



vdek-Landesvertretung
THÜRINGEN

Die Aufgaben der GKV in Gesellschaften längeren Lebens

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

Kein Interessenkonflikt im Sinne der Uniform Requirements for Manuscripts
submitted to Biomedical Journals der ICMJE

Übersicht über die folgenden Themen:

- Die GKV als System zur Absicherung des Risikos Krankheit
- Daten zur demographischen Entwicklung
- Beispiele für Optimierungsbedarf
- Vorschlag für ein patientenorientiertes Konzept in der Zukunft
- Prävention, Fazit und Ausblick

Die GKV als System

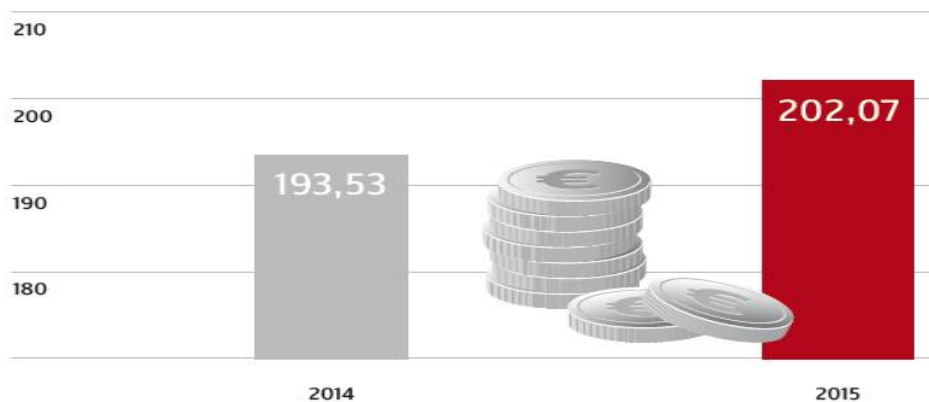
- Die GKV gilt nach wie vor, auch im internationalen Vergleich, als erfolgreiches Versorgungssystem
- Solidarität und Absicherung ohne Rücksicht auf den sozialen Status, Einkommen, Alter und Geschlecht: Jung für Alt, Gesunde für Kranke, Menschen ohne Kinder für solche mit Kindern, besser Verdienende für Menschen mit weniger Einkommen, Kontrahierungszwang der GKV
- Einkommens-/Beitragsunabhängiger Anspruch auf notwendige Leistungen für 71 Mio. Menschen (87%)
- „Ausreichend, zweckmäßig, Evidenz, Effizienz, Therapeutischen Fortschritt und Lebensqualität beachten (SGB V §§ 2, 12, 35b, 70)

Die GKV als System

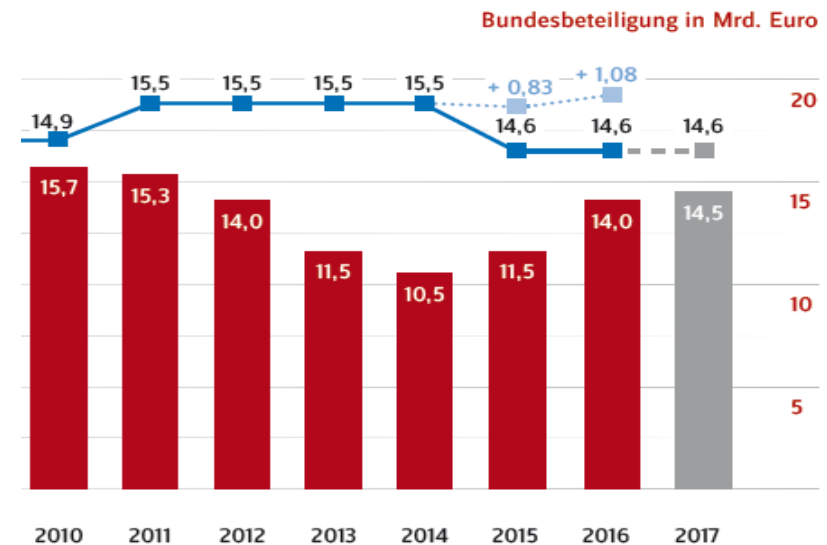
- Die Akut- und Notfallversorgung ist auf einem hohen Stand
- International vergleichsweise hohe Ausgaben und Steigerungsraten (u.a. durch therapeutischen Fortschritt)

Leistungsausgaben insgesamt
1.-4. Quartal 2015 im Vergleich zum 1.-4. Quartal 2014

