Anlage 3

AMTS in Heimen in vorhandenen Richtlinien und Standards

Workshop Umsetzung der Erkenntnisse aus AMTP-Projekten in Heimen, Berlin, 28. November 2019

Jürgen Brüggemann, Leiter Team Pflege, MDS

MDS MEDIZINISCHER DIENST DES SPITZENVERBANDES BUND DER KRANKENKASSEN

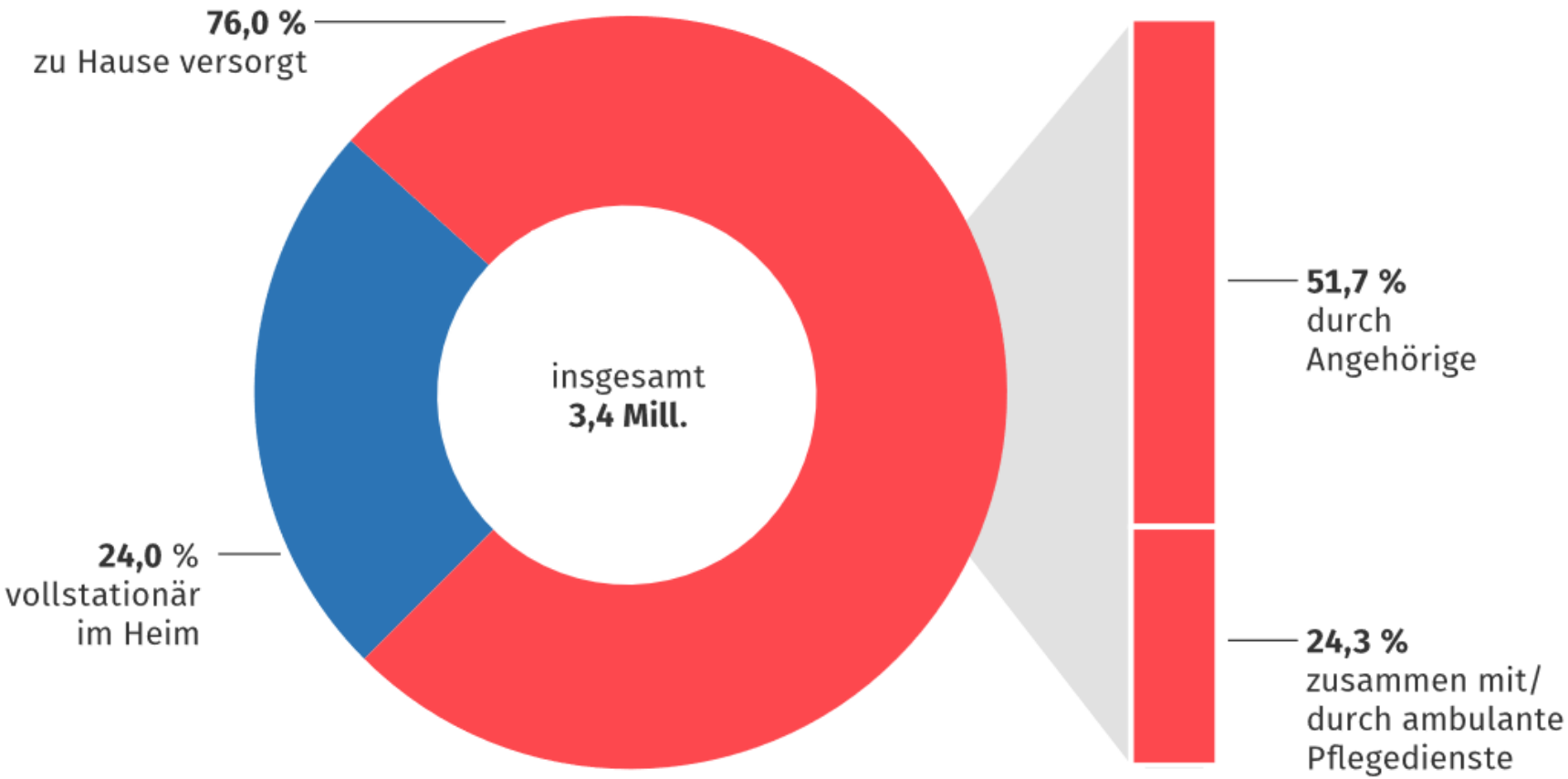
Gliederung

1. Qualitätsprüfungen in drei (wesentlichen) Settings
2. Ergebnisse zum Umgang mit Medikamenten – 5. Pflege-Qualitätsbericht
3. AMTS im neuen System der Qualitätssicherung für die vollstationäre Pflege
4. Besonderheiten der Tagespflege
5. Fazit

Gliederung

1. Qualitätsprüfungen in drei (wesentlichen) Settings
2. Ergebnisse zum Umgang mit Medikamenten – 5. Pflege-Qualitätsbericht
3. AMTS im neuen System der Qualitätssicherung für die vollstationäre Pflege
4. Besonderheiten der Tagespflege
5. Fazit

52 % der Pflegebedürftigen ohne professionelle Pflege



© Statistisches Bundesamt (Destatis), 2018

MDS

Drei (wesentliche) Settings in der Pflege

Ambulante Pflege

- 14.000 Dienst[1]
- 830.000 PB[1]

- § 36 SGB XI / 4,8 Mrd. €[2]
- § 37 SGB V / 6.4 Mrd. €[3]

- Prüfgrundlage
  QPR Teil 1 (9.2017)

- Perspektive
  Abschlussbericht
  HOS&IPW 8.2018

Tagespflege

- 4.500 Einrichtungen[1]
- 103.500 PB[1]

- § 41 SGB XI / 0,8 Mrd. €[2]

- Prüfgrundlage
  QPR Teil 2 (9.2017)

- Perspektive
  Abschlussbericht
  IPW&aQua 8.2018

Vollstationäre Pflege

- 11.200 Einrichtungen[1]
- 1.200 KZP[1]
- 820.000 PB[1]

- § 43 SGB XI / 13 Mrd. €[2]
- § 42 SGB XI / 0,7 Mrd. €[2]

- Prüfgrundlage
  QPR vollstat. (12.2018)

- Umsetzung
  seit 11.2019

Quellen: 1) Pflegestatistik 2017 / 2) Amtl. Statistik PV 45 2018 3) Amtliche Statistik KJ1

MDS

Welche Einwirkungsmöglichkeiten bestehen?

Ambulante Pflege

Pflegevertrag
Verordnung!

Tagespflege

Temporäre
Vollversorgung
Anordnung?

Vollstationäre Pflege

Vollversorgung
Anordnung!

MDS

Gliederung

1. Qualitätsprüfungen in drei (wesentlichen) Settings
2. Ergebnisse zum Umgang mit Medikamenten – 5. Pflege-Qualitätsbericht
3. AMTS im neuen System der Qualitätssicherung für die vollstationäre Pflege
4. Besonderheiten der Tagespflege
5. Fazit

Ergebnisse aus Qualitätsprüfungen zur AMTS stationär

Stationäre Pflege - Ausgewählte Kriterien der Behandlungspflege (Anteil erfüllter Kriterien in v.H.)					
		2013		2016	
	Anzahl untersuchte Personen	85.237		104.344	
Frage	Kriterium	Kriterium relevant bei	davon Kriterium erfüllt	Kriterium relevant bei	davon Kriterium erfüllt
10.3/T24	Medikamentenversorgung gemäß ärztlicher Anordnung	*anders erhoben*		90,1	90,8
10.5/T26	Sachgerechter Umgang mit Medikamenten	92,6	86,2	90,1	88,7

- 10.3: Dokumentation entspricht ärztlicher Anordnung (Name, Dosierung, Häufigkeit, Tageszeit)
- 10.5: Übereinstimmung zwischen gerichteten und dokumentierten Medikamenten, Lagerung, Beschriftung, Anbruchs- / Verfallsdaten

MDS

Gliederung

1. Qualitätsprüfungen in drei (wesentlichen) Settings
2. Ergebnisse zum Umgang mit Medikamenten – 5. Pflege-Qualitätsbericht
3. AMTS im neuen System der Qualitätssicherung für die vollstationäre Pflege
4. Besonderheiten der Tagespflege
5. Fazit

Das neue Qualitätssystem für die stationäre Pflege

MDS

Indikatoren: Einrichtungen erfassen selbst Qualität

Indikatoren zur Ergebnisqualität:

- Alle Heime erfassen ab Oktober 2019 halbjährlich für ihre Bewohnerinnen und Bewohner Indikatoren und melden sie an die Datenauswertungsstelle (DAS)
- Es gibt 15 Indikatoren zu zehn Pflegethemen

- Kein Indikator zur AMTS!

- Verworfene Indikatoren:
  - *Überprüfung von Wechsel-/Nebenwirkungen durch Arzt / Apotheker bei Bewohnern mit mehr als 5 Medikamenten*
  - *Häufigkeit von Medikationsfehlern*

6 Qualitätsbereiche für externe MDK-Qualitätsprüfung

1. Unterstützung bei der Mobilität und Selbstversorgung

2. Unterstützung bei krankheits- und therapiebedingten Anforderungen und Belastungen

3. Unterstützung bei der Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte

4. Unterstützung in besonderen Bedarfs- und Versorgungssituationen

5. Bedarfsübergreifende fachliche Anforderungen

6. Organisationsaspekte und internes Qualitätsmanagement

Der Qualitätsbereich 2

Unterstützung bei der Bewältigung von krankheits- und therapiebedingten Anforderungen und Belastungen

Qualitätsaspekte

2.1 Medikamentöse Therapie

2.2 Schmerzmanagement

2.1 Medikamentöse Therapie

Qualitätsaussage

Die versorgte Person wird im Zusammenhang mit der Medikation fachgerecht unterstützt. Die Einnahme von Medikamenten entspricht den ärztlichen An- bzw. Verordnungen, und die Weiterleitung erforderlicher Informationen an die behandelnden Ärztinnen und Ärzte ist sichergestellt.

Leitfragen

1. Entspricht die Unterstützung bei der Medikamenteneinnahme der ärztlichen An- bzw. Verordnung?
2. Erfolgt die Lagerung und Vorbereitung der Medikamente fachgerecht?
3. Erhält die versorgte Person die ihrem Bedarf entsprechende Unterstützung zur Einnahme / Applikation der Medikamente?
4. Entspricht die Kommunikation mit der Ärztin oder dem Arzt den individuellen Erfordernissen?

2.2 Schmerzmanagement

Qualitätsaussage

Versorgte Personen mit Schmerzen erhalten ein fachgerechtes Schmerzmanagement.

Leitfragen

1. Ist die Schmerzsituation der versorgten Person fachgerecht erfasst worden?
2. Erhält die versorgte Person eine fachgerechte Unterstützung zur Schmerzbewältigung?

Der Qualitätsbereich 4

Unterstützung in besonderen Bedarfs- und Versorgungssituationen

Qualitätsaspekte

4.4 Freiheitsentziehende Maßnahmen

4.4 Freiheitsentziehende Maßnahmen

Qualitätsaussage

Der Einsatz von Gurtfixierungen, Bettseitenteilen und anderen Fixierungen wird soweit wie möglich vermieden; im Falle eines Einsatzes wurden die jeweils relevanten fachlichen Anforderungen beachtet.

Es sind sowohl mechanische Fixierungen, Isolation als auch der Einsatz ruhigstellender Medikamente in die Prüfung einzubeziehen.

Leitfragen

1. Wird/wurde die Notwendigkeit der eingesetzten freiheitsentziehenden Maßnahme/n regelmäßig überprüft?
2. Erfolgt/e der Einsatz der Maßnahme/n fachgerecht?

Gliederung

1. Qualitätsprüfungen in drei (wesentlichen) Settings
2. Ergebnisse zum Umgang mit Medikamenten – 5. Pflege-Qualitätsbericht
3. AMTS im neuen System der Qualitätssicherung für die vollstationäre Pflege
4. Besonderheiten der Tagespflege
5. Fazit

Besonderheiten der teilstationären Pflege

- Lebensmittelpunkt eigene Häuslichkeit (Angehörige / Pflegedienste)
- Tagespflege wird i.d.R. an einem oder wenigen Tagen in der Woche genutzt
- Schwerpunkt ist die Betreuung
- Tagespflege umfasst (wie im Heim) auch die Behandlungspflege. Leistungsrechtlich keine Verordnung erforderlich.
- Ärzte kommen nicht in die Tagespflege. Die Kommunikation mit Ärzten gestaltet sich schwierig.
- Im Jahr 2020 wird auf Grundlage von IPW & aQua ein neues Prüfsystem entwickelt

Teilstationäre Pflege - MuG und Strukturmodell

→ Auszug MuG Tagespflege:

„Sofern die Medikamentengabe bereits in der Häuslichkeit vorbereitet wurde (vorbereitete Tagesdosis), ist mit den Angehörigen zu besprechen, dass grundsätzlich davon ausgegangen wird, dass die Dosierung und das Medikament der ärztlichen Anordnung entsprechen. Dies ist zu dokumentieren.“

→ Empfehlung aus Schulungsunterlagen zum Strukturmodell:

„Die Einrichtungen nehmen in den Tagespflegevertrag mit dem Tagesgast einen Passus auf, der klarstellt, dass die Einrichtung behandlungspflegerische Maßnahmen nur dann durchführen kann, wenn der Tagesgast bzw. seine Angehörigen eine entsprechende ärztliche Anordnung im Original, ersatzweise eine Kopie der Verordnung häuslicher Krankenpflege, am ersten Besuchstag vorlegt. Bei der Medikamentengabe muss auch das entsprechende Präparat in der Originalpackung, mindestens aber mit dem Originalbeipackzettel, mitgebracht werden“.

