

„Alt, krank, pflegebedürftig,“ Hat der geriatrische Patient eine Chance sich demografisch zu wandeln?“

Dr. ,Dipl. pharm. F. Hanke
Gesellschaft für Geriatrische Pharmazie Gero PharmCare - (GF)

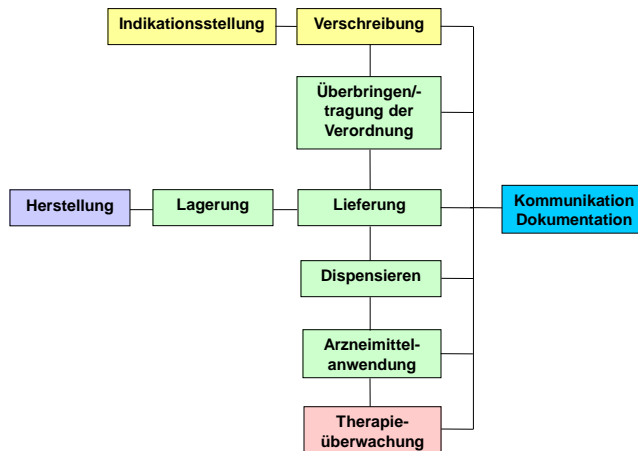
GeroPharmCare



©Dr. rer. medic, Dipl. pharm. Frank Hanke

Das Arzneimittel im Versorgungsprozess

Der Medikationsprozess als ein multiprofessionelles
Versorgungsgeschehen



©Dr. rer. medic, Dipl. pharm. Frank Hanke

Das Arzneimittel im Wandel

Arzneimittel ≠ Heilung!

**Der Arzneimittelbegriff reicht nicht aus um die heilsame Wirkung einer Versorgung zu beschreiben!
Das effektive, therapeutisch wirksame und sichere heilende Agens ist als Prozess zu verstehen...**

als MEDIKATIONSPROZESS

©Dr. rer. medic, Dipl. pharm. Frank Hanke

Arzneimittel(versorgung) als Prozess (2)

„Die Arzneimittelversorgung ist daher als **Medikationsprozess** zu verstehen, der das Ziel hat, ein optimales therapeutisches Ergebnis zu erreichen.

Das Arzneimittel und die mit ihm verknüpften Versorgungsschritte sind dabei einer ständigen, wechselseitigen Veränderung unterworfen.

Der therapeutische und volkswirtschaftliche Nutzen dieses patientenindividuellen Prozesses hängt von der **Wirksamkeit, Unbedenklichkeit und Qualität** sowohl **des Arzneimittels**, als auch der mit ihm **verbundenen Dienstleistungen** ab.

Die Kommunikation zwischen den in den einzelnen Abschnitten involvierten Berufsgruppen spielt dabei eine zentrale Rolle.“

[Zelger, Hanke 2010]

Zelger G, Hanke F. Geriátrische Pharmazie, in: Jaehde, Radziwill, Kloft [Hrg]. Klinische Pharmazie - Grundlagen und Anwendung. 3. Auflage. S. 387. Wiss. Verl. - Ges. Stuttgart 2010

©Dr. Frank-Christian Hanke

Medikamente ...und die zwei Seiten einer Medaille

Das Heilmittel:
Lebensrettend,
gesundheits-
fördernd,
Lebensqualität
verbessernd.



Das Gift:
todbringend,
krankmachend,
Lebenzerstörend

©Dr. rer.med.ic, Dipl.pharm. Frank Hanke Ggpc

Der geriatrische Patient – Die Versorgungsumgebung

©Dr. rer.med.ic, Dipl.pharm. Frank Hanke Ggpc

Demografische Entwicklung in D

Bevölkerungsentwicklung nach Altersgruppen 2009 -2030 (Anzahl und Prozent)

