



### **3. AACHENER WORKSHOP „ZUKUNFT DER SCHMERZTHERAPIE“**

Workshop-Berichtsband 2007

Eine Initiative der Grünenthal GmbH



### **3. AACHENER WORKSHOP „ZUKUNFT DER SCHMERZTHERAPIE“ 23.-24. NOVEMBER 2007**

Workshop-Berichtsband

Die Deutsche Bibliothek - CIP Einheitsaufnahme

Dr. Albrecht Kloepfer, Norbert van Rooij

3. Aachener Workshop "Zukunft der Schmerztherapie"

#### **Berichtsband**

**ISBN-Nr. 978-3-938808-57-3**

Verlag: Velbrück Wissenschaft, 53919 Weilerswist

**© 2008, GRÜNENTHAL GMBH**

Geschäftsbereich Deutschland/Gesundheitsmanagement, 52099 Aachen

Redaktion: Dr. Albrecht Kloepfer

Büro für gesundheitspolitische Kommunikation, Berlin

Gestaltung: Communication & Advertising, Grüenthal GmbH

Das Werk ist einschließlich aller seiner Teile urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne schriftliche Zustimmung der Grüenthal GmbH unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronische Systeme.

<b>1</b>	<b>Vorwort</b> .....	<b>4 – 7</b>
	Wolfgang Becker .....	<b>4 – 7</b>
<b>2</b>	<b>Session I – Freitag</b> .....	<b>8 – 23</b>
	Prof. Eberhard Wille .....	<b>8 – 11</b>
	Prof. Frank Schulz-Nieswandt .....	<b>12 – 17</b>
	Marie-Luise Müller .....	<b>18 – 23</b>
<b>3</b>	<b>Session II – Samstag</b> .....	<b>24 – 39</b>
	Wilfried Jacobs .....	<b>24 – 29</b>
	Dr. Thomas Hilse .....	<b>30 – 33</b>
	Dr. Dominik Graf von Stillfried .....	<b>34 – 39</b>
<b>4</b>	<b>Session III – Samstag</b> .....	<b>40 – 57</b>
	Dr. Ann-Kathrin Meyer .....	<b>40 – 45</b>
	Dr. Uwe Junker .....	<b>46 – 51</b>
	Prof. Dr. Jürgen Wasem .....	<b>52 – 57</b>
<b>5</b>	<b>Aus den Arbeitsgruppen</b> .....	<b>58 – 79</b>
	Arbeitsgruppe 1 .....	<b>58 – 61</b>
	Arbeitsgruppe 2 .....	<b>62 – 65</b>
	Arbeitsgruppe 3 .....	<b>66 – 71</b>
	Arbeitsgruppe 4 .....	<b>72 – 75</b>
	Arbeitsgruppe 5 .....	<b>76 – 79</b>
<b>6</b>	<b>Rapporteur-Berichte</b> .....	<b>80</b>
<b>7</b>	<b>Über die Referenten</b> .....	<b>81</b>
	<b>Impressionen</b> .....	<b>82</b>

# 1. VORWORT: WAS UNS ANTREIBT

## VORWORT: WAS UNS ANTREIBT

### **Wolfgang Becker**

Geschäftsleiter Deutschland,  
Grünenthal GmbH  
seit 1. 2. 2008  
Geschäftsführer  
Global Marketing,  
Grünenthal GmbH



Die Altersstruktur der Bevölkerung in Deutschland befindet sich in einem dramatischen Umbau - eine Entwicklung, die wir uns viel zu wenig bewusst machen. Nach den Vorausberechnungen des Statistischen Bundesamtes wird die Altersstruktur der Bevölkerung bis zum Jahr 2050 praktisch auf den Kopf gestellt. Dann wird der Anteil der Jüngeren mit 29,6 % fast nur noch so hoch sein wie der Anteil der Älteren im Jahr 2000 mit 30,4 %. Diese Veränderung ist nicht zuletzt der Erfolg des medizinischen Fortschritts. Und deshalb sind die Experten aus den Bereichen Politik, Versorgung und Industrie verpflichtet, Lösungen für die kommenden Versorgungsfragen zu finden. Dabei sind Meinungsunterschiede nicht nur normal, sie sind auch überaus wichtig. Wir brauchen eine konstruktive Streitkultur, bei der alle Parteien nicht nur reden, sondern auch zuhören.

Ein spezielles Merkmal der Gesundheitsversorgung der älteren Bevölkerungsgruppe ist nicht etwa – wie oft angenommen – ein zwangsläufig höherer Kostenfaktor. Sondern wir haben es bei älteren Menschen mit einem grundsätzlich anderen Patientenprofil und dementsprechend mit ganz anderen Bedürfnissen zu tun. Dabei



*Wolfgang Becker*

sind Multimorbidität sowie ein zumeist chronischer Krankheitsverlauf und eine dauerhafte Schmerzbelastung häufig anzutreffende Probleme. Der ältere Patient hat andere Bedürfnisse und somit andere Anforderungen an unser Versorgungssystem. Eine adäquate Behandlung sollte die Autonomie des Patienten sichern und zu einem Leben beitragen, das er oder sie selbst bestimmen kann. Wir wissen aber, dass ein erheblicher Teil der älteren Patienten mit Schmerzen heute nicht optimal behandelt wird. Und neben der Frage nach der Wirksamkeit einer Therapie ist heute auch die Verträglichkeit von Arzneimitteln ein entscheidender Faktor. Diese beeinflusst gravierend die Lebensqualität des Patienten, seine Therapietreue und die Akzeptanz gegenüber der Behandlung und somit letztendlich auch die Kosten dafür.

Eines ist klar: Der steigende Anteil der älteren Bevölkerung bedingt, dass die Themen Schmerz und Schmerztherapie zwangsläufig in den Fokus gesellschaftlicher Wahrnehmung rücken: sowohl aus medizinischer als auch aus volkswirtschaftlicher Sicht. Dies ist eines der dringendsten Probleme der gesundheitlichen Versorgung.

## **VORWORT: WAS UNS ANTREIBT**

# 1. VORWORT: WAS UNS ANTREIBT

## **VORWORT: WAS UNS ANTREIBT**

### **Wolfgang Becker**

Geschäftsleiter Deutschland,  
Grünenthal GmbH  
seit 1. 2. 2008  
Geschäftsführer  
Global Marketing,  
Grünenthal GmbH

Aufgrund der sinkenden Zahl potenzieller Erwerbstätiger ist die Frage einer nachhaltigen Finanzierung des Gesundheitssystems nach wie vor ungelöst. Die Sicherheit oder Unsicherheit des Rentensystems ist seit längerer Zeit Gegenstand der politischen und wissenschaftlichen Diskussion. Demgegenüber scheinen die Konsequenzen für unser Gesundheitssystem noch eher geringe Beachtung zu finden. Aber: Nachhaltigkeit ist auch hier geboten. Nachhaltigkeit bezieht sich hierbei nicht allein auf die Finanzierung des Systems, sondern eben auch auf die medizinische Versorgung und, in Bezug auf Schmerz, auf das Thema Prävention und Vermeidung von Chronifizierung.

In vielen anderen Ländern wird man genau beobachten, wie wir in Deutschland diese Herausforderungen angehen und ob wir diese bestehen. Die Veränderungen, denen wir heute und morgen gegenüberstehen, werden übermorgen auch anderen Ländern – ich denke hier nur an China oder Indien – ebenfalls bevorstehen. Konzepte, wie mit den Herausforderungen einer reifen Industriegesellschaft erfolgreich umzugehen ist, eignen sich durchaus als Exportschlager. Dies gilt nicht zuletzt für das Gesundheitssystem.

Eines ist dabei allerdings sicher: Die Rolle der Akteure in der Versorgung von älteren Patienten wird sich ändern. Wie aber lassen sich diese Herausforderungen in unserem derzeitigen Versorgungssystem umsetzen? Welche unterschiedlichen Aufgaben fallen hierbei den einzelnen Gruppen zu?

Genau darüber haben wir – die Referenten, die Zuhörer, aber auch die Mitarbeiter der Grünenthal GmbH – an den beiden Tagen des Zukunftsworkshops 2007 engagiert diskutiert und – wo erforderlich – auch gestritten: über mögliche Entwicklungen in der Schmerztherapie und ihre Konsequenzen. Aus diesen Diskussionen wollen wir schließlich Modelle für die Zukunft entwickeln. Tragfähige Ansätze können aber zwangsläufig nicht von einer einzelnen Gruppe, sondern nur interdisziplinär erarbeitet werden, in gemeinsamen Diskussionen zwischen Ärzten, Vertretern der Krankenkassen, Ärztevereinigungen, der Pflegeberufe, der Politik und der Pharmain-

dustrie. – Wir freuen uns, dass auch der Zukunftsworkshop 2007, dessen Dokumentationsband wir Ihnen hiermit vorlegen, zu solchen Diskussionen reiche Gelegenheit gegeben hat.



*Eröffnung der Veranstaltung im Atrium des Bildungszentrums*

### **PATIENTENGERECHTE ALTERSMEDIZIN – WO LIEGEN DIE HERAUS- FORDERUNGEN DES DEMOGRAFISCHEN WANDELS?**

**Prof. Eberhard Wille**

Sachverständigenrat zur  
Begutachtung der Entwick-  
lung im Gesundheitswesen

### **Der demografische Wandel als gesundheitsökonomische Herausforderung**

#### **Abstract**

Die Reformen in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) werden nicht enden. Davon geht der Sachverständige Eberhard Wille aus. Er fordert, dass die Politik dabei die Einnahmeseite künftig stärker ins Blickfeld rücken muss. Denn das steigende Durchschnittsalter der Bevölkerung belastet den Berechnungen des Gesundheitsökonomen zufolge nicht nur die Ausgabenseite.

---

### **Demografische Komponente als Determinante der Ausgabenentwicklung**

Die Demografie ist nicht der einzige Faktor, der die Ausgaben der GKV beeinflusst. Angebotsseitige Determinante der Ausgabenentwicklung im Gesundheitswesen ist darüber hinaus vor allem der technische Fortschritt, der im medizinischen Bereich zumeist ausgabenerhöhend wirkt. Auch die Preissteigerungen, die im dienstleistungsintensiven Gesundheitswesen durchschnittlich die allgemeine Inflationsrate übertreffen, tragen zu Ausgabensteigerungen bei. Die angebotsinduzierte Nachfrage und der zunehmende Hang zu einer so genannten Defensivmedizin, um potenziellen Regressen vorzubeugen, wirken ebenfalls ausgabensteigernd.

Auf der Nachfrageseite sind die maßgeblichen Determinanten die Verschiebung der Bevölkerungsstruktur mit einer Zunahme von älteren und multimorbiden Patienten und der Zunahme von Einzelhaushalten oder -personen, die bereits bei relativ geringfügiger Morbidität oder Pflegebedürftigkeit einer externen Hilfe bedürfen. Zugleich verändert sich das Krankheitsspektrum hin zu langwierigen, chronisch-degenerativen Krankheitszuständen, und die Anspruchshaltung gegenüber medizinischer Versorgung steigt. Außerdem besteht ein Anreiz, Gesundheitsgüter wegen des nahezu umfassenden Versicherungsschutzes übermäßig in Anspruch zu nehmen. Diese Determinanten wirken nicht nur einzeln, sondern auch in Kombination. Ein Blick zurück zeigt zudem:





*Prof. Eberhard Wille*

Die GKV ist in der Zwickmühle, weil die Ausgaben stärker, die Einnahmen aber schwächer als das Bruttoinlandsprodukt wachsen. Wir finden also in der Vergangenheit zwar keine Ausgabenexplosion, aber eine Einnahmenimplosion in der GKV vor, wobei der Gesetzgeber das Ausgabenwachstum begrenzt, die Einnamenschwäche der GKV aber durch die bekannten Verschiebebahnhöfe sogar noch verstärkt hat.

### **Die Wachstumsschwäche der Finanzierungsbasis in der Sozialversicherung**

Es wird immer betont, dass die GKV solidarisch ist. Dennoch finden sich dort auch erhebliche Verwerfungen, sodass es sich lohnen würde, die Beitragsgestaltung zu reformieren. Zunächst ist die GKV konjunkturanfällig. In jedem Abschwung werden Menschen arbeitslos, und der Beitrag der Arbeitslosenversicherung zur GKV ist niedriger als der eines Lohnempfängers. Die GKV ist wachstumsschwach, denn die Löhne sind in den letzten Jahren wesentlich weniger stark gewachsen als das Bruttoinlandsprodukt (BIP). Selbst wenn die Löhne so stark wachsen wie das BIP, werden die Beitragseinnahmen der GKV schwächer wachsen, weil die Renten nicht auf BIP-Niveau wachsen.

Zudem ist die Umverteilung intransparent: Wir verteilen um im Steuersystem, im Transfersystem, in der Renten-, Kranken- und jetzt noch in der Pflegeversicherung. Es wäre ein Wunder, wenn diese Umvertei-

**PATIENTENGERECHTE  
ALTERSMEDIZIN –  
WO LIEGEN DIE HERAUS-  
FORDERUNGEN  
DES DEMOGRAFISCHEN  
WANDELS?**

## PATIENTENGERECHTE ALTERSMEDIZIN – WO LIEGEN DIE HERAUS- FORDERUNGEN DES DEMOGRAFISCHEN WANDELS?

**Prof. Eberhard Wille,**

Sachverständigenrat zur  
Begutachtung der Entwick-  
lung im Gesundheitswesen

lungen in summa konsistent wirken würden. Zum vierten ist das GKV-System verteilungsungerecht. Das zeigen zwei Beispiele: Jemand verdient 3500 Euro. Er zahlt fast den Höchstbeitrag in der GKV. Sein Freund verdient die Hälfte, 1700 Euro, hat aber noch 2000 Euro Zinseinnahmen aus einer Erbschaft. Dieser Freund, der finanziell genauso leistungsfähig ist, zahlt die Hälfte der Beiträge, weil Zinsen, Mieten und Pachten nicht in die Beitragsenthebung eingehen. Zweites Beispiel: Ein Ehepaar, beide verdienen 3350 Euro, beide zahlen den Höchstbeitrag. Bei einem anderen Ehepaar verdient er 20.000 Euro, sie arbeitet nicht. Das zweite Ehepaar, das doppelt so viel Geld hat wie das erste, zahlt die Hälfte der Beiträge. Es gibt also durchaus auch Aspekte der Verteilungsgerechtigkeit, die Anlass geben, über die Beitragsgestaltung nachzudenken.

### Konsequenzen für die Beitragssatzentwicklung und fällige Reformschritte

In einem sehr aufwändigen Verfahren lässt sich die Beitragssatzentwicklung in der GKV bis zum Jahr 2050 prognostizieren. Der Anteil der Demografie an der Beitragsentwicklung ist umstritten. Bei der sogenannten rein demografischen Prognose wird die Altersentwicklung isoliert von allen anderen Faktoren betrachtet. Dabei legt man zugrunde, dass alle anderen Ausgabenfaktoren gleich bleiben. Mehrausgaben ergeben sich nur dadurch, dass es dann mehr Ältere gibt. Bei dieser Variante läge der Beitragssatz 2050 bei relativ harmlosen 18,68 %, die Steigerung würde 4,5 % betragen. Eine zweite Variante geht davon aus, dass eine 85-Jährige 2050 das

verbraucht was heute eine 80-Jährige verbraucht, weil ihr Gesundheitszustand dann besser ist. Dieser Effekt nennt sich Morbiditätskompression. Diese Berechnung ergibt eine Beitragssatzsteigerung von drei Prozent. Aber wenn der medizinische Fortschritt berücksichtigt wird, ergibt sich ein Beitragssatz von fast 30 % bei einem Zuwachs von 15,6 %.

### Prognose des Beitragssatzes in der gesetzlichen Krankenversicherung bis 2050

Prognosemethode <sup>1</sup>	Jahr	2002	2010	2020	2030	2040	2050
reine demographische Status quo-Prognose <sup>2</sup>		14,23	14,64	15,61	16,73	17,46	18,68
demographische Status quo-Prognose mit reduzierter Morbidität <sup>3</sup>		14,23	14,49	15,24	16,03	16,43	17,38
demographische Prognose mit Berücksichtigung des medizinischen Fortschritts <sup>4</sup>		14,23	15,83	18,61	21,99	25,29	29,83

1) Grundlage der Schätzungen bilden jeweils die Variante 5 der 10. Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes und die Ausgabenprofile des Risikostrukturausgleichs.

2) Bei gegebenen Einnahmestrukturen und Ausgabenprofilen des Basisjahres.

3) Bei gegebenen Einnahmestrukturen und einer Absenkung des Morbiditätsniveaus um 5 Jahre bis 2050.

4) Ausgabensteigerung durch medizinisch-technischen Fortschritt liegt um einen Prozentpunkt p. a. über dem Wachstum des Bruttoinlandsproduktes von 2 %.

In jedem Fall hat die Alterung der Bevölkerung zweierlei Effekte auf die GKV: Die Ausgaben steigen, weil Ältere mehr verbrauchen, und die Einnahmen sinken, weil sie weniger Beiträge zahlen. Die Einnahmeseite macht immerhin 25 % aus. Mit einer Gesundheitspauschale würden die Beitragseinnahmen beim Renteneintritt nicht zurückgehen. Sie gehen nur zurück, weil wir ein lohn- und rentengebundenes Finanzierungssystem haben.

Die GKV wird in Zukunft vermutlich alle zwei bis drei Jahre einer Reform bedürfen. Diese Reformen müssen aber auf beiden Seiten ansetzen: Einnahmen und Ausgaben. Wir brauchen auf jeden Fall Reformen auf der Einnahmenseite, denn die letzte Reform hat auf dieser Seite nichts gelöst. Im Gegenteil: Die GKV wird nach der letzten Reform mit weniger Steuern finanziert als vorher. Wenn man nicht zu einer Gesundheitspauschale übergeht, muss man die Bemessungsgrundlage anders erweitern, etwa um Zinsen, Mieten und Pachten. Das würde den Beitragssatz um 0,5 Prozentpunkte entlasten. Die Finanzierung der beitragsfreien Mitversicherung der Kinder aus Steuermitteln brächte eine weitere Entlastung um 1,5 Prozentpunkte. Wenn die beitragsfreie Mitversicherung von Gatten in gutverdienenden Ehen auch noch abgeschafft würde, könnte der Beitragssatz um 2,5 % sinken.

Wir werden natürlich auch auf der Ausgabenseite Rationalisierungspotenziale nutzen müssen, obwohl wir nicht, wie gern behauptet wird, das teuerste Gesundheitssystem der Welt haben. Rationalisierungsreserven bestehen zum Beispiel darin, dass wir bislang noch zu wenig Prävention machen. Wir haben zudem noch Probleme an den Schnittstellen zwischen ambulant, stationär, Reha und Pflege. Der Sachverständigenrat kann sich vorstellen, dass die Kooperation zwischen Ärzten und nichtärztlichen Berufen neu gestaltet wird, indem Ärzte entlastet werden, die heute vielfach darüber klagen, dass sie arztfremde Tätigkeiten machen müssen. Denkbar sind auch neue Berufsbilder zwischen Arzt und Pflege.

Insgesamt werden wir künftig mit Sicherheit mehr für das Gesundheitswesen ausgeben müssen. In jedem Fall steht die nächste Gesundheitsreform stets ante portas.

**PATIENTENGERECHTE  
ALTERSMEDIZIN –  
WO LIEGEN DIE HERAUS-  
FORDERUNGEN  
DES DEMOGRAFISCHEN  
WANDELS?**

**PATIENTENGERECHTE  
ALTERSMEDIZIN –  
WO LIEGEN DIE HERAUS-  
FORDERUNGEN  
DES DEMOGRAFISCHEN  
WANDELS?**

**Prof. Frank**

**Schulz-Nieswandt**

Seminar für Sozialpolitik  
Universität zu Köln

**Konsequenzen einer alternden Gesellschaft am Beispiel der  
Gesundheitsversorgung – eine Ist-Aufnahme**

**Abstract**

Die Gesundheitsversorgung muss sich den Bedürfnissen einer älter werdenden Gesellschaft anpassen. Dieser Anpassungsprozess erfordert eine enge Vernetzung der Akteure, Institutionen und Sektoren. Dazu sind nicht nur entsprechende gesetzliche Rahmenbedingungen und ökonomische Anreize nötig, sondern auch ein neues Selbstverständnis der Professionen, meint der Medizinsoziologe Frank Schulz-Nieswandt.

---

**Prämissen**

Der demografische Wandel hängt eng mit einer Veränderung in der Epidemiologie zusammen. Deshalb müssen wir die Versorgungslandschaften deutlich umbauen. Unter einer Versorgungslandschaft verstehe ich eine Konfiguration von Betriebsformen, wie zum Beispiel die Arztpraxis und das Krankenhaus. Diese Betriebsformen müssen weiter ausdifferenziert werden, weil das den differenzierten Bedarfslagen der Bevölkerung entspricht. Zudem müssen sich diese Betriebsformen hochgradig vernetzen, und zwar innerhalb der Sektoren und über die Sektoren hinweg. Das bedeutet, dass sich die Systeme in der Organisationsentwicklung rapide neu aufstellen müssen und dass die Professionen sich in ihrem professionellen Selbstverständnis neu definieren müssen. Wir brauchen für eine alternde Bevölkerung eine andere Anthropologie des älter werdenden Kranken in den Versorgungslandschaften. Das ist letztlich auch eine Frage der Organisationskompetenz und der strategischen Entwicklung der Einrichtungen in einem kompetitiven Umfeld. Unter einer altersgerechten Versorgungslandschaft verstehe ich deshalb eine grundsätzlich auf das Bild des alternden Menschen abgestellte neue Form von Caring und Curing, von Pflege und Medizin.

