

Günster
Klose
Schmacke

2012

Versorgungs-Report

Schwerpunkt: Gesundheit im Alter



 Schattauer

mit
Online-
Zugang

Zugang zum Internetportal des »**Versorgungs-Report**«
mit allen Abbildungen und Tabellen sowie Zusatzmaterial (Details s. S. 385)

... so geht's:

- Im Internet www.versorgungs-report-online.de aufrufen
- Anmelden (ggf. vorher registrieren – Sie erhalten per E-Mail Ihre Zugangsdaten zum Internetportal)
- Dann den unten angegebenen Zugangscode freischalten

Ihr Zugangscode: **vreport2012-6679-ybXkgz**

Christian Günster
Joachim Klose
Norbert Schmacke

Versorgungs- Report 2012

This page intentionally left blank

Versorgungs- Report 2012

Schwerpunkt: Gesundheit im Alter

Herausgegeben von

Christian Günster, Joachim Klose und Norbert Schmacke

Mit Beiträgen von

Sabine Bartholomeyczik

Clemens Becker

Björn Broge

Patrick Brzoska

Ines Buscher

Regine Chenot

Andreas Dethloff

Claudia Dinand

Gabriele Doblhammer

Peter Engeser

Luzia Erhardt-Beer

Stefan Felder

Bettina Gerste

Stefan Görres

Christian Günster

Stefanie Holt-Noreiks

Michael Hüll

Eva Hummers-Pradier

Ulrike Junius-Walker

Adelheid Kuhlmei

Norbert Lübke

Rainer Markgraf

Matthias Meinck

Katrin Nink

Christiane Patzelt

Tina Quasdorf

Kilian Rapp

Oliver Razum

Doris Schaeffer

Norbert Schmacke

Svenja Schmitt

Anne Schulz

Johannes Stock

Joachim Szecsenyi

Gudrun Theile

Petra A. Thürmann

Sebastian Voigt-Radloff

Horst Christian Vollmar

Ulla Walter

Klaus Wingenfeld

Anette Zawinell

Markus Zimmermann

Mit 84 Abbildungen und 64 Tabellen

Zuschriften an:

Susanne Sollmann

Redaktion Versorgungs-Report

Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO)

Rosenthaler Straße 31

10178 Berlin

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Besonderer Hinweis:

In diesem Buch sind eingetragene Warenzeichen (geschützte Warennamen) nicht besonders kenntlich gemacht. Es kann also aus dem Fehlen eines entsprechenden Hinweises nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Das Werk mit allen seinen Teilen ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der Bestimmungen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne schriftliche Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form ohne schriftliche Genehmigung des Verlages reproduziert werden.

© 2012 by Schattauer GmbH, Hölderlinstraße 3, 70174 Stuttgart, Germany

E-Mail: info@schattauer.de

Internet: www.schattauer.de

Printed in Germany

Lektorat: Lektorat und redaktionelle Bearbeitung durch die Herausgeber

Umschlagabbildung: Allgemeinmedizin © ISO K^o – Fotolia.com

Satz: Ursula Ewert GmbH, Oswald-Merz-Straße 3, 95445 Bayreuth

Druck und Einband: Druckerei Himmer AG, Steinerne Furt 95, 86167 Augsburg

ISBN 978-3-7945-2850-5

Vorwort

Der Versorgungs-Report ist eine jährliche Publikationsreihe des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WiDO). Er macht die Gesundheitsversorgung insgesamt zum Thema, nämlich die Behandlung von Patienten und ihren Erkrankungen durch niedergelassene Ärzte, Krankenhäuser und andere Therapeuten. Der Versorgungs-Report ergänzt damit die sektorbezogenen Report-Serien des WiDO mit dem Arzneiverordnungs-, dem Krankenhaus-, dem Heilmittel- und dem Fehlzeiten-Report. Der Versorgungs-Report hat einen starken empirischen Bezug und nimmt in analytischer Hinsicht die sektorübergreifende versichertenbezogene Versorgungsperspektive ein. Er durchleuchtet dabei auch den ambulanten vertragsärztlichen Bereich als die meist erste Anlaufstation der Patienten. Der Report gliedert sich in drei Blöcke: Erstens das jährliche Schwerpunktthema, zweitens den Diskussionsblock mit Beiträgen zu aktuellen Versorgungsthemen und drittens den Teil „Daten und Analysen“ mit Übersichtsdarstellungen zur Gesundheitsversorgung in Daten und Zahlen.

Das Schwerpunktthema dieses Reports ist die Gesundheitsversorgung und Pflege älterer Menschen. Die Zahl der über 65-Jährigen steigt bis Ende der 2030er Jahre von heute knapp 16 Millionen um fast die Hälfte auf rund 22 Millionen Menschen. Dieser Trend stellt nicht nur Gesundheitspolitiker, sondern alle Akteure im Gesundheitswesen vor Herausforderungen: Wie und von wem werden künftig Menschen mit Alterskrankheiten, mehreren chronischen Erkrankungen oder Pflegebedürftige versorgt? Welche zukunftsweisenden Ansätze in der Prävention, Pflege und Gesundheitsversorgung alter Menschen gibt es?

Der Versorgungs-Report 2012 liefert den Interessenten umfassende und aktuelle Informationen über den Behandlungsbedarf alter und hochbetagter Menschen in Deutschland. Verlässliche Angaben zu Krankheitsprävalenzen und -inzidenzen sind zwar dringend erforderlich, dennoch sind sie oftmals nicht verfügbar. Analysen auf Basis von Routinedaten der Krankenkassen können hier Lücken schließen. Für den Report wurden Routinedaten über die ambulante und stationäre Therapie ausgewertet. In Einzelbeiträgen wird ein Überblick über die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen durch Ältere im Allgemeinen und Pflegebedürftige im Besonderen gegeben. Ein weiterer Fokus liegt auf Demenzerkrankungen.

Der Diskussionsteil befasst sich diesmal mit der Qualitätssicherung der hausärztlichen Palliativversorgung. Der Statistikteil „Daten und Analysen“ informiert auf Grundlage der Daten von 24 Mio. AOK-Versicherten ausführlich über Prävalenzen und Hospitalisierungsquoten für die häufigsten Erkrankungen differenziert nach Alter und Geschlecht. Weiterhin werden Krankenhausbehandlung, Arzneiverordnungen, ärztliche Inanspruchnahme sowie Sonderanalysen für ausgewählte chronische Erkrankungen und Komorbiditäten dargestellt.

Ergänzend zur Printausgabe des Versorgungs-Reports wird ein Internetportal angeboten, das neben allen Abbildungen und Tabellen des Buches zusätzlich einen statistischen Überblick über mehr als 1 500 Krankheiten enthält.

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird innerhalb der Beiträge in der Regel die männliche Schreibweise verwendet. Wir möchten deshalb darauf hinweisen,

dass diese Verwendung der männlichen Form explizit als geschlechtsunabhängig verstanden werden soll.

Angesichts der Dauer der Lebensphase ab dem 65. Lebensjahr werden im Versorgungs-Report zwei Abschnitte dieser Lebensphase begrifflich unterschieden: nämlich die Gruppe der „jungen Alten“ der 65- bis unter 85-Jährigen und die Gruppe der „alten Alten“ ab 85 Jahren mit den synonymen Bezeichnungen „sehr alte Menschen“, „alte Alte“, „Hochaltrige“ und „Hochbetagte“.

Wir freuen uns, für den Versorgungs-Report 2012 zahlreiche Experten und Expertinnen als Autoren vereinen zu können, deren aktuelle Beiträge den Report in dieser Form erst möglich gemacht haben. Ein besonderer Dank gilt Bettina Gerste, Dr. Jörg Lauterberg und Dr. Gerhard Schillinger für ihre Anregungen und Hinweise zur Konzeption des Reports. Danken möchten wir auch allen Kolleginnen und Kollegen im WIdO, die an der Buchproduktion beteiligt waren. Zu nennen sind hier insbesondere Susanne Sollmann für ihr Lektorat, die Übersetzungen ins Englische und ihre Unterstützung bei der Report-Redaktion sowie Ulla Mielke für die Erstellung von Abbildungen, Tabellen und der ergänzenden Internetdokumente unter Mitwirkung von Manuela Stallauke. Danken möchten wir auch Jürgen-Bernhard Adler und Stephan Zähres, die souverän und zuverlässig die AOK-Daten aufbereitet haben. Nicht zuletzt gilt unser Dank den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Schattauer Verlags für die professionelle verlegerische Betreuung.

Berlin und Bremen, im November 2011

Christian Günster
Joachim Klose
Norbert Schmacke

Editorial

Norbert Schmacke

Gesundheit im Alter: Der zweite Band des Versorgungs-Reports möchte dazu beitragen, den Blick auf dieses Thema zu weiten. Im Jahre 2009 hatten das Statistische Bundesamt, das Deutsche Zentrum für Altersfragen und das Robert Koch-Institut erstmals einen umfassenden und Maßstäbe setzenden Bericht zu „Gesundheit und Krankheit im Alter“¹ vorgelegt, und auf eine Reihe der dort angesprochenen Fragen geht dieser zweite Versorgungs-Report anhand des vorliegenden Forschungsstandes ausführlicher ein. Allzu oft werden düstere Szenarien gemalt, wenn vom demografischen Wandel und der damit verbundenen „Krankheitslast“ die Rede ist. Für Schwarzmalerei ist nun angesichts der erfreulich gestiegenen Lebenserwartung in den wohlhabenden Gesellschaften erst einmal kein Anlass, wohl aber können die Katastrophenbilder den Blick auf die notwendigen Veränderungen im Sozial- und Gesundheitswesen verstellen oder sie münden ausschließlich in die Forderung nach massiver Erhöhung der Gesamtbudgets für die medizinische Versorgung ein. Viele Interessen und unterschiedliche Perspektiven kommen ins Spiel, wenn Alter und Gesundheit unter dem Gesichtspunkt der medizinischen und pflegerischen Versorgung thematisiert werden, und es ist aus zwei Gründen nicht leicht, sich über Bedarf oder Angemessenheit zu verständigen: Auf der einen Seite geht es um gewaltige Summen für Leistungserbringer und Industrie, wodurch erhebliche Kreativität auf der Anbieterseite freigesetzt wird: Der alte Mensch wird zu einer außerordentlich interessanten Größe bei der Entdeckung von Versorgungsfeldern. Auf der anderen Seite tun sich Wissenschaft und Versorgungsplanung schwer, so etwas wie „realen Bedarf“ zu definieren. Dies liegt nicht nur daran, dass es prinzipiell unmöglich ist, Bedarf rein wissenschaftlich zu definieren, sondern leider auch an einer unbefriedigenden Datenlage in der einschlägigen Forschung und Berichterstattung. Die wissenschaftlichen, ökonomischen und politischen Debatten um angemessene Versorgung lassen prototypische Varianten erkennen:

- 1. Weithin wird die Auffassung vertreten, dass die Früherkennung von Krankheiten das beste Mittel sei, individuelle und gesellschaftliche Lasten zu reduzieren.*

Durch die modernen bildgebenden Verfahren vom Ultraschall bis zum Kernspin sind heute feinste Veränderungen an Organen und Geweben feststellbar. Ein alter Mensch, der nur aufwändig genug untersucht worden ist, verlässt derartige „gründliche“ Diagnostik nicht ohne „Befunde“. Wie es um die Problematik „Krankheitswert von Befunden“ bestellt ist, lässt sich mittels einer Kasuistik erläutern, die der Geriater Goodwin vor Jahren publiziert hat².

1 Böhm K, Tesch-Römer, C, Ziese T. Gesundheit und Krankheit im Alter. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin 2009.

2 Goodwin JS. Geriatrics and the Limits of Modern Medicine. The New England Journal of Medicine 1999; 341: 768–9.

„Ein älterer Herr möchte im Krankenhaus seinen Leistenbruch operativ behandeln lassen. Bei der Eingangsuntersuchung wird ein Herzgeräusch festgestellt. Dem Patienten wird eine Herzkatheteruntersuchung empfohlen. Da das Angiogramm eine Stenose zeigt, wird dem Patienten eine Bypass-Operation empfohlen. Vor dieser Operation werden die Halsschlagadern mit Ultraschall untersucht. Wegen einer dabei festgestellten Stenose wird eine Carotis-Endarteriektomie durchgeführt; durch diese Operation erleidet der Patient einen Schlaganfall, von dem er sich nur langsam erholt. Sechs Monate später wurde die Bypass-Operation durchgeführt. Im weiteren Verlauf zeigte der Patient kein Bedürfnis mehr, den Leistenbruch operieren zu lassen, da sein Bewegungsradius stärker eingeschränkt war. Bei allem äußerte der Patient hohe Zufriedenheit mit der ärztlichen Betreuung.“

Mit dieser sicher besonders drastischen Schilderung ist nichts gegen die sinnvolle Anwendung moderner Diagnostik bei alten und hochbetagten Menschen gesagt, wohl aber gegen den Irrglauben, dass Technik den Abwägungsprozess bei der Entwicklung von Behandlungsempfehlungen leichter mache. Das Problem taucht altersunabhängig auf, die Inflation schwer zu deutender Bilder und Laborwerte korreliert aber in hohem Maß mit dem Alter und ist verantwortlich für den unterschätzten Befund der Pseudo-Multimorbidität.

- 2. Es gibt viel Zustimmung zu der These, dass die mit dem Alter zunehmende Multimorbidität die Taylorisierung der Medizin³ fördere. Im Ergebnis führe dies zu einem besonders problematischen Nebeneinander von Über-, Unter- und Fehlversorgung.*

Die allgemeine Kritik am Verlust „ganzheitlicher“ Betrachtung erkrankter Menschen erscheint im Falle der Multimorbidität besonders plausibel. Auf der einen Seite findet die Forderung nach ganzheitlicher Betreuung in allen Umfragen große Zustimmung; auf der anderen Seite findet sich häufig unverbunden damit die Sorge, dass Fallführung durch Generalisten oder gar ein konsequentes Gatekeeping zu einem ungenügenden Einsatz moderner Medizin führe. Diese unterschiedlichen Haltungen sind bisher in keiner Weise durch die gesundheitspolitische Aufwertung der hausärztlichen Versorgung in Bewegung geraten. Eine Variante dieser Debatte wird um die Frage geführt, in welchem Umfang eine Geriatriisierung von Medizin und Pflege samt Förderung altersspezifischer Versorgungskonzepte erforderlich ist und wo es eher um die kluge Verwendung und Vernetzung vorhandener diagnostischer und therapeutischer Potenziale geht. Und so stehen sich am Ende häufig die Einschätzung, die steigende Lebenserwartung fördere eine unsinnige Medikalisierung von Lebensläufen, und die Sorge, dass insbesondere älteren Menschen moderne Medizin vorenthalten werde, unversöhnlich gegenüber.

- 3. Die Frage nach der angemessenen Versorgung im Alter ist eingebettet in widersprüchliche gesellschaftliche Diskurse um die Wertschätzung des Alters, um Partizipation und die Gefahren durch Altersdiskriminierung.*

3 Berwick DM. Improvement, trust, and the healthcare workforce. *Quality and Safety in Health Care*. 2003; 12: 448–52.

Zunehmende Lebenserwartung steht nicht zuletzt im engen Zusammenhang mit einem höheren durchschnittlichen Bildungsniveau. Dies fördert das Bedürfnis nach Verstehen, Mitsprache und Mitentscheidung auch in gesundheitlichen Fragen. Gelten alte Menschen traditionell als „gute“, weil schweigsame Patienten, so beginnt dieses Stereotyp an Plausibilität zu verlieren. Ein weiteres Stereotyp kommt immer stärker ins Wanken: das Bild des gebrechlichen alten Menschen, dessen soziale Aktivitäten parallel drastisch abnehmen und der „versorgt“ werden muss. Auf der anderen Seite werden Bilder von einer ewig jungen Generation der über 60-Jährigen erzeugt, die die tatsächlich auftretenden somatischen und psychischen Beeinträchtigungen gut kompensieren, gezielt nach präventiven wie kurativen medizinischen Hilfen suchen und darüber hinaus unnötiges Leiden thematisieren. Das Interesse der älteren Generation an einer fairen medizinisch-pflegerischen Versorgung hat vermutlich als erster Robert N. Butler⁴ systematisch artikuliert, so in „Why Survive“⁵ wie folgt: „The tragedy of old age is not the fact that each of us must grow old and die but that the process of doing so has been made unnecessarily and at times excruciatingly painful, humiliating, debilitating and isolating through insensitivity, ignorance and poverty.“

Es ist in diesem Kontext eine vermutlich unterbewertete Frage, wie groß der Einfluss der Sorge vor altersbedingter Diskriminierung im Gesundheitswesen auf das Leistungsgeschehen ist: Diese Sorge wird rasch interessengeleitet in die Unterstellung von Altersrationierung umformuliert. Unsicher ist weiter, wie es besser gelingen kann, parallel zu dem größeren Bedürfnis nach Mitsprache in Gesundheitsfragen die „Health Literacy“ (mit „Gesundheitsmündigkeit“ hölzern übersetzt) zu fördern, d. h. Menschen zu ermöglichen, sich eigenständig über Nutzen und Risiken vorgeschlagener Untersuchungs- und Behandlungsverfahren fair zu informieren und/oder entsprechende Unterstützung erhalten zu können.

4. *„Der ältere Mensch“ tritt schließlich nicht zuletzt „als Wirtschaftsfaktor“⁶ auf die Bildfläche und wird zum umworbene(n) Kunden des Gesundheitsmarktes, von den Individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) niedergelassener Ärzte⁷ bis zu kommerziellen Anbietern einer gewaltigen Produktpalette, die sich des Labels Gesundheit bedienen.*

Die Wirtschaft hat spätestens in den 1990er Jahren verstanden, dass – bei Fortbestehen ausgeprägter sozialer Unterschiede – das klassische Bild der Altersarmut überholt war und unter den Rentnerinnen und Rentnern zahlungskräftige Käufer-schichten heranwuchsen. Exemplarisch wird dies in einer Expertise einer Projektgruppe der Universität Frankfurt am Main für die dort eingerichtete „Universität des 3. Lebensalters“ aus dem Jahr 1991/92 deutlich. Dort heißt es:

4 Gerontologe, Gründungsdirektor des National Institute on Aging der National Institutes of Health (1927-2010). Von Butler stammt der Begriff des „Ageism“ (die systematische Diskriminierung des Alters/ alter Menschen).

5 Butler RN. Why Survive? Being Old In America. Harper & Row 1975.

6 www.bagso.de/967.html

7 hierzu kritisch www.mds-ev.de/Evidenz-basierte%20Medizin_IGeL.htm

- „Seniorenhaushalte mit einer Bezugsperson von über 65 Jahren besitzen fast ein Viertel aller geldlichen Vermögensbestände. Sie stellen rund ein Fünftel der gesamten Konsumausgaben aller privaten Haushalte und tragen damit überdurchschnittlich zum Gesamtkonsum bei.
- Ohne die ältere Generation würde z. B. die Reisebranche existenzbedrohende Umsatzverluste erleiden, würden Reise- und Ausflugsziele, vor allem aber Kurorte und Heilbäder, auf die Mehrzahl ihrer Gäste verzichten müssen, Hotels und Gastronomiebetriebe brotlos werden und diverse Verkehrsmittel nicht mehr ausreichend genutzt werden können.
- Arztpraxen und Apotheken sowie Einrichtungen der Gesundheitsdienste würden um ihre Existenz bangen müssen, Zeitungsverlage ihre langjährigen Abonnenten verlieren und viele Industriebetriebe, vor allem die pharmazeutischen Betriebe, ihre Produktion teils ganz einstellen müssen.“⁸

Die Entdeckung des „Wirtschaftsfaktors alter Mensch“ ist nicht per se ein Problem, soweit damit erst einmal unstrittige Trends aufgezeigt werden. Es steht aber zu vermuten, dass die damit verbundene Variante der „Kundenorientierung“ auch auf das gesamte Gesundheitswesen ausstrahlt und in problematischer Form auf die Entwicklung der Präferenzen und Haltungen älterer Menschen einwirkt.

Der Versorgungs-Report 2012 fokussiert das Thema Alter und Gesundheit aus verschiedenen Perspektiven unter der Leitfrage, welche Schritte bei der Weiterentwicklung einer bedarfsgerechten medizinisch-pflegerischen Versorgung einschließlich präventiver Ansätze gegangen werden sollten. Dies beinhaltet die Analyse von Versorgungsrealitäten und Forschungsdefiziten, es umfasst aber auch Ansätze zur Stabilisierung und Stärkung von Reformansätzen von der Makro- bis zur Mikroebene. Die Beiträge verstehen sich in ihrer Gesamtheit als ein Instrument gegen eine nicht selten anzutreffende Resignation vor unverkennbaren Wissensdefiziten und Reformbarrieren. Es lässt sich jetzt schon festhalten, dass die Diskussion um die Fragen von Alter, Gesundheit und Krankheit in den letzten Jahren deutliche Fortschritte zu verzeichnen hat.

Am Anfang steht erneut unabweislich die Analyse der demografischen Entwicklung in Deutschland. Dabei wird anders als in vielen heute üblichen Darstellungen zunächst einmal deutlich, dass die gestiegene und weiter wachsende Lebenserwartung verbunden mit einem langen Leben in Gesundheit für einen Großteil der Bevölkerung ein außerordentlicher Gewinn ist. Daran anschließend wird thematisiert, wie es um die weitere Beeinflussbarkeit der Sterblichkeit bestellt ist, wo Grenzen für eine Zunahme von Lebensjahren ohne gravierende Einschränkungen zu sehen sind und welche besonderen Versorgungsprobleme sich im Zusammenhang mit dem Altersaufbau in naher und fernerer Zukunft ergeben werden. Erst damit sind

8 www.bagso.de/965.html

s. auch den 6. Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Potenziale des Alters in Wirtschaft und Gesellschaft. Der Beitrag älterer Menschen zum Zusammenhalt der Generationen.

www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung3/Pdf-Anlagen/sexhster-altenbericht-stellungnahme-der-bundesregierung,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf

die Grundlagen für einen realistischen Blick auf die erwartbaren Belastungen für das Versorgungssystem gelegt. (*Doblhammer/ Dethloff, Kapitel 1*).

Kann unsere Gesellschaft, insbesondere mit ihren Sozialversicherungssystemen, die ökonomischen Folgen des demografischen Wandels bewältigen? Die häufig anzutreffende Skandalisierung dieser Debatte entbehrt einer rationalen Grundlage, auch wenn in Rechnung zu stellen ist, dass sich nicht alle Parameter der Einnahmen- wie der Ausgabenseite präzise vorhersagen lassen. Es wird umso deutlicher, wie wichtig die ökonomischen wie klinisch-epidemiologischen Vorannahmen bei der Berechnung von künftigen Belastungen der Systeme sind (*Felder, Kapitel 2*). Dazu gehört vor allem die Frage, wie der Nutzen von etablierten Behandlungsverfahren einzuschätzen ist, insbesondere, soweit sie extreme Steigerungsraten aufweisen. Fortschritte etwa in der psychopharmakologischen Therapie sind außerordentlich bescheiden, für die Debatte um die apostrophierte neue „Volkskrankheit“ Depression ein außerordentlich wichtiger Befund⁹.

Wie belastbar sind die Strukturen unseres Versorgungssystems mit Blick auf den wachsenden Anteil älterer und hochbetagter Menschen? Auf der einen Seite hat die moderne Medizin unbestritten einen Anteil an der Zunahme der Lebenserwartung, auf der anderen Seite werden seit langem Qualitäts- und Koordinierungsmängel beklagt; unweigerlich verbindet sich dies mit der Forderung nach effizienteren Versorgungsformen. Der Blick auf internationale Reformansätze zur Verbesserung der medizinisch-pflegerischen Versorgung älterer Menschen lässt erkennen, dass die Frage nach guten Behandlungsstandards eng mit der Frage nach der Abstimmung zwischen Generalisten und Spezialisten verknüpft ist. Welche besonderen Herausforderungen für die Versorgung der häufig multimorbiden älteren Patientinnen und Patienten bestehen, ist inzwischen zentraler Bestandteil der Versorgungsforschung geworden; einige einschlägige Projekte werden in diesem Band vorgestellt. Es fragt sich, ob die Schwerpunkte der staatlichen Forschungsförderung gut gewählt sind, um die Barrieren für die Entwicklung und Testung neuer altersgerechter Versorgungsformen mit größerem Erfolg als bisher aus dem Weg räumen zu können (*Schmacke, Kapitel 3*).

Die Thematik Generalisten versus Spezialisten wird ein weiteres Mal aus der Perspektive geriatrischer Krankheits- und Versorgungskonzepte beleuchtet. Wo sind spezielle altersmedizinische Kompetenzen gefragt und wo geht es um die Sensibilisierung sämtlicher medizinischer Fachgebiete für die Belange älterer Menschen? Es zeichnet sich ab, dass sowohl die horizontale wie die vertikale Integration der unterschiedlichen beruflichen Disziplinen neu gedacht werden müssen, ohne deshalb gewissermaßen eine neue Medizin erfinden zu müssen (*Lübke, Kapitel 4*).

Das vielleicht problematischste Feld der Versorgung alter und hochbetagter Menschen ist die heimstationäre Pflege. Sie gerät immer wieder schnell in die Kritik. Dies geschieht anstelle gebotener Mängelanalysen oft ohne ausreichende Kenntnis der Realität in den Pflegeheimen. Diese hat mit dem Bild der Seniorenheime vergangener Tage wenig zu tun und ist dadurch gekennzeichnet, dass bei tendenzieller personeller Unterbesetzung der Anteil mehrfach Erkrankter mit ho-

9 Middleton H, Moncrieff J. ,They won't do any harm and might do some good': time to think again on the use of antidepressants? Br J Gen Pract. 2011; 61: 47–9.

hem Pflegebedarf, häufig bei ausgeprägter Demenz, den Tagesablauf bestimmt. Die Entwicklungs Herausforderungen sind gewaltig und verlangen größere Aufmerksamkeit als weithin üblich (*Wingefeld, Kapitel 6*).

Dass die Bedeutung der Pflege angesichts des demografischen Wandels zunimmt, könnte vordergründig als triviale Feststellung eingestuft werden. Am Beispiel der ambulanten Pflege zeigt sich bei näherer Betrachtung aber, dass der Weg von der Beschwörung des demografischen Wandels zu einer Neugestaltung der Versorgungsabläufe außerordentlich steinig ist. So gestaltet sich insbesondere die Förderung pflegespezifischer Zugangswege zu den Kranken und ihren Angehörigen als problematisch. Die nach internationalen Erfahrungen vorhandenen bedeutsamen Potenziale durch stärkere Berücksichtigung von Pflegekompetenzen zu heben erfordert nicht zuletzt die Bereitschaft, methodisch gut strukturierte Modellvorhaben durchzuführen. Das Fortschreiten der Professionalisierung in der Pflege ist nicht allein von Bildungsgängen, sondern maßgeblich auch von Forschungsergebnissen wie rechtlichen Rahmenbedingungen und der Modellförderung innerhalb der Sozialversicherung abhängig (*Schaeffer/ Kuhlmei, Kapitel 11*).

Der Zusammenhang von Alter, kodierten Erkrankungen, Leistungsmengen und Kosten wird in diesem Band mittels Daten der AOK-Versicherten (alters- und geschlechtsadjustiert auf die Gesamtbevölkerung) erstmals umfassend für den ambulanten, stationären und heilstationären Sektor analysiert. Dabei zeigt sich u. a., dass das Maximum der Leistungen für pflegebedürftige Menschen bereits in der siebten Dekade zu verzeichnen ist, während das Maximum generell in der neunten Dekade auftritt, um in den letzten Lebensjahren wieder abzufallen. Die Analyse bietet interessante Ansatzpunkte für weiterführende Forschung (*Gerste, Kapitel 5*).

Die Mehrfachverschreibung von Arzneimitteln ist ein grundsätzliches und speziell altersassoziiertes gesundheitliches Problem der besonderen Art. Die damit verbundenen Risiken für Patientinnen und Patienten werden seit Jahrzehnten akribisch dokumentiert, ohne dass die durch problematische Mehrfachverschreibungen verursachten Gesundheitsschäden abgenommen hätten. Umso bedeutsamer ist es, die Entwicklungen der aktuellen interventionellen Versorgungsforschung zu verfolgen: In näherer Zukunft sind die Ergebnisse der viel diskutierten RCT zum Nutzen der PRISCUS-Liste zu erwarten und es besteht Hoffnung, dass damit auch die Tür zur praxisgerechten Entwicklung von Leitlinien für multimorbide Patientinnen und Patienten weiter geöffnet wird (*Thürmann/ Holt-Noreiks/ Nink/ Zawinell, Kapitel 7*).

Vielleicht die größte Aufmerksamkeit bei der Thematisierung von „Alter und Krankheit“ erfährt die Demenz. Es ist unstrittig, dass mit der Zunahme der Lebenserwartung auch die Prävalenz der Demenzerkrankungen weiter steigen wird; die Zugrundelegung der AOK-Routinedaten bekräftigt insofern vorliegende Prognosen in ihrer Dimension. Für die Versorgungsplanung ist gleichwohl wichtig, die Zusammenhänge zwischen allgemeiner und demenzfreier Lebenserwartung im Lichte verschiedener Szenarien genauer als üblich zur Kenntnis zu nehmen, ebenso wie den Beitrag, den allgemeine Prävention auf diese Verläufe ausüben kann (*Schulz/ Doblhammer, Kapitel 10*).

Die Debatte um die Behandlung der Demenz ist sehr lange von den Resultaten der Arzneimittelforschung bestimmt gewesen, obwohl der Nutzen der so genannten Antidementiva als außerordentlich gering eingeschätzt werden kann. Umso bedeut-

samer ist es, die laufende Forschung zu neuen Versorgungsansätzen der Demenz zu präsentieren, die aufzeigt, wie wichtig und aussichtsreich es ist, Ansätze der nicht-medikamentösen Behandlung besser herauszuarbeiten. Diese Analyse macht erneut exemplarisch deutlich, wie unterfinanziert der Ansatz der auf die unmittelbare Betreuung chronisch Kranker ausgerichteten Interventionsstudien ist, allemal, wenn man diese Förderlinien mit der ungleich besser subventionierten biomedizinischen Grundlagenforschung vergleicht (*Voigt-Radloff/ Hüll, Kapitel 14*).

Die Frage, wie die Versorgung von Demenzkranken bewältigt werden kann, hängt von einer Vielzahl von Faktoren ab, deren Ausmaß nicht mit wünschenswerter Präzision prognostizierbar ist. Den Blick hierfür zu öffnen und dabei auch herkömmlich weniger beachtete Ansätze wie das bürgerschaftliche Engagement einzubinden ist das Ziel eines Szenarios, das hierfür Instrumente des strategischen Managements genutzt hat und weitere Argumente zu der These beisteuert, dass sich die Entwicklung der Demenzproblematik keineswegs – wie oft befürchtet – zu einem unlösbaren gesellschaftlichen Problem auswachsen muss (*Vollmar/ Buscher/ Bartholomeyczik, Kapitel 17*).

Die Darstellung der Chancen für Gesundheitsförderung und Prävention im Alter zeigt eindrucksvoll, wie mächtig überholte Bilder von Alter, Krankheit und Gebrechlichkeit in der sozialen Realität sind. Längst sind die Potenziale für die Erhaltung und Wiedererlangung gesundheitlicher Ressourcen im Alter nicht ausgeschöpft, weil ihre Bedeutung offenkundig nach wie vor stark unterschätzt wird. Gleichzeitig wird deutlich, dass die Chancen der Prävention stark davon abhängen, dass die Abschottung von Versorgungssektoren – über die Sozialversicherung hinaus – überwunden werden kann (*Walter/ Patzelt, Kapitel 15*).

Nicht alle Erwartungen an Prävention gehen in Erfüllung bzw. werden durch sperrige Forschungsergebnisse gedämpft. Das gilt momentan auch für den seit langem verfolgten und plausiblen Ansatz der präventiven Hausbesuche für ältere Menschen. Weitere methodisch hochwertige Forschung zu diesem Interventionskonzept – die jetzt auch in Deutschland zu verzeichnen ist – bleibt gleichwohl von Bedeutung (*Meinck, Kapitel 16*).

Im Rahmen der aktuellen Versorgungsforschung interessiert stark die Frage, wie sich der immer wieder diskutierte Ansatz eines ‚proaktiven‘ Umgangs mit den Problemen multimorbider älterer Patientinnen und Patienten konkret gestalten lässt. Inzwischen zeichnet sich ab, wie wichtig jenseits der klassischen Diagnosezuweisung die systematische Ermittlung relevanter Gesundheitsprobleme und deren Erörterung mit den Betroffenen selber ist. So konnte u. a. in einer RCT gezeigt werden, dass sich die subjektive Krankheitslast der Patienten durch systematisches Assessment und darauf fußende patientenzentrierte Gesprächsführung senken lässt (*Theile/ Junius-Walker/ Hummers-Pradier, Kapitel 12*).

Einen Spezialfall des Assessments berührt die Prävention von Stürzen im Alter. Auswertungen von internationalen wie nationalen Studien und damit verbundene Evaluation hiesiger Modellprojekte deuten auf den Nutzen der frühzeitigen Erfassung der individuellen Risikoprofile von Menschen im häuslichen wie heimbstationären Setting hin. Inzwischen kann als gesichert gelten, dass die gefürchteten Sturzkomplicationen in beachtlichem Umfang verhindert werden können, wenn tatsächlich multimodal gehandelt wird: eine immense Herausforderung für Praxis und nach wie vor auch für Forschung. Dass sich dies aus einer humanitären wie einer

ökonomischen Perspektive lohnt, spricht für die Intensivierung dieser Bemühungen (Becker/ Rapp/ Erhardt-Ber, Kapitel 19).

Im Zusammenhang mit dem Gebot „ambulant vor stationär“ imponiert seit einigen Jahren die ökogerontologische Perspektive, die danach fragt, welche Rahmenbedingungen im Umfeld alter Menschen gegeben sein müssen, um ein zufriedenstellendes Leben daheim zu ermöglichen. Auch wenn manche der technischen Lösungsansätze zur Verlängerung des Verbleibs in der eigenen Wohnung noch visionär anmuten, sind hier erhebliche Potenziale für ein gelingendes Altern zu vermuten (Zimmermann/ Görres/ Schmitt, Kapitel 13).

Ein typischerweise altersassoziiertes Thema von größtem öffentlichem Interesse ist die künstliche Ernährung, heute in der Regel in Form der PEG, einer von außen durch die Bauchdecke eingebrachten Magensonde. Obwohl inzwischen sehr häufig eingesetzt, gibt es erstaunlicherweise wenige empirische Untersuchungen über Indikationen und vor allem die vorausgehende Entscheidungsfindung. Es zeigt sich, dass die bislang entwickelten Standards und Entscheidungshilfen in der Praxis kaum genutzt werden und dass die eingesetzte Dokumentation entscheidende Fragen häufig nicht erhellen kann. Es wird über eine neu entwickelte Entscheidungshilfe für Angehörige und Professionelle berichtet, die bislang offenkundig nicht berücksichtigte Interessen und Konfliktfelder berücksichtigt (Dinand/ Quasdorf/ Markgraf/ Bartholomeyczik, Kapitel 9).

An Bedeutung gewinnt die Versorgung älterer Menschen mit Migrationshintergrund: Ein Thema, das angesichts der langen Verdrängung der Probleme im Zusammenhang mit der Zuwanderung in Deutschland immer noch einen enormen Nachholbedarf aufweist. An Kernfragen der Rehabilitation und der Pflege lässt sich zeigen, dass es eine systematische Diskrepanz zwischen den Risiken für Krankheit, Erwerbsminderung und Pflege auf der einen und dem Zugang zu sozialrechtlich zustehenden Leistungen andererseits gibt. Notwendig sind die Erhöhung der Migrationssensibilität in Forschung und Praxis und nicht zuletzt die Diversifizierung entsprechender Angebote auf der Seite der Leistungserbringer (Brzoska/ Razum, Kapitel 8).

Alter und Krankheit ruft schließlich in besonderem Maß das Begriffspaar Kuration versus Palliation auf den Plan. Die öffentliche Diskussion über Palliation wird zwar immer noch zu sehr von den Assoziationen Hoffnungslosigkeit, Sterben und Krebs besetzt, allmählich entwickelt sich aber auch in Deutschland ein differenziertes Versorgungsnetz von ambulanter und stationärer palliativer Versorgung, die für eine humane Behandlung von Kranken mit zahlreichen weit fortgeschrittenen internistischen, neurologischen und anderen Erkrankungen erforderlich ist. Die Versorgungsdaten zeigen einen stabilen Aufwärtstrend, aber noch steht Palliation zu sehr im Schatten der Kuration (Engeser, Kapitel 18).

Die Weiterentwicklung der Palliativversorgung fußt in erheblichem Umfang auf einer kompetenten hausärztlichen Versorgung. Für die fachlich fundierte Debatte, wie weit die bestehende Palliativversorgung im ambulanten Bereich trägt, wurde in den letzten Jahren ein bestehendes Set von Qualitätsindikatoren um wiederum systematisch entwickelte Indikatoren für hausärztliche Palliativversorgung ergänzt. Die Umsetzung dieses Ansatzes kann künftig relevante Daten zur Qualitätssicherung wie zur Bedarfsermittlung bereitstellen (Chenot/ Stock/ Broge/ Engeser/ Szecsenyi, Kapitel 20).

Den Abschluss des Versorgungs-Reports bildet ein jährlich wiederkehrender statistischer Überblick, der Auskunft über das Krankheitsspektrum der Deutschen, die Häufigkeit von Erkrankungen und die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen in der ambulanten, der stationären und der Arzneimittelversorgung gibt. Grundlage sind wiederum AOK-Routinedaten, die der Krankenkasse – zum Teil die Abrechnung von Leistungen begründend – übermittelt werden. Prävalenzangaben müssen vorsichtig interpretiert werden, handelt es sich doch zunächst einmal um eine Dokumentationsprävalenz, also ein Abbild dessen, was kodiert wird, und nicht dessen, was ist. Gleichwohl eröffnen die Statistiken einen detaillierten Blick auf das, was Ärzte in Deutschland behandeln. Die Analysen gehen konsequent vom Patienten aus und stellen für ausgewählte Krankheiten dar, welche Begleiterkrankungen häufig mit ihnen einhergehen, wer in dem Behandlungsprozess involviert wird und wie therapiert wird. Dazu zählen Arthrose, Demenz, Diabetes mellitus, Herzinsuffizienz, die koronare Herzkrankheit und Osteoporose. Der Wandel zu höherer Validität und Vollständigkeit stationärer Diagnoseangaben durch die Einführung eines diagnosebasierten Vergütungssystems im Jahr 2003 hat den Weg für die ambulant-ärztliche Diagnose-Kodierung aufgezeigt. Das statistisch ausgerichtete Kapitel wird diese Entwicklung in den nächsten Jahren begleiten (*Gerste/ Günster, Kapitel 21*).

Wesentlich ergänzt wird die Printausgabe des Versorgungs-Reports durch das Internet-Angebot www.versorgungs-report-online.de, das neben den Abbildungen und Tabellen des Buches zusätzlich den kompletten statistischen Überblick über mehr als 1 500 Krankheiten enthält.

This page intentionally left blank

Inhalt

Teil I Schwerpunktthema: Gesundheit im Alter

1	Die demografische Entwicklung in Deutschland als Herausforderung für das Gesundheitswesen	3
	Gabriele Doblhammer und Andreas Dethloff	
1.1	Anstieg der Lebenserwartung und Entwicklung des Sterbegeschehens	3
1.2	Veränderung der Altersstruktur	7
1.3	Veränderung der Geschlechtsstruktur im dritten und vierten Lebensalter	11
1.4	Entwicklung der Lebensformen im dritten und vierten Lebensalter .	13
1.5	Regionale Unterschiede in der demografischen Entwicklung	15
1.6	Fazit	19
2	Auswirkungen der älter werdenden Gesellschaft auf das Gesundheitswesen – bleibt es bezahlbar?	23
	Stefan Felder	
2.1	Einleitung	23
2.2	Gesundheitsausgaben und Gesundheit.	25
2.3	Zunahme der Lebenserwartung und Gesundheitsausgaben	28
2.4	Schlussfolgerungen	31
3	Alter und Krankheit: eine Frage neuer Versorgungsformen, nicht nur für alte Menschen.	33
	Norbert Schmacke	
3.1	Einleitung	33
3.2	Demografische Transition: häufiger zitiert als verstanden?	35
3.3	Chronische Krankheit und Multimorbidität: ein reines Altersproblem?	37
3.4	Vorbilder in der Versorgung: Das Chronic-Care-Modell und PACE. . .	38
3.5	Primary Care und spezialistische Versorgung: die Suche nach der angemessenen Verschränkung	40
3.6	Programmatische Empfehlungen: von anderen Ländern lernen? . . .	43
3.7	Forschungsförderung: stimmen Richtung und Volumina?	44
3.8	Bilanz	46

4	Brauchen alte Menschen eine andere Medizin? – Medizinische Einordnung spezieller Behandlungserfordernisse älterer Menschen . .	51
	Norbert Lübke	
4.1	Einleitung	52
4.2	Reduzierte Reserven und erhöhte Risiken als Ausgangspunkt besonderer Behandlungserfordernisse alter Menschen	52
4.3	Das geriatrische Behandlungskonzept als Antwort auf diese besonderen Risiken	54
4.4	Implikationen für die Versorgung alter Menschen in unserem Gesundheitssystem.	56
4.4.1	Soziale und gerechtigkeitrelevante Implikationen	56
4.4.2	Aufgabenverteilung zwischen Generalisten und Spezialisten	57
4.4.3	Zusammenwirken präventiver, kurativer und rehabilitativer Behandlungsanteile	59
4.4.4	Teamansatz und Koordination	60
4.5	Seniorengerechte gesundheitliche Versorgung der Zukunft.	61
4.5.1	Koordinierte Versorgung im Verbund	61
4.5.2	Ambulante Versorgung.	61
4.5.3	Krankenhaus.	63
4.5.4	Rehabilitation.	64
4.6	Fazit	64
5	Die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen im Alter	67
	Bettina Gerste	
5.1	Einleitung.	68
5.2	Datengrundlage	69
5.3	Krankheitsspektrum nach Altersgruppen	69
5.3.1	Zunahmen.	70
5.3.2	Kontinuierliche Rückgänge	73
5.3.3	Zunahmen im dritten, Rückgänge im vierten Lebensalter	73
5.4	Inanspruchnahme des Gesundheitswesens im Altersverlauf	77
5.4.1	Behandlungsquoten sektoral	77
5.4.2	Ausgaben	78
5.4.3	Umfang der Inanspruchnahme	81
5.5	Fokus pflegebedürftige Personen	90
5.5.1	Behandlungsquoten sektoral	91
5.5.2	Ausgaben	92
5.5.3	Umfang der Inanspruchnahme	94
5.6	Zusammenfassung	96
6	Versorgungsbedarf in der stationären Langzeitpflege	99
	Klaus Wingenfeld	
6.1	Einleitung	99
6.2	Entwicklung des Versorgungsangebots	100

6.3	Pflegebedürftigkeit	100
6.4	Schwerpunkte des Bedarfs	103
6.5	Entwicklungs herausforderungen	105
7	Arzneimittelversorgung älterer Patienten	111
	Petra A. Thürmann, Stefanie Holt-Noreiks, Katrin Nink und Anette Zawinell	
7.1	Einleitung: Spezifische Probleme der Pharmakotherapie älterer Menschen	112
7.2	Datengrundlage und Methoden	114
7.2.1	PRISCUS-Liste: Potenziell inadäquate Medikation für den deutschen Arzneimittelmarkt	114
7.2.2	Klassifikationsdaten	114
7.3	Ergebnisse	115
7.3.1	Wie viele Arzneimittel bekommen ältere Patienten verordnet?	115
7.3.2	Verordnungen potenziell inadäquater Medikamente (PRISCUS-Liste) an ältere Patienten	117
7.4	Diskussion	125
8	Ältere Menschen mit Migrationshintergrund als Patienten und Pflegebedürftige	131
	Patrick Brzoska und Oliver Razum	
8.1	Einleitung	131
8.2	Soziale und gesundheitliche Lage von Menschen mit Migrationshintergrund	133
8.3	Medizinische Rehabilitation	135
8.3.1	Inanspruchnahme medizinischer Rehabilitation	135
8.3.2	Erfolg medizinischer Rehabilitation	136
8.3.3	Zugangs- und Wirksamkeitsbarrieren	136
8.4	Pflege	138
8.4.1	Inanspruchnahme formeller Pflegeangebote	138
8.4.2	Zugangsbarrieren zu stationären und ambulanten Pflegeangeboten	139
8.5	Handlungsempfehlungen für eine migrations- und kultursensible Versorgungsgestaltung	140
8.5.1	Versorgungsstruktur	140
8.5.2	Versorgungspraxis	141
8.5.3	Diversity Management	142
8.6	Fazit	143
9	Entscheidungsfindung zur Anlage einer perkutanen endoskopischen Gastrostomie (PEG) – Ein Forschungsprojekt	147
	Claudia Dinand, Tina Quasdorf, Rainer Markgraf und Sabine Bartholomeyczik	
9.1	Problemstellung	148
9.2	Ziel und Methodik	149
9.2.1	Forschungsprojekt	149

9.2.2	Entwicklung einer Entscheidungshilfe	150
9.3	Ergebnisse	150
9.3.1	Der Entscheidungsprozess zur Anlage einer PEG-Sonde im Krankenhaus	150
9.3.2	Der Entscheidungsprozess im Spiegel von Bewohner- dokumentationen in Altenpflegeheimen.	151
9.3.3	Der Entscheidungsprozess in stationären Einrichtungen der Altenpflege aus der Perspektive von Pflegenden und niedergelassenen Ärzten	153
9.4	Schlussfolgerungen	156
9.5	Entwicklung einer Entscheidungshilfe	157
10	Aktueller und zukünftiger Krankenbestand von Demenz in Deutschland auf Basis der Routinedaten der AOK	161
	Anne Schulz und Gabriele Doblhammer	
10.1	Einleitung	161
10.2	Daten und Methode	163
10.2.1	Validierung von Demenz-Diagnosen	163
10.2.2	Berechnung der Prävalenz	163
10.2.3	Berechnung der demenzfreien Lebenserwartung	163
10.2.4	Prognose der Anzahl der Personen mit Demenz in Deutschland bis 2050	164
10.3	Ergebnisse	164
10.3.1	Administrative Prävalenz der Demenz.	165
10.3.2	Demenzfreie Lebenserwartung	168
10.3.3	Anzahl der Personen mit Demenz in Deutschland bis 2050	169
10.4	Diskussion	171
11	Neue Modelle für die pflegerische Versorgung alter Menschen – Herausforderungen in der ambulanten Pflege	177
	Doris Schaeffer und Adelheid Kuhlmei	
11.1	Demografische Alterung und Veränderung des Krankheits- spektrums	177
11.2	Prävention von Pflegebedürftigkeit	180
11.3	Ausdifferenzierung der ambulanten Pflege	181
11.4	Verankerung eines neuen Pflegebegriffs	183
11.5	Technologische Optionen.	184
11.6	Verbesserung der Kooperation mit Familien	184
11.7	Integrierte und kontinuierliche Versorgung	186
11.8	Pflegestützpunkte und wohnortnahe Versorgung	187
11.9	Fazit	189

12	Einsatz des STEP-Assessments zur systematischen Krankheitserfassung und -bewertung älterer Menschen in Hausarztpraxen	193
	Gudrun Theile, Ulrike Junius-Walker und Eva Hummers-Pradier	
12.1	Einleitung	194
12.2	Ziele des STEP-Assessments	194
12.3	Inhalte und Durchführung des STEP	194
12.4	Mögliche Settings für STEP	195
12.4.1	Die PRISCUS-Studie	196
12.4.2	Die PräfCheck-Studie	197
12.4.3	STEP AOKN	198
12.5	Studienergebnisse	199
12.5.1	Akzeptanz und Machbarkeit	199
12.5.2	Aufdeckung von Gesundheitsproblemen und deren Wichtigkeit aus Sicht von Patient und Arzt	199
12.5.3	Planung und Realisation von Maßnahmen und deren Einfluss auf die subjektive Krankheitslast des Patienten	201
12.5.4	Konsequenzen für die Arzt-Patienten-Kommunikation	203
12.6	Zusammenfassung	204
13	Soziale und technische Bewältigungsstrategien von Wohnen im Alter	207
	Markus Zimmermann, Stefan Görres und Svenja Schmitt	
13.1	Hinführung	207
13.2	Wohnen als Kontext in der gerontologischen Ökologie und der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)	208
13.2.1	Räumlich soziale Umwelten als Kategorien der ökologischen Gerontologie	208
13.2.2	Wohnen als Kontextfaktor der ICF	208
13.3	Wohn- und Bewältigungsangebote	210
13.3.1	Serviceangebote im Quartier	210
13.3.2	Telemedizin und Telecare	211
13.3.3	Ambient Assisted Living (AAL)	213
13.4	Effektivität und Effizienz der sozialen und technischen Bewältigungsstrategien von Wohnen im Alter	214
13.5	Zusammenfassung und weitergehende Forschungsperspektiven	215
14	Neue Ansätze zur Versorgung von Demenzpatienten	219
	Sebastian Voigt-Radloff und Michael Hüll	
14.1	Einleitung	219
14.2	Neue Versorgungsansätze in Deutschland	221
14.2.1	Randomisierte Studien 2008 bis 2010	221
14.2.2	Projekte mit starker Regionalversorgungskomponente	226
14.3	Diskussion	228

15	Gesundheitsförderung und Prävention im Alter	233
	Ulla Walter und Christiane Patzelt	
15.1	Ziele, Potenziale und Ansätze	233
15.2	Ein Handlungsfeld in Entwicklung	236
15.3	Kommune: Gestaltung gesundheitsförderlicher Lebensbedingungen und Förderung sozialer Netzwerkressourcen	239
15.4	Zugang zu individuellen Angeboten	240
15.5	Arztbezogene Versorgung	240
15.6	Pflegebezogene Versorgung	243
15.7	Zusammenfassung und Ausblick	244
16	Präventive Hausbesuche für ältere Menschen	249
	Matthias Meinck	
16.1	Was sind präventive Hausbesuche und worauf zielen sie ab?	249
16.2	Präventive Hausbesuche in anderen Ländern	250
16.3	Stand der internationalen Forschung	251
16.4	Erfahrungen mit präventiven Hausbesuchen in Deutschland	252
17	Wie könnte die Versorgung von Menschen mit Demenz im Jahre 2030 aussehen? – Ergebnisse eines interdisziplinären Szenario-Prozesses (Sze-Dem)	259
	Horst Christian Vollmar, Ines Buscher und Sabine Bartholomeyczik	
17.1	Einleitung	259
17.2	Ziele des Projektes	260
17.3	Methodik	260
17.4	Ergebnisse	263
17.5	Handlungsempfehlungen und Fazit	269
17.5.1	Handlungsempfehlungen für Deutschland	270
17.5.2	Fazit	272
18	Versorgungsbericht Palliativmedizin	273
	Peter Engeser	
18.1	Einleitung	273
18.2	Entwicklung in Deutschland	274
18.3	Relevanz des Themas Palliativversorgung	275
18.4	Palliative Versorgung in Deutschland	278
18.4.1	Träger der palliativen Versorgung in Deutschland	278
18.4.2	Struktur der palliativen Versorgung in Deutschland	280
18.4.3	Palliative Betreuung im stationären Bereich	281
18.4.4	Kostenübernahme der Palliativversorgung	282
18.5	Ausblick	283

19	Sturzprophylaxe in Pflegeheimen – Ergebnisse einer zehnjährigen Zusammenarbeit der Wissenschaft mit der AOK.	285
	Clemens Becker, Kilian Rapp und Luzia Erhardt-Beer	
19.1	Einleitung	285
19.2	Die Bedeutung von Stürzen	287
19.2.1	Epidemiologie	287
19.2.2	Risikofaktoren	288
19.2.3	Screening und Assessment der Sturzgefährdung	289
19.3	Die Einführung und Fortführung von Sturzpräventionsprogrammen in Pflegeheimen	290
19.3.1	Sturzdokumentation	291
19.3.2	Beginn eines Sturzpräventionsprogramms.	291
19.3.3	Präventionskomponenten: nichtpharmakologische Interventionen	292
19.4	Die Aufgabe der Pflege	292
19.5	Andere wichtige Faktoren	292
19.6	Zusammenfassung und Ausblick	296

Teil II Zur Diskussion

20	QISA – Das Qualitätsindikatorensystem für die ambulante Versorgung – Das Beispiel Palliativversorgung in der Hausarztpraxis	303
	Regine Chenot, Johannes Stock, Björn Broge, Peter Engeser und Joachim Szecsenyi	
20.1	QISA als Indikatorensystem – Ziele und Grundstruktur	304
20.2	Nutzung und Anwender von QISA	305
20.3	Methodik	305
20.3.1	Die QISA-Module – Aufbau und Themen	306
20.3.2	Systematik und Darstellung der QISA-Module	306
20.4	Qualitätsindikatoren für die hausärztliche Palliativversorgung	307
20.5	Entwicklung des Indikatoren-Sets	308
20.6	QISA-Indikatorenset zur hausärztlichen Palliativversorgung	309
20.7	Fazit	311

Teil III Daten und Analysen

21	Erkrankungshäufigkeiten und Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen	315
	Bettina Gerste und Christian Günster	
21.1	Daten und Methode	317
21.1.1	Daten	317

21.1.2	Diagnosen und Diagnosevalidierung	317
21.1.3	Bildung besonderer Patientengruppen für sechs Alterserkrankungen . .	318
21.1.4	Standardisierung	320
21.2	Behandlungsprävalenzen	320
21.2.1	Die häufigsten Erkrankungen nach Einzeldiagnosen	320
21.2.2	Erkrankungen nach Diagnosegruppen	324
21.3	Stationäre Behandlungen	336
21.4	Arzneiverordnungen	348
21.5	Ärztliche Inanspruchnahme	373
21.6	Verteilung der Ausgaben	381
21.7	Deutsche Wohnbevölkerung	383
21.8	Literatur	384
	Der Versorgungs-Report 2012 im Internet	385
	Autorenverzeichnis	387
	Index	407

Teil I Schwerpunktthema:

Gesundheit im Alter

(Kapitel 1–19)

This page intentionally left blank

1 Die demografische Entwicklung in Deutschland als Herausforderung für das Gesundheitswesen

Gabriele Doblhammer und Andreas Dethloff

Abstract

Die demografische Entwicklung Deutschlands ist vor allem durch die Alterung der Bevölkerung gekennzeichnet. Langfristig niedrige Fertilität sowie die stetig steigende Lebenserwartung führen dazu, dass ein immer größerer Prozentsatz der Bevölkerung in den hohen Altersgruppen zu finden ist. In den letzten Jahren wird dieser Prozess von einem Rückgang der Gesamtbevölkerung begleitet, der sich in Zukunft noch verstärken wird. Da die Bevölkerung vor allem in den jungen Altersgruppen schrumpft, wird sich langfristig und unausweichlich das zahlenmäßige Verhältnis junger zu alter Menschen ändern, was wiederum zu gravierenden Auswirkungen auf die sozialen Sicherungssysteme im Allgemeinen und auf das Gesundheitswesen im Speziellen führen wird. Der Beitrag gibt einen Überblick über Trends und Determinanten der Sterblichkeit in Deutschland, diskutiert die Auswirkungen auf die Altersstruktur sowie die Lebensformen und Lebensumstände im hohen Alter und schließt mit einer Betrachtung regionaler Unterschiede.

The demographic development in Germany is characterized primarily by the aging population. Due to long-term low fertility and rising life expectancy, an increasing percentage of the population belongs to the old age groups. In recent years, this process has been accompanied by a decrease in the total population which will intensify in the future. Since the population shrinks, especially in the younger age groups, the numerical ratio of young to elderly people will inevitably change in the long run, which in turn will have serious consequences on the social security systems in general and the health care system in particular. The article gives an overview of trends and determinants of mortality in Germany, discusses the impact on the age structure as well as lifestyles and living conditions in old age and concludes with a consideration of regional differences.

1.1 Anstieg der Lebenserwartung und Entwicklung des Sterbegeschehens

Die demografische Entwicklung der Bundesrepublik Deutschland wird vor allem durch die stetig steigende Lebenserwartung seiner Bürger beeinflusst, die gleichzeitig die Hauptursache der zunehmenden Bevölkerungsalterung darstellt. Nach den

aktuellen Sterbetafeln von 2007/2009 (Statistisches Bundesamt 2010) liegt die Lebenserwartung bei Geburt für Männer bei 77,3 Jahren und für Frauen bei 82,5 Jahren. Dabei hat vor allem die Lebenserwartung älterer Menschen, aber auch der Höchstaltrigen weiter zugenommen. Bei 60-jährigen Männern ist die fernere Lebenserwartung nun 21 Jahre und bei Frauen 24,8 Jahre, bei 85-jährigen Männer beträgt sie 5,5 Jahre und bei Frauen 6,3 Jahre. In Deutschland, wie in den anderen entwickelten Ländern, steigt die Lebenserwartung um durchschnittlich drei Monate pro Jahr an (Christensen et al. 2009).

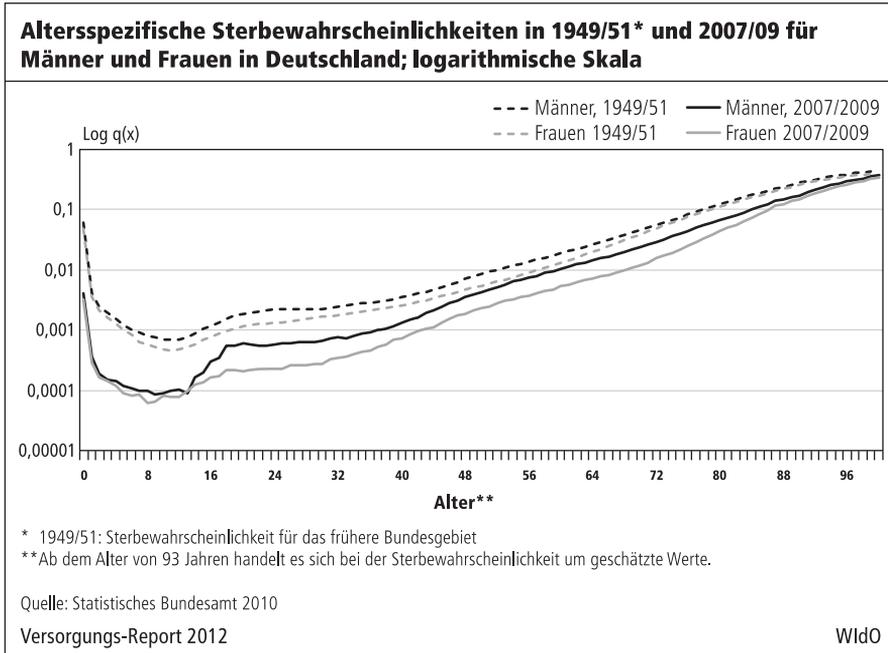
Während zu Beginn des 19. Jahrhunderts der Anstieg der Lebenserwartung vor allem auf die Zurückdrängung der Säuglings- und Kindersterblichkeit zurückzuführen war, kommen seit den 1970er Jahren die Gewinne an Lebensjahren vor allem aus den hohen und höchsten Altersgruppen (Oeppen & Vaupel 2002; Christensen et al. 2009; Vaupel 2010). Die Verbesserungen in der Lebenserwartung wurden durch ökonomische, medizinische und soziale Faktoren ausgelöst, wie einem allgemeinen Anstieg im Lebensstandard, einer besseren Ernährung, Fortschritten in der Medizin und in der Gesundheitsversorgung sowie sozialen Errungenschaften wie etwa der erhöhte Zugang der Menschen zu Bildung (Vaupel 2010).

Mit dem Hinausschieben des Sterbealters in ein immer höheres Alter geht ein Wandel im Todesursachenspektrum einher. In der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts waren neben dem Rückgang der Kindersterblichkeit insbesondere die Erfolge bei der Bekämpfung von Infektionserkrankungen für die Zugewinne an Lebensjahren ausschlaggebend. Im Zeitraum von 1850 bis 1900 gingen etwa 62% des Anstiegs der Rekordlebenserwartung¹ bei Geburt auf die Reduktion der Sterblichkeit im Alter 0 bis 14 zurück, in den Jahren 1990 bis 2007 nur noch 6%. Im Vergleich dazu trug der Sterblichkeitsrückgang unter den Hochaltrigen (80+) im Zeitraum 1850 bis 1900 nur 0,87% zum Anstieg der Lebenserwartung bei, 1975 bis 1990 waren es bereits 17% und 1990 bis 2007 42%. Seit 1990 entfallen insgesamt 79% des Anstiegs der Rekordlebenserwartung auf die Altersgruppen 65 und älter (Christensen et al. 2009). Infektionskrankheiten wurden von chronisch degenerativen Erkrankungen als Haupttodesursache abgelöst, wobei in den letzten Jahrzehnten die Sterblichkeit in allen großen Todesursachengruppen (mit Ausnahme von Lungenkrebs unter Frauen) zurückgegangen ist (Vallin und Meslé 2004; Janssen et al. 2004; Janssen und Kunst 2005).

Das Sterberisiko wurde nicht nur in ein immer höheres Lebensalter verschoben, sondern führte auch zu einem Rückgang der Mortalität unter den Höchstaltrigen, sodass immer mehr Menschen ein Alter von über 90 oder 100 Jahren erreichen. Neue Forschungsergebnisse zu 110+Jährigen zeigen, dass die Sterbewahrscheinlichkeit in diesem sehr hohen Alter stabil verläuft und nicht weiter ansteigt. Generell folgt die Sterbewahrscheinlichkeit einem typischen altersspezifischen Verlauf, ist unmittelbar nach der Geburt relativ hoch und fällt danach deutlich ab. In der Kindheit vermindert sie sich mit jedem Lebensjahr und erreicht im Alter von 8 bis 12 Jahren die geringste Wahrscheinlichkeit. Danach steigt die Sterblichkeit – vor allem für Jungen – rapide an. Im jungen Erwachsenenalter (25 bis 30 Jahre) wird

¹ Die Rekordlebenserwartung ist die weltweit jeweils höchste zu einem Zeitpunkt gemessene Lebenserwartung.

Abbildung 1–1



schließlich ein konstantes Niveau erreicht, um danach nahezu exponentiell bis zum Alter von 80 Jahren zu steigen. Jenseits des 80. Lebensjahrs verlangsamt sich der Anstieg der Mortalität. Dieser typische Verlauf der altersspezifischen Sterbewahrscheinlichkeit ist für beide Geschlechter ähnlich, wobei die Sterblichkeit der Männer in allen Altersgruppen über jener der Frauen liegt (Abbildung 1–1). Die menschliche Sterblichkeit im Alter jenseits von 100 und 110 Jahren nimmt jedoch nicht weiter zu, sondern erreicht vielmehr ein Plateau, das bei einem Sterberisiko von 50% pro Jahr liegt. Während sich allerdings die Sterblichkeit aller Altersgruppen aufgrund des allgemeinen Anstiegs im Lebensstandard und durch Fortschritte in der Gesundheitsversorgung deutlich verbessert hat, hat sich die Mortalität der „Supercentenarians“ – wie die über 110-Jährigen genannt werden – in den letzten Jahrzehnten nicht messbar verändert. Dies legt nahe, dass die Sterblichkeit im höchsten Alter in geringem Maße durch erhöhten Lebensstandard und andere zivilisatorische Errungenschaften beeinflusst wird (Maier et al. 2010).

Der kontinuierliche Anstieg der Lebenserwartung lässt die Frage aufkommen, ob es ein biologisches Limit der Lebensspanne gibt und ob sich die gegenwärtige Lebenserwartung bereits in der Nähe dieses Limits bewegt. Die Altersforschung hat in der Vergangenheit heftige wissenschaftliche Kontroversen um diese Frage geführt. Der Annahme von Fries aus dem Jahre 1980, dass ein maximales Limit der durchschnittlichen Lebenserwartung im Alter 85 erreicht wird (ein Limit, das übrigens von japanischen Frauen im Jahre 2007 überschritten wurde), steht das Argument gegenüber, dass es keine biologische Grenze gibt bzw. dass diese Grenze in einem weitaus höheren Alter liegt. Auch eine individuell in den Genen festgeschrie-

ben Lebensspanne des Menschen scheint es nicht zu geben (Vaupel 2010). Schätzungen auf der Basis von Zwillingsstudien gehen davon aus, dass in den entwickelten Ländern nur etwa 25% der Variation in der Sterblichkeit durch genetische Faktoren, 25% durch frühkindliche und 50% durch aktuelle Lebensumstände erklärt werden können (McGue et al. 1993; Herskind et al. 1996). Damit wäre ein Rückgang der Sterblichkeit im hohen Alter auch in Zukunft weiter möglich. Dafür spricht, dass sich die Verteilung des durchschnittlichen Sterbealters weder auf einen kleinen Altersbereich konzentriert noch hat sich über die Zeit eine das Absinken der Sterberaten verlangsamt. Während die steigende Prävalenz von Übergewicht und Adipositas (krankhafte Fettleibigkeit) und damit verbundenen Erkrankungen wie Diabetes oft als mögliche Hemmnisse für eine weitere Sterblichkeitsreduktion genannt werden, wird andererseits auch auf die positiven Effekte des rückläufigen Tabakkonsums hingewiesen. Wird angenommen, dass sich der Rückgang der Sterblichkeit im Alter über 50 Jahre im selben Ausmaß fortsetzen wird, wie es in den letzten Jahrzehnten der Fall war, so werden in Deutschland 50% der im Jahre 2007 geborenen Kinder das 102. Lebensjahr erreichen. In Japan wird es sogar ein Alter von 107 Jahren sein (Christensen et al. 2009).

Die Lebenserwartung unterscheidet sich für beide Geschlechter, aber auch soziale Bedingungen nehmen auf das Sterberisiko Einfluss: Die Lebensumstände oder die Familienform, der Bildungshintergrund oder die berufliche Qualifikation, das Einkommen oder der soziale Status, die körperlichen und psychischen Anforderungen des Alltags oder der Lebensstil sowie eine individuelle Krankheitsgeschichte. Diese Faktoren können wiederum ihrerseits aufeinander wirken und bestimmen im Zusammenspiel ein Risikoprofil der Sterblichkeit. Eine Reihe von internationalen Studien zeigt bspw. Unterschiede in der Sterblichkeit nach Bildungsgruppen auf und findet über die Zeit zunehmende Bildungsgradienten in der Sterblichkeit (Mackenbach et al. 2003; Rau et al. 2007). Für Deutschland quantifiziert eine Studie (Doblhammer et al. 2008) auf Basis des Sozio-oekonomischen Panels (SOEP) sowie aktueller Forschungsergebnisse zu den Risikofaktoren der Sterblichkeit den Effekt von demografischen Charakteristiken auf die verbleibende Lebenserwartung im Alter 50. Demnach lassen sich die Risikofaktoren in soziodemografische (Familienstand, Personen im Haushalt, Anzahl der Kinder), sozio-ökonomische (Bildung, Einkommen, Beruf) und in Gesundheitsfaktoren (Einschätzung der eigenen Gesundheit, Tabak- und Alkoholkonsum, Diabetes und Bluthochdruck) unterscheiden. So hat sich die Ehe für die Lebenserwartung der Ehepartner als positive Familienstandsform gezeigt. Zusammen mit der Haushaltszusammensetzung und der Kinderanzahl bietet sie soziale, emotionale und mentale Unterstützung und eine Kontrolle riskanten Verhaltens. Positive Effekte können aber auch durch Selektionsmechanismen erklärt werden, wobei davon ausgegangen wird, dass Personen mit einem gesundheitsförderlichen Verhalten z. B. eher einen Partner finden und auch langfristig verheiratet bleiben (Goldman et al. 1995; Grundy et al. 2003). Die Bildung kann die Gesundheit und die Sterblichkeit direkt und indirekt beeinflussen. Der mit höherer Bildung oftmals verbundene Wohlstand und das Wissen um den Erhalt der Gesundheit können das Sterblichkeitsrisiko mindern (Minicuci und Nole 2005). Zu den Gesundheitsfaktoren gehören zum einen die Verhaltensfaktoren und zum anderen Faktoren, die die Gesundheit direkt abbilden. Tabakkonsum und übermäßiger Alkoholkonsum als gesundheitsrelevante Verhaltensmuster führen zu

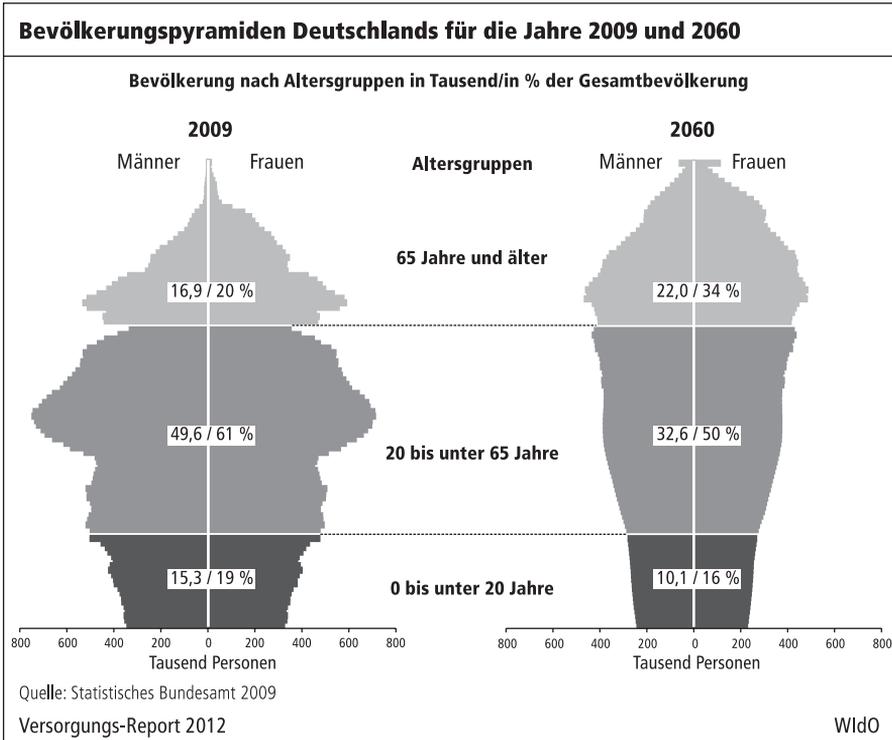
schweren und tödlichen Krankheiten (Schulze und Lampert 2006; Bloomfield et al. 2008). Schließlich sind Diabetes mellitus und krankhafter Bluthochdruck (Hypertonie) von großer gesundheitspolitischer Bedeutung. Es konnte mehrfach nachgewiesen werden, dass beide Krankheiten mit einem erhöhten Sterberisiko verbunden sind (Frisoni et al. 1999; Lee 2000).

Ermittelt man die verbleibende Lebenserwartung im Alter 50 nach den genannten Risikofaktoren, so finden sich große Unterschiede. Für die Berechnung der Restlebenserwartung wird vereinfachend davon ausgegangen, dass die persönlichen Charakteristiken über den weiteren Lebenslauf konstant bleiben. Für Männer senkt ein subjektiv eingeschätzter schlechter Gesundheitszustand deutlich die Restlebenserwartung und ist bei Personen, die ihre Gesundheit als nicht zufriedenstellend bezeichnen, um 13,7 Jahre geringer als bei Personen, die sich subjektiv gesund einschätzen. Starkes Rauchen reduziert die Lebenserwartung um 9,6 Jahre, starker Alkoholkonsum um 5,6 Jahre. Arbeitslosigkeit bzw. niedrige Bildung schlagen mit jeweils 6 und 2,5 Jahren zu Buche. Weiterhin führt das Alleinleben zu einem Absenken der Lebenserwartung um 0,5 Lebensjahre, die Scheidung von einer Partnerin hingegen um 4 Jahre. Auch bei Frauen stellen die gesundheitliche Verfassung und gesundheitsschädigendes Verhalten die wesentlichen Faktoren, die Lebensjahre kosten: Ein selbst eingeschätzter schlechter Gesundheitszustand steht mit einer verringerten Restlebenserwartung von 11,2 Jahren in Verbindung. Starker Alkohol- und Tabakkonsum wirkt sich bei Frauen drastischer aus als bei Männern: Die Lebenserwartung sinkt bei starkem Rauchen um ganze 11,7 Jahre und bei hohem Alkoholkonsum um 6,9 Jahre. Arbeitslosigkeit und ein niedriger Bildungsstand drücken auch bei Frauen die Restlebenserwartung um 5,4 bzw. 3,5 Jahre. Im Vergleich zu Männern wirkt sich das Alleinleben positiv auf die Lebenserwartung aus: Die Restlebenserwartung im Alter 50 erhöht sich um 1,5 Jahre. Allerdings kostet die Kinderlosigkeit die Frau im Schnitt 1,2 Lebensjahre und eine Ehescheidung sogar fast 3,1 Jahre. Die genannten Faktoren sind dabei aber nicht unabhängig voneinander: So kann Bildung die Aufnahme von gesundheitsrelevanten Informationen fördern, Lebensstile verändern und damit in allen gesellschaftlichen Schichten den weiteren Anstieg der Lebenserwartung unterstützen. Bei sogenannten Risikogruppen können speziell zugeschnittene Gesundheitsprogramme mit vorbeugenden und behandelnden Elementen helfen, das Ausmaß der Risikofaktoren zu mindern und damit das Sterberisiko zu senken (Doblhammer et al. 2008; Scholz et al. 2010).

1.2 Veränderung der Altersstruktur

Mit dem Anstieg der Lebenserwartung und den konstant niedrigen Geburtenraten verändert sich die Altersstruktur der deutschen Bevölkerung nachhaltig. Der Anteil der älteren gegenüber den jüngeren Menschen wächst beständig, gleichzeitig verringert sich die Bevölkerungszahl, da es immer weniger Geburten gibt und die Zuwanderung das Geburtendefizit nicht auffüllt. Die aktuelle Bevölkerungsstruktur weicht schon lange von der Form der klassischen Bevölkerungspyramide ab, bei der die stärksten Jahrgänge die Kinder stellen und sich die Besetzungszahlen der älteren Jahrgänge allmählich als Folge der Sterblichkeit verringern. Die heutige Alters-

Abbildung 1–2



struktur Deutschlands stellt sich wie folgt dar (Abbildung 1–2). Während die mittleren Altersklassen besonders bevölkerungsstark sind, gehören zu den älteren und jüngeren weniger Personen. Bis zum Jahr 2060 werden die stark besetzten Jahrgänge weiter nach oben verschoben und dabei schließlich ausgedünnt und durch zahlenmäßig kleinere ersetzt. Damit gehen signifikante Verschiebungen im zahlenmäßigen Verhältnis der einzelnen Altersgruppen einher (Statistisches Bundesamt 2009b). Im Jahr 2009 bestand die Bevölkerung zu 19% aus Kindern und jungen Menschen unter 20 Jahren, zu 61% aus 20- bis unter 65-Jährigen und zu 20% aus 65-Jährigen und Älteren. Im Jahr 2060 wird bereits jeder Dritte (34%) mindestens 65 Lebensjahre durchlebt haben und es werden doppelt so viele 70-Jährige leben, wie Kinder geboren werden. Die Alterung schlägt sich besonders gravierend in den Zahlen der Hochaltrigen nieder. 2009 lebten etwa 4 Millionen 80-Jährige und Ältere in Deutschland, dies entsprach 5% der Bevölkerung. Ihre Zahl wird kontinuierlich steigen und mit über 10 Millionen im Jahr 2050 den bis dahin höchsten Wert erreichen. Zwischen 2050 und 2060 sinkt dann die Zahl der Hochaltrigen auf 9 Millionen. Es ist also damit zu rechnen, dass in fünfzig Jahren 14% der Bevölkerung 80 Jahre oder älter sein werden. Die Zahl der unter 20-Jährigen wird von heute circa 16 Millionen auf etwa 10 Millionen im Jahr 2060 zurückgehen. Ihr Anteil wird 16% der Bevölkerung ausmachen. Damit wird es im Jahr 2060 nur um etwa 1 Million mehr junge Menschen unter 20 Jahren geben als Menschen im Alter von 80 und

mehr Jahren. Spürbare Veränderungen in der Altersstruktur stehen Deutschland bereits im kommenden Jahrzehnt bevor. Insbesondere die Altersgruppen der 50- bis 65-Jährigen (+24%) – die Geburtsjahrgänge des Babybooms der 1950er und 1960er Jahre – und der 80-Jährigen und Älteren (+48%) werden bis zum Jahr 2020 wachsen. Die Zahl der unter 50-Jährigen wird dagegen abnehmen (–16%). Allein die Bevölkerung im mittleren Alter von 30 bis unter 50 Jahren wird um circa 4 Millionen (–18%) schrumpfen. Das mittlere Alter der Bevölkerung steigt infolge dieser Veränderungen schnell an. Heute stehen die 43-Jährigen genau in der Mitte der Altersverteilung der Gesellschaft. Bis Mitte der 2040er Jahre wird das mittlere Alter um 9 Jahre steigen, sodass zwischen 2045 und 2060 etwa die Hälfte der Einwohner älter als 52 Jahre sein wird. Durch das Nachrücken gut besetzter Geburtsjahrgänge in das Seniorenalter und durch die steigende Lebenserwartung wird bis 2060 der Anteil der über 65-Jährigen kontinuierlich auf etwa ein Drittel der Gesamtbevölkerung anwachsen (Statistisches Bundesamt 2009b).

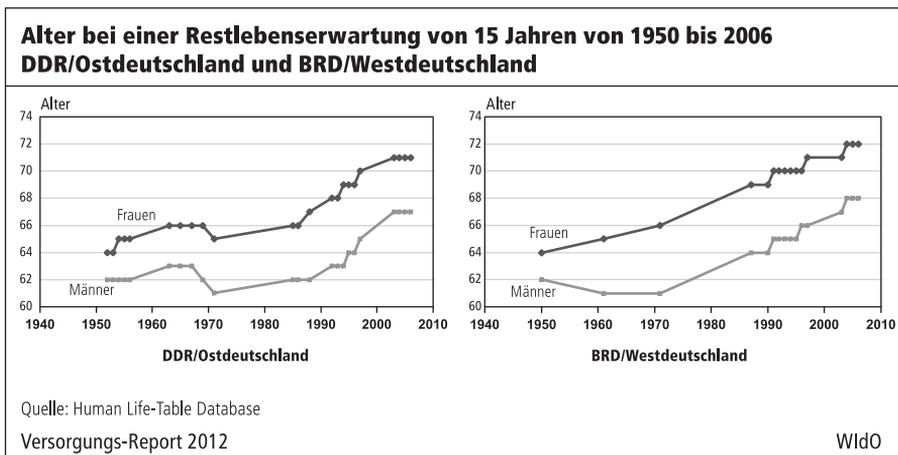
Da die Bevölkerungsprognosen in der Vergangenheit den Anstieg der Lebenserwartung generell unterschätzten (Oeppen und Vaupel 2002) und dies auch auf die Voraussagen für Deutschland zutrifft (Steinberg und Doblhammer 2010), kann davon ausgegangen werden, dass auch für die Zukunft die Anzahl und der Anteil der Alten und Hochaltrigen unterbewertet wird. Andererseits überschätzt die Bevölkerungsfortschreibung der amtlichen Statistik die Anzahl der Menschen im Alter von 90 Jahren und älter. Die Bevölkerungsschätzungen werden mit zunehmendem Abstand zur letzten Volkszählung schlechter. Dies erklärt sich durch Fortschreibungsfehler, die bspw. entstehen, wenn Wohnortwechsel nicht vollständig verbucht sind und somit eine Person doppelt im Register erscheinen kann. Jedes Jahr schieben sich diese „Karteileichen“ durch die Fortschreibung der Bestände in ein höheres Alter und werden besonders im hohen Alter sichtbar, da die Jahrgänge infolge der Sterblichkeit immer kleiner werden und der relative Anteil der „Karteileichen“ am Bestand steigt. 2004 lagen die offiziellen Zahlen bei Männern um rund 40% zu hoch, was sich auf die weiteren Berechnungen auswirkt (Scholz und Jdanov 2008).

Da die Bevölkerungsvorausberechnung auf den Prognosen und Annahmen über die zukünftige Entwicklung der Fertilität, Migration und Sterblichkeit basieren, ist damit stets eine Unsicherheit über die Entwicklung der Anzahl und Altersstruktur der Bevölkerung in den Voraussagen gegeben. Dies trifft vor allem auf die jungen und alten Bevölkerungsgruppen zu. Einerseits ist die weitere Entwicklung der älteren Bevölkerung durch die bestehenden Kohortenstärken der deutschen Bevölkerung vorherbestimmt und damit durch die Fertilität im Laufe des 20. Jahrhunderts. Die Anzahl und Altersstruktur der zukünftigen Alten steht also fest und reduziert somit die Unsicherheit über Aussagen zur kommenden Entwicklung. Unklar ist jedoch, wie sich die weitere Lebenserwartung entwickeln wird. Das Statistische Bundesamt hat in der aktuell vorliegenden 12. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung für Deutschland eine Lebenserwartung für Frauen zwischen 89,2 und 91,2 Jahren im Jahr 2060 angenommen (Statistisches Bundesamt 2009a). Prognosen der Lebenserwartung auf Basis von Kohortensterbetafeln kommen hingegen bereits für das Jahr für 2050 auf eine Lebenserwartung von über 90 Jahren für Frauen (Schnabel et al. 2005). Studien zur Treffsicherheit von Bevölkerungsprognosen kommen zu dem Schluss, dass der Anstieg der Lebenserwartung in den Bevölkerungspro-

gnosen der Vergangenheit allgemein unterschätzt wurde und dass die Genauigkeit über die Zeit nicht zugenommen hat (Steinberg und Doblhammer 2010).

Die deutsche Bevölkerung altert unabwendbar. Weder ein kurzfristiger Anstieg der Fertilität noch Zuwanderung in einem Ausmaß, wie sie in den letzten Jahrzehnten stattgefunden hat, kann die Bevölkerungsalterung aufheben. Es kann jedoch davon ausgegangen werden, dass die erwarteten negativen Folgen der Bevölkerungsalterung überbewertet werden. Seit langem lässt der Anstieg der älteren Bevölkerung bei einem gleichzeitigen Rückgang der Zahl der jüngeren Menschen befürchten, dass sich die ökonomischen und sozialen Kosten für die Gesellschaft drastisch erhöhen. Neuere Studien schwächen diese Erwartungen nun ab. Ist man traditionell davon ausgegangen, dass Menschen mit dem Erreichen des 65. Lebensjahres und somit dem Rentenalter zu einer Belastung der Gesellschaft werden, hat sich gezeigt, dass sich durch die Fortschritte im Gesundheitswesen und die damit verbundene höhere Lebenserwartung die Bedeutung des Lebensalters geändert hat und die Menschen auch weiterhin produktiv an der Gesellschaft teilhaben können. Indem wie bisher für die Messung der Bevölkerungsalterung Indikatoren herangezogen werden, die sich ausschließlich auf das chronologische Alter stützen – bspw. der Altersquotient, der das Verhältnis von Rentnern (Alter 65+) zu Rentneinzahlern (Alter 15–64) widerspiegeln soll – wird unwillkürlich angenommen, dass sich Faktoren wie die Lebenserwartung sowie Krankheit und gesundheitliche Beeinträchtigung im Alter nicht verändern. Neue Indikatoren beachten den Umstand, dass sich die Lebenserwartung jährlich um drei Monate erhöht (Christensen et al. 2009) und dass Krankheit und Pflegebedürftigkeit in ein immer höheres Alter verschoben werden. Diese neuen Indikatoren berücksichtigen nicht nur die „starrten“ Altersquotienten mit fixen Altersgrenzen, sondern basieren auf der Restlebenserwartung. In Westdeutschland hatte z. B. im Jahre 1950 eine 64-jährige Frau eine Restlebenserwartung von 15 Jahren. 56 Jahre später trifft dies bereits auf eine 72-jährige Frau zu (Abbildung 1–3). Berechnet man den Altersquotienten nun nicht auf Basis des chronologischen Alters, sondern auf der Basis jenes Alters, in dem noch 15 Lebensjahre verbleiben, fällt die Bevölkerungsalterung weit weniger dramatisch aus (Scherbov und Sanderson 2010).

Abbildung 1–3

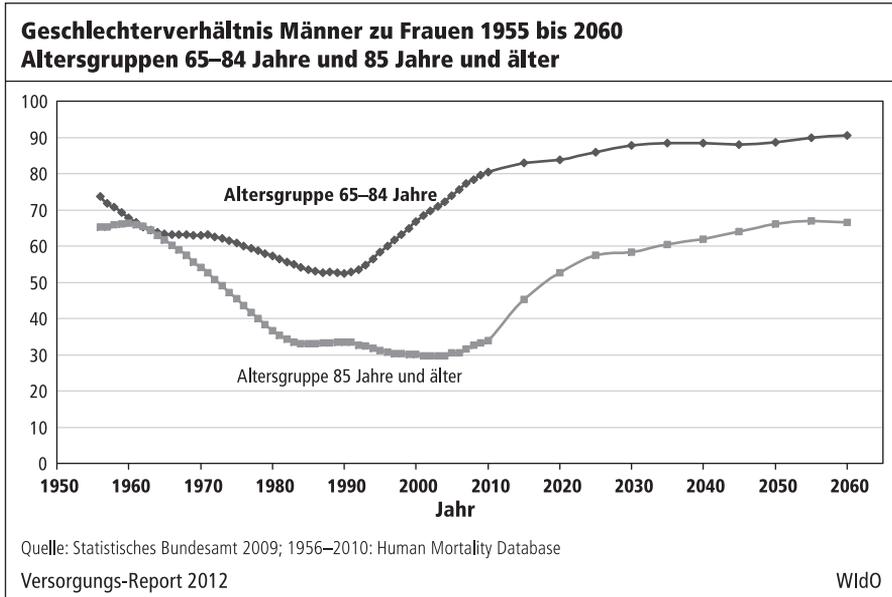


1.3 Veränderung der Geschlechtsstruktur im dritten und vierten Lebensalter

Die Geschlechterproportion im Altersverlauf wird sowohl durch biologische wie auch durch soziale Faktoren geprägt und verändert. Zunächst werden auf Grund der genetischen Konstitution der Menschen mehr Jungen gezeugt und auf 100 Mädchen etwa 105 Jungen geboren. Da das höhere Sterberisiko männlicher Neugeborener heutzutage weitestgehend zurückgedrängt ist, bleibt dieser Proporz so lange erhalten, bis lebensphasenspezifische soziale Risiken ein höheres Sterberisiko für Männer verursachen. Das ist zu beobachten in der Lebensphase der Motorisierung zwischen dem 20. und 25. Lebensjahr sowie ab dem 50. Lebensjahr durch die Akkumulation spezifischer Lebens- und Arbeitsrisiken. Der ursprüngliche Männerüberschuss verkehrt sich etwa in der Lebensmitte in einen leichten Frauenüberschuss, der sich mit zunehmendem Lebensalter vergrößert. In Deutschland gab es im Jahre 2010 81 Männer auf 100 Frauen im Alter 65 bis 84, im Alter 85+ waren es 34 Männer und unter den Hundertjährigen sind es nur noch 15 Männer auf 100 Frauen (human mortality database). Hierfür sind vor allem die längere Lebenserwartung der Frauen wie auch die Dezimierung männlicher Geburtsjahrgänge durch Kriege und Kriegsfolgen verantwortlich. Vor allem der Zweite Weltkrieg führte zu großen Verlusten unter den Männern der Geburtskohorten 1921 bis 1927, was sich bis Ende der 1990er Jahre auf das Geschlechterverhältnis Männer zu Frauen auswirkte (Hoffmann et al. 2009a; Doblhammer und Ziegler 2010).

Eine Ursache für die Veränderung der Geschlechtsstruktur der Bevölkerung im dritten und vierten Lebensalter, resultierend aus der niedrigeren Lebenserwartung der Männer, sind die biologischen Unterschiede zwischen den Geschlechtern in Verbindung mit der hormonellen, autoimmunen und genetischen Ausstattung. So bewirkt der Einfluss des weiblichen Geschlechtshormons Östrogen auf die Serumlipidproduktion, dass Frauen ein geringeres Risiko aufweisen an ischämischen Herzerkrankungen zu leiden und es zusätzlich zu einem protektiven Effekt auf die Gehirnzellen kommt. Weiterhin werden auch geschlechtsspezifische Unterschiede in der Immunkompetenz diskutiert, wonach Männer eine größere Anfälligkeit für Infektionskrankheiten und parasitäre Erkrankungen haben. Auch scheinen mögliche kompensatorische Effekte des zweiten X-Chromosoms bei Frauen mit einem höheren Potenzial der Langlebigkeit in Verbindung zu stehen. Neben diesen biologischen Ursachen spielen vor allem Unterschiede im gesundheitsrelevanten Verhalten von Männern und Frauen eine Rolle. Im Allgemeinen weisen Männer ein risikoreicheres Verhalten bei Tabak-, Alkohol- und Drogenkonsum auf, was sich in einem höheren Risiko von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Lungenkrebs oder Leberzirrhose, aber auch in einer größeren Gefahr von tödlichen Unfällen äußert. Der Tabakkonsum nimmt aber weiterhin eine hervorgehobene Stellung bei der geschlechtsspezifischen Sterblichkeit ein. Übergewicht und Adipositas sind weitere Faktoren die sich auf die Geschlechterstruktur der älteren Bevölkerung auswirken. Genetisch und hormonell bedingte Unterschiede bewirken wiederum für Männer ein höheres Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Darüber hinaus ernähren sich Frauen deutlich gesünder als Männer, die im Gegenzug aber physisch aktiver sind und mehr Sport treiben. Für beide Geschlechter gilt aber, dass Übergewicht einen negativen Einfluss auf die Gesundheit hat. Letztlich zeigte sich, dass auch geschlechts-

Abbildung 1–4



charakteristische Normen und Erwartungen zu einem Unterschied in der Wahrnehmung und Darstellung von Erkrankungen führen. Während es bspw. bei akuten und lebensbedrohlichen Erkrankungen nur geringe bis keine Unterschiede gibt, ändert sich dieses Verhältnis oft bei nicht-fatalen Beeinträchtigungen. Ähnlich verhält es sich auch bei der Nutzung von Vorsorgeprogrammen: So gehen Frauen signifikant öfter wegen Vorsorgeuntersuchungen zum Arzt, während Männer Arztkonsultationen bis zu einem späteren Stadium einer Erkrankung hinauszuschieben scheinen (Doblhammer und Kreft 2011, in Druck; Oksuzyan et al. 2008).

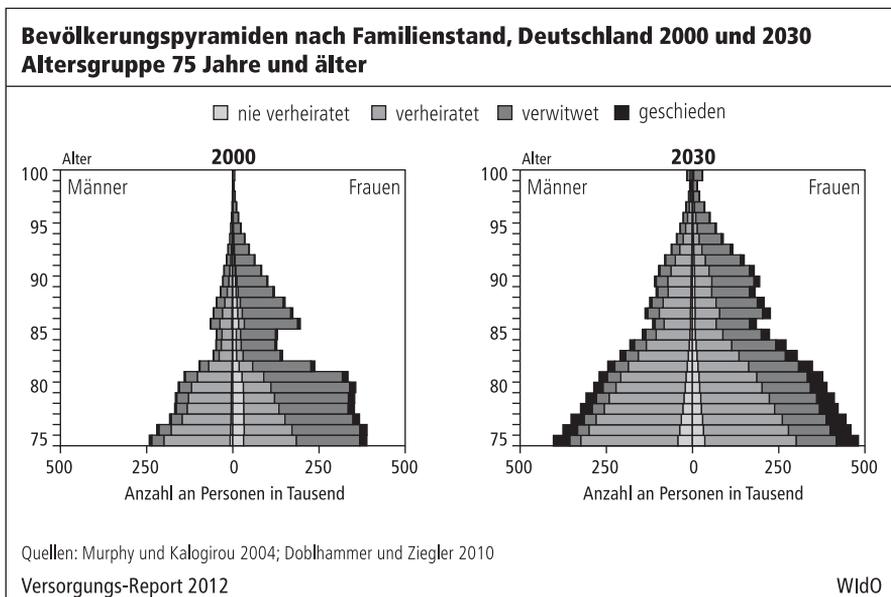
Gegenwärtig beträgt das Verhältnis der männlichen zur weiblichen Bevölkerung im Alter von 65 Jahren noch etwa 1:1, im Alter von 80 Jahren etwa 1:2, ab 86 Jahren bereits 1:3. Von 68 Männern pro 100 Frauen im Alter 65 bis 84 im Jahre 1960 ging die Zahl der Männer kontinuierlich zurück, erreichte mit 52 Männern zu 100 Frauen das Minimum Anfang der 1990er Jahre und stieg seitdem wieder an (Abbildung 1–4). Die Daten für das Jahr 2008 zeigen den sehr hohen Frauenüberschuss bei den sehr Alten, also hier bei den kriegsbedingt dezimierten Geburtsjahrgängen 1920 und 1916. Dieser wird sich weiter abschwächen und in den nächsten 50 Jahren allmählich normalisieren. Im Jahre 2060 wird das Verhältnis der 65 bis 84-Jährigen voraussichtlich 90 Männer auf 100 Frauen betragen. Im Alter 85+ findet sich ein ähnlicher Trend, nur um 10 Jahre zeitversetzt. Ursache für den Anstieg ist neben dem Wegfallen der Kriegsfolgen und dem sinkende Sterberisiko für Männer ab dem mittleren Lebensalter infolge medizintechnischer Fortschritte vor allem die Angleichung der Lebenserwartung sowie der sozioökonomischen Lebensumstände und Lebensstile der Männer an jene der Frauen (Statistisches Bundesamt 2009b; Hoffmann et al. 2009a).

1.4 Entwicklung der Lebensformen im dritten und vierten Lebensalter

Nicht nur die Alters- und die Geschlechtsstruktur der Bevölkerung sind im Wandel. Die demografische Alterung hinterlässt auch in den Lebensformen der Älteren ihre Spuren und das zahlenmäßige Verhältnis der beiden Geschlechter spiegelt sich in der Familienstruktur der älteren Bevölkerung wider. Einen ersten Indikator für familiäre Lebensformen stellt der Familienstand dar. Mit zunehmendem Alter nimmt der Anteil der Verheirateten ab und der Anteil der Verwitweten steigt. Die Familienstände von Männern und Frauen unterscheiden sich: Männer sind bis ins hohe Alter hinein überwiegend verheiratet. Selbst die über 80-jährigen Männer sind zu knapp 60% verheiratet und nur zu etwa zu einem Drittel verwitwet (Statistisches Bundesamt 2008). Ganz anders die Frauen: Mehr als die Hälfte (52%) der Frauen über 70 war im Jahr 2006 verwitwet. Die Familienstandsstruktur älterer Frauen ist in den letzten Jahren ausgewogener geworden, da ein großer Teil der Kriegswitwen seit den 1990er-Jahren verstorben ist. 1991 waren immerhin noch fast zwei Drittel (65%) der über 70-jährigen Frauen verwitwet. Die rückläufige Alterssterblichkeit der Männer verstärkt diesen Trend, sodass auch ältere Frauen zunehmend länger in Partnerschaften leben können. Familienstandsprognosen für die 75+Jährigen zeigen, dass bis 2030 die zukünftigen Alten zu einem größeren Prozentsatz verheiratet sein werden, der Anteil der Verwitweten zurückgehen wird und Niemals-Verheiratete und Geschiedene nur einen kleinen Anteil ausmachen werden (Doblhammer und Ziegler 2010) (Abbildung 1–5).

Daten zum Familienstand sind für die gesamte Bevölkerung verfügbar. Der Familienstand ist für die konkreten Lebensformen der Älteren aber nur ein sehr grober

Abbildung 1–5



Indikator. Der Mikrozensus liefert auch Daten zu den konkreten Lebensformen im Haushaltskontext, das heißt, beschränkt auf den Personenkreis, der in Privathaushalten lebt. Informationen zu Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern fehlen diesbezüglich. Mit dieser Einschränkung lässt sich folgendes Bild für das Zusammenleben der älteren Menschen zeichnen: Sofern ältere Menschen in Partnerschaften leben, tun sie dies nach wie vor in der Regel in einer ehelichen Gemeinschaft. Alternative Lebensformen wie nichteheliche Lebensgemeinschaften haben sich bei den Älteren bisher nicht als verbreitete Lebensform etabliert. Daraus kann geschlossen werden, dass die Ehe vor allem bei den Männern noch immer die zentrale Lebensform des Alters ist. Von den Frauen ab dem 65. Lebensjahr lebt und wirtschaftet dagegen die Hälfte allein in einem Haushalt, weitere 43 % mit ihrem Ehepartner (Hoffmann et al. 2009a).

Neben dem Geschlecht und dem Alter nimmt auch der Schulabschluss eine wichtige Rolle bei der Ausbildung des Familienstandes ein. Die niedrigste Bildungsgruppe hat das höchste Risiko verwitwet zu sein (+75 % im Vergleich zur höchsten Bildungsgruppe) und die geringste Wahrscheinlichkeit, verheiratet (-18 %), geschieden (-40 %) oder ledig (-57 %) zu sein. Bildung wird häufig als Indikator für das Einkommen und den sozialen Status einer Person gewählt. Mit höherer Bildung steigen in der Regel das Einkommen und das soziale Ansehen. Dies hatte in der Vergangenheit unterschiedliche Auswirkungen für Männer und Frauen. Eine mögliche Erklärung für diesen geschlechtsspezifischen Bildungseffekt ist, dass höhere Bildung (und damit auch ein höheres Einkommen) bei Männern die Heirats- und Wiederverheiratungschancen, für Frauen hingegen die Möglichkeit zur unabhängigen Lebensführung erhöht (Ziegler und Doblhammer 2006).

Der Zusammenhang zwischen dem Familienstand und den Haushaltsformen findet sich in der Prognose der Haushaltsformen in Privathaushalten des Deutschen Instituts für Wirtschaftsforschung (DIW) wieder. Die DIW-Haushaltsprognosen umfassen alle Altersgruppen und gehen von einem Anstieg der Lebenserwartung, einer weiterhin niedrigen Fertilität, einem Trend zum Single-Haushalt sowie steigenden Scheidungsraten in den jungen und mittleren Altersgruppen aus. Für die Gesamtbevölkerung wird die durchschnittliche Haushaltsgröße bis 2050 abnehmen, nicht jedoch für die ältere Bevölkerung. Im Vergleich zum Jahr 2003 wird in allen Altersgruppen über 65 Jahre der Anteil der Single-Haushalte zurückgehen: von 29 % auf 25 % unter den 65- bis 79-Jährigen und von 68 % auf 57 % unter den 90-Jährigen und älteren. Dieser Rückgang resultiert aus dem Anstieg der Haushalte mit Partner, der besonders unter den Hochaltrigen stark ausgeprägt ist (Schulz 2010).

Familiale Lebensformen können jedoch im reinen Haushaltskontext nur unzureichend beschrieben werden. Familialer Zusammenhalt, Unterstützung und Solidarität finden meistens über die Grenzen der Wohn- und Wirtschaftseinheit „Haushalt“ hinweg statt. In der Gemeinschaft der Familie sind mehrere Generationen miteinander verbunden, anders als im Haushalt, in dem in der Regel heutzutage nur eine oder zwei Generationen zusammenleben. Die Verwandtschaftsbeziehungen von nicht im gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen werden auch mit dem Begriff der „Mehrgenerationenfamilie“ bezeichnet. Das Bild der Familie in diesem erweiterten Sinn hat sich gewandelt. Es vollzieht sich ein Wechsel von eher horizontalen zu eher vertikalen Familienstrukturen. Das heißt einerseits, es gibt heute mehr Generationen, die gemeinsam zu einem Familienverband gehören. Anderer-

seits sind diese Generationen aber mit weniger Personen besetzt. Bedingt ist diese Entwicklung durch die zunehmende Langlebigkeit der älteren Generationen und die abnehmende durchschnittliche Kinderzahl in den jüngeren Generationen. Die Generationen, die eine lange Lebenszeit miteinander verbringen, übernehmen die Funktion eines generationenübergreifenden Unterstützungsnetzwerkes und können dadurch Lücken ausfüllen, die durch die abnehmende innergenerationale Breite der Familie unter Umständen entstehen (Hoffmann et al. 2009a). Daten zu diesen Familien- und Generationenbeziehungen sind im Deutschen Alterssurvey (DEAS) zu finden. Im Jahr 2008 hatten demnach vier von fünf Menschen zwischen 40 und 85 Jahren eigene Kinder und 40 % hatten Enkelkinder. Trotz der zunehmend verbreiteten Kinderlosigkeit erhöhte sich seit 1996 der Anteil der Personen, die Großeltern geworden sind, leicht. Generell geht der Trend hin zu kleineren Familien. Dank der steigenden Lebenserwartung haben die Generationen einer Familie letztlich mehr gemeinsame Lebenszeit (Motel-Klingebiel et al. 2010).

1.5 Regionale Unterschiede in der demografischen Entwicklung

Die für die Bundesrepublik insgesamt dargestellte Entwicklung der Bevölkerung wird in den einzelnen Bundesländern unterschiedlich ausfallen. Sowohl im Geburten- als auch im Sterblichkeitsniveau unterscheiden sich die Länder voneinander. Die Binnenwanderung vor allem in Richtung Süddeutschland und in die Stadtstaaten mildert zudem einerseits dort den Bevölkerungsrückgang, verstärkt aber andererseits die Alterung und den Bevölkerungsrückgang in den „Abwanderungsländern“, also vor allem in Ostdeutschland.

Seit der deutschen Vereinigung ist die Zahl der Neugeborenen in Deutschland von 830.000 (1991) auf 683.000 (2008) um 18 % gesunken. Auch in den kommenden Jahrzehnten ist mit einem Rückgang zu rechnen. Diese Entwicklung ist die Folge eines niedrigen Geburtenniveaus, das seit langem unter dem Bestandserhaltungsniveau von 2,1 Kindern je Frau liegt. Die durchschnittliche Kinderzahl je Frau lag in Deutschland im Jahr 2008 bei 1,38 Kindern und es finden sich regionale Unterschiede. So weist das Land Sachsen mit einer durchschnittlichen Kinderzahl je Frau von 1,44 im Jahr 2008 die höchste Geburtenhäufigkeit auf. Unter den westlichen Flächenländern liegen auch Niedersachsen und Schleswig-Holstein (1,42 Kindern je Frau) sowie Nordrhein-Westfalen (1,39 Kinder je Frau) über dem Bundesdurchschnitt. Die Geburtenhäufigkeit in den neuen Ländern hat sich allmählich dem Westniveau angeglichen, sodass Thüringen mit 1,37 Kindern je Frau 2008 nur noch leicht unter dem bundesdeutschen Durchschnitt lag. Relativ geburtenarm waren dagegen die Stadtstaaten und das Saarland. Bis 2030 wird die Zahl der Neugeborenen in allen Ländern zurückgehen. Relativ gesehen bedeutet dies für die neuen Länder mehr als ein Drittel (36 %) weniger Geburten, für die alten lediglich 10 %. Von den ostdeutschen Ländern sind mit einem Rückgang von etwa 40 % Thüringen und Sachsen-Anhalt, in den westdeutschen Ländern das Saarland mit 16 % sowie Niedersachsen und Hessen mit jeweils 13 % am stärksten betroffen (Statistische Ämter 2011).

Der demografische Wandel und der damit verbundene regional unterschiedliche Alterungsprozess ist auch auf den Anstieg der Lebenserwartung und vor allem auf die systematische Reduktion der Sterblichkeit – also das Hinausschieben des durchschnittlichen Sterbealters in ein immer höheres Lebensalter – zurückzuführen. Besonders anschaulich zeigte sich die Beeinflussung der Sterblichkeit durch Umweltfaktoren in den Entwicklungen der Sterbeverhältnisse seit der Wiedervereinigung Deutschlands. Lag die Lebenserwartung von Frauen in der Mitte der 1970er Jahre in der DDR und BRD noch auf vergleichbarem Niveau, stieg sie danach bis 1991 im Westen stärker an als im Osten. Der Unterschied zwischen der ost- und westdeutschen Lebenserwartung verkleinerte sich jedoch nach der Wiedervereinigung bis zum Jahr 2006 von 3,3 Jahren auf 1,2 Jahre bei den Männern und von 2,6 auf 0,2 Jahre bei den Frauen. Die höchste durchschnittliche Lebenserwartung bei Geburt – für Jungen 78,6 Jahre und für Mädchen 83,3 Jahre – wies Baden-Württemberg auf. Die niedrigste Lebenserwartung wurde in Sachsen-Anhalt und Mecklenburg-Vorpommern mit jeweils 75,1 Jahren für Jungen und im Saarland mit 81,1 Jahren für Mädchen gemessen. Bis 2008 hatte sich die Lebenserwartung im Osten nahezu einer gesamtdeutschen Ausprägung angeglichen, sodass seitdem bei Frauen kein Unterschied mehr besteht. Die Angleichung erfolgte wiederum vor allem durch den Rückgang der Sterblichkeit bei den über 60-jährigen Frauen und hier in besonderem Maße bei den Hochaltrigen. Verbesserungen im Gesundheitswesen, der medizinischen Versorgung und der Pflege der Hochaltrigen haben maßgeblich dazu beigetragen, dass die Sterblichkeit zurückging (Luy 2009).

Die Angleichung der Lebenserwartung in Ost- und Westdeutschland im Bereich von 0 bis 75 Jahren zu den Zeitpunkten 1990 bis 1994 und 2000 bis 2004 untersuchten Kibele und Scholz (2008) unter Verwendung des Konzepts der „vermeidbaren Sterblichkeit“ (Nolte et al. 2002). Die Sterbefälle werden dabei in drei Gruppen unterteilt, wobei die erste Gruppe der Sterbefälle durch adäquate medizinische Versorgung, die zweite Gruppe durch entsprechende Prävention (Lungenkrebs, Verkehrsunfälle, Leberzirrhose) und die dritte Gruppe (Ischämische Herzkrankheiten) teils durch gesundheitsrelevantes Verhalten, teils durch entsprechende medizintechnische Versorgung vermeidbar gewesen wären. Die übrigen Sterbefälle gelten als nicht vermeidbare Sterbefälle. Bei Männern lässt sich zu Beginn der 1990er Jahre etwa ein Drittel der höheren Sterblichkeit in Ostdeutschland durch Übersterblichkeit im Bereich der Prävention erklären, wovon besonders die jungen und mittleren Erwachsenenalter betroffen sind. Ein weiteres Drittel wird dem Bereich der medizinischen Versorgung und den ischämischen Herzkrankheiten zugeordnet. Dies betrifft vor allem die höheren Altersklassen. Bei Frauen sind die Ost-West-Unterschiede in der Sterblichkeit geringer ausgeprägt. Etwa ein Drittel der Differenz geht auf die bessere medizinische Versorgung im Westen zurück. Zehn Jahre später sind die Ost-West-Unterschiede in der Sterblichkeit, die aus Versorgungsunterschieden resultieren, aufgehoben. Große Unterschiede in der Sterblichkeit bestehen jedoch noch hinsichtlich der Prävention im gesundheitspolitischen Bereich und des gesundheitsrelevanten Verhaltens.

Regionale Unterschiede in der Bevölkerungsstruktur werden auch durch die Binnenwanderung im Bundesgebiet verursacht. Dafür sind vor allem wirtschaftliche Faktoren verantwortlich. Die Binnenwanderungen sind im vereinigten Deutschland vor allem durch eine beständige Abwanderung aus den neuen in die

alten Bundesländer geprägt. Im Zeitraum von 1991 bis 2008 haben per Saldo gut 1,1 Millionen Einwohner die neuen Länder in Richtung früheres Bundesgebiet verlassen. Besonders die Länder Bayern, Niedersachsen, Baden-Württemberg, Schleswig-Holstein und Hamburg hatten einen hohen Anteil von Zuzügen aus Ostdeutschland. In der 12. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung wurde zur Binnenwanderung angenommen, dass in den einzelnen Altersgruppen der Anteil der Bevölkerung, der in ein anderes Bundesland fortzieht, bis zum Jahr 2020 konstant bleibt. Zwischen den Jahren 2020 und 2030 wird von einer allmählichen Abschwächung der Binnenwanderung auf Null-Niveau ausgegangen. Da die besonders mobile junge Bevölkerung in den neuen Ländern zahlenmäßig stark abnimmt und sich somit das Abwanderungspotenzial reduziert, wird auch die Ost-West-Wanderung geringer ausfallen (Statistische Ämter 2011).

Die Entwicklung der Lebensformen der älteren Bevölkerung lässt sich vor allem durch die Betrachtung der Privathaushalte auf regionale Besonderheiten hin untersuchen. Tendenziell werden die Haushalte in Deutschland immer kleiner. Aufgrund der Zunahme der Lebenserwartung leben immer mehr ältere Menschen allein oder zunehmend in Zweipersonenhaushalten. Die Zahl der Haushalte mit drei und mehr Personen sinkt dagegen beständig. Die starken Binnenwanderungsströme tragen zu regionalspezifischen Veränderungen in den Haushaltsstrukturen bei. Insbesondere in den neuen Bundesländern hat sich seit der Wiedervereinigung ein rascher Strukturwandel vollzogen, wobei sich viele Mehrpersonenhaushalte teilten und zahlreiche Einpersonenhaushalten entstanden. Neben der Ost-West-Wanderung haben dazu auch Veränderungen auf dem Wohnungsmarkt und der Rückgang der Geburtenzahlen beigetragen. In den Stadtstaaten zeigt sich ebenfalls ein spezifischer Verlauf in der Entwicklung der Haushaltsstruktur. Die Einpersonenhaushalte haben hier einen weit höheren und rascher wachsenden Anteil als in den Flächenländern. Für die zukünftige Entwicklung wird eine Fortsetzung des Trends zu kleineren Haushalten erwartet. Die weiter sinkende Alterssterblichkeit, die immer noch höhere Lebenserwartung der Frauen sowie die schneller als bei Frauen zunehmende Lebenserwartung der Männer führen künftig zu mehr Ein- und Zweipersonenhaushalten im Seniorenalter. Nach der Trendvariante der Haushaltvorausberechnung steigt der Anteil der Einpersonenhaushalte im Jahr 2030 auf 43 % und die Zahl der Zweipersonenhaushalte auf 38 %. Dagegen sinkt der Anteil der Haushalte mit drei und mehr Personen auf unter 10 %. Die Haushaltsstruktur weist im Ländervergleich deutliche Parallelen auf. Unterschiede zeigen sich vor allem im Anteil der Einpersonenhaushalte zwischen den Flächenländern (36 % bis 43 % im Jahr 2009) einerseits und den Stadtstaaten (50 % bis 54 %) andererseits. Diese Veränderungen schlagen sich in der durchschnittlichen Größe der Haushalte nieder. Diese wird von 2009 bis 2030 in den alten Flächenländern von 2,1 Personen pro Haushalt auf 1,9 Personen, in den neuen Ländern von 1,9 auf 1,8 Personen und in den Stadtstaaten von 1,8 auf 1,7 Personen zurückgehen (Statistische Ämter 2011).

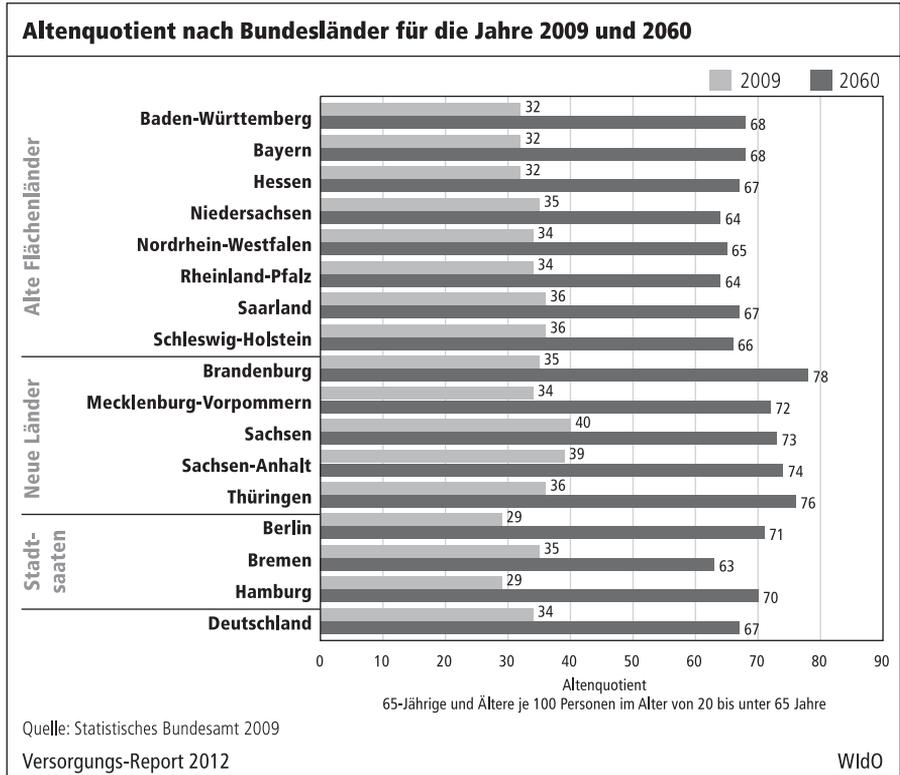
Der demografische Alterungsprozess findet in allen Regionen Deutschlands statt. Auffallend ist wiederum der Ost-West-Unterschied. Mit Ausnahme großer Teile von Mecklenburg-Vorpommern sind die östlichen Bundesländer bis hin zum östlichen Niedersachsen überdurchschnittlich alt. Das betrifft auch die alten Industrieregionen des Westens sowie viele Kernstädte mit Wanderungsverlusten durch junge Familien und landschaftlich attraktive Regionen an der Küste und am Alpen-

rand mit Wanderungsgewinnen durch ältere Menschen. Jünger sind die städtischen Umlandregionen, in die vor allem junge Familien ziehen, sowie einige Regionen mit vergleichsweise höheren Geburtenraten. Obwohl Mecklenburg-Vorpommern zu den Regionen mit überdurchschnittlich hoher Alterung zählt, ist die Bevölkerung dort noch immer jünger als im Süden. Hinsichtlich des Tempos der Alterung ist der Osten schneller, insbesondere in Regionen mit geringer Siedlungsdichte. Dieser Zusammenhang gilt auf einem deutlich niedrigeren Niveau auch für einige westliche Regionen, für kreisfreie Städte und für Umlandregionen großer Städte, deren Besiedlung durch eine relativ homogene Bevölkerung (junge Familien mit Kindern) im Wesentlichen abgeschlossen ist. Die Zahl der Regionen mit rückläufigen Bevölkerungsbeständen wird immer größer. Am intensivsten ist der Bevölkerungsrückgang im Norden und Süden der neuen Bundesländer sowie im mitteldeutschen Raum, mit Ausnahme des Brandenburger Umlandes von Berlin. Suburbane Räume werden noch bis zum Jahr 2020 über eine positive Bevölkerungsbilanz verfügen. Tendenziell steht einer größer werdenden Gruppe zumeist ländlich oder kleinstädtisch geprägter Regionen mit Schrumpfungs- und überdurchschnittlichen Alterungsprozessen eine kleiner werdende Gruppe wachsender und weniger alternder Regionen gegenüber (Hoffmann et al. 2009a).

Bis zum Jahr 2060 wird der Anteil der ältesten Altersgruppen in allen betrachteten Regionen zunehmen, während der Anteil der 20- bis unter 40-Jährigen deutlich sinken wird. Der Anteil der unter 20-Jährigen wird nur in den alten Bundesländern zurückgehen. Der Anteil der 40- bis 64-Jährigen bleibt in den Stadtstaaten nahezu unverändert, in den neuen Ländern und den alten Flächenländern sinkt er leicht. Im Zuge dieser Veränderungen verschiebt sich das Verhältnis zwischen Bevölkerung im Erwerbsalter (20 bis unter 65 Jahre) und der Bevölkerung im Rentenalter (65 Jahre und älter), abgebildet durch den Altersquotienten. Im Jahr 1991 entfielen 24 Personen der Altersgruppe 65-Jährige und Ältere auf 100 Personen im Erwerbsalter, im Jahr 2009 waren es bereits 34 Personen, bis zum Jahr 2060 werden es nach den Vorausberechnungen bereits 67 Personen sein. In den Ländern war der Altersquotient im Jahr 2008 in Berlin und Hamburg (je 29) am niedrigsten. Am höchsten lag er in Sachsen (40) und in Sachsen-Anhalt (39). Im Jahr 2060 werden sich alle Zahlenverhältnisse zwischen den Personen im Erwerbs- und Ruhestandsalter weiter erhöhen. Der geringste Altenquotient wird für den Stadtstaat Bremen (63) vorausgesagt, während sich die Zahlen für Hamburg (70) und Berlin (71) besonders stark erhöhen werden. Die alten Flächenländer bewegen sich zwischen 64 und 68 Personen über 65 Jahre auf 100 Personen im Alter von 20 bis unter 65 Jahren. Ein besonders hoher Altenquotient ist weiterhin in allen neuen Ländern (72–78) zu erwarten (Statistisches Bundesamt 2009b; Statistische Ämter 2011).

Dieser Zusammenhang spiegelt sich letztlich auch im Pflegebedarf der älteren Bevölkerung wider, indem die Anzahl der Personen, die auf Pflege im Alter angewiesen sein werden, stetig steigt. In den Prognosen bis 2030 sind wiederum die ostdeutschen Bundesländer die Vorreiter dieser Entwicklung. So wird für Brandenburg ein Anstieg des Pflegebedarfs von Personen um 59% und für Mecklenburg-Vorpommern um 55% vorausgesagt, was weit über den Zahlen der restlichen Länder liegt. Die Städte Bremen und Hamburg verzeichnen bspw. nur einen Anstieg von 20 bzw. 25% und deutschlandweit wird eine Anstiegsrate von rund 37% erwartet (Pfaff 2010). In Hinblick auf die nach wie vor bestehende Abwanderung der

Abbildung 1–6



jugen Generation und dem damit verbundenen Bevölkerungsrückgang in den ländlichen Räumen stellt die Langzeitpflege, zusätzlich zur medizinischen Versorgung, eine weitere Herausforderung für die neuen Bundesländer dar. Die steigende Lebenserwartung zusammen mit dem Altern der großen Geburtskohorten der „Babyboomer“ wird bis 2050 in der Bundesrepublik Deutschland zu einem spürbaren Anstieg pflegebedürftiger alter Menschen führen. Dieser Anstieg kann von der positiven Entwicklung der Gesundheit im Alter abgemildert, aber nicht aufgehoben werden (Doblhammer und Ziegler 2010).

1.6 Fazit

In den vergangenen Jahrzehnten ist der Traum von einem langen gesunden Leben für viele Menschen Wirklichkeit geworden. Es ist alltäglich geworden, die eigenen Kinder aufwachsen zu sehen, den Partner nicht durch vermeidbare Krankheiten und Unfälle in der Mitte des Lebens zu verlieren, ein erfülltes gesundes Leben nach Beendigung der Erwerbstätigkeit zu führen sowie Familie und Freunde bis in höchste Lebensalter begleiten zu können. Gleichzeitig führt diese uneingeschränkt

positive Entwicklung dazu, dass jeder Einzelne, aber auch die Gesellschaft als Ganzes, vor neuen großen Herausforderungen steht. Bei einer stetig steigenden Lebenserwartung sind neue Konzepte der individuellen Lebensführung genauso notwendig, wie eine Umstrukturierung der sozialen Sicherungssysteme. Ob und ab wann jemand „alt“ ist, kann nicht mehr allein über das chronologische Alter definiert werden, viel aussagekräftiger sind der Gesundheitszustand sowie die durchschnittliche Anzahl der verbleibenden Lebensjahre. Die Alten der Zukunft werden sich aufgrund ihrer Bildung, ihrer Lebensgeschichte und ihrer persönlichen Fähigkeiten von den Alten der Vergangenheit und der Gegenwart weitgehend unterscheiden. Sie werden gesundheitlich länger in der Lage sein, produktiv an der Gesellschaft teilzuhaben und ihr Wissen und Können einzubringen. Gleichzeitig stellt die Alterung der Bevölkerung eine besondere Herausforderung für das Gesundheitswesen und die Versorgung Pflegebedürftiger dar. Positive Trends in der Gesundheitsentwicklung werden den Anstieg der Zahl gesundheitlich beeinträchtigter und pflegebedürftiger Menschen nur abschwächen, aber nicht aufhalten können. Das Gesundheitswesen muss sich rechtzeitig auf diesen Trend einstellen.

Literatur

- Bloomfield K, Kraus L, Soyka M. Alkoholkonsum und alkoholbezogene Störungen. Berlin: Robert Koch-Institut 2008.
- Christensen K, Doblhammer G, Rau R, Vaupel JW. Ageing populations: the challenges ahead. *Lancet* 2009; 374: 1196–208.
- Doblhammer G, Muth E, Kruse A. Lebenserwartung in Deutschland: Trends, Prognose, Risikofaktoren und der Einfluss ausgewählter Medizininnovationen; Report. Rostocker Zentrum zur Erforschung des Demografischen Wandels. Rostock 2008.
- Doblhammer G, Ziegler U. Care Need Projections by Marital Status and Childlessness for Germany 2000–2030 based on the FELICIE Project. In: Doblhammer G, Scholz R (Hrsg). *Aging, Care Need and Quality of Life: The Perspective of Care Givers and People in Need of Care*. Wiesbaden: VS-Verlag 2010; 42–60 (VS Research: Demografischer Wandel – Hintergründe und Herausforderungen).
- Doblhammer G, Kreft D. Länger leben, länger leiden? Trends in Lebenserwartung und Gesundheit. *Bundesgesundheitsblatt* 2011 (in Druck).
- Fries JF. Aging, Natural Death and the Compression of Morbidity. *New England Journal of Medicine* 198; 303: 130–5.
- Frisoni GB, Fratiglioni L, Fastbom J, Viitanen M, Winblad B. Mortality in nondemented subjects with cognitive impairment: the influence of health related factors. *American Journal of Epidemiology* 1999; 150 (10): 1031–44.
- Goldman N, Korenman S, Weinstein R. Marital status and health among the elderly. *Social Science and Medicine* 1995; 40 (12): 1717–30.
- Grundy E, Sloggett A. Health inequality in the older population: the role of personal capital, social resources and socio-economic circumstances. *Social Science and Medicine* 2003; 56: 935–47.
- Herskind AM et al. Untangling genetic influences on smoking, body mass index and longevity: a multivariate study of 2464 Danish twins followed for 28 years. *Hum. Genet.* 1996; 98: 467–75.
- Hoffmann E, Menning S, Schelhase T. Demografische Perspektiven zum Altern und zum Alter. In: Böhm K, Tesch-Römer C, Ziese T. (Hrsg). *Gesundheit und Krankheit im Alter*. Berlin: Robert Koch-Institut 2009a; 21–30 (Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes).

- Hoffmann E, Schelhase T, Menning S. Lebenserwartung und Sterbegeschehen. In: Böhm K, Tesch-Römer C, Ziese T (Hrsg). *Gesundheit und Krankheit im Alter*. Berlin, Robert Koch-Institut 2009b; 92–104 (Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes).
- Janssen F, Mackenbach J, Kunst A, NEDCOM. Trends in old-age mortality in seven European countries, 1950–1999. *Journal of Clinical Epidemiology* 2004; 57: 203–16.
- Janssen F, Kunst A. Cohort patterns in mortality trends among the elderly in seven European countries, 1950–99. *Int. J. Epidemiol* 2005; 34 (5): 1149–59.
- Kibele E, Scholz R. Trend der Mortalitätsdifferenzen zwischen Ost und West unter Berücksichtigung der vermeidbaren Sterblichkeit. In: Cassens I, Luy M, Scholz R (Hrsg). *Die Bevölkerung in Ost- und Westdeutschland: demografische, gesellschaftliche und wirtschaftliche Entwicklungen seit der Wende*. Wiesbaden: VS-Verlag 2008; 124–39 (VS Research: Demografischer Wandel – Hintergründe und Herausforderungen).
- Lee Y. The predictive value of self-assessed general, physical, and mental health on functional decline and mortality in older adults. *Journal of Epidemiology and Community Health* 2000; 54: 123–129.
- Luy M. Der Einfluss von Tempo-Effekten auf die ost-west-deutschen Unterschiede in der Lebenserwartung. In: Cassens I, Luy M, Scholz R (Hrsg): *Die Bevölkerung in Ost- und Westdeutschland. Demografische, gesellschaftliche und wirtschaftliche Entwicklungen seit der Wende*. Wiesbaden: VS-Verlag 2009.
- Mackenbach J et al. Widening socioeconomic inequalities in mortality in six Western European countries. *International Journal of Epidemiology* 2003; 32: 830–7.
- McGue M, Vaupel JW, Holm NV, Harvald B. Longevity is moderately heritable in a sample of Danish twins born 1870–1880. *J. Gerontol.* 1993; A 48: B237–44.
- Minicuci N, Noale M. Influence of level of education on disability free life expectancy by sex: The ILSA Study. *Experimental Gerontology* 2005; 40: 997–1003.
- Motel-Klingebiel A, Wurm S, Tesch-Römer C (Hrsg) *Altern im Wandel. Befunde des Deutschen Alterssurvey (DEAS)*. Stuttgart: Kohlhammer 2005.
- Murphy M, Kalogirou S. Population projections by sex and marital status and single year of age. London: LSE 2004; FELICIE contract no. QLK6-CT 2002–02310.
- Nolte E, Scholz R, Shkolnikov V, McKee M. The contribution of medical care to changing life expectancy in Germany and Poland. *Social Science and Medicine* 2002; 55 (11): 1905–21.
- Oeppen J, Vaupel JW. Broken limits to life expectancy. *Science* 2002; 296: 1029–31.
- Oksuzyan A, Juel K, Vaupel JW, Christensen K. Men: good health and high mortality. Sex differences in health and aging. *Aging Clinical and Experimental Research* 2008; 20 (2): 91–102.
- Pfaff H. People in Need of Long-term Care: The Present and the Future. In: Doblhammer G, Scholz R (Hrsg). *Aging, Care Need and Quality of Life: The Perspective of Care Givers and People in Need of Care*. Wiesbaden: VS-Verlag 2010; 14–28 (VS Research: Demografischer Wandel – Hintergründe und Herausforderungen).
- Rau R, Doblhammer G, Canudas Romo V, Zhang Z. Cause-of-Death Contributions to Educational Inequalities in Mortality in Austria between 1981/1982 and 1991/1992. *European Journal of Population* 2007; 24 (3): 265–86.
- Sanderson WC, Scherbov S. Average remaining lifetimes can increase as human populations age. *Nature* 2005; 435 (7043): 811–13.
- Sanderson WC, Scherbov S. Remeasuring aging. *Science* 2010; 329 (5997): 1287–8.
- Schnabel S, Kistowski KG, Vaupel JW. Immer neue Rekorde und kein Ende in Sicht. Der Blick in die Zukunft lässt Deutschland grauer aussehen als viele erwarten, *Demographische Forschung aus erster Hand* 2005; Jg. 2, Nr. 2: 3.
- Scholz R, Jdanov D. Weniger Hochbetagte als gedacht. Korrekturen in der amtlichen Statistik für Westdeutschland notwendig, *Demographische Forschung aus erster Hand* 2008; Jg. 5, Nr. 1: 4.
- Scholz R, Schulz A, Stegmann M. Die ostdeutsche Übersterblichkeit der Männer im arbeitsfähigen Alter: eine Analyse auf Grundlage der „Aktiv Versicherten“ der Deutschen Rentenversicherung. In: *FDZ-RV-Daten zur Rehabilitation, über Versicherte und Rentner: Bericht vom sechsten Workshop des Forschungsdatenzentrums der Rentenversicherung (FDZ-RV) vom 1. bis 3. Juli 2009 in Bensheim, Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg). Berlin: DRV 2010.*

- Schulz E. Projection of Care Need and Family Resources in Germany. In: Doblhammer G, Scholz R (Hrsg). Aging, Care Need and Quality of Life: The Perspective of Care Givers and People in Need of Care. Wiesbaden: VS-Verlag 2010: 61–81 (VS Research: Demografischer Wandel – Hintergründe und Herausforderungen).
- Schulze A, Lampert T. Bundesgesundheitsurvey: Soziale Unterschiede im Rauchverhalten und in der Passivrauchbelastung in Deutschland. Berlin: Robert Koch-Institut 2006.
- Statistische Ämter des Bundes und der Länder (Hrsg) Demografischer Wandel in Deutschland. Heft 1: Bevölkerungs- und Haushaltsentwicklung im Bund und in den Ländern. Wiesbaden 2011.
- Statistisches Bundesamt. Mikrozensus 2006. Wiesbaden 2008.
- Statistisches Bundesamt. 12. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung. Wiesbaden 2009a.
- Statistisches Bundesamt. Bevölkerung Deutschlands bis 2060. 12. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung. Wiesbaden 2009b.
- Statistisches Bundesamt Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Sterbetafel Deutschland 2007/2009. Wiesbaden 2010.
- Steinberg J, Doblhammer-Reiter G. Demografische Bevölkerungsprognosen. Theoretische Grundlagen, Annahmen und Vorhersagesicherheit. In: Bundesgesundheitsblatt 2010; 53: 393–403. DOI 10.1007/s00103-010-1047-6.
- Vallin J, Meslé F. Convergences and divergences in mortality. A new approach to health transition. Demographic Research Special Collection 2004; 2: 11–44.
- Vaupel JW. Biodemography of human ageing. Nature 2010; 464 (7288): 536–42.
- Ziegler U, Doblhammer G. Geschlechterdisparitäten in der familiären Lebenssituation Älterer und ihre Auswirkungen auf den zukünftigen häuslichen und institutionellen Pflegebedarf. In: Zeitschrift für Frauenforschung & Geschlechterstudien 2006; Jg. 24, Heft 2+3.

2 Auswirkungen der älter werdenden Gesellschaft auf das Gesundheitswesen – bleibt es bezahlbar?

Stefan Felder

Abstract

Der Einfluss der Alterung der Bevölkerung auf die künftigen Gesundheitsausgaben wird aufgrund der hohen Sterbekosten moderat ausfallen. Da der Anstieg der individuellen Krankheitsausgaben nicht durch das Alter an sich, sondern durch die Nähe zum Tod verursacht wird, hat der Aufschub der Mortalität in ein höheres Alter keinen starken Effekt auf die Lebensausgaben für Gesundheit. Eine Schätzung der GKV-Ausgabenentwicklung bis 2050, die die Sterbekosten explizit berücksichtigt, führt zu einer Reduktion des demografischen Einflusses im Vergleich zu einer Prognose auf der Grundlage gegebener altersspezifischer Gesundheitsausgabenprofile.

The impact of population ageing on future health care expenditures will be quite moderate due to the high costs of dying. If not age per se but proximity to death determines the bulk of expenditures, a shift in the mortality risk to higher ages will not significantly affect lifetime health care expenditures as death occurs only once in every life. A calculation of the demographic effect on health care expenditures in Germany until 2050 explicitly accounting for costs in the last years of life leads to a significant downward correction of the demographic impact on per-capita expenditures, as compared to a calculation on the basis of crude age-specific health expenditures. The results vindicate the (weak) compression hypothesis.

2.1 Einleitung

Die Finanzierung des modernen Wohlfahrtsstaates wird allgemein als eine der größten Herausforderungen für die heutige Politik betrachtet. Im Moment zahlen die deutschen Arbeitnehmer zusammen mit ihren Arbeitgebern über 40 Prozent ihres Bruttoentgelts für die sozialen Sicherungssysteme. Da dies eine hohe Abgabenlast bedeutet, die als schlecht für die Beschäftigung gilt, suchen Politiker verzweifelt nach Mitteln, die einen weiteren deutlichen Anstieg der Sozialausgaben in den nächsten 30 bis 40 Jahren wenn auch nicht verhindern, so doch abschwächen können.

Eine hohe Unsicherheit besteht in Bezug auf die Entwicklung der Ausgaben in der gesetzlichen Krankenversicherung, weil deren Leistungen nicht in Geld, sondern als Sachleistungen, konkret in Form von „Gesundheitsleistungen“ erfolgen, deren Natur sich durch den technischen Fortschritt in der Medizin und die demografische Alterung der Bevölkerung stark verändern wird. In der Vergangenheit gab es zahlreiche Versuche, die Entwicklung des Beitragssatzes in der gesetzlichen Krankenversicherung zu prognostizieren. Die Varianz der prognostizierten Beitragssätze ist hoch. In einer Übersicht von Postler (2003) streut der Beitragssatz für 2050 zwischen 16,5 und 39,5 Prozent, wobei sich der untere Wert auf eine Simulation bezieht, die allein den demografischen Effekt berücksichtigt und somit jegliches Wachstum aufgrund der Einkommensentwicklung und ihrer Wirkung auf die Nachfrage nach medizinischen Leistungen ignoriert.

Eine nähere Betrachtung unterscheidet drei Faktoren, die den künftigen Beitragssatz beeinflussen können: i) den Einfluss der demografischen Alterung auf die Einnahmen einer gesetzlichen Krankenversicherung, ii) den Einfluss der Alterung, insbesondere der Anstieg der Lebenserwartung auf die Pro-Kopf-Ausgaben, und iii) den Einfluss der Einkommensentwicklung auf die Pro-Kopf-Ausgaben.

Der erste Effekt hängt stark von der Finanzierung einer gesetzlichen Krankenversicherung ab. In der Schweiz, wo Kopfprämien gezahlt werden, sind die Einnahmen der gesetzlichen Krankenversicherung unabhängig von der demografischen Alterung. In Deutschland hingegen, wo die Beiträge an den Gesundheitsfonds an das Lohn- und Renteneinkommen geknüpft sind, sinken die Einnahmen der gesetzlichen Krankenversicherung im Zuge der demografischen Alterung, weil die Zahl der Erwerbstätigen abnimmt und der Lohn die Rente übersteigt. Auch deshalb hat der deutsche Gesetzgeber beschlossen, dass künftige Ausgabensteigerungen vor allem über einkommensunabhängige (pauschale) Zusatzbeiträge finanziert werden sollen.

In Bezug auf das Vorzeichen des dritten Effekts herrscht unter Experten weitgehend Übereinstimmung, dass die Einkommensentwicklung im Zusammenspiel mit dem medizinischen Fortschritt zu höheren Gesundheitsausgaben führt. Nur über die Höhe wird diskutiert. Eine Schätzung für Deutschland (vgl. Breyer und Ulrich 2000) ergab ein 1-prozentiges Extrawachstum der Gesundheitsausgaben: Die Ausgaben für Gesundheit wuchsen seit 1970 jährlich um 1 Prozent schneller als das gesamte Volkseinkommen. Eine amerikanische Schätzung kommt sogar zu einem 4-prozentigen Extrawachstum der Gesundheitsausgaben (Hall und Jones 2007).

Es bleibt also der zweite Effekt im Zusammenhang mit der steigenden Lebenserwartung, der in Bezug auf die künftige Finanzierung der Gesundheitsausgaben sehr kontrovers diskutiert wird. Damit wollen wir uns in diesem Beitrag näher beschäftigen. Zunächst stellen wir im nachfolgenden Abschnitt die Frage, ob steigende Gesundheitsausgaben überhaupt mehr Gesundheit produzieren. Eine Verneinung dieser Frage würde bedeuten, dass man ohne Verlust an Gesundheit Kosten einsparen könnte.

2.2 Gesundheitsausgaben und Gesundheit

Der 2006 verstorbene Milton Friedman, Nobelpreisträger für Wirtschaftswissenschaften, hat in seinem 1992 erschienenen Buch „Input and Output of Medical Care“ den Gesundheitssektor als das „schwarze Loch“ der Volkswirtschaft bezeichnet: Dieser Sektor verschlinge immer mehr Ressourcen, ohne einen spürbaren Zuwachs an Output zu realisieren. Diese fatalistische Sichtweise, die früher auch von vielen Ökonomen geteilt wurde, ist mittlerweile aufgrund vieler neuer Untersuchungen der Einsicht gewichen, dass die zusätzlichen Ausgaben im Gesundheitsbereich die Lebenserwartung und die Lebensqualität der Bevölkerung deutlich verbessert haben. Insbesondere neue Behandlungen von Erkrankungen am Anfang und am Ende der Lebensspanne eines Menschen haben zu einer deutlichen Reduktion der Sterblichkeit geführt und damit zu einer höheren Lebenserwartung beigetragen. Neue Arzneimittel wie Prozac revolutionierten die Behandlung von psychisch Erkrankten und verbesserten ihre Lebensqualität signifikant (für eine Übersicht vgl. Cutler 2004).

Die Säuglingssterblichkeit ist in den OECD-Ländern in den letzten 35 Jahren von 21,4 auf 4,9 Todesfälle pro 1 000 Lebendgeburten zurückgegangen. Abbildung 2–1 illustriert den negativen Zusammenhang zwischen den Gesundheitsausgaben als Anteil des Bruttoinlandprodukts und der Säuglingssterblichkeit für 22 OECD-Länder in den Jahren 1970 und 2005. Die Korrelation beträgt $-0,73$. Betrachtet man die Länder nur im Querschnitt des Jahres 2005, so lässt sich kein signifikanter negativer Zusammenhang mehr feststellen. Dies ist darauf zurückzuführen, dass der me-

Abbildung 2–1

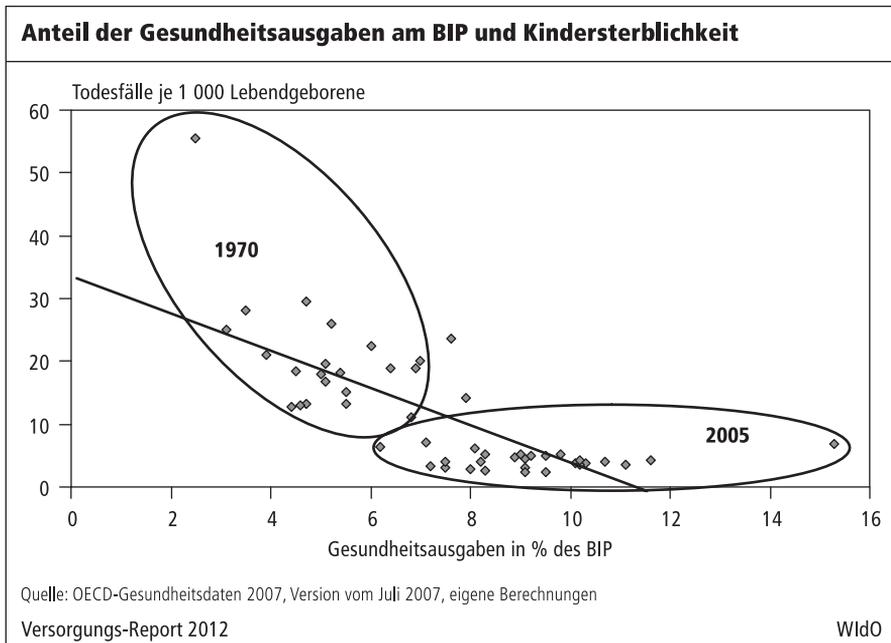
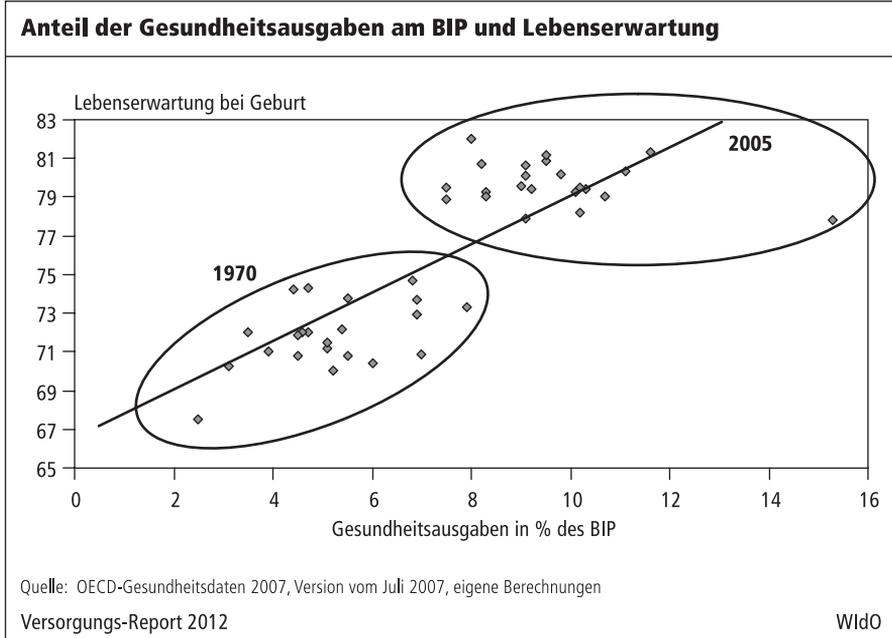


Abbildung 2–2



medizinische Fortschritt in der Neonatologie inzwischen an eine Grenze gestoßen ist, an der die Säuglingssterblichkeit nicht mehr wesentlich reduziert werden kann (vgl. Cutler 2004; Felder 2006). Heute verfügen die meisten OECD-Länder über die neuesten Techniken der Geburtshilfe und der Behandlung von Frühgeborenen, sodass über diese Länder gesehen die Säuglingssterblichkeit weitgehend unabhängig von der Höhe der Gesundheitsausgaben ist. Heutzutage betrifft der medizin-technische Fortschritt stärker das Alter und reduziert dort die Sterblichkeit.

Neben der Säuglingssterblichkeit zieht die OECD die Lebenserwartung als Indikator für den Gesundheitszustand der Bevölkerung in Betracht. Zwischen 1970 und 2005 ist die Lebenserwartung in den OECD-Ländern im Schnitt von 71,9 auf 79,8 Jahre gestiegen, in Deutschland von 70,4 auf 79,6 Jahre. Die Korrelation zwischen Gesundheitsausgabenquote und Lebenserwartung für die 22 OECD-Länder in den Jahren 1970 und 2005 beträgt 0,81 (vgl. Abbildung 2–2). Zunehmende relative Ausgaben für Gesundheit gingen mit einem deutlichen Anstieg der Lebenserwartung einher. Die Abbildung macht aber wiederum deutlich, dass sich der Zusammenhang über die Zeit auch hier abgeflacht hat. Während im Jahr 1970 die Korrelation signifikant ist, ist sie dies im Jahr 2005 nur, wenn man den Ausreißer Vereinigte Staaten aus der Schätzung entfernt. Dies ist ein Indiz dafür, dass eine weitere Reduktion der Sterblichkeit nur mit einem überproportionalen Ressourceneinsatz zu erreichen ist.

Die Zugewinne in der Lebenserwartung sind in den letzten Jahrzehnten in erster Linie auf den Rückgang der Sterblichkeit bei den älteren Menschen zurückzuführen. Vor allem die reduzierte Sterblichkeit bei kardiovaskulären Erkrankungen haben zu einer Erhöhung der Lebenserwartung geführt hat. Tabelle 2–1 gibt die Bei-

Tabelle 2–1

Gewonnene Lebensjahre aufgrund reduzierter Sterblichkeit (ausgewählte Ursachen) 1980–2000*

Erkrankung	Männer			Frauen		
	1980–1990	1990–2000	Total	1980–1990	1990–2000	Total
Säuglingssterblichkeit	0,59	0,31	0,9	0,43	0,3	0,73
Herz-Kreislauf-Erkrankungen	0,71	1,41	2,12	0,59	1,22	1,82
Krebs	0,13	0,43	0,55	0,32	0,34	0,66
Stoffwechsel-Erkrankungen	–0,01	–0,04	–0,05	0,01	0,02	0,02
Unfälle	0,36	0,41	0,77	0,32	0,38	0,7
Andere	0,22	0,71	0,93	0,08	0,35	0,43
Total	2	3,23	5,23	1,75	2,62	4,36

* ab 1990 Deutschland, 1980 nur Westdeutschland

Versorgungs-Report 2012

WlD0

träge der gesunkenen Sterblichkeit aufgrund einzelner Todesursachen zum Anstieg der Lebenserwartung in Deutschland zwischen 1980 und 2000 wieder.

Der Rückgang der Sterblichkeit bei den Herz-Kreislauf-Erkrankungen trägt in den 80er Jahren gut ein Drittel, in den 90er Jahren sogar 45 Prozent zu den gewonnenen Lebensjahren bei. Die höheren Zugewinne im letzten Jahrzehnt – abgesehen von der Säuglingssterblichkeit – sind im Vergleich der OECD-Länder einzigartig. Sie sind aber durch die deutsche Einheit zu erklären und stellen einen Nachholeffekt im Osten dar.

Todesfälle als Folge von schweren Unfällen, Mord- und Totschlag sowie Selbsttötung sind auch bei maximaler medizinischer Versorgung nicht auszuschließen. Dies bedeutet angesichts der geringen Sterblichkeit in den Altersgruppen bis 60 Jahre, dass Fortschritte in der Senkung der Sterblichkeit in diesen Altersgruppen kaum oder nur unter hohen Kosten zu erzielen sind. Eine weitere Reduktion der Sterblichkeit ist dagegen im hohen Alter zu erreichen, insbesondere bei den Männern, wo die Sterblichkeit noch höher ist als bei den Frauen.

Dies ist eine zwangsläufige Entwicklung des technischen Fortschritts in der Medizin. In dem Maße, wie er dazu beigetragen hat, die Morbidität und Mortalität im mittleren Alter zu senken, können zusätzliche Erfolge nur bei einem immer älter werdenden Patientenkollektiv erzielt werden. In dieser Entwicklung offenbart sich ein Dilemma des technischen Fortschritts in der Medizin. Sein Grenznutzen sinkt, weil die residuale Lebenserwartung jener Patienten, die zusätzliche Lebensjahre gewinnen, sich zunehmend verkürzt. Gleichzeitig steigen die Grenzkosten, weil das Grenzprodukt der medizinischen Inputs im Alter sinkt. Die Medizin könnte somit „das Opfer ihres eigenen Erfolgs werden“ (Krämer 1993), sofern nicht die Zahlungsbereitschaft für zusätzliche Gesundheitsausgaben aufgrund steigender Einkommen hinreichend zunimmt.

2.3 Zunahme der Lebenserwartung und Gesundheitsausgaben

Es gibt mindestens drei Hypothesen über den Einfluss der gestiegenen Lebenserwartung auf die Gesundheitsausgaben:

- a) Die Status-quo-Hypothese geht davon aus, dass altersspezifische Pro-Kopf-Ausgaben nur vom Stand der medizinischen Technik abhängen und somit stabil bleiben, wenn letztere kontrolliert wird. Der Einfluss der Lebensqualität kann unter dieser Annahme berechnet werden, indem aktuelle Altersausgabenprofile auf künftige Altersverteilungen der Bevölkerung angewandt werden (vgl. bspw. PROGNOSE 1998).
- b) Die Medikalisationsthese basiert auf der beobachteten Multimorbidität vieler betagter Patienten und postuliert, dass die neuen Möglichkeiten der Behandlung spezifischer Erkrankungen z. B. in der Kardiologie das Leben der Patienten verlängern, ohne jedoch deren Gesundheitszustand entscheidend zu verbessern, sodass zusätzliche Behandlungen nötig werden. Der Haupteffekt des medizinischen Fortschritts sei daher die Lebensverlängerung von Patienten, die so krank sind, dass sie ohne die neuen Behandlungen sterben würden, mit dem Effekt einer zunehmenden Verschlechterung des Gesundheitszustands der Bevölkerung über die Zeit. Dies erklärt Krämers Dictum (1993, S. 31), dass „wir den größten Teil der gewonnenen Lebensjahre im Siechtum verbringen“.
- c) Die Hypothese der hohen Gesundheitsausgaben am Lebensende basiert auf der Vermutung, dass der in Querschnittsdaten beobachtete Unterschied der Gesundheitsausgaben zwischen Jung und Alt nicht in erster Linie eine Ursache des Alters, sondern der unterschiedlichen Nähe zum Tod sind: In den hohen Altersgruppen befindet sich ein höherer Anteil von Personen in den letzten Lebensjahren, wo die Gesundheitsausgaben zur Vermeidung des nahenden Todes besonders hoch sind. In dieser Situation führt ein Anstieg der Lebenserwartung – verursacht durch den medizinischen Fortschritt oder einfach einen gesünderen Lebensstil – zu sinkenden Sterblichkeitsraten, sodass in jeder Altersgruppe weniger Personen im letzten Lebensjahr stehen. Eine strengere Version dieser Theorie beruft sich auf die Kompressionsthese von Fries (1980), die eine Kompression der Morbidität hin zum Todeszeitpunkt postuliert, wenn immer mehr Menschen die natürliche Grenze der Lebensspanne erreichen.

Während die Medikalisationsthese reklamiert, dass eine naive Simulation künftiger Gesundheitsausgaben auf der Grundlage heutiger Alters-Ausgabenprofile das wahre Wachstum der Gesundheitsausgaben unterschätzt, folgt aus der Hypothese hoher Ausgaben am Lebensende gerade das Gegenteil. Die These einer Kompression der Morbidität am Lebensende impliziert schließlich, dass die Pro-Kopf-Ausgaben sogar sinken werden.

Es gibt kaum empirische Evidenz, die für die Gültigkeit der Medikalisationsthese spricht. Im Gegenteil: Dinkel (1999) findet mit Hilfe von deutschen Mikrozensusdaten, dass jüngere Kohorten (Jahrgänge 1919 und 1913) jenseits der 60 nicht nur länger lebten als der Jahrgang 1907, sondern sogar einen Zugewinn an Lebensjahren in guter Gesundheit erfuhren. Dagegen steht die dritte Hypothese auf einer festen empirischen Basis: Der Anstieg von Behandlungskosten am Lebensende

de ist in mehreren Studien aus verschiedenen Ländern dokumentiert worden. Die Ergebnisse zeigen insgesamt, dass die Nähe zum Tod einen signifikant positiven Einfluss auf die Höhe der Gesundheitsausgaben hat und die Erklärungskraft des chronologischen Alters deutlich zurückdrängt.

Ein zusätzlicher Effekt, der sogar die These einer Kompression der Morbidität stützt, ist die Zurückhaltung von Ärzten, alte nicht-heilbare Patienten gleich aggressiv zu behandeln wie junge Patienten mit gleichen Symptomen. Falls dadurch die Sterbekosten im hohen Alter wieder sinken, wäre die Überschätzung der Ausgabenentwicklung durch die Status-quo-Hochrechnung noch extremer. Die empirische Evidenz zum Rückgang der Sterbekosten im hohen Alter ist eindeutig. Zwar finden Zweifel et al. (1996; 1999) unter den Versterbenden in der Schweiz keinen signifikanten Einfluss des Alters auf die Behandlungsausgaben, stellen jedoch für die über 65-Jährigen genau wie Felder et al. (2000) und Schellhorn et al. (2000) einen Rückgang der Sterbekosten fest. Lubitz et al. (1995) zeigen, dass die Medicare-Ausgaben in den letzten zwei Lebensjahren für 70-jährige Verstorbene um 50 Prozent höher lagen als für 90-jährige Verstorbene. Ähnlich finden Busse et al. (2000) sowie Nöthen (2011) für Stichproben aus Deutschland, dass die Anzahl von Krankenhaustagen im letzten Lebensjahr bei 55- bis 64-jährigen Patienten am größten ist und mit höherem Sterbealter kontinuierlich abfällt.

Während es also kaum bestreitbar ist, dass die Status-quo-Hypothese den Einfluss der demografischen Alterung auf die Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben überschätzt, bleibt die Frage nach dem verbleibenden Einfluss der demografischen Alterung auf die Gesundheitsausgaben, wenn man die Ausgaben am Lebensende berücksichtigt. Eine indirekte Antwort geben Breyer und Felder (2005) mit Hilfe eines Experiments, das den Fehler einer Hochrechnung der Gesundheitsausgaben ausweist, die die hohen Kosten am Lebensende nicht berücksichtigt.

Grundlage des Experiments sind die geschätzten Ausgabenprofile für die Verstorbenen und Überlebenden einerseits und die mittlere Prognose für die deutsche Bevölkerung bis 2050 andererseits. Dabei wird das *s*-Modell, das die Sterbekosten wie auch die Ausgaben von Personen in den fünf letzten Lebensjahren berücksichtigt, vom *n*-Modell unterschieden, das eine naive Status-quo-Hochrechnung der Gesundheitsausgaben ausschließlich auf Grundlage der Alters- und Geschlechterverteilung in der Bevölkerung vornimmt. Durch einen Vergleich der beiden Schätzungen ist es möglich, die Überschätzung der Gesundheitsausgabenentwicklung durch das naive Modell einzugrenzen.

Tabelle 2–2 zeigt die hypothetischen Werte der Pro-Kopf-Ausgaben des Jahres 2000 bei einer unterstellten Demografie der Jahre 2000 bis 2050, differenziert nach den beiden Modellen. Dabei würden die Ausgaben im Extremfall um 23,9 Prozent höher liegen als heute, und zwar bei 3 217 Euro im Jahr 2050. Unter Berücksichtigung der Ausgaben am Lebensende ermäßigt sich dieser Anstieg auf 19,5 Prozent bzw. auf ein Niveau von 3 102 Euro im letzten Jahr. Das Verhältnis aus beiden Steigerungsraten beträgt 0,815, d. h. gegenüber einer naiven Hochrechnung führt die Berücksichtigung der Ausgaben am Lebensende zu einer Verminderung des geschätzten Anstiegs der Gesundheitsausgaben um 18,5 Prozent, also um knapp ein Fünftel.

Nach diesen Zahlen ist das rein demografisch, d. h. allein durch den Anstieg der Lebenserwartung und den Rückgang der Geburten bedingte Wachstum der Gesundheitsausgaben pro Kopf nicht dramatisch. Die These, dass die Alterung als solche

Tabelle 2–2

Pro-Kopf-Ausgaben 2002 (in Euro) und Demografie der Jahre 2002 bis 2050 mit und ohne Sterbekosten

Jahr	<i>n</i> -Schätzung		<i>s</i> -Schätzung		Fehler <i>n</i> -Schätzung in Prozent
	Absolut	2002=100	Absolut	2002=100	
2002	2 596	100,00	2 596	100,00	0,0
2010	2 691	103,66	2 674	103,00	18,0
2020	2 827	108,91	2 788	107,38	17,2
2030	2 961	114,05	2 894	111,45	18,5
2040	3 094	119,19	3 007	115,83	17,6
2050	3 217	123,92	3 102	119,49	18,5

Quelle: Eigene Berechnungen auf der Grundlage des Szenarios V5 des Statistischen Bundesamts (mittlere Werte für Immigration und Lebenserwartung)

Versorgungs-Report 2012

WIdO

überhaupt keinen nennenswerten Anstieg der Gesundheitsausgaben bewirkt, da die Entwicklung der individuellen Ausgaben in erster Linie durch die Nähe zum Tod bestimmt werden, findet jedoch keine Bestätigung: Die explizite Aufteilung der Ausgaben für Sterbende und Ausgaben für Überlebende reduziert den prognostizierten Anstieg der Pro-Kopf-Ausgaben nur um ein Fünftel.

Diese Rechnung geht von konstanten Preisen und einer unveränderten Technik der Medizin aus. Berücksichtigt man den Fortschritt in der Medizin in der hypothetischen Ausgabenberechnung, der nach einer Schätzung von Breyer und Ulrich (2000) für Deutschland im Zeitraum 1970 bis 1995 ungefähr ein Prozent pro Jahr ausgemacht hat, steigen die Pro-Kopf-Ausgaben des Jahres 2002 bis 2050 um den Faktor 2,2 auf 5 455 Euro. Der Fehler der naiven Schätzung auf Basis der Status-quo-Profile macht nunmehr nur noch einen kleinen Teil – gut sechs Prozent – des gesamten Ausgabenanstiegs aus (vgl. Tabelle 2–3). Der Einfluss der demogra-

Tabelle 2–3

Pro-Kopf-Ausgaben 2002 (in Euro), demografischer Wandel bis 2050 und technischer Fortschritt

Jahr	<i>n</i> -Schätzung		<i>s</i> -Schätzung		Fehler <i>n</i> -Schätzung in Prozent
	Absolut	2002=100	Absolut	2002=100	
2002	2 596	100,00	2 596	100,00	0,0
2010	2 946	113,43	2 927	112,72	5,3
2020	3 473	133,79	3 426	131,96	5,4
2030	4 094	157,71	4 002	153,84	6,7
2040	4 829	186,00	4 694	180,81	6,0
2050	5 688	219,08	5 485	211,25	6,6

Quelle: Eigene Berechnungen auf der Grundlage des Szenarios V5 des Statistischen Bundesamts (mittlere Werte für Immigration und Lebenserwartung)

Versorgungs-Report 2012

WIdO

fischen Alterung auf die Gesundheitsausgaben bleibt somit weit hinter jenem des als moderat unterstellten technischen Fortschritts der Medizin zurück.

2.4 Schlussfolgerungen

Von den drei erwähnten Thesen über den Einfluss eines Anstiegs der Lebenserwartung auf die Pro-Kopf-Ausgaben in der gesetzlichen Krankenversicherung hat sich die (schwache) Kompressionsthese bestätigt: Die explizite Berücksichtigung der Sterbekosten führt zu einer Korrektur der Wirkung der demografischen Alterung auf die Gesundheitsausgaben nach unten, verglichen mit der Status-quo-Hypothese. Allerdings ist der in einer naiven Status-quo-Hochrechnung enthaltene Fehler geringer als bisweilen angenommen und macht nur gut zwei Fünftel des rein demografischen Effekts aus. Ferner zeigt sich, dass der Einfluss des medizinischen Fortschritts auf die Gesundheitsausgaben deutlich größer ist als der Einfluss der Alterung und dass unter seiner Berücksichtigung naturgemäß auch der relative Fehler einer naiven Hochrechnung bezüglich des demografischen Effekts noch weiter schrumpft. Die Hypothese, die Zunahme der Lebenserwartung bliebe ohne Einfluss auf die Gesundheitsausgaben pro Kopf, wird jedoch nicht bestätigt: Wenn man die Sterbekosten berücksichtigt, bleibt dennoch ein Ausgabenanstieg übrig, wenn man die heutigen altersspezifischen Ausgaben auf die demografischen Verhältnisse der Zukunft anwendet.

Abschließend ist zu betonen, dass sich diese Analysen auf die Ausgabenseite der GKV beschränkt haben und somit der Effekt der demografischen Alterung auf die Bemessungsgrundlage einer GKV, deren Beiträge sich am Arbeits- und Renteneinkommen orientiert, ausgeklammert wurde. Aber möglicherweise ist ein Übergang von lohnbezogenen zu einheitlichen Pro-Kopf-Beiträgen ohnehin unabwendbar, um die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung wenigstens zum Teil von der demografischen Entwicklung abzukoppeln.

Literatur

- Breyer F, Ulrich V. Gesundheitsausgaben, Alter und medizinischer Fortschritt: eine Regressionsanalyse. *Jahrbücher für Nationalökonomie und Statistik* 2000; 220: 1–17.
- Busse R, Krauth C, Schwartz FW. Use of acute hospital beds does not increase as the population ages: Results for a seven year cohort study in Germany. *Journal of Epidemiology and Community Health* 2002; 56: 289–93.
- Breyer F, Felder S. Life Expectancy and Health Care Expenditures in the 21st Century: A New Calculation for Germany Using the Costs of Dying. *Health Policy* 2005; 75: 178–86.
- Cutler D. *Your Money or Your Life: Strong Medicine for America's Health Care System*. Oxford: Oxford University Press 2004.
- Dinkel R. Demografische Entwicklung und Gesundheitszustand: Eine empirische Kalkulation der Healthy Life Expectancy für die Bundesrepublik auf der Basis von Kohortendaten. In: Häfner H (Hrsg). *Gesundheit – unser höchstes Gut?* Berlin, Heidelberg: Springer 1999; 61–83.
- Felder S, Meier M, Schmitt H. Health care expenditure in the last months of life. *Journal of Health Economics* 2000; 19: 679–95.

