

Versorgung in einer alternden Gesellschaft: Koordiniertes Versorgungsmanagement für ältere und multimorbide Patienten

CLAUDIA KORF, BEAUFTRAGTE FÜR SOZIAL- UND GESUNDHEITSPOLITISCHE FRAGEN DER BARMER GEK BEIM BUND



Der zunehmende Anteil älterer und hochbetagter Menschen stellt das deutsche Gesundheitswesen vor eine besondere Herausforderung. Das Morbiditätsspektrum verschiebt sich hin zu chronischen Erkrankungen. Die Komplexität des Morbiditätsgeschehens wird deutlich, wenn man das Ineinandergreifen chronisch fortschreitender Erkrankungen mit den degenerativen Veränderungen im Alter (nachlassende Körperfunktionen, altersassoziierte Stoffwechselveränderungen) berücksichtigt. Zugleich steigt mit der Zahl der (Grund-) Erkrankungen die Anzahl der verordneten Wirkstoffe. Die Dauermedikation mit fünf oder mehr Arzneimitteln (Polypharmazie) ist wiederum ein bedeutender Risikofaktor für das Auftreten unerwünschter Arzneimittelereignisse. Diese führen häufig zu Krankenhausaufenthalten. Aus Sicht einer großen Krankenkasse mit hohem Anteil älterer Versicherter besteht hier eindeutig Handlungsbedarf.

Demografische Entwicklung verschärft den besonderen Versorgungsbedarf

Trotz steigender Lebenserwartung und Annahme der Gültigkeit der Morbiditätskompressionshypothese wird infolge des zunehmenden Durchschnittsalters der Bevölkerung die absolute Zahl der Sterbefälle in den kommenden Jahrzehnten wachsen. Dies führt selbst unter Berücksichtigung anhaltender Zuwanderung zu einem spürbaren Rückgang der Bevölkerung in Deutschland (von gegenwärtig 81,8 auf 77,4 Millionen Menschen).

Der Anteil der über 65-Jährigen an den Erwerbstätigen wird sich bis zum Jahr 2060 von derzeit 34 Prozent auf ca. 70 Prozent verdoppeln.

Die wichtigsten demografischen Trends

- Jede nachkommende Generation ist nur noch rund zwei Drittel so groß wie die vorhergehende.
- Bis 2030 wird es sechs Millionen Menschen weniger zwischen 20 und 64 geben, dafür rund fünf Millionen mehr über 65.
- In den vergangenen 50 Jahren ist die Lebenserwartung bei Männern wie bei Frauen um elf Jahre gestiegen (wobei Frauen durchschnittlich acht Jahre länger leben als Männer).
- Bis 2030 steigt die durchschnittliche weitere Lebenserwartung von 65-Jährigen um weitere zwei Jahre.
- Die durchschnittliche Rentenbezugsdauer hat sich in den letzten 50 Jahren von 9,9 Jahren im Jahr 1960 auf 18,2 Jahre im Jahr 2009 nahezu verdoppelt.

Die Verschiebung von akuten hin zu chronischen, degenerativen Erkrankungen wird das Anforderungsprofil der Gesundheitsversorgung der Zukunft bestimmen. Krankenhausbehandlungen werden tendenziell zunehmen. Die Verzahnung des stationären mit dem ambulanten Sektor hin zu flexiblen Versorgungsketten wird bis dahin die Hauptaufgabe für die Akteure im deutschen Gesundheitswesen.

In Deutschland steigt der Anteil der Älteren an der Gesamtbevölkerung kontinuierlich. Im Jahr 2035 werden Bevölkerungsprognosen zufolge mehr als die Hälfte der Menschen in Deutschland über 50 Jahre alt sein; jeder Dritte wird zu diesem Zeitpunkt bereits älter als 60 Jahre alt sein. Der Anteil der über 65-Jährigen, die noch erwerbstätig sind, wird sich bis zum Jahr 2060 auf 70 Prozent nahezu verdoppeln.

82 Prozent aller Pflegebedürftigen in Deutschland sind 65 Jahre oder älter, jeder dritte Pflegebedürftige ist bereits über 85 Jahre. Im Alter über 90 Jahre ist die Hälfte der Bevölkerung pflegebedürftig.

Wir haben bereits gegenwärtig eine leichte Dominanz des Frauenanteils in der älteren Bevölkerung (16,2 Prozent Frauen zu 14,4 Prozent Männer in der Altersklasse 65 bis 80 Jahre); in der Bevölkerungsgruppe der über 80-Jährigen gibt es 2010 fast doppelt so viele Frauen wie Männer. Geht man davon aus, dass sich die Zahl der über 65-Jährigen bis 2030 um ein Drittel erhöht, steigt zugleich die Ungleichverteilung in der Gruppe der Hochbetagten zugunsten der Frauen. Für die BARMER GEK als Krankenkasse mit einem hohen Frauenanteil ergibt sich somit ein überproportionaler Handlungsanreiz, aber auch ein überdurchschnittliches Handlungspotenzial hinsichtlich der optimierten Versorgung älterer Menschen.

Was erwartet uns, wenn wir älter werden?

Jeder will lange leben, aber niemand will wirklich alt werden. Der natürliche Alterungsprozess ist unumkehrbar und endet zwangsläufig mit dem Tod. Doch bis dahin muss (fast) jeder einen beschwerlichen Weg gehen. Um vermeidbare Belastungen zu reduzieren, suchen engagierte Krankenkassen mit ihren ärztlichen Vertragspartnern nach neuen Wegen, die Versorgung älterer und häufig multimorbider Patientinnen und Patienten zu verbessern.

Mit 65 Jahren müssen wir damit rechnen, dass

- wir weiter arbeiten,
- unsere Körperfunktionen weiter nachlassen,
- wir Bezugspersonen verlieren und die Sozialkontakte spätestens mit dem Austritt aus dem Erwerbsleben deutlich nachlassen,
- die Wahrscheinlichkeit für Multimorbidität und Polypharmazie spürbar steigt und
- infolgedessen das Risiko der Pflegebedürftigkeit zunimmt.