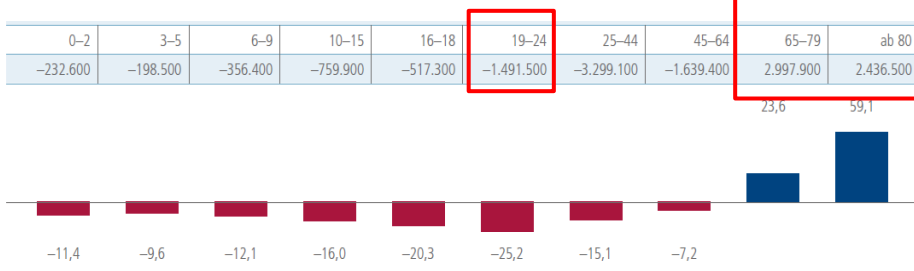


Abbildung aus „Deutschland im Demographischen Wandel 2030“, S.16
Bertelsmannstiftung, www.wegweiser-kommune.de

©Dr. rer. medic, Dipl. pharm. Frank Hanke

Demografische Effekte in der Arzneimittelversorgung (Prognosen)

- Anzahl der Erwerbstätigen ↓
- Fachpersonal (Pflege, Ärzte, Apotheker) ↓
- Pflegebedürftige Senioren ↑↑↑
- Der Arzneimittelverbrauch ↑↑
- Zahl der unerwünschten Arzneimittelereignisse. ↑↑

©Dr. rer. medic, Dipl. pharm. Frank Hanke

Die deutsche Altenpflegelandschaft - Pflegestatistik

2,6 Millionen Pflegebedürftige insgesamt

zu Hause versorgt
1,86 Millionen (71 %)

in Heimen vollstationär versorgt:
764 000 (29 %)

durch Angehörige:
1,25 Millionen
Pflegebedürftige

zusammen mit/
durch ambulante
Pflegedienste:
616 000
Pflegebedürftige

durch
12 700 ambulante
Pflegedienste mit
320 000 Beschäftigten

in
13 000 Pflegeheimen¹
mit
685 000 Beschäftigten

Abb. aus Pflegestatistik 2013, Statistisches Bundesamt 2015

©Dr. rer. medic, Dipl. pharm. Frank Hanke

Erkrankungslage und Multimorbidität von Heimbewohnern

- Bei Heimbewohnern liegen hohe Prävalenzen von Mobilitätseinschränkungen vor (75%),
- Harninkontinenz (72%),
- Demenz (53%) und
- Stuhlinkontinenz (45%)

aus Hallauer J, Bienstein C, Lehr U, Rönsch H. SÄVIP – Studie zur ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen. Hannover: Vincentz Network 2005.

©Dr. rer. medic, Dipl. pharm. Frank Hanke

Besuche von Heimbewohnern in Arztpraxen außerhalb des Heims in % (n = 57.000)

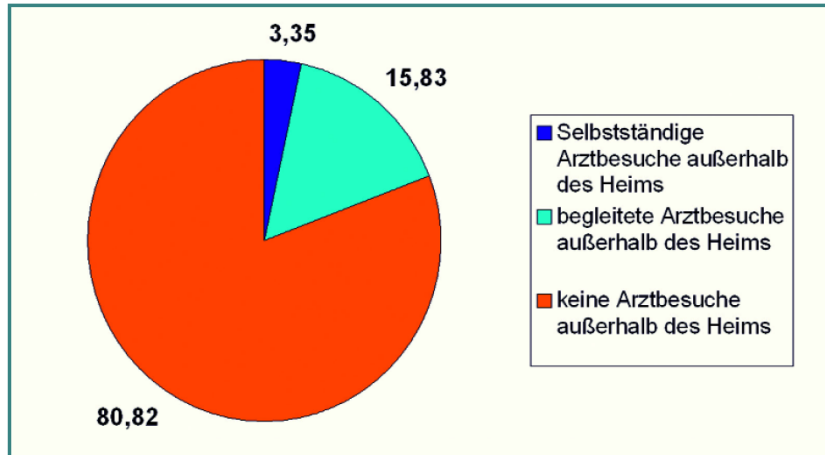
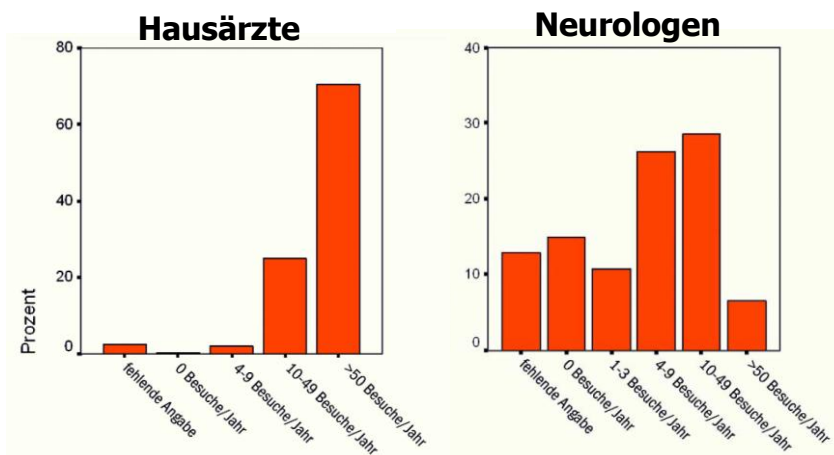


