

Wenn Medikation und Krankenhausaufenthalt zum Gesundheitsrisiko werden

Vorstellung des BARMER-Arzneimittelreports 2020

Dienstag | 15. Dezember 2020 | 10.30 Uhr

Per Webex

Teilnehmer:

Gabriela Leyh

Landesgeschäftsführerin der BARMER Berlin/Brandenburg

Moderation:

Markus Heckmann

Pressesprecher der BARMER Berlin/Brandenburg

Landesvertretung

Berlin

Brandenburg

Axel-Springer-Straße 44
10969 Berlin

www.barmer.de/p006131
www.twitter.com/BARMER_BB

Markus Heckmann
Tel.: 0800 333 004 151 140
markus.heckmann@barmer.de

Krankenhäuser wissen zu wenig über die Medikation ihrer Patienten

Berlin, 15. Dezember 2020 – Ausgerechnet ein Krankenhausaufenthalt kann für chronisch Kranke und ältere Menschen zum Gesundheitsrisiko werden. Dies ist der Fall, wenn Krankenhausärzte nicht wissen, welche Medikamente die eingewiesenen Patientinnen und Patienten einnehmen. Dass dies erschreckend häufig der Fall ist, legt der BARMER-Arzneimittelreport nahe. Gefährdet sind jährlich jeweils mehr als 100.000 Krankenhauspatientinnen und -patienten in Berlin und Brandenburg. „Informationslücken im Krankenhaus zu Vorerkrankungen und eingenommenen Arzneimitteln können für die Patientinnen und Patienten lebensgefährlich sein. Die Informationsdefizite bei der Krankenhausaufnahme muss durch organisierte Prozesse und digitale Lösungen behoben werden“, sagt Gabriela Leyh, Landesgeschäftsführerin der BARMER Berlin/Brandenburg.

Große Unklarheiten bei Polypharmazie-Patienten

Besonders kompliziert sei die Erfassung der Medikation bei den sogenannten Polypharmazie-Patienten, die mehr als fünf Wirkstoffen gleichzeitig einnehmen. Im Jahr 2017 waren das in Brandenburg und Berlin jeweils über 100.000 Krankenhauspatienten. Über ein Viertel der Polypharmazie-Patientinnen und -patienten werden von mindestens fünf Ärzten versorgt. Gerade hierfür ist seit Oktober 2016 gesetzlich vorgesehen, dass Patientinnen und Patienten ab drei Wirkstoffverordnungen einen bundeseinheitlichen Medikationsplan erhalten. Laut einer repräsentativen Versichertenbefragung der BARMER haben im Jahr 2017 jedoch nur 29 Prozent einen solchen Medikationsplan bei der Krankenhausaufnahme vorgelegt. Auch nach einem Krankenhausaufenthalt herrscht häufig keine Klarheit über die Medikamenteneinnahme. Über ein Drittel der Krankenhauspatientinnen und -patienten bekamen im Krankenhaus neue Wirkstoffe verordnet. 30 Prozent von ihnen gaben an, dass ihnen die neue Medikation nicht erklärt worden sei. Ein erster Schritt für mehr Transparenz und Patientensicherheit bietet die elektronische Patientenakte im kommenden Jahr. „Unsere Versicherten entscheiden, ob sie ihren Medikationsplan in der Akte speichern und den behandelnden Ärzte zugänglich machen“, so Leyh.

Landesvertretung

Berlin

Brandenburg

Axel-Springer-Straße 44
10969 Berlin

www.barmer.de/p006131
www.twitter.com/BARMER_BB

Markus Heckmann
Tel.: 0800 333004 151-140
markus.heckmann@barmer.de

Statement

von Gabriela Leyh
Landesgeschäftsführerin der BARMER Berlin/Brandenburg

anlässlich der Pressekonferenz
Wenn Medikation und Krankenhausaufenthalt
zum Gesundheitsrisiko werden

Vorstellung des BARMER-Arzneimittelreports 2020

Berlin, 15. Dezember 2020

Landesvertretung

Berlin

Brandenburg

Axel-Springer-Straße 44
10969 Berlin

www.barmer.de/p006131
www.twitter.com/BARMER_BB

Markus Heckmann
Tel.: 0800 333 004 151 140
markus.heckmann@barmer.de

Chronisch kranke und ältere Patienten tragen das größte Risiko

Wer ins Krankenhaus kommt, ist darauf angewiesen, dass die Ärzte dort genau wissen, welche Medikamente sie einnehmen. Denn Informationslücken zu Unverträglichkeiten, Wechsel- und Nebenwirkungen können lebensbedrohlich sein. Das Risiko tragen vor allem chronisch kranke und ältere Patienten, die oftmals mehrere Arzneimittel gleichzeitig einnehmen.