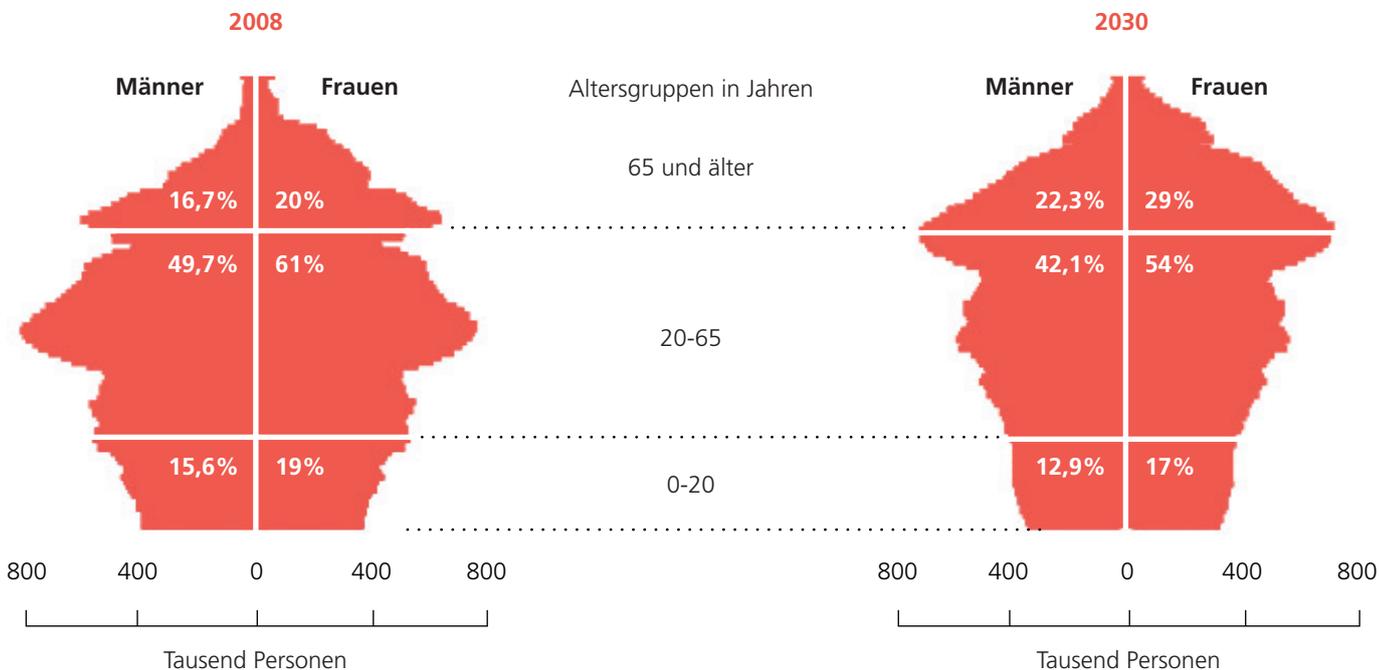
Das klingt gerade für junge Menschen nach einer düsteren Prognose. Sie deckt aber bei weitem nicht ab, was es bedeutet, alt zu sein. Jugendlichkeit wird in einer alternenden Gesellschaft zum raren Gut, kann aber nicht länger als deren Maßstab gelten.

Was erwartet uns, wenn wir alt werden?

- Belastende biografische Ereignisse wie Verlust des Arbeitsumfelds oder Tod von Angehörigen,
- Vitalitätsverlust durch nachlassende Muskelkraft,

Altersaufbau der Bevölkerung in Deutschland

Voraussichtliche Entwicklung der Bevölkerung nach Altersgruppen in Tausend / Anteil in % an der Gesamtbevölkerung



Quelle: 2030: Ergebnisse der 12. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung (Variante Untergrenze der mittleren Bevölkerung)

Bis 2030 wird der Anteil der über 65-Jährigen an der Gesamtbevölkerung stark zunehmen. Einem Szenario zufolge steigt der Anteil der Männer dieser Altersgruppe von 16,7 auf 22,3 Prozent. Bei den Frauen soll der Anteil von 20 auf 29 Prozent zunehmen.

- Sehschwäche,
- eingeschränkte Hörfähigkeit,
- unfreiwilliger Gewichtsverlust,
- nachlassende kognitive Leistungsfähigkeit,
- Schlafstörungen,
- Mobilitätseinschränkungen (Gehgeschwindigkeit, Gleichgewicht, Gelenkbeschwerden),
- abnehmende Handgriffstärke,
- Schmerzen,
- Depression.

Die medikamentöse Therapie von Krankheiten spielt mit steigendem Lebensalter eine zunehmende Rolle. Die sich verändernde Physiologie und die zunehmende Zahl von (chronischen) Krankheiten im Alter führt aber zu einer höheren Wahrscheinlichkeit, dass Medikamente selbst das Wohlbefinden der Patienten beeinträchtigen. Gerade die nicht immer kalkulierbaren Wechselwirkungen von Wirkstoffen, Ernährung und Verhaltensmustern kann zu gesundheitlichen Gefahren führen. Und häufig genug wird

mit Medikamenten wegbehandelt, was zuvor medikamentös verursacht wurde. Rationale Pharmakotherapieentscheidungen müssen daher gerade für Patienten höheren Lebensalters diese Aspekte stärker fokussieren.

Zu den altersphysiologischen Veränderungen gehört beispielsweise ein vermehrter Flüssigkeits- und Kochsalzverlust bei älteren Personen. Hinzu treten ein vermindertes Durstgefühl und die Angst vor Inkontinenz bzw. der Unbequemlichkeit häufiger Toilettengänge. Wenn der Patient dann noch OTC erworbene Diuretika oder Laxantien zu sich nimmt, erhöht sich das Risiko einer Dehydration enorm. Auch Stürze sind im Alter sehr häufig. 40 Prozent der über 80-Jährigen stürzen mindestens einmal im Jahr. Muskelschwäche, Sehstörungen oder Lähmungen z.B. nach einem Schlaganfall können die Auslöser sein, aber auch Medikamente, die Schwindel als Begleiterscheinung auslösen.

