

**Gesundheitspolitisches Kolloquium WS 2007/2008**

**Sozialstaat – bei Bedarf geschlossen**  
**Generationengerechtigkeit in der Kranken- und  
Pflegeversicherung**

Altern in unserer Gesellschaft – neue Anforderungen für unser  
Gesundheitssystem

Prof. Dr. Gerd Glaeske



Universität Bremen - Zentrum für Sozialpolitik - Arzneimittelversorgungsforschung



Bundesministerium  
für Arbeit und Soziales

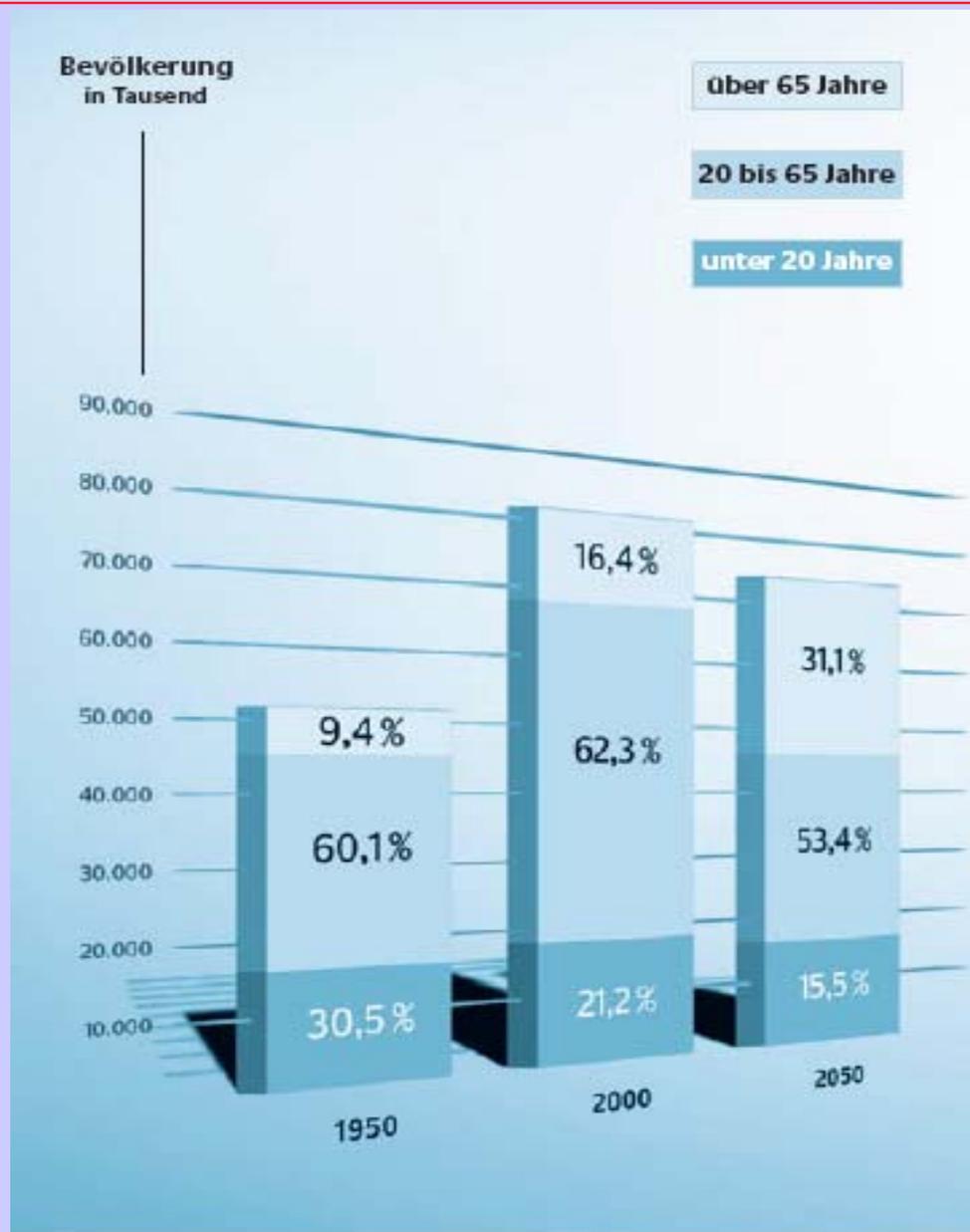
# Mehr Ältere, weniger Junge.

Auswirkungen auf unsere Rente  
und die Arbeitswelt von morgen.

Die Gemeinschaft der Generationen stärken.  
Für ein lebenswertes Land.



Universität Bremen - Zentrum für Sozialpolitik - Arzneimittelversorgungsforschung

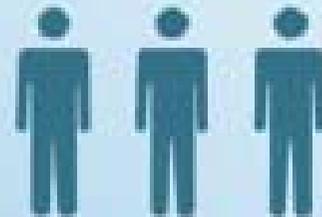


Erwerbsfähige

Rentnerinnen  
und Rentner



1991  
→



2006  
→



Verhältnis von

-  Menschen 20 – 64 Jahre
- zu
-  Menschen ab 65 Jahren



2030\*  
→



\*Prognose



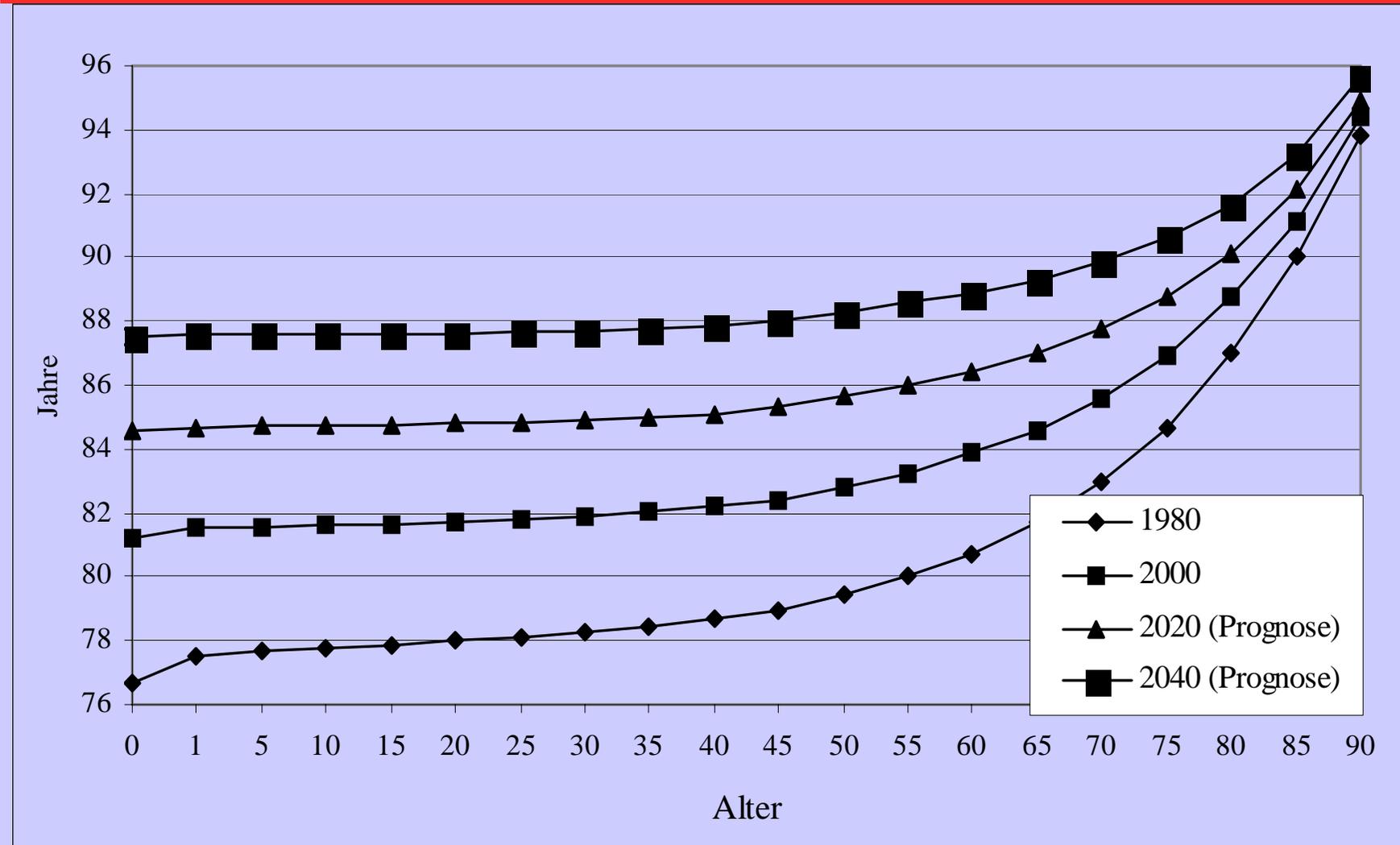
## Demographischer Wandel in unserer Bevölkerung