Angaben in Mrd. Euro



Darstellung: GKV-Spitzenverband; Quelle: Amtliche Statistik KV 45 1.-4. Quartal

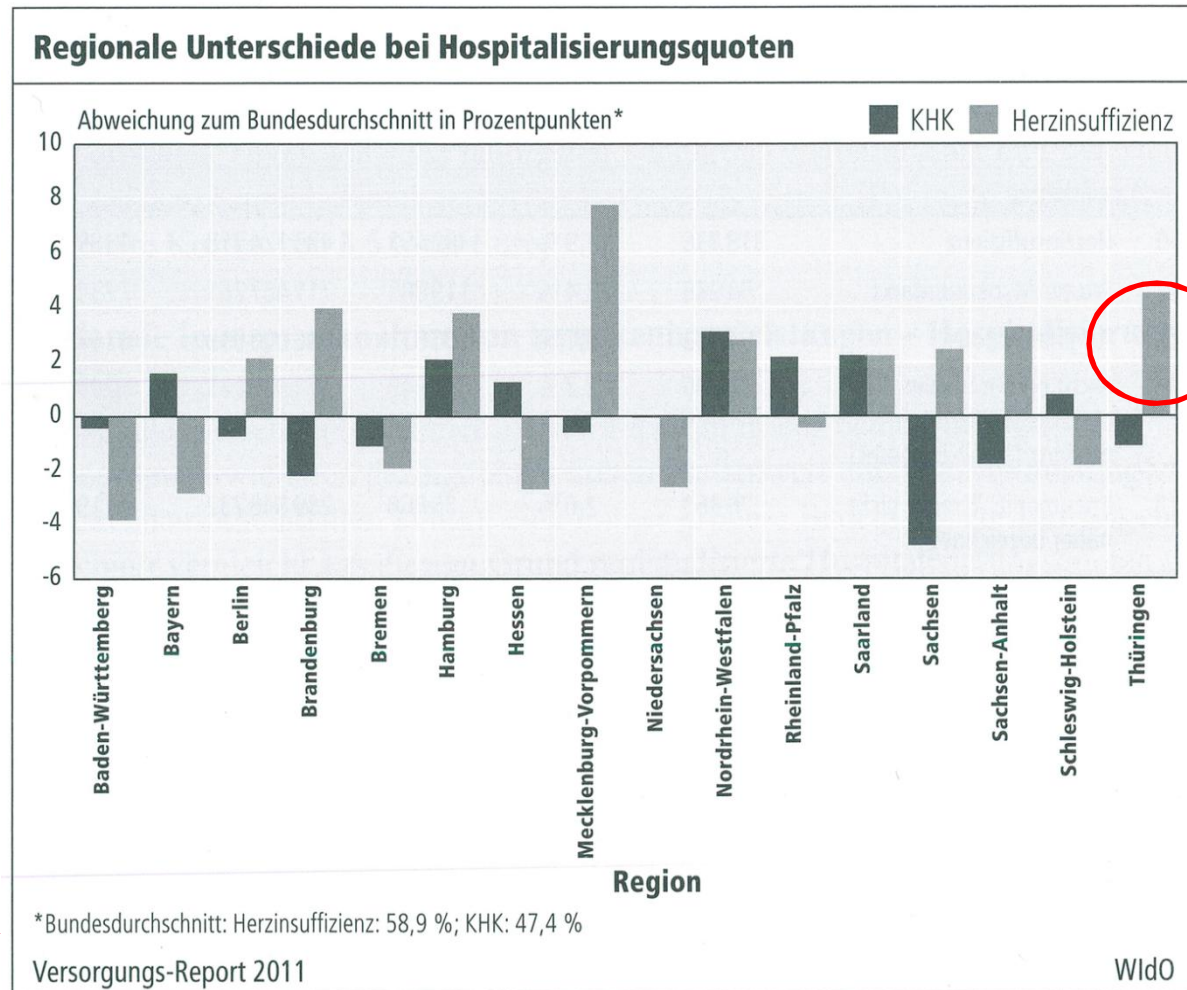


Schon lange nicht mehr paritätisch

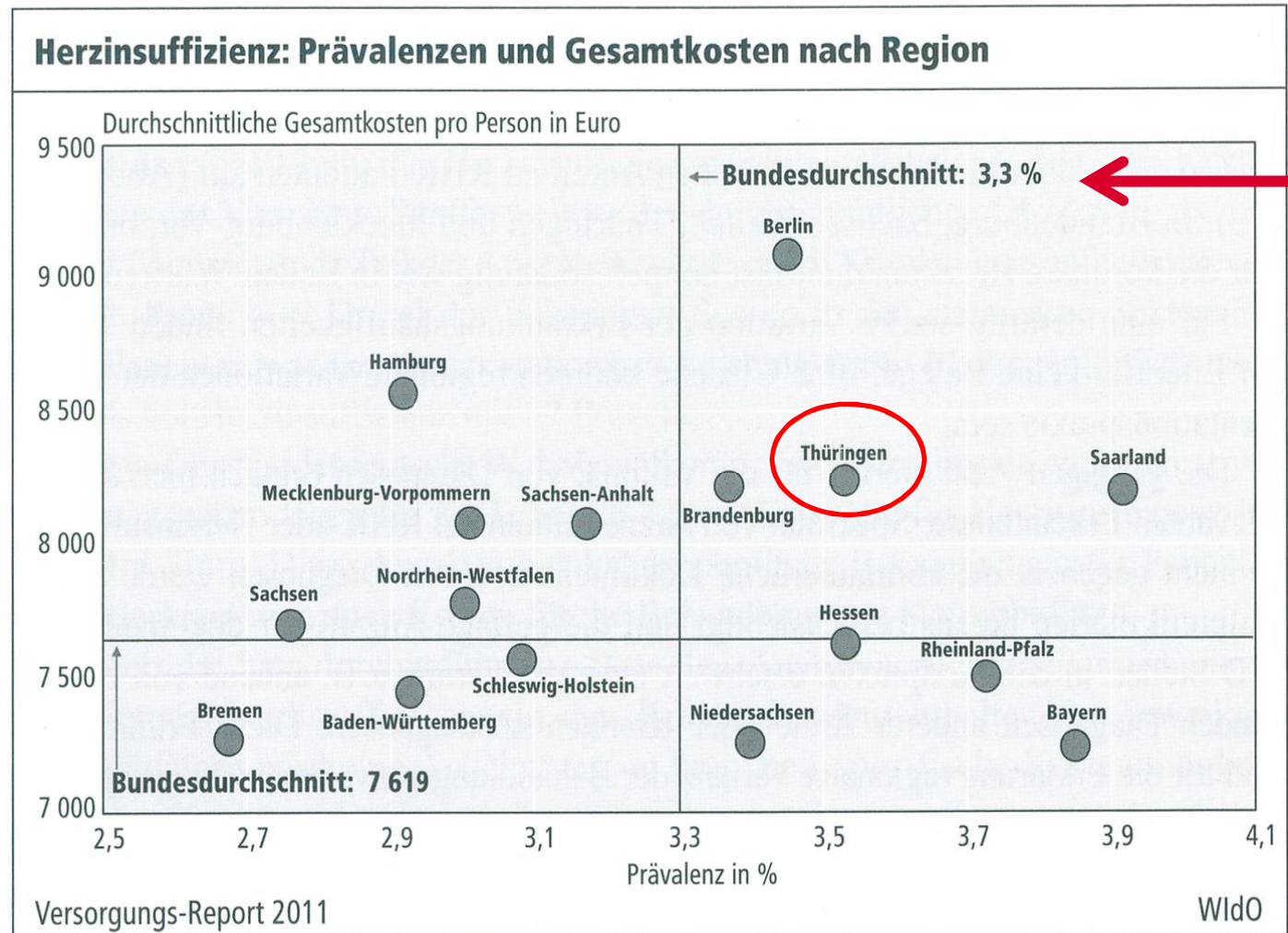
Die GKV als System

- Trotz des hohen Standards: Schwächen in der Kooperation, Koordination und Kommunikation
- Auswirkungen auf das Outcome: Nach wie vor Über-, Unter- und Fehlversorgung – in vielen Bereichen
- Beispiel: Chronische Erkrankungen wie Diabetes oder Herzinsuffizienz: Trotz DMP kaum Verbesserung
- Diabetes–vor allem bei Typ-2 (~5 Mio.): rd. 40.000 Fußamputationen, 2.000 Dialysen und Erblindungen p.a.
- Herzinsuffizienz – vor allem im höheren Alter (>75) (2,7 Mio): Hauptursache stationäre Wiedereinweisungen

...auch in Thüringen gibt es Optimierungspotenzial...



...auch in Thüringen gibt es Optimierungspotenzial...



Die GKV als System

- Defizite bei „Chronic Care“, Kooperation bei der Behandlung chronischer Erkrankungen vor allem im Alter
- Ineffizienzen auch wegen der Arztzentriertheit unseres Systems:
Bei Diabetes z.B. Verbesserung der Kooperation mit Podologen, bei Herzinsuffizienz z.B. mit Ernährungsberaterinnen (z.B. bzgl. des Trinkverhaltens)
- Ein breiter Professionenmix im Rahmen abgestimmter Behandlungsabläufe als notwendige Basis bei der Versorgung älterer Menschen (Pflege, Physiotherapie, Ergotherapie, Ernährungsberatung usw.)

Übersicht über die folgenden Themen:

- Die GKV als System zur Absicherung des Risikos Krankheit
- Daten zur demographischen Entwicklung
- Beispiele für Optimierungsbedarf
- Vorschlag für ein patientenorientiertes Konzept in der Zukunft
- Prävention, Fazit und Ausblick

SACHVERSTÄNDIGENRAT
zur Begutachtung der Entwicklung
im Gesundheitswesen

**Koordination und Integration –
Gesundheitsversorgung in einer
Gesellschaft des längeren Lebens**

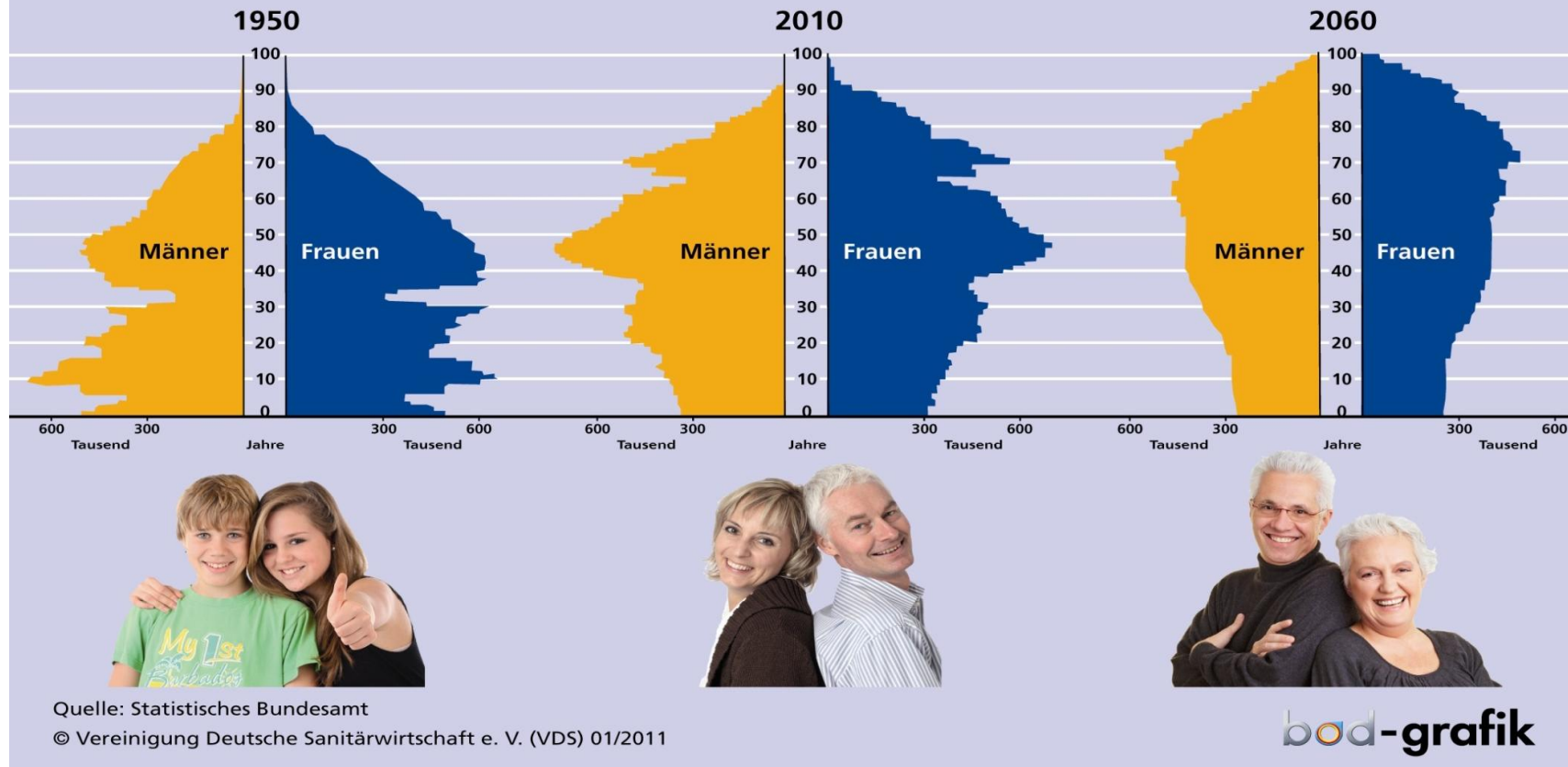
Gerlach, Glaeske, Haubitz,
Kuhlmey, Rosenbrock,
Schrappe, Wille