Abb. aus Hallauer J, Bienstein C, Lehr U, Rönsch H. *SÄVIP* – Studie zur ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen. Hannover: Vincentz Network 2005.

©Dr. rer. medic, Dipl. pharm. Frank Hanke

Häufigkeit der Besuche durch Ärzte in Heimen



25% der Heime haben jährlich gar keine oder nur ein bis drei Besuche von Neurologen und 34% der Heime erhalten keine oder nur ein bis drei Besuche von Psychiatern Hallauer J, Bienstein C, Lehr U, Rönsch H. *SÄVIP* – Studie zur ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen. Hannover: Vincentz Network 2005.

©Dr. rer. medic, Dipl. pharm. Frank Hanke

Der geriatrische Patient – seine Erkrankungen

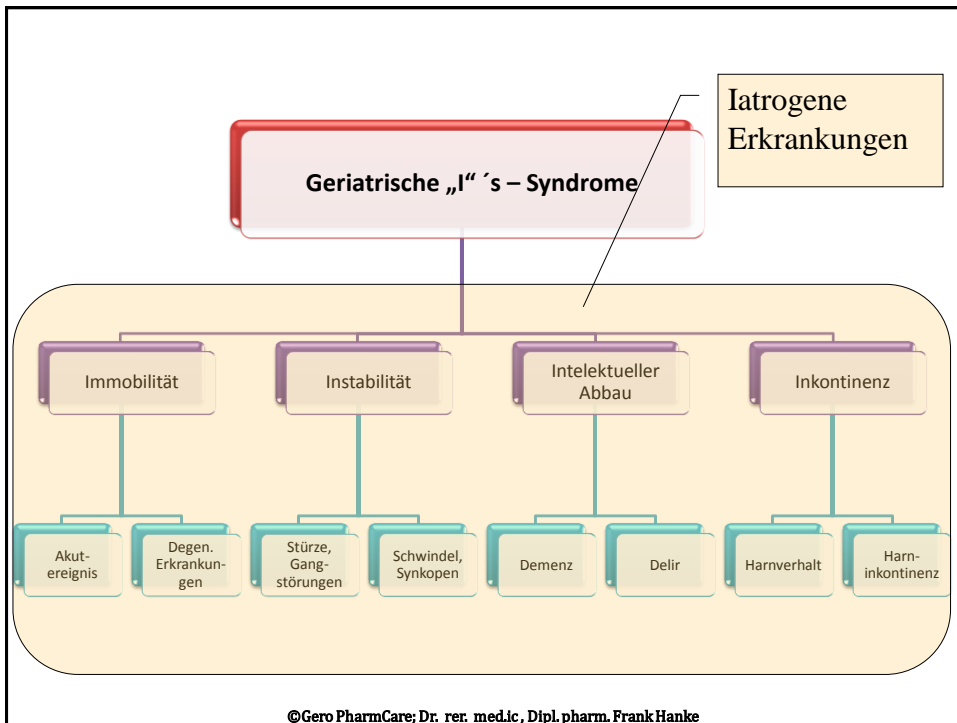
©Dr. rer. medic, Dipl. pharm. Frank Hanke