Gliederung

1. Qualitätsprüfungen in drei (wesentlichen) Settings
2. Ergebnisse zum Umgang mit Medikamenten – 5. Pflege-Qualitätsbericht
3. AMTS im neuen System der Qualitätssicherung für die vollstationäre Pflege
4. Besonderheiten der Tagespflege
5. Fazit

Fazit

- Ca. 50 % der Pflegebedürftigen werden ohne professionelle pflegerische Unterstützung versorgt.
- Ein Großteil der professionellen Verantwortung für AMTS liegt bei Ärzten und Apotheken. Qualitätsprüfungen zielen auf den Verantwortungsbereich der Pflege ab.
- Am 1. November 2019 ist eine neues Qualitätssystem für die stationäre Pflege eingeführt worden, das punktuell auf AMTS eingeht.
- Eine besondere (rechtliche) Problematik / Sandwich-Position liegt für den Wachstumsmarkt Tagespflege vor. Entwicklung neues Prüfsystem in 2020
- Für die ambulante Pflege wird aktuell ein Prüfsystem pilotiert. Einführung frühestens 2021. Auch hier punktuelle Berücksichtigung der AMTS.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Jürgen Brüggemann
Leiter Team Pflege
MDS
Theodor-Althoff-Straße 47
45133 Essen
j.brueggemann@mds-ev.de
www.mds-ev.de

MDS

AMTS

ArzneiMitteltherapiesicherheit bei Patienten in Einrichtungen der Langzeitpflege

Das „AMTS-AMPEL Projekt“

2012-2015

Gefördert durch:

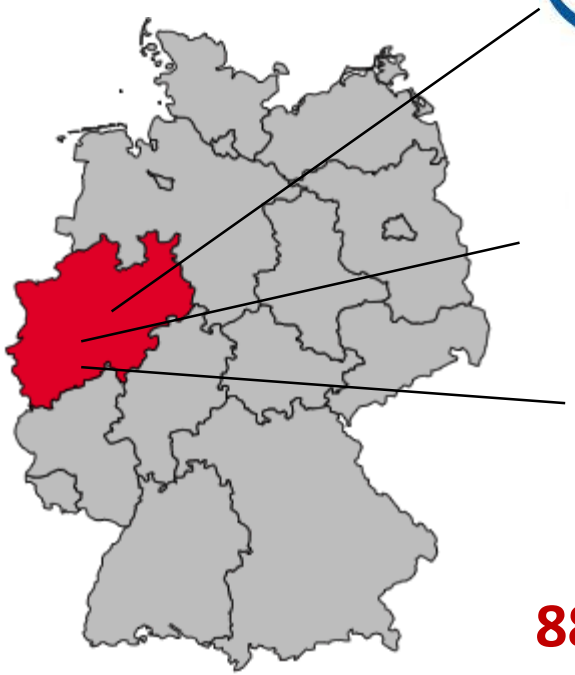
Bundesministerium für Gesundheit

Universitätsmedizin Rostock

universität Witten/Herdecke

HEINRICH HEINE UNIVERSITÄT DÜSSELDORF

UNIVERSITÄT BONN



888 HeimbewohnerInnen in 18 Heimen

Multiprofessionelle Interventionen zur Verbesserung der AMTS

Therapie-beobachtung

- Sensibilisierung für häufige arzneimittel-bezogene Probleme und UAW-verdächtige Symptome
- Dokumentation UAW-verdächtiger Symptome

Wissen

- Schulungen und Fortbildungen für alle Berufsgruppen
- **AMTS-Merkkarte**

Kommuni-kation

- **Bildung von AMTS-Teams im Wohnbereich**
- Strukturierte Kommunikation durch Faxvorlagen
- Dokumentation der Interventionen

AMTS-Merkkarte

AMTS – ArzneiMittektherapiesicherheit bei Patienten in Einrichtungen der Langzeitpflege

Gefördert durch: Bundesministerium für Gesundheit

aufgrund eines Beschlusses des Deutschen Bundestages

Hinweise auf mögliche arzneimittelinduzierte Symptome

Arzneimittelinduzierte Symptome	Verdächtige Arzneimittel
- Starke und anhaltende Sedierung - Sturzgefahr	- insbesondere langwirksame Benzodiazepine (BZD) u. a. Tranquillantien - Antihypertensiva - (Trizyklische) Antidepressiva (z. B. Amitriptylin, Doxepin, Mirtazapin) - NSAR
Kognitionsstörungen: - Delir - Somnolenz - Demenz	- Benzodiazepine - Trizyklische Antidepressiva (z. B. Amitriptylin, Doxepin) - Neuroleptika
- Übelkeit - Erbrechen - Magenschmerzen - Obstipation	- Antibiotika - NSAR - Herzglykoside - Opioide

Arzneimittel mit hohem Nebenwirkungsrisiko ▶ möglichst vermeiden oder SEHR niedrig dosieren

Zu vermeidende Arzneimittel	Begründungen	Alternativen/Dosierung
Langwirksame Benzodiazepine (BZD): - Nitrazepam - Diazepam - Flurazepam	- starke und anhaltende Sedierung - Sturzgefahr	- BZD ausschleichen - evtl. sedierendes Neuroleptikum niedrig dosiert (z. B. Melperon) - ggf. kurzwirksame BZD wie Oxazepam ≤ 30mg/d - Zolpidem ≤ 5mg/d
Trizyklische Antidepressiva	- anticholinerge Wirkungen - Orthostase - Sturzgefahr	SSRI (z. B. Citalopram 10mg für Patienten ab 65 Jahren)
Metoclopramid (MCP) zur langfristigen Einnahme	extrapyramidale Symptome (EPS)	Domperidon
- Parallele Gabe von 2 und mehr Neuroleptika - Parallele Gabe von 3 und mehr Psychopharmaka	erhöhte Sturzgefahr	

Besonderes Monitoring bei Verordnung von...

Arzneimittel	Begründungen	Dosierung/Monitoring
Risperidon	- EPS - Verwirrtheit - Sturzgefahr - Thromboserisiko in Kombination mit Furosemid!	- mit 0,5mg/d beginnen, max. 1mg/d - akut: Haloperidol
Mirtazapin	- Orthostase - Sedierung	Sturzprotokolle
Herzglykoside	Intoxikationsgefahr: - Übelkeit, Erbrechen - Herzrhythmusstörungen - Verwirrtheit	- nur bei Vorhofflimmern + Herzinsuffizienz - Digitoxin max. 0,001mg/kg KG - Digoxin: 0,125mg/d + nur unter Kontrolle der Nierenfunktion!
NSAR	- erhöhtes Magenblutungsrisiko - Nierenversagen	Pflegekraft fragen nach: Zeichen gastrointestinaler Unverträglichkeit
Opioide	- ZNS-Nebenwirkungen - Cave! Kombination mit Psychopharmaka - Obstipation	Pflegekraft fragen nach: Verordnung von Laxantien
Diuretika (insbesondere Schleifendiuretika)	- Exsikkose - Elektrolytstörungen - Sturzgefahr	Pflegekraft fragen nach: Zeichen der Exsikkose, Somnolenz, Stürze, Kontrolle der Elektrolyte 1 mal jährlich

Monitoring von Laborwerten und Vitalzeichen

Serum-Kreatinin	mind. 1 mal jährlich insbesondere bei Verordnung von Diuretika, ACE-Hemmer/AT1-Blocker/Aliskiren, NSAR, Digoxin
Blutspiegel messen	mind. 1 mal jährlich und nach Dosisänderungen Digoxin, Digitoxin, Theophyllin, Amiodaron, Carbamazepin, Phenytoin, Valproinsäure
Blutdruck, Puls, Sturzprotokolle	nach Neuverordnung bzw. Dosisänderungen von Antihypertensiva
Indikationsüberprüfung	mind. 2 mal jährlich bei Antidepressiva, NSAR, PPI
	nach 6 Wochen bei Verordnungen von Neuroleptika

Vollständige Überprüfung der gesamten Arzneimittel 1 mal jährlich

NSAR = Nichtsteroidale Antirheumatika SSRI = Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer EPS = extrapyramidale Symptome PPI = Protonenpumpen-Inhibitoren

Hinweise auf mögliche arzneimittelinduzierte Symptome

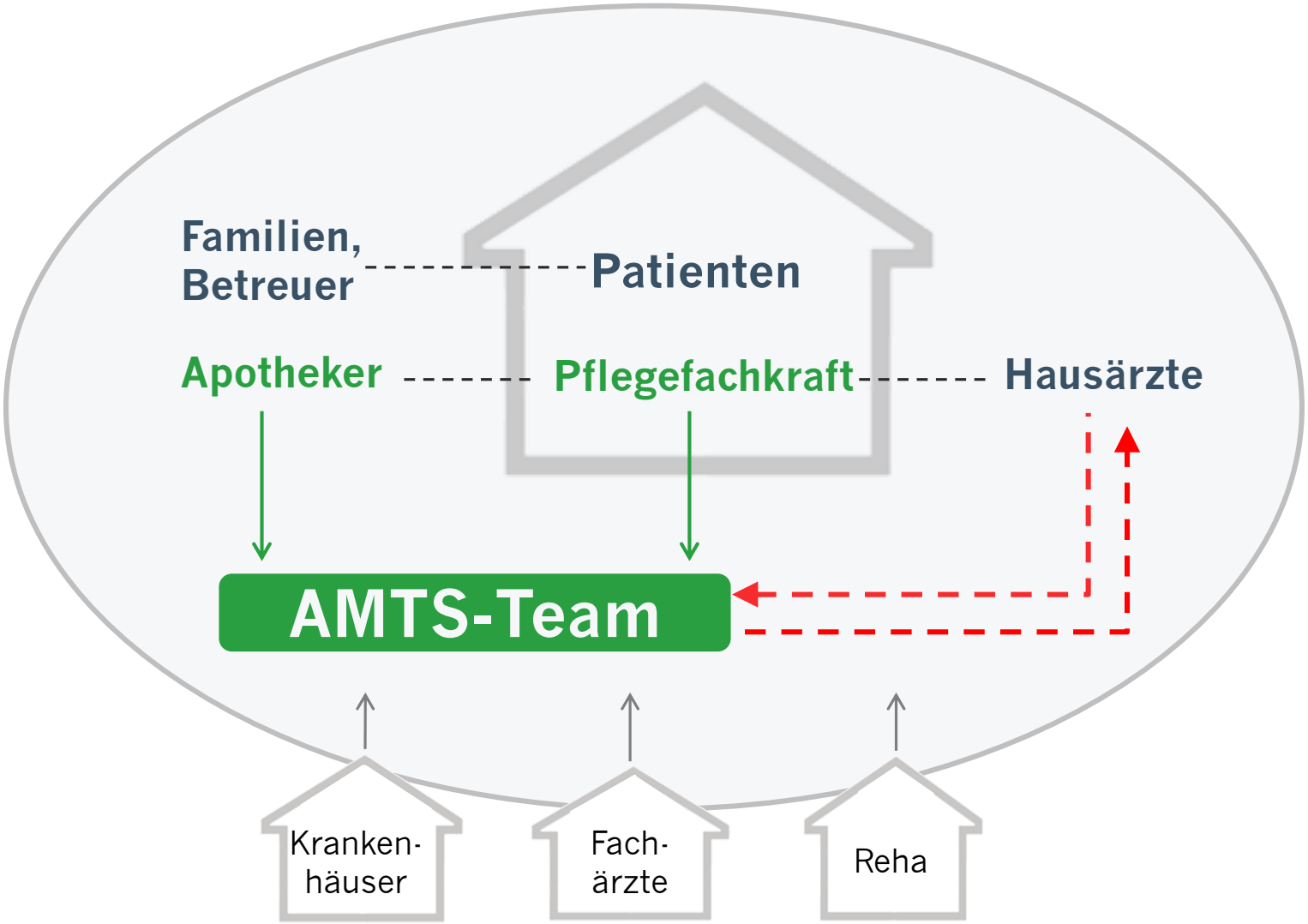
Arzneimittelinduzierte Symptome	Verdächtige Arzneimittel
- Starke und anhaltende Sedierung - Sturzgefahr	- insbesondere langwirksame Benzodiazepine (BZD) u. a. Tranquillantien - Antihypertensiva - (Trizyklische) **Antidepressiva** (z. B. Amitriptylin, Doxepin, Mirtazapin) - NSAR
Kognitionsstörungen: - Delir - Somnolenz - Demenz	- Benzodiazepine - Trizyklische Antidepressiva (z. B. Amitriptylin, Doxepin) - Neuroleptika

