

**LSBB - Landesseniorenbeirat Berlin
Veranstaltung am 15 Januar 2010**

**„Arzneimittelversorgung im Alter – eine kritische
Bestandsaufnahme mit Schlussfolgerungen“**

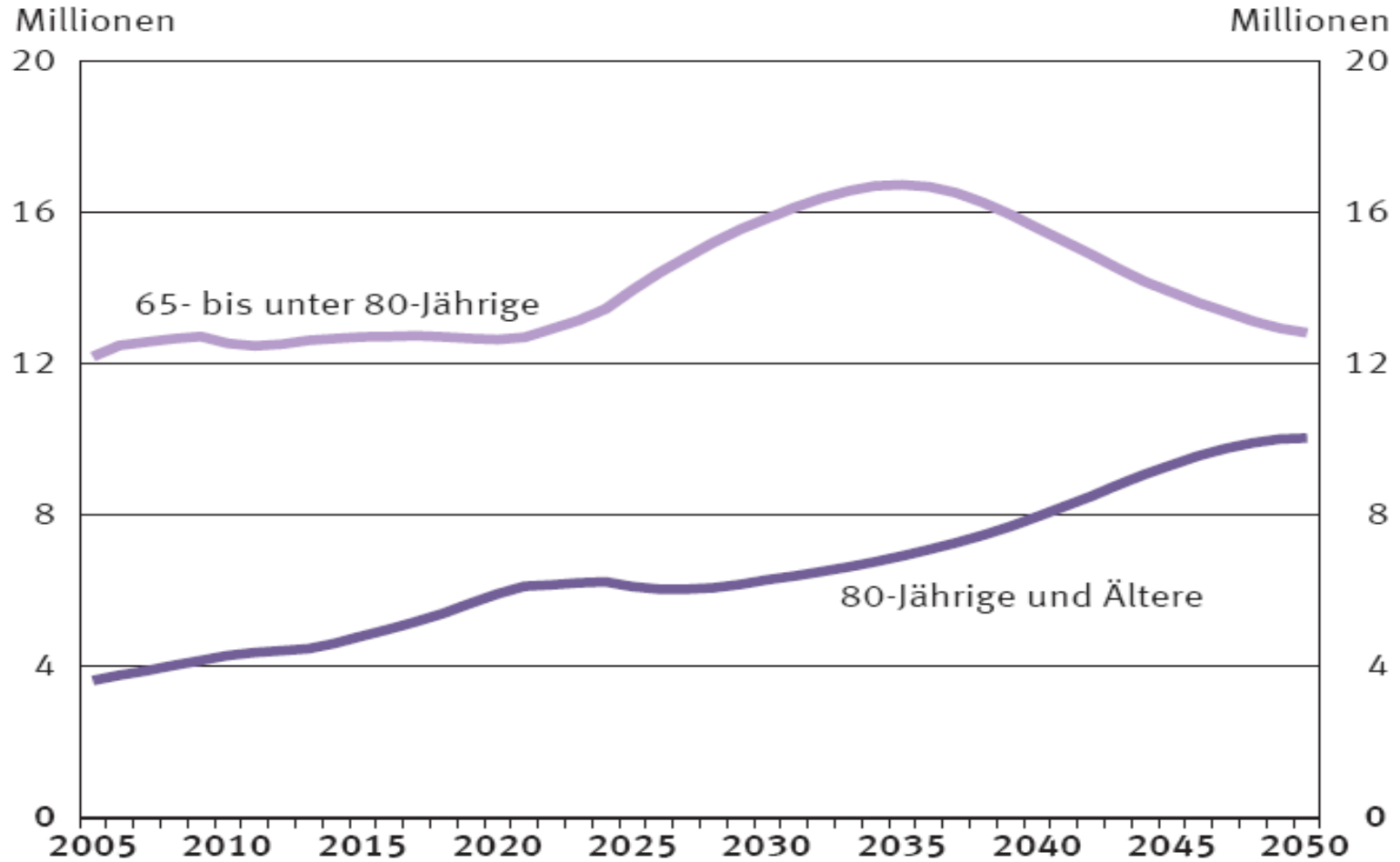
Prof. Dr. Gerd Glaeske
Zentrum für Sozialpolitik, Universität Bremen

Einige Bemerkungen zu Beginn...

- Verstehen wir unser Gesundheitssystem noch?
- Gesundheitspolitik ist einer der wichtigsten Säulen unseres Sozialversicherungssystems
- Die Gesetzliche Krankenversicherung (ca. 71 Mio. Versicherte in D) bietet eine auf Solidarität aufgebaute Absicherung des Risikos Krankheit
- Gesundheitschancen sind in D noch immer ungleich verteilt, die Zugangs- und Verteilungsgerechtigkeit ist noch nicht erreicht
- Wir haben keine Kostenexplosion, sondern eine „Einnahmeimplosion“ – Einnahmeschwäche!
- Das Gesundheitssystem ist für Versicherte und Patienten gemacht, nicht für Anbieter oder Kassen...

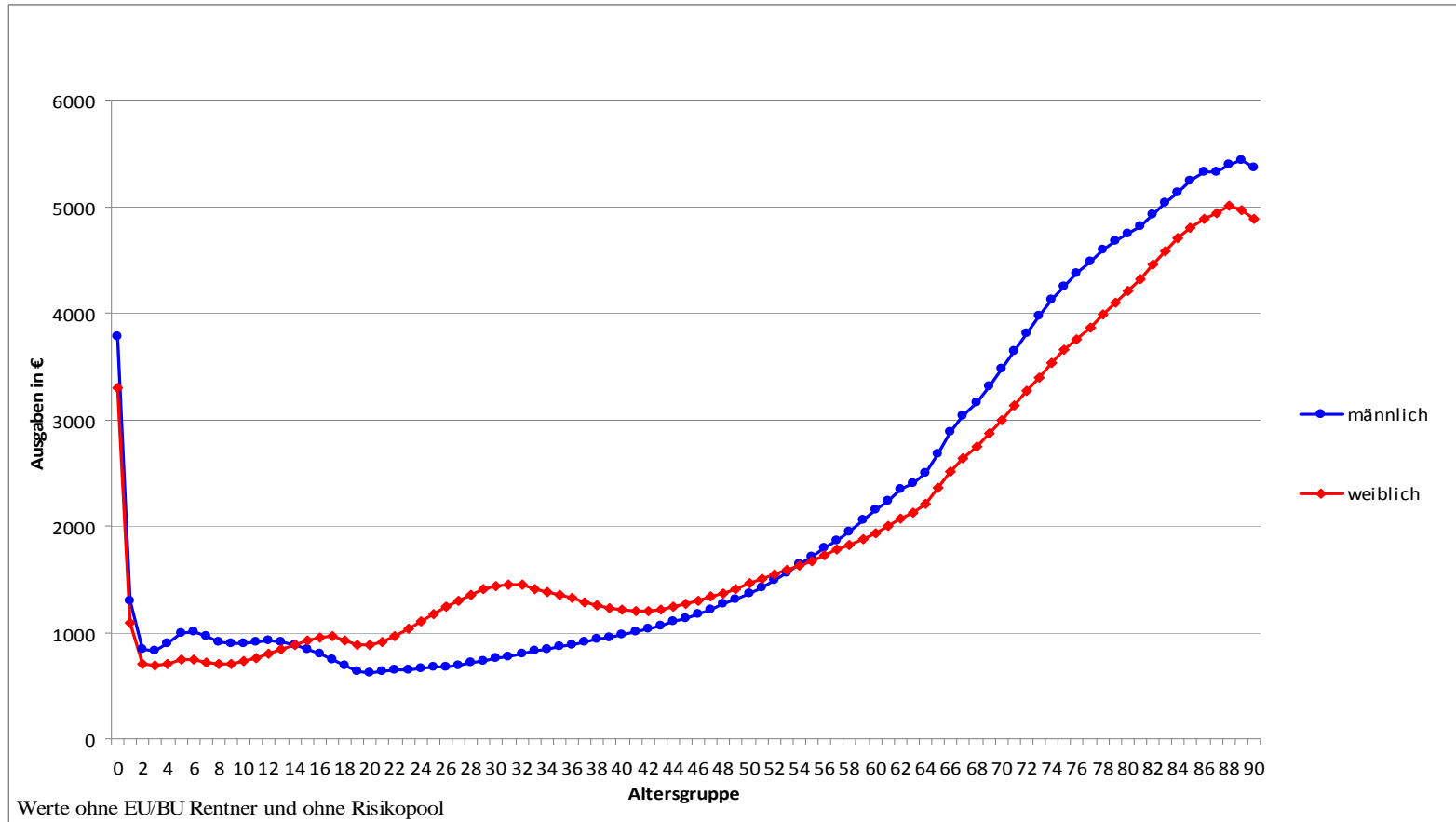
65- bis unter 80-Jährige sowie 80-Jährige und Ältere

Ab 2006 Ergebnisse der 11. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung
Variante: „mittlere“ Bevölkerung, Untergrenze



Statistisches Bundesamt 2006 - 15 - 1307

Alters- und geschlechtsspezifische Ausgabenprofile in der GKV



Quelle: Bundesversicherungsamt 2008, eigene Berechnung, eigene Darstellung.

Altenquotient „65“

(65-jährige und Ältere je 100 Personen von 20 bis unter 65 Jahren)

Ergebnisse der 11. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung
(ab 2010)

| Jahr | „relativ junge“ Bevölkerung | „mittlere“ Bevölkerung | | „relativ alte“ Bevölkerung |
|-------------|--------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|-------------------------------|
| | Variante 3- W2 | Untergrenze Variante 1- W1 | Obergrenze Variante 1- W2 | Variante 6- W1 |
| 2005 | 31,7 | 31,7 | 31,7 | 31,7 |
| 2010 | 33,5 | 33,6 | 33,5 | 33,7 |
| 2020 | 38,0 | 38,7 | 38,0 | 39,5 |
| 2030 | 50,2 | 52,2 | 50,3 | 54,2 |
| 2040 | 57,2 | 61,4 | 58,0 | 65,3 |
| 2050 | 58,0 | 64,3 | 60,1 | 70,9 |

Altenquotient „65“ in den Bundesländern (Variante 1 – W1)

| | 2005 | 2015 | 2025 | 2040 | 2050 |
|------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Baden-Württemberg | 30,09 | 33,41 | 41,33 | 60,15 | 63,38 |
| Bayern | 30,37 | 33,66 | 41,06 | 58,99 | 62,00 |
| Berlin | 26,30 | 32,45 | 39,41 | 54,27 | 63,87 |
| Brandenburg | 31,57 | 38,60 | 55,90 | 82,43 | 90,60 |
| Bremen | 33,27 | 35,27 | 39,15 | 48,25 | 50,92 |
| Hamburg | 28,52 | 29,93 | 33,14 | 49,12 | 57,50 |
| Hessen | 30,76 | 34,85 | 42,75 | 62,08 | 65,46 |
| Mecklenburg-Vorpommern | 31,44 | 38,23 | 55,63 | 70,36 | 74,51 |
| Niedersachsen | 32,85 | 36,61 | 44,67 | 63,40 | 63,73 |
| Nordrhein-Westfalen | 32,22 | 34,40 | 41,58 | 58,39 | 59,94 |
| Rheinland-Pfalz | 33,04 | 34,82 | 44,26 | 62,34 | 62,95 |
| Saarland | 35,19 | 37,07 | 47,38 | 61,90 | 59,89 |
| Sachsen | 36,41 | 43,73 | 56,57 | 68,95 | 77,25 |
| Sachsen-Anhalt | 35,08 | 42,76 | 58,10 | 73,73 | 78,53 |
| Schleswig-Holstein | 33,26 | 38,33 | 44,97 | 65,06 | 66,65 |
| Thüringen | 33,19 | 40,70 | 56,94 | 73,83 | 80,73 |
| Deutschland | 31,69 | 35,47 | 43,91 | 61,35 | 64,35 |

65-Jährige und Ältere je 100 Personen im Alter von 20 bis unter 65 Jahren

Quelle Statistisches Bundesamt (2006), eigene Darstellung



Bundesministerium
für Arbeit und Soziales

Mehr Ältere, weniger Junge.