Geriatrische Syndrome oder die sogenannten Geriatrischen „I“s

- Intellektueller Abbau
- Instabilität
- Immobilität
- Inkontinenz
- **Iatrogene Erkrankung (Behandlungsfehler)**

Siehe auch: Geriatrietypische Multimorbidität: Merkmalkomplexe, in Online-Kodierleitfaden Altersmedizin 2009, M. Borchelt, N. Wrobel & G. Trilhof, <http://www.geriatrie-drg.de/dkger/main/gtmm-2009.html>

©Dr. rer. medic, Dipl. pharm. Frank Hanke



Iatrogenesis bei Senioren

Untersuchung des Ministeriums für Gesundheitspflege und Soziale Dienste der USA zu unerwünschten Ereignissen (UE) bei Senioren in der Altenpflege (Skilled Nursing Facilities):

- **22% der Senioren hatten UE**, u.a. Delirien und andere neuropsychiatrische Störungen (12% aller UE), Stürze (10% aller UE), Aspirationspneumonien und andere pulmonale Erkrankungen (10% aller UE), ...
- die Hälfte der Ereignisse wurden als potenziell vermeidbar eingestuft.
- 1,5% der Senioren verstarben daran.
- 66% der potenziell vermeidbaren und vorübergehenden Ereignisse waren unerwünschte Arzneimittelereignisse (UAE).

[1]Levinson DR. Department of Health and Human Services. Office of Inspector General. Adverse Events in Skilled Nursing Facilities: National Incidence Among Medicare Beneficiaries. Onlineveröffentlichung 2014: <http://oig.hhs.gov/oei/reports/oei-06-11-00370.pdf>

©Gero PharmCare; Dr. rer. med. ic, Dipl. pharm. Frank Hanke

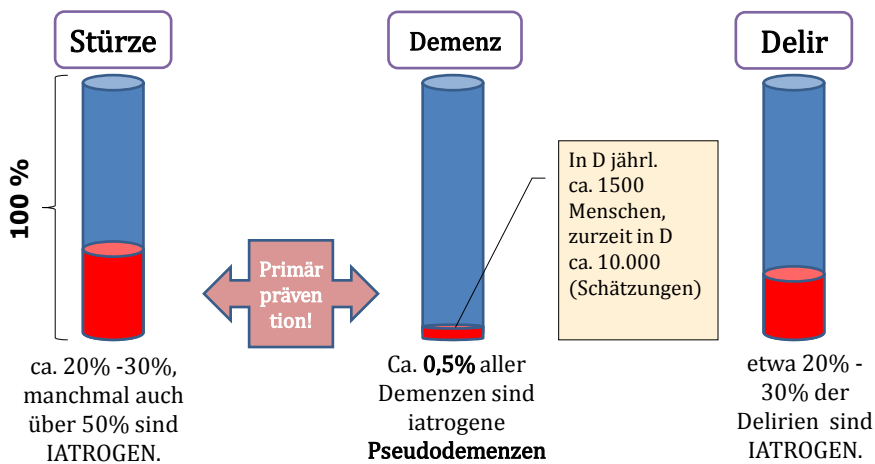
In der geriatrischen Pharmazie werden die unerwünschten Ereignisse (UE) als *ein „sozial-medizinischer“ Erkrankungskomplex* im Sinne der Iatrogenese angesehen.

Die arzneimittelassoziierten Erkrankungen und ihre Folgen (UAE) sind eine Teilmenge der UE

Geriatrische Pharmazie \neq Arzneimitteltherapiesicherheit für Ältere!

©Gero PharmCare; Dr. rer. med.ic, Dipl. pharm. Frank Hanke

Iatrogenese bei pflegebedürftigen Senioren



©Dr. rer. med.ic, Dipl. pharm. Frank Hanke

Worum geht's?