Drei Determinanten für Bevölkerungsaufbau wesentlich, nämlich

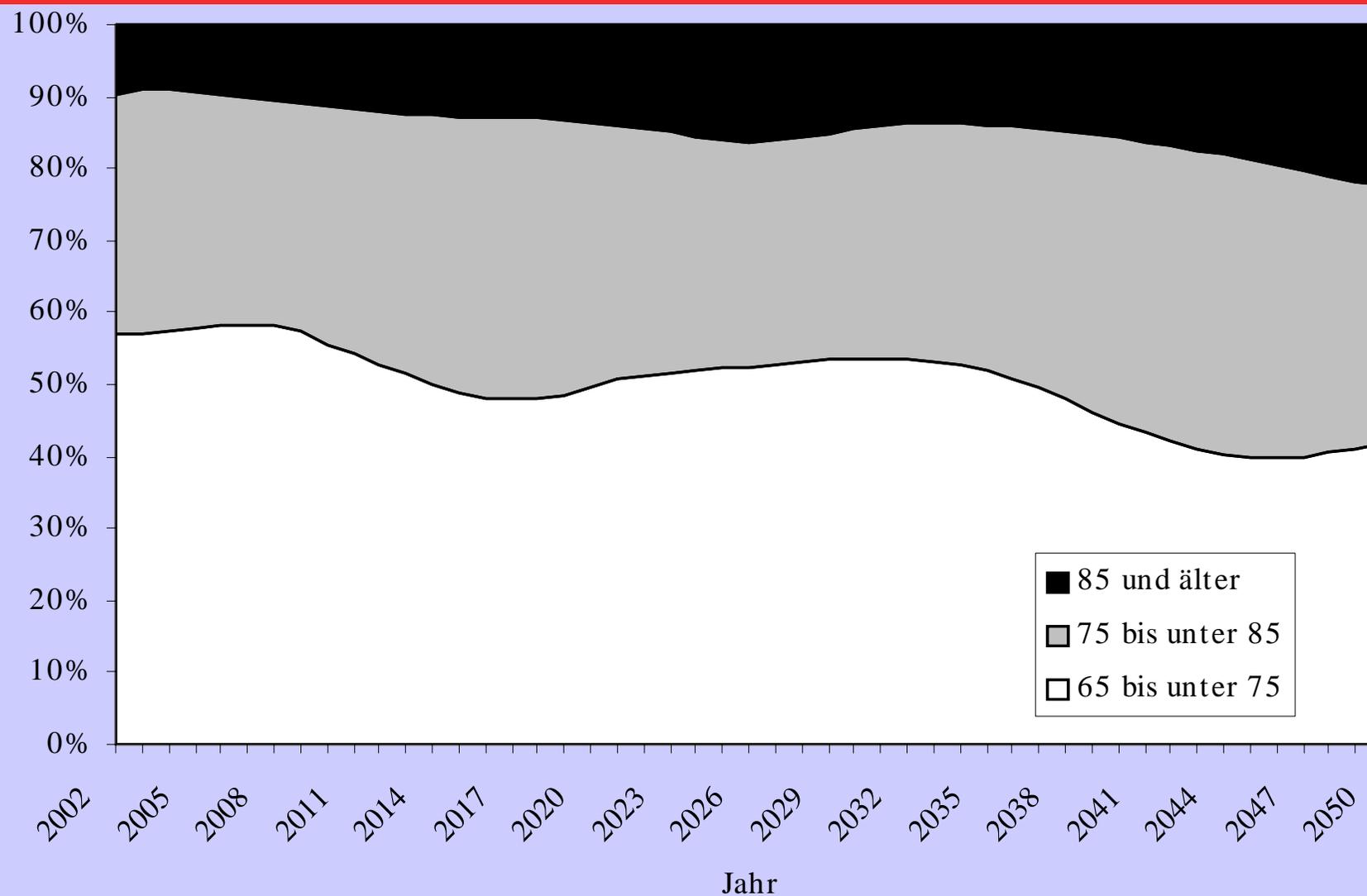
- Geburten,
- Sterbefällen bzw. Lebenserwartung und
- Wanderungssaldo.
- Diese wirken sich zumeist mittelfristig bis langfristig in spürbarem Umfang auf die Bevölkerungsstruktur bzw. den –bestand aus
- Aging at the Bottom, Aging at the Top, Double Aging, Triple Aging



## Steigende Lebenserwartung nach Geburtsjahr und Alter



## Steigende Anteile der älteren Menschen am Bevölkerungsaufbau



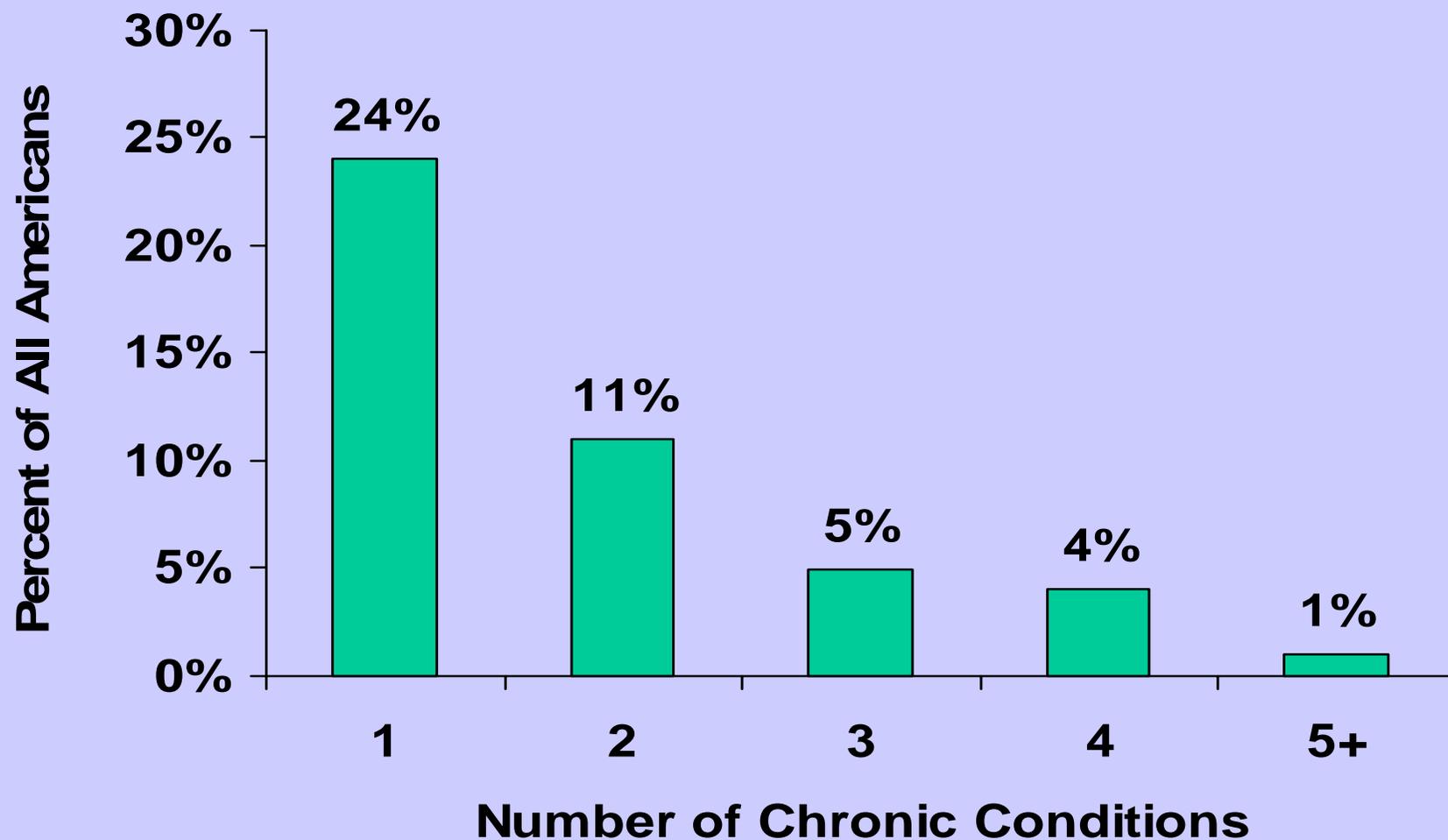
## Ergebnisse aus der Berliner Altersstudie (Steinhagen-Thiessen / Borchelt 1996): Krankheitsprävalenzen

Für die über 70jährigen wurden folgende Häufigkeiten festgestellt:

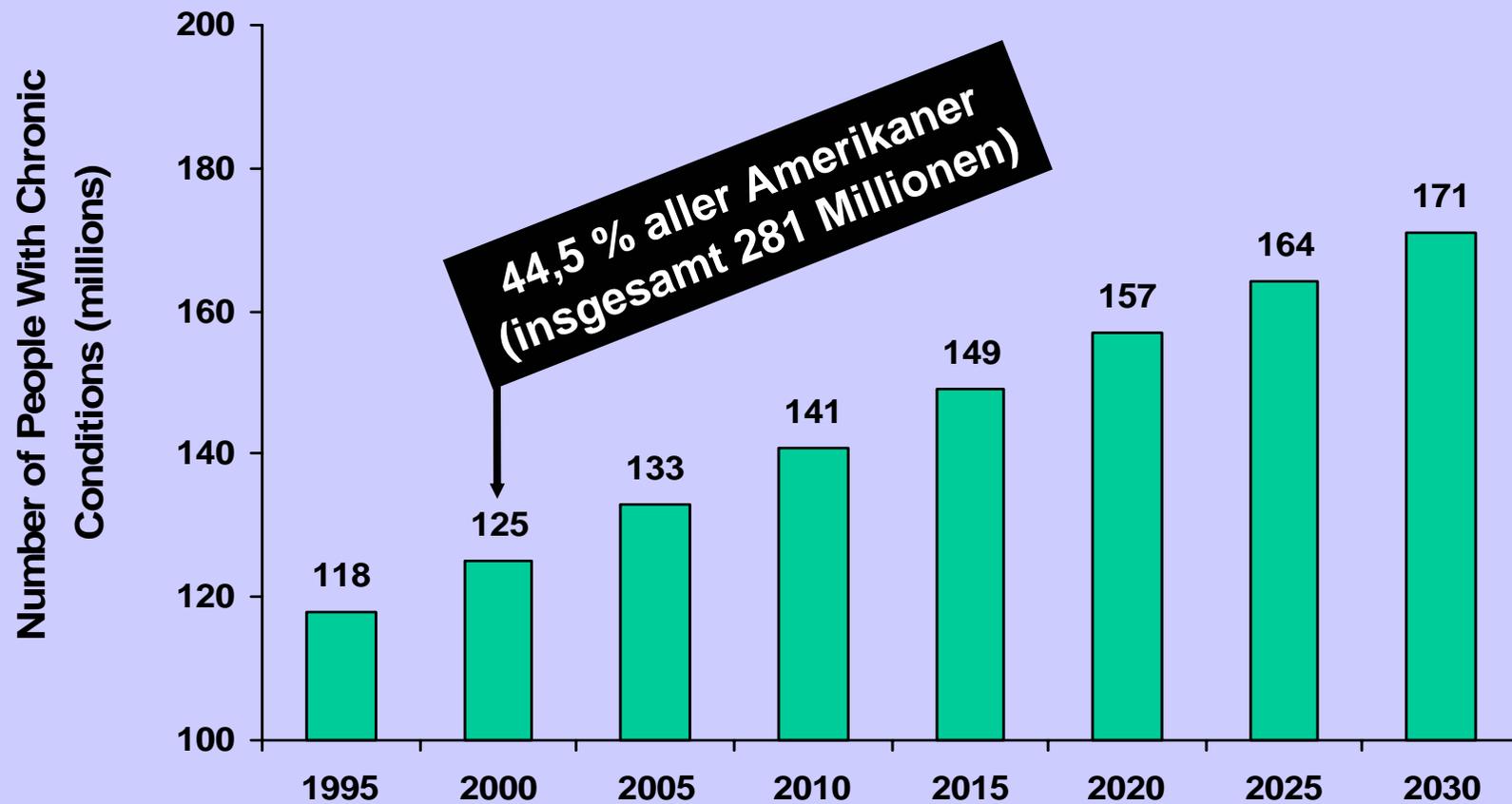
- Hypertonie 45,6%, Koronare Herzkrankheit 23,3%,  
Herzrhythmusstörungen 33%, Herzinsuffizienz 56,5%,  
Zerebralarteriosklerose 65%,  
Chronisch-obstruktive Lungenerkrankung 25,3%,  
Harninkontinenz 37,2%, Osteoarthritis 54,8%,  
Dorsopathien 46%, Osteoporose 24,2% und Demenz 14%.
- Chroniker-Anteile Gesamtbevölkerung ca. 40%
- Chroniker-Anteil bei den über 65jährigen 62% bzw. über 70%



Fast die Hälfte aller chronisch Kranken hat mehrere chronische Erkrankungen (Wu, Green (2000) Rand Corporation)



# Zunehmender Anteil chronisch Erkrankter



Wu, Green (2000) Projection of Chronic Illness Prevalence and Cost Inflation. RAND Corporation

## Begleiterscheinungen von Morbiditätsaspekten im Alter

- Mobilitätseinbußen
- Behinderungen im Alltag (z.B. Schwerhörigkeit)
- ICD nicht ausreichend in der Differenzierung, daher eher als Ergänzung Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) mit dem die Dimensionen „körperliche Funktionen und Strukturen“ sowie Aktivitäten und Partizipation
- Funktionseinbußen und Hilfsbedürftigkeit, aber auch Kapazitätsreserven sozioökonomischer und psychosozialer Art sowie durch die Versorgungsqualität (Arzneimittel-UAW)



## Begleiterscheinungen von Morbiditätsaspekten im Alter

- Auch personale Faktoren, die Lebenslage älterer Menschen, ihre soziale und räumliche Umwelt sind maßgeblich dafür, inwieweit chronische körperliche Krankheiten zu Behinderungen führen (Kruse 2002)
- 2/3 der über 70jährigen lebte in der BAS nach eigener Aussage selbständig, 63% zufrieden oder sehr zufrieden
- Compression of Morbidity, Compression of Disability (Fries 2002 bzw. 2003) vs. Medikalisierungsthese
- Einfluss sozioökonomischer Bedingungen – wenig Daten!



## Begleiterscheinungen von Morbiditätsaspekten im Alter

- BAS: „Indikatoren der körperlichen und geistigen Gesundheit im Alter variieren – mit Ausnahme der Demenz – zwischen den Sozialschichten kaum.“ (Mayer/Wagner 1996: 251)
- Das Sterberisiko ist dagegen über alle Altersstufen mit einem ausgeprägten Sozialschichtgradienten assoziiert.
- Insgesamt scheint eine Kombination von über den Lebenslauf hin akkumulierten und aktuellen Unterschieden in den Lebensbedingungen für gesundheitliche Unterschiede im Alter verantwortlich zu sein.



## Anforderungen an die medizinischen Versorgung im Alter

- Bei den älteren Menschen kommt zu einem Modell eines Kontinuums mit graduellen Unterschieden zwischen Gesundheit und Krankheit.
- Kurative Versorgung, Rehabilitation, Pflege und Prävention lassen sich „weder zeitlich, räumlich, rechtlich noch finanziell sinnvoll trennen.“ (Arnold et al., 2000).
- Den Phasen von Krankheiten und Funktionseinschränkungen stehen „zugleich immer auch verbleibende oder erweiterungsfähige Möglichkeiten selbstkompetenten Handelns und Helfens gegenüber.“ Diese Fähigkeiten gilt es zu stärken.



## Leitlinien und Multimorbidität (I.) (Boyd et al. JAMA 2005; 294: 716-724)

### Design

- **Auswahl der qualitativ besten Leitlinien** zu neun häufigen chronischen Erkrankungen
- **Ableitung: Empfehlungen für 117 typische Entscheidungsprobleme** bei älteren Patienten
- **Konstruktion einer (für US-Medicare) idealtypischen geriatrischen Patientin:** 79 Jahre, Osteoporose, Osteoarthritis, Diabetes Typ II, Bluthochdruck, COPD, (jeweils mittlerer Schweregrad)
- **Aus zutreffenden Leitlinien: durchschnittlich ambitionierter Behandlungsplan** (möglichst einfach u. kostengünstig: medikamentöse Therapie, notwendige Therapiekontrollen, Empfehlungen zur Lebensführung

■ *nach F. Gerlach 2007*

**Table 3.** Treatment Regimen Based on Clinical Practice Guidelines for a Hypothetical 79-Year-Old Woman With Hypertension, Diabetes Mellitus, Osteoporosis, Osteoarthritis, and COPD\*

Time	Medication†	Other
7:00 AM	Ipratropium metered dose inhaler 70 mg/wk of alendronate	Check feet Sit upright for 30 min on day when alendronate is taken Check blood sugar
8:00 AM	500 mg of calcium and 200 IU of vitamin D 12.5 mg of hydrochlorothiazide 40 mg of lisinopril 10 mg of glyburide 81 mg of aspirin 850 mg of metformin 250 mg of naproxen 20 mg of omeprazole	Eat breakfast 2.4 g/d of sodium 90 mmol/d of potassium Low intake of dietary saturated fat and cholesterol Adequate intake of magnesium and calcium Medical nutrition therapy for diabetes‡ DASH‡
12:00 PM		Eat lunch 2.4 g/d of sodium 90 mmol/d of potassium Low intake of dietary saturated fat and cholesterol Adequate intake of magnesium and calcium Medical nutrition therapy for diabetes‡ DASH‡
1:00 PM	Ipratropium metered dose inhaler 500 mg of calcium and 200 IU of vitamin D	
7:00 PM	Ipratropium metered dose inhaler 850 mg of metformin 500 mg of calcium and 200 IU of vitamin D 40 mg of lovastatin 250 mg of naproxen	Eat dinner 2.4 g/d of sodium 90 mmol/d of potassium Low intake of dietary saturated fat and cholesterol Adequate intake of magnesium and calcium Medical nutrition therapy for diabetes‡ DASH‡
11:00 PM	Ipratropium metered dose inhaler	
As needed	Albuterol metered dose inhaler	

## Behandlungsplan der 79jährigen Beispielpatientin

*Boyd et al. JAMA  
2005; 294: 720*

## Leitlinien und Multimorbidität (II.) (Boyd et al. JAMA 2005; 294: 716-724)

### Ergebnis

- **12** verschiedene **Medikamente**
- zu **5** verschiedenen **Tageszeiten**
- insgesamt **19 Einzeldosen**
- Kosten (nur Medikation): **406,45 \$ / Monat**
- etwa **20 evidenzbasierte Ratschläge** zur Diät und Lebensführung
- **zahlreiche Praxisbesuche, Patientenschulungen und Selbstkontrollen**
- **4 Routinekontakte beim Hausarzt à 15 Minuten und 1 Augenarztbesuch** sind praktisch *nicht* ausreichend

■ nach F. Gerlach 2007

## Leitlinien und Multimorbidität (III.) (Boyd et al. JAMA 2005; 294: 716-724)

### Ergebnis (Fortsetzung)

- Relevantes **Risiko von UAW**
- Zwar keine unangemessenen Medikamente, allerdings soll Pat. **für 2 ihrer Erkrankungen Medikamente** einnehmen, **die sich** auf eine andere ihrer 5 Erkrankungen **ungünstig auswirken können**.
- In 7 Bereichen muss Hausarzt darauf achten, dass sich 2 Medikationen nicht gegenseitig beeinträchtigen:  
**9 konkret erwähnte Interaktionen.**
- Patientin muss **in 8 Bereichen** darauf achten, die **Therapie nicht durch ihre Ernährung** (z.B. Fruchtsäfte, Alkohol) zu **beeinträchtigen**.

