



Gesundheitliche Versorgung sichern - auch im hohen Alter!

Die Deutsche Rheuma-Liga hat 2012 das Forschungsprojekt „Rheuma und Alter. Versorgung der über 65-jährigen Menschen mit chronisch entzündlichen Erkrankungen in Deutschland“ in Auftrag gegeben. Im Fokus der Untersuchung stand die Frage, welche Versorgungsleistungen (Arzneimittel, Heilmittel) die Betroffenen sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich in Anspruch nehmen.

Die Ergebnisse des Forschungsprojektes geben Hinweise darauf, dass ältere Menschen (≥ 65 Jahre) mit den entzündlich-rheumatischen Erkrankungen Rheumatoide Arthritis (RA), Ankylosierende Spondylitis (AS) und Psoriasis Arthritis (PsA) medikamentös nicht adäquat versorgt sind.

Zur Verbesserung und den Erhalt der gesundheitlichen Versorgung von älteren und alten rheumakranken Menschen fordert die Rheuma-Liga, dass

...eine adäquate Arzneimitteltherapie in allen Settings gewährleistet wird.

Die Arzneimitteltherapie ist ein wesentlicher Bestandteil in der Behandlung der rheumatischen Erkrankungen. Das therapeutische Vorgehen bei der Behandlung einer RA, AS und PsA ist beispielsweise in den Empfehlungen der EULAR (European League against Rheumatism) und in Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh) dargestellt. Die Behandlung mit Medikamenten, die die Entzündungsaktivität und die Zerstörung der Gelenke beeinflussen (klassische DMARDs und Biologika) ist dabei ein zentraler Eckpfeiler der Behandlung. Rheumakranke Menschen müssen in allen Settings und in jedem Alter mit den medizinisch erforderlichen Medikamenten versorgt werden.

...dass eine ganzheitliche Schmerztherapie etabliert wird.

Insbesondere bei älteren und hochbetagten rheumakranken Menschen haben Schmerzen negative Konsequenzen. Aus Angst werden körperliche Aktivitäten gemieden, in der Folge kommt es zum Funktionsverlust und zur Immobilität. Dauerhafter Schmerz fördert zudem Schlafstörungen und Fatigue (Müdigkeit). Alle Faktoren zusammen bedingen einen Verlust von Lebensqualität und sozialer Teilhabe. Eine effektive medikamentöse Schmerztherapie durchbricht diesen Kreislauf. Dabei müssen die altersspezifischen Veränderungen und die individuelle Physiologie Beachtung finden. Ein kontinuierliches Monitoring sichert die medikamentöse Therapie ab. Eine erfolgreiche Schmerzbehandlung schließt auch eine nichtmedikamentöse Therapie mit ein.

...dass die Behandlung interdisziplinär und multiprofessionell organisiert wird.

Multimorbidität und Polypharmazie (\geq fünf Medikamente) stellen eine besondere Herausforderung für die ärztliche Behandlung älterer Menschen mit rheumatischen Erkrankungen dar. Hinzu kommen - altersbedingt - die Verminderung von Muskelmasse und Muskelkraft (Sarkopenie), Mangelernährung (Malnutrition) oder das Frailty-Syndrom (Gebrechlichkeits-Syndrom). Aufgrund dieser komplexen Behandlungssituation ist es notwendig, dass sowohl ein multiprofessionelles (Ärzte, Pflegekräfte und Psychotherapeuten) als auch ein interdisziplinäres Team (Hausärzte,

Rheumatologen, Nephrologen, Gerontologen u.a.) in die Therapiestrategie eingebunden werden.

...die nicht-medikamentösen Therapien und die Rehabilitation bei der Versorgung einbezogen werden.

Die Kerndokumentation von 2013 zeigt, dass sowohl Ergo- als auch Physiotherapie - altersunabhängig - nur im geringen Maße verordnet werden. In der Behandlung rheumatischer Erkrankungen sind Maßnahmen der physikalischen Therapie und der Ergotherapie unverzichtbar. Maßnahmen der Physio- und Ergotherapie helfen Betroffenen, eine größtmögliche Selbstständigkeit zu erhalten. Hierzu dienen auch Maßnahmen zur Rehabilitation, wenn die ambulanten Heilmittel nicht ausreichend sind. Erkenntnisse in der Physiotherapie rheumatischer Erkrankungen zeigen, dass neben dem Erhalt der Beweglichkeit auch ein spezielles Muskelaufbautraining zur Stärkung der Muskulatur notwendig ist. Dem Grundsatz „Rehabilitation vor Pflege“ (§ 31 SGB XI) muss auch in der Praxis mehr Gewicht verliehen werden.

Die Studienergebnisse

Die Untersuchung „Rheuma und Alter. Versorgung der über 65-jährigen Menschen mit chronisch entzündlichen Erkrankungen in Deutschland“ wurde auf der Basis von Routinedaten einer gesetzlichen Krankenkasse für die Jahre 2009-2012 vom Institut für Gesundheits- und Sozialforschung (IGES) durchgeführt. Beispielhaft wurden für das Forschungsprojekt die drei häufigsten entzündlich-rheumatischen Erkrankungen - die rheumatoide Arthritis (RA), die ankylosierende Spondylitis (AS) und die Psoriasis Arthritis (PsA) - herangezogen.

Die Studienpopulation bestand aus 903.656 Patienten (Alter ≥ 65 Jahre, 42,9% Frauen). Innerhalb dieser Gruppe konnten 25.165 Patienten mit einer RA, 4.835 Patienten mit einer AS und 2.741 Patienten mit einer PsA identifiziert werden.

Die medikamentöse Versorgung erfolgte bei allen Erkrankungen überwiegend mit Analgetika (RA:18,6%, AS:15,6%, PsA:18,2%) oder nichtsteroidalen Antirheumatika (RA:27,8%, AS 26,2%, PsA: 28%). Die Inanspruchnahme von Biologika und herkömmlichen DMARDs war dagegen gering. Lediglich 0,4% der Betroffenen mit einer RA und 0,3% der Betroffenen mit einer AS bzw. 0,5% der Betroffenen mit einer PsA wurden mit Biologika versorgt.

Die Analyse der Routinedaten gibt zudem Hinweise darauf, dass das Pflegesetting die medikamentöse Behandlung beeinflusst: Für die rheumatoide Arthritis konnte gezeigt werden, dass die Versorgung mit einem DMARD in der vollstationären Pflege geringer ist als in der ambulanten Pflege. Analgetika werden in der ambulanten Pflege deutlich öfter verordnet als im vollstationären Bereich.