Beispiel einer arzneimittelassoziierten Immobilisierung

- Dr. H., ehemaliger Klinikarzt, 68 Jahre, Gewicht 72 kg, demenzerkrankt, Krankenhausaufenthalt wegen Sturz
- Nach Einzug ins Altenheim erhielt er aufgrund von Aggressionen mit Fremdgefährdung etwa 8 Monate lang 1,5 mg/d Risperidon.
- Da er abends immer in fremde Zimmer ging, schlaflos war, erhielt er zusätzlich 10 mg Oxazepam zur Nacht.
- Symptome: starke Somnolenz; Gangunsicherheit manchmal bis zur Immobilität,
- wegen großer Sturzgefährdung, häufige Fixierung am Stuhl und im Bett.

©Dr. rer. medic, Dipl. pharm. Frank Hanke

Konsequenzen für die Pflege (1)

UAE	Aufwandsbeschreibung	Zeitinkrement [min pro Tag]	Pflegezeit pro Tag [min]	Dauer Pflegebedürftigkeit [Tage]	Pflegezeit pro UAE [min]
Sedierung und Immobilisierung nach Risperidon	Der Patient oder die Patientin erhält Hilfe beim Aufstehen, beim Gehen, beim Hinlegen und/oder beim Ankleiden.	25	60	123	7380 = 123 h
	Die Pflegenden leisten für die Ernährung des Patienten oder der Patientin einfache Hilfestellungen.	10			
	Der Patient oder die Patientin erhält für seine Körperpflege Hilfestellungen	25			

©Dr. rer. medic, Dipl. pharm. Frank Hanke

Intervention im geriatrischen Team

- Biografische Anamnese: Dr. H. der ehemalige Klinikarzt (ca. 30 Jahre tätig) „visitierte“ regelmäßig abends zur selben Uhrzeit „seine Patienten“.
- Absetzen von Risperidon u. Oxazepam
- Alternative: Nachtcafe und Psychoedukation der Pflege- und Betreuungskräfte: Beschäftigung mit Herrn Dr. H. zur maßgeblichen Uhrzeit (Pflegeteams stärken).
- Fazit: Dr. H. schläft Nachts besser, ist tagsüber erheblich ausgeglichener, keine Sturzgefährdung mehr, keine Immobilisierung.
- „Unnötige“ Pflegeleistungen wurden in höherwertige Dienstleistungen verwandelt.

©Dr. rer. medic, Dipl. pharm. Frank Hanke

Ist das denn ein Einzelfall?

©Dr. rer. medic, Dipl. pharm. Frank Hanke

Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) in Alten- und Pflegeheimen



Petra A. Thürmann, Simone Bernard, Sven
Schmiedl, Marcus Redaelli, Stefan Wilm Universität
Witten/Herdecke



Ulrich Jaehde, Friederike Schröder, Rolf Fimmers
Universität Bonn

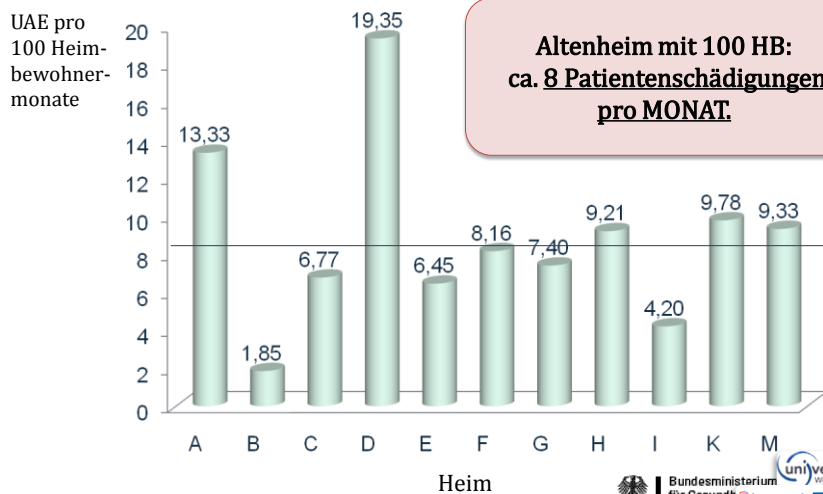


Frank Hanke, Elisabeth Kohrt
Gero PharmCare GmbH, Köln



©Dr. rer. medic, Dipl. pharm. Frank Hanke

UAE – Erkrankungsrate in stationären Altenpflegeeinrichtungen



Thürmann P. Jaehde U. Hanke F. et al. 2011

©Gero PharmCare; Dr. rer. medic, Dipl. pharm. Frank Hanke



Hochgerechnet ca. **700.000** iatrogene
Patientenschädigungen (UAE) bei
20 -30 % der pflegebedürftigen Senioren
in deutschen Altenheimen , jedes Jahr.
Mehr als die Hälfte davon vermeidbar!