Arzneimittel mit hohem Nebenwirkungsrisiko

▶ möglichst vermeiden oder SEHR niedrig dosieren

Zu vermeidende Arzneimittel	Begründungen	Alternativen/Dosierung
Langwirksame Benzodiazepine (BZD): - Nitrazepam - Diazepam - Flurazepam	- starke und anhaltende Sedierung - Sturzgefahr	- BZD ausschleichen - evtl. sedierendes Neuroleptikum niedrig dosiert (z. B. Melperon) - ggf. kurzwirksame BZD wie Oxazepam ≤ 30mg/d - Zolpidem ≤ 5mg/d
Trizyklische Antidepressiva	- anticholinerge Wirkungen - Orthostase - Sturzgefahr	SSRI (z. B. Citalopram 10mg für Patienten ab 65 Jahren)

Implementierung von „AMTS-Teams“



Aufgaben des AMTS-Pflegers

- Tägliche schriftliche Dokumentation der Bewohner mit neuen klinischen Symptomen mit Hilfe von Triggerkriterien
- Übermittlung sämtlicher Medikationsänderungen bei Krankenhausentlassung per Fax-Vorlage an Hausarzt
- Übermittlung einer Arzneimittelliste neuer Heimbewohner an Hausarzt und AMTS-Apotheker

Fragebogen zur kontinuierlichen Therapiebeobachtung

(Bitte einmal TÄGLICH während der Dokumentation ausfüllen!)

Station:	Kalenderwoche vom:						
BewohnerINNEN	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So

Bei neuen/ unbehandelten gesundheitliche Probleme der BewohnerINNEN tragen Sie bitte in dem entsprechenden Tag ein:

A für **Allergische Reaktionen** (Hautausschlag, Juckreiz)

B für **Blutungen** (Einblutung, Teerstuhl, Nasenbluten)

G für **gastrointestinale Probleme** (Durchfall,Übelkeit/Erbrechen, Verstopfung,Stuhlinkontinenz)

K für **Kardiovaskulären Problemen** (Hypotonie, neue Ödeme, Synkope)

M für **Medikationsänderung**

N für **Neurologische Probleme** (Schwindel ,gestörte Bewegungskoordination, Gleichgewichtsprobleme)

P für **Psychiatrische Probleme** (Verwirrtheit, Halluzinationen, Somnolenz, Schlafstörungen, Delir)

R für **Rettungsdienst** (Arztvisiste, Krankenhaus-einweisung/-entlassung, Notarzt)

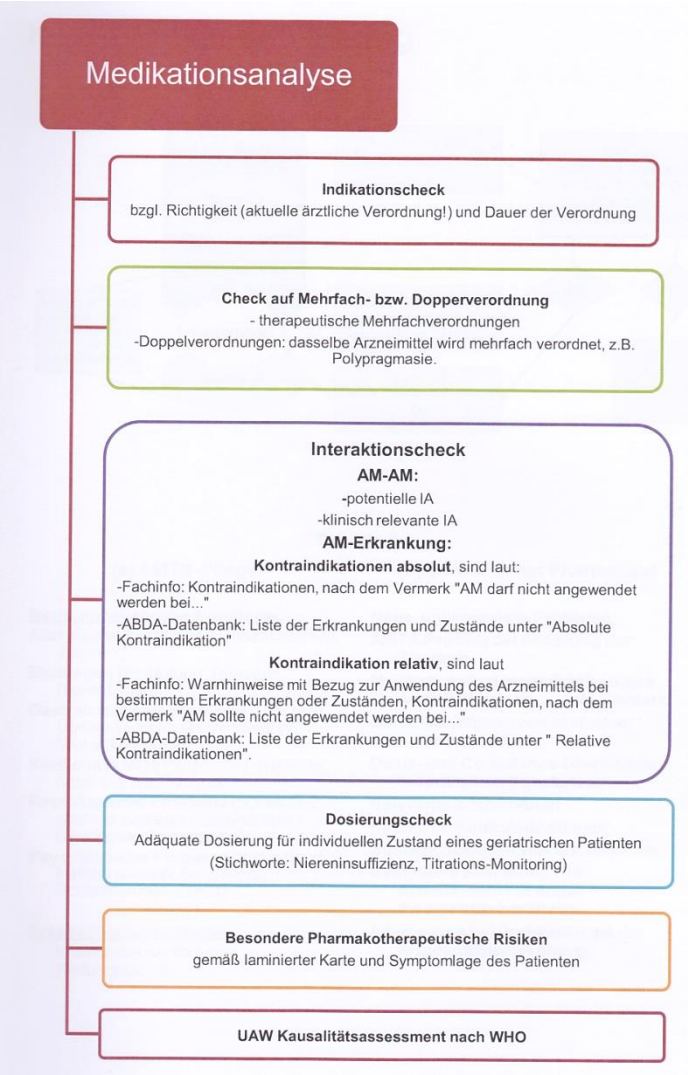
Mehrfachprobleme bitte auch mehrfach eintragen (z.B. Arztbesuch nach Sturz)

= **N/R**

Überarbeitete Vorlage des "Schulungsbogen zur kontinuierlichen Therapiebeobachtung " von

Aufgaben des AMTS-Apothekers

- Medikationsanalyse bei neuen Heimbewohnern
- Medikationsanalyse bei UAW-Verdacht
- Identifizierung und Lösung arzneimittelbezogener Probleme (ABP)



AMTS

ArzneiMitteltherapiesicherheit bei Patienten in Einrichtungen der Langzeitpflege

Bundesministerium für Gesundheit

1. UAW-Erhebung

Implementierung der Intervention

2. UAW-Erhebung 6 Monate nach Implementierung

3. UAW-Erhebung nach weiteren 6 Monaten

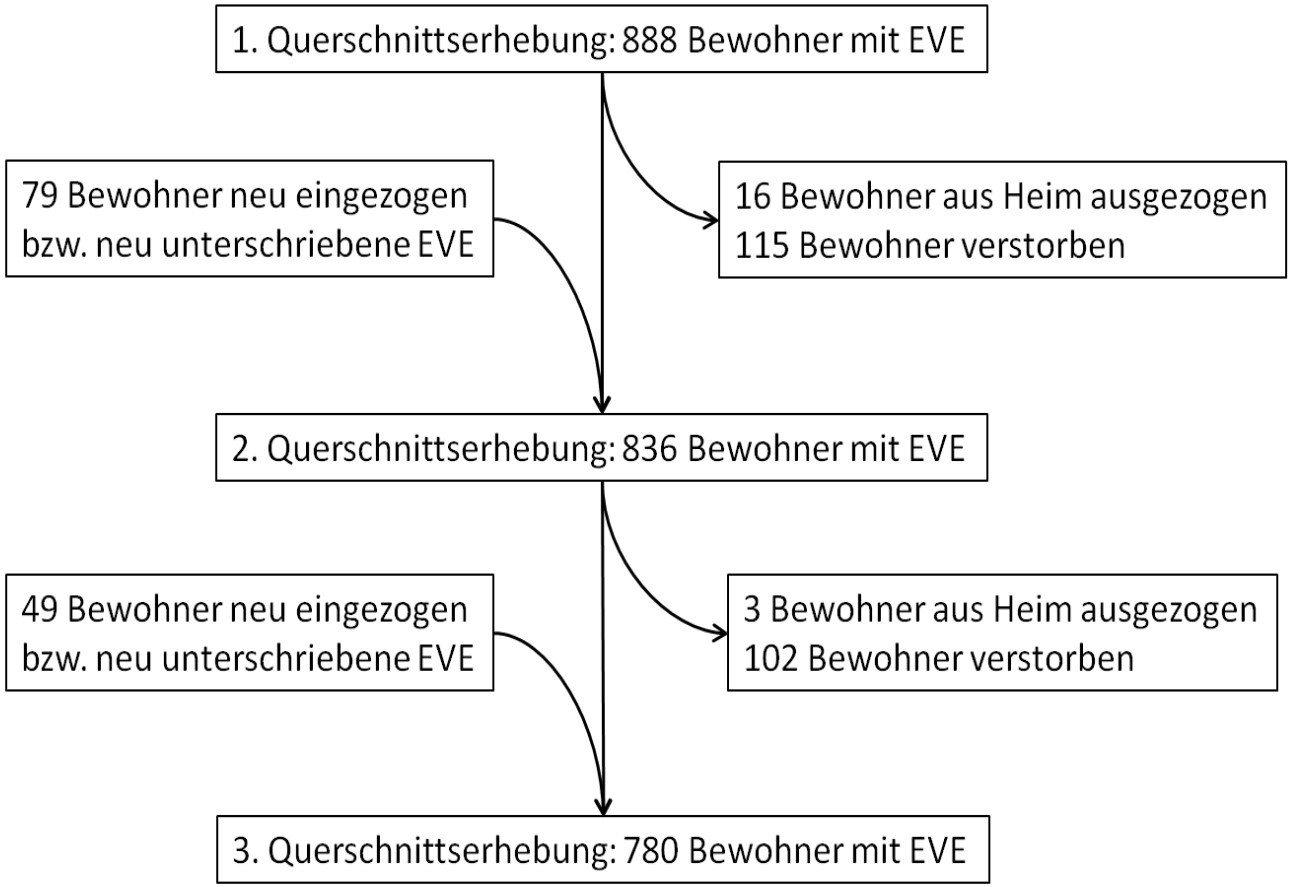
Frage 1:

Wie wirksam ist die Intervention?

Frage 2:

Wie nachhaltig ist die Intervention?

Patienteneinschluss



Insgesamt nahmen 664 Bewohner mit EVE über alle drei Querschnittserhebungen teil.
757 Bewohner mit EVE nahmen an der 1. und 2. Querschnittserhebung teil.
731 Bewohner mit EVE nahmen an der 2. und 3. Querschnittserhebung teil.

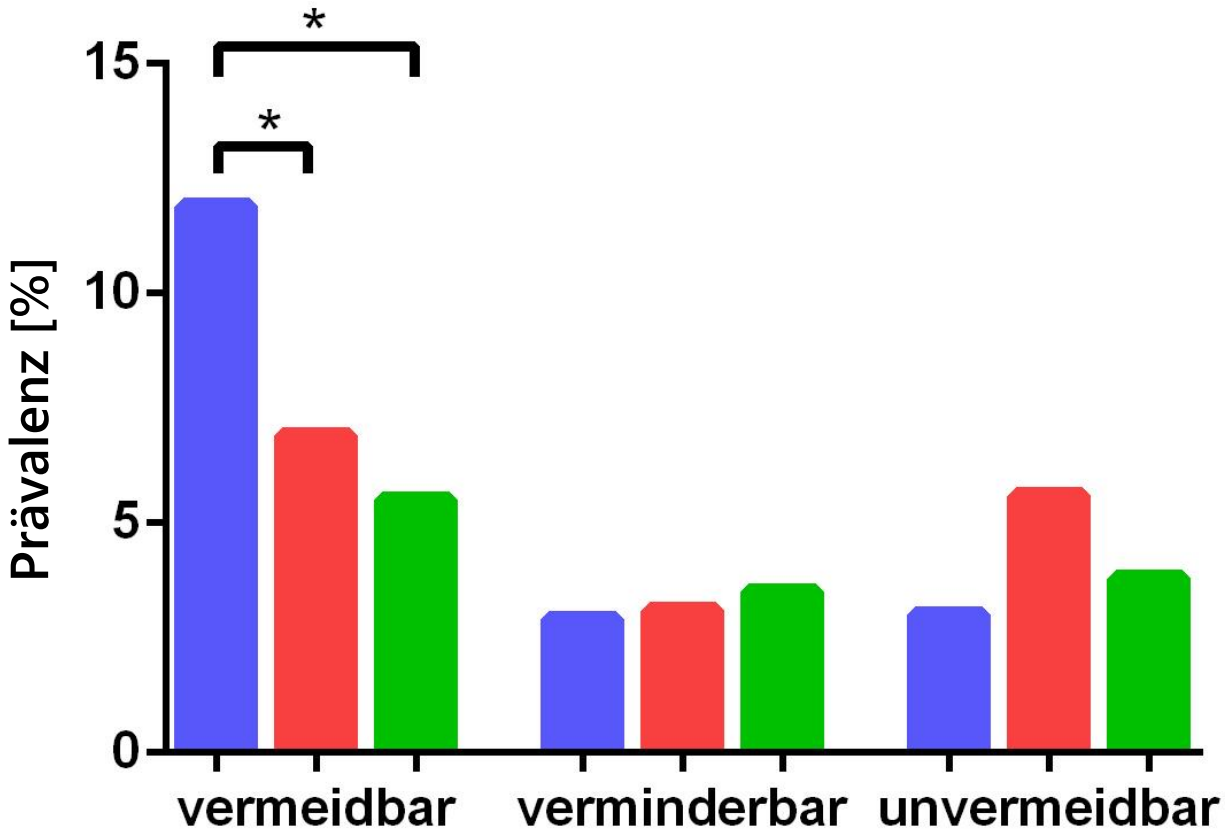
AMTS

Charakteristika der teilnehmenden Heimbewohner

	QS	Heim-bewohner	Frauen %	PS 2 %	PS 3 %
MV	1	334	72,8	43,4	17,7
	2	296	73,7	43,2	18,9
	3	273	74,3	42,8	20,5
NRW	1	554	71,0	41,5	16,1
	2	540	71,7	41,7	18,1
	3	507	71,4	41,4	18,9