Mit zunehmendem Alter steigt die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten mehrerer chronischer Erkrankungen (Multimorbidität). Mit fortschreitender Alterung nehmen

zudem die funktionellen Störungen und Einschränkungen der Körperfunktionen zu. Diese Begleiterscheinungen des normalen Alterungsprozesses treten in Wechselwirkung mit einem komplexen Krankheitsgeschehen. Auch Pflegebedürftigkeit ist alterskorreliert und eine häufige Folge von Multimorbidität.

Multimorbidität

Multimorbidität führt bei leitliniengerechter Behandlung quasi automatisch zu Polypharmazie. Da ältere Menschen einerseits ein höheres Risiko vielfacher zeitgleicher Erkrankungen haben und andererseits unter altersbedingten Stoffwechseleränderungen sowie Funktionseinschränkungen leiden, ist bei ihnen die Wahrscheinlichkeit, dass es infolge der Polypharmazie zu unerwünschten Arzneimittelereignissen kommt, deutlich erhöht.

Man spricht von Multimorbidität, wenn gleichzeitig mehr als fünf Krankheiten vorliegen. Die Prävalenz dafür liegt im internationalen Durchschnitt für die Personengruppe der über 70-Jährigen bei 88 Prozent. Im Wesentlichen sind folgende Krankheiten betroffen:

- Herz-, Kreislauferkrankungen (wie Infarkt, Angina

pectoris, Herzinsuffizienz, Herzrhythmusstörungen, Hypertonie),

- Schlaganfall,
- Atemwegserkrankungen (wie Asthma bronchiale, chronische Bronchitis),
- Krebserkrankungen,
- Depression, Angststörungen,
- Diabetes mellitus,
- Gelenkerkrankungen (wie Rheuma, Arthrose)
- Chronische Schmerzen,
- Schwindel, Tinnitus, Schwerhörigkeit,
- Augenerkrankungen (wie grauer und grüner Star, Makuladegeneration)
- Demenz,
- Inkontinenz,
- Dekubitus.

Häufig wird auch vom Geriatrischen Syndrom gesprochen. Hierbei ist Polypharmazie als Folge der Multimorbidität ein fester Bestandteil des Erscheinungsbildes. Zugleich muss mit einer herabgesetzten Medikamententoleranz gerechnet werden, da sowohl die Aufnahme der Wirkstoffe, ihre Verteilung im Körper als auch ihre Ausscheidung aufgrund der

Multimorbidität – mehr als fünf Krankheiten zugleich

Prävalenz von mindestens fünf Krankheiten liegt bei über 70-Jährigen im internationalen Durchschnitt bei 88 %

- Schlaganfall
- Herz-Kreislaufkrankheiten (Infarkt, Angina pectoris, Herzinsuffizienz, Herzrhythmusstörungen...)
- Atemwegserkrankungen (Asthma bronchiale, chronische Bronchitis...)
- Krebserkrankungen
- Hypertonie
- Depression, Angststörungen
- Diabetes mellitus



Quelle: Barmer GEK, Korf

Multimorbidität geht häufig bei leitliniengerechter Behandlung mit Polypharmazie einher.

Geriatrisches Syndrom

- Polypharmazie infolge Multimorbidität
- herabgesetzte Medikamententoleranz (Aufnahme, Verteilung, Ausscheidung)
- häufige Krankenhausbehandlung
- Kombination somatischer und psychischer Schädigungen
- Immobilität
- Sturzneigung
- kognitive Defizite
- Fehl-, Mangelernährung
- Störungen Flüssigkeits-/Elektrolythaushalt



Quelle: Barmer GEK, Korf

Polypharmazie ist ein fester Bestandteil des Erscheinungsbildes Geriatrisches Syndrom.

veränderten Stoffwechselprozesse älterer Menschen nicht denen der Testpersonen aus Arzneimittelstudien entsprechen. Hinzu treten häufige Krankenhausbehandlungen. Typischerweise treten gleichzeitig somatische und psychische Schädigungen auf. Die betroffenen Personen sind stark in ihrer Mobilität eingeschränkt, neigen zu Stürzen, sind oft fehl- oder mangelernährt mit entsprechenden Störungen im Flüssigkeits- und Elektrolythaushalt. Viele weisen auch kognitive Defizite auf.

Wir werden durchschnittlich immer älter. Aber die hinzugewonnene Lebenszeit ist in der Regel nicht frei von körperlichen und psychischen Beschwerden. Multimorbidität wird für einen immer größeren Anteil der Bevölkerung zum Alltag. Damit verbunden stellt sich die Frage, wie es gelingen kann, der wachsenden Zahl von älteren Menschen ein möglichst langes Leben in weitgehender Selbstständigkeit und mit einer optimalen (= qualitativ guten, bedarfsorientierten und bezahlbaren) gesundheitlichen Versorgung zu ermöglichen.

Zwei Drittel der über 65-Jährigen weisen mindestens zwei chronische Erkrankungen auf

Multimorbidität ist mehr als die Summe der einzelnen Erkrankungen und es fehlt an Leitlinien, die sich auf ältere Patienten mit mehreren chronischen Erkrankungen beziehen. „Leitlinien für Patienten mit Mehrfacherkrankungen sollten das individuelle Setzen von Behandlungsprioritäten unterstützen, an den Gesamtzustand des Patienten sowie seine Ressourcen und Fähigkeiten adaptiert sein und seine Lebenserwartung sowie individuelle Situation berücksichtigen“ (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2009), „Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens, Kurzfassung, S. 4).

Multimorbidität führt zu

- vermehrten Arztkontakten,
- häufigeren (und längeren) Krankenhausaufenthalten sowie
- einer steigenden Zahl von Arzneimittelverordnungen.