**Das Grundproblem: Zielkonflikte leben**

Menschliche Gesellschaften und somit auch das Gesundheitswesen sind nicht harmonisch, sondern von Zielkonflikten geprägt. Diese müssen politisch gelebt werden. Folgende Zielkonflikte stellen sich:



*Prof. Frank Schulz-Nieswandt*  
*Seminar für Sozialpolitik - Universität zu Köln*

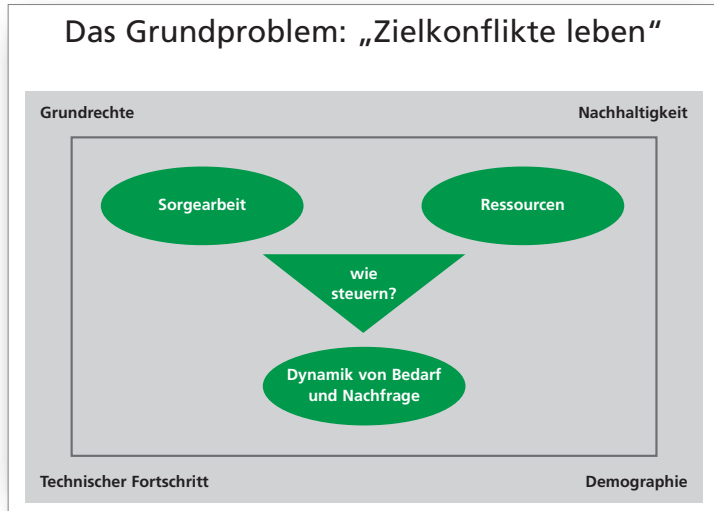
Die entscheidende Frage der Gesundheitspolitik ist Sorgearbeit: Wie bewältigt man Krankheit? Wie geht man mit bleibenden Formen von Leiden um und erreicht damit eine relativ hohe Lebensqualität? Aber auch die Ressourcen sind entscheidend, und sie sind immer knapp. Daher stellt sich die Frage, wie sich der Zielkonflikt zwischen dem Umgang mit knappen Ressourcen und Sorgearbeit managen lässt. Wenn wir diese Steuerung nicht regeln, wird es verstärkt Rationierungsdebatten geben. Ansätze von Rationierung zeigen sich in Wartezeiten. Aber solange diese Wartezeiten nicht essenziell sind, können wir von einem freien Zugang zu Versorgungsleistungen auf hohem Versorgungsniveau ausgehen.

Der Rationierungsdruck hat drei Bedingungen: Nachhaltigkeitsbedingt ist die Frage, wie wir die Systemfinanzierung sichern. Steuerungsbedingt ist die Frage, ob wir Systeme so klug steuern, dass wir Wirtschaftlichkeitsreserven mobilisieren, denn Unwirtschaftlichkeiten können wir uns auch ethisch nicht leisten. Medizinendogen bedingt stellen sich die Fragen, ob alles gemacht werden soll, was möglich ist, und was in die solidarische Krankenversicherung gehört. Diese drei Bedingungen können auch zu einer Interaktion führen.

**PATIENTENGERECHTE  
ALTERSMEDIZIN –  
WO LIEGEN DIE HERAUS-  
FORDERUNGEN  
DES DEMOGRAFISCHEN  
WANDELS?**

**PATIENTENGERECHTE  
ALTERSMEDIZIN –  
WO LIEGEN DIE HERAUS-  
FORDERUNGEN  
DES DEMOGRAFISCHEN  
WANDELS?**

**Prof. Frank  
Schulz-Nieswandt**  
Seminar für Sozialpolitik  
Universität zu Köln



**Problemfelder**

Die Problemfelder sind mithin reichhaltig. Problemfeld 1: Wie finanzieren wir das System? Dazu hat Professor Wille einiges angesprochen. Problemfeld 2: Wir müssen Rationalisierungspotenziale durch Betriebsformenpolitik heben, also durch hochgradig vernetzte Versorgung, die sogar die Sozialgesetzbücher übergreift. Problemfeld 3 ist die Frage nach effizienten Vergütungen. Ich bin zwar Anhänger der Pauschalen, aber man muss auch sehen, dass die Verweildauer sehr kurz wird. Wenn dann Menschen frühzeitig entlassen werden, müssen sie vernetzt aufgefangen werden. Wir müssen also mit Risiko-selektion und Qualitätsdumping als rationalen Gefahren umgehen lernen. Problemfeld 4: Wir brauchen effektive Leistungskataloge. Dabei kann man sich nicht gegen Evidenz versperren. Problemfeld 5: Wir brauchen ethische Regelsysteme. Grenzleid und Grenznutzen einer Therapie ab 85 Jahren könnten dazu führen, dass im stationären Sektor bei Hochaltrigen regelhaft Fallkonferenzen, unter Umständen sogar mit Angehörigen, durchgeführt werden. Dabei kann ein Ethikkodex zu einer Standardisierung von Entscheidungen führen. Last but not least besteht das Problemfeld der orientierenden Medizinanthropologie. Denn die Versorgungslandschaft für eine ältere Bevölkerung muss anders gestrickt werden.

### **Die Ordnung des solidarischen Wettbewerbs**

Ein Großteil der deutschen Gesundheitsökonominnen will den folgenden Weg im Umbau der Versorgungslandschaften gehen: Alle Macht den Kassen. Der Sicherstellungsauftrag liegt bei den Einzelkassen im Wettbewerb. Die KVen schafft man ab, die KBV könnte bei der Setzung von Normwerten noch etwas helfen. Aber im Einzelwettbewerb kontrahieren selektiv die Kassen und zwar mit vernetzten Strukturen. Dabei gibt es sehr viele komplexe Möglichkeiten. Auch die Anbieterseite organisiert sich neu. Sie schafft neue Betriebsformen, denn auf Ausschreibungen muss man sich bewerben. Dabei ist Vernetzung oberstes Gebot. Der Patient schließlich hat neue Wahlfreiheiten, aber auch Wahlzwänge zwischen verschiedenen integrativen Versorgungsmodellen. Hier gilt: Je mehr Versorgung integrativ betrieben wird, desto kleiner wird die Regelversorgung. Das ist das Modell.

Dabei gibt es natürlich Probleme. Wir können nicht so tun, als ob dieser Wandel nicht mit Transaktionskosten zu tun hätte. Verträge müssen gemanagt werden. Neue Organisationsformen müssen sich bilden. Eine Herausforderung stellt das Gründungsmanagement dar. Zudem muss der Bürger informiert sein, um sich zu entscheiden, ob er in ein Netz von Fachärzten, in einen Hausarztvertrag, in ein MVZ will. Auch die Regulierung stellt ein Problem dar. Ganz ohne Regulierung wird dieser Quasi-Wettbewerb nicht gehen. Ich persönlich bin skeptisch, wie der Wettbewerb aussieht, wenn statt der KVen die Landesbehörden die Regulierung übernehmen. Eine ganze Fülle von Dingen, die als Marktrevolution bezeichnet werden, müssen geregelt werden. Dabei müssen durchdachte Formen solidarischer Finanzierung die Basis bilden. Schließlich muss das Ganze europarechtskompatibel gestaltet werden, denn Sozialpolitik ist längst eine geteilte Kompetenz geworden.

### **Derzeitige Herausforderungen für ein zukunftsfähiges Gesundheitswesen**

Fest steht: Die Angebotsstruktur muss sich ändern. Sie muss zur Nachfrage passen. Das Gesundheitswesen muss eine hohe Qualität haben, aber auch betrieblich wirtschaftlich und fiskalisch nachhaltig sein. Vor allem aber soll es zugänglich sein, und es soll ein Ort technischen Fortschritts sein.

**PATIENTENGERECHTE  
ALTERSMEDIZIN –  
WO LIEGEN DIE HERAUS-  
FORDERUNGEN  
DES DEMOGRAFISCHEN  
WANDELS?**

### **PATIENTENGERECHTE ALTERSMEDIZIN – WO LIEGEN DIE HERAUS- FORDERUNGEN DES DEMOGRAFISCHEN WANDELS?**

**Prof. Frank**

**Schulz-Nieswandt**

Seminar für Sozialpolitik  
Universität zu Köln

Die Nachfrage ändert sich rapide durch die Epidemiologie. Wir haben eine altersabhängige Veränderung des Krankheitsspektrums. Wir haben einen soziodemografischen Wandel. Das Netzwerkpotenzial der Haushalte ist rückläufig. Wir haben eine Ausdifferenzierung von Haushaltsformen. Das erklärt sich unter anderem durch die höhere Überlebenswahrscheinlichkeit von Frauen. Der Mehrgenerationenhaushalt erhöht das Scheidungsrisiko junger Ehen. Das zeigen alle Datensätze. Sie zeigen aber auch: Die haushaltsübergreifenden Netzwerke sind lebendig. 80 % der Kinder in Europa leben nur maximal 20 Kilometer von ihren Eltern entfernt.

Die Frage ist also, wie die Angebotsstruktur der Alterung der Bevölkerung angepasst werden kann. Die Steuerungsdebatte zeigt nur die ökonomische Seite. Doch wenn wir vernetzte Betriebsformen haben wollen, die transsektoral Akutmedizin, Rehabilitation, Pflege und komplementäre soziale Dienste und Beratungsdienste integrieren, müssen die Organisationen auch in der Lage sein, sich zu verändern. Tatsache ist, dass die Kommunikationsprozesse in den Betrieben nicht sehr gut laufen.

Das Hauptproblem ist dabei meines Erachtens die Fragmentierung unseres Systems. Die Fragmentierungslinien verlaufen bereits intrainstitutionell, also innerhalb der Institutionen. Schon innerhalb eines Krankenhauses sind Prozesse nicht abgestimmt. Zwischen Pflege und Medizin gibt es unter anderem Gender-bedingte Fragmentierung. Die Pflege erscheint als verlängerte Mütterlichkeit, die Medizin als maskuline Technikbegeisterung. Hinzu kommen intrasektorale Fragmentierungen. Es gibt enorme Schnittstellen innerhalb der ambulanten Medizin zwischen Haus- und Fachärzten. Es gibt auch Weiterleitungsketten zwischen Krankenhäusern verschiedener Versorgungsstufen, die oft nur unzureichend funktionieren. Durch die Ausdifferenzierung der Handlungslogik haben wir ein Problem der professionellen Reintegration. Die Probleme sind in der Industrie ähnlich: Marketing, Vertrieb und Forschungsabteilung eines Betriebs sind oft ebenso wenig kompatibel wie Fachärzte verschiedener Disziplinen. Die intersektoralen Fragmentierungen schließlich sind hinlänglich bekannt.



**Fazit**

Integrationsversorgung mit Blick auf die Vulnerabilitäten des hohen Alters erfordert entsprechende gesetzliche Rahmenbedingungen – also eine Defragmentierung der Sozialgesetzbücher – und ökonomische Anreize. Sie erfordert aber auch die Bereitschaft der Akteure zu Strukturreformen, die Bereitschaft zu einer anderen multiprofessionellen Aufstellung. Geklärt werden muss, wie sich kulturelle Kompetenzen der Professionen neu definieren lassen. Ohne Arbeit am eigenen professionellen Selbstverständnis wird das nicht gehen.

**PATIENTENGERECHTE  
ALTERSMEDIZIN –  
WO LIEGEN DIE HERAUS-  
FORDERUNGEN  
DES DEMOGRAFISCHEN  
WANDELS?**



**PATIENTENGERECHTE  
ALTERSMEDIZIN –  
WO LIEGEN DIE HERAUS-  
FORDERUNGEN  
DES DEMOGRAFISCHEN  
WANDELS?**

**Marie-Luise Müller**  
Deutscher Pflegerat

### **Der ältere Patient – neue Herausforderungen an Qualifikation und Qualität der Pflege**

#### **Abstract**

Die Pflege professionalisiert sich zusehends. Sie steht längst nicht mehr nur am Ende der Versorgungskette, sondern ist eine Querschnittsaufgabe. Auch in der Versorgung muss die Pflege eine stärkere Rolle spielen, damit das Gesundheitssystem den Anforderungen an Effizienz, Effektivität und Nachhaltigkeit gerecht wird. Das sind die Thesen von Marie-Luise Müller. Die Präsidentin des Deutschen Pflegerates hält daher eine Diskussion über eine neue Arbeitsteilung zwischen Ärzten und Pflegenden für dringend erforderlich.

---

#### **Neue Versorgungsanforderungen**

Wer Versorgungsdefizite in einer älter werdenden Gesellschaft vermeiden will, muss einen Wandel in den Versorgungssystemen herbeiführen. Erfahrungen, wie mit dem demografischen Wandel in anderen Gesellschaften umgegangen wird, gibt es kaum. Wir müssen also einen eigenen Weg finden. Menschenwürdige Pflege wird dabei zu einem zentralen Thema. Deshalb tritt Pflege aus dem Hintergrund heraus und nimmt eine wachsende Bedeutung ein. Denkbar ist allerdings auch, dass durch geeignete Maßnahmen der Eintritt der Pflegebedürftigkeit deutlich nach hinten verschoben werden könnte. Dabei sollte man Pflege nicht am Ende der Kette, sondern als Querschnittsdisziplin betrachten. Sie beginnt bereits in der Prävention und endet in der Sterbebegleitung.

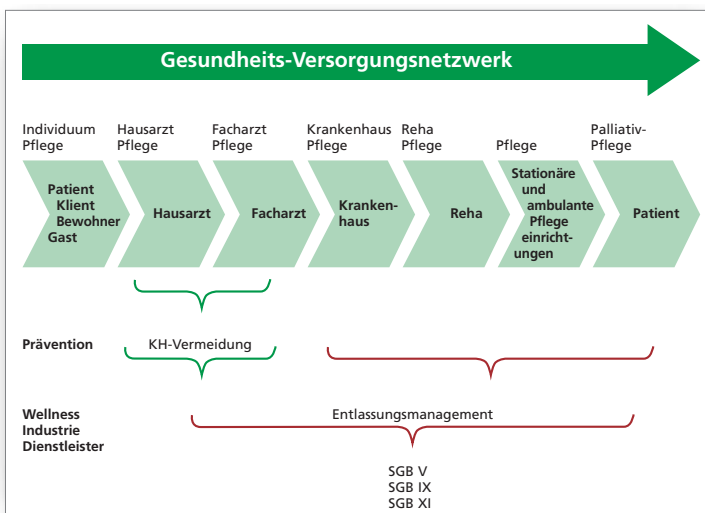
Dieses Grundverständnis sozialversicherungsrechtlich zu akzeptieren bedeutet auch, dass man mit Pflege anders umzugehen hat. Konkret heißt das, dass Pflege nicht erst nach der Rehabilitation der geeignete Ansatz ist, sondern dass in unterschiedlichen Lebensphasen geschaut werden muss, was man dem Menschen aus der Pflege jeweils anzubieten hat. In der Bundesrepublik Deutschland leben ungefähr fünf Millionen hilfs- und pflegebedürftige Menschen. Von diesen erhalten nur zwei Millionen die ihnen gebührende Aufmerksamkeit, weil



Marie-Luise Müller

sie in der Pflegeversicherung als pflegebedürftig eingestuft sind. Bei den meisten Menschen ist Pflegebedürftigkeit altersbedingt. Das heißt, dass das Alter für die Pflege künftig im Mittelpunkt steht. 1,4 Millionen werden heute durch Angehörige gepflegt, davon 440.000 zusätzlich durch ambulante Pflegedienste. So verbleiben letztlich gut 600.000 Menschen, die zunehmend in Heimen versorgt werden.

**PATIENTENGERECHTE  
ALTERSMEDIZIN –  
WO LIEGEN DIE HERAUS-  
FORDERUNGEN  
DES DEMOGRAFISCHEN  
WANDELS?**



### **PATIENTENGERECHTE ALTERSMEDIZIN – WO LIEGEN DIE HERAUS- FORDERUNGEN DES DEMOGRAFISCHEN WANDELS?**

**Marie-Luise Müller**  
Deutscher Pflegerat

Die Lebenslage der Pflegebedürftigen muss immer als verletzlich angesehen werden. Diese Verletzlichkeit ist eine stete Herausforderung für die Pflegenden. Deshalb ist ein breites fachliches Wissen über unterschiedliche Ausprägungen dieser Verletzlichkeit für die professionelle Pflege von entscheidender Bedeutung. Wir haben besondere Schwierigkeiten bei Demenzkranken und bei sehr armen Menschen, die von der Sozialhilfe als Pflegehilfe abhängig sind. Die Tendenz steigt. Besondere Aufmerksamkeit brauchen auch Menschen mit gleichgeschlechtlicher Orientierung und Menschen mit Migrationshintergrund. Der steigende Anteil Hochaltriger hat etwas mit dem medizinisch-technischen Fortschritt zu tun.

Die Zunahme älterer Patienten und die damit verbundene Zunahme von chronischen Leiden und Multimorbidität führt zu komplexen Versorgungsanforderungen. Sie erfordert gewandelte Patientenrollen, neue Versorgungsstrukturen und eine neue Organisation. Die große Herausforderung für die einzelnen Akteure in den Sektoren ist es nun, sich auf den Weg zu machen in eine Struktur, in der gemeinsames Handeln in den Vordergrund gestellt wird. Meines Erachtens müssen Kommunikation, Information und Transparenz zwischen den Akteuren verbessert werden. Nur so lassen sich sektorenübergreifende Grenzen abbauen.

Ein besonderes Problem der Versorgung ist die sozialrechtliche Trennung zwischen SGB V und SGB XI. Ein Beispiel ist die Wundversorgung. Ein gut standardisiertes Versorgungsnetzwerk ohne Versorgungsbrüche lässt sich hier nicht aufbauen. Die Effektivität kostenintensiver Maßnahmen im Krankenhaus ist jedoch fraglich, wenn Patienten nach der Entlassung 48 Stunden lang nicht versorgt werden, wobei bekannt ist, dass das Wundliegen nach spätestens 24 Stunden erneut einsetzt. Deshalb glauben wir, dass an bestimmten Stellen dringend beide Systeme zusammengeführt werden müssen. Ein weiteres Beispiel: Wenn Prophylaxen keine Versicherungsleistungen werden, kann ich keine Prophylaxen vornehmen. Folglich kann Pflegebedürftigkeit nicht effektiv vermieden werden, weil eine Finanzierung fehlt. Das gilt unter anderem für den Bereich der Sturzprophylaxe.

### **Heilberuf Pflege – Merkmale einer Profession**

Pflege als Gesundheitsberuf zielt innerhalb des Versorgungssystems unmittelbar darauf ab, professionelle Hilfe bei Alltagseinschränkungen, gesundheitlichen Beeinträchtigungen, vorbeugenden Maßnahmen und Begleitung in der letzten Lebensphase anzubieten, gleichzeitig aber auch krankheitsbedingte medizinisch-pflegerische Unterstützung zu leisten. Von entscheidender Bedeutung für die Zukunft der Pflege ist allerdings die allmähliche politische Erkenntnis, dass sich die herausgebildete Fachlichkeit der Pflege nun entwickelt hat, und dass es in der Pflege und im System Potenziale gibt, die noch nicht in ausreichendem Maße genutzt werden. Klar geworden ist auch, dass die Versorgungsknappheit zunimmt und der Bedarf an gesundheitlichen Leistungen bei chronisch kranken und multimorbiden Menschen andere Fähigkeiten und Fertigkeiten verlangt, als sie in einem medizinorientierten System bislang angeboten werden. Der Pflegewissenschaft wird dabei zugetraut, eine wichtige Rolle zu übernehmen. Hilfreich ist, dass das Gutachten des Sachverständigenrates aus 2007 sehr deutlich zum Ausdruck bringt, dass eine kontroverse und sachliche Debatte über die Neustrukturierung des Gesundheitswesens notwendig ist.

### **Anforderungen zur Weiterentwicklung der Professionen**

Um den europäischen Standard herzustellen, muss eine generalistische Erstausbildung für Pflege an Hochschulen in Deutschland zur Regel werden. Wichtig sind zudem die Einführung eines Fachlichkeitsmix im Gesundheitswesen und der Neuzuschnitt der Aufgaben zwischen den Gesundheitsberufen. Dabei spreche ich insbesondere vom Verhältnis zwischen Ärzten, Pflege und Therapeuten. Aber es gibt insgesamt 40 nicht verkammerte Gesundheitsberufe in Deutschland, die zusätzlich zu Ärzten, Zahnärzten und den 1,2 Millionen Pflegenden 1,2 Millionen Beschäftigte stellen. Letztlich wird das System von allen gemeinsam getragen.

Die Pflege professionalisiert sich durch laufende Bildungsinnovationen – von anfänglich politisch initiierten Modellversuchen bis zum Bildungsratkonzept vom Oktober 2006. Innovationen gibt es jedoch auch außerhalb der bundes- und landesrechtlichen Vorgaben bei-

**PATIENTENGERECHTE  
ALTERSMEDIZIN –  
WO LIEGEN DIE HERAUS-  
FORDERUNGEN  
DES DEMOGRAFISCHEN  
WANDELS?**

### **PATIENTENGERECHTE ALTERSMEDIZIN – WO LIEGEN DIE HERAUS- FORDERUNGEN DES DEMOGRAFISCHEN WANDELS?**

**Marie-Luise Müller**  
Deutscher Pflegerat

spielsweise bei IHKs, trägerspezifischen Initiativen und diversen Bildungsanbietern. An den Hochschulen werden Bachelor- und Masterabschlüsse entwickelt. Dabei kommt es zu einer Ausdifferenzierung und fortgeschrittener Pflegefachlichkeit (Advanced Nursing Practice). Nurse Practitioners nach amerikanischem Vorbild sollen unter anderem professionelle Hausbesuche im Pflegevorfeld gestalten. Zudem sieht das Berufsbild des Nurse Practitioners die professionelle Information über Pflegeangebote vor – eine Aufgabe die nun den Pflegestützpunkten im Rahmen der Pflegereform zugeordnet ist.

Bei der Kooperation zwischen den Gesundheitsberufen legt die Pflege Wert darauf, gegenseitige Professionsanerkennungen mit der Medizin auszuhandeln. Wir glauben, dass die Zusammenarbeit nach den Kriterien der Effektivität, Effizienz und Nachhaltigkeit gestaltet werden muss. Deshalb halten wir das Modell der Pool- und Kernkompetenzen des Sachverständigenrates für gut geeignet, um über Aufgaben einzelner Professionen zu diskutieren. Unter diesem Blickwinkel halte ich einen eigenständigen Zugang für die Pflege in bestimmten Bereichen für sinnvoll, zum Beispiel bei der Heil- und Hilfsmittelverordnung. Ich hoffe, dass sich über Modellversuche zeigen lässt, wie Teams aus unterschiedlichen Professionen zusammenarbeiten. Ich glaube, dass diese Form der Zusammenarbeit auch für das Jahr 2030 besser geeignet ist als die jetzige. Zudem bin ich überzeugt, dass der Anstieg der Qualifikation in der Pflege einen Anstieg der Qualität bringt. Allerdings ist eine Registrierung der Qualifikationen, beispielsweise auf Heilberufsausweisen, dringend nötig.