Prävalenz der UAW

$$\text{Prävalenz} = \frac{\text{Anzahl an Bewohnern mit mindestens einer UAW} \cdot 100}{\text{Anzahl an beobachteten Bewohnern}} \; [\%]$$



QS1 (n = 888)
QS2 (n = 836)
QS3 (n = 780)

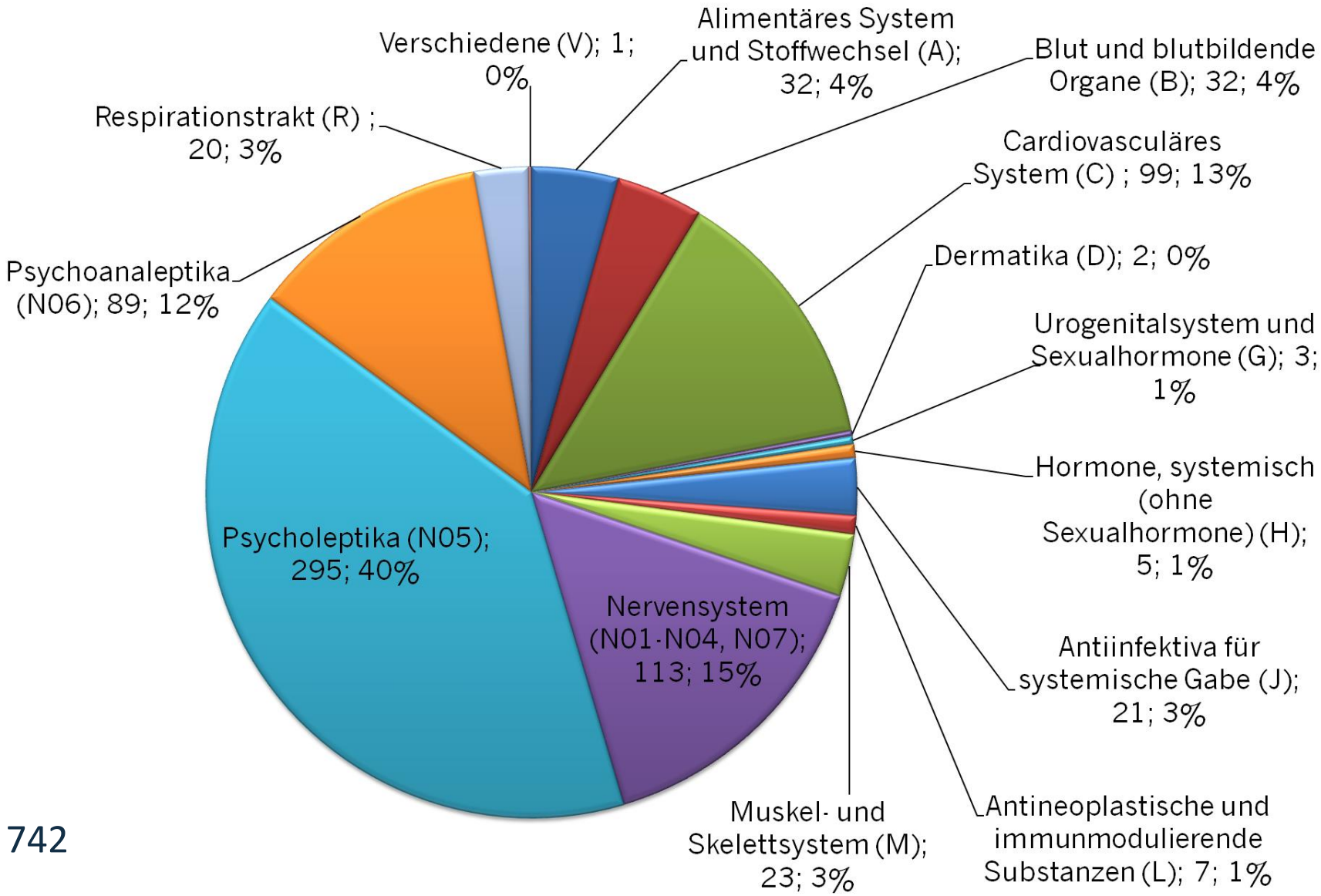
* $p < 0{,}001$
(Gemischtes Modell mit Clusterstruktur adjustiert nach Region)

Medikation der Heimbewohner mit UAW

	Gesamt MV	Dauer-medikation MV	Gesamt NRW	Dauer-medikation NRW
QS1 (n = 42) MW ± SD	10,76 ± 3,29	8,93 ± 2,68	11,37 ± 4,38	8,74 ± 3,63
QS2 (n = 33) MW ± SD	12,58 ± 4,35	9,97 ± 4,24	12,51 ± 5,11	9,49 ± 4,06
QS3 (n = 31) MW ± SD	9,81 ± 3,49	7,52 ± 3,24	11,80 ± 5,14	8,80 ± 4,28

- Über 80 % der Heimbewohner mit UAW waren von Polypharmazie (≥ 5 AM/d) betroffen
- Etwa 30 % von Hyperpolypharmazie (≥ 10 AM/d)

Kategorisierung der UAW nach ATC-Code



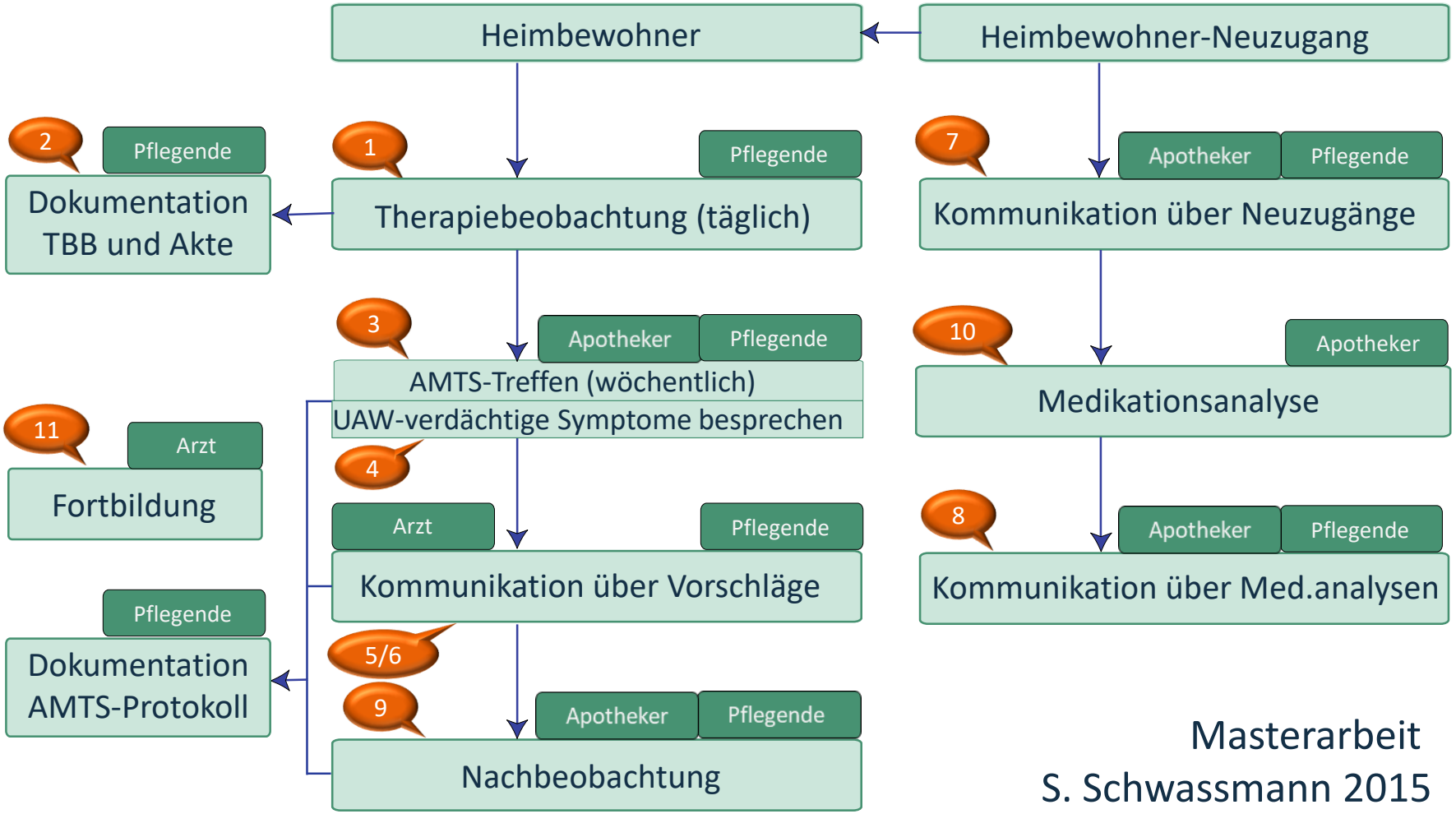
n = 742

AMTS

Konsequenzen der detektierten UAW

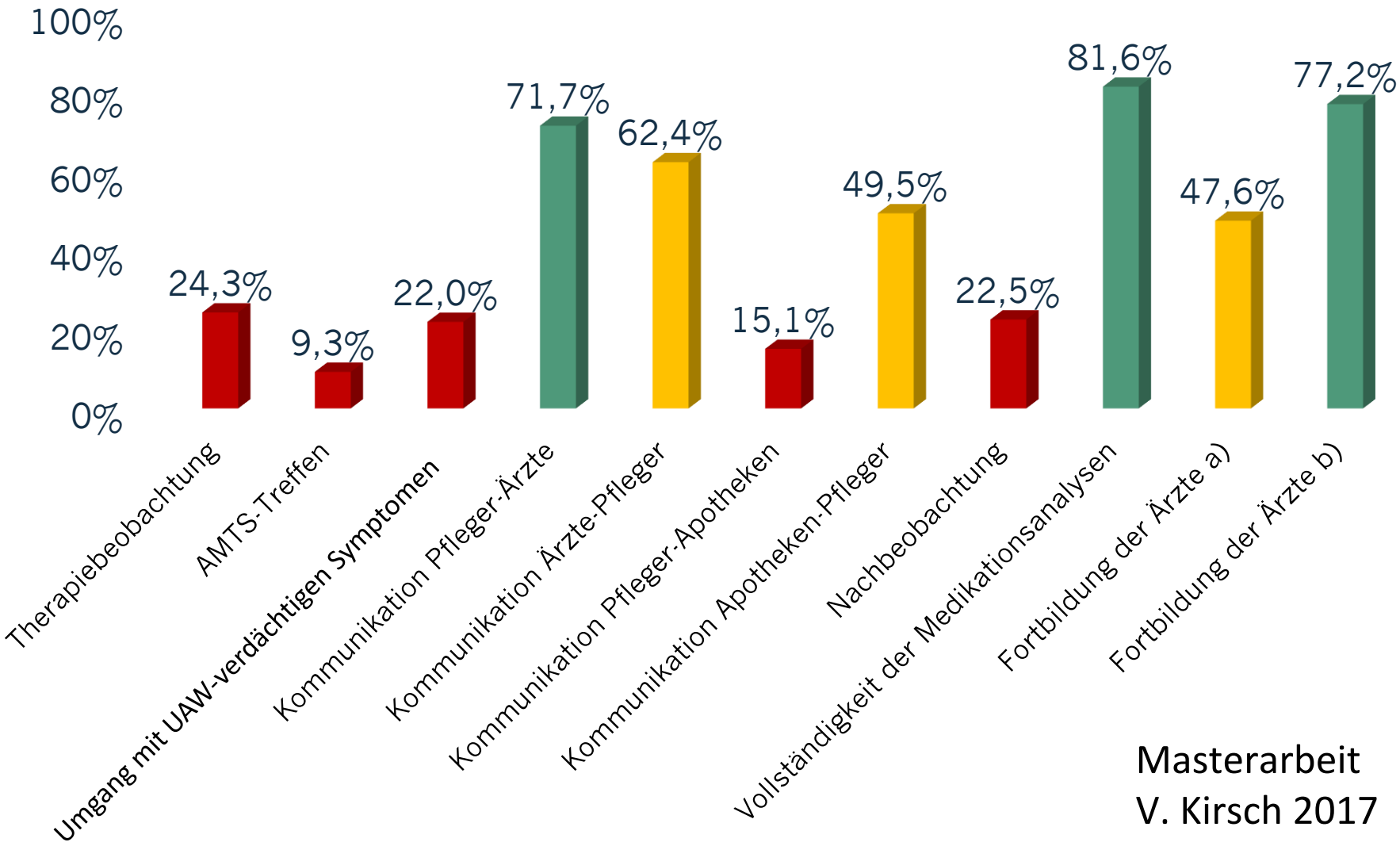
	Mecklenburg-Vorpommern			Nordrhein-Westfalen		
	QS1	QS2	QS3	QS1	QS2	QS3
Anzahl UAW gesamt	57	37	36	152	123	85
Zusätzliche Haus- bzw. Facharztvisite	**21,1 %**	**35,1 %**	**36,1 %**	**47,4 %**	**43,1 %**	**41,2 %**
Notarzt	0	0	0	3,3 %	3,3 %	2,4 %
Rettungswagen	0	2,7 %	0	6,6 %	8,9 %	5,9 %
Krankenhaus-einweisung	**8,8 %**	**5,4 %**	**2,8 %**	**11,2 %**	**11,4 %**	**8,2 %**
Zunahme des Pflegebedarfs	**80,7 %**	**59,5 %**	**38,9 %**	**63,2 %**	**48,8 %**	**50,6 %**
Zusätzliche Heil- und Hilfsmittel	14,0 %	0	5,6 %	9,2 %	1,6 %	2,4 %