■ *nach F. Gerlach 2007*

## Chronic Care Model

- Interprofessionelle Leitlinien und Therapieempfehlungen dringend erforderlich, um Probleme in der Organisation und in der Abstimmung und Zuständigkeiten zu antizipieren
- Behandlung abgestimmt innerhalb eines interdisziplinären Teams kollegial durchführen (Wagner, 2000)
- Begleitung, Beratung und Betreuung, Koordination notwendiger Leistungen und Leistungserbringer. HausärztInnen für die Organisation und Integration multidisziplinärer Teams
- Das übliche pathogenetische Konzept kommt bei älteren Menschen an seine Grenzen



## Ergebnisse von Chronic Care Modellen

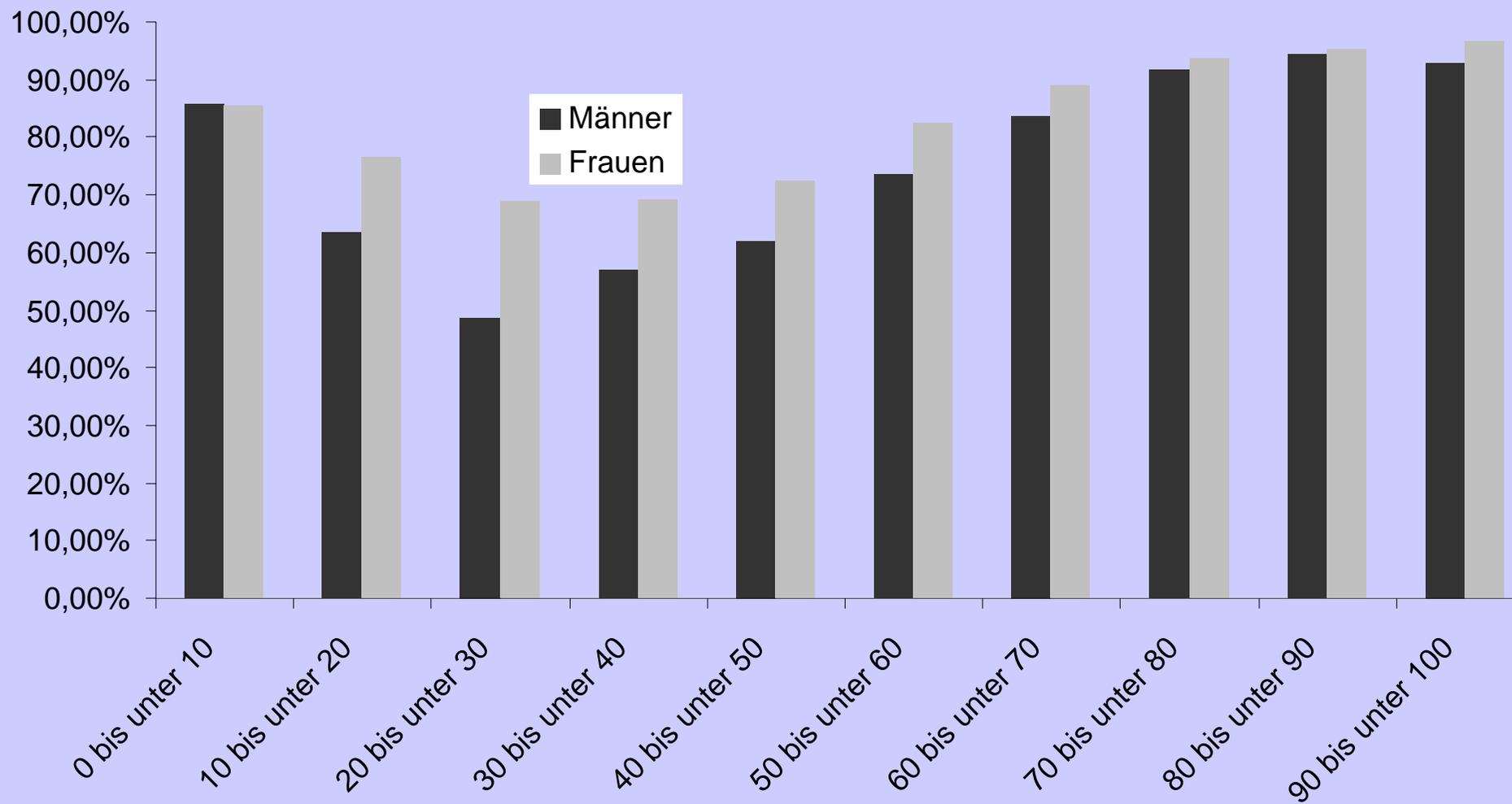
“Interventionen, die mindestens ein CCM-Element enthalten, verbessern klinische Outcomes und Versorgungsprozesse – in geringerem Ausmaß auch die Lebensqualität – von Patienten mit chronischen Erkrankungen”

*(Metaanalyse, 112 Studien: Alexander C. Tsai et al., Am J Manag Care 2005; 11:478-488)*