- Felder S. Lebenserwartung, Medizinischer Fortschritt und Gesundheitsausgaben: Theorie und Empirie. *Perspektiven der Wirtschaftspolitik* 2006; 7: 49–73.
- Fries J. Aging, Natural death and the Compression of Morbidity. *New England Journal of Medicine* 1980; 303: 130–5.
- Hall RE, Jones CI. The Value of Life and the Rise in Health Spending. *Quarterly Journal of Economics* 2007; 122, 39–72.
- Krämer W. Wir kurieren uns zu Tode. *Die Zukunft der modernen Medizin*. Frankfurt/New York: Campus 1993.
- Lubitz J, Beebe J, Baker C. Longevity and Medicare expenditure. *New England Journal of Medicine* 1995; 332: 999–1003.
- Newhouse JP. Medical Care Costs: How Much Welfare Loss? *Journal of Economic Perspectives* 1992; 6, 3–21.
- Nöthen M. Hohe Kosten im Gesundheitswesen: Eine Frage des Alters? *Statistisches Bundesamt, Wirtschaft und Statistik* 07/2011, 665–75.
- Postler A. Modellrechnungen zur Beitragssatzentwicklung in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Diskussionspapier. Universität Duisburg-Essen 02/2003.
- PROGNOS. Auswirkungen veränderter ökonomischer und rechtlicher Rahmenbedingungen auf die gesetzliche Rentenversicherung in Deutschland. Frankfurt/M: DRV-Schriften 1998; 9.
- Schellhorn M, Stuck AE, Minder CE, Beck JC. Health services utilization of elderly Swiss: Evidence from panel data. *Health Economics* 2000; 9, 533–45.
- Zweifel P, Felder S, Meier M. Demografische Alterung und Gesundheitskosten: Eine Fehlinterpretation. In: Oberender P (Hrsg). *Alter und Gesundheit*. Baden-Baden: Nomos 1996; 29–46.
- Zweifel P, Felder S, Meier M. Ageing of population and health care expenditure: a red herring? *Health Economics* 1999; 8: 485–96.

3 Alter und Krankheit: eine Frage neuer Versorgungsformen, nicht nur für alte Menschen

Norbert Schmacke

Abstract

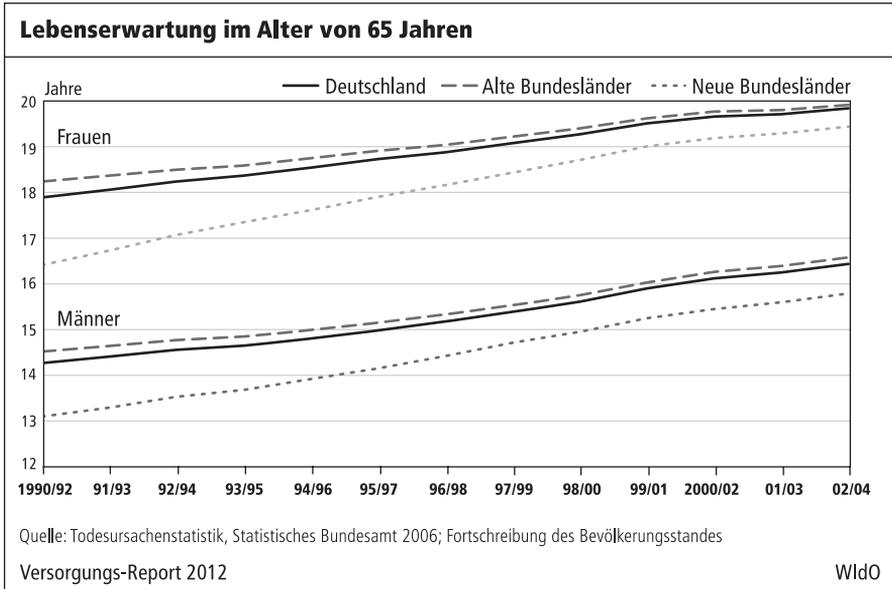
Der Zusammenhang von Alter und Krankheit wird in der politischen wie der öffentlichen, teils auch der wissenschaftlichen Diskussion als besondere Herausforderung für die Zukunftsfestigkeit des Gesundheitswesens gesehen. Neben der Frage, ob tatsächlich wegen der weiter steigenden Lebenserwartung mit immensen Kostensteigerungen zu rechnen ist, geht es vor allem um die Frage, wie sich die Strukturen des Systems in einer Gesellschaft mit weiter wachsender Lebenserwartung verändern müssen. Die Focussierung auf das Alter kann, so wird in diesem Beitrag argumentiert, dabei darüber hinweg täuschen, dass es in erheblichem Maße um Richtungsentscheidungen geht, die altersunabhängig sind. Im Mittelpunkt derartiger Betrachtung steht international das Thema Primary Care: wie soll künftig das Verhältnis zwischen Generalisten und Spezialisten gestaltet werden? Die Beantwortung dieser Frage drängt vor allem in Systemen, in denen der Zugang zur spezialistischem Medizin niedrigschwellig organisiert ist. In die Förderung angemessener Versorgungsformen muss engagierter als bisher investiert werden.

In both the political and the public and sometimes even the scientific discussion, the relationship between age and disease is regarded as a special challenge for the future strength of the healthcare system. Besides the question of whether huge cost increases must be expected because of rising life expectancy, it is all about how to change the structure of the system in a society where life expectancy will further increase. However, focussing on age might conceal the fact that most of all political decisions have to be made that are independent of age. In this context, the topic of primary care is in the international focus: How should the relationship between generalists and specialists be designed in the future? Finding an answer to this question is most pressing in systems where there is a low threshold access to specialist medicine. Investments into the promotion of appropriate forms of care must be more committed than hitherto.

3.1 Einleitung

Alter und Krankheit: Es ist wohl festzustellen, dass diese beiden Begriffe häufig mit negativen Konnotationen verwendet werden. Dabei geht es nicht nur um die Binsenweisheit, dass niemand alt und niemand krank sein will. Es geht weit darüber

Abbildung 3–1

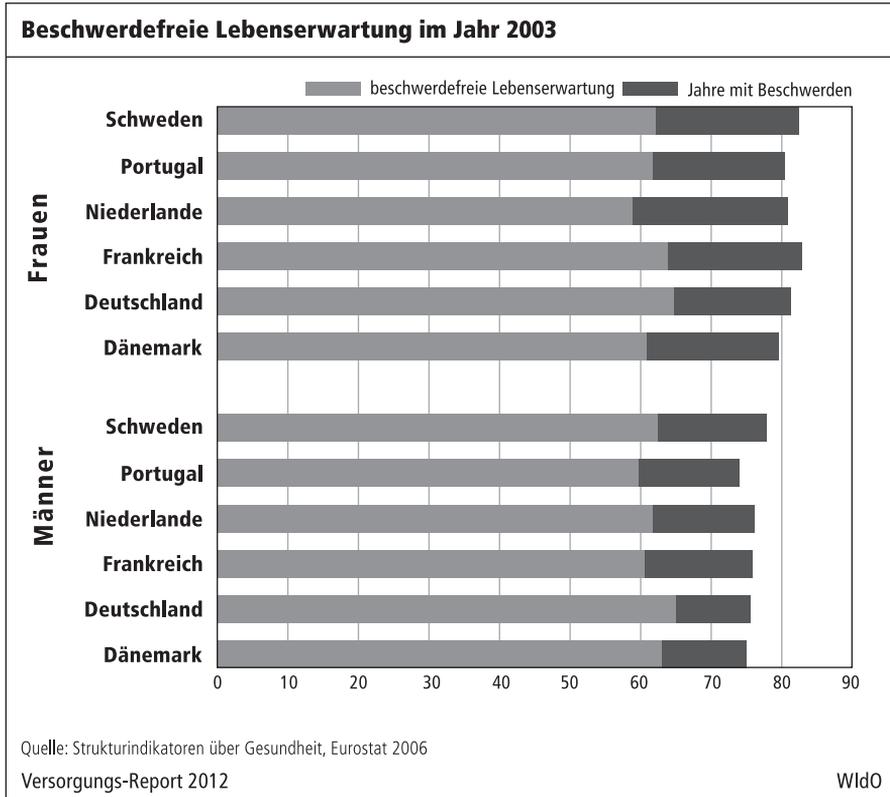


hinaus um die Ausdeutung des Zusammenhangs von Alter und Krankheit: Dieser wird als schicksalhaft und gleichermaßen als bedrohlich betrachtet. „Die Alterslawine rollt: Augenleiden und Erblindung in Deutschland“ lautete die Überschrift zur Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Ophthalmologie 2006. Und der damalige Präsident der Gesellschaft führte dazu aus: „Wir sehen richtig gut nur ein Steinzeitleben lang“, sagt Pfeiffer, „nicht mehr ein modernes Leben lang.“¹ Damit ist beispielhaft das Katastrophenszenario umschrieben, das in weiten Teilen die öffentliche Diskussion um Alter und Krankheit beherrscht.

Wenn man sich die Daten zur Lebenserwartung der deutschen Bevölkerung ansieht, etwa die Lebenserwartung im Alter von 65 Jahren (Abbildung 3–1), oder auch die so genannte beschwerdefreie Lebenserwartung im europäischen Vergleich (Abbildung 3–2), dann sind dies ohne Frage positiv stimmende Befunde. Nimmt man bei dieser Betrachtung dann die Unterschiede zwischen reichen und armen Ländern hinzu (Abbildung 3–3), so sollte die oft zutiefst pessimistische Debatte um den Zusammenhang von Alter und Krankheit eigentlich ins Wanken geraten. Genauso bemerkenswert ist, dass der enge Zusammenhang von sozialer Lage und Lebenserwartung in der engeren gesundheitspolitischen Debatte praktisch nicht auftaucht (zu aktuellen Daten für Deutschland s. Voges und Groh-Samberg 2011).

1 www.innovations-report.de/html/berichte/medizin_gesundheit/bericht-70794.html

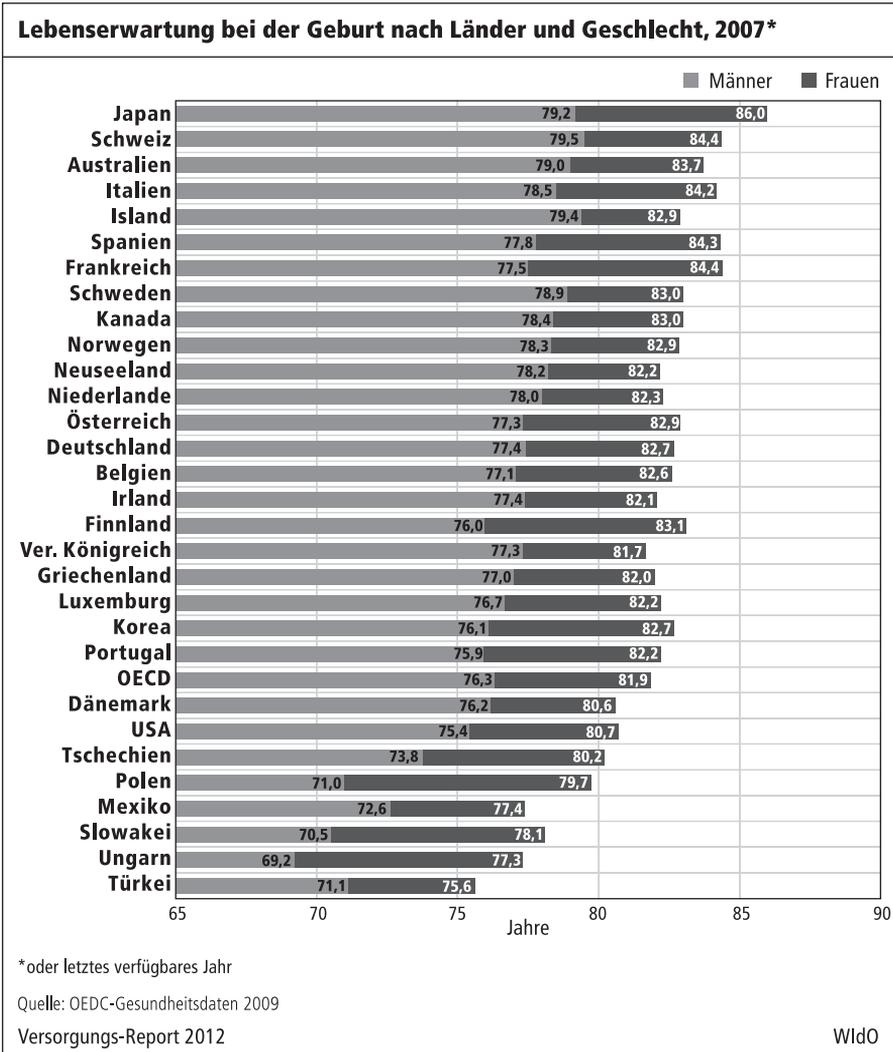
Abbildung 3–2



3.2 Demografische Transition: häufiger zitiert als verstanden?

Der „demografische Wandel“ gehört zu den am meisten verwendeten und vermutlich besonders schlecht verstandenen Begriffen der Gesundheitsdebatte. Es scheint für die meisten Diskutanten ausgemacht, dass die „Überalterung“ der Gesellschaft Anlass zu tiefer Besorgnis bietet. Selbst bei einer gebotenen zurückhaltenden Bewertung longitudinaler Daten zu Morbidität, Mortalität und Behinderung besteht aber kein Grund zu prinzipiellem Pessimismus. Aus den USA liegen seit Anfang der Achtziger Jahre Daten vor, denen zufolge bei Personen oberhalb von 65 Jahren der Umfang an gravierenden Behinderungen jährlich um zwei Prozent zurückgegangen ist, während gleichzeitig die Mortalitätsraten um ein Prozent jährlich gesunken sind: Ein ermutigender Hinweis darauf, dass tatsächlich eine „compression of morbidity“ zu verzeichnen ist und nicht parallel zur wachsenden Lebenserwartung das Ausmaß an relevanten gesundheitlichen Beeinträchtigungen zunimmt (Fries 2003; Fries 2005; Mathers et al. 2001; Mathers et al. 2004). Den Widersinn einer grundsätzlich pessimistischen Betrachtung des Altersumbaues moderner Gesellschaften

Abbildung 3-3



hat Niehoff wie folgt auf den Punkt gebracht: „Mit zunehmender ‚Lebenserwartung‘ wurden die Menschen also nicht älter, sondern es wurden mehr Menschen alt.“ Niehoff spricht treffend von der „sozialen Deprivilegierung der Lebensdauer“ (Niehoff 2008, S. 98). Ein Stück weit unabhängig von dieser Betrachtung verläuft die Kostendebatte: Auch hier neigen viele Politiker und Zeitgenossen zu Katastrophenszenarien. Die Mehrheit der Ökonomen vertritt die Auffassung, dass Alter bzw. die zunehmende Lebenserwartung per se keinen dramatischen Effekt auf die Kostenentwicklung nehmen wird. Dies bedeutet aber keine schlichte Entwarnung, da längere Lebensspannen die Möglichkeit Gesundheitsleistungen anzubieten natürlich vergrößern und es insofern mehr denn je darauf ankommt, Über-, Unter- und Fehlversorgung sorgfältig im Auge zu behalten (aus der umfangreichen Literatur siehe

in diesem Zusammenhang Payne et al. 2007). Anders formuliert: Wachsende Lebenswartung bietet für Anbieter immer neue Chancen, über eine evidenzbasierte Indikationsstellung für Diagnostik und Therapie hinauszugehen. Welche Kosteneffekte dies im worst case haben kann, ist schlicht nicht zu berechnen.

3.3 Chronische Krankheit und Multimorbidität: ein reines Altersproblem?

Der Zusammenhang von Alter und Multimorbidität liegt auf der Hand, so dass sich eine nähere Betrachtung zu erübrigen scheint. Eine differenzierte Betrachtung ist aber extrem wichtig. Erstens taucht Multimorbidität bereits in nennenswertem Umfang auch in jüngeren Jahren auf. Bei großer Heterogenität der berichteten Daten beginnt Multimorbidität (zunächst schlicht definiert: mehr als zwei chronisch verlaufende Erkrankungen) schon im jugendlichen Alter. Für die australische Bevölkerung wurde jüngst geschätzt, dass unter den mehrfach Erkrankten der entsprechende Anteil für unter 60-Jährige bei gut 40 Prozent liegt (Taylor et al. 2010; siehe auch Fortin et al. 2005). Insofern ist z. B. das mit Multimorbidität zusammenhängende Problem der Mehrfachverschreibung von Arzneimitteln, um eine der Schlussfolgerungen zu nennen, ein generelles, nicht auf das hohe Alter zu reduzierendes Problem. Anders formuliert: Die Medizin muss das Problem und dessen Lösung generell verstehen und nicht zu einem geriatrischen Spezialproblem umdefinieren. Zweitens ist Multimorbidität mehr als das parallele, mit dem Alter an Bedeutung gewinnende Vorhandensein mehrerer Erkrankungen (siehe z. B. Boyd und Fortin 2010). Thorpe und Howard haben für die USA gezeigt, dass auf der einen Seite im Zeitraum 1987 bis 2002 der Anteil von Kranken unter Medicare mit fünf oder mehr Diagnosen dramatisch zunahm (von 31 auf 50 Prozent) und dass hierdurch ein hoher Anteil der Gesamtausgaben für Medicare zu erklären ist (1987: 50 Prozent, 2002: 75 Prozent). Gleichzeitig gaben 1987 33 Prozent der Betroffenen an, sich in gutem oder ausgezeichnetem Gesundheitszustand zu befinden, und 2002 wuchs dieser Anteil gar auf 60 Prozent (Thorpe und Howard 2006). Das wirft die Frage auf, in welchem Umfang die reale Morbidität zugenommen hat, wie weit andererseits die Behandlungsschwelle in diesem Zeitraum gesunken ist, um wie vieles leichter es anders formuliert geworden ist, Diagnosen zu vergeben. Demgegenüber ist unwahrscheinlich, dass die Behandlungsfortschritte so groß waren, dass die subjektive Gesundheit in so hohem Maße gestiegen ist. Drittens ist vielfach belegt worden, dass nicht die reine Addition von Diagnosen das Problemfeld Multimorbidität erklärt, sondern der Problemdruck, der durch bestimmte Krankheitskonstellationen erzeugt wird. Es geht somit maßgeblich darum, besser zu verstehen, worunter Menschen mit Mehrfacherkrankungen am meisten leiden und welche Behandlungsschleifen dadurch in Gang gesetzt werden. Starfield beschreibt die Situation wie folgt: „We need to know what health problems people suffer, quite apart from what diagnostic label is attached to them by health professionals.“ (Starfield 2011) Es liegt auf der Hand, dass dies sowohl für die Organisation wie die Finanzierung der Versorgung von äußerster Relevanz ist. Die Frage der Diskrepanz von realer und per Verordnungen definierter Prävalenz ist so wichtig wie schwer zu beantworten.

In Deutschland hat vertiefende Forschung zu diesen Fragen erst vor kurzem begonnen. Van den Bussche et al. (2011) kommen bei Zugrundelegen von GKV-Routinedaten zu einer Multimorbiditätsrate von 62% (drei und mehr Erkrankungen). Holzhausen et al. (2011) erheben in der OMAHA-Studie (Operationalizing Multimorbidity and Autonomy for Health Services Research in Aging Populations) Longitudinaldaten von über 65-Jährigen mittels Selbstauskünften und medizinischen Untersuchungen, eine wichtige Bereicherung der Debatte nicht nur zu Prävalenzen sondern auch zu vorhandenen Ressourcen und erhaltener Autonomie. Es ist wichtig, derartige hochwertige Basisforschung durchzuführen, da die bislang publizierten Raten zur Multimorbidität weit auseinandergehen. Ermutigend ist auch, dass die Gesundheitsberichterstattung des Bundes (in Verantwortung des Robert Koch-Instituts) inzwischen substantielle methodische und empirische Beiträge zum Thema Alter und Gesundheit wie zu Morbiditätsprognosen leistet (Nowossadeck 2010; Sass et al. 2010).

3.4 Vorbilder in der Versorgung: Das Chronic-Care-Modell und PACE

Wo immer über die Problematik multimorbider Patientinnen und Patienten berichtet wird, taucht das Thema „Zergliederung der Versorgungsangebote“ auf. Die Auseinandersetzung mit diesem offenkundigen Schwachpunkt in allen Gesundheitssystemen hat eine Reihe von Modellen hervorgebracht, die durch ähnliche Merkmale gekennzeichnet sind: ein vorausgehendes Assessment des Versorgungsbedarfs, die Entwicklung eines darauf fußenden Therapieplans unter Beachtung evidenzbasierter Behandlungsprotokolle, die fortwährende Anpassung dieses Behandlungsplans unter engmaschiger Beobachtung des Gesundheitszustandes, die Koordinierung der Versorgungssektoren wie die Beachtung der Schnittstellen und die Verschränkung von medizinischen, pflegerischen und sozialen Dienstleistungen mit dem Ziel der größtmöglichen Aufrechterhaltung der individuellen Selbständigkeit (Boult und Wieland 2010). Es ist bemerkenswert, wie groß die Diskrepanz zwischen diesen hoch plausiblen Interventionsansätzen und ihrer Umsetzbarkeit und ihrer Evaluation im Versorgungsalltag ist.

Die größte Aufmerksamkeit in der Frage angemessener Antworten des Gesundheitssystems auf die Herausforderung „Multimorbidität“ hat in Deutschland das Chronic Care Model (CCM) gefunden (siehe z. B. SVR 2009), über das die Arbeitsgruppe von Wagner nach längeren Vorarbeiten erstmals 1996 die internationale Öffentlichkeit ausführlicher informierten (Wagner et al. 1996). Diese Gruppe ging von der Forschung zu chronischer Krankheit aus und suchte nach einer Lösung, die über die bestehenden krankheitsbezogenen Disease-Management-Programme hinausgehen sollten. Wie in den DMP stehen beim CCM Evidenzbasierung des Handelns und Patientenzentrierung der Therapeuten im Mittelpunkt des Konzeptes. Wagner et al. betonen in einem Überblick über die Evaluationen der CCM-Projekte später vor allem folgende Elemente: professionelles Wissen und Kompetenzen, Schulung und Unterstützung von Patienten, systematischer Einsatz von Teams in einem vorausschauenden Betreuungskonzept sowie intelligente Nutzung elektronischer In-

formationssysteme (Wagner et al. 2009). 2009 wertete die Gruppe 82 Einzelstudien aus, darunter befanden sich neun randomisierte kontrollierte Studien. In die methodisch anspruchsvolleren Implementierungsstudien hatte vor allem die Robert Wood Foundation investiert, darüber hinaus auch die Agency For Healthcare Research and Quality (AHRQ). Ein nennenswerter Fortschritt zeichnete sich danach vor allem für Patientinnen und Patienten mit Herzinsuffizienz, Asthma und Diabetes mellitus ab (Coleman et al. 2009): Man könnte insofern von einem integrativen Mega-DMP sprechen. Gut gemachte randomisierte Studien sind auch für den Ansatz des CCM noch relativ selten, sodass vor allem die Frage nach der optimalen Zusammensetzung der Teams noch nicht zufriedenstellend beantwortet werden kann (Boyd et al. 2009; Boulton et al. 2011). Für einen derartigen Ansatz spricht freilich nach weiteren Pionieren aktueller Multimorbiditäts-Forschung nicht zuletzt die Tatsache, dass eine leitliniengerechte, streng krankheitenbezogene Versorgung auch zu grotesken Verschreibungsszenarien führen kann: So wurde – seither häufig zitiert – für den fiktiven Fall einer 79-jährigen Patientin mit einer durchaus häufig vorkommenden Krankheitshäufung ermittelt, dass sie regelmäßig 12 Medikamente einnehmen und zusätzlich 14 nicht-pharmakologische Behandlungen durchführen müsste (Boyd et al. 2005). Die solchen unsinnigen Entwicklungen prinzipiell entgegenstehenden Erfolge eines CCM-Ansatzes konnten nach vorliegenden Evaluationen sowohl erzielt werden, wenn bestehende Teams für CCM geschult wurden, als auch wenn neue CCM-Teams für die Studien gebildet wurden. Zur Kosteneffektivität liegen demgegenüber bisher keine schlüssigen Daten vor, wobei auch problematisiert werden muss, dass die Institutionen, die in CCM investiert hatten, nicht automatisch auch von den nachweisbaren Einsparungen profitieren. Als unbefriedigend ist schließlich zu werten, dass es am wenigsten gelang, die kommunale Infrastruktur – vor allem die Beteiligung sozialer Dienste – in das CCM-Konzept zu integrieren (Wagner et al. 2009). Es stellt sich mithin aus Sicht der GKV mindestens eine wichtige Doppelfrage: Wer investiert außerhalb umschriebener Forschungsprojekte in eine derart komplexe Versorgungsstruktur und wie kann dafür angesichts der vorherrschenden Einzel- bzw. Kleinpraxen ein „lohnendes“ Klima geschaffen werden? Ähnlich wie bei der Implementierung der DMP stellt sich für die GKV dabei immer auch die Frage, wie kontrollierte Vergleiche als bestes Design zur Evaluation von komplexen Innovationen realisiert werden können. Selbst für zweitbeste Designs wie intelligente Zeitreihen mit Risikoadjustierung sind erhebliche methodische Anforderungen zu berücksichtigen, die mehr voraussetzen als die bislang üblichen Evaluationen von Modellvorhaben.

Weniger bekannt als das CCM wurde in Deutschland das etwas früher entwickelte PACE-Programm: Participants in the Program of All-Inclusive Care for the Elderly. Es handelt sich hierbei um ein ebenfalls teamorientiertes Versorgungsprogramm für multimorbide ältere Menschen, die einem geriatrischen Assessment zufolge die Kriterien für heimbasierte Versorgung erfüllen und genau davor bewahrt werden sollen. Die Kernzelle dieses Versorgungskonzeptes war das Modell On Lok in China Town/San Francisco². PACE ist ein entwickeltes Modell der Tagespflege, das pflegerische, ergotherapeutische und sozialarbeiterische Angebote mit präzise

² www.onlok.org/seniorhealth/index.asp

vertraglich geregelter generalistischer wie spezialistischer ärztlicher Versorgung verbindet. Die Finanzierung erfolgt über Pauschalen (full capitation) vor allem durch Medicare und Medicaid (Wieland et al. 2000). Dieser Ansatz erscheint aus einer Reihe von Gründen interessant. Zum einen wurde hier – vielleicht erstmals – aus einer ganzheitlichen Perspektive eine Typologie von Versorgungsproblemen multimorbider älterer Menschen erstellt, in die folgende Parameter einfließen: unterschiedliche Grade von kognitiver Beeinträchtigung, Grad der Alltagskompetenz (ADL), Art und Umfang von Verhaltensauffälligkeiten, Grad einer vorliegenden Inkontinenz sowie schließlich medizinischer Behandlungsbedarf bei körperlichen Erkrankungen wie Typ-2-Diabetes (Wieland et al. 2000). Das Modell leistet insofern für eine intensiv betreuungsbedürftige Population sowohl horizontale wie vertikale Integration. In einer ersten umfassenden Bilanzierung von PACE fällt zunächst auf, dass im Laufe eines Jahrzehnts in den USA nicht mehr als 10 000 Betroffene eingeschrieben worden sind. Diese Zielgruppe wurde offenkundig ausgezeichnet versorgt, überwiegend in einem ambulanten Tagespflegezentrum, das auf eine stabile Kooperation mit einem Ärzteteam zurückgreifen kann und insofern den Großteil an medizinischen, pflegerischen und sozialen Dienstleistungen erbringt. Mit Blick auf das Kernziel (Vermeidung heimstationärer Pflege) fällt die Bilanz von PACE positiv aus: PACE-betreute Patientinnen und Patienten sterben doppelt so häufig zu Hause und halb so häufig im Krankenhaus wie eine Vergleichspopulation (Temkin-Greener und Mukamel 2002). Auf die Frage, warum PACE einen so geringen Verbreitungsgrad gefunden hat, gibt es unterschiedliche Antworten. Nicht alle älteren Menschen finden diese Form der Betreuung attraktiv, z. B. bezüglich der oft obligatorischen Beteiligung an einer Gruppe in der Tagespflege; das Programm ist vielen potenziell Betroffenen gar nicht bekannt; es ist bis auf den heutigen Tag schwer, in den USA das Startkapital für einen solchen Ansatz aufzubringen; gewinnorientierte Anbieter von Medizin und Pflege sehen keine hohen Renditen; es ist z. T. schwierig, das erforderliche Personal für PACE zu gewinnen. Ein tieferliegender Grund könnte sein, dass ein derartiges Konzept einer ganzheitlichen Betreuung nicht zu der amerikanischen Ideologie passt, nach der jeder für die Absicherung seiner Gesundheitsrisiken individuell verantwortlich ist und dass die Konzepte leistungsstarker Privatversicherer an Lösungen wie PACE nicht interessiert sind (Lynch et al. 2008). Der „Misserfolg“ von PACE wäre danach logisch: Märkte suchen nach dem größtmöglichen Gewinn und können nicht an effizienten Lösungen interessiert sein. Die Parzellierung der Versorgung erlaubt Leistungserbringern und Versicherern das Ausreizen ihrer eigenen Angebotspalette und die nicht zu übersehenden ökonomischen Grenzen derartiger Angebotsinduzierung in PACE-Projekten sind offenkundig kein starker Anreiz zur Entwicklung integrierender Versorgungsmodelle.

3.5 Primary Care und spezialistische Versorgung: die Suche nach der angemessenen Verschränkung

Multimorbidität induziert die Betreuung durch mehrere Spezialisten, zumindest ist dies auf den ersten Blick hoch plausibel, auf jeden Fall ist es so etwas wie ein „Naturgesetz“ der Medizin. Sicher ist, dass der Umfang der medizinischen Interventi-

onen und die damit verbundenen Kosten mit der Zahl der in Anspruch genommenen Spezialisten drastisch steigen. Die Arbeitsgruppe von Starfield hat nun über Jahrzehnte Daten zusammen getragen, die plausibel machen, dass die Bedeutung von Spezialisten gerade für Menschen mit Mehrfacherkrankungen im Verhältnis zur Rolle der Generalisten deutlich überschätzt wird. Anders formuliert: je prägender der Einfluss von Primary-Care-Ansätzen in einem Gesundheitswesen ist, umso höher ist – bevölkerungswelt gemessen – der Nutzen für Kranke wie für das Finanzierungssystem. Diese Zusammenhänge sind sowohl für die USA als auch für die OECD-Staaten bezogen auf die Gesamtmortalität wie krankheitsspezifische Mortalität stabil nachweisbar. Zugleich zeigt sich, dass die wenigsten Länder diese Forschung für die Weiterentwicklung ihrer Gesundheitsindikatoren und der Kooperationsstrukturen in der Versorgung nutzen (Starfield et al. 2005; Macinko et al. 2003). Multimorbidität ist für die Institutionen der Primärversorgung Alltagsrealität (siehe z. B. Fortin et al. 2005; Fortin et al. 2010). Primary Care bedeutet im Kontext von Multimorbidität vor allem: Prioritäten der Versorgung erkennen und in den Mittelpunkt der individuellen Behandlungsplanung stellen. Die dafür erforderlichen Kompetenzen sind in der Regel bei Spezialisten schwach ausgebildet und entstehen eher im Verbund von ärztlichen Generalisten mit anderen Fachberufen, vor allem aus dem Bereich der Pflege. Primary Care erübrigt natürlich spezialistische Medizin nicht, bindet sie aber so gut es geht in intelligentes Fallmanagement ein. Spezialistische Versorgung bedeutet demgegenüber de facto oft, ohne Verantwortung für die Gesamtsituation von Kranken prinzipiell sinnvolle Interventionen so häufig wie möglich anzuwenden. Dies impliziert anders gesagt: Indikationen werden nicht immer streng überprüft, vor allem weil sie nicht im Licht der Gesamtproblematik eines Kranken diskutiert werden. Was Indikationsausweitung bedeuten kann, sei anhand einer bereits 1999 von dem Gesundheitsökonom Fuchs erstellten Tabelle 3–1 erläutert.

Die von Fuchs aufgezeigten Steigerungsraten beweisen isoliert natürlich noch gar nichts; es ist allerdings außerordentlich plausibel, dass im Stadium der rasanten Diffusion neuer Behandlungsverfahren Spezialisten dazu neigen, die nunmehr zur Routine gewordenen Verfahren mit einer immer niedriger angesetzten Indikationschwelle einzusetzen. Dies geschieht nicht nur, weil dieses Verhalten sich bei der dominierenden Einzelleistungsvergütung für Spezialisten besonders rechnet, sondern auch, weil Spezialisten die ihnen zur Verfügung stehenden invasiven Verfahren eben als reine Routine verstehen: Dies könnte eine systematisch unterschätzte psychologische Komponente neben dem fraglos bedeutsamen ökonomischen Anreiz sein.

Der Blick in die Literatur zeigt, dass Kernfragen, wie sie die Pionierin der Primary-Care-Forschung Barbara Starfield (1932–2011) am Ende ihrer gut zwanzigjährigen Forschung gestellt hat, weiter zu bearbeiten sind: Wie viele Spezialisten werden tatsächlich benötigt? Wie genau ist die Aufgabenteilung zwischen Generalisten und Spezialisten zu beschreiben? Von welchem Punkt ab wird das Angebot an Spezialisten problematisch? (Starfield 2010; Starfield 2011). Der geradezu fundamentalistische Gehalt dieser Fragen mag auf den ersten Blick abschreckend wirken. Bedeutsam ist aber, wie weit die deutsche Versorgungsforschung von dem damit verbundenen Forschungsstand noch entfernt ist, von der politischen Debatte ganz zu schweigen, die im Glaubenskrieg „direkter Zugang zu Spezialisten ja oder nein“

Tabelle 3-1

Häufigkeiten und Änderungsraten von sieben Prozeduren nach Alter und Geschlecht, 1987–1995*

	Männer					Frauen				
	65–69	70–74	75–79	80–84	85+	65–69	70–74	75–79	80–84	85+
Prozeduren je 100 000 Einwohner										
Ballondilatation										
1987	249	215	122	75	22	124	111	82	56	15
1995	712	756	589	411	131	339	367	322	245	74
Koronare Bypass-Operation										
1987	560	545	357	179	33	187	179	138	59	12
1995	750	849	706	436	106	266	322	324	171	29
Herzkatheteruntersuchung										
1987	1146	1135	740	379	111	708	709	483	182	52
1995	1624	1863	1652	1109	399	1086	1254	1064	706	183
Karotisendarterektomie										
1987	182	287	246	174	65	111	132	132	95	30
1995	321	460	553	433	152	221	229	273	217	77
Hüftendoprothese										
1987	76	90	113	122	92	78	133	175	174	143
1995	250	331	467	609	724	338	519	782	965	1144
Knieendoprothese										
1987	160	182	205	200	70	218	278	322	242	82
1995	403	478	529	385	164	523	657	667	475	193
Laminektomie										
1987	208	215	169	97	54	188	186	153	103	32
1995	285	322	320	218	106	278	316	258	143	57
Durchschnittliche Änderungsraten in Prozent pro Jahr, 1987 bis 1995										
Ballondilatation	13	16	20	21	22	13	15	17	18	20
Koronare Bypass-Operation	4	6	9	11	15	4	7	11	13	11
Herzkatheteruntersuchung	4	6	10	13	16	5	7	10	17	16
Karotisendarterektomie	7	6	10	11	11	9	7	9	10	12
Hüftendoprothese	15	16	18	20	26	18	7	19	21	29
Knieendoprothese	12	12	12	8	11	11	11	9	8	11
Laminektomie	4	5	8	10	8	5	7	7	4	7

Quelle: Fuchs 1999; Datenquelle: Medicare/USA

stecken geblieben ist. Es sind nun – nicht zufällig – gerade auch in Deutschland Primary-Care-Experten an den Lehrstühlen für Allgemeinmedizin, die diese Forschungstradition aufgegriffen haben und für hiesige Verhältnisse fruchtbar machen (nahezu alle sind Mitglieder der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin, DEGAM, die auch ausweislich ihrer Publikationen den Anschluss an die internationale Forschung zu chronischer Krankheit, Multimorbidität und Primary Care gefunden haben und in internationalen Netzen arbeiten (siehe z. B. Hummers-Pradier et al. 2009). Einen interessanten Ansatz zum Verständnis von Multimorbidität in Primary-Care-Netzen verfolgt die German MultiCare-study, die sowohl Hausärzte als auch Patienten multimodal untersucht (Schäfer et al. 2009). Der Mainstream der sonstigen klinischen Forschung ist von derartigen Fragestellungen und Perspektiven weit entfernt. Es ist jedenfalls unabdingbar, belastbarere Aussagen treffen zu können, wie eine angemessene Versorgung multimorbider Patienten und Patientinnen künftig aussehen sollte: Die Zahl der Diagnosen hängt offenbar weder direkt mit Lebensqualität noch mit Versorgungsqualität zusammen (Fortin et al. 2004; Higashi et al. 2007).

3.6 Programmatische Empfehlungen: von anderen Ländern lernen?

So offenkundig der Reformbedarf in Sachen Alter, Multimorbidität und chronische Erkrankungen in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung auch immer ist, so wichtig erscheint gerade angesichts der Barrieren für die Durchsetzung grundlegender Reformen der Blick in andere Länder und deren Reformdebatten. Dies geschieht hier für England und Kanada mit Gesundheitssystemen, in denen Primary Care weitaus stärker als in Deutschland traditionell verankert ist.

Der King's Fund, eine Non-Profit-Organisation in London, die Reformvorschläge für den National Health Service in England entwickelt, hat 2010 ein Strategiepapier unter dem Titel „Managing people with long-term conditions“ vorgelegt (Goodwin et al. 2010). Dabei wurden neben einer systematischen Literaturbewertung Interviews mit Schlüsselpersonen aus der Gesundheitspolitik, der ambulanten und stationären Versorgung und der Forschung durchgeführt. Weiterentwicklungsbedarf wurde vor allem gesehen: bei der Stratifizierung der Patienten nach ihrem Versorgungsbedarf; bei dem Ansatz vorausschauender, interdisziplinär organisierter Versorgungsplanung; beim Einsatz von Case Management für vulnerable Patienten; bei der Zusammenarbeit von Generalisten und Spezialisten; bei der Stärkung der Information und Beratung von Betroffenen mit dem Ziel größerer Autonomie.

Das Royal College of General Practitioners in London definierte 2007 Ziele für eine Weiterentwicklung von Primary Care (Lakhani et al. 2007). Dabei definierte diese im UK stark verankerte ärztliche Interessengruppe folgende Reformziele: Erleichterung der Terminvereinbarung für die Patienten; systematische Einführung einer elektronischen Patientenakte; Weiterentwicklung von Primary-Care-Teams unter Stärkung der Rolle von Pflegekräften; Verhinderung unnötiger Krankenhauseinweisungen durch bessere ambulante Betreuung; Förderung des Qualitäts- und Sicherheitsgedankens in der Versorgung; Vergrößerung der Patientenautonomie.

Die Canadian Academy of Health Sciences (ein Think Tank aus dem Bereich Wissenschaft, der die Regierung berät) hat 2007 Ansprüche von Menschen mit chronischen Erkrankungen an das Versorgungssystem definiert (Nasmith et al. 2010). Dazu gehören: ein transparentes System von Qualitätsindikatoren; ein System lebenslangen Lernens für die Professionellen; die Förderung von Selbstmanagement-Kompetenzen Betroffener; ökonomische Anreize für Primary Care; die Förderung von Forschung zu Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der Versorgung.

Es wird deutlich, dass die Kenntnis der Diskussionen in anderen Ländern den Blick dafür öffnet, wo im Kontext von „Alter und Krankheit“ Probleme zu bewältigen sind, die enorme Anstrengungen und Investitionen mit sich bringen. Es dominieren Fragen des Managements, vor allem bezüglich einer intelligenten Nutzung spezialärztlicher Kompetenzen im Rahmen einer vorausschauenden Patientenführung, die zudem noch das traditionelle paternalistische Selbstverständnis der Medizin überwinden und sozusagen passende Behandlungswege im Konsens mit Kranken und ihren sozialen Netzen suchen muss. Damit sind Kompetenzen angesprochen, die weit über die klassischen ärztlichen Denk- und Handlungsmuster hinausgehen. Insofern ist das Begriffspaar „akut“ versus „chronisch“ auch für den Umgang mit dem Thema Alter und Gesundheit zielführend, weil es immer leichter ist, Antworten auf akute Krisen zu geben als langfristige Behandlungsstrategien zu verhandeln. Die Gegenüberstellung dieser Begriffe liefert aber noch keine Antworten auf die Frage, wie das alles in allem ja außerordentlich erfolgreiche Modell der Akutmedizin in langstreckige Behandlungskonzepte integriert werden kann und wie dabei offenkundige Nachteile einer beliebigen Addition spezialärztlicher Empfehlungen für multimorbide, häufig ältere Menschen so gut es geht vermieden werden können.

3.7 Forschungsförderung: stimmen Richtung und Volumina?

Dass es also notwendig ist, in Versorgungsmodelle zu investieren und dass es sich hierbei um Forschungs- und Entwicklungsinnovationen handelt, die mindestens so gefördert werden müssen wie neue Medikamente oder neue bildgebende Verfahren, das hat sich in der Kultur der Gesundheitspolitik und Forschungsförderung in Deutschland noch nicht ausreichend herungesprochen. Oft wird noch argumentiert, es sei aus prinzipiellen methodischen Gründen unmöglich, die Überlegenheit neuer Versorgungsformen in anspruchsvollen kontrollierten Studien zu untersuchen; der Forschungsstand zum Thema „komplexe Interventionen“ wird dabei leider beiseite gelassen (Campbell et al. 2007). Diese Versäumnisse spiegeln sich auch in der aktuellen Forschungsförderung. Der aktuellste Beleg hierfür ist die Auslobung des Gesundheitsforschungsprogramms 2011 des BMBF. So positiv fraglos das Teilprogramm „Gesundheit im Alter“ zu sehen ist, das bis Ende 2013 weitergeführt wird³

3 www.gesundheitsforschung-bmbf.de/de/1958.php

und seit 2008 mit insgesamt 32 Millionen Euro bedacht worden sein wird, so unvergleichlich voluminöser dimensioniert sind die 700 Millionen Euro, die das BMBF in sechs Zentren für Gesundheitsforschung investieren will⁴. Innerhalb dieser Zentren geraten Projekte zur Versorgungsforschung gegenüber der biomedizinischen Grundlagenforschung ins Hintertreffen. Die Kernerwartung an diese Zentren ist es, die Grundlagen wichtiger Erkrankungen wie Demenz und Diabetes besser zu verstehen, um – so common sense – sie eines Tages ursächlich bekämpfen zu können. Versorgungsforschung im besten Sinne auf die Tagesordnung der Politik und der Forschungsförderung zu setzen gleicht demgegenüber einer Sisyphus-Arbeit. Die Forschungsförderung ist – vereinfacht gesagt – durch zwei Ideen geprägt: durch das Setzen auf den Erfindungsreichtum des medizinisch-technischen Komplexes und durch die Überzeugung, der Gesundheitsmarkt biete im Sinne des 6. Kondratieffschen Zyklus⁵ besonders gute Bedingungen für die ökonomische Stabilisierung der Volkswirtschaft. Im Lichte der internationalen Anstrengungen um die Klärung der Versorgungsprobleme für alte, insbesondere multimorbide alte Menschen kann umso positiver gewertet werden, dass inzwischen an einer Reihe von Universitäten leistungsstarke Forschungsgruppen entstanden sind, die das Thema „Alter und Krankheit“ empirisch untersuchen. Hierzu gehören z. T. auch in diesem Band angesprochene Studien aus folgenden Verbundprojekten (einen kurzen, sehr informativen Überblick zu den BMBF-Forschungsverbänden „Gesundheit im Alter“ bieten jüngst Scheidt-Nave et al. (2010), zuvor auch der Sachverständigenrat im Sondergutachten 2009. Die Verbände tragen die Überschriften

- Komorbidität und Multimorbidität in der hausärztlichen Versorgung (MultiCare)⁶
- Entwicklung eines Modells gesundheitlicher Versorgung älterer Menschen mit mehrfachen Erkrankungen (Priscus)⁷
- Multimorbidität und Gebrechlichkeit im hohen Alter (ESTHER-Netzwerk)⁸
- Longitudinale Urbane-Cohorten-Alters-Studie (LUCAS)⁹
- Autonomie trotz Multimorbidität im Alter (AMA)¹⁰
- Langzeitdeterminanten und Konsequenzen der Multimorbidität „KORA-AGE“¹¹

Die Politik hat in den letzten Jahren vor allem das Thema Demenz auf ihre Tagesordnung gesetzt. Erwähnenswert ist in diesem Zusammenhang deshalb die Ressortforschung des Bundesministeriums für Gesundheit, die ihrem Auftrag gemäß nicht primär auf die Generierung innovativer Versorgungskonzepte abgestellt, sondern auf die Auszeichnung vorbildlich erscheinender Praxisprojekte orientiert war.¹² Zur Förderung gelangten 29 Projekte, die insgesamt mit rund 13 Mio. Euro gefördert wurden. Dabei interessierte sich die Politik für vier Perspektiven:

4 www.bmbf.bund.de/de/16553.php

5 www.kondratieff.net/19.html

6 www.uke-uni-hamburg.de/institute/allgemeinmedizin/index_Versorgung.php

7 www.priscus.net

8 www.nar.uni-heidelberg.de/forschung/biomed/esther_net.html

9 www.albertinen.de/krankenhaeuser/geriatriische_klinik/leistungsspektrum/lucas

10 www.ama-consortium.de/

11 www.helmholtz-muenchen.de/kora

12 www.dlr.de/pt/desktopdefault.aspx/tabid-3169/4823_read-11264/

1. Therapie- u. Pflegemaßnahmen: Wirksamkeit unter Alltagsbedingungen
2. Evaluation von Versorgungsstrukturen
3. Sicherung einer evidenzbasierten Versorgung
4. Evaluation und Ausbau zielgruppenspezifischer Qualifizierung.

Einzelne vom methodischen Ansatz her besonders beachtliche Forschungsvorhaben zur Entwicklung komplexer Steuerungsansätze in der Betreuung chronisch Kranker werden auch jenseits der Förderlinien des Bundes unterstützt, so durch die AOK in Baden-Württemberg (Freund et al. 2010a) und durch das Ministerium für Wissenschaft, Forschung und Kunst in Baden-Württemberg (Freund et al. 2010b). Dennoch ist nicht zu verkennen, dass es nach wie vor immens schwierig ist, Forschungsgelder für die Entwicklung tragfähiger Versorgungsmodelle für chronisch und multimorbide Kranke einzuwerben. Die Notwendigkeit in System-Innovation zu investieren wird massiv unterschätzt. Gerlach und Szecsenyi wählen aktuell einen treffenden Untertitel für ihre Publikation „Hausarztzentrierte Versorgung. Inhalte und Qualität sind entscheidend“, nämlich: „Statt eines Wettbewerbs um die beste Versorgung findet in Deutschland vor allem eine Auseinandersetzung um Vertrags Höhe und Honorare statt. Es ist Zeit für eine Kurskorrektur“ (Gerlach und Szecsenyi 2011).

Interessant ist sicher auch, wie sich andere Ministerien der Bundesregierung an der Debatte um Alter und Krankheit resp. Multimorbidität beteiligen. Beachtlich ist in diesem Zusammenhang der 6. Altenbericht der Bundesregierung, in dem ausführlicher als gewohnt reflektiert wird, dass die sehr traditionellen Altersbilder der Mediziner den Anforderungen altersgerechter Versorgung nicht ausreichend entsprechen und dass hierdurch auch die vorherrschende Forschung geprägt wird.¹³

3.8 Bilanz

Alter, Multimorbidität und Versorgungsmodelle erleben thematisch einen gewaltigen Auftrieb. Das ist mit Blick auf den zeitlichen Vorsprung ähnlicher Themenschwerpunkte in anderen Ländern fraglos ein Fortschritt. Nicht so optimistisch fällt die Einschätzung aus, ob die Themenpalette und die damit verbundenen Ziele schon ein geschlossenes Programm abgeben. Wie so oft wird viel Energie in die Beschreibung des „Phänomens“ investiert: Was bedeutet Multimorbidität, wie groß ist das Ausmaß, nimmt Multimorbidität zu und so weiter und so fort. Dies ist insofern verdienstvoll, als jetzt methodisch anspruchsvollere Studien initiiert worden sind, um die Prävalenz von Multimorbidität realistischer als bisher zu ermitteln und sich nicht auf die Analyse von Sekundärdaten zu stützen, die ja in erheblichem Umfang durch die Logik der Kodiersysteme und deren systematische Fehleinschätzungen zustandekommen.

¹³ www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Pressestelle/Pdf-Anlagen/sexhster-altenbericht,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf

Yach et al. haben drei Voraussetzungen formuliert, um die „Krankheitslast“ durch chronische Erkrankungen besser bewältigen zu können (Yach et al. 2004): 1. chronische Krankheiten auf die politische Tagesordnung bringen, 2. die Politiker mit wissenschaftlichen Belegen zur Eindämmung von Risikofaktoren versorgen und 3. sie von der Notwendigkeit eines Systemwechsels überzeugen. Aus heutiger Sicht muss gesagt werden, dass es sehr schwer ist, diese drei Ziele gewissermaßen im Gleichschritt zu verfolgen. Es ist inzwischen sehr leicht, Zustimmung zur Bedeutung des Themas „Alter und chronische Krankheiten“ zu bekommen. Die Kehrseite ist, dass dies häufig im Sinne einer reinen Skandalisierung geschieht, die eher Ratlosigkeit als Perspektiven zurücklässt. Profiteure dieser Skandalisierung sind vor allem die spezialistisch tätigen Mediziner und die Industrie, die isolierte Innovationen anpreisen, oft ohne ausreichende Evidenzbelege. Es ist ein weiter Weg zu der Einsicht, dass mit dem erfreulichen Anstieg der Lebenserwartung in Bereiche, die vor fünfzig Jahren niemand für möglich gehalten hätte, endlich auch Versorgungsmodelle entwickelt werden müssen, die mit den Fortschritten der Akutmedizin und den Erkenntnissen der Spezialisten klug und kritisch umgehen und für die häufig im Vordergrund stehenden längerstreckigen Betreuungsfragen professionelle Antworten parat haben. Es waren Vertreter der Allgemeinmedizin, die in Deutschland laut auf das international breit diskutierte Konzept von „Primary Care“ aufmerksam gemacht haben (Marzi und Abholz 1999), vor allem auf die langjährige Forschung der Arbeitsgruppe von Barbara Starfield. In dem vielleicht bedeutendsten Überblicksartikel hoben Starfield, Shi und Macinko (2005) vier Elemente von Primary Care für die Gestaltung der Gesundheitssysteme hervor: 1. den reflektierten Umgang mit vorhandener Multimorbidität, die keineswegs ein Phänomen des Alters allein sei, 2. die Erfassung und Behandlung unerwünschter Wirkungen der Medizin, 3. die verlässliche Begleitung chronisch Kranker unter Berücksichtigung ihrer Behandlerpräferenzen und 4. das Hinwirken auf Gleichheit in der Versorgung mit Blick auf benachteiligte Bevölkerungsgruppen und die Vermeidung unnötiger Kosten durch Über- und Fehlversorgung. Inzwischen haben Gesundheitsreformen und Forschung diese Themen auch für Deutschland entdeckt, wobei – wie Donner-Banzhoff dies bildlich umschreibt – noch weiter zu klären ist, in welchen Supermärkten der Gesundheitsversorgung sich die Bevölkerung dann auch gut aufgehoben fühlt, wenn die guten alten Tante-Emma-Läden der hausärztlichen Versorgung alle geschlossen sind (Donner-Banzhoff 2009).

Literatur

- Boult C, Reider L, Leff B, Frick KD, Boyd CM, Wolff JL, Frey K, Karm L, Wegener ST, Mroz T, Scharfstein O. The Effect of Guided Care Teams on the Use of Health Services. *Archives of Internal Medicine* 2011; 171: 460–6.
- Boyd CM, Reider L, Frey K, Scharfstein O, Leff B, Wolff JL, Groves C, Karm L, Wegener ST, Marsteller J., Boult C. The Effects of Guided Care on the Perceived Quality of Health Care for Multi-morbid Older Persons: 18-Month Outcomes from a Cluster-Randomized Controlled Trial. *Journal of General Internal Medicine* 2009; 25: 235–42.
- Boyd CM, Fortin M. Future of Multimorbidity Research: How Should Understanding of Multimorbidity Inform Health System Design? *Public Health Reviews* 2010; 32: 451–74.

- van den Bussche H, Koller d, Kolonko T, Hansen H, Wegscheider K, Glaeske G, von Leitner EC, Schäfer I, Schön G. Which chronic diseases and disease combinations are specific to multimorbidity in the elderly? Results of claims data based cross-sectional study in Germany. *BMD Public Health* 2001; 11: 101.
- Campbell NC, Murray E, Darbyshire J, Emery J, Farmer A, Griffith F, Guthrie B, Lester H, Wilson P, Kinmonth AL. Designing and evaluating complex interventions to improve health care. *British Medical Journal* 2007; 334: 455–9.
- Coleman K, Austin BT, Brach C, Wagner EH. Evidence ON The Chronic Care Model In The New Millenium. *Health Affairs* 2009; 28: 75–85.
- Donner-Banzhoff N. Die Zukunft der Primärversorgung. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin* 2009; 85: 234–9.
- Fortin M, Bravo G, Hudon C, Vanasse A, Lapointe L. Prevalence of Multimorbidity Among Adults Seen in Family Practice. *Annals of Family Medicine* 2005; 3: 223–8.
- Fortin M, Lapointe L, Hudon C, Vanasse A, Ntetu AL, Maltais D. Multimorbidity and quality of life in primary care: a systematic review. *Health and Quality of Life Outcomes* 2004; 2: 51.
- Fortin M, Hudon C, Haggerty J, van den Akker M, Almiral J. Prevalence estimates of multimorbidity: a comparative study of two sources. *BMD Health Services Research* 2010; 10: 111.
- Freund T, Wensing M, Mahler C, Gensichen J, Erler A, Beyer M, Gerlach FM, Szecsenyi J, Peters-Klimm F. Development of a primary care based complex care management intervention for chronically ill patients at high risk for hospitalization: a study protocol. *Implementation Science* 2010a; 5: 70.
- Freund T, Kayling F, Miksch A, Szecsenyi J, Wensing M. Effectiveness and Efficiency of primary care based case management for chronic diseases: rationale and design of a systematic review and meta-analysis of randomized and non-randomized trials. *BMC Health Services Research* 2010b, 10: 112.
- Fries JF. Measuring and monitoring success in compressing morbidity. *Annals of Internal Medicine* 2003; 139: 455–9.
- Fries JF. Frailty, heart disease, and stroke: the Compression of Morbidity paradigm. *American Journal of Preventive Medicine* 2005; 29: 164–8.
- Fuchs VR. Health Care for the Elderly. How Much? Who Will Pay For It? *Health Affairs* 1999; 18: 11–21.
- Gerlach FM, Szecsenyi J. Hausarztzentrierte Versorgung. Inhalte und Qualität sind entscheidend. *Deutsches Ärzteblatt* 2011; 108: A996–8.
- Goodwin N, Curry N, Naylor C, Ross S, Duldig W. Managing people with long-term conditions. The King's Fund 2010. <http://www.scribd.com/doc/51101236/Long-term-Conditions-Kings-Fund> (19. Juli 2011).
- Higashi T, Wenger NS, Adams JL, Fung C, Roland M, McGlynn EA, Reeves D, Asch SM, Kerr EA, Shekelle PG. Relationship between Number of Medical Conditions and Quality of Care. *The New England Journal of Medicine* 2007; 356: 2496–504.
- Holzhausen M, Fuchs J, Busch M, Ernst A, Six-Merker J, Knopf H, Hapke U, Gaertner B, Kurzwawseitz I, Dietzel R, Schödel N, Welke J, Wiskott J, Wetzstein M, Martus P, Scheidt-Nave C. Operationalizing multimorbidity and autonomy for health services research in aging populations – the OMAHA study. *BMC Health Services Research* 2011; 11: 47.
- Hummers-Pradier E, Beyer M, Chevallier P, Eilat-Tsanani S, Lionis C, Peremans L, Petek D, Rurik I, Soler JK, Stoffers H, Topsever P, Ungan M, van Royen P. Research Agenda for General Practice/ Family Medicine and Primary Care in Europe. *European General Practice Research Network EGPRN*, Maastricht 2009. http://www.egprn.org/images/Research%20Agenda%20for%20General%20Practice_Family%20Medicine.pdf (19. Juli 2011).
- Lakhani M, Baker M, Field S. The Future Direction of General Practice. *Royal College of General Practitioners* 2007. https://www.rcgp.org.uk/pdf/CIRC_RCGP%20Roadmap%20Future%20General%20Practice%2013th%20Sept%202007.pdf (19. Juli 2011).
- Lynch M, Hernandez M, Estes C. PACE: Has It Changed the Chronic Care Paradigm? *Social Work in Public Health* 2008; 23: 3–24.

- Macinko J, Starfield B, Shi L. The Contribution of Primary Care Systems to Health Outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) Countries, 1970-1998. *Health Services Research* 2003; 38: 831-65.
- Maurer MS, Costley AW, Miller PA, McCabe S, Dubin S, Cheng H, Varela-Burstein E, Lam B, Irvine C, Page KP, Ridge G, Gurland B. The Columbia Cooperative Aging Program: An Interdisciplinary and Interdepartmental Approach to Geriatric Education for Medical Interns. *Journal of the American Geriatric Association* 2006; 54: 520-6.
- Mathers CD, Sadana R, Salomon JA, Murray CJL, Lopez AD. Healthy life expectancy in 1991 countries, 1999. *The Lancet* 2001; 357: 1685-91.
- Mathers CD, Iburg KM, Salomon JA, Tandon A, Chatterji S, Ustün B, Murray CJL. Global patterns of healthy life expectancy in the year 2002. *BMC Public Health* 2004; 4: 66.
- Nasmith L, Ballem P, Baxter R, Bergmann H, Colin-Thomé D, Herbert C, Keating N, Lessard R, Lyons R, McMurphy D, Ratner P, Rosenbaum P, Tamblyn R, Wagner E, Zimmerman B. Transforming care for Canadians with chronic health conditions.
- Niehoff J-U. *Gesundheitssicherung, Gesundheitsversorgung, Gesundheitsmanagement*. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft 2008.
- Nowossadeck E. Morbiditätsprognosen auf Basis von Bevölkerungsprognosen. Welchen Beitrag kann ein Gesundheitsmonitoring leisten? *Bundesgesundheitsblatt* 2001; 53: 427-34.
- Payne G, Laporte A, Deber R, Coyte PC. Counting Backward to Health Care's Future: Using Time-to-Death Modeling to Identify Changes in End-of-Life Morbidity and the Impact of Aging on Health Care Expenditures. *Milbank Quarterly* 2007; 85: 213-57.
- Report of the Expert Panel appointed by the Canadian Academy of Health Sciences. <http://www.caahs-acss.ca/e/pdfs/cdm%20final%20English.pdf> (19. Juli 2011).
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. *Sondergutachten 2009*. Koordination und Integration - Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens (<http://www.svr-gesundheit.de/Gutachten/Gutacht09/Kurzfassung09.pdf>) (19. Juli 2011).
- Sass AC, Wurm S, Scheidt-Nave. Alter und Gesundheit. Eine Bestandsaufnahme aus Sicht der Gesundheitsberichterstattung. *Bundesgesundheitsblatt* 2010; 53: 303-416.
- Schäfer I, Hansen H, Schön G, Maier W, Höfels S, Altiner A, Fuchs A, Gerlach FM, Petersen JJ, Gensichen J, Schulz S, Riedel-Heller S, Lupp M, Weyerer S, Werle J, Bickel H, Barth K, König HH, Rudolph A, Wiese B, Prokein J, Bullinger M, von dem Knesebeck O, Eisele M, Kaduszkiewicz H, Wegscheider K, van den Bussche H. The German MultiCare-study: Patterns of multimorbidity in primary health care – protocol of a prospective cohort study. *BMC Health Services Research* 2009; 9: 145.
- Scheidt-Nave C, Richter S, Fuchs J, Kuhlmei A. Herausforderungen für die Gesundheitsforschung für eine alternde Gesellschaft am Beispiel „Multimorbidität“. *Bundesgesundheitsblatt* 2010; 53: 441-50.
- Starfield B, Shi L, Macinko J. Contributions of Primary Care to Health Systems and Health. *The Milbanks Quarterly* 2005; 83: 457-502.
- Starfield B, Shi L, Grover A, Macinko J. The Effects of Specialist Supply On Populations' Health: Assessing The Evidence. *Health Affairs* 2005; Suppl Web Exclusives: W5-97-W5-10.
- Starfield B. 2010. Primary Care/ Specialty Care in the Era of Multimorbidity. Vortrag WONCA Conference Cancun/ Mexico 2010. <http://www.globalfamilydoctor.com/PDFs/Barbara%20Starfield%20presentation%20Cancun%20WONCA%20May%202005-27-10.pdf?PageID=9025&ContentType=BarbaraStarfield> (19. Juli 2011).
- Starfield B. Challenges to primary care from co- and multi-morbidity. *Primary Health Care Research & Development* 2011; 12: 1-2.
- Taylor AW, Price K, Gill TK, Adams R, Pilkington R, Carrangis N, Shi Z, Wilson D. Multimorbidity – not just an older person's issue. Results from an Australian biomedical study. *BMC Public Health* 2010; 10: 718.
- Temkin-Greener H, Mukamel DB. Predicting place of death in the program of all-inclusive care for the elderly (PACE): Participant versus program characteristics. *Journal of the American Geriatric Society* 2002; 50: 125-35.

- Thorpe KE, Howard DH. The Rise In Spending Among Medicare Beneficiaries: The Role Of Chronic Disease Prevalence And Changes In Treatment Intensity. *Health Affairs* 2006; 25: w378–88.
- Valderas JM, Starfield B, Sibbald B, Salisbury C, Roland M. Defining Comorbidity: Implications for Understanding Health and Health Services. *Annals of Internal Medicine* 2009; 7: 357–62.
- Vogeli C, Shields AE, Lee TA, Gibson TTB, Marder WD, Weiss KB, Blumenthal D. Multiple Chronic Conditions: Prevalence, Health Consequences, and Implications for Quality, Care Management, and Costs. *J Gen Intern Med.* 2007 Dec; 22 Suppl 3: 391–5.
- Voges W, Groh-Samberg O. Der Einfluss von Einkommenslage und Lebenslage auf das Mortalitätsrisiko. *ZeS report* 2011; 16 (1): 1–7.
- Wagner EH, Austin BT, von Korf M. Organizing Care for Patients with Chronic Illness. *Milbank Quarterly* 1996; 74: 511–44.
- Wieland D, Lamb V, Wang H, Sutton S, Eleazer GP, Egbert J. Participants in the Program of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE) Demonstration: Developing Disease-Impairment-Disability Profiles- *The Gerontologist* 2000; 40: 218–27.
- Yach D, Hawkes C, Gould CL, Hofman KJ. The Global Burden of Chronic Diseases. Overcoming Impediments to Prevention and Control. *Journal of the American Medical Association* 2004; 291: 2616–22.

4 Brauchen alte Menschen eine andere Medizin?

Medizinische Einordnung spezieller Behandlungserfordernisse älterer Menschen

Norbert Lübke

4

Abstract

Alte Menschen zeichnen sich in besonderem Maße durch eingeschränkte Reservekapazitäten aus. Sie unterliegen daher in höherem Maß als jüngere Patienten dem Risiko, bereits im Rahmen geringfügig erscheinender zusätzlicher Gesundheitsprobleme dauerhafte Einbußen ihrer bisherigen Funktionsfähigkeit zu erleiden. Diese Risiken gilt es frühzeitig zu erkennen und durch ein individuell bedarfsgerechtes Behandlungsmanagement weitestmöglich in ihren potenziell negativen Auswirkungen zu begrenzen. Dies erfordert innerhalb der medizinischen Versorgung die Aufwertung generalistischer Qualifikationen, eine Fokussierung auf diejenigen Erkrankungen, deren Behandlung zum Erhalt von Autonomie und Lebensqualität beiträgt, sowie die verstärkte Berücksichtigung präventiver und rehabilitativer Behandlungsanteile. Darüber hinaus ist eine effizientere Einbettung der medizinischen Versorgung in ergänzende und kooperierende multiprofessionelle Versorgungsstrukturen und -angebote erforderlich, die für diese Zielerreichung ebenso unverzichtbar sind.

Typically, elderly people have only limited reserve capacities at their disposal. Therefore they are subject to a much higher risk of suffering a permanent loss of their previous functional independence than younger patients, even with seemingly minor additional health disorders. These risks must be detected early in order to limit their potentially negative effects as much as possible by managing the treatment in a way that covers the specific needs of the individual patient. This fact has consequences for the provision of medical care: Appropriate measures are the enhancement of generalistic qualifications, a focus on diseases whose treatment helps to maintain autonomy and quality of life and an increased consideration of prevention and rehabilitation. In addition, it is necessary to embed the provision of medical care more efficiently in complementary and cooperating multi-professional health care structures that are just as indispensable for reaching the given goal.

4.1 Einleitung

In den vorangehenden Beiträgen wurde dargelegt, dass die Rahmenbedingungen der gesundheitlichen Versorgung in Zukunft durch eine deutliche Zunahme alter und hochaltriger Patienten und damit auch eine Zunahme multimorbider und in ihren Aktivitäten und ihrer Teilhabe beeinträchtigter Menschen gekennzeichnet sind. Der vorliegende Beitrag wendet sich den Fragen zu, welche Versorgungsimplicationen dieser Wandel mit sich bringt.

4.2 Reduzierte Reserven und erhöhte Risiken als Ausgangspunkt besonderer Behandlungserfordernisse alter Menschen

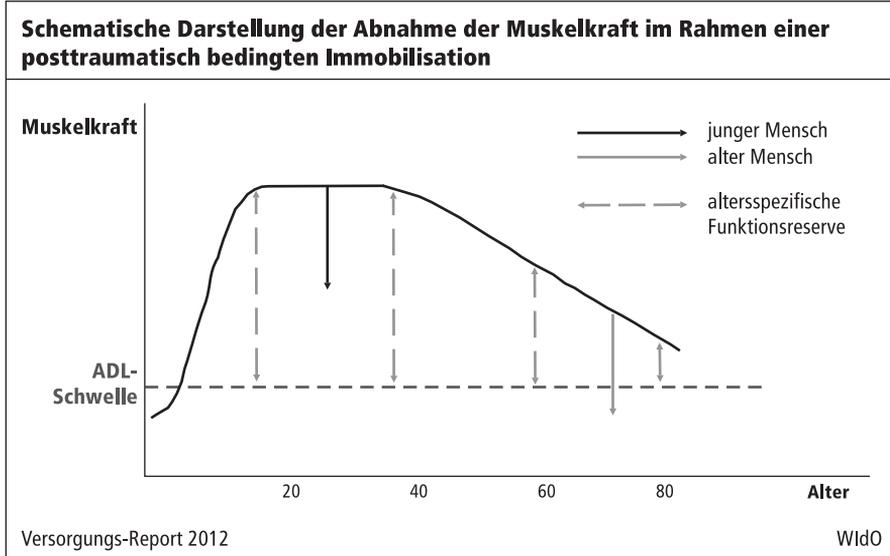
Nicht alle alten – auch hochaltrigen – Menschen sind krank und in ihrer Selbständigkeit beeinträchtigt. Wir kennen die fitten 85-Jährigen, die ihren jährlichen Urlaub fern der Heimat verbringen und ihren Haushalt besser in Schuss halten als mancher junge Mensch.

Und dennoch gibt es mit zunehmendem Alter charakteristische Veränderungen des Körpers und seiner Organsysteme, die mit einer absteigenden maximalen Leistungsfähigkeit einhergehen. In Physiologiebüchern sind dies die typischen Kurven, die für viele Leistungsparameter (bspw. Muskelkraft, Pumpleistung des Herzens, Atemkapazität, Nierenfunktion, Nervenleitgeschwindigkeit u. v. a.) ein potenzielles Leistungsmaximum irgendwo zwischen dem 15. und 30. Lebensjahr aufweisen und danach abfallen – bei der einen Funktion etwas langsamer, bei der anderen etwas schneller, beim einen Individuum etwas langsamer als bei einem anderen. In begrenztem Umfang mögen einzelne Kurven auch durch Prävention (z. B. Training) im Sinne eines langsameren Abfalls beeinflussbar sein, prinzipiell sind sie jedoch „altersphysiologisch“ und nach dem bisherigen Stand der Wissenschaft unvermeidlich. Die positive Botschaft ist: Angesichts relativ hoher Reserven in den meisten dieser Organfunktionen ist es uns prinzipiell auch auf dem „absteigenden Ast“ dieser Kurven im hohen Alter oft noch lange möglich, ohne erkennbare äußere Beeinträchtigungen den alltäglichen Anforderungen des Lebens gewachsen zu sein.

Die Relevanz dieser im Alter abnehmenden Reservekapazitäten erweist sich oft erst im Kontext zusätzlicher Gesundheitsprobleme wie bspw. akuter Krankheitsereignisse. Abbildung 4–1 verdeutlicht dies schematisch am Beispiel der Abnahme der Muskelkraft im Rahmen einer posttraumatisch bedingten Immobilisation.

Auch ein jüngerer Patient büßt hierdurch Muskelkraft ein und wird sich im Rahmen seiner Remobilisation zunächst unsicherer und langsamer fortbewegen, durch die ihm verbliebenen Reserven bei ansonsten unterstelltem günstigen Verlauf aber bald wieder seine vorherige Muskelkraft und uneingeschränkte Selbständigkeit erreichen. Ein älterer Patient wird sich unter gleichen Bedingungen (ein im Alter oft protrahierter Heilungsverlauf ist also noch nicht berücksichtigt) nach Abschluss der Immobilisationsphase mit seiner Muskelkraft auf einem Niveau wiederfinden, das ihm – hier schematisch unterhalb der für die Activities of Daily Living (ADL) erforderlichen Mindestschwelle liegend – keine eigenständige Remobilisation mehr er-

Abbildung 4-1



möglichst. Er wird intensiver zusätzlicher Behandlungsinterventionen bedürfen, soll er seine Selbständigkeit nicht dauerhaft einbüßen. Berücksichtigt man, dass hier nur der Aspekt der Muskelkraft herausgegriffen ist, in der Praxis durch ein solches Akutereignis im Rahmen der Remobilisation aber bspw. auch die Anforderungen an die kardialen Reserven oder durch die Schmerzmedikation an die Nierenfunktion über das „normale“ Maß hinaus steigen, wird die grundsätzliche Problematik generell eingeschränkter Reservekapazitäten im Alter deutlich. Das Beispiel zeigt zugleich, dass ein derart potenziell gefährdeter Patient durchaus in seinem bisherigen Lebensalltag noch komplett selbständig sein kann, weswegen die Geriatrie in diesem Kontext auch von Vulnerabilität spricht (BAG d. Klinisch-Geriatriischen Einrichtungen 2007).

Ein weiterer, die vorhandenen Reserven im Alter ggf. zusätzlich einschränkender Faktor ist eine mit kumulierenden chronischen Krankheiten (Multimorbidität) oft früher oder später einhergehende Behinderung.¹ So schränken bspw. kognitive Beeinträchtigungen einer beginnenden Demenz ebenso wie Kniebeschwerden bei bekannten Gonarthrosen naheliegenderweise die Reserven für den Wiedergewinn der Gehfähigkeit nach einem Schlaganfall ein.

Folge ggf. vorbestehender Beeinträchtigungen und verminderter Reserven sind erhöhte Risiken. Bereits banale Alltagsaktivitäten wie das Putzen eines Hängeschrankes oder der Spurt zum Erreichen eines Busses gehen mit einem erhöhten

¹ Da für diesen Beitrag das Konzept der ICF von entscheidender Bedeutung ist, wird in diesem Beitrag weitgehend auf deren im üblichen Sprachgebrauch noch gewöhnungsbedürftige Terminologie bspw. der *Funktionsfähigkeit* resp. *Behinderung*, der *Schädigung von Körperstrukturen und -funktionen*, der *Beeinträchtigung von Aktivitäten und Teilhabe* sowie *umwelt- und personbezogener Kontextfaktoren* zurückgegriffen (DIMDI 2005).

Unfallrisiko einher. Vor allem können unter diesen Umständen aber bereits relativ geringgradig erscheinende zusätzliche Krankheitsereignisse wie bspw. ein fieberhafter Harnwegsinfekt, eine im Alter oft nur subklinisch verlaufende Lungenentzündung oder eine einfache Fraktur zu teilweise bedrohlichen Komplikationen oder scheinbar völlig überraschenden, anhaltenden Einbrüchen der bisherigen Selbständigkeit bis hin zur Notwendigkeit von dauerhaftem Unterstützungsbedarf oder gar einer Heimaufnahme führen. Nicht zuletzt machen eingeschränkte Reserven den alten Menschen auch anfälliger gegenüber den Einflüssen von Kontextfaktoren bspw. dem Verlust eines emotional oder lebenspraktisch stützenden Ehepartners oder Defiziten einer Verkehrsinfrastruktur, die irgendwann bspw. durch alternative Nutzung eines Fahrrads nicht mehr kompensiert werden können. Das Konzept der *Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit* (ICF) (DIMDI 2005) als ein umfassendes interaktives Modell der vielfältigen Komponenten und Wechselwirkungen von funktionaler Gesundheit gewinnt vor diesem Hintergrund im Alter oftmals eine noch herausragendere Bedeutung – sowohl für das Verständnis von Funktionsfähigkeit und Behinderung als auch für hieraus erwachsende Versorgungsansätze.

Zusammengefasst ist die Situation alter und hochaltriger Menschen – in fließender gradueller Abstufung oft auch als geriatrisch bezeichnet – durch ein erhöhtes Risiko charakterisiert,

- aufgrund eingeschränkter Reservekapazitäten bedingt durch
- altersphysiologische Veränderungen und ggf.
- schon manifeste Schädigungen von Körperstrukturen und -funktionen bereits durch

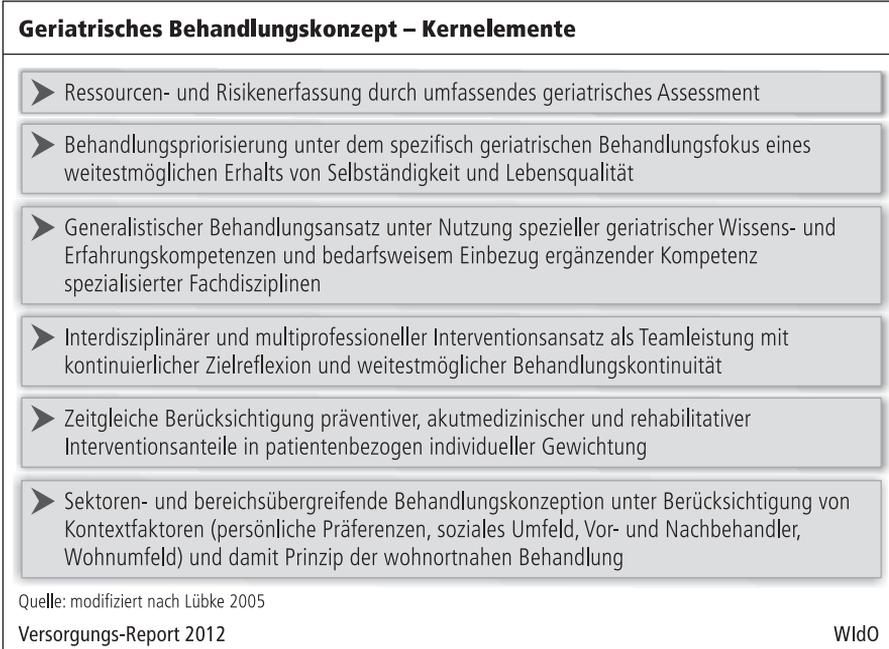
- relativ geringfügige zusätzliche Gesundheitsprobleme oder
- Einflüsse von umwelt- / personbezogenen Kontextfaktoren dauerhaft wesentliche Beeinträchtigungen ihrer bisherigen Aktivitäten oder Teilhabe (ggf. bis hin zur Pflegebedürftigkeit) zu erleiden bzw. diese zu vergrößern.

Wissenschaftlich wird diese Konzeption im so genannten *Frailty-Ansatz* bearbeitet, der messbare Kriterien des Syndroms der (Alters-)Gebrechlichkeit im Sinne verminderter Belastbarkeit gegenüber externen Stressoren zu entwickeln sucht (Bauer und Sieber 2007; Sieber 2007); sozialmedizinisch ist sie u. a. als erhöhtes Risiko für Krankheitskomplikationen und Pflegebedürftigkeit gefasst (MDS 2005); in der ICF-Konzeption wäre diese Konstellation als ein personbezogener (eine potenzielle Barriere darstellender) Kontextfaktor einzuordnen, der zusätzliche Behandlungsbedarfe begründet (Lübke 2009).

4.3 Das geriatrische Behandlungskonzept als Antwort auf diese besonderen Risiken

Unter den medizinischen Fachdisziplinen ist die Geriatrie in besonderem Maße auf die Versorgung alter und hochaltriger Menschen ausgerichtet. Ihr Behandlungskonzept erhebt den Anspruch, den speziellen Behandlungserfordernissen dieser Patientengruppe Rechnung zu tragen und damit deren besondere Risiken in

Abbildung 4–2



ihren potenziell negativen Auswirkungen weitestmöglich zu begrenzen. Abbildung 4–2 fasst wesentliche Kernelemente des geriatrischen Behandlungskonzepts zusammen.

In Abgrenzung zu den klassischen, ihre Behandlungszuständigkeit primär aus fachspezifischen Diagnosen ableitenden medizinischen Disziplinen kommt in der Geriatrie – ähnlich wie in der Allgemeinmedizin – ein generalistisch-fachübergreifender Behandlungsansatz zum Tragen. Dieser reicht

- von der breiteren Erhebung potenzieller gesundheitlicher Probleme und Ressourcen im initialen Assessment
- über eine bereits bei der Kuration einsetzende Priorisierung auf Erkrankungen, deren Behandlung zum Erhalt der Autonomie beiträgt,
- eine von Anfang an in stärkerem Umfang und multiprofessionell erbrachte präventive und rehabilitative Orientierung bis hin zu einer
- Behandlung, die durchgängig die sektorenübergreifende Vor- und Nachgeschichte der Versorgung ihrer Patienten berücksichtigt.

Damit trägt dieser generalistische Ansatz zugleich der oft ausgeprägten und fachgebietsübergreifenden Multimorbidität alter und hochaltriger Menschen Rechnung.

Faktisch hat sich die Geriatrie bisher als eigenständige medizinische Fachdisziplin allerdings nur marginal im deutschen Gesundheitssystem etabliert. Gemäß amtlicher Statistik wurden 2009 bei einem Anteil von 2,3% geriatrischer Betten an allen Krankenhausbetten 1,3% aller stationären Krankenhausfälle geriatriespezifisch behandelt. Bei einem Anteil von 4,2% geriatrischer Betten an allen Rehabilitationsbetten wurden 5,1% aller Rehabilitanden geriatrisch rehabilitiert (Statis-

tisches Bundesamt 2011a und 2011b). 2010 gab es an den insgesamt 36 medizinischen Fakultäten in Deutschland sieben geriatrische Lehrstühle (BV Geriatrie 2010).

Vieles spricht dafür, dass sich hieran trotz der steigenden Anteile alter und hochaltriger Menschen auf absehbare Zeit nichts Grundsätzliches ändern wird. Die Spezialisierung innerhalb der Medizin ist weit vorangeschritten, die Skepsis innerhalb der Ärzteschaft gegen eine konkurrierende *Supraspezialität Geriatrie*² entsprechend groß. Die personellen Ressourcen an weitergebildeten Geriatern sind knapp (Lübke et al. 2008). Nicht zuletzt haftet der Altersmedizin immer noch ein Imageproblem an: Alt werden will jeder, alt sein niemand. Die Perspektive der Weiterentwicklung geriatrischer Versorgungsstrukturen ist daher auch nicht, dass jeder geriatrische Patient ein geriatrisches Bett braucht, sondern rückt die Frage in den Vordergrund, welchen Umfang zusätzliche Behandlungserfordernisse haben und auf welche Weise bzw. in welchen Kooperationen zwischen den verschiedenen Fachdisziplinen diesen Erfordernissen angemessen Rechnung getragen werden kann (Lübke 2011). Es wird hierbei also um ein generelles Umdenken in der Versorgung alter und hochaltriger Patienten gehen, das sowohl die Aufgaben der Geriatrie mit ihren spezifischen Kompetenzen als auch der etablierten medizinischen Fachdisziplinen einbezieht. Unter diesem Blickwinkel sind im Folgenden einige Aspekte des geriatrischen Behandlungskonzeptes in ihren generellen Implikationen für eine angemessene Versorgung älterer Menschen näher zu diskutieren.

4.4 Implikationen für die Versorgung alter Menschen in unserem Gesundheitssystem

4.4.1 Soziale und gerechtigkeitsrelevante Implikationen

Während sich eine in die Zukunft gerichtete ethische Forschung bereits mit Fragen des gerechten Zugangs zu altersmedizinischen Innovationen im Sinne medizinischer Eingriffe in biologische Alterungsprozesse befasst (Ehni et al. 2011), ist die aktuelle Diskussion im Gesundheitswesen vor dem Hintergrund knapper Ressourcen durch Begriffe wie *Behandlungspriorisierung* (Bundesärztekammer 2007) oder *Rationierung – Allokation – Triage* (Schwerpunktthema der Z Evid. Fortbild. Qual. Gesundh.wesen 2010: 5) geprägt, die u. a. auch auf das Alter als Entscheidungskriterium fokussieren (Esslinger et al. 2007).

Diese Diskussionen mögen perspektivisch für den Erhalt eines solidarisch finanzierten Gesundheitssystems relevant werden. Im Blick auf die Versorgung älterer, vielfach multimorbider Patienten weist das dargestellte geriatrische Behandlungskonzept allerdings vorrangig auf eine andere Art notwendiger Behand-

² Der Begriff *Supraspezialität* für die Geriatrie wurde von dem Internisten Hazzard eingeführt, der damit zum Ausdruck bringen wollte, dass es sich aus internistischer Sicht nicht um eine Teilspezialität eines Fachgebietes, sondern um eine Spezialität handelt, die Zusatzfaktoren aus verschiedenen Fachbereichen in die Innere Medizin integriert (Hazzard 2000).

lungspriorisierung hin. Zum einen haben nicht alle Diagnosen, die sich bei hinreichender Untersuchung alter und hochaltriger Menschen finden lassen, für diese tatsächlich Krankheitswert im Sinne der Beeinträchtigung ihrer Lebensqualität. Zum anderen grenzen die eingeschränkten Reservekapazitäten älterer Menschen deren objektive Belastbarkeit für kumulative Behandlungsansätze ein. Sehr eindrucksvoll hat Boyd die Grenzen einer noch so leitlinien- und evidenzbasierten unpriorisierten Therapie der multiplen Erkrankungen älterer Menschen durch verschiedene Fachspezialisten aufgezeigt. Im günstigsten Fall erweist sich dieses Vorgehen „nur“ als teuer, oft genug stellt es durch unerwünschte Neben- und Wechselwirkungen eine eher riskante als nützliche, teilweise die Patienten explizit schädigende Versorgung dar (Boyd et al. 2005). Der alte Mensch verträgt nicht alles, braucht aber auch nicht alles, was medizinisch möglich ist.

Hier setzt der *geriatrische Behandlungsfokus* ein, der sich nicht primär orientiert

- an den einzelnen Diagnosen der Patienten und
 - deren möglichst optimaler (durchaus EBM-/leitlinienorientierter) Behandlung, sondern an der Frage,
 - die Behandlung welcher Erkrankungen, Schädigungen und Beeinträchtigungen
 - in welchem Umfang und mit welchen Mitteln (kurativ, rehabilitativ) weitestmöglich zum/zur
 - Erhalt von Selbständigkeit und Autonomie
 - Verminderung von Pflegeabhängigkeit und somit
 - Lebensqualität
- beiträgt.

Diese Art der Behandlungsfokussierung stellt keine Rationierung dar, d.h. es geht nicht um eine Einschränkung von Leistungen, die im Sinne der angestrebten Ziele wirksam wären. Sie nimmt vielmehr ernst, dass der alte Grundsatz von Paracelsus „Allein die Dosis macht, dass ein Ding kein Gift ist“ nicht nur den Einsatz eines einzelnen Arzneimittels betrifft, sondern auch das Gesamtbehandlungskonzept – und dies umso mehr bei alten und hochbetagten Menschen mit eingeschränkten Stoffwechselreserven und multiplen Erkrankungen. Diese Art des Behandlungsfokus stellt daher eine höchst rationale und viel Erfahrung erfordernde Abwägung dessen dar, was der alte Mensch an Therapie verträgt, und priorisiert diese danach, was an therapeutisch Möglichem am meisten zum Erhalt von Aktivitäten und Teilhabe und damit letztlich Selbständigkeit und Lebensqualität beiträgt. Die ist der zentrale Zielparame- ter medizinischer Versorgung im Alter.

4.4.2 Aufgabenverteilung zwischen Generalisten und Spezialisten

Dieser Behandlungsansatz bedeutet keineswegs, dass älteren Menschen generell spezialisierte, auch hochentwickelte medizinisch-technische Leistungserbringung vorenthalten wird. Auch ein hochaltriger Patient, der auf dem Boden einer umschriebenen Verengung eines Herzkranzgefäßes bei geringster Belastung unter Enggefühl und Brustschmerz leidet, wird in der Regel von einem Stent hinsichtlich seiner Funktionsfähigkeit und Lebensqualität entscheidend profitieren und sollte einer entsprechenden spezialisierten Behandlung zugeführt werden.

Dennoch ist eine angemessene Behandlungspriorisierung im oben dargestellten Sinne nur unter einer generalistischen Perspektive auf den Patienten in seiner Ge-

samtheit und auf Basis entsprechender generalistischer Erfahrung qualifiziert möglich.

Hierin unterscheidet sich die *Geriatrisierung der Fachdisziplinen* von *spezifisch geriatrischer Versorgungskompetenz*. Die Geriatrisierung der etablierten Fachdisziplinen ist wichtig und findet in zunehmendem Umfang bereits statt. Sie fokussiert allerdings immer noch auf die besonderen Probleme alter Menschen im jeweiligen Fachgebiet. Je mehr Erkrankungen aus verschiedenen Fachgebieten und je mehr so genannte geriatrische Syndrome (Sturzneigung, Schwindel, kognitive Beeinträchtigungen, Inkontinenz etc.) und bereits manifeste Behinderungen ein älterer Mensch aufweist, desto dringlicher ist jedoch eine umfassende geriatrisch-generalistische Perspektive und eine entsprechende Behandlungspriorisierung erforderlich, um hierdurch bestehenden Risiken zu begegnen und dem Patienten eine weitestmögliche Selbständigkeit zu erhalten.

Im Kern geht es also um eine ausgewogene Ergänzung generalistischer und spezialisierter Versorgungskompetenzen. Während es im ambulanten Versorgungsbereich hierfür mit den hausärztlich und fachärztlich tätigen Vertragsärzten zumindest prinzipiell eigenständige Strukturen gibt, sind generalistische Kompetenzen im stationären Versorgungsbereich im Zuge zunehmender Spezialisierung immer mehr verschwunden. Dies gilt selbst für die Innere Medizin, die dies aufgrund ihrer fachlichen Breite lange Zeit mit als ihre Aufgabe verstanden hatte und insofern nicht zufällig die Disziplin darstellt, aus der sich die bis heute überwiegend stationär geprägte geriatrische Versorgung vornehmlich entwickelt hat.

Wenngleich es grundsätzlich auch im Interesse älterer Menschen liegt, dass ein möglichst großer Teil ihrer medizinischen Versorgung im ambulanten Bereich erbracht wird, bleiben diesem Versorgungsziel besonders bei multimorbiden und in ihren Aktivitäten bereits beeinträchtigten älteren Menschen Grenzen gesetzt. Für diese wachsende Patientengruppe werden auch im stationären Versorgungsbereich generalistische Qualifikationen unter Einbezug geriatrischer Wissens-, Erfahrungs- und Behandlungskompetenz benötigt. Den spezialisierten Fachdisziplinen kommt hierbei eher die Aufgabe einer bedarfsweise ergänzenden, externen Leistungserbringung bei Wahrung der Gesamtbehandlungskontinuität durch einen Generalisten zu.

Der Erwerb generalistischer Kompetenzen und Erfahrungen stellt allerdings in einem hochentwickelten medizinischen Versorgungssystem eine Anforderung dar, die derjenigen an die beschriebene spezialisierte Leistungserbringung keineswegs nachsteht. Nichtsdestoweniger stehen Generalisten bei uns bisweilen eher im Verdacht, es „nicht zum Spezialisten geschafft“ zu haben, eine Geringschätzung, die nicht zuletzt dadurch gefördert wird, dass Spezialisten in der Regel mit jedem weiteren Spezialisierungsschritt ein zusätzliches Weiterbildungszertifikat nachweisen können, während die Möglichkeiten für Generalisten, ihre besondere Expertise nachzuweisen, sehr begrenzt bleiben. Es bedarf daher einer allgemeinen Aufwertung dieser im Zuge jahrelang fortschreitender Spezialisierung und Subspezialisierung vernachlässigten generalistischen Qualifikation in der medizinischen Versorgung, in der Aus-, Weiter- und Fortbildung, in Wissenschaft und Forschung (einschließlich Versorgungsforschung), in der gesellschaftlichen Anerkennung und letztlich auch der monetären Wertschätzung. Entscheidend sind hierfür allerdings auch entsprechende Anforderungen an die generalistische Qualifikation.

Generalistische Versorgung – sei sie hausärztlich im ambulanten Bereich erbracht oder eher geriatrisch ausgerichtet in der stationären Versorgung – darf, will sie Akzeptanz finden, keine Medizin zweiter oder dritter Klasse sein. Sie muss in der Basisversorgung erstklassig sein und wissen, wo der Patient von welchen besonderen Qualifikationen der Spezialisten profitieren kann.

Bei guter Qualität der generalistischen Leistungserbringung trägt dieser Teil des Versorgungssystems wesentlich dazu bei, eine bessere und ökonomischere Versorgung der Patienten zu gewährleisten als wenn diese ausschließlich durch Spezialisten erbracht würde.

4.4.3 Zusammenwirken präventiver, kurativer und rehabilitativer Behandlungsanteile

Mit dem Behandlungsfokus auf weitestmöglichem Erhalt von Autonomie und eine hieran orientierte Behandlungspriorisierung trägt das geriatrische Behandlungskonzept die Teilhabeorientierung der ICF faktisch bereits in die kurative Akutmedizin hinein. Entsprechend dieser Orientierung kommen bei älteren Menschen daher präventiven und rehabilitativen Behandlungsanteilen bereits während und parallel zur kurativen Behandlung wesentliche Bedeutung zu.

So stellt schon ein geriatrisches Screening resp. ein umfassendes Assessment zu Ressourcen und Beeinträchtigungen eine präventive Maßnahme im Sinne einer strukturierten Risikoabschätzung als Grundlage eines entsprechenden Risk Managements (z. B. Maßnahmen zur Vermeidung von Stürzen, Dekubitalgeschwüren, Delirien etc.) dar und trägt damit zur Erhöhung der Patientensicherheit bei.

Rehabilitative Behandlungsanteile können von Maßnahmen der klassischen Frühmobilisation über intensivere Frührehabilitation bis hin zur die Akutbehandlung noch überschreitenden, weiterführenden ambulanten Heilmittelerbringung oder medizinischen Rehabilitation im engeren Sinne des § 40 SGB V reichen.

Entscheidend ist der frühzeitige Einsatz dieser ergänzenden Behandlungsanteile. Erklärt sich dies bei präventiven Maßnahmen von selbst, resultiert die Notwendigkeit frühzeitiger, begleitender rehabilitativer Maßnahmen bei älteren Menschen wiederum aus deren Risiko, aufgrund eingeschränkter Reserven häufiger als jüngere Patienten dauerhafte Beeinträchtigungen im Rahmen akuter Krankheitsereignisse zu entwickeln. Daneben kann es bei sequentieller Behandlung während der im Alter oft länger dauernden Akutbehandlung zu vermeidbaren zusätzlichen Schädigungen und Beeinträchtigungen unabhängig von der Aufnahmeerkrankung kommen, die später oft nur noch mit erheblichen Aufwänden – wenn überhaupt – zu rehabilitieren sind. Gerade für diese Risikopatientengruppe gilt daher die Kritik an der vielfach noch immer sequentiell ausgerichteten Versorgungsstruktur, die bereits im Krankenhaus-Report 1999 treffend in Frage gestellt wurde (Schwartz und Helou 2000) und sich wie ein roter Faden durch die neueren Gutachten des Sachverständigenrats zieht. Angesichts eines nicht nur in der Versorgungspraxis, sondern auch in den politischen Zuständigkeiten und der Administration der Selbstverwaltungsorgane sektoral durchstrukturierten Gesundheitssystems wird die Frage einer besseren sektoralen Vernetzung der bestehenden Versorgungsangebote allerdings einer deutlich stärkeren und institutionell verankerten Aufwertung bedürfen.

4.4.4 Teamansatz und Koordination

Das geriatrische Behandlungskonzept ist stets interdisziplinär und multiprofessionell ausgerichtet. Dies trägt den in der Regel deutlich breiteren Behandlungserfordernissen älterer Menschen Rechnung, die nicht durch nur eine Disziplin oder Profession abzudecken sind.

Zum einen bedarf es vielfach eines mehrdimensionalen medizinischen Behandlungsansatzes. Dieser umfasst die genannten kurativen, präventiven und rehabilitativen sowie oft in hohem Maße pflegerische Anteile. Bereits diese erfordern ein gut auf die gemeinsamen Behandlungsziele abgestimmtes und idealerweise hierin erfahrenes, kontinuierlich zusammenarbeitendes Behandlungsteam. In der engeren ärztlich-medizinischen Versorgung sind gegebenenfalls mehrere medizinische Fachdisziplinen mit ihren Spezialkompetenzen einzubinden. Da nicht alle Beeinträchtigungen von Aktivitäten und Teilhabe durch Gesundheitsprobleme im eigentlichen Sinn medizinisch zu behandeln sind, sondern mit dem Alter aufgrund eingeschränkter Reserven den Kontextfaktoren im Sinne der ICF eine immer größere Bedeutung zukommt (auf der personbezogenen Ebene bspw. Problemen der Krankheitsverarbeitung, des Lebensmutes, den persönlichen Behandlungszielen, auf der umweltbezogenen Ebene bspw. Fragen der sozialen Einbindung, der Unterstützungskapazitäten im persönlichen Umfeld, der Wohnverhältnisse, sozialleistungsggf. betreuungsrechtlichen Fragen, versorgungstechnischen Fragen u. v. m.), ist darüber hinaus vielfach noch ein erweitertes Team erforderlich, das psychologische oder seelsorgerische Aufgaben, Ernährungsberatung, soziale Beratung und Entlassungs- (besser Weiterversorgungs-)Management und ähnliche Aufgaben wahrnimmt. Es zeigt sich in der Versorgung älterer Menschen, dass nicht alle Patienten all diese Ressourcen benötigen, das gesamte Behandlungsergebnis aber rasch in Frage gestellt werden kann, wenn einzelne Bedarfe übersehen oder vernachlässigt werden.

Hierbei stellt sich stets die Frage der Koordination: In der stationären geriatrischen Versorgung erfolgt diese (bisher) komplett unter Leitung des Geriaters. In der übrigen Versorgungspraxis (stationär wie ambulant) liegt eine Trennung der Koordinationsfunktionen näher: Die medizinische Koordination komplexer Behandlungskonstellationen sollte ambulant idealtypisch der Hausarzt als guter Generalist übernehmen. Im Krankenhausbereich treten hierbei oft Schwierigkeiten auf. Vielfach wird der Patient von einer Abteilung auf die nächste verlegt, wobei auch jede weitere Behandlungsverantwortlichkeit abgegeben wird. Die außerhalb der engeren medizinischen Versorgung im weiten Bereich der „kontextlichen“ Versorgung erforderliche Koordination wäre als separate Aufgabe denkbar, sofern eine kontinuierliche Abstimmung mit der medizinischen Behandlungsplanung gewährleistet bleibt.

Schließlich liegt noch eine wesentliche Koordinationsbaustelle an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung: Gerade für den geriatrischen Patienten ist eine nachhaltige effiziente Versorgung nur bei einer sektoren- und bereichsübergreifenden Behandlungskonzeption möglich, da er bei einer notwendigen stationären Aufnahme im Gegensatz zu jüngeren Patienten in der Regel bereits eine mehr oder minder umfangreiche Versorgungsvorgeschichte (vorbestehende Krankheiten und Beeinträchtigungen, bereits erfolgte kurative und rehabili-

tative Behandlungsansätze, Erfahrungen mit familiärer oder professioneller Pflege etc.) mitbringt und ebenso im Anschluss zumeist auf weitere ambulante Betreuung (ärztlich, pflegerisch, sozial) angewiesen ist. Es ist daher wichtig, diese Vorerfahrungen bereits in der Behandlungskonzeption zu berücksichtigen und die Ziele der Behandlung auch mit denen abzustimmen, die diese in der Nachversorgung weiter tragen und umsetzen sollen.

4.5 Seniorengerechte gesundheitliche Versorgung der Zukunft

4.5.1 Koordinierte Versorgung im Verbund

Eines wird deutlich: Allein die Frage nach dem seniorengerechten Krankenhaus der Zukunft greift zu kurz. Die sinnvolle Koordination gesundheitsbezogener Versorgungsleistungen wird die Herausforderung der Zukunft sein. Sie muss auf der medizinischen Ebene, auf der mit zunehmendem Alter immer wichtigeren Ebene der kontextlichen Versorgung und auf diesen beiden Versorgungsebenen untereinander stattfinden.

Auch wenn eine enge Abstimmung zwischen medizinischer und kontextlicher Versorgungsebene sehr wichtig ist, spricht vieles dafür, auch klar zwischen diesen Aufgabengebieten zu trennen und zu fragen, was innerhalb der Gesundheitsversorgung von welchen Professionen am qualifiziertesten und effizientesten geleistet werden kann. Betrachtet man bspw. die Inanspruchnahme von Vertragsärzten in Deutschland im internationalen Vergleich, gibt es Grund zur Annahme, dass dort u. a. manches an kontextlichen Versorgungsleistungen erbracht werden muss, was effizienter durch Einsatz anderer Ressourcen geleistet werden könnte. Hierfür können verschiedene Professionen (Pflegekräfte, Sozialarbeiter, medizinische Fachangestellte) diskutiert und verschiedene bestehende Ansätze (im Krankenhaus bspw. das Entlassungsmanagement), Modellprojekte („AGnES und Co“; Hoffmann et al. 2011) und regionale Strukturen (Servicestellen, Pflegestützpunkte) perspektivisch ausgebaut werden (Gerlach et al. 2011). Im Rahmen regionaler Versorgungsverbünde wäre bspw. auch zu überlegen, inwieweit solche kontextlichen gesundheitlichen Versorgungsleistungen gemeinsam für die ambulante und stationäre Versorgung organisiert werden könnten. Hierzu wird in den Aufbau entsprechender Verbund- und Koordinationsstrukturen allerdings noch erheblich konzeptionell und in gewissem Rahmen auch finanziell zu investieren sein. Hierbei sollte die Chance genutzt werden, auf die bereits bestehenden regionalen Strukturen aufzubauen, deren Anbieter einzubeziehen und damit in einen konstruktiven Wettbewerb um die besten Versorgungskonzepte zwischen den Regionen einzutreten.

4.5.2 Ambulante Versorgung

Während sich spezifisch geriatrische Versorgungsangebote bisher nahezu ausschließlich im stationären Versorgungsbereich von Krankenhaus und Rehabilitation entwickelt haben, wird der weitaus größte Teil der gesundheitlichen Versorgung

älterer Menschen im ambulanten Bereich geleistet. Dort muss daher der Schwerpunkt einer den besonderen Behandlungserfordernissen älterer Menschen entsprechenden Versorgung liegen.

Dies reicht von einer stärkeren Implementierung präventiver Ansätze (Sturzprophylaxe, Vermeidung von Ernährungsdefiziten, Impfungen, Erhalt sozialer Einbindung etc.) und einer konsequenteren Ausschöpfung rehabilitativer Potenziale (adäquate Heilmittelverordnung, Ausbau ambulanter und mobiler Rehabilitationsangebote) über ein effizienteres Versorgungsmanagement zwischen Haus- und Fachärzten, Unterstützungs- und Entlastungsangebote in der Pflege alter Menschen (hier im Hinblick auf den zunehmenden Anteil an Demenz erkrankter alter Menschen u. a. mit einem besonderen Fokus auf dem Erhalt der Ressourcen pflegender Angehöriger) bis hin zu strukturellen Rahmenbedingungen für die Möglichkeit, im eigenen Lebensumfeld würdig zu sterben (ohne und mit spezieller palliativmedizinischer Unterstützung).

Präventive Leistungsangebote scheinen initiiert über den Hausarzt eine stärkere Akzeptanz zu finden als anderweitige Zugangsofferten (Dapp et al. 2007), was nicht bedeutet, dass der Hausarzt die präventive Beratungsleistung auch selbst erbringen müsste. Ein regelhaftes geriatrisches Screening ab einem bestimmten Alter, bspw. als „Gesundheitscheck 70+“, könnte ihn in der systematischen Früherkennung von Beratungs-, Hilfs- oder Rehabilitationsbedarf unterstützen (Stuck et al. 1993; Dapp et al. 2011). Das skizzierte hausärztliche Aufgabenspektrum setzt eine qualifizierte, generalistisch ausgerichtete Weiterbildung unter Einschluss geriatrischer Basiskompetenzen (bspw. Management der wesentlichen geriatrischen Syndrome, Besonderheiten der Pharmakotherapie im Alter, rehabilitative Grundkenntnisse etc.) voraus. Nur so ist gewährleistet, dass der Hausarzt aus den Erkenntnissen entsprechender Vorsorgechecks auch die adäquaten Konsequenzen ableiten und seine medizinische Koordinationsfunktion gegenüber seinen fachärztlichen Kollegen qualifiziert wahrnehmen kann.

Typische geriatrische Versorgungsherausforderungen kumulieren naturgemäß in Pflegeheimen (z. B. Stürze, Inkontinenz, Depressionen und andere gerontopsychiatrische Verhaltensauffälligkeiten, kognitive Defizite, Dekubitalgeschwüre, Flüssigkeitsdefizite etc.). Die Versorgung von Heimbewohnern könnte daher – wie bei anderen Formen vertragsärztlicher Leistungserbringung – an den Nachweis spezifischer, hier geriatrischer Kompetenzen gebunden werden. Unter Wahrung entsprechender Übergangsfristen und in Verbindung mit einer angepassten Vergütung könnte dies mittelfristig zu einer qualifizierten Fokussierung der medizinischen Versorgung in Heimen auf hierfür geriatrisch besonders qualifizierte Ärzte beitragen und das Problem der fachärztlichen Unterversorgung in Heimen bereits deutlich entschärfen (van den Bussche et al. 2009). Oft könnten mit etwas mehr „Medizin im Pflegeheim“ (mobiles Sonografiegerät, kurzzeitige Infusionstherapien, begrenzte parenterale Antibiotikagabe) auch unnötige Krankenhauseinweisungen vermieden oder in anderen Fällen das Sterben unter der gewohnten Betreuung im Heim ermöglicht werden. Nicht zuletzt könnte das Pflegeheim perspektivisch aber auch in der Rehabilitation geringer belastbarer Patienten mit längerem Rehabilitationsbedarf eine größere Rolle spielen wie bspw. in den Niederlanden, wo 36% der Patienten nach zwei bei drei Monaten rehabilitativ ausgerichteter Betreuung wieder in ihre Häuslichkeit entlassen werden (Hoek et al. 2003).

4.5.3 Krankenhaus

Es ist eine alte Erkenntnis, dass Krankenhäuser für ältere Menschen Orte kumulierender Risiken darstellen (Wilson et al. 1995). Der Aufenthalt dort sollte möglichst vermieden, ansonsten so kurz wie möglich und in so weitgehender Koordination mit den an der Vor- und Nachbehandlung Beteiligten wie möglich erfolgen.

Entscheidend ist es, besondere Risiken und zusätzliche Behandlungserfordernisse älterer Patienten im Idealfall schon im Rahmen ihrer Aufnahme zu erkennen. Diesem Ziel könnte ein routinemäßiges Aufnahmescreening bspw. bei Patienten ab 70 Jahren dienen, das bei Auffälligkeiten durch ein umfassenderes Assessment mit einer geriatrisch qualifizierten und erfahrenen Bewertung ergänzt wird. Auch hierfür gibt es Beispiele aus anderen Ländern (Vandewoude et al. 2008; Centre for Applied Gerontology et al. 2004). Hieraus ergibt sich eine Einschätzung, in welchem Umfang einzelne Patienten Behandlungserfordernisse haben, die die routinemäßige Versorgung übersteigen, und in welchem Umfang diese durch zusätzliche spezifisch geriatrische Kompetenzen abzudecken sind. Hier kann das Spektrum reichen von

- einer initialen Risikoeinschätzung
- über einzelne Maßnahmen eines speziellen Risk Managements (bspw. gezielte Maßnahmen zur Prophylaxe von Delirien),
- die Beteiligung an einer fachübergreifenden Behandlungspriorisierung und Behandlungsplanung,
- die Erbringung erforderlicher frührehabitativer Zusatzleistungen,
- die begleitende Unterstützung in der Behandlung spezieller Probleme, mit denen die Geriatrie besondere Erfahrung hat (bspw. die Versorgung demenziell erkrankter Menschen, von Patienten mit Schluckstörungen und anderen Ernährungsproblemen, mit Wundproblemen, Intermediate Care, palliativmedizinische Betreuung etc.)
- bis zur Übernahme der kontinuierlichen medizinischen Behandlungsleitung und Patientenbegleitung auf geriatrischen Fachabteilungen.

Hierbei bedarf es nicht für jeden geriatrischen Patienten eines geriatrischen Bettes. Es geht vielmehr um die frühe Klärung, welche Fachdisziplin in welchem Umfang zu einer bestmöglichen Versorgung des älteren Menschen beitragen (Ergebnisqualität) und wie dies im jeweiligen Krankenhaus sichergestellt werden kann (Prozessqualität). Neben einer Geriatriisierung der einzelnen Fachdisziplinen werden hierzu in den Krankenhäusern der Zukunft auch mehr generalistisch ausgerichtete Geriater mit den genannten speziellen Wissens- und Erfahrungskompetenzen gebraucht (Strukturqualität). Um diesen Bedarf zu decken, sind flächendeckend eine hinreichende Zahl geriatrischer Referenzzentren notwendig, in denen diese Kompetenzen und Erfahrungen qualifiziert erworben werden können. Diese können zugleich Orte versorgungsnaher geriatrischer Forschung sein und – eingebunden in regionale Versorgungsverbände, bspw. als Institutsambulanzen – niedergelassene Ärzte in der Versorgung komplexerer geriatrischer Behandlungsfälle unterstützen.

4.5.4 Rehabilitation

Rehabilitativen Maßnahmen kommen bei älteren Menschen im Hinblick auf den Erhalt ihrer Autonomie und die Vermeidung von Pflegebedürftigkeit hohe Bedeutung zu. Ihr höheres Risiko, im Rahmen rehabilitativer Maßnahmen akutmedizinische Komplikationen zu entwickeln, spricht für eine krankenhaunahe Verortung geriatrischer Rehabilitation. Da vorbestehende und anschließende Versorgungskontexte in die Rehabilitationsplanung unbedingt einbezogen werden müssen und die Mobilität verbliebener Bezugspersonen oft eingeschränkt ist, sollte die Leistungserbringung zudem möglichst wohnortnah stattfinden.

Die hohe Kontextabhängigkeit der Funktionsfähigkeit älterer Menschen im Sinne der ICF legt eine höhere Flexibilität medizinischer Rehabilitation nahe. Neben mobiler Rehabilitation für spezielle Zielgruppen wie bspw. kognitiv beeinträchtigte Menschen, die hierauf besonders angewiesen sind (Spitzenverbände d. gesetzlichen Krankenkassen 2007), könnte die Nachhaltigkeit entsprechender Leistungen auch vergrößert werden, wenn abschließende Teile einer stationären oder ambulanten Rehabilitationsmaßnahme in der Häuslichkeit des Rehabilitanden erbracht werden. Ebenso sind die eingeschränkten Reserven und die damit oft verbundene geringere Belastbarkeit alter und hochaltriger Menschen beim Setting rehabilitativer Interventionen zu berücksichtigen. Möglicherweise brauchen wir für ältere Menschen auch hier flexiblere Angebote mit der Option niedrigerer Behandlungsintensitäten und dafür einer zeitlichen Streckung der Maßnahmen – u. a. ein wichtiges Feld geriatrischer Versorgungsforschung.

4.6 Fazit

Die beispielhaften Überlegungen zu einer seniorengerechteren gesundheitlichen Versorgung zeigen, dass es hierfür eine Vielzahl konkreter Ansatzpunkte gibt, ohne dass wir ein komplettes additives Versorgungssystem für ältere Menschen brauchen. Weite Teile der Versorgung alter und hochaltriger Menschen werden auch künftig von der „normalen“ Medizin geleistet werden müssen. Hierzu bedarf es allerdings einer stärkeren geriatrischen Qualifizierung der bestehenden Fachdisziplinen und insbesondere der hausärztlichen Versorgung. Der Aufbau dieser Qualifikationen setzt eine stärkere universitäre Verankerung der Geriatrie und geriatrische Referenzzentren voraus, an denen Geriater als Generalisten und Multiplikatoren für andere Fachdisziplinen ausgebildet werden können.

Eine funktionierende, effiziente Ergänzung von generalistischer und spezialisierter Leistungserbringung stellt an die Generalisten allerdings auch hohe medizinisch fachliche Qualifikationsanforderungen. Entlastung können sie durch eine klarere Trennung ihrer Kernaufgabe der medizinischen Versorgung von kontextlichen Versorgungsaufgaben erwarten, die qualifiziert auch von anderen Gesundheitsprofessionen übernommen werden können.

Ein häufigerer generalistischer Blick auf den Patienten und eine stärkere Orientierung an der funktionalen Gesundheit erfordern letztlich ein systemisches Umdenken im Sinne von mehr Patientenorientierung statt Anbieter- und Sektorenorientie-

nung. Ein solches Umdenken kommt nicht nur den besonderen Behandlungserfordernissen älterer Menschen, sondern uns allen zugute.

Literatur

- Bauer JM, Sieber CC. *Geriatrics 2007*. *Dtsch Med Wochenschr* 2007; 132(25–26): 1414–6.
- Boyd CM, Darer J, Boulton C, Fried LP, Boulton L, Wu AW. *Clinical Practice Guidelines and Quality of Care for Older Patients With Multiple Comorbid Diseases: Implications for Pay for Performance*. *JAMA* 2005; 294 (6): 716–24.
- Bundesarbeitsgemeinschaft der Klinisch-Geriatriischen Einrichtungen e. V. (BAG) Einheitliche, zeitgemäße Definition des geriatrischen Patienten festgelegt. Berlin: Pressemitteilung vom 31.01.2007. Berlin. www.bvgeriatrie.de (28. April 2011).
- Bundesärztekammer (Hrsg). *Priorisierung medizinischer Leistungen im System der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)*. *Dt Ärztebl* 2007; 104 (40): A 2750–4.
- Bundesverband Geriatrie (Hrsg). *Weißbuch Geriatrie – Die Versorgung geriatrischer Patienten: Strukturen und Bedarf – Status quo und Weiterentwicklung. Eine Analyse durch die GEBERA – Gesellschaft für betriebswirtschaftliche Beratung mbH. 2., durchgesehene Auflage*, Stuttgart: Kohlhammer 2010.
- Bussche van den H, Schröfel SC, Löschmann C, Lübke N. *Organisationsformen der hausärztlichen Versorgung von Pflegeheimbewohnern in Deutschland und im benachbarten Ausland*. *Z Allg Med* 2009; 85(7): 26–31.
- Centre for Applied Gerontology, Bundoora Extended Care Centre, Northern Health. *A Guide for Assessing Older People in Hospitals*. Im Auftrag der Australian Health Ministers Advisory Group (AHMAC) durch die AHMAC Care of Older Australian Working Group 2004. www.health.vic.gov.au/acute-agedcare (28. April 2011).
- Dapp U, Anders J, Meier-Baumgartner HP, Renteln-Kruse W. *Geriatrische Gesundheitsförderung und Prävention für selbständig lebende Senioren*. *Z Gerontol Geriatr* 2007; 40(4): 226–40.
- Dapp U, Anders J, von Renteln-Kruse W, Minder CE, Meier-Baumgartner HP, Swift CG, Gillmann G, Egger M, Beck JC, Stuck AE. *A Randomized Trial of Effects of Health Risk Appraisal Combined With Group Sessions or Home Visits on Preventive Behaviors in Older Adults*. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2011. May; 66 (5): 591–8. Epub 24. Februar 2011.
- DIMDI – Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (Hrsg.) *ICF – Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit 2005*. www.dimdi.de (28. April 2011).
- Ehni HJ, Marckmann G. *Gerechter Zugang zu „altersmedizinischen Innovationen“: Medizinische Eingriffe in den biologischen Alterungsprozess als möglicher Bestandteil einer gerechten Gesundheitsversorgung*. In: Gabriel K, Jäger W, Hoff GM (Hrsg). *Alter und Altern als Herausforderung*; 192–214. Freiburg i. Br.: Verlag Karl Alber 2011.
- Esslinger AS, Franke S, Heppner HJ. *Altersabhängige Priorisierung von Gesundheitsleistungen – Perspektiven für das deutsche Gesundheitswesen*. *Gesundheitswesen* 2007; 69 (1): 11–7.
- Gerlach FM, Beyer M, Erler A. *Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens – Zukunftskonzept des Sachverständigenrats*. Günster C, Klose J, Schmacke N (Hrsg). *Versorgungs-Report 2011*. Stuttgart: Schattauer GmbH 2011.
- Hazzard WR. *The department of internal medicine: hub of the academic health center response to the aging imperative*. *Ann Intern Med* 2000; 133 (4): 293–6.
- Hoek JF, Ribbe MW, Hertogh CM, van der Vleuten CP. *The role of the specialist physician in nursing homes: the Netherlands' experience*. *Int J Geriatr Psychiatry* 2003; 18 (3): 244–9.
- Hoffmann W, Dreier A, van den Berg N. *Arztentlastende Delegationsmodelle: AGnES und Co*. In: Günster C, Klose J, Schmacke N (Hrsg). *Versorgungs-Report 2011*. Stuttgart: Schattauer 2011.
- Kompetenz-Centrum Geriatrie (KCG) beim MDK Nord (Hrsg). *KCG-Expertenforum 2010 – Ergebnisdokumentation „Weißbuch Geriatrie“ – was nun? Planungsperspektiven 2020*. Hamburg: KCG 1.2011.

- Lübke N. Erforderliche Kompetenzen der Geriatrie aus Sicht des Kompetenz-Centrums Geriatrie. *Z Gerontol Geriatr* 2005; 38(Suppl 1): 134–9.
- Lübke N. Der „Geriatrische Patient“ – Zum Diskussionsstand um die Definition der Zielgruppe geriatrispezifischer Leistungserbringung. *Med Sach* 2009; 105 (1): 11–7.
- Lübke N, Ziegert S, Meinck M. Geriatrie: Erheblicher Nachholbedarf in der Weiter- und Fortbildung. *Dtsch Arztebl* 2008; 105 (21): A1120–2.
- Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen (Hrsg). Begutachtungs-Richtlinie Vorsorge und Rehabilitation vom Oktober 2005. www.mds-ev.org/Rehabilitation_Zugang.htm (28. April 2011).
- Schwartz FW, Helou A. Welche Behandlungsansätze und Verfahren sind verzichtbar? In: Arnold M, Litsch M, Schwartz FW (Hrsg). *Krankenhaus-Report 1999 – Schwerpunkt: Versorgung chronisch Kranker*; 133–47. Stuttgart: Schattauer 2000.
- Sieber CC. Der ältere Patient – Wer ist das? *Internist (Berl)* 2007; 48: 1190–4.
- Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen (Hrsg.) Rahmenempfehlungen zur mobilen geriatrischen Rehabilitation vom 01.05.2007. http://www.vdek.com/vertragspartner/vorsorge-rehabilitation/mobile_reha/index.htm (28. April 2011).
- Statistisches Bundesamt (Hrsg). *Gesundheit – Grunddaten der Krankenhäuser 2009*. Fachserie 12, Reihe 6.1.1. Wiesbaden 2011a.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg). *Gesundheit – Grunddaten der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen 2009*. Fachserie 12, Reihe 6.1.2. Wiesbaden 2011b.
- Stuck AE, Siu AL, Wieland GD, Adams J, Rubenstein LZ. Comprehensive geriatric assessment: a meta-analysis of controlled trials. *Lancet* 1993; 342: 1032–6.
- Vandewoude MFJ, Geerts CAM, Paridaens KMJ, D’Hooghe AHM. A screening tool for activating liaison geriatrics in general hospitals: the „Variable Indicative of Placement risk“ (VIP). *Euro J Ger* 2008; 10 (3): 120–6.
- Wilson RM, Runciman WB, Gibberd RW, Harrison BT, Newby L, Hamilton JD. The Quality in Australian Health Care Study. *Med J Aust* 1995; 163 (9): 458–71.

5 Die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen im Alter

Bettina Gerste

Abstract

Mit dem Alter assoziierte Krankheiten beeinträchtigen die Lebensqualität älterer Menschen und bedürfen meist einer kontinuierlichen ärztlichen Behandlung. Der Beitrag beschreibt auf empirischer Basis die krankheitsbedingten Ursachen der Inanspruchnahme und den Ist-Zustand der kontemporären Gesundheitsversorgung alter Menschen. Basis sind die im Rahmen des SGB V erbrachten medizinischen Leistungen. Alle Kennzahlen werden auf der Basis von AOK-Routinedaten ermittelt. Auf die Darstellung des Krankheitsspektrums folgt die Beschreibung der Inanspruchnahme von ambulanten und stationären Leistungen sowie Arzneimitteln. Abschließend wird die Versorgung pflegebedürftiger Personen beschrieben. Bis in die neunte Lebensdekade lag im Jahr 2008 ein Anstieg der Inanspruchnahme medizinischer Versorgung vor, danach reduzierte sie sich. Bei Pflegebedürftigen und Heimbewohnern lag das Maximum der Inanspruchnahme schon in der siebten Dekade. Bei vielen Krankheiten war anhand der ärztlicherseits dokumentierten Behandlungsdiagnosen ebenfalls ein Rückgang der Prävalenzen bei Hochbetagten zu verzeichnen. Insgesamt zeigten sich Übereinstimmungen zwischen Krankheitshäufigkeit und Inanspruchnahme medizinischer Versorgung.

Diseases associated with age affect the quality of life of elderly people and usually require continuous medical treatment. The paper describes on an empirical basis the disease-related causes of health care utilization of elderly people and the actual state of age-related contemporary health care. The data represent medical services provided according to Book V of the German Social Code (SGB V). All key data are based on AOK routine data. A description of the disease spectrum is followed by a presentation of the utilization of outpatient and inpatient services and drugs. Finally, the article describes the situation of people in nursing care. Utilization of health care increased in 2008 up to the ninth decade of life, after that it decreased. In contrast, for people in nursing care and residential care the maximum was already reached in the seventh decade. According to the diagnoses documented by the physicians, prevalence of a range of diseases was also lower in very old people. Overall, health care utilization and prevalence corresponded to each other.

5.1 Einleitung

Die Morbidität nimmt im Alter zu (siehe auch Kuhlmei/Schaeffer 2008; Böhm et al. 2009). Mit dem Alter assoziierte Krankheiten – etwa Koronare Herzkrankheit, Typ-II-Diabetes, Grauer Star, Parkinson-Krankheit, Osteoporose sowie Demenz oder Neubildungen – beeinträchtigen die Lebensqualität älterer Menschen und bedürfen meist einer kontinuierlichen ärztlichen Behandlung. Zudem können die sog. Alterssyndrome, ein Zusammenspiel mehrerer zugrunde liegender Störungen oder Erkrankungen, die Alltagsfunktionen behindern und stellen einen wichtigen Auslöser für Pflegebedürftigkeit dar. Hirnleistungsschwäche oder eingeschränkte Wahrnehmungsfunktionen, Instabilität, eingeschränkte Mobilität oder Inkontinenz können das Leben am Ende des Lebens schwierig machen und die alltäglichen Verrichtungen erschweren, Autonomie und Selbstbestimmtheit nehmen ab. Neben einer medizinischen muss auch eine pflegerische Versorgung der betroffenen Personen gewährleistet werden.

Aus diesen Charakteristika der Morbidität im Alter resultieren besondere Problemstellungen für die an der Versorgung beteiligten Institutionen. Bevor im Verlauf dieses Bandes auf spezifische Anforderungen und Lösungsansätze eingegangen wird, soll an dieser Stelle zunächst ein Bild der realen Versorgung alter Menschen auf empirischer Basis gezeichnet werden. Wie gestaltet sich die Gesundheitsversorgung im Altersverlauf, wie stark wird das Gesundheitssystem zur Zeit durch alte oder hochbetagte Menschen¹ in Anspruch genommen und welche Erkrankungen stellen die häufigsten Behandlungsanlässe dar? Auch auf die Versorgungssituation pflegebedürftiger Personen wird eingegangen. Der Beitrag hat zum Ziel, die krankheitsbedingten Ursachen der Inanspruchnahme und den Ist-Zustand der kontemporären Gesundheitsversorgung alter Menschen zu beschreiben. Basis sind die wesentlichen medizinischen im Rahmen des SGB V erbrachten Leistungen. Alle Kennzahlen werden auf der Basis von AOK-Routinedaten ermittelt.

Der Beitrag gliedert sich in vier Teile. Zunächst wird die Datengrundlage beschrieben. Vor der Darstellung der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen steht im zweiten Abschnitt das Krankheitsspektrum im Zentrum des Interesses. Die Krankheiten als Auslöser für das Tätigwerden des Gesundheitswesens werden beleuchtet: Welche sind es, die zur Inanspruchnahme führen? Wie häufig treten sie auf? In den beiden letzten Abschnitten schließlich steht die Inanspruchnahme von ambulanter, stationärer und Arzneimittelversorgung im Zentrum der Analysen – der dritte Teil beschreibt dies für alle Personen und Altersstufen, der vierte fokussiert auf die Versorgung von pflegebedürftigen Personen und Heimbewohnern.

¹ zur Definition siehe auch: Tesch-Römer und Wurm 2009.

5.2 Datengrundlage²

Den Analysen liegen die Informationen von 25,4 Mio. Personen zugrunde, die 2008 mindestens einen Tag lang bei der AOK versichert waren. Damit ist knapp ein Drittel der deutschen Bevölkerung in den Daten repräsentiert.

Für die Analysen, die auf der Grundlage anonymisierter Daten erfolgten, standen Leistungsdaten aller AOK-Versicherten im Jahr 2008 aus den drei Bereichen ambulante Versorgung (Abrechnungsdaten der vertragsärztlichen Versorgung nach § 295 Abs. 2 SGB V), Arzneimittel (Abrechnungsdaten der Arzneimittelversorgung nach § 300 Abs. 1 SGB V) und stationäre Versorgung (Abrechnungsdaten der stationären Versorgung nach § 301 Abs. 1 SGB V) zur Verfügung. Auf diese drei großen Leistungsbereiche entfallen bereits rund 80 Prozent aller Leistungsausgaben im Rahmen des SGB V. Auf andere themenrelevante Kostenblöcke wie stationäre Rehabilitation oder Heil- und Hilfsmittel kann für diesen Beitrag nicht zurückgegriffen werden.

Alle Leistungen der Versicherten mit mindestens einem Versichertentag im Jahr 2008 werden berücksichtigt, so dass sämtliche abgerechneten Leistungen der drei großen Versorgungssektoren zugrunde liegen. Behandlungsprävalenzen und Inanspruchnahme werden inklusive der Sterbefälle ermittelt. Ergänzende Auswertungen auf Basis der Daten von ganzjährig versicherten Personen (und damit das Ausblenden von Sterbefällen) zeigen im Übrigen ganz ähnliche – wenn auch etwas niveauförmigere oder geringere gespreizte – Resultate und Altersverläufe.

Da sich die Alters- und Geschlechtsstruktur der AOK-Versicherten von der der bundesdeutschen Bevölkerung unterscheidet – insbesondere sind ältere Frauen über- und Personen mittleren Alters unterrepräsentiert (vgl. Abb. 21–15 im Kapitel 21 „Daten und Analysen“ in diesem Bandes) – wurde bei den dargestellten Kennzahlen, soweit keine alters- und geschlechtsspezifischen Werte ausgewiesen sind, eine Adjustierung vorgenommen. Standardisiert wurde auf die Alters- und Geschlechtsverteilung der deutschen Wohnbevölkerung (5-Jahres-Altersklassen).³

5.3 Krankheitsspektrum nach Altersgruppen

Welche Krankheiten es sind, die eine medizinische Behandlung im Alter notwendig werden lassen, wird auf Basis dokumentierter Behandlungsdiagnosen im ambulanten und stationären Bereich für Personen ab 65 Jahre untersucht.

Die Erkrankungshäufigkeiten alter Menschen sind nach ICD-Obergruppen differenziert in Tabelle 5–1 ausgewiesen.⁴ Auf Basis von Einzeldiagnosen (nach ICD-Dreisteller) sind Alterseffekte bei einzelnen Indikationen jedoch klarer darstellbar.

2 Besonderer Dank gilt Jürgen Adler, der zuverlässig, souverän und unermüdlich die Datenaufbereitung unterstützt und so zum Gelingen beigetragen hat.

3 Bevölkerung am 31.12.2008. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden 2009.

4 Ausführlich sind die Obergruppen im Kapitel 21 „Daten und Analysen“ in diesem Band dargestellt (Tabelle 21–7). Tabelle 5–1 ist ein Auszug aus Tabelle 21–7, in der die Altersgrenze bereits bei 60 Jahren liegt, und stellt in sofern eine Ausnahme dar.

Tabelle 5–1

Die zehn häufigsten Erkrankungen bei Personen ab 60 Jahren nach ICD-Obergruppe 2008

ICD-Code	Obergruppe (modifiziert)	Behandlungsprävalenz in %
I10-I15	Hypertonie [Hochdruckkrankheit]	60,9
M00-M25	Arthropathien	43,4
M50-M54*	Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens inkl. Spinal(kanal)stenose	42,1
E70-E90*	Stoffwechselstörungen, ohne akute Zustände und nicht medizinisch behandlungsbedürftige Erkrankungen	36,4
I80-I89	Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten, anderenorts nicht klassifiziert	26,6
H25-H28	Affektionen der Linse	25,4
E10-E14*	Diabetes mellitus Typ 2 ohne Komplikationen	24,1
I30-I52*	Sonstige Formen der Herzkrankheit, ohne Herzinsuffizienz	23,6
I20-I25*	Ischämische Herzkrankheiten, ohne akutes Koronarsyndrom	20,5
K20-K31	Krankheiten des Ösophagus, des Magens und des Duodenums	20,1

* Modifizierte Obergruppe. Die Tabelle ist Tabelle 21-7 des Statistikeils entnommen. Dort wird auch die Methodik zur Umbildung der Obergruppen erläutert

Von der Darstellung größerer Einheiten wie ICD-Obergruppen oder Kapiteln wird im Folgenden abgesehen, denn aufgrund gegenläufiger Tendenzen innerhalb einer Gruppe werden Trends einzelner Erkrankungen verwischt. In den Tabellen 5–2 bis 5–4 wird für sieben Altersklassen ab 65 Jahre die jeweilige Altersprävalenz für häufige Erkrankungen ausgewiesen. Über die Eingruppierung einer Erkrankung in eine der drei Tabellen entscheidet die Dynamik der Veränderung – Zunahmen, Rückgänge und parabelförmige Verläufe lassen sich differenzieren.

5.3.1 Zunahmen

Die Ergebnisse zeigen, dass nicht generell alle Krankheiten mit dem Alter zunehmen. Vielmehr werden einige kontinuierlich mit jeder Alterstufe häufiger diagnostiziert und dokumentiert. Hier finden sich die „typischen Alterskrankheiten“, die auf natürlichen Abbauprozessen im Körper basieren und sowohl zu psychischen als auch zu physischen Einschränkungen führen können. Die Prävalenz stieg zwischen der jüngsten und höchsten Altersklasse teilweise auf über das Zwanzigfache des Ausgangswertes an (Tabelle 5–2).

Die Diagnose Vaskuläre Demenz beispielsweise hatte um das 22-fache zugenommen: Waren bei den 65- bis 69-Jährigen nur 0,4 Prozent davon betroffen, so wurde die Diagnose bei den Ältesten bereits bei fast jedem Zehnten gestellt (9,2 Prozent). Die stärksten Zunahmen hat es demnach (erwartungsgemäß) bei Demenz, Volumenmangel, Dekubiti und Senilität gegeben, gefolgt von Alzheimer, Delir und Femurfrakturen. Weit verbreitet bei hochbetagten Personen waren weiterhin Hör- und Sehschwächen sowie Inkontinenz.

Tabelle 5–2

Erkrankungen, die im Alter zunehmend häufiger diagnostiziert und behandelt wurden

Behandlungsdiagnose (nach ICD-10)	Behandlungsprävalenz 2008 in %								Veränderung in %
	Altersgruppe von ... bis ... Jahre								
	65–69	70–74	75–79	80–84	85–89	90–94	95+		
D51 Vitamin-B12-Mangelanämie	0,4	0,6	0,9	1,2	1,5	1,6	1,7	289	
E86 Volumenmangel	0,3	0,5	1,1	2,3	4,4	7,3	9,7	2 841	
F01 Vaskuläre Demenz	0,4	0,8	1,7	3,1	5,4	7,6	9,2	2 192	
F03 Nicht näher bezeichnete Demenz	0,9	1,9	4,1	8,2	14,6	21,9	27,3	2 951	
F05 Delir, nicht durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzen bedingt	0,1	0,1	0,2	0,4	0,7	0,9	1,0	1 451	
F06 Andere psychische Störungen aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit	1,1	1,5	2,3	3,5	5,2	7,5	9,4	752	
F07 Persönlichkeits- und Verhaltensstörung aufgrund einer Krankheit, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns	0,6	0,8	1,2	1,7	2,5	3,5	4,3	562	
G30 Alzheimer-Krankheit	0,3	0,7	1,6	2,8	4,4	5,4	5,7	1 835	
G47 Schlafstörungen	4,9	5,2	5,7	6,2	7,0	7,9	8,0	63	
H10 Konjunktivitis	5,0	5,5	5,9	6,2	6,5	7,3	8,3	66	
H61 Sonstige Krankheiten des äußeren Ohres	7,0	8,3	9,6	10,7	11,7	12,7	12,5	78	
H91 Sonstiger Hörverlust	5,5	7,1	9,1	11,1	13,1	14,9	16,6	201	
I50 Herzinsuffizienz	5	8,4	13,5	19,8	27,4	34,1	37,2	640	
J20 Akute Bronchitis	5,9	6,1	6,3	6,6	7,2	8,2	9,2	56	
K59 Sonstige funktionelle Darmstörungen	1,1	1,5	2,0	2,8	3,9	5,1	6,2	466	
L30 Sonstige Dermatitis	8,8	9,5	10,1	10,6	11,5	12,4	13,1	49	
L89 Dekubitalgeschwür	0,5	0,9	1,5	2,7	5,2	8,6	12,1	2 114	
L97 Ulcus cruris, anderenorts nicht klassifiziert	1,1	1,6	2,2	2,9	4,1	4,7	5,3	393	
R11 Übelkeit und Erbrechen	1,4	1,7	2,3	2,9	3,8	4,5	4,8	235	
R32 Nicht näher bezeichnete Harninkontinenz	3,6	5,1	7,5	11,6	17,9	24,9	29,8	719	
R52 Schmerz, anderenorts nicht klassifiziert	5,5	6,0	7,1	8,1	9,2	10,0	10,2	86	
R54 Senilität	0,1	0,2	0,3	0,7	1,5	3,0	4,5	6 148	
R60 Ödem, anderenorts nicht klassifiziert	2,9	3,8	4,9	6,3	7,9	9,1	9,8	236	
R64 Kachexie	0,3	0,3	0,5	0,8	1,2	2,1	3,1	1 005	
S01 Offene Wunde des Kopfes	0,6	0,7	1,0	1,5	2,3	3,3	4,0	568	
S22 Fraktur der Rippe(n), des Sternums und der Brustwirbelsäule	0,6	0,7	0,9	1,2	1,3	1,5	1,5	144	

Tabelle 5-2

Fortsetzung

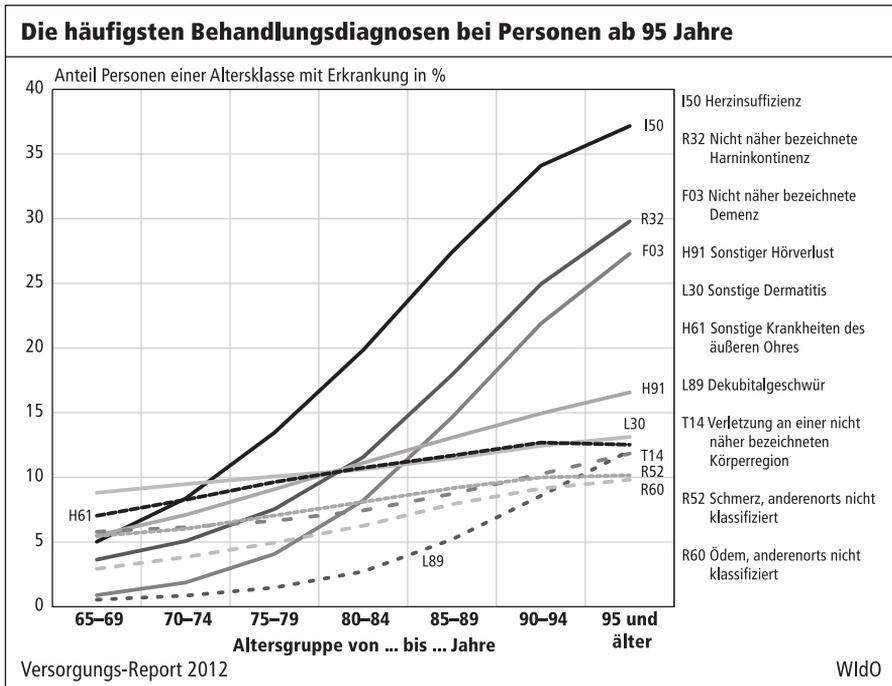
Behandlungsdiagnose (nach ICD-10)	Behandlungsprävalenz 2008 in %								Veränderung in %
	Altersgruppe von ... bis ... Jahre								
	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90-94	95+		
S32 Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens	0,5	0,7	1,1	1,5	1,9	2,2	2,1	322	
S42 Fraktur im Bereich der Schulter und des Oberarmes	0,5	0,6	0,8	1,1	1,5	1,6	1,7	277	
S52 Fraktur des Unterarmes	0,7	0,9	1,1	1,4	1,6	1,6	1,6	137	
S72 Fraktur des Femurs	0,4	0,5	1,0	2,0	3,4	5,0	6,0	1578	
T14 Verletzung an einer nicht näher bezeichneten Körperregion	5,8	6,1	6,6	7,4	8,7	10,3	11,8	104	

Versorgungs-Report 2012

WlDO

Die häufigste Diagnose war mit Abstand die Herzinsuffizienz. Jede dritte Person ab 95 Jahre war von Herzinsuffizienz betroffen, mit 65 war es nur jeder Zwanzigste. Mit einem relativ hohen Ausgangsniveau von 5 Prozent hatte sich die Häufigkeit von der niedrigsten zur höchsten Altersstufe versechsfacht.

Abbildung 5-1



In Abbildung 5–1 sind die bei den Ältesten am weitesten verbreiteten Erkrankungen noch einmal gesondert dargestellt – anhand der Altersprävalenzen jeder Indikation in allen sieben Altersklassen entstehen hier Kurvenverläufe, die sich von den Darstellungen zur Inanspruchnahme in Abschnitt 5.4 durchaus unterscheiden.

5.3.2 Kontinuierliche Rückgänge

Auf der anderen Seite stehen Erkrankungen, deren Häufigkeit mit steigendem Alter abnimmt. Insgesamt, das zeigt schon die Länge der Tabelle 5–3, sind es weniger Diagnosen, deren Auftreten im Alter kontinuierlich zurückging und die gleichzeitig eine nennenswerte Verbreitung aufwiesen. Zu den häufigsten zählen Rücken- bzw. Wirbelsäulenbeschwerden, Adipositas, Schilddrüsenknoten oder Asthma.

5.3.3 Zunahmen im dritten, Rückgänge im vierten Lebensalter

Die Mehrzahl der Indikationen oder Indikationsgruppen zeigte jedoch keinen linearen, sondern einen parabelförmigen Verlauf der Altersprävalenzen (Tabelle 5–4). Bei den jungen Alten war eine Zunahme, bei den alten Alten hingegen eine Abnahme zu verzeichnen. Das Maximum der Verbreitung wurde in der neunten Lebensdekade erreicht, teilweise – je nach Art der Erkrankung – auch schon etwas früher. Die

Tabelle 5–3

Erkrankungen, die im Alter seltener diagnostiziert und behandelt wurden

Behandlungsdiagnose (nach ICD-10)	Behandlungsprävalenz 2008 in %							Veränderung in %
	Altersgruppe von ... bis ... Jahre							
	65–69	70–74	75–79	80–84	85–89	90–94	95+	
B35 Dermatophytose [Tinea]	4,6	4,6	4,4	3,9	3,6	3,1	2,9	–37,0
D22 Melanozytennävus	4,6	4,2	3,5	2,8	2,1	1,4	1,0	–77,7
E04 Sonstige nichttoxische Struma	11,7	12,0	12,0	11,1	9,4	6,9	4,7	–60,0
E66 Adipositas	11,8	12,4	11,2	8,5	5,6	3,1	1,9	–84,2
F10 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	2,6	1,9	1,2	0,7	0,5	0,4	0,2	–90,7
F17 Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak	4,2	2,9	1,9	1,1	0,6	0,3	0,1	–97,3
J45 Asthma bronchiale	4,5	4,5	4,3	3,7	2,8	2,0	1,5	–66,8
M53 Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens, anderenorts nicht klassifiziert	13,7	13,9	13,5	12,1	10,5	8,9	7,2	–47,0
M54 Rückenschmerzen	34,7	35,4	35,0	32,0	27,0	21,5	17,0	–51,0
T78 Unerwünschte Nebenwirkungen, anderenorts nicht klassifiziert	4,0	3,9	3,6	3,2	2,7	2,3	2,1	–48,6

Tabelle 5–4

Erkrankungen, deren Häufigkeit im hohen Alter wieder abnimmt

Behandlungsdiagnose (nach ICD-10)		Behandlungsprävalenz 2008 in %						
		Altersgruppe von ... bis ... Jahre						
		65–69	70–74	75–79	80–84	85–89	90–94	95+
C61	Bösartige Neubildung der Prostata	1,5	2,3	2,8	2,6	2,1	1,5	0,9
D50	Eisenmangelanämie	1,8	2,3	3,2	4,1	4,9	5,3	5,0
D64	Sonstige Anämien	1,3	1,8	2,4	3,0	3,5	3,8	3,7
E10	Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-1-Diabetes]	2,3	2,9	3,1	2,8	2,5	1,9	1,3
E11	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]	19,9	24,5	26,4	26,2	25,8	22,9	18,5
E14	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus	10,1	12,7	13,7	13,1	12,2	10,1	7,6
E78	Störungen des Lipoproteinstoffwechsels und sonstige Lipidämien	35,3	39,0	39,0	35,2	28,5	20,2	13,5
E79	Störungen des Purin- und Pyrimidinstoffwechsels	10,3	12,0	12,6	12,2	11,2	9,2	7,3
F32	Depressive Episode	8,9	9,5	10,8	12,1	13,0	12,6	11,0
F33	Rezidivierende depressive Störung	2,6	2,7	3,0	3,2	3,2	2,9	2,5
G20	Primäres Parkinson-Syndrom	0,8	1,4	2,3	3,1	3,5	3,3	2,7
H04	Affektionen des Tränenapparates	5,7	7,0	7,8	7,8	6,8	5,3	3,9
H25	Cataracta senilis	11,4	16,9	20,8	20,5	16,7	11,6	8,5
H26	Sonstige Kataraktformen	11,1	16,5	21,1	22,4	19,8	14,6	10,4
H27	Sonstige Affektionen der Linse	1,3	2,2	3,4	4,4	4,6	3,8	2,8
H35	Sonstige Affektionen der Netzhaut	5,2	7,9	10,7	12,4	12,3	9,5	6,8
H40	Glaukom	6,5	8,6	10,4	11,0	10,8	9,1	7,3
H52	Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler	13,9	18,2	21,3	21,0	17,6	11,8	7,6
H53	Sehstörungen	4,1	5,3	6,2	6,4	5,8	4,4	3,2
H90	Hörverlust durch Schalleitungs- oder Schallempfindungsstörung	6,0	7,4	8,9	9,8	9,9	9,1	7,8
I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	54,5	62,5	67,4	68,4	66,9	60,7	53,5
I11	Hypertensive Herzkrankheit	4,3	5,7	6,9	7,3	7,3	6,6	5,8
I20	Angina pectoris	2,4	3,1	3,7	3,9	3,7	3,3	2,7
I21	Akuter Myokardinfarkt	1,4	1,8	2,2	2,4	2,5	2,4	1,9
I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	13,6	19,4	25,6	29,9	31,8	31,4	29,5
I48	Vorhofflattern und Vorhofflimmern	4,9	7,6	11,1	13,9	15,4	13,8	10,9
I49	Sonstige kardiale Arrhythmien	8,1	10,8	13,5	15,0	14,9	13,0	10,4
I70	Atherosklerose	6,0	7,7	9,3	10,1	10,0	9,0	8,1
I83	Varizen der unteren Extremitäten	13,6	16,1	18,0	19,0	19,1	17,4	15,4
J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	7,7	8,8	10,1	10,1	8,8	7,4	5,7
K29	Gastritis und Duodenitis	10,6	11,0	11,2	11,1	10,8	10,0	9,0
K57	Divertikulose des Darms	5,5	6,8	7,3	6,7	5,6	4,6	3,5
K80	Cholelithiasis	5,2	6,5	7,5	7,9	8,0	7,3	6,9
M16	Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]	9,7	12,5	15,0	15,3	15,2	13,3	11,9

Tabelle 5–4

Fortsetzung

Behandlungsdiagnose (nach ICD-10)		Behandlungsprävalenz 2008 in %						
		Altersgruppe von ... bis ... Jahre						
		65–69	70–74	75–79	80–84	85–89	90–94	95+
M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	16,2	19,9	24,4	24,5	24,1	21,8	19,1
M47	Spondylose	11,0	12,2	13,0	12,4	10,9	8,9	7,6
M81	Osteoporose ohne pathologische Fraktur	6,8	9,8	13,5	16,3	17,7	17,4	15,8
N18	Chronische Niereninsuffizienz	2,6	3,9	5,7	7,2	8,0	7,6	6,8
N19	Nicht näher bezeichnete Niereninsuffizienz	1,5	2,2	3,2	4,2	4,8	4,9	4,4
N30	Zystitis	3,2	3,9	4,5	4,9	5,0	5,0	4,6
N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	8,7	10,6	12,2	13,6	15,1	15,8	15,5
N40	Prostatahyperplasie	11,9	13,6	13,7	11,7	9,0	6,7	4,6
R42	Schwindel und Taumel	5,2	6,6	8,4	10,1	10,8	10,6	9,0

Versorgungs-Report 2012

WIdO

Rückgänge können stärker ausgeprägt sein (unter das Ausgangsniveau der 65-Jährigen, Beispiel Diabetes) oder weniger stark (nur wenig unter dem Maximum, Beispiel Ischämische Herzkrankheit).

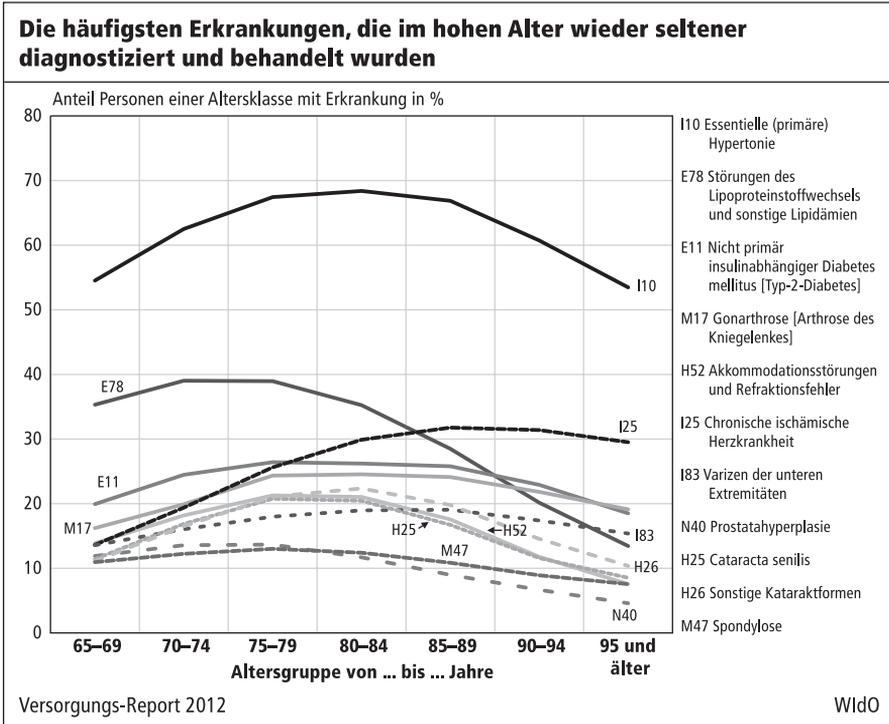
In der grafischen Darstellung ähneln diese Verläufe der Altersprävalenzen (Abbildung 5–2) den weiter unten ermittelten Kurvenverläufen der Inanspruchnahmeparameter. Viele Erkrankungen wurden im hohen Alter seltener behandelt (bzw. als Behandlungsanlass dokumentiert) und insgesamt gesehen (unabhängig von der Erkrankungsart) scheint der Umfang der Leistungsanspruchnahme in dieser Gruppe rückläufig zu sein.

Ob nun die tatsächliche Prävalenz im hohen Alter zurückgeht oder sich bei Hochbetagten lediglich die Inanspruchnahme des Gesundheitswesens abschwächt, etwa weil ein Arztbesuch als zu beschwerlich oder zu aufwendig erscheint, kann anhand der vorliegenden Daten nicht beurteilt werden. Auch andere Erklärungen für die Rückgänge in den oberen Altersklassen sind möglich, können im Rahmen dieses Beitrags jedoch nur kurz angerissen werden.

- Gebrechlichkeit oder „Verschleiß“ als Begleiterscheinungen des (hohen) Alters können nicht geheilt, sondern nur gelindert werden. Deshalb werden sie nicht als „Krankheiten“ verstanden, die mit allen zur Verfügung stehenden Mitteln behandelt und auskuriert werden könnten (Frailty-Syndrom). Es wird nicht mehr alles versucht, weil auch nicht mehr alles erreicht werden kann. Eine Heilung im Sinne von Beschwerdefreiheit wird es in der Regel für die hochbetagten Patienten nicht mehr geben.⁵

⁵ Ein Rückgang bei der Dokumentation von Symptomen (und Risikofaktoren) wie Hypertonie spräche für diese Sichtweise. Möglicherweise wird Prävention zunehmend seltener als sinnvoll erachtet. Auch bei der Herzinsuffizienz liegt diese Interpretation nahe. Zwar stiegen die Altersprävalenzen und auch die Einweisungshäufigkeiten in stationäre Behandlung. Die Kosten der Behand-

Abbildung 5–2



- Ebenfalls ist denkbar, dass nicht alle „Erkrankungen“ hochbetagter Patienten im ärztlichen Praxisalltag aufgedeckt werden und aus diesem Grund ein Rückgang der Inanspruchnahme zu verzeichnen ist.⁶
- Möglicherweise sind nicht mehr alle Behandlungsoptionen – etwa operative Eingriffe – sinnvoll, weil sie ein zu hohes Risiko für den Patienten darstellen können.
- Auch könnten genetische Prädispositionen eine Rolle spielen: Wer aufgrund seiner körperlichen Konstitution oder genetischen Voraussetzungen keine lebensbedrohenden Krankheiten wie beispielsweise Krebs bekommt, wer eine bestimmte Altersgrenze überlebt, hat Chancen, bei relativ guter Gesundheit auch noch älter zu werden.
- Diskutiert wird auch, ob medizinische Leistungen bei alten Patienten durch die Leistungserbringer rationiert werden.

lung von Herzinsuffizienzpatienten in Krankenhäusern gingen jedoch stark zurück (vgl. Abschnitt 5.4.3.3).

6 Siehe auch Kapitel 12 (STEP-Assessment) in diesem Band.

5.4 Inanspruchnahme des Gesundheitswesens im Altersverlauf

Die Versorgung mit medizinischen Leistungen wird anhand der Behandlungsquoten in jedem der drei großen Leistungssektoren sowie der Menge der in Anspruch genommenen Leistungen (sektoral variierende Kennzahlen) und den daraus resultierenden Behandlungskosten beschrieben.

Die Darstellung der Inanspruchnahme in diesem Abschnitt beschränkt sich nicht auf alte Menschen, sondern umfasst sämtliche Altersklassen. Somit wird eine Entwicklung der Kennzahlen im Altersverlauf ablesbar, auf den ersten Blick kann eine Einordnung der Inanspruchnahme einer Subgruppe vorgenommen und Kurvenverläufe können verglichen werden. Die Darstellung erfolgt jeweils getrennt für männliche und weibliche Personen.

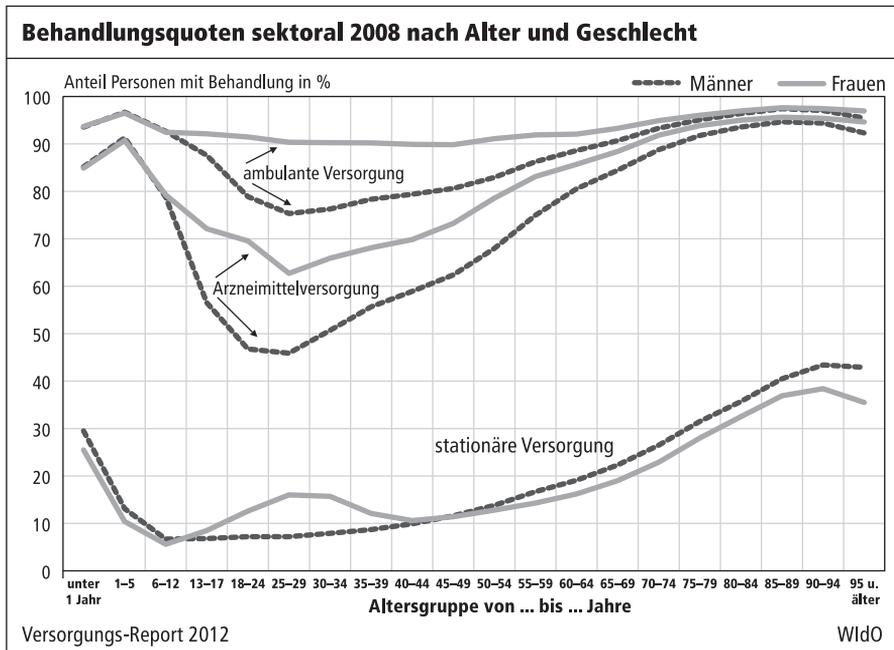
5

5.4.1 Behandlungsquoten sektoral

Unter Behandlungsquote wird der Anteil der Personen verstanden, die im Auswertungsjahr mindestens einmal (im jeweiligen Sektor) in Behandlung waren. Bei Arzneiverordnungen kann man auch von Verordnungsquoten, bei Krankenhausbehandlungen von Hospitalisierungsquoten sprechen.

Unter den drei betrachteten Versorgungssektoren finden sich die höchsten Behandlungsquoten in der ambulanten Versorgung (Abbildung 5–3). Die meisten Menschen waren 2008 in ambulanter ärztlicher Behandlung, Ältere zunehmend

Abbildung 5–3



häufiger und Männer mit einer Behandlungsquote von mindestens 75 Prozent seltener als Frauen mit mindestens 90 Prozent. Bei den Frauen war aufgrund eines sehr hohen Ausgangsniveaus nur ein leichter Anstieg der Behandlungsquoten zu beobachten.

Die Arzneiverordnungsquoten rangierten unterhalb der ambulanten Behandlungsquoten, schon weil erstens einer Verordnung⁷ ein Arztbesuch vorangehen muss (wer ein Rezept erhält, war vorher beim Arzt) und zweitens nicht jeder Patient ein (erstattungsfähiges) Präparat verschrieben bekommt. Bei den jüngeren Erwachsenen lagen die Verordnungsquoten 20 bis 30 Prozentpunkte unter den ambulanten Behandlungsquoten. Hier scheint der Zweck des Arztbesuchs nicht allein die Ausstellung eines Rezepts gewesen zu sein⁸ bzw. Verordnungen könnten auch häufiger auf Selbstzahlerbasis ausgestellt worden sein. Besonders ins Auge fällt die Konvergenz der Verläufe ambulanter Behandlungs- und Arzneiverordnungsquoten mit steigendem Alter – ab 75 Jahren lagen alle Quoten über 90 Prozent. Mit zunehmender Erkrankungshäufigkeit erhielt demnach fast jeder Patient, der sich in ambulante ärztliche Behandlung begab, auch eine von der Krankenkasse erstattete Medikation. Ältere bekamen häufiger ein Arzneimittel verordnet als jüngere, Frauen eher als Männer.

In der stationären Versorgung fanden sich die relativ niedrigsten Behandlungsquoten: Das Maximum lag hier bei 43 Prozent (90- bis 94-jährige Männer). Bei den Hospitalisierungsquoten lässt sich ebenfalls eine Abhängigkeit vom Alter der behandelten Personen beobachten. Hervorzuheben ist, dass die Männer ab einem Alter von 50 Jahren die Frauen in der Inanspruchnahme „überholen“. Während sich die Behandlungsquoten zwischen Männern und Frauen in den beiden anderen Versorgungsbereichen mit zunehmendem Alter auf hohem Niveau immer mehr annähern, bleibt bei Männern eine höhere Krankenhausinanspruchnahme im Vergleich zu Frauen bestehen und verstärkt sich im hohen Alter sogar noch.

Insgesamt bleibt für alle drei Versorgungsbereiche festzuhalten, dass die Behandlungsquoten mit zunehmendem Alter anstiegen, ihr Maximum in der 8. oder 9. Dekade erreichten und bei hochbetagten Patienten wieder rückläufig waren. Dieser spezifische, am Ende absinkende parabelförmige Kurvenverlauf zeigt sich auch in den weiteren Auswertungen.

Da die Behandlungsquoten lediglich abbilden, ob Leistungen eines Versorgungsbereichs in Anspruch genommen wurden oder nicht, sind sie allein betrachtet nur bedingt aussagekräftig. Es folgt daher in den nächsten Abschnitten ein Blick auf den Ressourcenverbrauch und auf den Umfang in Anspruch genommener Leistungen.

5.4.2 Ausgaben

Die Ausgaben für die medizinische Versorgung beschreiben den Ressourcenverbrauch. Der folgende Abschnitt stellt dar, wie sich die Ausgaben auf einzelne Al-

⁷ Gezählt werden hier ausschließlich die von niedergelassenen Vertragsärzten zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen ausgestellten Verordnungen, keine Privatrezepte.

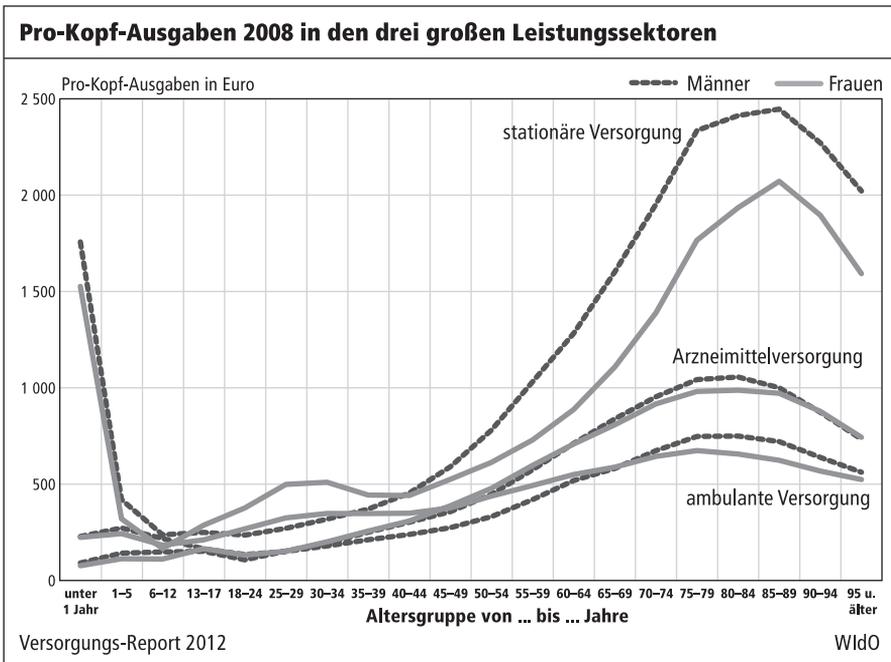
⁸ Sonstige Behandlungsmaßnahmen wie z. B. Wahrnehmung von Präventionsmaßnahmen oder Ausstellung von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen.

ters- und Geschlechtsklassen verteilen und welche Kosten in welchem Versorgungssektor im Mittel pro Person angefallen sind.⁹

Während relativ hohe Behandlungsquoten bei jüngeren Erwachsenen mit relativ niedrigen Ausgaben – in der Regel deutlich unter 500 Euro pro Person und Versorgungssektor im Jahr – einhergingen, nahm die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen in den drei Leistungsbereichen ab der Lebensmitte stark zu. Die Pro-Kopf-Ausgaben vervielfachten sich, wobei die ambulante Versorgung die geringsten Zuwächse, die stationäre die höchsten aufwies (Abbildung 5–4). Das Maximum der Pro-Kopf-Ausgaben wurde in der ambulanten und der Arzneimittelversorgung etwa eine Altersklasse früher (80–84 Jahre) erreicht als in der stationären Versorgung (85–89 Jahre). Danach sanken die durchschnittlichen Ausgaben wieder.¹⁰

Bei den Ausgaben für die Versorgung im Krankenhaus war der Unterschied zwischen Männern und Frauen noch prägnanter als bei den Behandlungsquoten. Männer wurden nicht nur häufiger im Krankenhaus behandelt als Frauen, sie verursachten dort auch deutlich mehr Ausgaben. Ab einem Alter von 65 Jahren waren 2008

Abbildung 5–4



9 Jeweils pro Kopf der Bevölkerung. Die Werte geben an, wie viel durchschnittlich für eine Person einer Alters- und Geschlechtsklasse ausgegeben wurde – unabhängig davon, ob tatsächlich Leistungen in Anspruch genommen wurden.

10 Ein Absinken der Ausgaben im vierten Lebensalter ist beispielsweise auch in einer Analyse des Statistischen Bundesamtes bei den Krankenhauskosten zu beobachten (Nöthen 2011).