Prozessanalyse



Masterarbeit
S. Schwassmann 2015

Prozessindikatoren



Masterarbeit
V. Kirsch 2017

AMTS

Bewertung der Kommunikation

	Hausärzte	Apotheker	Pflegende
Hausärzte		↔	↑
Apotheker	↔		↑↑
Pflegende	↑	↑↑	

Erkenntnisse aus dem Projekt AMTS-AMPEL

- Eine Reduktion von UAW bei Heimbewohnern ist möglich.
- Von der AMTS-AMPEL-Intervention wurde vor allem die Merkkarte intensiv genutzt.
- Die Kommunikation zwischen Apothekern und Pflegenden hat sich deutlich verbessert.
- Die Kommunikation mit den Hausärzten bleibt eine große Herausforderung.
- Eine Anpassung der Intervention an heimspezifische Besonderheiten erscheint sinnvoll.
- IT-Unterstützung würde die Umsetzung von AMTS-Maßnahmen deutlich erleichtern.

Vielen Dank…

S. Bernard

M. Kulick

S. Wilm

M. Redaèlli

F. Hanke

B. Drewelow

A. Altiner

K. Ertzinger

A. Wollny

F. Böhmer

universität Witten/Herdecke

gpc GeroPharmCare

UNIVERSITÄT BONN

AKTIONSPLAN ZUR VERBESSERUNG DER ARZNEIMITTEL THERAPIESICHERHEIT IN DEUTSCHLAND

HEINRICH HEINE UNIVERSITÄT DÜSSELDORF

Bundesministerium für Gesundheit

Universitätsmedizin Rostock

Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

AKTIONSPLAN ZUR VERBESSERUNG DER ARZNEIMITTELTHERAPIESICHERHEIT IN DEUTSCHLAND

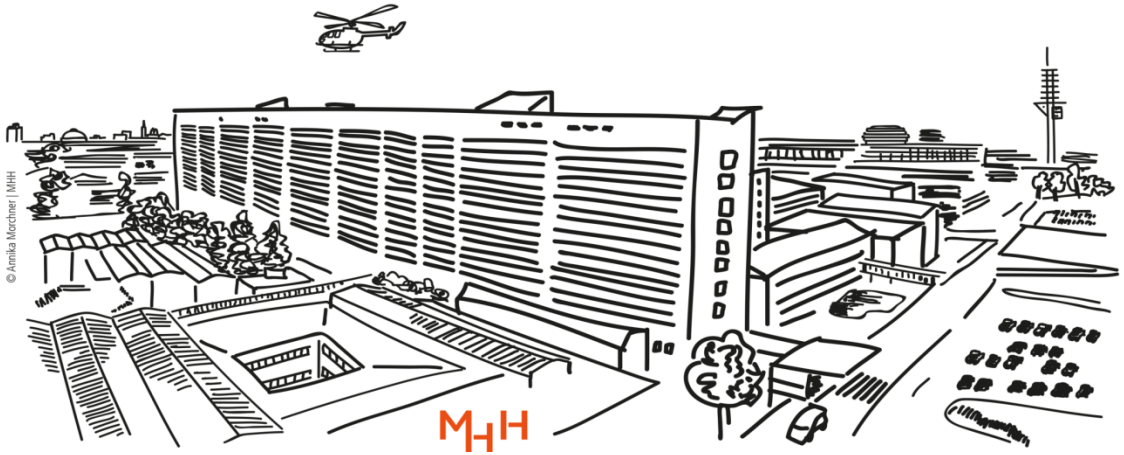
HIOPP-3

HIOPP-3-iTBX Studie zur Optimierung der AMTS bei Heimbewohnern

Workshop: Umsetzung der Erkenntnisse aus AMTS-Projekten in Heimen

28.11.2019, Berlin

Birgitt Wiese, Ulrike Junius-Walker, Olaf Krause



Deutschlandfunk

Sonntag, 24.11.2019

Kultur • Politik & Zeitgeschehen • Literatur • Musik • Wissenschaft • Hörspiel & F

ZEITFRAGEN / ARCHIV | Beitrag vom 28.02.2019

Das Geschäft mit dem Alter

Wenn Medikamente zur Gefahr werden

Von Susanne Billig und Petra Geist

HBW vulnerable Gruppe:

- Multimorbidität
- Frailty
- Niereninsuffizienz
- Demenz

aerzteblatt.de

Home Archiv News Themen DÄ plus Poli

Politik

Versorgung mit Medikamenten in jedem zweiten Pflegeheim nicht korrekt

Freitag, 3. Juni 2016

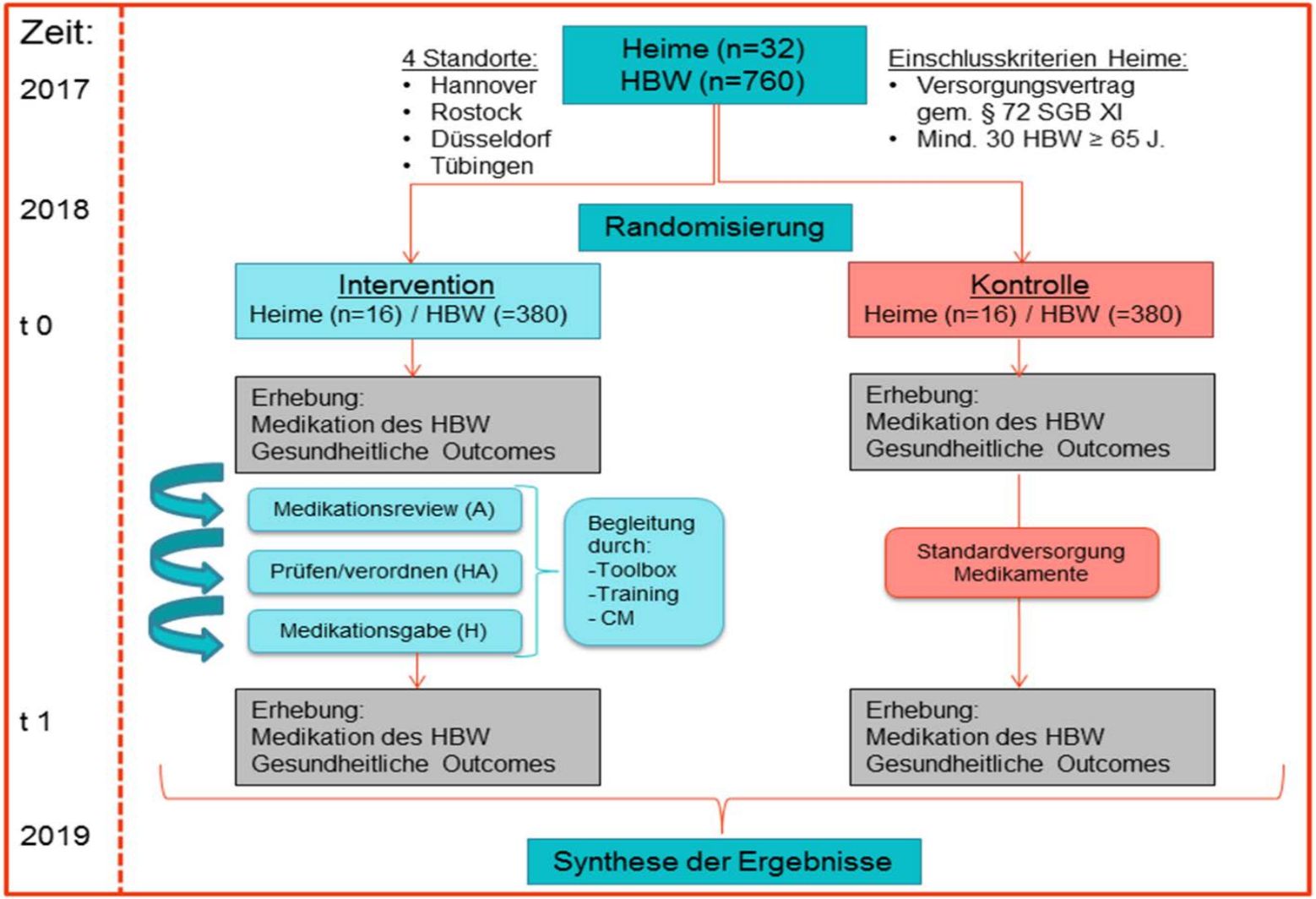
Komplexe Medikamenten-versorgung:

- mind. 3 Professionen
- viele Einzelaufgaben
- aufeinander abzustimmende Abläufe

1. HIOPP-3-iTBX-Studie:

- Erste cluster-randomisierte Interventionsstudie hierzu in Deutschland
- Ziel: Optimierung der Medikation von Heimbewohnern
  - Medikationsreview durch Apotheker
  - Verbesserung der Zusammenarbeit (Change Management)
  - Toolbox
  - Umfangreiche Schulungen v.a. der Apotheker
- Primäres Outcome: Senkung Rate der Heimbewohner mit PIM und/oder zwei Neuroleptika
- Feldphase: erste bis letzte Erhebung: 05.2018 - 07.2019
- Förderung: Innovationsfond, 2017 - 2020

Studienablauf-Plan



A, Apotheker; CM, Change Management; H, Heim; HA, Hausarzt; HBW, Heimbewohner;