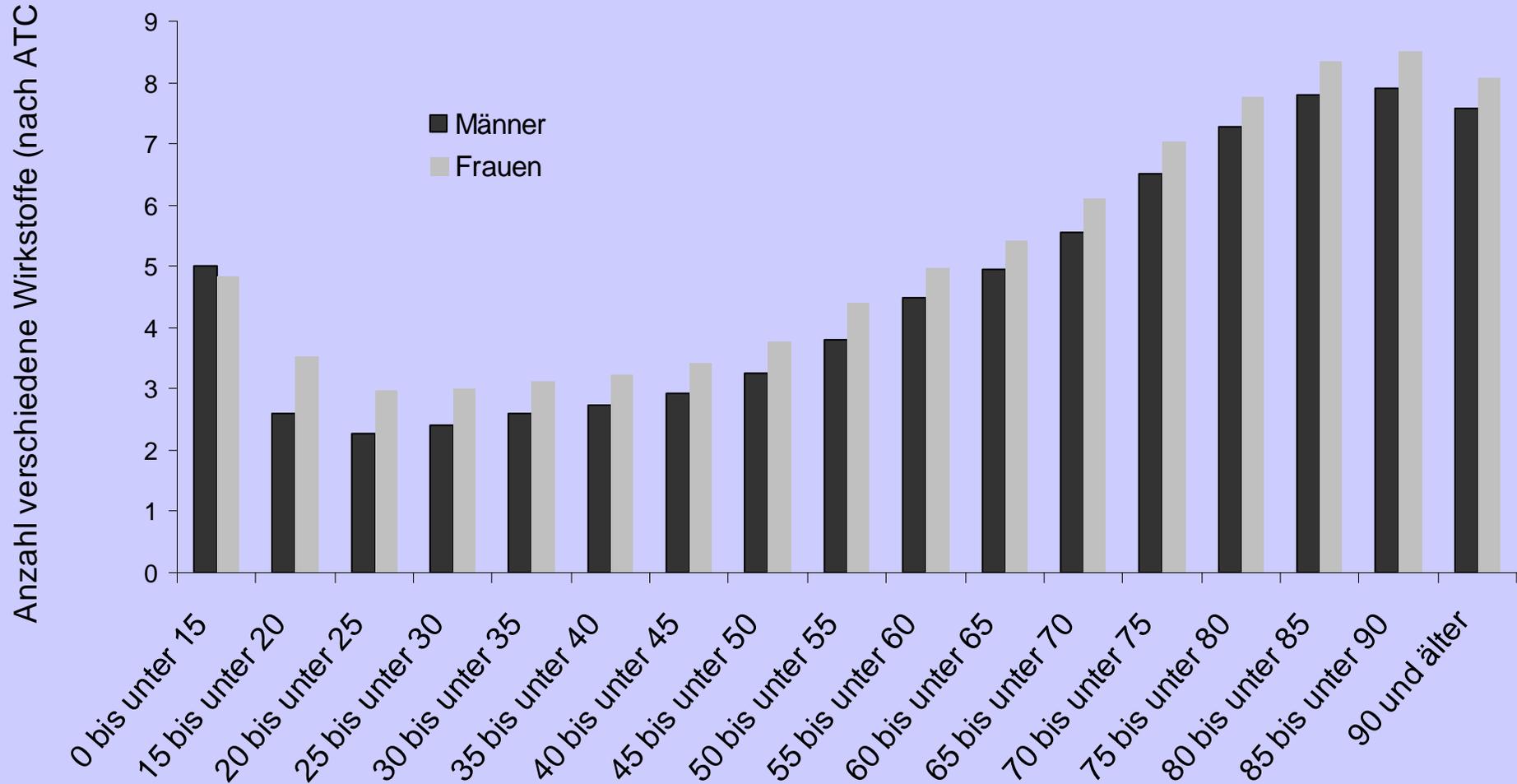


# GEK-Arzneimittel-Report 2007: Anteil Versicherte mit Arzneimitteltherapie

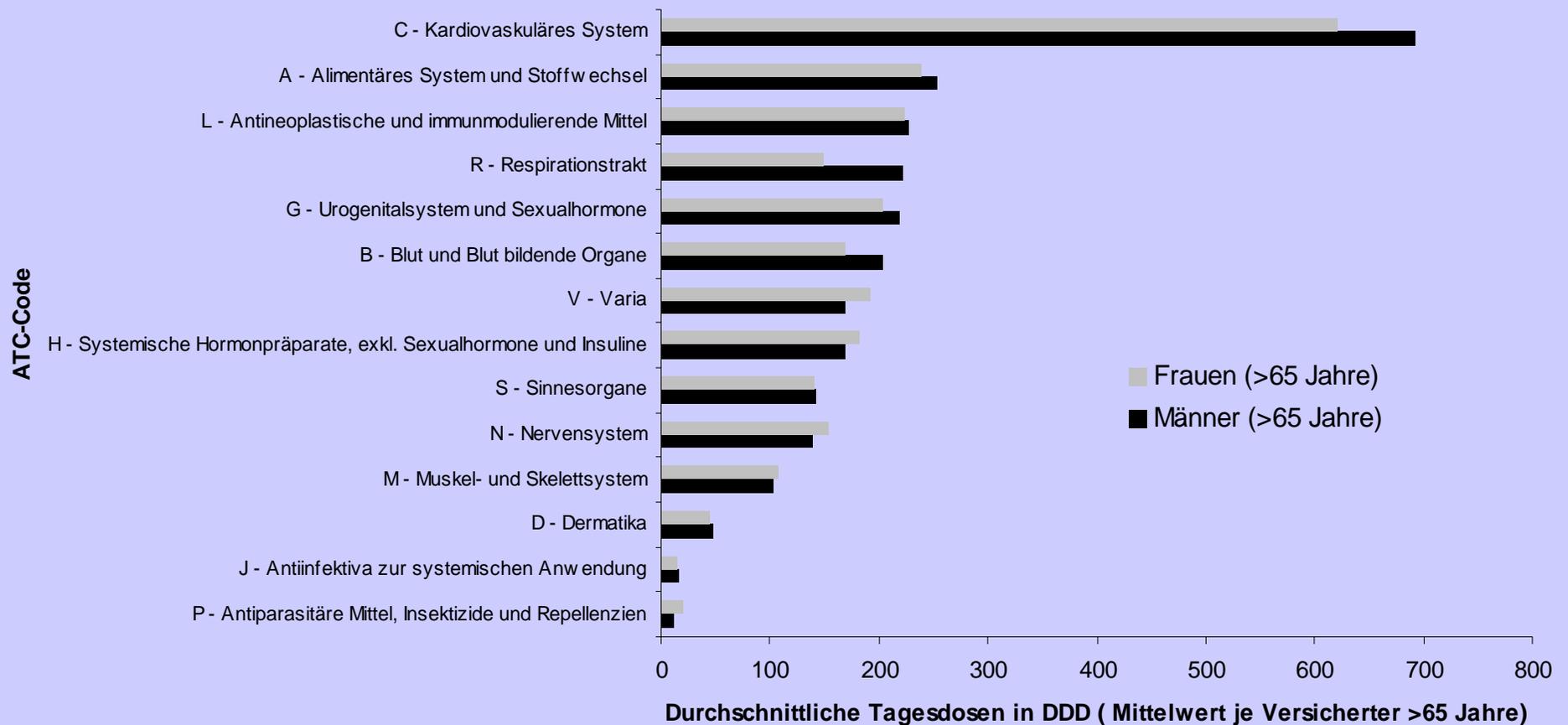


# GEK-Arzneimittel-Report 2006:

## Anzahl verschiedene Wirkstoffe je Versicherte



# Verordnete Tagesdosen (DDD) nach ATC-Gruppen für Versicherte >65 Jahre



## Das kurative System kommt bei Multimorbidität an seine Grenzen

- Beispiel Arzneimitteltherapie bei älteren Menschen > 65 Jahre (Glaeske, Janhsen 2006)
- 4 Wirkstoffe nebeneinander als Ziel, bis zu 8 in Ausnahmefällen (z.B. akute Erkrankungen)
- Realität: 35% der Männer und 40% der Frauen 9 Wirkstoffe und mehr gleichzeitig, ca. 22% „potenziell unangemessen“ bei älteren Menschen (Beers 1991, 1997)
- Home Medication Review als Prävention gegen Krankenhausbehandlungen wegen „Störwirkungen“ durch Arzneimittel (bei älteren Menschen bis zu 23%; Mühlberg et al. 1999)

## Potenziell unangemessene Arzneimittel im Alter

### **Die Beers-Liste:**

- häufig benutzte Referenzliste bei drug-utilization-studies zu Arzneimittelgebrauch im Alter
- 1993 durch Mark Beers erstellt, University of Georgia (USA)
- Methodik: Medline-Recherche zu UAW im Alter und Expertenbefragung führt zu Wirkstoffliste mit Bewertung (starke/ geringe Ablehnung) wegen
  - Nebenwirkung
  - ungünstige Pharmakokinetik (HWZ)
  - zweifelhaften Nutzen
  - Risiko der Abhängigkeit, etc.
- 2003 durch Fick et al. überarbeitet
- Müsste an den deutschen Markt/ an die deutschen Verschreibungspraktiken angepasst werden

**Tabelle 1**  
**Beers-Liste (Version 2003) potenziell unangemessener Medikamente bei**  
**älteren Menschen, unabhängig von deren Diagnosen und Zustand (nach 2)**

Substanzen (Handelsnamen)	Bedenken bei älteren Patienten	Bewertung
Indometacin	Höchste Rate an ZNS-UAW aller NSAID	++
NSAID mit längerer HWZ über eine längeren Zeitraum: Naproxen (Dolormin® u.a.), Piroxicam (Felden® u.a.) u.a.	Magen-Darm-Blutungen, Nierenfunktionsverschlechterung, Bluthochdruck, Herzinsuffizienz	++
Pentazocin (Fortral®)	Häufig ZNS-UAW, gemischt Agonist und Antagonist	++
Flurazepam (Dalmador®), Stauodorm®)	Extrem lange HWZ bei alten Menschen, hohe Sturzgefahr	++

Flurazepam (Dalmador®, Stauodorm®)	Extrem lange HWZ bei alten Menschen, hohe Sturzgefahr	++
Amitriptylin (Saroten® u.a.) und -derivate	Starke anticholinerge und sedierende UAW	++
Doxenilin (Aronal® u.a.)	Starke anticholinerge und sedierende UAW	++

Oxazepam (Adumbran® u.a.), > 0,25 mg Triazolam (Halcion®)	Benzodiazepinen	
Lang wirksame Benzodiazepine, z.B. Chlor-diazepoxid (Librium® u.a.), Diazepam u.a.	Wegen der oft tagelangen HWZ bei älteren Menschen hohe Sturzgefahr, Exsikkose u.v.m.	++

Meprobamat	Hohes Abhängigkeitspotenzial, starke Sedierung	++
Höhere Dosen kurz wirksamer Benzodiazepine, z.B. > 3 mg Lorazepam (Tavor® u.a.), > 60 mg Oxazepam (Adumbran® u.a.), > 0,25 mg Triazolam (Halcion®)	Ältere Menschen haben eine erhöhte Empfindlichkeit gegenüber Benzodiazepinen	++
Lang wirksame Benzodiazepine, z.B. Chlor-diazepoxid (Librium® u.a.), Diazepam u.a.	Wegen der oft tagelangen HWZ bei älteren Menschen hohe Sturzgefahr, Exsikkose u.v.m.	++

Ergotamin und -derivate (Hydergin® u.a.)	In den bekannten Dosen kein Wirksamkeitsnachweis	+
Alle Barbiturate (außer Phenobarbital), wenn nicht zur Kontrolle einer Epilepsie	Hohes Abhängigkeitspotenzial, stark sedierend	++
Ticlopidin (Tiklyd® u.a.)	Toxische Wirkungen, Agranulozytose	++
Amphetamine	Abhängigkeitspotenzial, Hypertonie, Angina pectoris	++
Fluoxetin: täglich (Flucin® u.a.)	Exzessive ZNS-Stimulation, Schlafstörungen, Antriebsverlust	++

