



Rudolf Bals
65 PLUS

Liebe Leser,

im vergangenen Jahr hat die Arbeitsgemeinschaft GESUNDHEIT 65 PLUS die von ihr entworfenen 10 Forderungen zum Medikationsmanagement an vielen geeigneten Orten platziert: Wir hatten eine gemeinsame Veranstaltung mit dem BMC, haben dem Patientenbeauftragten der Bundesregierung für Patienten und Pflege, dem BMG und im Rahmen eines Parlamentarischen Nachmittags den Abgeordneten des Deutschen Bundestages unsere Forderungen nahe gebracht - siehe dazu auch unseren aktuellen Beitrag.

Das heißt leider noch lange nicht, dass nun jeder Verantwortliche begriffen hätte, wie wichtig ein verantwortungsvolles Medikationsmanagement ist, und dass lange mit der verpflichtenden Einführung eines Medikationsplanes für multimorbide Menschen hätte begonnen werden müssen.

Wir geben nicht auf. Ich hoffe, Sie sind in diesem Sinne an unserer Seite.

Ihr Rudolf Bals

Grund mehr für die Arbeitsgemeinschaft Gesundheit 65 Plus, sich weiter intensiv damit zu befassen und bei parlamentarischen Nachmittagen zu diskutieren. Der künftige Schwerpunkt wird laut AG-Leitung Multimedikation in der Pflege sein. <<

Parlamentarischer Nachmittag

„Multimedikation im Alter“

Die Arbeitsgemeinschaft Gesundheit 65 Plus hatte zum parlamentarischen Nachmittag eingeladen. Zu Wort kam PD Dr. Dr. Claus Köppel, versierter Geriatrie-Experte, und die Arbeitsgemeinschaft stellte ihre 10 Forderungen zum Medikationsmanagement vor.

>> Mit dem wachsenden Anteil älterer Menschen in unserer Gesellschaft steigt die Zahl multimorbider und chronisch Kranker. Damit nehmen die Gründe für Multimedikation (mehr als 5 Wirkstoffe pro Patient und Tag) und die Gefahren von Fehlmedikation zu. Daraus entstehen Risiken für den Patienten wie Interaktionen, Doppelverordnungen, unerwünschte Arzneimittelwirkungen und die Einnahme potenziell ungeeigneter Arzneimittel.

Studien zeigen, dass 3 bis 7 % aller Krankenhauseinweisungen wegen unerwünschter Arzneimittelwirkungen erfolgen, davon 2 % tödlich.^{1, 2} Auf diese Weise entstehen für das Gesundheits- und Sozialsystem vermeidbare Folgeleistungen wie Klinikbehandlungen und vermehrter Pflegebedarf. Die Arbeitsgemeinschaft Gesundheit 65 Plus hat sich diesem wichtigen Thema ausführlich angenommen.

PD Dr. Dr. Claus Köppel, Chefarzt Geriatrie der Ernst-von-Bergmann Klinik in Bad Belzig, erläuterte die Besonderheiten der Arzneimitteltherapie im Alter und zeigte Lösungsansätze auf. Dabei verwies er u.a. auf die verringerte Nierenfunktion, die bei älteren Menschen völlig normal ist und von Ärzten oftmals falsch interpretiert wird. Er erläuterte auch die besondere Pharmakokinetik (z.B. verminderte Magenmotilität und erniedrigte Leberdurchblutung) bei älteren Menschen und die Pharmakodynamik, also die Wirkung der Arzneimittel im Organismus (z.B. häufigere Arzneimittelinteraktionen, Nebenwirkungen und verminderte Gegenregulation).

Ärzte sollten die Patienten einbinden und motivieren, ihren Willen nicht ignorieren und eine Nutzen-Risiko-Überlegung im Einzelfall durchführen. Damit lässt sich die Therapietreue der Patienten entscheidend beeinflussen und damit auch der Erfolg der Behandlung insgesamt, so Dr. Köppel.

Innerhalb der Pharmakotherapie sei es wichtig, so einfach wie möglich zu therapieren, z. B. eine ein- bis zweimalige Gabe pro Tag anzustreben. Besonders wichtig auch: neben den Patienten Verwandte und Freunde ausführlich informieren. Eine optimierte Arzneimitteltherapie geht nach Meinung von Dr. Köppel einher mit der Kenntnis aller eingenommenen Medikamente, auch OTC-Präparaten. Es müsse die korrekte und regelmäßige Einnahme sichergestellt und möglichst leitlinienorientiert

verordnet werden.

