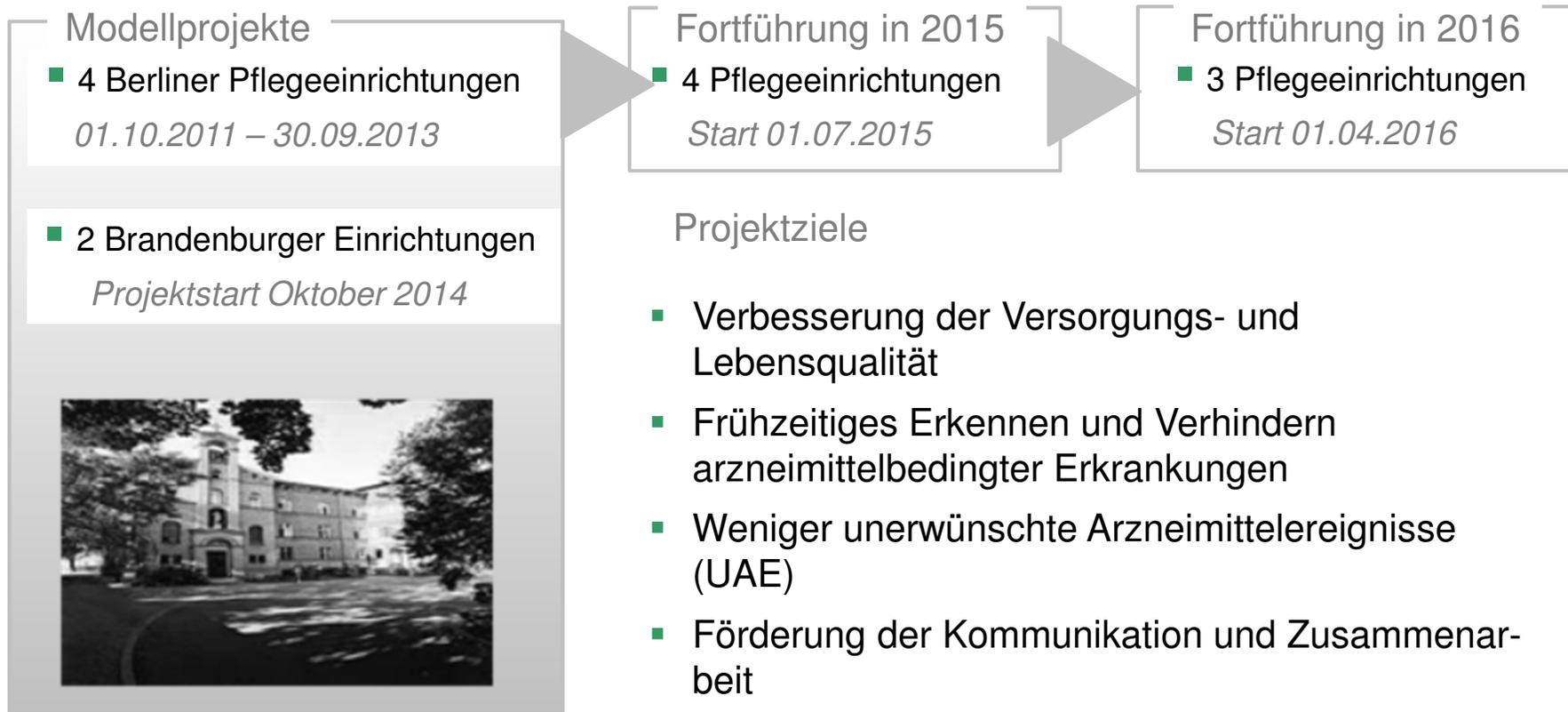
Ausblick

Vernetzung - der Weg zum Erfolg



Optimierte Arzneimittelversorgung

Status Quo – Weiterentwicklung im Rahmen von care^{plus}



OAV - Ambulantes Pilotprojekt

- Laufzeit 01.10.2015 bis 30.09.2016 -

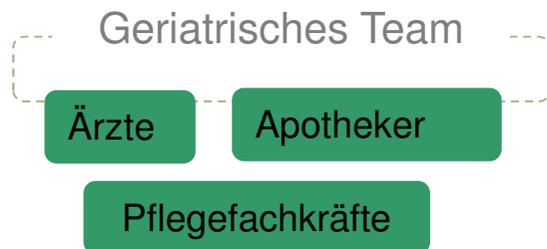


- Risikoscreening
- Erstellung eines einheitlichen Medikationsplanes
- Monatliche Prüfung durch geriatrischen Pharmazeuten/Apotheker
 - Grundlage zur Visite mit Ärzten und Fallbesprechungen
- Vierteljährliche Treffen des Arzneimittelkomitees
 - alle Beteiligten im geriatrischen Teams