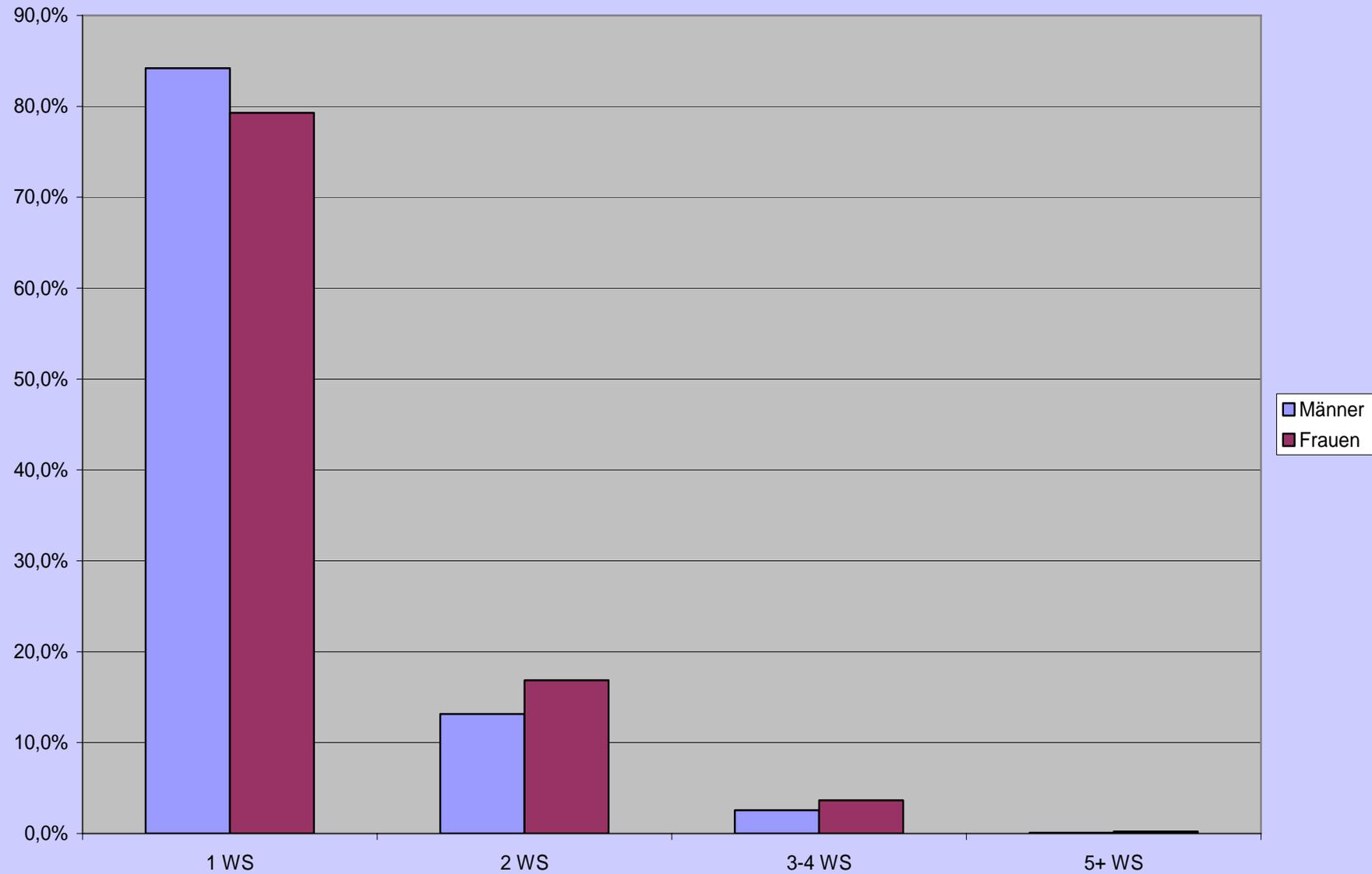
Digoxin (> 0,125 mg/d)	anticholinerg wirksam Toxische Effekte wegen verminderter renaler Clearance	+
Kurz wirksames Dipyridamol (Persantin®)	Orthostatische Hypotension	+

Nitrofurantoin	Niereninsuffizienz	++
Doxazosin (Diblocin®, Cardular® u.a.)	Hypotension, trockener Mund, Miktionsprobleme	+
Methyltestosteron	Prostatahypertrophie, kardiale Probleme	++
Kurz wirksames Nifedipin (Adalat® u.a.)	Hypotension, Obstipation	++
Clonidin (Catapresan® u.a.)	Orthostatische Hypotension, ZNS-UAW	+
Cimetidin (Tagamet® u.a.)	Häufiger ZNS-UAW und Verwirrheitszustände	+
Ethacrynsäure (Hydromedin®)	Hypertension, Störung des Salz- und Flüssigkeitshaushalts	+
Östrogene (systemisch)	Karzinogenes Potenzial	+

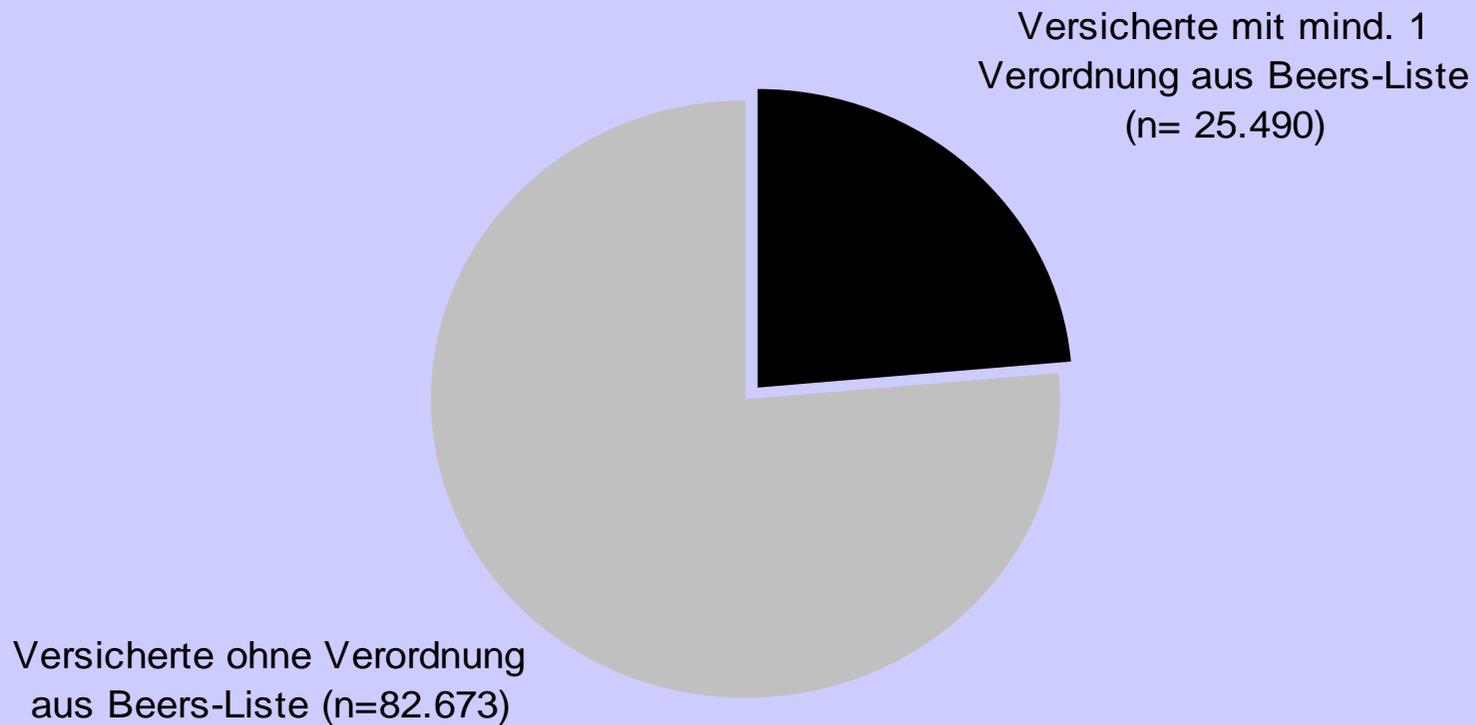
Starke (++) oder geringe (+) Ablehnung. Abkürzungen: ZNS = zentrales Nervensystem; UAW = unerwünschte Arzneimittelwirkung; NSAID = nicht-steroidale antiinflammatorische Substanz; HWZ = Halbwertszeit

Entnommen aus: Arzneimittelbrief 2005,39,44  
 Originalpublikation: Beers, M.H. et al: Arch.Intern.Med 1991, 151, 1825  
 Fick, D.M.,et al.: Arch.Intern.Med 2003, 163, 2716;Erratum 2004,164,1701

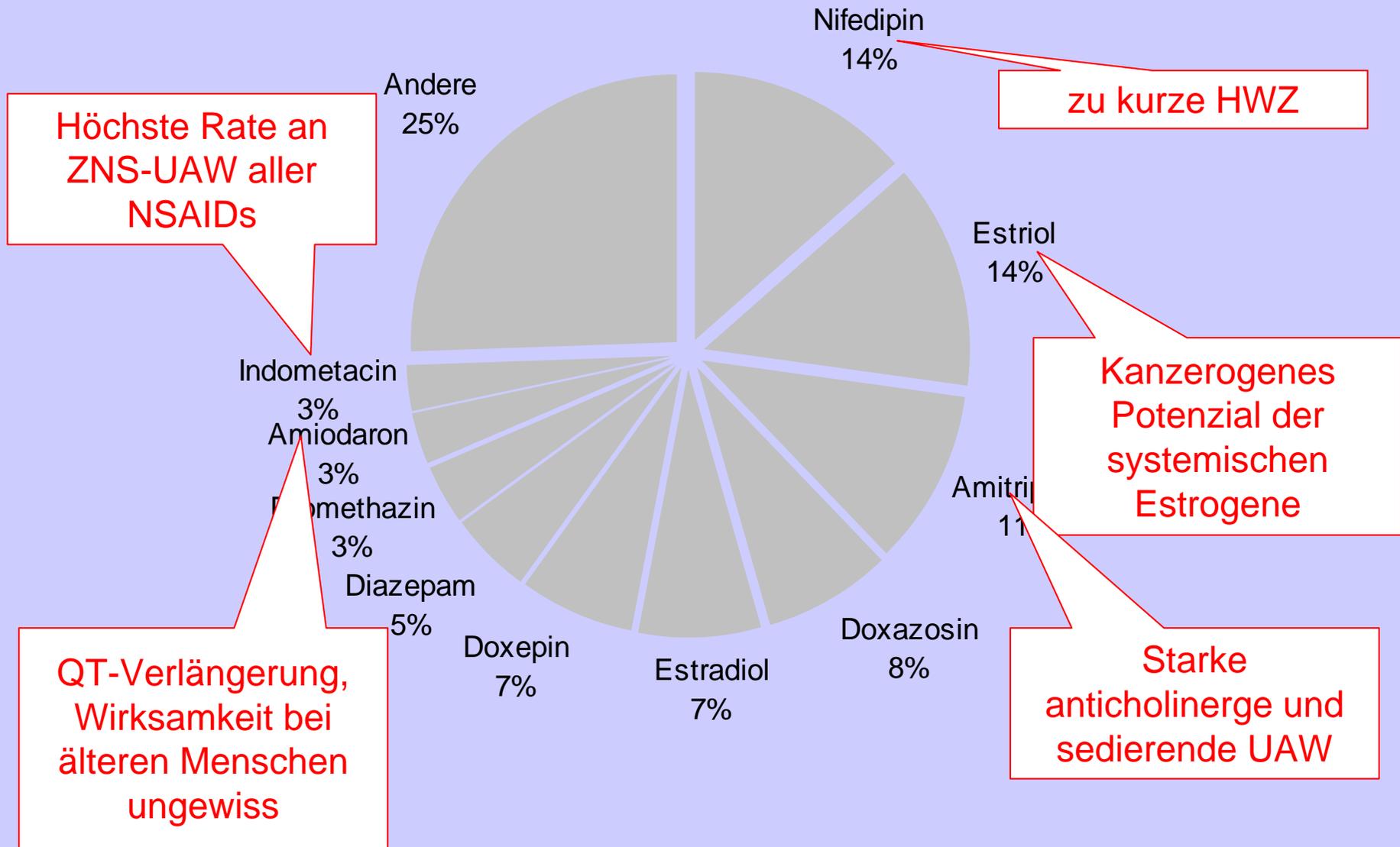
# Anzahl Dauerverordnungen aus der Beers-Liste (Glaeske, Janhsen 2006)