Medikation zum Zeitpunkt der Krankenhausaufnahme oft unübersichtlich

Rund 100.000 Menschen, die in Brandenburg und Berlin im Jahr 2017 jeweils ins Krankenhaus kamen, waren Polypharmazie-Patienten. Das heißt, am Tag der Krankenhausaufnahme hatten sie Arzneimittelverordnungen mit mehr als fünf Wirkstoffen. Bei den über 65-Jährigen waren knapp die Hälfte (Brandenburg: 47,3 Prozent; Berlin: 42,4 Prozent) Polypharmazie-Patienten. Erschwerend für die Ermittlung der Gesamtmedikation eines Patienten bei Krankenhausaufnahme ist, dass meist mehrere niedergelassene Ärzte unterschiedliche Arzneimittel verordnen. Über ein Viertel der Krankenhauspatienten in Berlin und Brandenburg wurden im halben Jahr vor Krankenhauseinweisung von mindestens fünf Ärzten behandelt.

Bundeseinheitlicher Medikationsplan wird häufig nicht genutzt

Um genauer in Erfahrung zu bringen, wie der Informationsaustausch über die Medikation im Rahmen eines Krankenhauses verläuft, hat die BARMER eine repräsentative Umfrage unter knapp 2.900 Versicherten die als Polypharmazie-Patient im Krankenhaus waren, durchgeführt. Nur zwei von drei Patienten, die mit einer ärztlichen Einweisung geplant ins Krankenhaus aufgenommen wurden, legten auch Unterlagen zur medizinischen Vorgeschichte vom einweisenden Arzt vor. 17 Prozent von ihnen – also jeder fünfte – gaben an, keinen ärztlichen Medikationsplan von ihrem behandelnden Arzt erhalten zu haben, obwohl dies bereits ab drei verordneten Arzneimitteln gesetzlich vorgesehen ist. Einen solchen bundeseinheitlichen Medikationsplan hatten nur 29 Prozent der Befragten. Immerhin 88 Prozent von ihnen haben diesen Medikationsplan dem Krankenhausarzt bei der Aufnahme vorgelegt. Dies zeigt, dass Patientinnen und Patienten bereit sind, diese Informationen zur Verfügung zu stellen. Der Medikationsplan ist seit dem 1. Oktober 2016 gesetzlich vorgesehen und war im Betrachtungsjahr 2017 des Reports also noch relativ neu.

Neue Arzneimittelverordnungen bei Krankenhausentlassung

Informationsdefizite können bei der Krankenhauserkrankung für die Patientinnen und Patienten genau so gefährlich sein, wie bei der Krankenhausaufnahme. Mehr als ein Drittel der Krankenhauspatienten (Brandenburg: 39,5 Prozent, Berlin: 35,1 Prozent) erhalten nach einem Krankenhausaufenthalt einen neuen Wirkstoff verordnet. Häufig handelt es sich dabei um Mittel zur Senkung des Bluthochdrucks oder des Cholesterinspiegels. Bei unseren Analysen ist aufgefallen, dass viele dieser Wirkstoffe auch noch im vierten Quartal nach dem Krankenhausaufenthalt weiterverordnet werden. Dies gilt auch für Wirkstoffe, bei denen ein dauerhafter Einsatz höchst bedenklich ist.

Beispiel: Pantoprazol und Metamizol

23 Prozent der Krankenhauspatienten erhielten im Jahr 2017 im Bundesdurchschnitt auch noch im vierten Quartal nach der Krankenhausentlassung eine Verordnung für den Wirkstoff Pantoprazol. Pantoprazol gehört zu den Protonenpumpeninhibitoren (PPI). Sie hemmen die Magensäuresekretion und können säurebedingte Erkrankungen wie zum Beispiel Sodbrennen bessern. Einmal eingenommen, verschaffen sich PPI ihre Indikation selbst. Wenn symptomfreie Menschen PPI über Wochen einnehmen, kommt es nach dem Absetzen des PPI zum Auftreten von Sodbrennen aufgrund einer reflexartigen Überausschüttung von Magensäure. Bei Menschen mit kardiovaskulären Vorerkrankungen können PPI außerdem das Risiko für Herzinfarkte und Schlaganfälle erhöhen. Ein dauerhafter Einsatz dieses Wirkstoffs wird in der medizinischen Forschung deshalb kritisch gesehen. Das gleiche gilt für den Wirkstoff Metamizol, der im Jahr 2017 immerhin bei jedem achten Krankenhauspatienten verordnet wird. Metamizol ist ein starkes Schmerzmittel, dessen Verordnung trotz Warnungen der Zulassungsbehörden kontinuierlich steigt. Wird Metamizol über einen Zeitraum von über einer Woche eingenommen, steigt das Risiko an Agranulozytose zu erkranken, bei der es zu einer Verminderung der Granulozyten (Untergruppe der weißen Blutkörperchen) kommt. Ärzten wird empfohlen, bei Patienten mit einer längeren Metamizol-Verordnung, ein Blutbild zu erstellen, um das Risiko einer Agranulozytose zu kontrollieren.

Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte sind in der Pflicht

Diese Beispiele machen deutlich, wie wichtig es ist, dass sich niedergelassene Ärzte und Krankenhausärzte über die Medikation abstimmen. Nach einem Krankenhausaufenthalt sind die Hausärztinnen und –ärzte in der Pflicht, die Medikation und den Entlassbrief auf Unplausibilitäten zu prüfen, gegebenenfalls mit dem Krankenhaus Rücksprache zu halten und ihre Patientinnen und Patienten entsprechend aufzuklären. Das führen des seit 2016 gesetzlich vorgesehenen bundeseinheitlichen Medikationsplans ab drei Wirkstoffverordnungen ist dabei unverzichtbar.

Digitale Angebote können sektorenübergreifenden Informationsaustausch erleichtern

Den niedergelassenen Ärzten und den Krankenhausärzten kann allerdings nicht die Schuld für Schnittstellenprobleme zwischen der ambulanten und stationären Versorgung gegeben werden. Vielmehr sind es unzureichend organisierte Prozesse, die den sektorenübergreifenden Informationsaustausch so schwierig machen. Digitale Anwendungen, die derzeit entwickelt werden, können hier eine deutliche Verbesserung bringen. Die elektronische Patientenakte, die ab dem nächsten Jahr zur Verfügung stehen wird, sieht vor, dass auch der bundeseinheitliche Medikationsplan abgespeichert und von den Patienten für die behandelnden Ärzte freigegeben werden kann. Da es nur die Krankenkassen sind, die so umfassende Informationen über ihre Versicherten haben, sieht sich die BARMER in der Pflicht, weitere Lösungsangebote zu entwickeln. Mit den beiden vom Innovationsfonds geförderten Projekten AdAM (Anwendung für ein digitalgestütztes Arzneimitteltherapie- und Versorgungs-Management) und TOP (Transsektorale Optimierung der Patientensicherheit) erprobt die BARMER derzeit gemeinsam mit Krankenhäusern, niedergelassenen Ärzten und Apotheken softwarebasierte Informations- und Austauschmöglichkeiten, um mehr die Sicherheit der Arzneimitteltherapien zu erhöhen.

Wenn Medikation und Krankenhausaufenthalt zum Gesundheitsrisiko werden

Vorstellung des BARMER-Arzneimittelreports 2020

Berlin, 15. Dezember 2020

Polypharmazie – Wo ist das Problem?

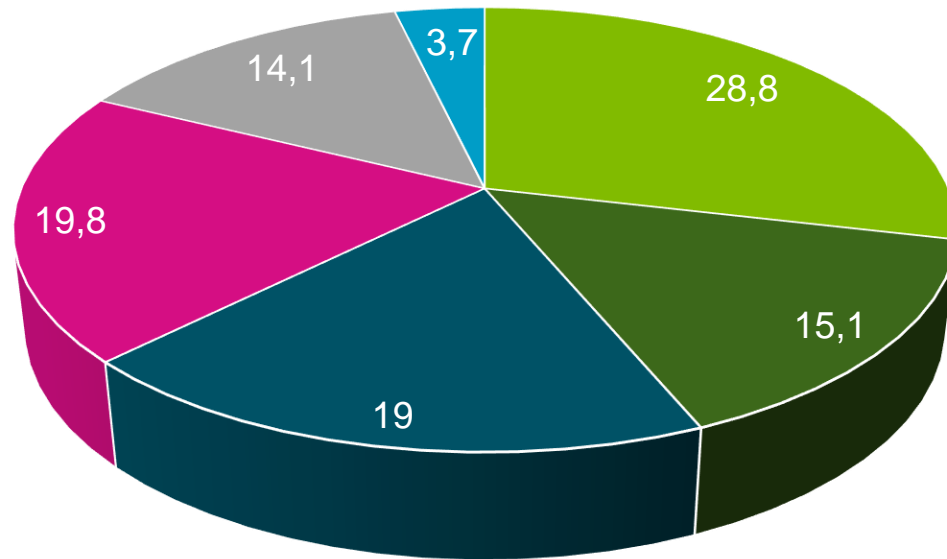
Fehlender Informationsaustausch kann zum Gesundheitsrisiko werden

- Von **Polypharmazie** ist die Rede, wenn ein Patient oder eine Patientin gleichzeitig Arzneimittel mit mindestens **5 Wirkstoffen** über einen Zeitraum von mindestens **28 Tagen** einnimmt.
- Von Polypharmazie betroffen sind häufig **ältere Menschen**, Menschen mit **chronischen Erkrankungen** und **multimorbide Patientinnen und Patienten**.
- Die alleinige Anzahl verordneter Wirkstoffe sagt noch nichts über die **Qualität** der Arzneimitteltherapie aus. Aber je mehr Ärzte Verordnungen ausstellen, desto höher das Risiko, dass der Überblick verloren geht und Wechsel- und Nebenwirkungen auftreten.
- Ausgerechnet bei einem **Krankenhausaufenthalt** kann die Medikation außer Kontrolle geraten, wenn die Informationen zwischen niedergelassenen Arztpraxen und Krankenhäusern vor der Aufnahme in ein Krankenhaus und nach der Entlassung nicht fließen.