Sondergutachten 2009

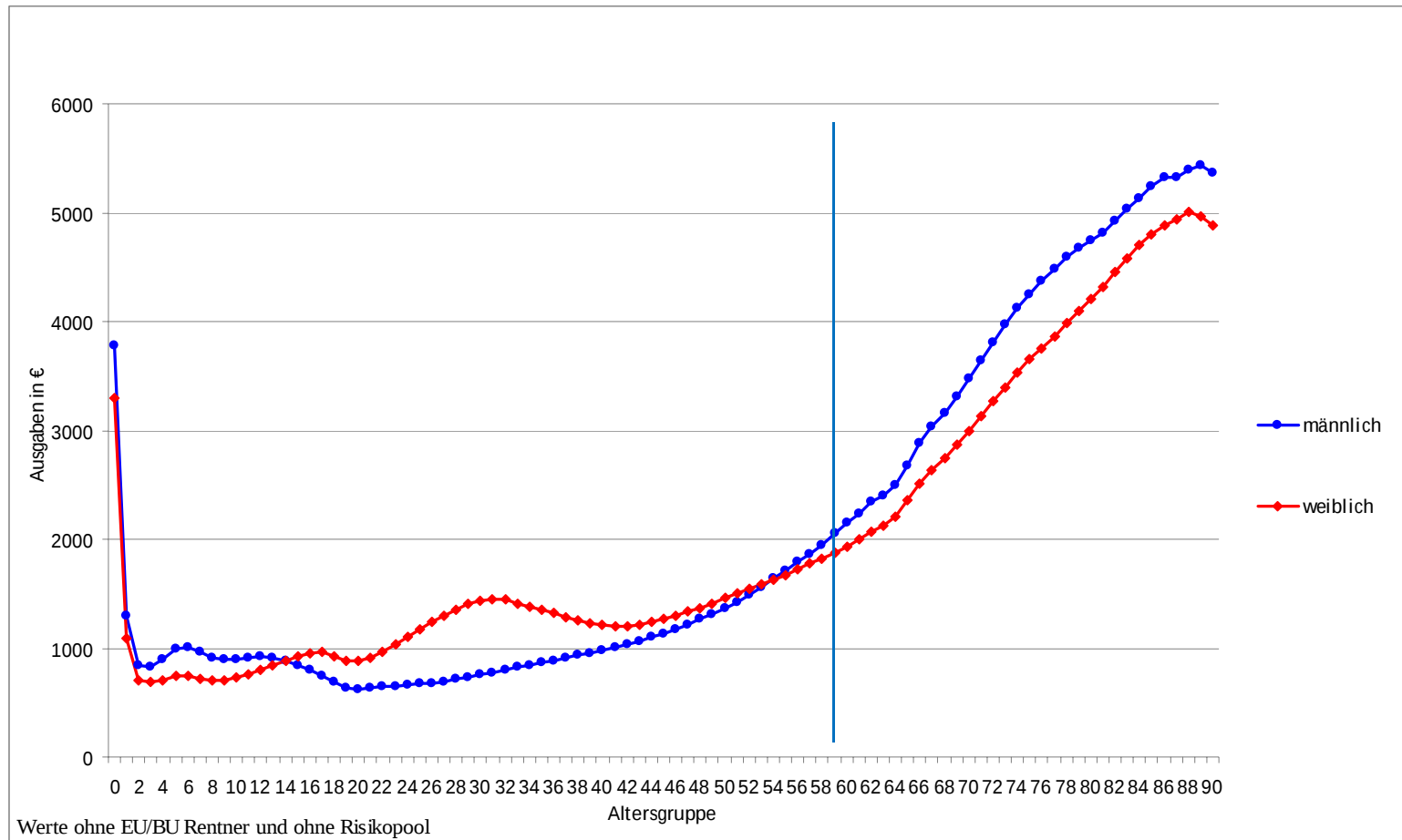
Daten und Fakten zum demografischen Wandel

Veränderte Nation

Herausforderung „Altersstruktur“: Wie stark die Deutschen in die Jahre kommen



Alters- und geschlechtsspezifische Ausgabenprofile in der GKV und „Versteilerung des Winkels“



Quelle: Bundesversicherungsamt , eigene Berechnung, eigene Darstellung.

Altenquotient „65“

(65-jährige + je 100 Personen im Alter von 20 bis unter 65 Jahren) Ergebnisse
der 11. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung(ab 2010)

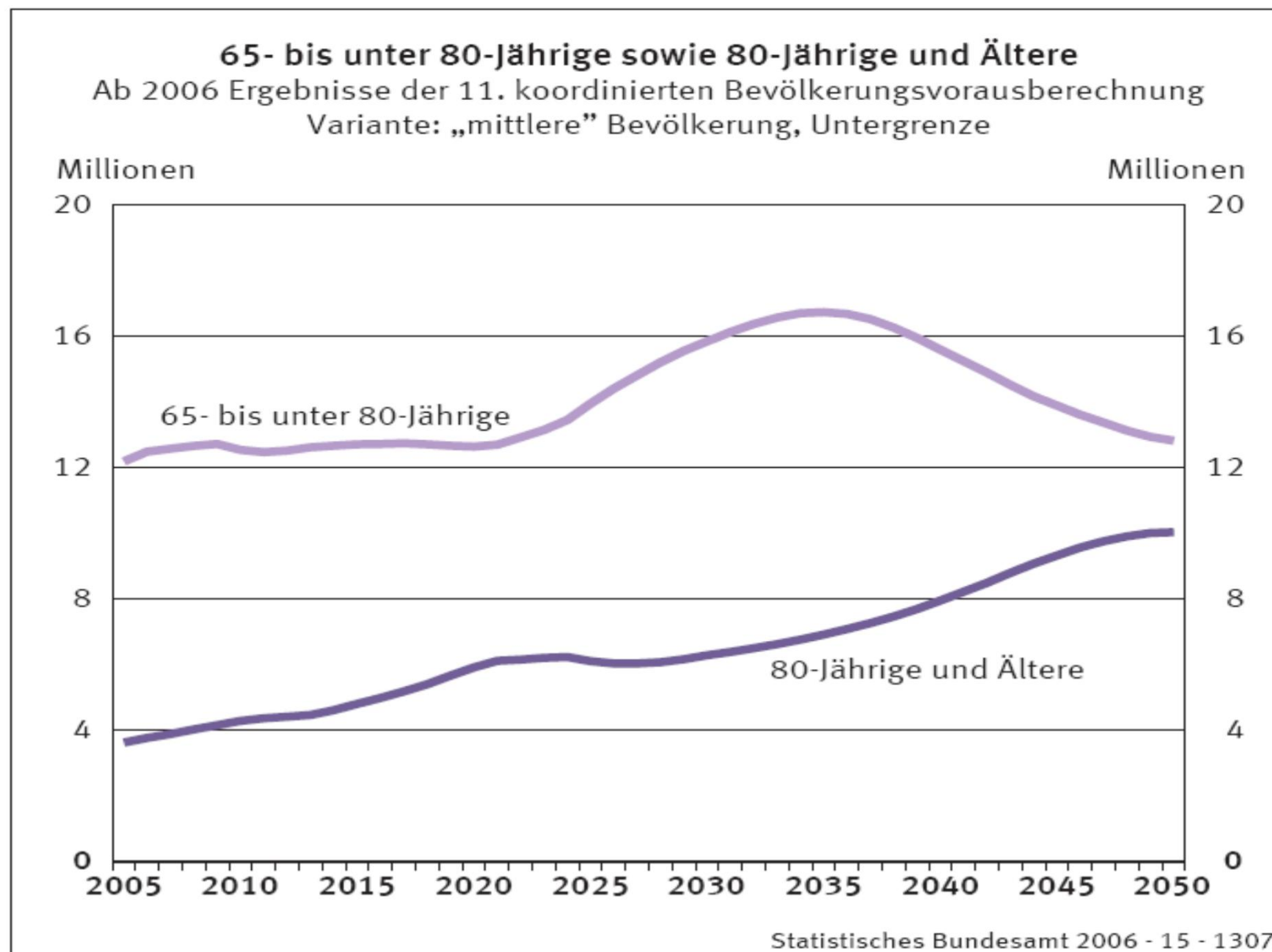
Jahr	„relativ junge“ Bevölkerung	„mittlere“ Bevölkerung		„relativ alte“ Bevölkerung
	Variante 3- W2	Untergrenze Variante 1- W1	Obergrenze Variante 1- W2	Variante 6- W1
2005	31,7	31,7	31,7	31,7
2010	33,5	33,6	33,5	33,7
2020	38,0	38,7	38,0	39,5
2030	50,2	52,2	50,3	54,2
2040	57,2	61,4	58,0	65,3
2050	58,0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