## Anteil Versicherte mit Verordnungen aus Beers-Liste, nur Versicherte >65 Jahre



# Verordnungen von Wirkstoffen aus der Beers-Liste für Versicherte >65 Jahre



## Exemplarische PSI zur Verbesserung der Arzneimittelsicherheit

Beispielhafte Vorschläge des SVR „Medikamentenbedingt“ (Ziffer 650)

- Medikationsfehler, Erkrankung infolge einer vermeidbaren unerwünschten Medikamentenwirkung, Komplikationen nach Sedativa und Analgesie, Mortalität infolge einer vermeidbaren unerwünschten Medikamentenwirkung
- Auswahl für die Nutzung in D: Potenziell unangemessene Medikation bei älteren Menschen
- Identifikation der Indikatorenziele über die Nutzung von Routinedaten (zumindest im verordneten Bereich)



SACHVERSTÄNDIGENRAT  
zur Begutachtung der Entwicklung  
im Gesundheitswesen

## **Kooperation und Verantwortung**

**Voraussetzungen einer zielorientierten  
Gesundheitsversorgung**

Gutachten 2007



Universität Bremen - Zentrum für Sozialpolitik - Arzneimittelversorgungsforschung

## Sondergutachten des SVR 2009

- „Generationenspezifische Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens“
- In welchen Versorgungsbereichen werden Probleme zukünftig im Hinblick auf den demographischen Wandel voraussichtlich verstärkt in Erscheinung treten?
- Gibt es Defizite medizinischer Leitlinien, insbesondere im Bereich multimorbider Patientinnen und Patienten?
- Sind die Leistungserbringer hinreichend auf die zusätzlichen Herausforderungen vorbereitet? Werden die existierenden Versorgungsstrukturen (Sektoren, IV, Reha, Pflege usw.) den Bedürfnissen gerecht?



## SVR-Gutachten 2007 – Kooperation und Verantwortung

- Empfehlung stärkerer Einbeziehung nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe, Forderung nach einer verbesserten Kooperation
- Primäres Ziel: Effizientere / effektivere gesundheitliche Leistungserstellung, neue Kooperationen und Verantwortlichkeiten, nicht Programm gegen eventuellen Ärztemangel
- Höhere Zufriedenheit aller Beteiligten
- Hausarztmedizin zentraler Bestandteil primärmedizinischer Gesundheitsversorgung, auch schon ohne formalisierte Hausarztssysteme



# Personale Ressourcen

- Gesundheitsberufe: 2,58 Millionen Beschäftigte  
80% Frauenanteil
- Pflegende: 699.000 Beschäftigte  
85,3% Frauenanteil
- Ärzte: 308.000 Beschäftigte  
39,3% Frauenanteil
- Medizinische  
Fachangestellte: 320.000 Beschäftigte  
98,8% Frauenanteil
- Physiotherapeuten: 81.000 Beschäftigte  
Zuwachs von 1997 bis 2005 + 65,3%
- Beschäftigte insgesamt 4,3 Mio.



# Neue Versorgungsanforderungen

- Zunahme älterer Patienten
- Zunahme chronischer Leiden und Multimorbidität (> 65 etwa 62 – 70%)
- Komplexe Versorgungsanforderungen
- Gewandelte Patientenrollen
- Neue Versorgungsstrukturen
- Neue Organisation
- Medizinisch- technischer Fortschritt



## Erfolgreiche Ansätze und Evidenz zu Kooperationsformen

- Im Rahmen von Gatekeeping und Case Management können spezialisierte Pflegekräfte in Kooperation mit Ärzten je nach Anforderungsprofil bestimmte Aufgaben übernehmen
- „Long term outcomes from the IMPACT randomised trial for depressed elderly patients in primary care“ Hunkeler, BMJ, 2006
- „Depressions-Monitoring“, Gensichen et al., 2006, Z. ärztl. Fortbild.
- „Substitution of doctors by nurses in primary care“, Laurant, Grol et al., Cochrane-Review, 2004



## Kooperation in der medizinischen Versorgung

- Aufgabenverteilung nicht immer effizient und effektiv
- Arztzentriertheit des Systems
- Berufsständisches Denken
- Häufige Tätigkeitsübertragungen, teilweise Rechtsunsicherheit, Zulässigkeit beurteilt im Streitfall die Rechtssprechung
- Mangelnde interprofessionelle Standardisierung
- Ausbildung bereitet nicht adäquat auf die Zusammenarbeit mit anderen Berufen vor
- Reaktion auf Veränderungen in den Versorgungsanforderungen (Chronic Care, Pflege, Rehabilitation, vulnerable Gruppen etc.)



## Wege zu mehr Kooperation und Qualität

- Einführung einer Modellklausel zur Erprobung der stärkeren Einbeziehung nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe
- Verstärkte Übergabe von Tätigkeiten z.B. im Bereich der Prävention für nicht-ärztliche Gesundheitsberufe
- Beschreibung von Poolkompetenzen und Aufgabenbereichen
- Entwicklung moderner Ausbildungswege
- Einführung geregelter Selbstkontrolle
- Umsetzung einer größeren Handlungsautonomie für nicht-ärztliche Gesundheitsberufe



20.08.2007  
Focus



## „Wir wollen Heilmittel verordnen“

Pflegevertreterin Marie-Luise Müller will mehr Rechte in der Klinik

**FOCUS:** Gesundheitsexperten schlagen vor, dass die Pflegekräfte im Krankenhaus mehr Kompetenzen erhalten sollen. Vor allem Privatkliniken führen das auch schon ansatzweise durch. Wie gut ist Ihre Berufsgruppe darauf vorbereitet, den Ärzten Arbeit abzunehmen?

**Müller:** Schon heute besitzen 15 000 Pflegekräfte einen Hochschulabschluss. Legt man internationale Maßstäbe an, müssten es 80 000 sein. Aber die Tendenz geht klar in Richtung höherer Befähigung.

**FOCUS:** Welche Verantwortungsbereiche fordern Sie?

**Müller:** Alles, was mit Diagnostik und Therapie zu tun hat, sollte in der Kompetenz des Arztes bleiben. Aber wir könnten die Abläufe organisieren, sodass sich die Wartezeiten verringern. Des Weiteren wären Pflegerinnen und Pfleger in der Lage, sich selbstständig um die Wundversorgung und Ernährung zu kümmern. In der Gerontopsychiatrie, der Betreuung alter Menschen mit Demenz, sind wir schon

jetzt der ideale Ansprechpartner. Und: Pflegekräfte sollten das Recht erhalten,

Heil- und Hilfsmittel zu verordnen, wie Rollstühle, Gehhilfen, Hygieneartikel.

**FOCUS:** Das soll jeder Pfleger dürfen?

**Müller:** Nein. Es bilden sich neue Berufsbilder heraus – zum Beispiel Arztassistent, Anästhesieassistent, Fall-Manager, Operationsassistent, Fachschwester für Onkologie, Brustkrebs oder Schmerzbehandlung.

**FOCUS:** Den Anästhesieassistenten wollten die privaten Helios-Kliniken kürzlich einführen – und mussten sich dem Druck der Ärzte beugen. Ist das Vorhaben vertagt oder begraben?