Tabelle 5–5

Gesundheitsausgaben 2008 für Personen im Alter (stand.) nach Versorgungsbereich

	65–84 Jahre	ab 85 Jahre	ab 65 Jahre zus.
Ausgabenvolumen (in Mrd. €)			
gesamt	48,6	6,6	55,2
ambulant	9,7	1,1	10,8
vollstationär	24,8	3,7	28,6
teilstationär	0,3	0	0,3
Arzneiverordnungen	13,8	1,7	15,4
Pro-Kopf-Ausgaben (in €)			
gesamt	3 254	3 654	3 297
ambulant	647	626	645
vollstationär	1 664	2 079	1 709
teilstationär	20	12	20
Arzneiverordnungen	922	936	923
Anteil Ausgaben für die Altersgruppe an Gesamtausgaben (in %)			
gesamt	38,1 %	5,2 %	43,3 %
ambulant	31,9 %	3,7 %	35,6 %
vollstationär	40,8 %	6,1 %	46,9 %
teilstationär	25,4 %	1,8 %	27,2 %
Arzneiverordnungen	39,5 %	4,8 %	44,4 %
Personen			
absolut in Mio.	14,9	1,8	16,7
Anteil an gesamt	18,2 %	2,2 %	20,4 %

Versorgungs-Report 2012

WIdO

rund 500 Euro Differenz bei den stationären Kosten pro Person zwischen Männern und Frauen zu beobachten.

Bei Kumulierung der Gesundheitsausgaben für alte Menschen – in Tabelle 5–5 auch differenziert nach drittem und viertem Lebensalter – wird die Ausgabenkonzentration in den höheren Altersklassen besonders deutlich. Personen ab 65 Jahre machten 2008 rund ein Fünftel der Bevölkerung Deutschlands aus. Auf diese entfielen mit rund 55 Mrd. Euro insgesamt 43 Prozent der Ausgaben in den drei umsatzstärksten Gesundheitssektoren ambulanter, stationärer und Arzneimittelversorgung. Besonders die vollstationäre sowie die Arzneimittelversorgung waren für den hohen Ausgabenanteil verantwortlich.

Die Pro-Kopf-Ausgaben bei alten Menschen lagen mit 3 297 Euro mehr als doppelt so hoch wie die mittleren Gesamtausgaben über alle Altersklassen.¹¹ Auf die Gruppe der Hochbetagten, die noch zwei Prozent der Bevölkerung ausmachten, entfielen fünf Prozent der Ausgaben. Die Pro-Kopf-Ausgaben für Personen im vierten Lebensalter lagen mit 3 654 Euro um 400 Euro über denen des dritten Lebensalters. Zugenommen hatten vor allem die vollstationären Ausgaben, Kosten für

¹¹ Die mittleren Ausgaben über alle Altersklassen betragen 1 553 Euro über die drei großen Versorgungssektoren (370 € für ambulante, 758 € für stationäre und 425 € für Arzneimittelversorgung).

Arzneimittel hatten sich leicht erhöht, Ausgaben für ambulante Behandlungen waren leicht gesunken.

5.4.3 Umfang der Inanspruchnahme

Die Menge der in Anspruch genommenen Leistungen soll das Bild abrunden. Die Maßeinheit des Leistungsumfangs ist je nach Sektor unterschiedlich.

5.4.3.1 Ambulante Versorgung

Um die Inanspruchnahme des niedergelassenen ärztlichen Bereichs zu beschreiben, werden drei Kenngrößen verwendet: Zum einen – in alter Tradition – werden die Behandlungs- oder Abrechnungsfälle¹² gezählt. Die Anzahl der aufgesuchten unterschiedlichen Arztpraxen als zweite Kennzahl ermöglicht eine Einschätzung des Koordinierungsbedarfs zwischen den einzelnen Behandlern.¹³ Zu einer möglichst genauen Abbildung der Behandlungswirklichkeit zählt als dritte Kennzahl die Arztkontaktfrequenz, sie gilt letztlich als wichtige Kenngröße und als Indikator für ambulante Leistungen schlechthin (Thode et al. 2005; Sauerbrey 2011). Aufgrund dieser Bedeutung und der seit 2008 bestehenden Schwierigkeit, Kontaktfrequenzen aus Abrechnungsdaten zu ermitteln, wird darauf am Ende des Abschnitts näher eingegangen.

Bei den Behandlungsfällen und der Anzahl aufgesuchter unterschiedlicher Arztpraxen war zunächst – in den jüngeren Altersklassen – eine stark geschlechtsspezifische Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen (Frauen gehen häufiger zum Arzt) erkennbar. Allerdings mit konvergierender Tendenz, bis sich in der achten Lebensdekade die Inanspruchnahme ambulanter Versorgung bei Männern und Frauen stark einander angeglichen hatte (Abbildung 5–5). In dieser Lebensphase nahmen die Deutschen die ambulante ärztliche Versorgung mit rund zehn ambulanten Abrechnungsfällen pro Person am häufigsten in Anspruch. Auf das ganze Jahr betrachtet besuchte jeder Deutsche dieser Altersgruppe rund fünf verschiedene Arztpraxen und dürfte näherungsweise – Konstanz zum Vorjahr unterstellt – rund 30 bis 35 Praxiskontakte gehabt haben (Abbildung 5–6).

In der neunten Dekade ab einem Alter von etwa 80 Jahren war die Inanspruchnahme insgesamt wieder rückläufig. Auch war ein Auf- und Überholen der Männer feststellbar, die im hohen Alter etwas häufiger beim Arzt waren als Frauen.

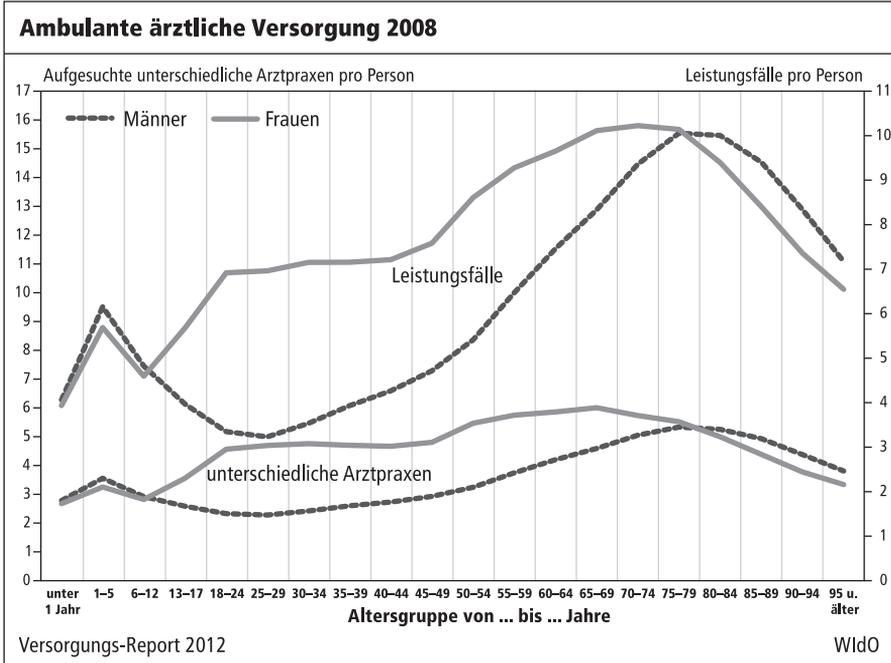
Nun zu den Arzt-Patientenkontakten: Als Indikator für die Arztkontakte wurden auf Basis der Routinedaten bisher (bis 2007) die Praxiskontakte der Patienten ausgewiesen, ermittelt aus dem jeweiligen Abrechnungsdatum einer Einzelleistung.¹⁴ Praxiskontakte können jedoch ab 2008 nicht mehr verlässlich bestimmt werden –

12 Ein Arzt rechnet die Leistungen für jede Person, die er in einem Quartal behandelt, ab und erzeugt so einen Abrechnungsfall. Eine Person, die in einem Quartal beispielsweise zu drei verschiedenen Ärzten geht, verursacht drei Abrechnungsfälle. Wie oft sie dabei jede Arztpraxis besucht, geht daraus nicht hervor.

13 Anzahl der von einer Person im Jahr aufgesuchten unterschiedlichen Arztpraxen, ermittelt anhand der distinkten Betriebsstättennummern.

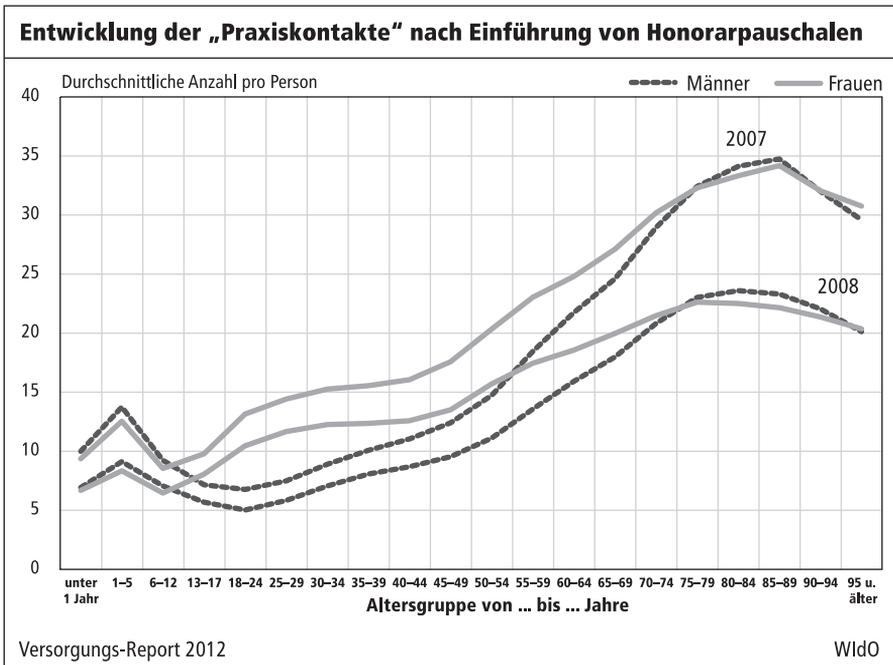
14 Gezählt wurde die Anzahl der Tage, an denen Gebührenordnungsziffern abgerechnet wurden (Datum der Leistungserbringung).

Abbildung 5-5



5

Abbildung 5-6



durch die verstärkte Einführung von quartalsweise abzurechnenden Honorarpauschalen mit dem EBM 2008 unterschätzt die Zählung der Abrechnungstage die tatsächlichen Patientenkontakte mit der Praxis. Verzerrend und zusätzlich unterschätzend wirkt auch die Tatsache, dass Honorarpauschalen bei Alten vergleichsweise häufiger abgerechnet werden. Dies zeigt sich indirekt in Abbildung 5–6: Hatten sich von 2007 auf 2008 die „Tage mit Abrechnung“ pro Person insgesamt um etwa ein Viertel in den AOK-Daten vermindert, war ab einem Alter von 80 Jahren ein Rückgang um rund ein Drittel zu verzeichnen. Da sich binnen eines Jahres nicht die tatsächliche Kontaktfrequenz in diesem Ausmaß vermindert haben kann, sondern sich vielmehr die Relation zwischen Einzel- und Pauschalleistungen hin zu den Pauschalen verschiebt, ist die Abnahme als Artefakt – entstanden aus den genannten veränderten Abrechnungsmodi – zu verstehen.

Durch einen mit dem Alter ansteigenden Honorarpauschalenanteil sinkt die Aussagekraft des Indikators Praxiskontakte so weit, dass er nicht mehr benutzt werden kann. Um das Leistungsgeschehen gerade bei älteren Patienten, die häufiger ärztliche Hilfe in Anspruch nehmen als jüngere, weiterhin möglichst nahe an der tatsächlichen Inanspruchnahme beobachten zu können, sollten zukünftig die Versichertenpauschalen des EBM um Ordinations- und Konsultationsangaben ergänzt werden.

5.4.3.2 Arzneimittelversorgung

Die Arzneimittelversorgung wird anhand der Arzneiverordnungen¹⁵ sowie der Mengen verordneter Wirkstoffe in definierten Tagesdosen (DDD) beschrieben.¹⁶ Eine Darstellung der häufigsten verordneten Wirkstoffgruppen (nach ATC-Dreistellern) bei alten Menschen vertieft die Analyse.

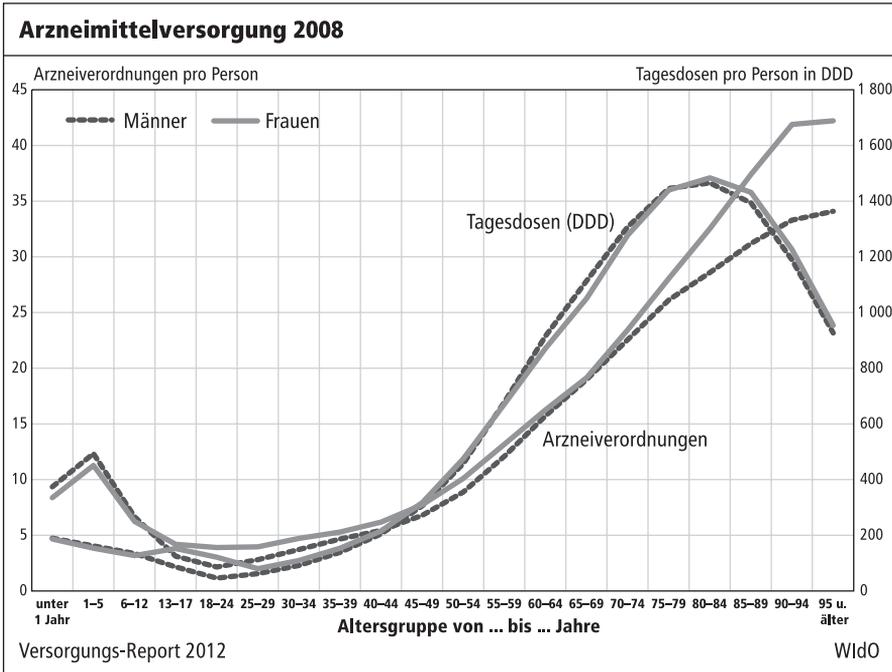
Arzneiverordnungen nahmen kontinuierlich bis zum Lebensende zu (Abbildung 5–7). Die durchschnittliche Anzahl der Arzneiverordnungen pro Person erreichte ihr Maximum in der höchsten Altersklasse der Personen ab 95 Jahre. Obwohl die Verordnungszahl immer weiter anstieg, sank in den höchsten Altersstufen die verabreichte Wirkstoffdosis – die mittlere Anzahl verordneter definierter Tagesdosen (DDD) nahm ab dem Alter von 85 Jahren wieder ab. Waren es bei den 80- bis 85-Jährigen noch rund 1 500 DDD – dies entspricht auf ein Jahr betrachtet einer durchgängigen täglichen Einnahme von rechnerisch rund vier verschiedenen Wirkstoffen – waren es bei den über 95-Jährigen unter 1 000 bzw. nur rund 2,5.

Für die unterschiedliche Entwicklung von Verordnungen und Tagesdosen bei Hochbetagten sind mehrere Erklärungen denkbar. Möglicherweise werden niedriger dosierte Medikamente oder kleinere Packungen verordnet, was sich in einem

15 Es fließen die Verordnungen sämtlicher Arzneimittel ein (Fertigarzneimittel sowie Nicht-Fertigarzneimittel).

16 Die definierte Tagesdosis (defined daily dose, DDD) ist ein Maß für die verordnete Arzneimittelmenge. Die allgemein anerkannte Definition lautet: Die DDD ist die angenommene mittlere tägliche Erhaltungsdosis für die Hauptindikation eines Wirkstoffes bei Erwachsenen. Es handelt sich um eine rein rechnerische Größe, ein Hilfsmittel zum Vergleich verordneter Wirkstoffmengen, das nicht unbedingt die tatsächlichen oder die empfohlenen Dosierungen wiedergibt. Die DDD werden nur für Fertigarzneimittel angegeben, Nicht-Fertigarzneimittel sind keiner therapeutischen Gruppe zuordenbar (siehe auch Fricke et al. 2009).

Abbildung 5–7



Rückgang der Wirkstoffmengen niederschlägt. Gleichzeitig werden mehr Nicht-Fertigarzneimittel verordnet (für die keine DDD-Angaben gemacht werden können), was die kontinuierliche Zunahme der Verordnungszahlen erklären dürfte (vgl. Tabelle 5–6).¹⁷

Medikation im Alter nach Wirkstoffgruppen

Für die sieben relevanten Altersklassen ab 65 Jahren wird die Verordnungsprävalenz von Wirkstoffgruppen dargestellt (Tabelle 5–6), die in mindestens einer Altersklasse zweistellige Werte aufwiesen. Je nach der Entwicklungstendenz wird grafisch differenziert in solche, die kontinuierlich mit zunehmendem Alter häufiger verordnet wurden (Abbildung 5–8) und solche, die – nach einem Maximum im dritten Lebensalter – in den höchsten Altersklassen wieder deutlich seltener (Abbildung 5–9) verordnet wurden.

Zur Gruppe der auch im hohen Alter häufig verordneten Wirkstoffe zählten allen voran Diuretika und Analgetika. Erhielt von den jungen Alten zwischen 65 und 69 Jahren jeder Fünfte Diuretika, waren es bei den über 90-Jährigen mehr als die Hälfte der Personen einer Altersklasse. Bei den Analgetika stieg die Verordnungsquote

¹⁷ Dazu zählen neben Rezepturen, die vom Apotheker angefertigt werden, auch in Apotheken hergestellte Mittel zur parenteralen Ernährung, Verbandmittel oder apothekenpflichtige Hilfsmittel wie Inkontinenz- und Stomaartikel.

Tabelle 5–6

Verordnungsprävalenz für die häufigsten Wirkstoffgruppen 2008

Wirkstoffgruppe (ATC-Dreisteller)		Verordnungsprävalenz in %						
		Altersgruppe von ... bis ... Jahre						
		65–69	70–74	75–79	80–84	85–89	90–94	95+
A02	Mittel bei Säure bedingten Erkrankungen	23,0	25,3	28,1	30,2	31,9	31,4	27,9
A03	Mittel bei funktionellen gastrointestinalen Störungen	6,8	7,8	9,0	10,5	12,4	14,4	15,3
A10	Antidiabetika	17,1	20,7	21,7	20,8	19,7	16,4	11,9
B01	Antithrombotische Mittel	16,8	21,8	27,2	30	29,9	25,7	19,9
C01	Herztherapie	8,6	13,2	19,4	25,5	30,4	32,3	30,4
C03	Diuretika	18,3	25,3	33,3	41,3	49,0	53,4	53,0
C07	Beta-Adrenorezeptor-Antagonisten	35,1	40,7	43,9	43,7	40,2	31,2	21,1
C08	Calciumkanalblocker	16,9	21,7	25,5	26,9	26,7	23,5	18,8
C09	Mittel mit Wirkung auf das Renin-Angiotensin-System	44,7	52,9	58,4	60,4	59,3	52,5	43,0
C10	Mittel, die den Lipidstoffwechsel beeinflussen	25,0	28,8	29,4	25,2	17,0	7,8	2,9
D07	Corticosteroide, dermatologische Zubereitungen	10,5	11,3	12,1	12,4	12,5	12,2	11,4
H03	Schilddrüsenherapie	15,6	16,2	17,0	16,8	15,6	12,8	9,8
J01	Antibiotika zur systemischen Anwendung	26,2	27,7	28,7	29,7	31,2	33,9	35,6
M01	Antiphlogistika und Antirheumatika	32,3	34,3	35,3	33,5	30,4	26,0	21,5
M04	Gichtmittel	9,6	11,5	12,4	12,3	11,3	8,8	6,4
N02	Analgetika	18,0	21,2	25,7	30,5	35,7	40,7	42,0
N05	Psycholeptika	10,4	12,4	15,7	20,5	26,6	33,5	37,3
N06	Psychoanaleptika	10,9	12,6	15,6	18,7	21,1	20,0	16,3
R03	Mittel bei obstruktiven Atemwegserkrankungen	10,7	11,7	12,8	12,6	11,2	10,0	8,5
S01	Ophthalmika	11,7	14,7	17,7	19,2	19,3	18,7	18,1
V04	Diagnostika	9,4	11,2	11,5	10,7	10,0	8,7	6,5
	Nicht-Fertigarzneimittel	20,5	24,2	28,7	34,2	42,0	49,6	54,8

Versorgungs-Report 2012

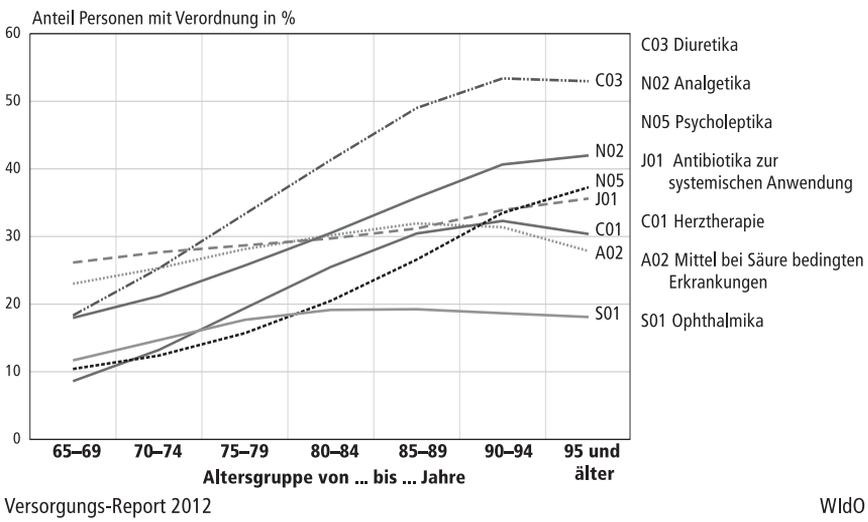
WlDO

von knapp 20 auf über 40 Prozent. Auch die Nicht-Fertigarzneimittel gehörten zu dieser Gruppe. Bei ihnen zeigte sich eine gleichbleibende Steigerung der Verordnungsprävalenz auch bei über 95-jährigen Personen, während bei der Mehrzahl beobachteter Wirkstoffe dort leichte Rückgänge oder zumindest abflachende Kurvenverläufe zu verzeichnen waren.

Die Gruppe mit deutlich rückläufiger Verordnungsquote im hohen Alter und daher parabelförmigem Kurvenverlauf wurde angeführt von den ACE-Hemmern (Mittel mit Wirkung auf das Renin-Angiotensin-System). In der neunten Lebensdekade erhielten 60 Prozent der Patienten entsprechende Arzneimittel verordnet, ab dem 90. Lebensjahr sank die Quote wieder. An zweiter Stelle standen die Betablocker.

Abbildung 5–8

Häufig verordnete Wirkstoffe bei alten Menschen: höchste Verordnungsprävalenz im vierten Lebensalter



5

Abbildung 5–9

Häufig verordnete Wirkstoffe bei alten Menschen: Verordnungsprävalenz im vierten Lebensalter wieder sinkend

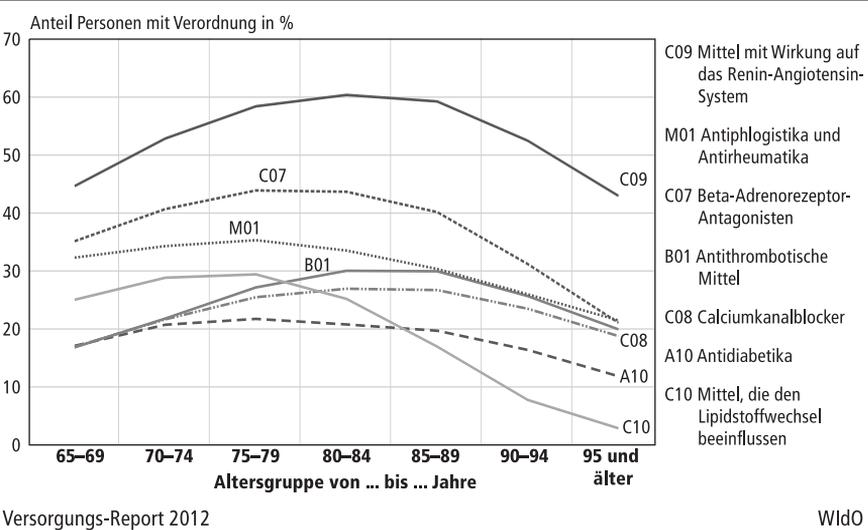
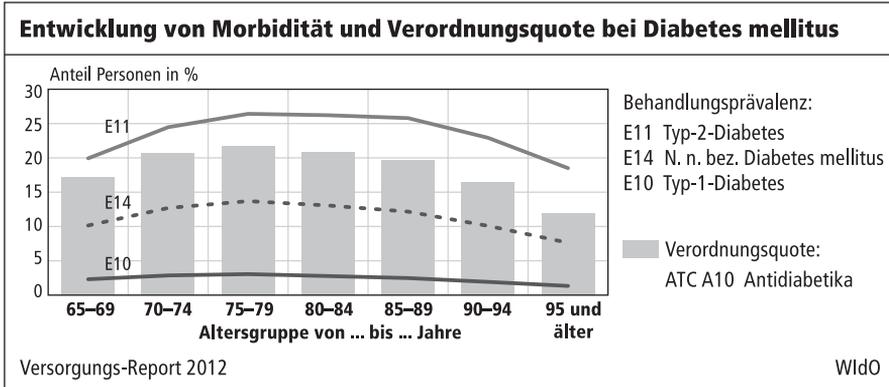


Abbildung 5–10



Warum ging der Anteil von Personen mit Verordnungen bestimmter Wirkstoffe in den oberen Altersklassen zurück? Vergleicht man für einzelne Indikationen Verordnungsquote und Behandlungsprävalenz miteinander – wie im Beispiel Diabetes mellitus in Abbildung 5–10 – zeigen sich parallele Verläufe. Die Prävalenzen waren auch in den drei häufigsten Diabetes-Kategorien rückläufig. Dies bedeutet letztlich, dass Antidiabetika bei Hochbetagten seltener verordnet wurden, weil es unter ihnen weniger Diabetiker gab. Sie dürften bereits vor Erreichen der höchsten Alterstufen verstorben sein.

Rückgänge der Verordnungsquoten gab es auch bei KHK- und Herzinsuffizienz-relevanten Wirkstoffen wie ACE-Hemmern oder Betablockern. Die Behandlungsprävalenz ischämischer Herzkrankheit ging jedoch nur leicht zurück, die der Herzinsuffizienz nahm zu. Hier kann vermutet werden, dass sich in der Reduzierung der Verordnungen in den höchsten Altersklassen auch ein anderes Verordnungsverhalten niederschlägt.

5.4.3.3 Stationäre Versorgung

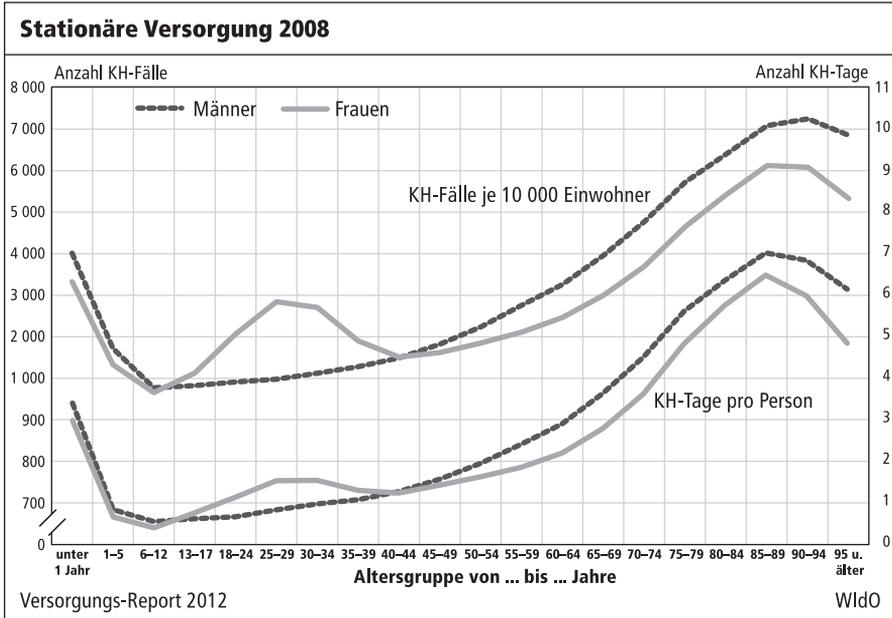
Die Inanspruchnahme der stationären Versorgung wird anhand der vollstationären Fallzahlen (im Jahr 2008 abgeschlossene Fälle) sowie der Summe der vollstationären Krankenhaustage dieser Fälle dargestellt.

Krankenhausbehandlungen nahmen mit dem Alter kontinuierlich zu (Abbildung 5–11). Die durchschnittliche Anzahl der Krankenhausfälle erreichte ihr Maximum bei den hochbetagten Patienten – jedoch noch vor der höchsten Altersklasse der über 95-Jährigen. Bei diesen sank die Fallzahl wieder.

Die höchste Aufenthaltsdauer im Krankenhaus wiesen Personen der Altersklasse von 85 bis 89 Jahren auf. Rund sechs Tage verbrachte rein rechnerisch jede 85- bis 89-jährige Person im Durchschnitt pro Jahr in einer Klinik. Ab einem Alter von 90 Jahren verminderten sich die mittleren Verweilzeiten wieder.

Die Gründe für stationäre Aufenthalte unterschieden sich stark zwischen jungen und alten Alten. Ein Vergleich zwischen 65- bis 69-Jährigen und über 94-Jährigen zeigt das unterschiedliche Krankheitsspektrum beider Gruppen anhand der Entlassungsdiagnosen (Tabelle 5–7), jede Spalte ist absteigend nach Häufigkeit des Auftretens sortiert.

Abbildung 5–11



- Die Anzahl der behandelten Indikationen (Entlassdiagnosen) lag bei den jungen Alten mit rund 1 200 fast doppelt so hoch wie in der höchsten Altersklasse mit rund 700 Behandlungsdiagnosen.
- unter den 20 häufigsten Behandlungsanlässen bei den jungen Alten fanden sich überwiegend Herz-Kreislauf-Krankheiten, Muskel- und Skeletterkrankungen (Arthrose und Rückenschmerz) und Probleme der inneren Organe (Cholelithiasis, Hernien) oder Krebs. Bei den alten Alten waren neben den Herz-Kreislauf-Krankheiten vor allem Frakturen, aber auch Atemwegserkrankungen (Pneumonie) sowie Volumenmangel zu beobachten.
- Abbildung 5–12 stellt die Hospitalisierungsquoten für häufige Diagnosen dar. Häufige Krankheiten der jungen Alten waren bei alten Alten zum Teil nur selten zu beobachten (Ausnahme Herzinsuffizienz, Hirninfarkt und Diabetes). Umgekehrt waren die bei Hochbetagten häufigsten Behandlungsanlässe in der jungen Vergleichsgruppe relativ wenig verbreitet. (Allerdings waren die Hospitalisierungsquoten für eine einzelne Erkrankung bei den 65- bis 69-Jährigen durch die höhere Anzahl an Behandlungsanlässen generell niedriger als bei den Hochbetagten mit engerem Krankheitsspektrum.)

Unabhängig von den Diagnosen reduzierten sich insgesamt betrachtet die Kosten für Klinikaufenthalte von der unteren zur höchsten Alterklasse um rund 31 Prozent. Kostete ein Krankenhausfall eines 65- bis 69-jährigen rund 6 500 Euro, waren es bei einer über 94-jährigen Person noch etwa 4 500 Euro.

Tabelle 5–7

Die häufigsten Behandlungsanlässe* stationärer Aufenthalte 2008 bei alten Menschen

65- bis 69-Jährige		über 94-Jährige	
I20	Angina pectoris	I50	Herzinsuffizienz
M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	S72	Fraktur des Femurs
I50	Herzinsuffizienz	J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet
I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	E86	Volumenmangel
E11	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]	I63	Hirnfarkt
I70	Atherosklerose	S06	Intrakranielle Verletzung
I48	Vorhofflattern und Vorhofflimmern	K56	Paralytischer Ileus und mechanischer Ileus ohne Hernie
I63	Hirnfarkt	I21	Akuter Myokardinfarkt
I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	S32	Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens
J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenerkrankheit	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems
M16	Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]	E11	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]
I21	Akuter Myokardinfarkt	R55	Synkope und Kollaps
K80	Cholelithiasis	G45	Zerebrale transitorische Ischämie und verwandte Syndrome
J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie
K40	Hernia inguinalis	I70	Atherosklerose
C34	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	S42	Fraktur im Bereich der Schulter und des Oberarmes
C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	J20	Akute Bronchitis
M54	Rückenschmerzen	J69	Pneumonie durch feste und flüssige Substanzen

*Jeweils die ersten fünf Diagnosen jeder Altersklasse sind in Abbildung 5–12 näher dargestellt

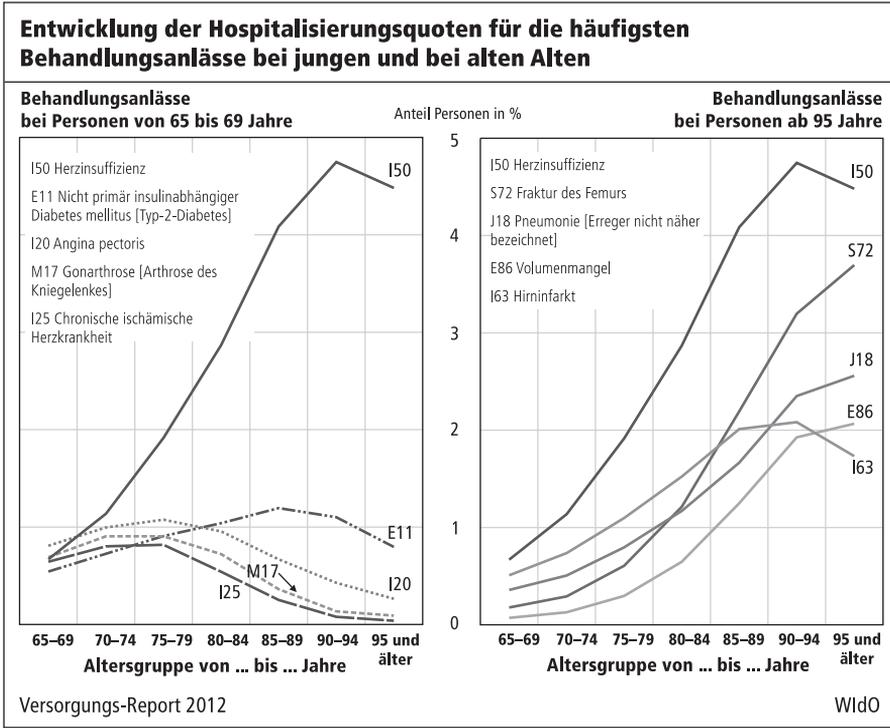
Versorgungs-Report 2012

WIdO

In der Gegenüberstellung von Zu- und Abnahmen bei den Entlassungsdiagnosen in Abbildung 5–12 sind Hinweise darauf zu finden, dass nicht mehr alle Behandlungsoptionen – hier insbesondere die (elektiven) operativen Eingriffe – ausgeschöpft werden, weil sie ein zu hohes Risiko für den Patienten darstellen könnten. So wurde die Arthrose des Kniegelenkes – dahinter stehen vermutlich Operationen zum Einsetzen von Knieendoprothesen – ab einem Alter von 80 Jahren immer seltener stationär behandelt. Ein Gegenbeispiel stellen Frakturen dar. Nach einem Sturz mit Knochenbruch wird im Sinne des medizinisch Machbaren gehandelt, weil der Eingriff als notwendig erachtet wird. So findet sich eine Prävalenzzunahme z. B. bei der Hauptdiagnose Femurfraktur.¹⁸

18 Die Krankenhauskosten für Fälle mit Femurfraktur waren über die sieben Altersklassen beinahe konstant.

Abbildung 5–12

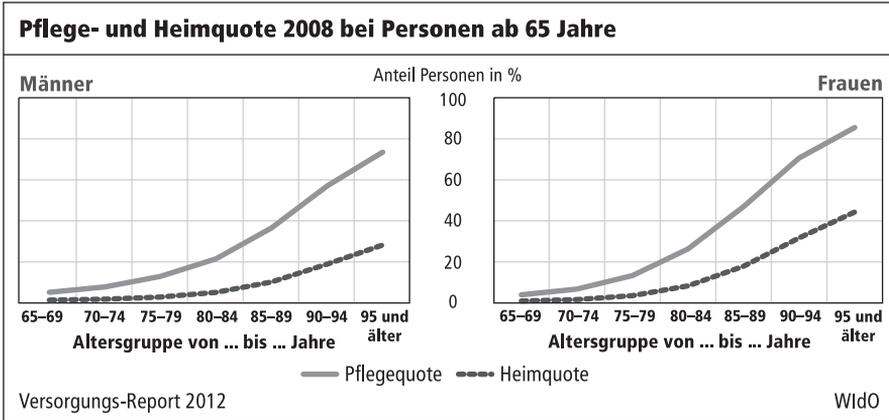


An der Behandlung der Herzinsuffizienz (vgl. Tabelle 5–2), die in fast allen Altersklassen den häufigsten Behandlungsanlass im Krankenhaus bildete und deren Behandlungsprävalenz insgesamt stieg, zeigt sich eine weitere Besonderheit. Bei steigender Hospitalisierungsquote gingen die Kosten für die Behandlung von Herzinsuffizienzpatienten in Krankenhäusern stark zurück. Bei den 65- bis 69-Jährigen betragen die durchschnittlichen stationären Ausgaben für Patienten mit der Hauptdiagnose Herzinsuffizienz 5 300 Euro. Sie sanken kontinuierlich über die Altersklassen um rund 2 000 Euro und lagen bei über 94-jährigen Patienten nur noch bei 3 300 Euro. Dies weist darauf hin, dass hochbetagte Patienten mit der Indikation eine andere Behandlung erfahren als jüngere. Hier wären vertiefende Analysen notwendig.

5.5 Fokus pflegebedürftige Personen

Wie sich die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen der Gesamtheit aller Personen von der der Pflegebedürftigen oder der Heimbewohner als Gesellschaftsgruppen, die einer besonders intensiven Versorgung bedürfen, abhebt, zeigt der folgende Abschnitt. Im Fokus stehen hier ausschließlich ältere Menschen ab 65 Jahren.

Abbildung 5–13



Neben den bekannten und oben verwendeten Parametern kommen Pflegequote (Anteil der Personen, die als pflegebedürftig im Sinne des SGB XI gelten¹⁹) und Heimquote (Anteil der Personen, die in einem Heim leben²⁰) hinzu. Beide Quoten bewegten sich zu Beginn des dritten Lebensalters noch auf einem niedrigen Niveau und stiegen insbesondere ab einem Alter von 80 Jahren steil an – bis in der höchsten Altersklasse jeder Dritte in einem Heim lebte bzw. mindestens drei von vier Personen pflegebedürftig waren (Abbildung 5–13). Die Geschlechtsunterschiede nahmen mit dem Alter zu. Frauen waren häufiger pflegebedürftig und lebten häufiger in Heimen als Männer, was mit dem längeren Überleben der Frauen und ihrer Rolle als Pflegerin der (Ehe-)Männer zusammenhängen dürfte.

Der Anteil der Pflegebedürftigen, die in Heimen versorgt wurden, lag bei den Männern je nach Altersklasse zwischen 22 und 38 Prozent, bei den Frauen verdoppelte er sich von 24 auf 52 Prozent.

5.5.1 Behandlungsquoten sektoral

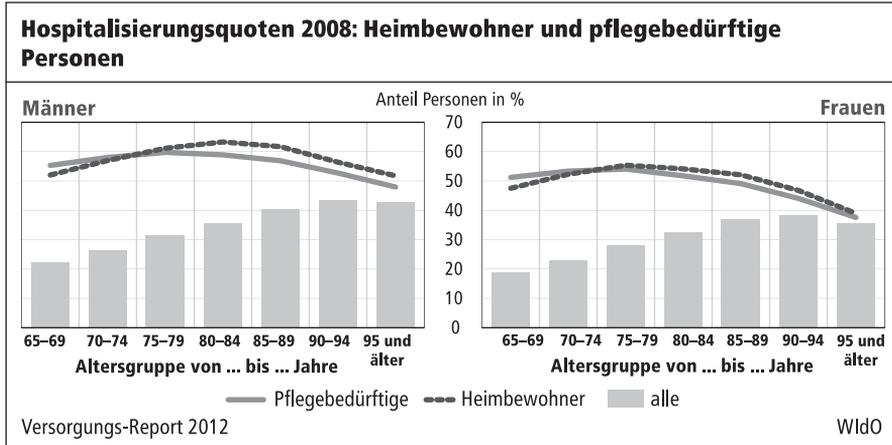
Die ambulanten Behandlungsquoten lagen bei Pflegebedürftigen und Heimbewohnern ab 65 Jahren bei über 97 Prozent, die Verordnungsquoten bei über 95 Prozent. Sie werden hier nicht dargestellt.

Die Hospitalisierungsquote lag in beiden Gruppen weit über dem Durchschnitt aller Versicherten. Sie erreichte ihr Maximum etwa bei 80 Jahren und damit rund

19 Als pflegebedürftig gelten Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung mindestens sechs Monate nicht in der Lage sind, die regelmäßig wiederkehrenden Tätigkeiten des täglichen Lebens auszuführen, und denen eine von drei Pflegestufen zugewiesen wurde. Leistungsempfänger der Pflegeversicherung sind in stationären Pflegeeinrichtungen untergebracht, werden von ambulanten Pflegediensten betreut oder sind Empfänger von Pflegegeld (§ 14 und 15 SGB XI).

20 Heime im Sinne des Heimgesetzes sind Einrichtungen, die dem Zweck dienen, ältere Menschen oder pflegebedürftige oder behinderte Volljährige aufzunehmen (§1 HeimG).

Abbildung 5–14



eine Dekade eher als im Mittel aller Personen. So kamen bei den 80- bis 84-jährigen Heimbewohnern 63 Prozent mindestens einmal jährlich in stationäre Behandlung (Abbildung 5–14), das Mittel lag in der entsprechenden Altersgruppe aller Männer bei 36 Prozent – ein Hinweis auf die erhöhte Morbidität von Heimbewohnern und in abgeschwächtem Maß von pflegebedürftigen Personen insgesamt. Bei den Frauen waren wiederum Krankenhauseinweisungen deutlich seltener als bei Männern.

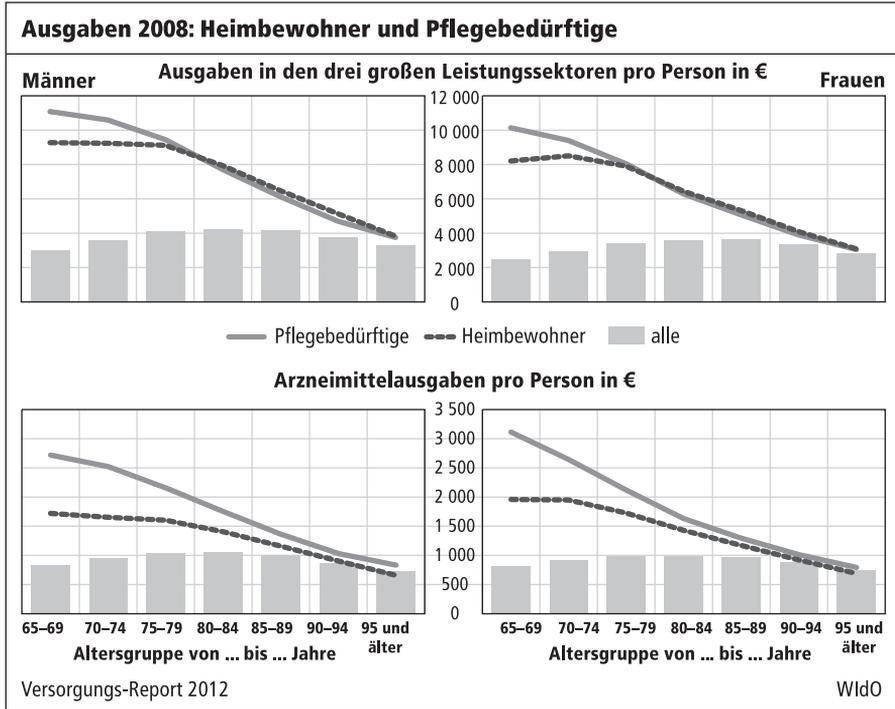
5.5.2 Ausgaben

Die Pro-Kopf-Ausgaben von Heimbewohnern oder pflegebedürftigen Personen lagen im dritten Lebensalter um ein Vielfaches über dem Durchschnitt aller Personen der jeweiligen Altersgruppe. Auch hier war zu beobachten, dass für die medizinische Versorgung von Männern mehr aufgewendet wurde als für die von Frauen. Mit steigendem Alter reduzierten sich die Ausgaben allerdings stark und näherten sich immer mehr dem Gesamtniveau an (Abbildung 5–15), weil bei Hochbetagten die Inanspruchnahme medizinischer Versorgung insgesamt zurückging (Abschnitt 5.5.3). Der Ausgabenrückgang dürfte auch aus einer Reduzierung der Behandlungskosten von Sterbefällen resultieren²¹, deren Anteil bei Pflegebedürftigen und Heimbewohnern überdurchschnittlich hoch war.²²

21 Die Annahme gründet sich auf einer Analyse der Behandlungskosten von Sterbefällen (Nöthen 2011). Dort waren die durchschnittlichen stationären Behandlungskosten der Sterbefälle bei über 84-jährigen Personen nur etwa halb so hoch wie die der 65- bis 84-jährigen Sterbefälle. Behandlungskosten regulär entlassener Patienten reduzierten sich mit zunehmendem Alter nur schwach.

22 Vor allem im dritten Lebensalter war dies der Fall: Lag hier der Anteil der Sterbefälle in der Gesamtpopulation im einstelligen Bereich (je nach Alters- und Geschlechtsklasse zwischen 1 und 9

Abbildung 5–15



Hervorzuheben ist, dass für Pflegebedürftige zwischen 65 und 80 Jahren deutlich höhere Ausgaben zu verzeichnen waren als für Heimbewohner derselben Altersstufen. Dies dürfte damit zu erklären sein, dass vor Eintritt der Pflegebedürftigkeit – als die Personen noch in ihrer Häuslichkeit lebten – aufwendige medizinische Behandlungen erfolgten (z. B. nach schwerer Krankheit wie Schlaganfall), um den Zustand des Patienten zu verbessern, sein Leben zu retten oder Pflegebedürftigkeit zu verhindern.

Erst in der neunten Lebensdekade wandelte sich das Bild. Die Ausgaben beider Subgruppen hatten sich stark angeglichen, die der Heimbewohner waren gegenüber denen der Pflegebedürftigen nur leicht erhöht.

Gliedert man die Gesamtausgaben über drei Leistungsbereiche nach den einzelnen Bereichen auf, so ähneln die Kurvenverläufe des ambulanten und stationären Sektors denen der Gesamtausgaben. Sie werden hier nicht einzeln abgebildet. Nur bei den Arzneiverordnungsausgaben war eine Abweichung zu erkennen. Auf Heimbewohner entfielen hier in jeder Altersgruppe deutlich weniger Medikamentenausgaben als auf die Gruppe aller Pflegebedürftigen (Abb. 5–15). In der höchsten Altersstufe waren die Pro-Kopf-Ausgaben der Heimbewohner insgesamt sogar am niedrigsten.

Prozent), variierte die Sterberate bei pflegebedürftigen Personen und Heimbewohnern zwischen 13 und 31 Prozent.

Ob sich darin ein anderes Arzneimittelmanagement bei Personen in vollstationärer Pflege gegenüber den übrigen Pflegeformen zeigt²³ oder sich abrechnungstechnische Effekte niederschlagen²⁴, müsste eingehender untersucht werden.

5.5.3 Umfang der Inanspruchnahme

Die Kurvenverläufe, die sich bei den Ausgaben zeigten, waren typisch für die beiden Subgruppen Pflegebedürftige und Heimbewohner und fanden sich erwartungsgemäß in den Inanspruchnahmeparametern wieder (Abbildung 5–16 bis 5–18). Gemeinsam sind allen Verläufen folgende Aspekte:

- Pflegebedürftige Personen oder Heimbewohner nehmen das Gesundheitswesen gegenüber dem Durchschnitt aller hier betrachteten Personen deutlich mehr in Anspruch.
- Während die Maxima in der Gesamtgruppe aller Personen bei etwa 80 Jahren erreicht wurden, lagen bei Pflegebedürftigen und Heimbewohnern maximale Ausprägungen der Inanspruchnahmeparameter in der Regel in den jüngeren Altersklassen (65 bis 75 Jahre). Mit zunehmendem Alter waren starke Rückgänge der Inanspruchnahme feststellbar, in der höchsten Altersklasse der über 95-Jährigen häufig bis auf das Vergleichsniveau aller beobachteten Personen.
- Leichte Unterschiede in der Versorgung pflegebedürftiger Personen und Heimbewohner waren zu erkennen: Bis 80 Jahre nahmen die Heimbewohner weniger Leistungen als alle Pflegebedürftigen in Anspruch. Ab einem Alter von 80 Jahre kehrte sich dies um – bei Heimbewohnern höheren Alters war eine etwas höhere Inanspruchnahme als bei Pflegebedürftigen zu verzeichnen.

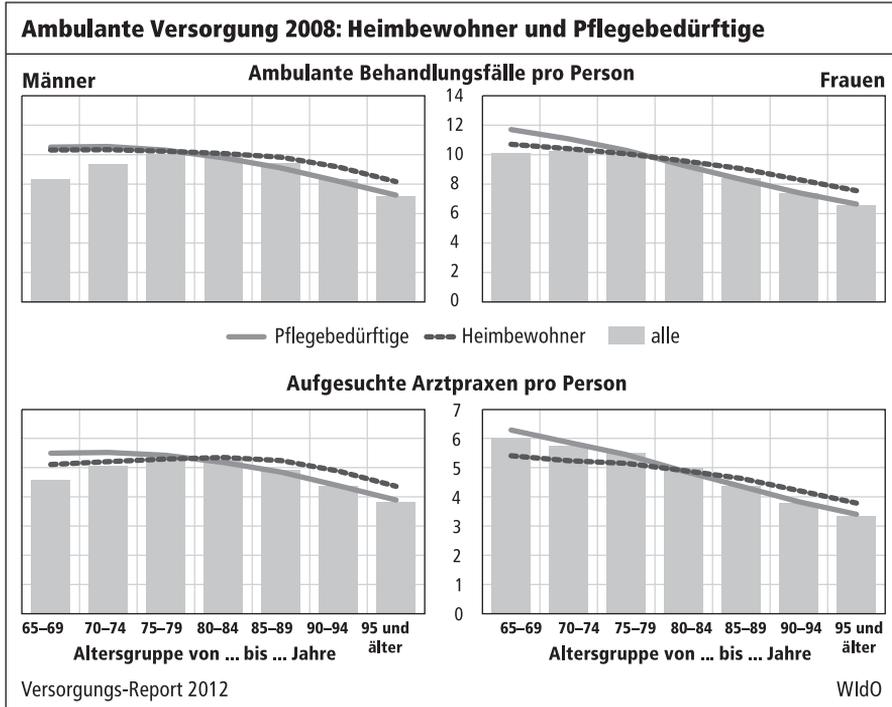
Gründe für die unterschiedliche Inanspruchnahme könnten in einer höheren Morbidität von Heimbewohnern ab 80 Jahre bzw. einem Wandel des Morbiditätsspektrums in Pflegeheimen zu suchen sein. Es ist weiterhin denkbar, dass in Heimen eine intensivere medizinische Betreuung veranlasst wird (z. B. aufgrund von Behandlungsstandards) oder dass in der häuslichen Pflege durch Angehörige eine ärztliche Betreuung seltener „organisiert“ wird.

Eine Ausnahme bildet die Arzneimittelversorgung. Bei Heimbewohnern waren Arzneiverordnungen und definierte Tagesdosen im Vergleich zu allen Pflegebedürftigen in fast allen Kategorien niedriger oder gleich hoch wie bei Pflegebedürftigen insgesamt.

23 An Demenz erkrankte Personen wurden bei Rothgang et al. (2010) näher untersucht. Dort fanden sich Unterschiede in den Verordnungsvolumina zwischen vollstationärer, ambulanter und informeller Pflege. Personen in vollstationärer Pflege erhielten weniger Antidementiva: Bei den Cholinesterasehemmern, die eher bei geringen und mittleren Schweregraden indiziert sind, wurde ein den Leitlinien entsprechendes Ordnungsverhalten vermutet (unter der Annahme, dass Personen in Pflegeheimen bereits an schwereren Formen der Demenz erkrankt waren). Andere Wirkstoffe – Memantin sowie Ginkgo biloba, beide in ihrer Wirksamkeit umstritten – wurden dort ebenfalls weniger verordnet.

24 Insbesondere apothekenpflichtige Hilfsmittel, die auf Rezept abgerechnet werden, dürften bei informeller Pflege – dies betreffe die Kurve aller Pflegebedürftigen – häufiger sein. Im Pflegeheim wird vermutlich direkt mit einem Lieferanten abgerechnet. Diese Ausgaben sind in den Arzneimitteldaten nach § 300, die in Abbildung 5–15 ausgewiesen sind, nicht enthalten.

Abbildung 5–16



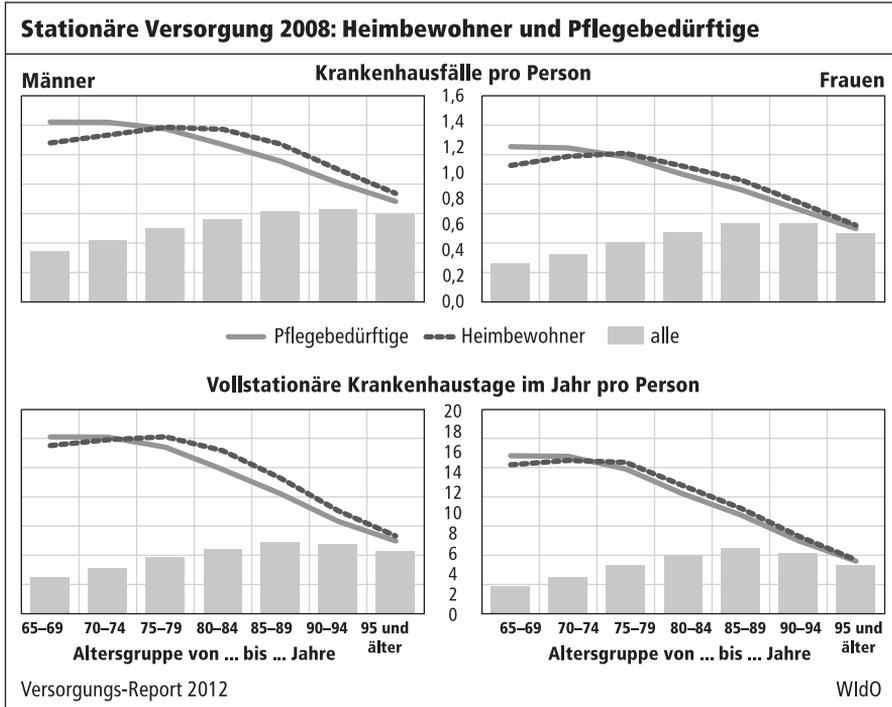
Die ambulante Inanspruchnahme von pflegebedürftigen oder in Heimen lebenden Personen unterschied sich im Großen und Ganzen nicht sehr stark von den Vergleichswerten aller Personen einer Altersgruppe. Gleichwohl waren die oben beschriebenen Effekte auch bei den ambulanten Behandlungsfällen und der Anzahl besuchter unterschiedlicher Arztpraxen erkennbar (Abbildung 5–16).

Auffällige Unterschiede und Spreizungen der Kurvenverläufe bei Personen im dritten Lebensalter lagen hingegen in der stationären (Abbildung 5–17) sowie der Arzneimittelversorgung (Abbildung 5–18) vor. In den höheren Altersklassen konvergierten die Verläufe und Unterschiede verringerten sich stark.

Die Unterschiede zwischen Heimbewohnern und allen pflegebedürftigen Personen bei den Arzneimittelausgaben (abweichend vom sonstigen Inanspruchnahmestandard) lagen hier die Ausgaben für Heimbewohner in allen Altersgruppen unter denen der Pflegebedürftigen) waren bei der Anzahl der Verordnungen und auch bei der Menge definierter Tagesdosen in den höheren Altersklassen nicht mehr so deutlich zu erkennen. Dies könnte bedeuten, dass hochbetagten Patienten in ambulanter oder informeller Pflege teurere Arzneimittel verschrieben wurden als in Heimen. Wahrscheinlicher ist jedoch, dass sich hier ein Effekt niederschlägt, der aus der unterschiedlichen Abrechnung von Hilfsmitteln resultieren könnte.²⁵

25 Vergleiche Fußnote 24 zu den apothekenpflichtigen Hilfsmitteln.

Abbildung 5–17



5.6 Zusammenfassung

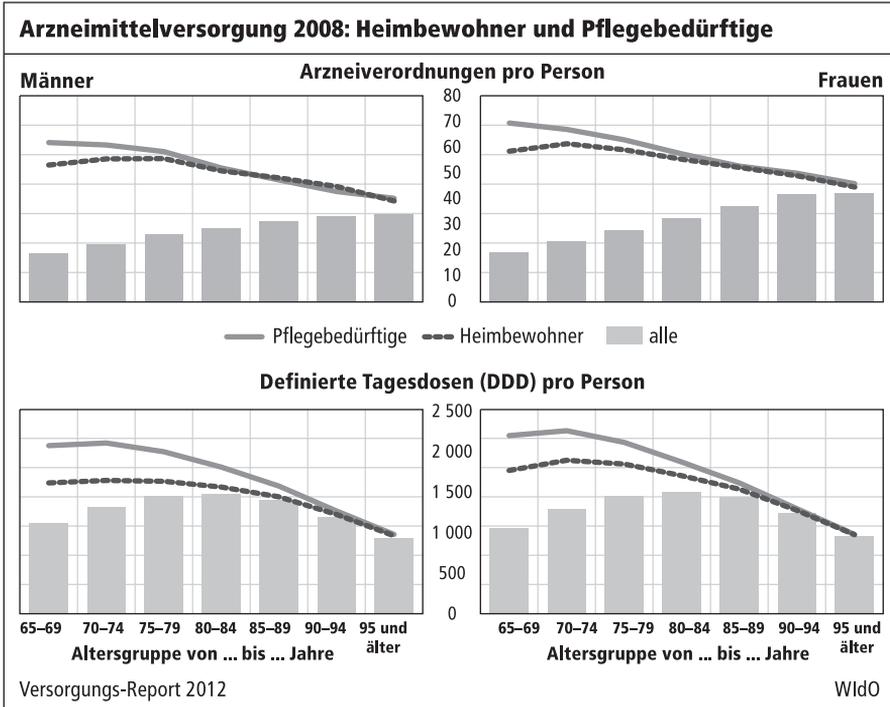
Die Untersuchung hat gezeigt, dass bis in die neunte Lebensdekade ein Anstieg der Inanspruchnahme medizinischer Versorgung vorlag. Danach reduzierte sie sich wieder. Bei pflegebedürftigen Personen und Heimbewohnern lag das Maximum der Inanspruchnahme schon in der siebten Dekade.

Bei den ärztlicherseits dokumentierten Behandlungsdiagnosen (als Indikator für Erkrankungshäufigkeit) war bei vielen Krankheiten ebenfalls ein Absinken der Quoten bei Hochbetagten zu erkennen (neben den typischen Alterskrankheiten, die kontinuierlich mit dem Alter zunehmen).

Insgesamt zeigten sich also Übereinstimmungen zwischen Krankheitshäufigkeiten und der Inanspruchnahme medizinischer Versorgung. Am Beispiel einzelner Indikationen wurde dies konkretisiert. Die Kurvenverläufe von Inanspruchnahme und Erkrankungshäufigkeit nach Altersgruppen ähnelten sich insgesamt bei vielen Erkrankungen.

Ob Rückgänge in den oberen Altersklassen immer einem Absinken der tatsächlichen Morbidität geschuldet sind oder andere Gründe zu einer reduzierten Inanspruchnahme führten, muss an anderer Stelle untersucht werden. Letztlich erreicht hier die Analyse von Krankenkassenabrechnungsdaten ihre Grenze. Die Gründe für die Veränderungen können in ihnen nicht entdeckt werden: Sinkt die Morbidität tatsächlich und deshalb auch die Inanspruchnahme? Sinkt die Inanspruchnahme aus

Abbildung 5–18



Gründen, die im Patientenverhalten zu suchen sind? Welche Rolle spielen Alter oder Multimorbidität bei der ärztlichen Therapieentscheidung? Viele Fragen müssen an dieser Stelle offen bleiben. Die Begründungen dürften je nach Art der Erkrankung variieren, weitere Untersuchungen zu einzelnen Indikationen sind sicher notwendig, um neue Erkenntnisse zu gewinnen.

Literatur

- Böhm K, Tesch-Römer C, Ziese T (Hrsg). Gesundheit und Krankheit im Alter. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: Robert Koch-Institut 2009.
- Fricke U, Günther J, Zawinell. A ATC-Klassifikation mit Tagesdosen für den deutschen Arzneimittelmarkt des GKV-Arzneimittelindex. Berlin: Wissenschaftliches Institut der AOK (Hrsg) 2009.
- Gerste B. Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen durch Patienten mit koronarer Herzkrankheit oder Herzinsuffizienz. In: Günster C, Klose J, Schmacke N (Hrsg). Versorgungs-Report 2011. Stuttgart: Schattauer 2011, 103–27.
- Grobe TG, Dörning, H Schwartz FW (Hrsg). Barmer GEK Arztreport. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse Band 1. St. Augustin 2010.
- Hallauer J, Bienstein C, Lehr U, Rönsh H. SÄVIP – Studie zur ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen. Hannover 2005.
- Kuhlmei A, Schaeffer D (Hrsg). Alter, Gesundheit und Krankheit. Bern 2008.

- Nöthen M. Hohe Kosten im Gesundheitswesen: Eine Frage des Alters? Statistisches Bundesamt, Wirtschaft und Statistik 7/2011: 665–75.
- Ramroth H, Specht-Leible N, König HH, Mohrmann M, Brenner H. Inanspruchnahme stationärer Krankenhausleistungen durch Pflegeheimbewohner. Dtsch Arztebl 2006; 103(41): A2710–3
- Rothgang H, Iwansky S, Müller R, Sauer S, Unger R. Barmer GEK Pflegereport 2010. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse. Band 5. Schwäbisch Gmünd 2010.
- Tesch-Römer C, Wurm S. Wer sind die Alten? Theoretische Positionen zu Gesundheit und Alter In: Böhm K, Tesch-Römer C, Ziese T. (Hrsg). Gesundheit und Krankheit im Alter. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: Robert Koch-Institut 2009; 7–20.
- Thode N, Bergmann E, Kamtsiuris P, Kurth BM. Einflussfaktoren auf die ambulante Inanspruchnahme in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 3/2005: 296–306.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Sondergutachten 2009. Bonn 2009.
- Sauerbrey G. Dementielle Erkrankungen zwischen Medizin und Pflege – Schwierigkeiten für die Versorgungsforschung. Monitor Versorgungsforschung 2/2011: 29–33.

6 Versorgungsbedarf in der stationären Langzeitpflege

Klaus Wingenfeld

Abstract

In der stationären Langzeitpflege ist schon seit vielen Jahren ein Wandel der Bewohnerstruktur zu beobachten. Charakteristische Merkmale dieser Entwicklung sind ein wachsender Anteil demenziell erkrankter Bewohner in späten Krankheitsphasen, die Gleichzeitigkeit schwerer körperlicher und psychischer Beeinträchtigungen und eine hohe Sterblichkeit innerhalb der ersten zwölf Monate des Heimaufenthalts. Hierdurch werden Pflegeeinrichtungen vermehrt mit konzeptionellen und organisatorischen Anpassungsanforderungen konfrontiert, die sie aufgrund der schwierigen Personalsituation allerdings nur mit Mühe bewältigen können.

Long-term care in nursing homes is characterized by a continuing change of the residents' significant needs of care. A growing proportion of people in the later stages of dementia, increasing simultaneity of physical, cognitive and behavioural impairments and a high mortality rate within the first year after admission are the main trends in most of the facilities. Therefore, nursing homes are faced with growing challenges to adapt concepts of care, procedures and organizational structures. However, due to shortages in staff and other circumstances many of them have difficulties to meet these challenges.

6.1 Einleitung

Stationäre Formen der pflegerischen Versorgung haben sich in den vergangenen 20 Jahren erheblich verändert. Die Bedeutung jener Formen, deren Schwerpunkt im Bereich des Wohnangebotes mit einigen ergänzenden Serviceleistungen lag („Seniorenwohnheime“), ist stark zurückgegangen. Die stationäre Langzeitpflege für schwer- und schwerstpflegebedürftige Menschen mit komplexem Hilfebedarf („vollstationäre Pflege“) hat hingegen einen stetigen Aufwärtstrend erlebt, der bis heute anhält. Vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung ist davon auszugehen, dass dieser Trend anhält und die fachlichen Anforderungen in diesem Versorgungsfeld weiter ansteigen.

6.2 Entwicklung des Versorgungsangebots

Annähernd ein Drittel aller Personen, die als pflegebedürftig im Sinne der Pflegeversicherung gelten, leben dauerhaft in stationären Pflegeeinrichtungen. Seit Einführung der Pflegeversicherung und trotz der Stärkung ambulanter Versorgungsformen ist eine deutliche Zunahme der Nachfrage nach Heimplätzen auszumachen. Im Zeitraum von 1999 bis 2009 stieg die Anzahl der Bewohner stationärer Pflegeeinrichtungen um 145 000 auf 700 000 Personen (Stichtagserhebungen, nur Langzeitpflege; Statistisches Bundesamt 2011). Dies entspricht einer Zunahme um rund 26 %, die somit deutlich höher ausfällt als bei häuslich versorgten Pflegebedürftigen (12 %). Ungeachtet der hinlänglich bekannten Tatsache, dass sich nur sehr wenige alte Menschen aus freien Stücken für ein Leben in einer Pflegeeinrichtung entscheiden, bleibt der schon seit Jahren anhaltende Trend des Bedeutungszuwachses der Heimversorgung weiterhin stabil. Der tendenzielle Rückgang des familiären Hilfepotenzials und die gleichzeitig steigende Lebenserwartung sind in dieser Hinsicht die wichtigsten Faktoren. Sie sind dafür verantwortlich, dass eine wachsende Zahl älterer Menschen auf eine Versorgung angewiesen ist, die innerhalb der gewohnten Häuslichkeit nicht oder nur unter größten Schwierigkeiten gewährleistet werden kann. Mit zunehmendem Alter treten vermehrt gesundheitliche Einbußen auf, die mit einem komplexen Versorgungsbedarf einhergehen. Von den 80- bis 89-jährigen Menschen, die pflegebedürftig im Sinne des SGB XI sind, leben rund 36 % in Pflegeheimen. Unter den Personen im Alter von über 89 Jahren beläuft sich der entsprechende Anteil sogar auf 48 %. Annähernd 30 % der Bundesbürger in dieser Altersgruppe leben dauerhaft in einer stationären Pflegeeinrichtung (80- bis 89-Jährige: 10 %) (Statistisches Bundesamt 2011; eigene Berechnungen).

Ähnlich wie die Bewohnerzahlen zeigt sich auch bei der Versorgungskapazität ein anhaltender Anstieg. 1999 existierten knapp 8 100 Einrichtungen mit einem Angebot an Langzeitpflege, die über einen Versorgungsvertrag nach dem SGB XI verfügten. 2009 waren es bereits 10 400 (ebd.). Die Anzahl der Plätze stieg um 30 % von 621 500 auf 808 200. Die Kapazität wächst damit etwas schneller als der Bedarf an Heimplätzen (30 % gegenüber 26 % in zehn Jahren). Diese Entwicklung führt in manchen Regionen zu spürbaren Auslastungsproblemen und in der Folge zu schärferem Wettbewerb, der in der Regel über die Preise ausgefochten wird. Dies wiederum wirkt sich unmittelbar auf die ohnehin knapp bemessene Personalausstattung aus.

6.3 Pflegebedürftigkeit

Präzise Daten zur Morbidität von Heimbewohnern liegen nicht vor. Die ergiebigsten Informationsquellen stellen nach wie vor Statistiken über pflegebegründende Diagnosen, die bei der Feststellung von Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI erfasst werden, sowie Ergebnisse von Forschungsprojekten dar. Sie gestatten allerdings lediglich eine grobe Beschreibung des Krankheitspanoramas. Psychische und neurologische Erkrankungen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen (hier vor allem der Schlaganfall) sowie Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems sind die wichtigsten gesundheitlichen Störungen, von denen Heimbewohner betroffen sind.

Charakteristisch für die Pflegebedürftigkeit der Mehrheit der Heimbewohner ist schon seit langem eine Kombination von Problemlagen auf körperlicher, psychischer und sozialer Ebene (Zimber et al. 1998; Wingenfeld und Schnabel 2002). Fragt man nicht nach der Diagnose „Demenz“, sondern nach Beeinträchtigungen von geistigen Funktionen, so lässt sich darstellen, wie sehr die Versorgung in der stationären Langzeitpflege von gerontopsychiatrischen Anforderungen geprägt ist. Der Anteil der Bewohner mit kognitiven Störungen liegt heute in den meisten Einrichtungen zwischen 60 und 80%. Eine Anfang 2011 abgeschlossene Studie zur Ergebnisqualität, in die 46 Einrichtungen aus verschiedenen Regionen des Bundesgebiets einbezogen waren, gibt hierzu genaueren Aufschluss. Mit ihr wurde eine größere Stichprobe erfasst (n=1 936), deren Repräsentativität nicht gesichert, aber aufgrund der Struktur der Stichprobe sehr wahrscheinlich ist (Wingenfeld et al. 2011). Hier wurden bei knapp zwei Dritteln der Bewohner erhebliche bis schwerste kognitive Beeinträchtigungen angegeben, bei weiteren 18% geringe Beeinträchtigungen. Nur 19% wiesen keine Störungen dieser Art auf.

In engem Zusammenhang hiermit steht das gehäufte Auftreten von Verhaltensweisen, die infolge des Verlustes von Selbststeuerungsfähigkeit entstehen und für den betroffenen Bewohner oder seine soziale Umgebung (vor allem für Mitbewohner) ein Problem darstellen. Der Heimeintritt resultiert immer häufiger aus den Konsequenzen von kognitiven Einbußen und Verhaltensweisen, deren Bewältigung die Möglichkeiten der häuslichen Versorgung übersteigt. Dazu gehören Störungen der Orientierung und des Erinnerungsvermögens, Beeinträchtigungen der Kommunikation, der Verlust von Einsicht in Handlungsnotwendigkeiten, Persönlichkeitsveränderungen sowie Verhaltensweisen, die ein Gefährdungspotenzial bergen. Diese und andere Merkmale der Pflegebedürftigkeit führen in der häuslichen Umgebung selbst bei Einbindung der ambulanten Pflege zu hohen Belastungen der pflegenden Angehörigen (Schaeffer 2001). Sie sind häufig ausschlaggebend für die Überforderung der Angehörigen und den Entschluss, nach einem Heimplatz zu suchen. Dementsprechend hoch liegt die Zahl der Heimbewohner, die ein Verhalten mit Gefährdungspotenzial zeigen. Repräsentative Daten liegen hierzu zwar nicht vor, doch kann auf der Grundlage bisheriger Studien davon ausgegangen werden, dass 30 bis 60% der heutigen Heimbewohner regelmäßig Verhaltensweisen zeigen, die Unterstützungsbedarf auslösen – je nachdem, welche Verhaltensweisen im Einzelnen darunter subsumiert werden (vgl. Weyerer et al. 2006; Wingenfeld und Seidl 2008).

Bedarf entsteht hier nicht nur im Hinblick auf die Sicherstellung von Gesundheit und körperlicher Unversehrtheit. Bestimmte Verhaltensweisen führen auch zu erheblichen Begrenzungen für den betreffenden Bewohner selbst. Im Versorgungsalltag wird nicht selten mit restriktiven Maßnahmen reagiert, etwa mit medikamentösen Mitteln, Isolierung oder den verschiedenen Formen physischer aktivitätsbegrenzender Maßnahmen wie Bettgittern – auf jeden Fall mit Maßnahmen, die den Handlungsspielraum des Bewohners beeinträchtigen (vgl. Koczy et al. 2011). Darüber hinaus provozieren Verhaltensauffälligkeiten häufig eine Distanzierung der sozialen Umgebung. Mitbewohner vermeiden den Kontakt zu Personen, deren Verhalten sie ängstigt oder in anderer Form emotional belastet. Mitunter kommt es auch zur Etikettierung eines Bewohners mit Verhaltensproblemen als „nicht gruppenfähig“, was zum Ausschluss von der Teilnahme an entsprechenden Angeboten führt.

Neben Verhaltensweisen mit Gefährdungspotenzial treten andere, als „störend“ oder „agitiert“ titulierte Verhaltensweisen, insbesondere vokale Verhaltensauffälligkeiten, unter Heimbewohnern noch häufiger auf (Wingenfeld und Seidl 2008). Nicht übersehen werden dürfen außerdem Verhaltensweisen, die eher durch Antriebsverlust, Passivität und Rückzug gekennzeichnet sind. Sie bringen weder unmittelbare Gefährdungen noch Störungen im Lebensalltag mit sich und finden daher deutlich weniger Aufmerksamkeit der Mitarbeiter.

Einbußen der Mobilität sind unter Heimbewohnern in etwa ebenso häufig anzutreffen wie kognitive Störungen. In der oben genannten Qualitätsstudie waren knapp 80 % der Bewohner auf Personenhilfe bei der Fortbewegung über kurze Strecken angewiesen, zumindest beim Treppensteigen. Schwerste Beeinträchtigungen der Mobilität, die nicht nur die Fortbewegung, sondern auch das Sitzen und die Eigenbeweglichkeit in liegender Position betreffen, wiesen 31 % der Bewohner auf (Wingenfeld et al. 2011).

Mobilität, kognitive Fähigkeiten und Selbststeuerungskompetenz sind elementare Voraussetzungen für die Selbständigkeit bei alltäglichen Lebensaktivitäten. Nach den vorliegenden Daten sind fast alle Bewohner auf Unterstützung beim Duschen oder Baden angewiesen, rund 80 % benötigen regelmäßig Hilfe beim An- und Auskleiden. Beim Toilettengang beläuft sich der Anteil der unterstützungsbedürftigen Bewohner auf 70 %. Von Harninkontinenz betroffen sind in etwa ebenso viele, bei weiteren 10 % erfolgt eine künstliche Harnableitung. Ein relativ hoher Grad der Selbständigkeit besteht erwartungsgemäß im Bereich der Nahrungsaufnahme, denn das Essen ist eine Handlung, die vielfach auch im fortgeschrittenen Stadium einer Demenz ohne direkte Unterstützung möglich ist. Rund 60 % der Bewohner können weitgehend selbständig feste Nahrung zu sich nehmen (ebd.).

Diese Untersuchungsergebnisse mögen genügen, um anzudeuten, dass ein Großteil der Heimbewohner nicht mehr über die Fähigkeiten verfügt, selbständig alltägliche Verrichtungen durchzuführen oder mit krankheits- und therapiebedingten Anforderungen umzugehen, die einen noch höheren Schwierigkeitsgrad aufweisen. Auch bei komplexeren alltäglichen Aufgaben wie Einhaltung eines Rhythmus von Wachen und Schlafen, sich bedürfnisgerecht beschäftigen, eine Tagesstruktur entwickeln oder soziale Kontakte pflegen zeigt sich ein recht hoher Grad der Abhängigkeit von Personenhilfe.

Besonders wichtig für den Alltag in den Einrichtungen (häufig auch für den Heimeintritt) sind die in der Nacht auftretenden Problem- und Bedarfslagen. Vor allem bei demenziell erkrankten Bewohnern kommt es häufig zu Verschiebungen, zum Teil auch zu einer Umkehr des Tag-Nacht-Rhythmus. Die Bewohner wachen auf und kommen aufgrund ihrer zeitlichen und örtlichen Desorientierung nicht mehr zur Ruhe. Sie verlassen möglicherweise das Bett und ihr Zimmer, ohne wieder zurückzufinden, oder sie entwickeln Unsicherheit und Ängste, die gelegentlich in regelrechte Panikattacken einmünden. Nicht langanhaltende Ruhe ist das vorherrschende Kennzeichen der Nacht in stationären Pflegeeinrichtungen, sondern ein häufig auftretender Versorgungsbedarf aufgrund körperlicher, psychischer und verhaltensbezogener Probleme.

Der Umgang mit Tod und Sterben bildet ein weiteres wichtiges Merkmal, das den Alltag in den Heimen stark prägt. Heimbewohner versterben häufig innerhalb

eines relativ kurzen Zeitraums nach ihrem Einzug in eine Einrichtung. Die Daten der Infratest-Heimerhebung wiesen bereits für das Jahr 2005 recht kurze Verweilzeiten aus. Sie lagen im Durchschnitt bei 3,4 Jahren, bei Männern sogar nur bei 2,2 Jahren. 22 % der Bewohner verstarben innerhalb von sechs Monaten nach Einzug in die Einrichtung, knapp 30 % innerhalb eines Jahres und 43 % innerhalb von zwei Jahren (Schneekloth und Wahl 2009). Eine andere Analyse auf der Grundlage von Mortalitätsdaten (unter Einschluss der Kurzzeitpflege) zeigt, dass sich 25 % aller Sterbefälle innerhalb von knapp zwei Monaten und insgesamt 50 % innerhalb von 15 Monaten nach dem Heimeinzug ereignen (Techtmann 2010). Auch hier bestehen Unterschiede zwischen den Geschlechtern: Unter den Männern sind 50 % bereits innerhalb von fünf Monaten nach dem Heimeinzug verstorben.

Durch diese Entwicklungen, d. h. durch die zunehmende Schwere und Komplexität gesundheitlicher Probleme, durch die weit verbreitete Gleichzeitigkeit erheblicher körperlicher und psychischer Beeinträchtigungen und durch den Bedeutungszuwachs der Sterbebegleitung sind die Anforderungen an die Einrichtungen und ihre Mitarbeiter in den letzten Jahren erheblich gestiegen. Stationäre Pflegeeinrichtungen sollen wohnlich sein und gute Voraussetzungen für Lebensqualität bieten. Sie müssen zugleich in der Lage sein, dem Bedarf schwerkranker Menschen gerecht zu werden, die eine fachlich anspruchsvolle Unterstützung benötigen. Längst schon sind die Einrichtungen zu Orten der komplexen Versorgung in den Spätstadien chronischer Krankheit geworden.

6.4 Schwerpunkte des Bedarfs

Die wichtigsten Anforderungen an die Versorgung in der stationären Langzeitpflege stehen in engem Zusammenhang mit den oben angesprochenen Gesundheitsstörungen und Merkmalen der Pflegebedürftigkeit. An dieser Stelle können allerdings nur einige ausgewählte Bedarfslagen benannt werden, die für den Heimalltag besonders wichtig sind.

Heimbewohner sind in hohem Maße auf Unterstützung bei elementaren Alltagshandlungen angewiesen, vor allem bei der Körperpflege, der Toilettenbenutzung, dem Umgang mit Inkontinenz, der Nahrungsaufnahme und der Mobilität (einschließlich Lagerungen in liegender Position). Auf diese Bereiche entfallen fast zwei Drittel des Zeitaufwands, der für die unmittelbar bewohnerbezogenen Maßnahmen in stationären Pflegeeinrichtungen aufgebracht wird (Wingenfeld und Schnabel 2002). Hier besteht allerdings nicht nur ein Bedarf an Kompensation der verlorenen Selbständigkeit. Zu den größten Herausforderungen im Versorgungsalltag gehört vielmehr auch die systematische Aktivierung der verbliebenen Fähigkeiten, um auf diese Weise einer Zunahme der Pflegebedürftigkeit entgegenzuwirken. Angesichts der durch Multimorbidität und hohes Alter geprägten Bewohnerstruktur ist es dabei schon als Erfolg zu werten, wenn es gelingt, die verbliebenen Fähigkeiten zu erhalten. Eine der wichtigsten Aufgaben besteht in der Förderung der Mobilität. Sie hat eine große Bedeutung für zahlreiche Körperfunktionen, aber auch für die Lebensqualität und die Teilhabe an der Gesellschaft (Bourret et al. 2002; Stemper 2002).

Ein zweiter wichtiger Schwerpunkt ergibt sich durch psychische und soziale Problemlagen und Bedürfnisse. Hier ist sowohl die Ebene der individuellen Versorgung als auch die Gestaltung des Milieus angesprochen. Hochaltrige Menschen, vor allem Demenzzranke, sind auf eine Lebensumgebung angewiesen, die sie einerseits nicht überfordert und ständig mit ihren Grenzen konfrontiert, die aber andererseits genügend Angebote und Stimuli bereithält, um trotz vielfältiger Beeinträchtigungen bedürfnisgerechte Aktivitäten entwickeln und Wohlbefinden erleben zu können. Auf diese Ebene konzentrieren sich die Bemühungen der Einrichtungen häufig. Weniger entwickelt sind systematische Hilfestellungen im Rahmen der individuellen Versorgung. Gerade bei schwer demenzzranke Heimbewohnern kommt es jedoch darauf an, dass die Pflegenden geeignete Formen der Kommunikation finden, die verbliebenen individuellen Ressourcen erkennen und auch der Hintergrundproblematik nachgehen, die problemträchtige Verhaltensweisen fördert (Kitwood 2003).

Besondere Aufmerksamkeit verdient die Gruppe der immobilen, kognitiv beeinträchtigten Bewohner. Empirische Studien zeigen, dass sich das Handeln der Mitarbeiter oftmals auf solche Bewohner konzentriert, die in der Lage sind, ihre Bedürfnisse an die Pflegenden heranzutragen oder Situationen herzustellen, in denen eine unmittelbare Intervention erforderlich wird. Je weniger mobil die Bewohner sind, umso weniger präsent sind ihre Bedürfnisse und psychischen Problemlagen im Wohnbereichsalltag und umso seltener erhalten sie außerhalb von körperbezogenen Pflegehandlungen psychosoziale Unterstützung. Die Versorgung ist oftmals geprägt von Arbeitsroutinen und Personalknappheit, wodurch psychosoziale Anforderungen gegenüber der Sicherstellung von Behandlungspflege und Alltagsverrichtungen stark in den Hintergrund treten (Wingenfeld und Schnabel 2002).

Auch auf den besonderen Bedarf während der Nacht soll an dieser Stelle noch einmal hingewiesen werden. Eine große Mehrheit der Heimbewohner benötigt täglich oder fast täglich Leistungen während des Nachtdienstes. Im Vordergrund stehen dabei Hilfestellungen beim Toilettengang, die Inkontinenzversorgung, Lagerungen und die psychosoziale Unterstützung (z. B. Unterstützung bei Wandertendenz oder akuten Angstzuständen). Hilfe für gestürzte Bewohner ist im Nachtdienst ebenfalls regelmäßig erforderlich (ebd.).

Durch die hohe Mortalität werden stationäre Einrichtungen heute in besonderer Weise gefordert, eine bedürfnisgerechte Sterbebegleitung zu gewährleisten. Die leistungsrechtlichen Voraussetzungen für die palliative Versorgung von Heimbewohnern (§ 37b Abs. 2 SGB V) sind vor einigen Jahren verbessert worden, die damit zusammenhängenden inhaltlich-konzeptionellen und organisatorischen Fragen stellen jedoch nach wie vor eine Herausforderung dar. Vor dem Hintergrund des zunehmenden Problemdrucks ist es notwendig, zumindest grundlegende Elemente der Sterbebegleitung in der Praxis der vollstationären Pflege besser zu verankern. Dazu gehört beispielsweise die Qualifizierung ausgewählter Mitarbeiter zur Palliativpflege, der Ausbau der Kooperation mit Hospizdiensten, die Konkretisierung von Aufgaben und Zuständigkeiten sowie die Einbeziehung und Beratung von Angehörigen (vgl. z. B. Korte-Pötters et al. 2007).

Es existieren einige spezielle Bedarfslagen, die in der individuellen Versorgung weniger kontinuierlich auftreten, in bestimmten Phasen aber besondere Bedeutung für den Bewohner haben. Dazu gehört etwa die individuelle Unterstützung in der

Phase des Einlebens nach dem Heimeinzug, die für den weiteren Verlauf der gesundheitlichen Entwicklung erhebliche Bedeutung gewinnen kann (Lee et al. 2002; Thiele et al. 2002), die Unterstützung des Bewohners bei notwendigen Krankenhausaufenthalten oder auch die Unterstützung bei der Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen, auf die viele Heimbewohner angesichts zahlreicher Probleme der ärztlichen Versorgung (vgl. Hallauer et al. 2005) in hohem Maße angewiesen sind. Fehlende fachärztliche Begleitung, die unzureichende Schmerzbehandlung bei demenziell Erkrankten oder mangelnde Abstimmung der medikamentösen Therapie unter den behandelnden Ärzten sind Beispiele für Situationen, in denen diese Unterstützung besonders wichtig ist.

Aufgrund der komplexen gesundheitlichen Probleme ihrer Bewohner erweisen sich vollstationäre Pflegeeinrichtungen somit als Orte einer ausgeprägten Bedarfskumulation, die in dieser Form in keinem anderen Bereich der pflegerischen Versorgung vorzufinden ist.

6.5 Entwicklungsherausforderungen

Der vielzitierte Wandel der Bewohnerstruktur umfasst nicht allein den Umstand, dass die Bewohner ein immer höheres Alter erreichen. In den letzten Jahren zeigen sich einige weitere Entwicklungstendenzen. So ist ein Bedarf an Plätzen für pflegebedürftige Menschen im jüngeren Erwachsenenalter entstanden; mehr und mehr Einrichtungen verfügen über entsprechende, gesondert organisierte Wohnbereiche. Die Versorgung von Wachkomapatienten und von beatmungspflichtigen Menschen hat ebenfalls an Bedeutung gewonnen. Auch die Frage der Versorgung pflegebedürftiger Menschen mit Migrationshintergrund bleibt aktuell. Dass die große Nachfragerwelle, die in früheren Jahren von verschiedensten Wissenschaftlern vorausgesagt wurde, bislang ausgeblieben ist, sollte nicht dazu führen, die mit dieser Frage verknüpften konzeptionellen Herausforderungen ad acta zu legen (vgl. Brzoska und Razum 2011). Schließlich ist auf die älter werdenden Menschen mit Behinderung hinzuweisen (Büker 2011). Hier entsteht eine neue Gruppe Pflegebedürftiger, für die im Falle schwerer chronischer Krankheiten die heutigen Wohnformen der Behindertenhilfe vielleicht nicht mehr ausreichen.

Die Qualitätsentwicklung ist neben der Ausdifferenzierung der Angebotsstruktur eine zentrale Aufgabe zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung. Trotz des hohen Stellenwerts kognitiver und psychischer Probleme ist die pflegerische Versorgung in vielen Einrichtungen nach wie vor durch eine starke Konzentration auf körperliche Bedarfslagen gekennzeichnet. Die Unterstützungsnotwendigkeiten, die aus psychischen Erkrankungen und ihren Folgeproblemen erwachsen, finden noch zu wenig Eingang in eine zielgerichtete, individuelle Maßnahmenplanung. Auf psychische bzw. verhaltensbezogene Probleme wird vorrangig spontan reagiert, vor allem in Situationen, in denen sich eine Gefährdung, Störung, psychische Überforderung oder andere problematische Situationen anbahnen oder bereits eingetreten sind. Ansonsten gilt „Betreuung“ häufig als gesonderter Maßnahmenbereich, für den die sozialen Dienste oder die Betreuungskräfte nach § 87b SGB XI zuständig sind. Diese Trennung, die aus professioneller Sicht eine erheb-

liche Verkürzung des pflegerischen Aufgabenverständnisses beinhaltet, wird u. a. durch den verengten, somatisch ausgerichteten Pflegebedürftigkeitsbegriff im heutigen Sozialrecht stabilisiert und gefördert. Insbesondere die Unterstützung von Bewohnern mit Verhaltensauffälligkeiten bedarf der Weiterentwicklung. Inzwischen liegen hierzu, wenn auch nur vereinzelt, auch in Deutschland erprobte und evaluierte Konzepte vor (vgl. Wingenfeld und Seidl 2008).

Ein zweites wichtiges Thema ist die Integration ressourcenfördernder bzw. ressourcenerhaltender Pflege im Versorgungsalltag. Nicht zuletzt aufgrund der meist angespannten Personalsituation hat sich eine Praxis herausgebildet, in der die Mitarbeiter eher danach streben, Maßnahmen so rasch wie möglich zu erledigen statt Eigenaktivität von Bewohnern zu fördern, was in der Regel weit mehr Zeit kostet. Konsequente Ressourcenförderung ist unter den gegenwärtigen Bedingungen des Versorgungsalltags schwer zu realisieren. Wenig bewirkt hat die allgemeine Forderung, nach Möglichkeit jede pflegerische Maßnahme nach den Grundsätzen der Ressourcenförderung zu gestalten. Bessere Chancen der Umsetzung bieten zielgerichtete, individuelle und in der Pflegeplanung fixierte Programme, die Art, Umfang, Rhythmus, Situationen und Zeitpunkte für ressourcenfördernde Maßnahmen klar definieren.

Auch der Schutz vor gesundheitlichen Schädigungen und Belastungen nimmt vor dem Hintergrund der ausgeprägten Vulnerabilität, die für Heimbewohner kennzeichnend ist, einen wichtigen Stellenwert ein. Dekubitalulcera, Stürze mit gravierenden Folgen oder Probleme bei der Nahrungsaufnahme ziehen weitreichende gesundheitliche Folgen und einen rapiden Verlust der Lebensqualität nach sich. Die Nationalen Expertenstandards für die Pflege greifen diese und andere Risiken auf und bieten den Einrichtungen einen fachlichen Orientierungsrahmen, um solche schwerwiegenden Probleme zu vermeiden (Schiemann und Moers 2011). In den meisten Einrichtungen haben die Expertenstandards die Mitarbeiter für diese Probleme sensibilisiert und mehr Fachlichkeit initiiert. In manchen Aufgabenfeldern allerdings geht die Entwicklung nur sehr langsam voran. Dazu gehört etwa das pflegerische Schmerzmanagement. Die Aktualisierung von Schmerzeinschätzungen, der systematische Einsatz nichtmedikamentöser Interventionen und die Kooperation zwischen Medizin und Pflege sind Beispiele für Handlungsfelder, in denen noch viele Entwicklungs Herausforderungen bestehen (Wingenfeld et al. 2011).

Zu den wichtigen Entwicklungsaufgaben zählt auch die Gestaltung der Schnittstellen zu anderen Leistungsbereichen. Nach den vorliegenden Untersuchungsergebnissen muss rund die Hälfte der Bewohner mindestens einmal jährlich ein Krankenhaus aufsuchen (vgl. z. B. Deutsches Zentrum für Alternsforschung 2003), was für sie im Regelfall deutlich höhere Belastungen und Risiken mit sich bringt als für jüngere, nicht pflegebedürftige Menschen. Körperliche und kognitive Einbußen verstärken sich häufig und dauern zum Teil noch lange nach der Entlassung an (Hansen et al. 1999). Vor diesem Hintergrund ist eine verbesserte Zusammenarbeit zwischen Krankenhaus und Pflegeeinrichtungen dringend erforderlich. Inzwischen gibt es hierzu einige vielversprechende Ansätze. Konzepte zur koordinierten Überleitung finden vor allem in den Krankenhäusern, inzwischen aber auch in Pflegeeinrichtungen zunehmend Verbreitung (vgl. Korte-Pötters et al. 2007). Besonders wichtig sind darüber hinaus Bemühungen, einen sofortigen Informationstransfer bei der Krankenhausaufnahme demenziell erkrankter Bewohner sicherzustellen,

um vor allem die Pflegenden mit Hinweisen über Gewohnheiten, Bedürfnisse, Fähigkeiten und Verhaltensweisen zu versorgen. Sie werden dringend benötigt, um den individuellen Pflegeprozess in geeigneter Form anzupassen, sodass Überforderungen und Belastungen während des Krankenhausaufenthalts so weit wie möglich vermieden und Ansatzpunkte zur Förderung der verbliebenen Ressourcen gefunden werden.

Ebenso wichtig ist die Verbesserung der haus- und fachärztlichen Betreuung in Pflegeeinrichtungen. Die Versorgung durch Frauenärzte, Augenärzte und HNO-Ärzte fehlt der Untersuchung von Hallauer et al. (2005) zufolge fast vollständig. Neurologen und Psychiater sind nur bei etwa einem Drittel der Bewohner einbezogen. Durch den Gesetzgeber wurde die Möglichkeit einer direkten Integration der medizinischen Versorgung („Heimarzt“) geschaffen, doch wird dieser Ansatz bislang selten umgesetzt. Er löst auch nicht das Problem der unzureichenden fachärztlichen Versorgung. Es bedarf daher neuer Kooperationsmodelle, um das Zusammenwirken einer Einrichtung mit ihrem Ärztenetz zu optimieren. Die Gestaltungsmöglichkeiten der Pflegeeinrichtungen sind an diesem Punkt allerdings sehr begrenzt.

Dringender Handlungsbedarf besteht in einem Teil der Einrichtungen schon seit vielen Jahren bei der Gestaltung der nächtlichen Versorgung. Eine bedürfnisgerechte Tagesstruktur, körperliche Aktivität und andere Maßnahmen können helfen, die Nachtruhe zu fördern. Die Tagesstrukturierung in den Einrichtungen orientiert sich mitunter zu sehr an betrieblichen Abläufen. Besondere Betreuungsangebote in den Abend- oder Nachtstunden sind noch wenig verbreitet (Schneekloth und Wahl 2009), ihre Einführung scheitert häufig an fehlenden Ressourcen.

Für diese und andere Entwicklungsaufgaben ist ein leistungsfähiges Qualitätsmanagement erforderlich. Die Bestrebungen zur Sicherung von Qualität orientieren sich bislang einseitig an den Anforderungen der externen Prüfungen durch die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung und der Heimaufsichtsbehörden, vor allem an den Anforderungen an die Prozessqualität. Da Prozessqualität anhand der Dokumentation beurteilt wird, investieren die Einrichtungen sehr viel Zeit und Energie für eine gute Dokumentationsqualität. Damit wird ein erheblicher Teil der für das Qualitätsmanagement verfügbaren Ressourcen kompensiert, ohne dass pflegerische Kernprozesse nachhaltig beeinflusst würden. Erst seit Anfang des Jahres 2011 liegt ein praktisch erprobtes Konzept vor, mit dem eine systematische Beurteilung von Ergebnisqualität in der Fläche der Versorgung möglich wäre (Wingenfeld et al 2011).

Die Personalressourcen sind derzeit oftmals so knapp bemessen, dass es schwer fällt, Zeit für die Einführung verbesserter Versorgungskonzepte aufzubringen. Viele Einrichtungen berichten außerdem über zunehmende Schwierigkeiten, qualifizierte Fachkräfte für eine Mitarbeit zu gewinnen. Der Heimbereich stellt ein Arbeitsfeld mit besonders hohen körperlichen und psychischen Belastungen dar. Hinzu kommen der Mangel an gesellschaftlicher Wertschätzung und das schlechte Image in der Öffentlichkeit, das in den letzten Jahren u. a. durch die Skandalberichterstattung in den Medien stark gefördert wurde. Aber auch die allgemeine Verknappung der Zahl der Pflegekräfte mit dreijähriger Ausbildung auf dem Arbeitsmarkt wird immer mehr spürbar. Außerdem besteht ein hoher Bedarf an Fachkräften mit Zusatzqualifikation, beispielsweise an Fachkräften mit gerontopsychiatrischer Expertise.

Altenheime gehören zu den Orten, in denen überwiegend Menschen mit schwerwiegenden psychischen Beeinträchtigungen leben, aber kaum psychiatrische Fachpflege vertreten ist.

Angesichts der ungünstigen Rahmenbedingungen fällt es vielen Einrichtungen schwer, die Entwicklungsherausforderungen zu bewältigen, die aus dem Wandel der Bewohnerstruktur erwachsen. Sie bleiben aber weiterhin eine dringende Aufgabe. Zwar gibt es vermehrt Bemühungen zum Aufbau alternativer Wohnformen, doch eignen sich diese Angebote meist nur für Personen mit vergleichsweise geringem Bedarf. Die typische Klientel stationärer Pflegeeinrichtungen weist hingegen einen Unterstützungsbedarf auf, der ohne intensive, qualifizierte Pflege nicht gedeckt werden kann. Die Weiterentwicklung der konzeptionellen Grundlagen, des Leistungsprofils und der Qualität der stationären Langzeitpflege bleibt daher eine wichtige Aufgabe zur Sicherstellung der pflegerischen Versorgung im Alter.

Literatur

- Bourret EM, Bernick LG, Cott CA, Kontos PC. The meaning of mobility for residents and staff in long-term care facilities. *Journal of Advanced Nursing* 2002; 37: 338–45.
- Brzoska P, Razum O. Migration und Pflege. In: Schaeffer D, Wingenfeld K (Hrsg). *Handbuch Pflegewissenschaft*. Neuausgabe. Weinheim: Juventa 2011; 429–45.
- Büker C. Pflege von Menschen mit Behinderungen. In: Schaeffer D, Wingenfeld K (Hrsg). *Handbuch Pflegewissenschaft*. Neuausgabe. Weinheim: Juventa 2011; 385–404.
- Deutsches Zentrum für Altersforschung (Hrsg). *Epidemiologische Studie zur Inanspruchnahme von stationären Krankenhausleistungen durch Pflegeheimbewohner – eine retrospektive Kohortenstudie im Rhein-Neckar-Raum*. Forschungsbericht 2003.
- Hallauer J, Bienstein C, Lehr U, Rönsch H. *SÄVIP – Studie zur ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen*. Hannover: Vincentz Network 2005.
- Hansen K, Mahoney J, Palta M. Risk factors for lack of recovery of ADL independence after hospital discharge. *Journal of the American Geriatric Society* 1999; 47, Nr. 3: 360–265.
- Kitwood T. *Demenz: der person-zentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen*. 3. erweiterte Auflage. Bern: Huber 2003.
- Korte-Pötters U, Wingenfeld K, Heitmann D. Konzepte zur Sicherstellung der Versorgungsqualität in vollstationären Pflegeeinrichtungen. In: Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg): *Referenzmodelle*. Band 5: *Qualitätsverbesserung in der vollstationären Pflege – Leitfaden zur praktischen Umsetzung des Referenzkonzepts*. Düsseldorf: MAGS 2007.
- Koczy P, Becker C, Rapp K. et al. Effectiveness of a Multifactorial Intervention to Reduce Physical Restraints in Nursing Home Residents. *Journal of the American Geriatrics Society* 2011; 59, 2: 333–9.
- Lee DTF, Woo J, Mackenzie AE. A review of older people's experiences with residential care placement. *Journal of Advanced Nursing* 2002; 37, 1: 19–27.
- Schaeffer D. Unterstützungsbedarf pflegender Angehöriger von dementiell Erkrankten. *Ergebnisse einer empirischen Untersuchung*. *Psychomed* 2001; 13, 4: 242–249.
- Schiemann D, Moers M. Qualitätsentwicklung und -standards in der Pflege. In: Schaeffer D, Wingenfeld K (Hrsg). *Handbuch Pflegewissenschaft*. Neuausgabe. Weinheim: Juventa 2011; 617–642.
- Schneekloth U, Wahl HW (Hrsg) *Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in stationären Einrichtungen (MuG IV)*. Stuttgart: Kohlhammer 2009.
- Statistisches Bundesamt. *Pflegestatistik 2009. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt 2011.

- Stemper T. Alter, Altern, Alterssport. Zur Bedeutung des körperlichen Trainings für Ältere aus sportwissenschaftlicher Sicht. In: Rösch HE, Yaldai S (Hrsg). *Spektrum der Sportwissenschaft*. Heft 14 der Schriftenreihe des Instituts für Sportwissenschaft der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf 2002; 38–60.
- Teichtmann G. Mortalität und Verweildauer in der stationären Altenpflege. *Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit* 2010; 61, 5: 346–53.
- Thiele C, Feichtinger L, Baumann U, Mitmansgruber H, Somweber M. Der Umzug ins Seniorenheim – Erfahrungen von Senioren und Angehörigen. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 2002; 35, 6: 556–64.
- Weyerer S, Schäufele M, Hendlmeier I, Kofahl C, Sattel H. *Demenzkranke Menschen in Pflegeeinrichtungen. Besondere und traditionelle Versorgung im Vergleich*. Stuttgart: Kohlhammer 2006.
- Wingenfeld K, Kleina T, Franz S, Engels D, Mehlan S, Engel H. *Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe*. Abschlussbericht. Bielefeld/Köln 2011. http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/P/Pflegeheim/Abschlussbericht_Ergebnisqualitaet_stationaere_Altenhilfe_20110601.pdf (20. Juni 2011).
- Wingenfeld K, Schnabel E. *Pflegebedarf und Leistungsstruktur in vollstationären Pflegeeinrichtungen*. Hrsg. vom Landespflegeausschuss Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf 2002.
- Wingenfeld K, Seidl N. *Verhaltensauffälligkeiten psychisch beeinträchtigter Heimbewohner als Herausforderung für die Pflege*. In: Schaeffer D, Behrens J, Görres S (Hrsg). *Optimierung und Evidenzbasierung pflegerischen Handelns. Ergebnisse und Herausforderungen für die Pflegeforschung*. München: Juventa 2008; 56–79.
- Zimber A, Schäufele M, Weyerer S. *Alten- und Pflegeheime im Wandel: Alltagseinschränkungen und Verhaltensauffälligkeiten der Bewohner nehmen zu*. *Gesundheitswesen* 1998; 60, 4: 239–46.

This page intentionally left blank

7 Arzneimittelversorgung älterer Patienten

Petra A. Thürmann, Stefanie Holt-Noreiks, Katrin Nink und Anette Zawinell

Abstract

Ältere Menschen über 65 Jahre stellen in Deutschland schon heute einen Anteil von 27 % an der Bevölkerung dar. Ihre Arzneimittelversorgung ist geprägt durch die ansteigende Zahl der Erkrankungen im Alter. Die gleichzeitige Verordnung von mehreren Arzneimitteln und eine potenziell ungeeignete Medikation sind bekannte Risiken und führen zu einem Anstieg von unerwünschten Arzneimittelereignissen, nicht zuletzt zu einer erhöhten Mortalität. Auf Grundlage der Arzneiverordnungen für über 65-Jährige aus dem Jahr 2010 konnte ermittelt werden, dass 4 Millionen ältere Menschen mindestens ein potenziell ungeeignetes Arzneimittel verordnet bekamen und 5,5 Millionen Menschen den Risiken durch Polymedikation ausgesetzt waren. Angesichts der prognostizierten Bevölkerungsentwicklung in den nächsten Jahren muss die Sicherheit der Arzneimitteltherapie älterer Patienten verbessert werden. Ansätze zur Optimierung der Arzneimittelverordnungen zeigen sich in den Analysenergebnissen. Prävalenzunterschiede der Verordnung eines potenziell ungeeigneten Arzneimittels in den Bundesländern um bis zu 7 Prozentpunkte sind ein deutlicher Hinweis auf machbare Verbesserungen. Geeignete evidenzbasierte Therapieempfehlungen, hausärztliche Therapiezentren sowie eine auf ältere Menschen zugeschnittene Pharmakotherapieberatung für Ärzte sind Ansatzpunkte.

Older people over 65 years already make up 27% of the population in Germany. Their drug supply is accounted for by the increasing number of impairments in old age. The simultaneous prescription of multiple and potentially inappropriate drugs are well-known risks and lead to an increase of adverse drug effects as well as an increased mortality. Analyses based on prescription data for over 65-year-olds of the year 2010 determined that 4 million elderly people were prescribed at least one potentially inappropriate drug and that 5.5 million people were exposed to the risks of polypharmacy. Given the projected population growth in the next few years, the safety of drug therapy for older patients must be improved. The outcomes of the analysis show how drug prescribing can be optimised. Prevalence differences between the federal states regarding the prescription of potentially inappropriate drugs by up to 7 percentage points are a clear indication of feasible improvements. Starting points are appropriate evidence-based treatment recommendations, GP therapy circles and counselling for physicians on pharmacotherapy tailored to the elderly.

7.1 Einleitung: Spezifische Probleme der Pharmakotherapie älterer Menschen

Der Anteil älterer Menschen an der Bevölkerung nimmt in Deutschland seit Jahren stetig zu und wird nach Berechnungen des Statistischen Bundesamtes auch in den nächsten Jahren weiter ansteigen, sodass im Jahr 2060 mehr als ein Drittel der Bevölkerung 65 Jahre und älter sein wird. Insbesondere wird auch die Bevölkerungsgruppe der über 80-Jährigen weiter wachsen (Stat. Bundesamt 2010). Die mit zunehmendem Alter ansteigende Multimorbidität, d. h. das zeitgleiche Auftreten mehrerer chronischer und akuter Erkrankungen bei einer Person (van den Akker et al. 1996), führt zu Polypharmazie. Laut Arzneiverordnungs-Report erhielt im Jahr 2010 die Altersgruppe der über 65-Jährigen 57% aller Fertigarzneimittelverordnungen, obwohl sie nur 22% der Gesamtpopulation darstellt (Coca und Nink 2011a). Vergleichbare internationale Daten sind vorhanden (Milton et al. 2008; Gallagher et al. 2007; Griens et al. 2008). Aufgrund der hohen Anzahl von Arzneiverordnungen und dem zusätzlichen Anteil von OTC-Arzneimitteln erhöht sich das Risiko von Arzneimittelwechselwirkungen, unerwünschten Arzneimittelereignissen (UAE), Krankenhausaufenthalten und einer erhöhten Mortalität (Thürmann et al. 2007; Onder et al. 2002; Viktil et al. 2007; Shi et al. 2008).

Neben der Polypharmazie müssen auch physiologische Veränderungen mit Auswirkungen auf die Pharmakokinetik und Pharmakodynamik einzelner Arzneistoffe berücksichtigt werden. Trotz interindividueller Unterschiede bezüglich Kognition und Funktionalität innerhalb der Gruppe der älteren Menschen ist höheres Alter durch verschiedene physiologische Änderungen wie einer reduzierten Leber- und Nierenfunktion mit entsprechender Auswirkung auf Metabolisierung und Elimination von Arzneistoffen gekennzeichnet. Gestörte Regulationsmechanismen und veränderte Arzneimittel-Rezeptor-Affinitäten können Auswirkungen auf die Pharmakodynamik der Medikamente haben. Hochaltrige Patienten weisen außerdem häufig eine reduzierte Muskelmasse, verringerte neuro-endokrine Funktionen und Immunsystemstörungen auf. Aufgrund dieser altersbedingten Änderungen mit Bezug auf die Pharmakokinetik und Pharmakodynamik weisen ältere Patienten eine erhöhte Sensitivität und ein höheres Risiko für unerwünschte Effekte auf (Klotz 2009; Shi et al. 2008).

Einige Arzneimittel sind aufgrund eines ungünstigen Nutzen-Risiko-Profiles potenziell ungeeignet für die Anwendung beim älteren Patienten – das Risiko eines UAE überwiegt den klinischen Nutzen. Unter potenziell inadäquater Medikation (PIM) versteht man Arzneimittel, die entweder generell aufgrund eines hohen Nebenwirkungsrisikos, mangelnder Wirksamkeit oder dem Vorhandensein sicherer Alternativen beim älteren Patienten vermieden werden sollten, oder Arzneimittel, die im Allgemeinen von älteren Patienten angewendet werden können, aber nicht bei bestimmten Komorbiditäten genutzt werden sollten. In den letzten zwei Jahrzehnten wurden in verschiedenen Ländern wie USA, Kanada, Frankreich, Irland und Norwegen möglicherweise ungeeignete Arzneimittel mit Hilfe eines Expertenkonsenses identifiziert und Listen potenziell inadäquater Medikamente erstellt (Beers et al. 1991; Beers 1997; McLeod et al. 1997; Fick et al. 2003; Laroche et al. 2007; Gallagher et al. 2008a; Rognstad et al. 2009). Die bisherigen internationalen Medikationsempfehlungen für multimorbide ältere Patienten weisen neben forma-

len auch inhaltliche Unterschiede auf und sind aufgrund von Differenzen bei Arzneimittelzulassung, Ordnungsverhalten und Therapieleitlinien nur sehr begrenzt auf Deutschland übertragbar. Aufgrund dieser fehlenden direkten Übertragbarkeit der internationalen PIM-Listen wurde im Rahmen des vom Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderten Verbundprojektes PRISCUS¹ eine deutsche Liste potenziell inadäquater Medikamente (PRISCUS-Liste) entwickelt (Holt et al. 2010a). Die PRISCUS-Liste führt im Gegensatz zu den internationalen PIM-Listen neben Therapiealternativen auch zusätzliche Medikationsempfehlungen wie Monitoring-Parameter und Dosierungsanpassungen auf, falls der PIM-Gebrauch unvermeidbar ist. Es muss an dieser Stelle aber darauf hingewiesen werden, dass die PRISCUS-Liste nicht die individuelle Nutzen-Risiko-Bewertung ersetzt, sondern vielmehr auf besonders „problematische“ Arzneimittel bei älteren Patienten aufmerksam machen soll.

Studien zur Prävalenz potenziell inadäquater Medikamente (PIM-Prävalenz) und zum Risiko für unerwünschte Ereignisse im Zusammenhang mit ihrem Gebrauch führten bisher zu unterschiedlichen Ergebnissen (Jano und Aparasu 2007; Spinewine et al. 2007). Die PIM-Prävalenz variiert je nach eingesetzten PIM-Listen, der untersuchten Population im Hinblick auf Alter und Komorbiditäten sowie nach Patientengruppe (ambulante Patienten, hospitalisierte Patienten oder Alten- und Pflegeheimbewohner). Zusätzlich bestimmen die Untersuchungszeiträume und Landesspezifika der Arzneimittelmärkte und des Ordnungsverhaltens die Prävalenz potenziell inadäquater Medikamente (van der Hoof et al. 2005; Bongue et al. 2009; Fialová et al. 2005).

Inwieweit der Gebrauch potenziell inadäquater Medikamente tatsächlich mit einer erhöhten Rate von Stürzen und anderen unerwünschten Ereignissen zusammenhängt, war Gegenstand einiger Beobachtungsstudien. Einige dieser Studien konnten einen Zusammenhang zwischen dem Gebrauch potenziell inadäquater Medikamente und Polypharmazie, unerwünschten Arzneimittelereignissen, Stürzen, vermehrter Nutzung von Gesundheitsdiensten und vermehrten Krankenhausaufenthalten, Mortalität, Lebensqualität und erhöhten Gesundheitskosten ermitteln (u. a. Jano und Aparasu 2007; Spinewine et al. 2007; Berdot et al. 2009; Gallagher et al. 2008b; Landi et al. 2007). Andere Untersuchungen konnten keine statistisch signifikanten Zusammenhänge ermitteln (Jano und Aparasu 2007; Spinewine et al. 2007; Lund et al. 2010). Auch bei diesen Untersuchungen muss beachtet werden, dass sie auf lokalen Populationen oder Gesundheitssystemen basieren und ihre Ergebnisse dadurch nur begrenzt generalisierbar sind (Gallagher et al. 2007). Die im Folgenden dargestellte Analyse für Personen ab 65 Jahre präsentiert die Untersuchungsergebnisse der Arzneimittelverordnungen aus dem Jahr 2010 im Hinblick auf Polypharmazie sowie den Gebrauch potenziell inadäquater Medikamente nach der PRISCUS-Liste.

¹ Lateinisch: priscus, zu deutsch: altehrwürdig.

7.2 Datengrundlage und Methoden

Datengrundlage der Auswertungen sind zum einen alle zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ausgestellten Rezepte des Jahres 2010, die über öffentliche Apotheken abgerechnet wurden und in verschiedenen Kontexten für Analysen genutzt werden (Schröder et al. 2004). Die Daten von rund 626 Mio. Verordnungen für knapp 70 Mio. GKV-Versicherte im Jahr 2010 stehen ohne Personenbezug zur Verfügung, sodass zwar Informationen zu Alter und Geschlecht der Personen verfügbar, jedoch keine personenbezogenen Analysen möglich sind. Eine vollständige Analyse nach einzelnen Indikationsgruppen für alle Altersgruppen und nach Geschlecht findet sich bei Coca und Nink (2011b).

Des Weiteren basieren die Analysen auf den anonymisierten Abrechnungsdaten der knapp 26 Mio. AOK-Versicherten mit mindestens einem Versicherungstag im Jahr 2010. Diese Daten ermöglichen es zusätzlich, die Arzneimittelverordnungen personenbezogen zu betrachten. Da die Daten anonymisiert sind, ist keine Zuordnung zu einem bestimmten Versicherten möglich.

Um die Ergebnisse auf die bundesdeutsche Bevölkerung beziehen zu können, wurde eine Alters- und Geschlechtsstandardisierung gemäß der beschriebenen Methode in Kapitel 21 in diesem Band (Gerste und Günster) durchgeführt.

Je nach Fragestellung wurden jeweils die GKV-Verordnungsdaten des GKV-Arzneimittelindex (ohne Personenbezug) oder die AOK-Verordnungsdaten (mit Personenbezug) für die Analyse herangezogen.

7.2.1 PRISCUS-Liste: Potenziell inadäquate Medikation für den deutschen Arzneimittelmarkt

Die PRISCUS-Liste potenziell inadäquater Medikamente wurde im Rahmen des vom Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderten Verbundprojektes PRISCUS („Entwicklung eines Modells gesundheitlicher Versorgung von älteren Menschen mit mehrfachen Erkrankungen“ (<http://www.priscus.net/>)) (Thiem et al. 2010) am Lehrstuhl für Klinische Pharmakologie der Universität Witten/Herdecke mit Hilfe eines Expertenkonsenses entwickelt (Holt et al. 2010a). An der Erstellung der PRISCUS-Liste waren 27 Experten acht verschiedener Fachrichtungen (Geriatric, Klinische Pharmakologie, Allgemeinmedizin, Innere Medizin, Neurologie, Schmerztherapie, Psychiatrie und Pharmazie) beteiligt.

Die PRISCUS-Liste führt 83 potenziell inadäquate Medikamente für ältere Patienten auf. Für diese Stoffe besteht nach Expertenmeinung ein für den älteren Menschen ungünstiges Nutzen-Risiko-Verhältnis (Holt et al. 2010a).

7.2.2 Klassifikationsdaten

Als wesentliche methodische Grundlage der nachfolgenden Auswertungen wurde das anatomisch-therapeutisch-chemische Klassifikationssystem (ATC-System) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) angewendet, das speziell für Studien über den Arzneimittelverbrauch entwickelt wurde. Diese Klassifikation wurde im Rahmen des GKV-Arzneimittelindex im Wissenschaftlichen Institut der AOK (WiDo) für die spezifischen Belange des deutschen Arzneimittelmarktes erweitert und ermög-

licht Analysen nach Wirkstoffen oder Wirkstoffgruppen. Als Maß für die verordnete Arzneimittelmenge wird in diesem Beitrag in erster Linie die definierte Tagesdosis (defined daily dose, DDD) verwendet. Gegenüber anderen Messgrößen wie der Anzahl der abgegebenen Packungen oder dem damit erzielten Umsatz hat die DDD den Vorteil, dass der Verbrauch eines Arzneimittels anhand einer zuvor festgelegten Wirkstoffmenge direkt gemessen wird. Veränderungen anderer Messgrößen, die ebenfalls das Ordnungsverhalten beeinflussen – etwa Änderungen der Packungsgrößen, der Dosisstärken oder der Preise – können den in DDD gemessenen Verbrauch nicht verfälschen. Eine ausführliche Beschreibung der methodischen Grundlagen der Arzneimittelklassifikation finden sich bei Fricke et al. (2011).

Die 83 Wirkstoffe der PRISCUS-Liste (Holt et al. 2010a) wurden den jeweiligen ATC-Codes zugeordnet. Für einzelne PRISCUS-Wirkstoffe wurden zusätzliche Einschränkungen berücksichtigt wie Darreichungsformen oder Wirkstärken, sofern diese in der PRISCUS-Liste festgelegt sind.

7.3 Ergebnisse

Die nachfolgenden Analysen betrachten die Arzneimittelverordnungen an ältere Personen zunächst allgemein im Hinblick auf die verordnete Menge und Hinweise auf Polymedikation. Im zweiten Schritt erfolgt eine detaillierte Analyse zu Art und Umfang der Verordnung von Arzneimitteln, die als potenziell ungeeignet gelten (Arzneimittel der PRISCUS-Liste). Als ältere Patienten werden hier alle Personen betrachtet, die 65 Jahre oder älter sind.

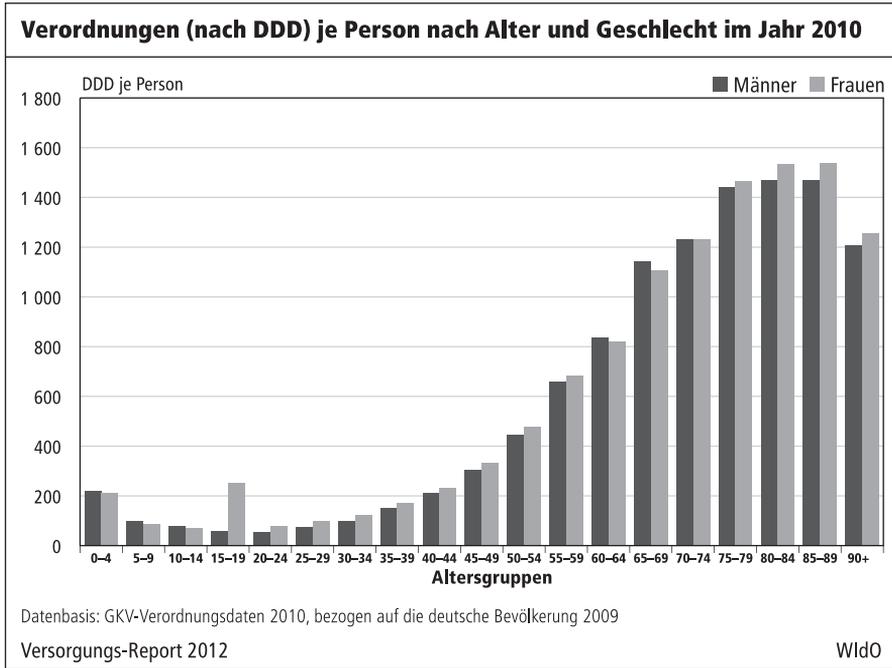
7.3.1 Wie viele Arzneimittel bekommen ältere Patienten verordnet?

Die Menge der verordneten Arzneimittel nimmt mit steigendem Alter zu. Gemessen in Tagesdosen (DDD) hat im Jahr 2010 jede Person der 17 Mio. Menschen in der Altersgruppe ab 65 Jahre im Durchschnitt 1 303 Tagesdosen verordnet bekommen, dies entspricht einer durchschnittlichen Menge von 3,6 Tagesdosen pro Tag. Mit durchschnittlich 1 320 DDD liegt die verordnete Menge bei Frauen um 3 % über der von gleichaltrigen Männern (1 281 DDD) (Abbildung 7–1).

Die hohen Verordnungsmengen im Alter gehen naturgemäß mit einem zunehmenden Risiko für Polypharmazie einher. In der nachfolgenden Analyse wurde die kumulative Polypharmazie innerhalb eines Quartals gemessen. Obgleich für Polypharmazie noch immer eine einheitliche, international gültige Definition aussteht (Johnell und Klarin 2007; Bjerrum et al. 1998) wurde in Anlehnung an die derzeit verfügbare Literatur Polypharmazie als der Gebrauch von fünf oder mehr Arzneimitteln (5. ATC-Ebene²) innerhalb eines Quartals festgelegt (Vikttil et al. 2007; Haider et al. 2007). Im Durchschnitt haben ältere Menschen ab 65 Jahre innerhalb

2 Die Unterscheidung der Wirkstoffe erfolgte auf der 5. ATC-Ebene (Wirkstoffebene). Eine alternative Herangehensweise wäre eine Unterscheidung auf der 4. Ebene (chemische/pharmakologische/therapeutische Untergruppe), um Wirkstoffe einer Wirkstoffgruppe gemeinsam zu zählen. Beide Ansätze zeigen in der Analyse vergleichbare Ergebnisse.

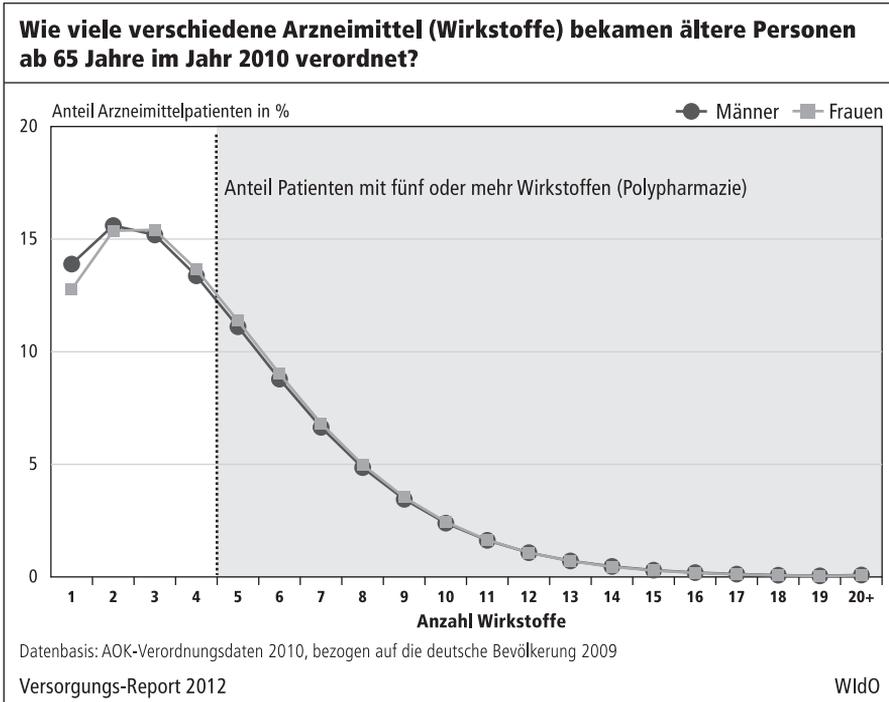
Abbildung 7–1



eines Quartals 4,6 verschiedene Wirkstoffe verordnet bekommen. Die geschlechtsspezifischen Unterschiede sind gering (Frauen 4,6 Wirkstoffe, Männer 4,5 Wirkstoffe; Abbildung 7–2).

Der Anteil der Arzneimittelpatienten mit fünf oder mehr Wirkstoffen liegt in der Altersgruppe ab 65 Jahre bei 42%. Betrachtet man ausschließlich hochbetagte Arzneimittelpatienten ab 85 Jahre, sind sogar rund 50% einer Polypharmazie zuzuordnen. Auch wenn die Analyse der kumulativen Polypharmazie nicht darstellen kann, ob diese Wirkstoffe tatsächlich parallel eingenommen werden, sind bei diesen Patienten die Risiken für unerwünschte Arzneimittelwirkungen, Interaktionen und Medikationsfehler erhöht. Die Analyse berücksichtigt ausschließlich ärztlich verordnete Arzneimittel. Befragungsergebnisse zeigen, dass insbesondere ältere Menschen daneben in nicht unerheblichem Maße zur Selbstmedikation greifen: Im Jahr 2005 haben GKV-Versicherte ab 60 Jahre zusätzlich zu ihren verordneten Arzneimitteln im Mittel 7,2 Arzneimittelpackungen zur Selbstmedikation erworben. Selbstmedikation steigt nach dieser Befragung mit einem schlechteren Gesundheitszustand und wird häufiger von Frauen als von Männern genutzt (Zok 2006). Durch die zusätzliche Einnahme von Arzneimitteln der Selbstmedikation erhöht sich entsprechend das Risiko unerwünschter Arzneimittelereignisse.

Abbildung 7–2



7.3.2 Verordnungen potenziell inadäquater Medikamente (PRISCUS-Liste) an ältere Patienten

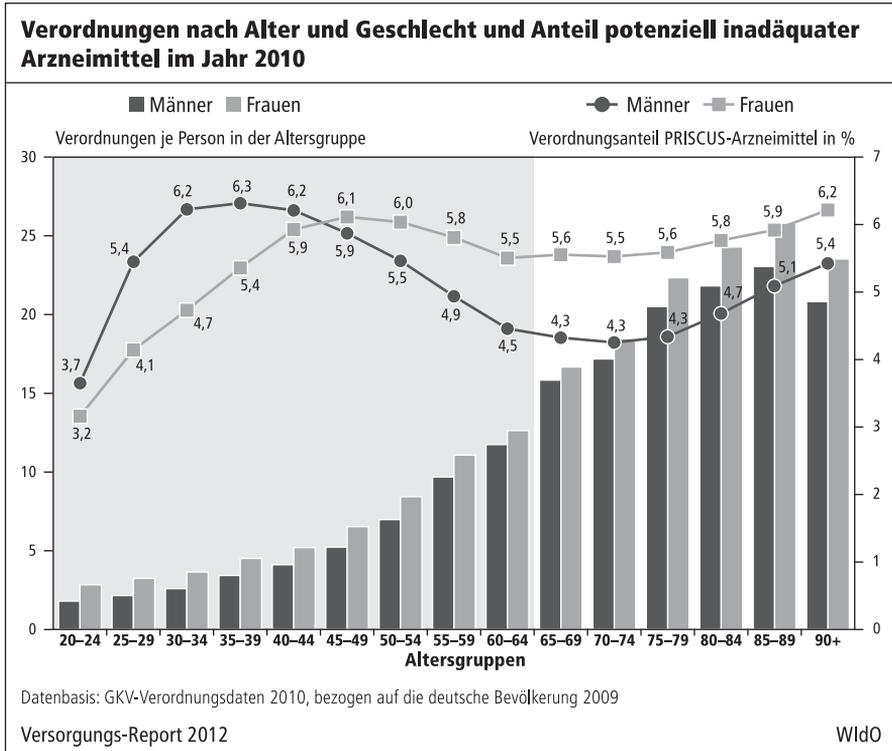
Die PRISCUS-Liste potenziell inadäquater Medikamente umfasst 83 Wirkstoffe aus 18 Arzneistoffklassen. Über die Hälfte dieser Substanzen wirken auf das Nervensystem, wie eine Reihe von Antidepressiva, Sedativa und Hypnotika sowie Neuroleptika (Mittel gegen Psychosen). Des Weiteren sind 17 Substanzen zur Therapie von Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowie acht Wirkstoffe zur Behandlung von rheumatischen Erkrankungen und Schmerzen gelistet.

Zusätzlich zu der beschriebenen hohen Verordnungsmenge bei älteren Menschen wurden diesen auch häufig Arzneimittel der PRISCUS-Liste verordnet: Im Jahr 2010 mehr als 17 Mio. Packungen, die knapp 615 Mio. therapeutische Tagesdosen (DDD) enthielten (Abbildung 7–3).

Der Anteil von PRISCUS-Arzneimitteln lag für die relevante Altersgruppe ab 65 Jahre bei 5,2% der verordneten Arzneimittelpackungen. Dieser liegt bei Frauen mit einem Anteil von 5,7% deutlich über dem der Männer (4,4%). Auffällig ist bei Männern und Frauen ab 65 Jahren gleichermaßen, dass der Anteil der PRISCUS-Verordnungen mit steigendem Alter weiter zunimmt und seinen höchsten Wert bei Frauen in der Altersgruppe ab 90 Jahre erreicht.

Nahezu ein Viertel (24%) aller älteren Personen hat im Jahr 2010 mindestens ein Arzneimittel der PRISCUS-Liste verordnet bekommen. Auch hier liegt der Anteil bei

Abbildung 7–3



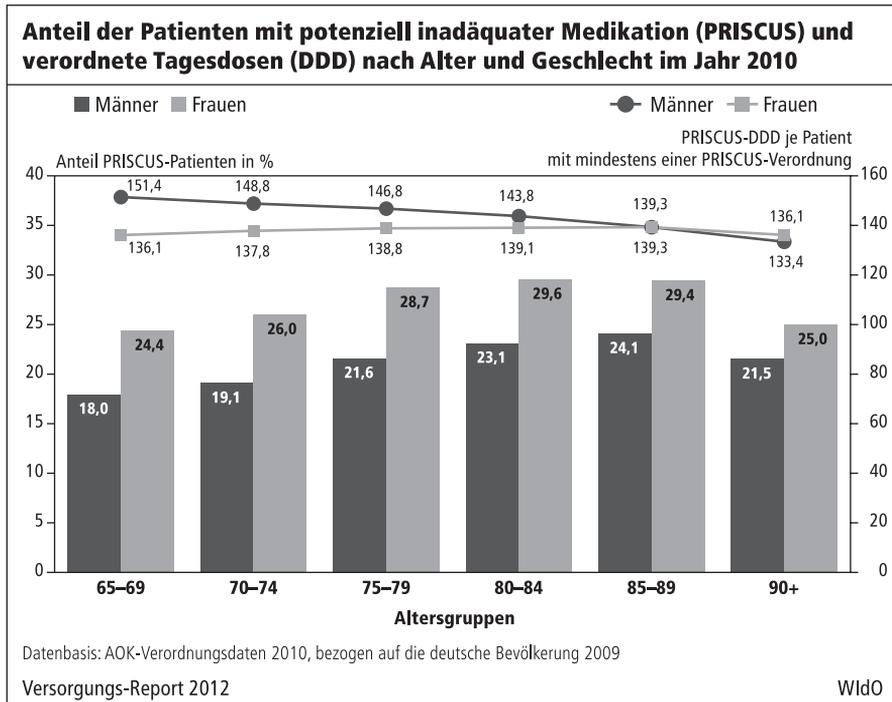
Frauen mit 27% deutlich höher als bei Männern (20%). Am höchsten liegt der Anteil mit knapp 30% bei Frauen der Altersgruppe 80 bis 84 Jahre. Dabei ist zu berücksichtigen, dass knapp 44% aller PRISCUS-DDD auf Psychopharmaka – insbesondere Antidepressiva sowie Sedativa und Hypnotika – entfallen, die ohnehin deutlich häufiger an Frauen verordnet werden (Coca und Nink 2010a) (Abbildung 7–4).

Betrachtet man hingegen die durchschnittliche DDD-Menge, die ein PRISCUS-Patient verordnet bekommen hat, so liegt diese bei Männern mit 148 DDD um 7% höher als für Frauen (138 DDD). Dies ist dadurch zu erklären, dass die DDD-Menge je PRISCUS-Verordnung bei Männern höher liegt als bei Frauen, Männer also eher große Packungen – etwa zur Behandlung chronischer Erkrankungen – oder höhere Wirkstärken verordnet bekommen (Abbildung 7–5 und 7–6).

Die geschlechtsspezifische Analyse nach Arzneimittelgruppen der verordneten PRISCUS-DDD verdeutlicht den Unterschied. So entfallen rund 41% der PRISCUS-DDD für Männer auf Arzneimittel zur Therapie kardiovaskulärer Erkrankungen, weitere 35% auf Psychopharmaka. Bei Frauen ist es hingegen genau umgekehrt: 49% der PRISCUS-Verordnungen entfallen auf Psychopharmaka und lediglich 25% auf den kardiovaskulären Bereich.

Bezogen auf den Gesamtmarkt der Verordnungen an Personen ab 65 Jahre entfallen knapp 3% der verordneten Tagesdosen auf Arzneimittel der PRISCUS-Liste.

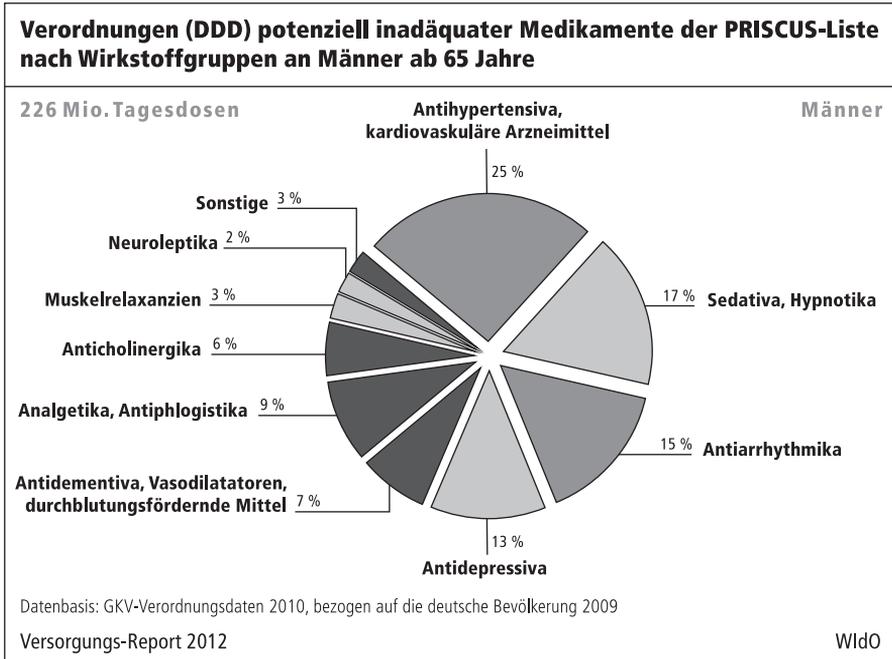
Abbildung 7–4



Innerhalb einzelner exemplarisch ausgewerteter Arzneimittelgruppen der Antidepressiva, urologischen Spasmolytika und nichtsteroidalen Antirheumatika liegt der Anteil potenziell inadäquater Medikamente jedoch deutlich höher. So entfällt fast ein Viertel aller Antidepressiva-DDD für ältere Personen auf ein Arzneimittel der PRISCUS-Liste. Führend ist hier der Wirkstoff Amitriptylin, der allein 10% aller Antidepressiva-DDD entspricht. Einige Antidepressiva, wie Opipramol und Fluvoxamin, wurden in der PRISCUS-Expertenbefragung nicht eindeutig – d. h. weder als inadäquat noch als adäquat – bewertet, wohingegen Mirtazapin von einigen Experten sogar als Alternative zu Trizyklika angegeben wurde. Auf die von der Expertengruppe empfohlenen Therapiealternativen, die Selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI) wie Citalopram, Escitalopram und Sertralin, entfallen 37%, auf Mirtazapin 17% der verordneten DDD (Abbildung 7–7).

Noch deutlicher stellt sich die Situation bei den urologischen Spasmolytika dar, bei denen 35% der DDD als potenziell inadäquate Medikamente einzustufen sind. Zu diesen potenziell inadäquaten Urologika kommen mit 17% der DDD die im Rahmen der Expertenbefragung nicht eindeutig (Erläuterung s. o.) bewerteten Darifenacin- und retardierten Tolterodin-Präparate hinzu. Auch bei diesen Präparaten sind die entsprechenden Vorsichtsmaßnahmen bezüglich anticholinergischer Effekte zu beachten. Der größte Anteil an Verordnungen – nahezu ein Drittel der verordneten Tagesdosen – betrifft das von der Expertengruppe empfohlene Trosipium (Abbildung 7–8). Bei den nichtsteroidalen Antirheumatika (NSAR) entfallen 9% der verordneten Tagesdosen auf potenziell inadäquate Medikamente der PRISCUS-Liste.

Abbildung 7–5



7

Abbildung 7–6

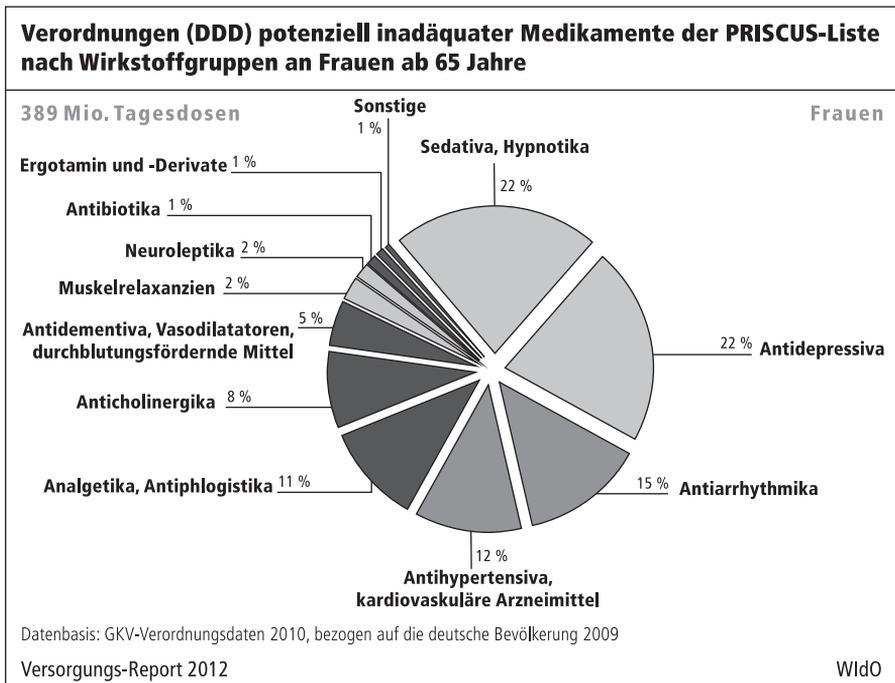


Abbildung 7–7

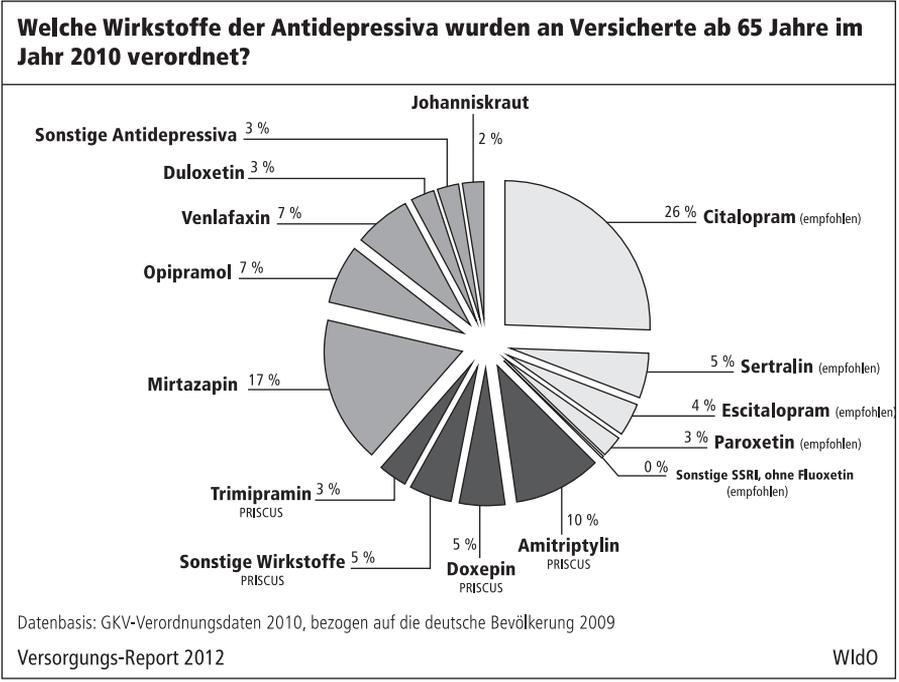
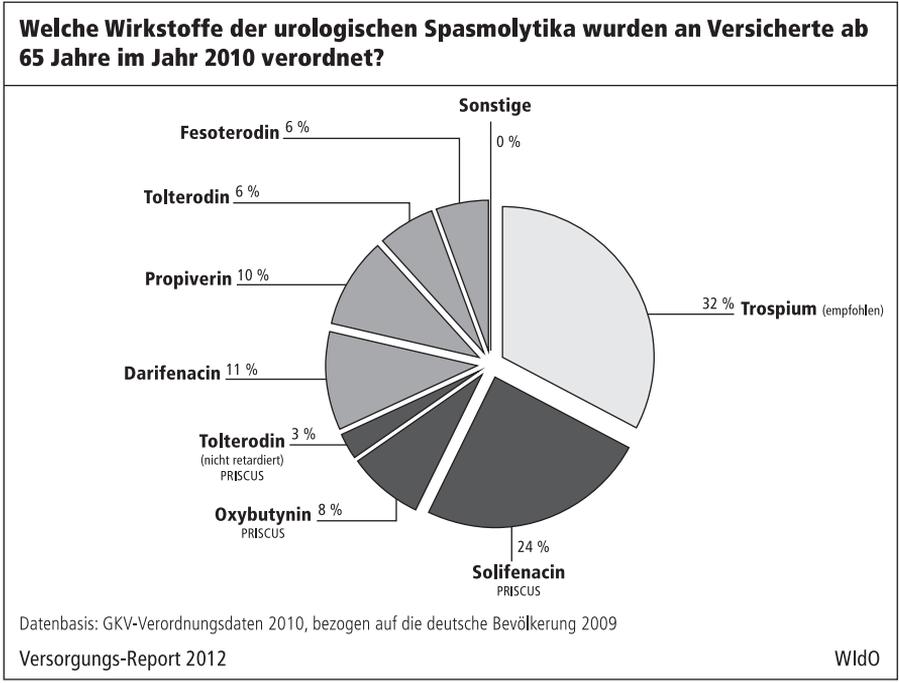


Abbildung 7–8



Der verordnungsstärkste PRISCUS-Wirkstoff der NSAR ist Etoricoxib mit einem DDD-Anteil von rund 5 %.

Die Analyse der Verordnungen potenziell inadäquater Medikamente an Personen ab 65 Jahre nach Fachgruppen zeigt, dass 77 % der verordneten PRISCUS-DDD durch Hausärzte bzw. hausärztlich tätige Internisten verordnet wurden. Dieser Befund ist nicht weiter überraschend, da die beiden Arztgruppen zusammen 86 % der Tagesdosen für diese Altersgruppe verordnet haben. Die Arzneimittelversorgung älterer Patienten ist damit stärker durch hausärztlich tätige Ärzte bestimmt als

Tabelle 7-1

Verordnungen (DDD) von potenziell inadäquaten Arzneimitteln der PRISCUS-Liste nach Fachgruppen

Fachgruppe	DDD (in Mio.)	Anteil an allen verordne- ten DDD	Anteil an PRISCUS- DDD	Anteil PRISCUS- DDD an verordne- ten DDD	Anteil PRISCUS-DDD an verordneten DDD in der Gruppe der*		
					Anti- depres- siva	Urolo- gischen Spasmo- lytika	NSAR
Hausärzte	13 324,0	64,4	59,3	2,5	27,1	36,6	10,1
Hausärztlich tätige Internisten	4 459,3	21,6	17,4	2,2	27,9	36,5	9,1
Weitere Internisten	402,8	1,9	1,5	2,2	32,0		17,9
Augenärzte	358,1	1,7	0,0	0,1			
Urologen	284,1	1,4	4,1	8,3		30,9	
Nervenärzte	246,8	1,2	7,2	16,7	22,9		
Nephrologen	206,0	1,0	0,6	1,8			
Gynäkologen	178,5	0,9	0,6	2,0		55,1	
Pneumologen	156,5	0,8	0,1	0,2			
Orthopäden	142,6	0,7	1,0	4,0			10,6
Kardiologen	121,3	0,6	0,4	1,9			
Neurologen	84,4	0,4	1,5	9,9	20,1		
Hautärzte	73,3	0,4	0,1	1,1			
Psychiater	61,8	0,3	1,9	17,4	17,4		
HNO-Ärzte	55,4	0,3	0,2	1,8			
Hämatologen/ Onkologen	44,9	0,2	0,1	1,7			
Chirurgen	39,7	0,2	0,4	5,3			11,2
Gastroenterologen	35,9	0,2	0,1	1,5			
Anästhesisten	30,0	0,1	0,3	6,5			14,2
Sonstige	378,5	1,8	3,0	4,6	12,0	33,4	10,0
Gesamtergebnis	20 683,8	100,0	100,0	2,8	24,7	35,2	10,1

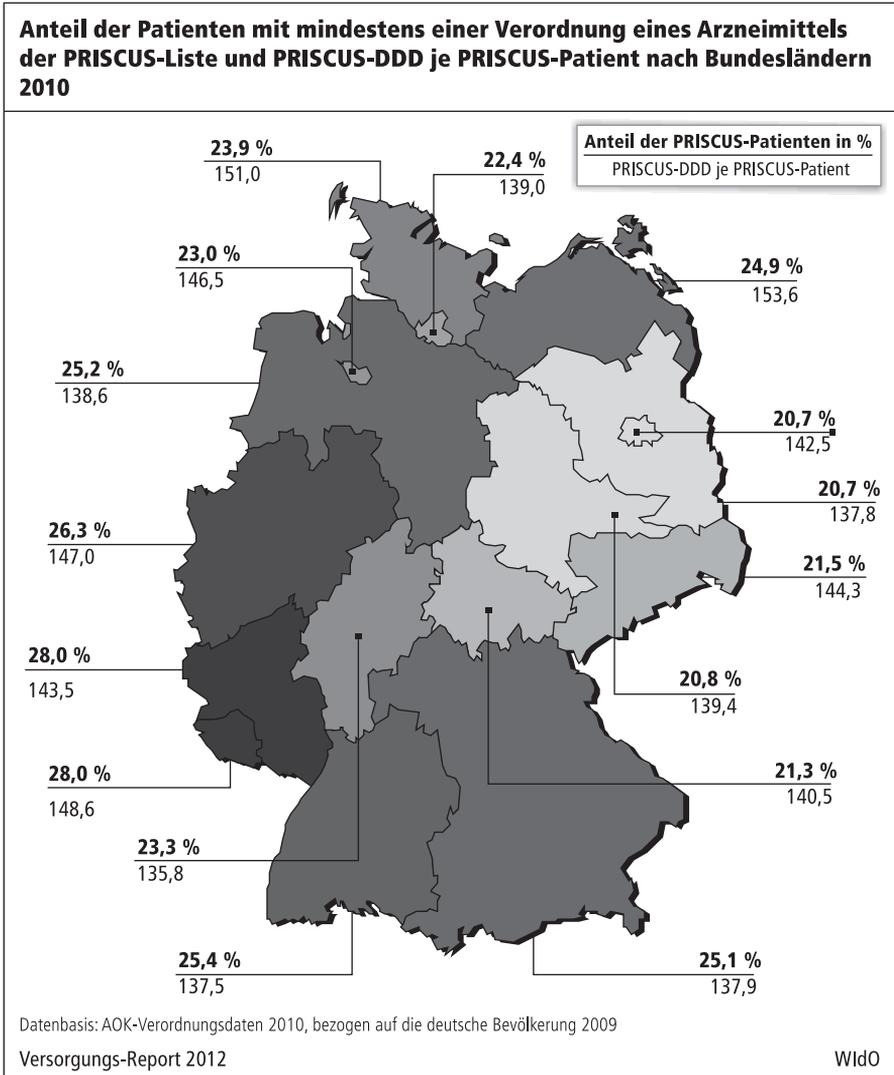
* Ergebnis nur für Fachgruppen, deren Verordnungsanteil in der jeweiligen Arzneimittelgruppe mindestens 5 % erreicht.

Quelle: AOK-Verordnungsdaten 2010, bezogen auf die deutsche Bevölkerung 2009

für die gesamten Versicherten der GKV. Hier entfielen 2010 lediglich 78 % der verordneten Tagesdosen auf diese beiden Fachgruppen (Coca und Nink 2010c). Das Verordnungsverhalten dieser beiden Arztgruppen bestimmt damit auch maßgeblich die durchschnittlichen Kennzahlen zu den PRISCUS-Verordnungen (Tabelle 7–1).

Bei der Begutachtung einzelner Arzneimittelgruppen findet sich kein eindeutiger Trend hinsichtlich der Frage, ob PRISCUS-Arzneimittel häufiger in der hausärztlichen oder der fachärztlichen Versorgung eingesetzt werden. Bei den Antidepressiva liegt der PRISCUS-Anteil mit 17 % bei den Psychiatern deutlich unter dem Durchschnitt (25 %). Bei den urologischen Spasmolytika zeigt sich hingegen, dass zwar Urologen seltener PRISCUS-Wirkstoffe verordnen (31 %) als der Gesamt-

Abbildung 7–9



durchschnitt der Ärzte (35%), Gynäkologen hingegen bei mehr als der Hälfte (55%) der verordneten Tagesdosen einen PRISCUS-Wirkstoff auswählen.

Die Analyse der PRISCUS-Verordnungen an ältere Personen zeigt deutliche regionale Unterschiede. So liegt der Anteil der PRISCUS-Verordnungen bezogen auf Packungen im Saarland bei 6,2%, während er in Sachsen-Anhalt lediglich bei 3,7% liegt. Diese Unterschiede finden sich auch beim Anteil der Patienten, die im Jahr 2010 mindestens ein potenziell inadäquates Arzneimittel der PRISCUS-Liste verordnet bekommen haben. So liegt der Anteil im Südwesten Deutschlands mit dem Höchstwert von 28% PRISCUS-Patienten im Saarland deutlich höher als im Osten mit knapp 21% in Brandenburg (Abbildung 7–9).

Für die regionale Analyse wurden die Daten auf die deutsche Bevölkerung alters- und geschlechtsstandardisiert, sodass regionale Unterschiede in der Alters- und Geschlechtsstruktur die Analyse nicht verzerren.

Insgesamt haben nach den vorliegenden Analysen im Jahr 2010 rund 4 Mio. Menschen ab 65 Jahre mindestens ein potenziell inadäquates Medikament verordnet bekommen, für knapp 5,5 Mio. Menschen ab 65 Jahre besteht aufgrund der Verordnung von fünf oder mehr verschiedenen Wirkstoffe möglicherweise ein erhöhtes Risiko unerwünschter Arzneimittelereignisse aufgrund von Polymedikation (Tabelle 7–2).

Angesichts der prognostizierten Bevölkerungsentwicklung bis zum Jahr 2060 wird der Anteil an älteren Menschen um rund ein Drittel zunehmen. Bei unverändertem Ordnungsverhalten der Ärzte wären dann entsprechend 5,4 Mio. Men-

Tabelle 7–2

Anzahl der Patienten mit potenziell inadäquater Medikation oder Polymedikation (bezogen auf die deutsche Bevölkerung)

Altersgruppe	Deutsche Bevölkerung 2009 ab 65 Jahre nach Altersgruppen und Geschlecht in Tsd.		Patienten mit mindestens einer Verordnung eines potenziell inadäquaten Medikaments in Tsd., 2010		Patienten, denen innerhalb eines Quartals fünf oder mehr Wirkstoffe verordnet wurden in Tsd., 2010	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
65–69 Jahre	2 345	2 535	421,3	618,2	608,7	666,3
70–74 Jahre	2 187	2 553	417,5	663,8	649,8	797,7
75–79 Jahre	1 327	1 773	286,7	509,4	466,0	673,5
80–84 Jahre	844	1 468	195,2	433,7	312,7	597,8
85–89 Jahre	360	978	86,8	287,9	133,4	401,5
90 Jahre und älter	135	395	29,0	98,7	40,4	129,5
Summe über 65 Jahre	7 200	9 702	1 436,6	2 611,6	2 211,0	3 266,3
Anteil an der Bevölkerung ab 65 Jahre			20,0	26,9	30,7	33,7
Anteil an der Gesamtbevölkerung	18,0	23,3				

Schätzung anhand der Ordnungsdaten für 6,5 Mio. AOK-Versicherte ab 65 Jahre, bezogen auf die deutsche Bevölkerung 2009 gemäß Statistischem Bundesamt

schen über 65 Jahre von potenziell inadäquater Medikation (PRISCUS) bzw. 7,3 Mio. ältere Menschen potenziell von Polymedikation betroffen.

7.4 Diskussion

Die Ergebnisse der Analyse über die Arzneimittelverordnungen in Deutschland bei zunehmendem Lebensalter sind mit nationalen und internationalen Untersuchungen vergleichbar. Sowohl der vorgefundene Anstieg der verordneten Arzneimittel als auch die durchschnittliche hohe Anzahl an Medikamenten werden in der Literatur beschrieben (Johnell und Klarin 2007, Bjerrum et al. 1998, Junius-Walker et al. 2007; Griens et al. 2008). Diese Befunde sind angesichts einer erhöhten Morbidität und Multimorbidität mit zunehmendem Alter nicht weiter überraschend. Ältere Patienten bekommen in Deutschland mit durchschnittlich 3,6 Tagesdosen pro Tag nicht nur mehr Arzneimittel verordnet als jüngere Versicherte. Die Analysen weisen auf ein zusätzliches Risiko der Polymedikation hin, 42% der Personen ab 65 Jahre erhielten innerhalb eines Quartals fünf oder mehr Wirkstoffe, im Mittel waren es 4,6 unterschiedliche Substanzen. Auch wenn die kumulative Polymedikation innerhalb eines Quartals keine Aussage darüber ermöglicht, ob diese Arzneimittel tatsächlich parallel eingenommen werden, ist von einem hohen Anteil an Dauermedikation auszugehen. So handelte es sich bei 57% der Verordnungen um Packungen der größten Normpackungsgröße (N3), die in der Regel in der Dauermedikation eingesetzt werden. Zusätzlich zu den verordneten Arzneimitteln nehmen die älteren Patienten auch in erheblichem Maße Arzneimittel in Selbstmedikation ein, wie etwa eine Befragung des Wissenschaftlichen Instituts der AOK belegt: im Schnitt 7,2 Packungen jährlich (Zok 2006). Diese Arzneimittel tragen ebenfalls zu der Problematik der Polymedikation bei.

Ogleich für Polypharmazie noch immer eine einheitliche, international gültige Definition aussteht (Johnell und Klarin 2007; Bjerrum et al. 1998), wurde in Anlehnung an die derzeit verfügbare Literatur Polypharmazie als der Gebrauch von fünf oder mehr Arzneimitteln festgelegt (Viktil et al. 2007; Haider et al. 2007). Polypharmazie ist insbesondere bei älteren Patienten ein Risikofaktor für das Auftreten unerwünschter Arzneimittelwirkungen, des geriatrischen Syndroms einschließlich zum Beispiel Stürze und Inkontinenz, für kognitive Einschränkungen, für Morbidität und Mortalität und leistet einen Beitrag zur Nonadherence (Hajjar et al. 2007). Polymedikation ist außerdem ein Risikofaktor für die Verschreibung und Nutzung potenziell inadäquater Medikamente bei älteren Patienten (Bongue et al. 2009, Lechevallier-Michel et al. 2005; Gallagher et al. 2008b; Holt et al. 2010b).

Nach den vorliegenden Analysen hat des Weiteren nahezu ein Viertel (24%) der über 65-Jährigen im Jahr 2010 mindestens ein potenzielles ungeeignetes Arzneimittel der PRISCUS-Liste verordnete bekommen. Dieser Anteil liegt in einem vergleichbaren Bereich wie die in einigen internationalen Studien zur Prävalenz möglicherweise ungeeigneter Arzneimittel für Ältere genannten Zahlen (Fialová et al. 2005; Canadian Institute for Health Information 2007; Landi et al. 2007; Curtis et al. 2004; Niwata et al. 2006). Standardisierte Telefoninterviews bei 1 937 zu Hause

lebenden Senioren im Alter über 72 Jahre ergaben, dass knapp 20% der Befragten ein Arzneimittel der PRISCUS-Liste anwenden (Holt et al. 2010b).

Bei einigen Untersuchungen, die in den USA, Kanada, Japan und verschiedenen europäischen Ländern durchgeführt wurden, lag die PIM-Prävalenz bei 5,8% bis 50% (Fialová et al. 2005; Canadian Institute for Health Information 2007; Niwata et al. 2006; Lau et al. 2004), sodass beim Vergleich der Prävalenzen jedoch die verwendeten Listen potenziell inadäquater Medikamente, die untersuchten Populationen, Untersuchungszeiträume und landesspezifischen Unterschiede der einzelnen Arzneimittelmärkte berücksichtigt werden müssen (van der Hoof et al. 2005; Bongue et al. 2009; Fialová et al. 2005). Es zeigte sich aber auch in den hier vorliegenden Analyseergebnissen (s. Abbildung 7–9), dass selbst innerhalb eines Landes bei Anwendung der gleichen Kriterien die PIM-Prävalenzen variieren. Die Prävalenzunterschiede betragen selbst zwischen einzelnen Bundesländern in Deutschland bis zu 7 Prozentpunkte. Hier verbirgt sich ein deutliches Potenzial zur Optimierung der Arzneimitteltherapiesicherheit älterer Patienten

Auch in den vorliegenden Daten zeigt es sich, dass der Anteil an Verordnungen potenziell inadäquater Medikamente mit steigendem Alter zunimmt (Bongue et al. 2009; Canadian Institute for Health Information 2007; Holt et al. 2010b). Entsprechend einigen internationalen Untersuchungen waren zudem Frauen in der untersuchten Population häufiger von potenziell inadäquater Medikation betroffen als Männer (Bongue et al. 2009; Buck et al. 2009; Canadian Institute for Health Information 2007). Dies beruht besonders auf den Verordnungen von Antidepressiva (insbesondere Amitriptylin) an ältere Frauen.

Bei den als potenziell inadäquat bewerteten und in der Analyse stark vertretenen Antidepressiva und Urologika ist auf das hohe Risiko anticholinergereffekte bei älteren Patienten hinzuweisen. Es muss allerdings berücksichtigt werden, dass beispielsweise der Einsatz von Amitriptylin in niedriger Dosierungen als Koanalgetikum gerechtfertigt sein kann. Möglicherweise kann auch die Anwendung anticholinergereffekte Urologika bei guter Wirksamkeit vertretbar sein – hier muss aber sichergestellt sein, dass der Patient hinsichtlich unerwünschter Wirkungen regelmäßig befragt und überwacht wird.

Etoricoxib war der verordnungstärkste Wirkstoff aus der Klasse der NSAR. Allerdings wurde Etoricoxib mit einem Median von 2,0 und einem 95%-Konfidenzintervall von 1,83–2,92 knapp als PIM bewertet, wohingegen Celecoxib – aus der gleichen Wirkstoffklasse – im Expertenurteil mit einem Median von 2,5 und 95%-Konfidenzintervall von 2,29–3,16 gerade knapp als fraglich beurteilt wurde und nicht auf der PRISCUS-Liste erscheint.

Dies bedeutet insgesamt, dass man die Prävalenz von PRISCUS-Verordnungen als Maß für die Verordnungsqualität heranziehen kann, jedoch a) PRISCUS-Medikamente nicht zu 100 Prozent durch angegebene Alternativen ersetzbar sind, diese b) im Einzelfall bei guter Verträglichkeit und entsprechender Therapieüberwachung akzeptabel sind und c) bei Medikamentenvergleichen immer das Nutzen/Schadensrisiko der Alternativen sorgfältig betrachtet werden muss.

Im Rahmen einer randomisierten, kontrollierten Studie des PRISCUS-Verbundes wird zeitnah untersucht, ob die Vermeidung der potenziell inadäquaten Medikamente nach PRISCUS-Liste machbar ist und zu einer Reduktion medikationsbezogener Komplikationen führt.

Prognosen für die Bevölkerungsentwicklung machen deutlich, dass sich die Anzahl älterer Menschen in den kommenden 50 Jahren um rund ein Drittel erhöhen wird. Damit ist die Qualität der Arzneimittelversorgung älterer Menschen eine zentrale Herausforderung der nächsten Jahre. Evidenzbasierte Therapieempfehlungen basieren derzeit jedoch meist auf klinischen Studien ohne Einbeziehung älterer, insbesondere multimorbider Menschen (Spall et al. 2007). Leitlinien und Therapieempfehlungen speziell für ältere Menschen mit mehrfachen Erkrankungen und Polypharmazie sind noch nicht ausreichend vorhanden, aber dringend erforderlich (Boyd et al. 2005; Hilmer et al. 2007). In Deutschland berücksichtigt insbesondere die nationale Versorgungsleitlinie Diabetes (<http://www.versorgungsleitlinien.de>) auch Alter und Multimorbidität, die meisten anderen Leitlinien jedoch berücksichtigen Multimorbidität nicht und führen z. T. zu widersprüchlichen Empfehlungen bzw. zu Unverträglichkeiten bei leitliniengerechter Multimedikation (Boyd et al. 2005). Therapieempfehlungen für multimorbide Patienten müssen den Gesamtzustand, die Funktionsfähigkeit, die Lebenserwartung sowie die individuelle Gesamtsituation des Patienten berücksichtigen (Scheidt-Nave et al. 2010). Wünschenswert wären gesicherte Forschungsergebnisse zu einer individualisierten Pharmakotherapie älterer, multimorbider Patienten, die eine Priorisierung von Symptomen, chronischen Krankheiten und funktionellen Fähigkeiten beinhaltet, wie sie beispielsweise von der Hessischen Leitliniengruppe Geriatrie vorgeschlagen werden.