Optimierte Arzneimittelversorgung

Projekthalte

Kerninhalt des Projektes:
Implementierung eines lernfähigen Risikomanagementsystems



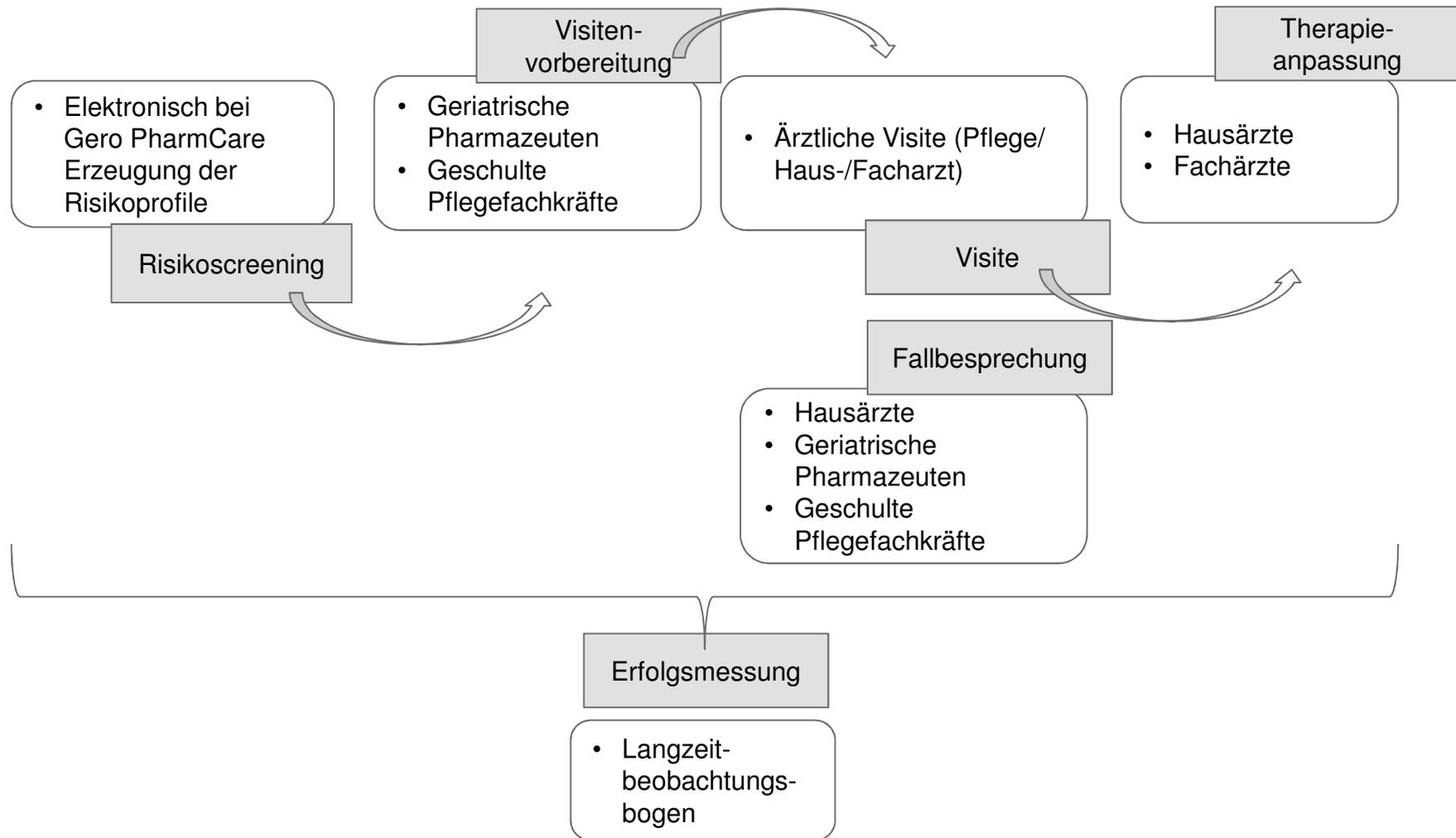
Risikomanagementsystem

- Schulungen aller Beteiligten
 - Weiterbildung zur Medikationsfachkraft möglich (Pflege)
- Identifizierung von Hochrisikopatienten
- Erstellung arzneimittelbezogener Risikoprofile
- standardisierte Therapiebeobachtung durch Pflegefachkraft
- gemeinsame Visitenvorbereitung durch PFK und Apotheker