Wer verordnet Arzneimittel?

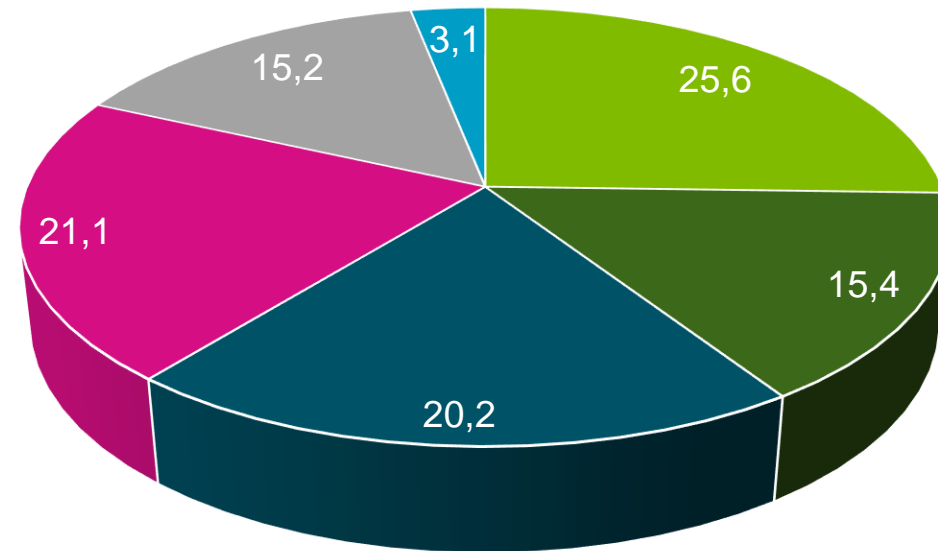
Vollstationär behandelte Patienten mit Anzahl der behandelnden niedergelassenen Ärzte im halben Jahr vor Krankenhauseinweisung (2017)