Auf die Verordnung eines potenziell inadäquaten Arzneimittels der PRISCUS-Liste kann hingegen zumeist ohne Not verzichtet werden. In den meisten Fällen stehen Therapiealternativen zur Verfügung und werden in der Liste benannt. In jedem Verordnungsfall muss das Nutzen/Schadens-Risiko sorgfältig betrachtet werden. Hier gilt es in erster Linie die Erkenntnisse in die Arztpraxen zu tragen, etwa im Rahmen von Pharmakotherapieberatung – wie beispielsweise durch die AOK-Beratungssapotheker mit dem Beratungstool pharmPRO. Auch ist eine Diskussion dieser Probleme in hausärztlichen Therapiezirkeln und Hausarztnetzen ein Weg, die Machbarkeit von Ansätzen zu überprüfen. Die Reduktion der Polypharmakotherapie bzw. die sichere Überwachung der Multimedikation ist eine Aufgabe, für die bislang Erfolgsrezepte und Evidenz fehlen. Für die Versorgung des multimorbiden älteren Patienten besteht ein erhebliches Forschungsdefizit und ein entsprechender Bedarf an spezifischen geriatrischen Leitlinien, die eine Brücke zwischen evidenzbasierter Therapie und der Vermeidung von Polymedikation bauen.

Literatur

- Akker M vd, Buntinx F, Knottnerus A: Comorbidity or multimorbidity: what's in a name? A review of the literature. *Eur J Gen Pract* 1996; 2: 65–70.
- Beers MH, Ouslander JG, Rollinger I, Reuben DB, Brooks J, Beck JC. Explicit criteria for determining inappropriate medication use in nursing home residents. *Arch Intern Med* 1991; 151: 1825–32.
- Beers MH. Explicit criteria for determining potentially inappropriate medication use by the elderly. *Arch Intern Med* 1997; 157: 1531–6.

- Berdot S, Bertrand M, Dartigues JF, Fourrier A, Tavernier B, Ritchie K, Alperovitch A. Inappropriate medication use and risk of falls – A prospective study in a large community-dwelling elderly cohort. *BMC Geriatr* 2009; 9: 30.
- Bjerrum L, Søgaard J, Hallas J, Kragstrup J. Polypharmacy: correlations with sex, age and drug regimen. *Eur J Clin Pharmacol* 1998; 54: 197–202.
- Bongue B, Naudin F, Laroche ML, Galteau MM, Guy C, Guéguen R, Convers JP, Colvez A, Maarouf N. Trends of the potentially inappropriate medication consumption over 10 years in older adults in the East of France. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 2009; 18: 1125–33.
- Boyd CM, Darer J, Boulton C, Fried LP, Boulton L, Wu AW. Clinical practice guidelines and quality of care for older patients with multiple comorbid diseases. *JAMA* 2005; 294: 716–24.
- Buck MD, Atreja A, Brunker CP, Jain A, Suh TT, Palmer RM, Dorr DA, Harris CM, Wilcox AB. Potentially inappropriate medication prescribing in outpatient practices: prevalence and patient characteristics based on electronic health records. *Am J Geriatr Pharmacother* 2009; 7: 84–92.
- Canadian Institute for Health Information. Drug claims by seniors: an analysis focusing on potentially inappropriate medication use, 2000 to 2006 (Ottawa, Ont.: CIHI, 2007), www.cihi.ca (25. Mai 2010).
- Coca V, Nink K. Arzneimittelverordnungen nach Alter und Geschlecht. In: Schwabe U, Paffrath D (Hrsg.) *Arzneiverordnungs-Report 2011a*. Heidelberg: Springer Medizin Verlag 2010; 943-56.
- Coca V, Nink K. *Arzneiverbrauch nach Altersgruppen 2010*. Berlin: Wissenschaftliches Institut der AOK 2011b.
- Curtis LH, Østbye T, Sengersky V, Hutchison S, Dans PE, Wright A, Woosley RL, Schulman KA. Inappropriate prescribing for elderly Americans in a large outpatient population. *Arch Intern Med* 2004; 164: 1621–5.
- Fialová D, Topinková E, Gambassi G, Finne-Soveri H, Jónsson PV, Carpenter I, Schroll M, Onder G, Wergeland Sørbye L, Wagner C, Reissigová J, Bernabei R; for the AdHOC Project Research Group. Potentially inappropriate medication use among elderly home care patients in Europe. *JAMA* 2005; 293: 1348–58.
- Fick DM, Cooper JW, Wade WE, Waller JL, Maclean R, Beers MH. Updating the Beers criteria for potentially inappropriate medication use in older adults. Results of a US consensus panel of experts. *Arch Intern Med* 2003; 163: 2716–24.
- Fricke U, Günther J, Zawinell A, Zeidan R. Anatomisch-therapeutisch-chemische Klassifikation mit Tagesdosen für den deutschen Arzneimittelmarkt. Methodik der ATC-Klassifikation und DDD-Festlegung. ATC-Index mit DDD-Angaben. Berlin: Wissenschaftliches Institut der AOK 2011. http://www.wido.de/arz_atcddd-klassifi.html (27. April 2011).
- Gallagher P, Barry P, O'Mahony D. Inappropriate prescribing in the elderly. *J Clin Pharm Ther* 2007; 32: 113–21.
- Gallagher P, Ryan C, Byrne S, Kennedy J, O'Mahony D. STOPP (Screening Tool of Older Persons' Prescription) and START (Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment). Consensus validation. *Int J Clin Pharmacol Ther* 2008a; 46: 72–83.
- Gallagher PF, Barry PJ, Ryan C, Hartigan I, O'Mahony D. Inappropriate prescribing in an acutely ill population of elderly patients as determined Beers' criteria. *Age Ageing* 2008b; 37: 96–101.
- Griens AMGF, Tinke JL, van der Vaart RJ: Facts and figures 2008. Foundation for Pharmaceutical Statistics (Stichting Farmaceutische Kengetallen), August 2008. <http://www.sfk.nl> (8. Februar 2010).
- Haider SI, Johnell K, Thorslund M, Fastbom J. Trends in polypharmacy and potential drug-drug interactions across educational groups in elderly patients in Sweden for the period 1992-2002. *Int J Clin Pharmacol Ther*. 2007; 45: 643–53.
- Hajjar ER, Cafiero AC, Hanlon JT. Polypharmacy in elderly patients. *Am J Geriatr Pharmacoth*. 2007; 4: 345–51.
- Hilmer SN, Mager DE, Simonsick EM, Cao Y, Ling SM, Windham BG, Harris TB, Hanlon JT, Rubin SM, Shorr RI, Bauer DC, Abernethy DR. A drug burden index to define the functional burden of medications in older people. *Arch Intern Med* 2007; 167: 781–7.
- Hilmer SN, Gnjdjic D. The effects of polypharmacy in older adults. *Clin Pharmacol Ther* 2009; 85: 86–88.

- Holt S, Schmiedl S, Thürmann PA. Potentially inappropriate medication in the elderly – PRISCUS list. *Dtsch Arztebl Int* 2010a; 107: 543–51.
- Holt S, Thiem U, Diederichs C, Berger K, Szymanski J, Thürmann PA. Potentially inappropriate medication in two German elderly cohorts. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2010b. Doc10gaa22 DOI: 10.3205/10gaa22, URN: urn:nbn:de:0183-10gaa22. <http://www.gjpsy.de/static/en/meetings/gaa2010/10gaa22.shtml>
- Hooft CS vd, Jong GW, Dieleman JP, Verhamme KM, Cammen TJ vd, Stricker BH, Sturkenboom MC. Inappropriate drug prescribing in older adults: the updated 2002 Beers criteria – a population-based cohort study. *Br J Clin Pharmacol* 2005; 60: 137–44.
- Jano E, Aparasu RR. Healthcare outcomes associated with Beers' criteria: a systematic review. *Ann Pharmacother* 2007; 41: 438–48.
- Johnell K, Klarin I. The relationship between number of drugs and potential drug-drug interactions in the elderly. *Drug Saf* 2007; 30: 911–8.
- Junius-Walker U, Theile G, Hummers-Pradier E. Prevalence and predictors of polypharmacy among older primary care patients in Germany. *Fam Pract* 2007; 24: 14–9.
- Klotz U. Pharmacokinetics and drug metabolism in the elderly. *Drug Metab Rev* 2009; 41: 67–76.
- Landi F, Russo A, Liperoi R, Barillaro C, Danese P, Pahor M, Bernabei R, Onder G. Impact of inappropriate drug use on physical performance among a frail elderly population living in the community. *Eur J Clin Pharmacol* 2007; 63: 791–9.
- Laroche ML, Charmes JP, Merle L. Potentially inappropriate medications in the elderly: a French consensus panel list. *Eur J Clin Pharmacol* 2007; 63: 725–31.
- Lau DT, Kasper JD, Potter DE, Lyles A. Potentially inappropriate medication prescriptions among elderly nursing home residents: their scope and associated resident and facility characteristics. *Health Serv Res* 2004; 39: 1257–76.
- Lechevallier-Michel N, Gautier-Bertrand M, Alpérovitch A, Berr C, Belmin J, Legrain S, Saint-Jean O, Tavernier B, Dartigues JF, Fourrier-Réglat A; 3C Study group. Frequency and risk factors of potentially inappropriate medication use in a community-dwelling elderly population: results from the 3C Study. *Eur J Clin Pharmacol* 2005; 60: 813–9.
- Lund BC, Carnahan RM, Egge JA, Chrischilles EA, Kaboli PJ. Inappropriate prescribing predicts adverse drug events in older adults. *Ann Pharmacother* 2010; 44: 957–63.
- McLeod PJ, Huang A, Tamblyn RM, Gayton DC. Defining inappropriate practices in prescribing for elderly people: a national consensus panel. *Can Med Assoc J* 1997; 156: 385–91.
- Milton JC, Hill-Smith I, Jackson SHD. Prescribing for older people. *BMJ* 2008; 336: 606–9.
- Niwata S, Yamada Y, Ikegami N. Prevalence of inappropriate medication using Beers criteria in Japanese long-term care facilities. *BMC Geriatr* 2006; 6: 1–7.
- Onder G, Pedone C, Landi F et al. Adverse drug reactions as cause of hospital admissions: results from the Italian group of pharmacoepidemiology in the elderly (GIFA). *J Am Geriatr Soc* 2002; 50: 1962–8.
- Rognstad S, Brekke M, Fetveit A, Spigset O, Wyller TB, Straand J. The Norwegian General Practice (NORGP) criteria for assessing potentially inappropriate prescriptions to elderly patients. A modified Delphi study. *Scand J Prim Health Care* 2009; 27: 153–9.
- Scheidt-Nave C, Richter S, Fuchs J, Kuhlmeier A. Herausforderungen an die Gesundheitsforschung für eine alternde Gesellschaft am Beispiel „Multimorbidität“. *Bundesgesundheitsblatt* 2010; 53: 441–50.
- Schröder H, Nink K, Zawinell A. Transparenz jetzt nutzen! Arzneimittelverbrauchs-forschung in Deutschland. *Deutsche Apotheker Zeitung* 2004; 144, 21: 2413–8.
- Shi S, Mörike K, Klotz U. The clinical implications of ageing for rational drug therapy. *Eur J Clin Pharmacol* 2008; 64: 183–99.
- Spall HGC v, Toren A, Kiss A, Fowler RA. Eligibility criteria of randomized controlled trials published in high-impact general medical journals. A systematic sampling review. *JAMA* 2007; 297: 1233–40.
- Spinewine A, Schumacher KE, Barber N, Hughes C, Lapane KL, Swine C, Hanlon JT. Prescribing in elderly people 1: Appropriate prescribing in elderly people: how well can it be measured and optimised? *Lancet* 2007; 370: 173–84.

- Statistisches Bundesamt. Bevölkerung Deutschlands bis 2060. 12. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung. Wiesbaden 2009; 5. <http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Presse/pk/2009/Bevoelkerung/pressebroschuerebevoelkerungsentwicklung2009,property=file.pdf> (05. Juli 2010).
- Thiem U, Theile G, Junius-Walker U, Holt S, Thürmann P, Hinrichs T, Platen P, Diederichs C, Berger K, Hodek JM, Greiner W, Berkemeyer S, Pientka L, Trampisch HJ. Prerequisites for a new health care model for elderly people with multimorbidity. The PRISCUS research consortium. *Z Gerontol Geriat* 2010.
- Thürmann PA, Werner U, Hanke F et al. Arzneimittelrisiken bei hochbetagten Patienten: Ergebnisse deutscher Studien. In: BÄK (Hrsg). Fortschritt und Fortbildung in der Medizin. Band 31; 2007: 216–24.
- Viktikl KK, Blix HS, Moger TA, Reikvam A. Polypharmacy as commonly defined is an indicator of limited value in the assessment of drug-related problems. *Br J Clin Pharmacol* 2007; 63: 187–95.
- Zok K. Arzneimittelmarkt: Selbstmedikation im Fokus. *WIdO-Monitor* 3 (1), Bonn: Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO) 2006. http://www.wido.de/fileadmin/wido/downloads/pdf_wido_monitor/wido_mon_selbstmed_0506.pdf (16. Juni 2011).

8 Ältere Menschen mit Migrationshintergrund als Patienten und Pflegebedürftige

Patrick Brzoska und Oliver Razum

Abstract

Etwa 15,7 Millionen Menschen mit Migrationshintergrund leben in Deutschland. Insbesondere ältere Menschen mit Migrationshintergrund sind sozioökonomisch benachteiligt und haben einen schlechteren Gesundheitszustand als Menschen ohne Migrationshintergrund. In der gesundheitlichen Versorgung sehen sie sich zahlreichen Zugangs- und Wirksamkeitsbarrieren gegenüber. Um ihre Versorgung bedarfs- und bedürfnisgerechter zu gestalten, ist eine migrations- und kultursensible Ausrichtung von Versorgungsangeboten als Teil eines ganzheitlichen Diversity Managements erforderlich. Wir erläutern dies exemplarisch an den Versorgungsbereichen der medizinischen Rehabilitation und Pflege.

About 15.7 million persons residing in Germany have a migration background. Particularly older migrants have a lower socio-economic status and a poorer health status than the majority population. With regard to health care access and effectiveness, they are faced with many barriers. In order to adjust health care to their subjective and objective needs, migrant- and culture-sensitive health care services as part of a comprehensive diversity management are required. We illustrate this by presenting empirical findings from the fields of medical rehabilitative and nursing care.

8.1 Einleitung

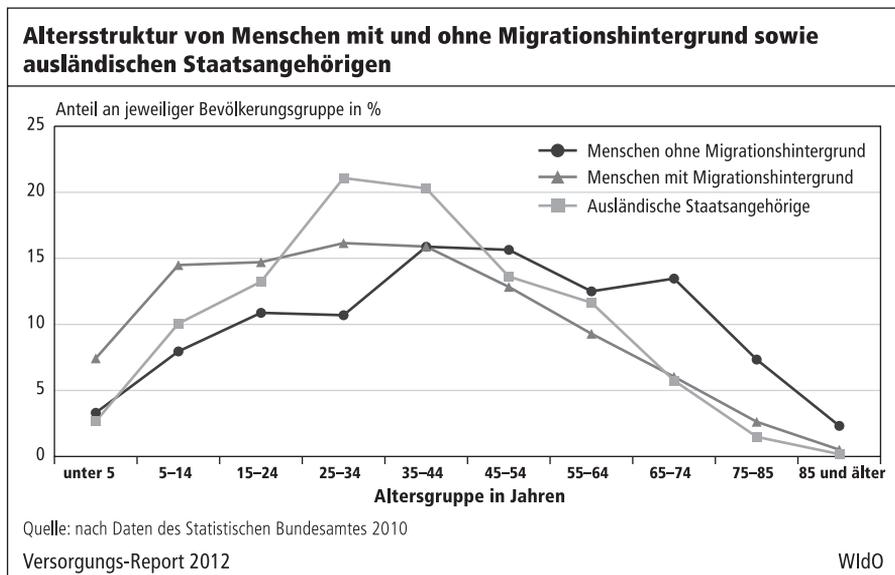
Rund 15,7 der 81,8 Millionen Menschen in Deutschland haben einen Migrationshintergrund. Das Statistische Bundesamt meint damit Personen, die „nach 1949 auf das heutige Gebiet der Bundesrepublik Deutschland zugezogen sind sowie alle in Deutschland geborenen Ausländer/-innen und alle in Deutschland als Deutsche Geborene mit zumindest einem zugezogenen oder als Ausländer in Deutschland geborenen Elternteil“ (Statistisches Bundesamt 2010, S. 31). Davon sind 7,2 Millionen ausländische Staatsangehörige, die verbleibenden 8,5 Millionen haben eine deutsche Staatsangehörigkeit. (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedler, vorwiegend aus der ehemaligen Sowjetunion und Polen, sowie Menschen türkischer Herkunft stellen dabei die beiden größten in Deutschland lebenden Gruppen von Menschen mit Migrationshintergrund dar (Statistisches Bundesamt 2010).

Menschen mit Migrationshintergrund unterscheiden sich in gesundheitsrelevanten Faktoren von Menschen ohne Migrationshintergrund – sei es in Bezug auf Krankheitsmuster, das Gesundheitsverhalten oder die Inanspruchnahme gesundheitlicher Angebote. So machen versorgungsepidemiologische Studien deutlich, dass insbesondere ältere Menschen mit Migrationshintergrund oft einen schlechteren Gesundheitszustand als Menschen ohne Migrationshintergrund gleichen Alters haben (Razum et al. 2008). Die Ursachen für diese Befunde sind vielfältig und liegen in den gesundheitlich relevanten Expositionen begründet, denen Menschen mit Migrationshintergrund in ihrem Leben ausgesetzt sind. Hierzu zählen zum einen schlechtere Arbeitsbedingungen, die insbesondere für die sogenannten „Gastarbeiter“ vorherrschten. Aber auch eine ungünstige soziale Lage und Schwierigkeiten mit der deutschen Sprache, die viele ältere Menschen mit Migrationshintergrund nach wie vor haben, und damit einhergehende Kommunikationsprobleme und Informationsdefizite könnten den schlechteren Gesundheitszustand erklären (Razum et al. 2008; Spallek und Razum 2008).

Vor diesem Hintergrund stellt die bedarfs- und bedürfnisgerechte Versorgung dieser Bevölkerungsgruppe zahlreiche Herausforderungen an das Gesundheitssystem. Viele Versorgungsbereiche – etwa die Rehabilitation und Pflege – setzen sich bisher noch nicht flächendeckend mit diesen Herausforderungen auseinander. Das führt dazu, dass Menschen mit Migrationshintergrund in allen Phasen des Versorgungsprozesses zahlreichen Schwierigkeiten begegnen – angefangen beim Zugang zu Angeboten über die Interaktion mit Gesundheitsdienstleistern bis hin zu einer eingeschränkten Versorgungsqualität und -effektivität (Brzoska et al. 2010b).

Wie Abbildung 8–1 zeigt, hat die Gruppe der Menschen mit Migrationshintergrund eine deutlich jüngere Altersstruktur als die der Menschen ohne Migrationshintergrund.

Abbildung 8–1



Bisher ist daher auch die absolute Zahl derjenigen, die die genannten Angebote in Anspruch nehmen, noch vergleichsweise gering. Das ist wahrscheinlich einer der Gründe dafür, warum sich viele Versorgungseinrichtungen nur sehr zaghaf mit den Bedürfnissen und Bedarfen dieser Bevölkerungsgruppe beschäftigen. Aber auch bei Menschen mit Migrationshintergrund lässt sich ein demografischer Wandel feststellen. Für die Teilgruppe der ausländischen Bevölkerung gehen Schätzungen davon aus, dass sich der Anteil der 60-Jährigen und Älteren an allen ausländischen Menschen bis zum Jahr 2030 verdoppelt haben wird (Münz und Ulrich 2001). Die heute jüngere Bevölkerung der Menschen mit Migrationshintergrund wird also älter und mit zunehmendem Alter steigt auch ihre Wahrscheinlichkeit für altersbedingte (chronische) Erkrankungen. Hierdurch wird sich auch der Bedarf an Versorgungsangeboten für diese Bevölkerungsgruppe erhöhen und die Institutionen des Gesundheitssystems vor veränderte Anforderungen stellen, denen sie heute noch nicht gewachsen sind.

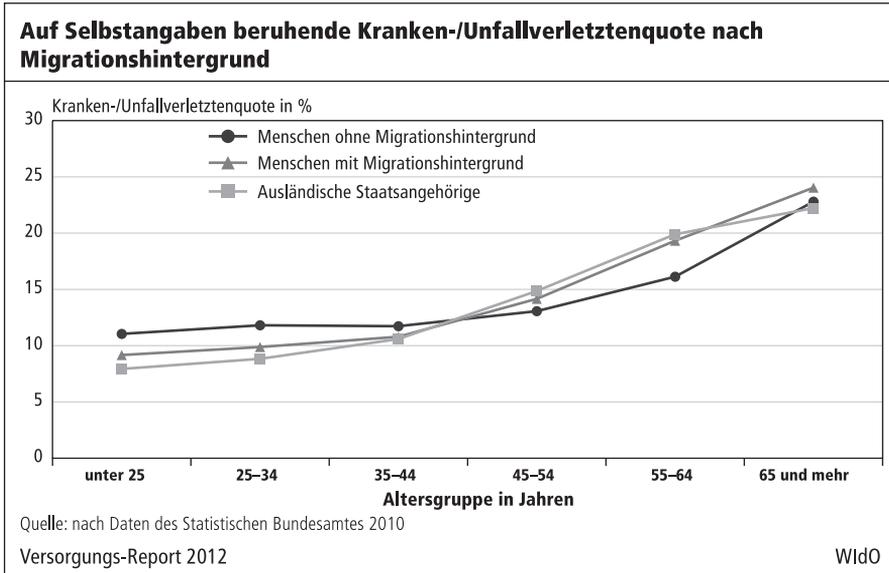
In unserem Beitrag gehen wir den Herausforderungen nach, die eine bedarfs- und bedürfnisgerechte Versorgung von (älter werdenden) Menschen mit Migrationshintergrund an das gesundheitliche Versorgungssystem in Deutschland stellt. Wir geben hierzu zunächst einen kursorischen Überblick über die sozioökonomische Struktur dieser Bevölkerungsgruppe und präsentieren empirische Ergebnisse zu ihrer gesundheitlichen Lage. Danach widmen wir uns schwerpunktmäßig der rehabilitativen und pflegerischen Versorgung. Wir präsentieren Ergebnisse zur Inanspruchnahme rehabilitativer und pflegerischer Angebote durch Menschen mit Migrationshintergrund und erörtern, inwiefern sich diese Bevölkerungsgruppe Zugangs- und Wirksamkeitsbarrieren in der Versorgung gegenübersteht. Abschließend leiten wir Handlungsempfehlungen für eine migrations- und kultursensible rehabilitative und pflegerische Versorgungsgestaltung ab.

8.2 Soziale und gesundheitliche Lage von Menschen mit Migrationshintergrund

Menschen mit Migrationshintergrund haben im Durchschnitt eine deutlich ungünstigere soziale Lage als Menschen ohne Migrationshintergrund. Das spiegelt sich zum Beispiel in den Schul- und Berufsabschlüssen beider Bevölkerungsgruppen wider. Daten des Mikrozensus 2009 zeigen, dass 14,2% der Menschen mit Migrationshintergrund, die sich nicht mehr in Ausbildung befinden, keinen Schulabschluss haben. Bei Menschen ohne Migrationshintergrund ist dieser Anteil mit 1,8% deutlich kleiner. Auch andere sozioökonomische Indikatoren deuten auf eine ungünstigere soziale Lage hin. Menschen mit Migrationshintergrund sind häufiger von Erwerbslosigkeit betroffen, beziehen öfter Arbeitslosengeld II, weisen eine schlechtere berufliche Stellung auf, haben einen schlechteren Zugang zum Arbeitsmarkt und arbeiten darüber hinaus häufiger in Berufen mit einem hohen körperlichen Belastungsniveau (Statistisches Bundesamt 2010; 2008; Brzoska et al. 2010a; Oldenburg et al. 2010).

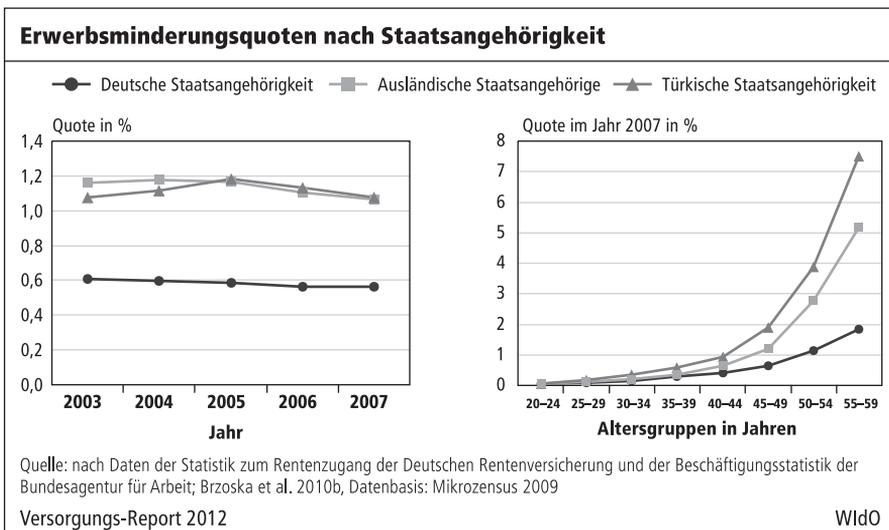
Ein niedriger sozioökonomischer Status ist mit einem höheren Risiko für einen schlechteren Gesundheitszustand assoziiert (Lampert et al. 2005), sodass auch bei

Abbildung 8–2



Menschen mit Migrationshintergrund von einer höheren Morbidität ausgegangen werden kann. Unterschiedliche Survey- und Sekundärdatenauswertungen stützen diese Vermutung (Razum et al. 2008). Daten des Mikrozensus 2009 belegen zwar, dass Menschen mit Migrationshintergrund unter 45 Jahren in den vier Wochen vor der Befragung nach eigenen Angaben seltener krank und unfallverletzt waren. In den höheren Altersgruppen liegen die Erkrankungsquoten von Menschen mit Migra-

Abbildung 8–3



tionshintergrund jedoch deutlich höher als in der Mehrheitsbevölkerung (Abbildung 8–2).

Ebenso geht aus Routinedaten der Deutschen Rentenversicherung der Jahre 2003 bis 2007 hervor, dass Menschen ausländischer Staatsangehörigkeit (eine Auswertung nach Migrationshintergrund ist nicht möglich) eine fast doppelt so hohe Erwerbsminderungsquote wie deutsche Staatsangehörige haben (Abbildung 8–3 links). Erwartungsgemäß steigt die Erwerbsminderungsquote bei allen Staatsangehörigkeiten mit dem Alter an. Auffällig ist jedoch, dass auch der Unterschied zwischen den Staatsangehörigkeiten mit zunehmendem Alter größer wird. So ist die Erwerbsminderungsquote (in Abbildung 8–3 rechts exemplarisch für das Jahr 2007 dargestellt) in der Altersgruppe der 55- bis 59-Jährigen bei ausländischen Staatsangehörigen fast dreimal so hoch und bei Menschen mit türkischer Staatsangehörigkeit mehr als viermal so hoch wie bei Deutschen. Gründe für diese Unterschiede sind unter anderem in unterschiedlichen Krankheitsmustern und unterschiedlichen gesundheitlichen Einflussfaktoren wie Arbeitsbelastungen zu vermuten, denen viele Arbeitsmigranten ausgesetzt waren und teilweise auch noch sind. Darauf deuten auch die höheren Arbeitsunfall-, Berufskrankheiten- und Arbeitsunfähigkeitsquoten von ausländischen Arbeitnehmern hin (Brzoska et al. 2010a).

Menschen mit Migrationshintergrund unterscheiden sich aber nicht nur in ihrem Gesundheitszustand, sie nutzen Versorgungsangebote auch anders und oft in geringerem Maße als Menschen ohne Migrationshintergrund. Darüber hinaus profitieren sie von Versorgungsangeboten in der Regel nicht in gleicher Weise wie Menschen ohne Migrationshintergrund. Auch das sind Faktoren, die Unterschiede im Gesundheitszustand erklären könnten. Wir illustrieren und erläutern dies nachfolgend exemplarisch an den beiden Versorgungsbereichen *medizinische Rehabilitation* und *Pflege*.

8.3 Medizinische Rehabilitation

8.3.1 Inanspruchnahme medizinischer Rehabilitation

Menschen mit Migrationshintergrund nehmen die rehabilitative Versorgung in geringerem Maße in Anspruch als Menschen ohne Migrationshintergrund. So ist in den letzten Jahren zwar ein Anstieg der absoluten Zahl von Rehabilitanden mit Migrationshintergrund zu verzeichnen, gemessen an der Größe dieser Bevölkerungsgruppe liegt ihre Inanspruchnahme jedoch deutlich unter dem Niveau von Menschen ohne Migrationshintergrund. Auswertungen des Sozio-oekonomischen Panels (SOEP) der Jahre 2002 bis 2004 zeigen, dass 4,7% aller deutschen Staatsangehörigen im Jahr vor der SOEP-Befragung eine medizinische Rehabilitation in Anspruch genommen haben. Bei Befragten ausländischer Staatsangehörigkeit war dieser Anteil mit 3,2% deutlich geringer. Allein durch die oben beschriebenen Unterschiede in der soziodemografischen, sozioökonomischen und gesundheitlichen Struktur beider Bevölkerungsgruppen ist die geringere Inanspruchnahme allerdings nicht zu erklären. Auch nach Kontrolle für diese Unterschiede mittels multivariater Verfahren ist die Chance für ausländische Staatsangehörige, im Jahr vor der Befra-

gung eine Rehabilitation in Anspruch genommen zu haben, mit einem Odds Ratio von 0,66 (95 %-Konfidenzintervall [95 %-CI] = 0,49; 0,90) deutlich geringer als bei Deutschen (Brzoska et al. 2010c).

Vergleichbar geringere Inanspruchnahmequoten lassen sich auch für Leistungen der medizinischen Rehabilitation identifizieren, die im Falle von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten von der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung getragen werden – trotz der im Vergleich zu Deutschen größtenteils höheren Quoten von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten bei ausländischen Bevölkerungsgruppen (Brzoska et al. 2010b).

8.3.2 Erfolg medizinischer Rehabilitation

Ähnlich unterschiedlich fällt auch der Erfolg der medizinischen Rehabilitation für beide Bevölkerungsgruppen gemessen an der beruflichen Leistungsfähigkeit nach Abschluss der medizinischen Rehabilitation aus. Es handelt sich hierbei um eine ärztliche Einschätzung des Umfangs, in dem ein Rehabilitand nach Abschluss der Rehabilitation wieder in dem Beruf arbeiten kann, den er vor der Rehabilitation ausgeübt hat (Deutsche Rentenversicherung Bund 2007).¹ Nach Daten der Deutschen Rentenversicherung aus dem Jahr 2006 schlossen ca. 15,4 % aller Rehabilitanden deutscher Staatsangehörigkeit die Rehabilitation mit einer geringen beruflichen Leistungsfähigkeit ab. Diese Personen können in ihrem vor der Rehabilitation ausgeübten Beruf weniger als drei Stunden täglich arbeiten. Bei Menschen ausländischer Staatsangehörigkeit war dieser Anteil mit 21,6 % deutlich höher und lag bei einzelnen Staatsangehörigkeiten teilweise noch darüber. Die entsprechenden (rohen) Odds Ratios liegen je nach Staatsangehörigkeit bei 1,3 bis 1,8 (siehe Tabelle 8–1).

Doch auch diese Unterschiede sind nicht allein durch Unterschiede in der soziodemografischen, sozioökonomischen und gesundheitlichen Struktur beider Bevölkerungen zu erklären. Nach Adjustierung für diese Störgrößen sind die Unterschiede zwischen Rehabilitanden deutscher und ausländischer Staatsangehörigkeiten zwar geringer, die Chancen für eine geringe Leistungsfähigkeit nach Abschluss der medizinischen Rehabilitation bleiben aber bei Menschen ausländischer Staatsangehörigkeit mit einer Ausnahme signifikant erhöht (Brzoska et al. 2010c).

8.3.3 Zugangs- und Wirksamkeitsbarrieren

Wie eine qualitative Untersuchungen von Rehabilitanden türkischer Herkunft und mit einem (Spät-)Aussiedlerhintergrund auf Basis von Experteninterviews und Fokusgruppeninterviews zeigt, könnten die dargestellten Unterschiede durch Zugangs- und Wirksamkeitsbarrieren begründet sein, die auf system- und migrations-

¹ Limitationen der hier herangezogenen subjektiven Einschätzung der Leistungsfähigkeit liegen in einer möglichen Überschätzung des Rehabilitationserfolgs durch einen Informationsbias. Objektive Vergleichsmessungen der Leistungsfähigkeit zum Zeitpunkt vor und nach der Rehabilitation sind in den Routinedaten der Deutschen Rentenversicherung bisher nicht verfügbar (siehe für eine methodische Diskussion sozialmedizinischer Beurteilungskriterien des Rehabilitationserfolgs in diesen Daten Brzoska et al., e-pub ahead of print).

Tabelle 8–1

Rohe und adjustierte Odds Ratios (OR) und 95 %-Konfidenzintervalle (95 %-CI) für einen geringen Rehabilitationserfolg bei Menschen ausländischer Staatsangehörigkeit im Vergleich zu Deutschen

	Staatsangehörigkeit			
	Ausland gesamt	Türkei	Ehemaliges Jugoslawien	Portugal/Spanien/ Italien/Griechenland
Rohe OR	1,50	1,63	1,82	1,33
[95 %-CI]*	[1,46; 1,55]	[1,55; 1,72]	[1,73; 1,93]	[1,25; 1,42]
Adjustiertes OR	1,20	1,23	1,47	1,06
[95 %-CI]*	[1,16; 1,24]	[1,16; 1,30]	[1,38; 1,56]	[0,98; 1,14]

* Odds Ratio und 95 %-Konfidenzintervalle adjustiert für sozio-demographische/-ökonomische und gesundheitliche Unterschiede

Quelle: Brzoska et al. 2010c; Datenbasis: Abgeschlossene Rehabilitationen 2006, Deutsche Rentenversicherung Bund, Reha-Statistik-Datenbasis, eigene Berechnungen.

spezifische Faktoren zurückzuführen sind (Brzoska et al. 2010b). Hierbei handelt es sich um Kommunikations- und Interaktionsprobleme zwischen Gesundheitsdienstleistern und Patienten bedingt durch Probleme mit der deutschen Sprache und damit einhergehende Informationsdefizite. Diese führen in der rehabilitativen Versorgung zum Beispiel zu Problemen im Anamnesegespräch oder bei der Anleitung zu Therapien. Dies birgt die Gefahr, dass Therapien einerseits nicht optimal auf den Bedarf und die Bedürfnisse von Patientinnen und Patienten abgestimmt werden können und andererseits womöglich von diesen nicht gemäß Therapieempfehlungen durchgeführt werden. Dieses kann sich negativ auf die Wirksamkeit der Rehabilitation auswirken. Informationsdefizite können aber auch ein Grund sein, warum Menschen mit Migrationshintergrund die Rehabilitation in geringerem Maße in Anspruch nehmen. In der Studie äußerten die Befragten, vor der Rehabilitation nur unzureichend oder falsch über rehabilitative Versorgungsangebote und sozialrechtliche Ansprüche informiert gewesen zu sein (ebd.).

Kommunikations- und Interaktionsprobleme können aber auch die Folge von kulturbedingten Faktoren sein. Das ist insbesondere für Rehabilitanden mit türkischem Migrationshintergrund zutreffend. Es handelt sich hierbei zum einen um kulturspezifische Krankheitsausdrücke und Symptombeschreibungen, die zu Missverständnissen in der Arzt-Patienten-Beziehung führen und Frustrationspotenziale für beide Akteure bilden. Aber auch ein kulturspezifisch unterschiedlicher Umgang mit Krankheit sowie externale Kontrollüberzeugungen im Hinblick auf die eigene Krankheit können den Therapieerfolg gefährden, wenn sie im Therapieverlauf nicht adäquat adressiert werden. Zum anderen wirken sich Aussagen von Gesundheitsdienstleistern wie auch Rehabilitanden zufolge auch Scham und kulturelle Tabus nachteilig auf eine optimale Versorgung aus. Das betrifft zum Beispiel Vorbehalte und Akzeptanzprobleme bei manchen Menschen türkischer Herkunft, sich von Personal des jeweils anderen Geschlechts behandeln zu lassen, oder auch die mangelnde Bereitschaft traditionell orientierter türkischstämmiger Frauen, in der Rehabilitationsklinik gemischtgeschlechtliche Angebote wie zum Beispiel Schwimmthera-

prien in Anspruch zu nehmen. Schließlich ist es aber auch das unzureichende Bewusstsein vieler Einrichtungen und ihres Personals für die Notwendigkeit, rehabilitative Angebote migrations- und kultursensibel sowie bedarfs- und bedürfnisgerecht auszurichten, das einem barrierearmen Zugang zur medizinischen Rehabilitation und einer optimalen Wirksamkeitsqualität dieser Angebote entgegensteht (Brzoska et al. 2010b).

8.4 Pflege

8.4.1 Inanspruchnahme formeller Pflegeangebote

Wie bei der rehabilitativen Versorgung gibt es auch zahlreiche Unterschiede zwischen Menschen mit und ohne Migrationshintergrund im Hinblick auf die Nutzung von Angeboten des formellen Pflegesektors. Auswertungen von Daten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung Westfalen-Lippe (MDK W-L) aus den Jahren 2001 bis 2005 machen deutlich, dass lediglich 9 % aller Menschen türkischer Herkunft, die nach Definition des Sozialgesetzbuchs (SGB XI) pflegebedürftig und einer der drei Pflegestufen zugeordnet sind, ambulante Sachleistungen, Kombinationsleistungen und vollstationäre Pflegeleistungen in Anspruch nehmen. Die verbleibenden 91 % der Pflegebedürftigen türkischer Herkunft beantragten ausschließlich Geldleistungen. Bei nicht-türkischen Pflegebedürftigen ist das Inanspruchnahmeverhalten deutlich anders verteilt: 58 % von ihnen beantragen ambulante Sachleistungen, Kombinationsleistungen und vollstationäre Pflegeleistungen, während nur 42 % Geldleistungen in Anspruch nehmen. Ähnlich große Unterschiede waren auch innerhalb der drei Pflegestufen-Kategorien zu finden (Okken et al. 2008).

Die geschilderten Ergebnisse sind ein Hinweis darauf, dass die informelle Pflege durch Familienangehörige und Bekannte bei Pflegebedürftigen türkischer Herkunft eine deutlich größere Rolle als bei nicht-türkischen Pflegebedürftigen spielt. Die Gründe hierfür sind in den vorherrschenden traditionellen Familienkonzepten zu sehen, in denen sowohl bei Menschen mit türkischem Migrationshintergrund als auch bei vielen (Spät-)Aussiedlern die Pflege von Angehörigen als fester Bestandteil verankert ist (Schnepf et al. 2003; Zielke-Nadkarni 2003; Dietzel-Papakyriakou und Olbermann 1996). Aber auch ein höherer Anteil von Pflegebedürftigen im Kinder- und Jugendalter, wie er sich zum Beispiel für Menschen mit türkischem Migrationshintergrund feststellen lässt (Okken et al. 2008), könnte die geschilderten Befunde erklären.

Durch unterschiedliche Entwicklungen ist in Zukunft mit einer deutlich höheren Inanspruchnahme formeller Pflegeangebote durch Menschen mit Migrationshintergrund zu rechnen. Dies hängt zum einen mit der geschilderten demografischen Struktur der Bevölkerung mit Migrationshintergrund zusammen, denn die zunehmende Alterung dieser heute noch vergleichsweise jungen Bevölkerungsgruppe geht mit einer höheren Wahrscheinlichkeit für chronische Erkrankungen und Pflegebedürftigkeit einher. Zum anderen gibt es Hinweise darauf, dass sich informelle Pflegepotenziale bei ihnen in Zukunft erschöpfen werden. Das liegt daran, dass traditionelle Familienstrukturen rückläufig sind und die Anzahl von Ein- und Zwei-

personenhaushalten bei Menschen mit Migrationshintergrund zunimmt (Enquête-Kommission „Situation und Zukunft der Pflege in NRW“ 2005; Olbermann 2003). Darüber hinaus lässt sich feststellen, dass weibliche Familienmitglieder, die traditionell – sowohl bei Menschen mit als auch bei Menschen ohne Migrationshintergrund (Mager und Eisen 2002) – in Familien Pflegeaufgaben übernehmen, zunehmend einer Erwerbstätigkeit nachgehen und dadurch nur noch bedingt für die Pflege von Angehörigen zur Verfügung stehen (von Kondratowitz 2005; Seifert 2007).

8.4.2 Zugangsbarrieren zu stationären und ambulanten Pflegeangeboten

Das deutsche Versorgungssystem ist vergleichsweise komplex angelegt und auf zahlreiche Instanzen verteilt. Insbesondere im Zusammenhang mit der Versorgung altersbedingter (chronischer) Krankheit, einschließlich Pflege, werden vielfach intransparente Strukturen sowie ein Mangel an Koordination und Versorgungskontinuität kritisiert (Müller-Mundt und Schaeffer 2003). Fallstudien zeigen, dass sich viele chronisch Erkrankte und ihre Angehörigen mangels Ressourcen und Informationen nicht ohne Weiteres in der Vielschichtigkeit der ambulanten und stationären Versorgungsinstanzen zurechtfinden und dass nicht selten zufällige Informationen eine wichtige Rolle spielen (Schaeffer 2004; 2005). Bei Menschen mit Migrationshintergrund sind diese Barrieren noch um einiges höher. Eine große Bedeutung haben hierbei ebenfalls Informationsdefizite, bedingt durch Probleme mit der deutschen Sprache, aber auch durch eine mangelnde Integration in die deutsche Mehrheitsgesellschaft. Sie führen dazu, dass viele Menschen mit Migrationshintergrund keine ausreichenden Kenntnisse über die Strukturen des ambulanten und stationären Pflegesektors haben. Sprachliche Probleme erschweren darüber hinaus die Beantragung von Pflegeleistungen und die damit verbundene Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (Grieger 2001; Glodny und Razum 2008; Kuratorium Deutsche Altershilfe 2003).

Neben zielgruppenspezifischen Informationsangeboten mangelt es dem stationären und ambulanten Pflegesektor aber auch an einer für Menschen mit Migrationshintergrund ausreichend gestalteten bedarfs- und bedürfnisgerechten Versorgungsgestaltung. Das führt dazu, dass – vergleichbar der Situation im rehabilitativen Bereich – migrations- und kulturbedingt anderen Pflegevorstellungen einschließlich Scham, körperlicher Tabus und Reinigungsritualen (Brzoska/Razum 2009) nicht ausreichend Rechnung getragen wird. Schwellenängste können die Folge sein, die ihrerseits die Barrieren zur Inanspruchnahme von Angeboten des professionellen Pflegesektors erhöhen. Vor dem Hintergrund des in Zukunft voraussichtlich zunehmenden Inanspruchnahmebedürfnisses durch die Abschwächung familiärer Pflegepotenziale weist dieses auf einen erhöhten Handlungsbedarf hin.

8.5 Handlungsempfehlungen für eine migrations- und kultursensible Versorgungsgestaltung

Die Versorgungsleistungen, die im Verlauf alterbedingter (chronischer) Krankheiten in Anspruch genommen werden müssen, sind sehr vielfältig und reichen von der rein medizinischen Behandlung über die Nachsorge bis hin zu Angeboten der Rehabilitation und Pflege. Neben der Belastung durch die Therapien selbst sehen sich Betroffene und ihre Familien dabei auch mit unterschiedlichen Anspruchsregelungen konfrontiert, die von der Kranken- über die Pflege- bis hin zur Renten- und Unfallversicherung reichen. Entsprechend groß ist daher auch das Ausmaß an Versorgungsmanagement, das Betroffene leisten müssen und so über die Zeit an natürliche Grenzen stoßen (Müller-Mundt und Schaeffer 2003). Kommen wie im Falle von Menschen mit Migrationshintergrund sprachbedingte Informationsdefizite, wahrgenommene Diskriminierung, kulturelle Unterschiede und damit einhergehende Kommunikations- und Interaktionsprobleme hinzu, gestaltet sich der Versorgungsprozess umso schwieriger. Konflikte, Frustration, eine verminderte Versorgungsqualität und Ängste können die Folge sein. Für die Versorgungsgestaltung lassen sich dabei Schlussfolgerungen auf mehreren Ebenen ableiten.

8

8.5.1 Versorgungsstruktur

Auf Ebene der Versorgungsstruktur ist es wichtig, Unterstützungsangebote zu implementieren, die für ältere und chronisch kranke Menschen Wegweiserfunktionen durch das Versorgungssystem und seine Institutionen übernehmen können. Das gilt für Betroffene im Allgemeinen, aus den geschilderten Gründen jedoch für Menschen mit Migrationshintergrund im Besonderen. Das lässt sich zum einen durch integrierte Versorgungspfade, noch besser allerdings durch ein umfassendes Case Management realisieren. Ein Case Management erlaubt es nicht nur, Versorgungsleistungen bedarfsgerecht und mit einer angemessenen Kontinuität anzubieten, sondern auch den finanziellen, sozialen, familiären und psychischen Anforderungen gerecht zu werden, die mit chronischer Krankheit und der Nutzung unterschiedlicher Versorgungsinstanzen verbunden sind (Schaeffer und Moers 2003). Case Management ist hierbei ein Ansatz, um die Versorgung in einer stark segmentierten Versorgungslandschaft mit inter- und intrasektoralen Koordinationsdefiziten auf ein gemeinsames Ziel zu fokussieren (Ewers und Schaeffer 2000). Für Personen mit Migrationshintergrund muss Case Management allerdings so ausgerichtet sein, dass es kultur- und migrationspezifische Bedürfnisse und Bedarfe anspricht. Auch die behandelnden niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte können für diese Bevölkerungsgruppe Lotsenfunktionen übernehmen. Eine orientierende Unterstützung von Personen mit Migrationshintergrund ihrerseits ist umso wichtiger, spielen Schnittstellenprobleme zum Beispiel beim Übergang in die Rehabilitation oder die Pflege aufgrund von Informationsdefiziten und Schwellenängsten bei Menschen mit Migrationshintergrund eine große Rolle.

Zugangsbarrieren zur Versorgung könnten für Menschen mit Migrationshintergrund auch durch die Implementierung von aufsuchenden Versorgungsstrukturen reduziert werden, die Versorgungsangebote an Nutzerinnen und Nutzer herantragen und dadurch niedrigschwelliger als herkömmliche Angebote sind. Entsprechende

Erfahrungen liegen zum Beispiel aus Modellprojekten in der Rehabilitation vor, die das Konzept der „Mobilen Rehabilitation“ nutzen. Es handelt sich hierbei um eine alltags- und lebensweltorientierte Form der ambulanten Rehabilitation, bei der rehabilitative Leistungen im häuslichen Umfeld der Rehabilitanden unter Berücksichtigung zur Verfügung stehender sozialer Ressourcen erbracht werden (Schmidt-Ohlemann und Schweizer 2009). Aufsuchende Angebote werden auch vermehrt im Rahmen der interkulturellen Öffnung von Pflegeangeboten eingesetzt, bedürfen allerdings noch einer angemessenen Evaluation (Glodny 2008).

Im Bereich der pflegerischen Versorgung liegen wegen der großen Bedeutung der Angehörigenpflege innerhalb vieler Bevölkerungsgruppen mit Migrationshintergrund darüber hinaus Potenziale in der ambulanten Pflege und der Kooperation mit dem informellen Pflegesektor. Durch eine stärkere Verschränkung professioneller Pflege- und familiärer Betreuungs- und Unterstützungsaktivitäten können einerseits sich abschwächende Pflegepotenziale in der Familie kompensiert, gleichzeitig jedoch der Bedeutung der häuslichen Pflege bei vielen Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund und ihren Angehörigen Rechnung getragen werden.

8.5.2 Versorgungspraxis

Neben einer besseren Versorgungscoordination, um Zugangsbarrieren abzubauen, sind auf Ebene der Versorgungspraxis professionelle Lösungsstrategien erforderlich, um eine zielgruppenspezifische sowie migrations-/kultursensible und dadurch bedarfs- und bedürfnisorientierte Umgestaltung von Angeboten zu ermöglichen.

Im Rahmen der interkulturellen Öffnung von Institutionen sind in den letzten Jahren rehabilitative und pflegerische Versorgungsangebote entstanden, die durch unterschiedliche kultur- und migrationspezifische Bestandteile das Ziel verfolgen, Bedürfnisse und Bedarfe von Menschen mit Migrationshintergrund besser zu adressieren. Beispiele sind das Angebot von Speisen, die gemäß religiöser Nahrungsgelübte zubereitet wurden, die Verfügbarkeit von Gebetsräumen sowie das Vorhalten von Informationsmaterial und Therapieangeboten in der jeweiligen Muttersprache (siehe Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration 2010 sowie Glodny 2008 für eine Übersicht). Kultur- und migrationspezifische Elemente wie diese könnten geeignet sein, Zugangs- und Wirksamkeitsbarrieren in der Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund zu reduzieren. Inwieweit sie diesem Zweck tatsächlich gerecht werden, ist allerdings schwer zu beurteilen, da es bisher an einer adäquaten (Ergebnis-)Evaluation mangelt.

Einige Versorgungseinrichtungen legen verstärkt Wert darauf, medizinisches und pflegerisches Personal mit Migrationshintergrund zu beschäftigen, um durch deren muttersprachliche Kenntnisse und kulturellen Hintergrund die Kultur- und Migrationssensibilität der Versorgungsangebote zu erhöhen (Kuratorium Deutsche Altershilfe 2003). Oftmals wird dabei aber vernachlässigt, dass nicht alle Menschen mit Migrationshintergrund zweiter und dritter Generation die Herkunftssprache ihrer Eltern ausreichend beherrschen. Allein durch den Migrationshintergrund des Personals kann außerdem nicht sichergestellt werden, dass sich die Mitarbeiter auch mit den kulturellen Gepflogenheiten und Wünschen ihrer Patientinnen und Patienten auskennen. Um die Versorgungsqualität für Menschen mit Migrationshintergrund zu erhöhen und Schwellenängste zu reduzieren, ist es daher wichtig, sowohl

beim Personal mit als auch ohne Migrationshintergrund interkulturelle Handlungskompetenz zu fördern und ihre Vermittlung in Aus-, Fort- und Weiterbildungscurricula zu verankern (Hinz-Rommel 1994; Tseng und Streltzer 2008). Unterschiedliche Lehrmodule wurden zum Beispiel für die Pflege bereits entwickelt (Pfabigan 2007; Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2005) und müssten zukünftig für die Rehabilitation noch angepasst werden.

Das Einrichtungspersonal kann bei der sprachlichen Verständigung und beim kulturellen Umgang mit den Patienten außerdem unterstützt werden, indem professionelle interkulturell-kompetente Sprach- und Kulturmittler eingestellt oder sektorübergreifende Sprach- und Kulturmittlungsdienste eingerichtet werden (Schwarze 2009; Wesselman 2009).

8.5.3 Diversity Management

Die beschriebenen Maßnahmen auf Ebene der Versorgungsstruktur und der Versorgungspraxis können Ausgangspunkte für Strategien sein, die im Sinne eines Diversity Managements der Vielfalt von Bedürfnissen und Bedarfen im Gesundheitswesen Rechnung tragen – und zwar nicht nur bei Menschen mit Migrationshintergrund, sondern bei allen Nutzern von Versorgungsangeboten. „Die wesentliche Schwierigkeit liegt darin, dass es eine diversity-neutrale Wirklichkeit nicht gibt und konsequenterweise ein diversity-neutraler Umgang – auch im Gesundheitsbereich – nicht möglich ist. Infolge dessen muss das Diversity-Konstrukt der Beteiligten bei allen Aktivitäten reflektiert und berücksichtigt werden, will man gesundheitliche Chancengleichheit erreichen.“ (Geiger 2006, S. 168) Diversity-Management-Strategien sollten sich dabei sowohl auf die Ebene der Versorgungsstruktur als auch die der Versorgungspraxis beziehen, um zum einen strukturelle Voraussetzungen für eine bedarfs- und bedürfnisgerechte Versorgung entlang unterschiedlicher Diversitätsdimensionen (Migrationshintergrund, Kultur, soziale Schicht, Geschlecht etc.) zu schaffen, zum anderen Einrichtungen und ihr Personal für die Heterogenität von Bedürfnissen und Bedarfen zu sensibilisieren. Auf der Ebene der Versorgungseinrichtungen bedeutet Diversity Management unter anderem die Implementierung von Leitbildern, die Vielfalt als Chance anerkennen und dadurch einen Beitrag zur Organisationsentwicklung leisten. Diese Organisationsentwicklung kann durch die Benennung von Diversity-Beauftragten oder die Einrichtung von Diversity-Abteilungen unterstützt werden (Fitzgerald 2010). Für die Diversitätsmerkmale Migrationshintergrund und Kultur haben einige Kliniken bereits Organisationseinheiten dieser Art eingerichtet. Sie übernehmen dort unter anderem auch die Implementierung der oben genannten kultur- und migrationspezifischen Versorgungselemente und koordinieren die interkulturelle Fort- und Weiterbildung des Personals (Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration 2010).

Mittels Diversity-Management-Strategien ist es auch möglich zu berücksichtigen, dass sich mit zunehmender grenzüberschreitender Mobilität nicht nur die Diversität der Nutzer des Versorgungssystems erhöht, sondern auch die der Gesundheitsdienstleister. Das birgt seinerseits zahlreiche Herausforderungen und Konfliktpotenziale, aber auch Chancen für die Versorgungsgestaltung. Diese können durch Diversity Management optimal genutzt werden, um hierdurch die Versorgungsgestaltung für alle Akteure des Versorgungssystems zu optimieren.

8.6 Fazit

Ältere Menschen mit Migrationshintergrund sind im Hinblick auf sozioökonomische Faktoren im Vergleich zu Menschen ohne Migrationshintergrund oft benachteiligt. Diese Faktoren und damit einhergehende Informationsdefizite tragen dazu bei, dass ihr gesundheitlicher Status im Durchschnitt schlechter ist als der von Menschen ohne Migrationshintergrund. Beim Zugang zum Versorgungssystem sehen sie sich zahlreichen Barrieren gegenüber, wobei diejenigen, die diese Barrieren überwinden können, von den Angeboten nicht in gleicher Weise wie Menschen ohne Migrationshintergrund profitieren können. Die Gründe dafür haben wir exemplarisch an den bisher vergleichsweise wenig erforschten Versorgungsbereichen der medizinischen Rehabilitation und der Pflege aufgezeigt.

Eine adäquate Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund muss sich – wie auch bei Menschen ohne Migrationshintergrund – an den jeweiligen Bedürfnissen und Bedarfen orientieren. Auf Ebene der Versorgungsstruktur und Versorgungspraxis müssen hierfür die Voraussetzungen geschaffen werden. Für Gesundheitsdienstleister bedeutet das, mit Menschen zu kommunizieren und zu interagieren, die sich im Hinblick auf ihre Kultur, ihre Religion sowie ihre Vorstellungen von Krankheit, Gesundheit und Therapie von der Mehrheitsbevölkerung unterscheiden. Dies setzt ein hohes Maß an interkultureller Kompetenz voraus, das vom Versorgungssystem gefördert, aber auch gefordert werden muss. Neben diesen Voraussetzungen in Aus-, Fort- und Weiterbildung muss das Versorgungssystem seine Nutzerinnen und Nutzer aber auch auf ihrem Weg durch unterschiedliche Versorgungsinstanzen unterstützen. Eine kultur- und migrationssensible Ausrichtung von Versorgungsstrukturen und -angeboten für Menschen mit Migrationshintergrund ist insbesondere auch vor dem Hintergrund wichtig, dass sich die Inanspruchnahmebedürfnisse dieser Bevölkerungsgruppe in Zukunft verändern werden und auch durch die demografische Alterung mit einem absoluten und relativen Zuwachs von Menschen mit Migrationshintergrund zu rechnen ist, die Versorgungsangebote in Anspruch nehmen wollen und müssen. Diversity Management stellt eine adäquate und ganzheitliche Strategie dar, um mit diesen Herausforderungen umzugehen.

Literatur

- Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration. 8. Bericht der Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration über die Lage der Ausländerinnen und Ausländer in Deutschland. Berlin: Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration 2010.
- Brzoska P, Razum O. Krankheitsbewältigung bei Menschen mit Migrationshintergrund im Kontext von Kultur und Religion. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie* 2009; 18: 151–61.
- Brzoska P, Reiss K, Razum O. Arbeit, Migration und Gesundheit. In: Badura, B., Schröder, H., Klose, J., Macco, K. (Hg.): *Fehlzeiten-Report 2010*. Berlin: Springer 2010a, 129–39.
- Brzoska P, Voigtländer S, Reutin B, Yilmaz-Aslan Y, Barz I, Starikow K, Reiss K, Dröge A, Hinz J, Exner A, Striedelmeyer L, Krupa E, Spallek J, Berg-Beckhoff G, Schott T, Razum O. Rehabilitative Versorgung und gesundheitsbedingte Frühberentung von Personen mit Migrationshinter-

- grund in Deutschland. Forschungsbericht 402. Berlin: Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2010b.
- Brzoska P, Voigtländer S, Spallek J, Razum O. Die Nutzung von Routinedaten in der rehabilitationswissenschaftlichen Versorgungsforschung bei Menschen mit Migrationshintergrund: Möglichkeiten und Grenzen. *Das Gesundheitswesen* 73 (e-pub ahead of print, DOI: 10.1055/s-0031-1280759).
- Brzoska P, Voigtländer S, Spallek J, Razum O. Utilization and effectiveness of medical rehabilitation in foreign nationals residing in Germany. *European Journal of Epidemiology* 2010c; 25: 651–60.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Handbuch für eine kultursensible Altenpflegeausbildung. Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2005.
- Deutsche Rentenversicherung Bund. Der ärztliche Reha-Entlassungsbericht. Leitfaden zum einheitlichen Entlassungsbericht in der medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung 2007. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund 2007.
- Dietzel-Papakyriakou M, Olbermann E. Soziale Netzwerke älterer Migranten: Zur Relevanz familiärer und innerethnischer Unterstützung. *Zeitschrift für Gerontologie* 1996; 29: 34–41.
- Enquête-Kommission „Situation und Zukunft der Pflege in NRW“. Situation und Zukunft der Pflege in NRW. Bericht der Enquête-Kommission des Landtags von Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf: Toennes Druck & Medien 2005.
- Ewers M, Schaeffer D. Einleitung: Case Management als Innovation im bundesdeutschen Sozial- und Gesundheitswesen. In: Ewers, M., Schaeffer, D. (Hg.): *Case Management in Theorie und Praxis*. Bern: Huber 2000; 7–27.
- Fitzgerald A. Diversity und das Sozialkapital der Krankenhäuser. In: Badura B, Schröder H, Klose J, Macco K (Hrsg). *Fehlzeiten-Report 2010*. Berlin: Springer 2010; 112–20.
- Geiger I. Managing Diversity in Public Health. In: Razum O, Zeeb H, Laaser U. (Hrsg). *Globalisierung – Gerechtigkeit – Gesundheit. Einführung in International Public Health*. Bern: Hans Huber 2006; 163–75.
- Glodny S. Migration und Pflege. *Public Health Forum* 2008; 16: 5.e1–5.e3.
- Glodny S, Razum O. Verbesserung der häuslichen Pflege von türkischen Migranten in Deutschland. In: Schaeffer D, Behrens J, Görres S (Hrsg). *Optimierung und Evidenzbasierung pflegerischen Handelns*. Weinheim: Juventa 2008; 132–52.
- Grieger D. Soziodemografische Daten und Fakten zur Situation älterer Migrantinnen und Migranten in der Bundesrepublik Deutschland. In: *Beauftragte der Bundesregierung für Ausländerfragen (Hg.): Älter werden in Deutschland. Fachtagung zu einer Informationsreihe für ältere Migranten*. Berlin 2001; 9–17.
- Hinz-Rommel W. Interkulturelle Kompetenz. Ein neues Anforderungsprofil für die soziale Arbeit. Münster: Waxman 1994.
- Kuratorium Deutsche Altershilfe. *Kultursensible Altenhilfe: Damit einem die Pflege nicht spanisch vorkommt*. Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe 2003.
- Lampert T, Saß AC, Häfelfinger M, Ziese T. Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit. Expertise des Robert Koch-Instituts zum 2. Armuts- und Gesundheitsbericht der Bundesregierung. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: Robert Koch-Institut 2005.
- Mager HC, Eisen R. Noch ist häusliche Pflege Familiensache. Die Pflegeversicherung und ihre Folgen. *Forschung Frankfurt* 2002; 1–2, 15–20.
- Müller-Mundt G, Schaeffer D. Patientensorientierte Versorgung chronisch Kranker. In: Pfaff H, Schrappe M, Lauterbach KW, Engelmann U, Halber M (Hrsg). *Gesundheitsversorgung und Disease Management. Grundlagen und Anwendungen der Versorgungsforschung*. Bern: Huber 2003; 143–8.
- Münz R, Ulrich RE. Migration und zukünftige Bevölkerungsentwicklung in Deutschland. In: Franz W (Hrsg). *Wirtschaftspolitische Herausforderungen an der Jahrhundertwende*. Tübingen: Mohr Siebeck 2001; 181–200.
- Okken PK, Spallek J, Razum O. Pflege türkischer Migranten. In: Bauer U, Büscher A (Hrsg). *Soziale Ungleichheit und Pflege. Beiträge sozialwissenschaftlich orientierter Pflegeforschung*. Wiesbaden: VS 2008; 369–422.

- Olbermann E. Soziale Netzwerke, Alter und Migration: Theoretische und empirische Explorationen zur sozialen Unterstützung älterer Migranten. Dissertation, Universität Dortmund 2003.
- Oldenburg C, Siefer A, Beermann B. Migration als Prädiktor für Belastung und Beanspruchung? In: Badura B, Schröder H, Klose J, Macco K (Hrsg). Fehlzeiten-Report 2010. Berlin: Springer 2010; 141–51.
- Pfabigan D. Kultursensible Pflege und Betreuung: Methodische Ermutigungen für die Aus- und Weiterbildung. Wien: Ausbildungszentrum des Wiener Roten Kreuzes GmbH in Kooperation mit dem Forschungsinstitut des Wiener Roten Kreuzes 2007.
- Razum O, Zeeb H, Meesmann U, Schenk L, Bredehorst M, Brzoska P, Dercks T, Glodny S, Menkhaus B, Salman R, Saß AC, Ulrich R. Migration und Gesundheit. Berlin: Robert Koch-Institut 2008.
- Schaeffer D. Der Patient als Nutzer – eine Analyse des Bewältigungs- und Nutzungshandelns im Verlauf chronischer Krankheit. Bern: Hans Huber 2004.
- Schaeffer D. Versorgungswirklichkeit in der letzten Lebensphase: Ergebnisse einer Analyse der Nutzerperspektive. In: Ewers M, Schaeffer D (Hrsg). Am Ende des Lebens. Bern: Hans Huber 2005; 69–71.
- Schaeffer D, Moers M. Bewältigung chronischer Krankheit – Aufgaben der Pflege. In: Rennen-Allhoff B, Schaeffer D (Hrsg). Handbuch Pflegewissenschaft. Weinheim: Juventa 2003, 447–83.
- Schmidt-Ohlemann M, Schweizer C. Mobile Rehabilitation: Eine Innovation in der ambulanten medizinischen Rehabilitation. Die Rehabilitation 2009; 48: 15–25.
- Schnepf W, Duijnste M, Grypdonck M. Was es bedeutet, in russlanddeutschen Familien pflegebedürftige Menschen zu versorgen. In: Zielke-Nadkarni A, Schnepf W (Hrsg). Pflege im kulturellen Kontext. Positionen, Forschungsergebnisse, Praxiserfahrungen. Bern: Hans Huber 2003, 73–100.
- Schwarze A. Qualifizierung zum/zur professionellen Sprach- und Integrationsmittler/-in. In: Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg). Gesundheitliche Versorgung von Personen mit Migrationshintergrund. Berlin: Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2009, 131–8.
- Seifert W. Integration und Arbeit. Aus Politik und Zeitgeschichte 2007; 22–23, 12–19.
- Spallek J, Razum O. Erklärungsmodelle für die gesundheitliche Situation von Migrantinnen und Migranten. In: Bauer U, Bittlingmayer UH, Richter M (Hrsg). Health Inequalities. Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften 2008, 271–88.
- Statistisches Bundesamt. Datenreport 2008. Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt 2008.
- Statistisches Bundesamt. Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund. Ergebnisse des Mikrozensus 2009. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt 2010.
- Tseng WS, Streltzer J. Cultural Competence in Health Care. Boston: Springer 2008.
- von Kondratowitz HJ. Die Beschäftigung von Migranten/innen in der Pflege. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 2005; 38: 418–23.
- Wesselman E. Sprachmittlung im Krankenhaus durch den hausinternen Dolmetscherdienst. In: Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg). Gesundheitliche Versorgung von Personen mit Migrationshintergrund. Berlin: Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2009, 122–30.
- Zielke-Nadkarni A. Individualpflege als Herausforderung in multikulturellen Pflegesituationen. Eine ethnografische Studie mit türkischen und deutschen Frauen. Bern: Hans Huber 2003.

This page intentionally left blank

9 Entscheidungsfindung zur Anlage einer perkutanen endoskopischen Gastrostomie (PEG)¹

Ein Forschungsprojekt²

Claudia Dinand, Tina Quasdorf, Rainer Markgraf und Sabine Bartholomeyczik

Abstract

In Deutschland werden jährlich ca. 140 000 PEG-Sonden³ angelegt. Über den Verlauf von Entscheidungsprozessen liegen in Deutschland kaum systematische Erkenntnisse vor. Die Universität Witten/Herdecke hat in Kooperation mit dem Allgemeinem Krankenhaus Hagen ein interdisziplinäres Forschungsprojekt zur Rekonstruktion von Entscheidungsprozessen vor Anlage einer PEG im klinischen Krankenhausalltag (1) und der stationären Altenpflege (2) anhand quantitativer retrospektiver (2a) und retrospektiv-prospektiver (1) Dokumentationsanalyse und qualitativer leitfadengestützter Experteninterviews (2b) durchgeführt.

Entscheidungsprozesse zur PEG zeigen sich als komplexes, uneinheitliches Verfahren. Menschen mit altersneurologischem Krankheitsstatus dominieren das Geschehen, Instrumente zur Entscheidungsfindung wurden kaum genutzt. Vor allem der kritische Ernährungsstatus und Nichteinwilligungsfähigkeit führen bei den beteiligten Akteuren zu ethischen Dilemmata und weisen auf Unterstützungsbedarf hin. Auf der Grundlage der Ergebnisse wurde eine Entscheidungshilfe entwickelt, die vor allem Angehörige, aber auch professionell Tätige im Gesundheitswesen anspricht.

In Germany, about 140 000 PEGs are placed annually. However, there are hardly any studies about the decision-making processes. The aim of this approach was to describe the decision-making process regarding the placement of PEGs, in (1) acute care settings (hospitals) as well as (2) long-term care facilities (nursing homes). To this end, quantitative retrospective (1; 2a) and retrospective-prospective analysis of documents and qualitative semi-structured interviews with experts (2b) were conducted.

1 Dieser Bericht wurde bereits in ähnlicher Form publiziert, vgl. auch: Dinand et al. 2010.

2 Ein ausführlicher Forschungsbericht wird unter ähnlichem Titel im Herbst 2011 unter der ISBN 978-386321-010-6 im Mabuse-Verlag erscheinen.

3 Bei einer perkutanen endoskopischen Gastrostomie (PEG) handelt es sich um einen medizinischen Eingriff. Mithilfe eines Endoskops (flexibler Schlauch, der mit einer Lichtquelle und einem optischen System zur Lagekontrolle ausgestattet ist) wird in Form einer Magenspiegelung (Gastroskopie) eine Ernährungssonde durch die Bauchwand (perkutan) in den Magen gelegt und dort durch eine Halteplatte verankert.

Study results indicate that decision-making on feeding tubes is a complex and heterogeneous process. Most patients suffer from neurological diseases associated with old age. Supporting instruments are rarely used. Particularly a critical nutritional status and the patients' inability to consent cause ethical dilemmas and call for assistance. Based on these results, a decision aid has been developed to be used by relatives as well as health care professionals.

9.1 Problemstellung

Die Ernährung ist ein Grundbedürfnis des Menschen und unverzichtbarer Bestandteil einer angemessenen medizinischen und pflegerischen Versorgung. Ist eine orale Nahrungsaufnahme vorübergehend oder dauerhaft nicht in ausreichendem Maße möglich, wird seit über 400 Jahren versucht, das Nahrungsangebot mithilfe von Ernährungssonden für diese Menschen sicherzustellen (Kirby et al. 1995). Erste Beschreibungen zum Einsatz einer Sondenernährung mithilfe einer Silberkanüle gehen sogar bis ins 12. Jahrhundert zurück (Stein 2004). Erst im Jahr 1980 entwickelten Gauderer, Ponsky und Izant (1980) die Methode der perkutanen endoskopischen Gastrostomie (PEG), die im Gegensatz zu anderen chirurgischen Verfahren ohne die Durchführung einer Laparotomie⁴ umzusetzen ist. Diese Technik etablierte sich in den folgenden Jahren als Methode der Wahl zur Sicherstellung von enteraler Ernährung über lange Zeiträume. Gründe hierfür waren unter anderem die im Vergleich einfache Durchführung sowie die vergleichsweise niedrige Komplikationsrate im Zusammenhang mit der Prozedur (Gauderer 1999; Rabeneck et al. 1996).

Schätzungen zufolge werden in Deutschland etwa 140 000 PEG-Sonden pro Jahr gelegt. Man geht davon aus, dass zwei Drittel aller gelegten PEG-Sonden auf ältere Menschen entfallen (Eibach und Zwirner 2002). In einer bundesweiten Untersuchung von Wirth et al. (2009) lag der Anteil der Altenheimbewohner, die über eine PEG-Sonde ernährt wurden, bei 5,4%. Becker und Hilbert (2004, 2010) stellten in einer Vergleichserhebung der Jahrgänge 2003 und 2009 einen Rückgang der PEG-Sonden in Bremer Altenpflegeheimen von 7,8% auf 6,7% fest.

Das zugrunde liegende Erkrankungsspektrum ist sehr weit und umfasst Tumoren des oberen Magen-Darm-Traktes, neurologische Krankheitsbilder, vor allem das eines Schlaganfalles sowie altersassoziierte Erkrankungen, hier insbesondere die Demenz (Angus und Burakow 2003; Brotherton und Lyons 2006; Mischinger et al. 2004).

Gerade für Menschen mit einer fortgeschrittenen dementiellen Erkrankung ist der Nutzen einer enteralen Ernährung mithilfe einer Ernährungssonde in Bezug auf Parameter wie die Überlebenszeit, den funktionalen Status, den Ernährungszustand sowie für die Vermeidung von Aspirationspneumonien⁵ und Druckgeschwüren oder

4 Eine Laparotomie bezeichnet das Öffnen der Bauchhöhle zur Durchführung eines chirurgischen Eingriffs an den inneren Organen des Bauchraumes. Die Bauchdecke wird in der Regel durch einen Bauchdeckenschnitt geöffnet.

5 Unter einer Aspirationspneumonie versteht man eine Lungenentzündung, die sich entwickelt, wenn körpereigene oder -fremde Substanzen durch Verschlucken in die Luftröhre gelangen.

eine Verbesserung der Lebensqualität nicht nachzuweisen (Finucane et al. 1999; Synofzik 2007; Sampson et al. 2009). Mitunter wird diskutiert, dass eine PEG negative Auswirkungen auf psychologische und soziale Aspekte wie die Veränderung von Lebensgewohnheiten, von sozialen Kontakten, des Körperbildes sowie den Verlust des Genusses der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme nach sich ziehen oder freiheitseinschränkende Maßnahmen notwendig machen kann (Brotherton und Lyons 2006, Gillick 2000; Liley und Manthorpe 2003; Rickman 1998).

Forderungen nach Beachtung ethischer und rechtlicher Gesichtspunkte (vgl. aktuelles BGH-Urteil vom 25.06.2010) stellen die Wahrung der Patientenautonomie ins Zentrum der Entscheidung für oder gegen das Anlegen einer PEG-Sonde. Empfohlen wird zudem, Nutzen und Risiken im Einzelfall sorgfältig abzuwägen, wenn möglich im interdisziplinären Team (Löser 2005; Synofzik 2007). Über den praktischen Verlauf solcher Entscheidungsprozesse liegen bisher sowohl für den akutstationären Bereich als auch für stationäre Pflegeeinrichtungen in Deutschland kaum systematische Erkenntnisse vor. Ergebnisse internationaler Studien deuten jedoch darauf hin, dass sowohl die Information der Entscheidungsträger als auch eine ausreichende Beteiligung von Angehörigen und Patienten in den Prozess häufig nur unzulänglich stattfindet (Todd et al. 2005; Van Rosendaal 1999).

Vor diesem Hintergrund hat das Department für Pflegewissenschaft der Universität Witten/Herdecke in Kooperation mit der Gastroenterologischen Abteilung des Allgemeinen Krankenhauses Hagen im Auftrag des AOK-Bundesverbandes ein Forschungsprojekt zum Ablauf von Entscheidungsprozessen zur Anlage einer perkutanen endoskopischen Gastrostomie (PEG) durchgeführt.

9.2 Ziel und Methodik

Ziel der Untersuchung war es, den Prozess der Entscheidungsfindung und spezifische Problemlagen zur Anlage einer PEG sowohl im klinischen Krankenhausalltag als auch in der stationären Altenpflege zu identifizieren und zu beschreiben. Erfasst werden sollten vor allem gesundheitliche und ernährungsspezifische Faktoren und deren Bewertung im Entscheidungsprozess sowie Fragen zu beteiligten Akteuren und deren Interaktion und Nutzung von Instrumenten zur Entscheidungsfindung, wie z. B. Patientenverfügungen, Entscheidungshilfen etc. Hierzu wurde ein multimethodischer Ansatz gewählt.

Ein weiteres Ziel war es, auf der Grundlage der Ergebnisse dieser Untersuchung eine zielgruppengerechte Entscheidungshilfe zu entwickeln.

9.2.1 Forschungsprojekt

Für den Krankenhausbereich wurden retrospektiv Daten von insgesamt 277 Patientenakten eines Jahrganges dreier Kliniken unterschiedlicher Schwerpunktsetzung in Nordrhein-Westfalen mit Hilfe eines standardisierten Erhebungsinstrumentes analysiert sowie retrospektiv-prospektiv Daten bei Patienten erhoben und ausgewertet, bei denen eine PEG-Anlage im Erhebungszeitraum geplant bzw. durchgeführt wurde.

Für die Datenerhebung in der stationären Altenhilfe erfolgte eine quantitative retrospektive Dokumentenanalyse von 72 Bewohnerakten aus 11 Altenpflegeeinrichtungen Nordrhein-Westfalens anhand eines teilstandardisierten Erhebungsinstrumentes. Eingeschlossen wurden nur Dokumente von Bewohnern, die im Laufe ihrer Zeit als Bewohner der Einrichtung über eine PEG-Sonde ernährt wurden.

Des Weiteren wurden qualitative leitfadengestützte Experteninterviews geführt. Im Zentrum stand, die Entscheidungsprozesse aus der Perspektive von Personen zu rekonstruieren, die in die Entscheidungsfindung involviert waren. Acht niedergelassene Ärzte und 26 Pflegenden aus oben genannten Altenpflegeeinrichtungen erklärten sich für ein Interview bereit. Die Interviews wurden digital aufgezeichnet, transkribiert und im Rahmen eines interpretativen Verfahrens des thematischen Vergleichs ausgewertet (Meuser und Nagel 2005).

Die Ethikkommission der Universität Witten/Herdecke hat die Durchführung der Untersuchung vor Beginn des Projektes unter ethischen Gesichtspunkten genehmigt.

9.2.2 Entwicklung einer Entscheidungshilfe

Nach Abschluss der Analyse wurde eine Entscheidungshilfe für Angehörige in Form eines Leitfadens entwickelt, der auch als Orientierung und Hilfsmittel für professionell Tätige nutzbar ist.

9.3 Ergebnisse

Im Folgenden werden die wesentlichen Ergebnisse der Teilprojekte nacheinander vorgestellt und resümiert sowie der Aufbau der Entscheidungshilfe dargestellt (siehe auch Abbildung 9–3).

9.3.1 Der Entscheidungsprozess zur Anlage einer PEG-Sonde im Krankenhaus

Die Mehrzahl der PEG-Empfänger (50–75 %) war bereits vor der Krankenhauseinweisung hilfeabhängig oder pflegebedürftig. Die meisten PEGs wurden im Rahmen eines längeren Krankenhausaufenthaltes wegen überwiegend altersneurologischer Erkrankungen angelegt. Anders als nach den Vorbefragungen an den beteiligten Krankenhäusern zunächst vermutet spielte die stationäre Einweisung mit dem Zielauftrag einer PEG-Anlage eine völlig untergeordnete Rolle. Passend hierzu sind auch die von den Hausärzten angegebenen Einweisungsgründe. Die angegebene Indikation war überwiegend eine Schluckstörung (>70 %). Eine vorstationär beobachtete Verschlechterung des Ernährungszustandes oder ein aktuell dokumentierter schlechter Ernährungszustand nahmen eine absolut nachrangige Rolle ein. 80 % der Patienten waren nicht mehr entscheidungsfähig, 30 % der Patienten aus der Geriatrie hatten eine diagnostizierte Demenz.

Entscheidungsfähige Patienten mit anderen als altersneurologischen Erkrankungen fanden sich vor allem in der Gruppe der jüngeren, unter 65-jährigen Patienten, bei denen vorwiegend intensivmedizinisch versorgte Krankheitsbilder oder Tumorleiden vorlagen. Dies waren auch überwiegend die Patienten, bei denen das PEG-gestützte Ernährungsverfahren wahrscheinlich nur temporär zur Anwendung kam.

Auffällig war, dass die formalen Aspekte der Entscheidungsfindung insbesondere bei nicht einwilligungsfähigen Patienten durchgehend an allen Kliniken beachtet wurden. Bei vorliegenden gesetzlichen Betreuungsverhältnissen wurden die Betreuer regelhaft in den Entscheidungsprozess eingebunden, gleiches geschah mit den Angehörigen bei Patienten mit vorliegender Vorsorgevollmacht. Grundsätzlich war auch die Beteiligung der Angehörigen in hohem Prozentsatz dokumentiert. Probleme zeigten sich hier in erster Linie bei Patienten mit fehlenden Lebenspartnern, was offensichtlich auch die Kontaktaufnahme zu anderen Angehörigen einschränkte bzw. erschwerte. Auch die Dokumentation des formalen Entscheidungsprozesses war stabil. In dieser Hinsicht führte die Nachbefragung bei der zweiten Patientengruppe nicht zu einem weiteren Informationsgewinn.

Der inhaltliche Ablauf des Entscheidungsprozesses war hingegen so gut wie nicht zu rekonstruieren, da dieser praktisch nicht dokumentiert war und durch die Nachbefragung von Krankenhausmitarbeitern nicht relevant erhellt werden konnte. Anhand der Daten konnte die extrem geringe Rolle illustriert werden, die Vorsorgevollmachten und Patientenverfügungen spielten, sodass in der übergroßen Mehrzahl aller Fälle der mutmaßliche Patientenwille nicht darzustellen war. In Anbetracht der öffentlichen Debatte um Patientenverfügungen und Sterbehilfe war die geringe Prävalenz (3,6%) von Patientenverfügungen in der vorliegenden Untersuchung erstaunlich.

Die Untersuchung gab keinen Aufschluss darüber, ob der formal gut dokumentierte Entscheidungsprozess bei nicht einwilligungsfähigen Patienten auch den inhaltlichen Kriterien genügt, die die Bundesgerichtshofurteile zum Abbruch künstlicher Ernährung (BGH 2003; 2010) festgelegt haben. Es war nicht ersichtlich, inwieweit Betreuer oder Bevollmächtigte den mutmaßlichen Willen des Patienten kannten, ob diese Kenntnisse tatsächlich Basis der Entscheidungsfindung waren bzw. ob diese Fragen überhaupt mit den berechtigten Personen seitens der Entscheidungsträger diskutiert wurden. Problematisch erschien in diesem Zusammenhang auch, dass äußerst selten der Hausarzt in den im Krankenhaus stattfindenden Entscheidungsprozess einbezogen wurde wie auch, dass so gut wie nie Kontakt zu den Alten- bzw. Pflegeheimen der bereits vorstationär heimversorgten Patienten aufgenommen worden war.

9.3.2 Der Entscheidungsprozess im Spiegel von Bewohnerdokumentationen in Altenpflegeheimen

In der untersuchten Population war mehr als die Hälfte der 72 teilnehmenden Personen mit PEG-Sonde älter als 80 Jahre. Etwa 70% der Bewohner wiesen in ihrer Anamnese eine akute oder progredient verlaufende neurologische Erkrankung auf, in der Hälfte der Fälle lag eine Demenz vor. Bereits vor Anlage der PEG-Sonde wurden drei Viertel der Teilnehmer in einer Altenpflegeeinrichtung betreut. In etwa

fünfzig Prozent der Fälle bedingte ein akutes Ereignis die Anlage der PEG-Sonde, bei ebenso vielen wurde eine Dysphagie⁶ beschrieben. Die Hälfte der Teilnehmer hatten zum Zeitpunkt der PEG-Anlage einen BMI, der als normal oder hoch gilt, allerdings lagen bei 35 % der Fälle keine Informationen hierzu vor.

70 % der Teilnehmer erhielten zum Zeitpunkt der Erhebung ein ergänzendes orales Nahrungsangebot, der Umfang variierte jedoch stark. Bei einem Drittel der Teilnehmer traten Komplikationen auf, die auf die PEG-Sonde zurückzuführen waren. Dabei handelte es sich vorwiegend um Wundinfektionen.

Ein Grundproblem dieser Dokumentenanalyse lag darin, dass nur bei 16 (22 %) der 72 untersuchten Dokumentationen Informationen zum praktischen Ablauf des Entscheidungsprozesses zu finden waren. In erster Linie waren dies Angaben zu Gesprächen zwischen den an der Entscheidung beteiligten Personen sowie zu Arztkontakten aufgrund ernährungsbedingter Probleme. In einigen Fällen fanden sich Angaben zur Nutzung von Assessmentinstrumenten sowie zu Maßnahmen, die zur Verbesserung der Ernährungssituation durchgeführt worden waren. Gespräche und Arztkontakte fanden meist in den letzten zwei Wochen vor Anlage der PEG-Sonde statt. Maßnahmen zur Verbesserung der Ernährungssituation und der Einsatz von Assessmentinstrumenten fanden kontinuierlicher über einen Zeitraum von etwa drei bis vier Monaten vor Anlage der PEG-Sonde statt.

Während am häufigsten die Beteiligung von Angehörigen und Ärzten am Entscheidungsprozess festzustellen war, war eine Beteiligung von Pflegenden nur selten in den Bewohnerakten dokumentiert.

Etwa 85 % der Teilnehmer wurden durch einen gesetzlichen Betreuer oder einen Vorsorgebevollmächtigten vertreten. Nur sieben Teilnehmer (10 %) hatten eine Patientenverfügung, von denen nur eine einzige differenzierte Aussagen zur enteralen Ernährung enthielt.

Insgesamt fanden sich nur sehr vereinzelte Textpassagen innerhalb der Bewohnerdokumentationen, die ein zusammenhängendes Bild des Entscheidungsprozesses im Vorfeld der Anlage einer PEG-Sonde boten. Zumeist handelte es sich um nicht zusammenhängende Informationen auf verschiedenen Formblättern und verschiedenen Abschnitten der Dokumentationen, die mühsam zusammengefügt werden mussten. Auch anhand einiger weniger Fallrekonstruktionen auf Basis der Dokumentationen wurde deutlich, dass ein zusammenhängender und strukturierter Prozess zur Entscheidungsfindung offenbar nur unzulänglich stattfand. Die dokumentierten Informationen spiegelten in den meisten Fällen individuelle Prioritäten wider und weniger ein planmäßiges Vorgehen.

6 Eine Dysphagie bezeichnet die Störung des Schluckaktes. Sie kann auftreten, wenn eine der am Schluckakt beteiligten Strukturen in ihrer Funktion bzw. deren Zusammenwirken beeinträchtigt ist. Ursächlich können Erkrankungen im Bereich der Mundhöhle, des Rachens, der Speiseröhre und des Mageneingangs, daneben vor allem auch neurologische Probleme sowie psychische Störungen eine Rolle spielen.

9.3.3 Der Entscheidungsprozess in stationären Einrichtungen der Altenpflege aus der Perspektive von Pflegenden und niedergelassenen Ärzten

Als Ergebnis aus den Interviews zeigt sich, dass Entscheidungsprozesse zur Anlage einer PEG in Form eines Phasenmodells stattfinden, in dem sich drei wesentliche Einheiten unterscheiden lassen: Die Phase vor der Entscheidung, in der beobachtend und meinungsbildend gearbeitet wird, die Phase des Entscheids mit der Konsequenz einer Handlung oder einem Handlungsverzicht und die Phase nach getroffener Entscheidung, in der die Entscheidung überprüft, bewertet und ggf. revidiert wird.

Neben akuten, meist als unproblematisch erlebten Entscheidungssituationen lassen sich drei Konfliktfelder der eher langsam fortschreitenden chronischen Krankheitsprozesse identifizieren: Die kritische Ernährungssituation in der Phase der Entscheidungsfindung, der nicht eruierbare Bewohnerwille mit besonderer Auswirkung in der Phase des Entscheids und in Phase drei die fehlende Evaluation einer einmal befürworteten PEG (Abbildung 9–1). Diese problematischen Entscheidungsfindungen sind weniger wegen der Häufigkeit ihres Auftretens als vielmehr wegen der Konfliktrichtigkeit und Dominanz im Arbeitsalltag der Altenhilfeeinrichtung für alle Beteiligten bedeutsam und besitzen für die Situation der stationären Altenhilfe typischen Charakter.

Im Entscheidungsprozess übernehmen die verschiedenen Akteure unterschiedliche Rollenfunktionen. Insgesamt scheint es eine Diskrepanz zwischen dem tatsächlichen und dem formalen Entscheidungsprozess zu geben. Nach Angaben der Befragten gelten die Bewohner als die primären Entscheidungsträger. Die wenigsten Bewohner in Altenpflegeheimen, bei denen eine solche Entscheidung zu treffen ist, sind jedoch entscheidungsfähig noch ist ihr Wille bekannt oder schrift-

Abbildung 9–1

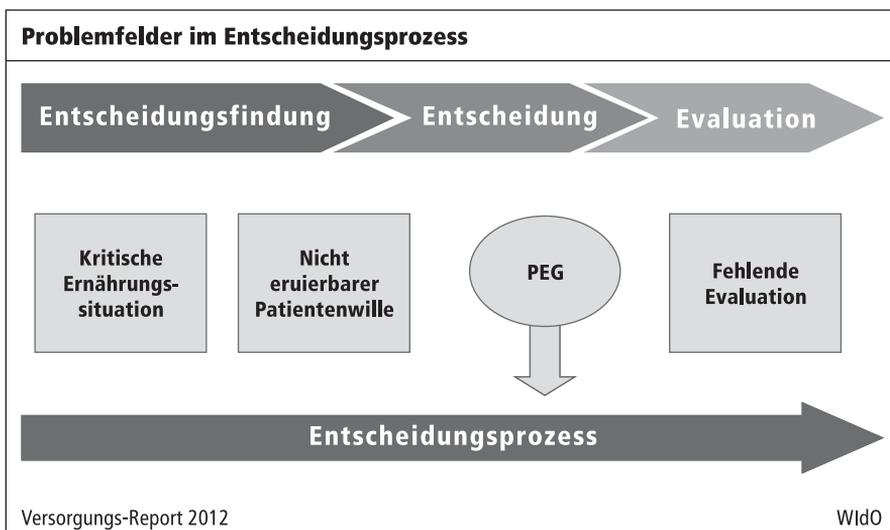
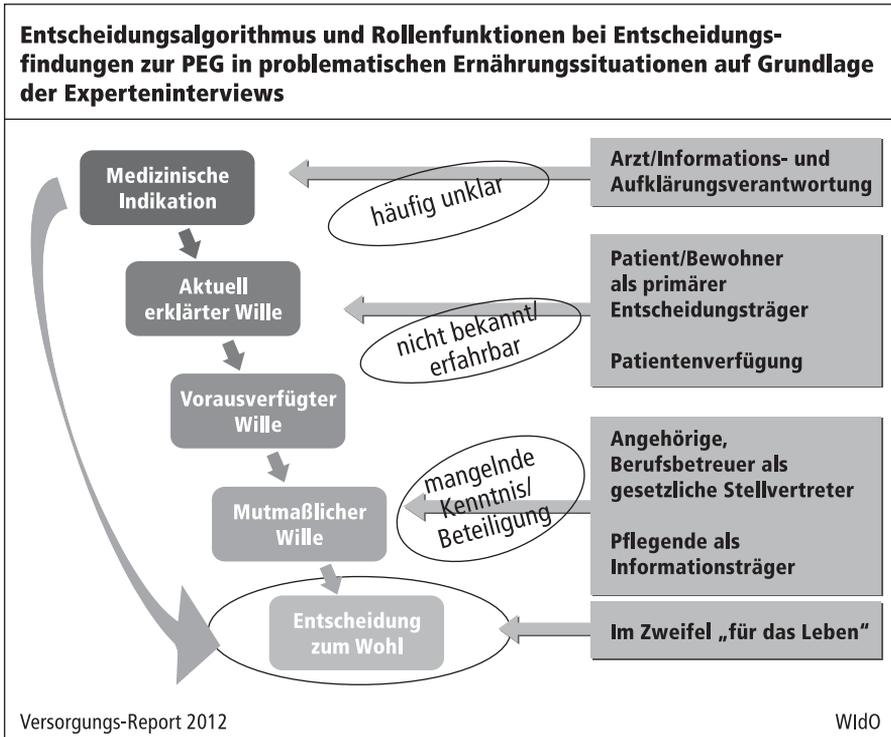


Abbildung 9–2



9

lich fixiert. In diesen Situationen übernehmen stellvertretend Angehörige mit Betreuungsvollmacht oder beauftragte Berufsbetreuer die Entscheidungsverantwortung. Auch scheinen Familienangehörige stark emotional involviert, durch Rollenkonflikte mit der Entscheidung oft überfordert oder schlecht beraten zu sein. Berufsbetreuer zeichnen sich durch ihr distanziertes Verhältnis zu der Person aus, über die entschieden wird und vollziehen häufig einen formalen Akt der Unterschrift (Abbildung 9–2).

Die Pflegenden in den Altenheimen sind durch ihren engen und häufigen Kontakt mit Bewohnern Informationsträger, wenn Bewohner „nicht essen und trinken wollen oder können“ und lösen initial einen Entscheidungsprozess aus, sehen sich sonst jedoch eher als Koordinatoren und im Hintergrund der Entscheidung Tätige. Übrig bleibt die Entscheidung zum Wohle des Patienten anhand der medizinischen Indikation durch die behandelnden Ärzte. Ihnen verbleibt nicht nur formal die Rolle der Aufklärungsverantwortung, sondern aufgrund der mangelnden Kenntnis, Fähigkeit oder Zeit formaler Entscheidungsträger, die sich auf den Rat und die medizinische Empfehlung verlassen, die Entscheidungsverantwortung.

Instrumente zur Entscheidungsfindung spielen aktuell eine untergeordnete Rolle. Fallbesprechungen werden als unpraktikabel, zu zeitaufwendig und ineffektiv bewertet und selten eingesetzt. Entscheidungshilfen sind nicht bekannt und erscheinen den potenziellen Anwendern zu theoretisch. Patientenverfügungen werden als

wichtig angesehen, liegen in der Realität jedoch selten vor oder sind nicht aktuell oder explizit genug. Das Fehlen ermittelbarer Parameter wie z. B. eine klare Prognose oder der mutmaßliche Wille fördert den Einfluss persönlicher Wertmaßstäbe der Entscheidungsträger auf die Entscheidung.

Alle Beteiligten beschrieben Konfliktsituationen, in denen sie „Druck erleben“. Sichtbare Mangelernährung und dokumentierte oder messbare Ernährungsdefizite lassen bei den Handelnden das Gefühl entstehen „etwas tun zu müssen“. Prüfungen durch den MDK, die Heimaufsicht und die Angst sich juristisch angreifbar zu machen, also eine Fehlentscheidung zu treffen, wirken in Verbindung mit einer schlechten Versorgungsstruktur als Verstärker. Sie unterstützen den als bequemer und ein-

Abbildung 9–3

Zusammenfassende Übersicht der Forschungsergebnisse				
Der Entscheidungsprozess				
im Krankenhaus		in der Altenpflegeeinrichtung		
Dokumentation		Dokumentation	Interviews	
277 Krankenhausakten		72 Dokumentationen von Pflegeheimbewohnern	34 Experteninterviews	
Prospektiv 48	Retrospektiv 229		Pflegende 26	Ärzte 8
<ul style="list-style-type: none"> • Stationäre Einweisung mit dem Zielauftrag einer PEG-Anlage spielte eine untergeordnete Rolle. • Die konkrete Indikation für die Einweisung war überwiegend eine Schluckstörung (> 70 %) • Die Mehrzahl der Patienten war bereits vor dem Krankenhausaufenthalt hilfebedürftig • Formale Aspekte der Entscheidungsfindung wurden insbesondere bei nicht einwilligungsfähigen Patienten durchgehend an allen Kliniken beachtet • Der inhaltliche Ablauf des Entscheidungsprozesses war so gut wie nicht zu rekonstruieren, da dieser praktisch nicht dokumentiert war 		<ul style="list-style-type: none"> • Die Bewohner mit PEG sind vorwiegend hochaltrig und multimorbid (einschließlich dementieller Erkrankungen) • Nur in wenigen Dokumentationen finden sich Hinweise auf den Entscheidungsprozess • Dokumentiert sind: <ul style="list-style-type: none"> o Assessmentinstrumente zur Einschätzung der Ernährungssituation o Maßnahmen zum Erhalt/zur Verbesserung der Ernährungssituation o Personen, die am Entscheidungsprozess beteiligt sind o Kontroverse Meinungen • Gespräche im Zusammenhang mit der Entscheidung finden vorwiegend zwischen Ärzten und Angehörigen statt • Instrumente wie Vorsorgevollmachten und Patientenverfügungen werden selten genutzt 	<ul style="list-style-type: none"> • Konfliktfelder im Prozess: <ul style="list-style-type: none"> o kritische Ernährungssituation o nicht eruiertbarer Bewohnerwille o mangelnde Evaluation einer getroffenen Entscheidung • Typische Dilemmata zeigen sich in Bezug auf ein „Nicht-Essen-wollen/können“, aber „Handeln müssen“ und einen möglicherweise irreversiblen „Schaden verursachen“ • Mangelnde Kenntnis, Fähigkeit oder Bereitschaft formaler Entscheidungsträger, Verantwortung im Prozess zu übernehmen, fördert eine Entscheidung anhand willkürlicher, persönlicher Wertmaßstäbe • Der Druck kontrollierender Instanzen und die Angst, eine Fehlentscheidung zu treffen, fördert die Anlage einer PEG • Patientenverfügungen, Fallbesprechungen oder Entscheidungshilfen werden für die Entscheidungsfindung aktuell kaum genutzt 	
Schlussfolgerung				
Entscheidungsprozesse zur PEG zeigen sich als komplexe, uneinheitliche Verfahren Problematische Ernährungssituationen im vorklinischen Bereich scheinen unterstützungsbedürftig				

facher wahrgenommenen Weg, eine PEG-Anlage zu befürworten. Als schwerer und komplizierter wird die Entscheidung gegen eine PEG-Anlage gesehen.

Dilemmata entstehen, wenn gegen den Willen der Bewohner Essen gereicht oder möglicherweise ein Verschlucken provoziert wird. Das bedeutet jemandem einen Schaden zuzufügen und wird als „Quälerei“ beschrieben. Kein Essen zu reichen bedeutet über kurz oder lang den Tod. Maßnahmen zur Vermeidung einer PEG scheinen keine wirkliche Alternative zu bieten. Die Beteiligten geraten in eine Zwickmühle der Entscheidung, wenn zudem ein klarer Nutzen der PEG nicht beschrieben werden kann und nicht auszuschließen ist, dass die PEG Leiden verlängert und Siechtum fördert. Ein klassisches Dilemma zeichnet sich ab, nämlich die Wahl zwischen zwei oder mehreren schlechten Alternativen. Unterstützt wird dies wiederum durch mangelnde argumentative Kraft, die Entscheidung für eine einmal gelegte PEG wieder rückgängig machen zu können, wenn sich der Zustand des Bewohners nicht bessert.

9

9.4 Schlussfolgerungen

Zusammenfassend stellt sich der Prozess zur Anlage einer PEG als ein phasenhaft verlaufendes, komplexes, uneinheitliches Verfahren dar. Uneinheitlich, da die Krankheitsbilder und die Interventionsdauer differieren und spezifische Entscheidungen notwendig machen. Uneinheitlich auch, da viele Akteure zu unterschiedlichen Anteilen und Zeitpunkten beteiligt sind und den Prozess beeinflussen.

Trotz methodisch bedingter Einschränkungen, den Entscheidungsprozess lückenlos rekonstruieren zu können, bestätigen die Ergebnisse des Projektes, dass es sich bei der untersuchten Population um eine Gruppe von Menschen handelt, bei denen ein sorgfältiger und individueller Entscheidungsprozess hinsichtlich der Anlage einer PEG-Sonde auch im Sinne oben genannter Forderungen (Löser et al. 2005) obligat erscheint. Insbesondere das vorwiegend hohe Alter der Teilnehmer und die damit häufig einhergehende Multimorbidität sowie ein in vielen Fällen vorliegendes Betreuungsverhältnis, das offensichtlich mit kognitiven Einschränkungen der betroffenen Personen zu begründen ist, betonen, dass eine gründliche Entscheidungsfindung im Vorfeld notwendig ist, vor allem unter Berücksichtigung aktueller Diskussionen (Synofzik 2007; Sampson et al. 2009). Besonders unterstützungsbedürftig erscheinen deshalb problematische Ernährungssituationen im vorklinischen Bereich.

Den von den Experten geschilderten ethischen Dilemmata, die entstehen, wenn keine klaren Kriterien für eine Indikationsstellung genannt werden können, steht der in diesem Projekt aufgezeigte geringe Gebrauch von unterstützenden und strukturierenden Instrumenten zur Entscheidungsfindung gegenüber, was kritisch zu bewerten ist. Auch scheint eine Unsicherheit bezüglich der geltenden Rechtslage die Entscheidung zugunsten einer PEG zu beeinflussen und einen zögerlichen Umgang hinsichtlich einer gebotenen fortwährenden Indikationsbestätigung bei liegender PEG (Marckmann 2007) zu fördern.

Zu empfehlen sind deshalb Maßnahmen, die helfen können, den Prozess der Entscheidungsfindung strukturierter und transparenter zu gestalten und die Verant-

wortungslast auf mehrere Schultern zu verteilen. Besonderes Augenmerk liegt hierbei auf der Förderung der Zusammenarbeit der Professionen und kontrollierender Instanzen anhand einer begründeten Entscheidung nach dem gegenwärtigen Stand des Wissens. Dieses impliziert neben der Einführung schriftlicher Entscheidungshilfen (s. u.) auch die Kultivierung systematisch organisierter Fallkonferenzen sowohl innerhalb der professionellen Teams als auch mit allen Beteiligten – Patienten/Bewohnern, Angehörigen und gesetzlichen Betreuern. Die Inanspruchnahme besonders niederschwelliger Angebote der Ethikberatung (Bockenheimer-Lucius und Arnd 2007) können Konflikte frühzeitig vermeiden helfen.

Darüber hinaus erscheint es sinnvoll, Versorgungsstrukturen auf ihre Angemessenheit (vgl. DNQP 2010) hin zu prüfen und gleichzeitig Patienten/Bewohner und Angehörige dazu zu ermutigen, frühzeitig über ihre Vorstellungen von Leben und Tod zu sprechen, Patientenverfügungen zu formulieren oder Vollmachten zu vergeben.

9.5 Entwicklung einer Entscheidungshilfe

Aufbauend auf die Ergebnisse dieser Untersuchung wurde in einem ebenfalls durch den AOK-Bundesverband geförderten und am Department für Pflegewissenschaft der Universität Witten/Herdecke durchgeführten Folgeprojekt eine Entscheidungshilfe entwickelt. Diese baut auf die von Mitchell und Mitarbeitern am Ottawa Health Research Institute, Kanada entwickelte und 2008 überarbeitete und geprüfte Entscheidungshilfe „Making Choices: Long Term Feeding Tube Placement in Elderly Patients“⁷ auf und ist als ein erster Baustein zur Unterstützung des Entscheidungsprozesses zu verstehen.

Ziel einer Entscheidungshilfe ist es, Wissen zu vermehren, realistische Erwartungen über Nutzen und Schaden aufzuzeigen, den Abwägungsprozess zu unterstützen, Entscheidungskonflikte zu reduzieren und die Zufriedenheit mit der getroffenen Entscheidung zu erhöhen. Dazu muss sie wissenschaftlich fundiert und gleichzeitig auch in der Praxis anwendbar sein (Kaspar und Lenz 2005).

Als Adressaten der Entscheidungshilfe wurden primär Angehörige in ihrer Funktion als stellvertretene Entscheidungsträger ausgewählt. Angesprochen sind aber auch professionell Tätige und andere am Prozess beteiligte Personen.

Es ist zu erwarten, dass letztlich alle zentralen Akteure im Entscheidungsprozess durch den Informationsgewinn von einer Entscheidungshilfe profitieren. Patienten/Bewohner, damit ihr mutmaßlicher Wille im Sinne geltender Rechtsprechung entscheidungsleitend eruiert wird und in die Entscheidung einfließt; Ärzte und Pflegenden, um ihre Aufklärungs- und Beratungskompetenz zu stärken und eigenen ethischen Konflikten und Dilemmata präventiv begegnen zu können und Angehörige, um ihrer emotionalen Betroffenheit stichhaltige Argumente entgegenzusetzen zu können, die ihnen eine informierte Zustimmung oder Ablehnung ermöglichen.

⁷ www.tropenlinik.de/Archiv/PEG.pdf

Die entwickelte Entscheidungshilfe wurde einem Expertendiskurs aus Medizin (Geriatric), Pflegewissenschaft, Ethik und Ernährungswissenschaft unterzogen und in der zweiten Phase in Form eines Audits mit potenziellen Anwendern auf ihre hin Praxistauglichkeit evaluiert.

Die Entscheidungshilfe beantwortet in ihrem ersten Teil die wichtigsten Fragen zum Themenkomplex. Angesprochen werden

- medizinische und pflegerische Aspekte zur Entstehung, Vermeidung und Behandlung von Ernährungsproblemen
- Möglichkeiten und Grenzen einer künstlichen Ernährung in Bezug auf spezifische Indikationsstellungen
- Technik und Bedeutung einer PEG im Alltag sowie
- rechtliche Aspekte einer stellvertretenden Entscheidung und zum Erfassen des mutmaßlichen Willens

In einem zweiten Teil werden drei Fallbeispiele vorgestellt, die auf realen Gegebenheiten beruhen. Sie sollen mögliche Entscheidungssituationen veranschaulichen. Ein herausnehmbarer Arbeitsbogen mit sechs Fragenkomplexen soll helfen, die Entscheidungsfindung zu erleichtern und die konkrete Situation im Sinne des mutmaßlichen Willens der betroffenen Person zu reflektieren.

Die Entscheidungshilfe ist beim AOK-Bundesverband als Leitfaden in gedruckter Form oder unter der Internetadresse www.aok.de/bundesweit/gesundheit/aok-entscheidungshilfen-28557.php als Download erhältlich.

Literatur

- Angus F, Burakoff R. The percutaneous endoscopic gastrostomy tube. medical and ethical issues in placement. *Am J Gastroenterol* 2003; 98 (2), 272–7.
- Becker W, Hilbert T. Enterale Ernährung über PEG-Sonden in der stationären Altenpflege. Bremen: Kommunale Gesundheitsberichterstattung 2004. www.gesundheitsamt.bremen.de.
- Becker W, Hilbert T. Enterale Ernährung in der stationären Altenhilfe in Bremen: Hat sich die Prävalenz von PEG-Sonden geändert? Ein Vergleich der Erhebungen 2003 und 2009. Bremen 2010. www.gesundheitsamt.bremen.de.
- Beschluss des Bundesgerichtshofes am 17.03.2003, Bundesgerichtshof 2003, Az.: XII ZB 2/03.
- Bundesgerichtshof: Urteil vom 25.06.2010: 2 STR 454/09, <http://juris.bundesgerichtshof.de>.
- Bockenheimer-Lucius G, Arnd TM. Ethikberatung – Ethik-Komitee in Einrichtungen der stationären Altenhilfe (EKA). Eckpunkte für ein Curriculum. *Ethik in der Medizin* 2007; 19, 331–9.
- Brotherton A, Lyons C. The impact of HETF for adults with neurological conditions. *British Journal of Community Nursing* 2006; 11 (12), 511–8.
- Dinand C, Quasdorf T, Markgraf R, Bartholomeyczik S. Entscheidungsprozesse zur Anlage einer perkutanen endoskopischen Gastrostomie (PEG). *Die Hospiz-Zeitschrift* 2010; 12 (45) (3), 14–8.
- DNQP (Hrsg). Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege: Expertenstandard Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege. Entwicklung – Konsentierung – Implementierung. Osnabrück: Fachhochschule Osnabrück 2010.
- Eibach U, Zwirner K. Künstliche Ernährung: um welchen Preis? Eine ethische Orientierung zur Ernährung durch „perkutane endoskopische Gastrostomie“ (PEG-Sonden). *Medizinische Klinik (München)* 2002; 97 (9), 558–63.
- Finucane TE, Christmas C, Travis K. Tube feeding in patients with advanced dementia: a review of the evidence. *Jama* 1999; 282 (14), 1365–70.

- Gillick MR. Rethinking the role of tube feeding in patients with advanced dementia. *The New England Journal of Medicine* 2000; 342 (3), 206–10.
- Kaspar J, Lenz M. Kriterien zur Entwicklung und Beurteilung von Decision Aids. *Z. ärztl. Fortbild. Qual. Gesundh.wes.* 2005; 99: 359–65.
- Kirby DF, Delegee MH, Fleming CR. American Gastroenterological Association technical review on tube feeding for enteral nutrition. *Gastroenterology* 1995; 108 (4), 128–301.
- Li I. Feeding tubes in patients with severe dementia. *American Family Physician* 2002; 65 (8), 1605–10, 1515.
- Löser C, Aschl G, Hebuterne X, Mathus-Vliegen EM, Muscaritoli M, Niv Y, et al. ESPEN guidelines on artificial enteral nutrition--percutaneous endoscopic gastrostomy (PEG). *Clinical Nutrition* 2005; 24 (5), 848–61.
- Marckmann G. PEG-Sondenernährung: Ethische Grundlagen der Entscheidungsfindung. *Ärztblatt Baden-Württemberg*, E 1041, (62). Stuttgart: Gentner 2007; 23–7. Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e. V. (MDS).
- Meier DE, Ahronheim JC, Morris, J, Baskin-Lyons, S, Morrison RS. High short-term mortality in hospitalized patients with advanced dementia: lack of benefit of tube feeding. *Archives of Internal Medicine* 2001; 161 (4), 594–9.
- Meuser M, Nagel U. ExpertInneninterviews – vielfach erprobt, wenig bedacht. Ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion. In: Bogner A, Littig B, Menz W (Hrsg.): *Das Experteninterview. Theorie, Methode, Anwendung*. Wiesbaden: VS-Verlag 2005; 71–94.
- Mischinger HJ, Hauser H, Höss G, Kogler R, Nistelberger H. Perkutane endoskopische Gastrostomie (PEG): Schnellrepetitorium: Indikation-Technik-Komplikationen, *Journal für Gastroenterologische und Hepatologische Erkrankungen* 2004; 2 (2), 53–6.
- Mitchell S L, Tetroe J M, O'Conner A M, Rostom A, Villeneuve C, Hall B: Ernährungssonde: ja oder nein? Eine Entscheidungshilfe. Deutsche Übersetzung von Mitarbeitern der Tropenlinik Paul-Lechler-Krankenhaus, Tübingen. www.Tropenlinik.de/Archiv/PEG.pdf (11. August 2008).
- Murphy LM, Lipman TO. Percutaneous endoscopic gastrostomy does not prolong survival in patients with dementia. *Archives Internal Medicine* 2003; 163 (11), 1351–3.
- Stein J. 1980–2004: 25 Jahre perkutan endoskopische Gastrostomie (PEG) – Möglichkeiten und Grenzen. Editorial: *Zeitschrift für Gastroenterologie* 2004; 42: 1361–2
- Sampson EL, Candy B, Jones L. Enteral tube feeding for older people with advanced dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009; Issue 2, Art. No.: CD007209.DOI: 10.1002/14651858.CD007209.pub2.
- Synofzik M. PEG-Ernährung bei fortgeschrittener Demenz. Eine evidenzgestützte ethische Analyse. *Nervenarzt* 2007; 78 (4), 418–28.
- Todd V, Van Rosendaal GM, Duregon K, Verhoef M. Percutaneous endoscopic gastrostomy (PEG): the role and perspective of nurses. *Journal of Clinical Nursing* 2005; 14 (2), 187–94.
- Van Rosendaal GM, Verhoef MJ, Kinsella TD. How are decisions made about the use of percutaneous endoscopic gastrostomy for long-term nutritional support? *American Journal of Gastroenterology* 1999; 94 (11), 3225–8.
- Wirth R, Bauer JM, Willschrei HP, Volkert D, Sieber CC. Prevalence of Percutaneous Endoscopic Gastrostomy in Nursing Home Residents – A Nationwide Survey in Germany. *Gerontology* 2009; online 1–6.

This page intentionally left blank

10 Aktueller und zukünftiger Krankenbestand von Demenz in Deutschland auf Basis der Routinedaten der AOK

Anne Schulz und Gabriele Doblhammer

Abstract

Auf Grundlage der Routinedaten der AOK des Jahres 2007 erfolgt eine Berechnung der altersspezifischen Prävalenzen der Demenz und der demenzfreien Lebenserwartung (DemFLE) sowie eine Prognose der Anzahl der demenzkranken Personen bis zum Jahr 2050. Gegenwärtig ist etwa ein Fünftel der deutschen Bevölkerung im Alter 80+ von einer Demenz betroffen. Ab dem Alter 80 verbringt eine Frau durchschnittlich 6,9 Jahre demenzfrei, was einem Anteil von 78% der gesamten Restlebenserwartung entspricht. Männer verzeichnen eine DemFLE von 6 Jahren ($\approx 84\%$). Für das Jahr 2050 wird die Anzahl der Personen im Alter 50+ mit Demenz je nach Annahmenset auf 2 bis 3 Millionen Betroffene geschätzt.

Using AOK routine data of the year 2007, the authors estimate age-specific prevalences of dementia as well as dementia-free life expectancy (DemFLE) and the number of affected people by 2050. Currently, one fifth of the German population aged 80+ is affected by dementia. DemFLE at age 80 for women is 6.9 years and for men 6 years which corresponds to a share of 78% and 84% of total life expectancy. According to the set of assumptions, the number of persons with dementia aged 50+ varies between 2 and 3 million for the year 2050.

10

10.1 Einleitung

Vor dem Hintergrund der Bevölkerungsalterung und dem damit einhergehenden steigenden Anteil älterer Menschen rücken neurodegenerative Erkrankungen zunehmend in den Fokus des öffentlichen Interesses. Nach der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (10. Revision, ICD-10) ist eine Demenz „ein Syndrom als Folge einer meist chronischen oder fortschreitenden Krankheit des Gehirns mit Störung vieler höherer kortikaler Funktionen, einschließlich Gedächtnis, Denken, Orientierung, Auffassung, Rechnen, Lernfähigkeit, Sprache und Urteilsvermögen.“ (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information 2010) Die häufigste Form der Demenz ist die Alzheimer-Krankheit, gefolgt von der vaskulären Demenz (Bickel 2000; Weyerer 2005). Können die Betroffenen im frühen Stadium der Erkrankung noch eine selbstständige Lebensführung aufrechterhalten, führt diese Erkrankung im

fortgeschrittenen Stadium fast immer dazu, dass die Erkrankten eine ständige Betreuung und Pflege benötigen. So können Rothgang et al. (2010) zeigen, dass eine Demenz in 90 % aller Fälle eine Pflegebedürftigkeit des Betroffenen nach sich zieht. Die Demenz ist vor allem im fortgeschrittenem Stadium eine pflegeintensive und somit auch sehr kostenintensive Erkrankung (Wimo et al. 2007). Denn Demenzpatienten verursachen nicht nur intensivere Pflegeverläufe, auch erhöht sich die Pflegezeit im Vergleich zu pflegebedürftigen Personen, die nicht an einer Demenz leiden (Rothgang et al. 2010). Dies ist ein entscheidender und wichtiger Punkt, schaut man sich die prognostizierte Anzahl Demenzkranker an. Schätzungen nehmen eine Zahl von knapp 3 Millionen betroffenen Personen im Jahr 2050 an (Ziegler und Doblhammer 2010). Geht man davon aus, dass fast alle Personen mit Demenz pflegebedürftig werden, ist in der Zukunft von dieser Personengruppe eine enorme Pflegebelastung zu erwarten. Um diese Pflegebelastung für eine Planung des Pflegebedarfs und der Kosten quantifizieren zu können, benötigen wir belastbare Zahlen über die gegenwärtige Prävalenz der Demenz.

Dieser Beitrag widmet sich der Frage nach dem Auftreten von Demenz sowie der möglichen Entwicklung der Anzahl von Demenzkranken bis zum Jahr 2050. Dazu erfolgt zunächst eine Bestandsaufnahme der gegenwärtigen Situation. Es werden altersspezifische Prävalenzen nach Geschlecht für Ost- und Westdeutschland ermittelt, auf deren Basis die fernere Lebenserwartung im Alter 80 mit und ohne Demenzerkrankung berechnet wird. Die Prävalenzen sind auch die Grundlage für Szenarien der zukünftigen Entwicklung der Anzahl demenzerkrankter Personen im Alter 50+ bis zum Jahre 2050. Neben einem Status-quo-Szenario, das Konstanz der altersspezifischen Prävalenzen der Demenz annimmt, werden drei weitere Szenarien berechnet, die von einem Rückgang der Prävalenzen ausgehen.

Grundlage der Untersuchungen bilden die Leistungsdaten der AOK des Jahres 2007. Dabei handelt es sich um eine Vollerhebung der gesamten AOK-Versicherten-schaft. Die AOK ist die mitgliederstärkste gesetzliche Krankenkasse in Deutschland. Somit können mit diesen Daten Aussagen über ca. ein Drittel der deutschen Bevölkerung getroffen werden. Die Verwendung von Routinedaten der Krankenkassen bringt einige Nachteile mit sich. Da die Dokumentation der Diagnosen durch den Arzt nicht für die Erfassung der Morbidität, sondern für Abrechnungszwecke erfolgt, ist sie gesetzlichen Regelungen und Änderungen unterworfen, die sich auf die Diagnosepraxis der Ärzte auswirken kann. Eine weitere Voraussetzung ist, dass die erkrankten Personen tatsächlich auch einen Arzt konsultieren, der dann die interessierende Krankheit dokumentiert. Dennoch zeichnen sich Routinedaten durch ihre überwiegenden Vorteile aus. So handelt es sich bei dieser Studie um eine Vollerhebung der AOK-Population. Damit sind eventuelle Verzerrungen durch das Studien-Design oder durch Selbstselektion der Probanden in eine Studie ausgeschlossen. Des Weiteren besteht nicht das Problem des Erinnerungs-Bias durch mangelhafte oder falsche Angaben der Studienteilnehmer. Der entscheidende Vorteil von Routinedaten im Vergleich zu Survey-Daten liegt darin, dass die institutionalisierte Bevölkerung in den Daten enthalten ist. Gerade im Fall der Demenz führt das Fehlen der Bevölkerung in Alten- und Pflegeheimen zu enormen Verzerrungen in den Prävalenzen. So können Jakob et al. (2002) zeigen, dass die Prävalenz von Demenz in Institutionen bis zu viermal so hoch ist wie in Privathaushalten.

10.2 Daten und Methode

Als Datengrundlage dienen die anonymisierten Abrechnungsdaten der AOK-Versicherten. Verwendet werden die Leistungsbereiche der ambulanten vertragsärztlichen (nach § 295 Abs. 2 SGB V) und der stationären Versorgung (nach § 301 Abs. 1 SGB V). Es werden alle Versicherten berücksichtigt, die mindestens einen Versicherungstag im Jahr 2007 aufweisen.

Es sei an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass die in den Abrechnungsdaten beobachteten Prävalenzen Behandlungs- bzw. administrative Prävalenzen darstellen und nicht die tatsächlichen Erkrankungsraten (Schubert et al. 2005; 2010). Für die begriffliche Abgrenzung wird auf die Terme „administrative Prävalenz“ bzw. „Behandlungsprävalenz“ zurückgegriffen.

10.2.1 Validierung von Demenz-Diagnosen

Zur Feststellung von Demenz werden die folgenden ICD-10 Schlüssel aufgegriffen: G30, G31.0, G31.82, G23.1, F00, F01, F02, F03 und F05.1. Die Validierung der Diagnosen erfolgt in zwei Schritten. Bevor die Diagnosen dahingehend überprüft werden, ob sie mehr als einmal in den Daten eines Versicherten auftauchen, werden nur jene Diagnosen ausgewählt, die im ambulanten Sektor mit dem Merkmal „gesichert“ versehen und im stationären Sektor als Entlassungs- oder sonstige Diagnosen gekennzeichnet sind. In einem zweiten Schritt der Validierung werden Diagnosen letztendlich als valide Diagnosen in die Analysen miteinbezogen, wenn sie in einem Quartal gleichzeitig von verschiedenen Facharztgruppen oder sektorenübergreifend gestellt wurden bzw. wenn eine Diagnose mindestens zweimal im Validierungszeitraum dokumentiert wurde. Der Validierungszeitraum umfasst dabei das Analysejahr 2007 selbst sowie die beiden Randjahre 2006 und 2008.

10.2.2 Berechnung der Prävalenz

Die Analyse zur Berechnung der Behandlungsprävalenz von Demenz erfolgt in der Einheit der gelebten Versichertentage. Die altersspezifische Prävalenz im Alter x ergibt sich folglich als:

$$\text{Prävalenz}_x = \frac{\text{Versichertentage mit valider Diagnose}_x}{\text{Versichertentag insgesamt}_x}$$

Die Analyse wird getrennt für Männer und Frauen sowie differenziert nach Ost- und Westdeutschland durchgeführt.

10.2.3 Berechnung der demenzfreien Lebenserwartung

Die demenzfreie Lebenserwartung (DemFLE) der AOK-Bevölkerung wird nach der Sullivan-Methode (Sullivan 1971) berechnet. Danach werden die gelebten Versichertentage aus der Sterbetafel mit den altersspezifischen Prävalenzen multipli-

ziert und die verbleibende Lebenserwartung wird in Lebenszeit mit und ohne Demenz aufgeteilt. Als Grundlage für die Berechnung der Sterbetafel dient ein Längsschnittdatensatz, der aus AOK-Leistungsdaten als nach Alter geschichtete Stichprobe im Versichertenjahr 2004 gezogen worden ist. Die Stichprobengröße im Jahr 2004 umfasst 573 891 versicherte Personen. Die sich daraus ergebenden Sterbetafelparameter werden mit den altersspezifischen Prävalenzen verknüpft. Auch hier wird nach Geschlecht sowie Ost- und Westdeutschland differenziert.

10.2.4 Prognose der Anzahl der Personen mit Demenz in Deutschland bis 2050

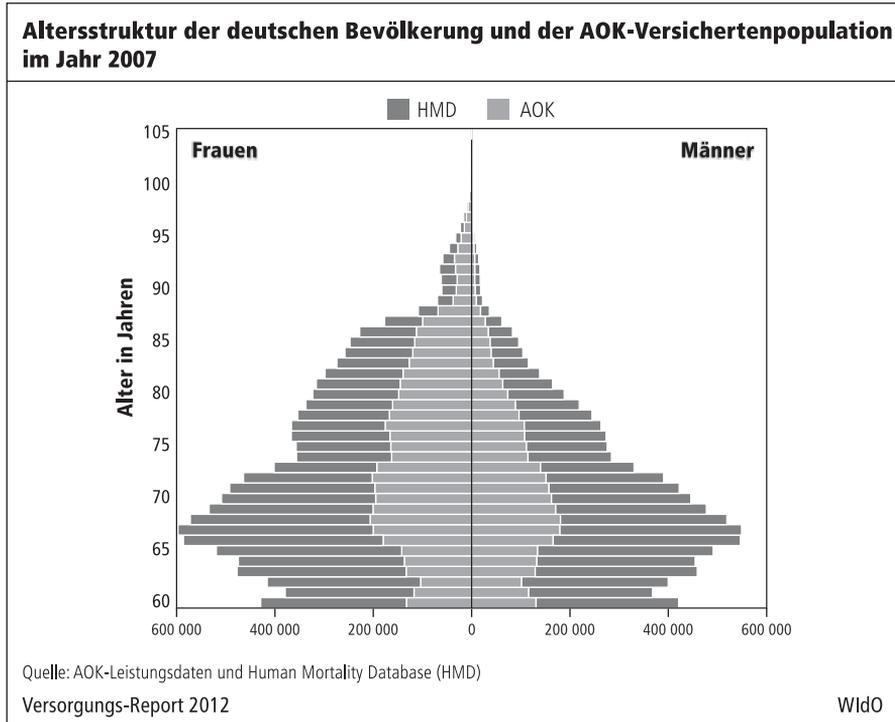
Für die Schätzung der Anzahl von dementiell erkrankten Personen im Alter 50 und darüber in Deutschland bis zum Jahr 2050 werden die geschätzten Bevölkerungszahlen der 12. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes (Statistisches Bundesamt 2009) herangezogen. Unter der Annahme, dass die auf Grundlage der AOK-Daten ermittelten Prävalenzen in etwa denen der gesamtdeutschen Population entsprechen, werden die altersspezifischen Prävalenzen (Abschnitt 10.2.2) der Demenz mit den vorausberechneten Bevölkerungszahlen multipliziert und anschließend addiert. Daraus resultiert die geschätzte Anzahl von an Demenz erkrankten Personen von 2010 bis 2050 im Alter 50+. Neben einem Status-quo-Szenario, das eine Konstanz der altersspezifischen Prävalenzen bis 2050 annimmt, werden drei weitere Szenarien berechnet, die jeweils einen jährlichen Rückgang der altersspezifischen Prävalenzen um 0,1 %, 0,5 % bzw. 1 % unterstellen. Jedes Szenario berücksichtigt weiterhin zwei verschiedene Varianten, wie sich die Lebenserwartung bei Geburt entwickeln könnte. Die erste Variante setzt einen starken Anstieg der Lebenserwartung bei Geburt bis 2060 auf 87,7 Jahre für Männer und 91,2 Jahre für Frauen voraus. Die zweite Variante unterstellt einen Anstieg der Lebenserwartung bei Geburt auf 82,0 Jahre für Männer und 87,2 Jahre für Frauen. Beide Varianten nehmen einen jährlichen Wanderungssaldo von 100 000 Personen an. Somit ergeben sich insgesamt acht Schätzungen über die Anzahl von Personen mit Demenz in Deutschland bis zum Jahr 2050.

10

10.3 Ergebnisse

Für die Schätzung der Prävalenz von Demenz sowie für die Berechnung der demenzfreien Lebenserwartung und der prognostizierten Anzahl von Demenzerkrankten werden die AOK-Leistungsdaten herangezogen. In der AOK sind 38 % der über 60-jährigen Bevölkerung in Deutschland versichert. Der Anteil der AOK-Versicherten an der Gesamtbevölkerung steigt mit dem Alter auf 55 % der über 90-Jährigen an, wie in Abbildung 10–1 ersichtlich wird. Für die Analysen stehen aus dem Versicherungsjahr 2007 insgesamt 7,8 Millionen Personenversichertenjahre im Alter 60+ zur Verfügung. Abbildung 10–1 vergleicht die Altersstruktur der AOK-Bevölkerung im Jahre 2007 mit der deutschen Gesamtbevölkerung (HMD, www.mortality.org).

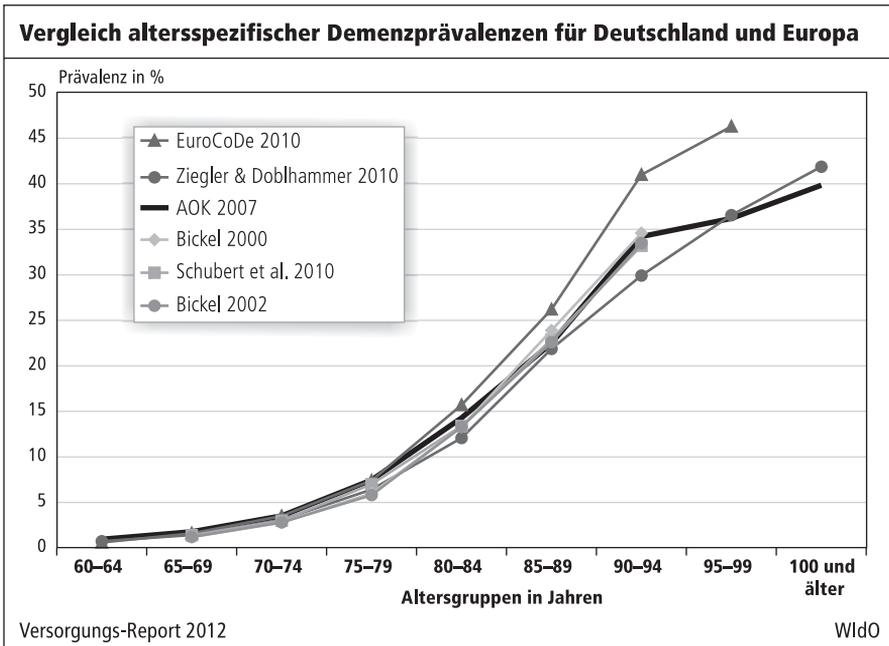
Abbildung 10–1



10.3.1 Administrative Prävalenz der Demenz

Zur Einordnung der Prävalenz der Demenz auf Basis der AOK-Daten werden in Abbildung 10–2 die altersspezifischen Behandlungsprävalenzen mit denen anderer Studien und Untersuchungen verglichen. Es ist zu sehen, dass die Prävalenz der Demenz exponentiell mit dem Alter ansteigt. Im Alter von 60 bis 64 Jahren ist knapp 1% der Bevölkerung von Demenz betroffen. Die Prävalenz verdoppelt sich in etwa alle 5 bis 6 Lebensjahre und erreicht einen Wert von 40% im Alter 100+. Es zeigt sich, dass die AOK-Daten bis zum Alter 90+ vergleichbare Werte zu den Studien von Bickel (2000; 2002) und Schubert et al. (2010) aufweisen. Der altersspezifische Anteil Demenzkranker in einer Studie der European Collaboration on Dementia (EuroCoDe 2010), einer Meta-Analyse über 17 Studien aus Europa, liegt ab dem Alter 80 über der beobachteten Demenzprävalenz der AOK-Daten. Im Vergleich zur Studie von Ziegler und Doblhammer (2009), welche die Daten aller gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) des Jahres 2002 zur Prävalenzschätzung nutzen, befinden sich die altersspezifischen Prävalenzen der AOK stets über denen der gesamten gesetzlich versicherten Bevölkerung. Eine Ausnahme stellt allerdings die höchste Altersgruppe der 95+-Jährigen dar: Während die Prävalenzen auf Basis der GKV-Daten ihren exponentiellen Anstieg beibehalten, zeichnet sich bei den AOK-Daten ab dem Alter 90 ein Abflachen des Anstiegs ab, sodass in den Alters-

Abbildung 10–2



gruppen 95 bis 99 Jahre und 100+ Jahre die altersspezifische Prävalenz der GVK die der AOK übersteigt.

Tabelle 10–1 gibt Auskunft über den Verlauf der altersspezifischen Demenzprävalenz getrennt für Männer und Frauen. Während Männer im Alter von 60 bis 74 Jahren einen größeren Anteil Demenzkranker als Frauen haben, dreht sich dieses Verhältnis ab dem Alter 75 um. Frauen weisen in jedem Alter eine höhere Behandlungsprävalenz der Demenz auf als ihre männlichen Altersgenossen. So verzeichnen wir eine Rate von über 40% für Frauen und von etwa 30% für Männer im Alter 100+. Insgesamt sind 2007 8,6% der weiblichen und 4,9% der männlichen AOK-Bevölkerung im Alter 60+ von einer Demenz betroffen. Standardisiert¹ man diesen Wert auf die Wohnbevölkerung Deutschlands, sinken die Raten, da die AOK-Bevölkerung im Schnitt etwas älter ist als die deutsche Wohnbevölkerung (siehe Abbildung 10–1). Es ergibt sich schließlich eine standardisierte Demenzprävalenz von 7,2% für Frauen und 4,5% für Männer im Alter 60+. Im Alter 80+ verringern sich die Unterschiede zwischen AOK-Prävalenz und standardisierter Prävalenz. Die weibliche AOK-Bevölkerung im Alter 80 und darüber zeichnet sich durch einen Anteil von Demenzerkrankten von 21,5% aus. Standardisiert auf die deutsche Wohnbevölkerung erhält man einen Wert von 20,9%. Für die Männer ergeben sich

¹ Die altersspezifischen Prävalenzraten auf Basis der AOK-Daten werden mit dem relativen altersspezifischen Anteil der deutschen Wohnbevölkerung multipliziert und anschließend addiert. Dies führt zu einer auf die Altersstruktur der deutschen Wohnbevölkerung standardisierten Prävalenz der Demenz.

Tabelle 10–1

Administrative AOK-Prävalenz und standardisierte Prävalenz der Demenz nach Geschlecht und Alter, Deutschland 2007

Alter	Frauen	Männer	Total
60–64	0,84	1,07	0,96
65–69	1,61	1,97	1,78
70–74	3,39	3,71	3,53
75–79	7,64	7,16	7,46
80–84	15,24	11,94	14,28
85–89	23,79	18,03	22,48
90–94	35,73	26,91	34,21
95–99	37,55	27,84	36,2
100+	41,06	29,92	39,84
Prävalenz (60+)	8,64	4,93	7,16
Stand. Prävalenz (60+)	7,17	4,46	6,03
Prävalenz (80+)	21,53	15,14	19,93
Stand. Prävalenz (80+)	20,92	14,9	19,34

Datenquelle: AOK-Leistungsdaten und Human Mortality Database

Versorgungs-Report 2012

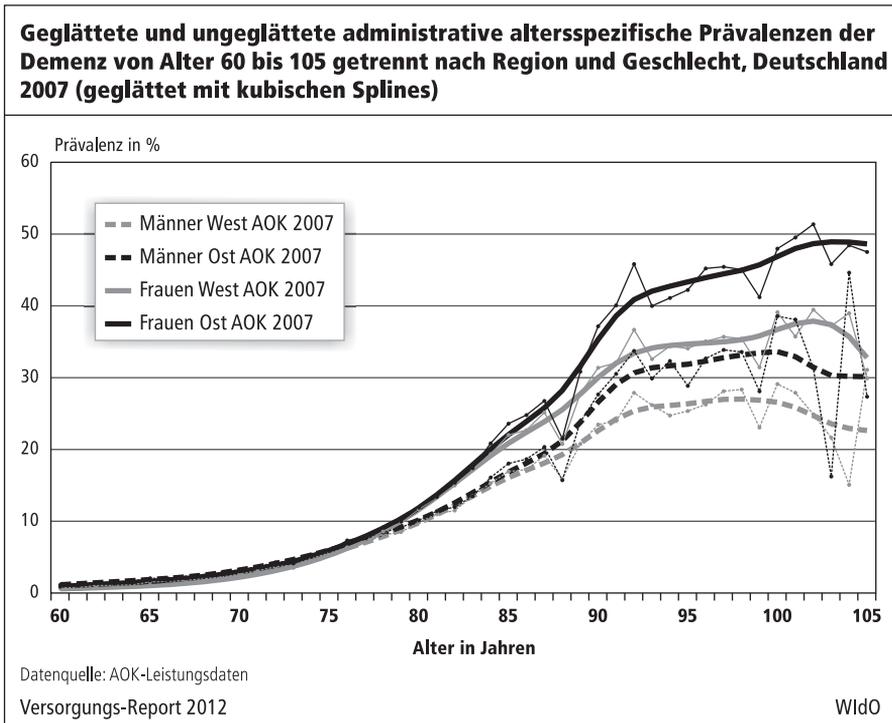
WlD0

Werte von 15,1% bzw. 14,9%. Insgesamt ist somit im Jahr 2007 ein Fünftel der deutschen Bevölkerung über 80 Jahre von einer Demenz betroffen.

In Abbildung 10–3 sind die ungeglätteten sowie geglätteten altersspezifischen Prävalenzen der Demenz nach Einzelalter von 60 bis 105 Jahre getrennt nach Geschlecht und Region abgetragen. Die große Fallzahl, die für die Untersuchung zur Verfügung steht, erlaubt Analysen auf Ebene von Einzelalter und die gesonderte Betrachtung der höchsten Altersstufen. Bis zum Alter von 98 Jahren bei den Männern und 102 bei den Frauen steigen die Prävalenzen der Demenz stetig an. Bereits ab Alter 90 zeigt sich eine Verringerung des Anstiegs für beide Geschlechter. Danach kehrt sich dieser Trend um und ein Rückgang der Demenzprävalenz ist zu verzeichnen. Diese Trendwende kann zweierlei Gründe haben. Zum einen ist es die in diesem Alter sehr hohe Mortalität. Personen im Alter 100+ leben nur noch eine sehr kurze Zeit mit dieser Krankheit. Zum anderen wäre es auch denkbar, dass die Inzidenzen sich in diesem Alter verringern. Beide Mechanismen können zu einer Reduzierung der Prävalenz führen.

Der regionale Vergleich zeigt, dass sich die altersspezifischen Behandlungsprävalenzen bis zum Alter 85 kaum zwischen Ost- und Westdeutschland unterscheiden. Ab dem Alter 85 öffnet sich allerdings eine Schere zwischen den beiden Regionen Deutschlands. Ostdeutsche Frauen und Männer zeichnen sich dann in jedem Alter durch einen deutlich höheren Anteil Demenzkranker aus als ihre westdeutschen Altersgenossen. Ostdeutsche Frauen weisen in diesem Vergleich die höchste Behandlungsprävalenz auf und erreichen im Alter 103 einen Wert von fast 50%.

Abbildung 10–3



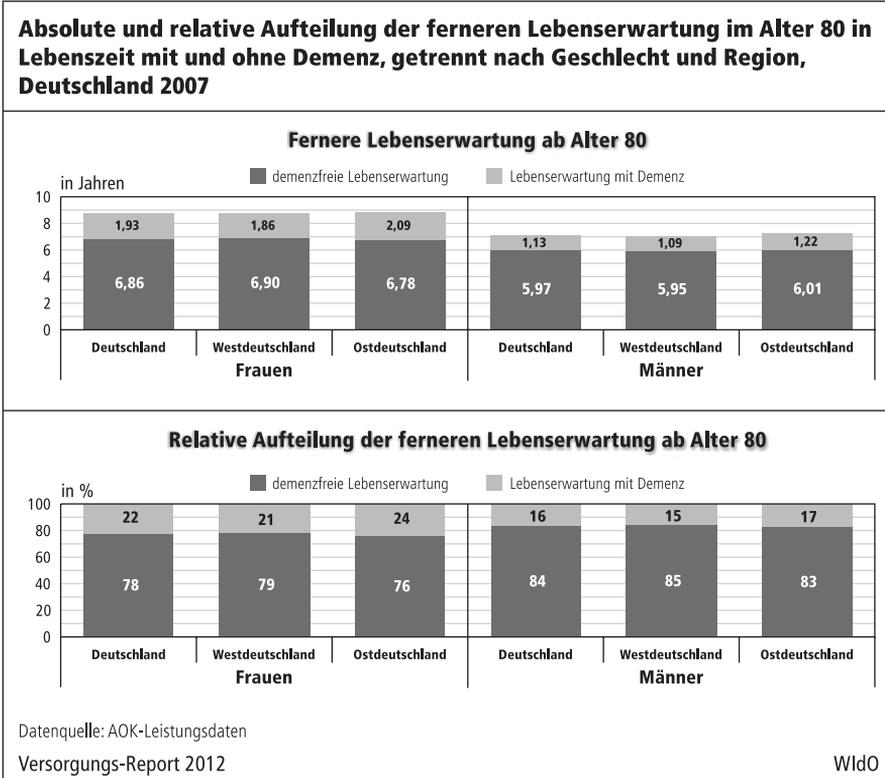
10

10.3.2 Demenzfreie Lebenserwartung

In Abbildung 10–4 ist die fernere Lebenserwartung im Alter 80 der weiblichen und männlichen AOK-Versicherten getrennt nach Ost- und Westdeutschland und ihre Aufteilung in die verbleibende Lebenszeit mit und ohne Demenz abgetragen. Insgesamt haben Frauen im Alter 80 eine fernere Lebenserwartung von 8,79 Jahren (Frauen West: 8,75 Jahre, Frauen Ost: 8,87 Jahre). Davon verbringen sie durchschnittlich 6,86 Jahre ohne Demenz. 1,93 Jahre werden als Lebenszeit mit Demenz verlebt, was einem relativen Anteil von 22% entspricht. In ihrer gesamten Restlebenserwartung unterscheiden sich westdeutsche Frauen kaum von ostdeutschen Frauen. Allerdings gibt es Unterschiede hinsichtlich der Aufteilung der Restlebenserwartung in Zeiten mit und ohne Demenz. So nimmt die demenzfreie Lebenserwartung (DemFLE) bei westdeutschen Frauen einen Anteil von 79% ein, während die DemFLE ostdeutscher Frauen nur einen Anteil von 76% aufweist. Somit leben ostdeutsche Frauen über 80 Jahre zwar geringfügig länger als westdeutsche Frauen, jedoch verbringen sie diese Zeit häufiger und länger mit einer Demenz.

Ein ähnliches Ergebnis zeigt sich für die Männer: Auch hier ist zu beobachten, dass ostdeutsche Männer ab dem Alter 80 länger als westdeutsche Männer leben (Männer insgesamt: 7,09 Jahre, Männer West: 7,04 Jahre, Männer Ost: 7,23 Jahre), dennoch fällt der Anteil der DemFLE an der Gesamtrestlebenserwartung geringer aus. So kommen ostdeutsche Männer nur auf einen Anteil von 83% DemFLE.

Abbildung 10–4

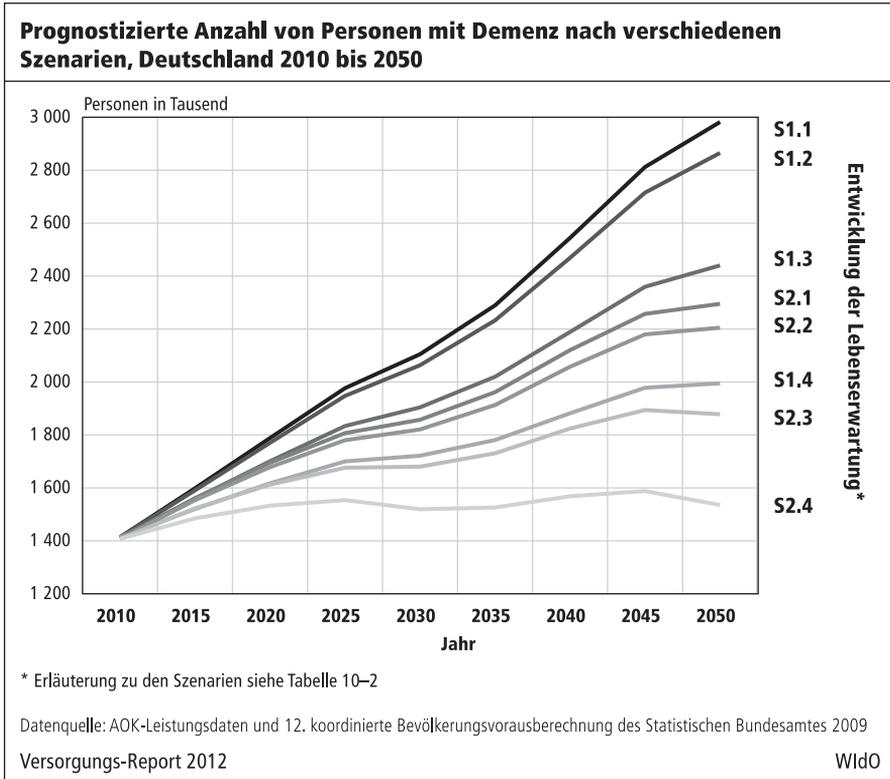


Westdeutsche Männer hingegen verbringen 85 % ihrer Restlebenszeit, ohne von einer Demenz betroffen zu sein.

10.3.3 Anzahl der Personen mit Demenz in Deutschland bis 2050

Zur Prognose der Anzahl der Personen mit Demenz im Alter 50+ werden acht verschiedene Varianten gerechnet (Abbildung 10–5). Tabelle 10–2 gibt einen Überblick über die verschiedenen Varianten der Prognose. Die Status-quo-Szenarien (S1.1 und S2.1) gehen von einer Konstanz der im Jahr 2007 gemessenen altersspezifischen Demenzprävalenzen aus. Hier führt lediglich die unterschiedliche Annahme über die zukünftige Entwicklung der Lebenserwartung und damit der Altersstruktur der Bevölkerung zu einer Variation in der prognostizierten Anzahl von Personen mit Demenz. Steigt die Lebenserwartung sehr stark an, wird es eine hohe Anzahl von alten Personen geben. Dies führt dazu, dass sich im Szenario S1.1 die Anzahl Demenzkranker von 1,4 Millionen im Jahr 2010 auf knapp 3 Millionen Personen im Jahr 2050 erhöhen wird. Dies entspräche mehr als einer Verdopplung der betroffenen Personen. Steigt dagegen die Lebenserwartung nur langsam an (S2.1), beläuft sich die geschätzte Anzahl von Personen mit Demenz 2050 auf ungefähr 2,3 Millionen. Geht man von einem kontinuierlichen Rückgang der altersspezifischen

Abbildung 10–5



10

Prävalenzen aus, wird die Anzahl von demenzkranken Personen im Jahr 2050 entsprechend geringer sein. So zeigt sich bei einem starken Anstieg der Lebenserwartung und einem jährlichen Rückgang der altersspezifischen Prävalenzen um 0,1 % (S1.2), dass die Zahl der Demenzkranken im Vergleich zum Status-Szenario um 0,12 Millionen geringer ausfallen wird. Eine jährliche Reduzierung der altersspezifischen Prävalenzen um 0,5 % (S1.3) bzw. 1 % (S1.4) führt zu einer Anzahl von 2,4 Millionen bzw. 2 Millionen Demenzkranken im Jahr 2050. Die geringste zu erwartende Zahl von dementiell erkrankten Personen mit 1,5 Millionen ergibt sich, wenn

Tabelle 10–2

Systematisierung der Szenarien

		Entwicklung der Lebenserwartung	
		Starker Anstieg	Langsamer Anstieg
Entwicklung der altersspezifischen Prävalenzen Demenz	Status quo	S1.1	S2.1
	Reduzierung um 0,1 % pro Jahr	S1.2	S2.2
	Reduzierung um 0,5 % pro Jahr	S1.3	S2.3
	Reduzierung um 1 % pro Jahr	S1.4	S2.4

man einen langsamen Anstieg der Lebenserwartung und einen jährlichen Rückgang der altersspezifischen Prävalenzen um 1 % annimmt (S2.4).

Diese Ergebnisse zeigen, dass die Anzahl der Demenzkranken bis zum Jahr 2050 in jedem Fall steigen wird. Sie zeigen aber auch, dass es eine große Variation in der Zahl der Betroffenen bis zum Jahr 2050 gibt, je nachdem, welches Szenario eintreten wird. Besonders deutlich wird, dass es nicht so sehr die Höhe der Prävalenz der Demenz selbst ist, die besonders viel Einfluss auf die Anzahl von betroffenen Personen hat, außer man geht von einer sehr unrealistischen Reduktion von jährlich 1 % aus. Es sind vielmehr der zukünftige Anstieg der Lebenserwartung und die damit einhergehende steigende Anzahl älterer Personen, die maßgeblich die Anzahl von Demenzerkrankungen in der Zukunft bestimmen. So führt bei einem starken Anstieg der Lebenserwartung eine Reduzierung der Prävalenzen um jährlich 0,5 % zu einer Verringerung der geschätzten Anzahl von dementiell erkrankten Personen um knapp 0,6 Millionen Personen. Doch allein die Annahme eines langsamen Anstiegs der Lebenserwartung bei konstanten Prävalenzen im Vergleich zu einem hohen Anstieg lässt die geschätzte Zahl von Demenzkranken um 0,7 Millionen sinken. Somit ist der Lebenserwartungseffekt auf die Anzahl von Demenzerkrankten als sehr viel gewichtiger anzusehen als der Effekt einer Reduzierung der altersspezifischen Prävalenzen. Dennoch kann diese Prognoserechnung zeigen, dass es Potenzial gibt, den Anstieg der zukünftigen Anzahl von Personen mit Demenz zu verringern, wenn es gelingt, die altersspezifischen Prävalenzen zu reduzieren.

10.4 Diskussion

Trotz der eingangs beschriebenen Schwierigkeiten der Verwendung von Abrechnungsdaten zur Bestimmung von Krankheitsprävalenzen kann in diesem Beitrag gezeigt werden, dass die Leistungsdaten der AOK durchaus eine geeignete Datenquellen darstellen, die Prävalenz von Demenz zu messen. Die Ergebnisse reihen sich vollständig in bereits durchgeführte Studien und Meta-Analysen ein (Bickel 2000; 2002; Ziegler und Doblhammer 2009; Schubert et al. 2010). Die Auswertung der gesamten AOK-Population im Alter 50+ hinsichtlich Demenz liefert somit verlässliche und belastbare Ergebnisse. Besonders hervorzuheben ist die Möglichkeit der Auswertung nach Einzelalter bis ins höchste Alter hinein. Die Analyse nach 5-Jahres-Altersgruppen ergibt eine Prävalenz von unter 1 % für die 60- bis 64-Jährigen. Bis zum Alter 100+ steigt die Prävalenz auf knapp 40% an. Schaut man sich die Entwicklung der Prävalenz nach Einzelalter bis zum Alter 105 an, zeigt sich um das Alter 100 herum ein Rückgang der altersspezifischen Prävalenzen. Dieses Ergebnis wirft erneut die Frage auf, ob Demenz eine altersbedingte oder alterungsbedingte Krankheit ist (Ritchie und Kildea 1995; Ziegler 2010). In den AOK-Daten deutet sich an, dass es einen Altersbereich gibt, in dem das individuelle Risiko, von einer Demenz betroffen zu sein, besonders hoch ist und danach wieder absinkt. Dies spräche dafür, dass Demenz eine altersbedingte Krankheit ist und dass nicht jeder zwangsläufig mit steigendem Alter eine Demenz entwickelt. Wäre Demenz eine alterungsbedingte Krankheit, würde das Risiko, an einer Demenz zu erkranken

ken, mit dem Alter stetig ansteigen. Bei der Diskussion darf jedoch nicht übersehen werden, dass es sich hier um Bevölkerungsaggregate und nicht um individuelle Verläufe handelt. Der Rückgang der altersspezifischen Prävalenzen in den höchsten Altersstufen kann auch das Ergebnis einer positiven Selektion sein. So können Christensen et al. (2008) zeigen, dass das individuelle Risiko, eine kognitive Einschränkung zu erleiden, mit dem Alter kontinuierlich zunimmt, die Prävalenz auf Bevölkerungsebene mit steigendem Alter jedoch nahezu stabil oder sogar rückläufig ist. Die Autoren führen dies auf die hohe Mortalität besonders schwer betroffener Personen zurück. In der Gruppe der Überlebenden verbleiben demnach in jedem Altersjahr zu einem größeren Teil Personen ohne Einschränkungen, was letztendlich in einer Stabilität oder sogar in einer Reduktion der Prävalenzen auf Bevölkerungsebene resultiert.

Die DemFLE gibt an, wie viele Jahre der verbleibenden Lebenszeit verbracht werden, ohne von einer Demenz betroffen zu sein. Dies ist eine wichtige Maßzahl, denn sie erlaubt es zu beurteilen, in welcher Qualität die restliche Lebenserwartung verbracht wird. Über die Zeit hinweg ist es schließlich möglich, Aussagen darüber zu treffen, ob der stetige Zuwachs an Lebensjahren auch in Gesundheit verbracht wird (Crimmins 2003; Robine 2003). Für das Jahr 2007 ergibt sich ein Anteil der DemFLE an der gesamten Restlebenserwartung von 84% für Männer und 78% für Frauen. Damit liegen die Werte auf Basis der AOK-Daten deutlich unter den Ergebnissen anderer Studien. So heißt es in Studien aus Frankreich, den Niederlanden und den USA, dass im Alter 80 die DemFLE der Männer bzw. der Frauen einen Anteil von 86,8% bis 90% bzw. 82,3% bis 87,2% einnimmt (Ritchie et al. 1994; Perenboom et al. 1996; Sauvaget et al. 1999). Auch im Vergleich zur Studie von Ziegler und Doblhammer (2010), die auf die Daten der gesetzlichen Krankenversicherungen des Jahres 2002 zurückgreifen, verbringen 80-jährige AOK-Versicherte einen geringeren Anteil ihrer verbleibenden Lebenszeit ohne Demenz. Ziegler und Doblhammer (2010) kommen auf Werte von 85,7% für Männer und 80,5% für Frauen. Übereinstimmend ist allerdings, dass Männer zwar eine geringere fernere Lebenserwartung aufweisen, diese aber zu einem größeren Anteil demenzfrei verleben als Frauen.

Die prognostizierte Anzahl von Personen mit Demenz in Deutschland im Jahre 2050 rangiert je nach Annahme über den Anstieg der Lebenserwartung und der Entwicklung der altersspezifischen Prävalenzen zwischen 1,5 und 3 Millionen. Die Ergebnisse zeigen, dass der Effekt des Lebenserwartungsanstiegs den Effekt der Veränderung der altersspezifischen Prävalenzen deutlich übersteigt. Nur wenn die Lebenserwartung sehr langsam ansteigt, was nach bisherigen Erkenntnissen unrealistisch erscheint (Oeppen und Vaupel 2002), und eine enorme jährliche Reduzierung der Prävalenzen angenommen wird, kann die Zahl von Demenz betroffener Personen annähernd konstant gehalten werden. Dennoch besteht Potenzial, die zukünftige Anzahl Demenzkranker zu reduzieren. Gelingt es der Forschung, den Ausbruch der Krankheit und somit die Inzidenz in ein höheres Alter zu verschieben, würden die altersspezifischen Prävalenzen sinken und die Zahl gleichzeitig erkrankter Personen in einem Jahr würde abnehmen. Ein jährlicher Rückgang der altersspezifischen Prävalenzen von 0,5% bzw. 1% würde die Zahl der betroffenen Personen um 0,6 Millionen bzw. 1 Million gegenüber dem Szenario mit konstanten altersspezifischen Prävalenzen reduzieren. Es ist somit sehr wahrscheinlich, dass

sich die Anzahl Demenzkranker im Jahre 2050 zwischen 2 und 3 Millionen Personen im Alter 50+ belaufen wird. Insgesamt reihen sich diese Werte in bereits durchgeführte Studien ein. So prognostiziert Hallauer (2002) 2,8 bis 3,5 Millionen Demenzkranke für das Jahr 2050. Bickel (2010) kommt auf eine Zahl von 2,6 Millionen im Alter 65+. Rothgang et al. (2010) schätzen die Zahl demenzkranker Personen auf 2,5 Millionen. Ziegler und Doblhammer (2010) berechnen für das Jahr 2047 1,5 bis 2,7 Millionen Demenzkranke im Alter 60+. Ihre Berechnungen zeigen, dass die Zahl von 2 Millionen Erkrankten in etwa einem dynamischen Equilibrium entspricht, wenn also der relative Anteil der DemFLE bei einem gleichzeitigen Anstieg der Lebenserwartung konstant bleiben würde. Eine prognostizierte Anzahl von über 2 Millionen Betroffenen würde somit einer Expansion der Morbidität gleichkommen (zum Diskurs über Expansion vs. Kompression der Morbidität siehe Gruenberg 1977; Fries 1980; Manton 1982).

Der vorliegende Beitrag verdeutlicht, dass die Demenz in der Zukunft noch weiter an Bedeutung zunehmen wird und unterstreicht die Wichtigkeit von verlässlichen Daten zum Auftreten von Demenz in Deutschland. Die Routinedaten der AOK leisten dazu einen wertvollen Beitrag. Demenz betrifft nicht nur die Erkrankten und ihre Angehörigen selbst. Das Gesundheits- und Pflegesystem steht vor der großen Aufgabe, sich mit diesem Thema auseinanderzusetzen und praktikable Formen des Umgangs zu finden. Aufgrund des Lebenserwartungsanstiegs und dem damit einhergehenden immer größerer werdenden Anteil von Personen in den höchsten Altersstufen werden wir unweigerlich einer steigenden Anzahl von Personen mit Demenz gegenüberstehen. Demenz führt fast zwangsläufig zu Pflegebedürftigkeit, die sich oftmals sehr lang und intensiv gestaltet. Die Ergebnisse dieses Beitrages zeigen jedoch, dass die Pflegelast durch die zukünftige Anzahl demenzkranker Personen in ihrem Anstieg gesenkt werden kann, wenn es unter anderem durch Änderungen im Lebensstil, Prävention und Fortschritte in der medizinischen Forschung möglich wird, den Ausbruch der Krankheit in ein höheres Alter zu verschieben. Durch den Lebensstil beeinflussbare Risikofaktoren wie Bluthochdruck, Diabetes mellitus oder das metabolische Syndrom scheinen auch das Risiko für eine Demenz zu erhöhen (Daviglius et al. 2010; Ziegler 2010), sodass besonderes Augenmerk auf die Prävention kardio- und zerebrovaskulärer Erkrankungen gelegt werden sollte, um zumindest teilweise eine Reduzierung der altersspezifischen Demenzprävalenzen zu erwirken.

Literatur

- Bickel H. Demenzsyndrom und Alzheimer Krankheit: Eine Schätzung des Krankenbestandes und der jährlichen Neuerkrankungen in Deutschland. Gesundheitswesen 2000; 62 (4): 211–8.
- Bickel H. Stand der Epidemiologie. In: Hallauer J, Kurz A. Weißbuch Demenz. Versorgungssituation relevanter Demenzerkrankungen in Deutschland. Stuttgart: Thieme 2002; 10–4.
- Bickel H. Die Epidemiologie der Demenz. Das Wichtigste 08/2010. Berlin: Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. 2010.
- Christensen K, McGue M, Petersen I, Jeune B, Vaupel JW. Exceptional longevity does not result in excessive levels of disability. Proceedings of the National Academy of Sciences 2008; 105 (36): 13274–9.

- Crimmins EM. Introduction. In: Robine JM, Jagger C, Mathers CD, Crimmins EM, Suzman RM. *Determining Health Expectancies*. Chichester: Wiley 2003; 105–10.
- Daviglus ML, Bell CC, Berrettini W, Bowen PE, Connolly ES, Cox NJ, Dunbar-Jacob JM, Granieri EC, Hunt G, McGarry K, Patel D, Potosky AL, Sanders-Bush E, Silberberg D, Trevisan M. National Institutes of Health State-of-the-Science Conference Statement: Preventing Alzheimer's Disease and Cognitive Decline. *NIH Consens State Sci Statements* 2010; 27 (4): 1–30.
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information. ICD-10-GM 2010 Systematisches Verzeichnis: Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme. 10. Revision – German Modification. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag 2010.
- EuroCoDe. Prevalence of dementia in Europe. *Alzheimer Europe* 2010. <http://www.alzheimer-europe.org/EN/Research/European-Collaboration-on-Dementia/Prevalence-of-dementia2/Prevalence-of-dementia-in-Europe>.
- Fries JF. Aging, natural death, and the compression of morbidity. *The New England Journal of Medicine* 1980; 303 (3): 130–5.
- Grunberg EM. The Failure of Success. *The Milbank Memorial Fund Quarterly* 1977; 55 (1): 3–24.
- Hallauer JF. Epidemiologie für Deutschland mit Prognose. In: Hallauer J, Kurz A. *Weißbuch Demenz – Versorgungssituation relevanter Demenzerkrankungen in Deutschland*. Stuttgart: Thieme 2002; 15–7.
- Jakob A, Busse A, Riedel-Heller SG, Pavlicek M, Angermeyer MC. Prävalenz und Inzidenz von Demenzerkrankungen in Alten- und Altenpflegeheimen im Vergleich mit Privathaushalten. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 2002; 35 (5): 474–81.
- Manton KG. Changing Concepts of Morbidity and Mortality in the Elderly Population. *The Milbank Memorial Fund Quarterly. Health and Society* 1982; 60 (2): 183–244.
- Oeppen J, Vaupel JW. Broken limits to life expectancy. *Science* 2002; 296 (5570): 1029–31.
- Perenboom RJM, Boshuizen HC, Breteler M, Ott A, Van de Water H. Dementia-Free Life Expectancy (DemFLE) in the Netherlands. *Social Science & Medicine* 1996; 43 (12): 1703–7.
- Ritchie K, Kildea D. Is senile dementia “age-related” or “ageing-related”? - Evidence from meta-analysis of dementia prevalence in the oldest-old. *The Lancet* 1995; 346 (8980): 931–4.
- Ritchie K, Robine JM, Letenneur L, Dartigues JF. Dementia-Free Life Expectancy in France. *American Journal of Public Health* 1994; 84 (2): 232–6.
- Robine JM. Introduction. In: Robine JM, Jagger C, Mathers CD, Crimmins EM, Suzman RM. *Determining Health Expectancies*. Chichester: Wiley 2003; 9–11.
- Rothgang H, Iwansky S, Müller R, Sauer S, Unger R. *BARMER GEK Pflegereport 2010*. St. Augustin: Asgard 2010.
- Sauvaguet C, Tsuji I, Haan MN, Hisamichi S. Trends in dementia-free life expectancy among elderly members of a large health maintenance organization. *International Journal of Epidemiology* 1999; 28 (6): 1110–8.
- Schubert I, Ihle P, Köster I. Verwendung von GKV-Diagnosen in der Sekundärdatenforschung. In: Swart E, Ihle P. *Routinedaten im Gesundheitswesen. Handbuch Sekundärdatenanalyse: Grundlagen, Methoden und Perspektiven*. Bern: Verlag Hans Huber 2002; 235–42.
- Schubert I, Ihle P, Köster I. Interne Validierung von Diagnosen in GKV-Routinedaten: Konzeption mit Beispielen und Falldefinition. *Das Gesundheitswesen* 2010; 72 (6): 316–22.
- Statistisches Bundesamt. *Bevölkerung Deutschlands bis 2060. 12. koordinierte Bevölkerungsvoraberechnung: Begleitmaterial zur Pressekonferenz am 18. November 2009 in Berlin*. Wiesbaden 2009.
- Sullivan DF. A single index of mortality and morbidity. *HSMHA Health Reports* 1971; 86 (4): 347–54.
- Weyerer S. *Altersdemenz. Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. Berlin: Robert Koch-Institut 2005.
- Wimo A, Winblad B, Jonsson L. An estimate of the total worldwide societal costs of dementia in 2005. *Alzheimer's and Dementia* 2007; 3 (2): 81–91.
- Ziegler U. *Dementia in Germany – Past Trends and Future Developments*. Rostock: Universität Rostock 2010. Dissertation.

