

Begleitende ABS-Maßnahmen zur patientenbezogenen Sonderanforderung für Reserveantibiotika (pbSA) – Potential und Grenzen

Dahse¹ K, Mayer¹ S, Lerner² J, Klemann¹ P, Krötsch¹ U
¹ Johannes-Apotheke KV, Gröbenzell, Deutschland
² Rotkreuzklinikum München Nymphenburger Straße, Deutschland

Hintergrund

Durch ABS-Strategien wie z.B. die Gründung eines ABS-Teams, die regelmäßige Antibiotika (AB)-Visite, die Einführung der pbSA für Reserve-AB und die Erarbeitung von Leitlinien kann neben dem besten klinischen Behandlungsergebnis auch die Kosten- und Verbrauchsentwicklung positiv beeinflusst werden. Die standardisierte Erhebung der Antibiotikaverbrauchsichte gemäß IfSG §23 und der Vergleich mit Referenzzahlen liefert einen Ansatz, Fehlentwicklungen im Verordnungsverhalten offenzulegen und zu verfolgen.

Methode

ABS-Maßnahmen auf Normalstation:

1. Einführung pbSA für Carbapeneme und MRSA-AB mit Prüfung der Indikationsstellung vor Auslieferung ab 06/2013,
2. AB-Visite 2/Woche durch Apotheker und klin. Mikrobiologen im Rahmen der Medikationsanalyse auf 4 Stationen, anonymisierte Erfassung von AB-Interventionen in Access-Datenbank ab 10/2012,
3. Erstellung von AB-Leitlinien durch ABS-Team mit Ärzten aller Fachabteilungen ab 2013.

Standardisierte Erfassung der Verbrauchsichte durch:

1. Erstellen eines Makros für das Warenwirtschaftssystem PROKAS,
2. Pflege einer zentralen Datenbank über alle AB-Präparate mit Wirkstoff, Applikationsweg, RDD, DDD,
3. Anfordern der Pflagegetage (PT) von festem Ansprechpartner des KH,
4. Berechnung der RDD bzw. DDD/100 PT aller AB bzw. AB-Klassen quartalsweise ab 2012.

Ergebnisse

Population & AB-Interventionen

Im Rahmen der Kurvenvisite wurden von 10/2012-12/2015 die Patientenakten von 5537 Patienten analysiert. Knapp jeder dritte Patient hatte eine Antibiotikatherapie, 29% der Patienten eine eingeschränkte Nierenfunktion (GFR <60ml/min). Bei 2550 Patienten (46%) wurden 4030 arzneimittelbezogene Probleme, darunter 698 mal durch Antibiotika verursacht, festgestellt. Abb. 1 zeigt die Empfehlungen bei Problemen aufgrund der Antibiotikatherapie bei 642 Patienten.

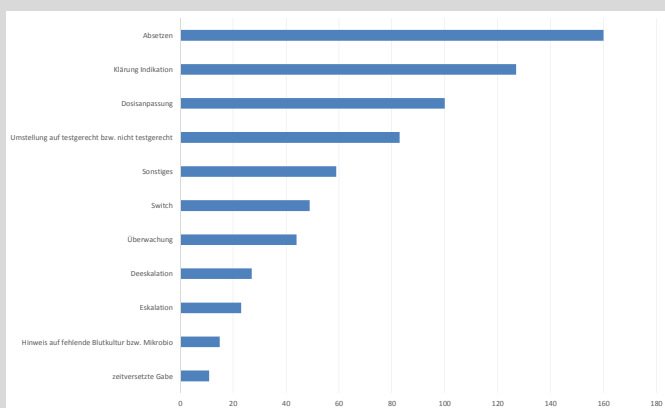


Abbildung 1: AB-Interventionen 10/2012-12/2015

Carbapenemverbrauchsichte

Durch Einführung der pbSA wurde die Verbrauchsichte der Carbapeneme auf Normalstation um 43% (12 Monate vor pbSA \emptyset 3,0 RDD/100 PT, 12 Monate nach pbSA \emptyset 1,7 RDD/100 PT) sprunghaft reduziert, s. Abb. 2. Eine leicht rückläufige Verbrauchsichte in der Gesamtheit systemischer Antinfektiva, Normalstation (12 Monate vor \emptyset pbSA 36,3 RDD/100 PT, 12 Monate nach pbSA \emptyset 32,7 RDD/100 PTT) wurde erreicht, s. Abb. 3. Nach Einführung der pbSA für Carbapeneme wurden AB-Leitlinien erstellt und im Rahmen der ABS-Visiten fortlaufend kommuniziert.

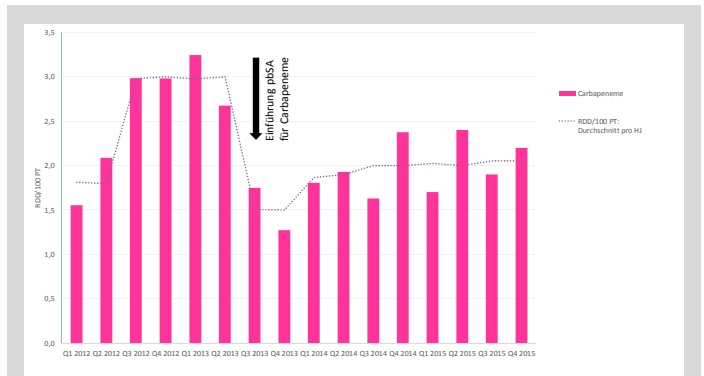


Abbildung 2: Carbapeneme: Normalstation 2012-2015

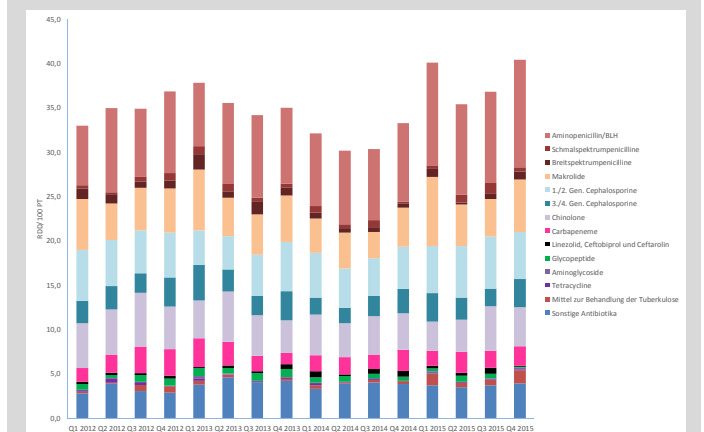


Abbildung 3: Systemische Antibiotikatherapie: Normalstation 2012-2015

Fazit

Durch die pbSA ist die Reduktion eines erhöhten Carbapenemverbrauchs erreichbar. Während eine reine Restriktion nicht nachhaltig ist, konnten wir durch begleitende ABS-Maßnahmen das Verordnungsverhalten fortwährend beeinflussen. Im zeitlichen Zusammenhang mit der Einführung der pbSA kommt es nicht zum Mehrverbrauch anderer AB. Durch Restriktion der Carbapeneme konnten zusätzlich wirtschaftliche Einsparungen generiert werden.

Quelle

- 1) Dtsch med Wochenschr 2015; 140(23): e237-e246, DOI: 10.1055/s-0041-105938
- 2) Davey P, Brown E, Charani E, et al. Interventions to improve antibiotic prescribing practices for hospital inpatients. Cochrane Database Syst Rev 2013;4:CD003543.