Polypharmazie

Unter Polypharmazie versteht man die dauerhafte, gleichzeitig bestehende Anwendung von mehr als fünf Arznei-

mitteln. Frauen sind davon in der Regel stärker betroffen als Männer. Die Prävalenz bei den über 65-Jährigen liegt unter Einbeziehung der Selbstmedikation (OTC) bei über 50 Prozent. Polypharmazie bedarf nicht zwingend mehrerer Grunderkrankungen. Sie kann bereits bei einer schwerwiegenden chronischen Erkrankung auftreten, die eine aufwendige Therapie der Begleitsymptome erforderlich macht. Umgekehrt führt Multimorbidität fast zwangsläufig in die Polypharmazie.

Unerwünschte Arzneimittelwirkungen infolge der Interaktion von Wirkstoffen können fälschlicherweise auch als Symptome einer neuen Erkrankung gedeutet werden. Auch hier steigt das Risiko mit der Zahl der beteiligten Therapeuten und einem lückenhaften Medikationsmanagement. Häufige Folge sind eine (subjektiv empfundene) Verschlechterung des Gesundheitszustands und eine nachlassende Compliance.

Rund sieben Millionen Menschen sind in Deutschland von Polypharmazie betroffen. Ein Fünftel der über 70-jährigen Versicherten der BARMER GEK bekommen mehr als 13 Arzneimittel verordnet. Hinzu kommt noch die Selbstmedikation. Polypharmazie führt dazu, dass ständig eine Vielzahl von Wirkstoffen im Körper zirkulieren. Dies steigert

Polypharmazie – das Risiko einer UAE steigt

- dauerhaft bestehende gleichzeitige Anwendung von mehr als 5 Arzneimitteln
- 7 Millionen Deutsche betroffen (Quelle: ABDA)
- 20% der über 70-Jährigen bekommen mehr als 13 Arzneimittel verordnet (hinzu kommt Selbstmedikation)
- Vielzahl von Wirkstoffen zugleich im Körper
- Risiko unerwünschter Arzneimittelwechselwirkungen
- „Zu Risiken und Nebenwirkungen fragen Sie Ihren Arzt oder Apotheker.“ Aber: Wer hat den Überblick über den potenziellen Nutzen und den potenziellen Schaden?

Quelle: Barmer GEK, Korf

Mit der steigenden Zahl eingenommener Medikamente sinkt die Therapietreue beim Patienten.



das Risiko unerwünschter Arzneimittelwechselwirkungen und sogenannter unerwünschter Arzneimittelereignisse (UAE). Jeder kennt den Hinweis aus der Arzneimittelwerbung: „Zu Risiken und Nebenwirkungen fragen Sie Ihren Arzt oder Apotheker.“ Aber: Wer hat tatsächlich den Überblick über den potenziellen Nutzen und den potenziellen Schaden der vielfachen Medikation älterer Patientinnen und Patienten?

Während chronische Schmerzzustände im Alter häufig Begleiterscheinung degenerativer Prozesse oder bestehender chronischer Erkrankungen sind, werden ältere Menschen mit akuten Schmerzen häufig unterversorgt. Besteht bereits Polypharmazie, stellt die zusätzliche Gabe von Analgetika Ärzte vor weitere Probleme im Medikationsmanagement. Nicht selten führt die Selbstmedikation mit Schmerzmitteln bei Patienten mit Polypharmazie zu unerwünschten Arzneimittelwirkungen und in deren Folge zu Krankenhausaufenthalten. Eine im Alter eingeschränkte Nierenfunktion in Verbindung mit einer relativen Überdosierung tut hierzu ihr Übriges.

Ein gutes Viertel der gesetzlich Krankenversicherten bekommt fünf oder mehr Wirkstoffe verordnet. Dabei ist die Selbstmedikation noch nicht berücksichtigt. Gut ein Fünftel der in Apotheken OTC abgegebenen Arzneimittel wird an Personen im Alter über 65 Jahren verkauft. Einer Untersuchung der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein aus dem Jahre 2009 zufolge bekommen 40 Prozent der über 70-Jährigen mindestens sechs Wirkstoffe verordnet, 18 Prozent sogar mindestens zehn. Mit der Zahl der verordneten Wirkstoffe steigt die Menge und Häufigkeit der Einnahme von Medikamenten und zugleich sinkt die Therapietreue beim Patienten. Der Nutzen der multiplen und sicheren Arzneimitteltherapie wird somit eingeschränkt.

35 Prozent der Männer, 40 Prozent der Frauen über 65 Jahre erhalten neun und mehr Wirkstoffe in Dauertherapie

Zur Vermeidung unerwünschter Arzneimittelwirkungen und zur Steigerung der Arzneimittelsicherheit empfiehlt der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen in seinem Gutachten aus dem Jahre 2009 den Einsatz von Listen mit problematischen Arzneimitteln. Zugleich erhebt er die Forderung, dass Medikamente in randomisierten und kontrollierten Studien (RCTs) an den Patientenpopulationen getestet werden, die diese Medikamente nach der Zulassung im Rahmen einer Behandlung benötigen.

Mangelnde Therapietreue (non-compliance) ist korreliert mit der Anzahl und Häufigkeit der einzunehmenden Medikamente. Sie hat zum Teil schwerwiegende Folgen:

- Erhöhte Gefahr von Komplikationen,
- Klinik-Notaufnahmen und
- Sterbefällen.