#### **Forderungen an die Politik**

Die Pflegenden verlassen sich auf die Zusage der Koalitionsvereinbarung, dass die Ministerien ihren Beitrag leisten, um Pflege verstärkt in der Versorgung zu verankern. Der Sachverständigenrat hat seinen Beitrag im letzten Gutachten geleistet. Jetzt sind die Pflegenden selbst gefordert, den Prozess der Umstrukturierung gemeinsam mit der Ärzteschaft in Gang zu setzen. Das Pflegeweiterentwicklungsgesetz sollte der Pflege bestimmte heilkundliche Tätigkeiten im Bereich der häuslichen Krankenpflege übertragen, zum Beispiel die Verordnung von Windeln. Langfristig strebt die Pflege auch den Zugang zu Freiberuf-

lichkeit, Verordnungszulassung, Expertenstatus, Fachkräftestatus und Assistenzausprägung in vielfältiger Form an, um in den verschiedenen Handlungsfeldern klinischer, ambulanter und stationärer sowie alternativer Wohnformen und Hospizeinrichtungen qualifiziert tätig werden zu können. Mein Fazit: Pflegen kann nicht jeder. Professionelle Pflege ist deshalb als zentrales gesellschaftliches Handlungsfeld anzuerkennen. Daraus muss sich politisches Handeln ableiten.

**PATIENTENGERECHTE  
ALTERSMEDIZIN –  
WO LIEGEN DIE HERAUS-  
FORDERUNGEN  
DES DEMOGRAFISCHEN  
WANDELS?**



### DER GERIATRISCHE PATIENT: ANDERE BEDÜRFNISSE – NEUE STRUKTUREN?

**Wilfried Jacobs**

AOK  
Rheinland/Hamburg

### Die demografischen Herausforderungen für eine im Wettbewerb stehende Krankenkasse

#### Abstract

Das deutsche Gesundheitswesen ist nicht mehr am Patienten orientiert. Darunter leiden gerade ältere Patienten, die ihre Versorgung nicht selbst organisieren können. Deshalb ist es wichtig, die Versorgung wieder so zu gestalten, dass die vorhandenen Mittel möglichst ohne Umwege bei den Patienten ankommen, meint der Vorstandsvorsitzende der AOK Rheinland/Hamburg. Er appelliert an Kassen und Leistungserbringer, sich als Partner im Sinne des Gesamtnutzens für das selbstverwaltete Gesundheitssystem zu begreifen.

---

#### Prämissen

Die Medizin kann mehr leisten als die Krankenversicherung zahlen kann. Dieses Problem muss dauerhaft gelöst werden. Mit Budgets gelingt das nicht. Im Jahre 2040 wird jeder zweite Deutsche über 65 Jahre alt sein. Die Lebenserwartung nimmt jedes Jahr um drei Monate zu. Wer heute geboren wird, hat als Junge eine Lebenserwartung von 98 und als Mädchen von 102 Jahren. Das zeigt die aktuelle Sterbetafel der Versicherungswirtschaft. 1970 entfielen auf einen Rentner sechs junge Beitragszahler, 2004 waren es drei, 2015 werden es 1,6 junge Beitragszahler pro Rentner sein. Dieser Entwicklung muss das System Rechnung tragen. In der Pflegeversicherung tickt eine Zeitbombe. Von den Hochaltrigen über 80 Jahre werden perspektivisch 75 % Frauen sein, 50 % pflegebedürftig sein und 30 % an Demenz erkranken. Die Pflegeversicherung ist bereits jetzt in Finanznöten. Im Jahre 2040 werden wir für Alterskrankheiten so viel Geld ausgeben wie für das gesamte Gesundheitswesen der Bundesrepublik im Jahre 2000. Das ist eine gute Entwicklung für die Menschen, aber eine Herausforderung für die Politik.

#### Drei Blickwinkel auf das Gesundheitswesen

Diese Entwicklung gibt Anlass dazu, den Medizinbetrieb aus drei Perspektiven zu betrachten: Patient, Leistungserbringer und Kostenträger. Meist schiebt einer dem anderen die Schuld zu. Wer nur Ausein-





*Wilfried Jacobs*

andersetzungen führt, ohne seine Handlungsmöglichkeiten zu nutzen, darf sich nicht beschweren. Zugespißt formuliert sind wir in Deutschland auf dem besten Weg, das Gesundheitswesen so zu organisieren, dass alle Beteiligten auch ohne Patienten beschäftigt sind. Es ist also nötig, einige Schritte zurückzugehen und den Betrieb aus Sicht des Patienten zu betrachten.

Der Patient bewegt sich ängstlich und verunsichert durch den komplizierten Medizinbetrieb. Untersuchungen zeigen, dass Schwerstkranke genauso sehr unter der Organisation des Medizinbetriebs leiden wie unter ihrer Diagnose. Ein Beispiel: Ein Krebspatient hat Schwierigkeiten, eine ambulante Chemotherapie zu bekommen, weil der Arzt am Krankenhaus keine Ermächtigung hat und der niedergelassene Arzt keine freien Termine. Zweites Beispiel: Patienten finden überall in den Medien Informationen über ihre Erkrankung und die Behandlungsmöglichkeiten. Dann suchen sie eine gute Behandlung, also Qualität. Rechtsvorschriften verbieten Ärzten und Krankenhäusern jedoch die Werbung. Indirekt wird trotzdem geworben. Deshalb wäre es besser, offen über Qualität zu reden. Die Beispiele zeigen: Was dem Patienten fehlt, sind Zuhörer, Erklärer, Begleiter, Lotsen.

**DER GERIATRISCHE  
PATIENT: ANDERE  
BEDÜRFNISSE – NEUE  
STRUKTUREN?**

### **DER GERIATRISCHE PATIENT: ANDERE BEDÜRFNISSE – NEUE STRUKTUREN?**

**Wilfried Jacobs**

AOK  
Rheinland/Hamburg

Der zweite Blickwinkel: Leistungserbringer, sowohl Krankenhäuser als auch Ärzte, stehen im Dauerkonflikt zwischen medizinisch Sinnvollem, ökonomischer Herausforderung und finanziellem Eigeninteresse. Dieser Konflikt wird immer bestehen bleiben, aber er wird verschärft durch eine budgetorientierte Haltung. Budgets lösen die Probleme der Zukunft nicht. Auf die Reise in die Zukunft darf man aber nicht alle mitnehmen, die am Bahnhof stehen, sondern nur die, die in den Zug passen und Qualität sichern. Wir geben zu viel Geld für mittelmäßige Qualität aus. Das hat oft zur Folge, dass diejenigen, die Qualität bieten, auf der Strecke bleiben.

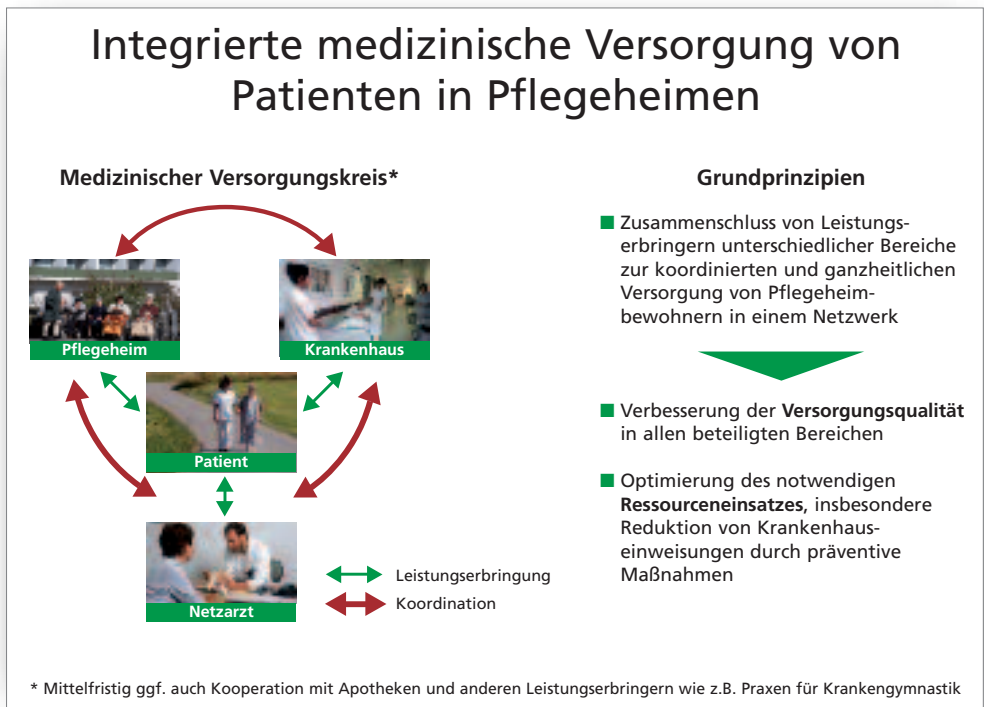
Bei den Kostenträgern besteht das gleiche Problem. Die Ökonomisierung der Medizin driftet ab zu einem übertriebenen Sparsystem. Viele Dinge, die wir lediglich unter Kostengesichtspunkten sehen, müssen unter Kosten-Nutzen-Orientierung betrachtet werden. Man beschäftigt sich zu stark mit den „Lieferbedingungen“ und zu wenig mit dem gelieferten Produkt oder der Dienstleistung. Erschwerend kommt hinzu: Die Krankenkassen untereinander stehen in einem harten Wettbewerb, wie auch die Leistungsanbieter.

### **Herausforderungen durch die alternde Gesellschaft**

Die „Seuchen“ des 21. Jahrhunderts sind Demenz, Krebs und chronische Erkrankungen. Dabei altern die Patienten. Charakteristisch für einen alten Patienten sind Multimorbidität, chronischer Krankheitsverlauf und dauerhafte Schmerzbelastung. Ältere Patienten benötigen wegen der überlagerten Krankheitsbilder ein optimales Schnittstellenmanagement, stärkere Vernetzung, engere Verzahnung zwischen Akutversorgung, Pflege, Rehabilitation und Prävention. Sie leiden unter dem System, wie es derzeit ist. Patienten müssen an zu vielen Stellen um irgendetwas kämpfen, zum Beispiel am Übergang in einen anderen Versorgungssektor. Die älteren Patienten verstehen diese Welt nicht mehr.

Die Integrierte Versorgung bietet die Chance, vorhandene Strukturen der Versorgung aufzubrechen, neue Wege zu gehen und mehr Qualität und Transparenz für die Patienten zu schaffen. Die AOK Rheinland/Hamburg hat einige Projekte der Integrierten Versorgung, die beson-

ders ältere Patienten betreffen. Dazu zählen der Hausärztervertrag, ein Projekt zur Palliativmedizin/-pflege, ein Projekt für Versicherte in Pflegeheimen, die Projekte Diabetischer Fuß, Wundmanagement, Endoprothetik, Osteoporose, Herzinfarkt/Herzinsuffizienz, Schlaganfall und diverse Projekte zu Krebserkrankungen.



### Herausforderungen für Palliativmedizin und Schmerztherapie

Symptomatisch für die Abläufe im deutschen Gesundheitswesen im Allgemeinen ist aus meiner Sicht die aktuelle Entwicklung rund um die Palliativmedizin. Die Palliativmedizin zu verbessern ist richtig. Diese Verbesserung ins Gesetz zu schreiben mit verpflichtenden Ansprüchen ist richtig. Die Krankenkassen zu verpflichten, für die Palliativmedizin mehr Geld auszugeben, ist richtig. Aber wie fangen wir jetzt an, Palliativmedizin zu organisieren? Das Problem liegt darin, dass im deutschen Gesundheitswesen zu viele Theoretiker, Ideologen und Funktionäre am Werk sind. Wir brauchen wieder mehr Macher, die die Basis kennen. Deshalb werden die Gesetze auch immer schlechter. Das bietet eine Chance, denn aus einem schlechten Gesetz lassen sich alle Interpreta-

### DER GERIATRISCHE PATIENT: ANDERE BEDÜRFNISSE – NEUE STRUKTUREN?

### **DER GERIATRISCHE PATIENT: ANDERE BEDÜRFNISSE – NEUE STRUKTUREN?**

**Wilfried Jacobs**

AOK  
Rheinland/Hamburg

tionen ableiten. Es ist aber dann eine Katastrophe, wenn das Gesetz angewendet werden muss. Ein Beispiel aus der Palliativversorgung: In Köln wollen nun alle vier Krankenhäuser eine Palliativabteilung einrichten. Das ist doch nicht Sinn der Sache. Die Palliativmedizin soll zum Patienten kommen, nicht der Patient in die Palliativabteilung, wo er weiß, dass es jetzt mit ihm zu Ende geht. Zudem kann es vielleicht an einem Krankenhaus mit besonderer Qualifikation eine Palliativstation geben, aber doch nicht an jedem.

Im Schlepptau der Palliativmedizin hängt die Schmerztherapie. Wir müssen die Schmerztherapie verbessern und dafür zusätzliches Geld ausgeben. Bestehende Probleme sind aus meiner Sicht, dass viele Ärzte die Leitlinien der Schmerztherapie, also das WHO-Stufenschema, zu wenig beachten. Onkologische Patienten werden zudem oft zu spät mit Opiaten behandelt. Schließlich sollten neben der medikamentösen immer auch andere Formen der Schmerztherapie in Erwägung gezogen werden. Es darf deshalb nicht versucht werden, Schmerztherapie in jede Praxis zu bringen. Sie gehört in die Hände von Experten. Lassen Sie uns nicht den Fehler machen, neue segensreiche Entwicklungen so zu organisieren, dass sie nicht beim Patienten ankommen und dennoch viel Geld fressen.

### **Fazit**

Ich will für zwei Dinge werben: Die demografische Herausforderung ist für alle schwer zu meistern. Es hat jedoch keinen Zweck sich gegenseitig Fehler vorzuwerfen. Ich werbe deshalb dafür, diese Herausforderung in Partnerschaft anzugehen – Partnerschaft auch unter den Leistungserbringern. Zweite Anmerkung: Wenn die Politik auf die Idee kommt, Dinge zu verbessern, sollte die Selbstverwaltung zeigen, dass sie in der Lage ist, das so zu organisieren, dass der Mitteleinsatz am ehesten beim Patienten ankommt. Palliativmedizin mit vernünftiger Schmerztherapie ist dann am besten, wenn der Patient erkennt, dass sie von den Richtigen angeboten wird, wenn er zudem nicht organisationstechnisch darunter zu leiden hat und sie ihm schnellstmöglich zugute kommt. Ich plädiere deshalb für einen kreativen Boxenstopp und einen konstruktiven Dialog.

Samstag, 24. November 07, 10.45 – 12.45 Uhr



### DER GERIATRISCHE PATIENT: ANDERE BEDÜRFNISSE – NEUE STRUKTUREN?

**Dr. Thomas Hilse**

DKV Deutsche Kranken-  
versicherung AG

### Vom Payer zum Player – Ansätze einer privaten Krankenversicherung für den Seniorenmarkt

#### Abstract

Die private Krankenversicherung DKV versteht sich im neuen Gesundheitssystem nicht mehr nur als Versicherer, sondern auch als Versorger. Mit eigenen Einrichtungen im Bereich der Pflege versucht sie, Versorgung neu zu organisieren. Dabei stößt sie vielerorts auf die bekannten Schnittstellenprobleme, berichtet der DKV-Geschäftsführer für stationäre Versorgung, Pflege und Residenzen Dr. Thomas Hilse. Die Pflegereform geht ihm an manchen Stellen zu weit, an anderen nicht weit genug.

---

#### Die DKV als Gesundheitsunternehmen

Die DKV kann sich im Verbund der ERGO-Unternehmensgruppe einen Markt von rund 30.000 Versicherten erschließen. Wir wollen aber nicht nur Versicherer sein, sondern auch auf die Trends im Gesundheitsmarkt reagieren, und das heißt, dass wir mehr überprüfbare Qualität und mehr Transparenz anstreben. Hinzu kommt, dass die ästhetisch-kosmetische Dimension immer mehr ihren Niederschlag im medizinischen Handeln findet. Damit muss man sich auseinandersetzen. Das dritte Feld ist die Alterung der Gesellschaft. Unserer Meinung nach muss neu definiert werden, wann jemand alt ist.

Als privater Krankenversicherer sind wir nicht nur Versicherer und Service-Anbieter, sondern auch Versorger. Wir haben zum Beispiel in Köln ein eigenes Versorgungszentrum, in dem die Ärzte freiberuflich tätig sind. In einem mittlerweile flächendeckenden Netz in Deutschland organisieren wir zusammen mit Zahnärzten Prophylaxe und Ersatz. Wir haben zudem einen Ärzteverbund auf dem Feld der individuellen Gesundheitsleistungen. Im Bereich Senioren betreiben wir unter anderem zwei relativ große Seniorenresidenzen und die ambulanten "miCura"-Pflegedienste.



*Dr. Thomas Hilse*

### **Versorgungsmodelle im Seniorenmarkt**

Alle Aktivitäten im Bereich der Pflege sind bei der DKV in einer Holding gebündelt. Sie betreut mit rund 400 Mitarbeitern etwa 1100 Kunden. Damit sind wir auf diesem Feld ein echter Player im Gesundheitswesen. Unser Leitbild ist nicht nur die Schaffung von Versorgungsangeboten, sondern auch die Optimierung ambulanter Versorgungsprozesse. Das dient nicht zuletzt dazu, die Kostenbelastung zu reduzieren.

Zu unseren Zielen gehören aber auch die Initiierung und Unterstützung integrativer Versorgungssysteme durch Vernetzung mit Ärzten, Klinikträgern und weiteren Leistungserbringern sowie die Entwicklung von Versorgungs- und Serviceprodukten für Kliniken und Ärzte. Ein Beispiel dafür ist die miCura Arztassistenz. Mit unseren Ansätzen wählen wir ganz bewusst neue Organisationsformen. Wir gründen unsere Einrichtungen gemeinsam mit Kliniken und Ärzten, um sicherzustellen, dass Schnittstellenprobleme leichter bewältigt werden können.

**DER GERIATRISCHE  
PATIENT: ANDERE  
BEDÜRFNISSE – NEUE  
STRUKTUREN?**

## DER GERIATRISCHE PATIENT: ANDERE BEDÜRFNISSE – NEUE STRUKTUREN?

**Dr. Thomas Hilse**  
DKV Deutsche Krankenversicherung AG

Ziel der miCura Pflegedienste ist die Unterstützung und Optimierung der medizinisch-pflegerischen Versorgung bei Vermeidung oder Verkürzung eines Krankenhausaufenthalts und Stärkung des ambulanten Bereichs. Dabei sollen individuelle und bedürfnisorientierte Dienstleistungen im häuslichen Umfeld der Pflegekunden gewährleistet und Pflegeleistungen mit den Angeboten anderer Gesundheitsdienstleister sinnvoll verknüpft werden. Wir versuchen natürlich, auch das häusliche Umfeld und die lokal ambulant behandelnden Ärzte einzubeziehen. Das ist nicht einfach, weil jeder sein Budget und seine Vorstellungen hat. Als Betreiber der Seniorenresidenz in Münster haben wir mit fast 100 Hausärzten zu tun.

Daher wäre zum Beispiel ein optimiertes Entlassungsmanagement zur Überwindung von Versorgungsbrüchen vom stationären in den poststationären Bereich dringend erforderlich. Die Realität sieht aber anders aus. Ökonomen sprechen von Entlassoptimierung und Grenzverweildauer. Doch der Betroffene darf nicht darunter leiden. Nötig sind deshalb eine frühzeitige Entlassungsplanung und Überleitung in die ambulante Versorgung sowie die Steuerung der Versorgungsabläufe

## Versorgungsmodelle im Seniorenmarkt

### Beispiel Entlassmanagement:

- Zur Überwindung von Versorgungsbrüchen vom stationären in den poststationären Bereich



- Frühzeitige Entlassungsplanung und Überleitung in die ambulante Versorgung sowie Steuerung der Versorgungsabläufe und Begleitung des Pflegekunden im weiteren Verlauf nach Entlassung





läufe und Begleitung des Pflegekunden im weiteren Verlauf nach der Entlassung. Diese Schritte müssen neutral erfolgen. Sie dürfen nicht von den Interessen eines Betreibers gesteuert sein.

Im stationären Pflegemarkt ist die DKV mit Einrichtungen in Bremen und Münster vertreten. Wir sind breit aufgestellt mit den klassischen Bereichen des betreuten Wohnens und der vollstationären Pflege, aber auch mit Modellen, die stärker an den Bedürfnissen der Bewohner orientiert sind als im klassischen Pflegeheim. Hier ist die Rede von der individuellen Tagesbetreuung oder einer Wohneinheit für Demenzkranke nach dem Hausgemeinschaftsmodell.

Die Hausgemeinschaft ist eine ergänzende stationäre Wohnform für Menschen, die bei der Alltagsbewältigung auf umfassende Begleitung und Unterstützung angewiesen sind. Neben der pflegerischen Versorgung sind insbesondere wiederkehrende Tagesabläufe und die Betreuung durch vertraute Mitarbeiter Merkmale der Hausgemeinschaft. Vielfältige Angebote und Aktivitäten helfen, den Alltag sinn erfüllt zu gestalten. Wir erleben, dass Menschen, die in Hausgemeinschaften wohnen, ganz anders agieren, dass sie sich selbst gegenseitig ein Stück weit betreuen. Das sind unserer Meinung nach gute Ansätze und gute Ideen, nur fehlt definitiv die Zeit, sich intensiv mit den Menschen auseinanderzusetzen.

Wer heute so eine Einrichtung aufbauen will, geht auch institutionell einen steinigen Weg. Neben Einschränkungen aus dem Heimgesetz stellt ihn die Finanzierung vor echte Hürden. Hausgemeinschaften könnten die Wohnform der Zukunft sein. Traurig ist aber, dass sie im Pflegeweiterentwicklungsgesetz leider einen falschen Niederschlag gefunden haben. Der Gesetzgeber hat es an dieser Stelle versäumt, den Weg zu ebnen. Er hat die Finanzierung mit Sicherheit nicht weit genug stabilisiert. Es fehlt der politische Mut, solche vielversprechenden Ansätze etwas stärker zu fördern und sie gesetzlich zu verankern. Das ist ein gesellschaftliches Phänomen. Die Fragen, wie wir mit Alter, Pflege und Pflegebedürftigkeit umgehen, sind nicht zur Genüge beantwortet, schon gar nicht von der Politik.