Obligatorische Intervention: Mediktionsreview

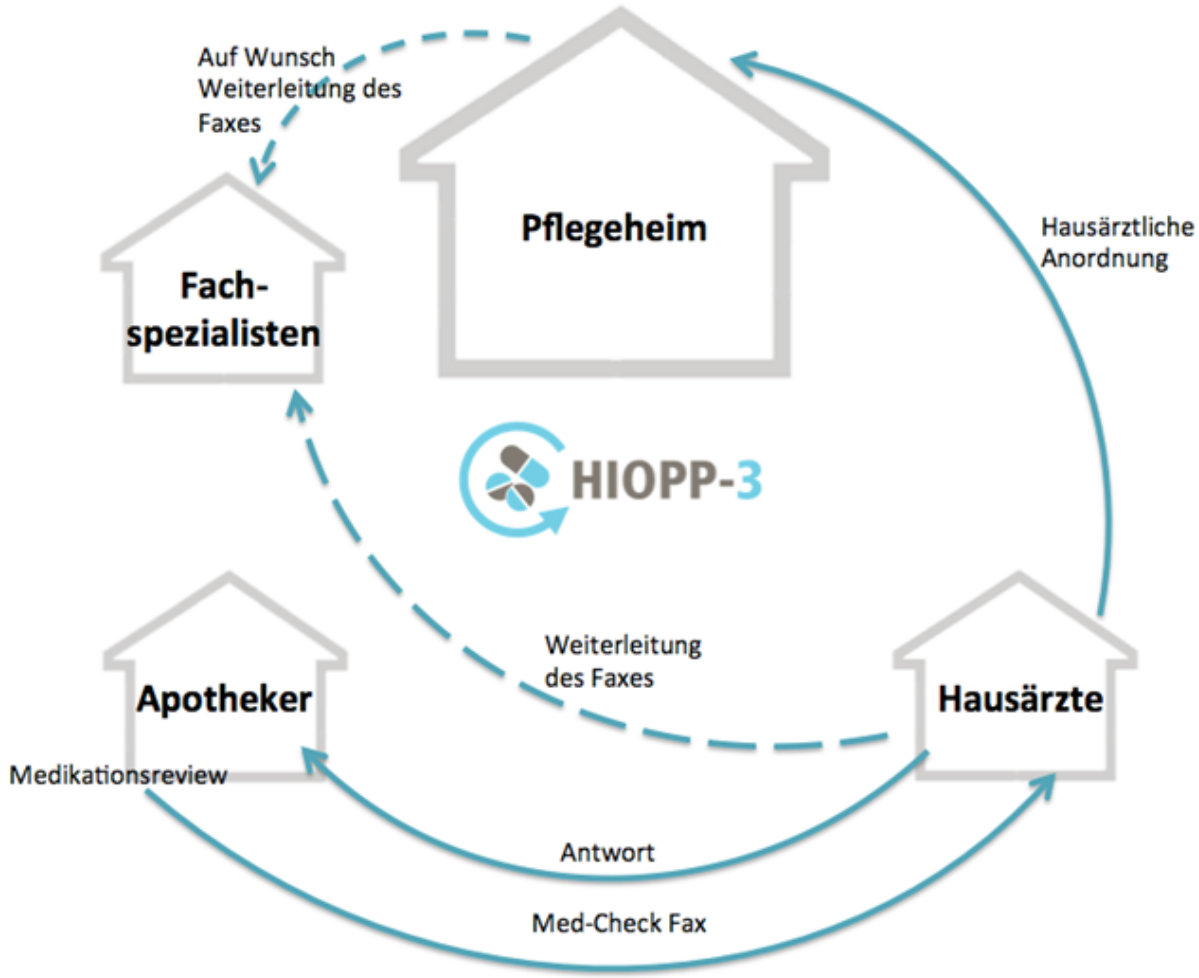


Abbildung 3 Wege des Med-Check Faxes

Freiwillige Intervention:

- Nutzung von Tools
- Aus dem CM: Verabredungen Zusammenarbeit zum kontinuierliches Med-Management

2. Rekrutierte und untersuchte Patienten

Anzahl rekrutierter Heime

insgesamt 44 Heime (incl. Apotheker und Hausärzte) :

		Gruppe		
		Intervention	Kontrolle	Gesamt
Standort	Hannover	7	3	10
	Rostock	4	4	8
	Düsseldorf	7	6	13
	Tübingen	5	8	13
Gesamt		23	21	44

Anzahl rekrutierter und untersuchter Patienten

Insgesamt 871 Patienten
787 (90.4%) konnten in Baseline befragt werden

		HBW in Baseline untersucht		
		nein	ja	Gesamt
Gruppe	Intervention	59	402	461
		12,8%	87,2%	100,0%
	Kontrolle	25	385	410
		6,1%	93,9%	100,0%
Gesamt		84	787	871
		9,6%	90,4%	100,0%

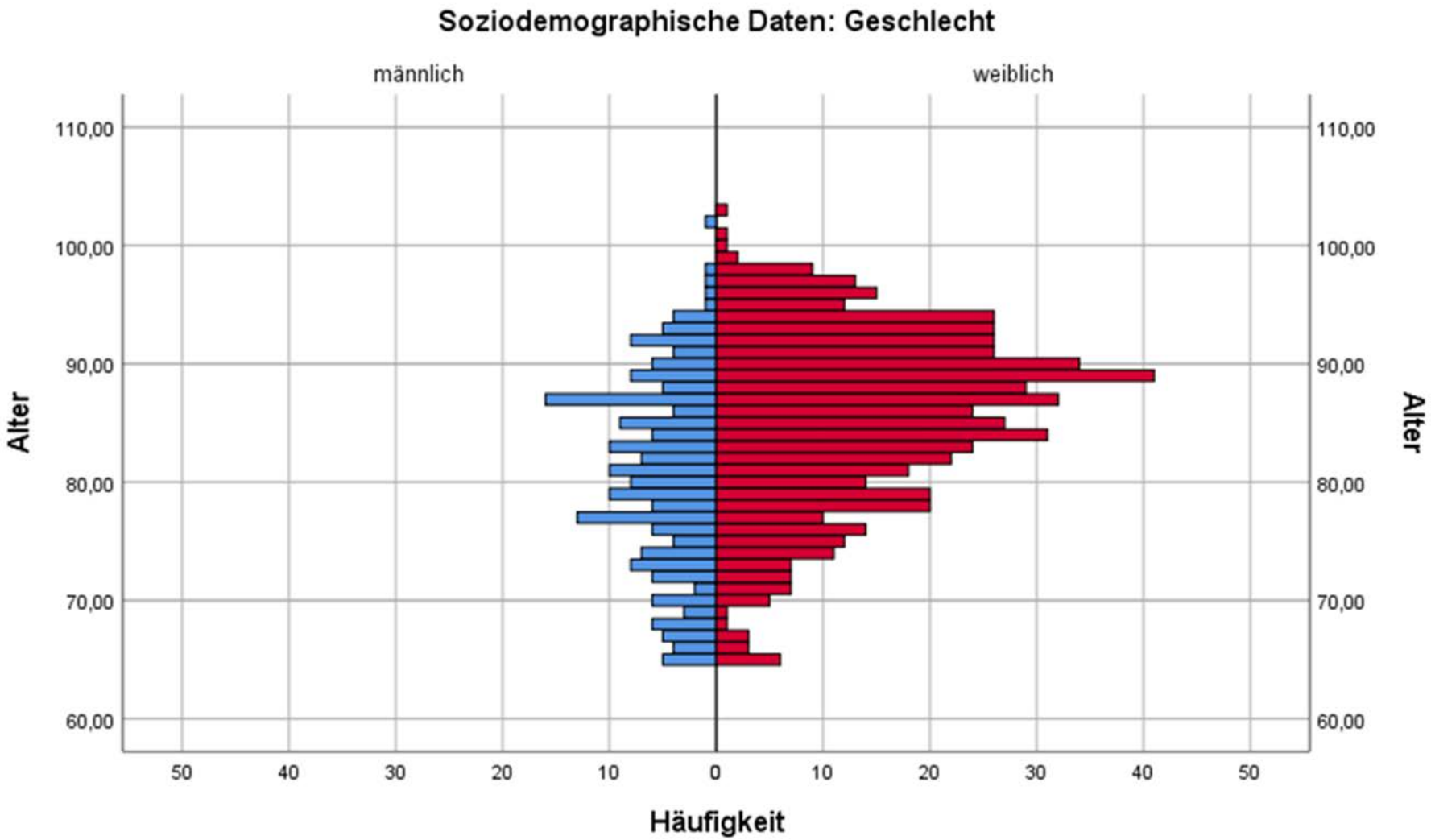
3. Soziodemographie

Geschlecht:

		Gruppe		
		Intervention	Kontrolle	Gesamt
Soziodemographische Daten: Geschlecht	männlich	95	111	206
		23,6%	28,8%	26,2%
	weiblich	307	274	581
		76,4%	71,2%	73,8%
Gesamt		402	385	787
		100,0%	100,0%	100,0%

Alter:

			Anzahl	Mittelwert	Standardabweichung	Median	Minimum	Maximum
Alter	Gruppe	Intervention	402	84,67	7.69	86,00	65,00	103,00
		Kontrolle	385	83,88	8.14	85,00	65,00	102,00
		Gesamt	787	84,29	7.92	85,00	65,00	103,00


Soziodemographische Daten: Geschlecht
männlich
weiblich
Alter
110,00
100,00
90,00
80,00
70,00
60,00
50
40
30
20
10
0
Häufigkeit

4. Kognitiver Status, Pflegegrad

Hinweise auf demenzielle Erkrankung

		Häufigkeit	Prozent
Gültig	nein	279	35,5
	ja	507	64,4
	Gesamt	786	99,9
Fehlend		1	,1
Gesamt		787	100,0

Demenz laut Pflege bzw. Hausarzt

Pflegegrad:

Angaben zur Pflege und Erkrankungen: Welchen Pflegegrad hat der/die Heimbewohner/in momentan?

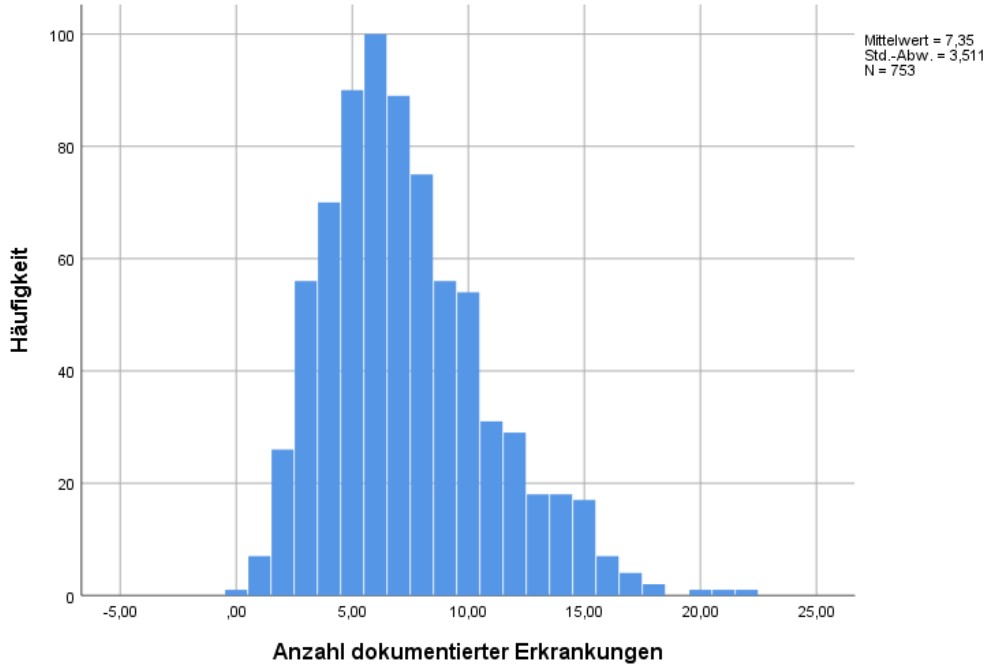
		Häufigkeit	Prozent
Gültig	derzeit kein Pflegegrad	3	,4
	Pflegegrad 1	9	1,1
	Pflegegrad 2	164	20,8
	Pflegegrad 3	260	33,0
	Pflegegrad 4	248	31,5
	Pflegegrad 5	99	12,6
	keine Angabe	2	,3
	Gesamt	785	99,7
Fehlend		2	,3
Gesamt		787	100,0

5. Morbidität

753 Patienten (95.7%) mit Angaben des Hausarztes zur Morbidität

Angaben zu 36 ausgewählten möglichen Erkrankungen

	Mittelwert	Standardabweichung	Median	Minimum	Maximum
Anzahl dokumentierter Erkrankungen	7,35	3,51	7	0	22



Die häufigsten dokumentierten Erkrankungen:

Männer

	(%)
Hypertonus	74.9%
Dementielle Erkrankung	55.3%
Hyperlipidämie/Hypercholesterinämie	37.7%
Diabetes mellitus	36.7%
Koronare Herzkrankheit (KHK), Myocardinfarkt	36.7%
Niereninsuffizienz	34.7%
Arthrose der Hüft- oder Kniegelenke bzw. der Wirbelsäule	32.7%
Herzinsuffizienz	32.7%
Vorhofflimmern	27.1%
Depression	26.6%
Polyneuropathie	25.1%

Frauen

	(%)
Hypertonus	82.3%
Dementielle Erkrankung	59.2%
Arthrose der Hüft- oder Kniegelenke bzw. der Wirbelsäule	48.6%
Niereninsuffizienz	39.5%
Hyperlipidämie/Hypercholesterinämie	38.8%
Herzinsuffizienz	38.3%
Chronische Rückenschmerzen	38.1%
Osteoporose	35.9%
Depression	34.5%
Diabetes mellitus	32.3%
Vorhofflimmern	29.2%

