

## 10 Forderungen der Arbeitsgemeinschaft GESUNDHEIT 65 PLUS zum Medikationsmanagement bei Multimedikation

### Vorbemerkung: Multimedikation – ein wichtiges Problem im Gesundheitswesen

Mit dem wachsenden Anteil älterer und betagter Menschen in unserer Gesellschaft steigt die Zahl multimorbider und chronisch Kranker. Mit der Multimorbidität nehmen die Gründe für Multimedikation (Einnahme von mehr als 5 Wirkstoffen pro Patient/Tag) und die Gefahren einer Fehlmedikation zu. Ein besonderes Problem ist die Selbstmedikation, durch die die Zahl der aufgenommenen Wirkstoffe unkontrolliert und zum Teil in gesundheitsschädlicher Weise erhöht wird. Zu nennen ist hier insbesondere ein Abusus von frei verkäuflichen Schmerzmitteln. Als Folge davon entstehen Risiken für den einzelnen Patienten durch Interaktionen, Doppelverordnungen, unerwünschte Arzneimittelwirkungen und die Einnahme potenziell ungeeigneter Arzneimittel.

Für die Patienten kann das bedeuten: ausbleibender Therapieerfolg, verminderte Lebensqualität, erhöhte Morbidität, vermeidbare Behinderung, erhöhte Mortalität. Je nach Studie erfolgten 3 bis 7% aller Krankenhauseinweisungen wegen unerwünschter Arzneimittelwirkungen, davon waren 2% tödlich.<sup>1, 2</sup> Auf Grund von systematischen Literaturstudien lässt sich schätzen, dass in Deutschland jährlich zwischen 6.000 und 24.000 Todesfälle auf unerwünschte Arzneimittelwirkungen oder fehlerhafte Arzneimitteleinnahmen zurückzuführen sind.<sup>3</sup>

Auf diese Weise entstehen für das Gesundheits- und Sozialsystem vermeidbare Folgeleistungen: Klinikbehandlungen, ambulante ärztliche Behandlungen, Selbstmedikation, vermehrter Pflegebedarf, vermehrter Reha-Bedarf, Frührenten.

Letztlich ist auch die Volkswirtschaft betroffen, wenn Multimorbidität und Multimedikation bei Versicherten vor dem Rentenalter eine Rolle spielt, z.B. durch längere Arbeitsunfähigkeitszeiten und Produktionsausfälle.

Einem wesentlichen Teil dieser Risiken kann durch ein kooperatives Medikationsmanagement begegnet werden.

An dieser Stelle sei darauf hingewiesen, dass die Multimedikation nicht alleinige Ursache derartiger unerwünschter Folgen darstellt. Es können vielmehr auch Versorgungsbrüche an den Fach- und Sektorengrenzen entstehen. Rabattverträge, Reimportquoten, Festbetragsregelungen und dadurch bedingte Medikamentenumstellungen und Non-Compliance-Raten können ebenfalls zu Problemen führen.

Es muss daher grundsätzlich dafür Sorge getragen werden, die Verunsicherung insbesondere chronisch kranker und älterer Patienten nach Möglichkeiten zu verringern. Vor diesem Hintergrund sollten regelhaft und regelmäßig alle Maßnahmen, die unnötige Medikamentenwechsel bedingen, auf ihre Folgen und Nebenwirkungen überprüft und entsprechende Konsequenzen (vgl. Substitutionsausschlussliste) abgeleitet werden.

Die folgenden 10 Forderungen beschränken sich allerdings strikt auf das Medikationsmanagement bei Multimorbidität, dem Thema, mit dem sich die Arbeitsgemeinschaft GESUNDHEIT 65 PLUS im Jahre 2014 befasst hat.

Jede Forderung ist mit einem Umsetzungsvorschlag versehen, der sich an bestimmte Akteure oder/und ggf. den Gesetzgeber wendet und als Denkanstoß zu einem wirksamen Medikationsmanagement gedacht ist.

<sup>1</sup> EC Davies, et al. (2009) *PLoS One*; 4 (2): e4439

<sup>2</sup> S. Schneeweiss, et al. (2002) *Eur J Clin Pharmacol*; 58 (4): 285-291

<sup>3</sup> A. Johnsson (2009), *Mortalität durch Arzneimittel - Systematischer Review zur Häufigkeit von arzneimittelbedingten Todesfällen*, Berlin School of Public Health

## Die Forderungen im Einzelnen

### Förderung der Akzeptanz bei Ärzten und Apothekern

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.

*Umsetzungsvorschlag: Umsetzung im Rahmen der Qualitätssicherungsaufgaben der Körperschaften und Berufsverbände der Ärzte und Apotheker sowie in den Weiterbildungsordnungen ( z.B. im Rahmen von geriatrischer Qualifikation).*

### Kooperation von Ärzten, Apothekern, medizinischen Fachangestellten und Pflegekräften beim Medikationsmanagement

2. Die zwingend notwendige Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Apothekern, aber auch mit medizinischen Fachangestellten und Pflegekräften beim Medikationsmanagement muss formal etabliert werden.

*Umsetzungsvorschlag: Implementierung in die AM-Richtlinien und Berufsordnungen.*

### Einsatz von Hilfsmitteln (Medikationspläne, Software)

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.