**DER GERIATRISCHE  
PATIENT: ANDERE  
BEDÜRFNISSE – NEUE  
STRUKTUREN?**

### DER GERIATRISCHE PATIENT: ANDERE BEDÜRFNISSE – NEUE STRUKTUREN?

**Dr. Dominik  
Graf von Stillfried**

Kassenärztliche  
Bundesvereinigung  
Seit 15.1.08  
Geschäftsführer  
des Zentralinstituts  
für die kassenärztliche  
Versorgung (ZI)

### Ein neues Zusammenspiel der Akteure als Voraussetzung einer altersgerechten Versorgung

#### Abstract

Die Anforderungen einer alternden Gesellschaft lassen tradierte Organisationsformen der medizinischen Versorgung als überholt erscheinen. Nötig wird eine kleinräumige regionale Differenzierung der Versorgungsnotwendigkeiten, weil der Alterungsprozess nicht gleichförmig stattfindet. Dabei bestimmen populationsbezogene regionale Verträge die Zukunft. Dieser Prozess erfordert ein Umdenken der Vertragspartner. Diese Thesen vertritt der Leiter der KBV-Stabsstelle Versorgungsforschung Dr. Dominik Graf von Stillfried.

---

#### Was ist altersgerechte Versorgung?

Wenn Versorgung altersgerecht gestaltet werden soll, muss weniger die Qualität der einzelnen Leistung in der Geriatrie als die Organisationsform der medizinischen Versorgung ins Blickfeld rücken. Die Dominanz chronisch-degenerativer Krankheiten bedingt, dass neue Formen kontinuierlicher Betreuung gestaltet und entwickelt werden müssen. Komplexe Komorbidität und Multimorbidität erfordern die Koordination der spezialisierten Medizin, denn eine systematische Beachtung möglicher Wechselwirkungen ist nötig. Zudem muss der Patient als Partner in der Versorgung einbezogen werden. Ihm müssen Erreichbarkeit, aufsuchende Betreuung, Erhalt des Wohnens im selbst gewählten Umfeld, Anpassung des Wohnraums und die Nutzung technischer Hilfsmittel gewährleistet werden.

Dass diese Voraussetzungen nicht erfüllt sind, ist bereits vielfach dargestellt worden, zum Beispiel im Chronic-Care-Modell des MacColl Institutes. Das Modell stellt vier Gestaltungselemente in den Vordergrund, die als nicht erfüllt betrachtet werden. Zum Ersten müssen Patienten oder Angehörige dabei unterstützt werden, ein der Krankheitssituation angemessenes Selbst-Management durchzuführen. Zum Zweiten geht es darum, Versorgungsabläufe neu zu gestalten, insbesondere in der Organisation der hausärztlichen



*Dr. Dominik Graf von Stillfried*

Praxis. Dazu gehört eine neue Aufgabenteilung im Praxisteam zur Gewährleistung von Case-Management, regelmäßigem Follow-up und zur vorausschauenden Einbeziehung weiterer Versorgungsstufen. Drittens sind Methoden der Entscheidungsunterstützung unter anderem durch die Nutzung evidenzbasierter Leitlinien für Ärzte und Patienten und eine bessere Kooperation mit Fachspezialisten nötig. Zum Vierten müssen klinische Informationssysteme eingerichtet werden, die ein regelmäßiges Monitoring der chronisch kranken Patienten erlauben.

Die KBV-Vertragswerkstatt hat dazu verschiedene Vertragsangebote an die Krankenkassen entwickelt, die die Kooperation in den Vordergrund stellen. Ein Beispiel ist die ambulante geriatrische Komplexbehandlung. Der Hausarzt veranlasst diese geriatrische Komplexbehandlung nach einem geriatrischen Basisassessment. Ein Teamarzt ist qualifiziert, die Zusammenarbeit der verschiedenen Beteiligten zu koordinieren. Dabei sind neben dem Hausarzt und weiteren Fachärzten auch andere geriatrisch qualifizierte Gesundheitsberufe durch regelmäßige Fallkonferenzen einzubeziehen. Explizit genannt sind

**DER GERIATRISCHE  
PATIENT: ANDERE  
BEDÜRFNISSE – NEUE  
STRUKTUREN?**

### **DER GERIATRISCHE PATIENT: ANDERE BEDÜRFNISSE – NEUE STRUKTUREN?**

**Dr. Dominik**

**Graf von Stillfried**

Kassenärztliche

Bundesvereinigung

Seit 15.1.08

Geschäftsführer

des Zentralinstituts

für die kassenärztliche

Versorgung (ZI)

zum Beispiel Ergo-, Physiotherapeut, Logopäde, Diätassistent, Pflegedienst, Sozialpädagoge, Seelsorger, Experte für Wohnraumanpassung. Sehr viel Wert wird auf die Koordination der Arzneiverordnung durch den Hausarzt gelegt. Die geriatrische Komplexbehandlung zielt ab auf Patienten mit Fehl- und Mangelernährung, kognitiven Störungen, allen voran Demenz, Dekubitalulzera, Sensibilitätsstörungen, starker Seh- und Hörbehinderung, Depressionen oder Angststörungen, chronischen Schmerzen, Inkontinenz, Immobilität, Gebrechlichkeit, Dehydration. Bislang hat die KBV dafür jedoch keine Vertragspartner auf Kassen- seite gefunden.

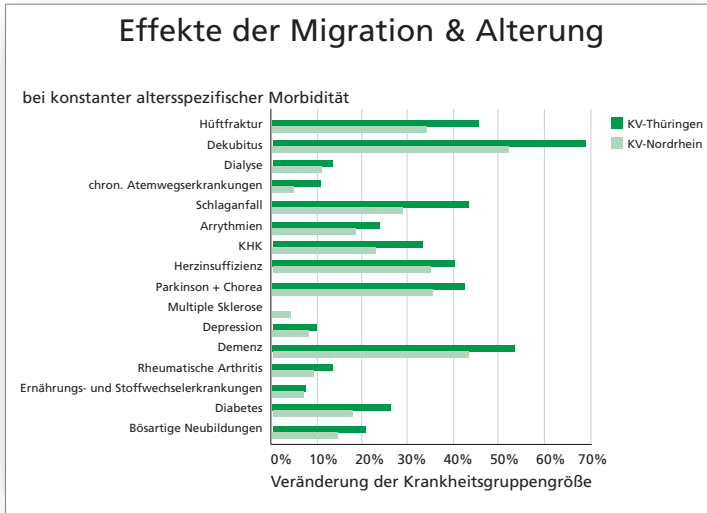
Doch es gibt weitere Vertragsmodelle, die der alternden Gesellschaft Rechnung tragen sollen. In Sachsen-Anhalt und Mecklenburg-Vorpommern laufen Modelle zur Delegation des Hausbesuchs an qualifizierte Mitarbeiter von Hausarztpraxen. In Vorbereitung ist ein telefongestütztes Fallmanagement durch qualifizierte Mitarbeiter von Hausarztpraxen in Kooperation mit einer bundesweiten Krankenkasse. Für ein arztentlastendes und -unterstützendes Telemonitoring werden Vertragspartner für die flächendeckende Erprobung eines versorgungsorientierten Ansatzes gesucht.

All diese Initiativen werden allerdings noch als alternative Versorgungsmodelle begriffen. Eine systematische flächendeckende Umformung der Versorgungsrealität, wie sie das Chronic-Care-Modell fordert, gibt es noch nicht.

### **Migration modifiziert Demografie**

Der Alterungsprozess wird meist als ein monolithisches Ereignis thematisiert. Wenig diskutiert wird dabei, dass dieser Alterungsprozess räumlich uneinheitlich stattfindet. Das hängt unter anderem mit der Migration zusammen. Es gibt Abwanderungs- und Zuwanderungsräume. Die Folge sind stark zunehmende Unterschiede in Wohlstand und Bildung, Infrastruktur und Lebensqualität und in den Krankheitsprävalenzen. Ein Vergleich zweier Regionen soll das zeigen. München als Zuwanderungsraum altert praktisch kaum. Im Landkreis Sondershausen in Thüringen als Abwanderungsraum dagegen zeigen sich Faktoren wie eine rückläufige Kaufkraft, Verarmung, steigende Arbeits-

losigkeit, Abwanderung von Familien und von gebildeten Bewohnern. All diese Faktoren wirken auf den Versorgungsbedarf und die Prävalenz von Krankheiten. Das zeigt auch der Vergleich der Diagnosen zwischen Nordrhein und Thüringen.



Diese Migrationen haben aber auch erhebliche Auswirkungen auf die Versorgungsstruktur: Im Zuwanderungsraum besteht besonders zwischen Fachärzten extremer Wettbewerb. Im Abwanderungsbereich herrschen extreme Überlastung von Hausärzten und steigende Finanzierungsrisiken bei Fachärzten. Hinzu kommt ein deutlicher Alterungsprozess auch bei Ärzten. Er ist überproportional stark im hausärztlichen Bereich und in den neuen Bundesländern ausgeprägt. Auch das führt zu regionalen Veränderungen in der Versorgungsstruktur.

**DER GERIATRISCHE PATIENT: ANDERE BEDÜRFNISSE – NEUE STRUKTUREN?**

**In welchem System bewegen wir uns ab 2009?**

Es ist davon auszugehen, dass die Bewegung im System künftig vom Versicherten ausgeht. Versicherter und Patient sind künftig die entscheidende Größe. Das Szenario ab 2009 aus meiner Sicht: Die Politik überweist aus dem Fonds an die Krankenkassen. Die Beitragshöhe der Kassen ist auf einen Zusatzbeitrag beschränkt, der seinerseits nach oben begrenzt ist. Zudem haben die Krankenkassen ein Insolvenzrisiko. Daher wird die Versichertenbindung wichtiger. Neben

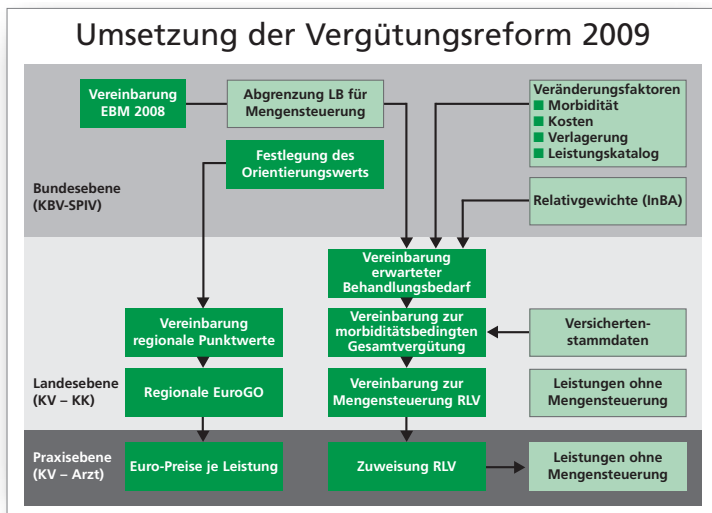
## DER GERIATRISCHE PATIENT: ANDERE BEDÜRFNISSE – NEUE STRUKTUREN?

**Dr. Dominik Graf von Stillfried**

Kassenärztliche Bundesvereinigung  
 Seit 15.1.08  
 Geschäftsführer des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (ZI)

Leistungsausgaben und Verwaltungskosten wird für Krankenkassen künftig auch die Rückerstattung an Versicherte eine entscheidende Größe. Fraglich ist, wie viele Gestaltungsmöglichkeiten Wahltarife im Wettbewerb der Krankenkassen eröffnen werden. Es ist jedoch anzunehmen, dass die Kassen gezwungen sind, differenzierte Tarife anzubieten. Die aktuellen Vorboten sind Ausschreibungen der Krankenkassen für regionale Versorgungsmodelle. In Zukunft werden die Wahltarife die Organisationsstruktur der Krankenkassen bestimmen. Tarifmanager agieren wie Fondsmanager. Sie schreiben sektorenübergreifend aus, mit der Konsequenz, dass nur Anbieterkonsortien den Zuschlag bekommen können. Vor dem Hintergrund dieser Entwicklung wird sich zeigen, wie relevant Chronic-Care-Modelle sind.

Weitere Konsequenzen bringt die Vergütungsreform 2009. Ein fester Preis für eine feste Leistung wird das Ergebnis für den Arzt sein. Leistungskatalog und Preise der Krankenkassen werden weitgehend einheitlich sein. Die Frage wie viel Geld eine Krankenkasse einer KV schuldet, hängt allein von Anzahl und Risikostruktur der Versicherten ab. Auf dieser Basis wird eine Vereinbarung des notwendigen Leistungsbedarfs in einer Region getroffen. Dabei wird die Berücksichtigung der Morbidität dazu führen, dass Vergütungsanteile vom Süden und Westen Deutschlands nach Norden und Osten verschoben werden.



Die Frage wird allerdings sein, ob sie bei der KV oder beim Selektivvertragspartner ankommen. Darüber bestimmt der Versicherte. Deshalb ist er die entscheidende Größe. Die Vertragsbindung zwischen Krankenkassen und Leistungsanbietern wird dadurch auf eine andere Basis gestellt. Hier kommen Finanzen und Philosophie wieder zusammen: Was hinter dem Chronic-Care-Modell steht, wird Basis für Vertragsvereinbarungen.

### **Fazit**

Neue Denkmuster sind bei allen Beteiligten gefordert. Einen Ansatz für das Umdenken bei Vertragsärzten bietet das Chronic-Care-Modell. Ärzte sollten den gesamten Versorgungsprozess im Auge haben, fachübergreifend koordinieren und den Patienten einbeziehen. Ärzte müssen aber auch über das Chronic-Care-Modell hinausgehen, wenn sie sich auf die neue Welt einstellen wollen. Sie müssen als Unternehmer klären, wie sie mit neuen Anbietern umgehen. Es ist anzunehmen, dass MVZs und Portalkliniken eine wachsende Rolle spielen werden.

Umdenken bei den Krankenkassen heißt: Schlechte Risiken werden durch den Morbi-RSA zu Ressourcen. Ein besonderer Fokus wird auf chronisch Kranken liegen. Das Insolvenzrisiko wird die Qualität der Verträge beeinflussen. Wahltarife werden große Bedeutung gewinnen. Zudem werden sich Krankenkassen intern weg von sektoralen Gliederungen hin zu patientenzentrierten Organisationsformen wandeln.

Umdenken für die KVen bedeutet schließlich eine ganz dramatische Änderung. Das Vertragsmonopol haben sie bereits verloren. Sie müssen sich an Ausschreibungen beteiligen, werden dadurch aber in Wettbewerb mit sich selbst geraten. Ich gehe davon aus, dass Versorgungsmanagement die Abrechnung als Kerngeschäft ersetzt.

**DER GERIATRISCHE  
PATIENT: ANDERE  
BEDÜRFNISSE – NEUE  
STRUKTUREN?**

### DER GERIATRISCHE PATIENT: ANFORDERUNGEN AN DIE MEDIZIN

#### Dr. Ann-Kathrin Meyer

Past-Präsidentin der  
Deutschen Gesellschaft für  
Gerontologie und Geriatrie

### Vom „Problem Alter“ zur „Zukunft Alter“ – Konzepte einer bedarfsorientierten Altersmedizin

#### Abstract

Die Geriatrie orientiert sich weniger an Diagnosen als vielmehr am ganzen Patienten. Das erfordert auf der Versorgungsebene die Arbeit im multiprofessionellen Team unter ärztlicher Leitung mit spezieller Weiterbildung und im spezifischen Setting. Es erfordert aber auch den politischen Willen von der Bundesebene bis zur Lokalebene und den Mut der Kostenträger, meint Dr. Ann-Kathrin Meyer. Nicht zuletzt hält sie auch eine gesellschaftliche Akzeptanz des Alters für nötig, um der Geriatrie im Sinne der Patienten zum Erfolg zu verhelfen.

---

#### Der geriatrische Patient

Während das gesellschaftliche Bild des Alters eher negativ geprägt ist, ist Altern aus geriatrischer Sicht ein lebenslanger, funktioneller, komplexer, individueller, gesellschaftlicher und mehrdimensionaler Prozess. Dieser Prozess spielt sich auf der psychischen, somatischen und sozialen Ebene ab und er muss gestaltet werden. Viele Menschen und auch die meisten alten Menschen selbst empfinden Altern als gekennzeichnet durch wachsende Defizite. Dieses Defizitmodell des Alterns beschreibt Verlust, Trennung, verringerte Abwehrkräfte, reduzierte Adaptationskräfte und erhöhte Vulnerabilität. Sehr selten greift das Kompetenzmodell. Lebenserfahrung, (Alters-)Weisheit, Durchhaltevermögen, vielleicht auch die Fähigkeit, sich mit weniger zufrieden zu geben, werden meist unterschätzt.

Die Bedürfnislage betagter Patienten hat sich sehr geändert. Alles dreht sich letztlich darum, Pflegeabhängigkeit zu vermeiden, also um "Compression of Morbidity". Dieses Bedürfnis umfasst den Wunsch nach Selbsthilfefähigkeit, Pflegeunabhängigkeit, Leben im eigenen Zuhause, Möglichkeiten für soziale Kontakte, sichere Mobilität und persönliche Autonomie. Es geht um die basalen Dinge, nicht darum, ins Theater zu gehen. Dass dafür die klassische Medizin nicht immer geeignet ist, wird immer deutlicher.





*Dr. Ann-Kathrin Meyer*

Typisch für geriatrische Patienten sind die Multimorbidität und das höhere Lebensalter. Wir haben immer mehr Behandlungsbedürftige im Alter von 70 Jahren aufwärts mit einer alterstypisch erhöhten Vulnerabilität. Das begünstigt das Auftreten von Komplikationen, Folgeerkrankungen, steigert die Chronifizierungsgefahr und führt letztlich zu der gefürchteten Verschlechterung des Selbsthilfestatus und zum Autonomieverlust.

### **Die geriatrische Herangehensweise**

Die Geriatrie verfolgt anders als die Innere Medizin nicht die klassische Diagnosenorientierung, sondern richtet ihren Blick auf die Symptome, die sogenannten geriatrischen Is oder Giganten der Geriatrie. Das sind Immobilität, Instabilität, Inkontinenz, intellektueller Abbau, Isolation, iatrogene Einflüsse. Ein Viertel der Menschen, die eine Schenkelhalsfraktur erleiden, ist ein Jahr später verstorben. Das zeigt die Dimensionen der Immobilität. Inkontinenz ist nach wie vor ein großes Tabuthema. Demenz hat in den letzten Jahren wachsende Aufmerksamkeit erfahren, was angesichts der wachsenden Zahl Betroffener

**DER GERIATRISCHE  
PATIENT:  
ANFORDERUNGEN AN  
DIE MEDIZIN**

### **DER GERIATRISCHE PATIENT: ANFORDERUNGEN AN DIE MEDIZIN**

#### **Dr. Ann-Kathrin Meyer**

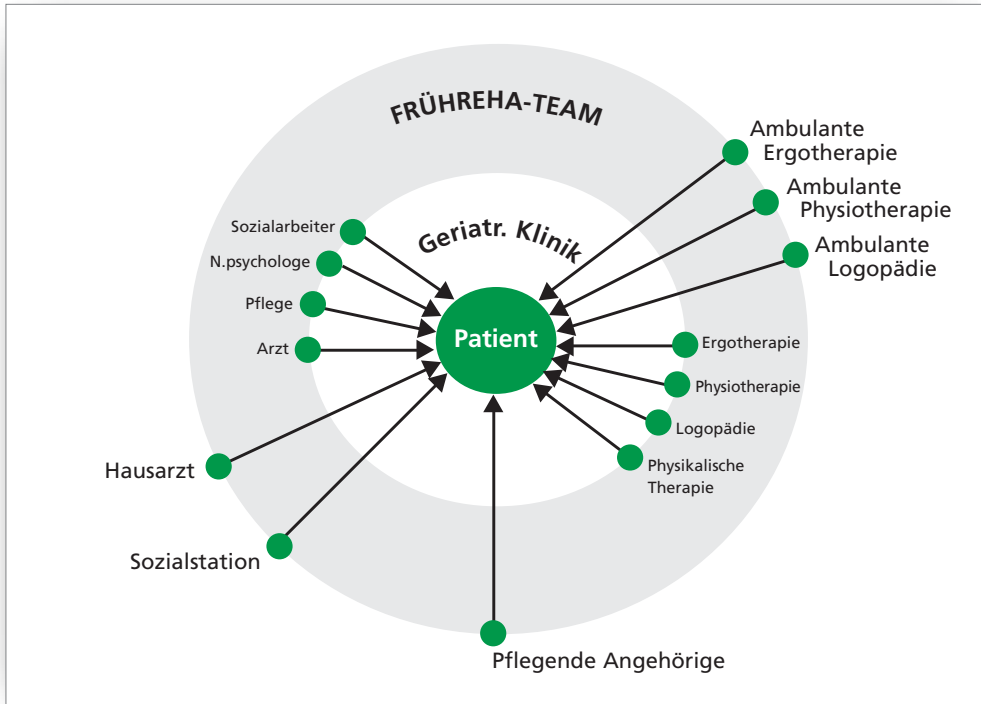
Past-Präsidentin der  
Deutschen Gesellschaft für  
Gerontologie und Geriatrie

dringend nötig ist. Aber nur 10 bis 15 % der Demenzpatienten werden adäquat behandelt. Iatrogene Einflüsse negativer Art entstehen vor allem dadurch, dass Patienten mehrere Ärzte und Fachärzte nebeneinander aufsuchen. Dabei entsteht mitunter eine Multimedikation, die niemand mehr überblickt.