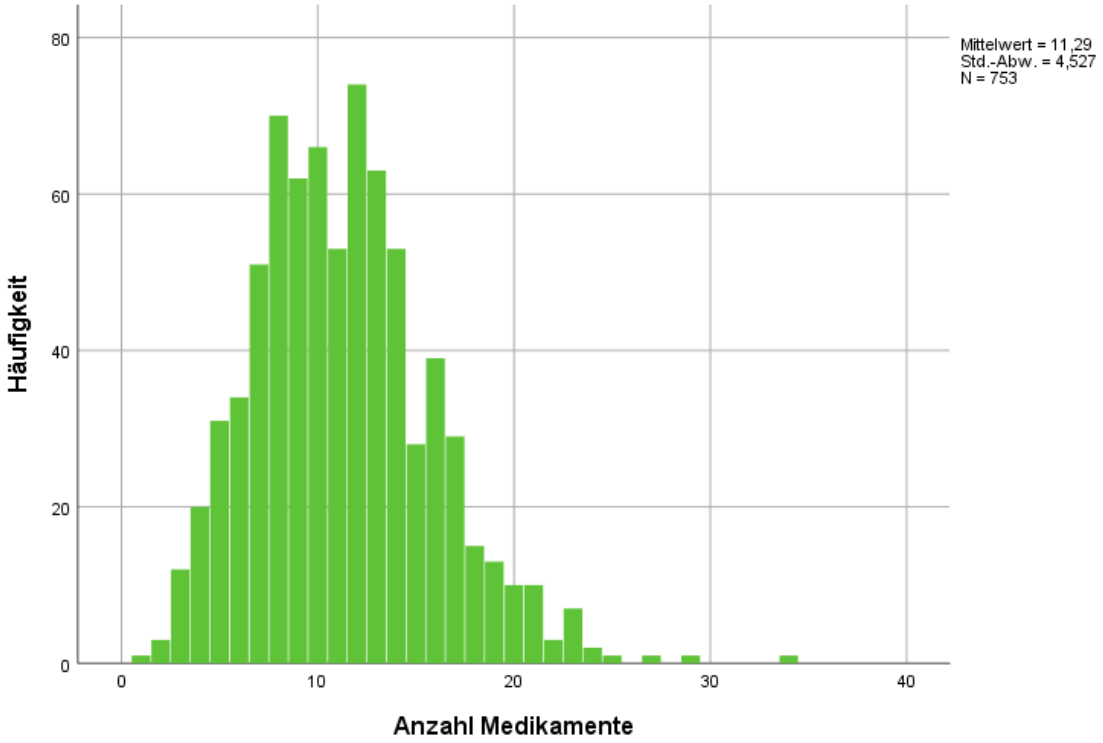
BW und UJW, Institut für Allgemeinmedizin, MHH

6. Medikation

Insgesamt sind 8830 Medikamente dokumentiert,

pro HBW im **Mittel 11.22 Medikamente**

		Mittelwert	Standardabweichung	Median	Minimum	Maximum
Anzahl Medikamente	männlich	10,91	4,61	10	1	29
	weiblich	11,33	4,51	11	1	34



Die am häufigsten verordneten Wirkstoffe bezogen auf die Gesamtzahl dokumentierter Medikamente:

Wirkstoff		Anzahl	%
N02BB02	Metamizol-Natrium	675	7.6
A02BC02	Pantoprazol	334	3.8
C03CA04	Torasemid	316	3.6
A06AD65	Macrogol, Kombinationen	312	3.5
C09AA05	Ramipril	219	2.5
B01AC06	Acetylsalicylsäure	197	2.2
C10AA01	Simvastatin	177	2.0
C07AB02	Metoprolol	172	1.9
A11CC05	Colecalciferol	163	1.8
C07AB07	Bisoprolol	158	1.8
N05AD03	Melperon	158	1.8

PIMs und Neuroleptika:

PIMs anhand der PRISCUS-Liste definiert;
mit Berücksichtigung von Dosierung und Retard-Form

PIMs anhand der PRISCUS-Liste: n= 277 (3.1%)
bezogen auf die Gesamtzahl verordneter Medikamente

Häufigste verordnete PIMs
(bezogen auf Gesamtzahl der Medikamente):

1. Dimenhydrinat: n=57 (0.6%)
2. Z-Substanzen: n=61 (0.7%)
3. Klassische Antidepressiva: n=28 (0.3%)
4. Langwirksame Benzodiazepine: n=28 (0.3%)
5. Kurz- und mittellang wirksame Benzodiazepine: n=21 (0.2%)
6. Calcium-Kanal-Blocker: n=16 (0.2%)

Neuroleptika

Definition nach folgenden ATC-Codes:

- Alle Antipsychotika der Gruppe NO5A
  bis auf Lithium (N05AN01) u. Reserpin (NO5AX25)
  plus Promethazin (R06AD02 u. N05CM22)

Neuroleptika n= 524 (5.9%)

bezogen auf die Gesamtzahl verordneter Medikamente

PIMs und Neuroleptika pro HBW:

Mindestens ein PIM

		Häufigkeit	Prozent
Gültig	nein	564	71,7
	ja	223	28,3
	Gesamt	787	100,0

Mindestens ein Neuroleptikum

		Häufigkeit	Prozent
Gültig	nein	474	60,2
	ja	313	39,8
	Gesamt	787	100,0

HBW mit mindestens einem PIM und/oder zwei Neuroleptika:

Mindestens ein PIM und/oder mindestens zwei Neuroleptika

		Häufigkeit	Prozent
Gültig	nein	459	58,3
	ja	328	41,7
	Gesamt	787	100,0

7. Medikationsreviews

360 von 402 HBW (89.6%) aus IG hatten Medikationsreview,

Von 4315 Medikamenten:

→ n=2748 Medikamente (63.6%) ohne Optimierungsbedarf,

→ n=1567 mit Optimierungsbedarf

Anzahl Optimierungsvorschläge pro Patient:

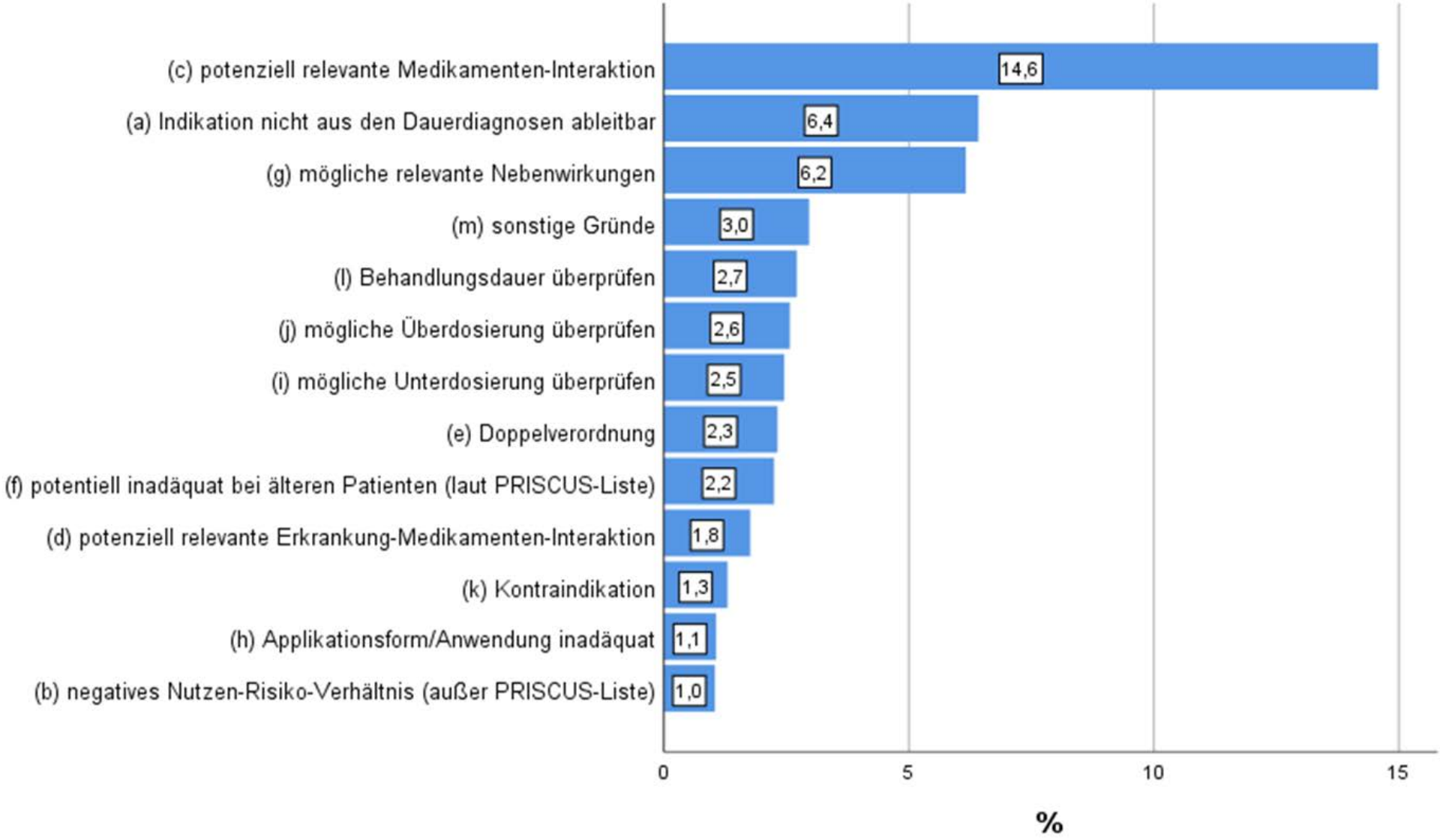
	Gültige Anzahl	Mittelwert	Standardabweichung	Median	Minimum	Maximum
Anzahl Optimierungsvorschläge	360	5,71	5.21	4	0	30

Patienten mit mindestens einem Optimierungsvorschlag:

Patient mit Optimierungsbedarf bei Medikation

		Häufigkeit	Prozent
Gültig	nein	32	8,9
	ja	328	91,1
	Gesamt	360	100,0

Gründe für den Optimierungsbedarf (% bezogen auf Gesamtzahl Medikamente):



HIOPP-3 Zusammenfassung Ergebnisse aus t0

Rekrutierung	8% Pflegeheime 70% der Apotheker, 44% der Hausärzte 43% der von den HÄ betreuten Heimpatienten
Heimbewohner	im Mittel ca. 85 J, knapp 75% weiblich Kog. Status: knapp 2/3 dement 2/3 haben Pflegegrad 3 bzw. 4
Erkrankungen (aus 36)	Ø N=7 Diabetes, Nieren- und Herzinsuffizienz auffällig (neben Demenz und RR)
Medikamente	Ø N=11 in Akte 28% der HBW mit PIM, 42% mit Neuroleptikum
Med-Reviews	am häufigsten: 1. Interaktionen, 2. fehlende Indikation, 3. Warnung vor möglichen wichtigen NW…. an letzter (12.) Stelle: PIM

PARACELSUS
MEDIZINISCHE PRIVATUNIVERSITÄT

Versorgungsforschungsprojekte zum Thema Arzneimitteltherapiesicherheit an der Paracelsus Medizinischen Privatuniversität, Salzburg

Nadja Nestler

PARACELSUS
MEDIZINISCHE PRIVATUNIVERSITÄT

InTherAKT – Initiative zur (Arzneimittel-) Therapiesicherheit in der Altenhilfe durch Kooperation und Teamwork

InTherAKT
Therapieren heißt kooperieren.