Übersicht über Prognosen zur Entwicklung der Pflegbedürftigen (in Millionen)

Prognose \ Jahr		Basisjahr	2010	2020	2030	2040	2050
Eigene Berechnung	SQ ¹	2,24	2,38	2,86	3,28	3,77	4,35
	KT ²	(2007)	2,35	2,69	2,93	3,19	3,50
Rothgang (2001)	SQ	(2000)	2,13	2,47	2,71	2,98	-
	KT	(2000)	2,01	2,21	2,38	2,59	-
Statistisches Bundesamt (2008)	SQ	2,13	2,40	2,91	3,36	-	-
	KT	(2005)	2,30	2,68	2,95	-	-
Rürup (2003)	SQ	(2002)	-	-	3,10	3,40	-
Blinkert, Klie (2001)	SQ	(1998)	2,21	2,58	2,81	3,11	3,45
Dietz (2002)	SQ	(2000)	2,04	2,37	2,61	2,87	3,17
Ott nad (2003)	SQ	(2002)	-	-	3,11	-	4,00
Häcker, Raffelhüschen (2006)	SQ	1,93 (2004)	-	-	-	-	3,79
Häcker, Höfer, Raffelhüschen (2005)	SQ	1,97 (2005)	2,21	2,70	3,09	3,60	4,25

¹ Status quo-Prognose; ² Prognose bei Annahme der Morbiditätskompressionsthese

Quelle: GBE (2009), Statistisches Bundesamt (2006), Rothgang (2001), Statistisches Bundesamt (2008), Rürup (2003), Blinkert (2001), Dietz (2002), Ott nad (2003), Raffelhüschen (2005), Raffelhüschen (2006), eigene Darstellung, eigene Berechnung.

Übersicht über die folgenden Themen:

- GKV zur Absicherung des Risikos Krankheit
- Daten zur demographischen Entwicklung
- Beispiele für Optimierungsbedarf
- Vorschlag für ein patientenorientiertes Konzept in der Zukunft
- Prävention, Fazit und Ausblick

Besondere Anforderungen an die Versorgung in Gesellschaften längeren Lebens

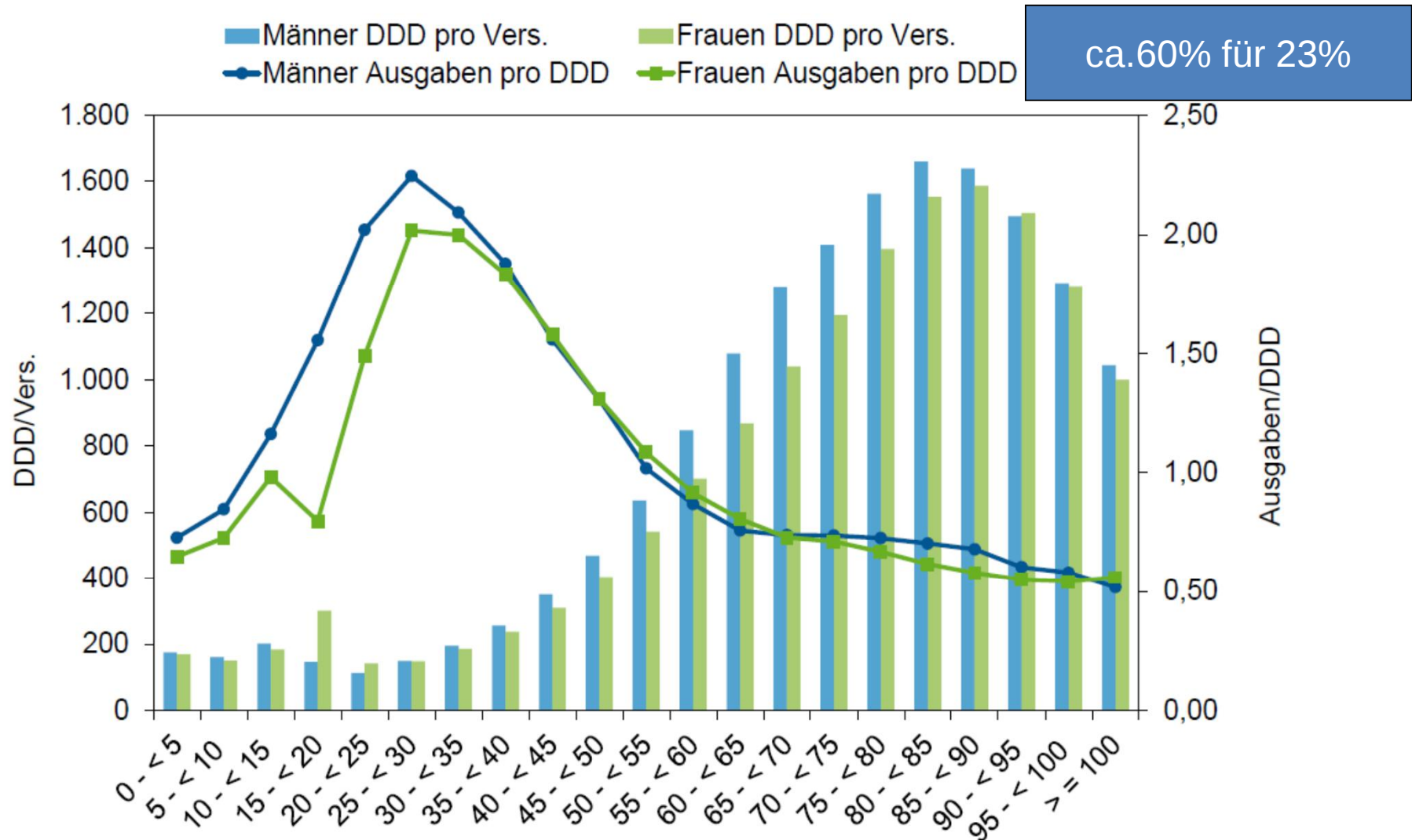
- Chronische Krankheiten dominieren, altersassoziierte und altersbedingte (z.B. Hypertonie, Angina pectoris, Herzinsuffizienz, Osteoporose, Diabetes, Demenz, Parkinson u.a.)
- Die Multimorbidität steigt mit dem Alter bei beiden Geschlechtern an. Die Hälfte der über 65-jährigen Bundesbürger weist drei oder mehr relevante chronische Erkrankungen nebeneinander auf. (Kohler/Ziese 2004)
- Die Folge: Mehrere Fachdisziplinen sind an der Versorgung beteiligt – immer auch koordiniert?

79-jährige Patientin mit den Krankheiten Osteoporose, Osteoarthritis, Diabetes Typ 2, Bluthochdruck, COPD, (jeweils mittlerer Schweregrad) (Boyd et al., 2005)



- 12 verschiedene Medikamente
- Zu 5 verschiedenen Tageszeiten
- Insgesamt 19 Einzeldosen
- Etwa 20 evidenzbasierte Ratschläge zur Diät und Lebensführung
- zahlreiche Praxisbesuche, Patientenschulungen und Selbstkontrollen
- 4 Routinekontakte beim Hausarzt und 1 Kontakt beim Augenarzt
- Für 2 der Erkrankungen Medikamente einnehmen, die sich auf eine andere der 5 Erkrankungen ungünstig auswirken können.
- In 7 Bereichen muss Hausarzt darauf achten, dass sich 2 Medikationen nicht gegenseitig beeinträchtigen: 9 konkret erwähnte Interaktionen.

Verordnete DDD pro Versichertem und Ausgaben in Euro pro DDD der BARMER GEK (9 Mio. Versicherte) nach Alter und Geschlecht 2015





Besondere Anforderungen an die Arzneimittelversorgung bei älteren Menschen

- In der Summe erhielten 35% der Männer und 40% der Frauen im Alter >65 Jahren 9 und mehr Wirkstoffe in Dauertherapie (nicht immer täglich) – Folge: 10,2% Krankenhauseinweisungen!
- Gleichzeitig bei vielen älteren Menschen Veränderungen der Pharmakokinetik und –dynamik und damit der Wirkungen, der UAWs und des Abbaus (Nieren- und Leberfunktionen sinken!)
- Besonders gravierendes Beispiel: PatientInnen mit Demenz und deren Behandlung mit Neuroleptika – Gefahr der „Übersterblichkeit“ (Schulze, Glaeske 2014)
- Sorgfältige Abwägung von Nutzen und Risiken einer Arzneimitteltherapie bei Multimorbidität - Ärzte und Apotheker müssen intensiv kooperieren (Rx und OTC ebenso wichtig)

Folgen von Wechselwirkungen

DOI:10.1046/j.1365-2125.2005.01875.x

British Journal of Clinical Pharmacology

The Clinical Pharmacology of Ageing, edited by Dr A.A. Mangoni and colleagues, Department of Healthcare for the Elderly, Guy's, King and St Thomas' School of Medicine, Kings College London, London, UK.