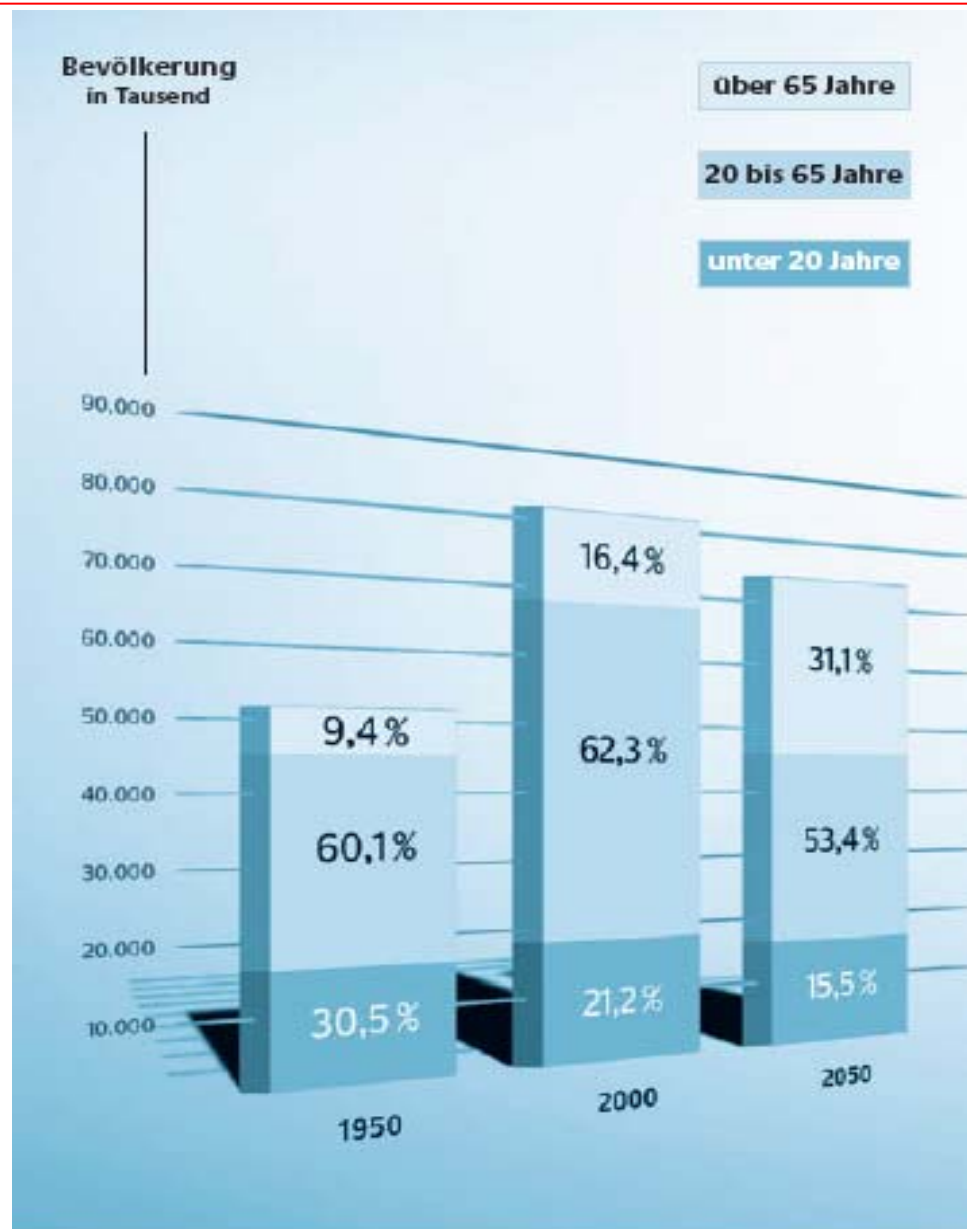
Auswirkungen auf unsere Rente
und die Arbeitswelt von morgen.

Die Gemeinschaft der Generationen stärken.
Für ein lebenswertes Land.

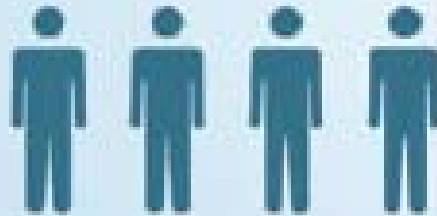


Universität Bremen

ZeS
Zentrum für
Sozialpolitik



Erwerbsfähige



1991



Rentnerinnen
und Rentner



2006



Verhältnis von

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



2030*



*Prognose

Medikamentenkonsum in Alter

- Chronische Krankheiten dominieren, altersassoziierte und altersbedingte (z.B. Hypertonie, Angina pectoris, Herzinsuffizienz, Osteoporose, Demenz, Parkinson)
- Unter Berücksichtigung eines anerkannten Multimorbiditätsindex steigt die Multimorbidität mit dem Alter bei beiden Geschlechtern. Etwa die Hälfte der über 65-jährigen Bundesbürger weist demnach drei oder mehr relevante chronische Erkrankungen auf. (Kohler/Ziese 2004)
- Leitlinien zur Behandlung von Multimorbidität fehlen aber (bei ca. 900 AWMF-Leitlinien nur ca. 60 S3 und nur etwa 5 mit Hinweisen zur Entscheidung bei Multimorbidität, nicht einmal bei Demenz) (Glaeske 2009)

- Die häufigsten Krankheiten nach Alter, auf Basis der ambulanten GEK-Diagnosen (nach ICD 10)

- Personen 65 bis u. 80 Jahre

Männliche

13,4% der Männer (5,4 Mio)

| | |
|-------------------------|-------|
| Ess. (prim) Hypertonie | 61,1% |
| Lipidstoffwechselstörg. | 45,5% |
| Akkomodationsstörg. | 37,1% |
| Prostatahyperplasie | 33,6% |
| Rückenschmerzen | 32,4% |
| Chron. Isch. Herzkrh. | 26,4% |
| Typ-2-Diabetes | 21,4% |
| Störg. Purinstoffw. | 18,8% |
| Gonarthrose (Knie) | 15,0% |

Frauen

15,7% der Frauen (6,6 Mio)

| | |
|-------------------------|-------|
| Ess.(prim.) Hypertonie | 63,4% |
| Lipidstoffwechselstörg. | 47,5% |
| Akkomodationsstörg. | 42,4% |
| Rückenschmerzen | 40,3% |
| Klimakt. Störungen | 32,7% |
| Gonarthrose(Knie) | 20,9% |
| Variz. unt. Extremität | 20,3% |
| Osteoporose o. Fraktur | 19,3% |
| Nichttox. Struma | 19,2% |

- Die häufigsten Krankheiten nach Alter, auf Basis der ambulanten GEK-Diagnosen (nach ICD 10)

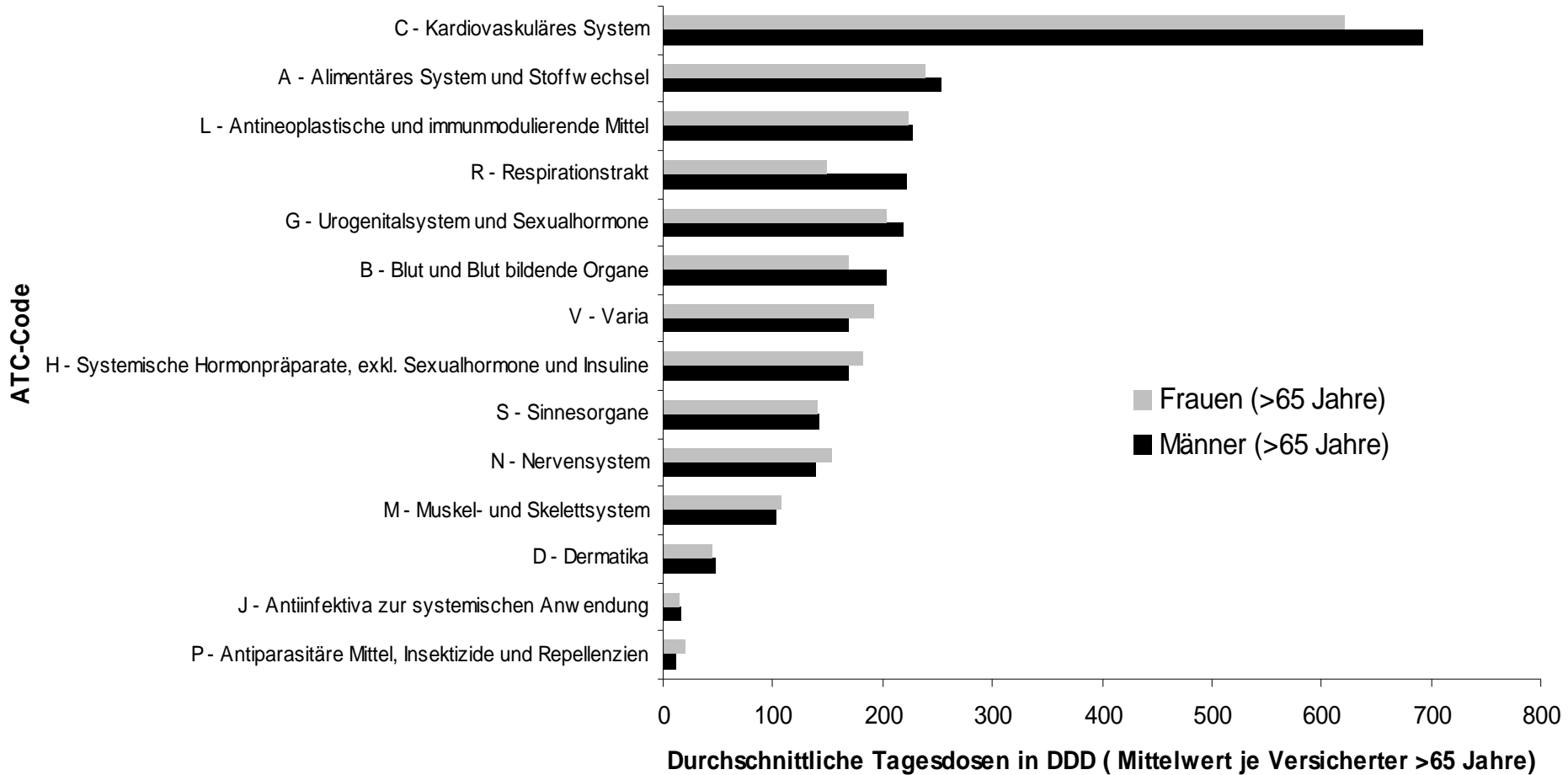
- Hochbetagte ab 80 Jahre
2,5% der Männer (1 Mio)

6,2% der Frauen (2,6 Mio)

| | |
|-------------------------|-------|
| Ess. (prim) Hypertonie | 66,7% |
| Chron. Isch. Herzkrkh. | 40,0% |
| Akkomodationsstörg. | 39,4% |
| Prostatahyperplasie | 39,4% |
| Lipidstoffwechselstörg. | 37,7% |
| Rückenschmerzen | 30,0% |
| Herzinsuffizienz | 24,4% |
| Sonst. Kataraktformen | 24,3% |
| Typ-2-Diabetes | 23,6% |
| Affektionen Netzhaut | 22,7% |