Berlin in Prozent im Jahr 2017



■ 5+ ■ 4 ■ 3 ■ 2 ■ 1 ■ 0

Brandenburg in Prozent im Jahr 2017

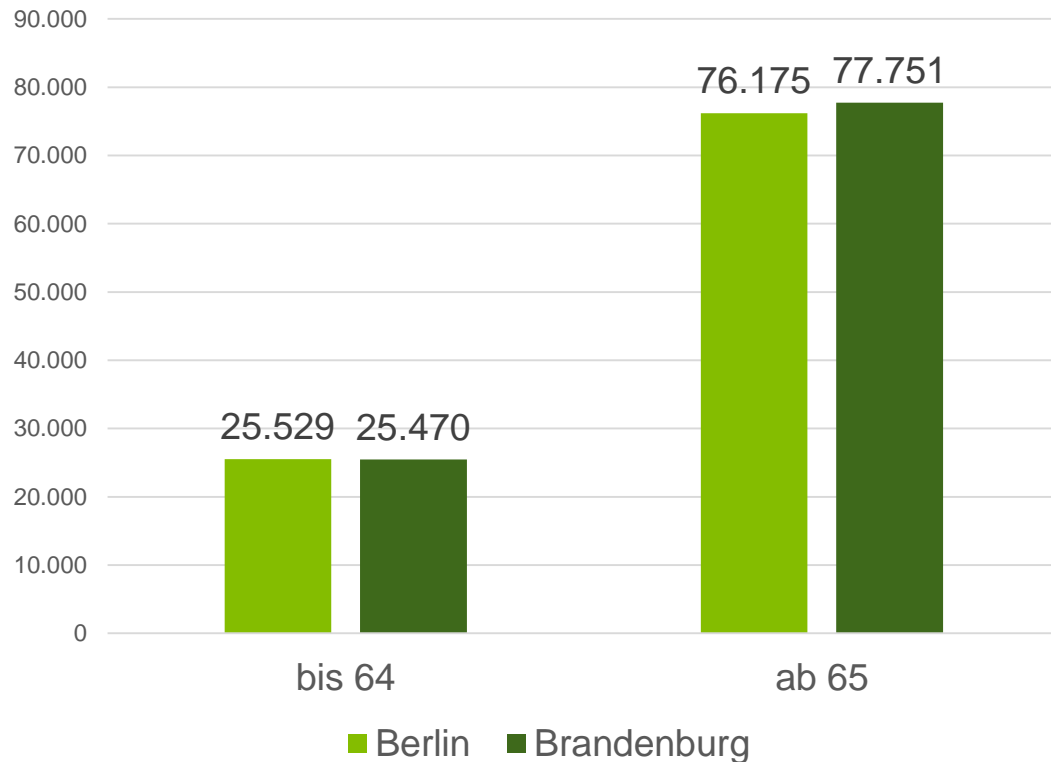


■ 5+ ■ 4 ■ 3 ■ 2 ■ 1 ■ 0

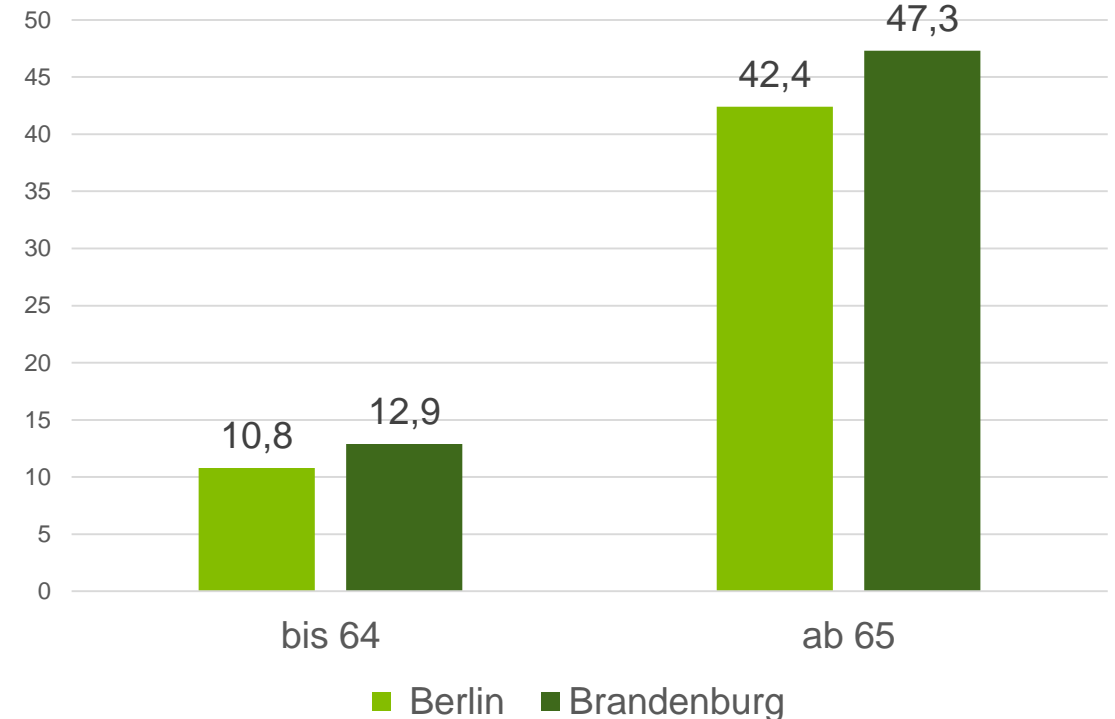
Polypharmazie am Tag der Krankenhausaufnahme

Fast die Hälfte der Krankenhauspatienten über 65 Jahre sind Polypharmazie-Patienten

Patienten mit mehr als 5 verordneten Wirkstoffen am Tag der Krankenhausaufnahme (2017)