Adverse drug reactions in elderly patients

P. A. Routledge, M. S. O'Mahony¹ & K. W. Woodhouse¹

Departments of Pharmacology, Therapeutics and Toxicology and ¹Geriatric Medicine, University of Wales College of Medicine, Heath Park, Cardiff, Wales, UK

Correspondence

Professor P. A. Routledge,
Department of Pharmacology,
Therapeutics and Toxicology,
University of Wales College of
Medicine, Heath Park, Cardiff CF14
4XN, Wales, UK.
E-mail:
proutledge@compuserve.com

Many studies from around the world show a correlation between increasing age and adverse drug reaction (ADR) rate, at least for some medical conditions. More than 80% of ADRs causing admission or occurring in hospital are type A (dose-related in nature, and thus predictable from the known pharmacology of the drug) and therefore potentially avoidable. Frail elderly patients appear to be particularly at risk of ADRs and this group is also likely to be receiving several medicines. The toxicity of some drug combinations may sometimes be synergistic and be greater than the sum of the risks of toxicity of either agent used alone. In order to recognize and prevent ADRs (including drug interactions), good communication is crucial.

J Pharm Pharmaceut Sci (www.cspsCanada.org) 12(3) 266–272, 2009

Drug-Drug Interactions Associated with Length of Stay and Cost of Hospitalization

Cristiano Moura^{1,2}, Francisco Acurcio², Najara Belo¹

¹Multidisciplinary Institute of Health, Federal University of Bahia, Vitória da Conquista, Brazil.

²Social Pharmacy Department, Federal University of Minas Gerais, Belo Horizonte, Brazil.

Received, May 15, 2009, Accepted, September 22, 2009, Published, September 22, 2009.

ABSTRACT

Purpose To evaluate the prevalence of drug-drug interactions (DDI) in hospitalized patients and to identify associated risk factors. **Methods** A retrospective cross-sectional analysis of prescription data and medical records from a public hospital in Brazil was conducted to identify potential DDI. Inappropriate drug combinations were identified and classified with a standard drug interaction source. Primary diagnoses were classified with Charlson Comorbidity Index (CCI). Sex, age, polypharmacy and length of stay, among other variables, were correlated with the frequency of potential DDI. **Results** The study included 589 patients and 3,585 prescriptions. Thirty-seven percent of the patients were exposed to at least one potential interaction during their stay in the hospital. The most frequent interacting pair was Digoxin+Furosemide (11%). In univariate analysis, several variables were associated with DDI, including sex, age, number of prescribed drugs, length and cost of hospitalization and CCI. Multivariate analysis showed that the adjusted odds of



Bei etwa 56% der Patienten zwischen 70 und 103 Jahre treten unerwünschte Arzneimittelwirkungen auf, wovon etwa 4-22% auf Medikamenteninteraktionen zurückzuführen sind.

(Klotz U, Beil W, Gleiter C, et al. Drug interactions. Mechanisms and clinical relevance. Internist (Berl), 44: 1444–1449, 2003.)

Das Interaktionsrisiko beträgt bei der Einnahme von
2 Arzneiwirkst. im Durchschnitt 13%
4 Arzneiwirkst. im Durchschnitt 38%
7 Arzneiwirkst. im Durchschnitt 82%.
(Goldberg RM, Mabee J, Chan L, et al. Drug–drug and drug–disease interactions in the ED: analysis of a high-risk population. Am J Emerg Med, 14: 447–450, 1996)

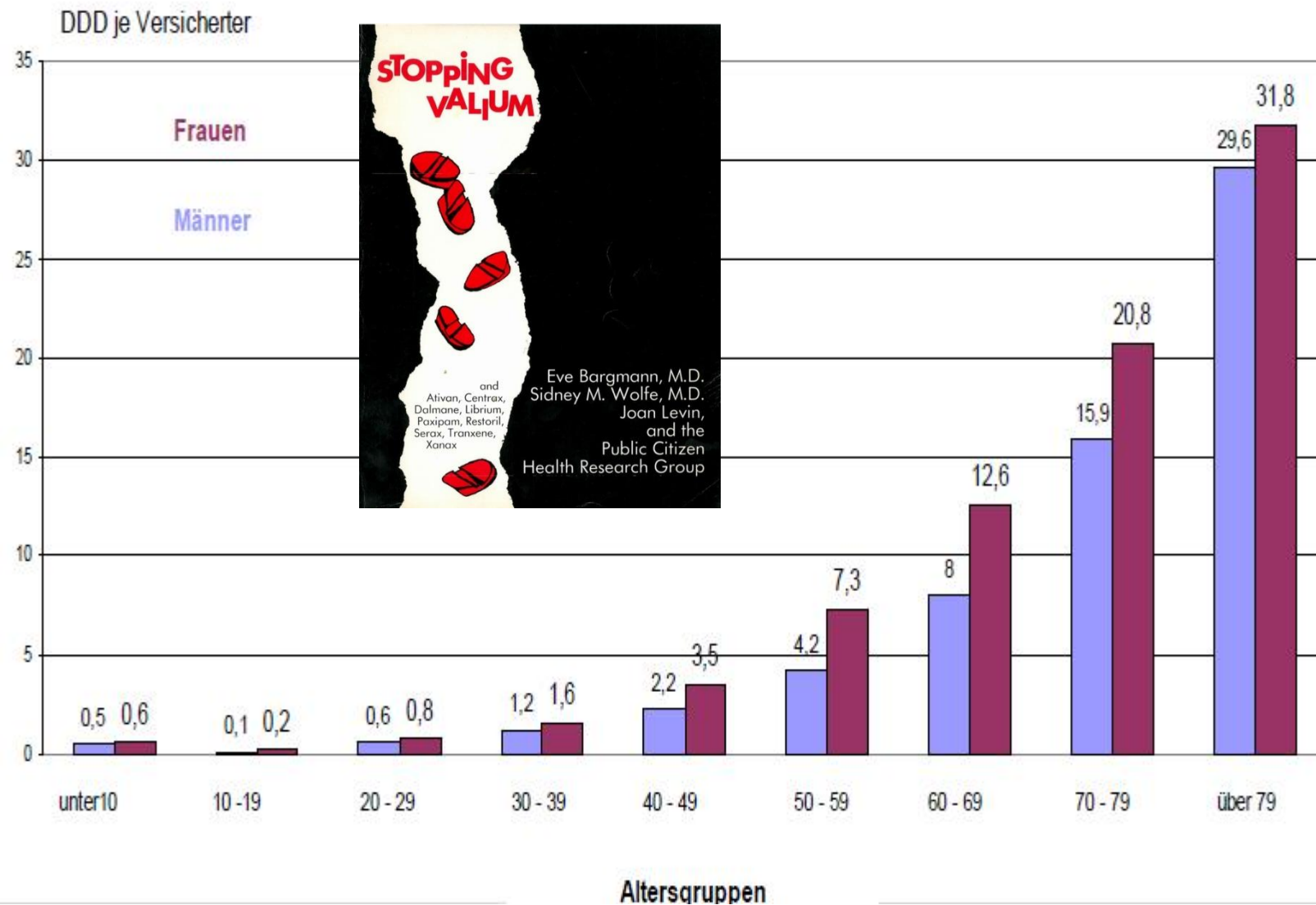
Besondere Anforderungen an die Arzneimittelversorgung bei älteren Menschen

- Die Gefahr von UAW und Wechselwirkungen steigt mit der altersbedingten Multimorbidität an....
- Die PRISCUS-Liste gibt Hinweise auf Mittel, die bei älteren Menschen zurückhaltend eingesetzt werden sollten (www.priscus.net), z.B. Schlafmittel und Tranquilizer
- 1,2 – 1,5 Millionen Menschen sind von solchen Mitteln abhängig, 2/3 davon sind >65 Jahre, 2/3 Frauen. Folge u.a. Beeinträchtigung der Konzentration, Stürze, Brüche, Pflegebedürftigkeit... - gute Versorgung?