Ziegler U, Doblhammer G. Prävalenz und Inzidenz von Demenz in Deutschland – Eine Studie auf Basis von Daten der gesetzlichen Krankenversicherungen von 2002. *Das Gesundheitswesen* 2009; 71 (5): 281–90.

Ziegler U, Doblhammer G. Projections of the Number of People with Dementia in Germany 2002 through 2047. In: Doblhammer G, Scholz R. *Ageing, Care Need and Quality of Life*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften 2010; 94–111.

This page intentionally left blank

11 Neue Modelle für die pflegerische Versorgung alter Menschen – Herausforderungen in der ambulanten Pflege

Doris Schaeffer und Adelheid Kuhlmei

Abstract

Ziel des nachfolgenden Beitrags ist es, die demografische Alterung in ihren Konsequenzen für die ambulante Pflege und hier bestehende Herausforderungen und erforderliche Perspektiven zu diskutieren. Dazu werden zunächst einige Daten zur Veränderung des Alters- und Krankheitsspektrums dargestellt und dann die daraus folgenden Konsequenzen für die ambulante pflegerische Versorgung diskutiert. Folgende Aspekte werden dabei thematisiert: Prävention von Pflegebedürftigkeit, Ausdifferenzierung der ambulanten Pflege, Verankerung eines neuen Pflegebegriffs, technologische Optionen, Verbesserung der Kooperation mit Familien, integrierte und kontinuierliche Versorgung, neue Modelle der Kooperation und Arbeitsteilung und Pflegestützpunkte und wohnortnahe Versorgung.

This article discusses demographic aging and its implications for outpatient care – especially community health nursing –, resulting challenges and necessary perspectives. To this end, the article first reports data on changed patterns of aging and disease and then discusses the implications for outpatient care. The following aspects are addressed: prevention of need for care, differentiation of outpatient care, establishment of a new concept of care, technological options, improvement of cooperation with families, integrated and ongoing care, new models of co-operation and division of responsibilities, long-term care support centers and provision of care close to the place of residence.

11.1 Demografische Alterung und Veränderung des Krankheitsspektrums

Gegenwärtig leben 20,5 Mio. Menschen in Deutschland, die älter als 60 Jahre sind. Prognosen zufolge wird ihre Zahl bis 2050 auf ca. 25–26 Mio. anwachsen. Ca. 38 % der Bevölkerung werden dann über 60 Jahre alt sein (BMFSFuJ 2001; Statistisches Bundesamt 2009). Diese Entwicklung – vor Jahren schon als „Ergrauung“ der Gesellschaft bezeichnet (Göckenjan und von Kondratowitz 1988) – wird neuerlich intensiv diskutiert. Noch zu selten wird dabei beachtet, dass sie nicht gleichförmig verläuft, nämlich: Während die Gruppe der über 60-Jährigen von 1952 bis 2008

Tabelle 11–1

Wandel des Krankheitspanoramas

Absolute Zahlen	2007	2050	Steigerung
Demenz	1 100 000	2 200 000	104 %
Herzinfarkt	313 000	548 000	75 %
Schlaganfall	186 000	301 000	62 %
Krebs insgesamt	461 000	588 000	27 %
Brustkrebs	59 000	59 000	+/-0
Prostatakrebs	63 000	88 000	39 %
Diabetes Mellitus	4,1 bis 6,4 Mill.	5,8 bis 7,8 Mill.	22 %

Quelle: Beske et al. 2009

Versorgungs-Report 2012

WIdO

„nur“ um ca. 130 % gewachsen ist, wuchs die der Hochbetagten, der 85- bis 90-Jährigen um ca. 795 % und die der Höchstbetagten, also der über 90-Jährigen, sogar um 1860 % (Tesch-Römer et al. 2010). Überdurchschnittlich stark expandierte also die Gruppe der Hochaltrigen und diese Tendenz wird – so die Prognosen – anhalten: So sind gegenwärtig rund 2,9 Millionen Menschen 80 Jahre und älter; doch für das Jahr 2050 wird mit knapp 8 Millionen gerechnet. Gut 11 % der Bevölkerung werden dann über 80 Jahre alt, also hochaltrig sein (BMFSFuJ 2002; Statistisches Bundesamt 2009). Somit wird ein langes Leben immer häufiger zur gesellschaftlichen und individuellen Realität. Ob es mit einem Mehr an gesunden oder an kranken Lebensjahren verbunden sein wird oder, anders formuliert, ob der Gewinn an Lebensjahren künftig von einer Expansion der Morbidität oder Kompression in der letzten Lebenszeit begleitet sein wird (Fries 1989) – diese Frage wird seit Jahren diskutiert. Sie kann auf der Basis vorliegender Daten nach wie vor nicht eindeutig beantwortet werden (Kuhlmei und Schaeffer 2008).

Gleichwohl wächst vor allem im jungen Alter die Zahl der Jahre, in denen das Alter relativ „gesund“ und beschwerdefrei verläuft. Im hohen Alter hingegen steigt die Wahrscheinlichkeit von Krankheit und Beeinträchtigung, die oft in dauerhafter Angewiesenheit auf Fremdhilfe münden (Garms-Homolová und Schaeffer 2003).

Im Zuge des Altersstrukturwandels hat sich auch das Krankheitsgeschehen verändert. Chronische Krankheiten bilden heute weltweit die Hauptursache für Behinderung und Tod: Fast 60 % aller Todesfälle pro Jahr werden der WHO zufolge durch chronische Krankheiten verursacht, die wiederum 46 % der weltweiten Krankheitslast ausmachen (WHO 2006b). In Europa sind chronische Krankheiten sogar für ca. 86 % der Todesfälle verantwortlich (WHO 2006a). Auch diese Tendenz wird sich fortsetzen, wie die nachfolgende Tabelle (Tabelle 11–1) für Deutschland zeigt.

Eine besondere Problematik ergibt sich aus der Zunahme demenzieller Erkrankungen im hohen Alter. Schon heute leiden ca. 1,2 Mio. Menschen in Deutschland an einer demenziellen Erkrankung. Wenn sich die Präventions- und Therapiemöglichkeiten nicht wesentlich verbessern, wird bis zum Jahr 2050 mit mehr als 2 Mio. Demenzerkrankten in Deutschland zu rechnen sein (Beske et al. 2009; Bickel 2001). Schon jetzt zählen demenzassoziierte Erkrankungen in vielen Industrienationen zu

den häufigsten Todesursachen (Kühl und Hellweg 2004) und auch zu den kostenintensiven Erkrankungen (Hallauer et al. 2002), die zahlreiche Versorgungsprobleme aufwerfen.

Im hohen Alter steigt aber nicht nur die Wahrscheinlichkeit chronischer Erkrankung, sondern auch die von Multimorbidität¹ und Pflegebedürftigkeit – besonders jenseits des 80. Lebensjahres. Schon heute sind 2,2 Mio. Menschen in Deutschland pflegebedürftig im Sinn des SGB XI und jeder dritte von ihnen hat das 85. Lebensjahr erreicht oder überschritten. Auch diese Zahl wird in den nächsten Jahren deutlich steigen: Berechnungen des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) zufolge ist zu erwarten, dass sie bis 2050 auf ca. 4,35 Mio. anwächst und sich damit ebenfalls nahezu verdoppelt (SVR 2009). Andere Berechnungen kommen zu ähnlichen Ergebnissen (Landtag NRW 2005).

Dabei wird der Aspekt, dass Pflegebedürftigkeit regional unterschiedlich verteilt ist und auch die demografische Alterung regional unterschiedlich verläuft,

Tabelle 11–2

Regionale Verteilung von Pflegebedürftigkeit

	2007	2020	Veränderung 2020 gegenüber 2007	2030	Veränderung 2030 gegenüber 2007
Baden-Württemberg	237 000	315 000	32,9 %	374 000	57,8 %
Bayern	314 000	411 000	30,9 %	486 000	54,7 %
Berlin	96 000	130 000	36,0 %	159 000	66,0 %
Brandenburg	85 000	124 000	45,5 %	146 000	71,6 %
Bremen	21 000	25 000	18,9 %	28 000	34,2 %
Hamburg	43 000	51 000	18,3 %	60 000	38,3 %
Hessen	176 000	221 000	25,6 %	259 000	17,5 %
Mecklenburg-Vorpommern	57 000	82 000	43,2 %	93 000	63,5 %
Niedersachsen	242 000	305 000	26,1 %	353 000	45,7 %
Nordrhein-Westfalen	485 000	610 000	25,8 %	693 000	43,0 %
Rheinland-Pfalz	102 000	129 000	26,4 %	149 000	45,1 %
Saarland	29 000	36 000	22,3 %	40 000	34,8 %
Sachsen	127 000	168 000	32,5 %	191 000	50,2 %
Sachsen-Anhalt	81 000	105 000	30,2 %	117 000	45,3 %
Schleswig-Holstein	79 000	104 000	31,7 %	123 000	55,8 %
Thüringen	72 000	95 000	31,8 %	109 000	50,3 %
Deutschland	2 247 000	2 905 000	29,3 %	3 371 000	50,0 %

Quelle: Rothgang et al. 2010

Versorgungs-Report 2012

WlD0

¹ Im Alterssurvey 2002 gaben 24 % der über 70-Jährigen an, an fünf und mehr Erkrankungen zu leiden, während lediglich 7 % keine Erkrankung aufwiesen (Tesch-Römer 2006). Im Alterssurvey von 2008 sind hier nur unwesentliche Unterschiede. Ihm zufolge lagen diese Anteile in der Gruppe der 40- bis 45-Jährigen bei 1 % (fünf und mehr Erkrankungen) und 64 % (keine Erkrankung) (Tesch-Römer et al. 2010).

noch zu wenig beachtet. Besonders stark trifft die demografische Alterung und die Zunahme von Pflegebedürftigkeit ostdeutsche Bundesländer: Laut Pflegereport der Barmer Ersatzkasse sind in Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern die höchsten Steigerungsraten bei der Pflegebedürftigkeit zu erwarten: von 85 000 im Jahr 2007 auf 146 000 im Jahr 2030 in Brandenburg (71,6%) und in Mecklenburg-Vorpommern im gleichen Zeitraum um 63,5% (Rothgang et al. 2010). Ähnlich sind die Berechnungen des SVR (2009) (Tabelle 11–2).

Mit einiger Sicherheit ist davon auszugehen, dass sich die aufgezeigten Tendenzen künftig fortsetzen werden. Daher stellt sich die Frage, welche Konsequenzen sich daraus für die pflegerische Versorgungsgestaltung speziell im ambulanten Sektor ergeben. Thesenartig werden nachfolgend einige der wichtigsten diskutiert.

11.2 Prävention von Pflegebedürftigkeit

Zu den großen und zunehmend drängenden Herausforderungen gehört angesichts der dargelegten Befunde eine Intensivierung der Gesundheitsförderung und Prävention. Denn inzwischen zeigen zahlreiche empirische Studien, dass durch sie eine Verhinderung oder Verzögerung vieler Gesundheitseinbußen – auch chronischer Krankheit und Pflegebedürftigkeit – erreichbar ist (Kruse 2002). Das gilt auch für die altersspezifische Prävention und Gesundheitsförderung. Wie vielfältig deren Effekte und Möglichkeiten sind, ist mittlerweile ebenfalls gut durch Studien belegt (Garms-Homolová 2008; Horn et al. 2010; Schaeffer und Büscher 2009; SVR 2009; Walter 2008). Allerdings herrschten in Deutschland lange Zeit große Vorbehalte, wenn es um ältere Menschen als Zielgruppe von Prävention oder Gesundheitsförderung ging. Mehr und mehr setzt ein Umdenken ein: So wird aktuell beispielsweise ein Gesundheitsziel „gesund älter werden“ erarbeitet und zugleich ist ein Ausbau altersspezifischer Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen zu beobachten. Er konzentriert sich bislang auf das jüngere Alter. Das höhere Alter ist noch weitestgehend ausgenommen, obschon auch hier zahlreiche präventive Potenziale nachgewiesen wurden (Garms-Homolová 2008). Größerer Aufmerksamkeit bedarf auch die Gesundheitsförderung bei bereits beeinträchtigter Gesundheit und auch – angesichts der zu erwartenden Bedarfssteigerungen – die Prävention von Pflegebedürftigkeit. Schon heute haben 65-jährige Männer eine Lebenserwartung von weiteren 15 Jahren, aber: Sie müssen auch mit 15 Monaten Pflegebedürftigkeit rechnen. Bei Frauen sieht der Gewinn an Jahren noch besser aus: Er beträgt im Schnitt 18 ½ Jahre, allerdings müssen sie von einer 2 ½-jährigen Zeit der Pflegebedürftigkeit ausgehen. Bei Demenz ist mit noch längeren Pflegezeiten zu rechnen (Rothgang et al. 2010). Hier zu einer Verkürzung zu gelangen ist mehr als wünschenswert.

Allerdings fehlen innovative Umsetzungsmodelle. Nachdem vor einigen Jahren intensiv über den präventiven Hausbesuch diskutiert wurde, ist es mittlerweile still um das Thema Prävention von Pflegebedürftigkeit geworden und das bedarf dringend der Korrektur. Gefordert sind außerdem neue Modelle und Konzepte, die nicht nur auf Monitoring, sondern verstärkt auf Aktivierung und Selbstmanagementförderung setzen (Schaeffer und Büscher 2009) und sich gezielt dem Training körper-

licher Funktionen, vor allem der Bewegungsfähigkeit widmen. Denn inzwischen ist belegt, dass Bewegungsförderung auch im höheren Alter noch zu Gesundheitsgewinn führt – selbst bei demenziell Erkrankten, bei denen sie zudem bessere und mehr Effekte zu haben scheint als kognitive Trainings (ebenda; Horn et al. 2010). Größerer Beachtung bedarf außerdem die Integration präventiver Gesichtspunkte in das Handeln der Gesundheitsprofessionen, denn sie ist erst ansatzweise erreicht (FES 2009). Das gilt auch und besonders für die Pflege, in der präventive Orientierung, wiewohl im Pflegeversicherungsgesetz (PflegeVG) festgeschrieben, bislang eher Postulat denn Realität ist – nicht zuletzt deshalb, weil sie sich an strukturellen und qualifikatorischen Gegebenheiten reibt.

11.3 Ausdifferenzierung der ambulanten Pflege

Ob dem demografischen Wandel angemessen begegnet werden kann und ob das Alter auch mit eingeschränkter Gesundheit zukünftig Lebensqualität aufweist, hängt entscheidend davon ab, wie die ambulante pflegerische Versorgung gestaltet ist. Denn ein Großteil an Menschen bevorzugt auch im Fall von Gesundheitseinschränkungen und Pflegebedürftigkeit einen Verbleib in der häuslichen Umgebung, wird diese doch als Garant von Lebensqualität angesehen.

Dies bestätigt auch eine im Jahre 2010 durchgeführte Befragung von mehr als 6000 Frauen und Männern. Das Gros der Befragten, immerhin 40% wünscht sich, bei Pflegebedürftigkeit „in der eigenen Häuslichkeit durch Angehörige *und* ambulante Dienste“ versorgt zu werden. Weitere 8% setzen auf eine ausschließliche „Pflege zu Hause durch Angehörige“. „Pflege zu Hause durch ambulante Dienste“ wird von 16% aller Befragten präferiert und 5% der Befragten kann sich vorstellen, die häusliche Pflege durch Personal aus dem Ausland durchführen zu lassen. Damit liegt der Anteil derer, die eine Versorgung in der eigenen Häuslichkeit wünschen, bei fast 70% der Befragten. Dagegen erfährt die „Pflege im betreuten Wohnen/ Servicewohnen“ nur bei 18% der Befragten Zuspruch. Lediglich 9% würden sich für ein Heim als Versorgungsform im Fall von Pflegebedürftigkeit entscheiden. Neuere Wohnformen, wie z. B. selbst organisierte Wohngemeinschaften und Mehrgenerationenhäuser, spielen mit jeweils 2% eine untergeordnete Rolle. Für lediglich elf Personen (0,2% aller Befragten) stellt die Pflege im Ausland (z. B. Spanien) eine Alternative dar (Kuhlmeier et al. 2010) (Tabelle 11–3).

Der seit langem zunehmende Trend zum Verbleib in der häuslichen Umgebung und Bevorzugung einer ambulanten Versorgung dürfte sich künftig verstärken. Um dem Rechnung zu tragen, wurden in den vergangenen Jahren zahlreiche Reformbemühungen zur Verbesserung der ambulanten Pflege initiiert. Dennoch stehen noch zahlreiche Aufgaben zur Bewältigung an.

Angesichts des zu erwartenden Bedarfszuwachses wird es auch künftig erforderlich sein, den Ausbau der ambulanten Pflege weiter voranzutreiben. Zwar hat sich in den vergangenen eineinhalb Jahrzehnten – konkret seit Einführung des PflegeVG – eine beeindruckende Kapazitätsausweitung vollzogen, von der besonders alte hilfe- und pflegebedürftige Menschen profitieren. So stieg die Zahl ambulanter Pflegedienste bundesweit von ca. 4200 auf zunächst 13000 an (BMFSFuJ 2001)

Tabelle 11–3

Prozentuale Antwortverteilung für die bevorzugten Versorgungsformen bei Pflegebedürftigkeit (n = 5 514) mit der Entscheidung zur Pflege

Zu Hause durch Angehörige	8 %
Zu Hause durch ambulanten Pflegedienst	16 %
Zu Hause durch Angehörige und ambulante Pflegedienste	40 %
Zu Hause durch Personal aus dem Ausland	5 %
In Wohngemeinschaften	2 %
In Mehrgenerationenwohnhaus	2 %
In betreutem Wohnen/Servicewohnen	18 %
Im Heim	8 %
Im Ausland	0,2 %
Keine davon	1 %

Quelle: Kuhlmei et al. 2010

Versorgungs-Report 2012

WIdO

und beträgt heute ca. 12 000 (Schaeffer et al. 2008). Auch die Zahl der Beschäftigten ist kontinuierlich gestiegen: Waren 1999 noch ca. 183 000 Menschen in der ambulanten Pflege beschäftigt, so stieg die Zahl bis 2009 um 46,3 % und hat sich auf ca. 269 000 Beschäftigte erhöht (Statistisches Bundesamt 2011). Insgesamt – so zeigt dies – haben sich enorme Kapazitätsausweitungen vollzogen. Dennoch ist angesichts des zu erwartenden Bedarfszuwachses davon auszugehen, dass dieser Wachstumsschub nicht ausreicht. Schon heute wird ein Drittel der ca. 2,2 Mio. Pflegebedürftigen unter Hinzuziehung ambulanter Pflegedienste versorgt. Modellrechnungen zufolge soll der Bedarf an ambulanter Pflege bis 2040 um 45 bis 50 % steigen (Landtag NRW 2005). Weitere Kapazitätsausbauten sind daher unumgänglich. Dass sie regional unterschiedlich ausfallen sollten, bedarf nach den anfänglichen Ausführungen kaum der Erwähnung.

Zugleich ist eine bloße quantitative Ausweitung wenig sinnvoll. Vielmehr sind auch hier neue Konzepte und Modelle gefordert. Dies umso mehr, als eine in Korrespondenz zum quantitativen Ausbau stehende qualitative Weiterentwicklung und Ausdifferenzierung der ambulanten Pflege, wie sie mit dem PflegeVG ebenfalls initiiert werden sollte, weitgehend ausgeblieben ist. Eher im Gegenteil, statt Ausdifferenzierung hat sich in den vergangenen Jahren eine Homogenisierung (Estes und Swann 1993), also eine Vereinheitlichung, vollzogen. Dies zeigt sich u. a. daran, dass sich die organisatorischen Erscheinungsbilder wie auch die Leistungs- und Angebotsprofile ambulanter Pflegedienste immer ähnlicher geworden sind. Die Angebotsprofile sind zudem relativ eng und mehr an den Finanzierungsmöglichkeiten als an Bedarfs Gesichtspunkten orientiert (Schaeffer 2002). Es ist daher nicht verwunderlich, dass sie nicht allen Bedarfslagen älterer Menschen gerecht werden. Zwar gehören ältere chronisch erkrankte Menschen – in Einklang mit den anfänglich geschilderten Entwicklungen – zur Hauptnutzergruppe. Doch stoßen beispielsweise demenziell Erkrankte unter ihnen auf Probleme und das gilt auch für Sterbende – beides Gruppen, die mittlerweile im Visier der Gesundheits- und Sozialpo-

litik sind. Aber auch (ältere) Menschen mit chronisch-progredienten Erkrankungen, mit technikintensivem Pflegebedarf, ältere Behinderte, Migranten und Alleinlebende haben Schwierigkeiten, in der ambulanten Pflege eine bedarfsgerechte Antwort auf ihre Probleme zu erhalten (Schaeffer et al. 2008).

Die Voraussetzungen dafür zu schaffen, in der ambulanten Pflege flexibel und kompetent auf die unterschiedlichen Bedarfslagen und Nutzergruppen reagieren zu können, gehört daher zu den großen Entwicklungsaufgaben. Dazu ist u. a. notwendig, die überfällige qualitative Weiterentwicklung und Ausdifferenzierung der ambulanten Pflege voranzutreiben und auf Leistungs- und Angebotsprofile hinzuwirken, die der gesamten Breite des im ambulanten Sektor vorfindbaren Bedarfs entsprechen. Erforderlich ist außerdem, dass die ambulante Pflege zukünftig über ein breiteres Spektrum an Pflegestrategien verfügt, das präventive Strategien ebenso umfasst wie unterschiedlichste kurative, rehabilitative und palliative. Zugleich müssen ambulante Pflegedienste, da sie künftig *allen* Bedarfsproblematiken der Bevölkerung gerecht werden sollen, ihre bislang ausschließlich individuenzentrierte Sicht- und Arbeitsweise durch eine populationsorientierte ergänzen und sich zudem nicht einzig für die unmittelbare Erbringung von Pflegeleistungen, sondern auch für die Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung (etwa auf kommunaler Ebene) engagieren (Nies und Mc Ewen 2007; Stanhope und Lancaster 2004) und zudem übergeordneten Kriterien wie Leistungsgerechtigkeit, Qualität, Effektivität und Effizienz entsprechen. Von einem derart umfassenden, an Public-Health-Prinzipien orientierten Verständnis ambulanter Pflege sind wir in Deutschland trotz vieler Reformdiskussionen noch immer weit entfernt. Doch werden wir dorthin gelangen müssen, um den Anforderungen der Zukunft begegnen zu können. Einige der damit verbundenen Herausforderungen werden im Weiteren kurz aufgegriffen.

11.4 Verankerung eines neuen Pflegebegriffs

Einer an Public-Health-Vorstellungen orientierten ambulanten Pflege steht u. a. der dem PflegeVG zugrunde liegende verengte Pflegebegriff entgegen, der Pflege auf Unterstützung bei körperlichen Selbstversorgungseinbußen reduziert. Er benachteiligt Menschen mit anders gelagertem Pflegebedarf und lässt keinen Spielraum für den bei vielen Nutzergruppen bestehenden (und zu einer professionellen Pflege gehörenden) Bedarf an Information, Kommunikation, Edukation, Empowerment und Selbstmanagementförderung sowie an Versorgungssteuerung. Einen neuen Pflegebegriff zu entwickeln wird daher seit langem gefordert. Ein vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) eingesetzter Beirat zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit hat im Januar 2009 dazu Vorschläge vorgelegt, ebenso für ein neues Begutachtungsinstrument (BMG 2009; Wingenfeld et al. 2007; Wingenfeld et al. 2008). Beide beziehen kognitive und soziale Funktionseinbußen bzw. kommunikative und edukative Unterstützungserfordernisse ein. Pflegebedürftigkeit soll zudem nicht mehr nach dem Zeitaufwand, sondern am Grad der Selbständigkeit bemessen werden, sodass der tatsächliche Unterstützungsbedarf Pflegebedürftiger besser abgebildet werden kann und eine Grundlage für eine angemessene Pflegeplanung geschaffen ist. Das neue Instrument umfasst auch eine differenziertere Einteilung für die

Einstufung: Sie soll nicht mehr nur nach drei Pflegestufen erfolgen, sondern nach fünf Bedarfsgraden, die zudem nur die Höhe und nicht mehr die Art der Leistungen festlegen. Mit den vorgelegten Vorschlägen setzt sich das BMG seither auseinander. Es bleibt zu hoffen, dass sie in die für 2011 geplante Pflegereform eingehen werden, zumal sie Grundlage und Bedingung für viele andere Herausforderungen sind.

11.5 Technologische Optionen

Eine bedarfsgerechte ambulante Versorgung ist außerdem mit neuen Aufgaben und Rollen verbunden. Nicht nur kommunikative und edukative Aufgaben erhalten künftig weiter an Bedeutung, sondern auch komplexe und technikintensive Pflegeleistungen (dazu Ewers 2003; Ewers 2010) oder aber Leistungen, für die es spezieller klinischer Expertise bedarf, so etwa Aufgaben des Symptom- und Schmerzmanagements (Müller-Mundt 2005), der Unterstützung komplexer Medikamentenregime etc. (Müller-Mundt et al. 2008). Generell wird sich auch die ambulante Pflege intensiver mit neuen pharmakologischen und technologischen Optionen auseinandersetzen müssen. Egal, ob im Bereich Telemedizin/-nursing, Ambient Assisted Living, Robotik oder neue Kommunikationstechnologien – überall entstehen allein durch die voranschreitende technische Entwicklung zahlreiche neue Möglichkeiten, die konstruktiver für die Versorgungsgestaltung im ambulanten Pflegesektor ausgeschöpft werden können und müssen – nicht zuletzt auch für die Angehörigenanleitung und -supervision (Ewers 2010), womit ein weiterer Punkt angesprochen ist.

11

11.6 Verbesserung der Kooperation mit Familien

Zu den wichtigen Aufgaben der Zukunft gehört außerdem, die Kooperation mit Familien und pflegenden Angehörigen auf eine andere Basis zu stellen. Seit langem obliegt ihnen ein Großteil der Versorgung: sowohl bei chronischer Krankheit wie auch bei Pflegebedürftigkeit. Mehr als ein Drittel der zu Hause lebenden Pflegebedürftigen wird allein von Angehörigen versorgt. Doch auch wenn professionelle ambulante Pflege involviert ist – was bei einem weiteren Drittel der Pflegebedürftigen der Fall ist –, ruht der größte Teil an Betreuungsaufgaben auf ihren Schultern, denn ambulante Pflege wird nur punktuell tätig. Sie verbringt pro Woche durchschnittlich kaum mehr als 1,2 Std. pro Fall mit der Betreuung, die Angehörigen dagegen 29,3 Std. (Garms-Homolová und Schaeffer 2003). Bei Demenzkranken ist die Stundenzahl noch weitaus höher. Die Angehörigen – so bestätigt dies einmal mehr – sind also die entscheidenden „care givers“, ohne die ein Verbleib in der häuslichen Umgebung nicht sichergestellt werden kann.

Für alle Gesundheitsprofessionen bedeutet dies, das Verhältnis zu den Angehörigen auf den Prüfstand zu stellen: Sie nicht mehr als tendenziellen Störfaktor in einer eigentlich professionell determinierten Versorgungsgestaltung zu betrachten, sondern nach konstruktiven Wegen des Zusammenwirkens zu suchen, die auf Aner-

kennung der Leistungen und der Bedeutung der Angehörigen beruhen. In der Pflege geht es zudem darum, bestehende Pflegearrangements zu verändern. Denn die bisherige „Arbeitsteilung“, sich die anstehenden häuslichen Pflegeaufgaben in mehr oder minder friedlicher Koexistenz (und Ablösementalität) mit den Angehörigen zu teilen, dürfte künftig nicht mehr tragfähig sein (Schaeffer et al. 2008). Sie ist schon heute unbefriedigend, aber angesichts des zu erwartenden Bedarfszuwachses obsolet. Vielmehr wird die Rolle der Pflege weitaus mehr auf Koordination und Monitoring, Anleitung und Supervision von Angehörigen bzw. häuslicher Pflegesituation konzentriert sein müssen. Wie das aussehen kann, ist in Ländern mit Professionalisierungsvorsprung zu beobachten und schlägt sich dort auch im professionellen Selbstverständnis nieder: So lautet das Selbstverständnis der US-amerikanischen Pflege „Nursing is teaching“ – und das bringt zum Ausdruck, dass nicht die direkte Erbringung von Pflegeleistungen, sondern „teaching“ zu „hands-on nursing“, also Anleitung und Edukation zur Befähigung der Angehörigen (und Patienten) im Mittelpunkt professionellen Pflegehandelns stehen. Angesichts der vorliegenden Bedarfsprognosen werden solche anleitenden und supervidierenden Konzepte auch im hiesigen Gesundheitswesen zu implementieren sein und insgesamt wird es erforderlich, zu neuen Pflegearrangements und Kooperationsmodellen von formeller und informeller Pflege zu gelangen, ohne dabei aber der Gefahr zu erliegen, Angehörige einzig als flankierende Unterstützung der professionellen Versorgung zu instrumentalisieren (Büscher und Schnepf 2011; Schaeffer 2009).

Wünschenswert und notwendig sind außerdem nicht einzig individuenbezogene, sondern familienorientierte Pflege- und Versorgungskonzepte. Sie liegen vor – in der Pflege etwa das Family Health Nursing Konzept der WHO (2002; Schnepf 2002), dessen schleppende Umsetzung dringend der Beschleunigung bedarf. Sie ist auch deshalb wichtig, weil das Wissen über die Qualität der häuslichen Versorgung durch informelle Pflege, die sich ja hinter verschlossenen Türen in der Privatsphäre vollzieht, bislang recht gering ist. Doch sind die Qualitäts Herausforderungen hier nicht geringer als in der professionellen Versorgung. Mit der breitenwirksamen Einführung familienorientierter Pflegekonzepte dürfte Licht in das (Qualitäts)-Dunkel in der Privatsphäre kommen. Der Umsetzung all dessen steht jedoch ebenfalls – wie noch einmal zu betonen ist – der im SGB XI festgeschriebene enge Pflegebegriff entgegen.

Darüber hinaus ist erforderlich, der Unterstützung und dem Ressourcenerhalt von pflegenden Familien und Angehörigen größere Beachtung zu widmen. Wie selbstverständlich wird gesellschaftlich auf das Hilfe- und Pflegepotenzial von Familien gesetzt, wohl wissend, dass es sich allein aufgrund des Altersstruktureffekts künftig reduzieren wird (Landtag NRW 2005; Rothgang 2004). Auch die Belastbarkeit der Familie wird labiler sein, weil sich die künftig selbst alten Kinder hochbetagter Eltern ihrerseits oft in einer vulnerablen Gesundheitssituation befinden. Die Sicherstellung der häuslichen Versorgung ist künftig daher entscheidend davon abhängig, inwieweit es gelingt, trotz dieser schwierigen Bedingungen das Hilfepotenzial von Familien zu stärken und geeignete Unterstützungsmaßnahmen zu entwickeln. Um das zu ermöglichen, ist in den letzten Jahren vieles geschehen. Inzwischen deuten vorliegende Evaluationen allerdings an, dass die entwickelten Maßnahmen – vor allem Schulungen – oft nicht die erhofften Effekte zeitigen (Lamura et al. 2006). Auch hier werden künftig weitere Anstrengungen erforderlich sein und

auch dabei ist es nötig, nach neuen Wegen zu suchen. So ist es z. B. angesichts der vorliegenden Daten zur Gesundheitsbelastung pflegender Angehöriger (Gräbel 1998; Meyer 2006) erforderlich, Maßnahmen zur Prävention von Überlastungsercheinungen pflegender Angehöriger zu entwickeln – beides sind Bereiche, die noch in den Kinderschuhen stecken.

11.7 Integrierte und kontinuierliche Versorgung

Die Sicherung einer integrierten und kontinuierlichen Versorgung kommt ebenfalls hohe Bedeutung zu. Sie hat bei chronisch kranken und pflegebedürftigen älteren Menschen besondere Relevanz, weil diese im Verlauf der Krankheit immer wieder zwischen unterschiedlichen Versorgungsarten und -bereichen hin und herwechseln und dies beschert ihnen – aufgrund der starren Sektorengrenzen – oft empfindliche Versorgungsbrüche und -karrieren, wie in der Literatur immer wieder neu betont wird (Roth und Rüschemann 1999; Schaeffer 2009; Schaeffer und Ewers 2006; Schaeffer und Moers 2011). Soll die Versorgung zudem prioritär ambulant gestaltet werden, wie dies seit Jahrzehnten erklärtes gesundheitspolitisches Ziel ist, gesellen sich weitere Probleme hinzu. Denn in der zersplitterten ambulanten Versorgung ist es besonders schwierig, für Patienten mit komplexem Versorgungsbedarf, wie er bei chronischer Krankheit üblich ist, eine aufeinander abgestimmte, integrierte und kontinuierliche Versorgung zu ermöglichen.

Um der Zielvision einer integrierten und kontinuierlichen Versorgung näher zu kommen, wurden in Deutschland in den vergangenen Jahren zahlreiche Anstrengungen unternommen. Zu den wichtigsten Reformen gehört sicher die Verabschiedung des § 140 a SGB V im Jahr 2000. Seither existieren zahlreiche Integrationsbestrebungen – vor allem in der Medizin. Meist leiden sie jedoch daran, dass ihnen ein sehr enges Verständnis der Integrationsaufgaben zugrunde liegt, denn sie verstehen darunter vor allem die Behebung der Desintegration innerhalb der Medizin und lassen die professionsübergreifenden Herausforderungen ausgeklammert. Vielfach folgen sie also einem eher monoprofessionellen Integrationsverständnis, obschon hier eine multiprofessionelle Aufgabe ansteht (Schaeffer und Ewers 2006). Weichen zur Veränderung wurden 2007 mit dem GKV-Wettbewerbsgesetz gestellt. Seither kann etwa auch die Pflege in Modelle zur integrierten Versorgung aufgenommen werden und auch selbst Modelle/Netze bilden. Weitere Veränderungen erfolgten mit dem Pflegeweiterentwicklungsgesetz 2008, mit dem die Verbesserung der Schnittstelle zwischen stationärer und ambulanter Versorgung erreicht werden sollte. Allerdings stoßen diese Optionen bislang eher auf verhaltene Resonanz. Dies zu verändern, stellt eine wichtige Aufgabe dar.

Dabei ist stärker als bislang zu beachten, dass Integrationsbemühungen nur dann Erfolg beschieden ist, wenn auch die überholte hierarchische Kooperation und Arbeitsteilung zwischen den Gesundheitsprofessionen (vor allem zwischen Medizin und Pflege) verändert (ebenda, Ewers 2011; Ribbe 1998; Sullivan 1998; SVR 2009; Zander 2005) und ein neuer Professionenmix mit Neupositionierung der Pflege etabliert wird. Hier gibt es in den vergangenen Jahren bedauerlicherweise wenig Fortschritt, wie am Beispiel vieler dazu gehörender Modellprojekte (auch der Projekte

nach § 63 c Pflegeweiterentwicklungsgesetz) zu sehen ist. Sie sind meist eher affirmativ denn innovativ, weil sie die herkömmlichen Kooperationsmuster und auch die traditionelle Rolle der Pflege – Dienst am Arzt statt am Patienten – festschreiben. Hier ein Umdenken einzuleiten, stellt eine wichtige Aufgabe dar (vgl. SVR 2007). Denn die wenigen belastbaren Forschungsbefunde zeigen, dass eine verbesserte interdisziplinäre Kooperation aller Gesundheitsberufe auch zu einer höheren Versorgungsqualität und zu mehr Zufriedenheit bei den Angehörigen der Berufsgruppen führt – so das Resultat eines Reviews, in dem Maßnahmen zur Verbesserung der Zusammenarbeit von Ärzten und Pflegenden im stationären Bereich untersucht wurden (Zwarenstein und Bryant 2000). Tägliche, multidisziplinäre Visiten aller in den Versorgungsprozess involvierten Berufsgruppen trugen zur Verkürzung der Krankenhausverweildauer, zur Kostenreduktion und höheren Arbeitszufriedenheit bei (Zwarenstein und Bryant 2000). Das Potenzial der interdisziplinären Kooperation ist auch durch ein telemedizinisches Projekt zur integrierten Schlaganfall-Versorgung (TEMPiS) belegt, das die Versorgung im ländlichen Raum verbessert und in dem eine signifikant höhere Überlebensrate sowie ein stärkerer Erhalt der Selbständigkeit bei den so Versorgten erreicht werden konnte (Audebert et al. 2009; Müller-Barna et al. 2011).

Veränderungen des Aufgabenzuschnitts und der Kooperation erfordern allerdings angemessene rechtliche und strukturelle Rahmenbedingungen. Auch Leitlinien bzw. Behandlungspfade sind Voraussetzung, ebenso eine längerfristig ausgerichtete gemeinsame Vision, die erlaubt, eine Vielzahl „kleiner Schritte in die richtige Gesamtrichtung“ zu tun.

Dennoch ist stets zu bedenken, dass eine Veränderung gewachsener Strukturen immer angestammte Routinen berührt und deshalb ein behutsames Vorgehen erfordert. Neue Aufgabenzuschnitte, Arbeitsteilungen und gelingende Kooperationen setzen bestimmte Fähigkeiten und Qualifikationen voraus – sie sicherzustellen ist unverzichtbar. Das ist umso nachhaltiger zu betonen als für viele der neu entstandenen Aufgaben in der Pflege (sei es im Bereich der Kooperation, der Patientenedukation oder der Versorgungsprozessgestaltung) international auf akademischem Niveau qualifiziert wird. Hierzulande erfolgt die Qualifizierung – wenn überhaupt – durch berufliche Fort- und Weiterbildung, also auf sehr viel niedrigerem Niveau. Hier zu einer Veränderung zu gelangen und eine angemessene Qualifizierung sicherzustellen, ist daher zwingend, wenn über die Implementation neuer Aufgaben-/zuschnitte und integrierte Versorgungsmodelle in der ambulanten Pflege nachgedacht wird.

11.8 Pflegestützpunkte und wohnortnahe Versorgung

Mit dem Zuwachs der Zahl an ambulanten Pflegediensten sind die Wahlmöglichkeiten für Pflegebedürftige gestiegen, aber auch die Unübersichtlichkeit des ambulanten Versorgungs- und Pflegeangebots ist gewachsen. Gerade ältere Pflegebedürftige (und ihre Angehörigen) sind dadurch vor Schwierigkeiten gestellt, die für sie richtige Stelle ausfindig zu machen und Zugang zu angemessenen Versorgungs- und Pflegeangeboten zu erhalten.

11

In Reaktion darauf wurden zunächst in einigen Bundesländern auf kommunaler Ebene entsprechende Informations- und Beratungsstrukturen geschaffen, sei es in Form von Pflegeberatungs- oder von Koordinationsstellen. Diesem Schritt folgte mit dem 2008 verabschiedeten Pflegeweiterentwicklungsgesetz die bundesweite Einrichtung von Pflegestützpunkten. Flächendeckend und bundesweit einheitlich sollten, so der ursprüngliche Plan, wohnortnahe und nutzerfreundlich organisierte Anlaufstellen geschaffen werden, die Pflegebedürftigen und ihren Familien den Zugang zur Versorgung in ihrem Wohnquartier erleichtern und ihnen mit Information, Beratung, Case Management/Coaching und Unterstützung bei der Organisation der pflegerischen Versorgung zur Seite stehen (Michell-Auli 2011; Schaeffer und Kuhlmei 2008) – ein interessantes und sinnvolles Konzept. Die Umsetzung entpuppt sich jedoch als schwierig. So ist vielerorts die eigentliche Zielvision mittlerweile aus dem Blick geraten: Geplant war, dass die Pflegestützpunkte die ihrerseits unter Desintegrationserscheinungen leidende pflegerische Versorgungsstruktur ergänzen und in diese integriert werden sollten. Statt integrierter werden nun jedoch fast überall additive, also zusätzliche Strukturen geschaffen, die für die Nutzer die Zahl an anzulaufenden Stellen erhöhen. Zudem fallen sie länderspezifisch, ja sogar regional unterschiedlich aus, was nach der Erfahrung mit der Umsetzung des § 65 b SGB V wenig nutzerfreundlich ist und an der ursprünglichen Zielvision vorbeigeht (Schaeffer et al. 2005). Hinzu kommt, dass meist zu viele Akteure mit zu vielen unterschiedlichen Interessenslagen an der Umsetzung beteiligt sind, sodass Implementationsschwierigkeiten nicht verwundern.

Auch die Realisierung von *Wohnortnähe* stellt sich als schwieriger dar als zunächst vermutet – einerseits, weil die dazu nötige und ursprünglich geplante Versorgungsdichte nicht erreicht werden kann und andererseits, weil ein anderes Konzeptelement mittlerweile in Vergessenheit geraten ist: Denn die Pflegestützpunkte sollten zugleich den Nukleus für ambulante pflegerische Versorgungszentren im jeweiligen Wohnquartier bilden, in denen professionelle Dienste, informelle Hilfen und Selbsthilfeinitiativen unter einem Dach zusammengefasst werden. Davon ist seit längerem keine Rede mehr und doch läge darin eine überzeugende zukunfts-trächtige Antwort auf viele der Desintegrationsprobleme in der pflegerischen Versorgung. Denn auch der zersplitterten und kleinteiligen Angebotsstruktur in der ambulanten Pflege bzw. bei den Gesundheitsberufen müssen längerfristig integrierte Versorgungsmodelle entgegengesetzt werden.

Internationale Vorbilder dafür, wie solche ambulanten Zentren aussehen könnten, gibt es etliche. So bietet etwa die US-amerikanische oder die kanadische Diskussion über Community Health Nursing (Büscher und Schaeffer 2009; Nies und Mc Ewen 2007; Stanhope und Lancaster 2004) übertragungsfähige Anregungen. Nicht weniger sinnvoll sind „Primary Health Care Teams“ (Gerlach et al. 2006a; Gerlach et al. 2006b), in denen alle Gesundheitsprofessionen vertreten sind und die nicht nur mit Komm-Strukturen arbeiten, sondern auch über zugehende, mobile Angebote verfügen. All diese Modelle charakterisiert, dass sie eine häusliche (Langzeit-)Versorgung ermöglichen, das ganze dazu nötige Leistungsspektrum vorhalten und meist Case Management integrieren (Ewers 2011), um während des gesamten Krankheits- und Pflegeverlaufs eine individuell passgenaue Versorgung zu ermöglichen. Solche Modelle wären auch hierzulande sinnvoll. Das ist umso nachhaltiger zu betonen, als der demografische Wandel – wie eingangs

betont – regional unterschiedlich verläuft. Vor allem, um ergrauende ländliche Regionen vor drohender Unterversorgung zu bewahren, sind solche multiprofessionellen, integrierten und regional differenzierten Versorgungsmodelle gefragt, zumal sie nicht nur flexibler als bislang auf Bedarfsveränderungen, sondern auch auf regionale Besonderheiten reagieren können, auf Unterversorgung in ländlichen Regionen ebenso wie auf Überversorgung in Städten.

11.9 Fazit

Die Ausführungen sollten verdeutlichen, wie sehr der sozio-demografische Wandel die bestehenden Versorgungsstrukturen in der ambulanten Pflege herausfordert und dass diese dringend neuer Impulse und Modelle bedürfen, um konstruktiv auf die an sie gestellten Anforderungen reagieren zu können. Zwar sind in den vergangenen Jahren zahlreiche Reformbemühungen angeschoben worden, um zu einer bedarfsgerechten pflegerischen Versorgung alter Menschen zu gelangen. Meist sind sie jedoch nicht weitreichend genug. Dies zu verändern bedarf größerer Konsequenz als bislang. Dass dazu unerlässlich ist, auch die Rolle und Position der Pflege im Gefüge der Gesundheitsprofessionen zu verbessern und die Professionalisierung weiter voranzutreiben, sei abschließend noch einmal unterstrichen. Denn ohne Stärkung der Pflege und ohne bessere ambulante pflegerische Versorgung inklusive der dazu notwendigen qualitativen Weiterentwicklung dieses Sektors wird der demografische und epidemiologische Wandel künftig nicht aufzufangen sein.

Nicht weniger wichtig ist, die Forschung auf dem Gebiet der ambulanten Pflege zu intensivieren. Denn um den zahlreichen Herausforderungen an neuen Modellen nachkommen und bestehende Konzeptdefizite beheben zu können, sind pflegewissenschaftliche Erkenntnisse erforderlich. An ihnen mangelt es bislang, nicht zuletzt, weil die ambulante Pflege in der bisherigen Pflege- und Versorgungsforschung (wie auch in der Forschungsförderung) eine verschwindend geringe Rolle spielt. Dies zu verändern ist im Interesse der Weiterentwicklung der ambulanten Pflege ebenfalls mehr als notwendig.

Literatur

- Audebert HJ, Tietz V, Boy S, Pilz P, Haberl RL, Schenkel J. Acceptance of telemedicine for acute stroke care. The German project TEMPiS. *Der Nervenarzt* 2009; 80, Nr. 2: 184–9.
- Beske F, Katalinic A, Pteres E, Pritzkeleit R. Morbiditätsprognose 2050. Ausgewählte Krankheiten für Deutschland, Brandenburg und Schleswig Holstein. 114. Aufl. Kiel: Schriftenreihe/Fritz Beske Institut für Gesundheitssystemforschung 2009.
- Bickel H. Life expectancy and the need for nursing care in Germany. *Gesundheitswesen* 2001; 63, Nr. 1: 9–14.
- BMFSFuJ – Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Alter und Gesellschaft. Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland (Bundesdrucksache 14/5130). Berlin: Deutscher Bundestag 2001.
- BMFSFuJ – Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Vierter Bericht zur Lage der Älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Risiken, Lebensqualität und Versor-

- gung Hochaltriger – unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen. Berlin: Deutscher Bundestag 2002.
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit. Bericht des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit 2009.
- Büscher A, Schaeffer D. Zugänglichkeit und Nachhaltigkeit in der Langzeitversorgung – der Aufbau von Pflegestützpunkten vor dem Hintergrund internationaler Erfahrungen. *Pflege & Gesellschaft* 2009; 14, Nr. 3: 197–215.
- Büscher A, Schnepf W. Die Bedeutung von Familie in der pflegerischen Versorgung. In: Schaeffer D, Wingenfeld K (Hrsg). *Handbuch Pflegewissenschaft*. Neuausgabe. Weinheim: Juventa 2011; 469–87.
- Estes CL, Swann JH. (1993). *The long-term care crisis: elders trapped in the no-care zone*. Newbury Park, CA: Sage 1993.
- Ewers M. *High-Tech Home Care: Optionen für die Pflege, Sicht- und Handlungsweisen von Pflegenden in der häuslichen Infusionstherapie*. Bern: Huber 2003.
- Ewers M. Vom Konzept zur klinischen Realität. *Desiderata und Perspektiven in der Forschung über die technikintensive häusliche Versorgung in Deutschland*. *Pflege & Gesellschaft* 2010; 15, Nr. 4: 314–29.
- Ewers M. Case Management und andere Steuerungsaufgaben der Pflege. In: Schaeffer D, Wingenfeld K (Hrsg). *Handbuch Pflegewissenschaft*. Neuausgabe. Weinheim: Juventa 2011; 643–60.
- FES. *Zukunft des Gesundheitssystems. Solidarisch finanzierte Versorgungssysteme für eine alternde Gesellschaft*. Berlin: Friedrich-Ebert-Stiftung 2009.
- Fries JF. Erfolgreiches Altern. Medizinische und demographische Perspektiven. In: Baltes MM, Kohli M, Sames K (Hrsg). *Erfolgreiches Altern – Bedingungen und Variationen*. Berlin. Bern: Huber 1989; 19–26.
- Garms-Homolová V. Prävention bei Hochbetagten. In: Kuhlmei A, Schaeffer D (Hrsg). *Alter, Gesundheit und Krankheit*. Bern: Huber 2008; 263–75.
- Garms-Homolová V, Schaeffer D. Ältere und Alte. In: Schwartz FW, Badura B, Busse R, Leidl R, Raspe H, Siegrist J (Hrsg). *Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen*. 2. Auflage. München: Urban & Schwarzenberg 2003; 536–49.
- Gerlach FM, Beyer M, Muth C, Saal K, Gensichen J. Neue Perspektiven in der allgemeinmedizinischen Versorgung chronisch Kranker – Wider die Dominanz des Dringlichen. Teil 1: Chronische Erkrankungen als Herausforderung für die hausärztliche Versorgungspraxis. *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 2006a; 100: 335–43.
- Gerlach FM, Beyer M, Saal K, Peitz M, Gensichen J. Neue Perspektiven in der allgemeinmedizinischen Versorgung chronisch Kranker – Wider die Dominanz des Dringlichen. Teil 2: Chronic-Care-Modell und Case Management als Grundlagen einer zukunftsorientierten hausärztlichen Versorgung. *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 2006b; 100: 345–52.
- Göckenjan G, von Kondratowitz HJ. Altern – Kampf um Deutungen und Lebensformen. In: Göckenjan G, von Kondratowitz HJ (Hrsg). *Alter und Alltag*. Frankfurt am Main: edition Suhrkamp 1988; 7–31.
- Gräßel E. Belastung und gesundheitliche Situation der Pflegenden. Querschnittuntersuchung zur häuslichen Pflege bei chronischem Hilfs- und Pflegebedarf im Alter (Deutsche Hochschulzeitschriften 1134). Egelsbach: Dr. Markus Hänsel-Hohenhausen 1998.
- Hallauer JF, Berger K, Ruckdäschel S. Nationale und internationale Untersuchungsergebnisse. In: Hallauer JF, Kurz A (Hrsg). *Weißbuch Demenz – Versorgungssituation relevanter Demenzerkrankungen in Deutschland*. Stuttgart: Thieme 2002; 20–23.
- Horn A, Brause M, Schaeffer D, Büscher A. Gesundheitsförderung in der stationären Langzeitversorgung. Teil 1. Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft (IPW), P10–143. Bielefeld 2010.
- Kruse A. *Gesund Altern. Stand der Prävention und Entwicklung ergänzender Präventionsstrategien*. Bericht an die Bundesvereinigung für Gesundheit e. V. Heidelberg 2002.

- Kühl KP, Hellweg R. Demenzen – Pathologie, Diagnostik, Therapieansätze. In: Stegmüller K. (Hrsg). Demenz als Versorgungsproblem. Jahrbuch für Kritische Medizin 40. Hamburg: Argument Verlag 2004; 9–21.
- Kuhlmei A, Schaeffer D (Hrsg). Alter, Gesundheit und Krankheit. Bern: Huber 2008.
- Kuhlmei A, Dräger D, Winter M, Beikirch E. COMPASS – Versichertenbefragung zu Erwartungen und Wünschen an eine qualitativ gute Pflege. DZA-Informationdienst Altersfragen 2010; 37, Nr. 4: 4–11.
- Lamura G, Mnich E, Wojszel B, Nolan M, Krevers B, Metheneos L, Döhner H. Erfahrungen von pflegenden Angehörigen älterer Menschen in Europa bei der Inanspruchnahme von Unterstützungsleistungen – Ausgewählte Ergebnisse des Projektes EUROFAMCARE. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 2006; 39: 429–42.
- Landtag NRW. Situation und Zukunft der Pflege in NRW. Bericht der Enquête-Kommission des Landtags Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf 2005.
- Meyer M. Pflegenden Angehörige in Deutschland. Ein Überblick über den derzeitigen Stand und zukünftige Entwicklungen. Hamburg: Lit Verlag 2006.
- Michell-Auli P. Was leisten Pflegestützpunkte? In: Schaeffer D, Schmidt-Kaehler S (Hrsg). Lehrbuch Patientenberatung. Bern: Huber 2011; 245–54.
- Müller-Barna P, Boy S, Audebert HJ. Telediagnostik und Telekonsil in Schlaganfallnetzwerken: Aktueller Stand und Zukunftsperspektiven. Nervenheilkunde 2011; 30: 25–30.
- Müller-Mundt G. Chronischer Schmerz – Herausforderungen für die Versorgungsgestaltung und Patientenedukation. Bern: Huber 2005.
- Müller-Mundt G, Schaeffer D, Haslbeck J. Bewältigung komplexer Medikamentenregime – Erfordernisse der Selbstmanagementunterstützung. In: Schaeffer D, Behrens J, Görres S (Hrsg). Optimierung und Evidenzbasierung pflegerischen Handelns. Ergebnisse und Herausforderungen der Pflegeforschung. München: Juventa 2008; 30–55.
- Nies MA, Mc Ewen M. Community/Public Health Nursing. Promoting the Health of Populations. St. Louis: Sanders 2007.
- Ribbe MW. Weiterbildung der Ärzte. Voraussetzung der Kooperation zwischen Pflege und Medizin: curriculum für „Verpleeghuis“ Physicians. In: Garms-Homolová V, Schaeffer D (Hrsg). Medizin und Pflege. Kooperation in der ambulanten Versorgung. Wiesbaden: Ullstein Medical 1998; 103–12.
- Roth A, Rüschemann HH. Ökonomisches Plädoyer für integrative Versorgung - Patientenkarrieren chronisch Kranker in Schleswig-Holstein. In: Arnold M, Litsch M, Schwartz FW (Hrsg). Krankenhaus-Report '99. Stuttgart: Schattauer 1999; 93–118.
- Rothgang H. Demographischer Wandel und Pflegebedürftigkeit in Nordrhein-Westfalen. Gutachten im Auftrag der Enquêtekommission „Situation und Zukunft der Pflege in NRW“. Bremen 2004.
- Rothgang H., Iwansky S, Müller R, Sauer S, Unger R (Hrsg). GEK-Pflegereport 2010. Schwerpunktthema: Demenz und Pflege. St. Augustin: Asgard 2010.
- Schaeffer D. Ambulante Schwerkrankenpflege: Entwicklungen und Herausforderungen in Deutschland. In: Schaeffer D, Ewers M (Hrsg). Ambulant vor stationär. Perspektiven für eine integrierte ambulante Pflege Schwerkranker. Bern: Huber 2002; 17–44.
- Schaeffer D. Chronische Krankheit und Multimorbidität im Alter – Versorgungserfordernisse diskutiert auf der Basis eines Fallverlaufs. Pflege & Gesellschaft 2009; 14, Nr. 4: 306–324.
- Schaeffer D, Büscher A. Möglichkeiten der Gesundheitsförderung in der Langzeitversorgung – empirische Befunde und konzeptionelle Überlegungen. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 2009; 42, Nr. 6: 441–51.
- Schaeffer D, Ewers M (Hrsg). Ambulant vor stationär. Perspektiven für eine integrierte ambulante Pflege Schwerkranker. Bern: Huber 2002.
- Schaeffer D, Ewers M. Integrierte Versorgung nach deutschem Muster. Pflege & Gesellschaft 2006; 11, Nr. 3: 197–209.
- Schaeffer D, Kuhlmei A. Pflegestützpunkte – Impuls zur Weiterentwicklung der Pflege. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 2008; 41, Nr. 2: 81–85.

- Schaeffer D, Moers M. Bewältigung chronischer Krankheiten – Herausforderungen für die Pflege. In: Schaeffer D, Wingenfeld K. (Hrsg). Handbuch Pflegewissenschaft. Neuausgabe. Weinheim: Juventa 2011; 329–63.
- Schaeffer D, Büscher A, Ewers M. Ambulante pflegerische Versorgung alter Menschen. In: Kuhlmei A, Schaeffer D. (Hrsg). Alter, Gesundheit und Krankheit. Bern: Huber 2008; 352–69.
- Schaeffer D, Dierks ML, Hurrelmann K, Keller A, Krause H, Schmidt-Kaehler S, Seidel G. Evaluation der Modellprojekte zur unabhängigen Patientenberatung und Nutzerinformation. Bern: Huber 2005.
- Schnepp W (Hrsg). Angehörige pflegen. Bern: Huber 2002.
- Stanhope M, Lancaster J. Community & Public Health Nursing. St. Louis: Mosby 2004.
- Statistisches Bundesamt. Erwerbsbeteiligung älterer Arbeitnehmer. STATmagazin. 2009. Verfügbar unter: <http://www.destatis.de/bevoelkerungspyramide/>
- Statistisches Bundesamt. Pflegestatistik 2009. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt 2011.
- Sullivan TJ. Collaboration. A health care imperative. New York: McGraw-Hill 1998.
- SVR – Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Gutachten. Berlin 2007.
- SVR – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Sondergutachten des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2009. Bonn 2009.
- Tesch-Römer C. Produktivität im Alter. GGW 2006; 6, Nr. 1: 14–22.
- Tesch-Römer C, Motel-Klingebiel A, Wurm S. Altern im Wandel – Befunde des Deutschen Alterssurveys (DEAS). Stuttgart: Kohlhammer 2010.
- Walter U. Möglichkeiten der Gesundheitsförderung und Prävention im Alter. In: Kuhlmei A, Schaeffer D (Hrsg). Alter, Gesundheit und Krankheit. Bern: Huber 2008; 245–62.
- WHO – World Health Organization. Innovative Care for Chronic Conditions. Building Blocks for Action. Global Report. Genf 2002. Verfügbar unter: http://www.who.int/ncd/chronic_care/index.htm (Stand: 10/2004)
- WHO. Highlights on health in Germany 2004. Verfügbar unter: <http://www.euro.who.int/highlights,20.06.2006a>
- WHO. Facts related to chronic diseases. Verfügbar unter: <http://who.int/dietphysicalactivity/publications/facts/chronic/en/print/html,20.06.2006b>.
- Wingenfeld K, Büscher A, Schaeffer D. Recherche und Analyse von Pflegebedürftigkeitsbegriffen und Einschätzungsinstrumenten. Studie im Auftrag der Spitzenverbände der Pflegekassen. Bielefeld 2007.
- Wingenfeld K, Büscher A, Gansweid B. Das neue Begutachtungsassessment zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit. Abschlussbericht zur Hauptphase I: Entwicklung eines neuen Begutachtungsinstrumenten. Bielefeld/Münster 2008.
- Zander K. Case Management, klinische Pfade und CareMaps: Stand der Entwicklung und Diskussion in den USA. In: Ewers M, Schaeffer D (Hrsg). Case Management in Theorie und Praxis. 2., ergänzte Auflage. Bern: Huber 2005; 91–116.
- Zwarenstein M, Bryant W. Interventions to promote collaboration between nurses and doctors. Cochrane database of systematic reviews 2000, Nr. 2, CD000072.

12 Einsatz des STEP-Assessments zur systematischen Krankheits- erfassung und -bewertung älterer Menschen in Hausarzt- praxen

Gudrun Theile, Ulrike Junius-Walker und Eva Hummers-Pradier

Abstract

Die medizinischen Versorgungsstrukturen im hausärztlichen Bereich sind bisher nur unzureichend auf die Erfordernisse eingestellt, die aus einer steigenden Zahl an älteren, meist chronisch kranken und multimorbiden Patienten erwachsen. Zwei vom Institut für Allgemeinmedizin der Medizinischen Hochschule Hannover initiierte und vom Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderte Projekte zum geriatrischen STEP-Assessment konnten zeigen, dass eine solche umfassende und strukturierte Untersuchung eine relevante Anzahl an Gesundheitsproblemen aufdeckt, die dem Hausarzt nicht selten vorher unbekannt waren. Ein sich dem Assessment anschließendes Patient-Arzt-Gespräch, in dem ein Großteil dieser Probleme zumindest kurz angesprochen werden, führt zu einer Senkung der subjektiven Krankheitslast des Patienten. Allerdings stimmen Patient und Arzt in der Regel nicht darüber überein, welche Gesundheitsprobleme besonders wichtig und damit prioritär zu behandeln sind. Ein spezieller Gesprächsleitfaden kann die Annäherung der beiden Sichtweisen unterstützen.

Primary medical services have not yet been adapted to the needs of an increasing number of elderly, chronically ill patients suffering from multimorbidity. Two projects initiated by the Institute of General Practice of the Hannover Medical School and funded by the Federal Ministry of Education and Research developed diagnostic and therapeutic processes targeted to the older population. Both studies used the geriatric STEP-Assessment, a multidimensional and structured diagnostic tool that uncovered a relevant number of known as well as previously unknown health problems. A physician-patient consultation following each assessment, where most of these problems were addressed at least briefly, led to a reduction of patients' subjective illness ratings compared to a control group that merely received the assessment. However, it became apparent that patients and their physicians did not usually agree on which health problems are particularly important. A consultation guide may help to make the two perspectives more consistent.

12.1 Einleitung

Die Zahl älterer Menschen in den Hausarztpraxen nimmt beständig zu. Dennoch sind die medizinischen Versorgungsstrukturen im ambulanten Bereich bisher wenig auf diese Veränderung eingestellt. Konsultationen beim Hausarzt verlaufen in der Regel sehr anlassbezogen (Deveugle et al. 2002). Zu wenig werden jene Faktoren berücksichtigt, die gleichsam neben oder im Hintergrund der gerade prominenten Gesundheitsbeschwerde wirken. Dies kann zu eindimensionalen diagnostischen und therapeutischen Vorgehen führen, die unerwünschte Nebenwirkungen in Bezug auf parallel vorliegende Gesundheitsstörungen haben oder aber vorhandene Gesundheitsressourcen nicht ausreichend beachten.

Um diesem Umstand wirksam und im Sinne einer verbesserten Patientenversorgung zu begegnen, wurden vor fast 20 Jahren erstmals Bemühungen unternommen, mit dem geriatrischen Assessment (GA) nicht nur im stationär-geriatrischen, sondern auch im ambulant-hausärztlichen Bereich eine strukturierte und systematische Untersuchung älterer Menschen als Basis eines umfassenden und rationalen Therapieregimes zu etablieren. Neben der Initiative der AGAST-Gruppe (Bach et al. 1997) war es vor allem die Entwicklung des internationalen STEP-Assessments (Standardised Assessment for elderly people in primary care), das diesen Gedanken in die Realität überführte (Junius und Fischer 2002).

12

12.2 Ziele des STEP-Assessments

Das STEP-Assessment wurde im Rahmen eines von der europäischen Gemeinschaft geförderten Projekts entwickelt. Ziel war es, eine Übersicht über gleichzeitig bestehende relevante Gesundheitsprobleme älterer hausärztlicher Patienten zu erstellen. Als relevant wurden solche Probleme definiert, die häufig in einer allgemeinärztlichen Patientenpopulation auftreten sowie primärärztlich diagnostizierbar und behandelbar sind (Sandholzer et al. 2004). Außerdem sollte das Instrument so gestaltet sein, dass es in verschiedenen Ländern und Gesundheitssystemen Einsatz finden kann und ein länderübergreifender Vergleich der Befunde und Daten erleichtert wird.

12.3 Inhalte und Durchführung des STEP

Das STEP-Assessment erfasst mit 44 Items mögliche gesundheitliche Probleme aus dem somatischen, funktionellen, psychosomatischen und sozialen Bereich. Die meisten Befunde werden per Selbstauskunft erhoben, ergänzend finden einige Untersuchungen und Tests zur Kognition und Sturzgefährdung sowie eine Blutdruckmessung und eine Fußinspektion statt (Abbildung 12–1). Die komplette Durchführung beansprucht in etwa eine Dreiviertelstunde. Sowohl in Deutschland als auch in England wurden Machbarkeitsuntersuchungen in allgemeinmedizinischen Praxen erfolgreich durchgeführt; dabei zeigte sich eine – vor allem kulturell bedingte – un-

Abbildung 12–1

Die Items des STEP-Assessments	
<p>Mobilität und Alltagsfunktion</p> <ul style="list-style-type: none"> • BADL/ADL • Stürze • Get-up-and-go-Test • Fußuntersuchung <p>Organbezogene Erkrankungen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alterserkrankungen • Alterssyndrome • Schmerz • Sensorik <p>Stimmung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Depression • Trauer • Einsamkeit • Angst <p>Soziales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hilfsdienst • Hilfe im Notfall • Pflegender Angehöriger • Finanzielle Situation 	<p>Wohnung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reparaturbedarf • Hindernisse <p>Lebensstil</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bewegung • Ernährung • Rauchen • Alkohol <p>Medikamente</p> <ul style="list-style-type: none"> • Polymedikation • Selbstmedikation • Nebenwirkungen <p>Impfungen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tetanus • Diphtherie • Pneumokokken • Influenza <p>Gedächtnis</p> <ul style="list-style-type: none"> • Uhrentest
Versorgungs-Report 2012	WIdO

terschiedliche Einbindung der medizinischen Assistentinnen und des Patienten selbst in die Durchführung des Assessments. (Junius et al. 2003). Die Urheber des STEP haben diesbezüglich keine festen Vorgaben gemacht, realistisch scheint aber, dass eine geschulte Assistenzkraft die Untersuchung gemeinsam mit dem Patienten durchführt und der Arzt anschließend die Ergebnisse mit dem Patienten bespricht.

12.4 Mögliche Settings für STEP

Auf diese Weise wurde die STEP-Untersuchung auch im Rahmen der vom BMBF geförderten Projekte „Das hausärztliche Assessment für ältere Menschen – Hannoversches Teilprojekt des Verbundprojekts PRISCUS-Prerequisites of a new health care model for elderly people in primary care“ und PräfCheck „Proaktive partizipative Behandlungsplanung mit älteren chronisch kranken Menschen“ eingesetzt.

12.4.1 Die PRISCUS-Studie

Hauptziel des PRISCUS-Projektes war es zu ermitteln, ob ein umfassendes geriatrisches Assessment und ein darauf folgendes Patienten-Arzt-Gespräch die subjektive Krankheitslast älterer Patienten senken können. Die Studie war als kontrollierte (nicht randomisierte) Interventionsstudie konzipiert. Das STEP-Assessment wurde in der Interventionsgruppe an 436 Patienten aus 46 hausärztlichen Praxen und in der Kontrollgruppe an 396 Patienten aus 28 Praxen durchgeführt. Nur in der Interventionsgruppe fand unmittelbar nach dem Assessment eine Konsultation des Patienten bei seinem Hausarzt statt. In der Kontrollgruppe war ein solches Gespräch nicht vorgesehen, die medizinische Versorgung des Patienten erfolgte wie gewöhnlich.

Für die Interventionsgruppe untersuchten Studienassistentinnen des Instituts für Allgemeinmedizin der Medizinischen Hochschule Hannover die in die Studie eingeschlossenen Patienten (72+ Jahre) in den Räumen der beteiligten Hausarztpraxen. Die Ergebnisse wurden direkt in eine elektronische Maske eingegeben. Sie konnten vor Ort anhand eines portablen Druckers ausgedruckt und sowohl dem Patienten als auch dem behandelnden Hausarzt vorgelegt werden. Beide bewerteten unabhängig voneinander die aufgedeckten Gesundheitsprobleme sowohl nach der Dimension Wichtigkeit (Patient und Arzt) als auch nach den Dimensionen Belastung und Behinderung im Alltag (nur der Patient) (Abbildung 12–2). Direkt anschließend fand ein Konsultationsgespräch statt, dessen inhaltliche Gestaltung von Seiten des Studienprotokolls nicht vorgegeben war. Im Anschluss an dieses Gespräch wurde der Arzt gebeten anzugeben, ob und welche Interventionen er aufgrund der Assessment-Ergebnisse plane.

Die Durchführung der STEP-Untersuchungen in der Kontrollgruppe oblag unserem Projektpartner, der Abteilung für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie der Ruhr-Universität Bochum. Die beteiligten Allgemeinärzte und

Abbildung 12–2

Erfassung der Krankheitslast			
1. Wie wichtig ist Ihnen dieses Problem?			
<input type="radio"/> nicht wichtig	<input type="radio"/> wenig wichtig	<input type="radio"/> ziemlich wichtig	<input type="radio"/> sehr wichtig
2. Wie sehr belastet Sie dieses Problem? Es belastet mich...			
<input type="radio"/> nicht	<input type="radio"/> wenig	<input type="radio"/> ziemlich	<input type="radio"/> sehr
3. Wie sehr behindert Sie dieses Problem bei Ihren Alltagsaufgaben? Es behindert mich...			
<input type="radio"/> nicht	<input type="radio"/> wenig	<input type="radio"/> ziemlich	<input type="radio"/> sehr
Versorgungs-Report 2012			WIdO

Patienten entstammten der von der Bochumer Abteilung aufgebauten getABI¹-Kohorte (Diehm et al. 2003). (Der Einbezug einer solchen Kohorte war Voraussetzung für eine Förderung der Studie im Rahmen der BMBF-Förderung „Gesundheit im Alter“.) Wie auch in Hannover wurden die eingeschlossenen Patienten in den Räumen der teilnehmenden Praxen von geschulten Studienassistentinnen (bzw. teilweise von jungen Wissenschaftlern) untersucht und ebenfalls gebeten, die aufgedeckten Gesundheitsprobleme bezüglich der Dimensionen Wichtigkeit, Belastung und Behinderung zu bewerten. Allerdings erhielten in diesem Fall weder der Patient noch sein behandelnder Hausarzt die Ergebnisse des Assessments mitgeteilt. Auch war regelhaft keine Konsultation nach dem Assessment vorgesehen.

Um das Hauptzielkriterium ermitteln zu können, wurden die Belastung und Behinderung durch die einzelnen aufgedeckten Gesundheitsprobleme nicht nur zum Zeitpunkt des Assessments in der Praxis (t₀), sondern ein zweites Mal drei Monate nach Studienbeginn (t₁) erfasst. Die teilnehmenden Patienten bewerteten am Telefon erneut, wie wichtig, wie belastend und wie behindernd jedes der drei Monate zuvor aufgedeckten Gesundheitsprobleme aktuell sei. Zunächst wurde pro Patient und Gesundheitsproblem ein Mittelwert aus allen Dimensionen ermittelt und dann über eine Mittelung aller dieser Mittelwerte ein Index pro Patient berechnet. Diese Indexwerte wurden zwischen Interventions- und Kontrollgruppe verglichen. Die Nullhypothese war, dass Interventions- und Kontrollgruppe sich nicht in den mittleren Veränderungen der Krankheitslast zwischen t₀ und t₁ unterscheiden würden. Die Studie konnte zeigen, dass das STEP-Assessment effektiv darin war, die subjektive Krankheitslast der Interventionsgruppe gegenüber der der Kontrollgruppe zu senken.

Weitere Ziele der PRISCUS Studie, über die im Folgenden in Ausschnitten berichtet wird, waren:

- Eine Beschreibung der Art, Menge und Muster (Multimorbidität) von Gesundheitsproblemen älterer Patienten in der Hausarztpraxis
- Der Vergleich der Wichtigkeitsbewertungen von einzelnen Gesundheitsproblemen durch Patienten und Ärzte
- Eine Beschreibung der Art und Menge der nach einem Assessment initiierten Versorgungsmaßnahmen und Untersuchung von Faktoren, die Einfluss auf die Planung bzw. Realisation einer Intervention haben können

12.4.2 Die PräfCheck-Studie

Die cluster-randomisierte kontrollierte Interventionsstudie “Präfcheck“ hat zum Ziel, ein sich dem STEP-Assessment anschließendes Behandlungsplanungsgespräch zu entwickeln und zu testen. Auf diese Weise soll ermöglicht werden, dass sowohl patienten- als auch arztseitige Gesundheits- und Behandlungsprioritäten in ein übergreifendes Behandlungskonzept einfließen können. Es hat sich nämlich herausgestellt, dass Ärzte bei der Sichtung der vielen gleichzeitigen Probleme älterer Patienten häufig überfordert sind und Schwierigkeiten haben, ein integratives Behandlungskonzept aufzustellen (Schwenk 1997).

¹ German epidemiological trial on ankle brachial index

Im Kern geht es im PräfCheck-Planungsgespräch darum, dass Arzt und Patient sich über die Bedeutsamkeit der im STEP-Assessment aufgedeckten Gesundheitsprobleme austauschen, gemeinsam prioritär zu behandelnde Probleme definieren und posteriore Probleme hintenan stellen. Damit soll z. B. die Vielzahl der möglichen Therapien auf ein unabdingbares, aber angesichts der Arzneimittelinteraktionen weniger gefährliches Maß reduziert werden (Boyd et al. 2005; Dawes et al. 2010).

21 Hausärzte mit insgesamt 174 Patienten wurden per Blockrandomisierung der Interventionsgruppe zugeordnet und 19 Hausärzte mit 143 Patienten der Kontrollgruppe. Alle Patienten erhielten in den Praxen das STEP-Assessment mit der sich daraus ergebenden Problemliste. Jedes einzelne Gesundheitsproblem wurde vom Hausarzt und vom Patienten unabhängig hinsichtlich der Wichtigkeit eingestuft. Der Hausarzt nahm eine zweifache Bewertung vor, einmal die Wichtigkeit hinsichtlich der Versorgung und einmal die vermutete Wichtigkeit für den Patienten. Anschließend fanden in Arzt-Patient-Gesprächen nicht näher definierte Befundbesprechungen für die Patienten der Kontrollgruppe statt, während die Ärzte der Interventionsgruppe den sogenannten Präfcheckbogen benutzten. Dieser beinhaltete die Wichtigkeitsbeurteilung des Patienten zu jedem Problem sowie eine Kurzanleitung zur patientenzentrierten Vereinbarung von gemeinsamen Gesundheitsprioritäten. Nach zwei Wochen fand eine erneute Wichtigkeitsbeurteilung der Patientenprobleme seitens der Ärzte und der Patienten statt. Es bestand die Hypothese, dass die Übereinstimmung zwischen den Interventionsärzten und ihren Patienten aufgrund der Nutzung des Präfcheck-Bogens höher sei als in der Kontrollgruppe.

12.4.3 STEP AOKN

Eine weitere Anwendung des STEP fand im Rahmen der von der Allgemeinen Ortskrankenkasse Niedersachsen (AOKN) durchgeführten präventiven Hausbesuche statt. 2004 war das Projekt „Gesund Älter Werden“ (Fischer et al. 2006), ein Demonstrationsobjekt der WHO Europa, in die Interventionsphase gegangen. Insgesamt 548 Versicherte zwischen 68 und 79 Jahren, die in ausgewählten Stadtteilen Hannovers wohnten, wurden von Fallberaterinnen der AOKN zu Hause aufgesucht, unter anderem mit dem STEP untersucht und anschließend ressourcenorientiert in Hinblick auf eine gesundheitsfördernde Lebensführung beraten.

Im Anschluss an das Projektende 2006 wurden die präventiven Hausbesuche der AOKN in Teilregionen Niedersachsens (Hannover, Braunschweig, Delmenhorst, Verden) in die Regelversorgung übernommen. In diesem Zusammenhang hatten die Autorinnen dieses Beitrags das STEP-Assessment nach einer wissenschaftlichen Auswertung von Fokusgruppen mit Fallberaterinnen der AOKN der Beratungssituation bei den Hausbesuchen angepasst. Der Abschnitt zur Analyse der Wohnraumsituation ist im STEP AOK detaillierter gestaltet, andererseits wurden manche Fragen zum alltäglichen Befinden und zur körperlichen Gesundheit des Hausbesuchsklienten etwas kompakter gefasst.

Aktuell führen das Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung sowie das Institut für Allgemeinmedizin der MHH in Kooperation mit der AOKN seit 2008 ein Projekt zur Evaluation der Effektivität von verschiedenen Zugangswegen für ein präventives Angebot für ältere Mitbürger durch: „Äl-

tere gezielt erreichen (AeGE) – Effektivität und Kosteneffektivität am Beispiel des präventiven Hausbesuchs“. Da das STEP-Assessment in der AOKN-Version zu den Routineinstrumenten der AOK-Fallberaterinnen gehört, werden am Ende des Projektes auch deskriptive Daten aus den Assessments vorliegen. Allerdings werden diese lediglich dazu benutzt werden, die erreichte Studienpopulation bezüglich ihres Gesundheitszustandes zu charakterisieren. Anders als bei den Projekten PRISCUS und PrüfCheck war es nicht Ziel der AeGE Studie, einen weiteren Beitrag zur Darstellung der Effektivität des STEP-Assessments zu leisten.

12.5 Studienergebnisse

12.5.1 Akzeptanz und Machbarkeit

Die Durchführung des STEP-Assessments im Rahmen der Studien PRISCUS und PrüfCheck inklusive der Bewertungen zur Krankheitslast durch den Patienten nahm in der Regel etwa eine Dreiviertelstunde in Anspruch. Die ganz überwiegende Zahl der Patienten begrüßte diese intensive Auseinandersetzung mit ihren Gesundheitsproblemen. Wenige Verständnisprobleme betrafen das STEP Instrument selbst. Häufiger hingegen war eine Erläuterung der Dimensionen „wichtig“, „belastend“ und „behindernd“ erforderlich. Auch hier entwickelten jedoch die meisten Patienten ein zumindest individuell zutreffendes Konzept, sodass die erneute Abfrage drei Monate später komplikationslos verlief.

Sowohl Patienten als auch Hausärzte bewerteten das Assessment positiv. Patienten der Interventionsgruppe gaben in der PRISCUS-Studie überzufällig häufiger als Patienten der Kontrollgruppe an, dass der Hausarzt nach dem Assessment einen im Alltag gut umsetzbaren Behandlungsplan entworfen hatte. Die Ärzte waren der Meinung, dass das Assessment einen guten Überblick über altersrelevante Probleme verschaffe und sich auch gut für Neuaufdeckungen eigne. Viele Ärzte der Interventionsgruppe erwogen, in Zukunft häufiger ein geriatrisches Assessment für ältere Patienten durchzuführen. Allerdings wird der zeitliche Bedarf zur Durchführung eines umfassenden geriatrischen Assessments von vielen Hausärzten außerhalb der PRISCUS-Interventionsgruppe als (zu) hoch angesehen.

12.5.2 Aufdeckung von Gesundheitsproblemen und deren Wichtigkeit aus Sicht von Patient und Arzt

Die durchschnittliche Anzahl aller aufgedeckten Gesundheitsprobleme betrug in der PRISCUS-Studienpopulation 11,5 (2–29) pro Patient. Tabelle 12–1 zeigt die zwölf häufigsten Gesundheitsprobleme in einer Zwischenauswertung der Daten der Interventionsgruppe (Müller et al. 2010). Während es nicht überrascht, dass die chronischen „Volkserkrankungen“ Bluthochdruck und Hypercholesterinämie sehr häufig vorkommen und ebenfalls bekannt ist, dass (chronische) Schmerzen nicht nur in der älteren Bevölkerung häufig sind (Diehmer und Burchert 2003), werden Probleme bei der Medikamenteneinnahme oder Veränderungen der Füße in anderen Gesundheitsberichterstattungen deutlich seltener erfasst und beschrieben. Hinter

Tabelle 12–1

Am häufigsten durch STEP Assessment (nicht nur neu) aufgedeckte Gesundheitsprobleme bei 189 Patienten der Interventionsgruppe (Zwischenauswertung)*

Rang	Gesundheitsproblem	n	%
1	Bluthochdruck	163	86,2
2	Unzureichender oder fraglicher Impfschutz	160	84,7
3	Hypercholesterinämie	146	77,2
4	Schmerzen	141	74,6
5	Probleme bei der Medikamenteneinnahme	133	70,4
6	Fußprobleme	116	61,4
7	Unzureichende körperliche Betätigung	81	42,9
8	Trauer	80	42,3
9	Schlaflosigkeit	74	39,2
10	Auffälliger Uhrentest	64	33,9
11	Hörprobleme	60	31,7
12	Urininkontinenz	58	30,7

* in absoluten Zahlen (n) und in % der Gesamtzahl aller aufgedeckten Gesundheitsprobleme

Lesbeispiel: Bei 163 von 189 Patienten der Interventionsgruppe wurde Bluthochdruck aufgedeckt

Versorgungs-Report 2012

WiDo

der Überschrift „Probleme bei der Medikamenteneinnahme“ verbarg sich ganz überwiegend die Einnahme von mehr als fünf Medikamenten durch den Patienten, also eine Polypharmakotherapie. Diese ist nicht nur selbst eine Folge von Multimorbidität, sondern nicht selten auch (unaufgedeckte) Ursache von multiplen Beschwerden und damit ein häufig übersehenes, nicht explizit beachtetes Gesundheitsproblem des Alters. Krankhafte Veränderungen an den Füßen wie offene Stellen, Zehendeformitäten oder ausgeprägte Schwielenbildung können die Geh- und Stehfähigkeit des Patienten und damit Mobilität und Funktion erheblich beeinträchtigen. Die Häufigkeit von solchen Fußveränderungen in unserer Untersuchung macht deutlich, wie wichtig eine ganzheitliche Betrachtung des älteren Patienten ist, die auch Aspekte mit einbezieht, die sich dem Fokus kurzer anlassorientierter Sprechstunden entziehen.

Schlaflosigkeit, unzureichende körperliche Betätigung, ein auffälliger Uhrentest, Hörprobleme, Urininkontinenz und Trauer sind weitere, häufig altersassoziierte Erscheinungen. Gleichwohl werden sie nicht selten übersehen und in Häufigkeit und Ausmaß unterschätzt, weil Patienten „Tabuthemen“ wie Inkontinenz, aber auch zunehmende Probleme mit dem Hören oder ein Absinken der Merkfähigkeit von sich aus nicht (gerne) ansprechen, das Ausmaß ihrer Schlaflosigkeit, aber auch ihrer Bewegungslosigkeit für altersentsprechend „normal“ halten und nicht immer (wieder) mit dem Hausarzt thematisieren mögen, dass sie am Verlust eines nahen oder geliebten Menschen leiden.

Die hohe Rate an fehlendem bzw. einfach nur unbekanntem Immunisationsstatus (erfasst wurden: Influenza, Pneumokokken, Tetanus und Diphtherie) war dagegen vor allem auch ein Dokumentationsproblem. Sicherlich ist es auch bei älteren Patienten sinnvoll, sich in Abständen einen Überblick über den Stand der Immuni-

sation zu verschaffen. In einer Vielzahl der Fälle in unserer Untersuchung war der durchaus vorhandene Impfschutz jedoch einfach nicht ausreichend in den Unterlagen des Arztes dokumentiert und/oder die Patienten hatten vergessen, ihren Impfpass mitzubringen.

In beiden aktuellen Studien zum STEP-Assessment wurden Patienten und Ärzte auch nach der Wichtigkeit der aufgedeckten Gesundheitsprobleme befragt. Es zeigte sich, dass Patienten die Tatsache, pflegender Angehöriger zu sein, als das wichtigste Gesundheitsrisiko einstufen. Weitere Gesundheitsprobleme mit hoher Relevanz waren Einsamkeit, Angst, eine gedrückte Stimmung, eine schwierige finanzielle Situation, Atemnot, die symptomatische arterielle Verschlusskrankheit und Probleme mit dem Stuhlgang.

Für die Ärzte hingegen waren Schmerzen und Enggefühle in der Brust das Symptom mit der größten Wichtigkeit, es folgten Angst, Atemnot, Herzrhythmusstörungen, Gewichtsverlust, Bluthochdruck, Herzinfarkt und erhöhte Blutzuckerwerte.

Vergleicht man die Ergebnisse auf der Ebene von Gesundheitsproblemgruppen, so zeigt sich, dass einzig die Risiko- und Lifestylefaktoren den Ärzten immer deutlich wichtiger sind als den Patienten. Letztere hingegen bewerten vor allem Probleme in der Stimmung und im sozialen Umfeld höher als ihre Behandler, aber Symptome des funktionellen und somatischen Bereichs durchschnittlich genauso wie ihr Arzt.

12.5.3 Planung und Realisation von Maßnahmen und deren Einfluss auf die subjektive Krankheitslast des Patienten

Die PräfCheck-Studie konnte zeigen, dass Patienten 62 % ihrer Gesundheitsprobleme wichtig finden, während Ärzte für 55 % der Probleme eine Versorgungsrelevanz sehen.

Die Ergebnisse der PRISCUS-Studie zeigen weiterhin, dass Ärzte den Handlungsbedarf an der Art des Gesundheitsproblems festmachen. Sie haben bei mit dem Alter einhergehenden Erkrankungen nur in 60 % aller Fälle, in denen diese Gesundheitsbeeinträchtigungen auftraten, interveniert. Dagegen wurde in über 90 % der Fälle interveniert, wenn es sich um Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems wie niemals stattgefundenen Herzinfarkt, Schlaganfall, Bluthochdruck und Herzrhythmusstörungen handelte.

Tabelle 12–2 und 12–3 geben eine Übersicht darüber, bei welchen Gesundheitsproblemen absolut und relativ am häufigsten eine Maßnahme im Studienzeitraum durchgeführt wurde. Relativ am häufigsten wurde dann interveniert, wenn ein Gesundheitsproblem für den Arzt neu oder besonders wichtig war oder wenn die Gesamtzahl der beim Patienten vorliegenden Probleme hoch war, also eine Multimorbidität vorlag. Zum Zeitpunkt der Veröffentlichung des Versorgungs-Reports 2012 liegen detaillierte Daten zur konkreten Art der veranlassten Maßnahmen noch nicht vor.

Es kann aber gesagt werden, dass die Tatsache der Intervention allein nicht unwillkürlich auch dazu führt, dass die Krankheitslast für das entsprechende Gesundheitsproblem im Durchschnitt verringert wird. Denn besonders effektiv waren das umfassende geriatrische Assessment und eine daran anschließende Besprechung mit dem Arzt hinsichtlich der Besserung der subjektiven Beeinträchtigung durch typische Symptome und Syndrome des Alters, die wie oben notiert seltener von

Tabelle 12–2

Gesundheitsprobleme mit den häufigsten abgeschlossenen Interventionen

Rang	Gesundheitsproblem	n
1	Unzureichender oder fraglicher Impfschutz	130
2	Schmerzen	88
3	Blutdruck	78
4	Schmerzen/Enge in der Brust	39
5	Probleme bei der Medikamenteneinnahme, Fußprobleme, Atemnot	37
5	Fußprobleme	37
5	Atemnot	37

n=396 (Interventionsgruppe der Endauswertung)

Lesebeispiel: Bei 130 Fällen mit unzureichendem oder fraglichem Impfschutz wurde eine Intervention abgeschlossen.

Versorgungs-Report 2012

WidO

Tabelle 12–3

Gesundheitsprobleme mit dem höchstem Anteil abgeschlossener Interventionen (Interventionsquote)

Rang	Gesundheitsproblem	%
1	Angst, Einsamkeit	100
2	Blutdruck	90
2	Claudicatio	90
3	Gewichtsverlust	89
4	Herzrhythmus	88
5	Schmerzen	87
5	Enge in der Brust	87
5	Blutzucker	87

n=396

Lesebeispiel: Bei 100 Prozent aller Fälle mit Angst oder Einsamkeit wurde eine Intervention abgeschlossen.

Versorgungs-Report 2012

WidO

konkreten ärztlichen Maßnahmen flankiert waren als z. B. Erkrankungen des kardiovaskulären Systems.

Viele typische Syndrome des Alters wie

- Schlafstörungen
- Schmerzen
- unbeabsichtigter Gewichtsverlust
- Stürze
- Probleme beim Wasserhalten
- Probleme beim Stuhlgang
- Auffälliger Uhren-Zeichen-Test
- Patient ist pflegender Angehöriger

werden nicht regelmäßig oder auch gar nicht bei einer regelhaften Konsultation angesprochen. Möglicherweise trägt bereits eine erstmalige oder auch neu gewichtete Thematisierung des entsprechenden Gesundheitsproblems im Arzt-Patienten-Gespräch zu einem leichteren Umgang des Patienten mit dem Problem bei.

Ein gegenseitiger Effekt konnte dagegen bei Lifestylefaktoren wie Alkoholkonsum, Rauchen, ungesunde Ernährungsweise und unzureichende körperlicher Betätigung beobachtet werden: Hier nahm die Wichtigkeit des Gesundheitsproblems für die Patienten zu, und zwar sowohl in der Interventions- als auch in der Kontrollgruppe. Wir vermuten, dass die Aufmerksamkeit der Patienten für diese Risikofaktoren durch die entsprechenden Fragen des Assessments gestiegen war und ihre Bedeutung verstärkt ins Bewusstsein gerückt hatte.

12.5.4 Konsequenzen für die Arzt-Patienten-Kommunikation

Die PräfCheck-Studie konnte zeigen, dass Patienten und Ärzte in der Prioritäteneinschätzung der einzelnen Gesundheitsprobleme vor dem Arzt-Patient-Gespräch kaum übereinstimmten. Das gewichtete und patientenbezogene Cohen's Kappa, ein Maß für die überzufällige Übereinstimmung der Wichtigkeitsbewertungen zwischen Arzt und Patient, belief sich für das Bewertungspaar „Patient wichtig – Arzt wichtig für Versorgung“ im Mittel auf 0,06. Das bedeutet, dass nur 6 % der patientenbezogenen Probleme überzufällig gleichsinnig als wichtig oder unwichtig bewertet worden sind. Etwas besser verhielt es sich für das Bewertungspaar „Patient wichtig – Arzt vermutet, dass für Patient wichtig“ mit einem patientenbezogenen gewichteten Kappa von 0,10. Durch die nachfolgende Arzt-Patient-Besprechung konnte die Übereinstimmung auf Kappa 0,21 bzw. 0,15 erhöht werden. Ein gegenseitiger Austausch über die unterschiedlichen Wichtigkeitsbemessungen kann also zu einer größeren Übereinstimmung beitragen und dient damit als Basis einer partizipativen, patientenorientierten Entscheidungsfindung, zur Behandlung prioritärer Gesundheitsprobleme.

Die Beweggründe, warum ein Gesundheitsproblem als (besonders) wichtig eingestuft wird, sind für Ärzte und Patienten unterschiedlich. Patienten sind Probleme dann wichtig, wenn sie zu einer Belastung führen, sei es emotionaler Art, etwa durch Schmerzen, oder auch funktioneller Art durch eine eingeschränkte Leistungsfähigkeit bei Alltagsaufgaben. Ärzte finden dagegen Erkrankungen mit potenziell schlechter Prognose wichtig und wollen hier auch aktiv entgegenwirken. Zwar halten auch sie Gesundheitsprobleme mit direkten Auswirkungen auf den Alltag für bedeutsam, sehen aber wenige Handlungsmöglichkeiten. Einerseits liegt eine gewissen Distanz in der Handlungsbereitschaft vor, andererseits aber auch eine allgemein wahrzunehmende Hilflosigkeit gegenüber progredienten altersbezogenen Prozessen. Diese qualitativ erlangten Ergebnisse sind inzwischen an einem weiteren Patienten- und Arztkollektiv in quantitativen Auswertungsverfahren bestätigt worden (Junius-Walker et al. 2011).

12.6 Zusammenfassung

Zusammenfassend zeigen die Ergebnisse der PRISCUS- und PrüfCheck-Studien, dass das STEP-Assessment Gesundheits- und Alltagsprobleme hinreichend erschließen kann. Dabei werden gehäuft Alterssyndrome und Tabuthemen neu aufgedeckt. Die durchschnittlich hohe Anzahl der insgesamt offengelegten Patientenprobleme verdeutlicht, dass eine Priorisierung von Gesundheitsproblemen für eine ganzheitliche krankheitsübergreifende Behandlung vonnöten ist. Ärzte und Patienten sind in der Lage, Gesundheits- und Behandlungsprioritäten anzugeben, stimmen jedoch in der Priorisierung nicht gut überein. Während die PRISCUS-Studie zeigt, dass das geriatrische Assessment nur mit anschließendem Arztgespräch eine Verbesserung des subjektiven Gesundheitszustandes bewirkt, macht die PrüfCheck-Studie weiterführend erkennbar, dass ein anschließendes Arztgespräch dazu genutzt werden kann, einen ganzheitlichen Behandlungsplan zu erstellen, in dem Ärzte und Patienten gemeinsam Gesundheits- und Alltagsprobleme priorisieren. Weil Ärzte und Patienten verschiedene Sichtweisen zu den vorliegenden Gesundheitsproblemen hegen und Ärzte eher Erkrankungen mit schlechter Prognose behandeln wollen, die Patienten dagegen sie belastende Probleme, sollte ein das STEP-Assessment abrundendes Arztgespräch so patientenzentriert gestaltet sein, dass durch das Verständnis der gegenseitigen Sichtweisen gemeinsam entschieden werden kann, welche Behandlungen prioritär stattfinden sollen.

Literatur

- Bach M, Nikolaus T, Hofmann W. Geriatrisches Basisassessment. Schriftenreihe Geriatrie Praxis. 2. ed. München: Medizin Verlag 1997.
- Boyd C, Darer J, Boulton C, Fried L, Boulton L and Wu A. Clinical practice guidelines and quality of care for older patients with multiple co-morbid diseases: implications for pay for performance. *Journal of the American Medical Association* 2005; 294: 716–24.
- Dawes M. Co-morbidity: we need a guideline for each patient not a guideline for each disease. *Family Practice* 2010; 27: 1–2.
- Deveugle M, Derese A, van den Brink-Muinen A, Bensing J, De Maeseneer J. Consultation length in general practice: cross sectional study in six European countries. *BMJ* 2002; 325: 472.
- Diehm C, Schuster A, Spengel FA, Trampisch HJ, Allenberg JR, Darius H, et al. getABI: German epidemiological trial on ankle brachial index for elderly patients in family practice to detect peripheral arterial diseases, significant marker for high mortality. *Vasa* 2002; 31 (4): 241–8.
- Fischer GC, Trautner C, Perschke-Hartmann C. Gesund Älter Werden. Das AOK Programm für aktive Senioren. AOK Niedersachsen 2006.
- Junius U, Fischer G. Geriatric assessment in family practice- results of a concerted action by 7 European countries. *Z Gerontol Geriatr* 2002; 35: 210–35.
- Junius U, Schmidt C, Fischer GC, Breull A, Langner D. Das Europäische geriatrische Assessment im Praxistest: Ergebnisse aus der deutschen Machbarkeitsstudie. *Z Allg Med* 2003 (79): 620–3.
- Junius-Walker U, Stolberg D, Steinke P, Theile G, Hummers-Pradier E, Dierks ML. Health and treatment priorities of older patients and their general practitioners: a cross-sectional study. *Qual Prim Care* 2011; 19(2): 67–76.
- Mueller CA, Klaaßen-Mielcke R, Penner E, Junius-Walker U, Hummers-Pradier E, Theile G. Disclosure of new health problems and intervention planning using a geriatric assessment in a primary care setting. *Croat Med J* 2010; 51: 493–500.

- Sandholzer H, Hellenbrand W, Renteln-Kruse W, Van Weel C, Walker P. STEP-Europäische Leitlinie für das standardisierte evidenzbasierte preventive Assessment älterer Menschen in der medizinischen Primärversorgung. Dtsch Med Wochenschrift 2004;129 (Suppl 4): 183–226.
- Schwenk T. Competing priorities and comorbidities. So much to do and so little time. Archives of Family Medicine 1997; 6: 238–9.

This page intentionally left blank

13 Soziale und technische Bewältigungsstrategien von Wohnen im Alter

Markus Zimmermann, Stefan Görres und Svenja Schmitt

Abstract

Die sozialen und technischen Bewältigungsstrategien von Wohnen im Alter werden als Teil der ökologischen Gerontologie und im Rahmen der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit der WHO anhand der Themenfelder des Quartierkonzepts, der Telemedizin und des Ambient Assisted Living dargestellt. Alle drei Ansätze wecken die Erwartung, dass durch Gestaltung der individuellen Lebenswelt im höheren Lebensalter Einschränkungen und Verluste der Unabhängigkeit kompensierbar werden. Allerdings fehlen bisher belastbare Nachweise der Wirksamkeit, so dass Forschungsinitiativen über die Momente der Akzeptanz und Zufriedenheit hinaus dringlich erscheinen.

The interventions of technical aids and assisted living aim at compensating functional losses and the need of assistance among the elderly. They can be described as interventions related to the ecological or context factors of ageing as defined in the International Classification of Functioning, Disability and Health of the WHO. Telemedicine or telecare and (ambient) assisted living seem to be strategies to reduce dependency and expenditure at the same time. However, there is still a lack of research to show the (cost)effectiveness of these interventions beyond acceptance and comfort.

13

13.1 Hinführung

Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels stehen alternde Gesellschaften vor neuen sozialen, politischen und wirtschaftlichen Herausforderungen, die das Zusammenleben grundlegend verändern werden. Das höhere Lebensalter hat sich zu einem immer länger werdenden Lebensabschnitt entwickelt, der einen zeitlichen Umfang von bis zu 40 Jahren umfassen kann (vgl. Maier und Scholz 2004). Die Mehrheit der älteren Menschen hat das Bedürfnis, auch in dieser Lebensphase aktiv zu sein, eigene Lebensentwürfe zu verwirklichen und die Gesellschaft bewusst mitzugestalten. In diesem Kontext wird einem unabhängigen, selbstbestimmten Leben im vertrauten Wohnumfeld höchster Stellenwert beigemessen (vgl. Görres und Nachtmann 2009). Gleichwohl erhöht sich mit zunehmendem Alter die Wahrscheinlichkeit allein zu leben und bei der Lebensbewältigung auf die Unterstützung anderer Menschen angewiesen zu sein (vgl. Hoffmann und Nachtmann 2007). Um diese

„neue“ Lebenssituation und damit verbundene Herausforderungen zu bewältigen, sind verschiedene Wohn(raum)szenarien wähl- und denkbar, die von Serviceangeboten im Wohnumfeld über bauliche Anpassungsmaßnahmen bis hin zur Versorgung mit intelligenten Technik- bzw. EDV-gestützten Dienstleistungen reichen.

Der folgende Beitrag unternimmt einen Dreischritt: Ein erster theorieorientierter Zugang stellt die Diskussion und Entwicklung der Bewältigungsstrategie von Wohnen und Technikunterstützung im Alter in den Kontext der gerontologischen Ökologie und der WHO-Klassifikation der Gesundheit und Funktionsfähigkeit (ICF). In einem zweiten Schritt werden die gegenwärtigen Interventions- und Praxisfelder des Quartierkonzepts, der Telemedizin und des Ambient Assisted Living dargestellt. In einem dritten Zugang werden dann Erfahrungen und Ergebnisse hinsichtlich der Effektivität und der Effizienz der drei Wohn- und Unterstützungskonzepte dargestellt und weitergehende Forschungsperspektiven aufgezeigt.

13.2 Wohnen als Kontext in der gerontologischen Ökologie und der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)

13.2.1 Räumlich soziale Umwelten als Kategorien der ökologischen Gerontologie

13

Die ökogerontologische Perspektive thematisiert „zentrale Aspekte der Person-Umwelt-Beziehung im Alter“ (Mollenkopf et al. 2006: 343). Sie beschreibt somit die Person sowohl in einem sozialen als auch räumlich-architektonischen Horizont und reflektiert auf die daraus sich ergebenden Zusammenhänge. Wichtige Kategorien hierbei sind die Wohnung, wobei prinzipiell zwischen häuslichen und institutionellen Umwelten unterschieden wird, das Wohnumfeld, was vielfach mit der Erreichbarkeit von Orten mit hoher Relevanzstruktur in Verbindung zu bringen ist, und die technische Umwelt, die genau solche Verfahren und Instrumente des täglichen Lebens beschreibt, die die Probleme des täglichen Vollzugs und der Orientierung in der eigenen Lebenswelt benennt. Als weitere Umweltbezüge gelten insbesondere die soziale Umwelt, der kommunale Kontext und die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen (vgl. Mollenkopf et al. 2006: 345), die allesamt einen Horizont eröffnen, der bei der Beschreibung der Lebensbedingungen eines (alternden) Menschen immer mit zu berücksichtigen ist, da ein Betrachten und Intervenieren niemals losgelöst dieser existenziellen Bezüge zu denken ist.

Die in diesem Beitrag fokussierten Wohn- und Lebensbedingungen und die darauf ausgerichteten Unterstützungssysteme sind genau die in der ökologischen Gerontologie thematisierten Rahmenbedingungen menschlicher Existenz im Prozess des Alterns und eignen sich daher als Theorierahmen.

13.2.2 Wohnen als Kontextfaktor der ICF

Ein zweiter theoretischer Rahmen, der nicht allein oder primär auf funktionelle Einschränkungen oder soziale Partizipationsstörungen abzielt, sondern relational ver-

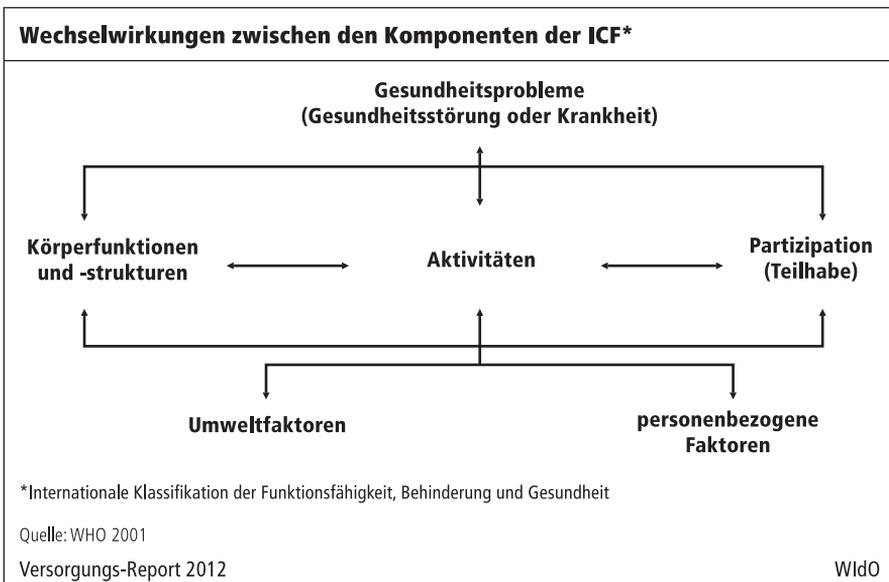
schiedene Umweltfaktoren mit einbezieht, ist die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der WHO. Sie basiert in der Neufassung der Vorgängerklassifikation ICIDH (International Classification of Impairments, Disabilities, Handicaps) auf der differenzierten Sicht der Dimensionen der Körperfunktionen und Strukturen, der Aktivitäten und Partizipation und den so genannten Kontextfaktoren. Damit wird nicht nur die Ergänzung zur International Classification of Diseases mit einer pathogenen Krankheitsorientierung geschaffen, sondern auch die natürliche und geschaffene Umwelt in die Beschreibung und Analyse einer individuellen Situation mit einbezogen.

Umweltfaktoren bilden die materielle, soziale und einstellungsbezogene Umwelt ab, in der Menschen leben und ihr Dasein entfalten. Sie sollen die Lebens- und Rahmenbedingungen beschreiben und erfassen, in denen sich das Aktivitäts- und Teilhabe- bzw. Partizipationsspektrum entfaltet. Sie umfassen sowohl die natürliche (Klima) als auch die artifizielle (Produkte, Technologien) und soziale Umwelt (Beziehungen, Einstellungen, soziale Dienste etc.) einer zu klassifizierenden Person. Kontextfaktoren sind zunächst als Konstrukt offen. Dennoch ist im Rahmen der Anwendung der Klassifikation zu entscheiden, ob sie als Barrieren die Funktionsfähigkeit beeinträchtigen oder diese als Förderfaktoren ermöglichen oder zumindest verbessern.

Diese Perspektive ermöglicht es somit, durch den Einbezug ökologischer Variablen den Public-Health-Gedanken des Zusammen- und Wechselspiels interner und externer Faktoren auf die Gesundheit eines Menschen zu operationalisieren. Somit werden „Wohnen“ und „Hilfs- und Assistenzmittel“ nicht nur zu möglichen, sondern zu notwendig zu berücksichtigenden Variablen (Abbildung 13–1).

Die ICF stellt somit als eigenes Konzept eine Perspektiverweiterung zu der ätiologisch orientierten Klassifikation der Krankheiten (ICD) dar. Sie liefert mit ihrem

Abbildung 13–1



mehrschichtigen Aufbau ein Konzept, Potenziale der Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation in den verschiedenen Dimensionen der Körperlichkeit, des Bewusstseins und der individuellen und sozialen Handlungs- und Kommunikationsfeldern zu erfassen.

Auch wenn es sich bei der ICF nur um eine Klassifikation handelt, kann das dahinter stehende Konzept mit seinen differenzierten Dimensionen durchaus als konzeptueller und theoretischer Rahmen der Prozesse des Alterns, der Gesundheitsförderung, der Pflege und der Rehabilitation aufgefasst werden.

Insbesondere die „Umweltfaktoren“ als Unterkonzept der „Kontextfaktoren“ greifen die Kernkategorien der ökologischen Gerontologie auf und stellen gleichsam ein differenziertes Kategoriensystem für unterstützende und hinderliche Faktoren der (gelingenden) Partizipation alternder Menschen dar.

13.3 Wohn- und Bewältigungsangebote

Aufgrund veränderter Haushalts- und Familienstrukturen leben heutzutage immer mehr ältere Menschen in Single-Haushalten. Um deren selbstständige Lebensführung in den eigenen vier Wänden und ihre damit verbundene Lebensqualität möglichst lange aufrechtzuerhalten, ist eine an den individuellen Bedürfnissen der Betroffenen orientierte umfassende Versorgung mit Hilfsmitteln und haushaltsnahen unterstützenden Dienstleistungen erforderlich. Im Idealfall sind diese Angebote in der bisherigen Wohnung des älteren Menschen zu erhalten, um ihm einen Umzug in eine Einrichtung des betreuten oder institutionalisierten Wohnens zu ersparen bzw. diesen hinauszuzögern. Im Folgenden werden drei Ansätze skizziert, die zur Unterstützung selbstständiger Lebensführung beitragen können: Serviceangebote im Quartier (Abschnitt 13.3.1), die Nutzung von Telemedizin und Telecare (13.3.2) sowie Konzepte des Ambient Assisted Living (AAL) (13.3.3). Bei der praktischen Umsetzung überschneiden sich diese drei Unterstützungsformen indes häufig¹.

13.3.1 Serviceangebote im Quartier

Dem Bedarf älterer Menschen an Hilfsangeboten zur Aufrechterhaltung ihrer Autonomie und zum Verbleib in der eigenen Häuslichkeit nachkommend, hat sich in den letzten Jahren ein breites Angebot an Serviceleistungen entwickelt, das von Essen auf Rädern und Wäscheservice über 24-Stunden-Notrufbereitschaft bis hin zur Unterstützung durch einen ambulanten Pflegedienst reicht. Für den älteren Menschen stellt sich dieses umfangreiche Angebot jedoch mitunter als unübersichtlich und damit überfordernd dar, was dazu führen kann, dass vorhandene Serviceleistungen nicht oder nur zögerlich in Anspruch genommen werden. Um diesem Hindernis entgegenzuwirken, empfiehlt sich die Einrichtung einer koordinierenden Kontakt-

¹ Beispielsweise in Forschungsprojekten des Fraunhofer-Instituts für Software- und Systemtechnik ISST oder im Rahmen von „*Connected Living*“, einem Verein zu dessen Gründungsmitgliedern u. a. der AOK-Bundesverband zählt.

stelle, die beispielsweise in Zusammenarbeit zwischen Wohnungsbaunternahmen und verschiedenen Dienstleistern aufgebaut werden kann. Eine solche Kooperation erfolgte im Rahmen des Bremer Projektes „Zuhause im Quartier“², in dem zwei Pflegedienste und eine Wohnungsbaugesellschaft unter wissenschaftlicher Begleitung der Universität Bremen (Institut für Public Health und Pflegeforschung, IPP) ein Serviceangebot für ältere Mieter/innen entwickelten. Dabei stand die Bildung eines kundenorientierten Kooperationsystems verschiedenster Dienstleister und weiterer Partner im Quartier im Vordergrund, um den Kunden alle benötigten Unterstützungen aus einer Hand anbieten zu können und die Wünsche der Mieter mit Dienstleistern und Anbietern im Quartier aufeinander abzustimmen. Ziel dieses Kooperationsystems ist es, den älteren Menschen einen sicheren und autonomen Verbleib in der Häuslichkeit zu ermöglichen, indem ihnen je nach individuellen Bedürfnissen ein Paket an Service und Unterstützungsmöglichkeiten bereitgestellt wird.

13.3.2 Telemedizin und Telecare

Zunehmende Multimorbidität, eingeschränkte Mobilität im Alter und der Rückgang familiärer Hilfefpotenziale werden zukünftig zu einem stark ansteigenden Bedarf an ärztlichen Hausbesuchen führen, was insbesondere in ländlichen Regionen mit schwacher Infrastruktur Probleme und Herausforderungen mit sich bringt. Will man eine drohende Unterversorgung in den dünn besiedelten Gebieten abwenden, sind alternative Konzepte nötig, die die Lücken in der ambulanten hausärztlichen und pflegerischen Versorgung schließen bzw. verringern können (vgl. van den Berg et al. 2007). Um die Qualität der medizinischen Versorgung zu sichern und gleichzeitig Kosten zu reduzieren, wird im Einsatz telemedizinischer Geräte eine vielversprechende, den traditionellen Hausbesuch bzw. regelmäßigen Praxisbesuch ergänzende Option gesehen, die mit vergleichsweise geringem Aufwand die Kommunikation zwischen Arzt und Patient unterstützt und dem Zweck dient, den Zeitpunkt für notwendige *direkte* Arzt-Patient-Kontakte optimal zu bestimmen (Pfeifer et al. 2004).

Als **Telemedizin** bezeichnet man die Erbringung konkreter medizinischer Dienstleistungen (Diagnostik und/oder Therapie) in Überbrückung räumlicher Entfernungen durch Zuhilfenahme moderner Informations- und Kommunikationstechnologien (Deutsche Gesellschaft für Telemedizin 2011). Dabei unterscheidet man anhand der Anwendungsfelder das Telemonitoring, die Telekooperation und die Telerapie (vgl. Schröder und Lehmann 2011, 242). Unter **Telecare** versteht man die Anwendung telemedizinischer Endgeräte (z. B. zur Messung von Blutdruck oder Blutzucker) in der häuslichen Umgebung des Patienten bzw. in seinem alltäglichen Umfeld (vgl. van den Berg et al. 2007). Telemedizin und Telecare fallen unter den international üblichen Oberbegriff „E-Health“, der den Nutzen von Informations- und Kommunikationstechnologien für eine patientenorientierte gesundheitliche Versorgung umfassend beschreibt (Warda und Noelle 2002: 23). Angesichts der Zunahme chronischer Erkrankungen hat diese alternative Form der gesundheit-

2 Förderung aus Mitteln des Europäischen Fonds für regionale Entwicklung (EFRE).

lichen Vorsorge und Kontrolle in den letzten Jahren an Bedeutung gewonnen. Sie ergänzt die bislang praktizierte Selbsterfassung relevanter Parameter durch den Patienten (z. B. Kontrolle und Dokumentation von Blutzuckerwerten oder Peak-Flow-Protokolle von Asthmatikern) um die Möglichkeit der unmittelbaren Prüfung durch den Arzt oder andere Personen und eine damit verbundene zeitnahe Reaktion auf erkennbare pathologische Veränderungen (vgl. Pfeifer et al. 2004). Mit der Einführung derartiger telemedizinischer Systeme ist die Erwartung verknüpft, dass diese Form der kontinuierlichen ärztlichen Kontrolle über eine Steigerung des Sicherheitsgefühls zur Lebensqualität in der häuslichen Situation chronisch kranker alter Menschen und letztlich zum Verbleib in der Häuslichkeit beitragen kann.

Verschiedene Projekte und Studien belegen die vielfältigen Einsatzmöglichkeiten von Telemedizin bzw. Telecare. Das vom Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie geförderte Projekt **TEMONICS** („Telemonitoring with cardio-respiratory systems – Teleüberwachung von Lungen- und Herz-Kreislauf-Patienten“) beschäftigt sich beispielsweise mit der telemedizinischen Überwachung von Patienten/innen mit kardio-respiratorischen Krankheiten über den Einsatz von in Kleidungsstücken integrierten Sensoren (sog. Smart Textiles). Diese Sensoren sind dazu in der Lage, die Vitalparameter Herzschlag (EKG), Atmung, Temperatur sowie Schall und Feuchtigkeit ohne Einschränkung der Bewegungsfreiheit zu messen und Aktivität zu erkennen (Meier et al. 2008; VDI/VDE-IT). Die gemessenen Daten werden kabellos an einen Adapter weitergeleitet und in einer Datenbank gespeichert, auf die mehrere Personen Zugriff haben können (z. B. Hausarzt, Facharzt, Angehörige). Bei Bedarf besteht die Möglichkeit, die Werte direkt an den betreuenden Arzt zu versenden oder diesen bei kritischen Trends automatisch zu alarmieren (ebd.). Ein weiteres wichtiges Modellprojekt der letzten Jahre trägt den Namen „**Partnership for the Heart**“ (2005–2008). In dem vom Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie geförderten Projekt der Charité Berlin wurde ein telemedizinisches Tertiärpräventionskonzept für Menschen mit chronischer Herzinsuffizienz entwickelt, das den Gesundheitszustand der Patienten zu Hause überwacht, eventuelle Verschlechterungen frühzeitig erkennt und damit schwere Komplikationen zu vermeiden hilft (VDE 2008: 25). Auch für Patienten/innen mit Diabetes mellitus wurde von einem Telemedizinunternehmen (BodyTel Europe GmbH) ein System entwickelt, das die Speicherung und Übertragung der Blutzuckerwerte ermöglicht und eine lückenlose Glucose-Dokumentation erstellt. Auf diese Weise wird das Selbstmanagement chronisch erkrankter Menschen sowie deren medizinische Überwachung insbesondere bei eingeschränkter Mobilität erleichtert. In einigen Projekten wurde der zusätzliche Einsatz von Gesundheits- und Krankenpflegern zur Ergänzung der rein technischen Überwachung erprobt (z. B. Projekt **AGNES** – „Arztentlastende, Gemeindenahe, E-Health-gestützte, Systemische Intervention“ in Mecklenburg-Vorpommern). Damit wurden neue Wege zur Sicherstellung der ambulanten gesundheitlichen Versorgung in ländlichen Regionen aufgezeigt, die einen Beitrag zum Verbleib älterer Menschen in der häuslichen Umgebung leisten können.

13.3.3 Ambient Assisted Living (AAL)

Unter dem Begriff „Ambient Assisted Living“ (AAL) werden Ideen, Konzepte und Produkte zusammengefasst, in deren Mittelpunkt die Integration neuer Technologien in das direkte Lebensumfeld älterer Menschen steht. Diesen innovativen altersgerechten Assistenzsystemen auf Basis von Mikrosystem- und Kommunikationstechnik kommt die Funktion zu, das selbstbestimmte, sichere und gesunde Leben älterer Menschen in der Häuslichkeit aufrechtzuerhalten und ihnen die Kommunikation mit dem sozialen Umfeld zu erleichtern (vgl. Maier und Roux 2008; BMBF 2009).

Die Weiterentwicklung technischer Innovationen birgt erhebliches Potenzial, in vielerlei Hinsicht positiv auf Autonomieerhalt und damit verbundene Lebensqualität einzuwirken, insbesondere bei zunehmenden physischen und psychischen Funktionsverlusten, die zwangsläufig im Alterungsprozess eintreten. Entsprechende Hilfsmittel sind dazu in der Lage, Mobilität und Orientierung zu unterstützen sowie Wahrnehmungs- und Erinnerungsdefizite zumindest teilweise zu kompensieren und somit einen Beitrag zum Erhalt einer weitestgehend selbstständigen Lebensführung zu leisten (vgl. GAL 2009). Bereits heute kommen zahlreiche technische Hilfsmittel wie Gehhilfen, Hörgeräte oder Lifter zum Einsatz. Diese können zukünftig um sog. „intelligente“ Assistenzsysteme ergänzt werden, die auch kognitive Bereiche unterstützen, beispielsweise personalisierte Erinnerungssysteme, die zur Einnahme von Medikamenten oder zur Durchführung eines Bewegungsprogramms auffordern. Darüber hinaus beabsichtigen die technischen Neuheiten, die Kommunikation und damit die Aufrechterhaltung sozialer Beziehungen gerade für allein lebende Menschen mit eingeschränkter Mobilität zu erleichtern und deren Partizipation am gesellschaftlichen Leben zu stärken. Altersgerechte Assistenzsysteme zeichnen sich folglich durch einen hohen präventiven und rehabilitativen Charakter aus. Mit den beschriebenen Optionen ermöglichen sie einen längeren Verbleib in der gewohnten Umgebung durch Förderung, Erhalt oder Kompensation in unterschiedlichen Bereichen (sensomotorisch, kognitiv, psychosozial) und unterstützen insbesondere die Versorgung chronisch kranker alter Menschen.

Die Vielfalt und Potenziale von AAL lassen sich anhand einiger vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) im Rahmen der Fördermaßnahme „Altersgerechte Assistenzsysteme für ein gesundes und unabhängiges Leben – AAL“ (2009) unterstützten Projekte veranschaulichen: So werden beispielsweise im Projekt **aal@home**³ hoch innovative Messgeräte in den Wänden installiert, die mithilfe von UWB-Sensoren⁴ über eine Entfernung von bis zu acht Metern Position und Vitaldaten des Bewohners erfassen können, die wiederum über ein Medizindatenkommunikationssystem an ein Notruf- und Sicherheitssystem weitergeleitet werden, das Angehörige, Pflegedienst, Hausarzt und Klinik gleichermaßen involviert (vgl. BMBF 2009). Einem ähnlichen Prinzip folgt das Projekt **sens@home**⁵, das speziell dafür entwickelt wurde, durch sog. Sensorboxen Unfälle in der Woh-

3 „Humanzentriertes Assistenzsystem für Sicherheit und Unabhängigkeit älterer, allein lebender Menschen – aal@home“, Paritätischer Niedersachsen e. V.; Sozialzentrum Lüneburg.

4 UWB: Ultrabreitband / Ultrawideband.

5 „Sensorbetreutes Wohnen – sens@home“, Bruderhaus Diakonie Reutlingen.

nung zu erkennen und bei Bedarf einen Alarm bei Angehörigen, Nachbarn oder professionellen Diensten auszulösen (ebd.). Das Projekt **WebDA**⁶ richtet sich speziell an Menschen mit beginnender demenzieller Erkrankung. Innovative webbasierte Dienste entlasten das Gedächtnis, unterstützen bei der Alltagsstrukturierung, trainieren Kommunikations- und Gedächtnisfähigkeiten und erfassen Notsituationen. Unter anderem wird in diesem Rahmen ein Dienstleistungsangebot zum Auffinden verlegter Gegenstände entwickelt und erprobt (ebd.).

Die genannten Beispiele zeigen, dass sich ein neuer Markt für technische Assistenzsysteme entwickelt hat, dessen Grenzen aus heutiger Perspektive kaum auszumachen sind. Dabei wird ferner deutlich, dass sich die technischen Innovationen nicht ausschließlich an die Zielgruppe der älteren Menschen richten, deren Verbleib in der eigenen Wohnung bereits gefährdet ist, sondern dass innovative Konzepte deutlich früher ansetzen, indem sie gesundheitliche Vorsorge mit gesteigertem Wohnkomfort verknüpfen. Ziel aller Entwicklungen im Rahmen von Ambient Assisted Living muss schließlich sein, individuell gestaltbare Lösungsmöglichkeiten zu bieten, die sich dem Unterstützungsbedarf des Bewohners flexibel anpassen und ihm ermöglichen, sich schon frühzeitig eine ansprechende Wohnsituation zu gestalten, die es durch verschiedene Optionen der Nachrüstung erlaubt, lange in der gewohnten Umgebung zu bleiben. Vor diesem Hintergrund bilden die Erprobung der neu entwickelten Technik sowie die Evaluation ihrer Praxistauglichkeit einen weiteren zukünftigen Forschungsschwerpunkt im Zusammenhang mit der Entwicklung altersgerechter Wohnräume. Diesem Auftrag widmet sich beispielsweise das Bremer Ambient Assisted Living Lab (BAALL), in dem entwickelte Assistenzsysteme in realistischen Szenarien und unter Anwendung unterschiedlicher Messinstrumente getestet werden. Das Living Lab – eine 60 m² große, alters- und behindertengerechte Wohnung – ist so ausgelegt, dass ein Probewohnen möglich wird, um konkrete Erfahrungswerte zu sammeln. Einen Schwerpunkt im Rahmen dieser AAL-Forschungs-Wohnung bildet die Evaluation von Mobilitätsassistenz, beispielsweise anhand des **IntelligentWalkers**, eines mit Sensorik und Aktorik ergänzten Rollators, der beim sicheren Fahren (bremsen, automatisch ausweichen) und der Navigation zu bekannten Zielen unterstützt (Krieg-Brückner 2009).

13.4 Effektivität und Effizienz der sozialen und technischen Bewältigungsstrategien von Wohnen im Alter

Nachweise der Effektivität und Effizienz sozialer und technischer Bewältigungsstrategien von Wohnen im Alter sind in den drei beschriebenen Themenfeldern in unterschiedlicher Zahl und Qualität vorhanden. Während insbesondere zu Projekten und Maßnahmen der verschiedenen Wohnformen im Alter und dem AAL bisher „nur“ Erfahrungsberichte oder Befragungsergebnisse von (potenziellen) Nutzern zu Erwartungen und Anwendungsbereitschaft vorliegen, sind bei PubMed 30 Studien

6 „Webbasierte Dienste für ältere Menschen und Angehörige“, Phoenix Software GmbH Bonn.

aufgelistet, die direkt telemedizinische Maßnahmen im Rahmen einer *klinischen* Studie untersucht haben.

Die Anwendungsfelder reichen dabei von Herz-Kreislauf-Erkrankungen (10 Studien) über onkologische Erkrankungen (4) und COPD (3) auch zu Prozessen der medizinischen und pflegerischen Versorgung wie Rehabilitation (3), Diagnostik (2) oder Homecare.

Die Ergebnisse der acht qualitativ besten Studien sind in einem Cochrane-Review zusammengefasst (Currell et al 2010), wobei die Fragestellung des Reviews sich auf die möglichen Effekte (bzw. Überlegenheit) telemedizinischer Interventionen gegenüber der Face-to-Face Betreuung richtete. Die sekundär analysierten Studien schlossen über 800 Patienten ein und konnten keine nachteiligen Effekte telemedizinischer Interventionen oder Versorgungsformen nachweisen. Umgekehrt war keine Evidenz der Vorzüge telemedizinischer Interventionen darstellbar. Da keine Studie gesundheitsökonomische Parameter mitführte, sind Kosten-Nutzen-Rechnungen bisher nicht durchführbar.

13.5 Zusammenfassung und weitergehende Forschungsperspektiven

Die Untersuchung der Effektivität insbesondere des technikgestützten Wohnens steht bisher weitgehend aus. Dementsprechend sind Aussagen zur Effizienz bisher nicht möglich. Daher sind Forschungsanstrengungen in diesem Feld dringend gefordert. Hier bieten die ökologische Gerontologie und die ICF Klassifikation der WHO einen kategorialen Rahmen zur Evidenzermittlung der hier dargestellten und untersuchten Interventionen. Die konzeptuelle Möglichkeit der ICF, bestehende Assistenzbedarfe nicht nur differenziert auf strukturelle und funktionelle Einschränkungen und auf limitierte Aktivitäten und Partizipation zu beziehen, sondern darüber hinaus kontextuelle förderliche oder hinderliche Faktoren in Form von architektonischer Anpassung, (intelligenter) elektronischer oder mechanischer Hilfesysteme mit den bestehenden Einschränkungen zu relationieren, eröffnet eine ökologische Forschungs- und Versorgungsperspektive. Sie ermöglicht (und erfordert) somit auch multidimensionale Analysestrategien, die die Bedeutung der Unterstützungssysteme nicht nur in einer simplifizierenden Kausalitätsanalyse eindimensional auf Effektivität und Effizienz einzelner Interventionen untersuchen und Kontext nicht nur auf die Rolle von Confoundern reduzieren. Stattdessen sind multivariate Strategien und Methoden notwendig, um die Komplexität des Wechselspiels von Einschränkungen, Ressourcen und förderlichen und hinderlichen Kontextfaktoren zu berücksichtigen und zu analysieren.

Mit diesem Komplexitätsgewinn der Multiperspektivität der ICF wird daher zu prüfen sein, ob kontrollierte Studien immer das Mittel der Wahl sein müssen oder aber insbesondere zum Thema Wohnen und Wohngestaltung *nicht interventionsorientierte Longitudinalstudien* einerseits „schonender“ mit den Betroffenen – in ihrer direkten Lebenswelt – umgehen und andererseits langzeitbedingte Effekte wie den Zugewinn von Aktivitäten, Partizipation oder Lebensqualität genauer ermitteln können.

Im Bereich der Telemedizin sind bereits belastbare Effektivitätsnachweise vorhanden, wenn auch deren Reichweite für die unterschiedlichen Anwendungsfelder deutlich variiert. Hier sind in Zukunft ebenfalls longitudinale Nachweise notwendig, um darstellen zu können, ob es nicht zu substanziellen Qualitätseinbußen führt, wenn statt personaler Ressourcen alternativ telemetrische Intervention, Überwachung und Ergebnissicherung eingesetzt werden. Angesichts personeller Knappheit ist diese Frage auf lange Sicht als hochrelevant anzusehen.

Literatur

- Bundesministerium für Bildung und Forschung. Assistenzsysteme im Dienste des älteren Menschen. Porträts der ausgewählten Projekte in der BMBF-Fördermaßnahme „Altersgerechte Assistenzsysteme für ein gesundes und unabhängiges Leben – AAL“. 2009.
<http://www.aal-deutschland.de/deutschland/dokumente/projektportrats-aal.pdf> (06. April 2011).
- Currell R, Urquhart C, Wainwright P, Lewis R. Telemedicine versus face to face patient care: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2000, Issue 2. Art. No.: CD002098. DOI: 10.1002/14651858.CD002098.
- Deutsche Gesellschaft für Telemedizin (DGTelemed). Telemedizin. Berlin 2011. <http://www.dgtelemed.de/de/telemedizin/> (14. Juli 2011)
- Friesdorf W, Heine A. *Seniorengerechte Technik im häuslichen Alltag: Ein Forschungsbericht mit integriertem Roman: Knesebeckstraße oder: Einmal Kuba und zurück*. Berlin: Springer 2007.
- GAL. Niedersächsischer Forschungsverbund Gestaltung altersgerechter Lebenswelten. Projektübersicht 2009. http://www.altersgerechte-lebenswelten.de/fileadmin/downloads/GAL_Web_Projektuebersicht.pdf (06. April 2011)
- Görres S, Nachtmann J. Alter, Wohnen und Technik: Die Zukunft hat begonnen. In: *ippinfo*; Winter 2009/2010. Bremen: Institut für Public Health und Pflegeforschung 2009.
- Hoffmann E, Nachtmann J. Alter und Pflege. In: *GeroStat Report Altersdaten*, 3. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen 2007.
- Krieg-Brückner B. Technik für Senioren in spe im Bremen Ambient Assisted Living Lab. In: *ippinfo*; Winter 2009/2010. Bremen: Institut für Public Health und Pflegeforschung 2009.
- Maier E, Roux P. Seniorengerechte Schnittstellen zur Technik. In: Maier E, Roux P (Hrsg). *uDay VI – seniorengerechte Schnittstellen zur Technik: Zusammenfassung der Beiträge zum Usability Day VI*. 16. Mai 2008. Lengerich: Pabst Science Publishers 2008; 9–14
- Maier H, Scholz R. Immer mehr Menschen können 105. Geburtstag feiern. Studie zur Langlebigkeit der ältesten Deutschen. In: *Demografische Forschung aus erster Hand* 2004; 1: 4.
- Meier H, Kotterba B, Flick H, Dörner B, Kikillus N, Jäger M, Horter H, Linti C, Loy S, Alich I. Teleüberwachung von Patienten mit kardiorespiratorischen Krankheiten – TEMONICS. 2008. http://www.iat.eu/ehealth/downloads/386_Alich_Temonics.pdf?PHPSESSID=560198c9b77d0c2b3b8429a9239efcf7 (06. April 2011).
- Mollenkopf H, Oswald F, Wahl HW, Zimmer A. Räumlich-soziale Umwelten älterer Menschen: Die ökogerontologische Perspektive. In: Kruse A, Martin M. *Enzyklopädie der Gerontologie*. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Hans Huber 2006.
- Pfeifer M, Werner B, Magnussen H. Telemedizinische Betreuung von Patienten mit chronischen Atemwegserkrankungen. In: *Medizinische Klinik* 2004; 99: 106–10.
- Schröder W, Lehmann B. Telemedizin – Barrieren und Möglichkeiten auf dem Weg in die Regelversorgung. In: Günster C, Klose J, Schmacke N. *Versorgungs-Report 2011*. Stuttgart: Schattauer 2011.
- Van den Berg N, Meinke C, Heymann R, Dreier A, Terschüren C, Hoffmann W. Community Medicine Nurses – Arztunterstützung in ländlichen Regionen. In: *Pflege und Gesellschaft* 2007; 2: 118–34.

- Verband der Elektrotechnik (VDE). VDE-Positionspapier Intelligente Assistenz-Systeme im Dienst für eine reife Gesellschaft. Frankfurt am Main: VDE 2008.
- VDI/VDE Innovation + Technik GmbH. Telemonitoring with cardio-respiratory systems – Teleüberwachung von Lungen- und Herz-Kreislauf-Patienten (TEMONICS). O.J. http://www.vdivde-it.de/innonet/projekte/in_pp128_temonics.pdf (06. April 2011).
- Warda F, Noelle G. Telemedizin und e-Health in Deutschland: Materialien und Empfehlungen für eine nationale Telematikplattform. Köln: Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) 2002.

This page intentionally left blank

14 Neue Ansätze zur Versorgung von Demenzpatienten

Sebastian Voigt-Radloff und Michael Hüll

Abstract

Die Versorgung von Menschen mit Demenz wird in den folgenden 20 Jahren sowohl pflegende Angehörige als auch das Gesundheits- und Pflegesystem in hohem Maße beanspruchen. Welche Interventionen sind nützlich, welche Versorgungsformen sinnvoll? Für viele Fragenstellungen ist die Datenlage in Deutschland noch unzureichend. Untersuchungen innerhalb des nationalen Gesundheits- und Pflegesystems sind daher umso wichtiger. Denn kulturelle Unterschiede lassen eine Übertragbarkeit von Ergebnissen der Versorgungsforschung aus anderen Ländern nur bedingt zu. Jedoch sind Fortschritte in Deutschland zu verzeichnen. So erbrachten die Forschungsförderungen des Bundesministeriums für Bildung und Forschung und des Bundesministeriums für Gesundheit sowie die Modellprojekte des Spitzenverbandes der gesetzlichen Krankenkassen in den letzten Jahren neue Ergebnisse. Komplexe Interventionen sind am vielversprechendsten, jedoch oft noch nicht ausreichend geprüft. Eine gute Versorgung sollte statt durch unkritische Akkumulation von ungenügend geprüften Interventionen durch eine kontinuierliche Evaluation spezifischer Wirkfaktoren gesichert werden.

Taking care of people with dementia will be a huge challenge for both caregivers and the health care system in the next 20 years. Which interventions are useful, which forms of care make sense? The data situation in Germany is still insufficient to find answers to many questions. Thus, studies within the national health care system are urgently called for since due to cultural differences transferability of results of health services research from other countries is limited. However, progress has been made in Germany. For instance, research funding awarded by the Federal Ministry for Education and Research and the Federal Ministry of Health and the model projects of the Central Federal Association of the Health Insurance Funds produced new results. Complex interventions are most promising, but often have not been sufficiently tested. Good health care should be supported by a continuous evaluation of specific impact factors rather than an uncritical accumulation of inadequately tested interventions.

14

14.1 Einleitung

Der Bedarf an wirksamen Interventionen bei Demenzerkrankungen wächst aufgrund der demografischen Entwicklung stark an. Menschen mit Demenz, ihre Angehörigen und professionelle Pflegekräfte erleben mit dem Fortschreiten der Er-

krankung, dass insbesondere die alltagspraktischen Fähigkeiten nachlassen und nachfolgend die Pflegebedürftigkeit steigt. Medikamentöse Therapieansätze sind für dieses Problemfeld bisher nur moderat wirksam. In den letzten zehn Jahren wurde kein neuer Wirkstoff zur Behandlung von Demenzerkrankungen zugelassen. Vielfältige Neuentwicklungen, die aufgrund ihres Wirkprinzips erhoffen lassen, dass bei frühem Einsatz die Krankheitsprogression hinausgezögert wird, sind noch nicht zu einsetzbaren Medikamenten ausgereift.

Menschen mit Demenz erleben oft drei Phasen der Demenzerkrankung. In der frühen Phase stehen kognitive Leistungsminderungen und Anpassungsstörungen im Vordergrund. Viele Patienten sind dann trotz der Gedächtnisstörung noch in der Lage, Beiträge zu ihrer Selbstversorgung zu leisten. Erst im mittleren Krankheitsstadium treten zumeist Störungen alltagspraktischer Fähigkeiten mit zunehmendem Betreuungs- und Pflegebedarf auf. Oft wird die Erkrankung erst in diesem Stadium medizinisch festgestellt. In späteren Krankheitsstadien treten häufig herausforderndes Verhalten und psychopathologische Störungen wie Aggressivität, Agitiertheit, Apathie und Störungen des Tag-Nacht-Rhythmus hinzu (Hüll und Voigt-Radloff 2008). Mit der Krankheitsprogression steigt das Risiko für das Auftreten von herausforderndem Verhalten, das die Pflege wiederum hochgradig erschwert. Gerade bei herausforderndem Verhalten spielen autobiographische und interaktionelle Aspekte eine wichtige Rolle. Psychosoziale Versorgungsmaßnahmen zielen traditionell auf den Erhalt der Selbstversorgung und die Beeinflussung von herausforderndem Verhalten.

Versorgungsmaßnahmen können beim Patienten selbst, bei seinem engsten betreuenden Angehörigen, auf der Ebene aller verfügbaren Familienmitglieder oder bei professionellem Pflegepersonal ansetzen. Versorgungsmaßnahmen können auch übergreifend auf das gesamte lokale Hilfesystem abzielen und eine Verbesserung der Koordination mehrerer Unterstützungsangebote bewirken. Voraussetzung für übergreifende Versorgungsmaßnahmen ist dabei, dass die Einzelmaßnahmen an sich bereits bekanntermaßen wirksam sind. Versorgungsmaßnahmen variieren stark je nach Zielgrößen, die verbessert werden sollen, wie etwa die Selbstversorgung, das herausfordernde Verhalten oder die Lebensqualität. Ebenso sind sie abhängig vom Erkrankungsstadium und der jeweiligen Lebenssituation des Patienten (zu Hause lebend und selbstversorgend, teils selbstversorgend, Heimbewohner, vollkommen abhängig; Hüll und Wernher 2010).

Mängel in der Versorgung bestehen zur Zeit noch auf vielen Ebenen. Während der Name „Alzheimer-Krankheit“ für einen schleichenden kontinuierlichen kognitiven Altersabbau mittlerweile in die Umgangssprache eingegangen ist, beschränken immer noch Prozesse der Selbststigmatisierung und der Diagnoseverschleppung eine frühzeitige Versorgungsplanung. So konnte in einer deutschen Hausarztstudie festgestellt werden, dass fast die Hälfte aller Menschen mit einer neu beginnenden Demenz trotz Arztkontakt nicht spezifisch diagnostiziert wurden (Pentzek et al. 2009). Doch auch bei ärztlicher Diagnosestellung verhindert die mit dem Begriff „Alzheimer“ verbundene Stigmatisierung einen offenen Umgang mit der Diagnose (Kaduszkiewicz et al. 2009). Ohne das Problem aber sprachlich prägnant auf den Punkt bringen zu können, fehlt die Möglichkeit einer zielgenauen Kommunikation. Qualifikationsmaßnahmen auf allen Ebenen des Gesundheitssystems sollen Abhilfe schaffen, aber auch Versuche der Entblockierung der Arzt-Patienten-

Kommunikation werden durch ein hartnäckiges Stigma behindert (Kaduszkiewicz et al. 2009). Für die Demenztherapie zugelassene Medikamente bzw. für diese Indikation nicht zugelassene Medikamente mit eher schädlichen Nebenwirkungen (Anticholinergika, Neuroleptika) werden in unangemessener Weise eingesetzt (Glaeske und Schick Tanz 2010). Als Folge einer ungeplanten Versorgung führen Demenz und Multimorbidität oft ins Krankenhaus – mit ungünstiger Prognose, zumal viele Häuser nicht auf Menschen mit Demenz eingerichtet sind. Besonders delirante Verwirrheitszustände, für die Menschen mit einer Demenz besonders anfällig sind, führen zu einer stationären Aufnahme oder zu Komplikationen während des Krankenhausaufenthalts (Gogol 2008).

Bei steigendem Interesse für nichtmedikamentöse Interventionen fehlt für deren Wirksamkeit aber oft ein adäquater Nachweis. Zunehmend werden aber auch hierzu gute Untersuchungen durchgeführt. Als Beispiele können insbesondere Studien aus den angloamerikanischen Ländern angeführt werden, die aufgrund ihres randomisierten Untersuchungsaufbaus eine hohe Aussagesicherheit erlauben. So konnte kürzlich in einer systematischen Übersichtsarbeit (Olazarán et al. 2010) gezeigt werden, dass in drei qualitativ hochwertigen nichtmedikamentösen Studien die 1-Jahres-Pflegeheimaufnahmerate von 14,9% auf 10,6% reduziert werden konnte. Die drei Studien wurden jedoch im Bericht des IQWiG als stärker mangelbehaftet beurteilt (IQWiG 2009). Die heterogenen Bestandteile der drei Programme wurden von Pflegekräften, Sozialarbeitern, Psychologen oder Psychotherapeuten durchgeführt, wobei deren Ausbildungsstatus nur unzureichend in das deutsche Versorgungssystem übertragbar ist. Da aber sowohl Ausbildungsunterschiede als auch Unterschiede im Versorgungssystem und weitere kulturelle Aspekte bei nicht-medikamentösen Interventionen eine große Rolle spielen, sind Bestätigungsuntersuchungen in Deutschland dringend notwendig.

Dieser Beitrag beschreibt die Ergebnisse neuerer Versorgungsansätze in Deutschland. Dabei wird insbesondere auf die im Rahmen des Symposiums der Leuchtturmprojekte Demenz am 21.09.2010 in Berlin vorgestellten Studien und auf darauf gründende nachfolgende Publikationen eingegangen. Diese Untersuchungen wurden vom Bundesgesundheitsministerium gefördert. Zusätzlich werden einzelne Modellprojekte mit einem möglichst umfassenden regionalen Versorgungsziel vorgestellt. Erkenntnisse aus Interventionsstudien und Modellprojekten werden hinsichtlich folgender Aspekte überblicksartig dargestellt: (1) Zielgruppe, (2) Interventionsart, (3) Wirkung auf patientenorientierte Endpunkte, (4) Umsetzbarkeit im deutschen Versorgungskontext und (5) weiterer Forschungsbedarf in Deutschland.

14.2 Neue Versorgungsansätze in Deutschland

14.2.1 Randomisierte Studien 2008 bis 2010

Kordial: Psychologische Hilfen im Umfeld der Diagnosestellung

Aufgrund der Hinweise aus einer deutschen Vorstudie (AENEAS-Studie, Kurz et al. 2010), dass Gruppenprogramme zur Bewältigung der Belastungen bei Demenzen im Frühstadium weniger sinnvoll als individuelle Therapiesitzungen sind, wurde

Tabelle 14–1

Kordial

Zielgruppe	– 221 Menschen mit leichtgradiger Demenz – Vorhandensein eines mitwirkenden pflegenden Angehörigen
Intervention	– Intervention <ul style="list-style-type: none"> • Kombination aus bewährten kognitionsorientierten Strategien der neuropsychologischen Therapie mit emotionsorientierten Verfahren der kognitiven Verhaltenstherapie • 6 thematisch gegliederte Module • 12 wöchentlichen einstündigen Einzelsitzungen unter Einbeziehung der – Passive Kontrollgruppe: Regelversorgung der Angehörigen
Wirkung	– Erste Ergebnisse zeigen zwölf Monate nach Studieneintritt Unterschiede zum Vorteil der Interventionsgruppe in Bezug auf therapiernahe Verhaltensänderungen, Eigenständigkeit und Selbstwirksamkeitsüberzeugungen

Versorgungs-Report 2012

WldO

ein komplexes Programm aus Krankheitsaufklärung, Einführung von Gedächtnishilfen und psychotherapeutische Bewältigungshilfen im Rahmen von Gesprächen mit dem Betroffenen allein oder gemeinsam mit den pflegenden Angehörigen entwickelt (Tabelle 14–1).

Kommentar zur Umsetzbarkeit: Derzeit beschäftigen sich weniger als 10% aller Psychotherapeuten mit Menschen, die älter als 65 Jahre sind¹. Bei entsprechender Ausbildung wären aufgrund der räumlichen Verteilung der niedergelassenen Psychotherapeuten am ehesten in den Kernstädten (ein Therapeut auf 2 000 Einwohner²) entsprechende Angebote umsetzbar. Die Intervention setzt eine hohe Mobilität von Betroffenen und Angehörigen voraus. Insgesamt wäre ein Wandel des Einsatzgebietes von Psychotherapeuten und ein deutlicher Ressourcenaufwand notwendig.

TeleTandem: Telefonische Angehörigenberatung

Die randomisierte Studie mit drei Vergleichsgruppen und neunmonatigem Beobachtungszeitraum evaluierte die Wirkung telefonischer Beratung von Angehörigen demenzerkrankter Menschen. Die Ergebnisse sind in Tabelle 14–2 zusammengefasst.³

Kommentar zur Umsetzbarkeit: Die Telefonberatung wurde von den Angehörigen sehr gut angenommen. Diese Form der Beratung ist weniger limitiert durch Barrieren wie etwa eine eingeschränkte Mobilität durch Wohnsitz in ländlichem Gebiet oder eigene Erkrankung, Mangel an Unterstützungsangeboten in der Region oder den stetigen Beaufsichtigungsbedarf des Demenzerkrankten.

Forschungsbedarf: Folgestudien im Kontext der Routineversorgung müssten untersuchen, ob die verbesserte Problemlösefähigkeit der pflegenden Angehörigen und die Reduktion ihrer körperlichen Beschwerden anhält und dies dazu führt, dass sie weniger Gesundheitsdienstleistungen in Anspruch nehmen oder die Heimaufnahme der von ihnen betreuten Menschen mit Demenz verzögert wird.

1 www.who-tag.de/pdf/2006richter_r_abstract.pdf

2 BPTK-Studie: Wartezeiten in der Psychotherapie. www.bptk.de/service/termine/termine-einzelsicht/artikel/symposium-wi.html

3 Vergleiche auch www.uni-jena.de/Gabriele_Wilz.html => Link „TeleTandem“

Tabelle 14–2

TeleTandem

Zielgruppe	<ul style="list-style-type: none"> – 222 Lebenspartner und (Schwieger-)Kinder zuständig für die häusliche Pflege von Menschen mit mindestens mittelgradiger Demenzerkrankung (Global Deterioration Scale ≥ 3) – Keine Teilnahme an einer psychotherapeutischen Behandlung während des Studienzeitraumes – Keine kognitiven Beeinträchtigung des pflegenden Angehörigen
Intervention	<ul style="list-style-type: none"> – Interventionsgruppe: Ein persönliches Gespräch und sechs Telefonate einer klinischen Psychologin mit verhaltenstherapeutischer Ausbildung zur Ressourcenförderung durch kognitive Verhaltenstherapie mit folgenden Komponenten: <ul style="list-style-type: none"> • Psychoedukation • Förderung von Problemlösefähigkeiten • Veränderung dysfunktionaler Gedanken • Aufbau positiver Ausgleichsaktivitäten • Aktivierung sozialer und professioneller Unterstützung • Beratung zum Umgang mit Stress, Veränderung und Trauer – Aktive Kontrollgruppe: Progressive Muskelentspannung im Rahmen von Telefonaten mit gleicher Intensität – Passive Kontrollgruppe: Regelversorgung
Wirkung	<p>Erste Ergebnisse aus der Befragung direkt nach der dreimonatigen Behandlungsphase zeigten für die Interventionsgruppe</p> <ul style="list-style-type: none"> – eine verbesserte Problemlösefähigkeit und Lebensqualität der Angehörigen – eine Reduktion der körperliche Beschwerden – einen positiv wahrgenommen Therapieerfolg – jedoch keine Veränderungen bei Depressivität und Belastungserleben

Versorgungs-Report 2012

WIdO

Häusliche Ergotherapie

Zur häuslichen Ergotherapie liegen fünf neuere randomisierte Studien vor, eine aus den Niederlanden (COTiD, Graff et al. 2006), zwei aus den USA (TAP, Gitlin et al. 2008 und COPE, Gitlin et al. 2010) und zwei aus Deutschland (Leuchtturm-Demenz-Projekte: ERGO-DEM Reuster et al. 2008; WHEDA, Voigt-Radloff et al. 2009 und 2011). Nähere Informationen finden sich dazu in den Referenzen, in Tabelle 14–3 und Abbildung 14–1.

Kommentar zur Umsetzbarkeit: Die Heilmittelrichtlinien und die bestehenden Praxen niedergelassener Ergotherapeuten bieten die notwendigen strukturellen Voraussetzungen für die Umsetzung einer wirksamen häuslichen Ergotherapie bei Demenz. Die Prozessevaluation der WHEDA-Studie (Voigt-Radloff et al. 2011) legt zwei Schlussfolgerungen zur Umsetzung im deutschen Gesundheitssystem nahe: (1) Häusliche Ergotherapie ist dann indiziert, wenn mindestens ein moderater Assistenzbedarf in den instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens besteht. (2) Die Ergotherapeuten benötigen ein an den deutschen Kontext angepasstes Behandlungsmanual und intensive Schulung.

Forschungsbedarf: Ein in den USA und Niederlanden erfolgreiches Konzept der häuslichen Ergotherapie zeigte in Deutschland stabilisierende Effekte (WHEDA) und eine leichte Überlegenheit gegenüber der Routineversorgung (ERGO-DEM). Jedoch konnte bei Patienten mit geringem Assistenzbedarf keine Überlegen-

Tabelle 14–3

Häusliche Ergotherapie

Zielgruppe	Zu Hause lebende Patienten mit leichter bis mittelschwerer Demenz und ihre Angehörigen					
	• COTiD:	1 Zentrum	N=135	MMSE=19	N=135	MMSE=19
	• TAP:	1 Zentrum	N=60	MMSE=12	N=60	MMSE=12
	• COPE:	1 Zentrum	N=237	MMSE=13	N=237	MMSE=13
	• WHEDA:	7 Zentren	N=141	MMSE=20	N=141	MMSE=20
	• ERGODEM:	3 Zentren	N=160	MMSE=21	N=160	MMSE=21
Intervention	<ul style="list-style-type: none"> – Individuelles Assessment im häuslichen Umfeld <ul style="list-style-type: none"> • Kognitive Fähigkeiten und Aktivitätsgewohnheiten des Patienten • Umgang zwischen Patient und Angehörigen • Entlastungsbedarf des Angehörigen – Priorisierung der wichtigsten zu verändernden Alltagsaktivitäten beim Patienten und der aufzubauenden Ausgleichsaktivitäten bei den Angehörigen – Vereinfachung der ausgewählten Patientenaktivitäten und Einüben adäquater Anleitung und Unterstützung durch die Angehörigen – Kontrollinterventionen: Routineversorgung bzw. Wartegruppe außer bei WHEDA und COPE. Bei WHEDA (Voigt-Radloff et al. 2011) fand eine einmalige umfassende Beratung mit Vermittlung von Adressen für Aktivierungs- und Entlastungsangebote vor Ort statt. COPE (Gitlin et al. 2010) führte als Kontrolle eine reduzierte Beratung per Telefon ein. 					
Wirkung	<ul style="list-style-type: none"> – COTiD: Signifikante Verbesserung von Alltagsbewältigung, Lebensqualität und Angehörigenbelastung – TAP: Signifikante Verbesserung von herausfordernden Verhalten und Angehörigenbelastung – COPE: Signifikante Verbesserung von Alltagsbewältigung und Angehörigenbelastung – WHEDA: 6 Monate Stabilisierung von Alltagsbewältigung, Lebensqualität und Angehörigenbelastung in Interventions- und Kontrollgruppe – ERGODEM: Signifikante Verbesserung von Alltagsbewältigung nach Abschluss der Intervention und in Nach-Erhebungen nach 3 und 6 Monaten. 					

Versorgungs-Report 2012

WIdO

heit zu einem umfassenden ergotherapeutischen Beratungsbesuch nachgewiesen werden (WHEDA). Zukünftige Versorgungsstudien sollten die Indikation für einen einmaligen ergotherapeutischen Beratungsbesuch und ein intensiveres Hausbesuchsprogramm hinsichtlich des Schweregrades der Demenz und des Assistenzbedarfs der Patienten voneinander abgrenzen.

MAKSaktiv: Motorische, alltagspraktische, kognitive und spirituelle Aktivierungstherapie im Pflegeheim

Dieses ebenfalls erfolgreich abgeschlossene Leuchtturm-Demenz-Projekt ist eine randomisierte Studie mit zwei Vergleichsgruppen und einjährigem Beobachtungszeitraum zur Aktivierung von demenzerkrankten Pflegeheimbewohnern. Weitere Informationen finden sich unter www.maks-aktiv.de und in Tabelle 14–4.

Kommentar zur Umsetzbarkeit: Eine Aktivierung in Gruppen durch qualifizierte Pflegetherapeuten stellt einen attraktiven Ansatz dar, der in der Altenpflege gute Akzeptanz finden kann. Jedoch stellt es für viele Pflegeheime eine große Herausforderung dar, personelle Ressourcen von zwei Pflegetherapeuten und einer Hilfskraft für zwei Stunden täglich an sechs Tagen der Woche freizustellen.

Abbildung 14–1

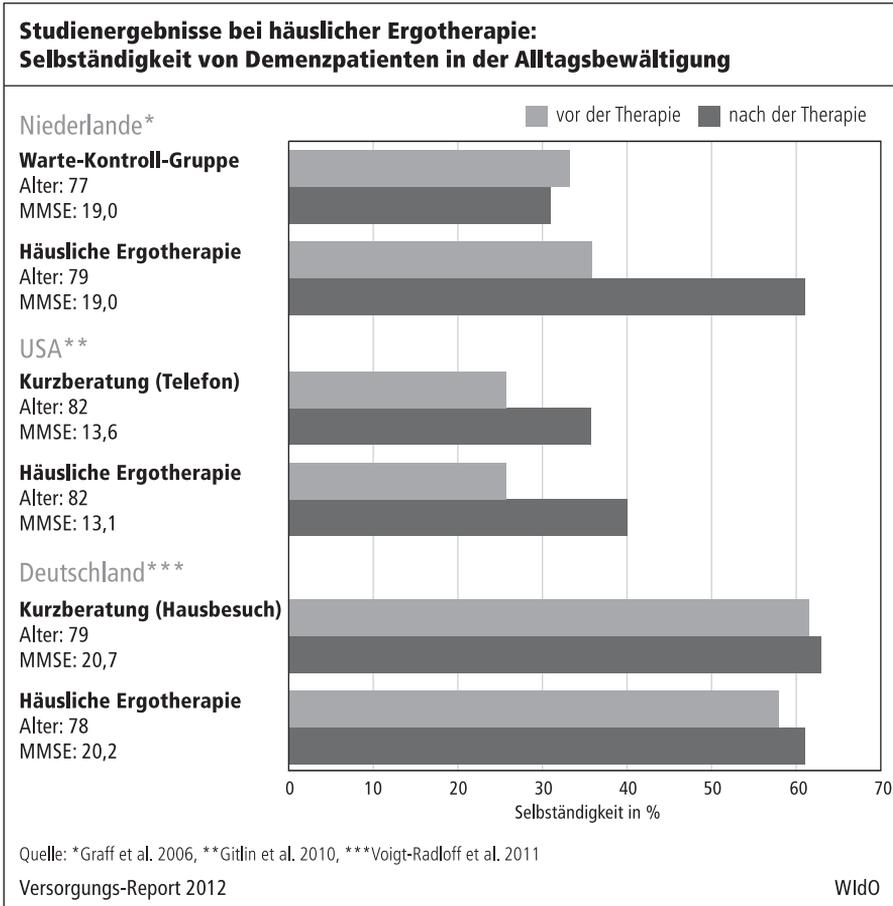


Tabelle 14–4
MAKSaktiv

Zielgruppe	<ul style="list-style-type: none"> – 129 Bewohner mit degenerativer Demenz aus 5 Pflegeheimen – MMSE < 24 – Pflegestufe < 3 – fähig, an einem Gruppenangebot teilzunehmen
Intervention	<ul style="list-style-type: none"> – Kontrollgruppe: Normalversorgung – Interventionsgruppe: Zwei geschulte Pflegetherapeutinnen und eine Hilfskraft führten für zwölf Monate täglich vormittags von Montag bis Samstag für zwei Stunden motorische, alltagspraktische und kognitive Aktivierungstherapie in Gruppen von zehn Bewohnern durch
Wirkung	<ul style="list-style-type: none"> – Die alltagspraktischen und kognitiven Fähigkeiten blieben in der Interventionsgruppe für ein Jahr stabil. In der Kontrollgruppe nahmen sie ab – Ebenso verbesserte sich unter der Therapie das Sozialverhalten und depressive Symptome und herausfordernde Verhaltensweisen ließen sich reduzieren – Bei der Pflegezeit für die Basis-Pflege zeigten sich keine signifikanten Gruppenunterschiede, jedoch für die Pflegezeit bei den instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens

Forschungsbedarf: Zukünftige Versorgungsstudien sollten evaluieren, inwieweit diese multimodale Gruppenaktivierung (1) auch bei geringerer Intensität wirksam bleibt, (2) ebenfalls in der Tagespflege oder in Wohngemeinschaften praktikabel, akzeptabel und effektiv ist und (3) der Ressourceneinsatz in einem sinnvollen Verhältnis zur gewonnenen Lebensqualität und der Pflegezeitersparnis steht. Hierzu steht insbesondere noch ein vollständiger Bericht über die bisher beobachtete Effektivität aus.

14.2.2 Projekte mit starker Regionalversorgungskomponente

IDA - Initiative Demenzversorgung in der Allgemeinmedizin

IDA ist eine cluster-randomisierte Studie mit drei Vergleichsgruppen und zweijährigem Beobachtungszeitraum. Sie wurde in Hausarztpraxen in Mittelfranken durchgeführt. Nähere Informationen finden sich unter www.projekt-ida.de, bei Donath et al. (2010) und in Tabelle 14–5.

Kommentar zur Umsetzbarkeit: Gemäß aktueller Prävalenzraten werden in einer Hausarztpraxis mit 1000 Patienten mindestens 20 Demenzpatienten betreut (2%). Die 1126 Hausärzte der Region Mittelfranken betreuen also konservativ geschätzt mehr als 20000 Demenzpatienten. Von den Hausärzten meldeten sich jedoch 823 nicht zur Schulung an, 83 Angemeldete nahmen nicht teil und 91 Schulungsteilnehmer rekrutierten keine Patienten. 129 tatsächlich involvierte Hausärzte rekrutierten 390 Patienten-Angehörigen-Paare, davon nahmen weniger als 100 Angehörige die zugehende Beratung in Anspruch. Zwar konnte die Inanspruchnahmerate der Beratung bei den teilnehmenden Angehörigen vervierfacht werden. Die zugehende Beratung kann aber in einer Region mit geschätzt über 20000 Demenzerkrankten und einem Erreichungsgrad von weniger als 100 (0,5%) Angehörigen keine populationsbezogene Wirkung entfalten.

Forschungsbedarf: Zukünftige Versorgungsforschung sollte niederschwellige Zugangswege für unterstützungsbedürftige Angehörige und zu Hause lebende Menschen mit leichter bis mittelschwerer Demenz eröffnen. Da die meisten Demenzpatienten im deutschen Versorgungssystem ca. acht bis neun Mal innerhalb eines Vierteljahres einen Hausarzt aufsuchen (Eisele 2010), scheint der Zugangsweg über den Hausarzt plausibel, zumal bei einer Demenz-Neuerkrankungsrate von ca. 250000 Menschen pro Jahr eine rationale Kooperation zwischen Hausärzten und Fachärzten notwendig ist⁴. Hier sollte noch eine weiterführende Analyse erfolgen, da anscheinend auf Seiten der Hausärzte nur eine geringe Bereitschaft dazu besteht, ihre Beratungsfunktion durch Einbeziehung externer Ressourcen zu erweitern, während die Hausärzte selbst bei Demenzpatienten bis zu 50% mehr Termine anbieten (Eisele 2010).

IDA konnte bisher noch keine Effekte auf Heimaufnahme oder Angehörigenentlastung nachweisen. In internationalen Studien zeigten sich jedoch Entlastungseffekte einer zugehenden Angehörigenberatung (Lawton et al. 1989; Belle et al. 2006; Mittelman et al. 1996, 2004, 2006 and 2008; Brodaty et al. 2009). Ebenso gab es Untersuchungen zu deren Wirkkomponenten (Mittelman et al. 2004; Jang et al. 2004; Roth et al. 2005; Drentea et al. 2006). Spezifischere randomisierte Studien

⁴ Siehe auch www.demenz-leitlinie.de

Tabelle 14–5

IDA

Zielgruppe	<ul style="list-style-type: none"> – Patienten mit leicht bis mittelschwerer Demenz (erreicht wurden 390 Patienten) – zu Hause lebend – inkl. Angehörige
Intervention	<ul style="list-style-type: none"> – Alle Gruppen: 3 Std. Hausarztschulung in Demenzsymptomatik und -diagnostik – Kontrollgruppe A: Normalversorgung – Interventionsgruppen B und C zusätzlich: <ul style="list-style-type: none"> • 2,5 Std. Hausarztschulung in leitlinienkonformer Therapie und nicht-medikamentösen Versorgungskonzepten • Empfehlung von Angehörigengruppen • Vermittlung einer zugehenden Beratung (Telefon oder Hausbesuch) durch eine geschulte Pflegefachkraft. In Gruppe B fand diese Vermittlung im zweiten Studienjahr, in Gruppe C im ersten Studienjahr statt. Der Schulungsaufwand für die Pflegefachkraft wurde nicht angegeben.
Wirkung	<ul style="list-style-type: none"> – Inanspruchnahme von Angehörigengruppen: 3 % der Angehörigen in der Kontrollgruppe, 15 % in beiden Interventionsgruppen – Inanspruchnahme der zugehenden Beratung: 17 % der Angehörigen in der Kontrollgruppe, 66 % in beiden Interventionsgruppen – Verbleib in der häuslichen Umgebung und Fortschreiten der Erkrankung sowie Lebensqualität und Belastung der Angehörigen: nach 2 Jahren keine signifikanten Gruppenunterschiede

Versorgungs-Report 2012

WIdO

sollten auch in Deutschland mögliche Wirkkomponenten der zugehenden Beratung ermitteln wie beispielsweise die Qualifikation der Berater, Schwerpunkt und Intensität der Beratung, Voraussetzungen in den Familien oder die Struktur und Erreichbarkeit der Hilfsangebote vor Ort. Eine Zusammenarbeit mit international renommierten Forschern scheint empfehlenswert.

Ede – Entlastungsprogramm bei Demenz

Das Modellprojekt evaluierte in einer einjährigen Prä-Post-Messung die Entlastungseffekte von Beratungsbesuchen bei Angehörigen von pflegebedürftigen Demenzerkrankten im Kreis Minden-Lübbecke (Tabelle 14–6). Der Abschlussbericht und weitere Informationen finden sich unter www.projekt-edede.de.