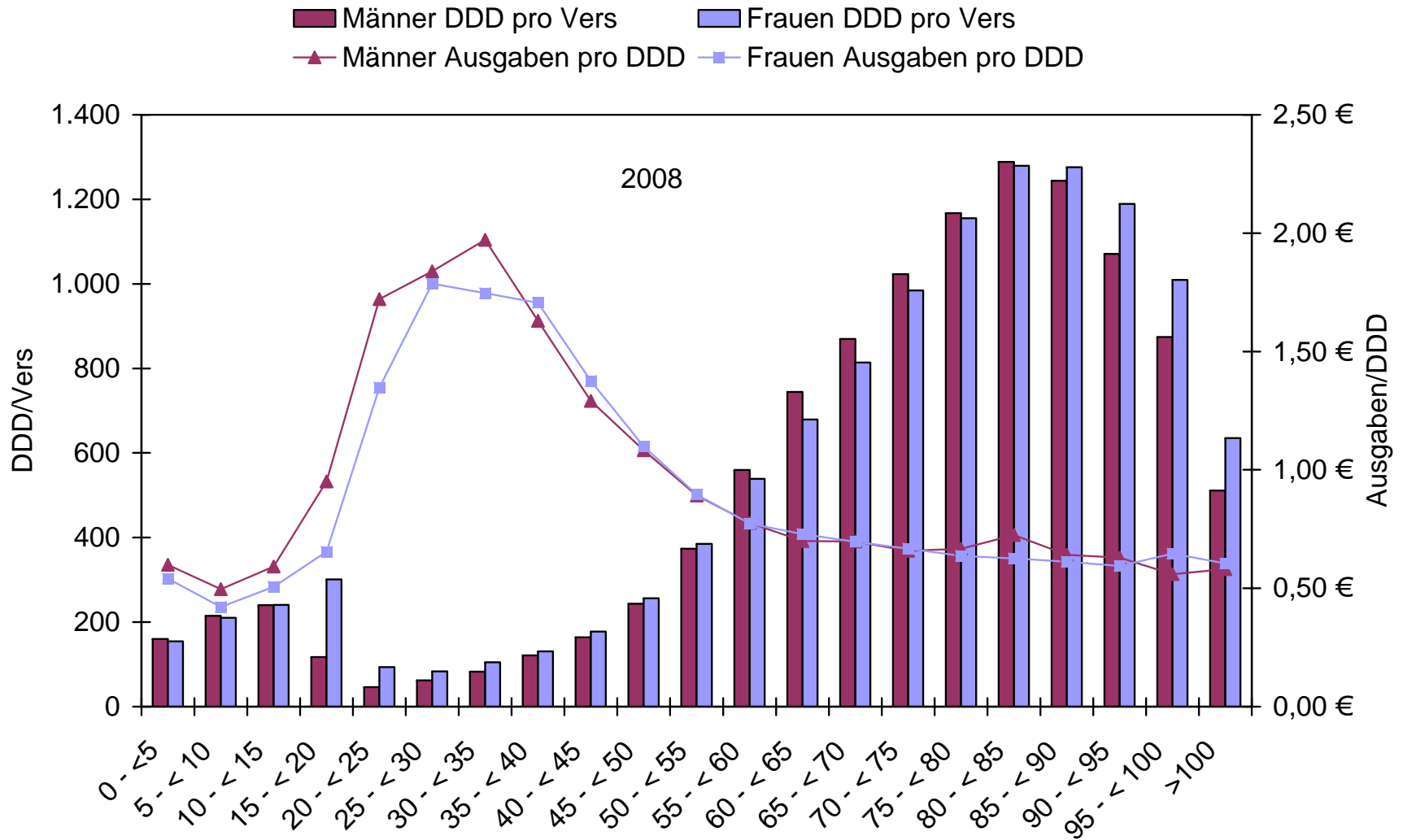
| | |
|-------------------------|-------|
| Ess.(prim.) Hypertonie | 71,8% |
| Lipidstoffwechselstörg. | 39,7% |
| Akkomodationsstörungen | 36,8% |
| Rückenschmerzen | 32,5% |
| Chron. Isch. Herzkrkh. | 30,6% |
| Herzinsuffizienz | 30,1% |
| Osteoporose o. Fraktur | 25,8% |
| Gonarthrose (Knie) | 24,8% |
| Sonst. Kataraktformen | 24,2% |
| Typ-2-Diabetes | 23,1% |

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





Arzneimittelkonsum nach Alter und Geschlecht (GEK)



Versorgungsanforderungen in der GKV

- Anforderungen an alle Leistungen in der GKV: Entsprechend dem anerkannten Kenntnisstand in der Medizin (Evidenz statt Eminenz), wirksam, notwendig, wirtschaftlich, nachgewiesener Nutzen, Berücksichtigung der Lebensqualität (§§ 2, 12 und 70 SGB V)
- Fachlich orientierter Wettbewerb um die beste krankheitsbezogene Evidenz, Effizienz und Qualität (nur etwa 7% der rd. 900 AWMF-Leitlinien sind S3-Leitlinien)
- Notwendig: Interprofessionell abgefasste Leitlinien / Therapiekorridore, in denen die Komplexität der medizinischen Behandlung und Strukturen abgebildet wird – Modifikation der Ärztezentrierung / Professionenmix

Leistungen in der GKV

- Die meisten Leitlinien / Empfehlungen / Therapiekorridore in der heutigen Form werden bei älteren Menschen nur noch bedingt den Anforderungen gerecht.
- Multimorbidität wird zumeist ebenso ausgeklammert wie Probleme der Polypharmazie und der Priorisierung
- Chronische Krankheiten steigen an (Hypertonie, KHK, Diabetes, Depressionen, Demenz, Parkinson etc.)
- Chronische Krankheiten betreffen sowohl somatische wie psychische und neurogenerative Erkrankungen
- Nebeneinander: Demenz als altersbedingte Erkrankung und Herz-Kreislaufkrankungen als Krankheiten, die im Alter häufiger auftreten (altersassoziiert). Daraus entstehen besondere Versorgungsprobleme

Medikamentenkonsum in Alter

- Trotz der Zunahme der Zahl der Erkrankungen beim einzelnen Patienten muss die Entwicklung der geriatrischen Syndrome („vier I’s“: Inkontinenz, Intellektueller Abbau, Immobilität, Instabilität) vermieden werden. Hierzu gibt es kaum evidenz-basierte Leitlinien.
- Diagnosespezifische Leitlinien („monomorbiditätsorientiert“) führen in der Addition der Arzneimitteltherapie rasch zur Polypharmazie – Priorisierung fehlt (Boyd et al. 2005)
- Die Gefahr von UAW und Wechselwirkungen steigt an – in ca. 11% der Einweisungen ursächlich

Leitlinien und Multimorbidität (Boyd et al., JAMA 2005. 294:720 ff)

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, Arthritis, Diabetes Typ 2, Bluthochdruck, COPD, (jeweils mittlerer Schweregrad)
- **Aus zutreffenden Leitlinien: durchschnittlich ambitionierter Behandlungsplan** (möglichst einfach u. kostengünstig: medikamentöse Therapie, notwendige Therapiekontrollen, Empfehlungen zur Lebensführung)

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 | |

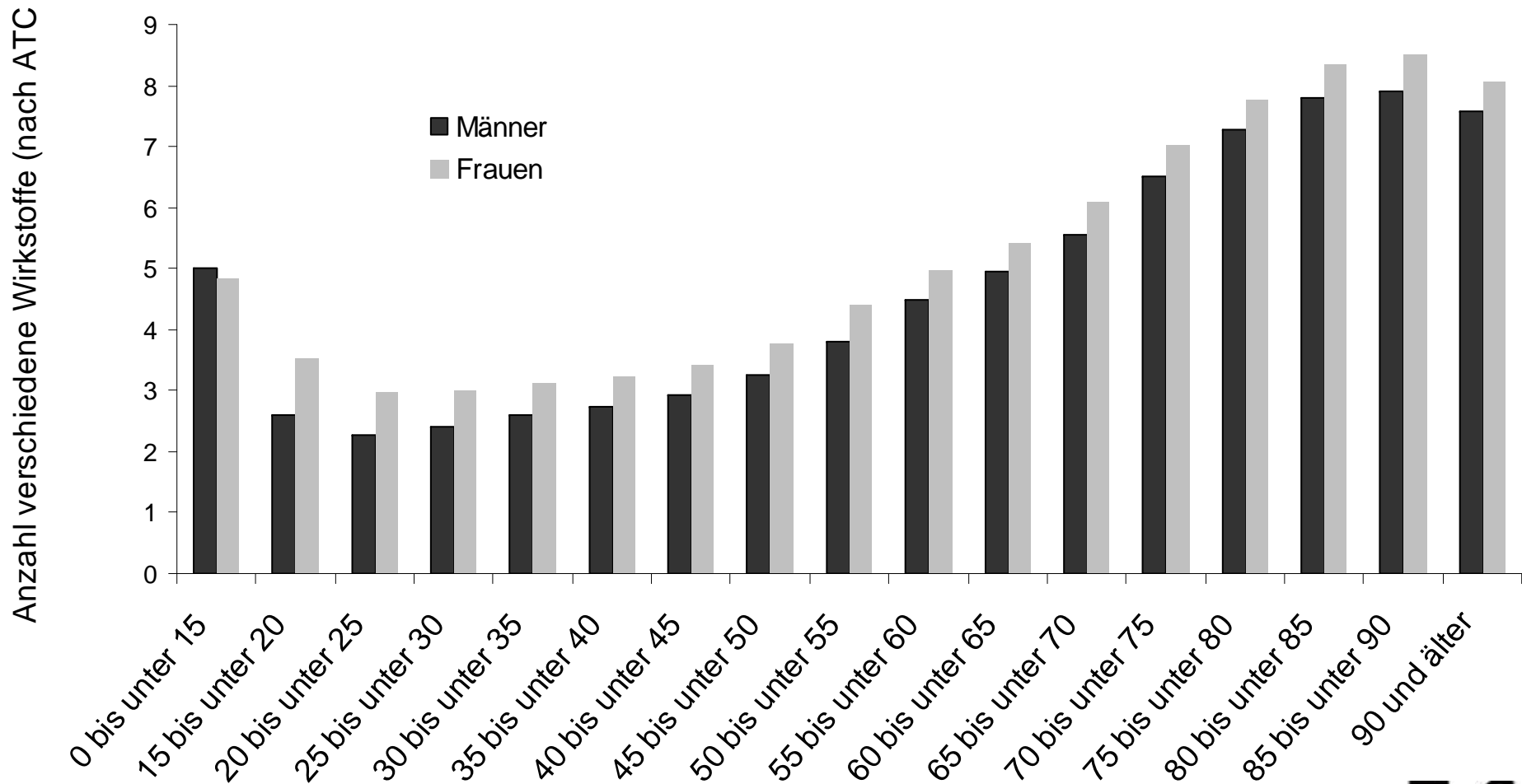
*Boyd et al. JAMA
2005; 294: 720*

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**

- 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**.

GEK-Arzneimittel-Report 2006: Anzahl verschiedene Wirkstoffe je Versicherte



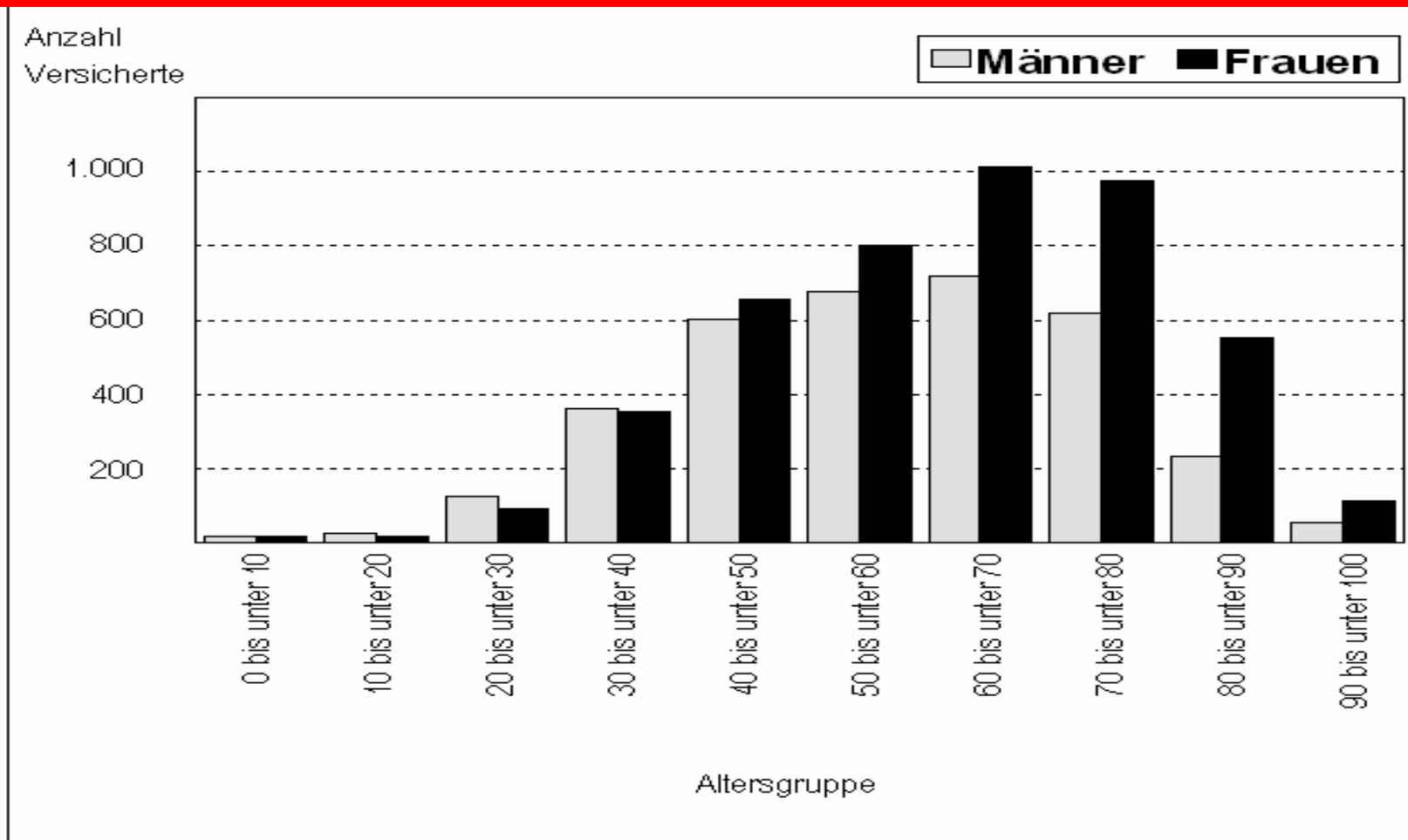
Auswirkungen der Arzneimitteltherapie im Alter in D