Verteilung aller Benzodiazepine und Z-Drugs nach Alter und Geschlecht

(Glaeske, 2015)



Die 15 meistverkauften Tranquilizer nach Packungen 2014

Rang	Präparat	Wirkstoff	Absatz 2014 in Tsd.	Missbrauchs-/ Abhängigkeitspotenzial
1	Diazepam ratiopharm	Diazepam	1.317,8	+++
2	Tavor	Lorazepam	1.249,9	+++
3	Lorazepam ratiopharm	Lorazepam	856,3	+++
4	Oxazepam ratiopharm	Oxazepam	645,9	+++
5	Bromazanyl Hexal	Bromazepam	603,6	+++
6	Adumbran	Oxazepam	393,2	+++
7	Lorazepam neuraxpharm	Lorazepam	355,0	+++
8	Bromazep CT	Bromazepam	320,1	+++
9	Oxazepam Al	Oxazepam	260,0	+++
10	Lorazepam Dura	Lorazepam	256,5	+++
11	Tranxilium	Dikaliumclorazepat	178,6	+++
12	Lexotanil 6	Bromazepam	175,9	+++
13	Diazepam Stada	Diazepam	168,1	+++
14	Normoc	Bromazepam	159,6	+++
15	Faustan	Diazepam	155,9	+++

(nach IMS Health 2014)

Die 20 meistverkauften Schlafmittel nach Packg. 2014 (Gesamt ca. 28 Mio.Packg)

Rang	Präparat OTC-ohne Rezept	Wirkstoff	Absatz 2014 in Tsd.	Missbrauchs-/ Abhängigkeitspotenzial
1	Hoggar N (OTC)	Doxylamin	2.097,5	Eher nicht*)
2	Zopiclon CT	Zopiclon	1.172,7	+++
3	Vivinox Sleep (OTC)	Diphenhydramin	1.157,5	Eher nicht*)
4	Zolpidem ratiopharm	Zolpidem	1.142,9	+++
5	Zopiclon AL	Zopiclon	810,8	+++
6	Zolpidem AL	Zolpidem	752,3	+++
7	Zopiclon ratiopharm	Zopiclon	677,2	+++
8	Zopiclon AbZ	Zopiclon	668,9	+++
9	Schlafsterne (OTC)	Doxylamin	663,4	Eher nicht*)
10	Zolpidem 1A Pharma	Zolpidem	561,0	+++
11	Lendormin	Brotizolam	456,1	+++
12	Betadorm D (OTC)	Diphenhydramin	451,8	Eher nicht*)
13	Zolpidem Stada	Zolpidem	436,2	+++
14	Stilnox	Zolpidem	420,1	+++
15	Zolpidem Neuraxpharm	Zolpidem	393,9	+++
16	Zopiclon Stada	Zopiclon	385,4	+++
17	Flunitrazepam ratiopharm	Flunitrazepam	275,8	+++
18	Zopiclon Hexal	Zopiclon	274,7	+++
19	Zopiclodura	Zopiclon	263,6	+++
20	Rohypnol	Flunitrazepam	242,2	+++

RESEARCH

Benzodiazepine use and risk of dementia: prospective population based study

OPEN ACCESS

Sophie Billioti de Gage *PhD student*^{1,2}, Bernard Bégaud *professor*^{1,2,3}, Fabienne Bazin *researcher*^{1,2},
Hélène Verdoux *professor*^{1,2,4}, Jean-François Dartigues *professor*^{1,5,3}, Karine Pérès *researcher*^{1,5},
Tobias Kurth *director of research*^{1,6,7}, Antoine Pariente *associate professor*^{1,2,3}

¹Université Bordeaux Segalen, F-33000 Bordeaux, France; ²INSERM, U657, F-33000 Bordeaux; ³CHU de Bordeaux, F-33000 Bordeaux; ⁴Centre Hospitalier Charles Perrens, F-33000 Bordeaux; ⁵INSERM, U897, F-33000 Bordeaux; ⁶Division of Preventive Medicine, Brigham and Women's Hospital, Boston, MA, USA; ⁷INSERM, U708-Neuroepidemiology, F-33000 Bordeaux,

Zur Beruhigung gegen Einsamkeit und Ängste oder zur Ruhigstellung im Alter?



Original article | Published 17 January 2013, doi:10.4414/smww.2013.13745
Cite this as: Swiss Med Wkly. 2013;143:w13745

Perceptions of German GPs on benefits and risks of benzodiazepines and Z-drugs

Falk Hoffmann

Centre for Social Policy Research, Division Health Economics, Health Policy and Outcomes Research, University of Bremen, Germany

Summary

QUESTIONS UNDER STUDY: In many countries newer non-benzodiazepines, zolpidem and zopiclone ("Z-drugs"), are prescribed instead of benzodiazepine hypnotics. This is not supported by current evidence and guidelines. The aim of this study was to compare the perceptions of GPs on the

diazepines, zolpidem and zopiclone ("Z-drugs") [1–8]. However, there is a lack of evidence on differences in clinical effectiveness and safety between short-acting benzodiazepines and Z-drugs for treating insomnia [9–11]. The reasons for this gap between the available evidence and physicians prescribing behaviour have only been rarely

Originalien

Nervenarzt 2014
DOI 10.1007/s00115-014-4016-8
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2014

F. Hoffmann · G. Glaeske
ZeS, Abteilung Gesundheitsökonomie, Gesundheitspolitik und Versorgungsforschung, Universität Bremen, Bremen

Benzodiazepinhypnotika, Zolpidem und Zopiclon auf Privatrezept

Verbrauch zwischen 1993 und 2012

Insomnien sind häufige gesundheitliche Beschwerden mit hoher Versorgung

lung [6, 15, 27, 28], wie auch Daten aus Deutschland [7, 8], einen Trend zum ver-

preis zahlt und die nirgends systematisch erfasst werden. Analysen von Kranken-

socium
Forschungszentrum
Ungleichheit und Sozialpolitik

Universität Bremen*

OPEN ACCESS
Research Article

Benefits and risks of benzodiazepines and Z-drugs: comparison of perceptions of GPs and community pharmacists in Germany

Wie schätzen deutsche Hausärzte und Apotheker Nutzen und Schaden von Benzodiazepinen und Z-Drugs ein?

Abstract

Objective: Newer non-benzodiazepines zolpidem and zopiclone ("Z-drugs") are often prescribed instead of benzodiazepine hypnotics, although there is no evidence of differences in effectiveness and safety. Aim was to compare perceptions on benefits and harms of benzodiazepines and Z-drugs between general practitioners (GPs) and community pharmacists (CPs).

Methods: A questionnaire was mailed to a random sample of 1,350 GPs.

Falk Hoffmann¹

¹ University of Bremen, Centre for Social Policy Research, Division Health Economics, Health Policy and Outcomes Research, Bremen, Germany

GMS German Medical Science 2013, Vol. 11, ISSN 1612-3174
or-50m_10-1055-s-0034-1369995.fm

1 Originalarbeit | Original article

Privat statt Kasse? Einstellungen von Hausärzten und Apothekern zur Verordnung von Hypnotika

Perceptions of GPs and community pharmacists on hypnotic prescribing on private prescriptions

Dtsch Med Wochenschr 2014; 139: 1–7 · © Georg Thieme Verlag KG · Stuttgart · New York ·

Autoren	F. Hoffmann ¹ · G. Schmiemann ² · R. Windt ¹
Institut	¹ Abteilung Gesundheitsökonomie, Gesundheitspolitik und Versorgungsforschung, Zentrum für Sozialpolitik (ZeS), Universität Bremen ² Abteilung Versorgungsforschung, Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP), Universität Bremen

Gesundheitsökonomie

Zusammenfassung

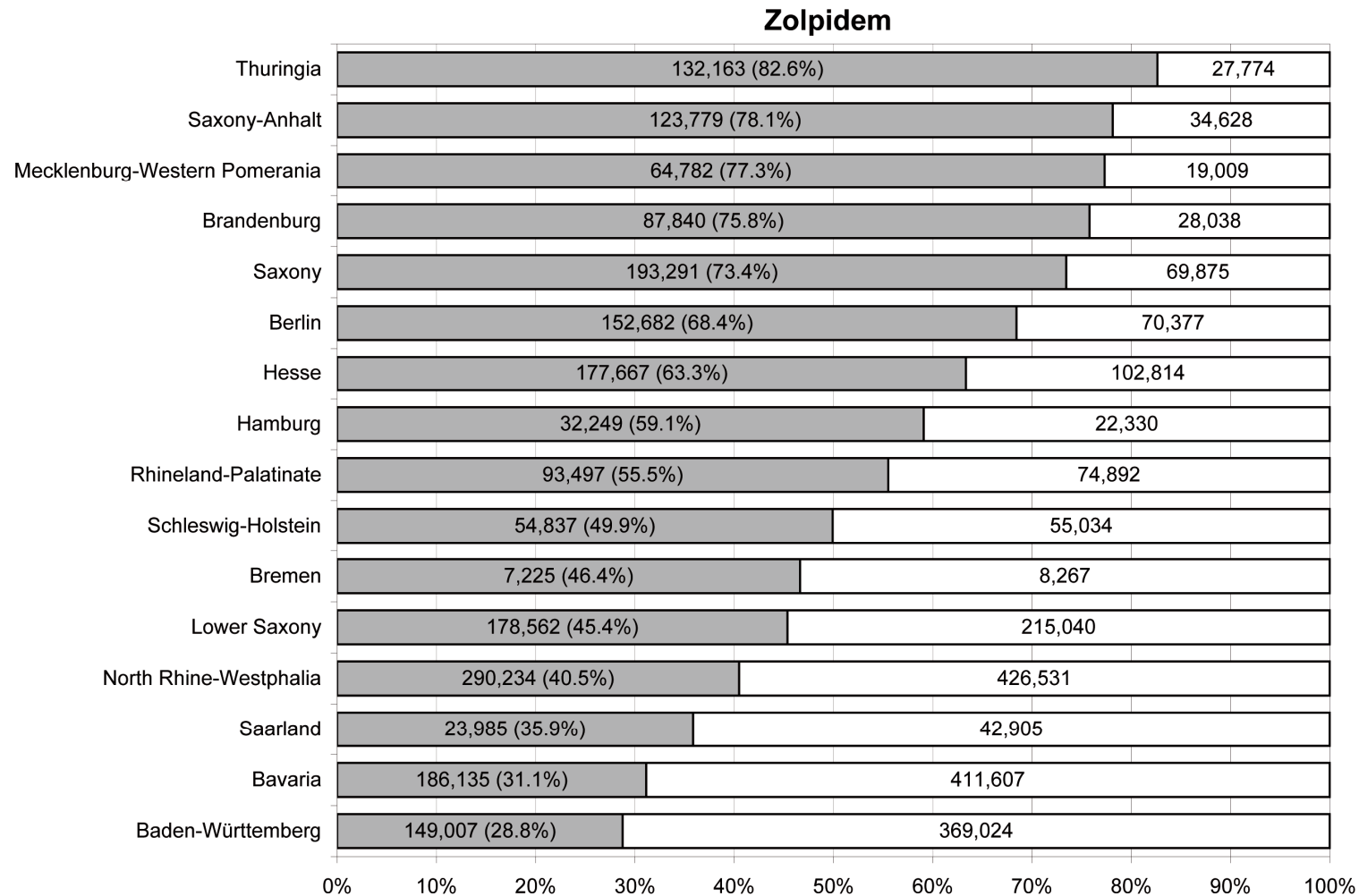
Ergebnisse: Insgesamt antworteten 458 Hausärzte und 202 Apotheker (Rücklauf 33,9% und 33,7%).