Kommentar zur Umsetzbarkeit: Durch ein bereits etabliertes ambulantes Pflege- und Beratungsnetzwerk konnten in acht Monaten 319 Demenzerkrankte rekrutiert und 190 nach einem Jahr analysiert werden. Im Kreis Minden-Lübbecke leben etwa 315 000 Einwohner, davon sind ca. 20% über 65 Jahre alt. Bei einer Prävalenzrate für demenzerkrankte Menschen über 65 Jahren von 6% leben konservativ geschätzt mindestens 3 200 Menschen mit Demenz in der Region, wovon die meisten Versicherte der am Projekt teilnehmenden Pflegekassen waren (AOK, IKK und alle weiteren größeren Pflegekassen der Region). Es konnten also knapp 10 % der relevanten Zielgruppe erreicht werden. Jedoch waren Familien, die Geld- statt Sachleistungen der Pflegeversicherung in Anspruch nahmen, stark unterrepräsentiert. Der Aufwand für die Zusatzqualifizierung von Pflegefachkräften zu spezifischen Gesundheitsberatern mit wöchentlichen Fallkonferenzen, monatlicher Supervision und insgesamt 366 Stunden Schulung erscheint hoch im Vergleich zum Qualifizie-

Tabelle 14–6

EDe – Entlastungsprogramm bei Demenz

Zielgruppe	<ul style="list-style-type: none"> – Pflegebedürftige Demenzerkrankte und ihre Familien (erreicht wurden 319 Patienten) – Pflegekasse des Patienten musste Modellpartner sein
Intervention	<ul style="list-style-type: none"> – Neun Gesundheitsberater wurden insgesamt 366 Std. fortlaufend geschult (88 Std. Einführung, 100 Std. begleitende Schulung, 150 Std. wöchentliche Fallkonferenzen, 28 Std. monatliche Supervision). – Die Berater führten insgesamt 940 Hausbesuche bei 190 Familien durch. Die 3 bis 6 Beratungsbesuche pro Familie umfassten <ul style="list-style-type: none"> • eine standardisierte Eingangsbefundung der Belastungssituation (BIZA-D, Zank et al. 2006), • Informationen über die Erkrankung, den Umgang mit Belastung und die Berechtigung zur Inanspruchnahme von Entlastungsangeboten sowie • die Vermittlung und Koordination von lokalen Hilfs- und Pflegeangeboten, so dass Zeiten ohne Betreuungsverpflichtung entstehen konnten.
Wirkung	<ul style="list-style-type: none"> – Inanspruchnahme von Hilfsangeboten zur Pflegeentlastung: zu Projektbeginn 42 % der Teilnehmer, am Projektende 94 %. Insbesondere Tagespflege und ambulante Dienste wurden neu oder vermehrt in Anspruch genommen. – Belastungserleben (BIZA-D) der pflegenden Angehörigen bei gleichzeitig signifikanter Zunahme des Unterstützungsbedarfes des Patienten: <ul style="list-style-type: none"> • Rückgang der erlebten Belastung durch Verhaltensauffälligkeiten des Patienten • Rückgang der erlebten Belastung durch zu wenig Zeit für sich selbst • keine signifikanten Veränderungen im Belastungserleben hinsichtlich Familie und Partnerschaft oder sozialer Anerkennung

Versorgungs-Report 2012

Wido

rungsziel, nämlich der kompetenten Vermittlung und Koordination von Entlastungspflegeleistungen.

Forschungsbedarf: Zukünftige Versorgungsforschung sollte auch etablierte Pflege- und Beratungsnetzwerke als Zugangswege nutzen. Der Befund dieses Modellprojekts mit einfacher Prä-Post-Messung, dass Beratung und Vermittlung von Entlastungspflegeleistungen die erlebte Pflegebelastung der Angehörigen reduziert, besitzt eine gewisse augenscheinliche Plausibilität. Jedoch liegt keinerlei Wirksamkeitsnachweis für die verschiedenen eingesetzten Entlastungspflegeformen vor, wie er nur im Rahmen randomisierter Untersuchungen erbracht werden kann. In diesen Studien müssten als weitere Endpunkte die langfristige Inanspruchnahme von Leistungen der Kranken- und Pflegekassen sowohl durch die Patienten als auch durch die Angehörigen berücksichtigt werden. Nur so ließen sich aus gesamtgesellschaftlicher Sicht gesundheitsökonomisch stringente Schlussfolgerungen für die Gestaltung, Dauer und Häufigkeit von Entlastungspflegeangeboten ziehen.

14.3 Diskussion

Nichtmedikamentöse Interventionen zur Versorgung von Menschen mit Demenz wurden in den letzten Jahren auch in Deutschland auf zunehmend steigendem wissenschaftlichen Niveau untersucht. Initiativen des Bundesministeriums für Bildung

und Forschung im Bereich der Versorgungsforschung, die Leuchtturmprojekte Demenz des Bundesministeriums für Gesundheit und die Modellprojekte der AOK und des GKV-Spitzenverbandes waren dabei maßgeblich an der Erprobung und Bewertung von Versorgungsmaßnahmen beteiligt. Es ist erfreulich, dass Versorgungsforschung als eins der sechs Aktionsfelder im Rahmenprogramm Gesundheitsforschung der Bundesregierung definiert ist. Da jedoch andere Gruppierungen im Gesundheitssystem bisher wenig Interesse an diesem Sektor haben, wird die Entwicklung von Versorgungsmaßnahmen zum großen Teil auf die Unterstützung von diesen öffentlichen Seiten angewiesen bleiben. Das Potenzial der Versorgungsforschung zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung wird dabei gemessen an ihrer Förderung immer noch unterschätzt.

Aufgrund der Erfahrung aus den oben aufgeführten Projekten bleiben folgende Fragen im Bereich der Versorgungsforschung noch weitgehend offen:

1. Wie können wir in Deutschland eine kontinuierliche Entwicklung zum Aufbau von evaluierten Versorgungsmaßnahmen fördern? Hierzu gehören sicherlich strukturelle Maßnahmen zum Ausbau der Versorgungsforschung, die Akademisierung der medizinischen Fachberufe, aber auch die Förderung von innovativen Pilot- und Machbarkeitsstudien bis hin zu randomisierten Untersuchungen. Die Studien zu TeleTandem und MAKs zeigen, dass in Deutschland entwickelte Behandlungsansätze rasch zu Interventionen führen, die sich gut in den Ablauf der üblichen Versorgung integrieren lassen. Hier ist eine stärkere interdisziplinäre Verschränkung und Kooperation anzumahnen, da ein Mangel an Koordination der verschiedenen Berufsgruppen als eine Hauptursache für die defizitäre Versorgungssituation diskutiert wird.
2. Wie können wir erfolgreiche Versorgungsansätze aus anderen Ländern bezüglich ihrer Wirksamkeit in Deutschland untersuchen? Das schon seit längerem entwickelte Wissen in angloamerikanischen Ländern könnte als Ausgangspunkt für Entwicklungen in Deutschland eine gute Starthilfe sein. Gerade die WHEDA-Studie zeigt aber auf, dass vor dem Hintergrund des deutschen Versorgungssystems die Effektstärken in Deutschland hinter den im Ausland erhobenen stark zurückbleiben (Voigt-Radloff et al. 2011). Hier müssen längerfristige Transferstrategien unter Einschluss von Personalqualifizierungsmaßen entwickelt werden.
3. Wie können wir als wirksam erachtete Versorgungsbausteine in die Versorgung implementieren? Für Patienten, die bereits eine Pflegeeinstufung erhielten, scheint zum Beispiel ein Zugang wie im Projekte EDe bereits einen nennenswerten Anteil der pflegenden Angehörigen (hier 10%) zu erreichen. Bei Menschen am Anfang einer Demenzerkrankung ist ein Zugang jedoch schwieriger zu erreichen (siehe Projekt IDA). Wahrscheinlich ist es dabei von Vorteil, eher kleinflächigere Planungen durchzuführen sowie frühzeitig Kranken- und Pflegekassen und Pflegedienste einzubeziehen. Unter Beteiligung von Haus- und Fachärzten, Gedächtnisambulanzen, Pflegediensten und Kranken- und Pflegekassen sind vernetzte Strukturen zu schaffen oder zu stabilisieren, mit einem rationalen Einsatz von präventiven Hausbesuchsdiensten, Heilmittelberufen, Hilfsmitteln und Medikamenten. Hier gilt es, von den besten Beispielen zu lernen. Dies wird umso leichter fallen, je besser die zu disseminierende Intervention in ihrer Wirksamkeit beschrieben ist.

4. Wie können wir das Stigma der Demenz überwinden? Ein Großteil des Rückzugs der Menschen mit Demenz und ihrer Angehörigen sowie des verhaltenen Engagements von Ärzten liegt daran, dass die Demenz noch immer stigmatisiert wird. Auch wenn der offene Umgang mit psychischen Erkrankungen immer noch besonders schwer fällt, besteht ähnlich wie bei Krebserkrankungen ein deutlicher Trend zur Entstigmatisierung der Demenz. Die von der Robert-Bosch-Stiftung geförderte „Aktion Demenz“ ist ein gutes Beispiel, wie insbesondere auf kommunaler Ebene durch zivilgesellschaftliches Engagement Menschen mit Demenz in die Normalität der sozialen Gemeinschaft eingebunden werden können (www.aktion-demenz.de). Stetige Aufklärung und Information in den Medien, aber auch das offene Bekenntnis prominenter Personen zur Demenzerkrankung in der eigenen Familie sind weiterhin notwendig (www.deutsche-alzheimer.de; Kleinman 2009; Kleinman und Hall-Clifford 2009; Jens 2009). Durch frühe Diagnosestellung werden dabei auch zunehmend Selbstzeugnisse von Menschen mit Demenz aufklärend wirksam (Reagan 1994; Taylor 2010).

Aufgrund der volkswirtschaftlichen Größe des Versorgungsproblems und der Vielschichtigkeit des Phänomens „Demenz“ sind aber in Zukunft auch komplexe Versorgungsangebote denkbar. So wurden in dieser Übersicht keine Untersuchungen zu intelligenter Haushaltstechnik und ähnlichen Technologien vorgestellt (Ambient Assisted Living AAL, www.aal-deutschland.de), deren Einsatz im Zusammenhang mit Betreuungsmaßnahmen eine verlängerte Selbstständigkeit ermöglichen könnte. Der bisher für ein Hochtechnologieland wie Deutschland geringe Nutzungsgrad dieser Möglichkeiten zeigt, dass weitere Maßnahmen zur Verbreitung und besseren Akzeptanz von AAL-Techniken notwendig sind. Auch können nichtmedikamentöse mit medikamentösen Interventionen kombiniert werden (Löwenstein 2004; Brodaty 2009). Während in der Diabetologie (Diätschulung) und Kardiologie (Herzsportgruppen) schon klare Vorstellungen zu einem nichtmedikamentösen Standbein der Prävention von Komplikationen bestehen, ist dies für Demenzerkrankungen noch nicht deutlich herausgearbeitet worden. Die Zukunft der Versorgung von Menschen mit Demenz wird sicherlich von einem multidisziplinären und multimodalen Vorgehen geprägt sein. Statt jedoch aus dem zahlreicher werdenden Angebot ungeprüft Interventionen zu implementieren, wird es Aufgabe der Versorgungsforschung sein, die für das jeweilige Krankheitsstadium sinnvollsten Kombinationen zu erproben.

Literatur

- Belle SH, Burgio L, Burns R, Coon D, Czaja SJ, Gallagher-Thompson D, Gitlin LN, Klinger J, Koepke KM, Lee CC, Martindale-Adams J, Nichols L, Schulz R, Stahl S, Stevens A, Winter L, Zhang S; Resources for Enhancing Alzheimer's Caregiver Health (REACH) II Investigators. Enhancing the quality of life of dementia caregivers from different ethnic or racial groups: a randomized, controlled trial. *Ann Intern Med* 2006 Nov 21; 145 (10): 727–38.
- Brodaty H, Mittelman M, Gibson L, Seeher K, Burns A. The effects of counseling spouse caregivers of people with Alzheimer disease taking donepezil and of country of residence on rates of admission to nursing homes and mortality. *Am J Geriatr Psychiatry* 2009 Sep; 17 (9): 734–43.

- Donath C, Grässel E, Grossfeld-Schmitz M, Menn P, Lauterberg J, Wunder S, Marx P, Ruckdäschel S, Mehlig H, Holle R. Effects of general practitioner training and family support services on the care of home-dwelling dementia patients – results of a controlled cluster-randomized study. *BMC Health Serv Res*. 2010; Nov 18; 10: 314.
- Drentea P, Clay OJ, Roth DL, Mittelman MS. Predictors of improvement in social support: Five-year effects of a structured intervention for caregivers of spouses with Alzheimer's disease. *Soc Sci Med* 2006 Aug; 63 (4): 957–67.
- Eisele M, van den Bussche H, Koller D, Wiese B, Kaduszkiewicz H, Maier W, Glaeske G, Steinmann S, Wegscheider K, Schön G. Utilization patterns of ambulatory medical care before and after the diagnosis of dementia in Germany – results of a case-control study. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2010 Jul; 29 (6): 475–83.
- Gitlin LN, Winter L, Burke J, Chernett N, Dennis MP, Hauck WW. Tailored activities to manage neuropsychiatric behaviors in persons with dementia and reduce caregiver burden: a randomized pilot study. *Am J Geriatr Psychiatry* 2008; 16 (3): 229–39.
- Gitlin LN, Winter L, Dennis MP, Hodgson N, Hauck WW. A biobehavioral home-based intervention and the well-being of patients with dementia and their caregivers: the COPE randomized trial. *JAMA* 2010 Sep 1; 304 (9): 983–91.
- Graff MJ, Vernooij-Dassen MJ, Thijssen M, Dekker J, Hoefnagels WH, Rikkert MG. Community based occupational therapy for patients with dementia and their care givers: randomised controlled trial. *BMJ* 2006; 333 (7580): 1196.
- Glaeske G, Schickanz C. BARMER GEK Arzneimittel-Report 2010. Auswertungsergebnisse der BARMER GEK Arzneimitteldaten aus den Jahren 2008 bis 2009. Sankt Augustin: Asgard-Verlag 2010.
- Gogol M. Das Delir im höheren Lebensalter. *Z Gerontol Geriatr* 2008; 41: 431–9.
- Hüll M, Wernher I. Psychosoziale Interventionen und Angehörigenverfahren. *Nervenarzt* 2010 Jul; 81 (7): 823–6.
- Hüll M, Voigt-Radloff S. Nichtpharmakologische Behandlungsmethoden bei Demenzen *Nervenarzt* 2008 Nov; 79 Suppl 3: 159–64.
- IQWiG. Nichtmedikamentöse Behandlung der Alzheimer Demenz, Abschlussbericht A05-19D. Köln: Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG); Januar 2009; www.iqwig.de (17. August 2011).
- Jang Y, Clay OJ, Roth DL, Haley WE, Mittelman MS. Neuroticism and longitudinal change in caregiver depression: impact of a spouse-caregiver intervention program. *Gerontologist* 2004 Jun; 44 (3): 311–7.
- Jens T. Demenz - Abschied von meinem Vater. Gütersloh: Goldmann 2009.
- Kaduszkiewicz H, Röntgen I, Mossakowski K, van den Bussche H. Tabu und Stigma in der Versorgung von Patienten mit Demenz. Kann ein Fortbildungsangebot für Hausärzte und ambulante Pflegedienste zur Destigmatisierung beitragen? *Z. Gerontol Geriatr* 2009; 42: 155–62.
- Kleinman A, Hall-Clifford R. Stigma: a social, cultural and moral process. *J Epidemiol Community Health* 2009 Jun; 63 (6): 418–9.
- Kleinman A. Caregiving: the odyssey of becoming more human. *Lancet*. 2009 Jan 24; 373 (9660): 292–3.
- Kurz A et al. Neuropsychologisch fundierte kognitive Verhaltenstherapie für Patienten mit Alzheimer-Krankheit im Frühstadium: Die KORDIAL-Studie. *Z Gerontopsychol Psychiat* 2008; 21 (3) 157–61.
- Kurz A, Wagenpfeil S, Hallauer J, Schneider-Schelte H, Jansen S; AENEAS Study. Evaluation of a brief educational program for dementia carers: the AENEAS study. *Int J Geriatr Psychiatry* 2010 Aug; 25 (8): 861–9.
- Lawton MP, Brody EM, Saperstein AR. A controlled study of respite service for caregivers of Alzheimer's patients. *Gerontologist* 1989 Feb; 29 (1): 8–16.
- Loewenstein DA, Acevedo A, Czaja SJ, Duara R. Cognitive rehabilitation of mildly impaired Alzheimer disease patients on cholinesterase inhibitors. *Am J Geriatr Psychiatry* 2004 Jul–Aug; 12 (4): 395–402.

- Mittelman MS, Ferris SH, Shulman E, Steinberg G, Levin B. A family intervention to delay nursing home placement of patients with Alzheimer disease. A randomized controlled trial. *JAMA* 1996 Dec 4; 276 (21): 1725–31.
- Mittelman MS, Roth DL, Coon DW, Haley WE. Sustained benefit of supportive intervention for depressive symptoms in caregivers of patients with Alzheimer's disease. *Am J Psychiatry* 2004 May; 161 (5): 850–6.
- Mittelman MS, Roth DL, Haley WE, Zarit SH. Effects of a caregiver intervention on negative caregiver appraisals of behaviour problems in patients with Alzheimer's disease: results of a randomized trial. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2004 Jan;59(1):P27-34.
- Mittelman MS, Haley WE, Clay OJ, Roth DL. Improving caregiver well-being delays nursing home placement of patients with Alzheimer disease. *Neurology* 2006 Nov 14; 67 (9): 1592–9.
- Mittelman MS, Brodaty H, Wallen AS, Burns A. A three-country randomized controlled trial of a psychosocial intervention for caregivers combined with pharmacological treatment for patients with Alzheimer disease: effects on caregiver depression. *Am J Geriatr Psychiatry* 2008 Nov; 16 (11): 893–904.
- Olazarán J, Reisberg B, Clare L, Cruz I, Peña-Casanova J, Del Ser T, Woods B, Beck C, Auer S, Lai C, Spector A, Fazio S, Bond J, Kivipelto M, Brodaty H, Rojo JM, Collins H, Teri L, Mittelman M, Orrell M, Feldman HH, Muñoz R. Nonpharmacological therapies in Alzheimer's disease: a systematic review of efficacy. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2010; 30 (2): 161–78.
- Pentzek M, Wollny A, Wiese B, Jessen F, Haller F, Maier W, Riedel-Heller SG, Angermeyer MC, Bickel H, Mösch E, Weyerer S, Werle J, Bachmann C, Zimmermann T, van den Bussche H, Abholz HH, Fuchs A; AgeCoDe Study Group. Apart from nihilism and stigma: what influences general practitioners' accuracy in identifying incident dementia? *Am J Geriatr Psychiatry* 2009 Nov; 17 (11): 965–75.
- Reagan R. Public letter to the American people announcing his diagnosis of Alzheimer's disease. <http://www.pbs.org/wgbh/americanexperience/features/primary-resources/reagan-alzheimers/1994>.
- Reuster T, Jurjanz L, Schützwohl M, Holthoff V. Effektivität einer optimierten Ergotherapie bei Demenz im häuslichen Setting (ERGODEM). *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie* 2008; 21: 185–9.
- Roth DL, Mittelman MS, Clay OJ, Madan A, Haley WE. Changes in social support as mediators of the impact of a psychosocial intervention for spouse caregivers of persons with Alzheimer's disease. *Psychol Aging* 2005 Dec; 20 (4): 634–44.
- Taylor R. *Alzheimer und ich – Leben mit Dr. Alzheimer im Kopf*. Bern: Hans Huber 2010.
- Voigt-Radloff S, Graff M, Leonhart R, Schornstein K, Vernooij-Dassen M, Olde-Rikkert M, et al. WHEDA study: effectiveness of occupational therapy at home for older people with dementia and their caregivers – the design of a pragmatic randomised controlled trial evaluating a Dutch programme in seven German centres. *BMC Geriatrics* 2009 Oct 2; 9: 44.
- Voigt-Radloff S, Graff M, Leonhart R, Schornstein K, Jessen F, Bohlken J, Metz B, Fellgiebel A, Dodel R, Eschweiler G, Vernooij-Dassen M, Olde Rikkert M, Hüll M. A multi-centre RCT on community occupational therapy in Alzheimer's disease: Ten sessions are not superior to one consultation. *BMJ open* (in press, 2011).
- Voigt-Radloff S, Graff M, Leonhart R, Hüll M, Olde Rikkert M, Vernooij-Dassen M. Why did an effective Dutch complex psycho-social intervention for people with dementia not work in the German health care context? Lesson learned from a process evaluation alongside a multi-centre RCT *BMJ open* (in press, 2011).
- Zank S, Schacke C, Leipold B. Berliner Inventar zur Angehörigenbelastung – Demenz (BIZA-D). *Zeitschrift für klinische Psychologie und Psychotherapie*. 2006; 35 (4): 296–305.

15 Gesundheitsförderung und Prävention im Alter

Ulla Walter und Christiane Patzelt

Abstract

Gesundheitsfördernde und präventive Aktivitäten sollten darauf ausgerichtet sein, die Selbstständigkeit zu erhalten, Krankheiten und Behinderungen vorzubeugen, ihr Eintreten hinauszuzögern sowie die Funktionsfähigkeit und die Lebensqualität älterer Menschen, die bereits physische und psychische Einschränkungen haben, zu verbessern. Der Zugang älterer Menschen zu Gesundheitsversorgung und Gesundheitsdiensten, einschließlich zielgruppenspezifischer Präventions- und Gesundheitsförderungsangebote, ist Voraussetzung für ein gesundes Altern. Dabei ermöglicht die positive Beeinflussung sowohl körperlicher, psychischer, sozialer und geistig-seelischer als auch umweltbezogener Faktoren ein aktives und gesundes Altern. Erste Erfahrungen mit altersspezifischen Zugangswegen auf kommunaler Ebene wie auch über die arztbezogene und pflegerische Versorgung liegen vor. Es gilt diese zukünftig weiter auszubauen. Eine Vielzahl von Akteuren, regionalen Netzwerkstrukturen und neuen Handlungsfeldern ergeben sich, von denen einige exemplarisch aufgezeigt werden.

Health promotion and prevention should be focused on maintaining independence, preventing illness and disability, delaying their outbreak and improving the efficiency and quality of life of elderly people who already have physical and mental limitations. A prerequisite for healthy aging is that elderly people have access to health care and health services, including group-specific prevention and health promotion services. Taking positive influence on physical, psychological, social, intellectual and spiritual as well as environmental factors makes active and healthy aging possible. Initial experience with age-specific access paths at the local level as well as healthcare rendered by physicians and nursing care has been gained and should be expanded. This involves various players, regional network structures and new fields of action, some of which are described in this article.

15

15.1 Ziele, Potenziale und Ansätze

Ziele der Gesundheitsförderung und Prävention im höheren Lebensalter sind die Förderung und der Erhalt eigenverantwortlicher Lebensgestaltung, die Ermöglichung von gesellschaftlicher Teilhabe, die Vermeidung bzw. Verzögerung von (weiterer) Hilfs- und Pflegebedürftigkeit sowie der Erhalt bzw. die Förderung von Lebensqualität, insbesondere wenn bereits physische und psychische Einschränkungen bestehen (Naeglele und Schmitt 2009). Der Umgang mit sozialen, psychischen und

körperlichen Veränderungen, Krankheit und Einschränkungen sind Anforderungen, die durch aktives Altern im Sinne von Prävention und Gesundheitsförderung aufgezeigt und erlernt werden können (Böck et al. 2011). Eine Differenzierung in Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention nach dem zeitlichen Ansatz des Krankheitsverlaufs (Caplan 1964) sowie eine Unterscheidung zwischen Prävention und Gesundheitsförderung ist im höheren Lebensalter in der Praxis oft nicht umsetzbar. Die Abgrenzung insbesondere zwischen Primär- und Sekundärprävention löst sich aufgrund der zunehmend verfeinerten Diagnostik immer weiter auf. Eine trennscharfe Zuordnung wird häufig aufgrund der Komplexität der Krankheitsursachen und präventiver Wirkmechanismen immer schwieriger. Die Definition von ursprünglichen Risikofaktoren nunmehr als behandlungsbedürftige Erkrankung (wie es insbesondere bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen zu beobachten ist), die Einführung von Prä-Krankheiten und von sekundären Risikofaktoren (als Risiko für den Risikofaktor) sowie die Verrechnung zwischen Risikofaktor und eigenständiger Krankheit erschweren des Weiteren eine klare Abgrenzung und Zuordnung zu den Präventionsterminologien (Walter et al. 2012). Es zeigt sich gerade im Alter, dass häufig bereits bestehende gesundheitliche Einschränkungen in verschiedenen Stadien und vielfach vorliegende Multimorbidität parallel ressourcenorientierte und risikominimierende Interventionen erfordern.

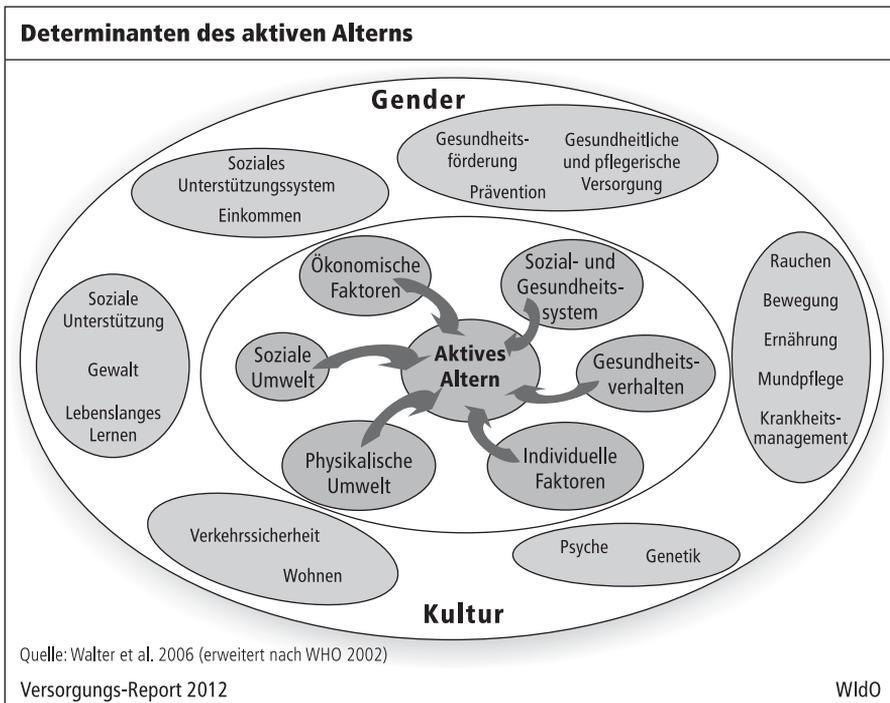
Besondere Aufmerksamkeit im Alter sollte Lebensereignissen gewidmet werden, die zu einer Imbalance bzw. einer deutlichen Änderung der vorhandenen Strukturen, bislang gelebter „Routinen“ und sozialer Kontexte führen können und neue Orientierungen erfordern. Hierzu zählen der Austritt aus dem Erwerbsleben, aber auch der Verlust von Sinneswahrnehmungen sowie der Pflegebedarf oder Tod nahestehender Personen. Aufgrund vorliegender Verlusterfahrungen verfügt ein Großteil der älteren Bevölkerung über eine hohe emotionale Widerstandsfähigkeit (Kessler und Staudinger 2010). Die Resilienz (Widerstandsfähigkeit) setzt an individuellen Bewältigungs- und Handlungskompetenzen an und sollte auch im Alter noch gefördert und erhalten werden, insbesondere bei unteren Bildungsgruppen und Menschen mit niedrigem sozioökonomischen Status (Greve et al. 2009). Besondere Beachtung erfordern des Weiteren Krankheiten, die einen Risikofaktor für Funktionseinbußen darstellen und Hilfebedürftigkeit nach sich ziehen können, Behinderungen, die zu Funktionseinschränkungen führen können sowie Gebrechlichkeit (frailty) oder Instabilität, die ein Indikator für drohenden oder weiteren Funktionsverlust darstellt. Frailty entsteht durch Beeinträchtigungen der muskuloskelettalen bzw. neurologischen Funktionen und des Ernährungszustandes infolge Krankheiten oder altersbedingter Veränderungen bei gleichzeitig eingeschränkten Kompensationsmechanismen bzw. funktionellen Reserven. Allerdings führen körperliche Veränderungen nicht zwangsläufig zu weiteren Einschränkungen. Vielmehr bestimmen sozioökonomische und interpersonale sowie Faktoren der sozialen und räumlichen Umwelt, aber auch die Qualität der Versorgung die Entwicklung erheblich mit (Renteln-Kruse 2004; Böck et al. 2011; Kümpers 2008). Studien zu gezielten Interventionen deuten darauf hin, dass selbst bei gebrechlichen und pflegebedürftigen Älteren die Gesundheit gefördert und die vorzeitige Mortalität reduziert werden kann (u. a. Fairhall et al. 2008). Entsprechend konstatiert der Sachverständigenrat (2009, 609), dass es notwendig ist „... mehr als bislang in jedem Verlaufsstadium eines Krankheitsgeschehens präventive Potenziale alter Frauen und Männer auszu-

erschöpfen.“ Hierzu müssen auf der individuellen Ebene die in den unterschiedlichen Phasen von Krankheiten und Einschränkungen „immer auch verbleibende[n] und erweiterungsfähige[n] Möglichkeiten selbstkompetenten Handelns und Helfens“ (Arnold et al. 2000, 17) erkannt und gezielt fördert werden. Unspezifische und verhältnisorientierte Ansätze können dabei diese Bemühungen unterstützen.

Offensichtlich wird, dass eine räumliche, zeitliche und finanzielle Trennung von Gesundheitsförderung, Prävention, kurativer Versorgung, Rehabilitation und Pflege, wie sie derzeit noch im Gesundheitssystem aufgrund der gesetzlichen Vorgaben und vorhandenen Strukturen umgesetzt wird, nicht sinnvoll ist. Sollen die vorhandenen präventiven Potenziale ausgeschöpft werden, ist eine interdisziplinäre Zusammenarbeit der verschiedenen Akteure erforderlich. Diese Herausforderung ist komplex, da sich Gesundheitsförderung und Prävention im Alter über mehrere Ebenen mit unterschiedlichen Zuständigkeiten erstrecken (Gesundheit, Bildung, Umwelt, Wohnen und Verkehr). Entsprechend vielfältig sind die Handlungsfelder (siehe Abbildung 15–1). Diese reichen von gesunder Ernährung über Suchtprävention, körperliche Aktivität und Mobilität, Unterstützung bei Pflege, angemessene Medikation, Sturzprophylaxe, klassischen Prophylaxen in der Pflege, Mundgesundheit bis hin zur Erhaltung und Förderung der geistigen und sozialen Gesundheit (soziale Integration, intergenerationeller Austausch etc.).

Potenziale der Gesundheitsförderung und Prävention für ein gesundes Alter(n) zeigen europäische Kohortenstudien. Im Vergleich zu Deutschland weist die Bevöl-

Abbildung 15–1



kerung in anderen West- und nordeuropäischen Ländern bezüglich körperlicher Funktionseinschränkungen eine deutlich höhere behinderungsfreie Lebenserwartung auf (Jagger et al. 2008). Auch wenn die gesundheitliche Lebenssituation im Alter zum Teil Ergebnis früherer Entscheidungen und Unterlassungen ist (Khaw et al. 2008), zum anderen durch die Umwelt mit beeinflusst wird (Balfour und Kaplan 2002), kann die Gesundheit im Alter selbst noch gezielt unterstützt und gefördert werden. Berücksichtigt werden sollten dabei alle Dimensionen, d.h. die körperliche, die psychische und die soziale Gesundheit. Neuere Untersuchungen zeigen, dass diese sich wechselseitig bedingen. International liegen inzwischen mehrere Interventionsstudien vor, die z. B. auf positive Effekte bei körperlicher Aktivität im Alter (Strawbridge et al. 2002), sozialem Engagement und sozialer Unterstützung (Glass et al. 2006) sowie Interventionen mit psychoedukativen Elementen (z. B. Stepped Care: Van't Veer-Tazelaar 2009) bezüglich der psychischen und körperlichen Gesundheit verweisen. Positiv auf die körperliche Aktivität von älteren Menschen wirken sich Interventionen aus, die sich leicht in das Alltagsleben integrieren lassen, in Gruppen durchgeführt werden und Zugangsbarrieren wie lange Anfahrtswege oder hohe Kosten vermeiden (Conn et al. 2003). Auch wenn gesichert ist, dass professionelle und kontinuierliche Unterstützung die körperliche Aktivität fördert, sind weitere Studien zur Art der Interventionen und Erreichbarkeit vulnerabler Zielgruppen erforderlich (Foster et al. 2009).

15.2 Ein Handlungsfeld in Entwicklung

Bis in die 1970er Jahre – noch wesentlich geprägt von Kriegseinflüssen, von Altersarmut und deutlich geringeren medizinischen Möglichkeiten als heute – herrschte das Bild des bedürftigen, zu schonenden alten Menschens vor. Mit dem Alter verbunden waren Ruhe und Passivität – der sog. Ruhestand hatte jahrzehntelang auch begrifflich eine hohe Prägekraft –, aber auch Rückzug, Isolation und Einsamkeit. Ausdruck fanden diese Zuschreibungen in allen Lebensbezügen, so auch in der Ernährung, die damals nur von wenigen als nicht gesundheitsförderlich kritisiert wurde: „Nicht nur die meisten Hausfrauen, auch für viele Ärzte ist Alterskost gleichbedeutend mit sog. „Schonkost“ und mit dieser wiederum identisch eine reizlose eiweiß- und vitaminarme Breikost. „Schonkost als Prinzip der Altersernährung ist das sicherste Mittel, um den Alterungsprozess zu beschleunigen.“ (Fekl und Berg, 1972, 81).

Insbesondere die Studien von Baltes und Baltes zur Plastizität des Alters trugen zur Abkehr des lange Zeit vorherrschenden und wissenschaftlich unterstützten defizitorientierten und damit präventionsresistenten Bildes vom Alter bei. Heute finden sich in der Bevölkerung eher positiv akzentuierte Bilder vom Alter(n) (Kruse und Schmitt 2005). So stehen seit den 1980er Jahren körperliche Aktivität und Lebensfreude im Vordergrund, wobei die aktive Mitarbeit der Älteren vermehrt eingefordert wird. Langlebigkeit wird auch als Verpflichtung für jeden Einzelnen angesehen, etwas für seine Gesundheit zu tun (Lehr 2009). Dennoch: Altersbilder sind beharrlich gegenüber Veränderungen und orientieren sich an Einschränkungen und Vorstellungen, die für frühere Generationen galten. So resümierte der Geriater Oster

(1997, 292): „Zu viele alte Menschen lehnen es noch ab, körperliches Training durchzuführen, weil sie sich in einer Phase der Passivität wähnen und auch glauben, dies stünde ihnen zu. Ehe eine Eigenaktivität einsetzt, wird lieber auf Medikamente zurückgegriffen, die nicht nur teuer sind, sondern mit zunehmendem Alter auch zunehmende Nebenwirkungen produzieren.“

Vorstellungen vom Alter(n) beeinflussen einerseits den Umgang älterer Menschen mit ihrer Gesundheit, andererseits beeinflussen Altersbilder auf gesellschaftlicher und individueller Ebene die Wahrnehmung und Beurteilung von älteren Menschen. Ein differenziertes Altersbild berücksichtigt die Unterschiede in den körperlichen, geistigen und sozialen Ressourcen. Einseitig positive Altersbilder können eine negative Stereotypisierung gegenüber alten gesundheitlich eingeschränkten Menschen verstärken, zu einer medikalisierten Alterssicht und Stigmatisierung führen und dazu beitragen, dass Potenziale nicht genutzt werden. Ebenso können einseitig negative Altersbilder sowie eine ausschließlich negative Attributierung von Krankheit und Pflege eine konstruktive Auseinandersetzung sowie die Wahrnehmung vorhandener Ressourcen und Kompetenzen erschweren und die Nutzung von Unterstützungsmöglichkeiten verhindern (Sechster Altenbericht 2010; Lux et al. 2011). Nehmen ältere Menschen Erkrankung(en) als altersassoziierte Veränderung wahr, ist ihre Motivation zum präventiven und gesundheitsförderlichen Verhalten geringer. Internationale Längsschnittstudien zeigen, dass eine positive Sicht auf das Älterwerden dagegen mit niedriger Morbidität und Mortalität assoziiert ist (Levy et al. 2002; Wurm, et al. 2007).

Prävention und Gesundheitsförderung für ein gesundes Alter(n) sind, von einzelnen Publikationen und Projekten in den 1980er und 1990er Jahren abgesehen, thematisch auf breiterer Fläche erst seit wenigen Jahren präsent. Beginnend mit Themen wie Sturzprophylaxe und Wohnen im Alter am Ende des vergangenen Jahrhunderts werden inzwischen Interventionen auf kommunaler Ebene sowie in der gesundheitsbezogenen Versorgung vermehrt gefordert, modellhaft erprobt und diskutiert. „Gesund älter werden“ wurde als Ziel bei Gesundheitsziele.de aufgenommen, wobei neben versorgungsbezogenen Aspekten der Prävention und Gesundheitsförderung ein großer Stellenwert zukommt. Im Rahmen des EU-Projektes healthPROelderly wurden international Best-Practice-Projekte identifiziert und evidenzbasierte Empfehlungen für die Gesundheitsförderung älterer Menschen entwickelt, mit denen die Qualität in der Planung und Durchführung von Projekten verbessert werden soll (Abbildung 15–2).

Die in den vergangenen Jahrzehnten angemahnte Differenzierung der Altersgruppe 60plus wurde inzwischen vielfach aufgegriffen; spezifische Berichte zur Analyse der älteren Bevölkerung sind in den vergangenen Jahren auf Bundes- und Landesebene erschienen. Gemeinsam mit den Akteuren vor Ort führt die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) derzeit Regionalkonferenzen „gesund und aktiv älter werden“ in allen Bundesländern durch. Es werden spezielle Arbeitshilfen und Materialien für die Praxis herausgegeben und begleitend ein Gesundheitsinformationsportal als Wissens- und Kommunikationsplattform zum Themenfeld Alter und Gesundheit entwickelt.

Im Rahmen des BMBF-Förderschwerpunkts Präventionsforschung werden 14 praxisorientierte Projekte zur Prävention und Gesundheitsförderung im Alter gefördert (www.knp-forschung.de). Im Mittelpunkt stehen Zielgruppen wie u. a. sozial

Abbildung 15–2

Evidenzbasierte Leitlinien für die Gesundheitsförderung älterer Menschen

- 1. Zielgruppe**
Leitlinie: Auf die spezifischen Bedürfnisse und individuellen Ressourcen der relevanten Zielgruppen zugeschnittene gesundheitsfördernde Interventionen
- 2. Diversität der Zielgruppe**
Leitlinie: Anerkennung und Berücksichtigung der Vielfalt der Zielgruppe, insbesondere hinsichtlich Geschlecht, Chancengleichheit und benachteiligte ältere Menschen
- 3. Einbeziehung der Zielgruppe**
Leitlinie: Aktives Einbinden der Zielgruppe(n) so weit wie möglich und Ermöglichung der Mitsprache älterer Menschen
- 4. Empowerment**
Leitlinie: Empowerment von Teilnehmerinnen und Teilnehmern und Steigerung ihrer Motivation, Schritte zu ergreifen, um ihre eigene Gesundheit und Lebensqualität zu verbessern
- 5. Evidenzbasierte Maßnahmen**
Leitlinie: Die gesundheitsfördernde Intervention auf bestehende Evidenz und bewährte Verfahren aufbauen
- 6. Ganzheitlicher Ansatz**
Leitlinie: Entwicklung von facettenreichen und ganzheitlichen Interventionen, die die körperlichen, seelischen und sozialen Gesundheitsbedürfnisse von älteren Menschen sowie die Verknüpfung dieser Bedürfnisse berücksichtigen
- 7. Gesundheitsstrategien und -methoden**
Leitlinie: Anwenden von Strategien und Methoden, die angemessen und zuverlässig die Zielgruppe(n) erreichen und die vorher definierten Ergebnisse liefern
- 8. Setting und Zugänglichkeit**
Leitlinie: Planen des baulichen und geografischen Settings, in dem die gesundheitsfördernde Intervention stattfindet, und Sicherstellung des Zugangs für die Teilnehmer/innen
- 9. Einbindung unterschiedlicher Beteiligter**
Leitlinie: Einbindung und Beteiligung aller wichtigen Interessengruppen in der Planungs- und Umsetzungsphase
- 10. Interdisziplinarität**
Leitlinie: Zusammenarbeit mit einem interdisziplinären Team, das eine Bandbreite an Expertise und Erfahrung mitbringt sowie über unterschiedliche Zugänge im Umgang mit älteren Menschen verfügt
- 11. Freiwillige Mitarbeiter/innen**
Leitlinie: Beteiligung von Freiwilligen bei der Planung, Durchführung und Organisation von Gesundheitsförderungsprogrammen für ältere Menschen
- 12. Organisation und Finanzierung**
Leitlinie: Effektives Management, das finanzielle Effizienz, Qualitätssicherung und organisatorische Strukturen berücksichtigt
- 13. Evaluation**
Leitlinie: Anwenden und Lernen von fortlaufenden und umfassenden Evaluationen, die gemischte Evaluationsmethoden einsetzen
- 14. Nachhaltigkeit**
Leitlinie: Sicherstellen, dass das Projekt während seiner Laufzeit Kompetenzen in Finanzierung, Partizipation und Personalressourcen aufbaut, sodass Aktivitäten nach Projektabschluss weitergeführt werden können
- 15. Übertragbarkeit**
Leitlinie: Gewährleistung von Transparenz einzelner Projektbestandteile, um die Übertragbarkeit von Interventionen zu fördern
- 16. Werbung und Öffentlichkeitsarbeit**
Leitlinie: Bekanntmachen der Aktivitäten und Verbreitung der Ergebnisse des Projektes

Quelle: www.healthproelderly.com, Resch et al. 2010

Versorgungs-Report 2012

WIDO

Benachteiligte, ältere Langzeitarbeitslose, Migranten und pflegende Angehörige. Das Themenspektrum reicht von Sturzprävention im Pflegeheim, Ernährungs- und/oder Bewegungsinterventionen, Prävention spezifischer Erkrankungen bis hin zur Förderung von Netzwerkstrukturen und Optimierung von zielgruppenspezifischen Ansprachen und Zugangswegen.

15.3 Kommune: Gestaltung gesundheitsförderlicher Lebensbedingungen und Förderung sozialer Netzwerkressourcen

Da sich im Alter der Bewegungsradius einschränkt, kommt der Gestaltung des Wohnumfeldes für die Förderung und den Erhalt der Gesundheit eine hohe Bedeutung zu. Gesundheitsförderliche Lebensbedingungen umfassen neben dem Wohnen (altersgerechte Wohnformen, Mehrgenerationenhäuser, neue Konzepte für das Wohnen von Pflegebedürftigen, unterstützende Technik), ein anregendes und barrierefreies Wohnumfeld, gut zugängliche Verkehrssysteme, auch die Einbindung in soziale Netze und Möglichkeiten sinnvoller Tätigkeiten bis ins hohe Alter (Trojan und Legewie 2007).

Barrierefreie Wohnumgebungen, eine niedrige Verkehrsdichte, aber auch gut beleuchtete Wege sowie relativ lange Grünphasen an Ampeln tragen zur Sicherheit im Straßenverkehr und in der Öffentlichkeit bei. Fühlen sich ältere Menschen in ihrem Wohnumfeld sicher, sind sie in der Freizeit auch körperlich aktiver und gehen mehr zu Fuß. Die Möglichkeit, zu Fuß von zu Hause aus verschiedene Ziele des alltäglichen Lebens wie Einkaufsmöglichkeiten oder Parkanlagen zu erreichen, sowie ein ansprechendes Wohnquartier, das zum Gehen einlädt, sind weitere bewegungsförderliche Umweltfaktoren für ältere Menschen (Liga.NRW 2010; Sallis et al. 2007; Tucker-Seeley et al. 2009; van Stralen et al. 2009).

Der kommunale Zugang bietet sich mit der Schaffung von wohnraumnahen Angeboten bei der älteren Zielgruppe besonders an. Initiativen wie die „Bürgerbeteiligung Lindau-Zech“, die „Kölner Seniorennetzwerke“ oder „Miteinander Wohnen e. V.“ in Berlin-Lichtenberg verbinden Angebote der generations- bzw. kulturübergreifenden Kommunikation und Unterhaltung (Nachbarschaftstreffs etc.) mit ehrenamtlichen Aufgaben im Wohnumfeld und unterstützen den Zugang zu Leistungen der sozialen und gesundheitlichen Versorgung.

Einen übergreifenden Ansatz vor dem Hintergrund des demografischen Wandels verfolgt u. a. das Pilotprojekt „Neues Altern in der Stadt (NAIS)“ der Bertelsmann-Stiftung: In sechs Kommunen wurden mit den relevanten Akteuren und interessierten Bürgern Initiativkreise gebildet, die sich mit der kommunalen Seniorenpolitik befassen. Durch eine Bestandsaufnahme der seniorenrelevanten Daten sowie die Sichtung und Priorisierung der jeweiligen kommunalen Problemlagen wurden dann individuelle Handlungskonzepte entwickelt, wobei insbesondere auch Gesundheitsförderung und Prävention zu den thematischen Leitbildern zählen.

15.4 Zugang zu individuellen Angeboten

Die Gruppe der Älteren ist sehr heterogen und so bedürfen diese auch verschiedener Angebotsstrukturen. Dapp (2008) und Meier-Baumgartner et al. (2006) identifizierten drei Zielgruppen mit unterschiedlichem Bedarf: Die Gruppe der sog. Gesundheits-(Ressourcen)-Förderer (fit) ist mobil und bringt viele Voraussetzungen mit, den Zugang zu einem Programm aktiv zu finden, daran teilzunehmen und die Empfehlungen in den Alltag zu integrieren. Für diese Gruppe sind Angebote mit Komm-Struktur geeignet. Die zweite Gruppe der Gesundheits-(Ressourcen)-Verbraucher (fail) steht präventiven Angeboten sowohl in der Komm- als auch in der Bringstruktur ablehnend gegenüber, zeigt typische Verhaltensweisen die eigene Gesundheit aktiv und passiv zu gefährden und ist nur sehr schwer zu erreichen. Die dritte Gruppe der Gesundheits-(Ressourcen)-Verarmten (frail) profitiert von Angeboten mit Bring-Struktur wie z. B. dem präventiven Hausbesuch. Diese Zielgruppe ist in ihrer Mobilität eingeschränkt, gebrechlich und auf Hilfe von außen angewiesen.

Wesentlich zur Erreichung Älterer für Präventions- und Gesundheitsförderungsangebote unterschiedlichster Akteure ist eine für die Zielgruppe verständliche und ansprechende Benennung der Intervention. In der Praxis zeigt sich immer wieder, dass Titel wie „gesund älter werden“ abgelehnt werden und in Verbindung mit der eigenen Gesundheit Unverständnis hervorrufen. Auch die Bezeichnung „präventiver Hausbesuch“, mit der im professionellen Kontext ein weitgehend definiertes Konzept verbunden wird, führt infolge der Assoziation zum traditionellen ärztlichen Hausbesuch und dem für viele unklaren Begriff der Prävention zur Ablehnung entsprechender Maßnahmen. Dies verdeutlicht, wie wichtig es ist, die Zielgruppe bei der Konzeption präventiver Interventionen einzubeziehen. Im Rahmen des BMBF-Projektes „Ältere gezielt erreichen (AeGE) – Effektivität und Kosteneffektivität von Zugangswegen am Beispiel des präventiven Hausbesuchs“ wurde mit diesem Vorgehen der bislang verwandte Flyer modifiziert („Unabhängig leben im Alter“) und die Anschreiben gendersensibel gestaltet. Erste Ergebnisse der Evaluation zeigen, dass hierauf deutlich mehr Ältere (76plus) und Männer reagieren (Deitermann et al. 2011).

15.5 Arztbezogene Versorgung

Dem Arzt, insbesondere dem Haus- bzw. Primärarzt, wird als wichtiger Ansprechpartner für Ältere im Gesundheitssystem eine Lotsenfunktion auch für die Prävention zugesprochen. Zu den präventiven ärztlichen Leistungen gehören Impfungen (§ 20d SGB V), wobei für über 59-Jährige die Ständige Impfkommission (STIKO) neben den Impfungen für Erwachsene speziell Impfungen gegen Pneumokokken und Influenza empfiehlt. Medizinische Vorsorgeleistungen (§ 23 SGB V) zielen auf die Behandlung und Versorgung einer Schwächung der Gesundheit, der Verhütung von Krankheiten und die Vermeidung ihrer Verschlimmerung sowie die Vermeidung von Pflegebedürftigkeit. Explizit für Ältere wurde das geriatrische Basisassessment eingeführt, mit dem Ziel, Versorgungsbedarfe zu identifizieren und

frühzeitig zu begegnen (siehe den Beitrag von Theile et al., Kapitel 15 in diesem Band). Zu den präventiven ärztlichen Leistungen zählen ferner die zweijährlichen Gesundheitsuntersuchungen nach § 25 SGB V zur Früherkennung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes mellitus und Nierenerkrankungen sowie die Früherkennungsuntersuchungen von Krebserkrankungen wie Darm-, Haut-, Brust-, Gebärmutterhals- und Prostatakrebs, die besonders in der zweiten Lebenshälfte relevant sind. Allerdings wird nach anfänglicher Euphorie aufgrund geringeren Nutzens als erwartet und häufiger Überdiagnose ein Screening zunehmend in Frage gestellt. Vor dem Hintergrund der vorliegenden Studien insbesondere zum Nutzen und Schaden gilt es, zukünftig den Katalog zu überprüfen. Perspektiven werden – bei insgesamt verbesserten Therapien – in der risikoadaptierten Früherkennung für Hochrisikogruppen einerseits sowie (primär)präventiv in der Verminderung von Risiken andererseits gesehen (Harris 2011; Fletcher 2011).

Nach jahrzehntelangen Bemühungen zur Steigerung ihrer Inanspruchnahme erfolgte aufgrund zum Teil unzureichender Evidenz in jüngster Zeit ein Paradigmenwechsel in der Krebsfrüherkennung. Ziel des Nationalen Krebsplans der Bundesregierung ist nun die Förderung einer informierten Entscheidung. Dieses erfordert eine adäquate Information über Chancen und Risiken der Untersuchungsverfahren sowie über den Ablauf und damit verbundene Nebenwirkungen. Eine systematische Bewertung von Broschüren und Flyern zur Darmkrebsfrüherkennung (Koloskopie, FOBT) zeigt, dass diese oftmals nur wenige Informationen enthalten und die Informationen häufig für die Zielgruppe irreführend sind (Borutta et al. 2011). Dabei können evidenzbasierte Informationen zwar das Wissen erhöhen, tragen aber, wie eine Studie zur Koloskopie zeigt, nicht zu einer vermehrten Teilnahme bei (Steckelberg et al. 2011).

Der Prävention kommt in der Arztpraxis ein eher geringer Stellenwert zu. Dieses zeigt eine länderübergreifende Studie mit einem faktoriellen Experimentaldesign, wobei das Alter der Patienten (55 vs. 75 Jahre) sowie weitere Merkmale (Geschlecht, sozioökonomischer Status) systematisch variiert wurden. Primärärzten in Deutschland, Großbritannien und den USA wurden jeweils Videofilme vorgespielt, in denen Schauspieler die Rolle von Patienten übernahmen und Symptome bestimmter Krankheiten (Depression, koronare Herzkrankheit, Diabetes) äußerten. Die Ergebnisse zeigen, dass deutsche Ärzte prävenierbare Risikofaktoren weniger erfragen und weniger Hinweise zum Lebensstil geben würden als ihre angelsächsischen Kolleginnen und Kollegen. Lediglich 6% der deutschen Ärzte würden Patienten mit Diabetes mellitus Typ II Hinweise zum Tabakkonsum geben (UK: 34%, US: 23%) und 22% zur Bewegung raten (UK: 38%, US: 72%). Während bei Patienten mit Symptomen einer kardiovaskulären Erkrankung noch 20% das Rauchverhalten erfragen würden (Alkohol: 8%) (Rauchen US: 57% bzw. 34%), würden nur 9% (UK: 55%, US: 32%) Verhaltenshinweise ansprechen. Eine Analyse der deutschen Stichprobe zeigt zudem den Einfluss des Patientenalters und Geschlechts auf die Anamnese und ärztliche Entscheidungen. Jüngere werden bei gleicher Diagnose differenzierter befragt, erhalten mehr lebensstilbezogene Hinweise und weniger medikamentöse Verordnungen als ältere Patienten (Bönte et al. 2007; von dem Kneisebeck et al. 2008; 2010a; 2010b).

Eine Analyse zu präventivorientierten Forschungsprojekten ergab innerhalb von zehn Jahren (1997–2007) eine spärliche Forschungslage mit nur 33 Studien, von

denen sich über zwei Drittel mit kardiovaskulären Themen befassen und nur wenige sich spezifisch auf Ältere bezogen (Othmann et al. 2008). Die Autoren schlussfolgern, dass der Hausarzt, „obwohl Prävention von ärztlicher Seite als Kerntätigkeit angesehen wird, nicht gerade gut gerüstet“ wirke und Effektivität sich aus den Studien nicht ableiten lässt.

Die vielfältigen arzt-, system- und patientenseitig wahrgenommenen Hürden für eine vermehrte präventive Orientierung sind bekannt. Förderlich wirken positive Erfahrungen (Walter et al. 2010). Dies gilt auch für die zur Förderung der Gesundheit und zur Verbesserung und Erhalt der Funktionalität beitragende indikationsbezogene und geriatrische Rehabilitation, die nach wie vor auf Vorbehalte und Unkenntnis stößt. Das vielfach als intransparent wahrgenommene Antrags- und Begutachtungsverfahren sowie die erforderliche Zusatzqualifikation ambulant tätiger Ärzte für die Initiierung einer durch die GKV finanzierten medizinischen Rehabilitation im höheren Lebensalter, stellen weitere Barrieren dar.

Sollen die präventiven Potenziale in der Haus- bzw. Primärarztpraxis gehoben werden, ist eine gesetzliche Verankerung entsprechender Leistungen, eine Umstrukturierung der Praxen hin zu vermehrter Einbindung von nicht ärztlichen Berufen sowie eine gezielte Qualifizierung erforderlich.

Einen diesbezüglich umfassenden Ansatz realisierte das mehrfach ausgezeichnete Projekt „Aktive Gesundheitsförderung im Alter“, in dem ein niedrigschwelliges Beratungsangebot für über 60-jährige selbstständig lebende Menschen etabliert wurde. Zielgruppe des Projektes waren nicht akut erkrankte oder bereits behinderte ältere Menschen, sondern vielmehr wurden gesundheitsförderliche Maßnahmen für noch selbstständig lebende ältere Menschen entwickelt, mit dem Ziel, diesen Zustand so lange wie möglich aktiv zu fördern und gesundheitliche Ressourcen auch im Alter weiter auszubauen (Dapp 2008). Inhalte des Programms waren Gesundheitsberatungen (Einzelgespräche, Gruppenveranstaltungen), die entweder im häuslichen Wohnumfeld (präventive Hausbesuche), in der Hausarztpraxis oder im Geriatrischen Zentrum stattfanden. Themenschwerpunkte der Beratung waren körperliche Aktivität, Ernährung und das soziale Umfeld mit dem Ziel, länger bestehende Lebensgewohnheiten zu verändern. Neben der geriatrischen Netzwerkarbeit (interdisziplinär, interinstitutionell) und der Förderung der geriatrischen Kompetenz im ambulanten Bereich sollte der Hausarzt als Lotse durch das Gesundheitssystem integriert werden. Im Rahmen des Projektes wurden für die behandelnden Hausärzte Qualitätszirkel zu geriatrischen und präventiv-medizinischen Themen angeboten, wobei sich nach Abschluss der Projektphase zwei Drittel der Hausärzte dafür aussprachen, dieses Angebot flächendeckend allen niedergelassenen hausärztlich tätigen Kollegen anzubieten und heute die Qualitätszirkel kontinuierlich fortgeführt werden (Dapp 2008; Meier-Baumgartner et al. 2006). Das Hamburger Projekt „Aktive Gesundheitsförderung im Alter“ trägt sich mittlerweile selbst und ist in die Regelversorgung übergegangen.

Das in Hamburg erfolgreich etablierte Programm wurde im Rahmen eines BMBF-Forschungsprojektes in einen ländlichen Kontext (gesundes Kinzigtal) übertragen. Die Ergebnisse der Prozessevaluation zeigen, dass die ländliche Region für die Implementierung des Programms und die Erreichbarkeit der Zielgruppe einen sowohl förderlichen als auch hemmenden Faktor darstellt. Förderlich wirkten sich die sozialen Netzwerkstrukturen und die positive Nachbarschaftswerbung aus.

Barrieren für die Übertragbarkeit des Programms waren u. a. das eingeschränkte Nahverkehrsangebot, geringe Sportangebote für Ältere sowie die traditionelle Lebensweise. Hofreuter-Gätgens et al. (2011) empfehlen deshalb eine Öffnung des Programms für eine breitere, krankenkassenunabhängige Zielgruppe (bisher nur für Versicherte von zwei Krankenkassen), um mehr Teilnehmer zu erreichen und somit die Veranstaltungen auch wohnortnah anbieten zu können, sowie strukturbildende Maßnahmen im Sinne von altersspezifischen Sportangeboten.

15.6 Pflegebezogene Versorgung

Ansätze zur Förderung der Selbstständigkeit von Pflegebedürftigen wurden bereits in den 1990er Jahren von der Arbeitsgruppe von M. Baltes entwickelt, sind bis heute aber nicht systematisch in Pflegeeinrichtungen integriert.

Das Forschungsprojekt „fit für 100 – Bewegungsangebote für Hochaltrige“ hat speziell die Altersgruppe 80plus in stationären und ambulanten Einrichtungen im Blick. In Nordrhein-Westfalen wurden an mehreren Standorten Bewegungsangebote etabliert, die zum Erhalt der Alltagskompetenz und zur Vermeidung von Stürzen beitragen sollten. Die Ergebnisse zeigen, dass durch kontinuierliche Bewegungs- und Trainingseinheiten körperliche, geistige und soziale Effekte in der Gruppe der Hochaltrigen zu erzielen sind. Verbesserungen in der Kraft, Koordination und Beweglichkeit tragen zur Sturzprävention bei und helfen bei der Alltagsbewältigung. Die subjektive Selbsteinschätzung der eigenen Leistungsfähigkeit und Befindlichkeit der Teilnehmenden konnte stabilisiert und verbessert werden, was zur Steigerung der Lebensqualität und Lebensfreude beiträgt. Des Weiteren führte es zu einer Erleichterung der Arbeit der Pflegekräfte (Mechling et al. 2009; Brach et al. 2009).

Zum Erhalt der Selbstständigkeit von Pflegeheimbewohnern entwickelten Oswald et al. (2007; 2006) ein multimodales Aktivierungsprogramm. Zielsetzung der Studie „Rehabilitation im Altenpflegeheim“ war es, ein Konzept zu entwickeln, das zur Stabilisierung und Förderung der Selbstständigkeit, zur Verbesserung der Lebensqualität und des Wohlbefindens der Bewohner sowie zur Vorbeugung von Tendenzen der Vereinsamung und Isolation beiträgt. Des Weiteren sollte das Interventionsprogramm zur Verringerung der Arbeitsbelastung des Personals durch bessere Mitarbeit der Bewohner führen. Über einen Interventionszeitraum von zwölf Monaten wurden zu drei Zeitpunkten an einer Stichprobe von 294 Pflegeheimbewohnern im Alter von 70 bis 99 Jahren psychologische, funktionelle und medizinische Variablen als Faktoren der Selbstständigkeit erhoben. Das Interventionsprogramm „Selbstständigkeit im höheren Lebensalter für Pflegeheimbewohner“ (SimA®-P) beinhaltet eine Kombination aus kognitiver und psychomotorischer Aktivierung sowie zusätzlich für die demenziell stärker beeinträchtigten Bewohner eine biographieorientierte Aktivierung. Die Untersuchungsergebnisse zeigen, dass rehabilitative Maßnahmen (hier gleichzusetzen mit tertiärpräventiven Maßnahmen) signifikante Therapieeffekte auf kognitive und funktionelle Parameter haben und die Therapieinhalte auf Aktivitäten des täglichen Lebens transferiert werden. Die Mobilität nimmt aufgrund der Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit zu und die

Sturzhäufigkeit der Teilnehmer ab. Die Verbesserungen der kognitiven und funktionellen Leistungsfähigkeit führen weiter zu Entlastungen in der Pflege und auch zu einer Erhöhung der Arbeitszufriedenheit.

15.7 Zusammenfassung und Ausblick

Die Gesundheit kann im Alter noch gezielt unterstützt und gefördert werden, obgleich die gesundheitliche Lebenssituation im Alter zum Teil Ergebnis früherer Entscheidungen und Unterlassungen ist (Khaw et al. 2008) und durch die Umwelt mit beeinflusst wird (Balfour und Kaplan 2002). Die Dimensionen für ein aktives Altern sind vielfältig und betreffen sowohl die körperliche, die psychische als auch die soziale Gesundheit. Die Wechselwirkungen zwischen verschiedenen Komponenten und die positiven Effekte von körperlicher Aktivität im Alter, sozialem Engagement und sozialer Unterstützung sowie Gesundheitsbildung belegen internationale Studien. Die Aspekte der Erreichbarkeit und die Ermöglichung geeigneter Zugangswege zu älteren Zielgruppen für präventive und gesundheitsförderliche Aktivitäten sollten insbesondere unter dem Blickwinkel der altersphysiologischen Veränderungen der Zielpersonen betrachtet werden. Gesundheit entsteht dort, wo Menschen leben, lieben und arbeiten, heißt es in einem Leitsatz der Gesundheitsförderung und so sind es insbesondere die Kommune, das häusliche Umfeld, die (haus-)ärztliche Versorgung, die ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen, die als bevorzugtes Setting bzw. als geeignete Zugangswege im Alter definiert werden. Der Aktionsradius älterer Menschen verkleinert sich mit zunehmendem Alter und so sollten Angebote geschaffen werden, die auf die Bedürfnisse und Erfordernisse der Zielgruppe ausgerichtet sind. Hierzu zählen u. a. auch behindertengerechte Zugangsmöglichkeiten zu den Angeboten. Die Ansprache über ambulante und stationäre Gesundheitsversorgungsstrukturen ermöglicht – durch eine im Vergleich zu jüngeren Jahren höhere Inanspruchnahme – im Alter einen geeigneten Zugang zu präventiven und gesundheitsförderlichen Angeboten. Aufgrund der häufig bereits spürbaren gesundheitlichen Einschränkungen sind ältere Menschen für Prävention und Gesundheitsförderung gut ansprechbar und es können über die Gesundheitsversorgungsstrukturen auch bisher schwer erreichbare Zielgruppen wie Männer, sozial Benachteiligte und Migranten erreicht werden. Zielgruppengerechte Angebote sind bis ins hohe Alter durchführbar und können sowohl die körperlichen als auch die geistigen Funktionen erhalten. Zukünftig gilt es, verstärkt drohende gesundheitsbezogene Einbußen wahrzunehmen und gezielt – unter Einbindung verschiedener Akteure – Interventionen zu adressieren. In dem Memorandum „Mitgestalten und Mitentscheiden – Ältere Menschen in der Kommune“ der BAGSO (2008, 16) heißt es in der Leitlinie Aktiv im Alter: „Gesundheit ist nicht Voraussetzung, aber wesentliche Erleichterung zur Sicherung der gesellschaftlichen Teilhabe im Alter.“ Die Gesundheit im Alter, auch trotz bereits bestehender Einschränkungen, zu fördern und zu erhalten sollte deshalb eine wichtige Handlungsleitlinie sein.

Literatur

- Arnold M, Helou A, Schwartz FW. Plädoyer für eine Neuorientierung der medizinischen Prävention und Rehabilitation. Ein Ansatz zur Erhöhung der Wirtschaftlichkeit und der Qualität der Versorgung von chronisch Kranken. In: Arnold M, Litsch M, Schwartz FW (Hrsg). Krankenhaus-Report '99. Schwerpunkt: Versorgung chronisch Kranker. Stuttgart, New York: Schattauer 2000; 11–20.
- Balfour JL, Kaplan GA. Neighborhood Environment and Loss of Physical Function in Older Adults: Evidence from the Alameda County Study. *American Journal of Epidemiology* 2002; 155 (6): 507–15.
- Böck M, Rieder A, Dorner TE. Frailty – Definition, Erkennung und Bedeutung in der Gesundheitsförderung und Prävention. *Gesundheitswissenschaften* Bd. 41. Linz: OÖGKK 2011.
- Bönte et al. Einfluss von Patientenalter und Patientengeschlecht auf ärztliche Entscheidungen bei koronarer Herzkrankheit. *Dtsch Med Wochenschr* 2007; 132: 2251–5
- Borutta B, Seidel G, Dreier M, Kramer S, Kreusel I, Helmstädter J, Töppich J, Bitzer EM, Dierks ML, Walter U. Systemische Bewertung von Gesundheitsinformationen aus Experten- und Nutzerperspektive. In: GVG (Hrsg). Gesundheitsinformationen in Deutschland 67. Köln 2011; 37–48.
- Brach M, Nieder F, Nieder U, Mechling H. Implementation of preventive strength training in residential geriatric care: a multi-centre study protocol with one year of interventions on multiple levels. *BMC Geriatrics* 2009; 9: 51.
- Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen e. V. (BAGSO) (Hrsg). Memorandum Mitgestalten und Mitentscheiden – Ältere Menschen in der Kommune. Leitlinie für das Programm „Aktiv im Alter“. 2008.
- Caplan G. Principles of preventive psychiatry. New York: Basic Books 1964.
- Conn VS, Minor MA, Burks KJ, Rantz MJ, Pomeroy SH. Integrative Review of physical activity intervention research with aging adults. *Journal of American Geriatrics Society* 2003; 51 (8), 1159–68.
- Dapp U. Gesundheitsförderung und Prävention selbständig lebender älterer Menschen. Eine medizinisch-geographische Untersuchung. Stuttgart: Kohlhammer 2008.
- Deitermann B, Patzelt C, Heim S, Krauth C, Theile G, Hummers-Pradier E, Walter U. Erfolgreiche Prävention braucht eine geschlechtergerechte Ansprache. *Public Health Forum* 19, Heft 71: 9–10, München: Urban & Fischer 2011.
- Fairhall N, Aggar C, Kurrele SE, Sherrington C, Lord S, Lockwood K, Monaghan N, Cameron ID. Frailty Intervention Trial (FIT). *BMC Geriatrics* 2008; 8: 27.
- Foster C, Hillsdon M, Thorogood M. Interventions for promoting physical activity. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue 1.
- Harris R. Overview of Screening: Where we are and where we may be headed. *Epidemiol Rev* 2011; 33: 1–6.
- Fletcher S. Breast Cancer Screening: A 35 Year Perspective. *Epidemiol Re* 2011; 33: 165–75.
- Fekl W, Berg G. Bilanzierte Ernährung im Alter. *Zeitschrift für Gerontologie* 1972; 5 (2): 80–3.
- Glass TA, Mendes De Leon CF, Bassuk SS, Berkman LF. Social engagement and depressive symptoms in late life: longitudinal findings. *Journal of Aging and Health* 2006; 18, Nr. 4 (August): 604–28.
- Greve W, Leipold B, Meyer T. Resilienz als Entwicklungsereignis: Die Förderung der individuellen Adaptivität. In: Linden M, Weig W (Hrsg.): *Salutotherapie in Prävention und Rehabilitation*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag 2009; 173–84.
- Hofreuter-Gätgens K, Mnich E, Thomas D, Salomon T, von dem Knesebeck O. Gesundheitsförderung für ältere Menschen in einer ländlichen Region. Teilnehmerstruktur, Akzeptanz und Durchführung. *Bundesgesundheitsblatt* 2011; 54: 933–41.
- Jagger C, Gillies C, Moscone F, Cambois E, Van Oyen H, Nusselder W, Robine JM; EHLEIS team. Inequalities in healthy life years in the 25 countries of the European Union in 2005: a cross-national meta-regression analysis. *Lancet* 2008; 372: 2124–31.
- Kessler EM, Staudinger UM. Emotional resilience and beyond: A Synthesis of findings from lifespan psychology and psychopathology. In: Frey PS, Keyes CLM (Eds.): *Frontiers of Resilient Aging*.

- Life-Strengths and Well-Being in Late Life, UK. Cambridge: Cambridge University Press 2010; 258–82.
- Khaw KT, Wareham N, Bingham S, Welch A, Luben R, Day N. Combined Impact of Health Behaviors and Mortality in Men and Women: The EPIC-Norfolk Prospective Population Study. *PLoS Medicine* 2008; 5 (1) e12.
- Kruse A, Schmitt E. Zur Veränderung des Altersbildes in Deutschland. *Aus Politik und Zeitgeschichte* 2005; 49-50: 9–17.
- Kümpers S. Alter und gesundheitliche Ungleichheit: Ausgangspunkte für sozialraumbezogene Primärprävention. Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe Public Health. Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB) 2008.
- Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen (LIGA.NRW). Wissenschaftliche Grundlagen und Praxisimplikationen. Dokumentation der Regionalkonferenz „Bewegung im Alter“. LIGA.Fokus 6. Düsseldorf: LIGA.NRW 2010.
- Lehr U. Langlebigkeit verpflichtet: Bewegungsförderung ohne Altersgrenzen. In: Laumann K-J, Lehr U, Mechling H, Tillmann F, Widmann-Mauz A (Hrsg.): *Prävention bis ins hohe Alter*. Konrad-Adenauer-Stiftung e.V. Sankt Augustin, Berlin: Zukunftsforum Politik 2009; 9–25.
- Levy BR, Slade M, Kunkel S, Kasl S. Longitudinal benefit of positive Self-perceptions of ageing on functioning health. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences* 2002, 57 B, 409–17.
- Lux R, Patzelt C, Schneider N. Altersbilder im Gesundheitssystem. In: Berner F, Rossow J, Schwitzer KP (Hrsg.): *Altersbilder in der Wirtschaft, im Gesundheitswesen und in der pflegerischen Versorgung*. Band 2. Wiesbaden: VS Verlag 2011 (im Druck).
- Mechling H, Brach M, Nieder U, Nieder F, Brinkmann-Hurtig J. Bewegung und Sport – Prävention für Ältere. In: *Landesseniorenvertretung Nordrhein-Westfalen (Hrsg.). Aktives Altern. Themen und Gestaltungsmöglichkeiten für die Arbeit der kommunalen Seniorenvertretungen*. 2009; 30–7.
- Meier-Baumgartner HP, Dapp U, Anders J. *Aktive Gesundheitsförderung im Alter. Ein neuartiges Präventionsprogramm für Senioren*. 2., aktualisierte und erweiterte Auflage. Stuttgart: Kohlhammer 2006.
- Naegele G, Schmitt M. Gesundheit für ein langes Leben. In: *BMG (Hrsg.). Gesundheitsförderung und Prävention für ältere Menschen im Setting Kommune*. Tagungsdokumentation 2009; 10–4.
- Oster P, Hauer K, Specht N. Kraft- und Koordinationstraining zur Sturzprävention im Alter. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 1997; 30 (4), 289–92.
- Oswald WD, Ackermann A, Süß B. *SimA®-P in Stichworten*. 2. Auflage 2007, hrsg. von SimA-Akademie e.V.
- Oswald WD, Ackermann A, Gunzelmann T. Effekte eines multimodalen Aktivierungsprogramms (SimA-P) für Bewohner von Einrichtungen der stationären Altenhilfe. *Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie* 2006; 19 (2), 89–101.
- Othman C, Altiner A, Abholz HH. Prävention in der deutschen Hausarztpraxis im Spiegel der Forschung – ein systematischer Literaturüberblick. *Z Allg Med* 2008; 84: 36–42.
- Resch K, Strümpel C, Wild M, Hackl C, Lang G (Hrsg der deutschen Ausgabe). *Evidenzbasierte Leitlinien für die Gesundheitsförderung älterer Menschen*, Wien: Österreichisches Rotes Kreuz 2010; www.healthproelderly.com.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. *Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens*, Sondergutachten 2009. Baden-Baden: Nomos 2010.
- Sallis JF, King AC, Sirard JR, Albright CL. Perceived environmental predictors of physical activity over 6 months in adults: activity counseling trial. *Health Psychol.* 2007; 26 (6): 701–9.
- Sechster Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. *Altersbilder in der Gesellschaft und Stellungnahme der Bundesregierung (Bundestagsdrucksache 12/7992)*. Berlin 2010.
- Steckelberg A, Hülpenhaus C, Haastert B, Mühlhauser I. Effect of evidence based risk information on “informed choice” in colorectal cancer screening: randomised controlled trial. *BMJ* 2011.
- Strawbridge WJ, Deleger S, Roberts RE, Kaplan GA. Physical activity reduces the risk of subsequent depression for older adults. *American Journal of Epidemiology* 2002; 156(4): 328–34.

- Trojan A, Legewie H. Stärkung gesundheitsförderlicher Lebensbedingungen – Handlungsvorschläge für eine „Gesundheits“-Politik, die diesen Namen verdient. *Forum Gemeindepsychologie* Jg. 12/2007 (1).
- Tucker-Seeley RD, Subramanian SV, Li Y, Sorensen G. Neighborhood safety, socioeconomic status, and physical activity in older adults. *American Journal of Preventive Medicine* 2009; 37: 3, 207–13.
- van Stralen M, De Vries H, Mudde AN, Bolman C, Lechner L. Determinants of initiation and maintenance of physical activity among older adults: a literature review. *Health Psychology Review* 3; 2009; Nr. 2, 147–207.
- van't Veer-Tazelaar PJ, van Marwijk HW, van Oppen P, van Hout HP, van der Horst HE, Cuijpers P, Smit F, Beekman AT. Stepped-care prevention of anxiety and depression in late life: a randomized controlled trial. *Arch Gen Psychiatry*. 2009 Mar; 66 (3): 297–304.
- Vereinte Nationen. Report of the Second World Assembly on Ageing, Madrid, 8–12 April 2002 (Dokument A/CONF. 197/9), auszugsweise deutsche Übersetzung.
- von dem Knesebeck O, Bönte M, Siegris J, Marceau L, Link C, McKinlay J: Diagnose und Therapie einer Depression im höheren Lebensalter – Einflüsse von Patienten- und Arztmerkmalen. *Psychother Psych Med* 2010a; 60: 98–103.
- von dem Knesebeck O, Wittorf A, Meisner C, Wolwer W, Wiedemann G, Herrlich J, Bechdorf A, Müller BW, Sartory G, Wagner M, Kircher T, König HH, Engel C, Buchkremer G. Differences in the Diagnosis and management of Type 2 Diabetes in 3 Countries (US, UK, and Germany). Results from a Factorial Experiment. *Medical Care* 2010b; Vol 48, No 4.
- von dem Knesebeck O, Bönte M, Siegrist J, Marceau L, Link C, Arber S, Adams A, McKinlay J. Country differences in the diagnosis and management of coronary heart disease – a comparison between the US, the UK and Germany. *BMC Health Services Research* 2008; 8: 198.
- von Renteln-Kruse (Hrsg). *Medizin des Alterns und des alten Menschen*. Darmstadt: Steinkopf 2004.
- Walter U, Flick U, Neuber A, Fischer C, Hussein RJ, Schwartz FW. Putting prevention into practice: qualitative study of factors that inhibit and promote preventive care by general practitioners with a focus on elderly patients. *BMC Family Practice* 2010; 11 (68): 1–33.
- Walter U, Flick U, Schwartz FW, Neuber A, Fischer C. Alt und gesund? Altersbilder und Präventionskonzepte in der ärztlichen und pflegerischen Praxis. Wiesbaden: VS-Verlag 2006.
- Walter U, Robra BP, Schwartz FW. Prävention. In: Schwartz FW, Walter U, Siegrist J, Kolip P, Leidl R, Dierks ML, Busse R, Schneider N (Hrsg): *Public Health: Gesundheit und Gesundheitswesen*, München: Urban & Fischer Verlag (im Druck)
- WHO. *Active Ageing. A Policy Framework*. Geneva 2002.
- Wurm S, Tesch-Römer C, Tomasik MJ. Longitudinal finding aging-related cognitions, control beliefs and health in later life. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences* 2007; 62B (3), 156–64.

This page intentionally left blank

16 Präventive Hausbesuche für ältere Menschen

Matthias Meinck

Abstract

Präventive Hausbesuche im Alter zielen auf die Reduktion von Mortalität, Pflegeheimaufnahmen und Krankenhausbehandlungen sowie die Verbesserung des funktionalen Status und des allgemeinen Wohlbefindens älterer Menschen. Über mehrere Jahrzehnte wurden zumeist randomisiert kontrollierte Studien ausschließlich im Ausland durchgeführt. Systematische Übersichtsarbeiten und Meta-Analysen kamen dabei nicht zu übereinstimmenden Ergebnissen. Mittlerweile wurden auch in Deutschland lokal begrenzte und nicht aufeinander abgestimmte kontrollierte Studien durchgeführt, die keinen gesicherten Wirksamkeitsnachweis erbrachten. Präventive Hausbesuche können daher derzeit nicht als regelhaftes Versorgungsangebot im deutschen Gesundheits-/Sozialsystem empfohlen werden. Ihre Wirksamkeit sollte im Rahmen eines nationalen multi-zentrischen Forschungsprogramms noch systematischer untersucht werden.

Preventive home visits for the elderly aim at reducing mortality, avoiding admissions to nursing homes and hospitals and improving the functional status and general well-being. Over several decades, a large number of randomized controlled studies have been carried out in an international context to test their effectiveness. Several systematic reviews, partly employing meta-analysis, showed conflicting results. In Germany, only a few local and uncoordinated controlled studies were conducted. They showed no favourable effects. The introduction of preventive home visits for the elderly into the German health care system is therefore currently not advisable. Further studies, constituting a national multi-centre research program, are needed to determine their effectiveness.

16

16.1 Was sind präventive Hausbesuche und worauf zielen sie ab?

Vor dem Hintergrund demografischer Alterungsprozesse wurde bereits in den 80-er Jahren in verschiedenen Ländern damit begonnen, präventive Hausbesuche bei älteren Menschen zu erproben. Ältere Menschen wurden dabei in ihrer privaten Wohnung, in betreuten Wohnrichtungen oder in Wohngemeinschaften durch Hausbesucher aufgesucht, sofern sie hierfür bereit waren. Zur Bewertung der spezifischen individuellen Belange des älteren Menschen und der Ableitung präventiver Empfehlungen wird beim präventiven Hausbesuch ein geriatrisches Assessment durchgeführt, das neben individuellen gesundheitsfördernden Ressourcen auch gesundheitliche Risiken ermittelt. Umfassende geriatrische Assessments erstrecken sich

dabei auf folgende Bereiche: körperlicher Status, psychische Situation, soziale Situation, Wohnsituation. Ferner können persönliche Selbstversorgungsfähigkeit, Krankheitszeichen, Schmerzen, Schlafstörungen, Zahngesundheit, Alltagsaktivitäten, Stimmung und Antrieb, Medikamentengebrauch, Lebensgewohnheiten, Impfschutz und die Inanspruchnahme medizinischer Versorgungsleistungen erfasst werden. Für eine Vielzahl dieser Assessmentbereiche stehen standardisierte und auch sehr weitgehend validierte Erhebungsinstrumente zur Verfügung, etwa für den Bereich Selbstversorgungsfähigkeit der Barthel-Index, für den Bereich Stimmung und Antrieb die Geriatrische Depressionsskala (Lübke et al. 2004; Yesavage et al. 1982). Aber auch bereichsübergreifend konzipierte und ursprünglich für einen Einsatz in der Allgemeinarztpraxis entwickelte Erhebungsinstrumente wie z. B. das Health Risk Appraisal for Older People – HRA-O (Stuck et al. 2007) oder das Standardised Assessment of Elderly People in Primary Care – STEP (Junius et al. 2002) kamen im Rahmen der Erprobung präventiver Hausbesuche bereits zum Einsatz. Als Hausbesucher wurden eingesetzt: Ärzte (meist Hausärzte oder Geriater), Arzthelfer, Pflegefachkräfte (auch Familien-Gesundheitsschwestern), Präventivkräfte, Therapeuten oder Freiwillige.

Der Schwerpunkt im Zusammenhang mit präventiven Hausbesuchsprogrammen gegebenen Empfehlungen liegt zumeist auf den eigenen Handlungsbereichen der älteren Menschen und auf ihrer sozialen Umwelt. Darüber hinaus können im Rahmen von präventiven Hausbesuchen ausgesprochene Empfehlungen erfordern, dass Haus- oder Fachärzte aktiv werden und anderweitige kommunale, soziale und medizinische Dienste eingeschaltet werden. Der Erfolg ist damit an die Bereitschaft der besuchten älteren Menschen zur aktiven Mitwirkung und an das Vorhandensein und die Kooperationsbereitschaft von unterschiedlichen Anbietern geknüpft. Breit ausgerichtete präventive Hausbesuchsprogramme für ältere Menschen zielen auf die Reduzierung von Mortalität, die Vermeidung oder Verzögerung von Pflegebedürftigkeit, Pflegeheim- und Krankenhausaufnahmen sowie auf die Verbesserung des funktionalen Status und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität. Einzelne Programme mit engeren Zieldefinitionen beschränken sich z. B. darauf, Stürze oder ungeplante Wiederaufnahmen in ein Krankenhaus zu vermeiden. Diese zielbezogen eng ausgerichteten präventiven Hausbesuchsprogramme sind jedoch nicht Gegenstand dieses Beitrags.

16.2 Präventive Hausbesuche in anderen Ländern

Nur in wenigen Ländern sind präventive Hausbesuche Regelleistungen. In Dänemark bspw. haben die Bürger ab einem Alter von 75 Jahren seit dem Jahr 1996 einen gesetzlichen Anspruch auf mindestens zwei präventive Hausbesuche pro Jahr, die durch Städte und Gemeinden sichergestellt werden müssen und bedarfsbezogen auszugestalten sind (Vass et al. 2005 und 2007). Dieser gesetzliche Anspruch wurde im Jahr 2005 für Personen mit einem bereits bestehenden Hilfebedarf wieder aufgehoben. Die Umsetzung gestaltet sich von Ort zu Ort verschieden. Häufig werden z. B. Allgemeinmediziner nicht beteiligt und nicht immer erfolgt ein standardisierter Gesundheitscheck. Die Inanspruchnahmebereitschaft wird mit rund 60% angege-

ben, wobei weniger als die Hälfte der Städte und Gemeinden bis zum Jahr 2005 spezielle Leitlinien oder Qualitätskontrollmechanismen implementiert hatten (Hendriksen und Vass 2005). Daher wurden nachfolgend verstärkt Bemühungen unternommen, einheitliche qualitätsgesicherte Standards für die Umsetzung zu entwickeln und zu etablieren (Vass et al. 2004; Ekmann et al. 2010).

Auch in Japan erfolgen präventive Hausbesuche durch Städte und Gemeinden bei in der Häuslichkeit lebenden älteren Menschen. Nach Einführung der sozialen Pflegeversicherung im Jahre 2000 wurde die Zielgruppe auf ältere Menschen (> 65 Jahre) ohne Beeinträchtigungen in den Aktivitäten des täglichen Lebens und damit auch ohne Anspruch auf Leistungen aus dieser Pflegeversicherung beschränkt (Yamada et al. 2010).

1998 wurden in Australien per Gesetz „Gesundheitsassessments“ durch Allgemeinärzte für Menschen ab 75 Jahren eingeführt. Diese präventiv ausgerichteten Gesundheitsassessments können auch als Hausbesuche durchgeführt werden.

Damit sind präventive Hausbesuche für ältere Menschen bis dato nur in sehr wenigen Ländern Regelleistungen in Sozial-/Gesundheitssystemen. In Deutschland haben Hausärzte seit dem Jahre 2005 die Möglichkeit, ein sog. „Hausärztlich-geriatrisches Basisassessment“ durchzuführen. Im Gegensatz zum australischen „Gesundheitsassessment“ gibt es hier keine explizite Altersgrenze und auch keine vorrangig präventive Ausrichtung. Anders als die Vorsorgeuntersuchungen (z. B. Krebsfrüherkennung) ist das Hausärztlich-geriatrische Basisassessment durch Hausärzte in Deutschland nicht extrabudgetär abrechenbar. Somit sind die Anreize zur Durchführung für die Hausärzte nicht sonderlich stark ausgeprägt.

In verschiedenen anderen Ländern mit zumeist demografisch alternden Bevölkerungen wurden auf lokaler Ebene Modelle und Studien durchgeführt (z. B. Großbritannien, Kanada, Schweiz, USA, Schweden). Nur selten wurden diese Aktivitäten auch regelhaft weitergeführt. In Deutschland unterbreiten aktuell nur ganz vereinzelte Institutionen auf lokaler Ebene (bspw. Wohlfahrtsverbände, einzelne Krankenkassen) älteren Menschen präventive Hausbesuchsangebote.

16.3 Stand der internationalen Forschung

In mehreren systematischen Übersichtsarbeiten wurden eine Reihe kontrollierter und randomisiert kontrollierter Studien aus den drei zurückliegenden Dekaden zur Wirksamkeit präventiver Hausbesuche ausgewertet (van Haastregt et al. 2000; Elkan et al. 2001; Stuck et al. 2002; Meinck et al. 2004; Huss et al. 2008). Die hierbei einbezogenen Originalarbeiten – darunter keine deutsche Studie – kennzeichnet jedoch eine erhebliche Heterogenität. Neben der Durchführung unter den Bedingungen unterschiedlicher Versorgungssysteme variieren die Einschlusskriterien für die Teilnehmer (Alter, funktionaler/kognitiver Eingangsstatus, Sprachkenntnisse) und zentrale Programmkomponenten (z. B. Assessmentumfang, mittlere Anzahl und Dauer der Hausbesuche, Programmdauer, Anzahl und Zusatz-/Qualifikation beteiligter Professionen) zum Teil erheblich. Daher verwundert es nicht, dass signifikante studienübergreifende Effekte von Hausbesuchsprogrammen zumeist nur anhand stratifizierter studienübergreifender Auswertungen aufgezeigt werden konnten (vgl. Tabelle 16–1).

Tabelle 16–1

Übersicht der Ergebnisse aus publizierten Meta-Analysen zu präventiven Hausbesuchen im Alter

Endpunkt	Stratum anhand von Studien	Effektschätzer	Studie
Mortalität	– mit mittlerem Alter der Teilnehmer von unter 77,5 Jahren	0,76 (0,65-0,88) #	Stuck et al. 2002
	– mit mittlerem Alter der Teilnehmer von unter 77,5 Jahren	0,74 (0,58-0,94)*	Huss et al. 2008
	– mit Einschluss von nicht nur altersgebrechlichen Teilnehmern	0,76 (0,64-0,89) *	Elkan et al. 2001
funktionaler Status	– mit Durchführung eines multidimensionalen Assessments mit Follow-up	0,76 (0,64-0,91) #	Stuck et al. 2002
	– mit Durchführung einer klinischer Untersuchung im Rahmen des initialen multidimensionalen Assessments	0,64 (0,48-0,87)*	Huss et al. 2008
	– mit bei einer Mortalität in der Zielgruppe von unter 6 %	0,78 (0,64-0,95) #	Stuck et al. 2002
Pflegeheimübertritte	– mit Einschluss von nicht nur altersgebrechlichen Teilnehmern	0,65 (0,46-0,91) *	Elkan et al. 2001
	– mit einer mittleren Anzahl der Hausbesuche > 9	0,66 (0,48-0,92) #	Stuck et al. 2002

* Odds Ratio, # Relatives Risiko, Konfidenzintervall in Klammern

Versorgungs-Report 2012

WIdO

16.4 Erfahrungen mit präventiven Hausbesuchen in Deutschland

16

Die Ergebnisse im Ausland durchgeführter kontrolliert randomisierter Studien sind jedoch nur eingeschränkt auf die Bedingungen in Deutschland übertragbar, da Möglichkeiten wirtschaftlicher und zweckmäßiger Verbesserungen in der Prävention vom jeweiligen nationalen Versorgungsstandard abhängig sind. Inzwischen gibt es auch in Deutschland eine Reihe unterschiedlicher Aktivitäten und Forschungsbestrebungen im Zusammenhang mit einer möglichen Einführung präventiver Hausbesuche als Regelleistung in die Gesundheits-/Sozialsysteme.

Die im Jahr 2002 abgeschlossene Münchner Machbarkeitsstudie „Prävention im Alter – geriatrisch fundierte Hausbesuche bei älteren Menschen“ zielte auf die frühzeitige Entwicklung eines praktischen Umsetzungskonzepts. Zielgruppe waren unabhängige Ältere über 65 Jahre ohne Pflegebedürftigkeit. Dabei zeigten sich erhebliche Barrieren beim Zugang zur Zielgruppe. Etwas vorteilhafter gegenüber einer Kontaktaufnahme via Einwohnermelderegister erwies sich dabei die Kontaktaufnahme über Hausärzte. Ferner stellte sich heraus, dass es umfassender Information und Öffentlichkeitsarbeit bedarf, damit dieses neue, noch weitgehend unbekanntes Leistungsangebot angenommen wird (Bayerischer Forschungs- und Aktionsverbund Public Health 2002).

Im Jahr 2002 empfahl ein Gutachten „Gesund altern. Stand der Prävention und Entwicklung ergänzender Präventionsstrategien“ im Auftrag des Bundesministeri-

ums (Kruse 2002) eine regelhafte Einführung präventiver Hausbesuche. Erste Entwürfe für ein deutsches Präventionsgesetz griffen diese Empfehlung auf.

Das Kompetenz-Centrum Geriatrie erkannte 2003 in einer systematischen Grundsatzstellungnahme zwar die grundsätzliche Wirksamkeit präventiver Hausbesuche im Alter als ausreichend belegt an. Die Relevanz einzelner Einflussfaktoren auf das Ergebnis präventiver Hausbesuche konnte im Lichte der ausgewerteten Studien jedoch nicht sicher bewertet werden. So konnten keine randomisiert kontrollierten Studien identifiziert werden, die bei ansonsten gleichem Setting vergleichend den Einfluss einzelner Faktoren (z. B. Qualifikation/Profession des Beraters, Dauer der Gesamtintervention, Gesamtzahl der Besuche, inhaltliche Konzeption der Besuche) untersuchten. Zudem fanden sich keine randomisiert kontrollierten Studien, die die Effektivität präventiver Hausbesuche (Bringstruktur) gegenüber anderen präventiven Beratungsangeboten wie Gruppenangebote in der Hausarztpraxis oder im geriatrischen Zentrum (Kommstruktur) untersuchten. Aufgrund der mangelnden Evidenz und der eingeschränkten Übertragungsmöglichkeiten internationaler Erfahrungen auf die spezifischen Bedingungen des deutschen Gesundheitssystems konnte deshalb im Jahre 2003 die Einführung präventiver Hausbesuche nicht empfohlen werden. Stattdessen plädierte das Kompetenz-Centrum Geriatrie dafür eine ausreichende Evidenzgrundlage zu schaffen (Lübke und Meinck 2003).

Nach einer kritischen Auseinandersetzung mit diesem Thema verabschiedete die AG 3 „Gesund altern“ des Deutschen Forums Prävention und Gesundheitsförderung (jetzt Bundesvereinigung für Prävention und Gesundheitsförderung) im März 2005 eine Empfehlung mit der gleichen Zielrichtung (www.bvpraevention.de): *„... empfiehlt deshalb, zunächst ressortübergreifend finanziert und differenziert evaluierte Modellvorhaben zum Präventiven Hausbesuch durchzuführen. Es ist davon auszugehen, dass bei flächendeckender Regeleinführung der Hausbesuchsprogramme zusätzliche Ausgaben in Höhe von mehreren Milliarden Euro entstehen. Deshalb muss in kontrollierten Evaluationsstudien gesundheitsökonomisch das Verhältnis von Aufwand und Nutzen präzise bestimmt werden. Vorhandene Versorgungsstrukturen sind bei der organisatorischen Ausgestaltung der Hausbesuchsprogramme für Ältere vorrangig zu berücksichtigen. Ebenso muss in den mit ausreichender Dauer und ausreichenden Fallzahlen geplanten Begleitstudien nachgewiesen werden, dass die durch die Einführung dieses Präventionsinstruments erreichten Einsparungen bei medizinischen und pflegerischen Kosten den jeweiligen Kostenträgern (GKV, SPV, Kommunen) zugeordnet werden können, um die jeweiligen Anteile bei einer evtl. anschließenden Regelfinanzierung entsprechend zu bestimmen.“*

Ein im Jahre 2006 durchgeführter Expertenworkshop im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit stützte die Bewertung des KCG und die o. g. Empfehlung. Die Experten gingen in Einzelfragen aber noch weiter und empfahlen die Erprobung im Rahmen eines randomisiert kontrollierten multizentrischen Studienprogramms, für das sie bereits erste inhaltliche Eckpunkte systematisch zu prüfender Programmelemente vorschlugen. Sie sprachen sich zugleich für die Einsetzung einer Planungsgruppe zur Vorbereitung aus (Bundesvereinigung für Gesundheit 2006).

Zu diesem Zeitpunkt hatten aber zwei Krankenkassen bereits regional begrenzte kontrollierte Erprobungsvorhaben (Projekt „mobil“ der BKK Bosch und Projekt „Gesund älter werden“ der AOK Niedersachsen) gestartet (dip – Deutsches Institut

für Angewandte Pflegeforschung 2008; Theile et al. 2008). Beide Modellvorhaben unterscheiden sich in wesentlichen inhaltlichen, jedoch nicht in systematisch variierten Merkmalen (z. B. Alter der Teilnehmer). Ein weiteres durch das BMBF gefördertes und später begonnenes kontrolliertes Erprobungsvorhaben (Projekt „Altern zu Hause“) (Fleischer et al. 2008) beinhaltet wiederum andere Altersgrenzen. Tabelle 16–2 fasst ausgewählte Merkmale der drei kontrollierten deutschen Studien zusammen.

Tabelle 16-2

Ausgewählte Charakteristika kontrollierter Erprobungsvorhaben in Deutschland

	Projekt „mobil“ (dip 2008)	Projekt „Gesund älter werden“ (Theile et al. 2008)	Projekt „Altern zu Hause“ (Fleischer et al. 2008; Fleischer et al. 2010; Röling et al. 2009)
Zielgruppe	75 Jahre und älter ohne Pflegeeinstufung keine bekannte kognitive Beeinträchtigung	68–79 Jahre ohne Pflegeeinstufung ausreichende Deutschkennt- nisse	80 Jahre und älter Pflegestufe nicht > 1 zu Hause lebend ausreichende Deutschkennt- nisse keine kognitive Beeinträch- tigung
Zugangswege zur Zielgruppe	Routinedaten einer Krankenkasse	Routinedaten einer Krankenkasse	Arztpraxen Pflegeliaisondienst im Krankenhaus Einwohnermelderegister
Zielkriterien	Einstufung in die Pflege- versicherung Einzug ins Pflegeheim Anzahl der Krankenhaustage/-kosten Gesundheitskosten Funktionale Fähigkeiten Subjektiver Gesundheits- zustand	Mortalität Pflegebedürftigkeit Einweisung in das Pflegeheim Häusliche Krankenpflege Krankenhaustage/-kosten Auftreten von sturzbedingter Fraktur, Schlaganfall Ambulante, Vorsorgelei- stungen und Gesundheits- förderungsmaßnahmen Vorsorgeleistungen und Maßnahmen der Gesund- heitsförderung Arzneimittelverordnungen/- kosten	Primär: Pflegeheimaufnahmerate Sekundär: Inanspruchnahme medizinischer Leistungen und Kosten gesundheitsbezogene Funktionsfähigkeit gesundheitsbezogene Lebensqualität Sturzprävalenz Zeit bis zur Pflegeheim- aufnahme inkrementelle Kosteneffek- tivität und Kosten-Nutzwert- Verhältnis
Ergebnisse	keine signifikanten Effekte	Berichtsphase	keine signifikanten Effekte*

ADL – Aktivitäten des täglichen Lebens

IADL – instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens

* Eine signifikant reduzierte Mortalität wird von den Autoren bisher nicht als Wirksamkeit interpretiert, da im Studienprotokoll dieser Endpunkt a priori nicht definiert wurde (NCT00644826) (Röling et al. 2009)

Da keine der drei kontrollierten Studien für die a priori im Studienprotokoll festgelegten Ergebniskriterien gesicherte Effekte der präventiven Interventionen ermitteln konnte, liegen auch weiterhin keine ausreichend belastbaren Belege für die Wirksamkeit präventiver Hausbesuche aus methodisch hochwertigen Studien in Deutschland vor. Aber nur solche Ergebnisse würden eine flächendeckende und regelhafte Einführung ausreichend legitimieren. Zudem verweisen die konkreten Umsetzungsprobleme dieser deutschen Studien auf weiterhin sehr grundsätzliche, noch klärungsbedürftige methodische Fragen (z. B. Definition einer geeigneten und inanspruchnahmebereiten Zielgruppe, effektiver Zugangsweg zur Zielgruppe, Programmdauer). Der gezielten Erreichbarkeit ausgewählter Teilgruppen älterer Menschen für präventive Hausbesuche widmet sich ein aktuell noch nicht vollständig abgeschlossenes BMBF-gefördertes Forschungsvorhaben (Theile et al. 2010).

Die aus dem deutschen Arm der kontrolliert randomisierten PRO-AGE-Studie aktuell publizierten Ergebnisse ermöglichen zwar keine Unterscheidung zwischen den Effekten eines über die Hausärzte empfohlenen präventiven Gruppenangebots und eines präventiven Hausbesuchs (Dapp et al. 2011). Da die Teilnehmer in der Interventionsgruppe jedoch frei zwischen beiden Präventionsangeboten wählen konnten, gibt die Tatsache, dass sich nur jeder zehnte Teilnehmer für präventive Hausbesuche entscheidet, Anhaltspunkte für eine nur geringe Inanspruchnahmebereitschaft von über 60-jährigen Patienten aus Allgemeinarztpraxen, die keine kognitiven oder anderen pflegerelevanten Beeinträchtigungen bzw. Sprachbarrieren aufweisen.

Die bisher nicht umgesetzten Empfehlungen für ein umfassendes multizentrisches Erprobungsprogramm zur systematischen Prüfung möglicher Erfolgsdeterminanten präventiver Hausbesuche haben daher unverändert ihre Berechtigung. Hierbei sind hinreichend lange Beobachtungszeiträume und biometrische Planungen vorzusehen. Zudem sollten zumindest einige wichtige Programmparameter wie etwa versichertenseitige Einschlusskriterien oder Qualifikation der Hausbesucher systematisch variiert werden, um fundierte Aussagen zu ihrem Einfluss auf die Ergebnisse präventiver Hausbesuche ableiten zu können. Für die Erprobung präventiver Hausbesuche sollten prioritär bereits vorhandene Versorgungsstrukturen berücksichtigt werden.

Insgesamt sollten die Anstrengungen um ein primär evidenzbezogen auszurichtendes multizentrisches Erprobungsvorhaben intensiviert werden, um in naher Zukunft fundierte Grundlagen für die Ausgestaltung dieses zunehmend wichtigeren Versorgungsbereichs von älteren Menschen in Deutschland zu schaffen. Eine regelhafte Einführung präventiver Hausbesuche für ältere Menschen erscheint derzeit weiterhin nicht ausreichend wissenschaftlich begründet.

Literatur

- Bayerischer Forschungs- und Aktionsverbund (Hrsg). Prävention in Alter – geriatrisch fundierte Hausbesuche bei älteren Menschen. Abschlussbericht. München: Bayerischer Forschungs- und Aktionsverbund Public Health (Hrsg) 20.11.2002.
- Bundesvereinigung für Gesundheit (Hrsg). Dokumentation des Experten-Hearings „Präventiver Hausbesuch im Alter“ durchgeführt von der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e. V. im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit für die Arbeitsgruppe 3 „Gesund altern“ des Deutschen Forums Prävention und Gesundheitsförderung am 23. November 2005 in Bonn. <http://www.bvpraevention.de> (28. April 2011).
- Dapp U, Anders JAM, von Renteln-Kruse W, Minder CE, Meier-Baumgartner HP, Swift CG et al. A Randomized Trial of Effects of Health Risk Appraisal Combined With Group Sessions or Home Visits on Preventive Behaviors in Older Adults. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2011; 66 (5): 591–8.
- dip – Deutsches Institut für Angewandte Pflegeforschung (Hrsg). Präventive Hausbesuche bei Senioren. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft 2008.
- Ekmann A, Vass M, Avlund K. Preventive home visits to older home-dwelling people in Denmark: are invitation procedures of importance? *Health Soc Care Community* 2010; 18 (6): 563–71.
- Elkan R, Kendrick D, Dewey M, Hewitt M, Robinson J, Blair M et al. Effectiveness of home based support for older people: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2001; 323 (7315): 719–25.
- Fleischer S, Roling G, Beutner K, Hanns S, Behrens J, Luck T et al. Growing old at home – A randomized controlled trial to investigate the effectiveness and cost-effectiveness of preventive home visits to reduce nursing home admissions: study protocol [NCT00644826]. *BMC Public Health* 2008; 8 (1): 185.
- Fleischer S, Sesselmann A, Roling G, Behrens J, Luck T, Riedel-Heller SG. Partizipation im individuellen Lebensumfeld: Analyse des Modells der präventiven Hausbesuche, Vortrag auf dem DGSMK-Kongress 2010. Individualisierte Prävention und Epidemiologie: Die moderne Medizin. Berlin, 22.09.2010.
- Hendriksen C, Vass M. Preventive home visits to elderly people in Denmark. *Z Gerontol Geriatr* 2005; 38 (0): i31–3.
- Huss A, Stuck AE, Rubenstein LZ, Egger M, Clough-Gorr KM. Multidimensional preventive home visit programs for community-dwelling older adults: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2008; 63 (3): 298–307.
- Junius U, Fischer G (für die STEP-Gruppe): Geriatrisches Assessment für die hausärztliche Praxis. Ergebnisse einer konzertierten Aktion aus sieben europäischen Ländern. *Z Gerontol Geriatr* 2002; 35 (3): 210–23.
- Kruse A. Gesund altern – Stand der Prävention und Entwicklung ergänzender Präventionsstrategien. Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg). Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit (Band 146). Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft 2002.
- Lübke N, Meinck M. Wirksamkeit präventiver Hausbesuche im Alter (0003-2003). Kompetenz-Centrum Geriatrie beim MDK Hamburg (Hrsg). Hamburg: KCG 15.12.2003.
- Lübke N, Meinck M, von Renteln-Kruse W. Der Barthel-Index in der Geriatrie. Eine Kontextanalyse zum Hamburger Einstufungsmanual. *Z Gerontol Geriatr* 2004; 37: 316–26.
- Meinck M, Lübke N, Lauterberg J, Robra B-P. Präventive Hausbesuche im Alter: eine systematische Bewertung der vorliegenden Evidenz. *Gesundheitswesen* 2004; 66 (11): 732–8.
- Roling G, Fleischer S, Hanns S, Luck T, Heinrich S, Rothgang H et al. Altern zu Hause – Unterstützung durch präventive Hausbesuche. *Hallesche Beiträge zu den Gesundheits- und Pflegewissenschaften* 2009; (35): 1–20.
- Stuck AE, Kharicha K, Dapp U, Anders J, von Renteln-Kruse W, Meier-Baumgartner HP et al. The PRO-AGE study: an international randomised controlled study of health risk appraisal for older persons based in general practice. *BMC Med Res Methodol* 2007; 7 (1): 1–14.
- Stuck AE, Egger M, Hammer A, Minder CE, Beck JC. Home visits to prevent nursing home admission and functional decline in elderly people: systematic review and meta-regression analysis. *JAMA* 2002; 287 (8): 1022–8.

- Theile G, Heim S, Patzelt C, Deitermann B, Walter U, Hummers-Pradier E. Präventive Hausbesuche – wen interessieren sie eigentlich? In: Kirch W, Middeke M, Rychlik R (Hrsg). Aspekte der Prävention. Stuttgart: Georg Thieme 2010; 182–90.
- Theile G, Hummers-Pradier E, Junius-Walker U. Studie zu präventiven Hausbesuchen. *Präv Gesundheitsf* 2008; 3 (4): 281–8.
- van Haastregt JCM, Diederiks JPM, van Rossum E, de Witte LP, Voorhoeve PM, Crebolder HFJM. Effects of a programme of multifactorial home visits on falls and mobility impairments in elderly people at risk: randomised controlled trial. *BMJ* 2000; 321 (7267): 994–8.
- Vass M, Avlund K, Hendriksen C, Philipson L, Riis P. Preventive home visits to older people in Denmark: Why, how, by whom, and when? *Z Gerontol Geriatr* 2007; 40 (4): 209–16.
- Vass M, Avlund K, Kvist K, Hendriksen C, Andersen CK, Keiding N. Structured home visits to older people. Are they only of benefit for women? A randomised controlled trial. *Scand J Prim Health Care* 2004; 22(2): 106–11.
- Vass M, Avlund K, Lauridsen J, Hendriksen C. Feasible Model for Prevention of Functional Decline in Older People: Municipality-Randomized, Controlled Trial. *JAGS* 2005; 53 (4): 563–8.
- Yamada Y, Vass M, Hvas L, Igarashi A, Hendriksen C, Avlund K. Collaborative relationship in preventive home visits to older people. *Int J Older People Nurs* 2010; 6 (1): 33–40.
- Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res* 1982; 17 (1): 37–49.

This page intentionally left blank

17 Wie könnte die Versorgung von Menschen mit Demenz im Jahre 2030 aussehen?

Ergebnisse eines interdisziplinären Szenario-Prozesses (Sze-Dem)

Horst Christian Vollmar, Ines Buscher und Sabine Bartholomeyczik

Abstract

Um die Gesundheitsversorgung von Menschen mit Demenz in der Zukunft antizipieren zu können, wurde ein multidisziplinärer Szenario-Prozess initiiert. Die Szenario-Methode ist ein gebräuchliches Tool aus dem strategischen Management. Sie hilft auf der Basis qualitativer und quantitativer Daten alternative Bilder der Zukunft zu ermitteln. Als Ergebnis des Szenario-Prozesses wurden fünf konsistente Szenarien entwickelt. Zwei davon lassen sich als sogenannte Dark Scenarios mit sehr schlechten Perspektiven klassifizieren; ein weiteres wurde betitelt mit „gut gemeint, aber schlecht gemacht“. Zwei Szenarien wiesen überwiegend positive Aspekte auf, wenngleich eines die Tendenz zu einem „Orwellischen Überwachungsstaat“ zeigte. Die Autoren versuchen Handlungsoptionen und Empfehlungen zu geben, um die Entwicklung eher in Richtung der positiven Szenarien zu beeinflussen.

To anticipate the health care of people with dementia in the future, a multidisciplinary scenario process was initiated. The scenario method is a commonly used tool in strategic management. It helps to create alternative images of the future based on qualitative and quantitative data and provides a systematic process. As a result of the scenario process, five consistent scenarios have been developed. Two of these can be classified as so-called dark scenarios with very poor prospects, another has been described as „well-meant, but badly done“. Two scenarios have mainly positive aspects, although one shows a tendency towards an „Orwellian police state“. The authors try to provide options and recommendations on how to influence the development in the direction of the positive scenarios.

17

17.1 Einleitung

Demenzkrankungen haben sich zu einer Volkskrankheit entwickelt, deren Inzidenz und Prävalenz aufgrund der demografischen Veränderungen weltweit zunehmen werden. Auch Deutschland ist von dieser Entwicklung betroffen: Schätzungsweise eine Million Deutsche leiden an einer Demenz und es treten ca. 200 000 Neuerkrankungen pro Jahr auf (Bickel 2001; Vollmar et al. 2008). Prognosen zufolge wird sich diese Zahl bis zum Jahr 2030 ungefähr verdoppeln. Bereits heute gehören Demenz-

erkrankungen zu den größten Krankheitskostenverursachern in Deutschland – ca. 9,4 Milliarden Euro wurden 2008 für medizinische Heilbehandlungen, Rehabilitati-on und Pflege ausgegeben (Statistisches Bundesamt Deutschland 2010). Die Politik hat dem Rechnung getragen und die krankheits- und versorgungsbezogene Forschungs-förderung in diesem Bereich durch Gründung neuer Institutionen sukzessive angehoben (Kompetenznetzwerk Demenzen 2001/2002, krankheitsbezogenes Kom-petenznetz zum Thema Degenerative Demenzen (KNDD) 2006/2007, Leuchtturm-projekte Demenz 2007/2008 und zuletzt das Deutsche Zentrum für Neurodegenera-tive Erkrankungen (DZNE; 2008/2009 unter dem Dach der Helmholtz-Gemein-schaft). Diesen Anstrengungen auf der Forschungsseite stehen Defizite in der Versor-gung und Betreuung von Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen gegenüber, wie dies z. B. der 4. Altenbericht und das Sondergutachten des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen thematisiert haben (Bun-desministerium für Familie Senioren Frauen und 2002; Sachverständigenrat zur Be-gutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2009). Hinzu kommt, dass auf-grund einer Veränderung der Gesellschaftsstrukturen von einem Rückgang des fami-liären Versorgungspotenzials ausgegangen wird (Bartholomeyczik et al. 2006). Im-mer mehr Menschen mit Demenz werden demzufolge allein leben. Die Demenz wird zu einer zunehmenden gesellschaftlichen und gesundheitsökonomischen Herausfor-derung. Wie sich die Versorgungssituation in der Zukunft gestalten wird und welche Weichen bereits heute gestellt werden könnten, um die zukünftige Situation in einer gewünschten Weise zu beeinflussen, ist unklar.

17.2 Ziele des Projektes

Im Hinblick auf die Relevanz der zunehmenden Probleme in der Versorgung von Menschen mit Demenz wollte das DZNE am Standort Witten in Kooperation mit dem Fraunhofer-Institut für System- und Innovationsforschung (ISI), der Technischen Universität Berlin und der Universität Witten/Herdecke den Blick für zukünftige Pro-blemstellungen schärfen und Lösungsstrategien entwerfen. Ziel war es, Szenarien für die Versorgungssituation von Menschen mit Demenz im Jahre 2030 zu entwickeln und den heutigen Akteuren Handlungsoptionen und Empfehlungen für den Umgang mit der zukünftigen Situation aufzuzeigen. Adressaten sind in erster Linie Akteure in Forschung und Politik. Auf diese Weise sollen bereits heute gezielte Entscheidungen getroffen werden, die die Weichenstellungen in die gewünschte Richtung unterstüt-zen. Das Projekt startete im März 2010 und wurde im Frühjahr 2011 abgeschlossen.

17

17.3 Methodik

Die Projektergebnisse sollen vielseitige Wechselbeziehungen zwischen den Ein-flussfeldern und eine Vielzahl denkbarer Entwicklungsrichtungen berücksichtigen. Die Szenario-Methode ist solch ein universelles Instrument, das komplexe Zu-kunftsfragen systematisch behandeln kann, sofern Informationen über beeinflus-

sende Größen, die sogenannten Deskriptoren, vorliegen (Beckert et al. 2008; Dönitz 2008; Kosow und Gaßner 2008). Da dies gerade bei Zukunftsfragen oft nicht der Fall ist, müssen die Deskriptoren, die auch als Einflussfaktoren bezeichnet werden, zunächst erarbeitet und miteinander in Beziehung gebracht werden. Hierzu wurde ein zweitägiger interdisziplinärer Experten-Workshop („von der Stammzellforscherin bis zur Architektin“) durchgeführt. Vorab wurden folgende Prämissen postuliert: In den kommenden 20 Jahren wird kein „Heilmittel“ gefunden, also eine Therapieoption, die die Demenz vollständig eliminiert. Die politische Situation in Europa bleibt weitgehend stabil, d. h. Deutschland bleibt eingebettet in die Europäische Union und die demografische Entwicklung verläuft in etwa wie prognostiziert.

Die Teilnehmer des Expertenworkshops kamen aus unterschiedlichen, für die Versorgungssituation von Menschen mit Demenz relevanten Bereichen wie beispielsweise der Pflegewissenschaft, Medizin, Ethik, Grundlagenforschung, Industrie, Politik, Gesundheitsökonomie sowie von Körperschaften. Die fachlichen Qualifikationen der Experten wiesen im Regelfall einen Demenzbezug auf. Die 54 Teilnehmer diskutierten in mehreren Arbeitsgruppen, welche Deskriptoren eine hohe Relevanz für die Versorgungssituation betroffener Menschen haben und bei der weiteren Analyse berücksichtigt werden sollten. Zudem wurden die denkbaren zukünftigen Entwicklungsmöglichkeiten der Deskriptoren, die sogenannten Ausprägungen, sowie ihre Interdependenzen diskutiert.

Die Arbeitsergebnisse wurden auf Flipcharts festgehalten und wichtige Diskussionsinhalte protokolliert. Nach Abschluss der Diskussion wurden mit Hilfe der Metaplan-Technik Prioritäten ermittelt, wobei jeder Teilnehmer drei Punkte vergeben konnte, die auch kumuliert werden konnten (Mehrmann 1994). Ziel dieses Verfahrens war es, Anhaltspunkte für eine möglicherweise notwendig werdende weitere Reduktion der Deskriptoren sowie Diskussions- und Bewertungsgrundlagen für den in einem nächsten Schritt durchzuführenden Szenario-Workshop zu erhalten. Zusätzlich erhielt jeder Workshop-Teilnehmer die Möglichkeit, eine wünschenswerte und eine negative Zukunftsentwicklung auszuformulieren.

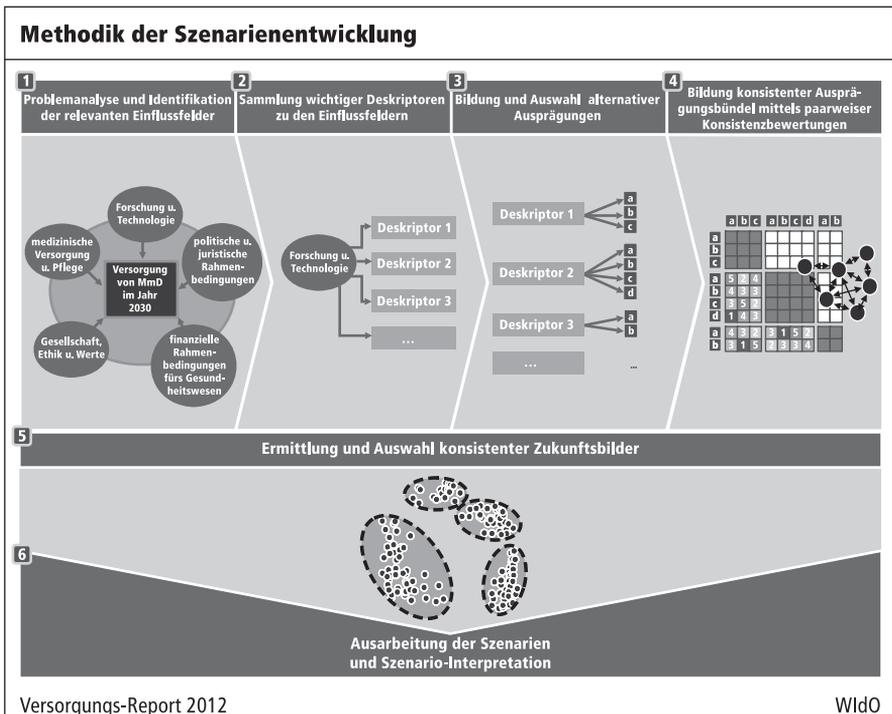
Die Ergebnisse aus den einzelnen Arbeitsgruppen fassten die Mitarbeiter des Projektteams anhand der Protokolle und Flipchart-Aufzeichnungen in einer Tabelle zusammen. Anhand der Diskussionsinhalte wurde in einem ersten Schritt überprüft, ob sich alle wichtigen Aspekte in den Ergebnissen widerspiegeln; ggf. wurden fehlende Aspekte ergänzt. In einem zweiten Schritt wurde geprüft, ob die Deskriptoren und Ausprägungen auch die Zukunftsvisionen der Experten abbildeten. In einem dritten Schritt wurde anhand der Diskussionsverläufe, der Zukunftsvisionen der Experten und der Punktebewertungen geprüft, ob Deskriptoren gestrichen oder zusammengefasst werden konnten. Am Ende des Prozesses kristallisierten sich 25 relevante Deskriptoren heraus, die die Grundlage für die Berechnung der Szenarien bildeten.

Zu jedem Deskriptor fand eine ausgedehnte Literaturrecherche statt. Ziel der Literaturanalyse war es, die im Experten-Workshop beschriebenen Ist-Zustände zu ergänzen und mit Quellen zu belegen sowie die neuen Deskriptoren theoretisch zu untermauern. Zudem wurden Entwicklungstendenzen und Zusammenhänge zwischen den Deskriptoren herausgearbeitet. Die Zusammenfassungen der Ist-Zustän-

de boten dann die Grundlage für die differenzierte Ableitung und Überarbeitung von zwei bis vier Ausprägungen jedes Deskriptors.

In dem nachfolgenden kleineren Szenario-Workshop wurde in mehreren Sitzungen mit Demenzforschern (aus den Bereichen Pflegewissenschaft und Gesundheitswissenschaft, Medizin) und Methodikern (aus den Bereichen Politikwissenschaft, Ökonomie und Wirtschaftsmathematik) eine sogenannte Konsistenzanalyse durchgeführt, um die Passfähigkeit (Konsistenz) der Deskriptoren zueinander – und dadurch auch die gegenseitigen Abhängigkeiten zwischen ihnen – zu verdeutlichen. Hierzu wurden die einzelnen Ausprägungen eines jeden Deskriptors den Ausprägungen der anderen Deskriptoren in einer sogenannten Konsistenzmatrix gegenübergestellt und in ihrer gegenseitigen Beeinflussung bewertet. Jeder Bewertung wurde ein Zahlenwert hinterlegt, der in die Matrix eingetragen wurde. Ausprägungen, die sich gegenseitig stark oder mäßig begünstigen, erhielten einen Wert von 5 oder 4. Ausprägungen, die sich gegenseitig nicht beeinflussen, wurden mit 3 bewertet und Ausprägungen, die schwer oder gar nicht gemeinsam in einer Zukunft denkbar sind, wurden mit 2 (partielle Inkonsistenz) oder 1 (totale Inkonsistenz) bewertet. Die Bewertung erfolgte auf Basis einer Diskussion und Konsensrunde zwischen den Teilnehmern des Szenario-Workshops, der Literaturrecherche und der Ergebnisse des Expertenworkshops. Die so gewonnenen Konsistenzbewertungen bildeten die Grundlage für die Berechnung der möglichen Ausprägungs-Kombinationen. Dazu wurden diese Bewertungen in eine spezielle Szenario-Software einge-

Abbildung 17–1



17

speist, die schließlich konsistente Kombinationen errechnete und diese zu einzelnen Ausprägungsbündeln zusammenfasste.

Um im nächsten Schritt zu den beschreibbaren Rohszenarien zu kommen, wurden die errechneten und reduzierten Ausprägungsbündel mit Hilfe einer Clusteranalyse weiter zusammengefasst, sodass die Ausprägungsbündel mit dem geringsten inhaltlichen Abstand mit Hilfe der hierarchischen Clusteranalyse zusammengefügt wurden. Unter Beachtung der Auswahlkriterien Konsistenz, Plausibilität, Differenzierbarkeit sowie der Interpretierbarkeit der Ergebnisse wurden schließlich die fünf in sich konsistentesten Szenarien festgelegt (Kosow und Gaßner 2008). Die Szenarien wurden ausführlich beschrieben und mit Grafiken und einer sogenannten Storyline illustriert, die jeweils einen fiktiven Anlass im Jahre 2030 beschreibt. Die ausformulierten Szenarien wurden sowohl einigen Teilnehmern des Experten-Workshops rückgespiegelt als auch auf diversen Kongressen vorgestellt (Abbildung 17-1).

17.4 Ergebnisse

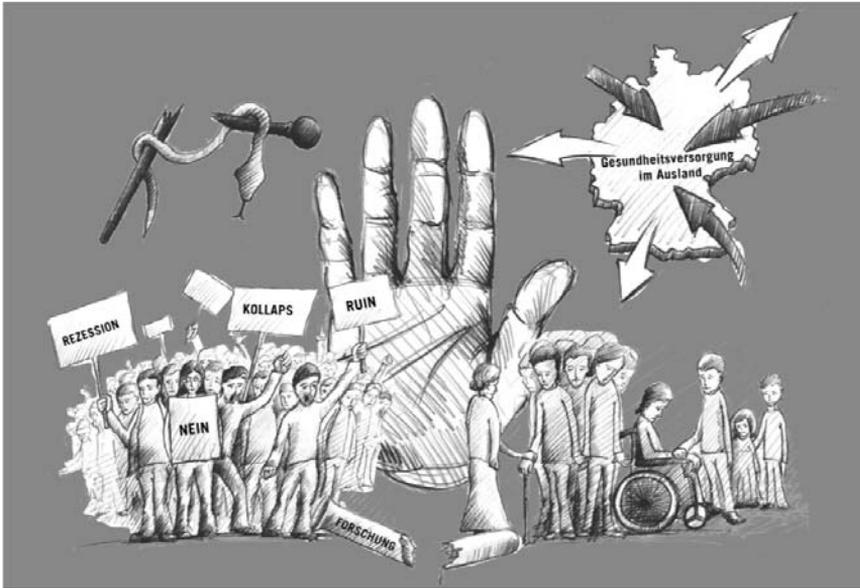
Im Folgenden werden die einzelnen Szenarien für 2030 kurz beschrieben und grafisch sowie mit Auszügen aus den Storylines illustriert.

Szenario 1: Zusammenbruch der Versorgungsstrukturen (Abbildung 17-2)

Beschreibung des Szenarios

Die wirtschaftliche Situation in Deutschland ist schlecht. Die Probleme aufgrund der anhaltenden Rezession dominieren und die Versorgungssituation von Menschen mit Demenz rückt in den Hintergrund. Die Demenz steht nicht mehr auf der politischen Agenda und die Medien berichten kaum mehr über das Thema. Es finden nur noch wenige Forschungsaktivitäten zum gesamten Gebiet der Demenz statt, sodass kaum noch neue Erkenntnisse publiziert werden. Das Gesundheitswesen in Deutschland leidet unter einem absoluten Personalmangel, sodass eine professionelle Versorgung von Menschen mit Demenz so gut wie unmöglich ist. Zusätzlich fehlt es in der Gesellschaft an bürgerschaftlichem Engagement. Die fehlenden personellen Kapazitäten versucht der Staat durch gesetzliche Verpflichtungen aufzufangen. Jeder Bürger ist dazu verpflichtet, einer ehrenamtlichen Tätigkeit nachzugehen oder finanzielle Abgaben zu leisten. Eine Pflichtversicherung stellt nur eine Minimalversorgung bereit, sodass erst bei einem sehr hohen Pflegebedarf ein Umzug in eine stationäre Einrichtung in Frage kommt. Demzufolge gibt es kaum alternative Wohnformen zur privaten Wohnung und die Menschen mit Demenz werden so lange wie möglich von Verwandten und Bekannten in rein privaten Pflegearrangements betreut und gepflegt. Viele Haushalte beschäftigen zudem illegale Betreuungs- und Pflegekräfte aus dem außereuropäischen Ausland, weil sie ihre Angehörigen neben ihrer Arbeit und anderen familiären Verpflichtungen allein nicht betreuen können. Da die Versorgung von Menschen mit Demenz in Deutschland teuer und von schlechter Qualität ist, wählen viele Betroffene die Versorgung im Ausland.

Abbildung 17–2

Szenario 1: Zusammenbruch der Versorgungsstrukturen

„(...) In diesen Zeiten kann die Forschung kaum noch etwas für den Menschen erreichen. (...) Wen kümmert es, dass Menschen mit Demenz notdürftig von ihren Familien versorgt werden oder völlig verwahrlost in ihren Wohnungen dahin vegetieren? (...) Die staatliche „Gesundheitsversicherung“ hat die gesetzlichen Leistungen soweit runtergefahren, dass nur noch „die überlebenswichtigen Leistungen“ finanziert werden. Was für Menschen mit Demenz da noch übrig bleibt, sind sedierende Präparate.(...)“ (Auszug aus der Storyline)

Versorgungs-Report 2012

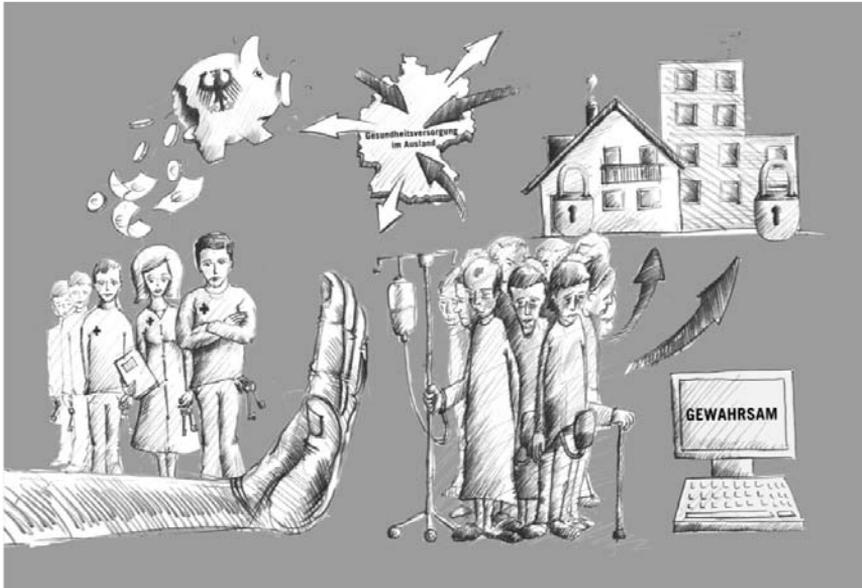
WlDO

Szenario 2: Verwahrung von Menschen mit Demenz (Abbildung 17-3)**Beschreibung des Szenarios**

Menschen mit Demenz werden von der Gesellschaft stigmatisiert und die Bürger engagieren sich kaum für sie. Obwohl die Versorgung vorwiegend privat finanziert werden muss, werden Menschen mit Demenz überwiegend in „professionellen“ Pflegearrangements versorgt. Personal für die Versorgung von Menschen mit Demenz ist zwar in ausreichender Anzahl vorhanden, aber es mangelt an einer hinreichenden Qualifikation, sodass die Versorgungskonzepte innerhalb der Einrichtungen und Pflegediensten überwiegend darauf abzielen, Menschen mit Demenz lediglich zu verwahren. Die sozialen Unterstützungsangebote und Versorgungsangebote für Menschen mit Demenz und pflegende Angehörige sind unzureichend und erreichen die Bedürfnisse der Betroffenen nicht. Alternativen zum Leben in der privaten Wohnung oder einer stationären Einrichtung gibt es kaum. Die gute tech-

Abbildung 17-3

Szenario 2: Verwahrung von Menschen mit Demenz



„(...) In der Uhr ist ein Positionschip enthalten, der mit der Überwachungszentrale der Wohnsiedlung verbunden ist und diese automatisch verständigt, wenn Herr S. seinen Flur verlässt. (...) Der alleinstehende Mann leidet sichtlich unter diesem Zustand ebenso wie unter Vereinsamung. (...) Herr S. hatte keine Wahl: Entweder blieb er unter Aufsicht in seiner Wohnung oder er hätte in das nächstgelegene Pflegeheim umziehen müssen. (...) Die Einzigen, die sich um Menschen wie ihn kümmern, sind preiswerte Arbeitskräfte (...)“
(Auszug aus der Storyline)

Versorgungs-Report 2012

WIdO

nische Grundausstattung dient dabei vorwiegend der Sicherung von Menschen mit Demenz. Hohe private Versorgungskosten und die schlechte Qualität der Angebote führen, trotz gesetzlicher Einschränkungen von Zuwanderungen, zur Entwicklung eines Schwarzmarktes von ausländischen Betreuungs- und Pflegekräften, sodass ein kostenintensiver Umzug ins Heim so lange wie möglich vermieden werden kann. Betroffene greifen auch auf Versorgungsangebote im Ausland zurück, obwohl diese privat finanziert werden müssen.

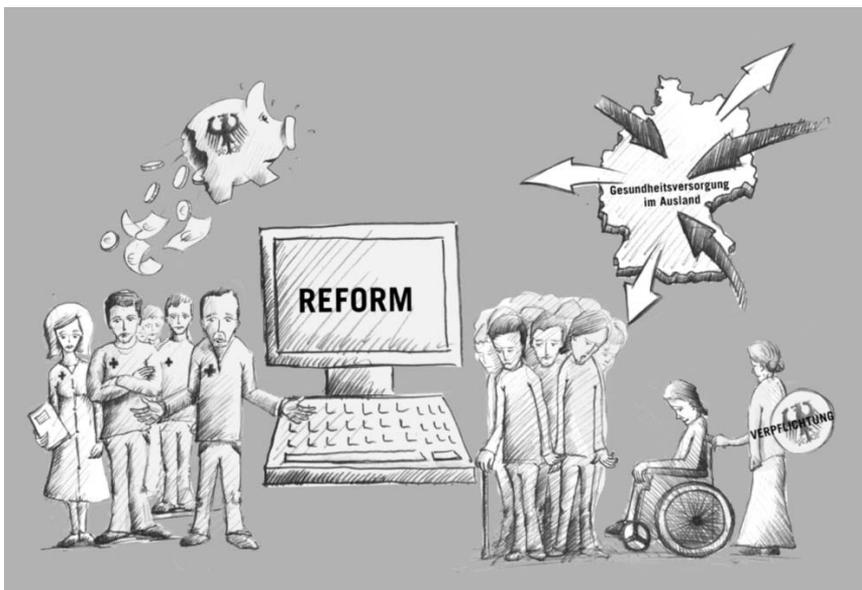
Szenario 3: Gut gemeint und schlecht gemacht (Abbildung 17-4)

Beschreibung des Szenarios

Die Forschung auf den Gebieten der Demenz wird politisch gefördert. Die neuen Erkenntnisse werden aber nur unzureichend und nicht nachhaltig umgesetzt. Politische Programme und Bemühungen greifen nicht und die Versorgungsangebote erreichen die Bedürfnisse der Betroffenen kaum. Neue Versorgungsstrukturen werden innerhalb der Gesellschaft generell auch nur gering genutzt. Menschen mit Demenz werden von der Gesellschaft stigmatisiert und Bürger engagieren sich kaum freiwillig für sie. Die Versorgung von Menschen mit Demenz durch einen Mix aus privaten und professionellen Pflegearrangements wird durch eine staatliche Verpflichtung der Bürger zu ehrenamtlichen Tätigkeiten oder finanziellen Abgaben gefördert. Personal für die Versorgung von Menschen mit Demenz ist in ausreichender Anzahl vorhanden. Es mangelt aber an demenzspezifischen Qualifikationen. Indivi-

Abbildung 17-4

Szenario 3: Gut gemeint und schlecht gemacht



„(...) jetzt schicken die mir einmal in der Woche eine Demenztrainerin. Eine junge Ärztin. Die erzählt mir was über irgendwelche Programme. Ich versteh kein Wort. (...) Dann kam die mit so einem technischen Quatsch an, den ich kaufen soll. Viel zu teuer und ich weiß gar nicht, wie man damit umgeht. Soll mich angeblich entlasten. Und stell dir vor, da schlägt die mir noch vor, zu einer Risikountersuchung zu gehen. (...) Als wenn ich das jetzt wissen will. Ich habe andere Probleme. (...)“ (Auszug aus der Storyline)

duelle Bedürfnisse und Lebensgewohnheiten der Betroffenen können in der Versorgung kaum berücksichtigt werden. Weil die Versorgung im Inland teuer und von schlechter Qualität ist und die privaten Kosten ohnehin sehr hoch sind, entscheiden sich etliche Betroffene für eine Versorgung im Ausland.

Szenario 4: Demenz meistern (Abbildung 17-5)

Beschreibung des Szenarios

Im Jahre 2030 ist die Demenz zu einer „normalen“ Erkrankung geworden, die gesellschaftlich getragen wird. Die Forschung auf allen Gebieten der Demenz wird gefördert. Die politischen Programme greifen und sichern die nachhaltige Umsetzung der Forschungsergebnisse. Die Möglichkeiten zur Risikoermittlung sind weiterentwickelt worden und werden flächendeckend in der Gesellschaft angewendet. Wirksame demenzspezifische Präventionsmaßnahmen, beispielsweise eine freiwillige

Abbildung 17-5

Szenario 4: Demenz meistern



„(...) Gemeinsam mit der Demenzberaterin wurde der Hilfeplan angepasst. Frau B. erhält jetzt eine ambulante Tagesbetreuung. Die gerontopsychiatrische Fachkraft Frau A. besucht sie zweimal täglich für mehrere Stunden. Dank ihrer hohen kommunikativen Kompetenzen findet sie schnell einen Zugang zu Frau B. und kann Missverständnisse zwischen ihr und der Umwelt entschärfen. Auch wirkt Frau B. wesentlich entspannter, seitdem Frau A. mit ihr gemeinsam alte Fotoalben anschaut, ihren geliebten Beethoven hört und mit Duftölen und speziellem Licht für eine gemütliche Atmosphäre sorgt. (...)“ (Auszug aus der Storyline)

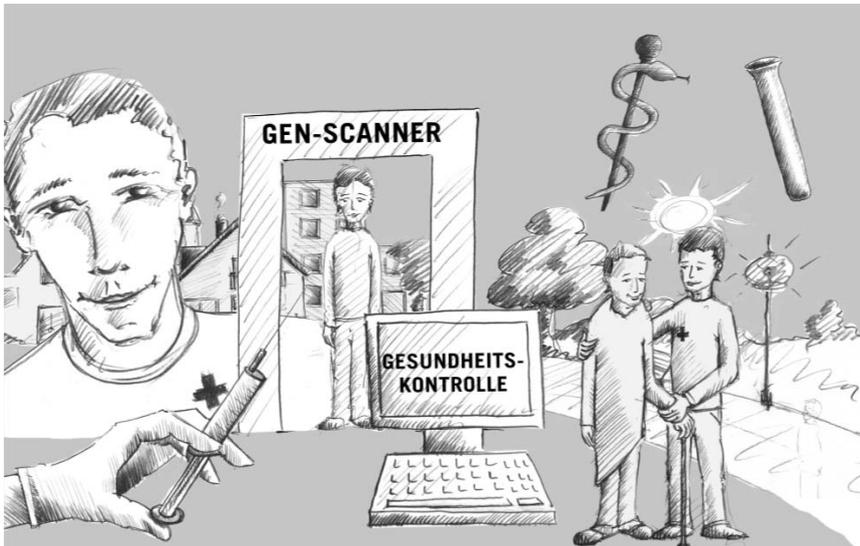
lige Impfung, sind entwickelt worden und werden angeboten. Die sozialen Unterstützungssysteme für Menschen mit Demenz und pflegende Angehörige weisen eine Mix-Struktur aus „aufsuchender“ und „Komm-Struktur“ auf. Die verschiedenen Versorgungsangebote für Menschen mit Demenz sind überwiegend wirksam und fördern – auch durch ihre individuelle und bedürfnisgerechte Anwendung – die Lebensqualität der Betroffenen nachweislich. Die Versorgung von Menschen mit Demenz wird durch kooperative Pflegearrangements aus privaten und professionellen Personen geleistet. Bürgerschaftliches Engagement wird dabei in der Gesellschaft wertgeschätzt und ist in die Versorgung von Menschen mit Demenz integriert. Ebenfalls ist die Zuwanderung von Betreuungs- und Pflegekräften aus dem Ausland gesetzlich geregelt und wird durch eine Greencard politisch gefördert. Ausländische Kräfte können sowohl in öffentlichen Einrichtungen als auch in privaten Haushalten beschäftigt werden, sodass zusammen mit den ehrenamtlichen Helfern ausreichend multiprofessionelles Personal vorhanden ist. Gute technische Hilfsmittel zur Pflegeunterstützung und Autonomieförderung von Menschen mit Demenz sind allgemein verfügbar. Durch qualifiziertes Personal können Technologien wie z. B. „das intelligente Haus“ effizient und bedürfnisgerecht in der Versorgung von Menschen mit Demenz genutzt werden. Sie unterstützen ein variationsreiches und gemeindenahes Wohnangebot („Quartier“) für Menschen mit Demenz mit fließenden und alternativen Übergängen zwischen dem Wohnen in der privaten Wohnung und einer stationären Einrichtung. Technische Hilfsmittel im öffentlichen Raum bieten eine bedürfnisgerechte Infrastruktur der Gemeinde für Menschen mit Demenz und unterstützen einen möglichst langen Verbleib in der gewohnten Umgebung.

Szenario 5: Demenz vermeiden (Abbildung 17-6)

Beschreibung des Szenarios

Im Jahre 2030 wird Forschung über Demenzerkrankungen politisch gefördert. Die effiziente Forschung führt dazu, dass wirksame, also der Lebensqualität der Betroffenen förderliche Versorgungsangebote und Therapien zum Einsatz kommen. Die Errungenschaften der Forschung werden durch konsequente politische Umsetzungsprogramme nachhaltig und flächendeckend in der Versorgung von Menschen mit Demenz implementiert. Es besteht eine gesetzliche Verpflichtung zur Risikoermittlung für alle Bürger und eine Impfpflicht für Menschen mit einem erhöhten Demenzrisiko. Auf diese Weise konnte zwar verhindert werden, dass der prozentuale Anteil der Menschen mit Demenz an der Gesamtbevölkerung weiter zunimmt, die Selbstbestimmung der Bürger wurde damit jedoch eingeschränkt. Für die Versorgung von Menschen mit Demenz stehen ausreichend viele und gut qualifizierte Personen aus unterschiedlichsten Professionen zur Verfügung. Das bürgerschaftliche Engagement für Menschen mit Demenz wird in der Gesellschaft sehr wertgeschätzt. Vielfältige Wohnformen bieten dabei ausreichende Alternativen zum Leben in der privaten Wohnung oder einer stationären Einrichtung. Autonomiefördernde und pflegeunterstützende technische Hilfsmittel für Menschen mit Demenz wurden ebenfalls entwickelt, werden aber nur im öffentlichen Bereich flächendeckend angeboten; der Begriff der Barrierefreiheit wird auf Menschen mit Demenz ausgeweitet. Die Infrastruktur der Gemeinden konnte so verbessert werden und unterstützt die Umsetzung von vielfältigen alternativen Wohnformen für Menschen mit Demenz.

Abbildung 17–6

Szenario 5: Demenz vermeiden

„Der 13-jährige Robert muss zur U10. Diese Untersuchung (...) ist mittlerweile bei allen 12–14-jährigen Schülern Pflicht. Bei Robert wurde dabei mittels Genanalyse (...) festgestellt, dass er ein 65-prozentiges Risiko hat, bis zu seinem siebzigsten Lebensjahr an einer Alzheimer- Demenz zu erkranken. (...) Wegen des erhöhten Risikos hat ihn die Kinderärztin zur Impfung einbestellt. Eigentlich mag Robert keine Spritzen, aber seine Mutter hat gesagt, dass sie sonst seine Krankenkassenbeiträge nicht mehr bezahlen könne. (...)“ (Auszug aus der Storyline)

Versorgungs-Report 2012

WlDO

17.5 Handlungsempfehlungen und Fazit

In der allgemeinen Diskussion wird der demografische Wandel und die konsekutive Zunahme von Menschen mit Demenz fast ausschließlich als bedrohliches Problem dargestellt, das die gesellschaftlichen und ökonomischen Ressourcen in Deutschland zwangsläufig überfordern wird. Das Sze-Dem-Projekt sollte diese Sichtweise kritisch hinterfragen bzw. unterschiedliche zukünftige Entwicklungen antizipieren. Wie erwartet waren einige sehr negative Szenarien (sog. „Dark Szenarios“) unter den Ergebnissen des Projekts. Hierzu zählen die Autoren insbesondere die Szenarien „Zusammenbruch der Versorgungsstrukturen“ und „Verwahrung von Menschen mit Demenz“. Das Szenario „Gut gemeint und schlecht gemacht“ ist in seiner Zusammensetzung relativ nah am Status quo und zeigt zumindest den politischen Willen, die Situation der Betroffenen zu verbessern. Das Szenario „Demenz meistern“ zeigt dagegen sehr positive Entwicklungen und wird somit als besonders wün-

schenswert angesehen, während das Szenario „Demenz vermeiden“ ebenfalls grundsätzlich als positiv einzuschätzen wäre, wenn nicht die Gefahr einer „Gesundheitskontrolle“ – im Sinne eines „Orwellischen Überwachungsstaates“ – deutlich würde. Beide eher positiv eingeschätzten Szenarien gehen von einem moderaten Wirtschaftswachstum aus, das dem Durchschnitt der letzten 20 Jahre (inklusive Finanzkrise) entspricht, d. h. sie sollten sich auch mit den vorhandenen Ressourcen realisieren lassen. Wichtig erscheinen hierfür eine effiziente Forschung, insbesondere im Bereich der Versorgung sowie eine konsequente Umsetzung der Forschungsergebnisse auf politischer und struktureller Ebene. Eine angemessene Unterstützung, Versorgung und Pflege der Betroffenen scheint jedenfalls auch ohne die Entwicklung eines „Heilmittels“ möglich zu sein, sofern ein Umdenken und konsequent ein anderer Umgang mit Menschen mit Demenz in der Gesellschaft stattfindet. Aus den Projektergebnissen leiten sich erste Handlungsempfehlungen ab, die langfristig die Versorgung von Menschen mit Demenz in Deutschland verbessern sollen.

17.5.1 Handlungsempfehlungen für Deutschland

Zwei der fünf in Sze-Dem ermittelten Szenarien bilden Zukunftsentwicklungen ab, die von den Projektmitarbeitern als eher positiv gedeutet wurden (Szenario 4 und 5). Mit Hilfe der Deskriptoren und Ausprägungen wird aus den Szenarien erkennbar, wie das Zusammentreffen verschiedener Faktoren die Zukunft beeinflussen kann. Das Projektteam arbeitete die zentralen beeinflussenden Faktoren heraus, indem die fünf Szenarien gegenübergestellt wurden. Dabei wurde geprüft, worin sich die eher unerwünschten Szenarien von den wünschenswerten unterscheiden. Diese Faktoren wurden als ausschlaggebend für die Ableitung von Handlungsempfehlungen zugrunde gelegt.

Die Szenarien 4 und 5 weisen beispielsweise eine hohe gesellschaftliche Sensibilität für das Thema Demenz auf. Bürgerschaftliches Engagement für Menschen mit Demenz findet auf freiwilliger Basis statt, während in den eher negativen Szenarien Demenz stigmatisiert wird und gesellschaftliches Engagement für Menschen mit Demenz „staatlich verordnet“ werden muss. Eine entsprechende Sensibilisierung der Gesellschaft für Menschen mit Demenz kann Stigmatisierungen auflösen und das gesellschaftliche Engagement stärken.

Einen weiteren wesentlichen Aspekt nimmt in den Szenarien sowohl der Fortschritt durch Forschung als auch die nachhaltige Umsetzung von Forschungsergebnissen ein. Beispielsweise zeigt Szenario drei sehr deutlich, dass durch Forschung gewonnene neue Erkenntnisse allein nicht zwangsläufig zu einer verbesserten Versorgungssituation führt. Fortschritte werden nicht für die Versorgung von Menschen mit Demenz genutzt, weil politische Umsetzungsprogramme an den Bedürfnissen der Betroffenen vorbeigehen. Demgegenüber greifen in Szenario 5 die Umsetzungsprogramme zwar und sind generell positiv zu bewerten, beispielsweise sinkt die Anzahl von Menschen mit Demenz durch eine staatlich geförderte konsequente Impfung von Risikogruppen. Diese Art von politisch gesteuerter Implementierung artet allerdings in staatlichen Zwang aus und führt zu Einschränkungen in der Selbstbestimmung. Um politisch wirksame Umsetzungsprogramme zu entwickeln, scheint ein enger Austausch zwischen den Betroffenen, Versorgungseinrichtungen, Wissenschaft und Politik notwendig. Ebenfalls zeigen die eher positiven Szenarien,

dass durch Forschung auf den Gebieten der Diagnostik, Therapie und Versorgung Fortschritte erzielt werden. Beispielsweise konnten im Szenario 5 Impfstoffe die Anzahl von Menschen mit Demenz reduzieren. Im Szenario 4 konnten autonomiefördernde technische Hilfsmittel und der Ausbau von alternativen Wohnformen den Verbleib in der häuslichen Umgebung maßgeblich verlängern. In diesen Bereichen hat es auch einen zentralen Stellenwert, dass ausreichend qualifiziertes Personal zur Verfügung steht. Bei den eher negativ zu bewertenden Szenarien ist dies eindeutig nicht der Fall, sodass die technischen und therapeutischen Möglichkeiten sowie Versorgungskonzepte aufgrund mangelnder Qualifikation nicht bedürfnisgerecht umgesetzt werden können. Sehr deutlich wird dies in Szenario 3, während insbesondere im Szenario 4 ausreichend und gut qualifiziertes Personal zur Verfügung steht und so die individuelle Lebenssituation der Betroffenen durch lebensqualitätssteigernde Versorgungsmaßnahmen verbessert werden kann.

Auf der Basis der Auswertung und Diskussion der Ergebnisse leitete das Projektteam folgende Empfehlungen ab:

- In der Gesellschaft ist das Problembewusstsein bezüglich der Demenzerkrankungen und ihrer Folgen für die Betroffenen weiter zu stärken. Hierzu gehört eine differenzierte Berichterstattung, die auch über die vorhandenen Möglichkeiten positiv berichten sollte.
- Ein Diskurs mit Versorgungseinrichtungen ist notwendig, um moderne Formen der Versorgung zu entwickeln und zu testen.
- Projekte der gemeindenahen Versorgung („Quartier“) sollten gefördert und wissenschaftlich evaluiert werden (Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) 2007).
- Der Gestaltung bürgerschaftlichen Engagements sollte besondere Aufmerksamkeit gewidmet werden (Vogelwiesche und Sporket 2008).
- Unterstützende und autonomiefördernde Technologien sind hinsichtlich ihrer Effektivität und Effizienz zu untersuchen (Georgieff 2008).
- Neue diagnostische Verfahren sind hinsichtlich ihrer therapeutischen Konsequenzen zu hinterfragen. Ethische Konsequenzen (z. B. der Einsatz von Biomarkern, um das Alzheimer-Risiko zu ermitteln) sollten auf breiter gesellschaftlicher Basis diskutiert werden.
- Neue therapeutische Verfahren (z. B. Impfstoffe zur Demenzprävention) sind hinsichtlich ihrer Wirksamkeit und Sicherheit zu überprüfen.
- Impulse aus der Gesellschaft sollten an forschende Organisationen und Unternehmen weitergereicht werden (beispielsweise über gezielte, gut geförderte Auftragsforschung des Bundes).
- Eine Forschungsförderung sollte so gestaltet werden, dass auch „Freiheiten“ in Grundlagen-, translationaler, klinischer und anwendungsnahe Forschung möglich sind, um auf diese Weise kreative neue Ideen zu generieren.
- Die Versorgungsforschung (im Bereich der Demenz) sollte insgesamt durch ein höheres Fördervolumen gestärkt werden.
- Es sind wissenschaftliche und politische Konzepte zu entwickeln und zu evaluieren, wie der Personalmangel (Pfleger, Ärzte, andere therapeutische Berufe) aufgefangen werden könnte.
- Haben sich Versorgungssettings, Pflegearrangements oder technische Hilfsmittel als sinnvoll erwiesen, so sollten diese nachhaltig in der Versorgung implementiert werden.

17.5.2 Fazit

In Deutschland ist die Szenario-Methode eher aus dem strategischen Management bekannt, während sie in den Niederlanden seit den 1980er Jahren zur systematischen Weiterentwicklung des Gesundheitssystems eingesetzt wird. Dabei hat sie sich bewährt, für spezifische Krankheitsbilder Szenarien zu entwickeln und Handlungsoptionen abzuleiten (Phillips 1994; Steering Committee on Future Health Scenarios 1995). Erstmals wurde dieses Verfahren nun in Bezug auf die Versorgungssituation von Menschen mit Demenz in Deutschland angewendet und hat zu entsprechenden Empfehlungen geführt.

Literatur

- Bartholomeyczik S, Halek M, Sowinski C, Besselmann K, Dürrmann P, Haupt M, Kuhn C, Müller-Hergl C, Perrar KM, Riesner C, Rüsing D, Schwerdt R, van der Kooij C, Zegelin A. Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe. Bundesministerium für Gesundheit 2006.
- Beckert B, Goluchowitz K, Kimpeler S. Die IT- und Medienwelt in Baden-Württemberg im Jahr 2020. Vier Basisszenarien. Stuttgart: MFG-Stiftung Baden-Württemberg 2008.
- Bickel H. Demenzen im höheren Lebensalter: Schätzungen des Vorkommens und der Versorgungskosten. *Z Gerontol Geriat* 2001, 34 (108): 115.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. „Vierter Altenbericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger – unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen. 2002.
- Dönitz E. Effizientere Szenariotechnik durch teilautomatische Generierung von Konsistenzmatrizen. Universität Bremen 2008.
- Georgieff P. Ambient Assisted Living. Marktpotenziale IT-unterstützter Pflege für ein selbstbestimmtes Alter. Stuttgart, Mannheim, Karlsruhe: MFG-Stiftung Baden-Württemberg 2008.
- Kosow H, Gaßner R. Methoden der Zukunfts- und Szenarioanalyse – Überblick, Bewertung und Auswahlkriterien. Werkstattbericht. Berlin: Institut für Zukunftsstudien und Technologiebewertung (IZT) 2008.
- Kosow H, Gaßner R. Methoden der Zukunfts- und Szenarioanalyse. Überblick, Bewertung und Auswahlkriterien. Berlin 2008.
- Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) (Hrsg). Ergebnisanalyse des Werkstatt-Wettbewerbs Quartier und Handlungsempfehlungen. Köln: KDA/Bertelsmann Stiftung 2007.
- Mehrmann E. Moderierte Gruppenarbeit mit Metaplan-Technik. Düsseldorf: Econ Taschenbuch-Verlag 1994.
- Phillips JL. The elderly in 2005: Health and care. Updated scenarios on health and aging 1990–2005. Dordrecht: Kluwer 1994.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Baden-Baden 2009.
- Statistisches Bundesamt Deutschland. Hohe Kosten durch Demenz und Depressionen. Pressemitteilung Nr. 280 vom 11.08.2010. http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Presse/pm/2010/08/PD10__280__23631,templateId=renderPrint.psml (07. Februar 2011).
- Steering Committee on Future Health Scenarios. The Future of Medicines in Health Care. A scenario analysis. Dordrecht: Kluwer 1995.
- Vogelwiesche U, Sporket B. Strategien zur Stärkung des bürgerschaftlichen Engagements älterer Menschen in Deutschland und in Niederlanden. Dortmund: Forschungsgesellschaft für Gerontologie e.V., Institut für Gerontologie an der Universität Dortmund 2008.
- Vollmar HC, Mand P, Butzlaff M. DEGAM-Leitlinie Nr. 12: Demenz. Düsseldorf: omikron publishing 2008.

18 Versorgungsbericht Palliativmedizin

Peter Engeser

Abstract

Die palliativmedizinische Versorgung sterbender Menschen hat in den letzten Jahren sehr viel Beachtung in der Bevölkerung gefunden. Die Betreuung und Begleitung von schwerstkranken Menschen, die an unheilbaren Krankheiten leiden, wird wieder als wichtige humanitäre Aufgabe erkannt. Sie ist nicht mehr an den Rand der Gesellschaft verdrängt, nicht mehr nur in eigenständige Institutionen verlagert, sondern steht mitten im Leben der Menschen. Der Gesetzgeber hat unter diesem Eindruck viele Projekte in Deutschland angestoßen. Hierdurch bildeten sich in den vergangenen Jahren neue Strukturen für die Palliativversorgung heraus. Weitere Veränderungen für eine gute Betreuung dieser Menschen werden allerdings auch in Zukunft notwendig werden.

In recent years, palliative care of dying people has gained much attention. Caring and supporting seriously ill people who suffer from incurable diseases is recognized as an important humanitarian task. It no longer takes place on the fringes of society or is carried out by independent institutions, but in the midst of people's lives. As a result, welfare legislation has initiated many projects in Germany and new structures for palliative care have been built. However, in order to improve palliative care more changes will be necessary in the future.

18.1 Einleitung

Die Betreuung und Begleitung Schwerstkranker und Sterbender in der Gesellschaft und die hierfür notwendige Entwicklung von Palliativpflege und Palliativmedizin sind in den letzten Jahren immer mehr in das Interesse der Menschen in Deutschland gerückt. Begriffe wie Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung sind in ständiger gesellschaftlicher und politischer Diskussion. Die deutsche Ärzteschaft hat sich durch den Präsidenten der Bundesärztekammer klar gegen die aktive Sterbehilfe positioniert (Hoppe und Hübner 2009) und eine bessere palliativmedizinische Betreuung gefordert. Die im Jahre 2011 neu gefassten Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung betonen erneut, dass Lindern von Leiden und Beistand bis zum Tod wichtige ärztliche Aufgaben sind, dass aber die aktive Hilfe bei der Selbsttötung keine ärztliche Aufgabe ist (Bundesärztekammer 2011). Die qualifizierte palliativpflegerische und -medizinische Versorgung von schwerkranken und sterbenden Patienten ist eine Grundvoraussetzung, um die häufig geäußerte Forderung nach Sterben in Würde zu Hause, im Pflegeheim, aber auch im Krankenhaus erfüllen zu können. Obwohl in nahezu allen Umfragen unge-

fähr 70 % der Befragten Hause versterben möchten, kann dies nur bei ungefähr 30 % realisiert werden.

Die aktuelle Definition der Weltgesundheitsorganisation von Palliativmedizin aus dem Jahr 2002 lautet:

Palliativmedizin ist ein Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und ihren Familien, die mit Problemen konfrontiert sind, die mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung einhergehen, und zwar durch Vorbeugen und Lindern von Leiden, durch frühzeitiges Erkennen und untadelige Einschätzung und Behandlung von Schmerzen sowie anderen Problemen körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art.

Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin definiert Palliativmedizin als „aktive, ganzheitliche Behandlung von Patienten mit einer nicht heilbaren, progredienten und weit fortgeschrittenen Erkrankung mit begrenzter Lebenserwartung“. Palliativmedizinische Betreuung wirkt auch über die Sterbephase hinaus (DGP 2003).

Viele Menschen klagen über unangemessene therapeutischen Bemühungen auch in weit fort geschrittenen Krankheitsstadien und selbst im unmittelbaren Sterbeprozess, über Technisierung und Medikalisierung des Sterbens bei fehlender menschlicher, psychosozialer und spiritueller Betreuung. Da Palliativpatienten einer kurativen Therapie nicht mehr zugänglich sind, ist es wichtig, in der letzten Lebensphase abzuwägen, welche Therapiemaßnahmen noch notwendig sind und welche den Patienten zusätzlich belasten. Dies betrifft zum Beispiel den Umgang mit Transporten, Überweisungen und stationären Einweisungen. Auch ist kritisch zu hinterfragen, inwiefern eine Chemotherapie in der palliativen Phase noch indiziert ist, da diese durch Nebenwirkungen die Lebensqualität erheblich einschränken kann (Hausmaninger 2007) und welche Medikamente in den Phasen der Sterbebegleitung notwendig sind (Liverpool Care Pathway 2007).

Des Weiteren ist zu klären, in welchem Umfeld der Patient in der Terminalphase betreut werden möchte. Ein palliativer Behandlungs- und Notfallplan am Krankenbett kann helfen, unnötige oder unerwünschte Klinikeinweisungen zu vermeiden (Wiese et al. 2008). Unter dem Druck der Ökonomisierung des Gesundheitswesens scheint es manchmal so, als ob die Gesellschaft für Sterbende keine Zeit hätte. Palliativmedizin, Palliativpflege und Hospizarbeit haben die Aufgabe, diesen Prozess umzukehren. Der Begriff Palliativmedizin leitet sich von dem lateinischen Wort „pallium“, der Mantel, ab. Patienten sollen durch die symptomlindernde Behandlung der Palliativmedizin wie durch einen Mantel geschützt und begleitet werden.

18.2 Entwicklung in Deutschland

Schon seit den 1980-er Jahren entwickelt sich die Palliativmedizin und die Hospizarbeit in Deutschland. Die erste Palliativstation wurde 1983 am Universitätsklinikum Köln eröffnet, das erste stationäre Hospiz 1986 in Aachen. 1992 wurde die Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz (heute Deutscher Hospiz- und Palliativverband, DHPV) gegründet. Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) wurde im Jahre 1994 als wissenschaftliche Fachgesellschaft in Bonn gegründet. 1997 wurde

eine erste Regelung für stationäre Hospize ins Sozialgesetzbuch aufgenommen. Auf dem Deutschen Ärztetag 2003 in Rostock wurde das Fach Palliativmedizin als Zusatzbezeichnung in die Musterweiterbildungsordnung der Bundesärztekammer aufgenommen. Im Jahre 2007 wurde der Anspruch auf die spezialisierte ambulante Palliativversorgung – die Versorgung Schwerstkranker durch besonders qualifizierte Teams – für jeden Bürger im Sozialgesetz verankert. Seit dem Jahr 2009 ist Palliativmedizin auch ein eigenständiges Querschnittsfach (Q13) in der Approbationsordnung für Ärzte. Ebenfalls im Jahr 2009 hat der Deutsche Bundestag das Gesetz zur Patientenverfügung vom Deutschen Bundestag verabschiedet und im Jahr 2010 wurde die „Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen“ präsentiert. Diese wurde unter Moderation der Bundesärztekammer gemeinsam mit der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin und des Deutschen Hospiz- und Palliativverbandes in Kooperation von über 200 Organisationen erstellt. Die Charta formuliert noch einmal das Recht jedes Menschen auf ein Sterben in Würde.

18.3 Relevanz des Themas Palliativversorgung

In Deutschland – wie überall in Europa – zeigt sich ein demografischer Wandel mit einem dramatischen Alterungsprozess der Gesellschaft, der in allen Bereichen des Lebens enorme Herausforderungen stellen wird. Im Jahr 2009 starben in Deutschland 854 544 Menschen, davon 356 462 (41,7%) an Herz-Kreislauf-Erkrankungen (I 00–I 99) und 222 153 (25,9%) an malignen Erkrankungen (C 00–C 99) (Statistisches Bundesamt 2009). Die Versorgung am Lebensende dieser Patienten soll bundesweit verbessert werden. Schätzungen gehen davon aus, dass ungefähr 10–15% der Verstorbenen einen plötzlichen und unerwarteten Tod erfahren haben und ungefähr 5–10% der Verstorbenen eine spezialisierte palliativmedizinische Betreuung in den Tagen und Wochen vor dem Tod benötigen. Das bedeutet im Gegenzug auch, dass ungefähr 600 000 Menschen eine Versorgung benötigen, bei der die Prinzipien der allgemeinen Palliativversorgung bedeutsam sind. Hierzu müssen niedergelassene Ärzte, allgemeine Pflegedienste, Sozialarbeiter, Seelsorger, Psychotherapeuten und weitere Berufsgruppen interdisziplinär am Krankenbett zusammenarbeiten.