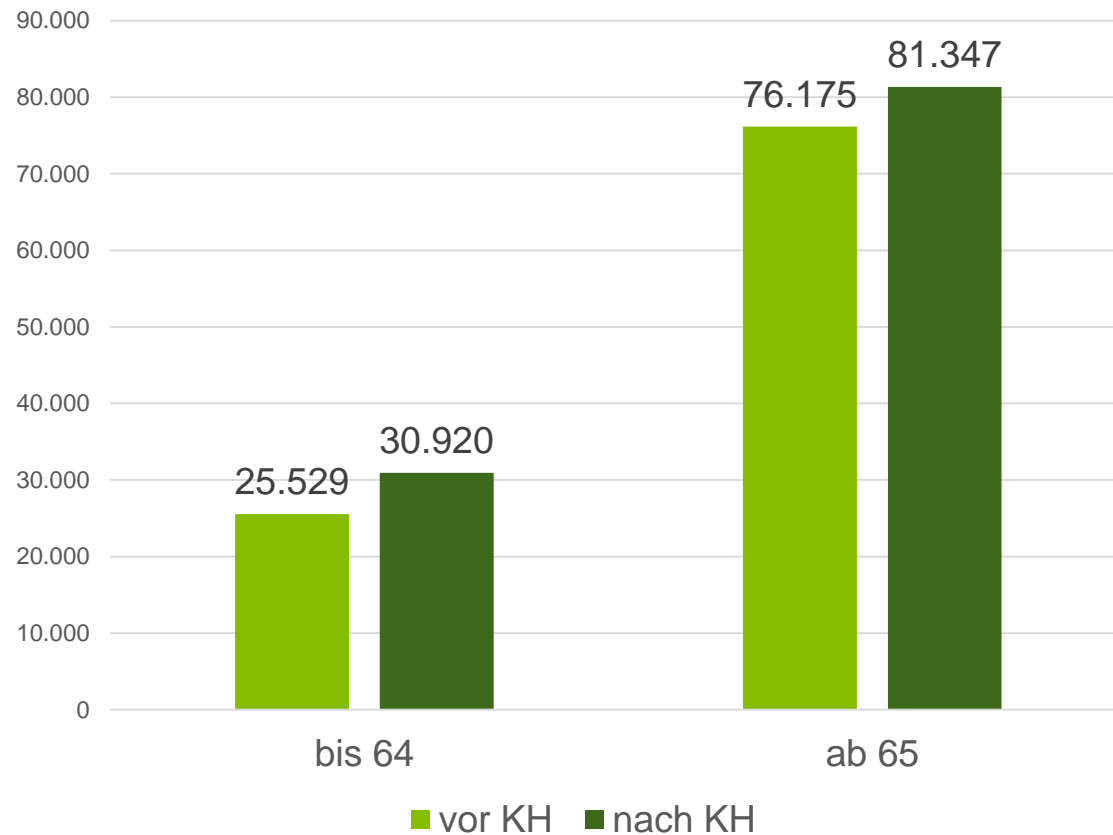
Anteil der Patienten mit mehr als 5 verordneten Wirkstoffen am Tag der Krankenhausaufnahme (2017)



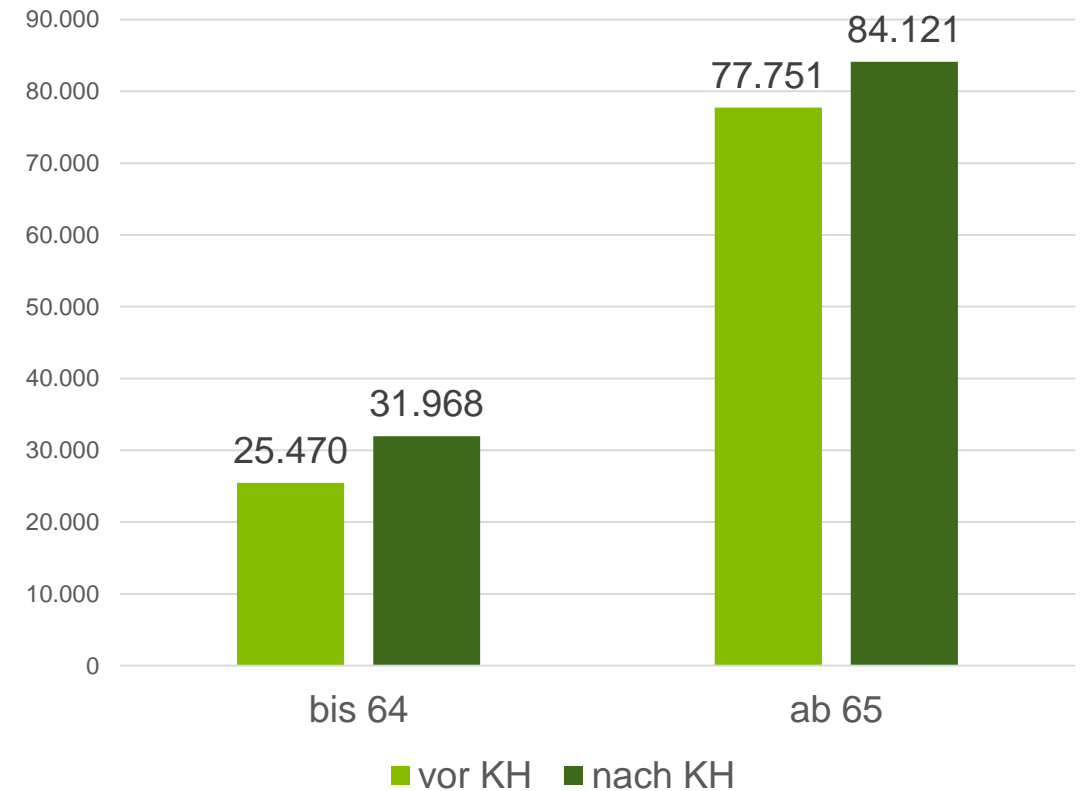
Polypharmazie nach Krankenhausentlassung