Optimierte Arzneimittelversorgung

Methoden

Risikoscreening und Risikokommunikation



Agenda



Ausgangslage

Die Optimierte
Arzneimittelversorgung

Ergebnisse

Ausblick

Ergebnisse 1/2 (Modell)

Allgemein

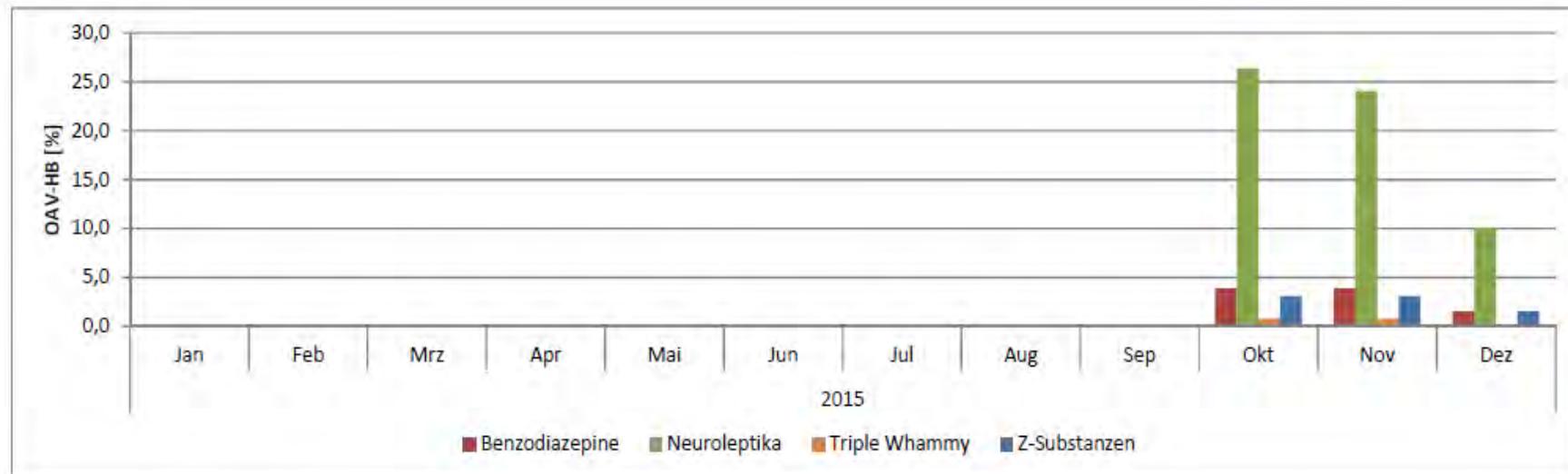
- Morbiditätsverbesserungen bei 69,4 % aller betroffenen Heimbewohner
- UAE-Rate um 30 % geringer (Interventionsgruppe)
- Dauerhafte Senkung der Polypharmazie auf durchschnittlich 5,4 Dauerverordnungen je Bewohner
- Signifikante Abnahme aller vermeidbaren arzneimittelbedingten Stürze
- Verringerung der Krankenhauseinweisungsrate um 31 %
- 70% Ärztliche Intervention:
 - 43% AZM abgesetzt
 - 27% AZM-Dosis reduziert