Weltweit nehmen Erkrankungen des dementiellen Formenkreises zu. Nach Ferri leiden weltweit ungefähr 24,3 Millionen Menschen an einer Demenz. Jährlich gibt es 4,6 Millionen Neuerkrankungen und für das Jahr 2040 wird mit ungefähr 81 Millionen Demenzpatienten gerechnet. Ungefähr zwei Drittel der Erkrankten leben in den entwickelten Industriestaaten, da mit steigender Lebenserwartung die Wahrscheinlichkeit, an einer Demenz zu erkranken, deutlich ansteigt. Die mittlere Prävalenzrate steigt von 1,2% in der Altersgruppe der 65- bis 69-Jährigen auf 34,6% bei Hochbetagten über 90 Jahre. In Deutschland gibt es zur Zeit ungefähr eine Million Menschen, die an einer Demenz erkrankt sind. Jährlich treten 200 000 Neuerkrankungen auf (Ferri et al. 2005).

Durch das Gesundheitsreform-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GR-WSG 2007) wurde die ambulante palliativmedizinische Versorgung professionalisiert. Mit der Einführung des § 37b in das Sozialgesetzbuch V wurde jedem Versicherten mit ei-

ner nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung bei einer zugleich begrenzten Lebenserwartung, die eine besonders aufwändige Versorgung erfordert (Schmerzen, Atemnot, Wunden und weitere Symptome), der Anspruch auf eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung zugebilligt. Analog gilt diese Regelung auch für Bewohner von Pflegeeinrichtungen und für Kinder (GemBA 2007). Die besondere Schwierigkeit hierbei ist die Abgrenzung zur allgemeinen Palliativversorgung, die wie bisher durch die Teilnehmer der Regelversorgung erbracht werden soll. Da in der Regelversorgung die Vergütung der allgemeinen Palliativversorgung bisher nicht speziell geregelt ist, sondern alle Leistungen in den sogenannten Regelleistungsvolumina der Praxen enthalten sind, besteht die Gefahr, dass – wie in vielen anderen Bereichen des Sozialstaates – bei unscharfer Charakterisierung der Anspruchsberechtigten, Finanzmittel zwischen den Versorgungsebenen transferiert werden. Darüber hinaus droht eine zunehmende Bürokratisierung. Daher ist eine finanzielle Regelung für die allgemeine Palliativversorgung der Bevölkerung dringend erforderlich und muss so bald wie möglich eingeführt werden. Palliativmedizinische und -pflegerische Versorgung muss für alle Patienten mit Erkrankungen in fortgeschrittenen Stadien, die einer kurativen Behandlung nicht mehr zugänglich sind, ermöglicht werden.

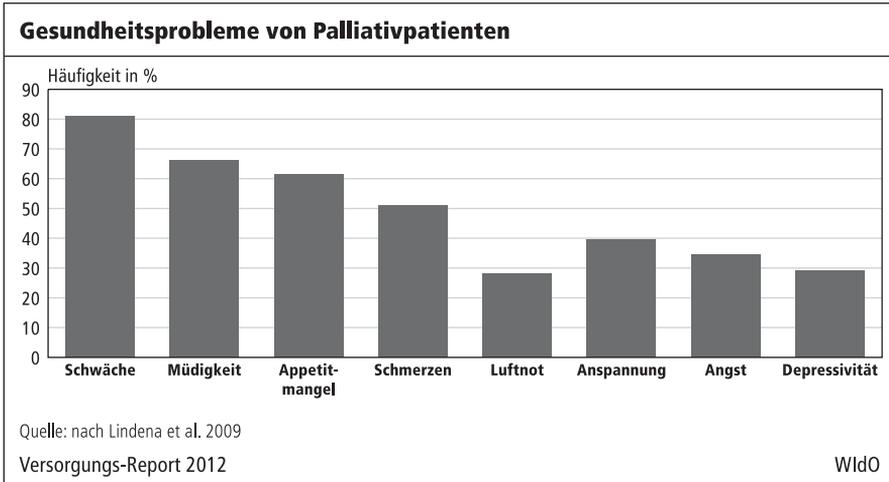
Folgende Patientengruppen lassen sich definieren:

1. Patienten mit malignen Erkrankungen
2. Patienten mit chronisch internistischen Erkrankungen in fortgeschrittenen Stadien (z. B. Herzinsuffizienz, koronare Herzkrankheit, Diabetes mellitus, chronisch obstruktive Bronchitis, erworbenes Immundefizit)
3. Patienten mit chronisch progredienten neurologischen Erkrankungen (z. B. amyotrophe Lateralsklerose, Encephalomyelitis disseminata, Morbus Parkinson)
4. Patienten mit chronisch progredienten geronto-psychiatrischen Erkrankungen (z. B. Hirnorganisches Psychosyndrom, zerebrale Hypoxie, Demenz vom Alzheimer- oder Multiinfarkttyp)

Die Gruppe der Palliativpatienten ist somit sehr heterogen und umfasst einerseits die Erkrankten, die ambulant betreut werden, andererseits aber auch Patienten auf Palliativstationen, in Pflegeheimen und Hospizen. Ein wichtiger Unterschied bei diesen Erkrankungen sind die Verläufe in zeitlicher Hinsicht. Während bei einer malignen Erkrankung das eigentliche palliative Stadium häufig sehr rasch verläuft und selten einen Zeitraum von sechs Monaten überschreitet, kann dieser Zeitraum bei chronisch internistischen, neurologischen oder geronto-psychiatrischen Erkrankungen durchaus auch mehrere Jahre andauern (Murray et al. 2005). Die systematische Abgrenzung zwischen chronischem und palliativem Stadium ist bei diesen Erkrankungen oft schwierig. Gemeinsam ist all diesen Erkrankungen, dass in palliativer Situation die Patienten immer wieder von den gleichen Symptomen bedroht werden. Der HOPE-Bericht 2009 listet die Probleme auf, über die Patienten bei der Aufnahme in die Palliativversorgung klagen (Lindena et al. 2009). Es wird zwischen körperlichen, psychischen und sozialen Problemen unterschieden. Die Art und Häufigkeit dieser Symptome ist in Abbildung 18–1 dargestellt.

Sehr wichtig für die öffentliche Wahrnehmung von Palliativpatienten ist die Tatsache, dass Krankheiten in palliativen Stadien in den verschiedenen Sektoren des

Abbildung 18–1



Gesundheitswesens völlig unterschiedlich verteilt sind. Im ambulanten Bereich überwiegen chronisch-internistischen und -neurologische Erkrankungen eindeutig. Nach einer Studie der Medizinischen Hochschule Hannover sind Palliativpatienten in der Hausarztpraxis oftmals multimorbide. Bei den Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems sind die Folgen der arteriellen Hypertonie und die fortgeschrittene

Herzinsuffizienz besonders häufig, bei den Erkrankungen des Nervensystems dominiert die Demenz. Der Anteil maligner Erkrankungen lag bei 24,4% (Bleeker et al. 2007). Der Altersdurchschnitt der Patienten lag bei 78,2 Jahren (Abbildung 18–2).

Abbildung 18–2

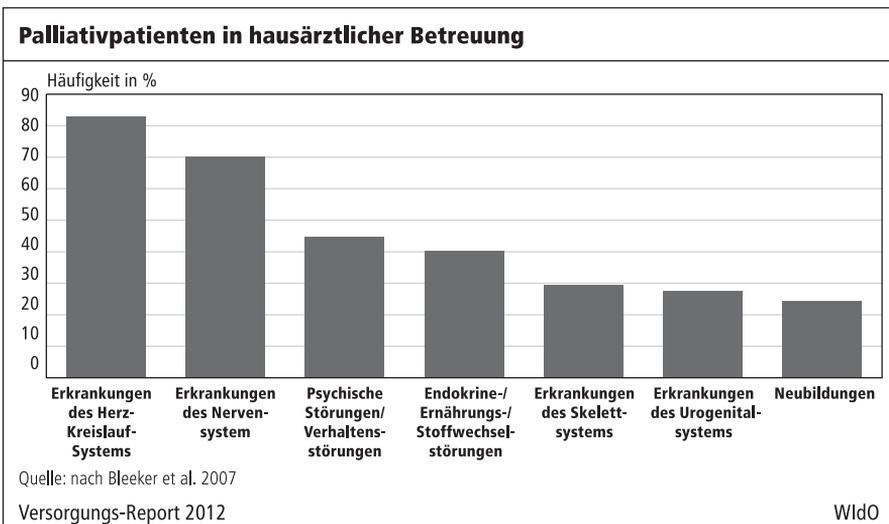
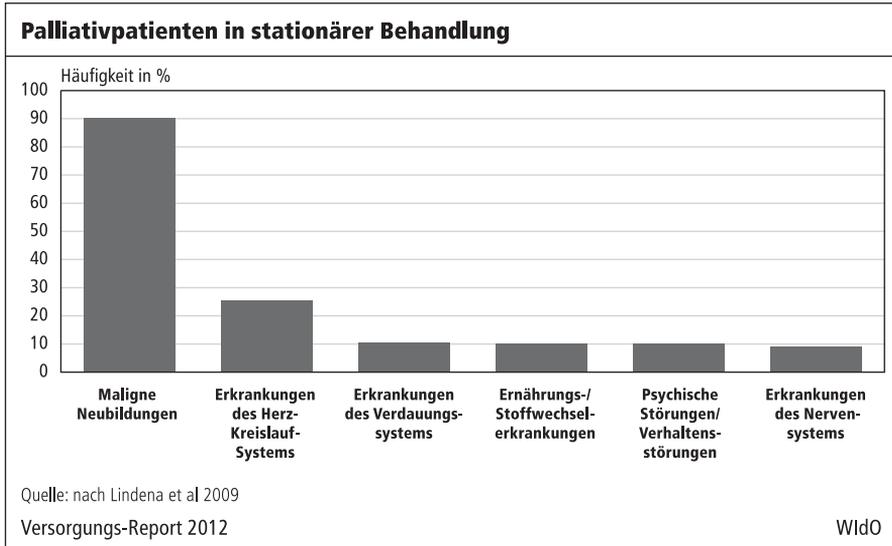


Abbildung 18–3



Demgegenüber werden im stationären Bereich fast ausschließlich Patienten mit malignen Grunderkrankungen palliativmedizinisch betreut. Der Altersdurchschnitt dieser Patienten lag in der HOPE-Studie 2009 bei 69,0 Jahren (Abbildung 18–3).

18.4 Palliative Versorgung in Deutschland

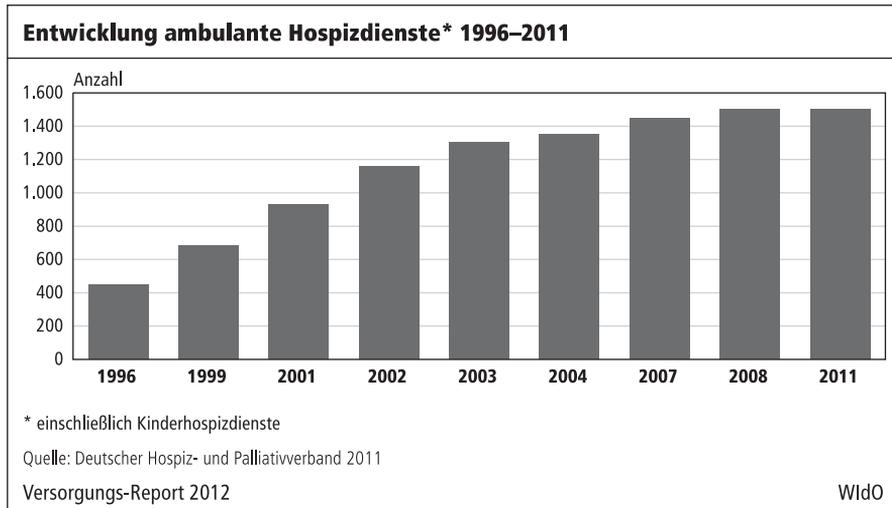
18.4.1 Träger der palliativen Versorgung in Deutschland

Palliativmediziner

Die Musterweiterbildungsordnung für Palliativmedizin wurde 2003 vom 106. Deutschen Ärztetag verabschiedet (Bundesärztekammer 2007). Sie beinhaltet einen 40-stündigen Basiskurs (gemäß § 4 Abs. 8) und entweder ein supervidiertes Fallseminar von 120 Stunden oder eine 12-monatige Tätigkeit bei einem ermächtigten Weiterbilder. Die Weiterbildung zum Palliativmediziner hatten zum 31.12.2009 bundesweit 4 132 Ärzte absolviert. Hiervon sind 2099 (50,7%) im niedergelassenen Bereich, 1927 (46,6%) im stationären Bereich und 106 (2,6%) in sonstigen Bereichen tätig (KBV 2011a).

Lehrstühle für Palliativmedizin sind in den letzten Jahren an sieben deutschen Universitäten (Aachen, Bonn, Göttingen, Köln, München, Erlangen-Nürnberg und Witten/Herdecke für Kinderschmerztherapie und pädiatrische Palliativmedizin) eingerichtet worden (Dietz und Laske 2009). Darüber hinaus gibt es vier Professuren im Bereich Palliativmedizin (München, Mainz).

Abbildung 18–4



Pflegedienste

Pflegerische Tätigkeiten werden von allgemeinen Pflegediensten, von ambulanten Hospiz- und Palliativ- Pflegediensten (AHPP) und ambulanten Palliativdiensten (APD) übernommen. Palliativmedizinisch erfahrene Pflegedienste sind in besonderem Maße mit der Pflege schwerkranker und sterbender Menschen verpflichtet. Hier arbeiten examinierte Pflegekräfte, die eine Palliative-Care-Weiterbildung absolviert haben (DGP 2003). Die Weiterbildung in Palliative Care umfasst 160 Unterrichtsstunden. Zur Zeit wird geschätzt, dass die Zahl der Pflegenden, welche die Weiterbildung in Palliative Care absolviert haben, bald fünfstellig sein müsste (Schindler 2009).

Hospizdienste

Zu Beginn des Jahres 2011 gab es in Deutschland ungefähr 1 500 ehrenamtliche, ambulante Hospizdienste (DHPV 2011). Diese werden hauptsächlich von freiwilligen Helfern getragen, die konsequent supervidiert und von hauptamtlich Tätigen koordiniert werden. Die Einsatzorte der ambulanten Hospizdienste erstrecken sich in den Bereichen Betreuung zu Hause, im Pflegeheim und im Krankenhaus, auf Öffentlichkeitsarbeit und psychosoziale Unterstützung. Die Entwicklung der ambulanten Hospizdienst ist in Abbildung 18–4 dargestellt. Hierdurch wird auch deutlich, dass die Hospizarbeit in unserer Gesellschaft einen hohen Stellenwert hat.

Palliative-Care-Teams

Eine umfassende Betreuung in der Palliativmedizin erfordert das Fachwissen verschiedener Berufsgruppen. Zu den Akteuren eines Palliative-Care-Teams gehören spezialisierte Pflegenden und Ärzte, ehrenamtliche Mitarbeiter und weitere Berufsgruppen wie Seelsorger, Psychologen oder Sozialarbeiter (Schindler 2009).

Tabelle 18–1

Anzahl der Palliativteams

Kassenärztliche Vereinigung	Anzahl SAPV-Verträge
Baden-Württemberg	9
Bayern	11
Berlin	22
Brandenburg	6
Bremen	1
Hamburg	5
Hessen	21
Mecklenburg-Vorpommern	Regional spezifische Verträge
Niedersachsen	31
Nordrhein	Regional spezifische Verträge
Rheinland-Pfalz	Regional spezifische Verträge
Saarland	4
Sachsen	6
Sachsen-Anhalt	9
Schleswig-Holstein	9
Thüringen	6
Westfalen-Lippe	2
Gesamt	134

Stand 17.1.2011; Quelle: Kassenärztliche Bundesvereinigung

Versorgungs-Report 2012

WlD0

Ein Palliative-Care-Team besteht aus einem Koordinator und mindestens einem hauptamtlich tätigen Palliativarzt und -pfleger. Das Palliative-Care-Team leistet 24 Stunden Rufbereitschaft. Möglich ist eine rein konsiliarische Tätigkeit, eine Teil- oder eine Vollversorgung der Patienten im ambulanten und stationären Bereich. Es ist der spezialisierte Leistungserbringer der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV). Zu Beginn des Jahres 2011 gab es insgesamt 134 Palliativteams mit völlig unterschiedlicher regionaler Verteilung (KBV 2011b) (Tabelle 18–1).

18.4.2 Struktur der palliativen Versorgung in Deutschland

Palliative Betreuung im ambulanten Bereich

Im ambulanten Bereich palliativer Betreuung ist zwischen der Basisversorgung (der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung (AAPV)) und der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) zu unterscheiden.

Allgemeine ambulante Palliativversorgung

Die allgemeine ambulante Palliativversorgung (AAPV) wird von Ärzten und Pflegepersonal der Grundversorgung mit palliativmedizinischer Basisqualifikation erbracht. Sie hat zum Ziel, die „Lebensqualität und die Selbstbestimmung von Palliativpatienten so weit wie möglich zu erhalten, zu fördern und zu verbessern und ih-

nen ein menschenwürdiges Leben bis zum Tod in ihrer gewohnten Umgebung zu ermöglichen“ (DGP 2010). Nach ärztlicher Diagnostik und spezifischer Therapie steht im Regelfall die Symptomkontrolle im Vordergrund. Die Leistungserbringer (in der Regel niedergelassene Haus- und Fachärzte) sind nur einen kleinen Teil ihrer Zeit mit der Versorgung von Palliativpatienten beschäftigt. Durch eine interessante strukturelle Veränderung im Gebiet der KV Westfalen-Lippe, bei der die allgemeine und die spezialisierte Palliativversorgung integrativ vernetzt wurde, konnte erreicht werden, dass nur 10,7% der Menschen im Krankenhaus verstarben. Hier wird deutlich, dass durch eine sektorenübergreifende Vernetzung eine deutliche Verbesserung der Versorgung von Palliativpatienten auf regionaler Ebene erreicht werden kann, dass die Erwartungen und die Bedürfnisse von Palliativpatienten ohne zusätzlichen finanziellen Aufwand erfüllt werden können und dass die interdisziplinäre Zusammenarbeit tatsächlich einen bedeutenden Vorteil für die Betroffenen bietet (Claßen et al. 2011).

Spezialisierte ambulante Palliativversorgung

Mit Einführung des Gesundheitsreform-Wettbewerbsstärkungsgesetzes im April 2007 (Bundesgesetzblatt 2007) haben unheilbar erkrankte Menschen mit begrenzter Lebenserwartung einen Anspruch auf spezialisierte ambulante Palliativversorgung gegenüber ihren Krankenkassen erhalten. Die SAPV ist eine ärztliche und pflegerische Komplexleistung und zielt darauf ab, die Betreuung der Versicherten in der vertrauten häuslichen Umgebung auch unter schwierigen medizinischen Bedingungen zu ermöglichen. Im Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Erstfassung der Richtlinie zur Verordnung von SAPV ist die Notwendigkeit spezialisierter ambulanter Palliativversorgung dann gegeben, wenn Patienten aufgrund eines komplexen Symptomgeschehens eine besonders aufwändige Versorgung benötigen. Die deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin und der Gemeinsame Bundesausschuss schätzen übereinstimmend den Anteil der Sterbenden, die SAPV benötigen, auf 5–10%. Die SAPV ergänzt subsidiär das bestehende Versorgungsangebot. Die ärztliche Verordnung von SAPV ist aufwändig und erfordert eine Abstimmung der notwendigen Maßnahmen mit weiteren an der Versorgung beteiligten Leistungserbringern. Im Bereich der SAPV existiert ein Online-Dokumentationssystem für Palliativnetzwerke bzw. -stützpunkte.

18.4.3 Palliative Betreuung im stationären Bereich

2011 gibt es in Deutschland 231 Palliativstationen und 179 stationäre Hospize einschließlich der Einrichtungen für Kinder (DHPV 2011). Ebenso ist die Unterbringung in angegliederten Hospizwohnungen möglich. Palliativstationen sind besonders ausgestattete reguläre Krankenhausstationen. Stationäre Hospize arbeiten institutionell unabhängig. Sie werden von einer Pflegekraft mit Ausbildung in Palliativpflege geleitet. Die Betreuung der Hospizgäste übernehmen angestellte Fachpflegekräfte und niedergelassene Ärzte. Besonders wichtig für den laufenden Betrieb eines stationären Hospizes ist auch die Mitarbeit vieler ehrenamtlicher Mitarbeiter. Diese werden je nach Qualifikation in nahezu allen Bereichen der Betreuung der Gäste eingesetzt. Die Aufnahme ins Hospiz ist gesetzlich geregelt und möglich für Patienten, deren voraussichtliche Lebenserwartung noch wenige Wochen beträgt. Manche Palliativgruppen

Abbildung 18–5



bieten auch ein Tageshospiz an. Die Betreuung auf Palliativstationen als Abteilungen von Krankenhäusern wird von Ärzten, Pflegeern und Therapeuten mit Schwerpunkt Palliativmedizin geleistet. Ziel ist die Symptomkontrolle, die Stabilisierung und – falls möglich – Entlassung der Patienten (Abbildung 18–5).

18.4.4 Kostenübernahme der Palliativversorgung

Ambulanter Bereich

Die Finanzierung der allgemeinen ambulanten Versorgung (AAPV) ist derzeit durch die Regelversorgung der gesetzlichen Krankenversicherung abgedeckt, wenn es zur zeitlich aufwändigen Versorgung in der letzten Lebensphase kommt, die Patienten aber nicht anspruchsberechtigt für Leistungen der SAPV sind. Im Bereich der SAPV sieht der Gesetzgeber Verträge zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern vor. Laut Einheitlichem Bewertungsmaßstab 2009 kann die Erstverordnung und die Folgeverordnung von SAPV durch niedergelassene Vertragsärzte extrabudgetär abgerechnet werden. Die Ausgaben für die SAPV betragen im Jahr 2007 nur 807 000 Euro, im Jahr 2009 bereits 17,33 Millionen Euro (KBV 2011c).

Ambulante Hospizdienste sind in der Regel für den Patienten kostenfrei und erhalten seit 2002 bei Erfüllen bestimmter Qualitätsanforderungen von den gesetzlichen Krankenkassen Zuschüsse.

Stationärer Bereich

Die Betreuung im stationären Hospiz wird zu 90% von der Kranken- und Pflegekasse übernommen. 10% der Kosten wird von den Trägern der Hospize selbst getragen. Der Aufenthalt auf einer Palliativstation wird analog zu dem auf anderen Krankenhausstationen von der gesetzlichen Sozialversicherung übernommen.

18.5 Ausblick

In den vergangenen 20 Jahren haben sich wichtige Bereiche der Palliativversorgung in Deutschland sehr positiv entwickelt. Dennoch sind noch umfangreiche Veränderungen notwendig, um eine flächendeckende Versorgung in guter Qualität gewährleisten zu können. Trotz Verbesserungen sind immer noch viele wichtige Problemfelder in der Versorgung von Palliativpatienten in Deutschland zu erkennen. Unter anderen sind hier besonders zu nennen der Informationsaustausch der Leistungserbringer in den verschiedenen Sektoren des Gesundheitswesens sowie die interdisziplinäre Zusammenarbeit. Der Aufbau tragfähiger Palliativstrukturen darf nicht nur in den Städten, sondern muss flächendeckend erfolgen. Dieses Problem ist bisher nicht einmal in Ansätzen gelöst. Hierfür muss auch noch ein intelligentes Finanzierungsmodell entwickelt werden. Die Verbesserung der Palliativbetreuung in nichtonkologischen Bereichen, besonders in der Geriatrie, ist ein brennendes Problem. Die palliativmedizinische Versorgung in Alten- und Pflegeheimen muss dringend verbessert werden. Palliativmedizinische und palliativpflegerische Versorgung muss den Bedürfnissen der Bewohner dieser Einrichtungen angepasst werden. Hierzu müssen die Strukturen der Versorgung außerhalb der regulären Praxisöffnungszeiten verändert werden. Sehr viele Krankenhauseinweisungen am Lebensende durch ärztliche Bereitschaftsdienste und Notärzte könnten hierdurch vermieden werden. Außerdem müssen in unserer multikulturellen Gesellschaft die Bedürfnisse Schwerstkranker und Sterbender aus anderen Kulturkreisen stärker wahrgenommen und respektiert werden, damit auch diese Patienten kompetent betreut werden können. Das Ziel einer guten Palliativversorgung muss für alle Beteiligten in Deutschland klar sein. Jeder Mensch hat das Recht, eine Zeit am Lebensende zu erfahren, die unabhängig von der Art der Erkrankung eine unter diesen Voraussetzungen mögliche hohe Lebensqualität hat. Jeder Mensch hat auch das Recht, ein Sterben in Würde an dem Ort zu erfahren, an dem er sterben möchte. Und jeder Mensch hat das Recht, selbstbestimmt festzulegen, wer diese Versorgung erbringen soll. Der bisher eingeschlagene Weg geht in die richtige Richtung. Der Wechsel des Therapieziels von der Kuration zur Palliation muss zum richtigen Zeitpunkt erkannt werden. Dann kann eine Verbesserung der Lebensqualität und der Prognose dieser schwerkranken Menschen erreicht werden (Temel et al. 2010). Wenn wir dieses Ziel für eine Verbesserung der Lebensbedingungen am Lebensende vor Augen haben, dann wird auch klar, dass hierfür in den kommenden Jahren noch sehr viele strukturelle und organisatorische, aber auch finanzielle Anstrengungen für alle Beteiligten notwendig sein werden.

Literatur

- Bleeker F, Kruschinski A, Breull A, Berndt M, Hummers-Pradier E. Charakteristika hausärztlicher Palliativpatienten. *Z Allg Med* 2007; 83: 477–82.
- Bundesärztekammer. Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung. *Deutsches Ärzteblatt* 2011; 108: 346–8.
- Bundesärztekammer. (Muster-) Weiterbildungsordnung. Stand September 2007. www.bundesaerztekammer.de/downloads/MWBO_28092007-1.pdf (3. August 2011).

- Bundesgesetzblatt 2007. Teil 1, Nr. 11. Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG). www.bgblportal.de/BGBL/bgb11f/bgb1107s0378.pdf (30. November 2009).
- Claßen B, Geck M Hofmeister U, Weller H. Perspektive für die Palliativversorgung. Westfälisches Ärzteblatt 2011; 02: 11–5.
- Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP). Definitionen der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (Stand: 31.10.2003). www.dgpalliativmedizin.de/sn/SN%2031031%20DGP-Definitionen.pdf (03. November 2009).
- Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin; Sterbeorte von Krebspatienten. www.dgpalliativmedizin.de/powerpoint/Presse%20%DCbersicht%20Sterbeorte.ppt (07. Juli 2010).
- Deutscher Hospiz- und Palliativverband (DHPV). www.hospiz.net (15. März 2011).
- Dietz I, Laske A (Working group on Palliative Care, GEMSA). Development of Palliative Care teaching for medical students in Germany. www.emaumed.de/pallmed/downloads/ag_pallmed_poster_09_vienna_education.pdf (26. November 2009).
- Ferri C, Prince M, Brayne C, Brodaty H, Fratiglioni L, Ganguli M, Hall K, Hasegawa K, Hendrie H, Huang Y, Jorm A, Mathers C, Menezes P, Rimmer E, Sczufca M, for Alzheimer's Disease International Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study. *The Lancet* 2005; 366: 2112–7.
- Gemeinsamer Bundesausschuss (GemBA). Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Erstfassung der Richtlinie zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung 2007. <http://www.g-ba.de/downloads/39-261-582/2007-12-20-SAPV-Neufassung.pdf> (16. Januar 2009).
- Hausmaninger H. Medikamentöse Palliativtherapie bei Tumorpatienten. In: Bernatzky G, Sittl R, Likar R (Hrsg). *Schmerzbehandlung in der Palliativmedizin*. Wien: Springer 2007; 65–76.
- Hoppe J, Hübner M. Der ärztlich assistierte Suizid aus medizin-ethischer und juristischer Perspektive, *Zeitschrift für medizinische Ethik* 2009; 55: 303–17.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). Ärzte mit der Zusatzbezeichnung Palliativmedizin. Stand 31.12.2010. Palliativversorgung in Deutschland. Berlin 2011a.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). Anzahl Betriebsstättennummern. Stand 17.1.2011. Palliativversorgung in Deutschland. Berlin 2011b.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). Ausgabenentwicklung SAPV 2007–2009. Stand 17.1.2011. Palliativversorgung in Deutschland. Berlin 2011c.
- Lindena G, Woskanjan S, Fahland R. HOPE-Bericht Oktober 2009. http://www.hope-clara.de/download/GesamtberichtHOPE2009_allgemein.pdf (3. August 2011).
- Liverpool Care Pathway (LCP) Base Review. Kantonsspital St. Gallen. Leitfaden für die Sterbebegleitung. Offizielle deutschsprachige Spitalversion The Marie Curie Palliative Care Institute Liverpool 2007. www.palliativ-sg.ch/files/lcp/leitfaden_sterbebegleitung.pdf (16. Juli 2009).
- Murray S, Kendall M, Boyd K, Sheikh A. Illness trajectories and palliative care. *BMJ* 2005; 330: 1007–11.
- Schindler T. Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland. Im Überblick: Zahlen, Fakten, Finanzierung. Unternehmenszeitung „Gesundheitsdienst“ 01/2009.
- Statistisches Bundesamt Deutschland. Anzahl Gestorbener nach ausgewählten Todesursachen 2009. <http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Statistiken/Gesundheit/Todesursachen/Tabellen/Content100/EckdatenTU.templateId=renderPrint.psm1> (3. August 2011).
- Temel J, Greer J, Muzikansky A, et al. Early Palliative Care for Patients with Metastatic Non-Small-Cell Lung Cancer. *N. Engl. J. Med.* 2010; 363: 733–42.
- Wiese C, Bartels U, Geyer A, Dutte G, Graf BM, Hanekop G. Göttinger Palliativkrisenbogen: Verbesserung der notfallmedizinischen Versorgung von ambulanten Palliativpatienten. *Dtsch. Med. Wochenschr.* 2008; 133: 972–6.

19 Sturzprophylaxe in Pflegeheimen

Ergebnisse einer zehnjährigen Zusammenarbeit der Wissenschaft mit der AOK

Clemens Becker, Kilian Rapp und Luzia Erhardt-Beer

Abstract

Stürze und sturzbedingte Verletzungen wie Hüftfrakturen zählen zu den häufigsten Gesundheitsrisiken von Heimbewohnern. Das Forschungsinteresse an den entsprechenden Risikofaktoren und an Sturzprophylaxe ist deshalb in den letzten Jahren gestiegen. Dieser Beitrag beschreibt die langjährige erfolgreiche Zusammenarbeit zwischen der AOK und Wissenschaftlern bei der Einführung eines Sturzpräventionsprogramms in Pflegeheimen. Er gibt einen Überblick über die Epidemiologie von Stürzen und Frakturen und stellt die Risikofaktoren von Stürzen in Heimen dar. Ein weiterer Fokus liegt auf den verschiedenen Komponenten der Sturzprävention. Zudem werden strukturelle und organisatorische Fragen im Zusammenhang mit der Einführung von Sturzpräventionsprogrammen in Pflegeheimen diskutiert

Falls and fall related injuries like hip fractures are among the leading problems in residential care. Therefore, the interest in risk factors and preventive measures has increased during previous years. This article describes the long lasting and successful cooperation between a large health insurance company (AOK) and scientists in the implementation of a fall prevention program in nursing homes. It overviews the epidemiology of falls and fractures and presents established risk factors of falls in residential care. Another focus is on the different components of fall prevention programs. In addition, structural and organisational questions are discussed which may be important for the implementation of a fall prevention program in nursing homes.

19.1 Einleitung

Seit 2002 arbeiten verschiedene wissenschaftliche Partner mit der AOK daran, Stürze älterer Menschen zu verhindern, deren Risikofaktoren besser zu verstehen und die Kosten von sturzbedingten Verletzungen älterer Menschen einzuschätzen. Diese vertrauensvolle Zusammenarbeit ist in dieser Form einzigartig und hat zu zahlreichen wissenschaftlichen Publikationen geführt. Die Evaluation dieser nachhaltigen Kooperation zeigt, dass die Ergebnisse den Aufwand rechtfertigen. Die Erfolge müssen aber Schritt für Schritt erarbeitet werden.

Die Zusammenarbeit begann 2002 nach erfolgreicher Beendigung eines Modellprojekts in Ulm, das vom Bundesgesundheitsministerium gefördert wurde (Becker 2003). Diese randomisierte Studie zeigte erstmals überzeugend, dass es möglich ist,

in Pflegeheimen mehr als 30% der Stürze zu verhindern. Die AOK Baden-Württemberg entschloss sich, dieses Modell mit geringfügigen Änderungen in sieben Regionen mit 15 Pflegeheimen zu replizieren, um die Alltagstauglichkeiten außerhalb der Modellregion zu testen. Hierbei ging es vor allem um Machbarkeit und Akzeptanz sowie um eine Pilotierung des Projektmanagements aus Sicht der AOK. Die Organisationsverantwortung lag nunmehr bei der AOK, die Inhalte wurden unverändert von den wissenschaftlichen Partnern festgelegt. Das Vorgehen erzeugte eine unerwartet hohe Nachfrage bei den Heimträgern. Die öffentliche Wahrnehmung war durchweg positiv. Der proaktive Charakter des Präventionsprogramms erzeugte eine große Medienresonanz, ein positives Feedback bei den Mitarbeitern der Einrichtungen, den AOK-Projektverantwortlichen und bei den Betroffenen und deren Angehörigen. Die öffentliche Wertschätzung drückt sich nicht zuletzt in der mehrfachen Prämierung des Vorhabens aus (Berliner Gesundheitspreis, Qualitätsförderpreis 2005 in Baden-Württemberg). Vor diesem Hintergrund entschied der Vorstand der AOK Baden-Württemberg, ab dem Jahr 2003 ein flächendeckendes „Roll-out“ zu beginnen. Es wurde angestrebt, pro Jahr mindestens 100 Heime neu in das Programm aufzunehmen. Das Vorgehen wurde mit einer Datenanalyse des Sturzgeschehens (Prä-Post-Vergleich), einem Benchmarking der beteiligten Einrichtungen und einer mehrjährigen Analyse der landesweiten Krankenhauseinweisungen durch sturzbedingte Frakturen von Heimbewohnern begleitet. Die Implementierung und Evaluation wurde von Mitarbeitern des Robert-Bosch-Krankenhauses Stuttgart und des Instituts für Epidemiologie der Universität Ulm begleitet. Außerhalb der beiden südlichen AOK-Bundesländer konnte aber keine umfassende Evaluation durchgeführt werden. Die belastbaren Daten liegen daher aus Baden-Württemberg (Rapp 2010) und Bayern (Becker 2011) vor. Im Jahr 2006/2007 entschied sich die AOK Bayern, das Programm ebenfalls landesweit in mehr als 1 000 Heimen einzuführen. Durch eine großzügige Förderung des Bundesministeriums für Bildung und Forschung gelang es, die Evaluation in Bayern in der Tiefe weiter zu verbessern. Insbesondere war es möglich, die Auswertung um eine gesundheitsökonomische Evaluation zu ergänzen (Heinrich 2009; 2011). Auch die Analyse weiterer Frakturtypen in Bayern erbrachte neue Erkenntnisse (Rapp 2008; 2009; 2010). Die Art der Implementierung wurde weiter verbessert. In einem gemeinsamen Lernprozess der Projektpartner wurde das didaktische Vorgehen weiterentwickelt. Die Verbindlichkeit der Projektpartner wurde durch langfristige Verträge erhöht. Einzelne Projektmodule wurden ergänzt.

Über das Zukunftsprojekt 2015 der AOK („Sturzprävention – Aktiv bleiben im Pflegeheim“) entschlossen sich auch andere AOKs das Programm zu implementieren (u. a. Brandenburg, Berlin, Rheinland-Pfalz, Sachsen, Thüringen, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern). Die Durchführung erfolgte jedoch nicht immer flächendeckend. Es war nicht überall möglich, eine präzise Evaluation durchzuführen. Andere Landesverbände modifizierten das Vorgehen (z. B. AOK Bremen, AOK Nordrhein) oder setzten Prioritäten im Bereich der ambulanten Sturzprävention (z. B. AOK Niedersachsen, AOK Saarland). Gegenwärtig beteiligen sich nach unserem Kenntnisstand deutlich mehr als 2 000 Pflegeheime an dem gemeinsam entwickelten Programm.

Hilfreich bei der Einführung war die Erarbeitung und Einführung des Expertenstandards Sturzprophylaxe von 2004 bis 2006. Auch die bundesweite Qualitätsdiskussion motivierte Einrichtungen, sich für das Programm zu bewerben. Der vorlie-

gende Artikel soll eine Zwischenbilanz der Arbeit der beteiligten AOK-Experten mit den wissenschaftlichen Projektpartnern darstellen. Die im August 2011 veröffentlichten Zahlen aus Bayern zeigen, dass der eingeschlagene Weg richtig ist und konsequent weiter beschritten werden sollte (Becker 2011).

Für eine detaillierte Auseinandersetzung mit dem Thema wird auf die Originalliteratur verwiesen. Eine 2010 veröffentlichte Metaanalyse der Cochrane-Arbeitsgruppe (Cameron 2010) unterstreicht, dass die AOK-Experten im Jahr 2002 richtig lagen, als sie sich für diesen Weg entschieden haben. Wir denken, dass es viel zu selten geschieht, dass sich wissenschaftliche Partner, Mitarbeiter der Leistungsträger und Leistungserbringer auf den Weg machen, erfolgreich und langfristig an den drängenden Problemen der Gesundheitsversorgung älterer Menschen zu arbeiten.

19.2 Die Bedeutung von Stürzen

Stürze und sturzbedingte Verletzungen führen nicht selten zu einer Heimeinweisung und dem Verlust der eigenen Häuslichkeit (Rubenstein 2006). In Pflegeheimen treten Stürze und sturzbedingte Verletzungen häufiger als im häuslichen Umfeld auf (Rapp 2011; im Druck). Sie beeinträchtigen die Lebensführung von Heimbewohnern durch Schmerzen, Funktionsverlust und psychische Probleme. Die Angst vor neuen Stürzen trägt dazu bei, soziale und körperliche Aktivitäten zu reduzieren. Nicht selten führt ein erhöhtes Sturzrisiko oder eine Sturzanamnese dazu, dass pflegende Angehörige oder professionell Pflegende restriktive Maßnahmen ergreifen. Dies führt meist in einen Teufelskreis nachlassender körperlicher Aktivität und weiter zunehmender Sturzgefährdung. Die Reduktion des Sturzrisikos kann daher die Lebensqualität der Bewohner verbessern. Dies ist vor allen Dingen dann der Fall, wenn es sich um proaktive und nicht um repressive Maßnahmen handelt (Becker 2010).

19.2.1 Epidemiologie

Im Rahmen der Zusammenarbeit konnte der Kontext von Stürzen im Pflegeheim näher beschrieben werden (Rapp 2011; im Druck). Hierbei konnte auf einen weltweit in seiner Größe einzigartigen Datensatz mit mehr als 70 000 Stürzen zurückgegriffen werden. Es zeigt sich, dass die durchschnittliche Sturzrate bei derzeit etwa 1,8 Stürzen pro Bewohnerjahr liegt. Dies ist deutlich höher als bei zu Hause lebenden älteren Menschen (Rubenstein 2006). Dies bedeutet, dass in einer Pflegeeinrichtung mit z. B. 100 Betten an jedem zweiten Tag ein Sturz erwartet werden muss. Die Analyse zeigte, dass sich etwa drei Viertel der Stürze in den Bewohnerzimmern und in unmittelbar angrenzenden Nasszellen ereigneten. Stürze im Bereich der Gänge und Gemeinschaftsräume waren vergleichsweise selten. Vor allem Aufstehen und Hinsetzen waren mit einer hohen Sturzhäufigkeit verbunden (>40% der Stürze). Etwa ein Drittel der Stürze ereignete sich beim Gehen. Auch dies unterscheidet Pflegeheimbewohner deutlich von älteren Menschen, die zu Hause leben, bei denen Stürze sehr viel häufiger im Gehen auftreten. Bei immerhin 15% der Stürze musste ein Arzt hinzugezogen werden und 8% erforderten eine Einweisung ins Krankenhaus.

Die häufigste schwere Komplikation eines Sturzes in einem Pflegeheim ist eine Hüftfraktur (Rapp 2009). Bei Männern im Pflegeheim werden Stürze zwar häufiger beobachtet, die Frakturrate ist jedoch bei Frauen deutlich höher. Dies dürfte vor allem auf eine höhere Osteoporoseprävalenz bei Frauen zurückzuführen sein. Obwohl Frauen das höchste Risiko für eine sturzbedingte Fraktur haben, sollten Männer im Pflegeheim nicht als eine Niedrigrisikogruppe betrachtet werden. So sind die Hüftfrakturraten von männlichen Pflegeheimbewohnern beispielsweise höher als die von Frauen in den vergleichbaren Altersgruppen, die in der eigenen Häuslichkeit leben. Auch wenn Hüftfrakturen die häufigste Form von Frakturen im Pflegeheim darstellen, wird manchmal übersehen, dass auch andere sturzbedingte Verletzungen zur Krankheitslast beitragen. Auch hierbei kann es zu schweren Schmerzen und erheblichen funktionellen Verlusten kommen. Ein wichtiges Beispiel hierfür sind Beckenfrakturen, aber auch Schulterfrakturen, Wirbelkörperfrakturen und Schädelhirnverletzungen sollten nicht übersehen werden (Rapp 2009). Bewohner mit Hüft- und Beckenfrakturen haben eine deutlich erhöhte Mortalität nach den Verletzungen (Rapp 2008; 2010). Vor allem Immobilisationsprobleme und eine inadäquate Thromboseprophylaxe sowie Infektionen nach der Fraktur tragen vermutlich zu diesem erhöhten Mortalitätsrisiko bei. Die zusätzliche Pflegebelastung nach Stürzen und Frakturen sollte nicht unterschätzt werden. Die daraus resultierende Belastung der Pflegemitarbeiter wird zu einer Reduktion der Arbeitskapazität der Pflegemitarbeiter für andere Bewohner führen. Hierzu liegen allerdings bisher keine systematischen Erhebungen vor.

Es liegen zunehmend bessere Daten zu den Kosten von Stürzen in Pflegeheimen vor. Die Kosten einer Hüftfraktur wurden im Rahmen des gemeinsamen Projekts mit der AOK auf 8 300 Euro beziffert (Heinrich 2010). Ein systematischer Review der gleichen Arbeitsgruppe zeigte, dass die durchschnittlichen Kosten eines Sturzes unabhängig davon, ob eine Fraktur aufgetreten ist, bei etwa 600 bis 1 000 Euro liegen (Heinrich 2009). Geht man davon aus, dass bei den gegenwärtig etwa 600 000 bis 800 000 Pflegeheimbewohnern mehr als 1 Mio. Stürze auftreten, bedeutet dies, dass die Kosten von Stürzen bei Pflegeheimbewohnern zwischen 700 Mio. und 1 Mrd. Euro liegen.

19.2.2 Risikofaktoren

Die Prävalenz der meisten bekannten Risikofaktoren ist bei Bewohnern von Pflegeheimen deutlich höher als bei zu Hause lebenden Personen des gleichen Alters. Die meisten Bewohner weisen gleich mehrere Risikofaktoren auf (Kron 2003; Rubenstein 1994; Luukinen 1995). Beispiele bekannter Risikofaktoren sind muskuläre Schwäche der unteren Extremitäten, Balancedefizite, Gangstörungen, Seheinschränkungen, Delir (akute Verwirrtheit), kognitive und funktionelle Einschränkungen, orthostatische Hypotonie, Dranginkontinenz und häufige nächtliche Toilettengänge. Typische Komorbiditäten, die zu diesen funktionellen Einschränkungen führen können, sind eine Demenz, eine Depression, ein Schlaganfall mit funktionellen Einschränkungen oder Parkinson-Erkrankungen. All diese Erkrankungen führen zu Störungen der Aufmerksamkeit, der Planungskompetenz oder auch einer mangelhaften Risikoeinschätzung. Die meisten der Patienten werden mit mehreren Medikamenten behandelt. Nebenwirkungen und Interaktionen können das Risiko eines Sturzes

deutlich erhöhen. Vor allem zentral wirksame Medikamente wie Sedativa, Neuroleptika und Antidepressiva verschlechtern die Balance und führen zu Einschränkungen der Aufmerksamkeit (Thapa 1998; Leipzig 1999; Hartikainen 2007). Es sollte bedacht werden, dass das Risiko jedoch auch durch die Exposition bestimmt wird. Ein Patient, der weniger aktiv ist, wird kurzfristig ein reduziertes Risiko haben. Bewohner, die nicht mehr allein aufstehen können oder dies gar nicht erst versuchen, haben gleichfalls ein deutlich geringeres Sturz- und Verletzungsrisiko. Allerdings geht das Risiko hier nicht auf Null zurück. Die Rolle der Umgebungsfaktoren bei der Entstehung von Stürzen und Unfällen ist immer wieder diskutiert worden (Clemson 1996). In Deutschland liegen ausführliche Normen für barrierefreies Wohnen vor (DIN18024/DIN18025). Viele dieser Normen sind Expertenempfehlungen und nicht in kontrollierten Untersuchungen überprüft worden. Nach Ansicht der Autoren sind Umgebungsfaktoren vor allem im Zusammenhang mit funktionellen Einschränkungen zu bewerten. Umgebungsfaktoren können bei unterschiedlichen Patienten das Risiko erhöhen oder senken (siehe Abschnitt Interventionen). Die Autoren konnten im Rahmen der Zusammenarbeit zeigen, dass die Zeit unmittelbar nach Aufnahme eines Heimbewohners mit einem deutlich erhöhten Sturz- und Frakturrisiko verbunden ist (Rapp 2008; Rapp 2009). Offenbar führt das neue Einleben in einer fremden Umgebung zu erheblichen Gefährdungen. Die ersten Tage und Wochen sollten deswegen besonders gut begleitet werden. Der Bewohner sollte entsprechend Unterstützung erhalten.

19.2.3 Screening und Assessment der Sturzgefährdung

Ein Sturzrisikoscreening (Becker 2005) bzw. Assessment sollte auf den oben genannten Überlegungen basieren und nicht als sture Routine durchgeführt werden (Lundin-Olsson 2003). Der Sinn und Nutzen von standardisierten Assessmentverfahren wurde in den letzten Jahren zunehmend in Zweifel gezogen. Mehrere Untersuchungen konnten nachweisen, dass ein erfahrener Mitarbeiter in einem Pflegeheim mit seinen subjektiven Einschätzungen vergleichbar gute Resultate erzielt wie ein mehr oder weniger aufwendiges Assessmentverfahren. Allein die Sturzanamnese, d. h. die Angabe, ob ein Bewohner in den letzten Wochen oder Monaten hingefallen ist, erwies sich als gleichwertig im Hinblick auf den prädiktiven Wert einer erneuten Sturzgefährdung. Assessment erfordert Zeit, und es ist Zeitverschwendung, wenn daraus keine sinnvollen Maßnahmen durch die Mitarbeiter abgeleitet werden können. Ein statisches Vorgehen, das die Veränderung des Funktionszustandes des Bewohners im Sinne einer Verbesserung oder einer Verschlechterung nicht berücksichtigt, führt dazu, dass unbefriedigende Ergebnisse erzielt werden. Die Verordnung eines neuen Medikaments, das Auftreten eines Infektes oder eine erfolgreiche Physiotherapie können dazu führen, dass sich der Zustand eines Bewohners innerhalb kurzer Zeit verändert und sich damit das Risiko erhöht bzw. vermindert. Der Expertenstandard Sturzprophylaxe, der 2004 erstmals vorgestellt wurde, bleibt an dieser Stelle vage. Die Einrichtungen und Mitarbeiter fühlen sich hier oft allein gelassen. Dies hat dazu geführt, dass häufig starr und wenig reflektiert Assessmentverfahren durchgeführt werden, die nur zu oft relativ wenig Handlungskonsequenzen haben.

Unsere persönliche Auffassung ist es, dass unerfahrene Einrichtungen und neue Mitarbeiter durch ein strukturiertes Assessment unterstützt werden können. Nach

einer gewissen Zeit werden die wesentlichen Risikofaktoren zunehmend als Teil einer guten Pflegepraxis in die allgemeinen Überlegungen integriert. Entscheidend bei der Durchführung des Assessments ist die Möglichkeit, die Situation im Rahmen einer angemessenen Pflegeplanung oder einer Veränderung der institutionellen Rahmenbedingungen zu verbessern.

Die Möglichkeit der erfolgreichen Veränderung wurde in den Studien zur Wirksamkeit oder Unwirksamkeit von Sturzscreening- und Assessmentverfahren nicht berücksichtigt. Daneben ist es Teil der Weiterentwicklung jedes Sturzpräventionsprogramms, auf die dynamischen Veränderungen hinzuweisen (Wagner 2005; Taylor 2002; Rask 2007).

19.3 Die Einführung und Fortführung von Sturzpräventionsprogrammen in Pflegeheimen

Im Folgenden sollen die Erfahrungen mit der Einführung von Sturzpräventionsprogrammen mit der AOK in Baden-Württemberg und Bayern beschrieben werden. Dieser mehr als zehn Jahre umfassende Prozess war gekennzeichnet durch Fortschritt und manche Rückschläge. Das Zusammenwirken von Praktikern („user in the loop“), der AOK und den wissenschaftlichen Mitarbeitern war die Grundlage, um ein praxisnahes, umsetzbares Modell zu entwickeln, das mittlerweile dazu geführt hat, dass etwa 20% der schweren Verletzungen im Pflegeheim vermeidbar sind (Becker 2011).

Im ersten Jahr profitierten dort mehr als 13 000 Bewohnerinnen und Bewohner aus 256 Heimen vom Interventionsprogramm, die Bewohnerinnen und Bewohner von weiteren 893 Heimen dienten als Kontrollen. Insgesamt traten während des ersten Jahres 1 248 Hüftfrakturen auf. Dabei war die Frakturrate in den Interventionsheimen um nahezu 20% geringer als in den Kontrollheimen (Tabelle 19–1). Nachfolgend werden die wichtigsten Komponenten von Sturzpräventionsprogrammen beschrieben.

Tabelle 19–1

Effekt eines multifaktoriellen Sturzpräventionsprogramms auf die Inzidenz von Hüftfrakturen in bayerischen Pflegeheimen während des ersten Interventionsjahrs*

	Hüftfrakturen (n)	Personenjahre	Hüftfrakturen/1 000 Personenjahre
Interventionsstatus:			
• Kontrollgruppe	917	22 450	41,0
• Interventionsgruppe	331	9 882	33,6

* 1.04.2007–31.03.2008

Quelle: Becker 2011

19.3.1 Sturzdokumentation

Jede Einrichtung sollte ein EDV-gestütztes Tool zur Sturzdokumentation haben. Die Sturzberichte sollten kurz und möglichst präzise sein. Sie sollten Informationen zur Uhrzeit, dem Ort des Sturzes und der sturzassoziierten Aktivität beinhalten. Weiterhin sollten Sturzfolgen wie Verletzungen dokumentiert werden. Mindestens halbjährlich sollten die Bögen zusammenfassend analysiert und den Mitarbeitern ein angemessenes Feedback gegeben werden. Jedes schwere Ereignis wie eine Hüftfraktur sollte mit den Mitarbeitern im Rahmen einer Sturzkonferenz besprochen werden. Die Besprechungen sind erforderlich, um zukünftige Risiken für den Bewohner selbst oder andere Bewohner zu erkennen. Jährlich sollte die Zahl der Stürze, die Zahl der gestürzten Personen und die Zahl der sturzbedingten Verletzungen analysiert werden. Wenn irgend möglich, sollten die Zahlen in einem Benchmarkprozess mit anderen Einrichtungen mit einer vergleichbaren Fallgruppenzusammensetzung verglichen werden. Daraus sollte der Stand der Umsetzung der Sturzprävention für die Einrichtung abgeleitet und zudem geschätzt werden, ob die Einrichtung über ein niedriges, moderates oder hohes Risikoprofil verfügt. Die Qualität der Dokumentation sollte ebenfalls geprüft werden. Die häufigsten Fehler bei der Dokumentation sind eine unzureichende Dokumentation von Stürzen ohne Verletzungen und ein fehlendes oder nicht zeitgerechtes Feedback für die Mitarbeiter.

19.3.2 Beginn eines Sturzpräventionsprogramms

Die jeweilige Einrichtung und der Träger sollten vor Beginn des Programms über die Priorität möglicher Interventionen diskutieren. Dies wird beeinflusst durch gesetzliche Vorgaben, aber auch durch die Zusammensetzung der Bewohner (z. B. extrem gefährdete Patienten mit nicht behandelbarer Epilepsie). Es sollte benannt werden, was die Ziele der Einrichtungen für die nächsten Monate oder gegebenenfalls Jahre sind. Bauliche Veränderungen etwa können Jahre brauchen. Je nachdem; in welcher Ausgangssituation sich die Einrichtung befindet, sollten die nachfolgenden Bemerkungen daher mit Bedacht gelesen werden.

Wir empfehlen eine Ausgangsdokumentation des Sturzgeschehens für etwa drei Monate, bevor entsprechende Maßnahmen eingeführt werden. Die unterschiedlichen Interventionsmöglichkeiten sollten definiert, diskutiert und priorisiert werden. Die gegenwärtige Evidenz (z. B. der Cochrane Review) besagt, dass es sinnvoll ist, in Pflegeheimen multifaktorielle Programme zu implementieren, und dass Programme, die sich auf nur einen Aspekt begrenzen, wahrscheinlich wenig oder überhaupt nicht wirksam sind. Einzelne Studien haben sogar eine Erhöhung der Sturzrate gezeigt. In diesen Programmen war die Intensität meist zu niedrig. Möglicherweise wiegten sich die Mitarbeiter und Bewohner in einer falschen Sicherheit. Aufgrund der Erfahrung der Autoren soll betont werden, dass es absolut essenziell ist, dass sich die Leitungen der Einrichtung und des Trägers mit dem Programm identifizieren. Die Führung und die Unterstützung der Mitarbeiter sind notwendig, um ein erfolgreiches Programm zu initiieren. Vor allem neu aufgenommene Bewohner sollten im Hinblick auf ihr Sturzrisiko eingeschätzt werden. Nicht zuletzt sollten auch Bewohner mit sehr niedrigen Sturzrisiken identifiziert werden. Die Sturzprävention sollte sich nämlich auf Personen mit moderaten und hohen Risiken konzentrieren.

19.3.3 Präventionskomponenten: nichtpharmakologische Interventionen

Die Basis nichtpharmakologischer Interventionen ist a) die Verbesserung des Wissens der Mitarbeiter, b) die Veränderung der Einstellung und Haltung der Mitarbeiter, aber auch der Bewohner und Angehörigen und c) die Ermächtigung der Mitarbeiter, entsprechende Maßnahmen tatsächlich durchführen zu können.

19.4 Die Aufgabe der Pflege

Die Mitarbeiter der Pflege und Hauswirtschaft haben die wichtigste Rolle bei der Implementierung der Sturzprävention und deren weiterer Durchführung. Eine gute pflegerische Praxis ist hierbei eine Grundvoraussetzung. Eine unzureichende Selbstwirksamkeit der Mitarbeiter und eine ambivalente Einstellung gegenüber der Sturzprävention gefährden den Erfolg eines Programms. Eine weitere wichtige Komponente ist eine ausreichende interdisziplinäre Kommunikation. Je nachdem sind neben der Pflege Ärzte, Mitarbeiter der Verwaltung, pflegende Angehörige und Therapeuten an der Sturzprävention beteiligt. Dies ist zur Maximierung der Ergebnisse von erheblicher Bedeutung.

Nach der Aufnahme sollte unverzüglich ein gemeinsamer Behandlungs- und Präventionsplan entwickelt werden. Dieser sollte regelmäßig überprüft werden. Neu aufgetretene Probleme sollten unmittelbar in den Behandlungs- und Präventionsplan Eingang finden. Dabei ist es sicherlich eine Herausforderung, Veränderungen des Pflegeplans ohne große Zeitverzögerung vorzunehmen. Dies erfordert meist auch eine enge Zusammenarbeit zwischen den professionell Pflegenden und dem zuständigen Arzt.

Vor allem in den ersten Tagen und Wochen nach einer Neuaufnahme ist das Sturz- und Verletzungsrisiko stark erhöht. In dieser Zeitspanne sind zunächst kompensierende Maßnahmen sinnvoll. Beispiele hierfür sind eine angemessene Unterstützung beim Toilettengang, eine Unterstützung bei den Sitz-Stand-Transfers oder auch die initiale Versorgung mit einem Hüftprotektor aus einem heimeigenen Pool, um die ersten Tage oder gegebenenfalls Wochen zu überbrücken. Sobald sich der Bewohner eingelebt hat, kommen weitere optimierende Ansätze wie körperliches Training und eine Anpassung der Medikation infrage. Hierfür ist eine regelmäßige und vertrauensvolle Zusammenarbeit mit den (Haus-) Ärzten der Bewohner unerlässlich.

19.5 Andere wichtige Faktoren

Umgebung und Kleidung

Es gibt eine komplexe Interaktion zwischen den Bewohnern und ihrer sozialen und physischen Umgebung. Ein normierter Stuhl mit Armlehnen kann die Aufstehbewegung bei vielen Bewohnern unterstützen. Der gleiche Stuhl kann bei besonders kleinen oder besonders großen Bewohnern zu Problemen führen. Die Umgebung sollte

die Bewohner ermutigen, körperlich aktiv zu sein. Es sollte beachtet werden, wie die Bewohner sich innerhalb ihrer eigenen Zimmer bewegen. Ein Beispiel hierfür ist die Überprüfung der Ergonomie beim Aufstehen vom Bett oder auch die Beachtung der Laufwege, z. B. bei den Toilettengängen. Das Ziel ist es, Personen-Umwelt-Passungsprobleme zu reduzieren und gleichzeitig die Wohnlichkeit und damit die Lebensqualität der Bewohner zu maximieren.

Es gibt neue Ansätze, die zur Prävention von Sturzverletzungen und zur Förderung der Bewegung derzeit getestet werden (*ambient assisted living*), die aber im Rahmen der Zusammenarbeit noch nicht zum Einsatz kamen. Beispiele hierfür sind die Verwendung schockabsorbierender Bodenbeläge in Hochrisikozonen (z. B. Bettenbereich, Nasszellenbereich) oder der Einsatz von Sensoren zur Erkennung von Bewegungsmustern. Es kann erwartet werden, dass auch durch die Verbesserung der Möbelergonomie in Zukunft positive Effekte erzielt werden können.

Protektive Kleidung ist sinnvoll bei Bewohnern mit hohem Verletzungsrisiko (Klenk 2010). Ein Beispiel hierfür ist der Einsatz von Hüftprotektoren, die aber nur bei entsprechender Beratung und Begleitung sehr wirksam Hüftfrakturen verhindern können (Bentzen 2008; Parker 2003). Auch Design und Nutzung von Hilfsmitteln wie Rollatoren und Rollstühle sind verbesserungsfähig (Salminen 2009). Beispielsweise sollte die kognitive Leistungsfähigkeit eines Bewohners bei der Verordnung eines Hilfsmittels unbedingt berücksichtigt werden.

Training

Das Training (Kraft- und Balancetraining) ist die mit Abstand effektivste Komponente von Sturzpräventionsprogrammen im häuslichen Bereich (Sherrington 2008). Im Pflegeheim sind jedoch Trainingsprogramme allein nicht ausreichend, um eine signifikante Sturzreduktion zu erreichen. Dies wurde in verschiedenen Untersuchungen bestätigt (Cameron 2010; McMurdo 2000; Mulrow 1994). Hieraus abzuleiten, dass ein Trainingsprogramm bei Pflegeheimbewohnern nicht sinnvoll oder sogar schädlich ist, wird von den Autoren für unsinnig und unethisch gehalten. Die Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit und Aktivität ist für mindestens die Hälfte der Heimbewohner sinnvoll und möglich. Sie ist für viele Alltagsprobleme von hoher Bedeutung. Beispiele hierfür sind der Erhalt der Fähigkeit zum selbständigen Toilettengang, der Erhalt der Mobilität inner- und außerhalb des Heims und eine positive Beeinflussung depressiver Symptome. Meistens sind Trainingsprogramme die einzige Möglichkeit, um die körperliche Aktivität von Heimbewohnern zu verbessern. Bei allen besonders erfolgreichen Präventionsprogrammen im Heimbereich war ein Trainingsprogramm als Komponente integriert. Trainingsprogramme gehören zudem zu den wesentlichen Gründen, warum Bewohner und deren Angehörige überhaupt einwillingen, ein Sturzpräventionsprogramm durchzuführen. Viele Sicherheitsmaßnahmen wie das Tragen eines Hüftprotektors werden als passive Schutzmaßnahmen eher akzeptiert, wenn sie gleichzeitig mit einer aktiven Komponente verbunden werden. Die Evidenz für die Wirkung von Trainingsprogrammen ist in vielen Untersuchungen bestätigt worden. Beispiele für erfolgreiche Programme sind das Otago Exercise Program oder das von den Autoren entwickelte Trainingsprogramm für Heimbewohner. Mittlerweile haben weit mehr als 10 000 Teilnehmer an den Programmen teilgenommen. Dabei haben sich die Trainingsprogramme in Tausenden von Trainingsstunden als sicher erwiesen. Die

Programme sollten über mindestens drei Monate durchgeführt werden und mindestens zweimal pro Woche stattfinden. Als Fazit kann festgehalten werden, dass regelmäßige Trainingsprogramme allen hierfür motivierten Bewohnern angeboten werden sollten. Die Bewohner sollten hierfür in der Lage sein, mit der Unterstützung einer Hilfsperson aufzustehen. Das Training sollte als Komponenten ein progressives Balancetraining, ein Funktionstraining und ein progressives Krafttraining enthalten.

Sturzprävention bei Subgruppen

Bei den eigenen Untersuchungen in Baden-Württemberg zeigte sich, dass Bewohner mit kognitiven Einschränkungen sogar mehr von den Sturzpräventionsmaßnahmen profitierten als Bewohner ohne kognitive Einschränkungen (Rapp 2008). Da es sich dabei um die gegenwärtig in der Langzeitpflege größte Gruppe handelt (van Doorn 2003; Shaw 2003; Oliver 2007), ist dieses Ergebnis von hoher Relevanz. Inwieweit andere Subgruppen wie z. B. Personen nach einem Schlaganfall, mit einer Epilepsie oder einer Parkinsonerkrankung von spezifischen modifizierten Programmen profitieren, ist gegenwärtig noch unklar.

Bei den Untersuchungen in Bayern wurde deutlich, dass sehr alte Bewohner und Männer sich seltener am Training beteiligen. Schlechte sozioökonomische Rahmenbedingungen erschwerten ebenfalls die Compliance mit den Programmen. Die Gründe hierfür sind noch nicht ausreichend geklärt.

Sehbeeinträchtigungen

Die Reduktion der Sehfähigkeit gehört zu den wichtigsten Sturzrisikofaktoren. Es gibt keine Studien zu Sehbeeinträchtigungen, die in Pflegeheimen durchgeführt wurden. Deshalb müssen derzeit die Ergebnisse aus dem häuslichen Bereich aufs Pflegeheim übertragen werden. Die wesentlichen Ergebnisse der bisherigen Untersuchungen lassen sich wie folgt zusammenfassen: Eine Katarakterkrankung führt zu einem erhöhten Sturzrisiko. Die Behandlung von Katarakterkrankungen reduziert das Sturzrisiko. Bei Bewohnern mit einer Makuladegeneration sollte für eine ausreichende Lichtstärke und Lichtdichte gesorgt werden. Es sollte bei diesen Bewohnern zudem vor allem im Bereich des eigenen Zimmers für eine ausreichende Kontrastierung der Umgebung gesorgt werden, damit diese von den betroffenen Personen ausreichend wahrgenommen werden kann.

Das Tragen von Bifokal- oder Gleitsichtbrillen führt zu einer Erhöhung des Sturzrisikos, da durch den Nahsichtbereich im unteren Sehfeld Stolperrisiken im Umfeld von 1–2 Metern nicht sicher erkannt werden können. Außer beim Lesen ist es deshalb zu empfehlen, dass ältere Menschen eine Unifokalbrille tragen. Insbesondere gilt dies, wenn Heimbewohner regelmäßig in den Außenbereich gehen. Die Neuverordnung von Sehhilfen führt in der Regel zu einer Lernphase, die durchaus drei bis vier Wochen umfassen kann. In dieser Zeit ist von einer Erhöhung des Sturzrisikos auszugehen. Vermutlich ist dies durch eine veränderte räumliche Wahrnehmung bedingt. Bewohner, Familienangehörige und Mitarbeiter sind hierauf hinzuweisen. Eine regelmäßige augenärztliche Untersuchung und die Beratung durch einen Fachoptiker ist sinnvoll. Häufig ist dies nur möglich, wenn der entsprechende Facharzt und Optiker ins Heim kommt. Eine entsprechende Kooperationsvereinbarung ist anzustreben (Lord 2010).

Inkontinenz als Interventionsschwerpunkt

Mehr als 25 % der Stürze ereignen sich im Rahmen eines nächtlichen Toilettengangs (Brown 2000). Die Stürze treten entweder am Bett, auf dem Weg oder im Nasszellenbereich auf. Vor allem Dranginkontinenz und häufige Toilettengänge sind daher gut identifizierte Sturzrisikofaktoren. Daher ist ein angemessener Umgang mit dem Thema Inkontinenz ein Teil einer sinnvollen Sturzprävention. Hierfür liegen einige randomisiert kontrollierte Studien vor (z. B. Schnelle 2002).

Regelmäßige Überprüfung der Medikation

Häufig nehmen Pflegeheimbewohner Medikamente ein, die das Sturzrisiko erhöhen können. Es liegen inzwischen auch für Deutschland Empfehlungen zum Umgang mit Medikamenten bei hochaltrigen Personen vor. Vor allem Medikamente, die das zentrale Nervensystem beeinträchtigen, sollten kritisch überprüft werden. Generell kann gesagt werden, dass fast alle Beruhigungs- und Schlafmittel, Neuroleptika und viele Antidepressiva zu einer Erhöhung des Sturzrisikos führen. Da es sich bei diesen Substanzen um symptomatische Therapien und in der Regel nicht um kausale Behandlungen handelt, sollte deren Einsatz so kurz wie möglich sein. Dabei sollte die niedrigst wirksame Dosis gewählt werden. Auf keinen Fall sollten Medikamente unbegrenzt und ohne regelmäßige Überprüfung weiter verordnet werden (Zermansky 2006). Der Dialog zwischen der Pflege (Fremdbeobachtung) und dem behandelnden Arzt ist dabei zwingend erforderlich. Aufgrund der geringen Zeitspanne bei den Visiten ist der behandelnde Arzt meist nicht in der Lage, die Wirkung der eingesetzten Medikamente allein zu beurteilen. Hierfür wird der Arzt auf Beobachtungen der Familie und der Pflegekräfte zurückgreifen müssen.

Eine weitere Ursache von Stürzen ist die orthostatische Hypotonie, die insbesondere durch kardiovaskulär wirksame Medikamente verstärkt werden kann. Deshalb sollte bei deren Verordnung einmal mehr die niedrigst wirksame Dosis gewählt und orthostatische Nebenwirkungen im Blick gehalten werden.

Knochengesundheit

In vielen Untersuchungen wurde nachgewiesen, dass fast alle Pflegeheimbewohner einen zu niedrigen Vitamin-D- Spiegel aufweisen. Dies hängt damit zusammen, dass die Zeit der Sonnenexposition bei Pflegeheimbewohnern in der Regel nicht ausreicht und die alternde Haut und Niere zudem in ihrer Fähigkeit zur Vitamin-D-Synthese bzw. Metabolisierung eingeschränkt ist. Dies bedeutet, dass die meisten Heimbewohner mit Vitamin D versorgt werden sollten (Chapuy 1992). Bei den eigenen Untersuchungen zeigte sich jedoch, dass nur etwa 15 bis 20 % der Heimbewohner eine entsprechende Verordnung von Vitamin D erhalten. Gegenwärtig wird diskutiert, ob die erforderliche Dosis deutlich über den bisherigen Empfehlungen liegen sollte.

Ob es sinnvoll ist, knochenanabole Medikamente wie z. B. Bisphosphonate einzusetzen (McClung 2001), die den Knochenstoffwechsel beeinflussen, ist im Pflegeheimbereich bisher nicht ausreichend untersucht.

Freiheitsbeschränkende Maßnahmen und Stürze

Leider ist der Einsatz von körpernahen Fixierungen und anderen freiheitseinschränkenden Maßnahmen nach wie vor verbreitet. Dies ist ein klassisches Handlungs-

paradox. Durch die Maßnahme soll kurzfristig die Sturzgefahr reduziert werden. Allerdings haben Untersuchungen gezeigt, dass dadurch mittelfristig sogar das Risiko für Stürze und Verletzungen ansteigt (Capezuti 1998). Daher sollte auf den Einsatz von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen zur Sturzprävention unbedingt verzichtet werden (Koczy 2011).

19.6 Zusammenfassung und Ausblick

Aufgrund der von uns in Zusammenarbeit mit der AOK durchgeführten langjährigen Studien zeigt sich, dass gegenwärtig etwa 20 bis 30 % der Stürze und sturzbedingten Verletzungen verhinderbar sind (Becker 2003). Es scheint möglich, die Rate der Hüftfrakturen in Pflegeheimen auf unter 4 % pro Jahr zu reduzieren (Rapp 2010). Als wir unsere Arbeit vor mehr als zehn Jahren begonnen haben, lagen die Hüftfrakturnraten in Deutschland bei etwa 5 % und in einigen skandinavischen Ländern sogar bei bis zu 8 % im Jahr. Insofern sind wesentliche Fortschritte erreicht worden. Erfolgreiche Sturzprävention bei Menschen, die noch in eigener Häuslichkeit leben, und bei Menschen, die im Heim leben, unterscheidet sich in wesentlichen Punkten. Im häuslichen Umfeld sind Trainingsprogramme das A und O einer wirksamen Sturzprävention. Im Pflegeheimbereich stellt das Training lediglich die Basis dar, auf der ein erfolgreiches multifaktorielles Sturzpräventionsprogramm aufgebaut werden kann. Die erfolgreichsten Programme haben die Wissensverbesserung der Mitarbeiter, die Beeinflussung der Einstellung der Pflegenden gegenüber der Sturzprävention und die Anstrengungen des Heimes und des Trägers als Teil eines Qualitätsverbesserungsprogramms zur Grundlage (siehe auch Ray 1997; Jensen 2002). Welche Einzelkomponenten hierbei besonders wirksam sind, lässt sich nicht mit letzter Sicherheit beantworten. Wir gehen davon aus, dass es möglich ist, auch in Zukunft weitere Fortschritte zu erzielen. Dies kann durch eine bessere Durchdringung, Organisationsentwicklung, aber auch durch die Verbesserung von Teilkomponenten geschehen. Unseres Erachtens ist davon auszugehen, dass vor allem die Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen Pflege und Ärzten ein Schlüssel zu einer weiteren Reduktion der sturzbedingten Verletzungen sein kann. Die Rolle der Kranken- und Pflegekassen in diesem Prozess sollte nicht unterschätzt werden. In den nunmehr etwa zehnjährigen Anstrengungen der AOK in Baden-Württemberg, Bayern, Rheinland Pfalz und anderen Bundesländern zeigt sich, dass hierdurch ein hohes Maß an Verbindlichkeit, aber auch zum Teil an Rechtssicherheit geschaffen werden kann. Dies war für die Heime und die Träger von hoher Bedeutung.

Die Analysen, die wir gemeinsam mit der AOK durchgeführt haben, zeigen, dass etwa 20 % aller Hüftfrakturen in Deutschland bei Pflegeheimbewohnern auftreten. Es konnte gezeigt werden, dass davon durch ein multifaktorielles Sturzpräventionsprogramm ca. 20 % der Hüftfrakturen verhindert werden können (Becker 2011). Damit ist es derzeit das weltweit erfolgreichste Programm zur Verhinderung von sturzbedingten Frakturen.

Neuere Untersuchungen zeigen, dass 30 % der schweren Verletzungen bei pflegebedürftigen Menschen auftreten, die zu Hause von ihren Familien oder Sozialsta-

tionen versorgt und unterstützt werden. Diese Gruppe sollte deshalb in Zukunft noch mehr in den Fokus präventiver Bemühungen treten.

Die Kosten von Stürzen und sturzbedingten Verletzungen übersteigen nach neueren Analysen 3 Mrd. Euro/Jahr in Deutschland. Um allein den demografiebedingten Zuwachs auszugleichen, ist eine erhebliche Reduktion schwerer Verletzungen erforderlich. Dies wird nur durch flächendeckende Programme zu erreichen sein. Es ist offenkundig, dass hierfür entsprechende Investitionen erforderlich sind. Es ist ebenso klar, dass diese Investitionen von verschiedenen Quellen kommen müssen.

Für den Pflegeheimbereich liegen inzwischen Daten vor, die zeigen, dass die Jahreskosten zur Durchführung eines Sturzpräventionsprogramms bei etwa 3 800 bis 6 000 Euro liegen (Heinrich 2011; im Druck). Mit anderen Worten: Die Verhinderung einer einzigen Hüftfraktur in einem Pflegeheim mit 100 Bewohnern reicht aus, um das Sturzpräventionsprogramm für eine Pflegeheim Einrichtung zu finanzieren.

Die genannten Maßnahmen sind in der Lage, vielfältig die Lebensqualität der Bewohner zu verbessern. Vermutlich handelt es sich bei der Sturzprävention um eine der kosteneffektivsten Maßnahmen, die bei älteren Menschen überhaupt vorstellbar sind. Die Umsetzung ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Hierbei sind Bewohner, Familien, Einrichtungen, Mitarbeiter, aber auch die Leistungsträger gefordert.

Einschränkungen

Wir möchten betonen, dass es sich bei den Ausführungen um Expertenmeinungen handelt, die oft, aber eben nicht immer durch kontrollierte Daten gestützt werden. Wir fordern daher die Leser auf, unsere Ausführungen vorsichtig zu interpretieren und diese zu hinterfragen. Die Versorgungsrealität kann sich in den Bundesländern unterscheiden, einzelne Einrichtungen haben möglicherweise einen hoch spezialisierten Versorgungsauftrag, der eine Anpassung der Maßnahmen erforderlich macht. Beispiele hierfür wären zum Beispiel Einrichtungen, die überwiegend sehbehinderte Personen versorgen oder Personen mit extremstem Verletzungsrisiko, wie zum Beispiel einen hohen Anteil an nicht oder schwer behandelbaren Epilepsiepatienten. Gegenwärtig steht die Überarbeitung des nationalen Expertenstandards Sturzprävention an. Dieser soll 2012 vorgestellt werden. Die Aussagen des Expertenstandards sollten bei der weiteren Implementierungsstrategie beachtet werden.

Literatur

- Becker C, Cameron ID, Klenk J, Lindemann U, Heinrich S, et al. Reduction of Femoral Fractures in Long-Term Care Facilities: The Bavarian Fracture Prevention Study. *PLoS ONE* 2011; 6(8): e24311. doi:10.1371/journal.pone.0024311
- Becker C, Kron M, Lindemann U, Kapfer E, Can H, Walter-Jung B, Nikolaus T. Effectiveness of a multifaceted intervention on falls in nursing home residents. *J Am Geriatr Soc* 2003; 51: 306–13.
- Becker C, Loy S, Sander S, Nikolaus Th, Reißmann U, Kron M. An algorithm to screen frail elderly at risk for accidental falls. *Aging Clin Exp Res* 2005; 186–92.
- Becker C, Rapp K. Fall prevention in nursing homes. *Clin Geriatr Med* 2010; 26 (4): 693–704.

- Bentzen H, Forsén L, Becker C, Bergland A. Uptake and adherence with soft- and hard-shelled hip protectors in Norwegian nursing homes: a cluster randomised trial. *Osteoporos Int* 2008;101–11.
- Brown J, Vittinghoff E, Wyman J. Urinary incontinence: does it increase risk for falls and fractures? Study of Osteoporotic Fractures Research Group. *J Am Geriatr Soc* 2000; 721–5.
- Cameron ID, Murray GR, Gillespie LD, Robertson MC, Hill KD, Cumming RG, Kerse N. Interventions for preventing falls in older people in nursing care facilities and hospitals. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010 Jan 20; (1): CD005465.
- Capezuti E, Strumpf NE, Evans LK, Grisso JA, Maislin G. The relationship between physical restraint removal and falls and injuries among nursing home residents. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 1998; 53: M47–52.
- Chapuy MC, Arlot ME, Duboeuf F. Vitamin D3 and calcium to prevent hip fractures in the elderly women. *N Engl J Med* 1992; 327:1637–42.
- Clemson L, Cumming RG, Roland M. Case-control study of hazards in the home and risk of falls and hip fractures. *Age Ageing* 1996; 25: 97–101.
- Hartikainen S, Lönnroos E, Louhivuori K. Medication as a risk factor for falls: critical systematic review. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2007 Oct; 62 (10):1172–81.
- Heinrich S, Rapp K, Rissmann U, Becker C, König HH. Cost of falls in old age: a systematic review. *Osteoporos Int*. 2009 Nov 19; 891–902.
- Heinrich S, Rapp K, Rissmann U, Becker C, König HH. Service use and costs of incident femoral fractures in nursing home residents in Germany: the Bavarian Fall and Fracture Prevention Project (BF2P2). *J Am Med Dir Assoc* 2011 Jul; 12 (6): 459–66. Epub 2011 Feb 11.
- Heinrich S, Weigelt I, Rapp K, Becker C, Rissmann U, König HH. Sturz- und Frakturprävention auf der Grundlage des Nationalen Expertenstandards Sturzprophylaxe Umsetzung und Kosten im Versorgungsalltag im Setting Pflegeheim, *Z Geront Geriatr* 2011; im Druck.
- Jensen J, Lundin-Olsson L, Nyberg L, Gustafson Y. Fall and injury prevention in older people living in residential care facilities. A cluster randomized trial. *Ann Intern Med* 2002; 136:733–41.
- Jensen J, Nyberg L, Gustafson Y, Lundin-Olsson L. Fall and injury prevention in residential care – effects in residents with higher and lower levels of cognition. *J Am Geriatr Soc* 2003b; 51: 627–35.
- Kannus P, Palvanen M, Parkkari J, Niemi S, Järvinen M. Osteoporotic pelvic fractures in elderly women. *Osteoporos Int*. 2005 Oct 16 (10): 1304–5.
- Kerse N, Butler M, Robinson E, Todd M. Fall prevention in residential care: a cluster, randomized, controlled trial. *J Am Geriatr Soc* 2004; 52: 524–31.
- Klenk J, Kurrle S, Rissmann U, Kleiner A, Heinrich S, König H-H, Becker C, Rapp K. Availability and use of hip protectors in residents of nursing homes. *Osteoporosis Int* 2010; (published online 04 July. 2010).
- Koczy P, Becker C, Rapp K, Klie T, Beische D, Büchele G, Kleiner A, Guerra V, Rissmann U, Kurrle S, Bredthauer D. Effectiveness of a multifactorial intervention to reduce physical restraints in nursing home residents. *J Am Geriatr Soc* 2011 Feb;59 (2): 333–9.
- Kron M, Loy S, Sturm E, Nikolaus T, Becker C. Risk indicators for falls in institutionalized frail elderly. *Am J Epidemiol* 2003 Oct 1; 158 (7): 645–53.
- Leipzig RM, Cumming RG, Tinetti ME. Drugs and falls in older people: a systematic review and meta-analysis: I. Psychotropic drugs. *J Am Geriatr Soc* 1999 Jan; 47 (1): 30–9.
- Leipzig RM, Cumming RG, Tinetti ME. Drugs and falls in older people: a systematic review and meta-analysis: II. Cardiac and analgesic drugs. *J Am Geriatr Soc*. 1999 Jan; 47(1): 40–50.
- Lord SR, Smith ST, Menant JC. Vision and falls in older people: risk factors and intervention strategies. *Clin Geriatr Med* 2010 Nov; 26 (4): 569–81.
- Lundin-Olsson L, Jensen J, Nyberg L, Gustafson Y. Predicting falls in residential care by a risk assessment tool, staff judgement, and history of falls. *Aging Clin Exp Res* 2003; 15: 51–9.
- Luukinen H, Koski K, Laippala P, Kivela SL. Risk factors for recurrent falls in the elderly in long-term institutional care. *Public Health*. 1995 Jan; 109 (1): 57–65.
- McClung N, Geusens P, Miller PD. Effect of risedronate on the risk of hip fracture in elderly women. *N Engl J Med* 2001; 322: 333–40.
- McMurdo ME, Millar AM, Daly F. A randomized controlled trial of fall prevention strategies in old peoples' homes. *Gerontology* 2000; 46: 83–7.

- Mulrow C, Gerety M, Kanten D. A randomized trial of physical rehabilitation for very frail nursing home residents. *J Am Med Assoc* 1994; 271: 519–24.
- Oliver D, Connelly BC, Victor CR, Shaw FE, Whitehead A, Yasemin G, et al. Strategies to prevent falls and fractures in hospitals and care homes and effect of cognitive impairment: systematic review and meta-analyses. *BMJ* 2007; 334 (7584): 82–7.
- Parker MJ, Gillespie LD, Gillespie WJ. Hip protectors for preventing hip fractures in the elderly (Cochrane Review). Oxford: Cochrane Library 2003. Updated Software.
- Rapp K, Becker C, Cameron I, König HH Büchele G. Epidemiology of Falls in Residential Aged Care: Analysis of More Than 70,000 Falls From Residents of Bavarian Nursing Homes. *J Am Dir Assoc* 2011; in press.
- Rapp K, Becker C, Lamb SE, Icks A, Klenk J. Hip fractures in institutionalized elderly people: incidence rates and excess mortality. *J Bone Miner Res* 2008 Nov; 23 (11): 1825–31.
- Rapp K, Cameron ID, Kurlle S, Klenk J, Kleiner A, Heinrich S, König HH, Becker C. Excess mortality after pelvic fractures in institutionalized older people. *Osteoporos Int*. 2010 Jan 8. [Epub ahead of print].
- Rapp K, Lamb SE, Büchele G, Lall R, Lindemann U, Becker C. Prevention of falls in nursing homes: subgroup analyses of a randomized fall prevention trial. *J Am Geriatr Soc* 2008 Jun; 56 (6):1092–7.
- Rapp K, Lamb SE, Erhardt-Beer L, Lindemann U, Rissmann U, Klenk J, Becker C. Effect of a statewide fall prevention program on incidence of femoral fractures in residents of long-term care facilities. *J Am Geriatr Soc* 2010 Jan 1; 58 (1): 70–5.
- Rapp K, Lamb SE, Klenk J, Kleiner A, Heinrich S, König HH, Nikolaus T, Becker C. Fractures after nursing home admission: incidence and potential consequences. *Osteoporos Int* 2009 Oct; 20 (10):1775–83. Epub 2009 Feb 24.
- Rask K, Parmelee PA, Taylor JA, Green D, Brown H, Hawley J, Schild L, Strothers HS, Ouslander JG. Implementation and Evaluation of a Nursing Home Fall Management Program. *J Am Geriatr Soc* 2007; 55: 342–9.
- Ray WA, Taylor JA, Meador KG. A randomized trial of a consultation service to reduce falls in nursing homes. *J Am Med Assoc* 1997; 278: 557–62.
- Robinovitch SN, Evans SL, Minns J, Laing AC, Kannus P, Cripton PA, Derler S, Birge SJ, Plant D, Cameron ID, Kiel DP, Howland J, Khan K, Lauritzen JB. Hip protectors: recommendations for biomechanical testing—an international consensus statement (part I). *Osteoporos Int* 2009 Dec; 20 (12): 1977–88. Epub 2009 Oct 6.
- Rubenstein LZ, Josephson KR, Robbins AS. Falls in the nursing home. *Ann Intern Med* 1994 Sep 15; 121 (6): 442–51. Review.
- Rubenstein LZ. Falls in older people: epidemiology, risk factors and strategies for prevention. *Age Ageing* 2006 Sep; 35 Suppl 2:ii37–ii41. Review.
- Salminen AL, Brandt A, Samuelsson K, Töytäri O, Malmivaara A. Mobility devices to promote activity and participation: a systematic review. *J Rehabil Med*. 2009 Sep; 41 (9): 697–706.
- Schnelle JF, Alessi CA, Simmons SF, Al-Samarrai NR, Beck JC, Ouslander JG. Translating clinical research into practice: a randomized controlled trial of exercise and incontinence care with nursing home residents. *J Am Geriatr Soc*. 2002 Sep; 50 (9): 1476–83.
- Shaw FE, Bond J, Richardson DA. Multifactorial intervention after a fall in older people with cognitive impairment and dementia presenting to the accident and emergency department: randomised controlled trial. *Br Med J* 2003; 326: 73.
- Sherrington C, Whitney JC, Lord SR, Herbert RD, Cumming RG, Close JC. Effective exercise for the prevention of falls: a systematic review and meta-analysis. *J Am Geriatr Soc* 2008 Dec; 56 (12): 2234–43.
- Taylor JA. The Vanderbilt fall prevention program for long-term care: Eight years of field experience with nursing home staff. *J Am Med Dir Assoc* 2002; 3: 180–5.
- Thapa PB, Gideon P, Cost TW, Milam AB, Ray WA. Antidepressants and the risk of falls among nursing home residents. *N Engl J Med*. 1998 Sep 24; 339 (13): 875–82.
- van Doorn C, Gruber-Baldini AL, Zimmerman S, Hebel JR, Port CL, Baumgarten M, Quinn CC, Taler G, May C, Magaziner J; Epidemiology of Dementia in Nursing Homes Research Group.

- Dementia as a risk factor for falls and fall injuries among nursing home residents. *J Am Geriatr Soc* 2003 Sep; 51 (9): 1213–8.
- Wagner LM, Capezuti E, Taylor JA, Sattin RW, Ouslander JG. Impact of a falls menu-driven incident-reporting system on documentation and quality improvement in nursing homes. *Gerontologist* 2005 Dec; 45 (6): 835–42.
- Zermansky AG, Alldred DP, Petty DR, Raynor DK, Freemantle N, Eastaugh J, Bowie P. Clinical medication review by a pharmacist of elderly people living in care homes--randomised controlled trial. *Age Ageing* 2006 Nov; 35 (6): 555–6.

Teil II

Zur Diskussion

(Kapitel 20)

This page intentionally left blank

20 QISA – Das Qualitätsindikatoren-system für die ambulante Versorgung

Das Beispiel Palliativversorgung in der Hausarztpraxis

Regine Chenot, Johannes Stock, Björn Broge, Peter Engeser und Joachim Szecsenyi

Abstract

QISA – das Qualitätsindikatorensystem für die ambulante Versorgung wurde entwickelt, um die Qualität der Patientenversorgung transparent zu machen. Es enthält systematisch zusammengestellte Indikatoren-Sets für 14 wichtige Versorgungsbereiche und umfasst insgesamt über 130 Qualitätsindikatoren. Der Beitrag gibt einen Überblick über QISA und beschreibt dann beispielhaft das Modul Hausärztliche Palliativversorgung. Im Rahmen einer systematischen Recherche und eines Experten-Bewertungsverfahrens wurden hier Indikatoren für die hausärztliche Versorgung von Schwerstkranken und Patienten an ihrem Lebensende entwickelt. Diese beziehen sich auf die Identifikation der Patienten, die palliativ versorgt werden, die Umsetzung von Patientenwünschen, die Symptomkontrolle sowie frühzeitige Vorsorge für mögliche Akutbeschwerden. Im Vordergrund stehen dabei nicht nur Patienten wie Krebskranke, Schwerstkranke und Sterbende, sondern darüber hinaus Patienten mit Formen einer Demenz sowie terminalen Herz-, Lungen-, Leber- und Nierenerkrankungen. QISA thematisiert damit einen Bereich, bei dem die Versorgung und ihre Qualitätsmaßstäbe noch in der Entwicklung sind, wo aber gute Versorgungsqualität eine besondere Verpflichtung darstellt.

QISA – the quality indicator system for ambulatory care has been designed to describe the quality of patient care in general practice. It systematically compiles indicator sets for 14 major areas of health care and includes a total of 130 quality indicators. The article provides an overview of QISA and illustrates the set of indicators for palliative care. Indicators for measuring dimensions of primary care of patients seriously ill and at the end of their lives are based on a systematic literature research and an expert evaluation process. These indicators relate to the identification of patients in need of palliative care, the recognition of patient needs, symptom control and early screening for possible acute symptoms. The focus is not only on patients with cancer, the seriously ill and the dying, but also on patients with forms of dementia and terminal heart, lung, liver and kidney diseases. QISA indicators for palliative care address an area where processes and standards of care are still under development, but where good quality of care is a special obligation.

20.1 QISA als Indikatorensystem – Ziele und Grundstruktur

Gute Qualitätsindikatoren sind eine notwendige Voraussetzung für die Arbeit an der Qualität der Versorgung. Sie schaffen die nötige Transparenz, um dieses nicht leicht zu erschließende Feld erkennbar und greifbar zu machen, um es bewerten und steuern zu können. Damit sind die wichtigsten Ziele von QISA umrissen: Das „Qualitätsindikatorensystem für die ambulante Versorgung“ soll Versorgungsqualität mit validen Indikatoren transparent machen und so die systematische Arbeit an dieser Qualität unterstützen. Dafür stellt QISA Ärzten, Krankenkassen und anderen an guter Versorgung Interessierten über 130 systematisch ausgewählte Qualitätsindikatoren zur Verfügung (Szecsenyi et al. 2009). QISA wurde vom AQUA-Institut im Auftrag des AOK-Bundesverbands erarbeitet und wird seit 2009 in mehreren Etappen veröffentlicht (www.qisa.de).

Der Charakter als Qualitätsindikatorensystem hebt QISA von anderen Angeboten ab, die eher als Indikatorenpool oder als Sammlung von Indikatoren zu bezeichnen sind. Sie listen entweder alle eruierten Indikatoren auf oder wählen aus den in der Literatur gefundenen Indikatoren die methodisch besten Parameter aus. Interessierte Nutzer müssen dann aber selbst die Auswahl treffen, mit welchen Indikatoren sie die Qualität ihres eigenen Versorgungsbereichs beleuchten wollen. Einseitig droht diese Betrachtung dann zu werden, wenn eine Sammlung gar nicht zu allen relevanten Qualitätsaspekten Indikatoren enthält, etwa weil zu bestimmten Fragen in der Literatur keine oder keine als ausreichend gut bewerteten Indikatoren zu finden waren.

Ziel von QISA ist es dagegen, systematisch Transparenz über die relevanten Qualitätsaspekte der wichtigsten Versorgungsbereiche herzustellen. Als Indikatorensystem in diesem Sinne schlägt es für über ein Dutzend Versorgungsbereiche jeweils ein in sich abgestimmtes Bündel von Indikatoren vor, die wesentliche Aspekte von Qualität beleuchten und damit eine umfassend gestützte Aussage über die Qualität je Versorgungsbereich ermöglichen. Das entlastet die Nutzer von der Auswahlentscheidung und vermeidet einseitige Schwerpunktsetzungen oder eine nur selektive Qualitätstransparenz. Beispielsweise enthält QISA für den Bereich Hypertonie nicht nur Indikatoren zur Qualität von Diagnostik und Behandlung, sondern auch zu den Aspekten Medikation, Prävention und Schulung.

QISA ermöglicht aber nicht nur eine systematische Beschreibung der Qualität einzelner Versorgungsbereiche. Das System deckt die wichtigsten Bereiche der ambulanten Versorgung ab und bietet damit auch die Basis für eine Gesamtbeschreibung der ambulanten Versorgungsqualität. Natürlich handelt es sich bei der Auswahl sowohl der Versorgungsbereiche als auch der Indikatoren um Setzungen, die diskutierbar sind. Genau in dieser Setzung besteht jedoch der Wert von QISA im Sinne einer offenen Positionierung, was die hinter QISA stehenden Personen für wesentliche Qualitätsaspekte und dazu passende Indikatoren halten. Die einzelnen QISA-Bände machen transparent, wie die jeweilige Auswahl zustande kam und wie sie begründet ist. QISA stellt seine Vorschläge auf diese Weise zur Diskussion, auch um damit die Herausbildung von Standards für die Beschreibung von ambulanter Versorgungsqualität anzuregen.

20.2 Nutzung und Anwender von QISA

QISA lässt sich zu Zwecken der internen und der externen Qualitätstransparenz einsetzen (Sachverständigenrat 2007, 554–6). Erstere bezieht sich auf Praxen oder Versorgungsmodelle und informiert die dort tätigen Ärzte etwa in Form von Feedback-Berichten über die Ausprägung und Entwicklung bestimmter Qualitätsparameter. Ggf. erhalten auch das Management oder beteiligte Vertragspartner Berichte für ihre Belange. Die Informationen lassen sich dann für das praxisinterne Qualitätsmanagement, im Qualitätszirkel oder für Verträge auf regionaler Ebene einsetzen. In der gesundheitspolitischen Diskussion wird unter Qualitätstransparenz oft die externe Form verstanden. Sie richtet sich an die Öffentlichkeit, an Patienten oder Versicherte und soll sie über ganz unterschiedliche Medien möglichst valide über die geleistete Qualität einer Praxis oder eines Versorgungsmodells unterrichten. Auch für diesen Zweck lassen sich die QISA-Indikatoren einsetzen. Allerdings wird dies für Ärzte in der Regel erst dann akzeptabel sein, wenn sie zunächst in ausreichender Weise interne Qualitätstransparenz erhalten. Denn nur dadurch können Ärzte eigene praktische Erfahrungen mit Qualitätsindikatoren sammeln und so das nötige Vertrauen in die Aussagekraft dieses Instruments gewinnen.

Damit ist auch schon angedeutet, für welche Nutzer QISA interessant ist. Das können Ärzte sein, die sich mit Hilfe der in ihrer Praxis verfügbaren Daten ein Bild über die geleistete Qualität und ihre Entwicklung über die Zeit machen wollen. QISA richtet sich hier mit seiner breiten Ausrichtung in erster Linie an Hausärzte, mit den Indikatoren zu einzelnen Versorgungsbereichen aber auch an andere Fachärzte. Nutzer von QISA können zudem Ärztegruppen, Qualitätszirkel oder ganze Versorgungsmodelle sein. Sie haben den Vorteil, dass die Indikatorenwerte mit Kollegen besprochen und bewertet werden können. Versorgungsmodelle haben darüber hinaus oft die bessere Infrastruktur, um die nötigen Daten zu erheben und auszuwerten, und sie können die Ergebnisse für interne Projekte wie auch für die externe Qualitätsdarstellung einsetzen. Deswegen ist QISA insbesondere für Arztnetze, Medizinische Versorgungszentren und andere kooperative Versorgungsformen ein interessantes Angebot.

20.3 Methodik

Bei der Auswahl der Indikatoren lehnt sich das AQUA-Institut eng an das als Standard geltende RAND/UCLA-Verfahren (Fitch et al. 2001) an. Wesentliche Elemente sind dabei eine systematische Literaturrecherche nach Indikatoren, die bestimmte Anforderungen an Evidenzbasierung, Aussagekraft und Praktikabilität erfüllen (Campbell et al. 2003), sowie eine strukturierte, zweistufige Bewertung der Indikatoren durch Experten für den jeweiligen Versorgungsbereich. Ergänzend kommt der QISA-spezifische Systemansatz hinzu, der auf eine Zusammensetzung der Indikatoren achtet, die für den Versorgungsbereich wichtige Qualitätsaspekte berücksichtigt. Es kommt für die QISA-Auswahl mithin neben Evidenzbasierung, methodischer Güte und Expertenbeteiligung auch auf die systematische Fokussierung der in einem Set gebündelten Indikatoren an.

Tabelle 20–1

Aufbau des Qualitätsindikatorensystems für die ambulante Versorgung QISA

QISA-Module/ QISA-Bände	
Einführung	A. QISA stellt sich vor
Qualitätsmanagement in Versorgungsmodellen	B. Allgemeine Indikatoren für die Qualität regionaler Versorgungsmodelle
Indikationsbezogene Module	C1. Asthma/COPD
	C2. Diabetes mellitus Typ 2
	C3. Bluthochdruck
	C4. Rückenschmerz
	C5. Alkoholmissbrauch (geplant)
	C6. Depression (in Arbeit)
	C7. Koronare Herzkrankheit (in Arbeit)
	C8. Herzinsuffizienz (in Arbeit)
Arzneimittelverordnung	D. Pharmakotherapie
Prävention	E1. Primärprävention: Bewegung, Ernährung, Raucherberatung, Impfungen
	E2. Krebsfrüherkennung
Weitere Versorgungsbereiche	F1. Hausärztliche Palliativversorgung
	F2. Multimorbidität (geplant)

Versorgungs-Report 2012

WldO

20.3.1 Die QISA-Module – Aufbau und Themen

Tabelle 20–1 zeigt den modularen Aufbau von QISA nach wichtigen Versorgungsbereichen. Für jedes QISA-Modul gibt es einen eigenen Band.

20.3.2 Systematik und Darstellung der QISA-Module

Um Qualität aussagekräftig und valide zu beschreiben, braucht es eine möglichst genaue Vorstellung, in welchen Strukturen, Prozessen und Ergebnissen sich gute Qualität ausdrückt. Deshalb beginnt jeder QISA-Band mit einem evidenzbasierten Qualitätskonzept, aus dem ein Set an Indikatoren abgeleitet wird. Jeder einzelne Indikator ist in einheitlicher Systematik dargestellt und begründet. Die Umsetzung der Qualitätsindikatoren in die Praxis wird durch eine Vielzahl von praktischen Hinweisen erleichtert. Die Anwendung von Indikatoren erfordert eine möglichst präzise Beschreibung der Qualitätsaspekte, die ein Indikator abbildet (Aussage, Begründung und Zielstellung), seiner Berechnung (Zähler, Nenner) und der dafür erforderlichen Voraussetzungen wie beispielsweise Datenquellen und Dokumentation sowie der Bezugszeitraum (z. B. ein Zeitpunkt, ein Quartal oder quartalsübergreifend). Für jeden Indikator wird die Messgüte anhand von Validität, Veränderungssensitivität und Reliabilität beschrieben. Ein weiterer Abschnitt enthält Informationen zu Epidemiologie und Prävalenz sowie einen Überblick über Evidenz und verfügbare Praxisstudien. Dann werden die Indikatorensysteme und Leitlinien vorgestellt, die den Indikator verwenden. Hilfreich sind auch bereits gemachte Erfah-

rungen mit den Indikatoren und deren zweckmäßige Einbindung in ein Qualitätsmanagement (Interpretation, Handlungskonsequenzen, Einbindung der Ergebnisse in die Qualitätszirkel-Arbeit). Den Abschluss bildet eine Literaturliste zum jeweiligen Thema (vgl. Szecsenyi et al. 2009). All diese Informationen sollen es den Anwendern erleichtern, sich gezielt mit der Qualität ihrer Patientenversorgung auseinanderzusetzen (Beyer et al. 2011).

20.4 Qualitätsindikatoren für die hausärztliche Palliativversorgung

Nach der allgemeinen Beschreibung von QISA soll hier nun am Beispiel der Indikatoren für die hausärztliche Palliativversorgung die Systematik von QISA sowie die Vorgehensweise bei der Indikatorenentwicklung dargestellt werden.

Palliativmedizinische Versorgung ist erforderlich für Patienten mit kurativ nicht zugänglichen Erkrankungen in fortgeschrittenen Stadien (vgl. hierzu den Beitrag von Peter Engeser, Kapitel 18 in diesem Band). Die allgemeine ambulante Palliativversorgung findet in den primären Versorgungsstrukturen in erster Linie durch Hausärzte und ambulante (Palliativ-) Pflegedienste statt (vgl. Schneider et al. 2010). Mit der hausärztlichen Palliativversorgung greift QISA einen Versorgungsbereich auf, in dem gute Qualität eine besondere Verpflichtung darstellt (Engeser et al. 2010). Die vorgestellten Indikatoren bilden die Qualität der Patientenversorgung in diesem zunehmend wichtigen Bereich ab und dienen der gemeinsamen internen Arbeit von Ärztinnen und Ärzten mit dem Ziel, die Qualität ihrer Arbeit anschaulich darzustellen und anhand der gewonnenen Erkenntnisse weiterzuentwickeln. Die Bedeutung der Versorgung von Sterbenden und Patienten an ihrem Lebensende in den primären Strukturen des Gesundheitswesens lässt sich so auch im Hinblick auf andere Professionen und Akteure, Krankenversicherungen, die Öffentlichkeit und nicht zuletzt Lehre und Versorgungsforschung darstellen.

Die QISA-Indikatoren zur hausärztlichen Versorgung von Schwerstkranken und Patienten an ihrem Lebensende beziehen sich auf die Identifikation der Patienten, die palliativ versorgt werden, die Umsetzung von Patientenwünschen, die Linderung von Symptomen sowie frühzeitige Vorsorge für mögliche Akutbeschwerden. Die Zielgruppe bilden dabei nicht nur die klassischen Patienten wie Krebskranke, Schwerstkranke und Sterbende, sondern darüber hinaus Patienten mit demenziellen Syndromen sowie terminalen Herz-, Lungen-, Leber- und Nierenerkrankungen (Engeser et al. 2010).

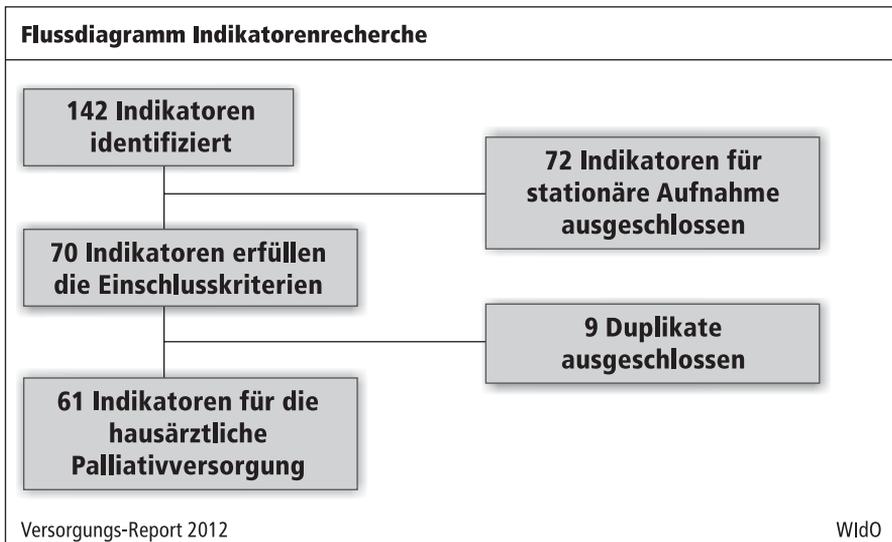
Eine Reihe von Studien und Erhebungen zeigen, dass Palliativpatienten in der Hausarztpraxis oftmals multimorbide sind und häufig Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems und neurologische Erkrankungen aufweisen (vgl. RKI 2006; WHO 2004). Bei den Erkrankungen des Nervensystems dominiert die Demenz. Schneider et al. (2006) konnten in einer Befragung zeigen, dass Hausärzte durchschnittlich doppelt so viele Patienten mit nichtmalignen Erkrankungen in palliativer Situation versorgen wie Patienten mit malignen Erkrankungen. Patienten auf Palliativstationen und in Hospizen zeigen ein anderes Diagnosespektrum (vgl. z. B. Lindena und Woskanian 2008).

Generell ist der Anteil der Patienten mit malignen Erkrankungen in der Primärversorgung niedriger als in der Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung, in Palliativstationen oder Hospizen (Murray und Sheikh 2008). Die zeitliche Phase, in der Hausärzte in der Behandlung dieser Patienten engagiert sind, ist länger. Sie kennen die Patienten (und Angehörigen) oft schon bevor diese ein sehr weit fortgeschrittenes Krankheitsstadium erreichen. In der spezialisierten Versorgung findet der erste Arzt-Patient- (oder Angehörigen-)Kontakt in der Regel erst zu einem späteren Zeitpunkt statt (Schneider et al. 2010).

20.5 Entwicklung des Indikatoren-Sets

Die Indikatoren wurden in einem zweistufigen Verfahren ausgewählt und fokussiert (vgl. Engeser et al. 2010). Zu Beginn stand die Recherche der verfügbaren Evidenz, basierend auf einer Literaturrecherche in der Datenbank Medline anhand der Suchbegriffe („Palliative Care“ OR „Advance Care Planning“ OR „end of life“) AND („Health Care Quality, Access, and Evaluation“ OR „quality indicators“ OR „performance measures“). Die 216 Treffer wurden auf relevante Publikationen untersucht. Es fanden sich insgesamt 77 Arbeiten zum Thema „Qualitätsindikatoren für die palliative Versorgung“. In 25 Publikationen wurden explizit Qualitätsindikatoren für die ambulante Versorgung aufgeführt. Des Weiteren wurden bestehende internationale Datenbanken (Portale) für Qualitätsindikatorensysteme (z. B. National Quality Measures Clearinghouse) und Organisationen abgefragt. Auch nationale wie internationale Leitlinien und Richtlinien wurden auf Empfehlungen für Qualitätsindikatoren überprüft. Insgesamt konnten 142 Indikatoren für die Palliativversorgung identifiziert werden (Abbildung 20–1).

Abbildung 20–1



Alle für die hausärztliche Palliativversorgung relevanten dokumentierten Indikatoren wurden gegebenenfalls übersetzt und in ein Register integriert. Insgesamt bewertete die Expertengruppe 61 Indikatoren (Liste der bewerteten Indikatoren auf S. 52f in Engeser et al. 2010). Diese ließen sich sechs Domänen zuordnen:

1. Identifikation der Zielgruppe
2. Patientenmanagement
3. Qualifikationen
4. Symptomkontrolle
5. Monitoring
6. Unangemessene medizinische Maßnahmen

Zur Beurteilung der Relevanz der Indikatoren wurden zwei Bewertungsrounden durchgeführt. Die erste Runde bestand aus einer schriftlichen postalischen Bewertung, während die zweite Bewertungsrunde im Anschluss an ein halbtägiges Treffen der Experten zur Diskussion der Ergebnisse der ersten Bewertungsrunde durchgeführt wurde. In der zweiten Bewertungsrunde wurde neben der Relevanz des Indikators auch die Praktikabilität (Umsetzbarkeit) der Indikatoren bewertet.

Wesentliche Arbeitsgrundlage für die Bewertung der Indikatoren war ein Formular, das neben einer Beschreibung des Indikators die zu bewertenden Eigenschaften sowie angemessenen Platz für Anmerkungen enthält. Formulierungshinweise der Experten, die sich im Wesentlichen auf Rahmenbedingungen der hausärztlichen Palliativversorgung bezogen – insbesondere bei Indikatoren aus anderen Gesundheitssystemen –, wurden in die Beschreibung aufgenommen.

Das Expertenpanel setzte sich aus sieben Personen zusammen, die Fachexperten für palliative Versorgung sind, sowie einer Patientenvertreterin, die als Beraterin für eine akkreditierte Patientenberatungs-Einrichtung mit dem Thema vertraut ist.

20.6 QISA-Indikatorenset zur hausärztlichen Palliativversorgung

Tabelle 20–2 führt die vom Expertenpanel im Konsens (mindestens sechs der acht Teilnehmer bewerten den Indikator als relevant und praktikabel) ausgewählten Indikatoren auf.

Bei der Erhebung der Daten und der Interpretation der Qualitätsindikatoren spielt die Definition der Patientengruppe eine wichtige Rolle. Da die Fallzahl in einer einzelnen Praxis hier gering sein wird, ist dieses Indikatorenset eher für ein Arztnetz, ein Versorgungsmodell oder einen Vertrag zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern geeignet. Eine allgemein gültige Definition der Patientengruppe gibt es indes nicht (Lorenz et al. 2008). Die geschätzte Lebenserwartung hat sich in dieser Hinsicht nicht als belastbares Kriterium erwiesen. Da als Zielgruppe Patienten mit hausärztlicher Palliativversorgung interessieren, bietet es sich an, die teilnehmenden Ärzte selbst entscheiden zu lassen, welche ihrer Palliativpatienten sie in die Qualitätsmessung und -sicherung einbeziehen wollen. Der erste Indikator bildet daher ab, dass die behandelnde Praxis in der Lage ist, ein Register ihrer Palliativpa-

Tabelle 20–2

Qualitätsindikatoren für die hausärztliche Palliativversorgung*

Indikator	Fragestellung
Indikator 1	Die Praxis kann ein Register ihrer Palliativpatienten erstellen
Indikator 2	Anteil der Palliativpatienten, für die ein Ansprechpartner dokumentiert ist
Indikator 3	Anteil der Palliativpatienten, die zu Hause oder im Hospiz versterben
Indikator 4	Anteil der Palliativpatienten, die an anhaltender opioidbedingter Verstopfung leiden und mit Laxantien behandelt werden
Indikator 5	Anteil der Palliativpatienten mit dokumentierten Symptomen: Wundstatus bei Dekubitus, Schwindel, Übelkeit und Erbrechen
Indikator 6	Anteil der Palliativpatienten mit einem Behandlungsplan bei Atemnot (Dyspnoe)
Indikator 7	Anteil der Palliativpatienten mit einem Behandlungsplan für den Fall der Schmerzzunahme
Indikator 8	Anteil der Palliativpatienten mit nicht-sinnvollen Kombinationen von Opioiden

* vgl. Engeser et al. 2010

Versorgungs-Report 2012

WIdO

tienten zu erstellen. Am besten geht dies über einen Auszug aus der Praxissoftware; dazu müssen die Patienten einheitlich kodiert sein. In der elektronischen Patientenakte kann zusätzlich ein Ansprechpartner bzw. Vertreter des Patienten dokumentiert werden. Indikator 2 bildet ab, für welchen Anteil der Palliativpatienten ein Ansprechpartner für die Mitteilung von Diagnosen und die Diskussion von Behandlungszielen dokumentiert ist.

In aller Regel ist die stationäre Einweisung von hausärztlich betreuten Palliativpatienten kurz vor ihrem Tod nicht sinnvoll. Moderne Palliativversorgung strebt an, dem Patienten nach aller Möglichkeit das Sterben zu Hause zu ermöglichen. Indikator 3 gibt deshalb an, wie viele der von den beteiligten Praxen oder im regionalen Versorgungsmodell versorgten Palliativpatienten zu Hause oder im Hospiz versterben, gemessen an allen verstorbenen Palliativpatienten.

Symptomkontrolle ist ein wichtiger Bestandteil hausärztlicher Palliativversorgung. Deshalb misst Indikator 5 den Anteil der Palliativpatienten, bei denen das Vorhandensein oder Fehlen bestimmter Symptome wie Wundstatus bei Dekubitus, Schwindel, Übelkeit und Erbrechen oder Obstipation dokumentiert werden.

Bewährt hat sich ein palliativmedizinischer Behandlungsplan, für den der Hausarzt mit dem Patienten bzw. dessen Angehörigen das weitere Vorgehen einschließlich potenzieller Notfallsituationen bespricht und dokumentiert. Unter den beteiligten Praxen oder den Teilnehmern des Versorgungsmodells kann vereinbart werden, Diagnosen und Therapieentscheidungen mit präziser Definition der Zielsymptomatik in einem Behandlungsplan festzulegen. In diesem (elektronischen) Formular können auch Ansprechpartner, Patientenwünsche, Informationen zur Verlaufsbeobachtung und schließlich auch die Bedarfsmedikation mit Dosierung, Häufigkeit und Voraussetzungen festgehalten werden. Ein Behandlungsplan enthält Informationen, die eine vorausschauende Behandlungsplanung ermöglichen und die Koordination mit dem Pflegepersonal und anderen Beteiligten erleichtern (Indikatoren 6–7). Die Indikatoren zum Ordnungsverhalten bei anhaltender opioidbedingter Verstopfung bzw. zur Schmerztherapie mit Opioiden (Indikatoren 4 und 8) lassen sich mit Ordnungsdaten abbilden, benötigen also keine Zusatzdokumenta-

tion. Zusammen mit den in teilnehmerindividuellen Behandlungsplänen dokumentierten Informationen bilden sie eine geeignete Grundlage für gute hausärztliche Palliativversorgung (vgl. Engeser et al. 2010).

20.7 Fazit

QISA legt mit dem Modul zur hausärztlichen Palliativversorgung erstmals Qualitätsindikatoren für diesen Versorgungsbereich vor. Dies berücksichtigt, dass Palliativversorgung wegen ihres großen Hilfefentials und des zu erwartenden wachsenden Bedarfs immer wichtiger wird und deshalb geeignete Qualitätsmaßstäbe erforderlich sind. QISA unterstützt damit anerkannte Qualitätsziele, insbesondere Palliativpatienten zu einer noch möglichst hohen Lebensqualität zu verhelfen und sie nach Möglichkeit im häuslichen Umfeld palliativmedizinisch zu betreuen (s. den Beitrag von Peter Engeser, Kapitel 18 in diesem Band).

Das QISA-Modul zur hausärztlichen Palliativversorgung zeigt beispielhaft Indikatoren auf, wie sie im Qualitätszirkel, im Netz oder im Versorgungsmodell zu Diskussion, Bewertung und Förderung der Versorgungsqualität durch QISA-Anwender genutzt werden können. In dieser Form ist QISA eine geeignete Basis, um mit Ärzten und in Versorgungsmodellen über Qualitätstransparenz und den Einsatz von Indikatoren zu sprechen und mit ihnen an der Weiterentwicklung der Qualität zu arbeiten. Nachdem nun bereits 10 von insgesamt 15 QISA-Bänden veröffentlicht sind, kommt es im Weiteren vor allem darauf an, Projekte und Praxisumsetzungen zu entwickeln, mit denen an vielen Stellen konkrete Erfahrungen mit Qualitätstransparenz gesammelt werden. Hierzu gehören auch detaillierte Spezifikationen der QISA-Indikatoren, um sie in entsprechende Software integrieren zu können, die die Dokumentation und Auswertung der erforderlichen Daten erleichtert. Denn QISA soll die Ärzte nicht zusätzlich belasten, sondern ihnen vor allem hilfreiche Informationen zur Verfügung stellen.

Literatur

- Beyer M, Chenot R, Erler A, Gerlach FM. Die Darstellung der hausärztlichen Versorgungsqualität durch Qualitätsindikatoren. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 2010; 105: 13–20.
- Campbell SM, Braspenning J, Hutchinson A, Marshall MN. Research methods used in developing and applying quality indicators in primary care. *BMJ* 2003; 326: 816–9.
- Engeser P, Böhlen F, Chenot R. Hausärztliche Palliativversorgung. Qualitätsindikatoren für die Versorgung von Schwerstkranken und Patienten an ihrem Lebensende. QISA - Qualitätsindikatorensystem für die ambulante Versorgung, hrsg. von Szecsenyi J, Broge B, Stock J. Berlin: KomPart Verlagsgesellschaft 2010.
- Fitch K, Bernstein SJ, Aguilar MD et al. The Rand/UCLA appropriateness method user's manual. Santa Monica: RAND 2001.
- Lindena G, Woskanjan S. Hospiz- und Palliativversorgung HOPE. www.hope-clara.de/download/GesamtberichtHOPE2008.pdf (28. April 2011).

- Lorenz KA, Lynn J, Dy SM et al. Evidence for improving palliative care at the end of life: a systematic review. *Ann Intern Med* 2008; 148(2):147–59.
- Murray SA, Sheikh A. Palliative care beyond cancer: Care for all at the end of life. *BMJ* 2008; 336: 958–9.
- RKI. Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Gesundheit in Deutschland. Berlin: Robert Koch-Institut 2006.
www.gbe-bund.de/gbe10/owards.prc_show_pdf?p_id=9965&p_sprache=D (28. April 2011).
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Gutachten 2007 – Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Baden-Baden: Nomos 2008.
- Schneider N, Buser K, Amelung VE. Ansichten von Hausärzten zur Versorgung am Lebensende – Ergebnisse einer Befragung in Niedersachsen. *Z Allg Med* 2006; 82: 298–304.
- Schneider N, Mitchell GK, Murray SA. Palliative care in urgent need of recognition and development in general practice: the example of Germany. *BMC Fam Pract* 2010; 11: 66.
- Szecsenyi J, Stock J, Chenot R. QISA stellt sich vor. Szecsenyi J, Broge B, Stock J (Hrsg) Band A. QISA – Qualitätsindikatorensystem für die ambulante Versorgung, Berlin: KomPart Verlagsgesellschaft 2009.
- WHO World Health Organization. Better palliative care for older people 2004. www.euro.who.int/___data/assets/pdf_file/0009/98235/E82933.pdf (28. April 2011).

Teil III

Daten und Analysen

(Kapitel 21)

This page intentionally left blank

21 Erkrankungshäufigkeiten und Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen

Bettina Gerste und Christian Günster

Dieser Beitrag bietet eine Übersicht über die Häufigkeit von Erkrankungen sowie Informationen zur Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen in den drei ausgabenwirksamsten Leistungssektoren des Gesundheitswesens. Der Überblick stellt auf der Grundlage von Routinedaten Kennzahlen zur ambulanten ärztlichen Versorgung, Arzneimittelversorgung sowie zur stationären Versorgung dar. Die Nutzung von Routinedaten für die Zwecke der Versorgungsforschung wird in den letzten Jahren vielfältig diskutiert (Swart und Ihle 2005), stehen doch Routinedaten – hier im Konkreten Abrechnungsdaten aus den Übermittlung zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern – ohne oder mit geringem Aufwand prinzipiell für Versorgungsanalysen zur Verfügung. Die Angaben liegen im Unterschied zu Survey-basierten Primärerhebungen, die mit Non-Response und Ausfallraten konfrontiert sind, für alle Versicherten vollständig vor, da sie notwendiger Bestandteil der Abrechnung von Leistungen sind.

Gleichwohl darf der Entstehungskontext der Routinedaten nicht übersehen werden. Abrechnungsdaten begründen die Inrechnungstellung von Leistungen und zum Teil haben auch Diagnoseangaben eine legitimatorische Funktion in der Rechnungslegung. Was allerdings die für die Versorgungsforschung besonders interessanten Diagnosedaten betrifft, so hat im stationären Bereich mit der Einführung der diagnoseorientierten Fallpauschalen (DRGs) eine Zeitenwende eingesetzt. Flankiert durch Kodierrichtlinien, Diagnoseprüfung durch die Medizinischen Dienste der Krankenkassen und oftmals eigens geschultes Kodierpersonal in den Kliniken haben sich Vollständigkeit und Qualität der Angaben seit 2003 deutlich erhöht. Inzwischen basieren weite Teile der amtlichen Gesundheitsberichterstattung für den stationären Sektor auf Routinedaten (Statistisches Bundesamt 2009a; Statistisches Bundesamt 2009b).

Die Nutzung von Routinedaten im Gesundheitswesen hat eine lange Tradition. Neben regionalen Analysen bezogen auf Versicherte der AOK Mettmann in den 1980er Jahren sind beispielsweise die Versichertenstichprobe der AOK Hessen/KV Hessen, die Fallzahlenanalysen der AOK Sachsen-Anhalt sowie die Berichterstattung der Gmünder Ersatzkasse zu nennen (Schubert et al. 2008; Swart et al 2008; Bitzer et al. 2010). Die wesentliche Stärke der Routinedaten der Krankenkassen liegt in der Möglichkeit, verschiedene Leistungsereignisse im Zeitverlauf und Leistungssektoren-übergreifend miteinander zu verschränken. Dies ermöglicht spezielle Methoden der Diagnosevalidierung zur Absicherung von Diagnoseangaben.

Die Daten geben Auskunft über die in Deutschland behandelten Erkrankungen, so wie sie von Ärzten dokumentiert werden, und darüber, welche therapeutischen und diagnostischen Leistungen in der Behandlung erbracht wurden. Krankheiten

(Diagnosen) und Leistungen werden in Beziehung gesetzt. Dabei können verschiedene Institutionen und Personen (Kliniken und Ärzte) beteiligt gewesen sein.

Der hier vorgelegte statistische Überblick geht konsequent vom Patienten aus und stellt für ausgewählte Erkrankungen dar, welche Begleiterkrankungen häufig damit einhergehen, wer in den Behandlungsprozess involviert wird und wie therapiert wird. Er geht über die rein sektorale Perspektive hinaus; so ermittelt er Erkrankungshäufigkeiten immer auf Basis stationärer und ambulanter Diagnosedokumentationen zusammen.

Mit den Analysen durchleuchtet der Beitrag nicht nur das Versorgungsgeschehen bei besonders häufig auftretenden Krankheiten, sondern bietet dem Leser einen Informationspool zu über 1 500 Erkrankungen. Die Angaben basieren auf den von ärztlicher Seite dokumentierten Behandlungsdiagnosen und geben Behandlungsprävalenzen wieder.¹

Für jede Krankheitsart werden die Prävalenzinformationen ergänzt um Hospitalisierungsquoten, sodass zusätzlich die Krankenhaushäufigkeit einzelner Erkrankungen transparent wird. Diese Angaben werden nach Geschlecht und Altersgruppen differenziert. Außerdem sind nicht nur die Krankheiten, sondern auch alle sonstigen Schlüsselnummern des ICD-10 dargestellt, etwa die Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen.

Die vorliegenden Angaben, basieren auf den Daten aller im Jahr 2008 bei der AOK versicherten Personen. Das waren rund 25 Millionen Personen. Sie repräsentieren ein gutes Drittel der GKV-Versicherten und rund 31 Prozent der deutschen Bevölkerung. Sie stellen somit eine äußerst umfangreiche Informationsbasis dar, die für Versorgungsanalysen und Gesundheitsberichterstattung genutzt wird, und geht weit über Primärerhebungen wie z. B. den Mikrozensus oder den Bundes-Gesundheitssurvey hinaus.

Der Beitrag ist wie folgt gegliedert:

1. Daten und Methode
2. Behandlungsprävalenzen
 - 2.1 Die häufigsten Erkrankungen nach Einzeldiagnosen (Tabellen 21–1 bis 21–6)
 - 2.2 Erkrankungen nach Diagnosegruppen (Tabelle 21–7)
3. Stationäre Behandlungen (Tabellen 21–8 bis 21–15)
4. Arzneiverordnungen (Tabellen 21–16 bis 21–23)
5. Ärztliche Inanspruchnahme (Tabellen 21–24 bis 21–31)
6. Verteilung der Ausgaben (Tabelle 21–32)

Die Angaben werden auf die deutsche Wohnbevölkerung hochgerechnet. Im Hinblick auf das Schwerpunktthema dieses Bandes werden die Informationen zur Inanspruchnahme der drei Leistungsbereiche (Abschnitte 21.3 bis 21.5) sowohl für die Bevölkerung insgesamt als auch für die folgenden sechs Alterserkrankungen separat ausgewiesen: Arthrose, Demenz, Diabetes mellitus, Herzinsuffizienz, Koronare Herzkrankheit, Osteoporose.

¹ Siehe dazu auch: Gerste 2010:104f.

21.1 Daten und Methode

21.1.1 Daten

Für die Analysen wird auf die anonymisierten Abrechnungsdaten aller AOK-Versicherten mit mindestens einem Versicherungstag im Auswertungsjahr 2008 zurückgegriffen. Berücksichtigt werden die drei großen Leistungsbereiche ambulante vertragsärztliche Versorgung (nach § 295 Abs. 2 SGB V), Arzneimittelversorgung (nach § 300 Abs. 1 SGB V)², stationäre Versorgung (nach § 301 Abs. 1 SGB V)³ sowie die Versichertenstammdaten (Daten der Mitgliederbestandsführung). Voraussetzung für die sektorenübergreifende Analyse war die Verzahnung der jeweils sektoral vorliegenden Leistungsdaten.

21.1.2 Diagnosen und Diagnosevalidierung

In die diagnosebezogene Darstellung fließen sowohl ambulante Diagnosen als auch Krankenhausdiagnosen ein (dreistellige Schlüsselnummern, ICD-Dreisteller laut Internationaler Statistischer Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, nach DIMDI).

Bei der Interpretation aller Angaben, die auf den Diagnosedaten beruhen, ist grundsätzlich zu bedenken, dass i. d. R. Unterschiede zwischen dokumentierter, behandelter und tatsächlicher Morbidität bestehen. Die hier ausgewerteten Daten enthalten die die Abrechnung begründenden Behandlungsanlässe und beschreiben die dokumentierte Behandlungsmorbidität – diejenige Morbiditätsebene, die die geringste Übereinstimmung mit der tatsächlichen Morbidität aufweisen dürfte.⁴

Insbesondere die ambulant erhobenen Diagnosedaten⁵ werden einer Diagnosevalidierung anhand des sog. M2Q-Kriteriums unterzogen. Bei der Ermittlung von Prävalenzen wird bei chronischen Erkrankungen, die ausschließlich im ambulanten Sektor behandelt und dokumentiert worden sind, die Kontinuität von Diagnosedokumentationen geprüft. Personen mit chronischer Erkrankung werden nur dann gezählt, wenn sie die betreffende Diagnose in mindestens zwei Quartalen des Beobachtungsjahres aufweisen.

Es werden in der Regel nur gesicherte Diagnosen verwendet.⁶ Ausnahmen sind separat gekennzeichnet.

2 Den Arzneimittelverordnungen wurde gemäß ihrer Pharmazentralnummer mittels der WiO-Stammdatei die Kodierung nach der anatomisch-therapeutisch-chemischen (ATC) Klassifikation hinzugefügt. Vgl. DIMDI 2009.

3 Sie beinhalten ausschließlich stationäre Fälle, die im Jahr 2008 abgeschlossen wurden.

4 Zur Methodik und Interpretation siehe auch Gerste und Gutschmidt 2006 und Gerste 2010.

5 Die zu Informationszwecken das Abrechnungsverfahren zwischen Ärzten und Krankenkassen begleitende Dokumentation der Patientendiagnosen.

6 Die niedergelassenen Ärzte erfassen seit 2004 auch die Diagnosesicherheit. Dabei differenzieren vier Zusatzkennzeichen Ausschluss-, Verdachts- oder Gesicherte Diagnosen sowie den (symptomlosen) Zustand nach der betreffenden Diagnose.

21.1.3 Bildung besonderer Patientengruppen für sechs Alterserkrankungen

Um dem Schwerpunktthema des Versorgungs-Reports Rechnung zu tragen, werden im Statistikteil sechs mit dem Alter assoziierte chronische Erkrankungen detailliert dargestellt. Für alle Indikationen werden an dieser Stelle die Aufgreifkriterien näher dargestellt.

Arthrose

Diagnosen nach ICD 10:

M15 – Polyarthrose

M16 – Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]

M17 – Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]

M18 – Rhizarthrose [Arthrose des Daumensattelgelenkes]

M19 – Sonstige Arthrose

Zusatzkriterien: Mindestens eine Zieldiagnose (pro Jahr) stationär (als Haupt- oder Nebendiagnose) oder ambulant (irgend)eine der fünf Zieldiagnosen in zwei von vier Quartalen (als gesicherte Diagnosen)

Diese Kriterien treffen hochgerechnet auf insgesamt 10,6 Mio. Personen zu.

Demenz

Diagnosen nach ICD 10:⁷

F00 – Demenz bei Alzheimer-Krankheit

F01 – Vaskuläre Demenz

F02 – Demenz bei anderenorts klassifizierten Krankheiten

F03 – Nicht näher bezeichnete Demenz

F05.1 – Delir bei Demenz

G23.1 – Progressive supranukleäre Ophthalmoplegie [Steele-Richardson-Olszewski-Syndrom]

G30 – Alzheimer-Krankheit

G31.0 – Umschriebene Hirnatrophie

G31.82 – Lewy-Körper-Demenz

Zusatzkriterien: Mindestens eine Zieldiagnose (pro Jahr) stationär (als Haupt- oder Nebendiagnose) oder ambulant (irgend)eine der Zieldiagnosen in zwei von vier Quartalen (als gesicherte Diagnosen)

Diese Kriterien treffen auf insgesamt 1,5 Mio. Personen zu.

⁷ Formulierung der Demenzkriterien in Anlehnung an: Schulz und Doblhammer, Kapitel 10 in diesem Band.

Diabetes mellitus

Diagnosen nach ICD 10:

- E10 – Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-I-Diabetes]
- E11 – Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-II-Diabetes]
- E12 – Diabetes mellitus in Verbindung mit Fehl- oder Mangelernährung
- E13 – Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus
- E14 – Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus

Zusatzkriterien I: Eine der Zieldiagnosen stationär (pro Jahr als Hauptdiagnose) oder ambulant (irgend)eine Diagnose aus dem Diagnoseset in mindestens zwei von vier Quartalen (als gesicherte Diagnosen).

Zusatzkriterien II: Wenn die Zusatzkriterien aus I nicht erfüllt sind, dann greift ein Verordnungskriterium: regelmäßige Verordnung von Insulin, oralen Antidiabetika oder Blutzuckerteststreifen; mindestens zwei Verordnungen im Verlauf eines Jahres.⁸

Folgende ATC-Kodes werden berücksichtigt:

- A10A – Insuline und Analoga
- A10B – Orale Antidiabetika
- A10X – Andere Antidiabetika
- V04C – A03 Blut-Glukose-Teststreifen

Diese Kriterien treffen auf insgesamt 8,1 Mio. Personen zu.

Herzinsuffizienz

Diagnosen nach ICD 10:

- I50 – Herzinsuffizienz
- I11.0 – Hypertensive Herzkrankheit mit (kongestiver) Herzinsuffizienz
- I13.0 – Hypertensive Herz- und Nierenkrankheit mit (kongestiver) Herzinsuffizienz
- I13. – Hypertensive Herz- und Nierenkrankheit mit (kongestiver) Herzinsuffizienz und Niereninsuffizienz

Zusatzkriterien: Eine ausführliche Beschreibung der Aufgreifkriterien (neben Diagnosen auch Arzneiverordnungen) findet sich bei Gerste 2010.

Diese Kriterien treffen auf insgesamt 2,8 Mio. Personen zu.

Koronare Herzkrankheit

Diagnosen nach ICD 10:

- I20 – Angina pectoris
- I21 – Akuter Myokardinfarkt;
- I22 – Rezidivierender Myokardinfarkt
- I23 – Bestimmte akute Komplikationen nach akutem Myokardinfarkt

⁸ Verordnungen für Personen mit Schwangerschaftsdiabetes (ICD O24) oder erhöhtem Blutglukosewert (ICD R73) werden ausgeschlossen. (Formulierung der Diabeteskriterien in Anlehnung an Hauner et al. 2003).

I24 – Sonstige akute ischämische Herzkrankheit

I25 – Chronische ischämische Herzkrankheit

Zusatzkriterien: Für die detaillierte Beschreibung des Auswahlzenarios (es werden neben Diagnosen auch andere Kriterien wie Arzneiverordnungen oder Operationen formuliert) sei auf Gerste 2010 verwiesen.

Diese Kriterien treffen auf insgesamt 4,8 Mio. Personen zu.

Osteoporose

Diagnosen nach ICD 10:

M80 Osteoporose mit pathologischer Fraktur

M81 Osteoporose ohne pathologische Fraktur

M82 Osteoporose bei anderenorts klassifizierten Krankheiten

Zusatzkriterien: Mindestens eine Zieldiagnose (pro Jahr) stationär (als Haupt- oder Nebendiagnose) oder ambulant (irgend)eine der drei Zieldiagnosen in zwei von vier Quartalen (als gesicherte Diagnosen).

Diese Kriterien treffen auf insgesamt 2,6 Mio. Personen zu.

21.1.4 Standardisierung

Da sich die Alters- und Geschlechtsstruktur der AOK-Versicherten von der der bundesdeutschen Bevölkerung unterscheidet, wird in allen Tabellen eine Alters- und Geschlechtsstandardisierung auf die deutsche Wohnbevölkerung vorgenommen (Fünf-Jahres-Altersklassen).⁹

Unterschiede im kassenartenspezifischen Morbiditätsrisiko können auf diese Weise nicht vollständig ausgeräumt werden. Da die AOK-Versicherten möglicherweise von einer höheren Krankheitslast betroffen sind als die Versicherten anderer Kassenarten, ist nicht auszuschließen, dass trotz einer Alters- und Geschlechtsadjustierung bei der Hochrechnung auf die deutsche Wohnbevölkerung in Einzelfällen das Erkrankungsrisiko über- oder unterschätzt wird.

21.2 Behandlungsprävalenzen

21.2.1 Die häufigsten Erkrankungen nach Einzeldiagnosen

In diesem Abschnitt wird die dokumentierte Morbidität in Deutschland anhand von Prävalenzen der 100 häufigsten Erkrankungen beschrieben. Die Darstellung erfolgt diagnosebezogen nach ICD-Dreistellern des ICD 10. Die ausgewiesenen Werte sind

⁹ Dies waren im am 31.12.2008 nach Angaben des Statistischen Bundesamtes 82 002 356 Personen (vgl. Abbildung 21–15).

Jahresprävalenzen und werden auf der Basis von stationär gestellten oder – wenn keine Krankenhausbehandlung vorlag – allein auf der Basis von ambulant dokumentierten Diagnosen ermittelt (siehe Abschnitt 21.1.2).

Die Erkrankungshäufigkeiten werden für die Bevölkerung insgesamt sowie nach Geschlecht und Altersgruppen gesondert ausgewiesen. Die Prävalenzinformation wird ergänzt um die Hospitalisierungsquoten jeder Patientengruppe. Nützlich an dieser Art der Darstellung ist, dass Diagnoseinformation mit Informationen zur Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen verknüpft sind. Der Leser erfährt hier etwas über die Krankenhaushäufigkeit einzelner Erkrankungen: „x Prozent der Personen mit einer bestimmten Krankheit werden stationär behandelt“. Dies geht über die gewohnte Darstellung von Krankenhausfällen nach Krankenhausdiagnose hinaus und beschreibt die Inanspruchnahme von Krankenhäusern durch einzelne Patientengruppen für alle hier ausgewiesenen Krankheitsarten.

Basis der sechs Tabellen dieses Abschnitts ist die im Internet¹⁰ abrufbare Tabelle 21–1, die alle Erkrankungen mit mehr als hochgerechnet 1 000 Betroffenen aufführt. (Im Buch ist Tabelle 21–1 begrenzt auf die 100 häufigsten Diagnosen abgedruckt.) Diese Gesamtdarstellung wird zur Erstellung der Tabellen 21–2 bis 21–6¹¹ herangezogen und jeweils nach den Kriterien Häufigkeit, Geschlecht und Altersgruppe neu sortiert. Die daraus resultierenden „Hitlisten“ der häufigsten Erkrankungen

- a) insgesamt (Tabelle 21–1),
- b) bei Männern oder Frauen (Tabellen 21–2 und 21–3) sowie
- c) in drei verschiedenen Altersgruppen (Tabellen 21–4 bis 21–6)

sollen geschlechts- oder altersspezifische Unterschiede verdeutlichen und weisen alle eine ähnliche Struktur auf. Während in Tabelle 21–1 die Angaben jeder Subgruppe in einer eigenen Spalte dargestellt sind, werden in den folgenden Tabellen nur die jeweils relevanten (aus dem Tabellentitel ersichtlichen) Prävalenzspalten ausgewiesen. Tabelle 21–1 weist zudem einen Vorjahresvergleich der Gesamtprävalenzspalte aus, um Veränderungen der Häufigkeiten sichtbar zu machen.

Bemerkungen zu den ICD-Schlüsselnummern

Der ICD-10-GM systematisiert nicht nur die Krankheitsarten, sondern enthält auch Schlüsselnummern z. B. für besondere Zwecke (die U-Schlüsselnummern) oder die sog. Z-Diagnosen, die die Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen, charakterisieren. Mit diesen Schlüsselnummern werden etwa Nachuntersuchungen oder Verfahren zur Abklärung von Verdachtsdiagnosen sowie Vorsorgeuntersuchungen, notwendige Impfungen, pränatales Screening oder Geburten erfasst. Derartige Maßnahmen können auch gesunde Personen in Anspruch nehmen. Sie sind fester Bestandteil des ICD-10-GM und in den Abrechnungsdaten der Krankenkassen ebenfalls enthalten. Sie spiegeln nicht unbedingt die Morbidität wider, stellen aber doch eine Inanspruch-

¹⁰ Das Internetportal zum Versorgungs-Report ist unter folgender Adresse abrufbar: www.versorgungs-report-online.de.

¹¹ Tabellen 21–2 bis 21–6 werden im Internetportal auf 100 Diagnosen erweitert dargestellt.

nahme des Gesundheitswesens dar. Daher wurde entschieden, sie in den Tabellen mit aufzuführen.

Tabelle 21–1 bis 21–6: Die Bedeutung der Tabellenspalten im Einzelnen

Rang:

Rangposition in der „Hitliste“ der häufigsten Erkrankungen

Diagnose / Behandlungsanlass:

Dreistellige ICD-Schlüsselnummer mit Klartextbeschreibung

Prävalenz gesamt:

Häufigkeit der Erkrankung im Jahr 2008 insgesamt in der Bevölkerung. Anteil aller erkrankten Personen an allen 82 Mio. Deutschen. Die Gesamtprävalenz der Rückenschmerzen (M54) beträgt 25,0 Prozent. In der Bevölkerung litt 2008 ein Viertel aller Personen an Rückenschmerzen.

Abweichung Vorjahr (in %-Punkten):

Abweichung der Prävalenz gesamt (aus der vorangehenden Spalte) zum Vorjahr in Prozentpunkten. Die Abweichung der Gesamtprävalenz zum Vorjahr bei Rückenschmerzen (M54) beträgt 0,8 Prozentpunkte. Demnach ist die Prävalenz von 24,2 Prozent im Jahr 2007 auf 25,0 Prozent im Jahr 2008 gestiegen.

Prävalenz männlich:

Erkrankungshäufigkeit in der männlichen Bevölkerung. Anteil der Erkrankten an allen männlichen Personen. Von allen männlichen Personen waren 22,4 Prozent an Rückenschmerzen erkrankt (diese Angabe ist auch in Tabelle 21–2 zu finden).

Prävalenz weiblich:

Erkrankungshäufigkeit in der weiblichen Bevölkerung. Anteil der Erkrankten an allen weiblichen Personen. Von allen weiblichen Personen waren 27,6 Prozent an Rückenschmerzen erkrankt (diese Angabe ist auch in Tabelle 21–3 zu finden).

Prävalenz 1–17 Jahre:

Erkrankungshäufigkeit bei Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren. Anteil aller erkrankten Kinder und Jugendlichen an allen Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Neugeborene bis unter 1 Jahr werden aufgrund der besonderen Situation bei der Versorgung von Säuglingen/Frühgeborenen nicht berücksichtigt. Bei Kindern und Jugendlichen waren Rückenschmerzen recht selten; sie wurden für 3,5 Prozent aller Kinder und Jugendlichen dokumentiert.

Prävalenz 18–59 Jahre:

Erkrankungshäufigkeit bei Erwachsenen jüngeren und mittleren Alters von 18 bis unter 60 Jahren: Von allen Erwachsenen mittleren Alters waren 27,3 Prozent von Rückenschmerzen betroffen (diese Angabe ist auch in Tabelle 21–5 zu finden).

Prävalenz 60 und mehr Jahre:

Erkrankungshäufigkeit bei älteren Erwachsenen ab 60 Jahren. Für 34,1 Prozent der Personen im Alter von 60 und mehr Jahren wurden Rückenschmerzen dokumentiert (diese Angabe ist auch in Tabelle 21–6 zu finden).

Hospitalisierungsquote allgemein:

Anteil der Personen, die im Auswertungsjahr in stationärer Behandlung waren. Dabei werden alle Krankenhausaufenthalte gezählt, nicht nur die, die auf die betrachtete Erkrankung in der Zeile zurückzuführen sind. Von allen Personen mit der Diagnose Rückenschmerzen war 2008 jeder Fünfte (19,9 Prozent) in stationärer Behandlung (unabhängig von der Art der Erkrankung).

Hospitalisierungsquote mit dieser Hauptdiagnose:

Anteil der Personen, die im Auswertungsjahr mit dieser Hauptdiagnose in stationärer Behandlung waren (d. h. diese Diagnose stellt den stationären Behandlungsanlass dar). Von allen Personen mit der Diagnose Rückenschmerzen waren 2008 0,7 Prozent aufgrund von Rückenschmerzen in stationärer Behandlung. Die überwiegende Mehrheit der Patienten war aufgrund anderer Indikationen im Krankenhaus.

Erläuterung der Tabellen 21–1 bis 21–6 am Beispiel der Rückenschmerzen (ICD M54)

In der deutschen Wohnbevölkerung wiesen 25,0 Prozent aller Personen die Diagnose M54 auf. Diese konnte sowohl im Krankenhaus als auch im ambulanten Bereich dokumentiert worden sein. Rückenschmerzen waren damit im Jahre 2008 der am häufigsten dokumentierte Behandlungsanlass überhaupt, noch vor der essentiellen (primären) Hypertonie mit 22,4 Prozent.¹²

Der Befund war mit einer Prävalenz von 27,6 Prozent bei Frauen häufiger als bei Männern. Bei älteren Menschen ab 60 Jahren waren mit 34,1 Prozent mehr als ein Drittel betroffen. Bei den 18 bis 59-Jährigen waren es 27,3 Prozent, Kinder und Jugendliche waren zu 3,5 Prozent betroffen.

Von allen Patienten mit der Diagnose Rückenschmerzen (M54) war jeder Fünfte (19,9 Prozent) 2008 in stationärer Behandlung. Die Rückenschmerzen selbst stellten jedoch nur bei 0,7 Prozent der Patienten den Behandlungsanlass im Krankenhaus dar, d. h. die Mehrheit der Patienten war aufgrund anderer Erkrankungen dort.

Die Quote von 0,7 Prozent mag vor dem Hintergrund der weiten Verbreitung der Rückenschmerzen niedrig erscheinen. Da es für die stationäre Behandlung von Rückenschmerzen nur wenige Indikationen gibt, verwundert dies nicht weiter.¹³

Betrachtet man allein die männlichen Patienten, dann führen die Rückenschmerzen ebenfalls die Hitliste der häufigsten Erkrankungen an (Tabelle 21–2).

12 An dritter Stelle stehen die speziellen Verfahren zur Untersuchung auf Neubildungen (Z12). Diese Verfahren dienen der Abklärung von Verdachtsdiagnosen, die betroffenen Personen werden ggf. auch in der entsprechenden Zeile für Neubildungen aufgeführt.

13 Deutlich höhere Quoten finden sich bei Krankheiten, die stationär behandelt werden müssen – etwa wenn eine nicht ambulant durchführbare Operation bei Neubildungen notwendig ist (vgl. Tabelle 21–7).

Bei den weiblichen Patienten nimmt sie Rang 2 ein, hinter der Diagnose Z12, den speziellen Verfahren zur Untersuchung auf Neubildungen (Tabelle 21–3). In den nach Altersgruppen differenzierten Ranglisten (Tabellen 21–4 bis 21–6) sind die Rückenschmerzen bei Kindern und Jugendlichen auf Rang 38 zu finden. In der mittleren Altersklasse der 18 bis 59-Jährigen nimmt sie Platz 1 ein, bei den Älteren ab 60 Jahren stehen sie auf Platz 3, nach der essentiellen (primären) Hypertonie (mit 58,6 Prozent mit großem Vorsprung auf Rang 1) und den Störungen des Lipoproteinstoffwechsels und sonstigen Lipidämien (34,6 Prozent).

21.2.2 Erkrankungen nach Diagnosegruppen

In diesem Abschnitt wird die dokumentierte Morbidität in Deutschland nach Diagnosegruppen beschrieben. Die entsprechende Tabelle 21–7 (siehe S. 334) „Prävalenzen und Hospitalisierungsquoten nach Diagnosegruppen 2008“ ist in der Langversion im Internet¹⁴ aufrufbar.

Die ICD-Obergruppen, wie sie in der offiziellen Klassifikation nach rein medizinischen Kriterien definiert sind, werden hier nicht 1:1 übernommen, sondern an einigen Stellen nach Häufigkeit des Auftretens und Versorgungsaufwand modifiziert. Denn in einigen Obergruppen befinden sich häufig auftretende, aber gleichzeitig unproblematisch zu versorgende Krankheiten zusammen mit solchen, die seltener auftreten und aufwändig in der Versorgung sind. Diese Gruppen werden entsprechend aufgeteilt oder einzelne Diagnosen einer anderen Obergruppe zugeordnet. Auf diese Weise sind 276 Gruppen entstanden, Modifikationen sind jeweils mit einem Sternchen (*) am ICD-Code gekennzeichnet. In der Klartextbezeichnung der folgenden Spalte wird die Modifikation näher beschrieben.

Beispiel Stoffwechselstörungen

Die Gruppe „Stoffwechselstörungen“ (ICD E70 bis E90) wird beispielsweise in vier Untergruppen zerlegt, um zum einen akute Zustände, zum anderen nicht behandlungsbedürftige Erkrankungen differenzierbar zu machen.

- Laktoseintoleranz (E73) sowie Störungen des Purin- und Pyrimidinstoffwechsels (E79; asymptomatische Hyperurikämie) werden als in aller Regel nicht medizinisch behandlungsbedürftige Erkrankungen bzw. Labordiagnose gesondert dargestellt.
- Zystische Fibrose (E84; Mukoviszidose), zu deren Behandlung eine regelmäßige und dauernde ärztliche Betreuung notwendig ist, wird ebenfalls gesondert dargestellt.
- Volumenmangel (E86) und sonstige Störungen des Wasser- und Elektrolythaushaltes sowie des Säure-Basen-Gleichgewichts (E87) sind als akute Zustände oder Folgen einer Fehlernährung gesondert dargestellt.
- Die restlichen Diagnose-Dreisteller der ursprünglichen ICD-Obergruppe bilden nun die Gruppe „Stoffwechselstörungen, ohne akute Zustände und nicht medizinisch behandlungsbedürftige Erkrankungen“.

¹⁴ Das Internetportal zum Versorgungs-Report ist unter folgender Adresse abrufbar: www.versorgungs-report-online.de.