*Umsetzungsvorschlag: Längerfristig ist dafür zu sorgen, dass der Medikationsplan in der vom BMG bzw. der Koordinierungsgruppe AMTS vorgeschlagenen Form in die elektronische Gesundheitskarte integriert wird. Verbindliche Vorgaben und/oder finanzielle Anreize sind dazu nötig (durch den Gesetzgeber, die Vertragspartner und die zuständigen Körperschaften).*

4. Medikationspläne müssen in Softwareprogrammen so umgesetzt werden, dass ein Medikations-Check durchgeführt werden kann (gemäß AMTS-Empfehlung).

*Umsetzungsvorschlag: Förderung durch verbindliche Vorgaben und/oder finanzielle Anreize (siehe auch Forderung 3.).*

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).

*Umsetzungsvorschlag: Motivation und Anreize für Patienten zur verbindlichen Nutzung eines individuellen Medikationsplans (z.B. integriert in die Versichertenkarte) der sowohl bei den behandelnden Ärzten als auch bei den Apotheken vorgelegt und laufend aktualisiert werden sollte (Voraussetzungen müssen insbesondere durch den Gesetzgeber - Stichwort Versichertenkarte -, aber auch durch die Vertragspartner im G-BA und Partner von Selektivverträgen geschaffen werden).*

## Versorgungsforschung

6. Die Evidenz für Vorgaben beim Medikationsmanagement (Berücksichtigung von Interaktionen und Kontraindikationen, Medikationsregeln etc.) muss durch gezielte Versorgungsforschung erhöht werden.

Umsetzungsvorschlag: Die Versorgungsforschung hinsichtlich Multimedikation bedarf intensiver Förderung (beispielsweise durch Evaluation von Modellprojekten zum Medikationsmanagement mit Mitteln aus dem Innovationsfonds oder durch das BMG bzw. das BMBF).

## Finanzielle Förderung und Anreize

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.

Umsetzungsvorschlag: Das Medikationsmanagement sollte in den Themenkatalog des Innovationsfonds aufgenommen werden, insbesondere dann, wenn es für multimorbide Patienten, die mindestens mehr als fünf Arzneimittel gleichzeitig nehmen, in selektiv-vertraglicher Versorgung implementiert 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).<sup>4,5</sup>

Umsetzungsvorschlag: Aufnahme der Honorierung des Medikationsmanagements in Gebührenordnungen, Selektivverträge oder sonstige Finanzierungsregelungen.

## Förderung der Mitwirkung der Patienten

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.

Umsetzungsvorschlag: Arzneimittelbezogene Informationen und Coaching der Patienten auf Grund einer Medikationsanalyse mit dem Ziel einer besseren Therapietreue und des Empowerments müssen als Aufgabe von Ärzten, Apothekern, medizinischen Fachangestellten, sonstigen dafür qualifizierten nichtärztlichen Fachberufen und Krankenkassen intensiv wahrgenommen, in den Rahmenseetzungen und Verträgen berücksichtigt und finanziell gefördert werden (siehe auch Forderung 8).

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.

Umsetzungsvorschlag: Bonusregelungen in Krankenkassensatzungen.

---

<sup>4</sup> M. Schaefer (2013): Medikationsmanagement - Zwischen Anspruch und Wirklichkeit. Deutsche Apotheker Zeitung, 153. Jahrgang, 12.09.2013, Nr. 37: 66 - 75

<sup>5</sup> T. Fiß, M. Schaefer, N. van den Berg, W. Hoffmann (2012): Zeitbedarf und Kosten für die Umsetzung eines Medikamentenreviews und assoziierter pharmazeutischer und medizinischer Evaluation im ambulanten Versorgungssektor. Gesundheitswesen 2012; 74(5): 322-327. Thieme

### **Schlussbemerkung:**

Diese Forderungen wurden in der Plenumsitzung der Arbeitsgemeinschaft GESUNDHEIT 65 PLUS am 27. November 2014 in Berlin diskutiert und zur Abstimmung gestellt. Mit großer Mehrheit stimmten die Mitglieder den Forderungen ohne Gegenstimme bei wenigen Enthaltungen zu.

### **Über die Arbeitsgemeinschaft GESUNDHEIT 65 PLUS:**

Die Arbeitsgemeinschaft GESUNDHEIT 65 PLUS ist aus bürgerschaftlichem Engagement heraus entstanden. Sie ist eine multiprofessionelle und unabhängige Arbeitsgemeinschaft mit einem breiten Spektrum unterschiedlicher Kompetenzen aus dem Gesundheitswesen und dem Gesundheitswesen nahestehenden Bereichen. Ihre Mitglieder wollen unabhängig von Partialinteressen Beiträge zur Förderung der Gesundheit der Zielgruppe „65 Plus“ leisten. „65 Plus“ ist dabei als Metapher für das Alter und nicht als konkrete Altersgrenze gedacht.

Leitungsteam: Karsten Köhler (Luckau/Görlsdorf), Rudolf Bals (Wustermark/OT Elstal),  
Senior Consultant: Dr.med. Klaus Meyer-Lutterloh (Berlin).

Postanschrift: Arbeitsgemeinschaft GESUNDHEIT 65 PLUS c/o Rudolf Bals, Heideweg 12,  
14641 Wustermark/OT Elstal, E-Mail: bals@gesundheit-65plus.de

Website: [www.gesundheit-65plus.de](http://www.gesundheit-65plus.de)

Berlin, 01.12.2014