Die interprofessionelle Kooperation und Vernetzung aller in der Altersmedizin tätigen Berufsgruppen (Ärzte, Apotheker, Pflegekräfte) sollte angestrebt werden. Außerdem sei die Nutzung einer elektronischen Patientenakte (Diagnosen, Laborwerte etc.) über die Sektoren hinweg von großer Wichtigkeit.

Insgesamt gingen die Lösungsansätze von Dr. Köppel in dieselbe Richtung wie die 10 Forderungen der Arbeitsgemeinschaft Gesundheit 65 Plus. Diese wurden bereits im „Monitor Versorgungsforschung“ publiziert (Heft 01/2015) und im Anschluss an Dr. Köppels Vortrag vorgestellt.

Die äußerst angeregte Diskussion der vielen Teilnehmer zeigte, wie relevant das Thema ist. Ein

10 Forderungen zum Medikationsmanagement

1. Die Bereitschaft vieler Ärzte und Apotheker, sich mit den Kernfragen des Medikationsmanagements (Interaktionen, Doppel-Verordnungen, vermeidbare unerwünschte Arzneimittelwirkungen, Non-Adherence wegen unerwünschter Arzneimittelwirkungen oder Medikamentenumstellungen etc.) im Routinebetrieb auseinanderzusetzen, die immer noch unzureichend entwickelt ist, sollte stärker gefördert werden. Das gilt vor allem für Ärzte, aber auch für Apotheker.
2. Die zwingend notwendige Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Apothekern, aber auch mit medizinischen Fachangestellten und Pflegekräften muss formal etabliert werden.
3. Die Nutzung von Hilfsmitteln (z.B. von Medikationsplänen), insbesondere jedoch von Softwareprogrammen, die das Medikationsmanagement unterstützen, muss vor allem bei den Ärzten, aber auch hinsichtlich der bei den Apothekern bereits verfügbaren Programme gefördert werden.
4. Medikationspläne müssen in Softwareprogrammen so umgesetzt werden, dass ein Medikations-Check durchgeführt werden kann (gemäß AMTS-Empfehlung).
5. Das Risiko von Doppelverordnungen und unerwünschten Arzneimittelinteraktionen bei Verordnungen durch mehrere Ärzte muss verringert werden (z.B. wenn Patienten mehrere Hausärzte aufsuchen, die voneinander nichts wissen, und dadurch die Übersicht über das vollständige Medikamentenspektrum erschwert oder gar unmöglich ist).
6. Die Evidenz für Vorgaben beim Medikationsmanagement (Berücksichtigung von Interaktionen und Kontraindikationen, Medikationsregeln etc.) muss durch gezielte Versorgungsforschung erhöht werden.
7. Das Medikationsmanagement sollte besonders dann finanziell gefördert werden, wenn es in Settings, die dafür günstige Voraussetzungen bieten (z.B. koordinierte, integrierte und selektiv-vertragliche Versorgung, Klinikversorgung, Versorgung in Pflegeeinrichtungen) vertraglich einbezogen wird.
8. Die Honorierung des Medikationsmanagements von Ärzten und Apothekern muss sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich gewährleistet werden (möglichst refinanziert durch Verminderung der Folgen von unerwünschten Arzneimittelwirkungen, potenziell inadäquaten Medikamenten, Arzneimittel-Interaktionen oder Doppelverordnungen).
9. Das noch immer unzureichend entwickelte Wissen und Problembewusstsein über Notwendigkeiten und/oder Risiken der Arzneimittelanwendung sowie über Risiken der Selbstmedikation sollte bei Patienten erheblich gefördert werden. Das Gleiche gilt auch für die Akzeptanz von Angeboten des Medikationsmanagements.
10. Die Bereitschaft der Patienten, vollständige Angaben für die Medikationspläne über alle verordneten und im freien Verkauf erworbenen Arzneimittel zu machen oder selber einen Medikationsplan zu führen und laufend zu aktualisieren, sollte in deren eigenem Interesse (Therapiesicherheit) gefördert werden.

1. EC Davies, et al. (2009) PLoS One; 4 (2): e4439
2. S. Schneeweiss, et al. (2002) Eur J Clin Pharmacol; 58 (4): 285-291