Dabei reicht das Abweichen von den ärztlichen Empfehlungen vom Nichteinlösen des Rezeptes über das Vergessen der Einnahme bis hin zum vorzeitigen Absetzen des Medikaments (z.B. infolge von erheblichen Nebenwirkungen oder aber, weil sich der Patient wieder gesund fühlt). Die Arztinformation über ein verordnetes Arzneimittel ist ganz wesentlich für die Bereitschaft des Patienten, einer Behandlung „treu zu bleiben“. Das Verhalten des Patienten ist dabei nicht nur rational, also wissenschaftsbasiert, sondern auch von persönlichen Überzeugungen gesteuert. Der Therapieerfolg hängt daher auch davon ab, dass der Arzt den Patienten erreicht. In der Praxis zeigt sich, dass Patienten nach wie vor einen großen Bedarf an verständlichen und zuverlässigen Informationen über verordnete Arzneimittel haben. Dabei zählt nicht die Menge an ver-

Das therapeutische Dilemma: Indikationsbezogene Leitlinien vs. Multimorbidität

Prävalenz von mindestens fünf Krankheiten liegt bei über 70-Jährigen im internationalen Durchschnitt bei 88 %

An mindestens **zwei** chronischen Erkrankungen leiden

- 25% der über 55-Jährigen
- 67% der über 80-Jährigen

An mindestens **fünf** chronischen Erkrankungen leiden

- 12% der über 55-Jährigen
- 24% der über 80-Jährigen

Quelle: Berliner Altersstudie 1996; Deutsches Zentrum für Altersfragen 2006)

Der behandelnde Hausarzt hat oft keinen Überblick über die Wirkstoffverordnungen von Fachärzten, die der Patienten konsultiert hat. Hinzu kommt, dass die Selbstmedikation dem Hausarzt häufig nicht offenbart wird.



fügbaren Informationen (z.B. via Internet), sondern deren Güte und Geeignetheit auf den konkreten Fall bezogen.

Das therapeutische Dilemma

Der Hausarzt steht in der Regel vor folgenden Problemen:

- Er hat häufig keinen vollständigen Überblick über die Wirkstoffverordnungen der vom Patienten konsultierten Fachärzte.
- Nach einem Krankenhausaufenthalt kehrt der Patient in der Regel mit einer neuen Einstellung der Dosierung im Rahmen der Dauermedikation zurück. Oft werden stationär andere Arzneimittel ausgewählt und/oder zusätzliche Wirkstoffe verordnet.
- Mit der Zahl der Wirkstoffe, der Zeitpunkte der Einnahme und der Varianz der Darreichungsformen steigt die Wahrscheinlichkeit einer nicht verordnungsgemäßen Einnahme von Arzneimitteln.
- Gleichzeitig wächst die Gefahr unerwünschter Arzneimittelereignisse (UAE), die in vielen Fällen wiederum einen Krankenhausaufenthalt nach sich ziehen. Rund fünf Prozent der Krankenhausaufnahmen erfolgen aufgrund von UAE.
- Auch die Selbstmedikation des Patienten wird dem Hausarzt gegenüber nicht immer offenbart.
- Im Rahmen der fachärztlichen Versorgung kann es aufgrund der komplexen Erkrankungen Multimorbider zu Doppelverordnungen kommen.
- Dies begünstigt im schlimmsten Fall auch den Arzneimittelmissbrauch.

Insbesondere, wenn mehrere Fachärzte unterschiedliche chronische Erkrankungen behandeln, kommt es immer wieder dazu, dass Wirkstoffverordnungen nicht aufeinander abgestimmt sind. Die Folge kann eine Überversorgung mit mehreren Arzneimitteln sein, die den gleichen Wirkstoff enthalten. Es kann jedoch genauso zu einer Fehlversorgung kommen, weil kontraindizierte Wirkstoffe gleichzeitig verordnet werden.

Therapieversagen kann somit auch die Folge leitliniengerechter Versorgung sein,

- wenn der Fokus nur auf die Indikationen gerichtet wird,
- die Wechselwirkungen des „Wirkstoffcocktails“ vor dem Hintergrund des individuellen Stoffwechsels des Patienten unberücksichtigt bleiben und

- Wünsche des Patienten hinsichtlich der Häufigkeit der Medikamenteneinnahme und/oder einer praktischen Arzneimittelanwendung ignoriert werden.
- Multimorbidität zeigt sehr deutlich die Grenzen einer indikationsbezogenen, leitliniengerechten Versorgung auf. Wir müssen bei multimorbiden Patienten einen Ausweg aus der Insuffizienz der krankheitsbezogenen Sicht schaffen. Schließlich ist jeder Betroffene mehr als die Summe seiner Krankheiten, die er zudem mit unterschiedlichem Leidensdruck und divergierenden Vorstellungen von einem zufriedenen Leben wahrnimmt. Die Therapieziele sind unter Abwägung der jeweils vorherrschenden Krankheiten zu hinterfragen. Dabei spielen die individuellen Präferenzen und Lebensumstände der Patientinnen und Patienten eine entscheidende Rolle.

Dies wird besonders deutlich, wenn es um die Entscheidung zwischen Überlebensdauer und Lebensqualität bei fortgeschrittenem Stadium einer Krankheit geht, die zahlreiche Begleiterkrankungen hat. Der Zustand eines Patienten ist stets das Ergebnis komplexer Interaktionen von biologischen, psychologischen und sozialen Faktoren – und damit mehr als die Summe der pathophysiologischen Prozesse. Der soziodemographische und der kulturelle Hintergrund beeinflussen den Grad der persönlichen Kompetenzen zum Umgang mit Multimorbidität und Polypharmazie.

Auswege aus der Insuffizienz der krankheitsbezogenen Sicht schaffen

- Therapieziele hinterfragen ➔ individuelle Präferenzen (Überlebensdauer vs. Lebensqualität)
- Zustand des Patienten = Ergebnis komplexer Interaktionen biologischer, psychologischer und sozialer Faktoren \neq Σ pathophysiologischer Prozesse
- Priorisierung erforderlich ➔ die Kunst des Weglassens orientiert am Leidensdruck des Patienten und gewichtet nach der Therapierbarkeit
- Bewältigungsstrategien und Therapietreue

Quelle: Barmer GEK, Korf



Bei multimorbiden Patienten sollten die Therapieziele unter Abwägung der jeweiligen Krankheiten hinterfragt werden. Dabei sind die individuellen Präferenzen der Patienten entscheidend.

Selbstbestimmtheit und Lebensqualität hängen nun mal von der Ressourcenverfügbarkeit ab, aber auch von der Gesundheitskompetenz des Einzelnen, seiner persönlichen Einstellung und dem sozialen Umfeld.