Die Pharmakotherapie ist bei älteren Menschen aus mehreren Gründen oft problematisch. Teilweise findet ein unfreiwilliges „Medikamentenfasten“ statt. Eine Studie zur Medikamentenhandhabung mit 119 selbstständig lebenden, kognitiv unauffälligen alten Menschen, (Altersdurchschnitt: 81 Jahre, 66 % Frauen) hatte folgende Ergebnisse: An einer Sicherheitslasche am Deckel scheitern fast zwei Drittel (63,9 %). Die „Drück- und Dreh“-Flasche können 44,5 % nicht handhaben. Die Dosette hindert 16,8 % der alten Patienten an der Medikamenteneinnahme. Selbst mit dem normalen Blister kommt jeder zehnte Patient nicht zurecht. Dadurch wird leitliniengerechte Medikamentenbehandlung konterkariert. Gleichzeitig gibt es kaum Evidenz für hochaltrige Menschen in den Arzneimittelstudien. Die Berliner Altersstudie kam zu dem Ergebnis, dass bis zu 80 % der Patienten unerwünschte Arzneimittelwirkungen beklagen. Hier kommt das freiwillige Medikamentenfasten zum Tragen. Dennoch stehen bis zu 15 % der Krankenhausaufenthalte älterer Patienten in Zusammenhang mit Medikamenteneinwirkung.

#### **Die geriatrische Arbeitsweise**

Geriatrie umfasst nicht allein ärztliches Handeln. Vielmehr sind multiprofessionelle Teams für die Geriatrie kennzeichnend und unabdingbar. Ärzte, Psychologen, Pflegekräfte, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Logopäden, Masseur und medizinische Bademeister, Ernährungsberatung, Sozialdienst, Seelsorge und Sekretariat arbeiten zusammen. Auch die Angehörigen müssen integriert werden, um die Versorgung abzurunden.



Ein Instrument, das für Geriater so wichtig ist wie das Stethoskop für den Internisten, ist das geriatrische Assessment. Es umfasst organmedizinische, kognitive, psychische, soziale, umgebungsbezogene und funktionelle Dimensionen jenseits der medizinischen Diagnosen. Dazu wenden Geriater verschiedene Testverfahren an. Ein Beispiel ist, dass die Handkraft mit einer Art Blasebalg gemessen wird. Bei verringerter Handkraft steigt erwiesenermaßen die Mortalität. Zweites Beispiel ist der Barthel-Index. Er fragt ganz verschiedene Dinge ab, zum Beispiel Anziehen, Waschen, Toilettengang, Treppensteigen. Werden weniger als 60 Punkte erreicht, muss extrem viel organisiert werden, um die Rückkehr in die Häuslichkeit zu ermöglichen. Zwischen 60 und 80 Punkten ist es aufwendig. Bei über 80 Punkten kann der Patient fast immer in die Häuslichkeit zurückkehren. Das nächste Beispiel ist der Uhren-Test. Eine meiner Patientinnen erschien in der gesamten Untersuchung wenig beeinträchtigt, scheiterte jedoch daran. Diesen Verlust der Fähigkeiten erfasst ein Arzt nur mit diesem Test, aber es ist fatal, wenn er ihn nicht erfasst, weil dann an den Patienten Erwartungen

**DER GERIATRISCHE PATIENT: ANFORDERUNGEN AN DIE MEDIZIN**

### DER GERIATRISCHE PATIENT: ANFORDERUNGEN AN DIE MEDIZIN

#### Dr. Ann-Kathrin Meyer

Past-Präsidentin der  
Deutschen Gesellschaft für  
Gerontologie und Geriatrie

gestellt werden, die er nicht erfüllen kann. Die Therapie ist dann oft zum Scheitern verurteilt.

Die gesamte Behandlung mit interdisziplinär arbeitendem multi-professionellem Team, geriatrischem Assessment, strukturierter Kommunikation, individueller Therapiezielsetzung und Therapieplanung zielt darauf, den Wunsch des Patienten nach einem guten, möglichst selbstbestimmten Leben zu erfüllen.

#### Geriatrie in Deutschland

Die geriatrische Versorgungslandschaft in Deutschland ist bislang fast nur am Krankenhaus ausgeprägt. Akutgeriatrie mit Frührehabilitation hat im Krankenhaus Einzug gehalten. In manchen Bundesländern findet Geriatrie ausschließlich in Rehabilitationskliniken statt. Das hat zur Folge, dass die Patienten oft ins Krankenhaus verlegt werden müssen. Zudem gibt es mancherorts geriatrische Stützpunkte, die m. E. nicht die glücklichste Lösung sind. Dabei ist ein Geriater im ganzen Krankenhaus unterwegs und soll die gesamte Frührehabilitation managen, was im Prinzip nur im Team machbar ist. Nach Sektoren betrachtet spielt sich geriatrische Versorgung meist vollstationär ab. Daneben gibt es teilstationäre Tageskliniken, ambulante geriatrische Rehabilitation und mobile geriatrische Rehabilitation.

Fachlich verorten sich die meisten Geriater in der Inneren Medizin. Wenn neben Diabetologie oder Kardiologie auch Geriatrie als Schwerpunkt eingeführt würde, könnte Geriatrie leichter Eingang in die ambulante Versorgung finden. Manche Geriater wünschen sich einen eigenständigen Facharzt für Geriatrie, wenn der Schwerpunkt nicht realisiert wird. Derzeit haben wir die Zusatzbezeichnung Geriatrie, die jeder Arzt egal welcher Fachrichtung erwerben kann. Das ist bei fast 14.000 geriatrischen Betten in Akut- und Rehakliniken etwas wenig.

Deshalb bemühen sich Geriater schon jetzt um Qualitätssicherung, zum Beispiel mit dem Qualitätssiegel Geriatrie, das dem KTQ ähnelt, aber auf Geriatrie abgestimmt ist. Zudem gibt es die Datensammlung Gemidas, die Ergebnisqualität abbildet. Mit dieser Hilfe ist es den Geriatern gelungen, eine eigene Ziffer im OPS-Code zu erhalten und damit die

Finanzierung zu verbessern. Weil Geriatrie und Innere Medizin gleichgesetzt wurden, hat die Geriatrie oft mit 50 % Unterdeckung gearbeitet. Das hat sich nun gebessert.

**Der geriatrische Leitgedanke: „Den Jahren mehr Leben geben“**

Prinzipien der geriatrischen Behandlung sind die umfassende Beurteilung des Patienten im Rahmen des geriatrischen Assessments in Bezug auf Anamnese, Körper- und Geisteszustand und seine Fähigkeiten zur Bewältigung der Aktivitäten des täglichen Lebens im individuellen sozialen Kontext. Ohne Kenntnis des sozialen Kontexts ist eine gute Behandlung des Patienten nicht möglich. Die Aufstellung eines individuellen Behandlungs- oder Rehabilitationsplans empfiehlt sich nicht für jeden Patienten, sollte aber bei Bedarf vorgenommen werden. Um das interdisziplinäre Handeln im Team unter ärztlicher Leitung und Verantwortung zu gewährleisten, sind regelmäßige Teambesprechungen nötig. Der Rehabilitationserfolg muss regelmäßig kontrolliert und beurteilt werden, damit die nächsten Behandlungsschritte flexibel angepasst werden können. Mitbestimmung und aktive Mitwirkung des Patienten und Einbeziehung der Angehörigen in die Umsetzung von Behandlungskonzepten ist insbesondere im Hinblick auf die Entlassung nötig. Dabei setzt die Geriatrie auf Vernetzung aller ambulanten, teilstationären und stationären Rehabilitationsangebote in Wohnortnähe. Die Überprüfung des Erfolges nach Entlassung des Patienten ist nur möglich, wenn die Vernetzung stimmt. All diese Elemente einer umfassenden geriatrischen Betreuung dienen letztlich dem Ziel, den verbleibenden Jahren mehr Leben zu geben.

**DER GERIATRISCHE  
PATIENT:  
ANFORDERUNGEN AN  
DIE MEDIZIN**



### DER GERIATRISCHE PATIENT: ANFORDERUNGEN AN DIE MEDIZIN

**Dr. Uwe Junker**  
Vizepräsident der  
Deutschen Gesellschaft  
für Schmerztherapie

### Das WHO-Stufenschema – sinnvoller Therapieleitfaden auch im Alter?

#### Abstract

Morphin als Goldstandard lehnt Dr. Uwe Junker ab. Aber auch das WHO-Stufenschema zur Opioidtherapie kann seiner Meinung nach nur als Gedankenstütze im Hinterkopf dienen. Er vertritt die Auffassung, dass eine differenzierte Opioidtherapie im Rahmen eines therapeutischen Gesamtkonzepts für die Schmerzbehandlung alter Patienten zentral ist. Bei der Pharmakotherapie müssen Ärzte, Junker zufolge, zudem etliche Besonderheiten des Alters beachten. Goldstandard ist seiner Auffassung nach letztlich eine individualisierte Therapie.

---

#### Was ist ein alter Patient?

Ein alter Patient hat ein erhöhtes Risiko der kognitiven und sensorischen Beeinträchtigung, der Komorbidität, der Multimedikation und multipler therapeutischer Interventionen sowie des Verlustes an Aktivität und Partizipation. Ärzte dürfen den Patienten nicht nach der Anzahl seiner kalendarischen Lebensjahre beurteilen, sondern müssen ihn nach seinem biologischen Alter einschätzen. Danach muss sich auch die Schmerztherapie ausrichten.

Eine Studie von Basler et al. aus dem Jahr 2003 mit über 300 Schmerzpatienten zeigt, dass bis zu 70 % der Patienten eine zumindest mäßige und bis zu 30 % schon eine schwere Komorbidität aufweisen, bevor die Schmerztherapie überhaupt begonnen hat. Diese Komorbidität ist häufig der Grund für eine Multimedikation, die auf ein alterndes Organsystem und damit auch auf eine Abnahme der Lebermasse trifft. Die metabolische Leberkapazität ist vermindert. Die Lebermasse nimmt um 20 bis 25 % ab. Dadurch reduziert sich die Leberdurchblutung und der Abbau durch die mikrosomalen Zytochrome. Zugleich nimmt die renale Eliminationsleistung ab. Das wird im Alltag oft vergessen. Damit gehen eine Verminderung der Anzahl der Glomeruli, eine Verminderung des renalen Plasma-



*Dr. Uwe Junker*

flusses und eine Verminderung der glomerulären Filtrationsrate einher.

Der Patient interessiert sich aber weniger für seine Leberfunktion als dafür, was er noch machen kann. Schmerztherapie muss deshalb überlegen, was die Patienten belastet und was das Ziel der Behandlung sein soll. Patienten wollen sich selbst anziehen, Treppen steigen, einkaufen und mit anderen etwas unternehmen können. Dieses Ziel zu erreichen macht die Schmerztherapie schwierig. Sie muss beim alten Patienten dem Motto folgen: So wenig wie möglich, so viel wie nötig. Vor besonderen Herausforderungen steht die Schmerzbehandlung bei Demenzpatienten. Die Messung von Schmerz bei Demenz ist sehr schwierig. Wichtige Beiträge haben Basler et al. geleistet. Sie haben ein Modell entwickelt, mit dem sich Schmerz bei Demenzpatienten anhand einer Bewertung der Atmung, negativer Lautäußerungen wie Stöhnen, Gesichtsausdruck, Körpersprache und der Wirkung von Trost bestimmen lässt. Dieses Modell sollte vermehrt auf geriatrisch-schmerztherapeutischen Stationen Einsatz finden.

**DER GERIATRISCHE  
PATIENT:  
ANFORDERUNGEN AN  
DIE MEDIZIN**

**DER GERIATRISCHE**

**PATIENT:**

**ANFORDERUNGEN AN**

**DIE MEDIZIN**

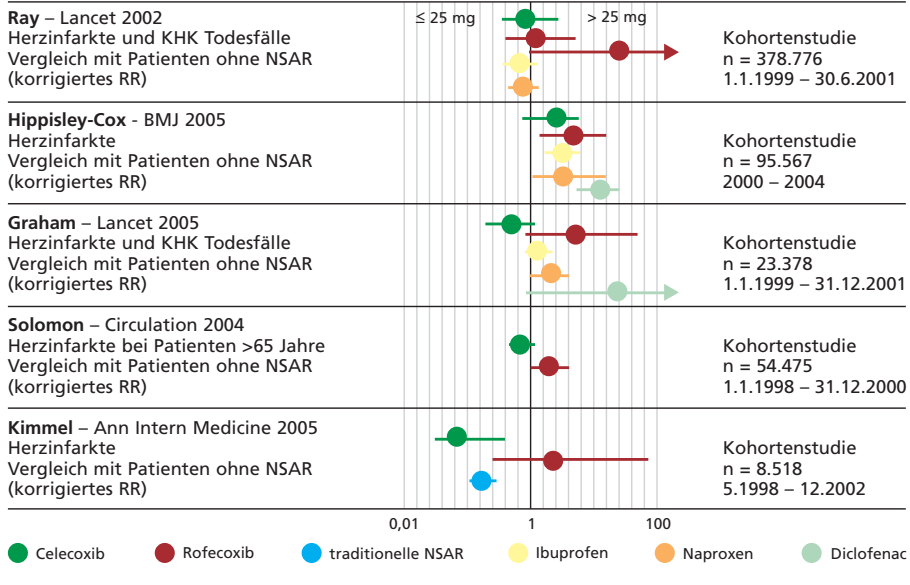
**Dr. Uwe Junker**

Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für Schmerztherapie

**Chronische Schmerzen im höheren Lebensalter**

Die häufigsten Schmerztypen im Alter sind Gelenk- und Knochenschmerz, spezifischer Rückenschmerz, Osteoporose, Zoster und multi-  
 lokulärer Schmerz. Dabei schnellst der Anteil von Arthrose-Schmerzpatienten ab dem 60. Lebensjahr hoch. 60 % der Patienten einer Schmerzambulanz mit älteren Patienten sind Arthrose-Patienten. Dem Stufenschema der WHO folgend sind die Mittel der 1. Wahl beim Arthroseschmerz traditionelle NSAR oder Coxibe. Gemeinsam mit einem Kollegen habe ich in einer Metastudie die Relation von Nutzen und Nebenwirkungen der NSAR verglichen. Dabei zeigte sich, dass das Verhältnis eher negativ ist. Meist sind die Nebenwirkungen ausgeprägter als der zu erwartende Nutzen.

**Kardiovaskuläres Risiko der NSAR - eine Übersicht**



Eine Metaanalyse, die 2006 veröffentlicht wurde, hat auf einer Datenbasis von mehr als 145.000 mit Coxiben behandelten Patienten in Studien aus den Jahren 1966 bis 2005 folgende Ergebnisse gebracht: Das Verhältnis des relativen Risikos für ein kardiovaskuläres Ereignis beim Vergleich von Coxiben versus Placebo wurde mit 1,42 berechnet.



Das entspricht drei kardiovaskulären Ereignissen bei 1000 Patienten pro Jahr. Bei tNSAR versus Placebo zeigt die Analyse das höchste Risiko von 1,63 für Diclofenac, ein mittleres Risiko von 1,51 für Ibuprofen und das geringste Risiko von 0,92 für Naproxen. Die Überlegenheit von Naproxen zeigt sich auch im Hinblick auf die Apoplexgefahr. Bei den Coxiben schneidet Celecoxib am besten ab. Das kardiovaskuläre Risiko von tNSAR und Coxiben ist wohl vergleichbar. Diese Analyse zeigt, dass die Behandlung von Arthroseschmerz weiterhin schwierig bleibt. Ärzte müssen ihre eigenen Erfahrungen sammeln, denn weitere Langzeitstudien wird es nicht geben. Als Fazit bleibt festzuhalten, dass die Medikamente für eine periodische Gabe, aber nicht für eine Dauertherapie geeignet sind. Das gilt bereits beim jungen und erst recht beim alten Patienten.

### **Opioidtherapie in Forschung und Praxis**

Als Basistherapie für den alten Patienten in der Schmerztherapie bleibt letztlich nur eine Opioidtherapie. Dabei muss der Arzt differenziert den Schmerzmechanismus bestimmen. Einige differenziale Indikationen sollen hier aufgezeigt werden: Für den alten Patienten sind Schwindel und Verwirrtheit ein zentrales Problem. Die Mittel der Wahl sind hier Oxycodon, egal ob mit oder ohne Naloxon, und Buprenorphin. Für Polymedikation bietet sich Hydromorphon und Buprenorphin TTS an. Bei einer vorliegenden Niereninsuffizienz kann mit Tilidin/Naloxon oder Buprenorphin behandelt werden.

Eines bleibt zu beachten: Eine Studie aus dem Jahr 2006 hat ein erhöhtes Frakturrisiko für Patienten unter Opioidtherapie ergeben. Das geht wahrscheinlich auf kognitive Beeinträchtigungen zurück.

Einen Blick auf die Praxis der Opioidverordnungen wirft eine Studie am Bethanien-Krankenhaus Heidelberg. Die Datenerfassung lief von 1994 bis 2003. Dabei war der Verbrauch niedrigpotenter Opiode seit 1997 konstant mit klarer Bevorzugung von Tilidin/Naloxon gegenüber Tramadol. Codein spielte keine Rolle. Besorgnis erregend war allerdings, dass der Verbrauch hochpotenter Opiode um 1320 % zunahm und schon 1999 erstmals den niedrigpotenter übertraf. Das legt den Verdacht nahe, dass die Indikation unkritisch gestellt wurde.

**DER GERIATRISCHE  
PATIENT:  
ANFORDERUNGEN AN  
DIE MEDIZIN**

### DER GERIATRISCHE PATIENT: ANFORDERUNGEN AN DIE MEDIZIN

#### Dr. Uwe Junker

Vizepräsident der  
Deutschen Gesellschaft  
für Schmerztherapie

Dieser Verdacht wird durch eine weitere Aussage der Studie verstärkt: 70 % der hochpotenten Opioide wurden in den letzten Jahren in Form von transdermalemem Fentanyl appliziert. Die Wirkung steht nicht infrage. Fraglich ist jedoch, ob bei den einzelnen Patienten auch geprüft wird, ob Fentanyl passt. Wenn ein Test der Opioidsensitivität unterbleibt und der Patient nicht sensitiv ist, besteht im Einzelfall sogar Suizidgefahr – beispielsweise wenn eine Altersdepression übersehen wird.

Goldstandard ist, dass bei jedem Patienten differenziert erwogen wird, welches Opiat am besten geeignet ist. Morphin ist nicht Goldstandard. Morphin verursacht stärker Obstipation als fast alle anderen Opioide. Zudem befördert es die Kumulation aktiver Metabolite und führt zu Immunsuppression. Unsere Patienten werden immer älter und sind häufig onkologisch erkrankt. Morphin hat deshalb in der modernen Schmerztherapie als Goldstandard oder Referenzmedikation meines Erachtens nichts zu suchen. Schmerztherapeuten müssen hier für ihre therapeutische Freiheit kämpfen.

In jedem Fall ist eine differenzierte Kombination nötig. Dabei hängt die Medikation der Wahl von der Schmerzform ab. Coanalgetika werden meines Erachtens noch zu wenig genutzt. Bei Multimedikation müssen Ärzte die Wechselwirkungen beachten. Viele Medikamente gehen auch mit Selbstmedikationssubstanzen wie Johanniskraut Wechselwirkungen ein. Tilidin/Naloxon, Hydromorphon, Gabapentin und Pregabalin sind „CYP-neutral“, das heißt, bei ihnen treten kaum Wechselwirkungen auf.

Wie zentral die Medikation in der Schmerztherapie auch ist – insgesamt ist ein multimodales Therapiekonzept erforderlich. Das gilt besonders für den alten Menschen. Ein Training körperlicher Aktivität sollte für alle älteren Patienten mit chronischen Schmerzen angeregt werden. Dieses Training sollte Übungen zur Verbesserung der Beweglichkeit, der Kraft und der Ausdauer enthalten. Zudem sollte die Patientenedukation integrativer Bestandteil der Behandlung chronischer Schmerzsyndrome sein. Auch Alter ist keine Kontraindikation für Psychotraining. Bei entsprechender Indikation soll Schmerz-

patienten zudem kognitiv-behaviorale Therapie angeboten werden. Andere Modalitäten, wie zum Beispiel Kälte, Wärme, Massage, Chiropraxis oder Akupunktur, führen zur vorübergehenden Linderung und können adjuvant eingesetzt werden.

**Fazit**

Das WHO-Stufenschema hilft der Schmerztherapie bei alten Patienten wenig. Die Therapie wird von Schmerzmechanismus und Verträglichkeit bestimmt. Als Besonderheiten sind zu beachten: Die Compliance ist häufig schwieriger. Die Organfunktion ist eingeschränkt und dadurch sind die Möglichkeiten der Pharmakotherapie begrenzt. Multimedikation und Komorbidität führen dazu, dass das Risiko von Arzneimittelinteraktionen erhöht ist. Deshalb ist eine engmaschige Überwachung erforderlich. Die Komorbidität bestimmt die Substanz, und die allgemeine Situation bestimmt die Galenik. Auch bei älteren Patienten sollte man nicht zögern, Opioide frühzeitig in die Schmerztherapie einzuführen. Bei sachgemäßer Anwendung sind Opioide gut einsetzbar und führen bei einer Vielzahl von Patienten zu Schmerzfreiheit oder Schmerzreduktion. Letztlich zählt, dass die Therapie individuell für jeden Patienten bestimmt wird.

**DER GERIATRISCHE  
PATIENT:  
ANFORDERUNGEN AN  
DIE MEDIZIN**



### DER GERIATRISCHE PATIENT: ANFORDERUNGEN AN DIE MEDIZIN

**Prof. Dr.**

**Jürgen Wasem**

Lehrstuhl für  
Medizinmanagement  
der Universität  
Duisburg-Essen

### Multimorbide und oft chronisch – wie findet der ältere Patient künftig in Vergütung (EBM) und Finanzierung (RSA) Berücksichtigung?

#### Abstract

Die Ressourcen in der Gesetzlichen Krankenversicherung sind knapp. Eine gerechte Verteilung wird daher immer schwieriger und Rationierung langfristig unumgänglich, meint der Gesundheitsökonom Jürgen Wasem. Er plädiert dafür, die Mittelverteilung konsequent an der Morbidität zu orientieren, und bevorzugt Wettbewerb im Vergleich zu zentraler Steuerung im System. Von der Politik erwartet er Mut zu expliziter Rationierung, die die bisher praktizierte implizite Mittelbegrenzung mit klaren Verteilungskriterien ablöst.