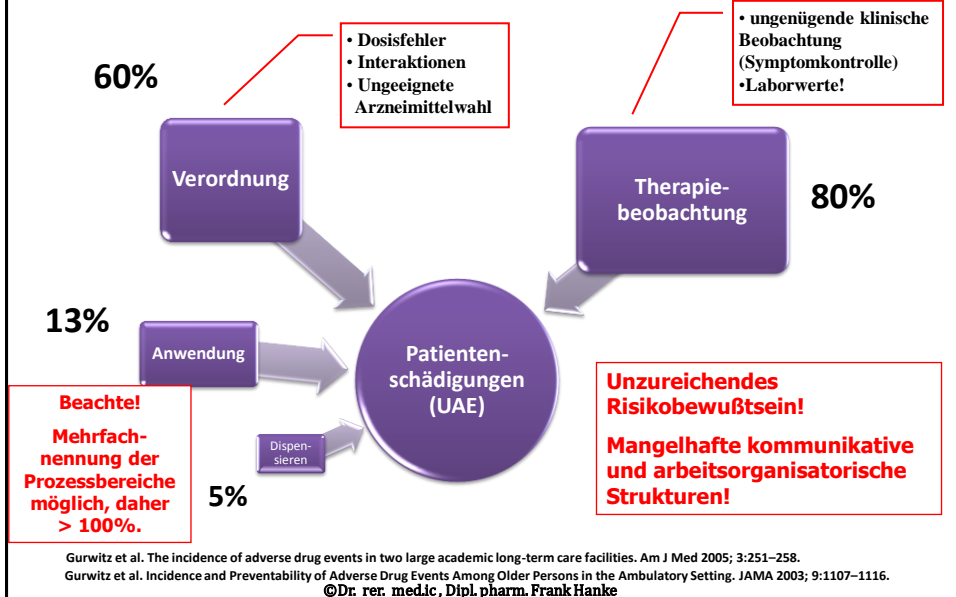
Also: **kein** Einzelfall!

©Dr. rer. medic, Dipl. pharm. Frank Hanke

**Wo liegen die Ursachen für UAE bei
pflegebedürftigen Senioren?**

©Dr. rer. medic, Dipl. pharm. Frank Hanke

Ursachen der UAE im Medikationsprozess ... in der stationären Heimversorgung



Die heilberuflichen Aufgabenstellungen zur Arzneimittel(therapie)sicherheit

Wie verbessern wir

- die Therapiebeobachtung *****
- die ärztliche Verschreibung *****
- die Arzneimittelanwendung ***
- das Dispensieren *

bei langzeitstationären geriatrischen Patienten?

Polypharmazie bei multimorbiden Senioren: Segen oder Fluch?



Bild ABDA

- Ergebnisse von Onder et al. [Onder et al. 2010] bestätigen die Polypharmazie als stärksten Prädiktor, **Hauptgrund für UAE.**
- Ergo: „Weniger ist mehr?“ – Oder: Gibt es eine geeignete Polypharmazie

©Dr. rer. medic, Dipl. pharm. Frank Hanke

Rationalisierung unnötiger Pflegeleistungen

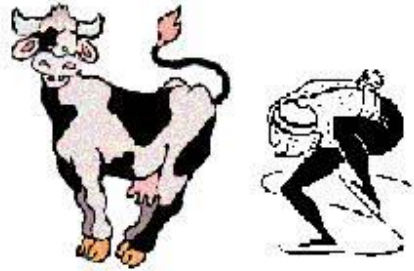
Achtung!