- In der Summe erhielten 35% der Männer und 40% der Frauen im Alter über 65 Jahren 9 und mehr Wirkstoffe in Dauertherapie (nicht immer täglich)
- Gleichzeitig bei vielen älteren Menschen Veränderungen der Pharmakokinetik und –dynamik und damit der Wirkungen, der UAWs und des Abbaus
- Besonders gravierendes Beispiel: PatientInnen mit Demenz und deren Behandlung mit Neuroleptika – Gefahr der Übersterblichkeit (Sieberer, 2009)
- Sorgfältige Abwägung von Nutzen und Risiken einer Arzneimitteltherapie bei Multimorbidität

Gefahren der Polypharmazie und unangebrachte Arzneimittel

- Potentially inappropriate medications (PIMs) – Beers-Liste
- „Unangebracht“ bedeutet dabei, dass die Auswahl des Arzneistoffs generell oder aber die Dosierung bzw. die Dauer der Therapie nicht empfehlenswert ist, da die potenziellen Risiken einen potenziellen Nutzen überwiegen und es sichere Alternativen gibt oder die Therapie als nicht ausreichend effektiv gilt.
- v.a. Mittel mit Wirkung auf das ZNS wie z.B. Benzodiazepine: Erhöhung des Sturzrisikos mit der Folge von z.T. schlechtheilenden Brüchen

Benzodiazepine nach Alter und Geschlecht (GEK, 2008) (zwischen 1,5 und 7,5% der Versicherten)



Die meist verkauften Schlaf- und Beruhigungsmittel 2007 (rp = rezeptpflichtig)

| Rang | Name | Wirkstoff(e) | Pck. (Mio.) | Missbrauchs- Abhängigkeitspotenzial |
|------|------------------------|----------------|-------------|--|
| 1 | Hoggar N | Doxylamin | 2,4 | Eher nicht |
| 2 | Zopiclon ratio rp | Zopiclon | 1,1 | ++ (bis +++) |
| 3 | Stilnox rp. | Zolpidem | 0,9 | ++ (bis +++) |
| 4 | Betadorm D | Diphenhydramin | 0,8 | Eher nicht |
| 5 | Noctamid rp | Lormetazepam | 0,8 | +++ |
| 6 | Zolpidem-ratio rp | Zolpidem | 0,7 | ++ (bis +++) |
| 7 | Radedorm rp | Nitrazepam | 0,6 | +++ |
| 8 | Schlafsterne ret. | Doxylamin | 0,6 | Eher nicht |
| 9 | Zolpidem Stada rp | Zolpidem | 0,6 | ++ (bis +++) |
| 10 | Lendormin rp | Brotizolam | 0,6 | +++ |
| 11 | Ximovan rp | Zopiclon | 0,5 | ++ (bis +++) |
| 12 | Zopiclon ct rp | Zopiclon | 0,5 | ++ (bis +++) |
| 13 | Flunitrazepam ratio rp | Flunitrazepam | 0,4 | +++ |
| 14 | Bikalm rp | Zolpidem | 0,4 | ++ (bis +++) |
| 15 | Remestan | Temazepam | 0,4 | +++ |
| 16 | Planum rp | Temazepam | 0,4 | +++ |
| 17 | Rohypnol rp | Flunitrazepam | 0,4 | +++ |
| 18 | Zopiclon Stada rp | Zopiclon | 0,4 | ++ (bis +++) |
| 19 | Dalmadorm rp | Flurazepam | 0,3 | +++ |
| 20 | ZOP | Zoplicon | 0,3 | ++ (bis +++) |

Die meist verkauften Tranquilizer 2007 (alle rp)

| Rang | Name | Wirkstoff(e) | Packg (Mio.) | Missbrauchs/ Abhängigkeit |
|------|---------------------|--------------------|--------------|---------------------------|
| 1 | Diazepam-ratiopharm | Diazepam | 1,7 | +++ |
| 2 | Tavor | Lorazepam | 1,2 | +++ |
| 3 | Adumbran | Oxazepam | 0,9 | +++ |
| 4 | Oxazepam-ratiopharm | Oxzepam | 0,9 | +++ |
| 5 | Bromazanil-Hexal | Bromazepam | 0,9 | +++ |
| 6 | Lorazepam-neurax | Lorazepam | 0,6 | +++ |
| 7 | Normoc | Bromazepam | 0,4 | +++ |
| 8 | Lexotanil 6 | Bromazepam | 0,4 | +++ |
| 9 | Faustan | Diazepam | 0,3 | +++ |
| 10 | Tranxilium | Dikaliumclorazepat | 0,3 | +++ |
| 11 | Tafil | Alprazolam | 0,3 | +++ |
| 12 | Lorazepam ratio | Lorazepam | 0,3 | +++ |
| 13 | Oxa von ct | Oxazepam | 0,2 | +++ |
| 14 | Durazanil | Bromazepam | 0,2 | +++ |
| 15 | Praxiten | Oxazepam | 0,2 | +++ |

Erhöhung des Risikos um das 1,6 – 3,4fache

Z Gerontol Geriat 39:143–148 (2006)
DOI 10.1007/s00391-006-0337-y

ORIGINALARBEIT

F. Hoffmann
G. Glaeske

Neugebrauch von Benzodiazepinen und das Risiko einer proximalen Femurfraktur

Eine Case-crossover-Studie

Auswertungen unter
Nutzung der Diagnosen
(ICD 10) und mit einer
erweiterten Methodik

Ca. 115 Tsd. Fälle p.a.

Privatrezepte nehmen zu

ORIGINALARBEIT

DOI 10.1463/2006.06.02

*Increasing use of
hypnotics obtained on
private prescriptions
in Germany*

► Falk Hoffmann¹, Gerd Glaeske¹ & Wiebke Scharffetter¹

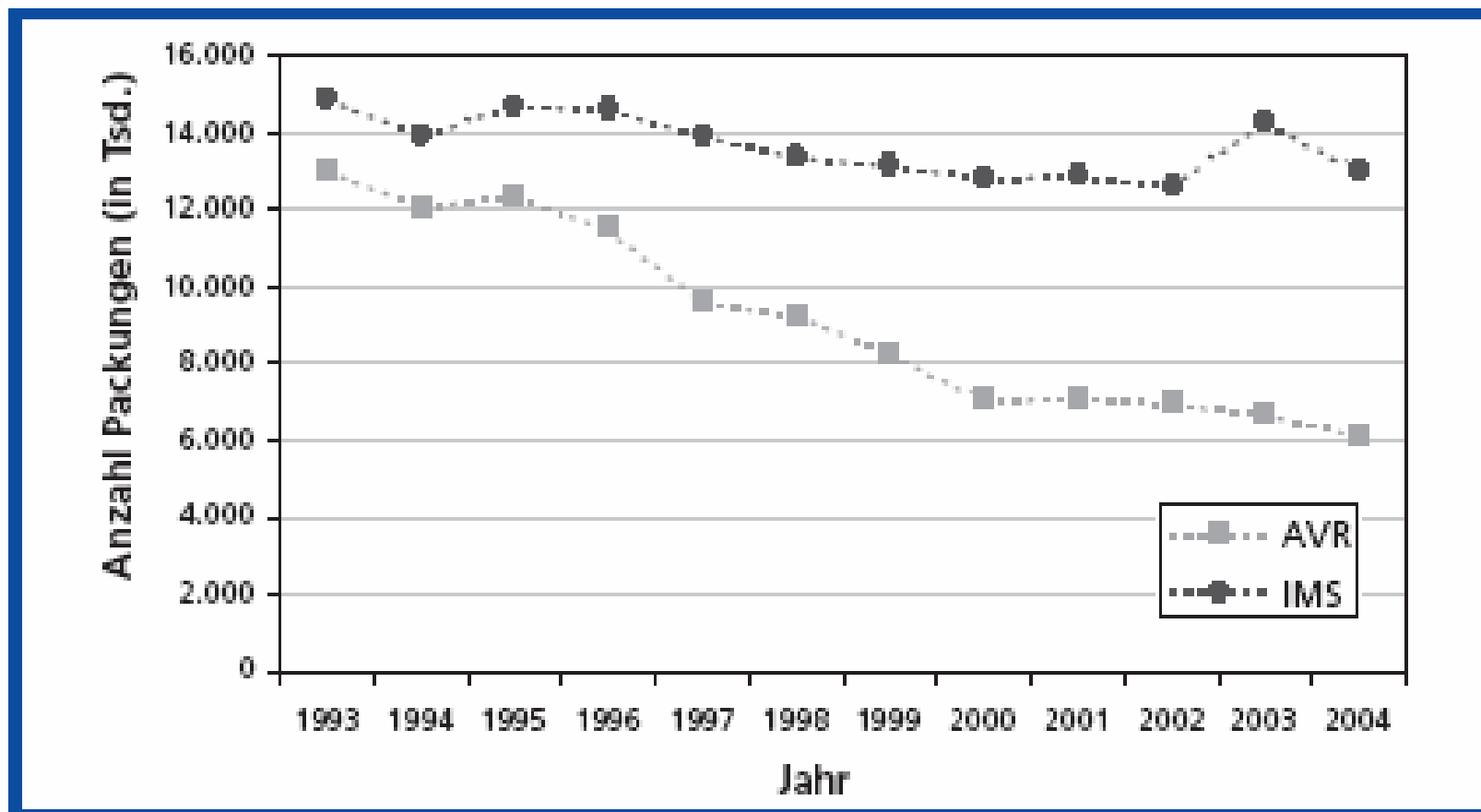
Zunehmender Hypnotika- verbrauch auf Privatrezep- ten in Deutschland

SUCHT | 52 (6) | 360–366 | 2006

Nutzung
unterschiedlicher
Datenquellen (Kassen,
IMS)

Schlafmittelverbrauch im Zeitverlauf

Abbildung 3: Entwicklung aller Hypnotika im Vergleich



(Quellen: Arzneiverordnungs-Report, 1994–2005; IMS Health, 1993–2004)

Entwicklung der Zahl von **Demenzkranken** in Deutschland bis zum Jahr 2050*

| Alters- gruppe | Jahr 2000 | Jahr 2010 | Jahr 2020 | Jahr 2030 | Jahr 2040 | Jahr 2050 |
|---------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| 65-69 | 49,8 | 52,1 | 58,8 | 75,0 | 54,1 | 54,4 |
| 70-74 | 100,7 | 133,4 | 110,1 | 140,0 | 151,9 | 112,2 |
| 75-79 | 170,1 | 186,4 | 197,2 | 228,6 | 296,3 | 216,9 |
| 80-84 | 196,0 | 295,4 | 402,5 | 343,8 | 447,8 | 495,7 |
| 85-89 | 260,3 | 304,8 | 347,6 | 379,2 | 469,4 | 633,9 |
| 90+ | 176,6 | 183,1 | 272,0 | 394,8 | 382,3 | 533,1 |
| Insgesamt | 953,5 | 1155,2 | 1388,2 | 1561,4 | 1810,8 | 2046,2 |

*Bei gleich bleibenden Altersspezifischen Prävalenzraten (Angaben in 1000)

Quelle: Bickel, 2001

Risikofaktoren

Gesichert

- Alter
- Geschlecht (Alzheimer)