Weglassen von Arzneimitteln zum Wohle der Therapietreue

Wenn ein älterer multimorbider Mensch mit seinen zahlreichen Krankheiten und Gebrechen sinnvoll und in Übereinstimmung mit den Präferenzen des Einzelnen therapiert werden soll, braucht es seitens des behandelnden Arztes den Mut zur Priorisierung. Hierzu fehlen immer noch entsprechende Leitlinien. Vielfach geht es konkret um das Weglassen einzelner Arzneimittel zum Wohle der Therapietreue. Dieses Vorgehen braucht Erfahrungswissen, den Austausch mit geriatrischen Experten und ein am Leidensdruck des Patienten sowie an der Therapierbarkeit orientiertes Behandlungskonzept. Neben der stark auf Medikation abzielenden Therapietreue müssen Bewältigungsstrategien für unabwendbare Beeinträchtigungen im Alltag treten.

Experimentelle Studien sind nicht auf den klinischen Alltag übertragbar. Schon gar nicht, wenn Studien an gesunden, jungen Männern erfolgen, die hauptsächlich Nutznießer neuer Wirkstoffe oder Wirkprinzipien aber perspektivisch multimorbide ältere Frauen sein werden.

Keinem älteren Menschen sollte eine notwendige Behandlung vorenthalten werden. Dennoch empfiehlt es sich, den Betroffenen ganzheitlich und unter Einbeziehung seiner individuellen Situation zu sehen und nicht als Summe einzelner Erkrankungen und Funktionseinschränkungen. Dadurch wird schnell deutlich, dass „Weniger“ in der Arzneimitteltherapie bei Älteren in vielen Fällen „Mehr“ ist – mehr Lebensqualität, mehr Therapietreue und letztlich mehr Behandlungserfolg. Die Kunst liegt hier im „Weglassen“. Dies setzt eine Priorisierung der Leiden und eine von Arzt und Patient gemeinsam getragene Festlegung von Therapiezielen voraus.

Reduktion der Medikation – Kein Freibrief zur Umgehung von Leitlinien

Für die Compliance wäre es förderlich, wenn auf Arzneimittelpackungen künftig die Wirkstoffbezeichnung für Ältere deutlich lesbar aufgebracht wird. Der Arzneimittelname

wird gegenwärtig in den Vordergrund gerückt. Das liegt im Wesentlichen im Herstellerinteresse, Patienten werden jedoch bei Umstellungen auf ein anderes Präparat dadurch eher verunsichert.

Häufig stehen in der Präferenz älterer Patienten Erhalt von Lebensqualität, Mobilität und bewusstes Erleben als Behandlungsziele ganz weit oben. Eine Gewichtung der symptom- und prognoseverbessernden Medikamente kann zu einer sinnvollen Reduktion der Medikation führen. Das darf kein Freibrief zur Umgehung von Leitlinien sein. Aber eine mit dem Patienten abgestimmte Behandlungsstrategie muss dem Individuum dienen. Die Erweiterung des Handlungskorridors braucht aber eine verlässliche Grundlage. Es geht also nicht nur darum, Medikamente abzusetzen, sondern auch um den Austausch von für ältere Menschen weniger geeignete Wirkstoffe gegen geeignetere und in ihrer Einnahme einfach gestaltete.

Der Hausarzt muss bei einer Kontrolluntersuchung:

- den Gesundheitsstatus des Patienten feststellen,
- die aktuelle Medikation anhand der bekannten und ggf. neuer Diagnosen überprüfen,
- Art und Umfang der Selbstmedikation erfragen (und ggf. Missbrauch verhindern),
- mögliche Wechselwirkungen mit von anderen Ärz-

Versorgungsmanagement Hochrisiko-DMP

- versichertenbezogene, sektorübergreifende Leistungs-koordination und Versichertenbetreuung durch speziell geschulte Versorgungskoordinatoren
- Fallbegleitung von geeigneten Versicherten mit hohem Komplikationsrisiko (Diabetes mellitus, KHK, Asthma/COPD)
- i.d.R. ältere, multimorbide Menschen mit altersbedingten Funktionseinschränkungen, Problemen im Zusammenhang mit Nicht-DMP-Erkrankungen und im sozialen Umfeld
- Erfolgsmessung Kontrollgruppe (RCT)
- Vertrauensverhältnis als Basis
- Rolle regionaler Netzwerke

Quelle: Barmer GEK, Korf



Beim Versorgungsmanagement im Hochrisiko-DMP begleiten geschulte Versorgungskoordinatoren ausgewählte chronisch kranke mit einem hohen Komplikationsrisiko.

ten verordneten Medikamenten beurteilen (insbesondere nach einem stationären Aufenthalt),

- ggf. für ältere Patienten ungeeignete Wirkstoffverordnungen erkennen,
- die Dosierung an das spezifische Gewicht und den Stoffwechsel im Alter anpassen,
- die Therapietreue der Patienten durch verständliche Erklärungen zum Wirkprinzip, möglicher Nebenwirkungen und an den Funktionseinschränkungen der älteren Patienten orientierten Einnahmевorschriften stärken.

Was tut die BARMER GEK, um die Versorgung älterer Multimorbider positiv weiterzuentwickeln?

Neben zahlreichen indikationsbezogenen Kooperationen und sektorübergreifenden Versorgungsmanagementprogrammen auf den Gebieten der Demenz-Fühdagnostik, der Gerontopsychiatrie oder der Herzinsuffizienz gibt es ein sehr erfolgreiches Versorgungsmanagement von Hochrisiko-DMP-Patienten. Kernelement ist eine versichertenbezogene, sektorübergreifende Leistungscoordination und Versichertenbetreuung durch speziell geschulte Versorgungskordinatoren. Sie begleiten zuvor ausgewählte chronisch Kranke mit einem hohen Komplikationsrisiko.