---

#### Zur Schieflage der Ausgabenverteilung im Gesundheitswesen

„Alt ist nicht multimorbide und chronisch“ – diese Binsenweisheit wird durch gesundheitsökonomische Daten bestätigt. Mit dem Alter steigt zwar die Wahrscheinlichkeit für Multimorbidität und Chronizität, aber in allen Altersgruppen gibt es Gesunde und Kranke. Diese Ungleichverteilung von Gesundheitsrisiken und -chancen muss in das Blickfeld der Steuerungsansätze rücken.

Auch die Ausgaben im Gesundheitssystem sind extrem ungleich verteilt. Rund 50 % der unter 60-Jährigen verursachen nur 2 % der Ausgaben. Selbst 90 % der unter 60-Jährigen sind nicht für mehr als 20 % der Ausgaben verantwortlich. Diese Ungleichverteilung nimmt mit steigendem Alter ab. Aber auch im hohen Alter gibt es noch eine schiefe Ausgabenverteilung. Denn auch bei den über 90-Jährigen verursacht eine Hälfte nur 15 % der Ausgaben, während die andere Hälfte 85 % verursacht. Die Versorgung muss sich folglich auf diejenigen konzentrieren, die die Versorgungsrisiken darstellen und die die Morbiditätslast zu tragen haben. Denn sie bieten die Chance, Versorgung zu gestalten. Diese Aufgabe fokussiert auf nicht sehr viele Versicherte, aber solche mit hoher Morbiditätslast. Deshalb ist die Berücksichtigung der Morbidität im Risikostrukturausgleich nicht nur für die Versorgung gut, sondern auch ökonomisch sinnvoll.



*Prof. Dr. Jürgen Wasem*

### **Ressourcenallokation zwischen zentralisierten Entscheidungen und dezentralem Wettbewerb**

Angesichts der Morbiditätsverdichtung, die uns erwartet, werden wir in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) nicht mit einer reinen Rationalisierung auskommen. Die Einsparung von Kosten ohne Begrenzung nützlicher Leistungen wird nicht ausreichen. Wir werden auch in den Bereichen Kosten sparen müssen, wo es sich um nützliche Leistungen handelt. Wenn wir aber rationieren müssen, stehen zwei Grundsatzentscheidungen im Mittelpunkt. Eine zentrale Frage ist, ob weiter primär implizite Rationierung oder stärker auch explizite Rationierung betrieben werden soll. Die zweite zentrale Entscheidung lautet, ob Rationierung durch zentrale Entscheidungen von oben nach unten oder im Rahmen dezentral-wettbewerblicher Ansätze stattfinden soll.

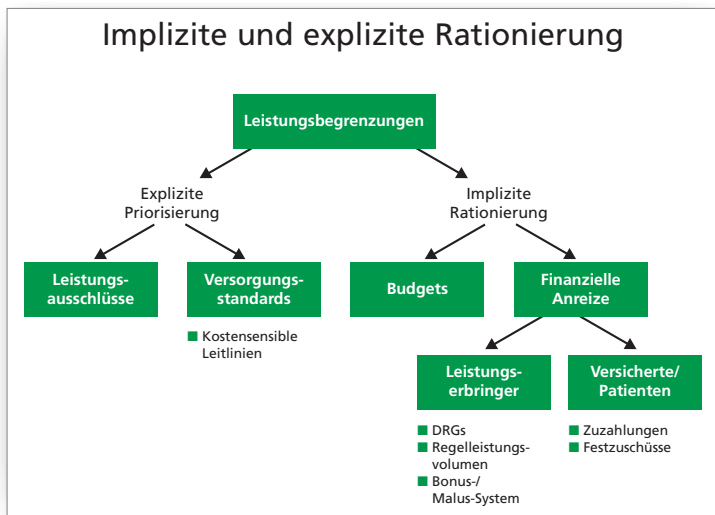
Bei impliziter Rationierung gibt es primär keine Leistungsrationierung. Die Rationierung findet nur durch die begrenzten Mittel statt. Typisches Beispiel sind Regelleistungsvolumina oder Fallpauschalen. Sie begrenzen nicht den Leistungsanspruch, aber sie stellen begrenzte

### **DER GERIATRISCHE PATIENT: ANFORDERUNGEN AN DIE MEDIZIN**

**DER GERIATRISCHE  
PATIENT:  
ANFORDERUNGEN AN  
DIE MEDIZIN**

**Prof. Dr.  
Jürgen Wasem**  
Lehrstuhl für  
Medizinmanagement  
der Universität  
Duisburg-Essen

Geldsummen zur Verfügung. Jeder Ökonom weiß jedoch, dass man nicht gleichzeitig so wenig Ressourcen wie möglich verwenden und möglichst viel daraus machen kann. Explizite Rationierung formuliert dagegen offen bestimmte Leistungsausschlüsse oder legt in medizinischen Leitlinien auch ökonomische Kriterien fest. Die Politik favorisiert momentan den Weg der impliziten Rationierung.



**Wirkungen expliziter und impliziter Rationierung auf die Altersmedizin**

Die implizite Rationierung führt, gerade in der Altersmedizin, zu einer Ungleichbehandlung der Patienten. Wenn der Arzt oder das Krankenhaus einen begrenzten Budgetbetrag hat, werden sie die Patienten nicht gleich behandeln. Ein Vorteil der impliziten Rationierung ist zwar, dass sie in der Regel mit größerer Entscheidungsfreiheit im Einzelfall einhergeht. Am schwierigsten finde ich jedoch, dass die implizite Rationierung nicht dem professionellen ethischen Selbstverständnis der Ärzte entspricht. Sie wollen Patienten aus einer eigenen Entscheidung heraus nicht etwas verweigern.

Die größte Schwierigkeit bei expliziter Rationierung ist, dass eine Verständigung über Kriterien erforderlich ist. Eine ökonomische Orientierung kann dabei allein durch die geringere Lebenserwartung implizit zu einer Diskriminierung älterer Patienten führen. Gegen explizite Ratio-

nierung spricht die geringere Einzelfallsensibilität. Vorteile sind jedoch eine größere Transparenz und formale Gleichbehandlung. Zudem bin ich überzeugt, dass die explizite Rationierung die Arzt-Patienten-Beziehung entlastet. Manche Ärzte sind da anderer Meinung.

Rationierung findet in der GKV bislang meist in zentralen Ansätzen von oben nach unten statt. Der Gemeinsame Bundesausschuss mit dem IQWiG als Hilfsinstitution setzt den Rahmen für GKV-Leistungen. Solch ein zentraler Ansatz lässt wenig Freiräume für die Akteure, führt aber auch zu stärkerer Gleichheit in der GKV. Er verhindert aber nicht Ungleichheit jenseits der GKV. Dezentrale Ansätze wie zum Beispiel kassenindividuelle Positivlisten oder Leistungsverzeichnisse führen zu Wettbewerb und individuellen Freiräumen, wenn die „gleich langen Spieße“ gewahrt bleiben. Sie bewirken aber in der GKV größere Ausmaße an Ungleichheit. Ökonomen bevorzugen dennoch die wettbewerbliche Lösung.

### **Voraussetzung: Morbiditätsorientierung in Finanzierung und Vergütung**

Der Grundgedanke der Morbiditätsorientierung ist, dass das Geld der Morbidität folgen soll. Bei genauerem Hinsehen zeigt sich, dass das Geld der Ressourcenverteilung folgen soll. Also nicht derjenige, der viel leidet, soll viel Geld bekommen, sondern derjenige, der viel kostet, weil er viel leidet. Ich plädiere seit Langem dafür, das Gesundheitssystem auf Morbiditätsorientierung umzustellen. Inzwischen ist das weitgehend akzeptiert. Bei der Umsetzung sind wir jedoch noch in den Anfängen.

Die zwei aktuellen Baustellen sind die Vergütung der Leistungserbringer und die Finanzierung der Krankenkassen. Dabei lässt sich die Morbiditätsorientierung im Querschnitt und im Längsschnitt betrachten. Nimmt man einen festen Zeitpunkt, dann bedeutet Morbiditätsorientierung in der Finanzierung von Ärzten und Krankenhäusern, dass solche mit mehr Morbidität höhere Einnahmen erzielen sollen als solche mit niedriger Morbidität. Grundgedanke ist, dass Morbidität nicht abgestraft werden soll, sondern sich in höherer Vergütung niederschlägt. Dazu gibt es unterschiedliche Umsetzungsmöglichkeiten. Derzeit erpro-

### **DER GERIATRISCHE PATIENT: ANFORDERUNGEN AN DIE MEDIZIN**

### DER GERIATRISCHE PATIENT: ANFORDERUNGEN AN DIE MEDIZIN

**Prof. Dr.  
Jürgen Wasem**

Lehrstuhl für  
Medizinmanagement  
der Universität  
Duisburg-Essen

ben wir das mit Morbiditäts-Zuschlägen bei Versichertenpauschalen. Denkbar ist natürlich auch eine Differenzierung der Einzelleistungen.

Morbiditätsorientierung im Querschnitt bedeutet aber auch, dass Kassen mit einer größeren Morbiditätsverdichtung mehr Vergütungen zahlen sollen als solche mit niedrigerer Morbidität. Das ist heute nicht durchgehend der Fall. Die Kopfpauschalensystematik hat inzwischen dazu geführt, dass Kassen mit Versicherten mit einer hohen Morbidität teilweise weniger zahlen als Kassen mit Versicherten mit niedrigerer Morbidität. Hier steht das System vor entscheidenden Veränderungen. Wenn der Gesetzestext umgesetzt wird, kommen massive Umbrüche von Zahlungsflüssen der Kassen an die KVen auf uns zu. Im Selektivvertragsgeschäft wird die Morbidität ohnehin eine große Rolle spielen.

Im Längsschnitt betrachtet bedeutet Morbiditätsorientierung, dass die Veränderungen der durchschnittlichen Morbidität von den Krankenkassen finanziert werden sollen. Hier ist die zentrale Streitfrage, wie die Veränderung der Morbidität gemessen werden soll. Dieses Problem muss angesichts der Alterung der Bevölkerung geklärt werden, denn das Morbiditätsrisiko kann nicht länger auf Seiten der Leistungserbringer bleiben. Es gehört im Kern auf die Kassenseite.

### **Morbiditätsorientierung in der Finanzierung der Krankenkassen**

Auch auf der Kassenseite muss eine morbiditätsgerechte Verteilung stattfinden. Krankenkassen mit einer höheren Morbiditätsdichte sollen dadurch keine finanziellen Nachteile erlangen. Diese müssen in der GKV dafür kompensiert werden. Wenn der Kranke nicht mehr als der Gesunde zahlen soll, müssen Finanzströme in der GKV organisiert werden. In der Welt des Gesundheitsfonds sind ab 2009 Zuweisungen aus dem Fonds geplant, die die Morbiditätsstruktur der Versicherten widerspiegeln sollen. Damit wäre realisiert, dass Kassen mit mehr Kranken keine Nachteile haben. Das ist die zentrale Voraussetzung für eine dezentrale Steuerung über Kassenwettbewerb, damit Versorgung in der Zielfunktion der Kassen überhaupt eine Chance hat.

Die Messung der Morbidität für den Zweck der Längsschnittorientierung in der Vergütung der Ärzte durch die Kassen und im Morbi-



RSA ist dabei sehr ähnlich. Insbesondere Diagnosen, aber im Risikostrukturausgleich auch Arzneimittelverordnungen bilden die Morbidität ab. Die Ausgestaltung wird bis Mitte 2008 entschieden.

### Schlussbemerkungen

Die weiterhin begrenzt wachsenden Mittel müssen möglichst wirksam eingesetzt werden. Dabei kommt man um eine Begrenzung der Leistungen nicht umhin. Die Morbiditätsorientierung ist ein Weg, mehr Rationalität in der Mittelallokation und Mittelverteilung zu bekommen. Wer Kranke behandelt und versichert, darf dadurch keine Nachteile bekommen. Der Umgang mit den knappen Ressourcen sollte aus meiner Sicht mehr über Wettbewerb als über zentrale Steuerung und stärker über explizite als über implizite Begrenzungen erfolgen. Die Frage bleibt, ob die Politik zu beidem den Mut hat.

### DER GERIATRISCHE PATIENT: ANFORDERUNGEN AN DIE MEDIZIN



### SPEZIALISIERT UND DENNOCH KOORDINIERT – ALTERNATIVE VERSOR- GUNGSMODELLE IN DER GERIATRIE

Arbeitsgruppe 1



*Hanswerner Voss*

#### **Am Beginn des Workshops stand die Erkenntnis:**

- Ältere Patienten haben ein anderes Profil.
- In der Regelversorgung werden diese älteren Patienten nicht adäquat versorgt.

In diesem Licht wurden drei unterschiedliche Modelle zur Verbesserung der medizinischen Versorgung älterer Patienten betrachtet und konstruktiv diskutiert.

Das Gesundheitsnetz DonauMed ist eines von mehreren Gesundheitsnetzen, die von einem Team um **Hanswerner Voss** nach einem einheitlichen Muster aufgebaut wurden. Es handelt sich um eine Integrierte Versorgung in einem Populationsmodell, das sich in der Vorbereitungsphase auf die Übernahme der Budgetverantwortung im Rahmen eines Kapitationsmodells befindet.

DonauMed unterscheidet zwischen Hochkosten- und Niedrigkostenpatienten. Bei der Optimierung der Kostenstruktur stehen bei Niedrigkostenpatienten die Ausgaben für die Medikation, bei Hochkostenpatienten die Optimierung der Behandlungspfade im Vordergrund. Zentrale Merkmale für die optimierte Betreuung der Hochkostenpatienten sind die „Lebensbegleitende Patientenakte“ und die Einrichtung des „Betreuungsarztes“. Die Akte liegt dezentral beim Betreuungsarzt. Alle weiteren Behandler greifen auf diese Akte zu.

#### **Voraussetzungen für die erfolgreiche Nutzung dieser Patientenakte sind:**

- Verwendung identischer Praxissoftware aller Netzteilnehmer
- Einheitliche, strukturierte und evaluierbare medizinische Dokumentation

Als Betreuungsarzt kann jeder Arzt im Ärztenetz fungieren, unabhängig davon, ob er als Hausarzt, Facharzt oder Klinikarzt im Ärztenetz tätig ist.

Der monetäre Vorteil für die beteiligten Ärzte liegt in einer 60%igen Beteiligung an den erzielten Kosteneinsparungen, wobei die Höhe der

individuellen Zuwendung an die Patientenzufriedenheit geknüpft ist, die von einem externen Institut erfasst wird.

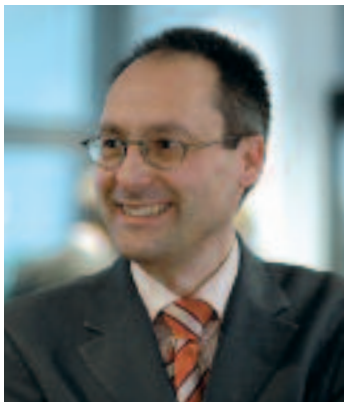
Die Evaluierung der Ergebnisse ergab Kosteneinsparungen von 8,6 % bzw. 10,1 % für die Jahre 2005 bzw. 2006. Neben deutschen Krankenkassen zeigen auch internationale HMOs Interesse an diesem lokalen Kapitationsmodell.

**Dr. Norbert Griesinger** von der Schmerzzambulanz der Universitätsklinik Erlangen berichtete von Erfahrungen mit der multimodalen Gruppentherapie bei Senioren mit chronischen Schmerzen. Das klinische Bild dieser Patienten ist geprägt von einer körperlichen Multimorbidität, die durch Multimedikation und eine nachlassende körperliche Leistungsfähigkeit gekennzeichnet ist, und einer psycho-sozialen Problematik, da die Patienten unter Einsamkeit und persönlichen Verlust-erlebnissen leiden.

Entscheidend für die Aufnahme in die Gruppentherapie sind die Ergebnisse einer umfassenden ärztlichen, psychischen und sportphysiotherapeutischen Untersuchung. Die so selektierten Teilnehmer besuchen während der 10-wöchigen Behandlungsphase zweimal wöchentlich die Tagesklinik und erhalten während des sechsstündigen Aufenthalts sportphysiologische Therapie, psychologische Einzelgespräche, Entspannungstraining und Schmerzedukation.

**SPEZIALISIERT UND  
DENNOCH  
KOORDINIERT –  
ALTERNATIVE VERSOR-  
GUNGSMETHODEN  
IN DER GERIATRIE**

Arbeitsgruppe 1



*Dr. Norbert Griesinger*



### SPEZIALISIERT UND DENNOCH KOORDINIERT – ALTERNATIVE VERSOR- GUNGSMEN IN DER GERIATRIE

Arbeitsgruppe 1

Bei der Konzeptionierung der jeweiligen Therapieeinheiten war es wichtig, die kognitiven und sensorischen Defizite und die eingeschränkte physiologische Leistungsfähigkeit der Patienten zu berücksichtigen.

Die Ergebnisse am Ende der Therapie zeigten, dass sowohl die Angaben zu Schmerzstärke als auch die erfassten Daten zur Depressivität deutlich unter den Werten beim Einstieg in die Therapie lagen. Zur Erfassung der Langzeitwirkung werden die Teilnehmer nach 6 und 12 Monaten nach Abschluss der Therapie erneut untersucht.

Die Übertragbarkeit dieses Vorgehens ist nur eingeschränkt möglich, da nur in Bayern die Kostenträger für derartige Behandlungsansätze kostendeckende Tagessätze zahlen.

**Dr. Ruth Sittl** stellte das Konzept der Firma n:aip vor. Das Unternehmen sieht die Problematik in der Schmerztherapie in hohen Reibungsverlusten an diversen Schnittstellen in der Versorgungskette. Grundlage ihres Konzepts ist die Installierung eines sogenannten Care:managers, der Therapie-, Produkt- und Schnittstellenkompetenz in sich vereinigt.

Der Care:manager ist eine spezialisierte Pflegekraft, die entsprechende Fortbildungen erhalten hat. Er übernimmt im Krankenhaus die Therapieempfehlung für die weitere Behandlung des Patienten und spricht diese mit dem betreuenden Arzt in der Niederlassung durch. Der Care:manager steht dem örtlichen Pflegedienst als „Profikollege“ zur Seite und besucht den Patienten mindestens einmal monatlich.

Naip finanziert sich durch den Vertrieb von Hilfsmitteln und Medizinprodukten für die betroffenen Patienten bzw. durch Zuwendungen innerhalb der Integrierten Versorgung.

Bei der Behandlung von älteren Patienten ist aufgrund des oft multifaktoriellen Krankheitsbildes die koordinierte Behandlung durch



*Dr. Ruth Sittl*

## Arbeitsgruppe 1



verschiedene Disziplinen und Fachkräfte aus nichtärztlichen Heilberufen notwendig. Die drei Vorträge zeigten unterschiedliche Lösungsansätze für dieselbe Herausforderung: ein optimales Schnittstellenmanagement. Allen gemeinsam ist die Zuordnung einer konkreten Person für den Behandlungspfad eines Patienten. Da besonders die älteren multimorbiden Patienten im Hafen der medizinischen Betreuung viele Doc(k)s anlaufen müssen, ist die Präsenz eines Lotsen unerlässlich. Er führt den Patienten auf dem optimalen Weg und erspart dem Gesundheitssystem die Kosten für unnötige Irrwege und „Liegezeiten“.

**SPEZIALISIERT UND  
DENNOCH  
KOORDINIERT –  
ALTERNATIVE VERSOR-  
GUNGSFORMEN  
IN DER GERIATRIE**

Arbeitsgruppe 1



*v.l.n.r.: Dr. Norbert Griesinger, Dr. Ruth Sittl, Christian Luley*

### EINE SACHGERECHTE UND SICHERE ARZNEI- MITTELVERSORGUNG BEI ÄLTEREN SCHMERZPATIENTEN

Arbeitsgruppe 2

#### **Dr. Helmut Frohnhofen: Rationelle Pharmakotherapie im Alter**

Der Arzneimittelverbrauch im Alter nimmt nach Aussage von Helmut Frohnhofen deutlich zu. Am Beispiel von sogenannten Volkskrankheiten, wie Diabetes, Hypertonie und weiteren Erkrankungen, wird erkennbar, dass besonders in der Altersgruppe der 60- bis 70-Jährigen ein deutlicher Anstieg der DDDs zu sehen ist.

Alter ist aber nicht automatisch mit Krankheit oder Pflegebedürftigkeit gleichzusetzen. Ebenso ist Alter kein Indiz für fehlende Leistungsfähigkeit. Obwohl die physiologische Leistungsfähigkeit

individuell im Alter abnimmt, gibt es in unserer Gesellschaft gesunde, gebrechliche und pflegebedürftige Menschen. Behandlungsziele müssen daher an die Situation des Patienten angepasst werden: Welche Prognose hat der Patient? Pharmakotherapie im Alter muss auch die Lebensqualität des alten Patienten berücksichtigen. Weniger Medikamente sind an dieser Stelle manchmal ein Plus an Lebensqualität.



Für eine korrekte Medikamentenverordnung müssen daher beim alten Patienten nicht nur eine klare Indikation und eine bewusste Auswahl des Präparates zusammenkommen. Vielmehr müssen auch die Darreichungsform und die Einnahmezyklen sorgfältig auf den Patienten abgestimmt und von einer kontinuierlichen Therapiekontrolle flankiert werden.

Grundlagen für eine altersgerechte Pharmakotherapie liefert das geriatrische Assessment. Aus ihm ergeben sich die kritische Prüfung der ursprünglichen Indikationsstellung sowie die Berücksichtigung der unterschiedlichen Komorbiditäten und damit die Basis für eine nachvollziehbare Begründung für die Verschreibung sowie die zeitgerechte und ausreichende Verordnung. Gerade vor dem Hintergrund einer komplexen, von Komorbidität und Mehrfachverordnungen geprägten Behandlungssituation ist eine Pharmakotherapie im Alter ohne geriatrisches Assessment nicht denkbar und nicht verantwortbar.