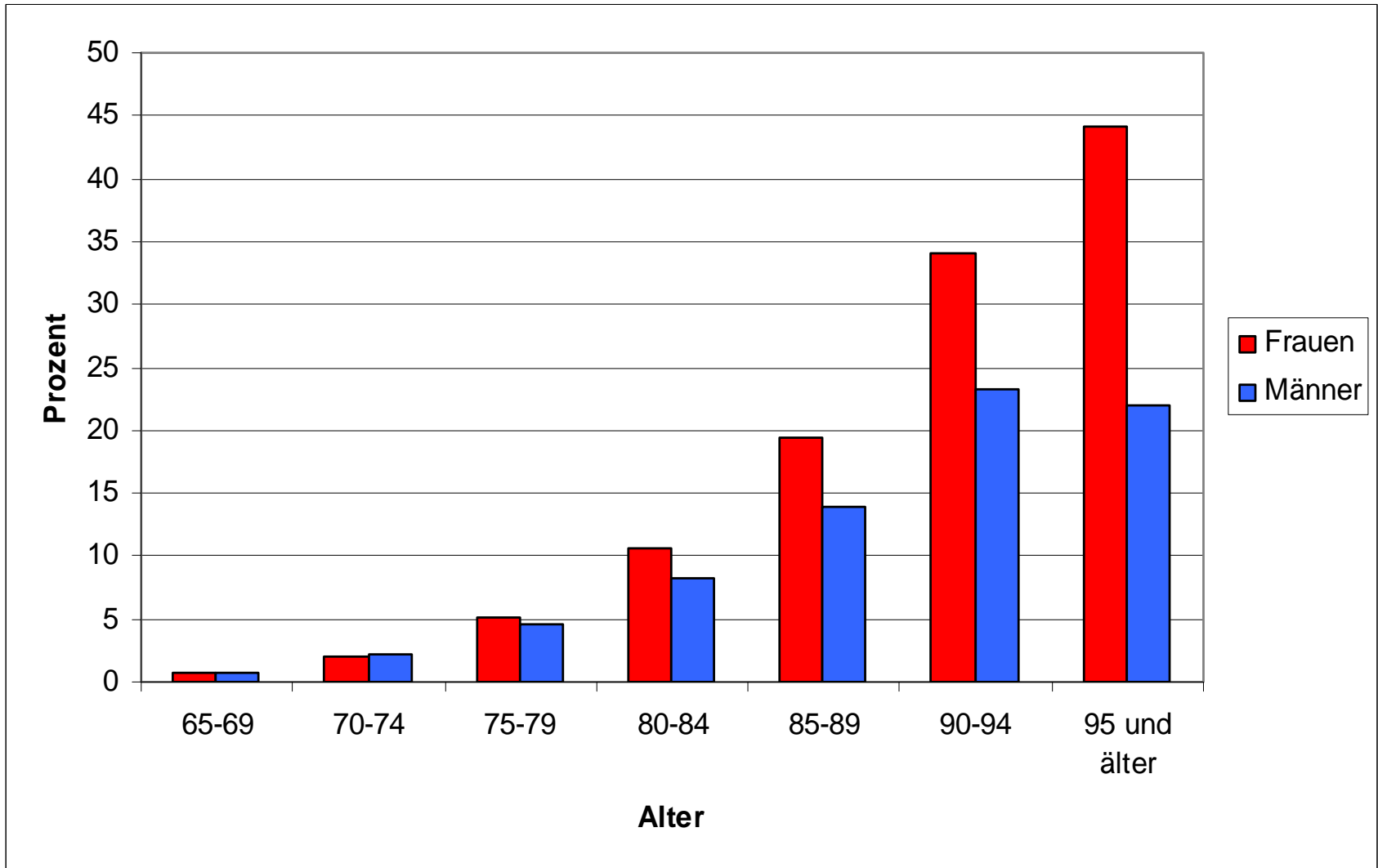
Mögliche Zusammenhänge, noch nicht gesichert

- Familiengeschichte
- Bildungsniveau
- Gesundheitsverhalten (Ernährung)
- Rauchen

In Studien gezeigt

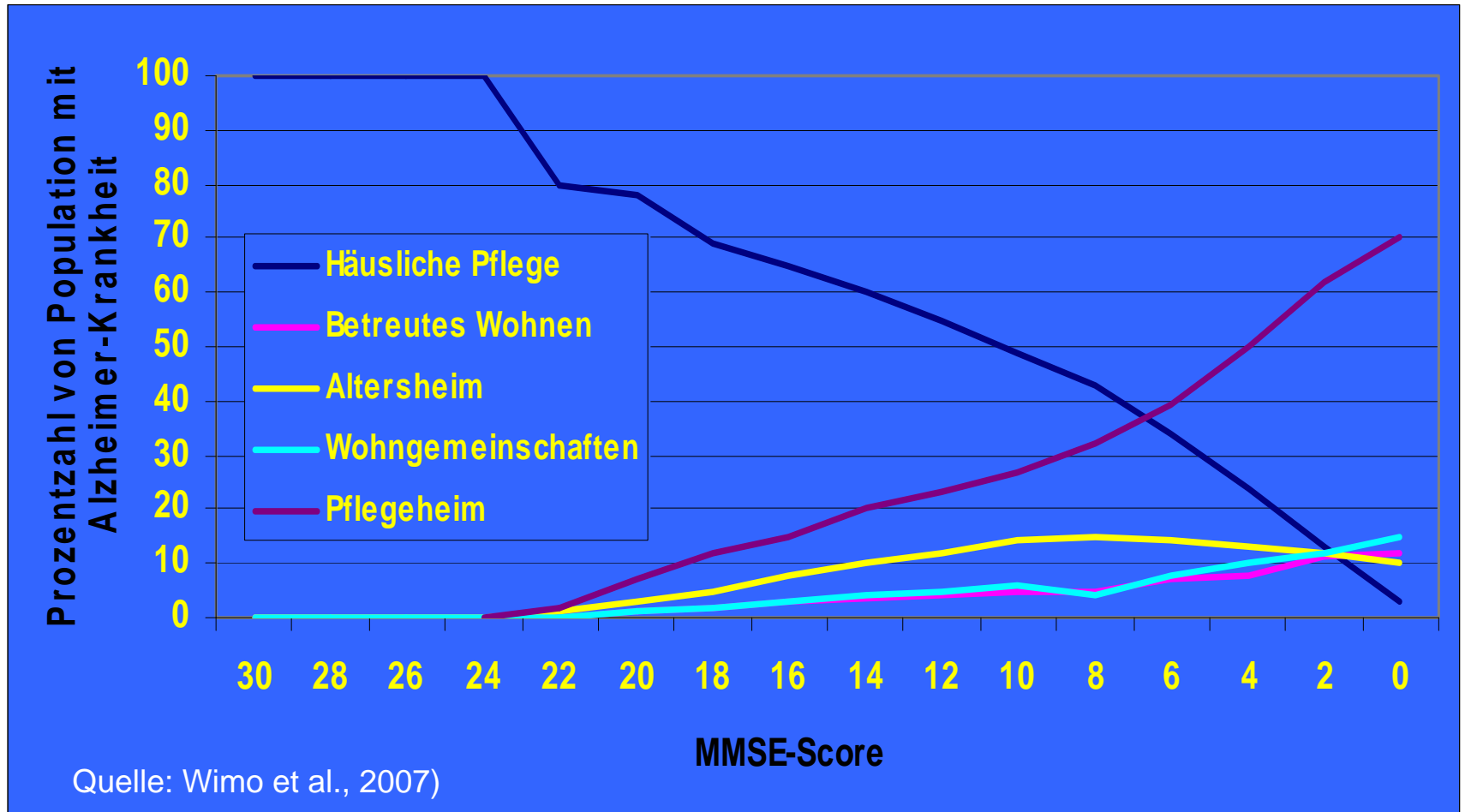
- Hypertonie
- Diabetes mellitus
- Metabolisches Syndrom
- Vorhofflimmern
- koronare Herzkrankheit
- Chronischer Alkoholmissbrauch
- Fettstoffwechselstörung

Prävalenz von Demenz in Deutschland



Quelle: Eigene Datenerhebung. Basis: GEK-Versicherte im Jahr 2006

Wohnort bei Demenzpatienten nach Schweregrad (Schweden)



Pflege bei Demenz – Status Quo

- Ca. 6 von 10 Demenzkranken werden in Privathaushalten versorgt
- 25% bis 33% verbleiben bis zu ihrem Tode in Privathaushalten
- Demenz ist die Hauptursache für die Inanspruchnahme stationärer Pflegeleistungen
- Ca. 25 % aller in Privathaushalten betreuten Demenzkranken werden jedes Jahr in Pflegeheime eingewiesen, in denen sie noch durchschnittlich 2,5 bis 3 Jahre leben
- Mindestens 60 % aller Pflegeheimbewohner leiden an fortgeschrittener Demenz

Quelle: Hallauer, J., Heimversorgung von Dementen als ökonomischer Faktor im Gesundheitswesen, 2004

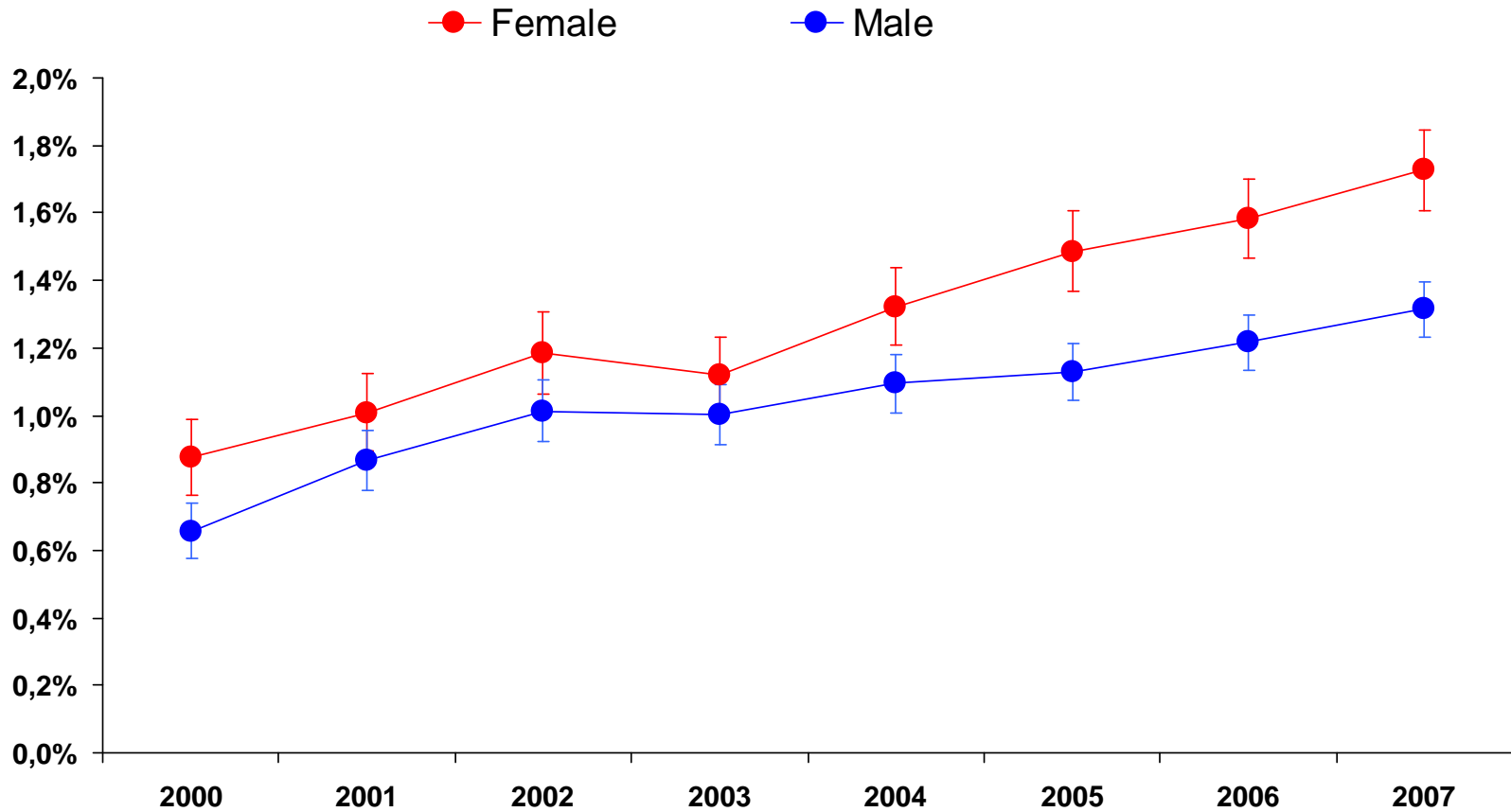
Leitlinien Demenz

- Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Neurologie
 - Vaskuläre Demenzen
 - Diagnostik degenerativer Demenzen (Morbus Alzheimer, frontotemporale Demenz, Lewy-Körperchen-Demenz)
- DEGAM: Leitlinie Demenz
- Leitlinien ohne klare Hinweise auf Rehabilitation, allenfalls Erwähnung nicht medikamentöser Maßnahmen, unter denen auch die Anwendung von Heilmitteln verstanden werden kann