Ergebnisse 2/2

Implementierung OAV 2015



Entwicklung der Psychopharmaka Verordnungen



Kommentar

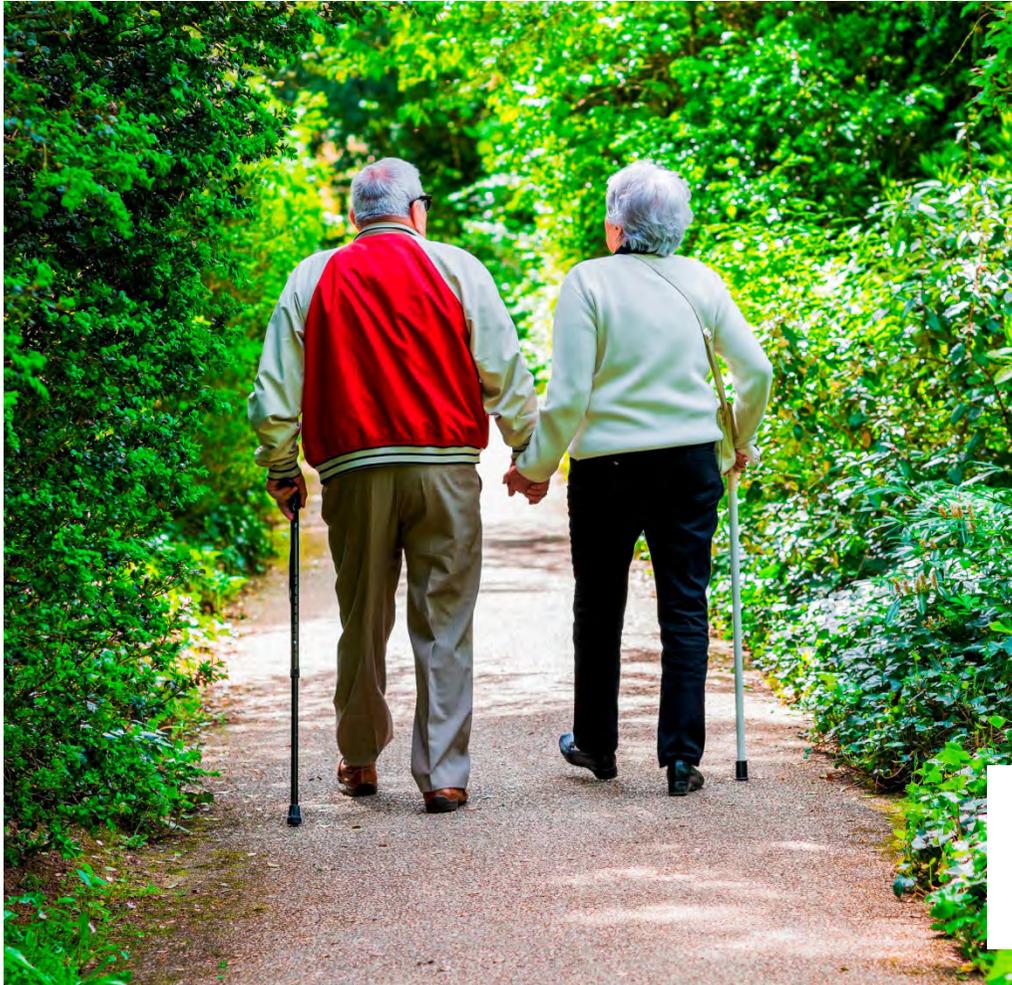
OAV startete in dieser Einrichtung am 01.10.2015.

Bei allen vier betrachteten Arzneimittelklassen zeigt sich schon innerhalb des ersten OAV-Quartals (IV/2015) eine deutliche Reduktion der betroffenen OAV-Heimbewohner. Im Fall der Neuroleptika erfolgte sogar eine Reduktion um 61,8% (von 34 auf 13 OAV-HB).

Referenzwerte liegen noch nicht vor.

Triple Wammy: Kombination aus Diuretikum, nicht steriodialer Entzündungshemmer (NSAR) und ACE Hemmer (hohes renales Risiko; Gefahr eines akuten Nierenversagens!)

Agenda



Ausgangslage

Die Optimierte
Arzneimittelversorgung

Ergebnisse

Ausblick



- Ausweitung und Weiterentwicklung Programm Optimierte Arzneimittelversorgung
- Aufbau Kompetenznetze interdisziplinärer Geriatrie (KIG) für alle drei Bundesländer in Planung
 - Stationäre, ambulante und ggf. teilstationäre Pflege
- Weitere Bausteine:
 - Einbezug von Krankenhäusern
 - Einbezug der Angehörigenpflege

Quellen



[1] Thürmann PT et al. Abschlussbericht im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums zum Projekt Arzneimitteltherapiesicherheit in Alten- und Pflegeheimen. Onlineveröffentlichung 2011.

[2] Hanke F, Hildebrand J, Joks G, Füsgen I. Prävention arzneimittelassoziierter Erkrankungen bei stationären Altenheimbewohnern durch ein pflegezentriertes Risikomanagement im Rahmen einer Integrativen Versorgung. German Medical Science GMS Publishing House (Abstr.); 2013. Doc13gaa30 (13gaa30)

Gesellschaft für Geriatrische Pharmazie. Abschlussbericht des Pilotmodells der AOK Nordost im careplus Programm nach § 140 a Abs. 1 SGB V i. V. m. § 92 b SGB XI "Optimierte Arzneimittelversorgung (OAV) in stationären Alteneinrichtungen" Onlineveröffentlichung 2016.

[3] Hanke et. al 2014.

[4] Gurwitz JH, Field TS, Judge J, Rochon P et al. 2005. The incidence of adverse drug events in two academic long-term care facilities. Am J Med 2005; 3:251–258.

[5] Gesellschaft für Geriatrische Pharmazie. Abschlussbericht des Pilotmodells der AOK Nordost im careplus Programm nach § 140 a Abs. 1 SGB V i. V. m. § 92 b SGB XI "Optimierte Arzneimittelversorgung (OAV) in stationären Alteneinrichtungen" Onlineveröffentlichung 2016.

AOK Nordost – Die Gesundheitskasse

www.aok.de/nordost