***EXZELLENT.**

Gewinnerin in der
Exzellenzinitiative

Verschleierung der Risiken durch Privatrezepte...

Anteil Packungen Privatrezepte bei Zolpidem 2012 (grau), Bundesdurchschnitt: 50%



„Omas kleine schlimme Helfer“ (H. Grassegger, SZ Magazin 42/2012)



Der Arzt hat ganz ungerührt erklärt: Die Großmutter unseres Autors sei tablettensüchtig. Ein hoffnungsloser Fall. So sei eben das Alter. Dabei hatte er der alten Frau jahrelang Tabletten verschrieben, die sie gar nicht gebraucht hätte

Übersicht über die folgenden Themen:

- GKV zur Absicherung des Risikos Krankheit
- Daten zur demographischen Entwicklung
- „Einschlägige“ Beispiele für dringenden Optimierungsbedarf
- **Vorschlag für ein patientenorientiertes Konzept in der Zukunft**
- Prävention, Fazit und Ausblick

Ziele einer guten Versorgung in Gesellschaften längeren Leben – Aufgaben der GKV

- Qualitativ hochwertige „Primärversorgung“ (Hausärzte, hausärztlich tätige Internisten) als Fundament - entscheidend: Koordination der Gesundheitsversorgung
- Patientenzentrierte Versorgung (*person centred*) mit Ausrichtung an Bedürfnissen bzw. Bedarf individueller, insbesondere chronisch Kranker (mehr integrierte Versorgung)
- Regionale bzw. lokale Adaptation: Anpassung an existierende Versorgungsstrukturen und lokale Erfordernisse/Präferenzen
- Weiterentwicklung der Vergütungs- / Honorierungssysteme (*payment mix*): kontaktunabhängig kombiniert mit qualitätsbezogenen Anreizen

Ziele einer guten Versorgung in Gesellschaften längeren Leben – Aufgaben der GKV

- Umfassende, horizontal + vertikal (sektorenübergreifend) koordinierte Grundversorgung aus einer Hand (*comprehensive, co-ordinated care*)
- Kontinuierliche Versorgung (*long-term continuity*): Informationsverluste und diskontinuierliche Betreuung (v.a. bei älteren chronisch Kranken) vermeiden
- Gute Zugänglichkeit/Zugangsgerechtigkeit (*available, accessible, equitable*): niedrighschwellige Erreichbarkeit nach objektivem Bedarf und subjektiven Bedürfnissen für alle Bevölkerungsgruppen
- Auf Selektionsgefahren achten (z.B. bei qualitätsorientierter Honorierung), daher Stärkung der Transparenz und der Patientenrechte

Enge „Verzahnung“ mit der fachärztlichen Sekundärversorgung

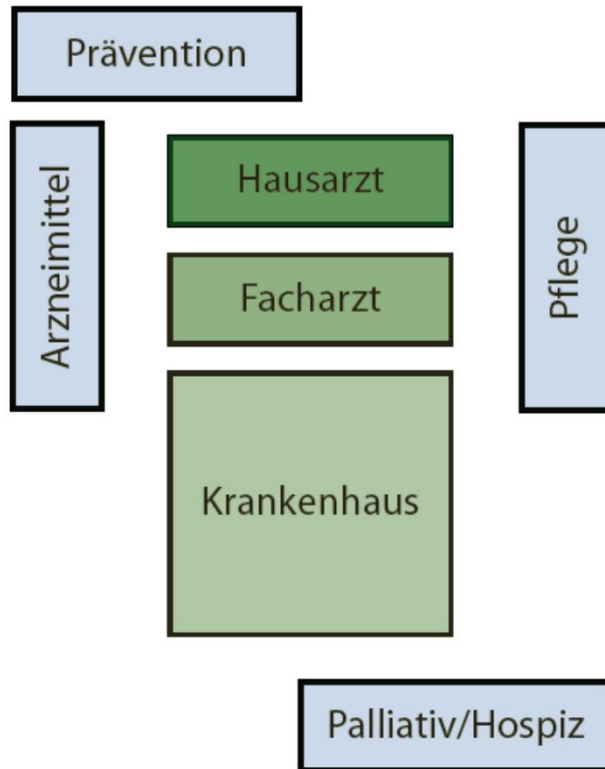
- Fachärztliche Versorgung mit dem Ziel optimaler Koordination
- Organisations- und Honorarstrukturen fördern, die eine Überwindung der ineffizienten sektoralen Konkurrenz zwischen der primären und der sekundärfachärztlichen Versorgung fördern
- Neubestimmung der Position und Aufgabenstellung aller beteiligten Bereiche (integrierte, „vernetzte“ Versorgungskonzepte wie „Gesundes Kinzigtal“):
 - primärärztliche
 - ambulante sekundärfachärztliche
 - am Krankenhaus erbrachte sekundärfachärztliche
 - vollstationäre Versorgung

Die Arzneimittelversorgung als Koordinierungs- und Querschnittsaufgabe

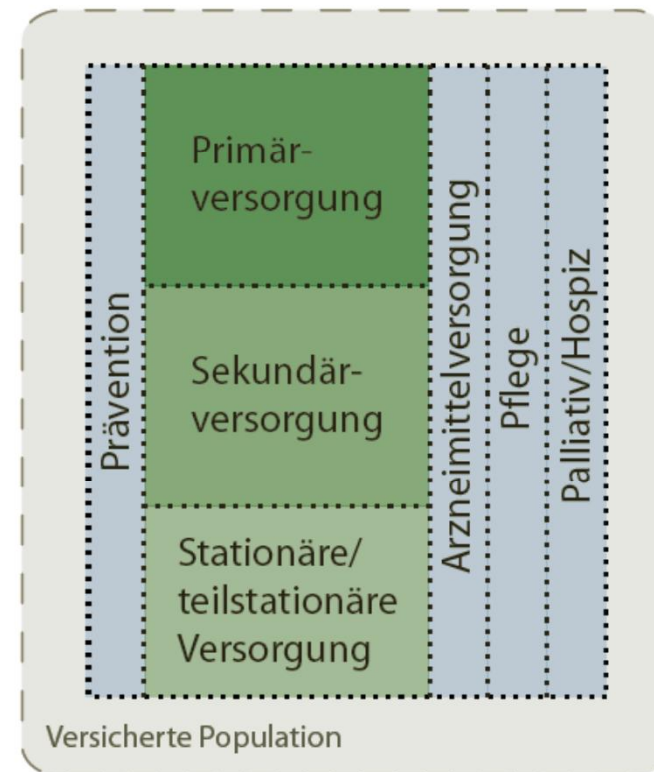
- Die Arzneimittelversorgung muss, vor allem mit Blick auf eine Gesellschaft längeren Lebens, besser in alle Behandlungsabläufe integriert werden – im Rahmen sektorübergreifender Konzepte (z.B. DMP-Multimorbidität, geriatrisch orientierte Leitlinien)
- Den Apothekern kommen damit wichtige Aufgaben als Arzneimittelfachleute zu, die in Kooperation mit den Verordnern umgesetzt werden müssen
- Interaktionen / UAWs können nach den Prinzipien der Pharmakovigilanz verringert werden, EDV-gestützte System incl. der Gesundheitskarte können hierzu einen wichtigen Beitrag leisten

In Gesellschaften längeren Lebens: Von der sektoralen zur populationsorientierten Versorgung – von der Fragmentierung zu einer gemeinsamen und durchlässigen Struktur...