Mehr Arzneimittelverordnungen nach einer Krankenhausentlassung

Polypharmazie-Patienten vor und drei Quartale nach
Krankenhausaufenthalt in **Berlin** (2017)

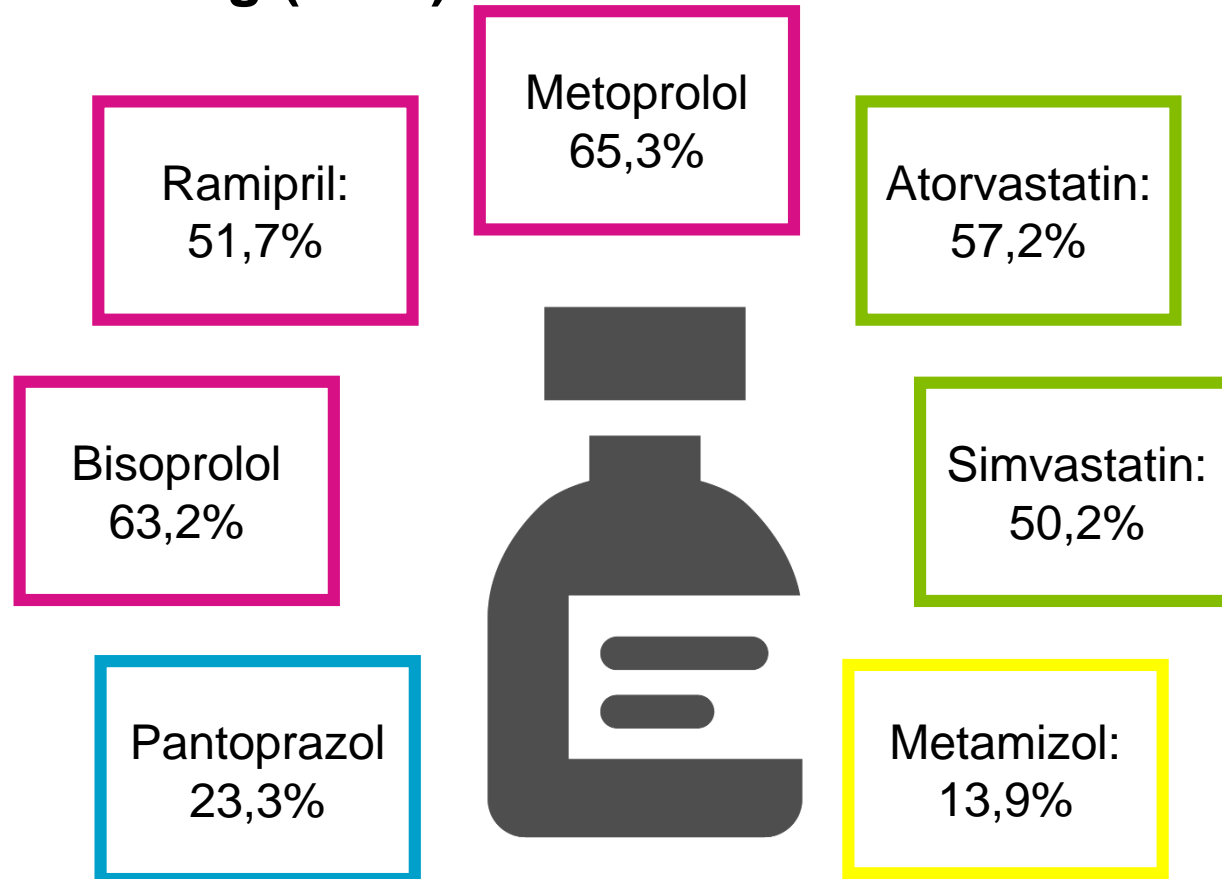


Polypharmazie-Patienten vor und drei Quartale nach
Krankenhausaufenthalt in **Brandenburg**
(2017)



Häufig neu verordnete Arzneimittel

Häufig neu verordnete Wirkstoffe in den ersten neun Tagen nach Krankenhausentlassung mit Weiterverordnung auch noch im vierten Quartal nach Krankenhausentlassung (2017)



Potenziell ungeeignete Arzneimittel für ältere Patienten

Nach einem Krankenhausaufenthalt wird bei älteren Patienten eher ein potenziell inadäquates Arzneimittel angesetzt als abgesetzt

PIM = Potenziell ungeeignete Arzneimittel für ältere Patienten.

7,6 Prozent der über 65-jährigen Krankenhauspatienten hatten am Tag der Krankenhausaufnahme mindestens ein dosisunabhängiges PIM in ihrer Medikation (2017).