IQWiG-Berichte

- Cholinesterasehemmer bei Alzheimer Demenz (Abschlussbericht):
 - Positive Effekte bei Aktivitäten des täglichen Lebens, Kognition, niedrigerer Betreuungsaufwand (bei Galantamin)
 - Keine Effekte auf die begleitende Psychopathologie, hohe Abbruchrate wegen unerwünschter Ereignissen
 - Keine Informationen über Mortalität, Vermeidung von vollstationärer Pflege, Lebensqualität der Angehörigen
- Memantine bei Alzheimer Demenz:
 - Bei alleiniger Memantine-Gabe: Hinweise auf marginal positive Effekte bei Aktivitäten des täglichen Lebens
 - Bei allen weiteren Indikatoren entweder keine Daten bzw. keine Hinweise auf Unterschied zwischen Memantine und Placebo
 - Keine positiven Ergebnisse bei Kombination mit anderen Antidementiva
- Bisher keine Bewertungen oder Empfehlungen von Reha-Maßnahmen oder Heilmitteln

Verordnungsprävalenzen



Beispielstudie zur leitliniengerechten Therapie bei niedergelassenen Ärzten

Melchinger, Machtleidt (2005):

- *„Leitlinien zur Diagnostik und Behandlung von Demenzen, wie sie von verschiedenen Fachgesellschaften und Institutionen vorliegen, sind nur wenigen Allgemeinärzten und auch nur einem Teil der niedergelassenen Nervenärzte bekannt.“*
- *„Der Nutzen von Antidementiva wird von der Mehrzahl der Hausärzte und teilweise auch von Nervenärzten skeptisch beurteilt. [...] Evidenzbasierte Studien, die belegen, dass durch die Gabe von Antidementiva kognitive und zum Teil auch nicht-kognitive Funktionen verbessert werden können, sind nur wenigen Ärzten bekannt – oder sie glauben ihnen nicht.“*
- *„Im Ergebnis ist festzustellen, dass in der weitaus überwiegenden Zahl der Fälle keine Behandlungsversuche mit Antidementiva durchgeführt werden. Damit ist es gerechtfertigt, von einer gravierenden Unterversorgung zu sprechen.“*

Chronische Versorgungsdefizite

Die meisten Demenzkranken erhalten keine Therapie. Viele Ärzte stehen der Wirkung von Antidementiva skeptisch gegenüber und fürchten die hohen Behandlungskosten.

Heiner Melchinger

Die dramatische Zunahme von demenziellen Erkrankungen als Folge des veränderten Altersaufbaus der Bevölkerung ist mittlerweile in aller Munde. Weniger bekannt ist, wie derzeit die Versorgung von Demenzkranken aussieht. Ärztliche Fachgesellschaften, Selbsthilfeorganisationen und auch die Politik haben wiederholt Versorgungsdefizite thematisiert. Schon in der Bundestagsdebatte zum Vierten Altenbericht der Bundesregierung mit dem Schwerpunktthema Demenz forderten die Parlamentarier einmütig, die Früherkennung von Demenzen zu verbessern und eine frühzeitige Behandlung einzuleiten. Den Betroffenen solle möglichst lange ein eigenständiges Leben ermöglicht werden. Die Abgeordneten sahen besonders die Hausärzte in der Pflicht, weil sie die Möglichkeit hätten, demenzielle Erkrankungen früh zu erkennen und darauf zu reagieren (1).

Die vielfältigen gesellschaftlichen Aktivitäten zur Verbesserung der Situation von Demenzkranken und die zahlreichen nicht medikamentösen Behandlungsstrategien können ihren Effekt nur in Kombination mit einer pharmakologischen Therapie in vollem Umfang entfalten. Fest steht, dass der Nutzen von Antidementiva begrenzt ist. Aber sie sind die einzigen zugelassenen Behandlungsoptionen, die gegenwärtig zur Verfügung stehen und deren Wirkung im Vergleich zu einem Placebo belegt ist. Wie groß aber ist der Anteil der Demenzpatienten, bei denen ein Behandlungsversuch mit einem Antidementivum unternommen wird? Für Cholinesterasehemmer, deren Nutzen zuletzt auch vom Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) bestätigt wurde (2), findet man in der Literatur Angaben, die in Abhängigkeit von den ange-

wandten Untersuchungsmethoden variieren: Einen Therapieversuch erhalten vier bis 14 Prozent der Demenzkranken. Für Memantine ergibt sich eine Bandbreite zwischen sechs und acht Prozent (3–6). Eine gravierende medikamentöse Unterversorgung ist also feststellbar, der überwiegende Teil der Demenzkranken erhält derzeit keine ausreichende medikamentöse Therapie. Die Unterversorgung hat vielfältige Ursachen (7), von denen hier nur einige ins Blickfeld genommen werden sollen.

Skepsis der Ärzte

Der Verzicht auf einen Behandlungsversuch mit einem Antidementivum wird häufig mit Zweifeln an dessen Wirksamkeit begründet. Viele Ärzte sehen ihre Skepsis durch medikamentenkritische Berichte in den Medien bestätigt. Gerade viele Hausärzte „glauben“ nicht an die Wirkung von Antidementiva, wie

mittlerweile auch in den eigenen Reihen konstatiert wird (8). Vor allem in frühen Erkrankungsphasen verordnen Hausärzte besonders wenig. Der Verzicht auf Arzneimittel geht meist nicht mit der Fokussierung auf geeignete nicht medikamentöse Behandlungsmaßnahmen einher, die als erste Option anzusehen sind. Vielmehr zeigt sich die Tendenz, die Thematik Demenz auszublenden. Viele Ärzte interpretieren kognitive Defizite und Verhaltensauffälligkeiten als Facetten normalen Alterns und stufen sie als nicht behandelbar ein. Je älter die Patienten sind, desto seltener werden Demenzdiagnostik und Behandlungsversuche in Erwägung gezogen.

Angst vor einem Regress

Ein wichtiger Grund, der einer Therapie mit Antidementiva entgegensteht, ist die Sorge vor einer Überschreitung der Jahresrichtgrößen für Medikamente. Ärzte sind gezwungen, bei Verordnungen immer den Kostenaspekt im Blick zu behalten. Antidementiva zählen zu den eher teuren Medikamenten, eine Behandlung kostet etwa 120 Euro monatlich. Die Angst vor hohen Ausgaben führt dazu, dass auch die Ärzte von einem Behandlungsversuch absehen, die über die Behandlungsleitlinien gut informiert sind (9,10). Eine solche Entscheidung fällt vielen Ärzten umso leichter, weil sie wissen, dass andere Kollegen ebenso verfahren. Im Rahmen einer von der Abteilung für Sozialpsychiatrie und Psychotherapie durchgeführten Befragung brachte ein Hausarzt das Problem auf den Punkt: „Kein Kollege kann unter den gegebenen Budgetbedingungen daran interessiert sein, eine suffiziente Demenztherapie anzubieten oder sich gar zum Demenzpapst der Region zu machen, dem dann die Kollegen die teuren Patienten überweisen.“

Dabei würden die Kosten für Antidementiva im Gesamtbudget für Arzneimittel nur einen geringen Anteil ausmachen, wie das folgende Rechenbeispiel zeigt: Eine Allgemeinanzpraxis hat 1 000 Scheine von Mitgliedern und Familienangehörigen sowie 600 Scheine von Rentnern. Die Arzneimittelrichtgröße für Rentner beträgt 137,72

Euro (Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein), für die 600 Rentner steht damit ein Arzneimittelbudget von 82 632 Euro zur Verfügung. In der Praxis werden fünf Patienten mit Antidementiva behandelt. Dabei entstehen Kosten von rund 1 800 Euro im Quartal. Dieser Betrag entspricht einem Anteil von 2,2 Prozent des Budgets für Rentner. In Relation zum Gesamtbudget der Praxis für Arzneimittel (Summe der Richtgrößen für beide Patientengruppen) machen die Antidementiva einen Anteil von gerade 1,5 Prozent aus.

Ärzte, die Therapieversuche mit Antidementiva unternehmen, berichten, dass die Verordnungen von den Prüfungsausschüssen in der Regel als Praxisbesonderheit anerkannt werden. Insofern sind die Befürchtungen, mit einer leitliniengerechten Behandlung von Demenzkranken in Regressforderungen zu geraten, nicht berechtigt, sie stellen aber eine entscheidende Verordnungsbarriere dar.

Am Beispiel der Demenzen springt die volkswirtschaftliche „Blödsinnigkeit der sektorsierten Systeme“ (Prof. Dr. Gerd Glaeske, Universität Bremen) in der Versorgung ins Auge: Eine adäquate und frühzeitige medikamentöse Therapie verringert die Gesamtkosten der Demenzerkrankung. Für die gesetzliche Krankenversicherung ist es jedoch von Vorteil, wenn der Arzt keine Antidementiva einsetzt. Wird die Heimunterbringung eines Demenzpatienten erforderlich, weil eine häusliche Pflege nicht mehr möglich ist, entstehen für die Pflegeversicherung (bei angenommener Pflegestufe zwei) monatliche Kosten in Höhe von rund 1 300 Euro und für den Sozialhilfeträger monatliche Kosten in Höhe von rund 1 000 Euro (Daten aus der Region Hannover). Wird die Heimunterbringung um nur einen Monat verzögert, könnte man 2 300 Euro sparen. Dieser Betrag würde ausreichen, um bei sechs Patienten einen Behandlungsversuch über drei Monate zu unternehmen.

Aber können Antidementiva den Zeitpunkt der Heimunterbringung

tatsächlich verzögern? Das IQWiG konnte in seiner Bewertung dazu keine Belege finden. Dies war allerdings auch nicht zu erwarten, weil das IQWiG nur randomisierte placebokontrollierte Studien berücksichtigte. Die Aussagekraft solcher Untersuchungen stößt aber an ihre Grenzen, wenn es um die Frage geht, ob durch ein Medikament Selbstständigkeit und Lebensqualität länger erhalten bleiben oder ob pflegende Angehörige entlastet werden und somit ein Verbleib in der häuslichen Umgebung möglich ist. Bezieht man in die Betrachtung Langzeitstudien ein, die „gegenstandsangemessenen“ methodischen Kriterien genügen (11,12), und insbesondere die zahlreichen Erfahrungen von behandelnden Ärzten und von pflegenden Angehörigen, bestehen kaum Zweifel: Antidementiva können den Zeitpunkt einer Heimunterbringung deutlich verzögern.

Barrieren abbauen

Was kann man gegen die gewöhnliche Unterversorgung tun? Die starren Zuständigkeitsgrenzen der Kostenträger werden sich in absehbarer Zeit nicht ändern. Um möglichst vielen Demenzpatienten eine Chance zu geben, müssen deshalb die Barrieren abgebaut werden, die den niedergelassenen Arzt von einem Behandlungsversuch abhalten. Antidementiva sind deshalb als Praxisbesonderheit anzuerkennen, indem sie bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen nach Richtgrößen oder Durchschnittswerten aus den Verordnungskosten des Vertragsarztes für Arzneimittel herausgerechnet werden. An die Kassenärztlichen Vereinigungen und an die Krankenkassen richtet sich der Appell, sich einer solchen Lösung nicht zu verschließen.