Hierbei handelt es sich in der Regel um ältere, multimorbide Versicherte mit altersbedingten Funktionseinschränkungen, die auch Probleme im Zusammenhang

Ziele des Versorgungsmanagements

- Optimierung der Versorgungssituation und
- Verbesserung der Lebensqualität bei Patienten
- mit instabilem Gesundheitszustand und hohem/wiederkehrendem Hospitalisierungsrisiko
- durch Steuerung im medizinischen, häuslichen und sozialen Umfeld
- internes und externes Schnittstellenmanagement

Quelle: Barmer GEK, Korf



Für Krankenkassen lohnt sich eine Verbesserung der Therapietreue der Patienten vor allem mit Blick auf die Vermeidung von Krankenhauseinweisungen.

mit Nicht-DMP-Erkrankungen und/oder in ihrem sozialen Umfeld aufweisen. Entscheidend für den Erfolg sind zwei Faktoren: die richtige Auswahl der in Frage kommenden Patienten (Interventionsmöglichkeiten) und das Vertrauensverhältnis zur Betreuungsperson (Interventionsakzeptanz). Ziel des Versorgungsmanagements ist eine optimierte Versorgungssituation und eine verbesserte Lebensqualität der Patienten mit instabilem Gesundheitszustand und hohem, wiederkehrendem Hospitalisierungsrisiko durch eine konsequente Fallführung, die neben dem medizinischen auch den häuslichen Bereich im Blick behält.

Auswahl der „richtigen“ Fälle ist wichtig

Die Versorgungskordinatoren übernehmen dabei sowohl ein internes als auch externes Schnittstellenmanagement. Für Krankenkassen lohnt sich eine Verbesserung der Therapietreue der Patienten vor allem mit Blick auf die Vermeidung von Krankenhauseinweisungen. Hier setzt das Hochkostenfallmanagement der BARMER GEK an. Besonders erfahrene Mitarbeiter, die neben dem notwendigen Fachwissen über eine hohe Sozialkompetenz verfügen, sind ein Schlüssel zum Erfolg. Ein weiterer Erfolgsfaktor liegt in der Auswahl der „richtigen“ Fälle. Hier kann eine große Krankenkasse auf Basis eigener Daten statistisch signifikante Fallzahlen auswerten und entsprechende Programme zur koordinierten Fallführung entwickeln.

Die Verbesserung der Qualität und der Wirtschaftlichkeit der Medikation bei älteren Multimorbiden steht auch im Zentrum der von der BARMER GEK mitentwickelten strukturierten Arzneimitteltherapie bei Senioren (SAmS). Hierbei geht es um eine effektive und sichere Pharmakotherapie für Ältere auf der Grundlage einer speziellen Wirkstoffliste. Zugleich soll eine Priorisierung der Medikation unter Alltagsbedingungen erfolgen.

Hierzu werden von Fachleuten entsprechende Behandlungshilfen für Hausärzte erarbeitet, die neben den Wirkstoffverordnungen durch die einzelnen Behandler auch die Selbstmedikation einbeziehen. Das Motto lautet dabei „Soviel wie nötig, sowenig wie möglich“. In jedem Fall sollen nur für alte Menschen geeignete Arzneimittel zum Einsatz kommen. Auch mögliche Wechselwirkungen und Kontraindikationen sind konsequent zu beachten. Eine regelmäßige Überwachung des Gesamtzustands der Patienten und eine Überprüfung der Dosierung (z.B. infolge von Gewichtsveränderungen) sind obligatorisch. Um die

Therapietreue zu verbessern, gilt es auch, die Einnahmezeitpunkte zu optimieren. Spezifisches geriatrisches Wissen ist bei Experten vorhanden, aber es fehlt an einem strukturierten Transfer in die alltägliche Praxisroutine bei Haus- und Fachärzten.

Am deutlichsten wird dieser Mangel an fehlenden, einfach umzusetzenden und für den Alltag relevanten Behandlungsalgorithmen, die beispielsweise das Absetzen einzelner Arzneimittel ermöglichen. Gerade der Hausarzt braucht hier einen vernünftigen Handlungskorridor – ohne sich dem Vorwurf stellen zu müssen, einen Behandlungsfehler zu begehen. Hierzu braucht es einer Änderung des Blickwinkels – weg von der Indikationsorientierung hin zu einer Patientenorientierung. Für das Problem der Polypharmazie gibt es keine Leitlinien oder andere allgemein gültige Behandlungsstandards, die Hausärzten im Umgang mit multimorbiden Patienten helfen. Hier setzt das Modellprojekt der BARMER GEK an.

In Kooperation mit einem Ärztenetz wird eine Behandlungshilfe für Ärzte erstellt, die eine strukturierte Priorisierung der Pharmakotherapie unter Berücksichtigung von

Prinzipien der Pharmakotherapie nach SAmS

- soviel wie nötig, so wenig wie möglich
- Prioritätensetzung
- Wechselwirkungen und Kontraindikationen beachten
- regelmäßige Überprüfung (z.B. Dosierung/Gewicht)
- Einnahmezeitpunkte
- ➔ spezifisches Wissen bei Experten bekannt, aber es fehlt der strukturierte Transfer in die alltägliche Praxisroutine bei Haus- und Fachärzten
- ➔ einfach umzusetzende und für die Verordnungsroutine relevante Behandlungsalgorithmen (z.B. Absetzen)
- ➔ Handlungskorridor

Quelle: Barmer GEK, Korf



Bei der von der Barmer GEK mitentwickelten strukturierten Arzneimitteltherapie geht es um eine sichere Pharmakotherapie auf Basis einer speziellen Wirkstoffliste.

Patientenpräferenzen bei älteren multimorbiden Personen ermöglicht. Es geht zum einen um die Verordnung von Wirkstoffen, die in ihrer Art, Dosierung und Darreichungsform für alte und hochbetagte Menschen geeignet sind. Dies dient der Patientensicherheit. Zum anderen geht es um die Frage, welche Medikamente im Interesse des jeweiligen Patienten abgesetzt werden können. Dabei geht es um eine Verbesserung der Therapietreue und der Lebensqualität.

Wer häufig zum (selben) Arzt geht, hat in der Regel ein engeres Arzt-Patient-Verhältnis. Dies drückt sich auch in der Beratungsintensität über mögliche Nebenwirkungen der verordneten Arzneimittel oder Unverträglichkeiten und Wechselwirkungen aus. Hier vertrauen die meisten Patienten auf den behandelnden Arzt.