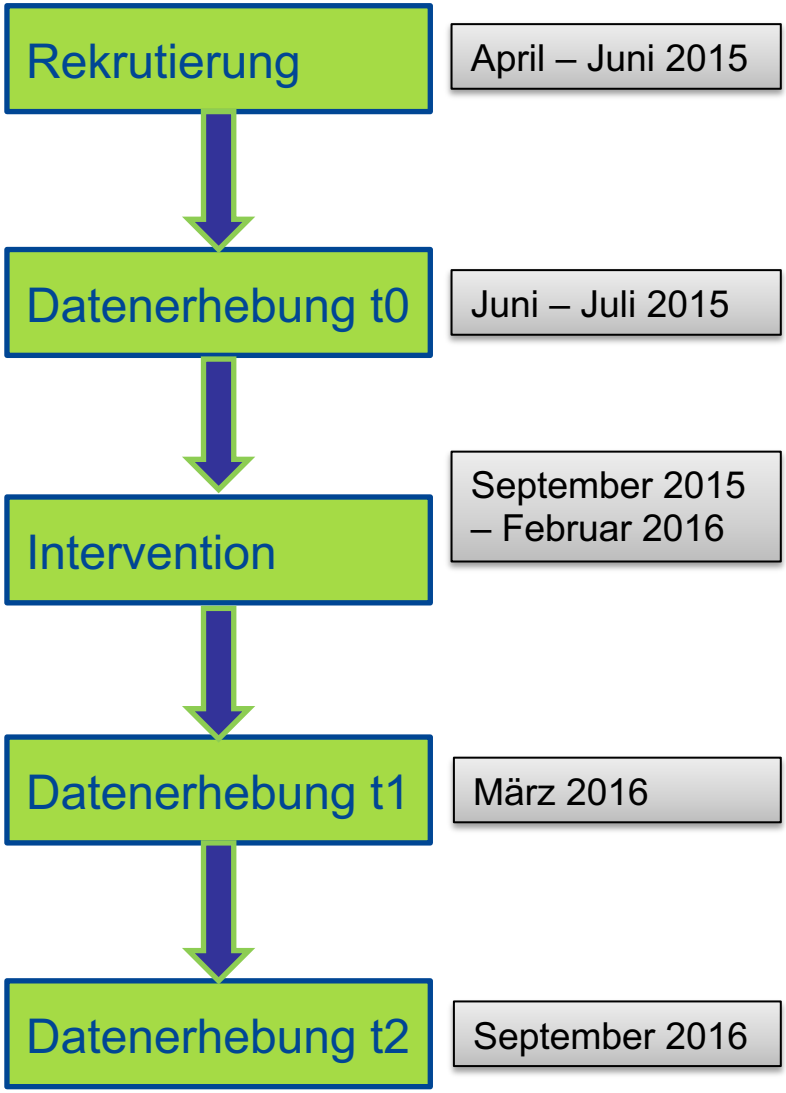
InTherAKT Projektübersicht

Projektziele

- **Verbesserung der Arzneimittel-Therapiesicherheit (AMTS) in der stationären Altenhilfe** in Münster.
- **verbesserte interprofessionelle Kommunikation und Kooperation** zwischen Hausärzten, Pflegenden und Apothekern

Teilnehmende Einrichtungen

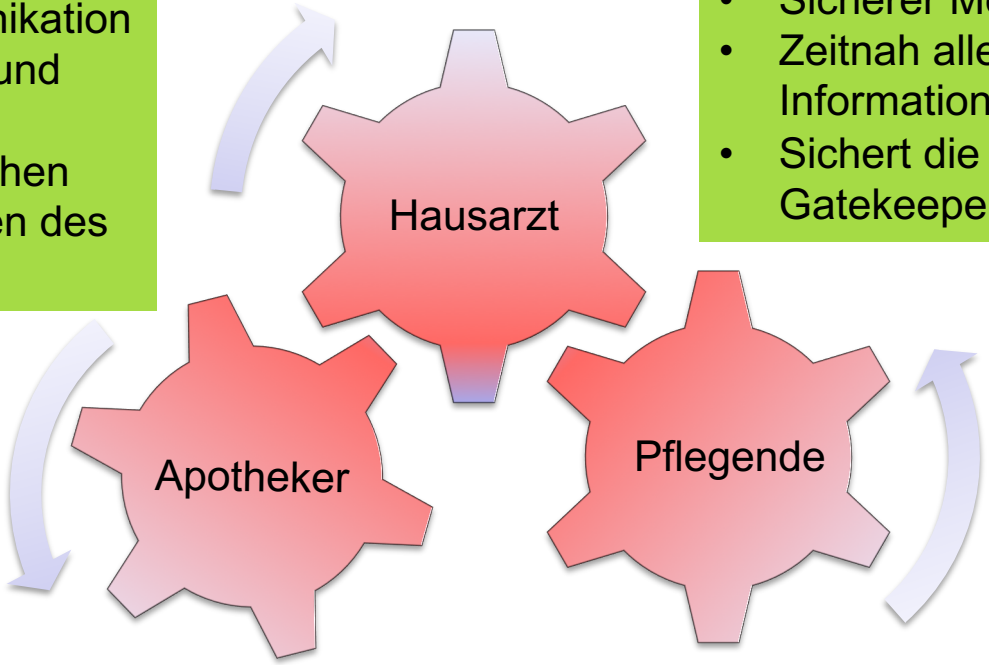
- 10 Altenpflegeeinrichtungen
- 12 Apotheken
- 15 Hausärzte und Hausärztinnen



Entwicklung der InTherAKT online-Plattform

- Direkte Kommunikation mit Hausärzten und Pflegenden
- aktives Einbeziehen der Kompetenzen des Apothekers

- Direkte Kommunikation mit Pflegenden und Apothekern
- Sicherer Medikationsprozess
- Zeitnah alle relevanten Informationen auf einen Blick
- Sichert die Rolle des Gatekeepers



- Direkte Kommunikation mit Hausärzten und Apothekern
- Sicherer Medikationsprozess
- Reibungsloser Ablauf

Projektinterventionen

Präsenzschulungen für Ärzte, Pflegende und Apotheker zur Wissenserweiterung zur Arzneimitteltherapiesicherheit

Berufsgruppenspezifische online-Schulungen zur Arzneimitteltherapiesicherheit

Einführung einer webbasierten Kommunikationsplattform

Ergebnisse: Angemessenheit der Medikation I

- die Angemessenheit der Medikation wurde mit einem spezifischen Instrument MAI (Medication Appropriateness Index) bewertet
- der Mittelwert des MAI konnte von der Ausgangserhebung bis zur Abschlusserhebung von im Mittel 22,8 auf 16,2 reduziert werden (maximal zu erreichende Punktzahl=30)
- deutliche Verbesserung der Angemessenheit der Medikation im Projektverlauf
- Die Veränderung ist besser als in den meisten anderen vergleichbaren Projekten

Ergebnisse: Angemessenheit der Medikation II

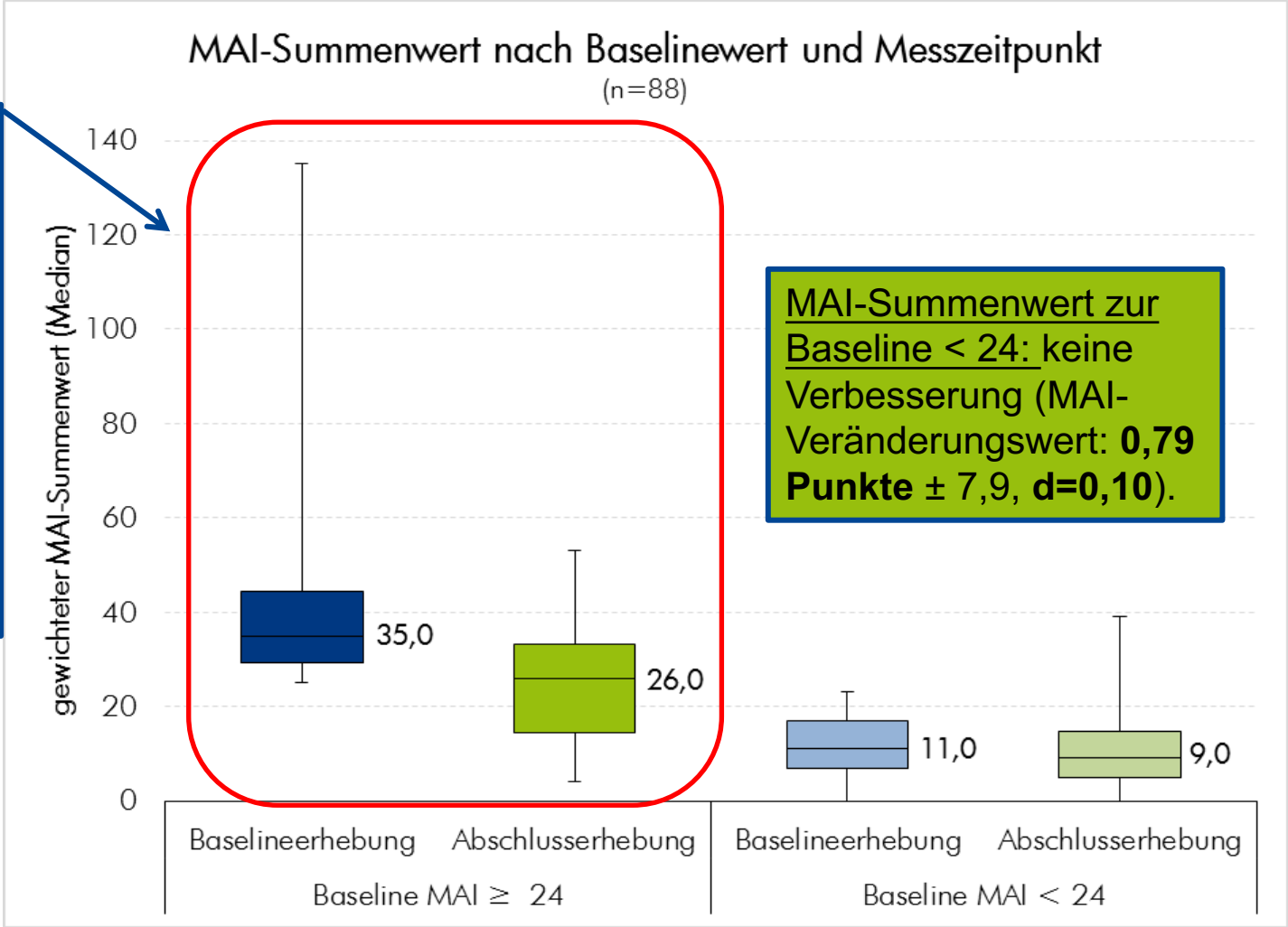
- Insbesondere bei Bewohnern, die einen MAI größer oder gleich 24 von 30 Punkten in der Ausgangserhebung hatten, konnte die Angemessenheit der Medikation erhöht werden

- Das waren Bewohner mit Hypermedikation und damit mit mehr als 10 Medikamenten

- Systematische Therapie-Checks sind demnach insbesondere für Bewohner mit hoher Medikamentenzahl sinnvoll

MAI Summenwerte im Verlauf des Gesamtprojektes nach Baseline-MAI

MAI-Summenwert zur Baseline ≥ 24: sehr starke Verbesserung der Angemessenheit der Medikation (**17,0 Punkte** ± 27,4, **d=0,85** bzw. ohne Extrem-Ausreißer **11,2** ± 16,1, **d=0,99**).



MAI-Summenwert zur Baseline < 24: keine Verbesserung (MAI-Veränderungswert: **0,79 Punkte** ± 7,9, **d=0,10**).

Cut-off-Wert des Baseline MAI ≥ 24 Punkte (Rose et al. 2016)

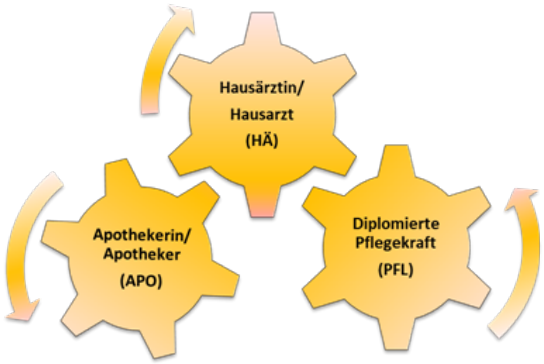
SiMbA – Projektüberblick

Zielsetzung

Sicherheit in der Medikamententherapie bei AltenheimbewohnerInnen

Untersuchungseinheiten

- BewohnerInnen
- VertreterInnen der Berufsgruppen (HausärztInnen, ApothekerInnen, Pflegende)



Zeitstrahl SiMbA-Studie

- **Feb 2016** – Planung/Entwicklung
- **Dez 2016** – Erhebung (t_0)
- **März-Mai 2017** – Intervention (Schulungen, SiM-PL betreut)
- **Nov 2017** – Erhebung (t_1)
- **Nov 2017** – Intervention (SiM-PL unbetreut)
- **Mai-Juni 2018** – Erhebung (t_2) & Evaluation* (*Interviews, Gruppendiskussionen, SUS)
- **Okt 2018** – Abschluss

Zusammenfassung

- **Ausgangssituation**:
  - » Stichprobe entspricht Erwartung
  - » Angemessenheit der Medikation in KG schlechter als in IG
- **Auswertungsstrategie:**
  - » Verbesserung des MAI um 3 Punkte minimal relevante Veränderung
  - » Fokus auf Angemessenheit der Dauermedikation sowie Entwicklung zwischen t0 und t1
  - » Höheres Veränderungspotential bei unangemessenem Baseline-MAI => Subgruppenanalyse
- **Ergebnisse:**
  - » Mittlere MAI-Veränderung in der Subgruppe:
    - IG: Verbesserung deutlich > 3, KG: Verbesserung <3
      - ⇒ deutlich stärkerer Effekt in IG
      - ⇒ relevanter Effekt bei Vergleich der IG und KG
  - » Interventionseffekt langfristig aufrecht

⇒ **Die Angemessenheit der Medikation konnte durch die Intervention verbessert werden.**