Zitierweise dieses Beitrags:
Dtsch Arztebl 2007; 104(47): A 3236-7

Anschrift des Verfassers
Dr. phil. Heiner Melchinger
Medizinische Hochschule Hannover
Zentrum Psychologische Medizin
Abteilung Sozialpsychiatrie und Psychotherapie
Carl-Neuberg-Straße 1
30625 Hannover

@ Literatur Im Internet:
www.aerzteblatt.de/114707

„Am Beispiel der Demenzen springt die volkswirtschaftliche „Blödsinnigkeit der sektorsierten Systeme“ (Prof. Dr. Gerd Glaeske, Universität Bremen) in der Versorgung ins Auge: Eine adäquate und frühzeitige medikamentöse Therapie verringert die Gesamtkosten der Demenzerkrankung.“

Kostenverteilung bei der Versorgung von Demenzpatienten



Nach Bickel 2001: Kosten 85.560 DM / ca. 40.000 €. Gesundheitsfonds 1.400 Euro in der GKV – schlechte Risiken? „Warten“ auf die Finanzierung durch die Pflegeversicherung: Schnittstellenproblem!



Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 68

Gerd Glaeske
Christel Schickfanz
Katrin Janhsen

mit Beiträgen von Cornelia Gerden-Hellmann, Hiltru Pieper,
Marcel Sieberer und Roland Wladt

unter Mitarbeit von Angela Fritsch, Friederike Höfel, Falk Hoffmann,
Claudia Kretschmer, Kristina Skalanka und Daniela Stahl

„Chemische
Gewalt“ gegen
ältere Menschen
mit Demenz?

GEK-Arzneimittel-Report 2009

Auswertungsergebnisse der
GEK-Arzneimitteldaten aus den Jahren 2007 bis 2008

Kurzfassung

Bremen, Schwäbisch Gmünd
Juni 2009
Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 68

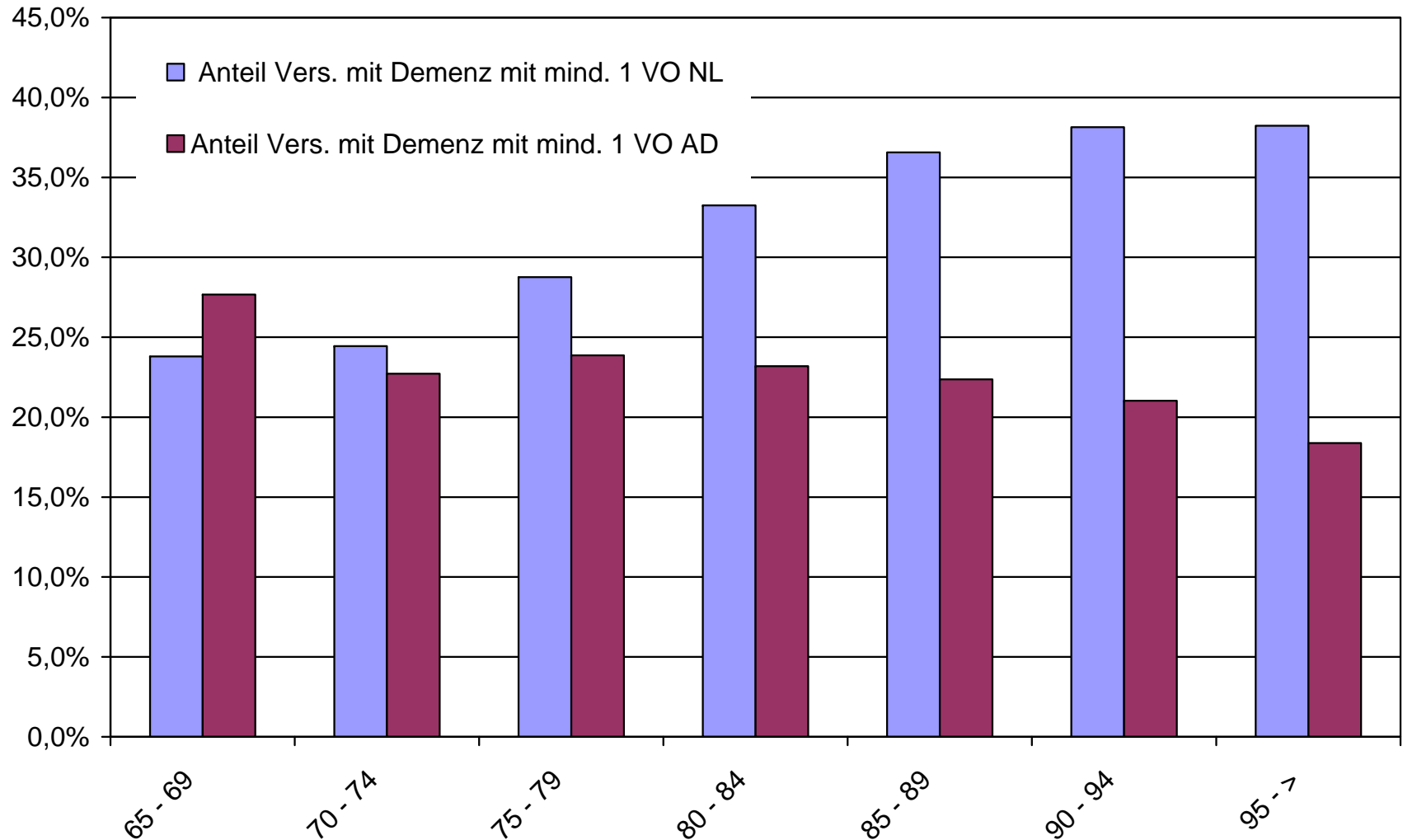
1

Versicherte mit Demenzdiagnose nach Alter und Geschlecht und der Verordnung von NL und AD (2006), gesamt

| | Anzahl durchgängig GEK-Versicherter | Anzahl Vers. mit Demenz (sicher) | Prozentualer Anteil in der Altersgruppe | Anzahl Vers. mit Demenz mit mind. 1 VO NL | Anzahl Vers. mit Demenz mit mind. 1 VO AD |
|--------------|-------------------------------------|----------------------------------|---|---|---|
| Gesamt | | | | | |
| 65 bis 69 | 67.897 | 542 | 0,80 % | 129 | 150 |
| 70 bis 74 | 38.863 | 810 | 2,08 % | 198 | 184 |
| 75 bis 79 | 23.688 | 1.144 | 4,83 % | 329 | 273 |
| 80 bis 84 | 13.537 | 1.281 | 9,46 % | 426 | 297 |
| 85 bis 89 | 4.966 | 845 | 17,02 % | 309 | 189 |
| 90 und älter | 1.693 | 545 | 32,19 % | 208 | 111 |
| Gesamt | 150.644 | 5.167 | 3,43 % | 1.599 | 1.204 |

Quelle: Eigene Berechnung, VO = Verordnungen, NL = Neuroleptika, AD = Antidepressiva

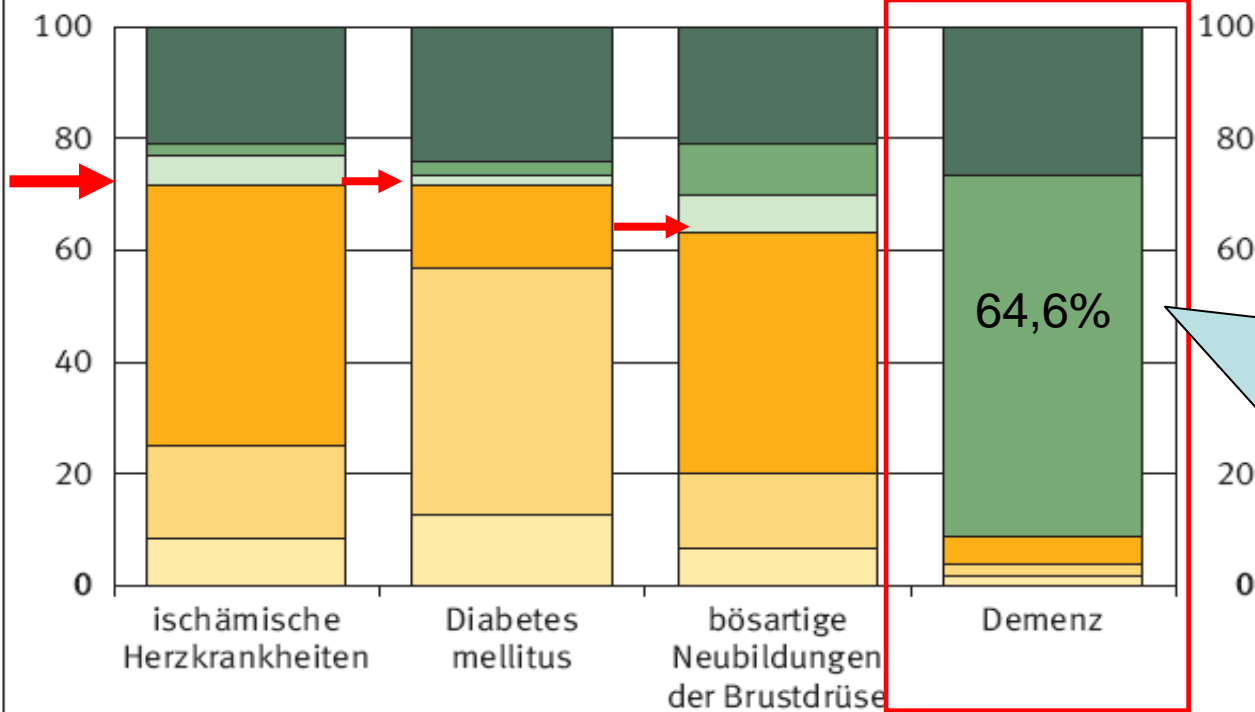
Anteil Versicherte mit Demenzdiagnose und mindestens einer Neuroleptika- bzw. Antidepressiva-Verordnung in 2006 nach Alter



- Eine kürzlich publizierte Untersuchung zum Einsatz von Neuroleptika bei älteren Pflegeheimbewohnern in den USA ergab, dass im Jahre 2004 annähernd $\frac{1}{4}$ der Heimbewohner mit (fast ausschließlich atypischen) Neuroleptika behandelt wurde (Kamble et al., 2008). Die Analyse von 17 Placebo-kontrollierten, teils unveröffentlichten Studien hatte ungefähr zeitgleich ergeben, dass sich beim Einsatz einzelner atypischer NL bei Demenzpatienten das Mortalitätsrisiko um den Faktor 1,6 bis 1,7 erhöht (vgl. FDA, 2008). Die Haupttodesursachen waren dabei akute Herzerkrankungen und überwiegend pulmonale Infekte. Die beobachteten UAW wurden von der FDA als Klasseneffekte bewertet und führten zu einem ersten Warnhinweis und „Rote-Hand-Briefen“ der Hersteller im Jahr 2005. Inzwischen liegen zusätzliche Hinweise dafür vor, dass eine erhöhte Rate ischämischer Hirninfarkte nicht nur unter der Behandlung mit atypischen NL sondern auch unter den konventionellen NL (bspw. Haloperidol) auftritt (Gill et al., 2005).