Durch Verhinderung von Nebenwirkungen / Polypharmazie „eingesparte“ Pflegeleistungen verschwinden nicht, oder können für „etwas anderes“ eingesetzt werden!

Sie werden VON PFLEGE, aber auch Ärzten und Apothekern verwandelt in

- Individuelle Lebensqualität und messbare Verbesserungen der Gesundheitslage des Bewohners
- Pflegekompetenz: **Fachwissen** (Therapiebeobachtung), **Validation** und **aktivierende Pflege** begleiten das „Erwachen des Bewohners“ aus seiner arzneimittelassoziierten Apathie und Immobilität. (Fallbeispiel)

©Dr. rer. medic, Dipl. pharm. Frank Hanke



Wie kriegt man die Kuh vom Eis ... ?

Quelle: http://www.desg.de/akt_news_print.php?newsid=322

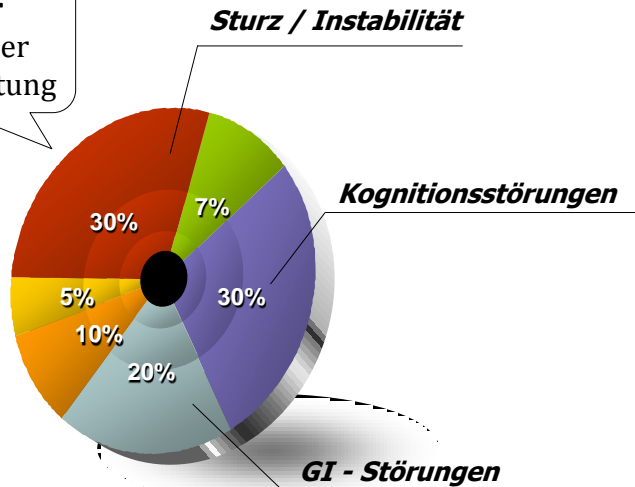
©Dr. rer. medic, Dipl. pharm. Frank Hanke

Erst wenn man die klinische Risiken und die UAE mit den Versorgern **quantifiziert, messbar macht**, kann man hoffen sie im geriatrischen Team zu steuern.

©Dr. rer. medic, Dipl. pharm. Frank Hanke

Arzneimittelassoziierte Schädigungen am Beispiel geriatrischer Altenheimbewohner (OPAL 2007)

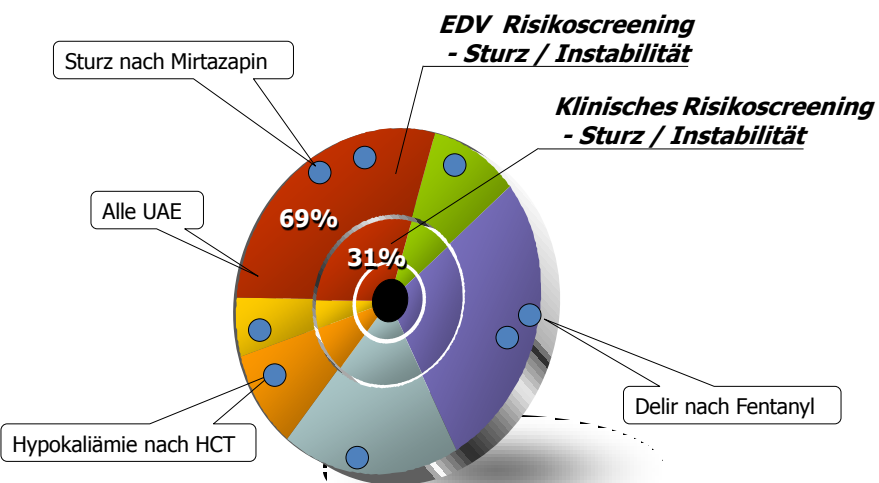
Alle UAE aller Heimbewohner einer Einrichtung



GeroPharmCare

VERIKO®

Von der „zufälligen“ UAE Detektion zum gezielten, geriatrietypischen Risikoscreening



GeroPharmCare

VERIKO®

**Vielen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit!**



©Dr. rer. medic, Dipl. pharm. Frank Hanke