Dies betrifft auch die regelmäßige Überprüfung der Notwendigkeit und Dosierung der Medikation. Gerade bei chronisch kranken älteren Patienten wird somit die starke Rolle des Hausarztes als Vertrauensperson deutlich. Ihn gilt es in seiner Fachkompetenz zur optimalen Versorgung multimorbider Patienten zu unterstützen. Hierzu wurde unter Beteiligung der BARMER GEK das Projekt Strukturierte Arzneimitteltherapie für multimorbide Senioren (SAmS) entwickelt. Ob Medikamente abgesetzt werden können und wenn ja welche, ist eine schwierige Entscheidung. Wichtig ist die Akzeptanz durch den Patienten bei der Auswahl der symptom- und prognoseverbessernden Medikamente.

Fazit: Eine Auswahl der für den älteren Patienten geeigneten Arzneimittel kann auf der Basis von Arzneimittel Listen erfolgen. Bei der PRISCUS-Liste handelt sich um eine an die deutschen Verhältnisse der Versorgungsrealität angepasste Negativliste von Arzneimitteln, die bei älteren Menschen möglichst nicht zum Einsatz kommen sollten. Das FORTA (Fit-for-the-aged)-Konzept kombiniert Elemente einer Positivliste mit denen einer Negativliste. Die im Rahmen von SAmS entwickelte Wirkstoffliste baut auf diesen Erkenntnissen auf.

SmartSenior

SmartSenior ist ein Forschungsprojekt zu altersgerechten Assistenzsystemen (2009-2012), das vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) und einer Vielzahl namhafter Unternehmen vorangetrieben wird. Zu den 28 Projektpartnern gehören unter anderem die Charité in Berlin, die Deutsche Telekom AG, Siemens und das Fraun-

hofer Institut. Im Kern geht es darum, ältere Menschen so zu unterstützen, dass sie so lange wie möglich im gewohnten Lebensumfeld bleiben können. Bedarfsgerechte intelligente Infrastrukturlösungen wie auch die Nutzung sozialer Netzwerke stehen im Fokus, um die Gesundheit, Selbständigkeit und Selbstbestimmtheit älterer Menschen zu erhalten. Die BARMER GEK ist als assoziierter Partner an dem Projekt beteiligt.

Ziel dieser Kooperation ist es, die Entwicklung von bedarfsgerechten und versorgungsrealitätsnahen Lösungen für unterstützende Produkte und Dienste zu fördern. Die Entwicklungen der Forscherteams werden gewissermaßen durch das Fachwissen und den Erfahrungsschatz einer großen Versorgerkasse „geerdet“. Schwerpunktthemen sind Telemedizin (insbesondere der Transfer neuer medizinischer Methoden, Verfahren und Technologien in die Regelversorgung) sowie die Verknüpfung von Ambient Assisted Living (AAL) – Diensten mit medizinischen Leistungen wie Notfallerkennung, Schmerzmonitoring oder Hilfestellungen zur Schlaganfallrehabilitation. Damit besetzt die BARMER GEK ein wichtiges Innovationsthema und kann auf die Entwicklung von zukunftsorientierten Geschäftsmodellen Einfluss nehmen.

Was bleibt zu tun?

- 1.** Wir brauchen neben Leuchtturmprojekten die Übertragung geriatrischen Wissens in die tägliche (Haus-) Arztpraxis.
- 2.** Wir benötigen Leitlinien für ältere Patienten, die an mehreren chronischen Erkrankungen gleichzeitig erkrankt sind. Bislang sind medizinische Leitlinien streng an einzelne Indikationen gebunden. Eine Leitlinie für den Umgang mit Multimorbidität muss auf Behandlungsprioritäten ausgerichtet sein. Dabei sind der Gesamtzustand und die Lebensverhältnisse des einzelnen Patienten maßgeblich. Ganzheitlichkeit bei der Beurteilung der individuellen Situation und eine klare Ausrichtung an den Wünschen und Möglichkeiten des Patienten sind der Schlüssel zu einem neuen Krankheitsverständnis.
- 3.** Schließlich brauchen wir Arzneimittelstudien, die entsprechend der jeweiligen Zielgruppe durchgeführt werden. Sollen vorwiegend Ältere mit einem neuen Medikament behandelt werden, so ist dieses auch an ihnen zu erproben. Gleiches gilt für den Geschlechtsbezug.

Dies umso mehr, als der Frauenanteil unter den Älteren deutlich erhöht ist.

Da Krankenkassen die einzigen Akteure im Gesundheitswesen sind, die über alle Sektoren hinweg Kenntnis über Versorgungsprozesse haben, sind sie der geeignete Koordinator sektorenübergreifender Ansätze. Kein niedergelassener Arzt kann ein Krankenhaus zu bestimmten Verordnungen veranlassen, kein Krankenhaus kann nach der Entlassung Heil- und Hilfsmittelverordnungen steuern. Die Versorgungsrealität ambulant wie stationär wird aber durch Ärzte gesteuert – und das ist gut so, solange Ärzte bereit sind, Schnittstellen im Versorgungsprozess mit Hilfe Dritter zu Nahtstellen werden zu lassen.

Literatur bei der Autorin.

E-Mail-Kontakt: claudia.korf@barmer-gek.de

CLAUDIA KORF



Claudia Korf hat ab 1982 Volkswirtschaftslehre an der Universität des Saarlandes studiert. Seit 1989 war sie Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Wirtschafts- und Sozialpolitik, Schwerpunkt Gesundheitsökonomie, Universität des Saarlandes. Ab 1993 arbeitete sie als Referatsleiterin für den Risikostrukturausgleich beim Bundesversicherungsamt. Seit 1998 fungierte sie als Abteilungsleiterin Politik mit Sitz in Berlin beim BKK Bundesverband. 2008 hatte sie den Vorstandsvorsitz beim BKK Landesverband Nord inne. Seit Juli 2009 ist sie Beauftragte des Vorstandes für sozial- und gesundheitspolitische Fragen der BARMER GEK beim Bund.