2,5 Prozent der Krankenhauspatienten erhielten im halben Jahr nach dem Krankenhausaufenthalt für mindestens ein PIM keine Verordnung mehr (2017).

2,9 Prozent der Krankenhauspatienten haben jedoch in den ersten neun Tagen nach Krankenhausentlassung Verordnungen mit neuen dosisunabhängigen PIM-Wirkstoffen eingelöst, das heißt mit Wirkstoffen, die die Patienten zum Zeitpunkt der Krankenhausaufnahme nicht anwendeten (2017).

Zwischenfazit

An der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung läuft etwas schief

- Die Analysen des Arzneimittelreport legen nahe, dass es an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung Informationsdefizite über die Medikation der Patientinnen und Patienten gibt.
- Der Anteil der Patientinnen und Patienten mit Polypharmazie ist schon bei der Aufnahme ins Krankenhaus sehr hoch – besonders bei den älteren Patientinnen und Patienten.
- Bei der Entlassung aus dem Krankenhaus erhöht sich der Anteil der Polypharmazie-Patienten weiter und zwar langfristig.
- Es gibt Anzeichen, dass Polypharmazie-Patienten teilweise riskante Arzneimittel-Cocktails zu sich nehmen.
- Es bestehen Zweifel daran, dass Krankenhausärzte bei der Aufnahme der Patienten Kenntnis über alle Arzneimittelverordnungen ihrer niedergelassenen Kollegen haben. Umgekehrt wissen diese nach der Krankenhausentlassung oftmals nicht über die Verordnungen der Krankenhausärzte bescheid.

Was sagen die Versicherten?

Ergebnisse einer bundesweiten, repräsentativen Umfrage der BARMER

Mitführen von Unterlagen zur Information des Krankenhausarztes oft mangelhaft

- 17 Prozent der Patienten mit Polypharmazie – also jeder fünfte – gaben an, keinen ärztlichen Medikationsplan erhalten zu haben, obwohl dieser seit Oktober 2016 ab drei verordneten Arzneimitteln gesetzlich vorgesehen ist.
- Nur 29 Prozent verfügten über einen bundeseinheitlichen Medikationsplan mit QR-Code.
- Bei jedem dritten Patienten mit Verordnungen von mehreren Ärzten war der Medikationsplan bezüglich der verschreibungspflichtigen Arzneimittel unvollständig.
- Bei sechs von zehn Patienten waren die Angaben zur Selbstmedikation unvollständig oder fehlerhaft.
- 88 Prozent der Versicherten, die einen Medikationsplan hatten, haben diesen dem Krankenhausarzt bei Aufnahme vorgelegt.

Was sagen die Versicherten?

Ergebnisse einer bundesweiten, repräsentativen Umfrage der BARMER

- Von den Patienten, die nicht als Notfall, sondern mit einer ärztlichen Einweisung ins Krankenhaus kamen, bekamen nur zwei von drei Unterlagen des einweisenden Arztes zur medizinischen Vorgeschichte mit.
- Bei der Krankenhausaufnahme wurden bei jedem zehnten Patienten die Vorerkrankungen nicht erfragt, bei jedem 20. wurden die Arzneimitteltherapie oder bestehende Allergien nicht abgefragt.

Unzureichende Aufklärung im Krankenhaus über neuverordnete Arzneimittel

- Nur jeder Siebente gab an, dass er sich voll und ganz bezüglich der möglichen Nebenwirkungen der Medikation aufgeklärt fühlt.
- 30 Prozent der Befragten gaben an, dass ihnen die neue Medikation nicht erklärt worden ist.

Fazit

- Die Ursache für den mangelnden Informationsaustausch ist nicht bei den einzelnen Ärzten zu suchen, sondern bei unzureichend organisierten und nicht adäquat digital unterstützten Prozessen der sektorenübergreifenden Versorgung.
- Die elektronische Patientenakte kann hier ein erster Schritt für mehr Transparenz und Sicherheit bei der Arzneimitteltherapie sorgen.
- Die niedergelassenen Ärzte stehen in der Pflicht, nach der Krankenhausentlassung die Entlassbriefe und Medikation ihrer Patienten auf Unplausibilitäten zu prüfen und wenn erforderlich Rücksprache mit den Krankenhausärzten zu führen. Der seit 2016 gesetzlich vorgesehene Medikationsplan ab drei Wirkstoffverordnung ist unverzichtbar.
- Patientinnen und Patienten sind gefordert, behandlungsrelevante Informationen von ihrem behandelnden Arzt einzuholen, wenn Sie ins Krankenhaus eingewiesen werden.
- Krankenkassendaten können Ärzten die Arbeit erleichtern, indem behandlungsrelevante Daten zur Verfügung gestellt werden. Die BARMER engagiert deshalb mit den zwei Innovationsprojekten AdAM und TOP.

Vielen Dank