Traditionelles System
Anbieter- und sektororientiert



Zukunftskonzept
Populationsorientiert und sektorübergreifend



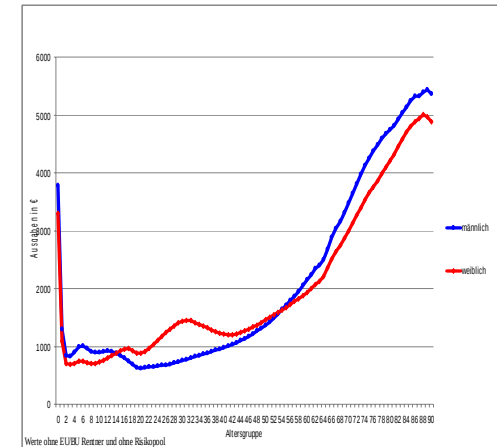
Übersicht über die folgenden Themen:

- GKV zur Absicherung des Risikos Krankheit
- Daten zur demographischen Entwicklung
- „Einschlägige“ Beispiele für dringenden Optimierungsbedarf
- Vorschlag für ein patientenorientiertes Konzept in der Zukunft
- Prävention, Fazit und Ausblick

Gesund alt werden - das Ziel aller Aktivitäten der GKV mit Blick auf unsere älter werdende Gesellschaft:

Die Morbiditätskompression fördern durch frühzeitige Prävention...

- mit steigender Lebenserwartung verringert sich die Länge der chronisch kranken Lebenszeit
- Bzw. der Anteil der Lebenszeit mit einer chronischen Erkrankung an der Gesamtzahl der Lebensjahre nimmt ab.



...und nicht die Morbiditätsexpansion passiv „geschehen“ lassen!

- die Zahl der in Krankheit verbrachten Lebensjahre nimmt zu bzw.
- der Anteil der in Krankheit verbrachten Lebensjahre an der Gesamtzahl der Lebensjahre steigt.

Mundgesundheit – viel zu selten berücksichtigt...

- Zur Prävention gehört auch die Zahngesundheit:
- Die Parodontitis ist ein wichtiger Risikofaktor für die Verschlechterung von Diabetes und die Ereignisse wie Schlaganfall und Herzinfarkt wie auch für Pneumonien (Desvarieux et al., 2003, 2004, 2005)
- Vor allem Menschen mit Diabetes (Typ-1 und Typ-2) haben ein erhöhtes Risiko für Parodontitis.
- Wechselbeziehung zwischen Diabetes und Parodontitis – Schwierigkeiten bei der Kontrolle des Blutzuckerspiegels, Bakterielle Infektionen erzeugen eine Insulinresistenz
- Einige Studien haben auch bereits einen Zusammenhang von Parodontitis und Demenz gezeigt

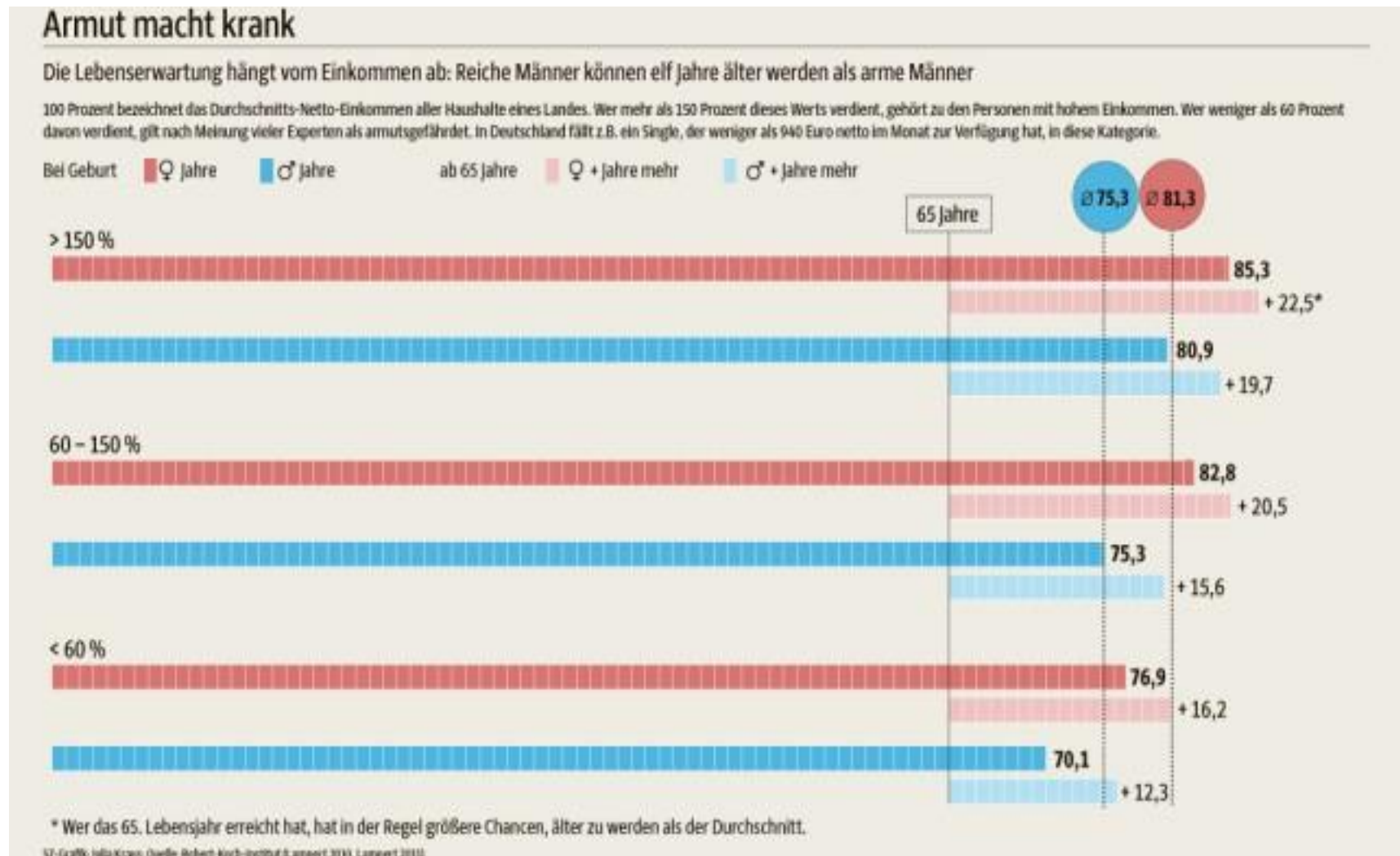
Mundgesundheit – viel zu selten berücksichtigt...

- Viele im Alter häufiger auftretende Erkrankungen werden also durch Parodontitis verschlimmert.
- Daher muss die Koordination und Kommunikation zwischen Zahnärzten und andern Arztgruppen intensiviert werden (Überweisung, Konsiliar)
- Förderung der „aufsuchenden“ zahnmedizinischen Versorgung in Alten- und Pflegeheimen, seit 2012 durch § 87, Abs. 2 i und j SGB V vertraglich regelbar
- Der zahnmedizinischen Prävention und Versorgung kommt daher insbesondere in Gesellschaften längeren Lebens eine besondere Bedeutung zu, weil typische Krankheiten des Alters verringert werden können!

Gesundheit ist ohne Bildung und eine wirksame Sozialpolitik nicht „machbar“

- Altern ist keine Krankheit, die medizinische Versorgung kann sozialpolitische Defizite und Probleme in unserer Gesellschaft nicht ausgleichen.
- Der Nutzen von Arzneimitteln und der Medizin insgesamt sollte nicht überschätzt werden – die höhere Lebenserwartung geht nur z.T. (10 – 40%) auf die Medizin zurück.
- Wichtiger sind Lebensumstände und Gesundheitschancen – Bildung, Wohnen, Ernährung, Arbeitsumgebung, Lebensstil, Alltagsbelastungen, Bewältigungsstrategien....
- Diskriminierung, Einsamkeit und Altersarmut wirken dagegen verheerend auf die Gesundheit älterer Menschen!

Arme sterben früher: Der Ärztetag bezeichnete dies als „Schande“ (SZ 31. Mai 2013)



Gesundheit ist ohne Bildung und eine wirksame Sozialpolitik nicht „machbar“

- Insbesondere Herz-Kreislauf- und Stoffwechselerkrankungen können durch Veränderungen des Lebensstils (Ernährung, Bewegung, Vermeiden von Rauchen, Alkohol nur in Maßen) verringert werden (Verhaltens- und Verhältnisprävention)
- Die GKV sollte daher nicht nur zukunftsorientierte Konzepte und patientenorientierte Versorgungsverträge entwickeln, sondern auch weiterhin als gesellschaftspolitische Kraft zugunsten aller Versicherten, vor allem der älteren, wirken.
- In Gesellschaften längeren Lebens sollte das physische, psychische und soziale Wohlbefinden (WHO) älterer Menschen als Ziel angestrebt werden, auch wenn die individuelle Gesundheit durch Krankheit eingeschränkt ist.

...zum Gesundbleiben gehören auch Interesse, Neugierde und Lebenslust, beides sollte möglichst lange erhalten bleiben...





Vielen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit



und herzlichen Glückwunsch zu:



gglaeske@zes.uni-bremen.de