**Dipl.-pharm. Frank Hanke, Dr. Georg Keller: Geriatrische Pharmazie – Strukturen für ein Medikationsassessment in der Versorgung**

**EINE SACHGERECHTE  
UND SICHERE ARZNEI-  
MITTELVERSORGUNG  
BEI ÄLTEREN  
SCHMERZPATIENTEN**

**Bedeutung arzneimittelbezogener Probleme**

„Erkrankungen durch unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW) gehören zu den häufigsten und kostspieligsten Krankheitskomplexen in den Industrieländern: Sie rangieren vor Depression, koronarer Herzkrankheit und Diabetes mellitus.“ Chronisch kranke, alte Menschen haben den höchsten Anteil am Arzneimittelumsatz und bis zu 30 % aller Krankenhauseinweisungen bei älteren Menschen sind UAW-bedingt. In Deutschland betrafen 69 % aller UAW-bedingten Aufnahmen im Krankenhaus Patienten über 70 Jahre. Dadurch entstehen dem Gesundheitswesen enorme Folgekosten wie Krankenhaustage, Pflege und weitere Medikation.

Arbeitsgruppe 2

**Das OPAL-Projekt: optimierte Arzneimittelversorgung im Alter**

OPAL ist eine „selbstlernende“ Organisationsstruktur aus verschiedenen Bereichen der Medizin.

**1. Phase:**

Implementierung der Organisations- und Prozessstruktur: Arzneimittelkomitee, Medikationsbeauftragte, Optimierungszyklen

**2. Phase:**

Zusammenstellung des Geriatrischen Teams aus Apotheker, Arzt, Pfleger und Expertenteam (Medikationsassessment, Fehlermanagement, ...)

**Versorgungskonzept der Zukunft**

- Risikocheck
- Geriatrischer Pharmazeut wird mit der Analyse beauftragt
- Pharmakotherapeutische Ergebnisse werden dem Arzt mitgeteilt
- Nicht pharmakotherapeutische Ergebnisse werden dem Geriatrischen Team mitgeteilt
- Arzt entscheidet pharmakotherapeutische Änderungen
- Geriatrisches Team entscheidet nicht pharmakotherapeutische Änderungen
- Messung

### EINE SACHGERECHTE UND SICHERE ARZNEI- MITTELVERSORGUNG BEI ÄLTEREN SCHMERZPATIENTEN

Arbeitsgruppe 2

#### **Beispiel Schmerzpatienten:**

Eine Untersuchung zeigte bei 49 bis 84 % der multimorbiden Senioren in Heimen dauerhafte Schmerzen, 40 % der Krebspatienten und 25 % der nichtmalignen Patienten erhalten keine Schmerzmedikation. Empfohlen wird eine differenzierte Erfassung der Senioren mit Schmerzen, insbesondere Demenzkranke und Bettlägerige. (Schmerzinterview, Schmerzskalen, etc.).

#### **Ausblick:**

Die Referenten wünschen sich den Aufbau neuer Versorgungsstrukturen zur Behandlung und Versorgung geriatrischer Patienten. Dazu bedarf es einer berufsgruppenübergreifenden Zusammenarbeit in der Geriatrie, integrierter Versorgungsansätze und Beratungsstellen für Betroffene, z. B. Schwerpunktapotheken.

#### **Dr. Wolfgang Sohn: Komorbidität und Multimedikation bei alten Schmerzpatienten**

Die erste Aufgabe für den Arzt besteht im Kennenlernen des biopsychosozialen Umfeldes des Patienten.

- Belastungssituationen (familiär, Arbeitsplatz, Pflege, finanziell, etc.)
- Konflikte (familiär, Chef, Kollegen, Nachbarn, Gesundheitsverhalten, etc.)
- Entscheidungen (Partnerschaft, Ortswechsel, Hauskauf, etc.)
- Ängste (Schulden, Arbeitsplatzverlust, Krankheit, etc.)
- Zukunftserwartung (Hoffnung, Zuversicht oder Einschränkungen, Angst, etc.)
- Selbstwirksamkeitserwartung (welche Bedeutung wird den Schmerzen zugemessen, welche Chancen gesehen, Schmerzwahrnehmung und Schmerzverarbeitung, etc.)
- Gesundheitsverhalten (Kognition, Information über gut und schlecht)

Aus dieser „Bestandsaufnahme“ leitet Sohn einige Grundregeln für die Pharmakotherapie bei alten Menschen ab:

#### **Vor der Verordnung beachten**

- Medikamentös behandlungsbedürftig?



*Dr. Wolfgang Sohn*



- Nicht medikamentöse Optionen geprüft?
- Welche Dauer- bzw. Selbstmedikation besteht?
- Welche Vorstellung hat der Patient?

### Bei der Verordnung beachten

- Passen Wirkstoff, Dosis und Darreichungsform neuer Pharmaka zu der bestehenden Dauermedikation?
- Welche Dauermedikation wird tatsächlich genommen?
- Welche rationalen oder auch irrationalen Ängste hat der Patient in Bezug auf Medikamente?
- Welche medikamentösen Vor-Erfahrungen hat der Patient?
- Wie lebt der Patient im Alltag, welche Unterstützung hat er?
- Welche kognitiven oder sensorischen Defizite liegen vor?
- Welches Medikament kann ggf. abgesetzt werden? (Regel: Für jedes neue Medikament sollte ein altes abgesetzt werden)

Gute Hilfestellung bei der Auswahl einer Medikation für den älteren Patienten stellt die Beers-Liste dar. Die Liste ist im Internet verfügbar (siehe u. a: <http://www.aekno.de/htmljava/b/arzneimittelmeldung.asp?id=337&jahr=2005>).

Ein größeres Problem sieht Sohn in der Vereinbarung von Rabattverträgen. Gerade für ältere Patienten ist es schwierig, die Pillen und Packungen zu unterscheiden. Der Patient ist verunsichert und nimmt die Medikamente nicht mehr ein. Im schlimmeren Fall jedoch nimmt der Patient das Medikament doppelt ein. Ein weiteres Problem der Poly-medikation ist die Compliance der Patienten. In einer Untersuchung nahmen 78 % der Patienten mehr als vier Wirkstoffe – im Schnitt 8,34 Tabletten am Tag. Nur 52 % der Patienten kannten die Indikationen der Verordnungen, 83 % schätzten sich als vollständig compliant ein – tatsächlich waren es jedoch nur 52 % nach dem Morisky-Score zur Erfassung der Compliance. Ab vier Tabletten sank die Compliance signifikant. 48 % der Patienten nahmen regelmäßig nicht verschreibungspflichtige Zusatzpräparate ein, 35 % der Fälle mehr als drei. Sohn hat vor diesem Hintergrund gegenüber seinen Patienten in seiner Praxis den Begriff des „Medikamentenfastens“ geprägt.

## EINE SACHGERECHTE UND SICHERE ARZNEI- MITTELVERSORGUNG BEI ÄLTEREN SCHMERZPATIENTEN

Arbeitsgruppe 2

### ZENTREN FÜR ÄLTERE IM MITTELPUNKT DER VERSORGUNG

Arbeitsgruppe 3



*Dr. Thomas Lange*

#### **Dr. Thomas Lange: Schmerztherapeutische Versorgung von Patienten in Seniorenheimen**

Lange näherte sich seinem Thema mit allgemeinen Aussagen zum Altwerden. Er wies darauf hin, dass jeder alt werden will, aber keiner alt sein möchte. Denn „in“ ist nicht das Alter, „in“ sind vielmehr junge, dynamische und schöne Menschen. Daraus resultiert auch der Wunsch der Bevölkerung, bis ins hohe Alter jung zu sein. Diese Wahrscheinlichkeit ist allerdings äußerst gering, denn das altersspezifische Risiko der Pflegebedürftigkeit liegt heute bei den 60- bis 80-Jährigen bei 3,9 und bei den über 80-Jährigen bei 28,3 %.

Das Leben der Alten ist dabei vor allem durch Multimorbidität und Schmerz gekennzeichnet. Hinzu kommen psychische und körperliche Komorbidität, eine gestörte Feinmotorik sowie motorische, sensorische und kognitive Beeinträchtigungen.

Es zeigt sich, dass Menschen in Altenheimen mehr Schmerzen haben als Gleichaltrige, die zu Hause wohnen. Auch ist ihre Lebensqualität deutlich eingeschränkt. In diesem Zusammenhang stellte Lange die Dimensionen der Lebensqualität vor:

- Sich körperlich wohl fühlen
- Sozial integriert sein
- Psychisch stabil sein
- Dem täglichen Leben nachgehen können
- Soziale Unterstützung erfahren
- Materiell und ökonomisch abgesichert sein

#### **Positive und negative Einflussfaktoren auf die Lebensqualität sind:**

- Positivfaktoren: Humor, Zuwendung, Gespräche zur Biografie, Angehörige, Freunde, Haustiere, Hoffnung, Liebe, Glaube, Spiritualität
- Negativfaktoren: Schmerz, Immobilität, Inkontinenz, Schlaflosigkeit, Angst, Depression, Atemnot, Isolation

Durch betreutes Wohnen, die Versorgung durch eine Pflegekraft und das Einhalten von Pflegestandards kann versucht werden, die Lebensqualität so lange wie möglich beizubehalten bzw. nur kleine Einbußen in Kauf nehmen zu müssen.

Doch mit einer steigenden Pflegebedürftigkeit können das selbstbestimmte Leben und die Lebensqualität nicht aufrechterhalten werden – die Würde nimmt ab.

**ZENTREN FÜR ÄLTERE  
IM MITTELPUNKT  
DER VERSORGUNG**

**Vor allem in Pflegeheimen überwiegen die negativen Einflussfaktoren auf die Lebensqualität, denn die Pflegedefizite sind sehr hoch:**

Arbeitsgruppe 3

- Zu wenig Zeit für den Patienten
- Mangelnde Kommunikation
- Zu wenig / überforderte Pflegekräfte
- Kein Eingehen auf individuelle Bedürfnisse
- Nicht genug Essen und Trinken
- Zu häufiger Wechsel der Pflegekräfte

**Vor allem Wahlmöglichkeiten hat der Patient im Altenheim kaum – sein Tagesablauf ist vorbestimmt.**

Durch den Mangel an Pflegekräften und das Arbeiten unter Zeitdruck werden die Würde und die Anerkennung des Patienten stark geschmälert. Er wird zu schnell gefüttert, unter Anwendung von sanfter und grober Gewalt entkleidet und es wird kaum mit dem Patienten gesprochen. Lange verwies hier auf den Pflegeexperten Fussek, der betont, dass die Alten regelrecht ins Bett gepflegt werden, damit das Pflegeheim durch eine Erhöhung der Pflegestufe mehr Geld bekommt.

Da für die Patienten aber Würde und Anerkennung sehr wichtig sind, hat der alte Mensch nur eine Möglichkeit – Schmerzen verschweigen. Durch „Brav-Sein“ und das Aushalten von Leidenszuständen erhoffen sich die Patienten, gesehen zu werden.

Lange zeigte zudem auf, dass die Schmerzmedikation bei demen-ten Patienten in Pflegeheimen geringer ist als bei gleichaltrigen nicht demen-ten Patienten. Die Ursache hierfür sieht Lange in einer man-gelnden Kommunikation der Pflegekräfte mit den Patienten. Nur 3 % der Patienten, die Schmerzen haben, äußern diese bzw. können diese äußern. 80 % der demen-ten Patienten aber leiden an Schmer-zen.

### ZENTREN FÜR ÄLTERE IM MITTELPUNKT DER VERSORGUNG

Arbeitsgruppe 3

**Insgesamt sei in Pflegeheimen von einem „Underreporting of Pain“ zu sprechen, so Lange.**

- Schmerz gehört zum Alter
- Bescheidenheit und Duldsamkeit
- Kognitive Beeinträchtigung

Dies zeigt, dass die Interaktion mit den Patienten unabdingbar ist, um etwas über sie und ihre Beschwerden zu erfahren. Im Mittelpunkt stehen dabei Schmerzinterviews, die Befragung von Angehörigen und die Gebärdensprache, die allesamt in den Pflegeheimen zu wenig Anwendung finden.

Auf Langes Vortrag folgte eine kontroverse Diskussion mit positiven und negativen Beispielen aus dem Ärztealltag. Es wurde deutlich, dass für eine gute Pflege viele Faktoren verantwortlich sind. Vor allem das Zusammenspiel der einzelnen Akteure ist unabdingbar. Zu denken ist hier an Arbeitskreise und Netzwerke, die in Kommunikation treten und gemeinsam Lösungen erarbeiten.

### **Nicole Flock: Integrierte Versorgung von Pflegeheimbewohnern – ein Projekt der AOK Rheinland**

Nicole Flock stellte einen Vertrag zur Integrierten Versorgung von Versicherten in Pflegeheimen vor.

Mit dem Vertrag möchte die AOK dem demografischen Wandel und den damit einhergehenden Veränderungen, wie dem gestiegenen Bedarf an qualitativ hochwertiger Pflege, begegnen. Denn von den Hochaltrigen werden zukünftig 50 % pflegebedürftig, 30 % werden dement sein.

Die Besonderheit des Vertrages ist die Vernetzung des Versorgungskreises. Eingeschlossen sind Leistungserbringer unterschiedlicher Bereiche – Pflegeheime, Krankenhäuser und niedergelassene Ärzte.

In den Projektregionen Düsseldorf, Essen, Köln und dem Rhein-Erft-Kreis beteiligen sich 26 Pflegeheime, 30 Hausärzte, 10 Neurologen

und Psychiater sowie 8 Krankenhäuser an dem AOK-Projekt. Ein wissenschaftlicher Beirat mit dem Fokus auf Qualität und Fortbildung ergänzt den Zusammenschluss (drei Vertreter der Leistungserbringer, drei Vertreter der Krankenkassen).

### ZENTREN FÜR ÄLTERE IM MITTELPUNKT DER VERSORGUNG

Arbeitsgruppe 3



*Nicole Flock, AOK Rheinland/Hamburg*

In einem ersten Schritt versuchte man durch Interviews mit Pflegeheimbewohnern, Angehörigen und Pflegekräften, die gegenwärtigen Versorgungsdefizite herauszufinden.

#### **Bestehende Defizite:**

- Teilweise unzureichende Verfügbarkeit der Ärzte
- Teilweise mangelnde geriatrische Ausbildung
- Unregelmäßige Besuche durch Ärzte
- Behandlungsqualität
- Wechselnde ärztliche Ansprechpartner
- Wenig Koordination mit Pflegepersonal
- Verbesserungsfähige Organisation der Pflege
- Unzureichende Qualifizierung des Pflegepersonals
- Geringe Berücksichtigung von Prophylaxe
- Vermeidung von Krankenhausaufenthalten
- Unterschiede im Einweisungsverhalten der Heime
- Krankenseinweisungen in der Zeit von 18 bis 21 Uhr
- Drehtür-Effekte (Wiederaufnahme)
- Zum Teil hoher Anteil an Notfalleinweisungen
- Mangelnde Ausrichtung der Behandlung an Patientenbedürfnissen

### ZENTREN FÜR ÄLTERE IM MITTELPUNKT DER VERSORGUNG

Arbeitsgruppe 3

Darauf aufbauend ergeben sich als Ziele die koordinierte und ganzheitliche Versorgung, um den Qualitäts Herausforderungen in der Versorgungsstruktur zu begegnen, und die Optimierung des notwendigen Ressourceneinsatzes.

#### **Ziele:**

##### **Verbesserung der Versorgungsqualität**

- Verbesserung des Gesundheitszustandes
- Verhinderung von Akuterkrankungen
- Optimierte ambulante Versorgung

##### **Optimierung des notwendigen Ressourceneinsatzes**

- Reduktion von Krankenhauseinweisungen durch präventive Maßnahmen
- Gezielter Einsatz von effektiven Behandlungsinstrumenten
- Vermeidung von nicht zielführenden Behandlungen
- Effizienzsteuerung bei der Koordination und Durchführung der Leistungserbringung

Zur Zielerreichung übernehmen die Leistungserbringer spezifische Aufgaben.

#### **Pflegeheim:**

- Regelmäßige Fortbildungen
- Anwendung von Behandlungsleitlinien und -pfaden
- Patientenüberleitung

#### **Niedergelassener Arzt:**

- Feste, regelmäßige Besuchszeiten
- Betreuung außerhalb der regulären Sprechzeiten
- Anwendung von Behandlungsleitlinien und -pfaden
- Koordinationsfunktion Patientenüberleitung
- Dokumentation der ärztlichen Anordnungen in der Pflegedokumentation

#### **Krankenhaus:**

- Verbesserung der Kommunikation mit Pflegeheimen und Hausärzten
- Gezielte Aufnahmen in Fachabteilungen

- Information an Pflegeheim über Entlassung / abgestimmte Patientenüberleitung
- Versorgung von Patienten mit Medikamenten bei Wochenendentlassung

## ZENTREN FÜR ÄLTERE IM MITTELPUNKT DER VERSORGUNG

Arbeitsgruppe 3

Um die Situation nachhaltig zu verbessern, finden regelmäßige Erfahrungsaustausche in den einzelnen Arbeitsbereichen statt. Finanziert werden die Verträge zur Integrierten Versorgung durch Gelder der Anschubfinanzierung und durch Einsparungen. In der Diskussion wurde festgestellt, dass es wichtig sei, die Verträge regional anzupassen und ganzheitlicher zu gestalten (Einbindung Physiotherapeuten, etc.). Für die Teilnahme aller Leistungserbringer scheinen zudem monetäre Anreize unabdingbar.



### SCHNITTSTELLEN- MANAGEMENT IN DER GERIATRIE

Arbeitsgruppe 4

#### **Peter Hill: Schnittstellenmanagement in der palliativ- und schmerzmedizinischen Pflege**

Eine effektive und effiziente Versorgung der Patienten auch in der palliativ- und schmerzmedizinischen Versorgung verlangt eine multidimensionale Perspektive. Eine Vielzahl beteiligter Akteure mit jeweils spezialisierten Aufgaben, unterschiedlichsten Organisationsstrukturen und verschiedensten Fachausbildungen sind zu einem Netzwerk zu integrieren und die zugrunde liegenden Aufgabenstellungen in einem Prozess zu organisieren. Altersmedizin beansprucht deshalb ein anspruchsvolles Schnittstellenmanagement.

Das Hauptziel der Pflege ist die Wiedereingliederung des Patienten in das gewohnte Lebensumfeld und der Erhalt der Selbstständigkeit sowie der Selbstbestimmung unter den Bedingungen eines erhöhten Hilfe- und Unterstützungsbedarfs. Komplementär sind die qualitativen Optimalvorstellungen kosteneffizient zu erbringen. Dabei ist der Patient unter den Umständen seines psychischen, personellen und materiellen Umfeldes in den Blick zu nehmen.



Diese Sichtweise, als Modell für eine optimierte Pflege, verlangt im stationären und ambulanten Bereich im Hinblick auf die Zielstellung Pflegeorganisation optimierte Netzwerke, die sich, als zentraler Voraussetzung für ein funktionierendes Schnittstellenmanagement, eines gemeinschaftlich verabschiedeten Sprach- und Handlungskodex bedienen.

Spezielle Herausforderungen erfährt das Schnittstellenmanagement an der Schwelle von stationärer zu ambulanter Pflege dann, wenn der professionellen Versorgung in der Klinik kein ebenso versierter und eingespielter ambulanter Pflegedienst gegenübersteht, sondern familiäre Netzwerke die Pflege schultern wollen oder müssen. Gerade hier stehen und fallen die Ziele der geriatrischen Pflege mit einer für Familienangehörige und Hausarzt nachvollziehbaren Formalisierung und Standardisierung des intersektoralen Informationsaustausches.



**Dr. Albert Lukas: Schmerztherapie in einer geriatrischen Akutklinik – neue Wege, neue Ansätze**

Die schmerztherapeutische Versorgung geriatrischer Patienten ist, nach wie vor, defizitär. Ca. 16 bis 50 % der in einem Heim betreuten Schmerzpatienten müssen als schmerztherapeutisch unterversorgt gelten. Noch schlechter sieht es bei den zu Hause lebenden geriatrischen Schmerzpatienten aus. Dort haben ca. 50 bis 80 % der Patienten keine bzw. eine nicht adäquate Schmerzversorgung.

Die Schmerztherapie betagter Patienten ist eine Aufgabe, die Teamarbeit erfordert. Ohne Übertreibung ließe sich wegen der Vielzahl der Teammitglieder sagen, dass die geriatrische Schmerztherapie den idealen Prototypen für integrierte Versorgungsmodelle abgibt.

Ein interdisziplinäres Schmerzmanagement in der Geriatrie bzw. Pflege erfordert als gemeinsamen Sprach- und Handlungskontext zunächst die Verständigung auf einen verbindlichen Expertenstandard für das Schmerzmanagement. Dieser Standard, der oft eine Neustrukturierung des bisher vom Team praktizierten Schmerzmanagements erfordert, sollte in einen konkreten „Therapiepfad Schmerz“ münden. Die Initiative zur Formulierung des Standards kann als Aufgabe der Klinik gesehen werden.

In einer interdisziplinären Arbeitsgruppe, zu der neben den Ärzten auch Pflege, Therapeuten und Sozialarbeiter stoßen müssen, sollten folgende Aufgaben bearbeitet werden:

- Optimierung der schmerztherapeutischen Einstellung
- Verbesserung der Fachkompetenz und Professionalisierung aller beteiligten Berufsgruppen
- Verbesserung der Schmerztherapie Dementer
- Verbesserung der interdisziplinären Zusammenarbeit aller an der Schmerzbehandlung Beteiligten
- Verbesserung des Teamgeistes / Förderung der aktiven Mitarbeit
- Ganzheitliche Betrachtung des Patienten
- Entwicklung eines innerbetrieblichen Fortbildungskonzeptes (Diagnostik und Therapie, auch bei dementen Patienten)

**SCHNITTSTELLEN-MANAGEMENT IN DER GERIATRIE**

Arbeitsgruppe 4



*Dr. Albert Lukas*



### SCHNITTSTELLEN- MANAGEMENT IN DER GERIATRIE

Arbeitsgruppe 4

- Entwicklung eines Standards zur „richtigen“ Medikamentenbehandlung von speziell alten Menschen, unter besonderer Berücksichtigung der veränderten Pharmakokinetik und -dynamik beim älteren Menschen
- Festlegung eines Schnittstellenplans zur Strukturierung der Kommunikation zwischen Hausarzt, Klinik und Pflegeheimen sowie Angehörigen
- Frühzeitiges Entlassmanagement, d. h. Erstellung des Entlassungsplans schon bei Aufnahme in die Klinik

Abschließend gilt zu beachten, dass jedes Projektmanagement sich der Dynamik eines sich ständig ändernden medizinischen und gesundheitspolitischen Umfeldes anpassen muss. Deshalb sind interne Audits zur kontinuierlichen Optimierung des Pflegemanagements Schmerz obligatorisch. So wird das geriatrische Schmerzmanagement fit für diejenigen, um deren Wohlbefinden es letztendlich geht – die Patienten.