**Müller:** Vertagt. Die Zahl der Operationen steigt. Es gibt nicht genügend Ärzte, die Narkosetechnik wird besser, die Eingriffe werden schonender. Ich rechne damit, dass in wenigen Jahren ein Anästhesist mehrere Operationen gleichzeitig überwacht und die direkte Betreuung der Patienten seinen Assistenten überlässt. *kmm*



## In GB: Speziell ausgebildete Pflegekräfte und ApothekerInnen dürfen in bestimmten Situationen verordnen:

- BMJ 2005, 331: 1154-5  
Extended prescribing by UK nurses and phamacists  
With more evidence and strict safeguards, it could benefit patients

„While we do have concerns about the wisdom of extending presribing now, we believe that most nurse and pharmacist prescribers will act within their areas of competence. For example, a fully trained specialist respiratory nurse might prescribe a short course of oral corticosteroids for a patient with acute asthma but would be extremely unlikely to alter the drug treatment of a patient with diabetes or epilepsy without training in managing these conditions.“



## „Rehabilitation vor Pflege“

- Vorrang ambulanter vor stationärer Pflege
- Bei älteren Menschen wird das Präventions- und Rehabilitationspotenzial bisher unzureichend berücksichtigt
- Schnittstellenprobleme zu lasten älterer PatientInnen
- Rehabilitationsempfehlungen an Pflegebedürftige, Angehörige sowie Hausarzt. Antrag auf Rehabilitation bindet Angehörige aus anderen Gesundheitsberufen (Pflege, Logopädie oder Ergotherapie) ein
- Schlaganfall: Durchschn. 40 (!! )Tage nach stat. Behandlung



## Rehabilitative Maßnahmen und Heilmittel bei älteren Menschen

	Personen aller Altersgruppen	Personen ab 60 Jahren
Krankengymnastik	11,5 bis 15,3	6,6
Ergotherapie	2,1 bis 3,2	0,7
Logotherapie	1,2 bis 2,3	0,8
sonstige Rehabilitationsmaßnahmen	4,7 bis 5,4	keine Angaben

Häufigkeit der Empfehlung von Rehabilitationsmaßnahmen in Pflegegutachten (in Prozent)  
(Quelle: Eigene Darstellung SVR)



## „Rehabilitation vor Pflege“

- Vorrang ambulanter vor stationärer Pflege
- Bei älteren Menschen wird das Präventions- und Rehabilitationspotenzial bisher unzureichend berücksichtigt
- Schnittstellenprobleme zu lasten älterer PatientInnen
- Rehabilitationsempfehlungen an Pflegebedürftige, Angehörige sowie Hausarzt. Antrag auf Rehabilitation bindet Angehörige aus anderen Gesundheitsberufen (Pflege, Logopädie oder Ergotherapie) ein
- Schlaganfall: Durchschn. 40 (!! ) Tage nach stat. Behandlung



## Voraussetzungen für eine stärkere Einbeziehung

Die Empfehlung des SVR nach einer stärkeren Einbeziehung nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe und die Forderung nach einer verbesserten Kooperation setzen

**„klar geregelte Verantwortlichkeiten voraus, die den fachspezifischen Qualifikationen der an den Prozessen...Beteiligten Rechnung tragen“ .**

Auch eine Veränderung der Bedürfnisse und Bedarfe der Nutzer des Systems machen eine Neuordnung von Zuständigkeiten für das umfangliche Aufgabenspektrum in der Gesundheitsversorgung notwendig.



## Qualität und Sicherheit: Verantwortlichkeit in der medizinischen Versorgung

- Systemebene – Verantwortung gegenüber PatientInnen, MitarbeiterInnen des Gesundheitssystems und der Gesellschaft: Erhebung und Vergleich von Qualitätsinformationen
- Institutionelle Ebene – z.B. im Rahmen von Konflikten mit der Autonomie professioneller Strukturen (z.B. im Krankenhaus)
- Individuelle Ebene – Berufsethos! Decubitus oder Rollvenen als „Ausrede“. Noch immer als unnötig skandalisierend betrachtet.
- Patientenebene – Neues Rollenverständnis, shared decision making, Co-Produzentschaft von Gesundheit, aktive Rolle in der Behandlung, Beteiligung an den Behandlungskosten?

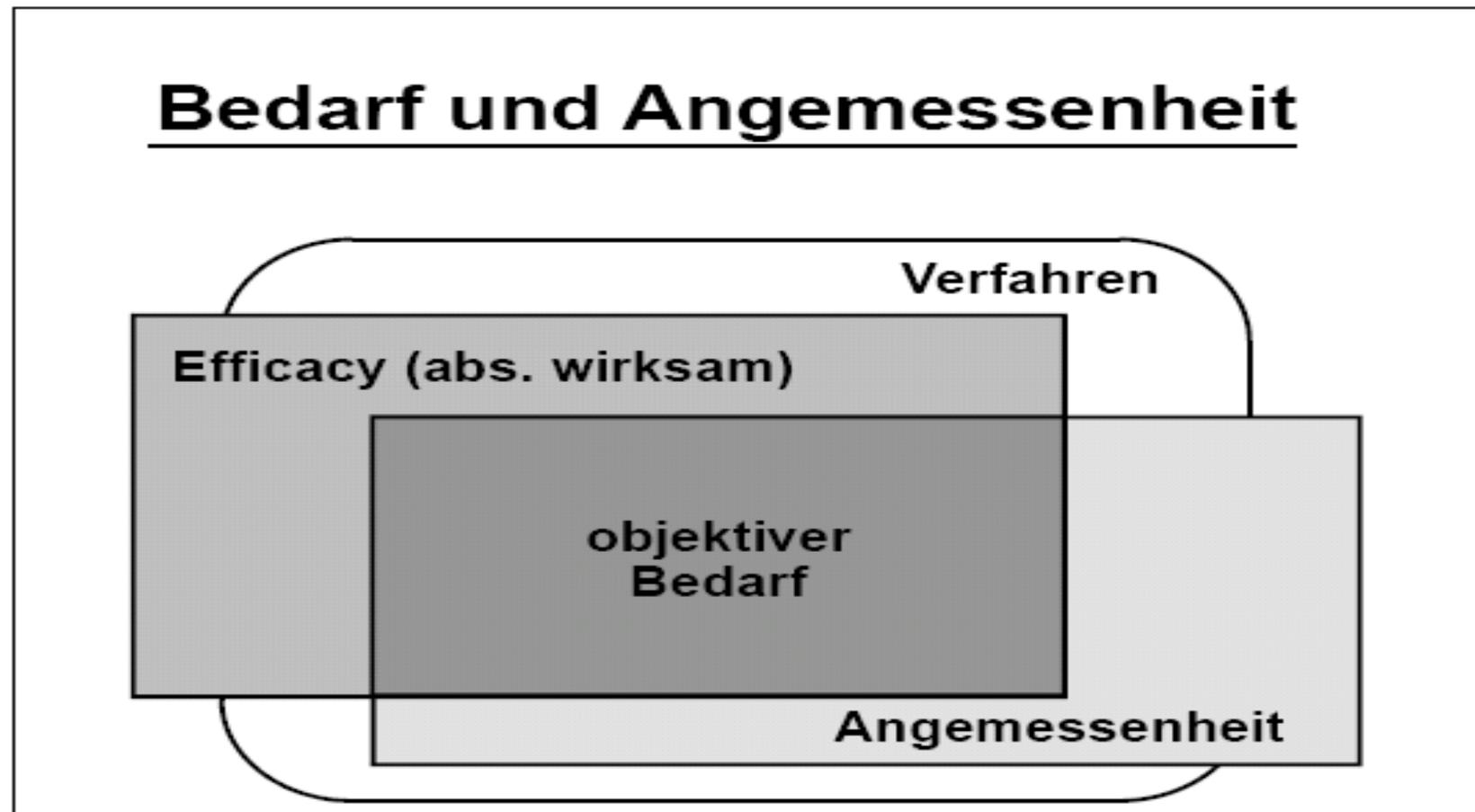


## Qualität und Sicherheit: Angemessenheit in der medizinischen Versorgung

- Angemessenheit wird definiert als Attribut wirksamer Maßnahmen, in dem deren Effizienz und deren Übereinstimmung mit Grundsätzen, Werten und Präferenzen auf der Ebene von Personen, Gemeinschaften und Gesellschaft zusammenfassend zum Ausdruck kommt.
- Die Bedingung ‚Angemessenheit‘ allein ohne Nachweis der absoluten Wirksamkeit kann deren Nachweis nach strengen wissenschaftlichen Kriterien nicht ersetzen.
- Angemessenheit als Schlüsselqualität in der Bewertung gesundbezogener Leistungen – zentrale Rolle bei der Frage der Leistungsfähigkeit der gesundheitlichen Versorgung und der gesundheitspolitischen Systemgestaltung



**Abbildung 33:** Die Begriffe Bedarf und Angemessenheit. Der objektive Bedarf umfasst Leistungen, für die die absolute Wirksamkeit und die Angemessenheit nachgewiesen wurde.



*Quelle:* Eigene Darstellung



## Anforderungen an die medizinischen Versorgung im Alter

- Schnittstellenprobleme, die sich bei älteren Menschen negativ auswirken, müssen überwunden werden (z.B. bei Demenz)
- Die Rehabilitation muss in Kooperation ÄrztInnen und mit Angehörigen aus den übrigen Gesundheitsberufen Pflege, Logopädie oder Ergotherapie erfolgreich umgesetzt werden.
- Auch für Akteure im System die Arbeitsbedingungen verbessern – „ungesunde“ Bewältigung ist an der Tagesordnung
- In allem die viel zu wenig beachtete Genderperspektive berücksichtigen, Frauen sind häufiger von chronischer Krankheit betroffen und haben einen subjektiv schlechteren Gesundheitszustand (häufig niedrigerer Sozialstatus, verwitwet etc.)



## Anforderungen an die medizinischen Versorgung im Alter

- Die medizinische Versorgung älterer Menschen wird in den nächsten Jahren zu der großen Herausforderung in unserem Gesundheitssystem.
- Die Medizin setzt in dem Pathogenese aufgebauten Konzept auf Normabweichungen. Älterwerden und Tod sind aber ohne Abweichen von der Norm gar nicht denkbar!
- Die Medizin soll älteren Menschen nutzen und nicht in unvermutete Gefahren bringen
- Das Älterwerden ist eine biographische Phase, die unserem Leben immanent ist - Altern für sich genommen ist aber noch keine Krankheit.