Krankheitskosten 2002 nach ausgewählten Krankheiten und Einrichtungen in %

- Arztpraxen
- Apotheken
- Krankenhäuser
- Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen
- stationäre und teilstationäre Pflege
- Sonstige



Statistisches Bundesamt 2004 - 15 - 0530

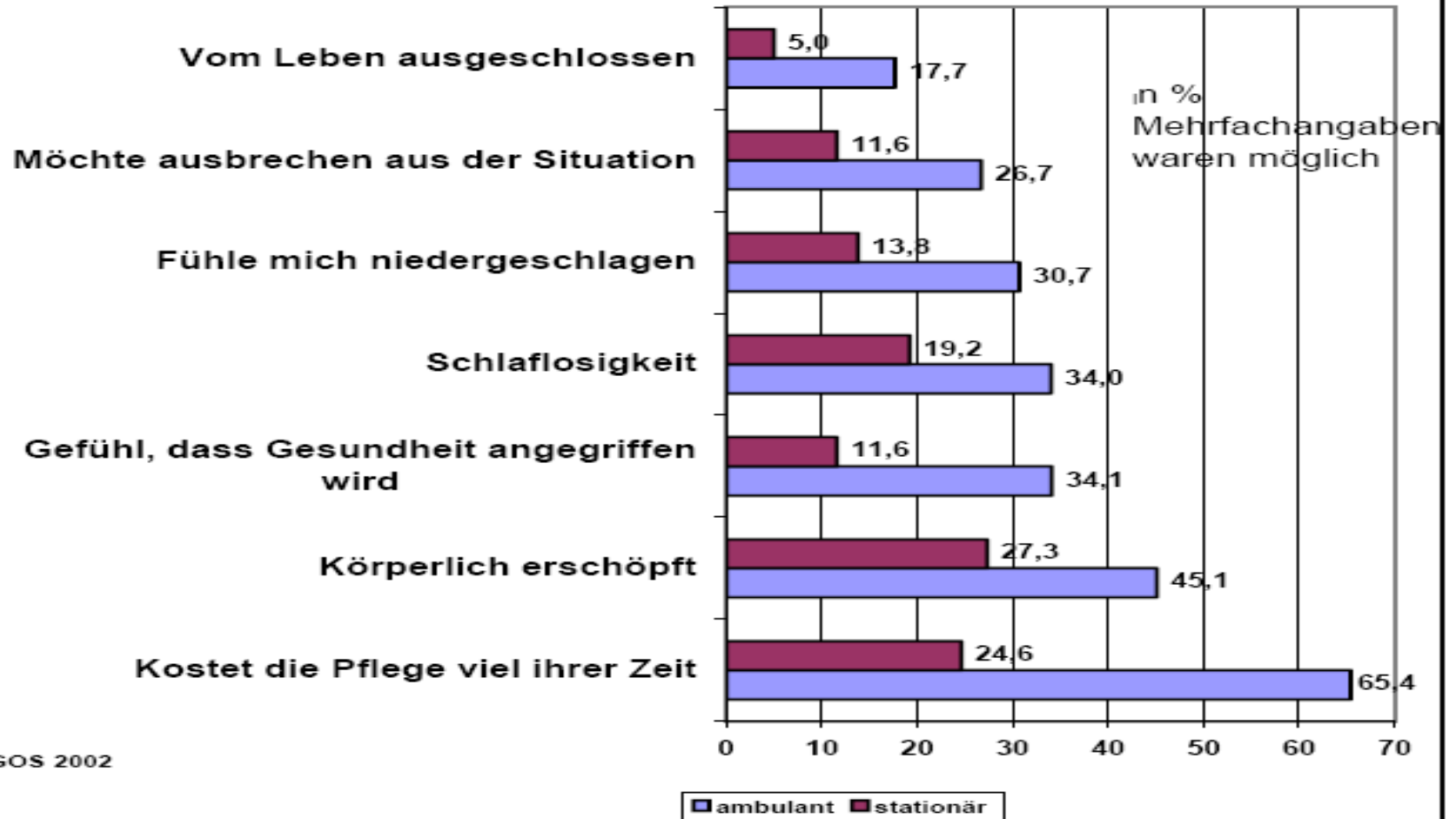
Im Vergleich und Gegensatz zu anderen Krankheiten unterbleiben bei Demenz Rehamaßnahmen eher, die Pflegeleistungen dominieren

Die andere Seite – Belastung der pflegenden Angehörigen

„Es zeigte sich, daß die Teilnehmer dieser Untersuchung häufig schon seit mehr als zwei Jahren an Ein- bzw. Durchschlafstörungen aufgrund nächtlicher Ruhestörungen durch die Demenzkranken litten. [...] Die Mehrzahl der Angehörigen wird tagsüber bei der Pflege unterstützt, nur wenige von ihnen bekamen auch nachts Hilfe. Fast die Hälfte der Befragten wünschte sich zusätzliche Entlastungsangebote für die Nacht. Besonders bei den Angehörigen, die erst kürzere Zeit pflegen, bestand ein deutlicher Bedarf an Hilfsangeboten.“
(Matter and Späth 1998)

„Die vielfältigen Belastungsursachen bei der häuslichen Versorgung eines Demenzkranken führen dazu, dass sich insgesamt 41% der „Hauptpflegepersonen“, die den Hauptteil der Versorgungsleistungen abdecken, stark bis sehr stark belastet fühlen. Daraus resultiert im Durchschnitt eine Verschlechterung des Umgangs mit den Erkrankten, eine manifeste Beeinträchtigung der psychischen und physischen Gesundheit der betreuenden Angehörigen und ein frühzeitigerer Wechsel der Demenzkranken ins Pflegeheim.“
(Gräßel 2006)

Ausgewählte Parameter zum Befinden der pflegenden Angehörigen



ISGOS 2002

Quelle: Dettbarn-Reggentin, Reggentin 2004



Kopf frei für eine gute Fahrt!

Für Ihren Kopf – gegen den Schmerz.

Thomapyrin® Schmerztabletten Anwendungsgebiete ab 12 Jahren bei akuten leichten bis mäßig starken Schmerzen. Hinweis: Schmerzmittel sollen längere Zeit oder in höheren Dosen nicht ohne Befragen des Arztes angewendet werden. Zu Risiken und Nebenwirkungen lesen Sie die Packungsbeilage und fragen Sie Ihren Arzt oder Apotheker. Boehringer Ingelheim Pharma KG, Vertriebslinie Thomae, Ingelheim am Rhein.



Thomapyrin®
Schmerztabletten 20 Tabletten

www.thomapyrin.de

60/30/5

**Industrieabsätze der TOP-10 Arzneimittel in Deutschland nach Packungsmengen (2008)
(Insgesamt 1,58 Mrd. Packg. , davon ca. 800 Mio. verordnet, der Rest Selbstmedikation)**

| Rang | Arzneimittel | Industrieabsatz Mio. € +/- in % gegenüber 2006 | Anwendungsgebiet |
|------|--|---|--------------------|
| 1 | Nasenspray-ratiopharm | 20,633 (OTC) + 7,0 | Schnupfen |
| 2 | Paracetamol-ratiopharm | 20,483 (OTC) -1,5 | Schmerzen, Fieber |
| 3 | Voltaren (Novartis) Diclofenac | 15,833 (OTC) + 5,7 | Rheumat. Schmerzen |
| 4 | Bepanthen (Bayer) Dexpanthenol | 15,199 (OTC) + 3,2 | Schürfwunden |
| 5 | ACC (Hexal) Acetylcystein | 14,082 (OTC) -1,5 | Hustenlöser |
| 6 | Thomapyrin (Boehr-Ingelh) Kombi | 12,435 (OTC)– 10,2 | Kopfschmerzen |
| 7 | Aspirin (Bayer) Acetylsalicylsäure | 12,116 (OTC) -5,8 | Schmerzen |
| 8 | ASS-ratiopharm (Acetylsalicylsäure) | 11,627 (OTC) 0.0 | Schmerzen |
| 9 | Dolormin (Ibuprofen) | 9,486 (OTC) – 4,0 | Schmerzen |
| 10 | Aspirin plus C (Bayer) | 9,427 (OTC) – 5,4 | Schmerzen |



Vorsicht auch bei Abführmitteln, alkoholhaltigen Geriatrika oder Multivitaminpräparaten (z.B. mit Folsäure) – Interaktionen, UAWs

Abbildung 12
 Arzneimittelanwendungsprävalenz der letzten 7 Tage nach
 Geschlecht, Alter und Medikationsart
 Angaben in Prozent, gewichtet mit w98
 Quelle: Bundes-Gesundheitssurvey 1998



Quelle: RKI, 2003

Fazit und Schlussfolgerungen

- 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 – Monomorbiditätsleitlinien lassen sich nicht gefahrlos auf multimorbide Patienten additiv anwenden, aktivierende Pflege und Reha fördern
- Notwendig sind interprofessionell erstellte, verständliche, transsektoral orientierte Leitlinien mit Priosierungsvorschlägen zur Behandlung älterer Menschen mit mehreren Krankheiten – und die Selbstmedikation nicht vergessen!

Das Thema
 unseres diesjährigen
 Festvortrages lautet:
 „Wer früher stirbt,
 ist kürzer krank“.

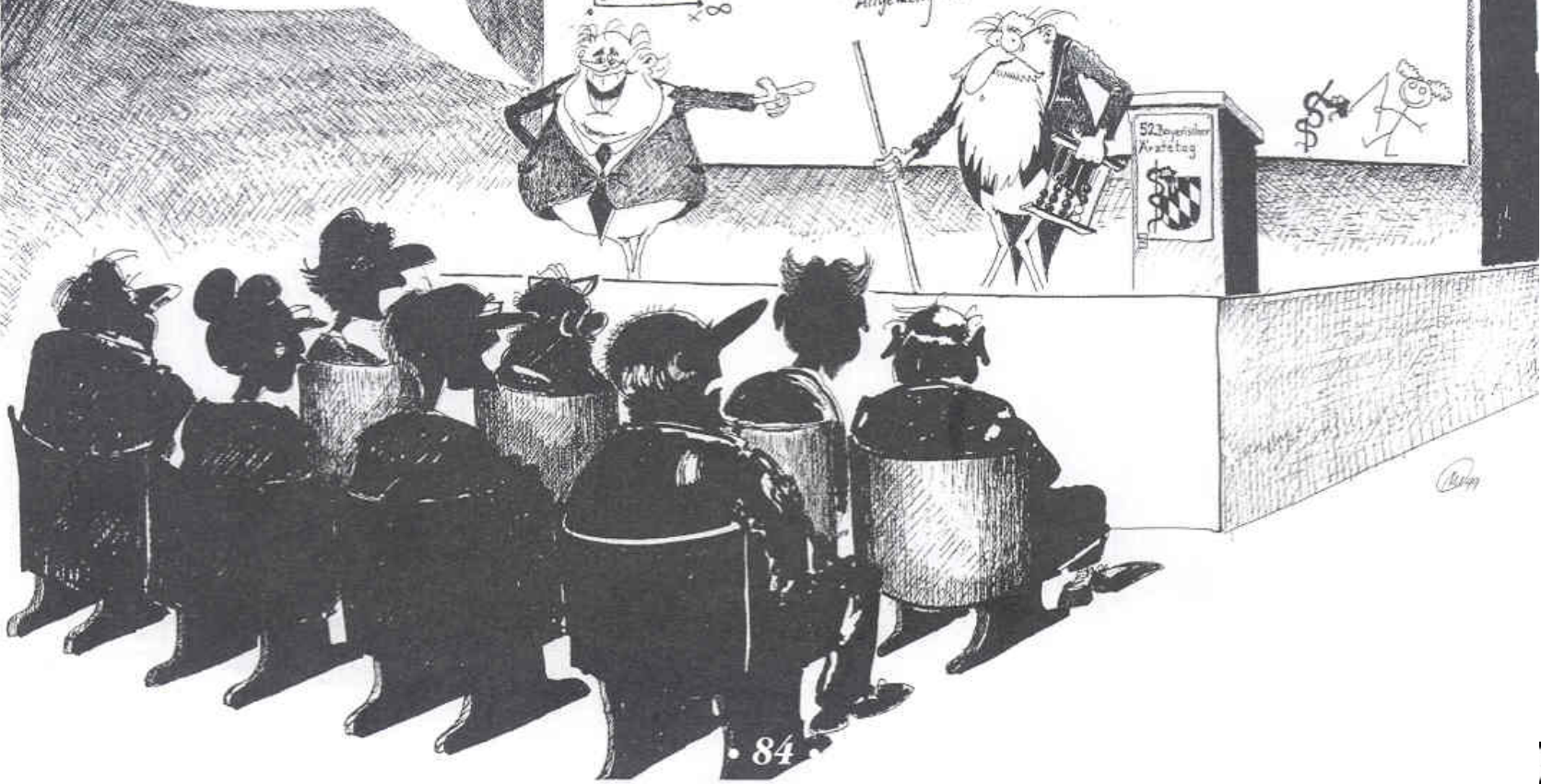
$$\frac{2000}{\sqrt{2}} \sqrt{\frac{1}{\pi^2} \left[\frac{\text{GLOBAL-}}{\text{BUDGET}} + \frac{\text{AOK}}{\text{KVB}} \right]}$$

$$\cdot \frac{\text{KOSTEN}^4 \cdot x}{\text{Qualität?}} - \frac{\text{SPD}}{\text{GRÜNE}} + \frac{\text{SPAR-}}{\text{Log } e^2}$$

$$\frac{\text{Geld}}{\text{Haushalt}} + \frac{\text{entst}}{\text{entst}}$$

↓
 Todes-erwartung, Heilmittel, 2 KLASSEN, MEDIZIN, REFORM STAU, (a-b-Verteilung), Krank, gesund, R.I.P., ALTER, Logik, Leitlinien, Katastrophe, (Lösung?), P.FLEGE (KOSTEN), MEDIZIN, FACH, Allgemein, ARBEIT, Qualität, +Sicherung, (x-y), §

y → x ∞
 v → v
 v → v



**Vielen Dank
für Ihre
Aufmerksamkeit!**

Kontakt: gglaeske@zes.uni-bremen.de