*Dr. Not-Rupprecht Siegel*

#### **Dr. Not-Rupprecht Siegel: Das Bayerische Geriatrie-Konzept**

Die Konzeption der geriatrischen Versorgung steht vor unausweichlichen demografischen Herausforderungen. Immer mehr und immer älteren Pflegepatienten stehen oftmals defizitäre Geriatriekonzepte mit erheblichen Fehlallokationen knapper personeller und finanzieller Ressourcen gegenüber. So ist die geriatrische Versorgung derzeit überwiegend von einer zunehmenden Mangelsituation gekennzeichnet.

Ein mit großen Erwartungen verfolgtes Modell stellt das seit 1989 in Bayern eingeführte Bayerische Geriatriekonzept dar. Es bietet aus heutiger Sicht ein exzellentes Benchmark, um grundsätzliche Interessenkonflikte zu identifizieren und aus Erfolgen und Fehlern im Feld zu lernen.

Im Bayerischen Geriatriekonzept findet ein überragender Interessenkonflikt seinen spürbaren Ausdruck. Er besteht darin, ob ein Gemeinwesen sich gegen oder für miteinander konkurrierende Geriatriekonzepte entscheidet und wie dann eine gemeinsame Koexistenz organisiert wird.

Im Rahmen des Bayerischen Geriatriekonzeptes hat sich die bayerische Gesundheitspolitik für das gleichzeitige Nebeneinander einer stationären Rehageriatrie und einer Akutgeriatrie in Schwerpunktkrankenhäusern entschieden. Damit gerät das Bayerische Geriatriekonzept in die Zentrifugalkräfte mehrerer Inkonsistenzen:

- Akut- und Rehageriatrie nebeneinander bedeuten, dass unterschiedlich vergütete Systeme für nahezu die gleichen Patienten errichtet werden.
- In der Akutgeriatrie sind Direktzuweisungen erlaubt, in der Rehageriatrie bedarf es der vorherigen Genehmigung durch die Kassen
- Die stationäre Rehageriatrie wird bei der Finanzierung de facto benachteiligt.
- Die Einführung der DRGs begünstigt die Akutgeriatrie.
- Die Akzeptanz der stationären Reha durch die Kostenträger und Ärzte ist derzeit wesentlich geringer als diejenige der Akutgeriatrie.

### **Diese Benchmarks implizieren folgende Postulate:**

- Zur Erhöhung der Sensibilität der Öffentlichkeit für die Probleme der geriatrischen Versorgung allgemein ist eine „Geriatrisierung“ der hausärztlichen Medizin anzustreben.
- Erforderlich ist eine bessere Kooperation der zur Koexistenz verpflichteten Akteure im Interesse einer allgemeinen Verbesserung der Versorgungssituation.
- Gleiche Qualitätskriterien für Akut- und stationäre Rehageriatrie.
- Gleiche Vergütung für gleiche Leistung.
- Freier Zugang der Rehabilitationseinrichtungen zur Akutgeriatrie.
- Keine Geriatrie um jeden Preis.
- Freie Angebote sind zuzulassen.

Im Fazit gibt die Bewertung der Erfahrungen mit dem Bayerischen Geriatriekonzept eher denjenigen Praktikern recht, die dem Nebeneinander von Akut- und Rehageriatrie in dieser Variante skeptisch gegenüberstehen.

### **Zusammenfassung**

Angesichts der zunehmenden Überalterung der Gesellschaft rücken die Fragen einer effektiven und effizienten geriatrischen Versorgung,

## **SCHNITTSTELLEN- MANAGEMENT IN DER GERIATRIE**

Arbeitsgruppe 4

### DIE BERÜCKSICHTIGUNG DER SCHMERZTHERAPIE IN LEITLINIEN FÜR DIE BEHANDLUNG ÄLTERER PATIENTEN

Arbeitsgruppe 5



einschließlich der palliativ- und schmerzmedizinischen Pflege, ins Zentrum von Medizin und Gesundheitspolitik.

Das Hauptziel der Pflege ist die Wiedereingliederung des Patienten in das gewohnte Lebensumfeld und der Erhalt der Selbstständigkeit sowie Selbstbestimmung.

Die Entwicklung und Organisation tragfähiger geriatrischer Versorgungskonzepte verlangt angesichts der Multidimensionalität der Aufgabenstellung einen intersektoralen Prozess unter aktiver Beteiligung aller Akteure aus Medizin, Pflege, Krankenkassen, Pharmazie und Angehörigen. Von zentraler Bedeutung für die erfolgreiche Realisierung eines erfolgreichen Schnittstellenmanagements ist dabei die Entwicklung eines verbindlichen Sprach- und Handlungskontextes für die Beteiligten.

#### **Prof. Dr. Hardo Sorgatz: Der ältere Schmerzpatient – wie könnte eine sachgerechte Berücksichtigung in Leitlinien aussehen?**

Das in den USA gebräuchliche Schlagwort „Elder Abuse“ ist auch auf die Schmerztherapie anwendbar. Eine fehlende oder unzureichende Schmerztherapie ist mehr als bloße Unterlassung, sondern kann als Missbrauch gewertet werden (Brennan, Pain Management).

Die Motivation, Leitlinien für die Behandlung der älteren Patienten zu erstellen, dürfte auch angesichts der demografischen Entwicklung in den westlichen Ländern groß sein.

Dennoch finden sich Leitlinien zur Schmerztherapie älterer Patienten bislang nur in Australien (Australian Pain Society 2005) und in den USA (Guidelines AGS Board of Directors on April 8, 2002). In deutschen wie auch in EU-Leitlinien findet der ältere Patient bislang kaum Berücksichtigung.

Eine von Sorgatz durchgeführte Metaanalyse betrachtete zwei unterschiedliche Patientengruppen („Jüngere“ = Mittelwert < 60 Jahre, „Ältere“ = Mittelwert > 60 Jahre). Es zeigte sich kein signifikanter

Unterschied zwischen beiden Gruppen in Bezug auf die einzelnen Testparameter. Die Schmerzreduktion war in beiden Gruppen ebenso vergleichbar wie die Wirkweise. Sogar die Reaktion auf Placebo war nahezu gleich. Das Ergebnis wirft die Frage nach der Notwendigkeit spezieller Leitlinien im geriatrischen Bereich auf. Die Berücksichtigung besonderer Therapiehinweise für ältere Patienten in den vorhandenen Leitlinien kann ausreichen.

### **DIE BERÜCKSICHTIGUNG DER SCHMERZTHERAPIE IN LEITLINIEN FÜR DIE BEHANDLUNG ÄLTERER PATIENTEN**

Arbeitsgruppe 5

#### **Prof. Dr. Annette Becker: Sachstand und Ausblick aus Sicht der DEGAM**

Das Geschehen in der hausärztlichen Praxis wird derzeit durch die Versorgung älterer Patienten dominiert. Im Durchschnitt sind 23 % der Patienten über 65 Jahre alt. 27 % sind über 70 Jahre. In dieser Gruppe sind fünf Dauermedikationen die Regel und die Zahl der Arztkontakte kann 25 im Quartal übersteigen.

Boyd schilderte den Fall einer 79-jährigen Patientin, die an Osteoporose, Arthritis, Diabetes Typ II, Hypertonie und COPD litt. Ihr wurden 12 Medikamente verordnet, die in 19 Einzeldosen aufgeteilt und zu fünf verschiedenen Zeitpunkten eingenommen werden mussten. Der Therapieplan wurde darüber hinaus durch 20 Hinweise zur Ernährung und Lebensführung ergänzt (Boyd et al. 2005).

Die Aufgaben des Hausarztes liegen u. a. in der Vermeidung von Pflegebedürftigkeit und im Erhalt der Selbstständigkeit und Mobilität seiner Patienten. Leitlinien könnten ihn bei seinen Aufgaben unterstützen. Evidenzbasierte Aussagen jedoch sind aufgrund der hohen Komorbidität und der damit verbundenen Polymedikation bei den älteren Patienten nicht zu erwarten. Somit können auch keine evidenzbasierten S3-Leitlinien formuliert werden.

Dennoch ist es wichtig, die speziellen Bedürfnisse der älteren Patienten zu berücksichtigen und genauer zu analysieren. Anwendungsbeobachtungen könnten hier eine gute Möglichkeit der Datensammlung sein, da sie ein Stück der Versorgungsrealität widerspiegeln.

### DIE BERÜCKSICHTIGUNG DER SCHMERZTHERAPIE IN LEITLINIEN FÜR DIE BEHANDLUNG ÄLTERER PATIENTEN

Arbeitsgruppe 5



*Frank Bausch,  
KV Nordrhein Consult*

#### **Frank Bausch: Der mühsame Weg einer Leitlinie in die Versorgungsrealität – ein Erfahrungsbericht**

Die Erstellung eigener Leitlinien spielt in vielen Arztnetzen eine zentrale Rolle. Hierbei können fünf verschiedene Phasen der Leitlinien-Erstellung beobachtet werden.

- Bei der Indikations- bzw. Themenauswahl ist die Relevanz in der Arztpraxis ausschlaggebend. Viele Fachgruppen sollten vom Thema tangiert werden. Nach Möglichkeit werden Wünsche der Krankenkassen berücksichtigt. Auch weniger sachliche Motive wie Präferenzen des Vorstandes oder Kooperationen mit Krankenhäusern können eine Rolle bei der Themenauswahl spielen. Überraschenderweise jedoch sind Defizite in der Versorgung oder Kostendruck hierbei weniger ausschlaggebend.
- Die Erarbeitung erfolgt in Arbeitsgruppen oder Qualitätszirkeln. Gerne werden DEGAM- oder AWMF-Leitlinien als Anregung verwendet. Auch „impulsive“ Strategien wie individuelle Erfahrungen können in die Leitlinien einfließen.
- Die Abstimmung im Netz kann im Sinne einer Netzkonferenzvorstellung ohne Konsentierungs- oder mit einem entsprechenden Anhörungsverfahren durchgeführt werden.
- Netz-Leitlinien finden ihre Verbreitung meist elektronisch. Oft wird eine zusätzliche „Kitteltaschenversion“ gedruckt. Meist sind sie auf der Homepage des Netzes abrufbar. Eine Patientenversion der Leitlinie jedoch gibt es in den seltensten Fällen.

- Problematisch scheint die Umsetzung einer Leitlinie im Netz. Der individuelle Ermessensspielraum des einzelnen Arztes ist groß, da es meist keine Verbindlichkeit und Kontrolle der Einhaltung gibt.

Festzuhalten bleibt, dass die Arbeit an Leitlinien als ureigenes ärztliches Terrain begriffen wird. Sie erleichtert den Einstieg in eine gemeinsame Netzarbeit und kann als prozessuales Rückgrat des Netzes dienen. Oft allerdings sind die Leitlinien oberflächlich. Sektorenübergreifende Fragestellungen fehlen. Die Umsetzung bleibt angesichts fehlender Kontrollen und Sanktionsmöglichkeiten fragwürdig.

### Diskussion

Die Diskussionsteilnehmer befanden mehrheitlich, dass keine spezielle Leitlinie für die Schmerztherapie älterer Menschen erforderlich sei. Ausschlaggebend für die Therapie sei vielmehr die individuelle Situation des Patienten und nicht das kalendarische Alter. Darüber hinaus machen fehlende Studien zur Therapie älterer Patienten eine evidenzbasierte Betrachtung, wie sie für die Erstellung einer S3-Leitlinie erforderlich wäre, unmöglich. Unbedingt erforderlich sei es jedoch, Therapieerfahrungen und -hinweise in bestehende Leitlinien einzuarbeiten. Die Möglichkeit, Informationen zur Therapie älterer Patienten über gut konzipierte Anwendungsbeobachtungen zu sammeln, wurde allgemein begrüßt.

Netziinterne Leitlinien wurden von der Gruppe als gute Gelegenheit gewertet, im Konsens ein Therapieverfahren abzustimmen. Sie können als „komprimiertes wissenschaftliches“ Wissen einfacher umsetzbar sein als die oft komplexen Leitlinien der Fachgesellschaften. Kontrollen oder gar Sanktionen zur Umsetzung der Leitlinie im Netz wurden allgemein abgelehnt. Eine Leitlinie solle den Charakter eines Hinweises und nicht den einer Anweisung haben.

### DIE BERÜCKSICHTIGUNG DER SCHMERZTHERAPIE IN LEITLINIEN FÜR DIE BEHANDLUNG ÄLTERER PATIENTEN

Arbeitsgruppe 5

## 6 . RAPPORTEUR-BERICHTE

### RAPPORTEUR-BERICHTE AUS DEN 5 ARBEITSGRUPPEN

1

*Michael Hübner  
GEK Gmünder Ersatzkasse  
Arbeitsgruppe 1*



2

*Dr. med. Sanitätsrat  
Günter Gerhardt  
KV Rheinland-Pfalz  
Arbeitsgruppe 5*



3

*Prof. Dr.  
Liane Schirra-Weirich  
Kath. Fachhochschule  
Nordrhein-Westfalen  
Arbeitsgruppe 4*



4

*Regina Gilge  
Kassenärztliche  
Bundesvereinigung  
Arbeitsgruppe 2*



5

*Dr. med.  
Hans-Albrecht Schele  
Arzt für Anästhesiologie, Kiel  
Arbeitsgruppe 3*





## 7. ÜBER DIE REFERENTEN



### **Wolfgang Becker**

Geschäftsleiter Deutschland,  
Grünenthal GmbH  
seit 1. 2. 2008  
Geschäftsführer Global Marketing,  
Grünenthal GmbH, Aachen

### **Prof. Dr. Eberhard Wille**

Sachverständigenrat zur Begutach-  
tung der Entwicklung im Gesund-  
heitswesen, Mannheim

### **Prof. Dr. Frank Schulz-Nieswandt**

Seminar für Sozialpolitik an der Uni-  
versität zu Köln

### **Marie-Luise Müller**

Deutscher Pflegerat, Berlin

### **Wilfried Jacobs**

AOK Rheinland/Hamburg,  
Düsseldorf

### **Frank Bausch**

Geschäftsführer KV Nordrhein  
Consult, Düsseldorf

### **Prof. Dr. Annette Becker**

Abteilung für Allgemeinmedizin,  
Präventive und Rehabilitative Medizin  
Philipps-Universität Marburg

### **Nicole Flock**

AOK Rheinland/Hamburg, Düsseldorf

### **Dr. Helmut Frohnhofen**

Chefarzt der Klinik für Innere Medi-  
zin III: Geriatrie, Klinikum Essen-Mitte

### **Dr. Norbert Griesinger**

Oberarzt der Klinik für Anästhesiologie  
Universität Erlangen

### **Dipl.-pharm. Frank Hanke**

Geschäftsführer der Gero PharmCare  
GmbH, Köln

### **Peter Hill**

NAK - Häusliche Pflege, Dortmund

### **Dr. Georg Keller**

Leiter Weiterbildung/QMS Apothe-  
kammer Nordrhein, Düsseldorf

### **Dr. Thomas Hilse**

DKV Deutsche Krankenversicherung  
AG, Köln

### **Dr. Dominik Graf von Stillfried**

Kassenärztliche Bundesvereinigung  
Seit 15.1.08 Geschäftsführer des  
Zentralinstituts für die kassenärztliche  
Versorgung (ZI), Berlin

### **Dr. Ann-Kathrin Meyer**

Past-Präsidentin der Deutschen  
Gesellschaft für Gerontologie und  
Geriatrie, Hamburg

### **Dr. Uwe Junker**

Vizepräsident der Deutschen Gesell-  
schaft für Schmerztherapie, Remscheid

### **Prof. Dr. Jürgen Wasem**

Lehrstuhl für Medizinmanagement  
der Universität Duisburg-Essen

### **Dr. Thomas Lange**

Niedergelassener Schmerztherapeut,  
Rudolstadt

### **Dr. Albert Lukas**

Oberarzt Bethesda Geriatrie Klinik  
Ulm gGmbH

### **Dr. Not-Rupprecht Siegel**

Ärztliche Arbeitsgemeinschaft zur  
Förderung der Geriatrie in Bayern,  
Neuburg

### **Dr. Ruth Sittl**

Netzwerk außerklinische  
Intensiv- und Palliativpflege (n:aip),  
Fürth

### **Dr. Wolfgang Sohn**

Arzt für Allgemeinmedizin  
und Schmerztherapeut,  
Schwalmtal-Amern

### **Prof. Dr. Hardo Sorgatz**

Institut für Psychologie  
Technische Universität Darmstadt

### **Hanswerner Voss**

Geschäftsführung DonauMED  
GmbH & Co. KG, Straubing

## DIE REFERENTEN ZUM

### 3. AACHENER

### WORKSHOP „ZUKUNFT DER SCHMERZTHERAPIE“

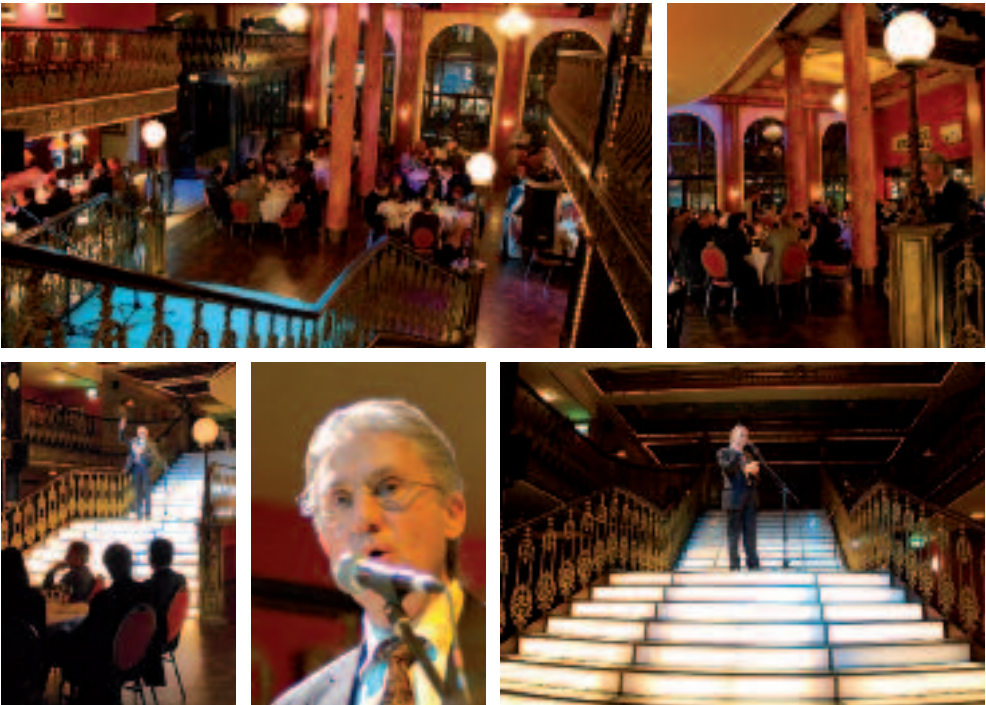
## MODERATION UND

### IMPULSREFERAT

# IMPRESSIONEN . . .



*Impressionen von der Tagung (s.o.) und vom gemeinsamen Dinner-Diskurs am Freitagabend mit Herrn Dr. Wolfgang Klitzsch, Ärztekammer Nordrhein (s.u.)*





### **3. AACHENER WORKSHOP „ZUKUNFT DER SCHMERZTHERAPIE“**

Der Anteil der 65-jährigen Personen an der Gesamtbevölkerung – und somit auch der Anteil der Patienten – wird in den nächsten Jahren kontinuierlich steigen. Ursache hierfür ist neben einer weiterhin niedrigen Geburtenrate vor allem auch die steigende Lebenserwartung der Menschen. Besonderes Merkmal der Gesundheitsversorgung dieser älteren Bevölkerungsgruppe sind nicht etwa – wie oft angenommen – zwangsläufig wesentlich höhere Kosten, sondern vielmehr ein grundsätzlich anderes Patientenprofil mit dementsprechend anderen Versorgungsbedürfnissen. Dabei sind Multimorbidität sowie ein zumeist chronischer Krankheitsverlauf in Kombination mit einer dauerhaften Schmerzbelastung häufig anzutreffende Merkmale in der Altersmedizin.

Eine angemessene Altersmedizin entfaltet auf mehreren Ebenen segensreiche Potenziale: Sie nutzt zunächst und vor allem dem Patienten, sie entlastet darüber hinaus Angehörige und Pflegepersonal und sie spart letztlich Kosten im Gesamtsystem der Kranken-, Pflege- und Rentenkassen. Ein erfolgreiches Schmerzmanagement bildet dabei eine wesentliche, wenn nicht sogar die entscheidende Grundlage eines abgestimmten und jeweils angemessenen medizinischen Maßnahmenplans.

Wie aber lassen sich diese Herausforderungen in unserem heutigen Versorgungssystem umsetzen? Welche unterschiedlichen Aufgaben fallen hierbei den einzelnen Akteuren zu? Und welche gesetzlichen Voraussetzungen sind zukünftig von der Politik zu schaffen, um bestehende Defizite zu überwinden? Diese Fragen wurden gemeinsam mit Experten aus den Bereichen Medizin, Politik und Selbstverwaltung diskutiert und gemeinsam wurde nach Lösungsansätzen gesucht. Im vorliegenden Workshop-Berichtsband finden Sie Zusammenfassungen der verschiedenen Vorträge sowie die Berichte aus den fünf Arbeitsgruppen.

#### **Grünenthal GmbH – Gesundheitsmanagement**

52099 Aachen

Tel.: 0241/569-1222

Fax: 0241/569-3151

E-Mail: [gesundheitsmanagement@grunenthal.com](mailto:gesundheitsmanagement@grunenthal.com)

[www.grunenthal.de](http://www.grunenthal.de)