Tabelle 21-1
Prävalenzen und Hospitalisierungsquoten für die 100 häufigsten Erkrankungen nach ICD-Dreisteller 2008

Rang	Diagnose/Behandlungsanlass	Prävalenz (in %)					Hospitalisierungs- quote gesamt			
		ge- samt	Abw. Vj. (%- Punkte)	männ- lich	weib- lich	1-17 Jahre	18-59 Jahre	60 und mehr Jahre	mit dieser Haupt- diagnose	
1	M54 Rückenschmerzen	25,0	0,8	22,4	27,6	3,5	27,3	34,1	19,9%	0,7%
2	I10 Essentielle (primäre) Hypertonie	22,4	1,2	20,1	24,6	0,1	12,9	58,6	25,0%	1,1%
3	Z12 Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Neubildungen	18,8	1,7	5,0	32,1	0,5	23,1	21,2	17,2%	0,0%
4	J06 Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	15,5	0,6	15,2	15,8	35,7	14,1	5,4	13,8%	0,3%
5	Z25 Notwendigkeit der Impfung [Immunsierung] gegen andere einzelne Viruskrankheiten	14,2	0,3	12,4	15,9	8,6	7,6	32,9	21,6%	0,0%
6	E78 Störungen des Lipoproteinstoffwechsels und sonstige Lipidämien	13,8	0,9	13,2	14,4	0,2	8,6	34,6	23,4%	0,0%
7	Z00 Allgemeinuntersuchung und Abklärung bei Personen ohne Beschwerden oder angegebene Diagnose	12,7	1,3	11,8	13,6	20,8	8,5	14,9	17,1%	0,0%
8	R10 Bauch- und Beckenschmerzen	10,5	0,2	6,1	14,7	11,3	11,3	8,2	24,6%	1,6%
9	N89 Sonstige nichtentzündliche Krankheiten der Vagina	9,3	0,4	0,0	18,2	2,1	13,4	4,8	17,8%	0,0%
10	J20 Akute Bronchitis	8,8	-0,3	8,6	9,0	15,9	7,8	6,4	17,5%	1,3%
11	M53 Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens, anderenorts nicht klassifiziert	8,5	0,2	6,6	10,3	0,8	8,6	13,3	21,1%	0,3%
12	E11 Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]	7,6	0,5	7,5	7,8	0,0	3,4	22,2	29,9%	3,2%
13	K29 Gastritis und Duodenitis	7,6	0,3	6,9	8,3	2,0	7,9	10,8	25,6%	2,1%
14	L30 Sonstige Dermatitis	7,3	0,2	6,4	8,1	8,2	5,9	9,5	19,7%	0,1%
15	M17 Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	6,9	0,3	5,3	8,5	0,1	3,5	19,2	28,3%	3,5%
16	Z30 Kontrazeptive Maßnahmen	6,8	0,4	0,0	13,3	3,3	10,8	0,1	13,9%	0,0%
17	Z26 Notwendigkeit der Impfung [Immunsierung] gegen andere einzelne Infektionskrankheiten	6,7	-0,3	5,7	7,6	17,3	3,7	6,1	14,8%	0,0%
18	M99 Biomechanische Funktionsstörungen, anderenorts nicht klassifiziert	6,6	0,6	5,5	7,6	2,1	7,6	7,1	19,5%	0,0%
19	T14 Verletzung an einer nicht näher bezeichneten Körperregion	6,6	0,2	6,8	6,3	11,2	5,4	6,4	20,4%	0,1%
20	H52 Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler	6,5	0,3	5,4	7,6	5,5	2,7	15,9	23,2%	0,0%
21	E04 Sonstige nichttoxische Struma	6,5	0,3	2,9	9,9	0,6	6,0	11,4	21,0%	1,4%
22	I83 Varizen der unteren Extremitäten	6,3	0,3	3,3	9,2	0,0	4,2	15,1	24,8%	1,8%
23	Z27 Notwendigkeit der Impfung [Immunsierung] gegen Kombinationen von Infektionskrankheiten	6,3	0,0	6,0	6,5	15,5	4,0	4,3	15,1%	0,0%
24	N95 Klimakterische Störungen	6,2	0,1	0,0	12,2	0,0	5,3	12,5	19,2%	0,2%
25	E66 Adipositas	6,1	-0,8	4,7	7,4	1,9	5,2	10,8	23,2%	0,1%
26	Z24 Notwendigkeit der Impfung [Immunsierung] gegen bestimmte einzelne Viruskrankheiten	5,9	0,1	5,5	6,2	12,6	4,7	4,2	12,3%	0,0%

Tabelle 21-1
Fortsetzung

Rang	Diagnose/Behandlungsanlass	Prävalenz (in %)						Hospitalisierungs- quote gesamt			
		ge- samt	Abw. Vj. (%- Punkte)	männ- lich	weib- lich	1-17 Jahre	18-59 Jahre	60 und mehr Jahre	allg. mit dieser Haupt- diagnose		
52	M16	Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]	4,0	0,2	3,4	4,5	0,0	1,7	11,7	31,2 %	4,4 %
53	E14	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus	3,9	0,2	3,8	3,9	0,1	1,7	11,3	31,9 %	0,1 %
54	Z23	Notwendigkeit der Impfung [Immunisierung] gegen einzelne bakterielle Krankheiten	3,9	-0,3	3,8	3,9	12,1	1,1	3,9	17,2 %	0,0 %
55	N40	Prostatihyperplasie	3,8	0,1	7,8	0,0	0,0	1,3	12,2	29,9 %	2,0 %
56	J45	Asthma bronchiale	3,8	0,3	3,5	4,2	4,5	3,5	4,3	20,7 %	0,7 %
57	M19	Sonstige Arthrose	3,8	0,3	3,2	4,4	0,0	2,4	9,4	27,4 %	1,0 %
58	D22	Melanozytennävus	3,8	1,0	3,2	4,4	2,8	4,1	3,9	15,0 %	0,1 %
59	F17	Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak	3,8	0,5	4,2	3,4	0,3	5,0	3,3	24,8 %	0,0 %
60	R05	Husten	3,7	0,0	3,4	4,1	10,2	2,3	2,9	17,0 %	0,0 %
61	I84	Hämorrhoiden	3,7	0,2	3,6	3,9	0,1	3,4	6,7	23,8 %	1,6 %
62	I49	Sonstige kardiale Arrhythmien	3,7	0,0	3,4	4,0	0,3	1,8	10,3	32,8 %	1,5 %
63	R42	Schwindel und Taumel	3,7	0,0	2,6	4,7	1,0	3,1	6,9	27,7 %	1,2 %
64	R52	Schmerz, anderenorts nicht klassifiziert	3,6	0,3	2,7	4,4	0,9	3,1	6,4	33,4 %	0,3 %
65	L20	Atopisches [endogenes] Ekzem	3,6	0,1	3,1	4,1	8,8	2,7	2,1	15,0 %	0,3 %
66	N92	Zu starke, zu häufige oder unregelmäßige Menstruation	3,6	0,2	0,0	7,0	1,4	5,8	0,0	16,3 %	0,9 %
67	K76	Sonstige Krankheiten der Leber	3,6	0,2	4,0	3,1	0,0	2,6	8,0	25,6 %	0,3 %
68	R50	Fieber sonstiger und unbekannter Ursache	3,5	-0,3	3,7	3,4	14,7	1,5	0,8	16,7 %	0,4 %
69	Z96	Vorhandensein von anderen funktionellen Implantaten	3,5	0,3	2,6	4,3	0,2	0,7	12,0	37,1 %	0,0 %
70	J32	Chronische Sinusitis	3,5	0,0	3,0	3,9	3,0	4,2	2,2	17,8 %	1,8 %
71	R11	Übelkeit und Erbrechen	3,5	0,0	2,9	4,0	9,5	2,4	2,0	24,6 %	0,8 %
72	M21	Sonstige erworbene Deformitäten der Extremitäten	3,4	0,2	2,8	4,0	3,2	2,8	4,9	19,8 %	0,3 %
73	F45	Somatiforme Störungen	3,3	0,1	2,0	4,7	0,4	3,4	5,0	25,5 %	1,4 %
74	J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	3,3	0,3	3,7	3,0	0,6	1,8	8,5	34,0 %	6,0 %
75	J01	Akute Sinusitis	3,2	0,0	2,7	3,6	3,2	3,9	1,6	15,7 %	0,3 %
76	J00	Akute Rhinopharyngitis [Erkältungsschnupfen]	3,1	0,1	3,0	3,2	10,0	2,0	0,9	15,2 %	0,1 %
77	H91	Sonstiger Hörverlust	3,1	0,1	3,1	3,1	1,2	1,6	7,5	26,6 %	0,6 %

Tabelle 21-1
Fortsetzung

Rang	Diagnose/Behandlungsanlass	Prävalenz (in %)					Hospitalisierungs- quote gesamt			
		ge- samt	Abw. Vj. (%- Punkte)	männ- lich	weib- lich	1-17 Jahre		18-59 Jahre	60 und mehr Jahre	allg. mit dieser Haupt- diagnose
78	E03 Sonstige Hypothyreose	3,0	0,4	1,2	4,8	0,8	3,1	4,5	22,0%	0,1%
79	H90 Höerverlust durch Schalleitungs- oder Schallempfindungsstörung	3,0	0,2	2,9	3,0	1,1	1,6	7,2	26,3%	0,2%
80	H66 Eitrige und nicht näher bezeichnete Otitis media	2,9	-0,1	2,9	2,9	10,3	1,6	1,2	16,2%	0,9%
81	I50 Herzinsuffizienz	2,9	0,1	2,4	3,3	0,0	0,5	10,3	45,7%	14,1%
82	J04 Akute Laryngitis und Tracheitis	2,9	0,0	2,5	3,3	4,9	2,8	1,9	16,9%	0,2%
83	M81 Osteoporose ohne pathologische Fraktur	2,8	0,1	0,8	4,8	0,0	0,7	9,6	31,2%	0,2%
84	J31 Chronische Rhinitis, Rhinopharyngitis und Pharyngitis	2,8	0,0	2,8	2,9	6,8	1,8	2,4	19,6%	0,0%
85	B99 Sonstige und nicht näher bezeichnete Infektionskrankheiten	2,8	0,0	2,8	2,8	9,2	1,8	1,0	17,3%	1,0%
86	R07 Hals- und Brustschmerzen	2,8	-0,1	2,6	3,0	2,7	2,8	2,9	25,8%	5,2%
87	R06 Störungen der Atmung	2,8	0,1	2,7	2,8	2,0	2,2	4,7	34,3%	1,4%
88	H60 Otitis externa	2,8	0,0	2,7	2,9	2,6	2,5	3,6	19,3%	0,1%
89	I95 Hypotonie	2,8	-0,1	1,5	4,0	1,1	3,4	2,6	22,1%	1,8%
90	L70 Akne	2,8	0,1	1,8	3,7	4,5	3,4	0,2	11,3%	0,0%
91	I87 Sonstige Venenkrankheiten	2,7	0,1	1,5	3,8	0,0	1,6	6,9	27,5%	0,2%
92	H93 Sonstige Krankheiten des Ohres, anderenorts nicht klassifiziert	2,7	0,1	2,5	2,9	0,7	2,2	5,1	22,1%	0,2%
93	B37 Kandidose	2,7	0,0	1,1	4,1	3,1	2,6	1,7	25,6%	0,3%
94	B35 Dermatomykose [Tinea]	2,6	0,1	2,8	2,5	1,1	2,4	4,4	20,4%	0,0%
95	H04 Affektionen des Tränenapparates	2,6	0,1	1,7	3,4	0,5	1,5	6,2	23,4%	0,2%
96	H40 Glaukom	2,5	0,1	2,1	3,0	0,0	0,9	7,9	26,6%	1,9%
97	J98 Sonstige Krankheiten der Atemwege	2,5	0,1	2,5	2,5	7,3	1,6	1,3	16,8%	0,4%
98	N30 Zystitis	2,5	0,1	0,8	4,0	0,9	2,3	3,8	27,8%	2,1%
99	K80 Cholelithiasis	2,4	0,1	1,5	3,3	0,0	1,5	6,1	34,5%	10,3%
100	R32 Nicht näher bezeichnete Harninkontinenz	2,4	0,1	1,4	3,4	1,6	0,9	6,5	37,4%	0,1%

Versorgungs-Report 2012

WIdO

Tabelle 21–2

Die häufigsten Erkrankungen bei männlichen Patienten 2008

Rang	Diagnose/Behandlungsanlass	Prävalenz	Hospitalisierungsquote	
			allg.	mit dieser Hauptdiag.
1	M54 Rückenschmerzen	22,4	19,0%	0,7%
2	I10 Essentielle (primäre) Hypertonie	20,1	25,7%	0,8%
3	J06 Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	15,2	12,9%	0,3%
4	E78 Störungen des Lipoproteinstoffwechsels und sonstige Lipidämien	13,2	24,2%	0,0%
5	Z25 Notwendigkeit der Impfung [Immunsierung] gegen andere einzelne Viruskrankheiten	12,4	22,8%	0,0%
6	Z00 Allgemeinuntersuchung und Abklärung bei Personen ohne Beschwerden oder angegebene Diagnose	11,8	17,9%	0,0%
7	J20 Akute Bronchitis	8,6	17,0%	1,5%
8	N40 Prostatahyperplasie	7,8	29,9%	2,0%
9	E11 Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]	7,5	30,2%	3,4%
10	K29 Gastritis und Duodenitis	6,9	25,1%	2,0%
11	T14 Verletzung an einer nicht näher bezeichneten Körperregion	6,8	19,3%	0,1%
12	M53 Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens, anderenorts nicht klassifiziert	6,6	21,4%	0,3%
13	L30 Sonstige Dermatitis	6,4	20,3%	0,2%
14	I25 Chronische ischämische Herzkrankheit	6,4	38,0%	4,8%
15	R10 Bauch- und Beckenschmerzen	6,1	24,7%	1,9%
16	Z27 Notwendigkeit der Impfung [Immunsierung] gegen Kombinationen von Infektionskrankheiten	6,0	15,7%	0,0%
17	Z26 Notwendigkeit der Impfung [Immunsierung] gegen andere einzelne Infektionskrankheiten	5,7	15,7%	0,0%
18	M99 Biomechanische Funktionsstörungen, anderenorts nicht klassifiziert	5,5	19,0%	0,0%
19	Z24 Notwendigkeit der Impfung [Immunsierung] gegen bestimmte einzelne Viruskrankheiten	5,5	12,8%	0,0%
20	H52 Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler	5,4	24,2%	0,0%
21	M17 Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	5,3	28,3%	3,2%
22	M51 Sonstige Bandscheibenschäden	5,2	25,0%	3,6%
23	A09 Diarrhoe und Gastroenteritis, vermutlich infektiösen Ursprungs	5,1	17,4%	3,0%
24	Z12 Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Neubildungen	5,0	21,2%	0,0%
25	J30 Vasomotorische und allergische Rhinopathie	5,0	12,8%	0,0%
26	J03 Akute Tonsillitis	5,0	12,9%	0,6%
27	E79 Störungen des Purin- und Pyrimidinstoffwechsels	5,0	26,3%	0,0%
28	H10 Konjunktivitis	4,9	17,2%	0,0%
29	K21 Gastroösophageale Refluxkrankheit	4,8	27,1%	1,2%
30	E66 Adipositas	4,7	23,8%	0,2%
31	M25 Sonstige Gelenkkrankheiten, anderenorts nicht klassifiziert	4,6	22,3%	0,6%
32	M61 Sonstige Krankheiten des äußeren Ohres	4,5	20,9%	0,1%
33	J02 Akute Pharyngitis	4,4	13,7%	0,1%
34	F17 Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak	4,2	26,5%	0,0%

Tabelle 21–3

Die häufigsten Erkrankungen bei weiblichen Patienten 2008

Rang	Diagnose/Behandlungsanlass	Prävalenz	Hospitalisierungsquote	
			allg.	mit dieser Hauptdiag.
1	Z12 Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Neubildungen	32,1	16,6%	0,0%
2	M54 Rückenschmerzen	27,6	20,6%	0,7%
3	I10 Essentielle (primäre) Hypertonie	24,6	24,4%	1,3%
4	N89 Sonstige nichtentzündliche Krankheiten der Vagina	18,2	17,8%	0,0%
5	Z25 Notwendigkeit der Impfung [Immunisierung] gegen andere einzelne Viruskrankheiten	15,9	20,8%	0,0%
6	J06 Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	15,8	14,7%	0,3%
7	R10 Bauch- und Beckenschmerzen	14,7	24,5%	1,4%
8	E78 Störungen des Lipoproteinstoffwechsels und sonstige Lipidämien	14,4	22,6%	0,0%
9	Z00 Allgemeinuntersuchung und Abklärung bei Personen ohne Beschwerden oder angegebene Diagnose	13,6	16,5%	0,0%
10	Z30 Kontrazeptive Maßnahmen	13,3	13,9%	0,0%
11	N95 Klimakterische Störungen	12,2	19,2%	0,2%
12	M53 Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens, anderenorts nicht klassifiziert	10,3	20,9%	0,3%
13	E04 Sonstige nichttoxische Struma	9,9	20,3%	1,3%
14	I83 Varizen der unteren Extremitäten	9,2	23,7%	1,6%
15	J20 Akute Bronchitis	9,0	18,0%	1,2%
16	N39 Sonstige Krankheiten des Harnsystems	8,7	26,9%	2,1%
17	M17 Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	8,5	28,3%	3,7%
18	K29 Gastritis und Duodenitis	8,3	26,0%	2,1%
19	N76 Sonstige entzündliche Krankheit der Vagina und Vulva	8,3	19,9%	0,2%
20	L30 Sonstige Dermatitis	8,1	19,3%	0,1%
21	N94 Schmerz und andere Zustände im Zusammenhang mit den weiblichen Genitalorganen und dem Menstruationszyklus	8,0	14,0%	0,2%
22	E11 Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]	7,8	29,6%	2,9%
23	F32 Depressive Episode	7,8	27,9%	1,9%
24	Z26 Notwendigkeit der Impfung [Immunisierung] gegen andere einzelne Infektionskrankheiten	7,6	14,1%	0,0%
25	M99 Biomechanische Funktionsstörungen, anderenorts nicht klassifiziert	7,6	19,8%	0,0%
26	H52 Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler	7,6	22,5%	0,0%
27	E66 Adipositas	7,4	22,9%	0,1%
28	N92 Zu starke, zu häufige oder unregelmäßige Menstruation	7,0	16,3%	0,9%
29	Z01 Sonstige spezielle Untersuchungen und Abklärungen bei Personen ohne Beschwerden oder angegebene Diagnose	6,6	18,9%	0,3%
30	Z27 Notwendigkeit der Impfung [Immunisierung] gegen Kombinationen von Infektionskrankheiten	6,5	14,6%	0,0%
31	T14 Verletzung an einer nicht näher bezeichneten Körperregion	6,3	21,5%	0,1%
32	Z24 Notwendigkeit der Impfung [Immunisierung] gegen bestimmte einzelne Viruskrankheiten	6,2	11,8%	0,0%

Tabelle 21–4

Die häufigsten Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen (1 bis unter 18 Jahre) 2008

Rang	Diagnose/Behandlungsanlass	Prävalenz	Hospitalisierungsquote	
			allg.	mit dieser Hauptdiag.
1	J06 Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	35,7	10,6 %	0,5 %
2	Z00 Allgemeinuntersuchung und Abklärung bei Personen ohne Beschwerden oder angegebene Diagnose	20,8	11,8 %	0,0 %
3	Z26 Notwendigkeit der Impfung [Immunsierung] gegen andere einzelne Infektionskrankheiten	17,3	9,2 %	0,0 %
4	J20 Akute Bronchitis	15,9	12,9 %	1,8 %
5	Z27 Notwendigkeit der Impfung [Immunsierung] gegen Kombinationen von Infektionskrankheiten	15,5	11,3 %	0,0 %
6	J03 Akute Tonsillitis	15,5	11,8 %	0,7 %
7	R50 Fieber sonstiger und unbekannter Ursache	14,7	12,9 %	0,1 %
8	B34 Viruskrankheit nicht näher bezeichneter Lokalisation	12,9	11,5 %	0,4 %
9	Z24 Notwendigkeit der Impfung [Immunsierung] gegen bestimmte einzelne Viruskrankheiten	12,6	8,2 %	0,0 %
10	Z23 Notwendigkeit der Impfung [Immunsierung] gegen einzelne bakterielle Krankheiten	12,1	11,1 %	0,0 %
11	R10 Bauch- und Beckenschmerzen	11,3	15,0 %	2,3 %
12	T14 Verletzung an einer nicht näher bezeichneten Körperregion	11,2	11,2 %	0,0 %
13	H10 Konjunktivitis	10,9	11,6 %	0,0 %
14	J02 Akute Pharyngitis	10,8	11,2 %	0,2 %
15	H66 Eitrige und nicht näher bezeichnete Otitis media	10,3	12,8 %	0,5 %
16	R05 Husten	10,2	11,0 %	0,0 %
17	A09 Diarrhoe und Gastroenteritis, vermutlich infektiösen Ursprungs	10,0	16,7 %	4,5 %
18	J00 Akute Rhinopharyngitis [Erkältungsschnupfen]	10,0	11,9 %	0,1 %
19	R11 Übelkeit und Erbrechen	9,5	14,9 %	0,6 %
20	B99 Sonstige und nicht näher bezeichnete Infektionskrankheiten	9,2	12,3 %	0,4 %
21	L20 Atopisches [endogenes] Ekzem	8,8	10,4 %	0,2 %
22	Z25 Notwendigkeit der Impfung [Immunsierung] gegen andere einzelne Viruskrankheiten	8,6	11,1 %	0,0 %
23	L30 Sonstige Dermatitis	8,2	10,9 %	0,1 %
24	J30 Vasomotorische und allergische Rhinopathie	7,3	9,3 %	0,0 %
25	J98 Sonstige Krankheiten der Atemwege	7,3	11,6 %	0,1 %
26	J31 Chronische Rhinitis, Rhinopharyngitis und Pharyngitis	6,8	12,2 %	0,0 %
27	H65 Nichteitriges Otitis media	6,7	14,0 %	0,4 %
28	R51 Kopfschmerz	6,6	11,0 %	0,6 %
29	B07 Viruswarzen	5,9	6,8 %	0,0 %
30	J35 Chronische Krankheiten der Gaumenmandeln und der Rachenmandel	5,8	20,1 %	10,9 %
31	H52 Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler	5,5	9,5 %	0,0 %
32	T78 Unerwünschte Nebenwirkungen, anderenorts nicht klassifiziert	5,2	10,7 %	0,4 %
33	J04 Akute Laryngitis und Tracheitis	4,9	12,0 %	0,4 %

Tabelle 21–5

Die häufigsten Erkrankungen bei Erwachsenen jungen und mittleren Alters (18 bis unter 60 Jahre) 2008

Rang	Diagnose/Behandlungsanlass	Prävalenz	Hospitalisierungsquote	
			allg.	mit dieser Hauptdiag.
1	M54 Rückenschmerzen	27,3	15,6%	0,6%
2	Z12 Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Neubildungen	23,1	15,0%	0,0%
3	J06 Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	14,1	12,9%	0,1%
4	N89 Sonstige nichtentzündliche Krankheiten der Vagina	13,4	17,0%	0,0%
5	I10 Essentielle (primäre) Hypertonie	12,9	18,5%	1,0%
6	R10 Bauch- und Beckenschmerzen	11,3	23,0%	1,4%
7	Z30 Kontrazeptive Maßnahmen	10,8	13,9%	0,0%
8	E78 Störungen des Lipoproteinstoffwechsels und sonstige Lipidämien	8,6	17,8%	0,0%
9	M53 Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens, anderenorts nicht klassifiziert	8,6	16,6%	0,3%
10	Z00 Allgemeinuntersuchung und Abklärung bei Personen ohne Beschwerden oder angegebene Diagnose	8,5	14,3%	0,0%
11	K29 Gastritis und Duodenitis	7,9	20,0%	1,6%
12	J20 Akute Bronchitis	7,8	14,1%	0,4%
13	Z25 Notwendigkeit der Impfung [Immunisierung] gegen andere einzelne Viruskrankheiten	7,6	16,3%	0,0%
14	M99 Biomechanische Funktionsstörungen, anderenorts nicht klassifiziert	7,6	16,1%	0,0%
15	J30 Vasomotorische und allergische Rhinopathie	6,1	13,1%	0,0%
16	E04 Sonstige nichttoxische Struma	6,0	16,2%	1,6%
17	N94 Schmerz und andere Zustände im Zusammenhang mit den weiblichen Genitalorganen und dem Menstruationszyklus	6,0	13,8%	0,2%
18	L30 Sonstige Dermatitis	5,9	15,4%	0,1%
19	N92 Zu starke, zu häufige oder unregelmäßige Menstruation	5,8	16,4%	0,9%
20	N76 Sonstige entzündliche Krankheit der Vagina und Vulva	5,7	19,1%	0,2%
21	M51 Sonstige Bandscheibenschäden	5,5	21,3%	3,7%
22	T14 Verletzung an einer nicht näher bezeichneten Körperregion	5,4	17,6%	0,1%
23	N95 Klimakterische Störungen	5,3	15,7%	0,1%
24	M25 Sonstige Gelenkrankheiten, anderenorts nicht klassifiziert	5,3	18,5%	0,5%
25	R51 Kopfschmerz	5,3	16,8%	0,5%
26	E66 Adipositas	5,2	19,5%	0,2%
27	F32 Depressive Episode	5,2	24,8%	2,8%
28	M77 Sonstige Enthesopathien	5,1	14,4%	0,2%
29	M79 Sonstige Krankheiten des Weichteilgewebes, anderenorts nicht klassifiziert	5,0	18,5%	0,7%
30	F17 Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak	5,0	22,2%	0,0%
31	A09 Diarrhoe und Gastroenteritis, vermutlich infektiösen Ursprungs	4,8	15,2%	1,6%
32	Z24 Notwendigkeit der Impfung [Immunisierung] gegen bestimmte einzelne Viruskrankheiten	4,7	11,3%	0,0%

Tabelle 21–6

Die häufigsten Erkrankungen bei älteren Erwachsenen (ab 60 Jahre) 2008

Rang	Diagnose/Behandlungsanlass	Prävalenz	Hospitalisierungsquote	
			allg.	mit dieser Hauptdiag.
1	I10 Essentielle (primäre) Hypertonie	58,6	28,2 %	1,1 %
2	E78 Störungen des Lipoproteinstoffwechsels und sonstige Lipidämien	34,6	26,5 %	0,0 %
3	M54 Rückenschmerzen	34,1	28,2 %	1,0 %
4	Z25 Notwendigkeit der Impfung [Immunisierung] gegen andere einzelne Viruskrankheiten	32,9	26,1 %	0,0 %
5	E11 Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]	22,2	32,1 %	3,2 %
6	Z12 Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Neubildungen	21,2	22,9 %	0,0 %
7	M17 Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	19,2	31,1 %	3,8 %
8	I25 Chronische ischämische Herzkrankheit	19,2	37,6 %	3,3 %
9	H52 Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler	15,9	27,9 %	0,0 %
10	I83 Varizen der unteren Extremitäten	15,1	29,1 %	1,4 %
11	Z00 Allgemeinuntersuchung und Abklärung bei Personen ohne Beschwerden oder angegebene Diagnose	14,9	23,3 %	0,0 %
12	H26 Sonstige Kataraktformen	14,6	29,5 %	0,3 %
13	H25 Cataracta senilis	14,2	29,2 %	2,5 %
14	M53 Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens, anderenorts nicht klassifiziert	13,3	28,0 %	0,3 %
15	N95 Klimakterische Störungen	12,5	22,6 %	0,3 %
16	N40 Prostatahyperplasie	12,2	31,8 %	2,3 %
17	Z96 Vorhandensein von anderen funktionellen Implantaten	12,0	37,2 %	0,0 %
18	M16 Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]	11,7	33,9 %	4,6 %
19	E04 Sonstige nichttoxische Struma	11,4	27,1 %	1,1 %
20	M47 Spondylose	11,4	30,2 %	1,0 %
21	E14 Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus	11,3	34,0 %	0,1 %
22	E79 Störungen des Purin- und Pyrimidinstoffwechsels	10,9	30,4 %	0,0 %
23	K29 Gastritis und Duodenitis	10,8	35,9 %	2,8 %
24	E66 Adipositas	10,8	28,7 %	0,1 %
25	N39 Sonstige Krankheiten des Harnsystems	10,3	38,4 %	3,2 %
26	I49 Sonstige kardiale Arrhythmien	10,3	36,7 %	1,6 %
27	I50 Herzinsuffizienz	10,3	46,0 %	14,2 %
28	F32 Depressive Episode	10,1	33,4 %	1,4 %
29	K21 Gastroösophageale Refluxkrankheit	9,7	32,8 %	1,0 %
30	M81 Osteoporose ohne pathologische Fraktur	9,6	32,2 %	0,2 %
31	L30 Sonstige Dermatitis	9,5	30,1 %	0,2 %
32	M19 Sonstige Arthrose	9,4	30,9 %	0,9 %
33	J44 Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	8,5	38,5 %	7,2 %
34	H61 Sonstige Krankheiten des äußeren Ohres	8,3	28,4 %	0,1 %
35	R10 Bauch- und Beckenschmerzen	8,2	37,0 %	1,5 %
36	M51 Sonstige Bandscheibenschäden	8,1	31,8 %	2,7 %
37	K76 Sonstige Krankheiten der Leber	8,0	28,8 %	0,2 %

Tabelle 21-7
Prävalenzen und Hospitalisierungsquoten nach Diagnosegruppen 2008

ICD-Code	Diagnosegruppe (Obergruppe, modifiziert)	Prävalenz				Hospitalisierungsquote				
		ge- sammt	Abw. Vj (in %Pkt.)	männ- lich	weib- lich	18-59 Jahre	60 und älter	allg. mit Haupt- diagnose aus dieser OG		
M50-M54*	Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens mit M48.0 Spinal(kanal)stenose	29,8	0,9	26,6	32,8	4,1	31,7	42,1	19,9%	1,3%
J00-J06	Akute Infektionen der oberen Atemwege	25,3	0,7	24,0	26,5	52,3	24,2	10,3	14,1%	0,4%
I10-I15	Hypertonie (Hochdruckkrankheit)	23,2	1,2	20,9	25,5	0,1	13,2	60,9	25,1%	1,4%
M00-M25	Arthropathien	21,9	0,9	19,0	24,6	6,6	16,8	43,4	23,4%	3,4%
N80-N98	Nichtenzündliche Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes	19,1	0,5	0,0	37,4	5,0	24,6	16,0	17,8%	1,3%
R50-R69	Allgemeinsymptome	17,2	0,2	14,4	19,9	25,6	14,3	18,2	24,6%	1,9%
R10-R19	Symptome, die das Verdauungssystem und das Abdomen betreffen	15,1	0,3	10,5	19,6	19,4	14,4	13,5	25,2%	1,5%
E70-E90*	Stoffwechselstörungen, ohne akute Zustände und nicht medizinisch behandlungsbedürftige Erkrankungen	14,7	1,0	14,0	15,5	0,4	9,3	36,4	23,5%	0,1%
L20-L30	Dermatitis und Ekzem	13,7	0,4	11,4	15,8	19,5	11,2	15,1	18,9%	0,3%
J30-J39	Sonstige Krankheiten der oberen Atemwege	13,5	0,3	12,7	14,2	21,3	13,0	9,5	17,8%	2,8%
M70-M79	Sonstige Krankheiten des Weichteilgewebes	13,4	0,8	11,9	14,9	3,4	13,9	19,1	20,7%	1,5%
I80-I89	Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten, anderenorts nicht klassifiziert	12,7	0,5	9,0	16,4	2,2	9,7	26,6	25,5%	2,1%
K20-K31	Krankheiten des Ösophagus, des Magens und des Duodenums	12,5	0,6	11,5	13,4	2,8	11,8	20,1	26,2%	3,0%
E00-E07	Krankheiten der Schilddrüse	11,6	0,7	5,3	17,7	1,7	10,8	19,9	21,3%	1,3%
H00-H22	Erkrankungen des vorderen Augenabschnitts	11,3	0,3	9,5	12,9	13,2	7,8	17,6	19,8%	0,4%
R00-R09	Symptome, die das Kreislaufsystem und das Atmungssystem betreffen	10,9	0,1	10,3	11,6	16,1	8,4	13,4	24,9%	2,3%
J20-J22	Sonstige akute Infektionen der unteren Atemwege	9,4	-0,3	9,2	9,6	17,4	8,3	6,8	17,4%	1,4%
D10-D36*	Gutartige Neubildungen, ohne solche an Gehirn oder endokrinen Drüsen	8,7	1,1	6,3	11,1	4,0	9,1	11,0	19,8%	2,7%
I30-I52*	Sonstige Formen der Herzkrankheit, ohne I50 Herzinsuffizienz	8,7	0,3	8,2	9,2	1,1	4,4	23,6	33,5%	5,1%
E10-E14*	Diabetes mellitus Typ 2 ohne Komplikationen	8,4	0,5	8,2	8,5	0,1	3,8	24,1	29,0%	0,0%
N30-N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	8,2	0,4	4,2	12,0	3,5	6,7	14,6	28,3%	2,7%
H90-H95	Sonstige Krankheiten des Ohres	7,8	0,3	7,4	8,1	5,0	5,1	15,7	23,6%	0,4%
H25-H28	Affektionen der Linse	7,4	0,3	6,0	8,8	0,1	1,6	25,4	28,0%	1,5%
M95-IM99	Sonstige Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	7,2	0,6	6,2	8,2	2,6	8,2	7,9	20,1%	0,4%
T08-T14	Verletzungen nicht näher bezeichneter Teile des Rumpfes, der Extremitäten oder anderer Körperregionen	7,2	0,2	7,4	7,0	11,9	5,9	7,3	20,9%	0,1%
F30-F39	Affektive Störungen	7,0	0,4	4,2	9,7	0,3	6,5	12,5	28,4%	3,3%
F40-F48	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	6,8	0,4	4,2	9,4	1,4	7,5	8,9	26,0%	2,7%

Tabelle 21-7
Fortsetzung

ICD-Code	Diagnosegruppe (Obergruppe, modifiziert)	ge- sam t	Abw. Vj (in %Pkt.)	Prävalenz			Hospitalisierungsquote			
				männ- lich	weib- lich	1-17 Jahre	18-59 Jahre	60 und älter	allg. mit Haupt- diagnose aus dieser OG	
H49-H52	Affektionen der Augenmuskeln, Störungen der Blickbewegungen sowie Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler	6,8	0,3	5,7	7,9	6,1	2,9	16,3	23,2%	0,2%
L60-L75	Krankheiten der Hautanhangsgebilde	6,8	0,3	4,8	8,7	6,7	7,5	5,1	15,8%	0,3%
B35-B49	Mykosen	6,6	0,2	5,0	8,1	5,1	6,2	7,5	22,6%	0,2%
E65-E68	Adipositas und sonstige Überernährung	6,4	-0,6	4,9	7,7	2,1	5,5	11,2	23,2%	0,2%
H60-H62	Krankheiten des äußeren Ohres	6,3	0,1	6,2	6,4	5,4	4,8	10,2	20,3%	0,1%
I20-I25*	Ischämische Herzkrankheiten, ohne akutes Koronarsyndrom	6,2	0,1	6,8	5,5	0,0	1,6	20,5	37,7%	7,9%
A00-A09	Infektiöse Darmkrankheiten	6,0	0,3	6,2	5,8	12,0	5,7	2,6	20,3%	5,4%
H65-H75	Krankheiten des Mittelohres und des Warzenfortsatzes	5,7	-0,1	5,5	5,8	16,6	3,6	3,4	16,6%	1,0%
R40-R46	Symptome, die das Erkennungs- und Wahrnehmungsvermögen, die Stimmung und das Verhalten betreffen	5,7	0,0	4,4	7,0	4,0	4,4	9,7	28,5%	1,1%
N40-N51	Krankheiten der männlichen Genitalorgane	5,6	0,2	11,3	0,0	4,0	2,5	13,4	26,8%	2,6%
R30-R39	Symptome, die das Harnsystem betreffen	5,4	0,3	4,3	6,4	2,7	3,2	12,2	32,9%	0,6%

Versorgungs-Report 2012

WIdO

Beispiel Diabetes mellitus

Die Gruppe „Diabetes mellitus“ (ICD E10 bis E14) wird in drei Untergruppen zerlegt, um Insulinabhängigkeit und Komplikationen abzubilden. Damit bietet die Analyseperspektive der modifizierten Obergruppen die am weitesten differenzierte Darstellung des Versorgungsgeschehens bei Diabetikern im Rahmen dieses Beitrags.

- Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus (Typ-1-Diabetes, E10) sowie Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus (E13) inkl. Pankreopriver Diabetes mellitus (Diabetes als Folge einer Schädigung der Bauchspeicheldrüse) werden zu einer Gruppe zusammengefasst.
- Die Gruppe „Diabetes mellitus Typ 2 mit Komplikationen“ umfasst die Diagnosen E11, E12 und E14, jedoch ohne komplikationslose Fälle, die in der vierten Stelle des ICD verschlüsselt werden (also ohne die Diagnosen E11.9, E12.9, E14.9).
- Die Gruppe „Diabetes mellitus Typ 2 ohne Komplikationen“ beinhaltet ausschließlich die „leichteren“, ohne Komplikation verlaufenden Diabetesfälle. Nur Personen mit den Diagnosen E11.9, E12.9 oder E14.9 werden in dieser Gruppe dargestellt.

Alle Personen werden auf Basis ihrer dokumentierten Diagnosen den Obergruppen zugeordnet. Für Personen, die ausschließlich im niedergelassenen ärztlichen Sektor eine Zieldiagnose aufweisen, wird für chronische Erkrankungen ein zusätzliches Kriterium definiert: Personen mit chronischer Erkrankung werden nur dann gezählt, wenn Diagnosen aus der betreffenden Obergruppe in mindestens zwei Quartalen des Beobachtungsjahres 2008 zu finden sind.

Bei seltenen Diagnosegruppen wird die Prävalenz aufgrund von Rundungen als 0,0 (also kleiner 0,05) ausgewiesen. Gruppen mit weniger als 1 000 Personen werden in der Tabelle nicht dargestellt.

Die Bedeutung der einzelnen Spalten ist mit Lesebeispielen in Abschnitt 21.2.1 für Einzeldiagnosen dargestellt. Demgegenüber ändert sich lediglich die Spalte der Krankheitsbezeichnung (von ICD-Dreistellern zu Diagnosegruppen) – in den einzelnen Zeilen werden ICD-Obergruppen dargestellt.

21.3 Stationäre Behandlungen

Dieser Abschnitt widmet sich dem stationären Bereich und der in Krankenhäusern dokumentierten Morbidität. Vorangestellt ist eine allgemeine Darstellung der Entwicklung von Krankenhaus-Patientenzahlen ab dem Jahr 2006 in Absolutangaben (Tabelle 21–8) sowie in einer Indexdarstellung (Abbildung 21–1), die die Veränderungen von Jahr zu Jahr verdeutlicht. Das Niveau des Ausgangsjahrs 2006 wurde auf 100 Prozent gesetzt. In den Darstellungen wird neben den Gesamtangaben für alle Einwohner wiederum nach Geschlecht und den drei Altersklassen 1–17 Jahre, 18–59 Jahre, 60 Jahre und älter unterschieden.

Die Zahl der stationär behandelten Personen stieg im Beobachtungszeitraum kontinuierlich an, bei Männern war die Zunahme mit 6 Prozent von 2006 bis 2008

Tabelle 21–8

Anzahl Krankenhauspatienten je 100 000 Einwohner im 3-Jahres-Vergleich

Jahr	gesamt	männlich	weiblich	1–17 Jahre	18–59 Jahre	60 und älter
2006	13 949	13 024	14 836	7 813	11 136	24 059
2007	14 215	13 306	15 088	7 918	11 276	24 544
2008	14 646	13 764	15 493	8 128	11 653	25 033

Versorgungs-Report 2012

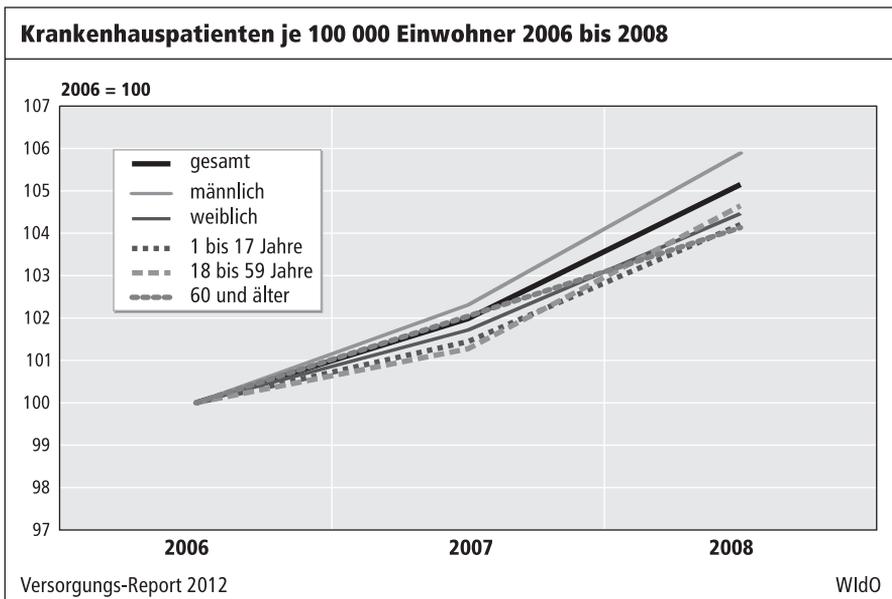
WIdO

am größten. Die Bevölkerungsgruppe mit der höchsten Hospitalisierung waren die Personen ab 60 Jahre, sie wurden mehr als doppelt so oft in einer Klinik behandelt wie Erwachsene mittleren Alters.

Die häufigsten stationären Behandlungsanlässe¹⁵ aller rund 12 Mio. Personen, die 2008 in einem Krankenhaus waren, sind einfühend in Tabelle 21–9 ausgewiesen.

Neben der Beschreibung der allgemeinen Morbidität im vorangegangenen Abschnitt 21.2 sowie den allgemeinen stationären Behandlungsprävalenzen in Tabelle 21–9 folgt in den Tabellen 21–10 bis 21–15 eine nähere Bestimmung der Komorbidität von Alterserkrankungen. Im Fokus stehen die oben beschriebenen sechs Personengruppen mit ausgewählten Indikationen. Für diese werden jeweils alle stationären

Abbildung 21–1



¹⁵ Basis der Auswertungen waren alle 2008 abgeschlossenen stationären (voll- und teilstationär) Krankenhausfälle.

Aufenthalte herangezogen – auch solche, die in keinem Zusammenhang mit der fokussierten Erkrankung stehen – und im Hinblick auf die den Behandlungsanlass dokumentierende Hauptdiagnose ausgewertet. Das Ergebnis sind „Hitlisten“ der häufigsten stationären Behandlungsanlässe, die das Komorbiditätsprofil einer Erkrankung umreißen.

Zur Berechnung der Erkrankungshäufigkeiten werden unterschiedliche Bezugsgrößen verwendet. Während in Tabelle 21–9 erkrankte Personen auf alle Einwohner Deutschlands bezogen werden, wird bei den sechs ausgewählten Erkrankungen jeweils auf die Gesamtzahl der Personen mit der jeweiligen Erkrankung bezogen.

Gleichwohl sind alle Tabellen ähnlich aufgebaut. Ausgewiesen werden die 35 (bzw. 100 im Internetportal versorgungs-report-online.de) häufigsten Diagnosen, die Tabellen sind absteigend nach Behandlungsquote sortiert.

Tabelle 21–9 bis 21–15: Die Bedeutung der Tabellenspalten im Einzelnen

Rang

Rangposition in der „Hitliste“ der häufigsten stationären Behandlungsanlässe

Hauptdiagnose (ICD-Dreisteller)

Dreistellige ICD-Schlüsselnummer der Hauptdiagnose eines Krankenhausaufenthaltes mit Klartextbeschreibung

KH-Patienten je 100 000 Einwohner (nur Tabelle 21–9)

Anzahl der Personen in der Gesamtbevölkerung, die – von 100 000 Einwohnern – im Jahr mindestens einen Krankenhausaufenthalt anlässlich der betreffenden Diagnose hatten. Insgesamt wurden 2008 in Deutschland 14 646 Personen je 100 000 Einwohner (oder 14,6 Prozent aller Deutschen) stationär versorgt. Häufigste Diagnosen waren Geburten und Herzinsuffizienz (Behandlungsanlass bei 596 bzw. 408 von 100 000 Einwohnern).

KH-Patienten je 100 000 Erkrankte (nur Tabellen 21–10 bis 21–15)

Anzahl der Personen (in einer Gruppe mit ausgewählter Indikation), die von 100 000 Erkrankten im Jahr mindestens einen Krankenhausaufenthalt anlässlich der betreffenden Diagnose hatten. So waren beispielsweise von 100 000 an Diabetes erkrankten Personen 29 055 Personen (Tabelle 21–12) im Jahr 2008 in stationärer Krankenhausbehandlung. Häufigste Diagnose war der Typ-II-Diabetes – 2 494 Personen je 100 000 Diabetiker waren aufgrund der Diagnose E11 im Krankenhaus.

Hospitalisierungsquote: Abweichung zum Vorjahr

Der Anteil der Personen mit mindestens einem Krankenhausaufenthalt von 2008 wird mit dem des Jahres 2007 verglichen. Die Abweichung wird in Prozent ausgewiesen. Gibt es Diagnosen mit nennenswerter Veränderung? Hier können Hinweise auf Morbiditätszunahmen oder veränderte Behandlungsmethoden einzelner Indikationen gewonnen werden oder Trends zu spezifischerer Kodierung oder anderen veränderten Kodierweisen – etwa durch Änderungen im DRG-Gefüge – herausgelesen werden.

Tabelle 21–9

Die häufigsten stationären Behandlungsanlässe 2008 bei Krankenhauspatienten in Deutschland

Rang	Hauptdiagnose (ICD-Dreisteller)	KH-Patienten je 100 000 Einwohner	Hosp.Quote: Abw. Vorjahr	Fälle je KH- Patient
	Insgesamt	14 464	2,9 %	1,6
1	Z38 Lebendgeborene nach dem Geburtsort	596	-2,0 %	1,0
2	I50 Herzinsuffizienz	408	4,9 %	1,2
3	F10 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	384	6,7 %	1,7
4	I20 Angina pectoris	310	-2,6 %	1,2
5	J18 Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	264	-0,3 %	1,1
6	I63 Hirninfarkt	258	4,7 %	1,2
7	K80 Cholelithiasis	251	1,1 %	1,1
8	I10 Essentielle (primäre) Hypertonie	247	10,3 %	1,1
9	E11 Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]	245	2,1 %	1,2
10	S06 Intrakranielle Verletzung	242	3,6 %	1,1
11	M17 Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	240	4,7 %	1,1
12	I21 Akuter Myokardinfarkt	228	2,0 %	1,3
13	I25 Chronische ischämische Herzkrankheit	216	0,7 %	1,2
14	I48 Vorhofflattern und Vorhofflimmern	206	4,4 %	1,2
15	J44 Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	198	3,0 %	1,3
16	I70 Atherosklerose	194	5,0 %	1,3
17	R55 Synkope und Kollaps	193	7,9 %	1,0
18	K40 Hernia inguinalis	192	1,2 %	1,0
19	M54 Rückenschmerzen	182	9,1 %	1,1
20	M16 Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]	175	3,0 %	1,1
21	M51 Sonstige Bandscheibenschäden	175	2,2 %	1,1
22	A09 Diarrhoe und Gastroenteritis, vermutlich infektiösen Ursprungs	169	-1,6 %	1,0
23	J35 Chronische Krankheiten der Gaumenmandeln und der Rachenmandel	166	-5,6 %	1,0
24	R10 Bauch- und Beckenschmerzen	165	6,5 %	1,0
25	S72 Fraktur des Femurs	164	3,3 %	1,1
26	G40 Epilepsie	162	2,9 %	1,3
27	K29 Gastritis und Duodenitis	159	6,2 %	1,0
28	R07 Hals- und Brustschmerzen	147	21,2 %	1,0
29	F32 Depressive Episode	145	5,3 %	1,2
30	K52 Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis	134	9,2 %	1,0
31	S82 Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes	134	0,4 %	1,1
32	N39 Sonstige Krankheiten des Harnsystems	134	-11,4 %	1,1
33	K35 Akute Appendizitis	132	4,0 %	1,0
34	O70 Dammriss unter der Geburt	129	-1,4 %	1,0
35	G45 Zerebrale transitorische Ischämie und verwandte Syndrome	125	7,4 %	1,0

Tabelle 21–9

Fortsetzung

Rang	Hauptdiagnose (ICD-Dreisteller)	KH-Patienten je 100 000 Einwohner	Hosp.Quote: Abw. Vorjahr	Fälle je KH- Patient
36	K56 Paralytischer Ileus und mechanischer Ileus ohne Hernie	123	3,3 %	1,1
37	F20 Schizophrenie	119	1,6 %	1,7
38	G47 Schlafstörungen	117	−0,7 %	1,2
39	K57 Divertikulose des Darmes	116	3,0 %	1,1
40	M75 Schulterläsionen	115	9,7 %	1,0
41	J20 Akute Bronchitis	114	4,3 %	1,1
42	S52 Fraktur des Unterarmes	113	2,1 %	1,1
43	F33 Rezidivierende depressive Störung	113	9,7 %	1,3
44	N20 Nieren- und Ureterstein	112	−0,2 %	1,3
45	M23 Binnenschädigung des Kniegelenkes [internal derangement]	112	−0,8 %	1,0
46	I83 Varizen der unteren Extremitäten	112	0,3 %	1,1
47	C50 Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	107	8,2 %	1,7
48	C34 Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	106	3,3 %	2,8
49	A08 Virusbedingte und sonstige näher bezeichnete Darminfektionen	103	16,8 %	1,0
50	F43 Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	103	4,1 %	1,2
51	D25 Leiomyom des Uterus	101	−1,0 %	1,0
52	S42 Fraktur im Bereich der Schulter und des Oberarmes	99	4,5 %	1,1
53	H25 Cataracta senilis	99	1,9 %	1,2
54	J34 Sonstige Krankheiten der Nase und der Nasennebenhöhlen	95	5,0 %	1,0
55	N13 Obstruktive Uropathie und Refluxuropathie	88	8,1 %	1,3
56	E04 Sonstige nichttoxische Struma	88	1,4 %	1,0
57	T84 Komplikationen durch orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate	87	5,6 %	1,2
58	O68 Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch fetalen Distress [fetal distress] [fetaler Gefahrenzustand]	85	−0,4 %	1,0
59	O80 Spontangeburt eines Einlings	84	−5,2 %	1,0
60	M48 Sonstige Spondylopathien	84	14,9 %	1,1
61	E86 Volumenmangel	81	12,5 %	1,1
62	T81 Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert	79	10,1 %	1,1
63	N40 Prostatahyperplasie	78	2,2 %	1,0
64	K59 Sonstige funktionelle Darmstörungen	78	14,0 %	1,0
65	A41 Sonstige Sepsis	76	2,9 %	1,1
66	S32 Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens	72	4,5 %	1,1
67	H81 Störungen der Vestibularfunktion	71	3,8 %	1,1
68	O42 Vorzeitiger Blasensprung	70	0,2 %	1,0
69	I11 Hypertensive Herzkrankheit	70	−5,4 %	1,0

Tabelle 21–9

Fortsetzung

Rang	Hauptdiagnose (ICD-Dreisteller)	KH-Patienten je 100 000 Einwohner	Hosp.Quote: Abw. Vorjahr	Fälle je KH- Patient
70	K25 Ulcus ventriculi	69	-2,4 %	1,0
71	K85 Akute Pankreatitis	68	3,9 %	1,2
72	C67 Bösartige Neubildung der Harnblase	68	1,1 %	1,7
73	A46 Erysipel [Wundrose]	65	5,7 %	1,1
74	K43 Hernia ventralis	65	2,4 %	1,0
75	F19 Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen	64	8,9 %	1,5
76	J32 Chronische Sinusitis	64	1,2 %	1,0
77	C61 Bösartige Neubildung der Prostata	64	-0,3 %	1,4
78	C18 Bösartige Neubildung des Kolons	63	-0,3 %	2,0
79	N81 Genitalprolaps bei der Frau	62	2,6 %	1,0
80	O60 Vorzeitige Wehen	62	2,8 %	1,1
81	I80 Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis	60	1,4 %	1,0
82	I47 Paroxysmale Tachykardie	59	4,7 %	1,2
83	N83 Nichtentzündliche Krankheiten des Ovars, der Tuba uterina und des Lig. latum uteri	59	-0,6 %	1,0
84	N18 Chronische Niereninsuffizienz	59	5,6 %	1,3
85	T82 Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen	58	7,5 %	1,3
86	S22 Fraktur der Rippe(n), des Sternums und der Brustwirbelsäule	58	5,5 %	1,1
87	I84 Hämorrhoiden	58	4,4 %	1,0
88	P07 Störungen im Zusammenhang mit kurzer Schwangerschaftsdauer und niedrigem Geburtsgewicht, anderenorts nicht klassifiziert	58	0,5 %	1,1
89	L02 Hautabszess, Furunkel und Karbunkel	57	2,1 %	1,1
90	E05 Hyperthyreose [Thyreotoxikose]	56	-5,9 %	1,1
91	I49 Sonstige kardiale Arrhythmien	54	3,6 %	1,1
92	C44 Sonstige bösartige Neubildungen der Haut	54	8,1 %	1,2
93	K92 Sonstige Krankheiten des Verdauungssystems	53	0,4 %	1,1
94	I26 Lungenembolie	53	7,9 %	1,0
95	K21 Gastroösophageale Refluxkrankheit	53	4,4 %	1,1
96	J15 Pneumonie durch Bakterien, anderenorts nicht klassifiziert	52	0,0 %	1,0
97	M20 Erworbene Deformitäten der Finger und Zehen	52	4,7 %	1,0
98	F11 Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide	52	3,0 %	1,5
99	L03 Phlegmone	52	2,9 %	1,0
100	N30 Zystitis	52	99,3 %	1,1

Tabelle 21–10

Die häufigsten stationären Behandlungsanlässe 2008 bei Personen mit Arthrose

Rang	Hauptdiagnose (ICD-Dreisteller)	KH-Patienten je 100 000 Erkrankte	Hosp.Quote: Abw. Vorjahr	Fälle je KH- Patient
	Insgesamt	27 156	2,0 %	1,6
1	M17 Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	1 856	2,9 %	1,1
2	M16 Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]	1 349	1,3 %	1,1
3	I50 Herzinsuffizienz	1 160	7,9 %	1,2
4	I20 Angina pectoris	826	-1,2 %	1,2
5	I10 Essentielle (primäre) Hypertonie	665	11,5 %	1,1
6	I63 Hirninfarkt	628	6,5 %	1,1
7	E11 Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]	588	2,4 %	1,2
8	I48 Vorhofflattern und Vorhofflimmern	587	4,6 %	1,2
9	M23 Binnenschädigung des Kniegelenkes [internal derangement]	567	-1,1 %	1,0
10	M54 Rückenschmerzen	561	12,5 %	1,1
11	I25 Chronische ischämische Herzkrankheit	543	2,6 %	1,2
12	M75 Schulterläsionen	513	9,7 %	1,0
13	I21 Akuter Myokardinfarkt	504	3,6 %	1,3
14	T84 Komplikationen durch orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate	496	4,4 %	1,2
15	K80 Cholelithiasis	490	3,1 %	1,1
16	S72 Fraktur des Femurs	477	5,6 %	1,1
17	J18 Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	467	4,8 %	1,1
18	I70 Atherosklerose	450	6,4 %	1,3
19	M51 Sonstige Bandscheibenschäden	431	5,9 %	1,1
20	J44 Sonstige chronische obstruktive Lungenerkrankung	429	3,4 %	1,3
21	R55 Synkope und Kollaps	417	9,9 %	1,0
22	M48 Sonstige Spondylopathien	355	14,9 %	1,1
23	G45 Zerebrale transitorische Ischämie und verwandte Syndrome	349	10,1 %	1,0
24	K57 Divertikulose des Darms	338	3,6 %	1,1
25	K40 Hernia inguinalis	338	1,0 %	1,0
26	K29 Gastritis und Duodenitis	331	7,2 %	1,0
27	H25 Cataracta senilis	314	3,7 %	1,2
28	N39 Sonstige Krankheiten des Harnsystems	312	-9,0 %	1,1
29	M19 Sonstige Arthrose	308	11,7 %	1,0
30	R07 Hals- und Brustschmerzen	300	26,7 %	1,0
31	G47 Schlafstörungen	298	-0,5 %	1,2
32	I83 Varizen der unteren Extremitäten	277	0,7 %	1,1
33	K56 Paralytischer Ileus und mechanischer Ileus ohne Hernie	265	5,6 %	1,1
34	F10 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	262	8,4 %	1,6
35	S06 Intrakranielle Verletzung	258	9,1 %	1,1
36	C50 Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	235	9,1 %	1,6

Tabelle 21–11

Die häufigsten stationären Behandlungsanlässe 2008 bei Personen mit Demenz

Rang	Hauptdiagnose (ICD-Dreisteller)	KH-Patienten je 100 000 Erkrankte	Hosp.Quote: Abw. Vorjahr	Fälle je KH- Patient
	Insgesamt	51 698	0,4 %	1,9
1	I50 Herzinsuffizienz	4 494	2,8 %	1,2
2	J18 Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	3 195	2,1 %	1,1
3	S72 Fraktur des Femurs	3 154	2,9 %	1,1
4	I63 Hirninfarkt	2 950	3,1 %	1,2
5	E11 Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]	2 446	1,3 %	1,2
6	E86 Volumenmangel	2 432	11,8 %	1,1
7	F05 Delir, nicht durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzen bedingt	1 666	4,2 %	1,2
8	N39 Sonstige Krankheiten des Harnsystems	1 648	-19,0 %	1,1
9	R55 Synkope und Kollaps	1 597	7,2 %	1,1
10	G45 Zerebrale transitorische Ischämie und verwandte Syndrome	1 388	3,2 %	1,1
11	G40 Epilepsie	1 382	0,5 %	1,3
12	S06 Intrakranielle Verletzung	1 301	8,3 %	1,1
13	I21 Akuter Myokardinfarkt	1 280	-2,5 %	1,2
14	K56 Paralytischer Ileus und mechanischer Ileus ohne Hernie	1 206	2,2 %	1,1
15	J44 Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	1 185	1,6 %	1,3
16	I70 Atherosklerose	1 177	4,5 %	1,3
17	I10 Essentielle (primäre) Hypertonie	1 117	6,4 %	1,1
18	G30 Alzheimer-Krankheit	1 067	0,8 %	1,1
19	J69 Pneumonie durch feste und flüssige Substanzen	1 035	4,6 %	1,1
20	F01 Vaskuläre Demenz	975	-6,9 %	1,1
21	A41 Sonstige Sepsis	950	2,6 %	1,1
22	S32 Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens	915	6,0 %	1,1
23	I48 Vorhofflattern und Vorhofflimmern	909	2,4 %	1,1
24	F03 Nicht näher bezeichnete Demenz	873	-1,0 %	1,1
25	F06 Andere psychische Störungen aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit	854	-0,5 %	1,1
26	G20 Primäres Parkinson-Syndrom	768	10,6 %	1,2
27	K52 Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis	751	9,0 %	1,0
28	S42 Fraktur im Bereich der Schulter und des Oberarmes	737	2,9 %	1,1
29	J20 Akute Bronchitis	736	3,7 %	1,0
30	K29 Gastritis und Duodenitis	731	-1,7 %	1,0
31	N30 Zystitis	713	158,5 %	1,1
32	I20 Angina pectoris	707	-5,5 %	1,1
33	K80 Cholelithiasis	692	4,5 %	1,2
34	N17 Akutes Nierenversagen	678	18,2 %	1,1

Tabelle 21–12

Die häufigsten stationären Behandlungsanlässe 2008 bei Personen mit Diabetes mellitus

Rang	Hauptdiagnose (ICD-Dreisteller)	KH-Patienten je 100 000 Erkrankte	Hosp.Quote: Abw. Vorjahr	Fälle je KH-Patient
	Insgesamt	29 055	0,9 %	1,8
1	E11 Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]	2 494	0,4 %	1,2
2	I50 Herzinsuffizienz	2 008	4,7 %	1,3
3	I20 Angina pectoris	1 173	-2,2 %	1,2
4	I63 Hirninfarkt	998	2,4 %	1,2
5	I25 Chronische ischämische Herzkrankheit	920	1,2 %	1,2
6	I21 Akuter Myokardinfarkt	865	1,8 %	1,3
7	I70 Atherosklerose	830	5,1 %	1,3
8	I10 Essentielle (primäre) Hypertonie	774	7,8 %	1,1
9	J18 Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	707	4,9 %	1,1
10	M17 Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	702	4,7 %	1,1
11	I48 Vorhofflattern und Vorhofflimmern	664	3,3 %	1,2
12	J44 Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	647	3,3 %	1,3
13	K80 Cholelithiasis	515	2,5 %	1,1
14	S72 Fraktur des Femurs	490	4,4 %	1,1
15	R55 Synkope und Kollaps	480	6,9 %	1,0
16	G45 Zerebrale transitorische Ischämie und verwandte Syndrome	442	5,4 %	1,0
17	M16 Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]	425	2,8 %	1,1
18	E10 Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-1-Diabetes]	419	0,8 %	1,3
19	H25 Cataracta senilis	417	1,7 %	1,2
20	M54 Rückenschmerzen	404	12,3 %	1,1
21	N39 Sonstige Krankheiten des Harnsystems	395	-11,0 %	1,1
22	K29 Gastritis und Duodenitis	374	5,9 %	1,0
23	G47 Schlafstörungen	356	0,1 %	1,2
24	K56 Paralytischer Ileus und mechanischer Ileus ohne Hernie	308	4,9 %	1,1
25	K57 Divertikulose des Darmes	301	6,8 %	1,1
26	F10 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	296	5,3 %	1,6
27	S06 Intrakranielle Verletzung	294	8,7 %	1,1
28	R07 Hals- und Brustschmerzen	294	23,8 %	1,0
29	N18 Chronische Niereninsuffizienz	292	5,8 %	1,3
30	M51 Sonstige Bandscheibenschäden	288	7,5 %	1,1
31	A41 Sonstige Sepsis	288	3,7 %	1,1
32	E86 Volumenmangel	282	17,2 %	1,1
33	K52 Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis	271	12,6 %	1,0
34	K40 Hernia inguinalis	267	3,4 %	1,0
35	G40 Epilepsie	266	6,7 %	1,2

Tabelle 21–13

Die häufigsten stationären Behandlungsanlässe 2008 bei Personen mit Herzinsuffizienz

Rang	Hauptdiagnose (ICD-Dreisteller)	KH-Patienten je 100 000 Erkrankte	Hosp.Quote: Abw. Vorjahr	Fälle je KH- Patient
	Insgesamt	56 945	-1,8 %	2,0
1	I50 Herzinsuffizienz	11 397	-1,7 %	1,2
2	I21 Akuter Myokardinfarkt	3 160	-3,3 %	1,3
3	I20 Angina pectoris	2 916	-6,0 %	1,2
4	J44 Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	2 501	-2,8 %	1,4
5	J18 Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	2 496	-2,5 %	1,1
6	E11 Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]	2 436	-3,6 %	1,2
7	I25 Chronische ischämische Herzkrankheit	2 403	-2,6 %	1,2
8	I48 Vorhofflattern und Vorhofflimmern	2 397	0,1 %	1,2
9	I63 Hirninfarkt	2 197	-1,8 %	1,2
10	S72 Fraktur des Femurs	1 675	-2,4 %	1,2
11	I70 Atherosklerose	1 489	0,1 %	1,3
12	I10 Essentielle (primäre) Hypertonie	1 341	5,7 %	1,1
13	R55 Synkope und Kollaps	1 139	2,4 %	1,1
14	M17 Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	1 081	-1,8 %	1,1
15	E86 Volumenmangel	968	6,7 %	1,1
16	G45 Zerebrale transitorische Ischämie und verwandte Syndrome	917	1,5 %	1,1
17	I11 Hypertensive Herzkrankheit	907	-15,9 %	1,1
18	N39 Sonstige Krankheiten des Harnsystems	848	-19,5 %	1,1
19	K80 Cholelithiasis	808	-3,3 %	1,2
20	K56 Paralytischer Ileus und mechanischer Ileus ohne Hernie	799	-1,9 %	1,1
21	M16 Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]	751	-3,0 %	1,1
22	K29 Gastritis und Duodenitis	729	-0,9 %	1,0
23	A41 Sonstige Sepsis	725	-1,3 %	1,1
24	H25 Cataracta senilis	711	-4,6 %	1,2
25	M54 Rückenschmerzen	703	4,2 %	1,1
26	C34 Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	645	-2,6 %	2,8
27	I42 Kardiomyopathie	639	-1,7 %	1,2
28	S06 Intrakranielle Verletzung	638	2,4 %	1,1
29	I35 Nichtrheumatische Aortenklappenkrankheiten	633	4,7 %	1,4
30	I49 Sonstige kardiale Arrhythmien	627	0,6 %	1,1
31	K57 Divertikulose des Darmes	621	-0,8 %	1,1
32	S32 Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens	612	0,3 %	1,1
33	K52 Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis	585	2,6 %	1,0
34	N17 Akutes Nierenversagen	569	16,4 %	1,1
35	R07 Hals- und Brustschmerzen	542	26,8 %	1,1
36	T84 Komplikationen durch orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate	539	-4,5 %	1,3

Tabelle 21–14

Die häufigsten stationären Behandlungsanlässe 2008 bei Personen mit Koronarer Herzkrankheit

Rang	Hauptdiagnose (ICD-Dreisteller)	KH-Patienten je 100 000 Erkrankte	Hosp.Quote: Abw. Vorjahr	Fälle je KH- Patient
	Insgesamt	45 612	-2,3 %	1,9
1	I20 Angina pectoris	5 179	-8,2 %	1,2
2	I50 Herzinsuffizienz	4 306	-1,3 %	1,2
3	I21 Akuter Myokardinfarkt	3 707	-4,2 %	1,3
4	I25 Chronische ischämische Herzkrankheit	3 571	-5,2 %	1,2
5	I48 Vorhofflattern und Vorhofflimmern	1 671	-0,4 %	1,2
6	E11 Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]	1 584	-3,9 %	1,2
7	I10 Essentielle (primäre) Hypertonie	1 534	1,7 %	1,1
8	I63 Hirninfarkt	1 517	-2,0 %	1,2
9	I70 Atherosklerose	1 422	0,6 %	1,3
10	J44 Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	1 266	-2,4 %	1,4
11	J18 Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	1 192	-3,5 %	1,1
12	R07 Hals- und Brustschmerzen	1 074	19,8 %	1,1
13	R55 Synkope und Kollaps	921	-0,1 %	1,1
14	S72 Fraktur des Femurs	843	-1,8 %	1,2
15	M17 Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	843	-1,5 %	1,1
16	I11 Hypertensive Herzkrankheit	727	-13,2 %	1,0
17	G45 Zerebrale transitorische Ischämie und verwandte Syndrome	711	1,9 %	1,0
18	K80 Cholelithiasis	648	-3,3 %	1,2
19	M54 Rückenschmerzen	632	4,2 %	1,1
20	H25 Cataracta senilis	622	-6,2 %	1,2
21	M16 Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]	613	-3,1 %	1,1
22	K29 Gastritis und Duodenitis	579	-1,3 %	1,0
23	K40 Hernia inguinalis	520	-3,5 %	1,0
24	I35 Nichtrheumatische Aortenklappenkrankheiten	514	0,7 %	1,4
25	K57 Divertikulose des Darmes	497	-3,3 %	1,1
26	N39 Sonstige Krankheiten des Harnsystems	497	-17,6 %	1,1
27	K56 Paralytischer Ileus und mechanischer Ileus ohne Hernie	488	-2,9 %	1,1
28	I49 Sonstige kardiale Arrhythmien	487	-0,7 %	1,1
29	C34 Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	473	-0,6 %	2,7
30	E86 Volumenmangel	469	6,2 %	1,1
31	I47 Paroxysmale Tachykardie	448	0,6 %	1,2
32	S06 Intrakranielle Verletzung	432	0,7 %	1,1
33	G47 Schlafstörungen	432	-3,5 %	1,2
34	N40 Prostatahyperplasie	394	-0,6 %	1,1
35	I42 Kardiomyopathie	391	-2,2 %	1,2
36	K52 Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis	389	5,4 %	1,0

Tabelle 21–15

Die häufigsten stationären Behandlungsanlässe 2008 bei Personen mit Osteoporose

Rang	Hauptdiagnose (ICD-Dreisteller)	KH-Patienten je 100 000 Erkrankte	Hosp.Quote: Abw. Vorjahr	Fälle je KH- Patient
	Insgesamt	34 418	1,9 %	1,8
1	I50 Herzinsuffizienz	1 871	7,4 %	1,2
2	S72 Fraktur des Femurs	1 402	1,9 %	1,2
3	J44 Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	1 271	1,9 %	1,6
4	M17 Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	1 032	3,4 %	1,1
5	I10 Essentielle (primäre) Hypertonie	985	11,1 %	1,1
6	M54 Rückenschmerzen	943	8,2 %	1,1
7	I63 Hirninfarkt	934	8,8 %	1,2
8	I20 Angina pectoris	919	-3,6 %	1,1
9	J18 Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	916	5,5 %	1,1
10	S32 Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens	888	4,1 %	1,1
11	M80 Osteoporose mit pathologischer Fraktur	836	8,0 %	1,1
12	M16 Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]	833	1,5 %	1,1
13	I48 Vorhofflattern und Vorhofflimmern	778	6,8 %	1,2
14	E11 Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]	711	5,6 %	1,2
15	R55 Synkope und Kollaps	685	11,9 %	1,1
16	I21 Akuter Myokardinfarkt	622	2,4 %	1,2
17	S52 Fraktur des Unterarmes	596	3,6 %	1,1
18	I70 Atherosklerose	582	4,5 %	1,3
19	K80 Cholelithiasis	569	2,4 %	1,1
20	S42 Fraktur im Bereich der Schulter und des Oberarmes	569	6,2 %	1,1
21	H25 Cataracta senilis	559	2,0 %	1,2
22	G45 Zerebrale transitorische Ischämie und verwandte Syndrome	544	7,9 %	1,0
23	K29 Gastritis und Duodenitis	544	7,7 %	1,0
24	T84 Komplikationen durch orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate	542	4,6 %	1,2
25	N39 Sonstige Krankheiten des Harnsystems	526	-10,4 %	1,1
26	I25 Chronische ischämische Herzkrankheit	521	0,3 %	1,2
27	K57 Divertikulose des Darms	515	0,9 %	1,1
28	K56 Paralytischer Ileus und mechanischer Ileus ohne Hernie	499	4,0 %	1,1
29	E86 Volumenmangel	498	14,8 %	1,1
30	S22 Fraktur der Rippe(n), des Sternums und der Brustwirbelsäule	482	6,7 %	1,1
31	M48 Sonstige Spondylopathien	454	9,7 %	1,1
32	S82 Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes	437	-1,8 %	1,1
33	K52 Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis	404	14,5 %	1,0
34	M51 Sonstige Bandscheibenschäden	393	0,8 %	1,1
35	C50 Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	391	9,6 %	1,6
36	S06 Intrakranielle Verletzung	377	5,1 %	1,1

Die Hospitalisierungsquote ist in Deutschland von 2007 auf 2008 um 2,9 Prozent gestiegen, von rund 14,1 auf 14,6 Prozent. Saisonale Effekte zeigen sich etwa bei den Virusbedingten Darminfektionen (ICD A08) mit einer Zunahme von 16,8 Prozent.

Die Zystitis (ICD N30), die mit einer Verdoppelung der Hospitalisierungsquote und einer enormen Mengenausweitung binnen eines Jahres auffällt, ist ein Beispiel für die Effekte von Kodieranpassungen. Die Abwertung der Schweregradbemessung der Diagnose Sonstige Krankheiten des Harnsystems (ICD N39) durch das InEK und das gleichzeitige Fortbestehen der Bewertung der Diagnose N30 führte sehr wahrscheinlich zu einem veränderten Kodierverhalten bezüglich der N30.¹⁶ Auch bei anderen Diagnosen ist in der Vergangenheit eine Anpassung der Kodiergewohnheiten beobachtet worden; solche Veränderungen sind daher auch in den Daten zu anderen Erkrankungen als der Zystitis nicht auszuschließen.

Fälle je KH-Patient

Wie viele Krankenhausfälle wiesen diejenigen Patienten, die in stationärer Behandlung waren, im Mittel auf? Von den 29,1 Prozent der Diabetiker mit stationärem Aufenthalt wurden viele mehrmals in einer Klinik behandelt: Im Mittel ergeben sich 1,8 Krankenhausfälle je Krankenhauspatient. Indikationsunspezifisch, das heißt, unter allen Personen der deutschen Wohnbevölkerung, die 2008 in einer Klinik behandelt wurden, waren es im Mittel 1,6 Fälle.

21.4 Arzneiverordnungen

Im Folgenden werden die Arzneiverordnungen beschrieben. Vorangestellt ist eine allgemeine Darstellung der Entwicklung von Arzneiverordnungen pro Kopf ab dem Jahr 2006 a) in Absolutangaben (Tabelle 21–16) sowie in einer Indexdarstellung (Abbildung 21–2), die die Veränderungen von Jahr zu Jahr verdeutlicht. Das Niveau des Ausgangsjahrs 2006 wurde auf 100 Prozent gesetzt. In den Darstellungen wird neben den Gesamtangaben für alle Einwohner wie auch in den vorangegangenen Tabellen nach Geschlecht und den drei Altersklassen 1–17 Jahre, 18–59 Jahre, 60 Jahre und älter unterschieden.

Die Zahl der pro Kopf verschriebenen Medikamente nahm im Beobachtungszeitraum stark zu. Sie stieg besonders bei erwachsenen Personen mittleren Alters und bei Männern, mit Veränderungsraten von 11 bis 12 Prozent. Bei Kindern und Jugendlichen war die geringste Zunahme zu verbuchen; von 2007 auf 2008 stagnierte bei ihnen die Verordnungszahl. Mit über 22 verordneten Packungen je Einwohner haben über 60-Jährige drei- bis viermal mehr Medikamente verordnet bekommen als die anderen beiden Altersgruppen.

¹⁶ Statt der N39 wurde die N30 kodiert. Bei der N39 kam es daher zu einer Abnahme von 11 Prozent; bei der N30, einer im Vergleich zur N39 selteneren Erkrankung, zu einer Zunahme um 99 Prozent.

Tabelle 21–16

Anzahl Arzneiverordnungen je Einwohner im 3-Jahres-Vergleich

Jahr	gesamt	männlich	weiblich	1–17 Jahre	18–59 Jahre	60 und älter
2006	10,0	8,7	11,1	6,7	5,7	22,0
2007	10,3	9,1	11,5	7,0	5,9	22,4
2008	10,8	9,6	11,9	7,0	6,3	23,3

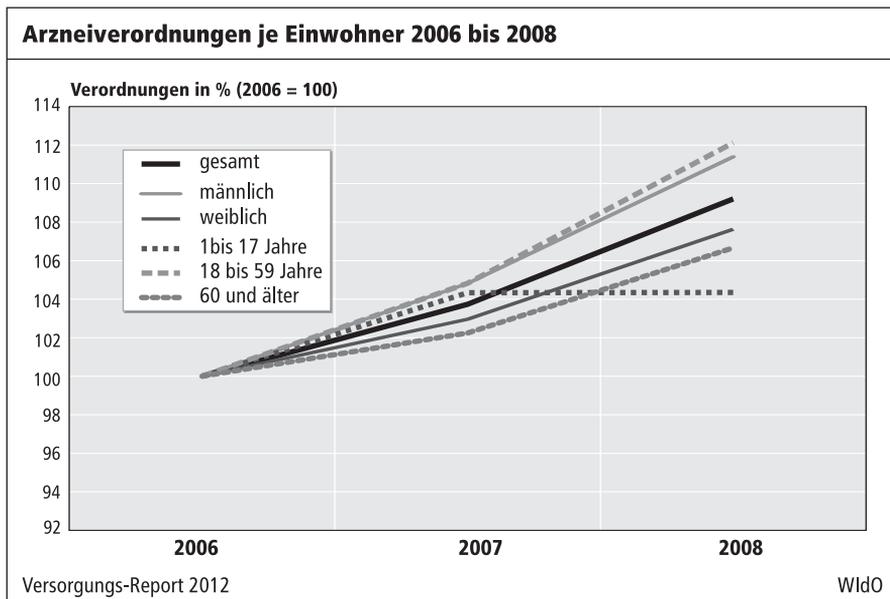
Versorgungs-Report 2012

WIdO

Einen Marktüberblick über die in Deutschland verordneten Wirkstoffe gibt Tabelle 21–17. Die Tabellen 21–18 bis 21–23 stellen das Verordnungsgeschehen für sechs ausgewählte Indikationen dar.

Die Übersichten differenzieren nach Wirkstoffgruppen gemäß dem anatomisch-therapeutisch-chemischen Klassifikationssystem (ATC) auf der zweiten hierarchischen Ebene, den therapeutischen Untergruppen. Eine verlässliche Zuordnung der Arzneimittel zu ATC-Gruppen samt Bestimmung der verordneten Tagesdosen kann nur für Fertigarzneimittel vorgenommen werden, die entsprechend klassifiziert sind.¹⁷ Verordnungen von Nicht-Fertigarzneimitteln werden insgesamt zwar berücksichtigt, können aber keiner therapeutischen Gruppe zugeordnet werden.¹⁸ Sie sind am Ende jeder Tabelle unter „keine ATC-Zuordnung“ aufgeführt.

Abbildung 21–2



17 Siehe auch Fricke et al. 2007.

18 Ausnahme: Diätetika und Diagnostika. Diese sind in V04 und V06 vollständig enthalten, auch wenn es sich nicht immer um Fertigarzneimittel handelt.

Bei der Bildung von Kennzahlen wird zwischen „Personen“ und „Arzneimittelpatienten“ unterschieden. Ersteres sind sämtliche Personen einer ausgewählten Population, beispielsweise alle Diabetiker, unabhängig davon, ob sie Arzneimittel verordnet bekommen haben oder nicht. Letzteres bezeichnet ausschließlich Personen mit Arzneimittelverordnung. Mit dem Wechsel der Bezugsgröße ändert sich auch die Interpretationslogik.

Der Quotient aus der Anzahl der Leistungen und den Personen gibt darüber Auskunft, wie viele Verordnungen (eines bestimmten Wirkstoffes) beispielsweise ein Diabetiker rein rechnerisch „durchschnittlich“ erhält. Die Bezugsgröße je Person bzw. je Erkrankter wird hier nur insgesamt, nicht nach Wirkstoffen differenziert verwendet (vgl. Abbildung 21–10). Die zweite – in den Tabellen 21–17 bis 21–23 dargestellte – Bezugsgröße blendet Nonuser aus und gibt an, wie viele Verordnungen (oder Tagesdosen) auf diejenigen Personen entfallen, die tatsächlich eine entsprechende Medikation erhalten haben. Dies ermöglicht eine erste Einschätzung des Therapiegeschehens sowie der behandelten Komorbidität.

Beispiel: Die Tonika (A13) sind eine selten verordnete Wirkstoffgruppe. In Tabelle 21–17 weisen sie eine Verordnungsquote von 0,0 Prozent auf. Die wenigen Personen mit A13-Verordnung weisen jedoch im Mittel 1,6 Verordnungen mit 44 Tagesdosen auf.

Tabelle 21–17 bis 21–23: Die Bedeutung der Tabellenspalten im Einzelnen

Wirkstoffgruppe mit ATC-Code

Zweite hierarchische Ebene des anatomisch-therapeutisch-chemischen Klassifikationssystem (ATC): therapeutische Untergruppe mit dreistelligem ATC-Code

Verordnungsquote

Verordnungsquote je ATC-Gruppe. Anteil der Personen in der Gesamtbevölkerung (bzw. in einer Gruppe mit einer ausgewählten Indikation), die im Jahr mindestens eine Verordnung aus der betreffenden Wirkstoffgruppe erhalten haben. So haben 73,2 Prozent aller Personen der deutschen Bevölkerung Arzneiverordnungen im Jahr 2008 erhalten¹⁹ (Tabelle 21–17) oder – im Hinblick auf bestimmte Personengruppen – beispielsweise 98,9 Prozent aller Diabetiker (Tabelle 21–20).

Verordnungen je Arzneimittelpatient der ATC-Gruppe

Wie viele Verordnungen hat ein Patient mit Verordnung in der betreffenden Wirkstoffgruppe im Mittel erhalten? Auf die Arzneimittelpatienten (das sind die oben genannten 73,2 Prozent der Personen mit Arzneiverordnung) entfallen 14,8 Arzneiverordnungen pro Patient. Bei Diabetikern sind es 36,8 Packungen.

¹⁹ 27 Prozent bleiben demnach ohne eine Verordnung, die von der Krankenkasse erstattet wird. Darunter finden sich sowohl Personen, die 2008 nicht bei einem niedergelassenen Arzt in Behandlung waren (11,2 Prozent Nonuser, siehe Tabelle 21–25), als auch Selbstzahler, die mit einem Privatrezept die Arztpraxis verlassen haben.

Tagesdosen (DDD) je Arzneimittelpatient der ATC-Gruppe

Wie groß ist die verordnete Arzneimittelmenge (Angabe in DDD (defined daily dose)) je Patient? Wird im Mittel ganzjährig versorgt? Durchschnittlich sind 2008 insgesamt 656 Tagesdosen eines Fertigarzneimittels pro Arzneimittelpatient verordnet worden. Bei einem Diabetiker sind es 1 965 Tagesdosen.

Abweichung VO-Quote zu gesamt in %-Punkten (nur Tabellen 21–18 bis 21–23)

Die Verordnungsquoten in der Gesamtbevölkerung (Tabelle 21–17) gelten als Vergleichsmaßstab für die Verordnungsquoten der sechs ausgewählten Indikationen. Ausgewiesen wird die Abweichung beider Quoten voneinander in Prozentpunkten. Therapieschwerpunkte jeder Indikation werden auf diese Weise leichter erkennbar.

Im Beispiel weicht die allgemeine Verordnungsquote der Diabetiker von 98,9 Prozent um 25,7 Prozentpunkte von der allgemeinen Verordnungsquote der deutschen Wohnbevölkerung (73,2 Prozent) ab. Im Mittel erhalten 6,7 Prozent der Deutschen und 65,8 Prozent aller Diabetiker Antidiabetika. Dies ergibt für die Diabetiker eine Abweichung von 59,1 Prozentpunkten vom Durchschnitt.

Anhand der Angaben kann überprüft werden, ob eine Medikation tatsächlich in dem Maße erfolgt, wie man es erwarten würde. Beispielsweise erhalten 34 Prozent der Diabetiker keine Antidiabetika und werden, so lässt sich vermuten, mit nicht-medikamentösen Verfahren behandelt.

Die 93 therapeutischen Untergruppen sind alphabetisch sortiert. Sind in einer Wirkstoffgruppe keine Personen mit entsprechender Verordnung vorhanden, fehlt die Zeile in der Tabelle.

Für jede der sieben hier dargestellten Populationen findet sich ergänzend eine Abbildung zur Verordnungsprävalenz der häufigsten Wirkstoffgruppen. Auf diese Weise entsteht ein Verordnungsprofil für jede Indikation, das die Komorbidität der betreffenden Personengruppe mit abbildet (Abbildungen 21–3 bis 21–9).

Den Einzelübersichten folgt abschließend eine Überblicksgrafik zum Verordnungsgeschehen in der Gesamtbevölkerung (Abbildung 21–10). Darin werden die Arzneiverordnungen auf Einwohner, nicht auf Arzneimittelpatienten, bezogen. Die Bezugsgröße je Person gibt an, wie viele Verordnungen eine Person rein rechnerisch „durchschnittlich“ erhält. Im Mittel bekommt ein Deutscher 10,8 Arzneimittel im Jahr verordnet, bei Diabetikern beispielsweise sind es mit durchschnittlich 36,4 Arzneimittelpackungen – mehr als dreimal so viele wie im Durchschnitt.

Tabelle 21–17

Arzneiverordnungen 2008 nach therapeutischer Wirkstoffgruppe

Wirkstoffgruppe mit ATC-Code (dreistellig)	Verordnungsquote	Verordnungen je AM-Patient der ATC-Gruppe	Tagesdosen (DDD) je AM-Patient der ATC-Gruppe
Insgesamt	73,2 %	14,8	656
Aknemittel (D10)	1,0 %	1,8	44
Alle übrigen nichttherapeutischen Mittel (V07)	0,0 %	3,6	25
Alle übrigen therapeutischen Mittel (V03)	0,2 %	6,0	114
Allergene (V01)	0,5 %	1,6	258
Allgemeine Diätetika (V06)	0,2 %	52,8	127
Analgetika (N02)	16,5 %	3,1	50
Anästhetika (N01)	0,2 %	1,6	14
Andere Dermatika (D11)	1,2 %	1,3	47
Andere Gynäkologika (G02)	0,3 %	1,5	51
Andere Hämatologika (B06)	0,0 %	1,3	12
Andere Herz- und Kreislaufmittel (C06)	0,2 %	1,8	80
Andere Mittel für das alimentäre System und den Stoffwechsel (A16)	0,0 %	8,8	95
Andere Mittel für das Nervensystem (N07)	1,2 %	3,5	113
Andere Mittel für den Respirationstrakt (R07)	0,0 %	1,2	47
Andere Mittel gegen Störungen des Muskel- und Skelettsystems (M09)	0,0 %	1,3	45
Anthelmintika (P02)	0,3 %	1,4	4
Antiadiposita, exkl. Diätetika (A08)	0,0 %	1,4	59
Antianämika (B03)	2,1 %	2,8	128
Antibiotika und Chemotherapeutika zur dermatologischen Anwendung (D06)	2,4 %	1,3	17
Antibiotika zur systemischen Anwendung (J01)	28,8 %	1,8	16
Antidiabetika (A10)	6,7 %	6,8	452
Antidiarrhoika und intestinale Antiphlogistika/Antiinfektiva (A07)	3,2 %	1,8	30
Antiemetika und Mittel gegen Übelkeit (A04)	1,8 %	1,6	6
Antiepileptika (N03)	2,4 %	5,1	190
Antihämorrhagika (B02)	0,1 %	6,1	52
Antihistaminika zur systemischen Anwendung (R06)	2,3 %	1,6	50
Antihypertonika (C02)	1,4 %	4,3	331
Antimykotika zur dermatologischen Anwendung (D01)	3,6 %	1,5	29
Antimykotika zur systemischen Anwendung (J02)	0,4 %	1,7	14
Antineoplastische Mittel (L01)	0,2 %	5,4	137
Antiparkinsonmittel (N04)	1,1 %	6,9	169
Antiphlogistika und Antirheumatika (M01)	25,6 %	2,1	57
Antipruriginosa, inkl. Antihistaminika, Anästhetika etc. (D04)	0,9 %	1,2	29
Antipsoriatika (D05)	0,4 %	2,6	144
Antiseptika und Desinfektionsmittel (D08)	0,7 %	1,5	27
Antithrombotische Mittel (B01)	7,3 %	2,8	215
Antivirale Mittel zur systemischen Anwendung (J05)	0,8 %	2,9	63
Beta-Adrenorezeptor-Antagonisten (C07)	14,3 %	3,2	198
Blutersatzmittel und Perfusionslösungen (B05)	1,3 %	3,0	26
Brusteinreibungen und andere Inhalate (R04)	0,3 %	1,4	42
Calciumhomöostase (H05)	0,0 %	4,8	113
Calciumkanalblocker (C08)	6,6 %	3,5	360
Corticosteroide zur systemischen Anwendung (H02)	4,9 %	2,1	102
Corticosteroide, dermatologische Zubereitungen (D07)	7,5 %	1,6	47
Diagnostika (V04)	3,8 %	9,9	518
Digestiva, inkl. Enzyme (A09)	0,2 %	4,5	80
Diuretika (C03)	8,3 %	3,5	331
Emollientia und Hautschutzmittel (D02)	0,7 %	1,5	43
Endokrine Therapie (L02)	0,5 %	3,2	295

Tabelle 21–17

Fortsetzung

Wirkstoffgruppe mit ATC-Code (dreistellig)	Verordnungsquote	Verordnungen je AM-Patient der ATC-Gruppe	Tagesdosen (DDD) je AM-Patient der ATC-Gruppe
Gallen- und Lebertherapie (A05)	0,1 %	5,2	200
Gichtmittel (M04)	3,6 %	2,5	141
Gynäkologische Antinfektiva und Antiseptika (G01)	1,4 %	1,3	6
Hals- und Rachentherapeutika (R02)	0,6 %	1,3	10
Herztherapie (C01)	4,2 %	3,8	251
Husten- und Erkältungspräparate (R05)	12,8 %	1,9	19
Hypophysen- und Hypothalamushormone und Analoga (H01)	0,1 %	3,7	130
ImmunsERA und Immunglobuline (J06)	0,1 %	2,9	21
Immunstimulanzien (L03)	0,5 %	2,8	61
Immunsuppressiva (L04)	0,5 %	5,7	238
Impfstoffe (J07)	0,7 %	1,6	2
Kontrastmittel (V08)	0,0 %	2,1	18
Laxanzien (A06)	1,1 %	2,8	80
Medizinische Verbände (D09)	0,3 %	2,9	52
Mineralstoffe (A12)	1,3 %	3,0	142
Mittel bei funktionellen gastrointestinalen Störungen (A03)	6,8 %	1,7	18
Mittel bei obstruktiven Atemwegserkrankungen (R03)	8,1 %	4,2	210
Mittel bei Säure bedingten Erkrankungen (A02)	12,7 %	2,8	197
Mittel gegen Ektoparasiten, inkl. Antiscabiosa, Insektizide und Repellenzien (P03)	0,6 %	1,6	8
Mittel gegen Mykobakterien (J04)	0,0 %	4,0	187
Mittel gegen Protozoen-Erkrankungen (P01)	0,6 %	1,4	13
Mittel mit Wirkung auf das Renin-Angiotensin-System (C09)	17,8 %	3,5	466
Mittel zur Behandlung von Knochenkrankungen (M05)	1,1 %	3,1	223
Mittel, die den Lipidstoffwechsel beeinflussen (C10)	8,6 %	2,6	414
Muskelrelaxanzien (M03)	2,8 %	2,0	52
Ophthalmika (S01)	8,4 %	2,2	98
Ophthalmologische und otologische Zubereitungen (S03)	0,7 %	1,2	22
Otologika (S02)	1,4 %	1,2	17
Pankreashormone (H04)	0,1 %	1,6	2
Periphere Vasodilatoren (C04)	0,7 %	2,8	83
Psychoanaleptika (N06)	7,5 %	3,7	207
Psycholeptika (N05)	6,8 %	5,8	145
Radiotherapeutika (V10)	0,0 %	1,0	1
Rhinologika (R01)	7,3 %	2,0	47
Schilddrüsentherapie (H03)	8,2 %	3,0	210
Sexualhormone und Modulatoren des Genitalsystems (G03)	5,5 %	2,5	217
Stomatologika (A01)	1,6 %	1,2	366
Tonika (A13)	0,0 %	1,6	44
Topische Mittel gegen Gelenk- und Muskelschmerzen (M02)	1,2 %	1,6	16
Urologika (G04)	2,6 %	3,0	215
Vasoprotektoren (C05)	1,2 %	1,6	23
Vitamine (A11)	1,8 %	2,3	214
Zubereitungen zur Behandlung von Wunden und Geschwüren (D03)	0,6 %	1,4	40
keine ATC-Zuordnung	16,0 %	12,8	entfällt

Abbildung 21–3



Abbildung 21–4

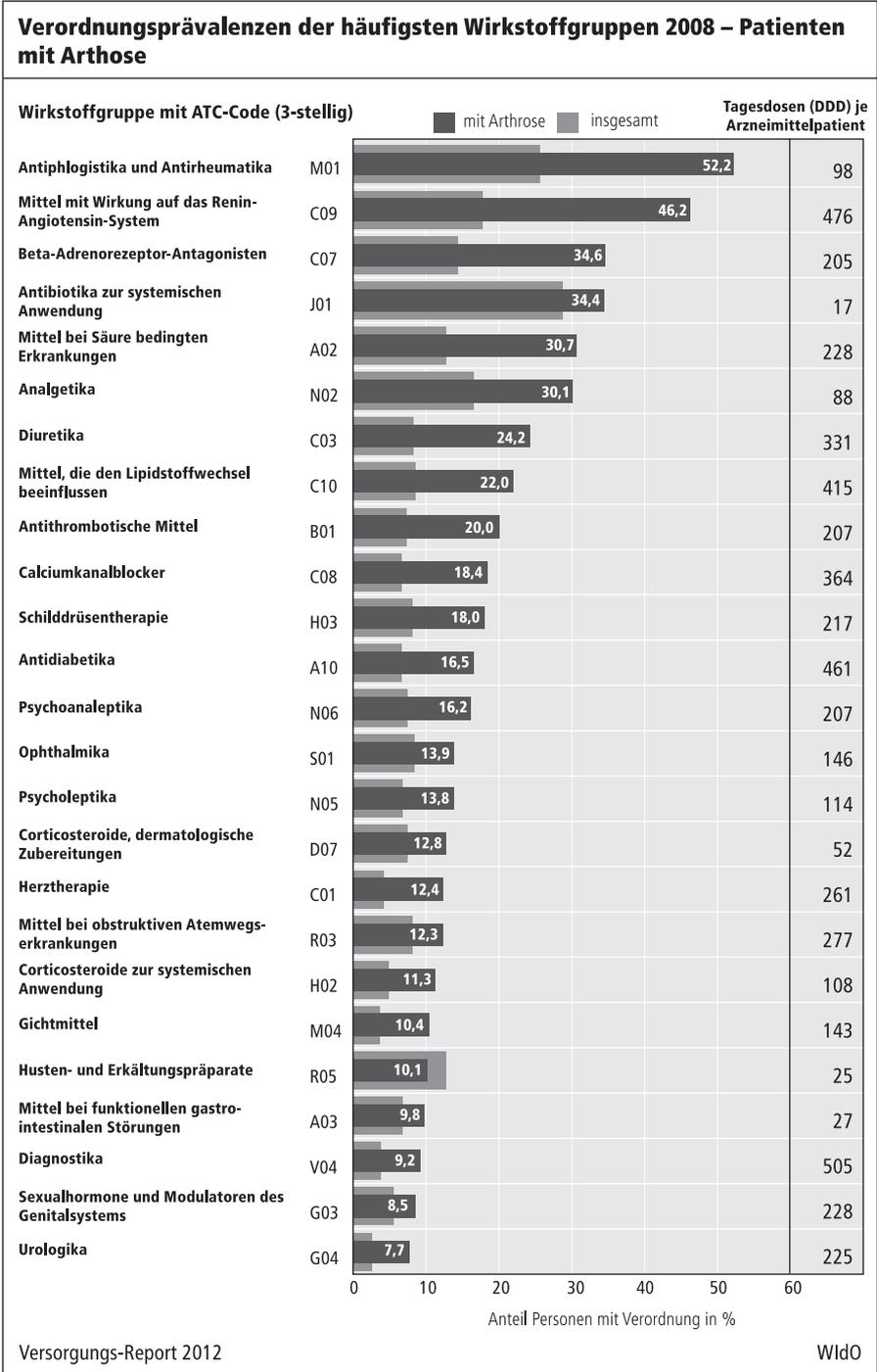


Tabelle 21–18

Arzneiverordnungen bei Patienten mit Arthrose 2008

Wirkstoffgruppe mit ATC-Code (dreistellig)	Verordnungsquote	Verordnungen je AM-Patient der ATC-Gruppe	Tagesdosen (DDD) je AM-Patient der ATC-Gruppe	Abweichung VO-Quote zu gesamt in %-Punkten
Insgesamt	95,4%	24,4	1.238	22,2%
Aknemittel (D10)	0,4%	1,6	34	-0,6%
Alle übrigen nichttherapeutischen Mittel (V07)	0,1%	3,3	16	0,1%
Alle übrigen therapeutischen Mittel (V03)	0,3%	5,7	109	0,1%
Allergene (V01)	0,3%	1,6	279	-0,2%
Allgemeine Diätetika (V06)	0,4%	43,2	106	0,2%
Analgetika (N02)	30,1%	4,4	88	13,6%
Anästhetika (N01)	0,6%	1,5	13	0,4%
Andere Dermatika (D11)	1,0%	1,3	35	-0,2%
Andere Gynäkologika (G02)	0,1%	1,9	64	-0,2%
Andere Hämatologika (B06)	0,1%	1,4	14	0,1%
Andere Herz- und Kreislaufmittel (C06)	0,2%	2,3	117	0,0%
Andere Mittel für das alimentäre System und den Stoffwechsel (A16)	0,0%	6,6	59	0,0%
Andere Mittel für das Nervensystem (N07)	3,1%	3,0	107	1,9%
Andere Mittel für den Respirationstrakt (R07)	0,0%	1,8	88	0,0%
Andere Mittel gegen Störungen des Muskel- und Skelettsystems (M09)	0,1%	1,7	88	0,1%
Anthelmintika (P02)	0,1%	1,5	12	-0,2%
Antiadiposita, exkl. Diätetika (A08)	0,0%	1,9	70	0,0%
Antianämika (B03)	3,6%	3,1	164	1,5%
Antibiotika und Chemotherapeutika zur dermatologischen Anwendung (D06)	3,4%	1,5	22	1,0%
Antibiotika zur systemischen Anwendung (J01)	34,4%	1,9	17	5,6%
Antidiabetika (A10)	16,5%	6,9	461	9,8%
Antidiarrhoika und intestinale Antiphlogistika/Antiinfektiva (A07)	2,5%	2,4	58	-0,7%
Antiemetika und Mittel gegen Übelkeit (A04)	0,4%	3,7	13	-1,4%
Antiepileptika (N03)	5,2%	4,3	139	2,8%
Antihämorrhagika (B02)	0,3%	4,9	54	0,2%
Antihistaminika zur systemischen Anwendung (R06)	1,9%	2,0	94	-0,4%
Antihypertonika (C02)	3,9%	4,3	340	2,5%
Antimykotika zur dermatologischen Anwendung (D01)	5,7%	1,6	34	2,1%
Antimykotika zur systemischen Anwendung (J02)	0,6%	1,7	16	0,2%
Antineoplastische Mittel (L01)	0,5%	5,0	134	0,3%
Antiparkinsonmittel (N04)	2,9%	6,9	162	1,8%
Antiphlogistika und Antirheumatika (M01)	52,2%	2,8	98	26,6%
Antipruriginosa, inkl. Antihistaminika, Anästhetika etc. (D04)	0,1%	1,2	30	-0,8%
Antipsoriatika (D05)	0,6%	2,6	143	0,2%
Antiseptika und Desinfektionsmittel (D08)	0,7%	1,6	34	0,0%
Antithrombotische Mittel (B01)	20,0%	2,7	207	12,7%
Antivirale Mittel zur systemischen Anwendung (J05)	1,2%	1,9	30	0,4%
Beta-Adrenorezeptor-Antagonisten (C07)	34,6%	3,3	205	20,3%
Blutersatzmittel und Perfusionslösungen (B05)	1,3%	3,3	27	0,0%
Bruststeinreibungen und andere Inhalate (R04)	0,0%	1,5	27	-0,3%
Calciumhomöostase (H05)	0,1%	3,9	100	0,1%
Calciumkanalblocker (C08)	18,4%	3,6	364	11,8%
Corticosteroide zur systemischen Anwendung (H02)	11,3%	2,2	108	6,4%
Corticosteroide, dermatologische Zubereitungen (D07)	12,8%	1,7	52	5,3%
Diagnostika (V04)	9,2%	9,7	505	5,4%
Digestiva, inkl. Enzyme (A09)	0,5%	4,2	73	0,3%
Diuretika (C03)	24,2%	3,5	331	15,9%

Tabelle 21–18

Fortsetzung

Wirkstoffgruppe mit ATC-Code (dreistellig)	Verordnungsquote	Verordnungen je AM-Patient der ATC-Gruppe	Tagesdosen (DDD) je AM-Patient der ATC-Gruppe	Abweichung VO-Quote zu gesamt in %-Punkten
Emollientia und Hautschutzmittel (D02)	0,1%	1,5	78	-0,6%
Endokrine Therapie (L02)	1,4%	3,2	300	0,9%
Gallen- und Lebertherapie (A05)	0,2%	5,3	208	0,1%
Gichtmittel (M04)	10,4%	2,5	143	6,8%
Gynäkologische Antiinfektiva und Antiseptika (G01)	1,3%	1,3	7	-0,1%
Hals- und Rachentherapeutika (R02)	0,0%	1,2	12	-0,6%
Herztherapie (C01)	12,4%	3,9	261	8,2%
Husten- und Erkältungspräparate (R05)	10,1%	1,7	25	-2,7%
Hypophysen- und Hypothalamushormone und Analoga (H01)	0,1%	5,7	166	0,0%
Immunsera und Immunglobuline (J06)	0,0%	5,9	37	-0,1%
Immunstimulanzien (L03)	0,2%	4,0	113	-0,3%
Immunsuppressiva (L04)	1,2%	4,4	229	0,7%
Impfstoffe (J07)	0,3%	1,5	2	-0,4%
Kontrastmittel (V08)	0,0%	1,5	8	0,0%
Laxanzien (A06)	1,9%	3,2	110	0,8%
Medizinische Verbände (D09)	0,7%	2,9	50	0,4%
Mineralstoffe (A12)	4,1%	2,9	149	2,8%
Mittel bei funktionellen gastrointestinalen Störungen (A03)	9,8%	2,0	27	3,0%
Mittel bei obstruktiven Atemwegserkrankungen (R03)	12,3%	4,9	277	4,2%
Mittel bei Säure bedingten Erkrankungen (A02)	30,7%	3,1	228	18,0%
Mittel gegen Ektoparasiten, inkl. Antiscabiosa, Insektizide und Repellenzien (P03)	0,1%	1,3	3	-0,5%
Mittel gegen Mykobakterien (J04)	0,1%	3,3	168	0,1%
Mittel gegen Protozoen-Erkrankungen (P01)	1,0%	1,6	21	0,4%
Mittel mit Wirkung auf das Renin-Angiotensin-System (C09)	46,2%	3,6	476	28,4%
Mittel zur Behandlung von Knochenerkrankungen (M05)	4,4%	3,1	229	3,3%
Mittel, die den Lipidstoffwechsel beeinflussen (C10)	22,0%	2,6	415	13,4%
Muskelrelaxanzien (M03)	5,6%	2,0	48	2,8%
Ophthalmika (S01)	13,9%	2,9	146	5,5%
Ophthalmologische und otologische Zubereitungen (S03)	1,0%	1,3	24	0,3%
Otologika (S02)	1,2%	1,2	15	-0,2%
Pankreashormone (H04)	0,1%	1,4	1	0,0%
Periphere Vasodilatoren (C04)	1,8%	3,1	95	1,1%
Psychoanaleptika (N06)	16,2%	3,7	207	8,7%
Psycholeptika (N05)	13,8%	5,4	114	7,0%
Radiotherapeutika (V10)	0,0%	1,0	1	0,0%
Rhinologika (R01)	2,5%	1,7	53	-4,8%
Schilddrüsenherapie (H03)	18,0%	3,1	217	9,8%
Sexualhormone und Modulatoren des Genitalsystems (G03)	8,5%	2,4	228	3,0%
Stomatologika (A01)	0,8%	1,4	57	-0,8%
Tonika (A13)	0,0%	2,0	77	0,0%
Topische Mittel gegen Gelenk- und Muskelschmerzen (M02)	2,5%	2,2	22	1,3%
Urologika (G04)	7,7%	3,0	225	5,1%
Vasoprotektoren (C05)	2,5%	1,8	26	1,3%
Vitamine (A11)	1,4%	3,0	290	-0,4%
Zubereitungen zur Behandlung von Wunden und Geschwüren (D03)	0,3%	1,7	97	-0,3%
keine ATC-Zuordnung	27,2%	15,3	entfällt	11,2%

Tabelle 21–19

Arzneiverordnungen bei Patienten mit Demenz 2008

Wirkstoffgruppe mit ATC-Code (dreistellig)	Verordnungsquote	Verordnungen je AM-Patient der ATC-Gruppe	Tagesdosen (DDD) je AM-Patient der ATC-Gruppe	Abweichung VO-Quote zu gesamt in %-Punkten
Insgesamt	98,2%	50,8	1 580	25,0 %
Aknemittel (D10)	0,2%	1,7	38	-0,8%
Alle übrigen nichttherapeutischen Mittel (V07)	0,5%	3,4	8	0,5%
Alle übrigen therapeutischen Mittel (V03)	0,5%	4,7	98	0,3%
Allergene (V01)	0,0%	1,4	270	-0,5%
Allgemeine Diätetika (V06)	3,8%	79,2	198	3,6%
Analgetika (N02)	38,7%	5,5	104	22,2%
Anästhetika (N01)	0,2%	1,7	21	0,0%
Andere Dermatika (D11)	0,7%	1,5	31	-0,5%
Andere Gynäkologika (G02)	0,1%	4,0	166	-0,2%
Andere Hämatologika (B06)	0,0%	1,8	17	0,0%
Andere Herz- und Kreislaufmittel (C06)	0,3%	3,1	153	0,1%
Andere Mittel für das alimentäre System und den Stoffwechsel (A16)	0,0%	5,3	50	0,0%
Andere Mittel für das Nervensystem (N07)	3,7%	3,9	142	2,5%
Andere Mittel für den Respirationstrakt (R07)	0,0%	1,2	103	0,0%
Andere Mittel gegen Störungen des Muskel- und Skelettsystems (M09)	0,0%	1,8	104	0,0%
Anthelmintika (P02)	0,0%	1,5	15	-0,3%
Antiadiposita, exkl. Diätetika (A08)	0,0%	0,0	0	0,0%
Antianämika (B03)	6,5%	3,7	196	4,4%
Antibiotika und Chemotherapeutika zur dermatologischen Anwendung (D06)	5,0%	1,7	28	2,6%
Antibiotika zur systemischen Anwendung (J01)	37,8%	2,2	18	9,0%
Antidiabetika (A10)	23,8%	5,8	380	17,1%
Antidiarrhoika und intestinale Antiphlogistika/Antiinfektiva (A07)	4,3%	2,3	40	1,1%
Antiemetika und Mittel gegen Übelkeit (A04)	0,4%	3,1	14	-1,4%
Antiepileptika (N03)	11,6%	5,7	188	9,2%
Antihämorrhagika (B02)	1,1%	2,1	56	1,0%
Antihistaminika zur systemischen Anwendung (R06)	1,8%	2,7	107	-0,5%
Antihypertonika (C02)	3,8%	4,3	310	2,4%
Antimykotika zur dermatologischen Anwendung (D01)	8,5%	1,8	41	4,9%
Antimykotika zur systemischen Anwendung (J02)	0,4%	1,7	17	0,0%
Antineoplastische Mittel (L01)	0,4%	4,3	120	0,2%
Antiparkinsonmittel (N04)	10,6%	9,1	219	9,5%
Antiphlogistika und Antirheumatika (M01)	26,1%	2,9	101	0,5%
Antipruriginosa, inkl. Antihistaminika, Anästhetika etc. (D04)	0,1%	1,3	35	-0,8%
Antipsoriatika (D05)	0,4%	2,8	175	0,0%
Antiseptika und Desinfektionsmittel (D08)	2,6%	1,6	35	1,9%
Antithrombotische Mittel (B01)	31,8%	2,9	222	24,5%
Antivirale Mittel zur systemischen Anwendung (J05)	1,0%	1,8	25	0,2%
Beta-Adrenorezeptor-Antagonisten (C07)	36,4%	3,3	172	22,1%
Blutersatzmittel und Perfusionslösungen (B05)	6,2%	3,7	32	4,9%
Bruststeinreibungen und andere Inhalate (R04)	0,0%	1,3	25	-0,3%
Calciumhomöostase (H05)	0,1%	4,3	107	0,1%
Calciumkanalblocker (C08)	21,1%	3,7	337	14,5%
Corticosteroide zur systemischen Anwendung (H02)	7,2%	2,6	155	2,3%
Corticosteroide, dermatologische Zubereitungen (D07)	13,1%	2,0	67	5,6%
Diagnostika (V04)	14,7%	8,4	431	10,9%
Digestiva, inkl. Enzyme (A09)	0,6%	4,4	71	0,4%
Diuretika (C03)	47,5%	3,9	347	39,2%

Tabelle 21–19

Fortsetzung

Wirkstoffgruppe mit ATC-Code (dreistellig)	Verordnungsquote	Verordnungen je AM-Patient der ATC-Gruppe	Tagesdosen (DDD) je AM-Patient der ATC-Gruppe	Abweichung VO-Quote zu gesamt in %-Punkten
Emollientia und Hautschutzmittel (D02)	0,2%	1,5	72	-0,5%
Endokrine Therapie (L02)	1,7%	3,2	289	1,2%
Gallen- und Lebertherapie (A05)	0,2%	4,8	168	0,1%
Gichtmittel (M04)	10,4%	2,5	134	6,8%
Gynäkologische Antiinfektiva und Antiseptika (G01)	0,8%	1,4	8	-0,6%
Hals- und Rachentherapeutika (R02)	0,0%	1,2	12	-0,6%
Herztherapie (C01)	23,2%	3,8	252	19,0%
Husten- und Erkältungspräparate (R05)	8,5%	1,9	45	-4,3%
Hypophysen- und Hypothalamushormone und Analoga (H01)	0,1%	4,9	134	0,0%
ImmunsERA und Immunglobuline (J06)	0,0%	4,9	33	-0,1%
Immunstimulanzien (L03)	0,1%	4,3	119	-0,4%
Immunsuppressiva (L04)	0,5%	4,1	183	0,0%
Impfstoffe (J07)	0,1%	1,4	2	-0,6%
Kontrastmittel (V08)	0,0%	2,2	318	0,0%
Laxanzien (A06)	5,6%	3,2	104	4,5%
Medizinische Verbände (D09)	3,6%	2,4	40	3,3%
Mineralstoffe (A12)	7,1%	3,0	127	5,8%
Mittel bei funktionellen gastrointestinalen Störungen (A03)	14,7%	3,1	46	7,9%
Mittel bei obstruktiven Atemwegserkrankungen (R03)	11,1%	5,3	274	3,0%
Mittel bei Säure bedingten Erkrankungen (A02)	36,0%	3,9	301	23,3%
Mittel gegen Ektoparasiten, inkl. Antiscabiosa, Insektizide und Repellenzien (P03)	0,2%	1,3	3	-0,4%
Mittel gegen Mykobakterien (J04)	0,1%	4,0	191	0,1%
Mittel gegen Protozoen-Erkrankungen (P01)	1,2%	1,5	8	0,6%
Mittel mit Wirkung auf das Renin-Angiotensin-System (C09)	52,1%	3,5	450	34,3%
Mittel zur Behandlung von Knochenerkrankungen (M05)	4,7%	3,3	229	3,6%
Mittel, die den Lipidstoffwechsel beeinflussen (C10)	18,6%	2,7	424	10,0%
Muskelrelaxanzien (M03)	3,5%	4,7	145	0,7%
Ophthalmika (S01)	17,0%	2,8	131	8,6%
Ophthalmologische und otologische Zubereitungen (S03)	1,0%	1,4	26	0,3%
Otologika (S02)	0,9%	1,4	17	-0,5%
Pankreasormone (H04)	0,1%	1,7	2	0,0%
Periphere Vasodilatoren (C04)	1,9%	3,9	134	1,2%
Psychoanaleptika (N06)	40,5%	4,9	274	33,0%
Psycholeptika (N05)	45,4%	7,8	130	38,6%
Radiotherapeutika (V10)	0,0%	0,0	0	0,0%
Rhinologika (R01)	1,3%	1,7	46	-6,0%
Schilddrüsenherapie (H03)	15,4%	3,0	180	7,2%
Sexualhormone und Modulatoren des Genitalsystems (G03)	2,9%	2,5	244	-2,6%
Stomatologika (A01)	0,6%	1,4	67	-1,0%
Tonika (A13)	0,0%	3,5	131	0,0%
Topische Mittel gegen Gelenk- und Muskelschmerzen (M02)	1,7%	2,3	23	0,5%
Urologika (G04)	10,8%	3,6	233	8,2%
Vasoprotektoren (C05)	1,5%	1,9	29	0,3%
Vitamine (A11)	1,9%	3,0	276	0,3%
Zubereitungen zur Behandlung von Wunden und Geschwüren (D03)	0,9%	1,7	1	0,3%
keine ATC-Zuordnung	53,1%	34,2	entfällt	37,1%

Abbildung 21–5



Abbildung 21–6

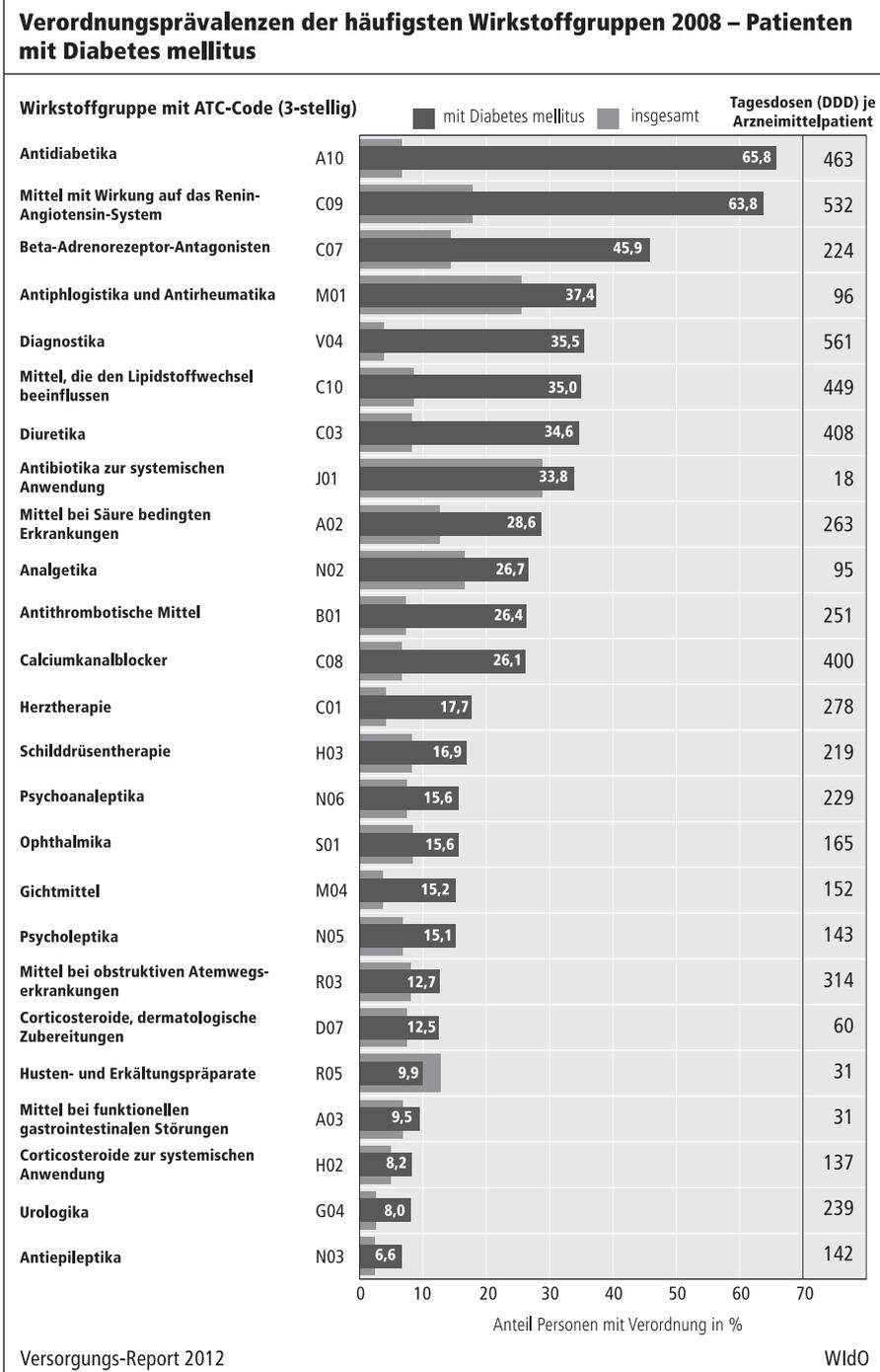


Tabelle 21–20

Arzneiverordnungen bei Patienten mit Diabetes mellitus 2008

Wirkstoffgruppe mit ATC-Code (dreistellig)	Verordnungsquote	Verordnungen je AM-Patient der ATC-Gruppe	Tagesdosen (DDD) je AM-Patient der ATC-Gruppe	Abweichung VO-Quote zu gesamt in %-Punkten
Insgesamt	98,9%	36,8	1 965	25,7%
Aknemittel (D10)	0,4%	1,6	36	-0,6%
Alle übrigen nichttherapeutischen Mittel (V07)	0,1%	3,4	15	0,1%
Alle übrigen therapeutischen Mittel (V03)	0,7%	6,1	121	0,5%
Allergene (V01)	0,1%	1,6	290	-0,4%
Allgemeine Diätetika (V06)	0,6%	56,6	130	0,4%
Analgetika (N02)	26,7%	4,6	95	10,2%
Anästhetika (N01)	0,4%	1,6	16	0,2%
Andere Dermatika (D11)	0,8%	1,4	36	-0,4%
Andere Gynäkologika (G02)	0,1%	2,1	72	-0,2%
Andere Hämatologika (B06)	0,0%	1,4	12	0,0%
Andere Herz- und Kreislaufmittel (C06)	0,1%	2,3	105	-0,1%
Andere Mittel für das alimentäre System und den Stoffwechsel (A16)	0,0%	5,8	55	0,0%
Andere Mittel für das Nervensystem (N07)	2,7%	3,3	118	1,5%
Andere Mittel für den Respirationstrakt (R07)	0,0%	1,5	98	0,0%
Andere Mittel gegen Störungen des Muskel- und Skelettsystems (M09)	0,0%	1,7	86	0,0%
Anthelmintika (P02)	0,1%	1,5	14	-0,2%
Antiadiposita, exkl. Diätetika (A08)	0,0%	1,5	62	0,0%
Antianämika (B03)	4,4%	4,5	186	2,3%
Antibiotika und Chemotherapeutika zur dermatologischen Anwendung (D06)	3,6%	1,6	26	1,2%
Antibiotika zur systemischen Anwendung (J01)	33,8%	2,0	18	5,0%
Antidiabetika (A10)	65,8%	6,9	463	59,1%
Antidiarrhoika und intestinale Antiphlogistika/Antiinfektiva (A07)	2,8%	2,6	58	-0,4%
Antiemetika und Mittel gegen Übelkeit (A04)	0,6%	3,8	13	-1,2%
Antiepileptika (N03)	6,6%	4,5	142	4,2%
Antihämorrhagika (B02)	0,4%	2,8	53	0,3%
Antihistaminika zur systemischen Anwendung (R06)	1,8%	2,2	100	-0,5%
Antihypertonika (C02)	6,5%	4,7	367	5,1%
Antimykotika zur dermatologischen Anwendung (D01)	6,0%	1,7	37	2,4%
Antimykotika zur systemischen Anwendung (J02)	0,5%	1,9	20	0,1%
Antineoplastische Mittel (L01)	0,6%	5,2	137	0,4%
Antiparkinsonmittel (N04)	3,1%	6,9	163	2,0%
Antiphlogistika und Antirheumatika (M01)	37,4%	2,7	96	11,8%
Antipruriginosa, inkl. Antihistaminika, Anästhetika etc. (D04)	0,1%	1,3	32	-0,8%
Antipsoriatika (D05)	0,7%	2,8	161	0,3%
Antiseptika und Desinfektionsmittel (D08)	1,1%	1,8	42	0,4%
Antithrombotische Mittel (B01)	26,4%	3,1	251	19,1%
Antivirale Mittel zur systemischen Anwendung (J05)	1,1%	2,2	38	0,3%
Beta-Adrenorezeptor-Antagonisten (C07)	45,9%	3,5	224	31,6%
Blutersatzmittel und Perfusionslösungen (B05)	1,6%	3,8	33	0,3%
Bruststeinreibungen und andere Inhalate (R04)	0,0%	1,6	32	-0,3%
Calciumhomöostase (H05)	0,1%	5,3	118	0,1%
Calciumkanalblocker (C08)	26,1%	3,7	400	19,5%
Corticosteroide zur systemischen Anwendung (H02)	8,2%	2,4	137	3,3%
Corticosteroide, dermatologische Zubereitungen (D07)	12,5%	1,9	60	5,0%
Diagnostika (V04)	35,5%	10,7	561	31,7%
Digestiva, inkl. Enzyme (A09)	0,9%	4,8	90	0,7%
Diuretika (C03)	34,6%	3,9	408	26,3%

Tabelle 21–20

Fortsetzung

Wirkstoffgruppe mit ATC-Code (dreistellig)	Verordnungsquote	Verordnungen je AM-Patient der ATC-Gruppe	Tagesdosen (DDD) je AM-Patient der ATC-Gruppe	Abweichung VO-Quote zu gesamt in %-Punkten
Emollientia und Hautschutzmittel (D02)	0,2%	1,6	82	-0,5%
Endokrine Therapie (L02)	1,5%	3,3	306	1,0%
Gallen- und Lebertherapie (A05)	0,3%	5,5	211	0,2%
Gichtmittel (M04)	15,2%	2,6	152	11,6%
Gynäkologische Antiinfektiva und Antiseptika (G01)	1,0%	1,4	7	-0,4%
Hals- und Rachentherapeutika (R02)	0,0%	1,2	11	-0,6%
Herztherapie (C01)	17,7%	4,1	278	13,5%
Husten- und Erkältungspräparate (R05)	9,9%	1,8	31	-2,9%
Hypophysen- und Hypothalamushormone und Analoga (H01)	0,1%	7,1	204	0,0%
ImmunsERA und Immunglobuline (J06)	0,1%	6,6	41	0,0%
Immunstimulanzien (L03)	0,2%	4,0	106	-0,3%
Immunsuppressiva (L04)	1,0%	6,3	247	0,5%
Impfstoffe (J07)	0,3%	1,6	2	-0,4%
Kontrastmittel (V08)	0,0%	1,8	31	0,0%
Laxanzien (A06)	2,1%	3,3	111	1,0%
Medizinische Verbände (D09)	1,1%	3,0	52	0,8%
Mineralstoffe (A12)	3,6%	3,1	134	2,3%
Mittel bei funktionellen gastrointestinalen Störungen (A03)	9,5%	2,2	31	2,7%
Mittel bei obstruktiven Atemwegserkrankungen (R03)	12,7%	5,4	314	4,6%
Mittel bei Säure bedingten Erkrankungen (A02)	28,6%	3,4	263	15,9%
Mittel gegen Ektoparasiten, inkl. Antiscabiosa, Insektizide und Repellenzien (P03)	0,1%	1,3	4	-0,5%
Mittel gegen Mykobakterien (J04)	0,1%	3,7	194	0,1%
Mittel gegen Protozoen-Erkrankungen (P01)	0,9%	1,6	16	0,3%
Mittel mit Wirkung auf das Renin-Angiotensin-System (C09)	63,8%	3,8	532	46,0%
Mittel zur Behandlung von Knochenerkrankungen (M05)	2,6%	3,1	220	1,5%
Mittel, die den Lipidstoffwechsel beeinflussen (C10)	35,0%	2,8	449	26,4%
Muskelrelaxanzien (M03)	4,0%	2,4	65	1,2%
Ophthalmika (S01)	15,6%	3,1	165	7,2%
Ophthalmologische und otologische Zubereitungen (S03)	1,0%	1,3	25	0,3%
Otologika (S02)	1,1%	1,3	16	-0,3%
Pankreasormone (H04)	0,6%	1,6	2	0,5%
Periphere Vasodilatoren (C04)	1,9%	3,5	122	1,2%
Psychoanaleptika (N06)	15,6%	4,0	229	8,1%
Psycholeptika (N05)	15,1%	6,3	143	8,3%
Radiotherapeutika (V10)	0,0%	1,0	1	0,0%
Rhinologika (R01)	2,0%	1,8	53	-5,3%
Schilddrüsenherapie (H03)	16,9%	3,2	219	8,7%
Sexualhormone und Modulatoren des Genitalsystems (G03)	4,9%	2,4	225	-0,6%
Stomatologika (A01)	0,7%	1,4	83	-0,9%
Tonika (A13)	0,0%	3,0	106	0,0%
Topische Mittel gegen Gelenk- und Muskelschmerzen (M02)	1,9%	2,2	22	0,7%
Urologika (G04)	8,0%	3,2	239	5,4%
Vasoprotektoren (C05)	2,0%	1,9	28	0,8%
Vitamine (A11)	1,8%	3,3	246	0,0%
Zubereitungen zur Behandlung von Wunden und Geschwüren (D03)	0,5%	1,7	107	-0,1%
keine ATC-Zuordnung	39,8%	18,7	entfällt	23,8%

Tabelle 21–21

Arzneiverordnungen bei Patienten mit Herzinsuffizienz 2008

Wirkstoffgruppe mit ATC-Code (dreistellig)	Verordnungsquote	Verordnungen je AM-Patient der ATC-Gruppe	Tagesdosen (DDD) je AM-Patient der ATC-Gruppe	Abweichung VO-Quote zu gesamt in %-Punkten
Insgesamt	99,1%	43,5	2 112	25,9%
Aknemittel (D10)	0,2%	1,6	33	-0,8%
Alle übrigen nichttherapeutischen Mittel (V07)	0,3%	3,1	12	0,3%
Alle übrigen therapeutischen Mittel (V03)	0,4%	3,9	61	0,2%
Allergene (V01)	0,0%	1,6	294	-0,5%
Allgemeine Diätetika (V06)	1,4%	53,5	130	1,2%
Analgetika (N02)	38,6%	5,3	104	22,1%
Anästhetika (N01)	0,4%	1,7	21	0,2%
Andere Dermatika (D11)	0,9%	1,4	31	-0,3%
Andere Gynäkologika (G02)	0,1%	3,2	130	-0,2%
Andere Hämatologika (B06)	0,0%	1,4	12	0,0%
Andere Herz- und Kreislaufmittel (C06)	0,1%	2,3	105	-0,1%
Andere Mittel für das alimentäre System und den Stoffwechsel (A16)	0,0%	8,3	108	0,0%
Andere Mittel für das Nervensystem (N07)	3,7%	3,4	123	2,5%
Andere Mittel für den Respirationstrakt (R07)	0,0%	1,3	117	0,0%
Andere Mittel gegen Störungen des Muskel- und Skelettsystems (M09)	0,0%	1,9	97	0,0%
Anthelmintika (P02)	0,1%	1,6	13	-0,2%
Antiadiposita, exkl. Diätetika (A08)	0,0%	1,8	61	0,0%
Antianämika (B03)	6,3%	2,5	152	4,2%
Antibiotika und Chemotherapeutika zur dermatologischen Anwendung (D06)	4,5%	1,7	30	2,1%
Antibiotika zur systemischen Anwendung (J01)	38,9%	2,1	19	10,1%
Antidiabetika (A10)	30,3%	6,9	462	23,6%
Antidiarrhoika und intestinale Antiphlogistika/Antiinfektiva (A07)	3,8%	2,4	47	0,6%
Antiemetika und Mittel gegen Übelkeit (A04)	0,7%	3,5	13	-1,1%
Antiepileptika (N03)	7,7%	4,4	133	5,3%
Antihämorrhagika (B02)	0,9%	2,5	50	0,8%
Antihistaminika zur systemischen Anwendung (R06)	1,9%	2,2	93	-0,4%
Antihypertonika (C02)	6,8%	4,5	333	5,4%
Antimykotika zur dermatologischen Anwendung (D01)	6,5%	1,7	38	2,9%
Antimykotika zur systemischen Anwendung (J02)	0,5%	1,9	23	0,1%
Antineoplastische Mittel (L01)	0,8%	4,5	124	0,6%
Antiparkinsonmittel (N04)	4,8%	7,6	174	3,7%
Antiphlogistika und Antirheumatika (M01)	36,4%	2,9	104	10,8%
Antipruriginosa, inkl. Antihistaminika, Anästhetika etc. (D04)	0,1%	1,3	33	-0,8%
Antipsoriatika (D05)	0,5%	2,8	165	0,1%
Antiseptika und Desinfektionsmittel (D08)	1,8%	1,7	33	1,1%
Antithrombotische Mittel (B01)	45,0%	3,0	242	37,7%
Antivirale Mittel zur systemischen Anwendung (J05)	1,2%	1,8	23	0,4%
Beta-Adrenorezeptor-Antagonisten (C07)	58,9%	3,5	194	44,6%
Blutersatzmittel und Perfusionslösungen (B05)	3,3%	3,5	30	2,0%
Bruststeinreibungen und andere Inhalate (R04)	0,0%	1,6	25	-0,3%
Calciumhomöostase (H05)	0,1%	2,9	86	0,1%
Calciumkanalblocker (C08)	30,0%	3,7	354	23,4%
Corticosteroide zur systemischen Anwendung (H02)	12,0%	2,7	163	7,1%
Corticosteroide, dermatologische Zubereitungen (D07)	13,8%	2,0	66	6,3%
Diagnostika (V04)	18,7%	10,0	517	14,9%
Digestiva, inkl. Enzyme (A09)	0,7%	4,1	69	0,5%
Diuretika (C03)	67,4%	4,3	408	59,1%

Tabelle 21–21

Fortsetzung

Wirkstoffgruppe mit ATC-Code (dreistellig)	Verordnungsquote	Verordnungen je AM-Patient der ATC-Gruppe	Tagesdosen (DDD) je AM-Patient der ATC-Gruppe	Abweichung VO-Quote zu gesamt in %-Punkten
Emollientia und Hautschutzmittel (D02)	0,2%	1,5	79	-0,5%
Endokrine Therapie (L02)	2,1%	3,3	293	1,6%
Gallen- und Lebertherapie (A05)	0,3%	4,8	175	0,2%
Gichtmittel (M04)	20,4%	2,5	142	16,8%
Gynäkologische Antiinfektiva und Antiseptika (G01)	0,7%	1,4	8	-0,7%
Hals- und Rachentherapeutika (R02)	0,0%	1,3	12	-0,6%
Herztherapie (C01)	38,6%	4,0	267	34,4%
Husten- und Erkältungspräparate (R05)	11,0%	2,0	48	-1,8%
Hypophysen- und Hypothalamushormone und Analoga (H01)	0,1%	5,2	146	0,0%
Immunsera und Immunglobuline (J06)	0,1%	6,4	42	0,0%
Immunstimulanzien (L03)	0,2%	3,0	73	-0,3%
Immunsuppressiva (L04)	1,0%	5,3	216	0,5%
Impfstoffe (J07)	0,2%	1,4	2	-0,5%
Kontrastmittel (V08)	0,0%	1,7	56	0,0%
Laxanzien (A06)	4,3%	3,0	100	3,2%
Medizinische Verbände (D09)	2,4%	2,8	49	2,1%
Mineralstoffe (A12)	8,0%	3,0	120	6,7%
Mittel bei funktionellen gastrointestinalen Störungen (A03)	13,5%	2,5	34	6,7%
Mittel bei obstruktiven Atemwegserkrankungen (R03)	20,2%	6,3	360	12,1%
Mittel bei Säure bedingten Erkrankungen (A02)	40,3%	3,6	281	27,6%
Mittel gegen Ektoparasiten, inkl. Antiscabiosa, Insektizide und Repellenzien (P03)	0,1%	1,3	3	-0,5%
Mittel gegen Mykobakterien (J04)	0,1%	3,6	170	0,1%
Mittel gegen Protozoen-Erkrankungen (P01)	1,2%	1,6	13	0,6%
Mittel mit Wirkung auf das Renin-Angiotensin-System (C09)	75,4%	3,7	495	57,6%
Mittel zur Behandlung von Knochenerkrankungen (M05)	5,3%	3,1	217	4,2%
Mittel, die den Lipidstoffwechsel beeinflussen (C10)	33,7%	2,7	447	25,1%
Muskelrelaxanzien (M03)	3,6%	2,7	74	0,8%
Ophthalmika (S01)	16,9%	3,1	154	8,5%
Ophthalmologische und otologische Zubereitungen (S03)	1,0%	1,4	26	0,3%
Otologika (S02)	1,0%	1,3	16	-0,4%
Pankreashormone (H04)	0,1%	1,4	1	0,0%
Periphere Vasodilatoren (C04)	2,1%	3,5	118	1,4%
Psychoanaleptika (N06)	20,2%	3,9	212	12,7%
Psycholeptika (N05)	23,9%	6,0	108	17,1%
Radiotherapeutika (V10)	0,0%	1,0	1	0,0%
Rhinologika (R01)	1,8%	1,8	52	-5,5%
Schilddrüsenherapie (H03)	18,5%	3,1	196	10,3%
Sexualhormone und Modulatoren des Genitalsystems (G03)	4,0%	2,4	245	-1,5%
Stomatologika (A01)	0,8%	1,5	46	-0,8%
Tonika (A13)	0,0%	2,7	75	0,0%
Topische Mittel gegen Gelenk- und Muskelschmerzen (M02)	2,2%	2,4	25	1,0%
Urologika (G04)	10,4%	3,2	232	7,8%
Vasoprotektoren (C05)	2,2%	1,9	30	1,0%
Vitamine (A11)	2,1%	2,6	250	0,3%
Zubereitungen zur Behandlung von Wunden und Geschwüren (D03)	0,8%	1,7	116	0,2%
keine ATC-Zuordnung	44,9%	23,5	entfällt	28,9%

Abbildung 21–7



Abbildung 21–8

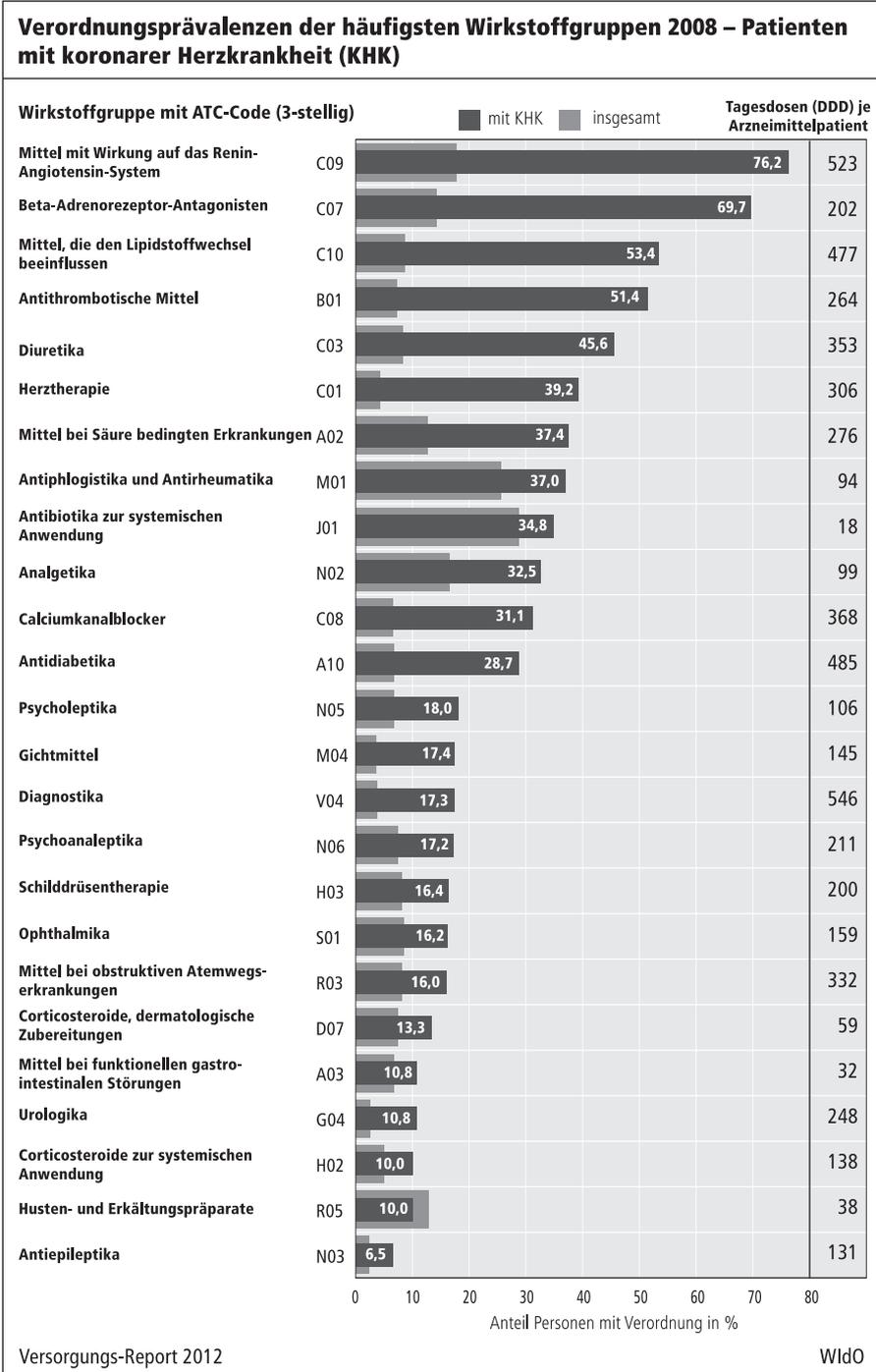


Tabelle 21–22

Arzneiverordnungen bei Patienten mit Koronarer Herzkrankheit 2008

Wirkstoffgruppe mit ATC-Code (dreistellig)	Verordnungsquote	Verordnungen je AM-Patient der ATC-Gruppe	Tagesdosen (DDD) je AM-Patient der ATC-Gruppe	Abweichung VO-Quote zu gesamt in %-Punkten
Insgesamt	99,4%	36,8	2 108	26,2%
Aknemittel (D10)	0,3%	1,5	32	-0,7%
Alle übrigen nichttherapeutischen Mittel (V07)	0,1%	3,0	13	0,1%
Alle übrigen therapeutischen Mittel (V03)	0,3%	4,3	63	0,1%
Allergene (V01)	0,1%	1,6	301	-0,4%
Allgemeine Diätetika (V06)	0,8%	45,1	111	0,6%
Analgetika (N02)	32,5%	4,7	99	16,0%
Anästhetika (N01)	0,5%	1,6	17	0,3%
Andere Dermatika (D11)	1,0%	1,4	30	-0,2%
Andere Gynäkologika (G02)	0,1%	3,0	119	-0,2%
Andere Hämatologika (B06)	0,1%	1,3	13	0,1%
Andere Herz- und Kreislaufmittel (C06)	0,1%	2,3	100	-0,1%
Andere Mittel für das alimentäre System und den Stoffwechsel (A16)	0,0%	8,7	125	0,0%
Andere Mittel für das Nervensystem (N07)	3,5%	3,3	118	2,3%
Andere Mittel für den Respirationstrakt (R07)	0,0%	1,4	92	0,0%
Andere Mittel gegen Störungen des Muskel- und Skelettsystems (M09)	0,0%	1,8	92	0,0%
Anthelmintika (P02)	0,1%	1,5	11	-0,2%
Antiadiposita, exkl. Diätetika (A08)	0,0%	1,1	47	0,0%
Antianämika (B03)	4,5%	2,4	163	2,4%
Antibiotika und Chemotherapeutika zur dermatologischen Anwendung (D06)	3,7%	1,6	25	1,3%
Antibiotika zur systemischen Anwendung (J01)	34,8%	2,0	18	6,0%
Antidiabetika (A10)	28,7%	7,2	485	22,0%
Antidiarrhoika und intestinale Antiphlogistika/Antiinfektiva (A07)	3,0%	2,4	58	-0,2%
Antiemetika und Mittel gegen Übelkeit (A04)	0,6%	3,6	13	-1,2%
Antiepileptika (N03)	6,5%	4,3	131	4,1%
Antihämorrhagika (B02)	0,5%	2,4	47	0,4%
Antihistaminika zur systemischen Anwendung (R06)	1,7%	2,1	91	-0,6%
Antihypertonika (C02)	6,2%	4,5	346	4,8%
Antimykotika zur dermatologischen Anwendung (D01)	5,8%	1,7	36	2,2%
Antimykotika zur systemischen Anwendung (J02)	0,4%	1,8	22	0,0%
Antineoplastische Mittel (L01)	0,7%	4,8	138	0,5%
Antiparkinsonmittel (N04)	3,6%	7,2	167	2,5%
Antiphlogistika und Antirheumatika (M01)	37,0%	2,7	94	11,4%
Antipruriginosa, inkl. Antihistaminika, Anästhetika etc. (D04)	0,1%	1,3	32	-0,8%
Antipsoriatika (D05)	0,6%	2,6	152	0,2%
Antiseptika und Desinfektionsmittel (D08)	1,0%	1,7	37	0,3%
Antithrombotische Mittel (B01)	51,4%	3,1	264	44,1%
Antivirale Mittel zur systemischen Anwendung (J05)	1,2%	2,0	33	0,4%
Beta-Adrenorezeptor-Antagonisten (C07)	69,7%	3,5	202	55,4%
Blutersatzmittel und Perfusionslösungen (B05)	1,9%	3,6	30	0,6%
Brusteinreibungen und andere Inhalate (R04)	0,0%	1,6	25	-0,3%
Calciumhomöostase (H05)	0,1%	2,9	93	0,1%
Calciumkanalblocker (C08)	31,1%	3,7	368	24,5%
Corticosteroide zur systemischen Anwendung (H02)	10,0%	2,5	138	5,1%
Corticosteroide, dermatologische Zubereitungen (D07)	13,3%	1,8	59	5,8%
Diagnostika (V04)	17,3%	10,5	546	13,5%
Digestiva, inkl. Enzyme (A09)	0,7%	4,2	74	0,5%
Diuretika (C03)	45,6%	3,9	353	37,3%

Tabelle 21–22

Fortsetzung

Wirkstoffgruppe mit ATC-Code (dreistellig)	Verordnungsquote	Verordnungen je AM-Patient der ATC-Gruppe	Tagesdosen (DDD) je AM-Patient der ATC-Gruppe	Abweichung VO-Quote zu gesamt in %-Punkten
Emollientia und Hautschutzmittel (D02)	0,1%	1,5	78	-0,6%
Endokrine Therapie (L02)	1,8%	3,3	307	1,3%
Gallen- und Lebertherapie (A05)	0,2%	4,9	188	0,1%
Gichtmittel (M04)	17,4%	2,6	145	13,8%
Gynäkologische Antiinfektiva und Antiseptika (G01)	0,6%	1,4	8	-0,8%
Hals- und Rachentherapeutika (R02)	0,0%	1,1	11	-0,6%
Herztherapie (C01)	39,2%	4,3	306	35,0%
Husten- und Erkältungspräparate (R05)	10,0%	1,9	38	-2,8%
Hypophysen- und Hypothalamushormone und Analoga (H01)	0,1%	5,2	150	0,0%
ImmunsERA und Immunglobuline (J06)	0,0%	6,7	42	-0,1%
Immunstimulanzien (L03)	0,2%	3,2	86	-0,3%
Immunsuppressiva (L04)	1,0%	5,7	232	0,5%
Impfstoffe (J07)	0,2%	1,4	2	-0,5%
Kontrastmittel (V08)	0,0%	3,4	11	0,0%
Laxanzien (A06)	2,8%	3,1	105	1,7%
Medizinische Verbände (D09)	1,2%	2,8	47	0,9%
Mineralstoffe (A12)	5,1%	3,0	130	3,8%
Mittel bei funktionellen gastrointestinalen Störungen (A03)	10,8%	2,3	32	4,0%
Mittel bei obstruktiven Atemwegserkrankungen (R03)	16,0%	5,8	332	7,9%
Mittel bei Säure bedingten Erkrankungen (A02)	37,4%	3,5	276	24,7%
Mittel gegen Ektoparasiten, inkl. Antiscabiosa, Insektizide und Repellenzien (P03)	0,1%	1,3	3	-0,5%
Mittel gegen Mykobakterien (J04)	0,1%	3,6	185	0,1%
Mittel gegen Protozoen-Erkrankungen (P01)	1,0%	1,5	14	0,4%
Mittel mit Wirkung auf das Renin-Angiotensin-System (C09)	76,2%	3,8	523	58,4%
Mittel zur Behandlung von Knochenerkrankungen (M05)	4,1%	3,1	224	3,0%
Mittel, die den Lipidstoffwechsel beeinflussen (C10)	53,4%	2,8	477	44,8%
Muskelrelaxanzien (M03)	3,9%	2,4	65	1,1%
Ophthalmika (S01)	16,2%	3,1	159	7,8%
Ophthalmologische und otologische Zubereitungen (S03)	1,0%	1,3	25	0,3%
Otologika (S02)	1,1%	1,3	16	-0,3%
Pankreasormone (H04)	0,1%	1,4	1	0,0%
Periphere Vasodilatoren (C04)	2,3%	3,6	125	1,6%
Psychoanaleptika (N06)	17,2%	3,9	211	9,7%
Psycholeptika (N05)	18,0%	5,5	106	11,2%
Radiotherapeutika (V10)	0,0%	1,0	1	0,0%
Rhinologika (R01)	2,0%	1,8	55	-5,3%
Schilddrüsenherapie (H03)	16,4%	3,1	200	8,2%
Sexualhormone und Modulatoren des Genitalsystems (G03)	4,3%	2,4	234	-1,2%
Stomatologika (A01)	0,7%	1,4	51	-0,9%
Tonika (A13)	0,0%	2,8	98	0,0%
Topische Mittel gegen Gelenk- und Muskelschmerzen (M02)	1,9%	2,3	23	0,7%
Urologika (G04)	10,8%	3,2	248	8,2%
Vasoprotektoren (C05)	2,4%	1,9	29	1,2%
Vitamine (A11)	1,5%	2,6	248	-0,3%
Zubereitungen zur Behandlung von Wunden und Geschwüren (D03)	0,5%	1,6	100	-0,1%
keine ATC-Zuordnung	34,9%	19,5	entfällt	18,9%

Tabelle 21–23

Arzneiverordnungen bei Patienten mit Osteoporose 2008

Wirkstoffgruppe mit ATC-Code (dreistellig)	Verordnungsquote	Verordnungen je AM-Patient der ATC-Gruppe	Tagesdosen (DDD) je AM-Patient der ATC-Gruppe	Abweichung VO-Quote zu gesamt in %-Punkten
Insgesamt	98,7%	33,3	1 543	25,5%
Aknemittel (D10)	0,3%	1,6	33	-0,7%
Alle übrigen nichttherapeutischen Mittel (V07)	0,1%	3,5	18	0,1%
Alle übrigen therapeutischen Mittel (V03)	0,5%	5,3	103	0,3%
Allergene (V01)	0,2%	1,6	290	-0,3%
Allgemeine Diätetika (V06)	0,8%	38,9	90	0,6%
Analgetika (N02)	39,5%	5,7	117	23,0%
Anästhetika (N01)	0,7%	3,4	23	0,5%
Andere Dermatika (D11)	1,2%	1,4	34	0,0%
Andere Gynäkologika (G02)	0,1%	2,7	110	-0,2%
Andere Hämatologika (B06)	0,1%	1,4	15	0,1%
Andere Herz- und Kreislaufmittel (C06)	0,3%	2,6	131	0,1%
Andere Mittel für das alimentäre System und den Stoffwechsel (A16)	0,0%	6,3	67	0,0%
Andere Mittel für das Nervensystem (N07)	4,4%	3,2	116	3,2%
Andere Mittel für den Respirationstrakt (R07)	0,0%	1,8	117	0,0%
Andere Mittel gegen Störungen des Muskel- und Skelettsystems (M09)	0,1%	2,2	127	0,1%
Anthelmintika (P02)	0,1%	1,5	19	-0,2%
Antiadiposita, exkl. Diätetika (A08)	0,0%	2,3	67	0,0%
Antianämika (B03)	6,2%	3,2	186	4,1%
Antibiotika und Chemotherapeutika zur dermatologischen Anwendung (D06)	4,1%	1,5	24	1,7%
Antibiotika zur systemischen Anwendung (J01)	37,1%	2,1	18	8,3%
Antidiabetika (A10)	14,1%	6,2	410	7,4%
Antidiarrhoika und intestinale Antiphlogistika/Antiinfektiva (A07)	3,7%	3,0	86	0,5%
Antiemetika und Mittel gegen Übelkeit (A04)	0,6%	3,8	14	-1,2%
Antiepileptika (N03)	7,1%	4,6	142	4,7%
Antihämorrhagika (B02)	0,4%	4,2	55	0,3%
Antihistaminika zur systemischen Anwendung (R06)	2,1%	2,2	100	-0,2%
Antihypertonika (C02)	4,0%	4,3	328	2,6%
Antimykotika zur dermatologischen Anwendung (D01)	6,0%	1,6	34	2,4%
Antimykotika zur systemischen Anwendung (J02)	0,6%	2,2	24	0,2%
Antineoplastische Mittel (L01)	0,9%	4,8	122	0,7%
Antiparkinsonmittel (N04)	4,5%	7,4	169	3,4%
Antiphlogistika und Antirheumatika (M01)	45,7%	3,0	113	20,1%
Antipruriginosa, inkl. Antihistaminika, Anästhetika etc. (D04)	0,1%	1,2	30	-0,8%
Antipsoriatika (D05)	0,6%	2,6	147	0,2%
Antiseptika und Desinfektionsmittel (D08)	1,0%	1,8	40	0,3%
Antithrombotische Mittel (B01)	23,4%	2,8	215	16,1%
Antivirale Mittel zur systemischen Anwendung (J05)	1,5%	1,8	24	0,7%
Beta-Adrenorezeptor-Antagonisten (C07)	39,0%	3,3	194	24,7%
Blutersatzmittel und Perfusionslösungen (B05)	2,3%	4,1	35	1,0%
Bruststeinreibungen und andere Inhalate (R04)	0,0%	1,6	27	-0,3%
Calciumhomöostase (H05)	0,5%	3,4	119	0,5%
Calciumkanalblocker (C08)	21,6%	3,7	344	15,0%
Corticosteroide zur systemischen Anwendung (H02)	15,9%	3,0	167	11,0%
Corticosteroide, dermatologische Zubereitungen (D07)	13,9%	1,8	54	6,4%
Diagnostika (V04)	8,5%	10,0	515	4,7%
Digestiva, inkl. Enzyme (A09)	0,9%	4,5	80	0,7%
Diuretika (C03)	31,7%	3,6	331	23,4%

Tabelle 21–23

Fortsetzung

Wirkstoffgruppe mit ATC-Code (dreistellig)	Verordnungsquote	Verordnungen je AM-Patient der ATC-Gruppe	Tagesdosen (DDD) je AM-Patient der ATC-Gruppe	Abweichung VO-Quote zu gesamt in %-Punkten
Emollientia und Hautschutzmittel (D02)	0,1%	1,5	79	-0,6%
Endokrine Therapie (L02)	2,0%	3,2	296	1,5%
Gallen- und Lebertherapie (A05)	0,4%	5,9	229	0,3%
Gichtmittel (M04)	8,3%	2,5	133	4,7%
Gynäkologische Antiinfektiva und Antiseptika (G01)	1,4%	1,4	8	0,0%
Hals- und Rachentherapeutika (R02)	0,0%	1,1	11	-0,6%
Herztherapie (C01)	17,7%	4,0	260	13,5%
Husten- und Erkältungspräparate (R05)	10,4%	1,9	38	-2,4%
Hypophysen- und Hypothalamushormone und Analoga (H01)	0,1%	6,5	192	0,0%
ImmunsERA und Immunglobuline (J06)	0,1%	9,1	58	0,0%
Immunstimulanzien (L03)	0,3%	3,9	102	-0,2%
Immunsuppressiva (L04)	3,1%	5,1	240	2,6%
Impfstoffe (J07)	0,2%	1,5	2	-0,5%
Kontrastmittel (V08)	0,0%	1,3	4	0,0%
Laxanzien (A06)	4,2%	3,4	117	3,1%
Medizinische Verbände (D09)	1,2%	2,7	45	0,9%
Mineralstoffe (A12)	20,6%	3,1	173	19,3%
Mittel bei funktionellen gastrointestinalen Störungen (A03)	13,8%	2,4	35	7,0%
Mittel bei obstruktiven Atemwegserkrankungen (R03)	16,3%	6,7	392	8,2%
Mittel bei Säure bedingten Erkrankungen (A02)	39,3%	3,5	271	26,6%
Mittel gegen Ektoparasiten, inkl. Antiscabiosa, Insektizide und Repellenzien (P03)	0,1%	1,2	3	-0,5%
Mittel gegen Mykobakterien (J04)	0,1%	3,7	191	0,1%
Mittel gegen Protozoen-Erkrankungen (P01)	1,4%	2,0	33	0,8%
Mittel mit Wirkung auf das Renin-Angiotensin-System (C09)	50,6%	3,6	463	32,8%
Mittel zur Behandlung von Knochenerkrankungen (M05)	28,5%	3,2	244	27,4%
Mittel, die den Lipidstoffwechsel beeinflussen (C10)	24,4%	2,6	399	15,8%
Muskelrelaxanzien (M03)	5,7%	2,5	67	2,9%
Ophthalmika (S01)	17,9%	3,1	157	9,5%
Ophthalmologische und otologische Zubereitungen (S03)	1,0%	1,3	24	0,3%
Otologika (S02)	1,1%	1,3	16	-0,3%
Pankreasormone (H04)	0,1%	1,6	2	0,0%
Periphere Vasodilatoren (C04)	2,1%	3,4	108	1,4%
Psychoanaleptika (N06)	22,5%	3,9	210	15,0%
Psycholeptika (N05)	20,6%	5,7	110	13,8%
Radiotherapeutika (V10)	0,0%	1,0	1	0,0%
Rhinologika (R01)	2,4%	1,9	56	-4,9%
Schilddrüsen-therapie (H03)	24,2%	3,1	203	16,0%
Sexualhormone und Modulatoren des Genitalsystems (G03)	12,2%	2,5	242	6,7%
Stomatologika (A01)	1,1%	1,5	43	-0,5%
Tonika (A13)	0,0%	3,3	100	0,0%
Topische Mittel gegen Gelenk- und Muskelschmerzen (M02)	2,4%	2,4	24	1,2%
Urologika (G04)	7,5%	3,2	201	4,9%
Vasoprotektoren (C05)	2,6%	1,9	28	1,4%
Vitamine (A11)	5,0%	2,8	366	3,2%
Zubereitungen zur Behandlung von Wunden und Geschwüren (D03)	0,4%	1,7	103	-0,2%
keine ATC-Zuordnung	35,0%	20,2	entfällt	19,0%

Abbildung 21–9

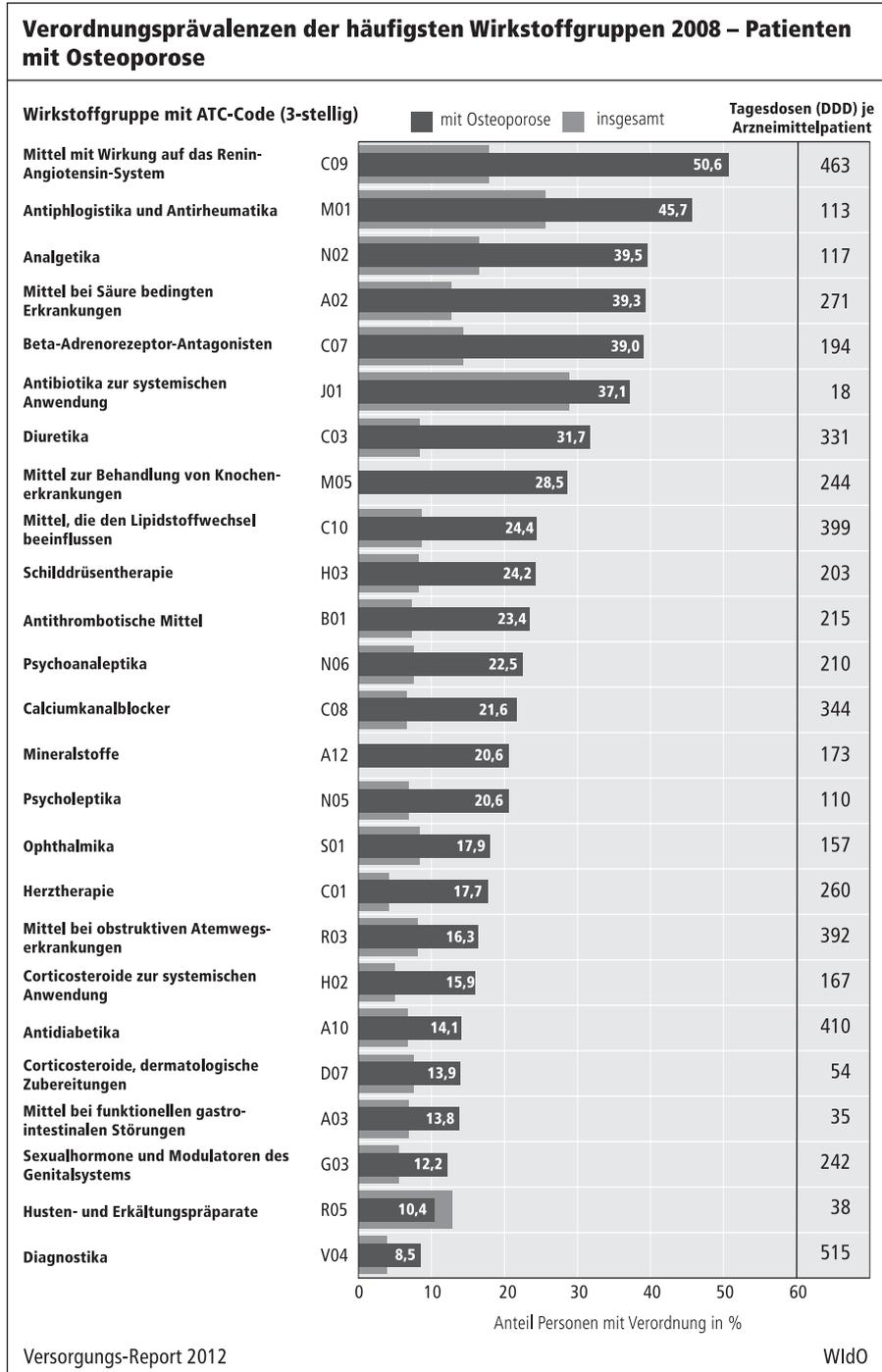
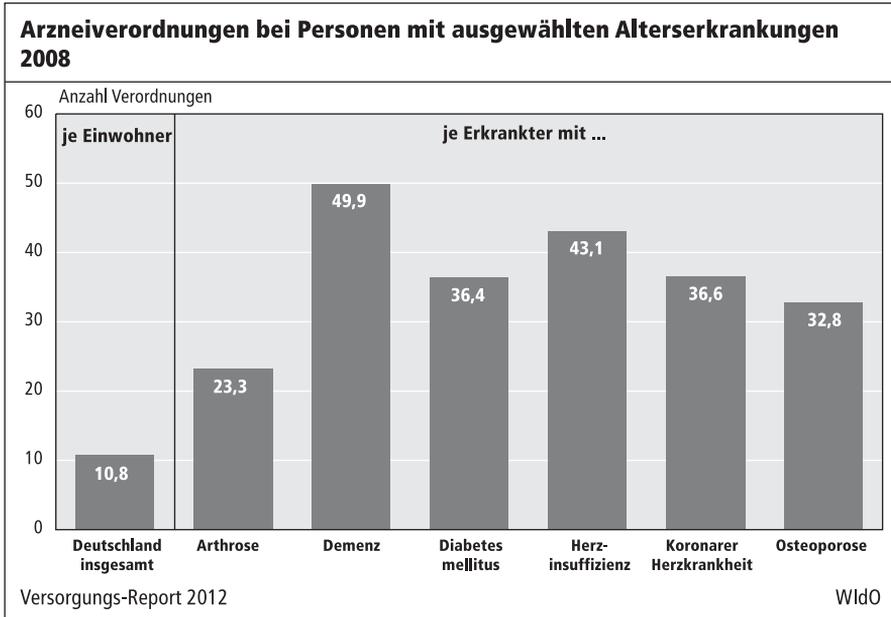


Abbildung 21–10



21.5 Ärztliche Inanspruchnahme

Der Abschnitt gliedert sich in einen allgemeinen Teil und eine nach Arztfachgruppen differenzierende Darstellung. Vorangestellt ist die Darstellung der Entwicklung ambulanter Behandlungsfälle pro Kopf ab dem Jahr 2006 a) in Absolutangaben (Tabelle 21–24) sowie in einer Indexdarstellung (Abbildung 21–11), die die Veränderungen von Jahr zu Jahr verdeutlicht. Das Niveau des Ausgangsjahres 2006 wurde auf 100 Prozent gesetzt. In den Darstellungen wird neben den Gesamtangaben für alle Einwohner wie auch in den vorangegangenen Tabellen nach Geschlecht und den drei Altersklassen 1–17 Jahre, 18–59 Jahre, 60 Jahre und älter unterschieden.

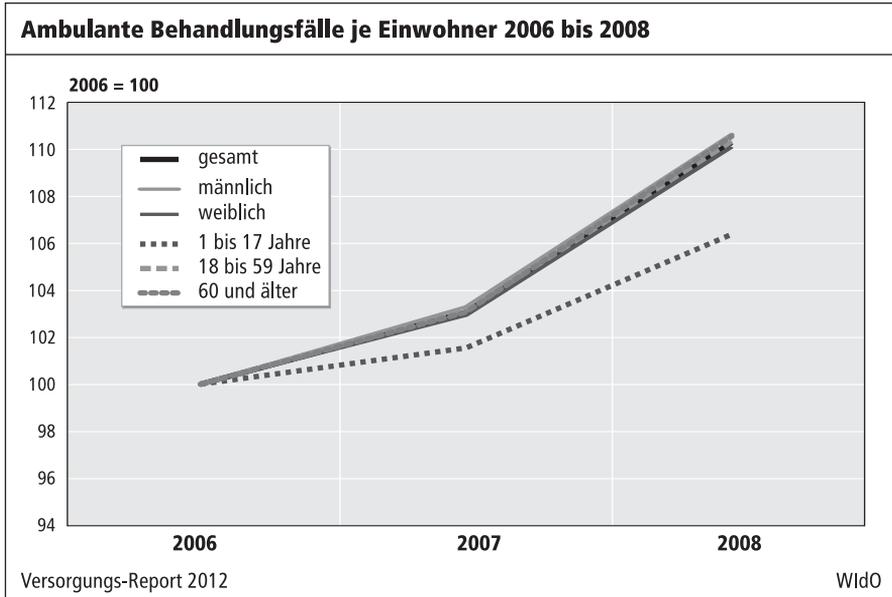
Die Anzahl der Behandlungsfälle nahm im Beobachtungszeitraum um 10 Prozent zu. Die Veränderungsraten unterschieden sich in den betrachteten Subgruppen – mit einer Ausnahme – nicht voneinander. Bei Kindern und Jugendlichen verlief

Tabelle 21–24

Anzahl ambulante Behandlungsfälle je Einwohner im 3-Jahres-Vergleich

Jahr	gesamt	männlich	weiblich	1–17 Jahre	18–59 Jahre	60 und älter
2006	6,2	5,0	7,3	4,8	5,5	8,6
2007	6,4	5,2	7,5	4,9	5,7	8,9
2008	6,8	5,6	8,0	5,1	6,1	9,5

Abbildung 21–11



die Zunahme deutlich moderater. Mit rund 5 Behandlungsfällen hatten Kinder und Jugendliche die geringste Inanspruchnahme ambulanter ärztlicher Leistungen, alte Menschen ab 60 Jahren mit rund 9 Fällen die höchste.

Nach Arztfachgruppen differenziert wird das Geschehen im ambulanten ärztlichen Bereich zunächst für Deutschland insgesamt und dann für die sechs ausgewählten Indikationen dargestellt (Tabellen 21–25 bis 21–31). Die Zuordnung der Ärzte und deren Leistungen – wie etwa Behandlungsfälle – zu Fachgruppen basiert auf der Klassifikation des Jahres 2008. Die damals verwendeten Fachgruppen wurden für die Darstellung zu 12 Gruppen zusammengefasst, die besonders häufig konsultierte Fachgruppen differenzieren. Andere, weniger häufige Arztgruppen werden unter „Sonstige“ zusammengefasst.²⁰ Die Kategorie „Fachgruppe unbekannt“, die nur im Jahr 2008 aufgrund von Umstellungen bei den Arztnummern entstand, wird ebenfalls ausgewiesen. In dieser werden alle Fälle geführt, die 2008 nicht zuordenbar waren.²¹ Dies kann möglicherweise zu Verzerrungen bei anderen Fachgruppen führen.

Da die Kategorie hausärztlich tätiger Ärzte 2008 noch nicht ganzjährig geführt wurde, unterbleibt eine Abgrenzung zwischen haus- und fachärztlicher Tätigkeit. „Hausärztliche Internisten“ beispielsweise zählen zur Gruppe der „Internisten“.

20 Etwa Anästhesisten, Labor- oder Lungenärzte, Neuro- oder Mund-Kiefer-Gesichts-Chirurgen, Pathologen, Psychotherapeutische Ärzte, Radiologen, Nuklearmediziner, Verhaltens- und Psychotherapeuten. Kinder- und Jugendpsychiater werden zu den Nervenärzten gezählt.

21 Zum 1. Juli 2008 wurde die Arztnummernsystematik umgestellt. In der Umstellungsphase gab es Schwierigkeiten, die dazu führten, dass eine große Anzahl an Abrechnungsfällen keiner Arztgruppe (die aus der Arztnummer hervorgeht) zugeordnet werden konnte.

Tabelle 21–25 bis 21–31: Die Bedeutung der Tabellenspalten im Einzelnen*Arztfachgruppe*

Fachgruppe des abrechnenden Arztes auf Basis der Fachgruppen bis Juni 2008. Die Tabellen sind alphabetisch nach Arztfachgruppe sortiert, die Restkategorie „Sonstige“ wird ebenso wie die Gesamtdarstellung an den Schluss gesetzt.

Behandlungsquote

Anteil der Personen in der Bevölkerung (bzw. mit einer ausgewählten Indikation), die im Jahr mindestens einmal beim Arzt der jeweiligen Fachgruppe waren. So sind von allen Deutschen 88,8 Prozent mindestens einmal im Jahr 2008 bei einem niedergelassenen Vertragsarzt (irgendeiner Fachgruppe) gewesen. Bei Internisten ließen sich 29,6 Prozent behandeln. Bei den chronisch erkrankten Personen in allen sechs untersuchten Indikationen lag die Behandlungsquote insgesamt bei über 99 Prozent.

Behandlungsquote: Abweichung zum Vorjahr (nur Tabelle 21–25)

Der Anteil der Personen in ambulanter ärztlicher Behandlung in 2008 wird mit dem des Jahres 2007 verglichen. Die Abweichung wird in Prozentpunkten ausgewiesen. Die Behandlungsquote ist in Deutschland von 2007 auf 2008 um 1,5 Prozentpunkte gestiegen, von rund 87,3 auf 88,8 Prozent.

*Behandlungsfälle je Einwohner (Tabelle 21–25)**Behandlungsfälle je Erkrankter (Tabellen 21–26 bis 21–31)*

Als Behandlungsfall gilt der Besuch einer Person in einem Quartal bei einem Arzt. Eine Person erzeugt mehrere Behandlungsfälle, wenn sie – im selben Quartal – mehrere Ärzte derselben Fachgruppe aufsucht oder wenn sie Ärzte unterschiedlicher Fachgruppen aufsucht.

Im Nenner dieses Quotienten werden alle Personen der dargestellten Gruppe mitgezählt, unabhängig davon, ob sie tatsächlich beim Arzt waren und selbst einen Behandlungsfall verursacht haben oder nicht (Nonuser inklusive). Für einen Diabetiker beispielsweise wurden durchschnittlich 11,6 Behandlungsfälle bei niedergelassenen Ärzten (unabhängig von der Fachgruppe des Arztes) gezählt (Tabelle 21–28). Das entspräche dem regelmäßigen Besuch zweier Ärzte in jedem der vier Quartale eines Jahres plus dem Besuch dreier weiterer Ärzte in je einem Quartal. Von den 11,6 Fällen der Diabetiker wurden im Mittel 3,2 bei Allgemeinmedizinerinnen und 1,8 bei Internisten gezählt. Die restlichen Fälle verteilen sich auf alle anderen Fachgruppen. Die Anzahl der Fälle je Fachgruppe summiert sich zur Anzahl der Fälle gesamt.

*Anteil Fälle je Einwohner (Tabelle 21–25)**Anteil Fälle je Erkrankter (Tabellen 21–26 bis 21–31)*

Die Anzahl der Behandlungsfälle je Fachgruppe (siehe vorherige Spalte) summiert sich zur Anzahl der Fälle gesamt und wird hier als Anteilswert ausgedrückt. Beispielsweise entfallen von den 11,6 Fällen bei Diabetikern im Durchschnitt 15,7 Prozent auf die Fachgruppe der Internisten.

Tabelle 21–25

Inanspruchnahme von Fachärzten 2008 insgesamt

Arztfachgruppe	Behandlungs- quote	Behandlungs- quote	Behand- lungs- fälle	Anteil Fälle	Behandlungs- fälle
		Abw. Vorjahr (in %-Punkten)	je Erkrankter		je amb. Patient der Arztgr.
Allgemeinmediziner	65,7 %	0,5	1,9	28,0 %	2,9
Augenärzte	21,9 %	0,0	0,4	5,4 %	1,7
Chirurgen	11,7 %	0,0	0,2	2,5 %	1,5
Gynäkologen	22,0 %	0,2	0,6	8,0 %	2,5
HNO-Ärzte	14,0 %	-0,1	0,2	3,2 %	1,6
Hautärzte	13,8 %	0,3	0,2	3,3 %	1,6
Internisten	29,6 %	1,7	0,7	10,9 %	2,5
Kinderärzte	11,0 %	0,4	0,3	4,5 %	2,8
Nervenärzte	8,9 %	0,2	0,2	2,9 %	2,2
Orthopäden	16,3 %	0,0	0,3	4,1 %	1,7
Urologen	7,0 %	-0,1	0,1	2,0 %	1,9
Sonstige	46,1 %	-0,4	1,1	15,6 %	2,3
Fachgruppe unbekannt	36,8 %	entfällt	0,7	9,6 %	1,8
Insgesamt	88,8 %	1,5	6,8	100,0 %	7,7

Versorgungs-Report 2012

WIdO

Tabelle 21–26

Arthrosepatienten – Inanspruchnahme von Fachärzten 2008

Arztfachgruppe	Behandlungs- quote	Behandlungs- fälle	Anteil Fälle	Behandlungs- fälle
		je Erkrankter		je amb. Patient der Arztgr.
Allgemeinmediziner	84,1 %	3,0	25,5 %	3,6
Augenärzte	41,2 %	0,8	6,7 %	1,9
Chirurgen	22,7 %	0,4	3,1 %	1,6
Gynäkologen	25,7 %	0,6	5,0 %	2,3
HNO-Ärzte	21,5 %	0,4	3,0 %	1,6
Hautärzte	19,8 %	0,4	3,0 %	1,8
Internisten	51,3 %	1,5	12,7 %	2,9
Kinderärzte	0,5 %	0,0	0,1 %	1,4
Nervenärzte	17,3 %	0,4	3,2 %	2,2
Orthopäden	47,7 %	1,0	8,2 %	2,0
Urologen	15,4 %	0,3	2,7 %	2,1
Sonstige	70,2 %	2,0	16,7 %	2,8
Fachgruppe unbekannt	58,2 %	1,2	10,1 %	2,0
Insgesamt	100,0 %	11,8	100,0 %	11,8

Versorgungs-Report 2012

WIdO

Tabelle 21–27

Demenzpatienten – Inanspruchnahme von Fachärzten 2008

Arztfachgruppe	Behandlungs- quote	Behandlungs- fälle	Anteil Fälle	Behandlungs- fälle
		je Erkrankter		je amb. Patient der Arztgr.
Allgemeinmediziner	87,4 %	3,4	33,3 %	3,9
Augenärzte	30,2 %	0,6	6,0 %	2,1
Chirurgen	12,7 %	0,2	1,8 %	1,5
Gynäkologen	8,8 %	0,2	1,7 %	2,0
HNO-Ärzte	15,9 %	0,3	2,5 %	1,6
Hautärzte	16,7 %	0,3	3,1 %	1,9
Internisten	43,4 %	1,2	12,1 %	2,9
Kinderärzte	0,8 %	0,0	0,1 %	1,3
Nervenärzte	37,2 %	1,1	10,5 %	2,9
Orthopäden	12,2 %	0,2	2,3 %	1,9
Urologen	16,5 %	0,4	3,9 %	2,4
Sonstige	55,2 %	1,3	12,2 %	2,3
Fachgruppe unbekannt	52,4 %	1,1	10,2 %	2,0
Insgesamt	99,7 %	10,3	100,0 %	10,3

Versorgungs-Report 2012

WIdO

Tabelle 21–28

Diabetespatienten – Inanspruchnahme von Fachärzten 2008

Arztfachgruppe	Behandlungs- quote	Behandlungs- fälle	Anteil Fälle	Behandlungs- fälle
		je Erkrankter		je amb. Patient der Arztgr.
Allgemeinmediziner	83,3 %	3,2	27,7 %	3,9
Augenärzte	52,8 %	1,0	8,7 %	1,9
Chirurgen	16,1 %	0,3	2,2 %	1,6
Gynäkologen	16,8 %	0,4	3,3 %	2,3
HNO-Ärzte	18,2 %	0,3	2,5 %	1,6
Hautärzte	16,4 %	0,3	2,6 %	1,8
Internisten	55,8 %	1,8	15,7 %	3,3
Kinderärzte	0,7 %	0,0	0,2 %	2,7
Nervenärzte	15,6 %	0,4	3,1 %	2,3
Orthopäden	23,1 %	0,4	3,8 %	1,9
Urologen	15,4 %	0,3	2,9 %	2,2
Sonstige	67,6 %	1,8	15,8 %	2,7
Fachgruppe unbekannt	65,3 %	1,4	11,6 %	2,1
Insgesamt	100,0 %	11,6	100,0 %	11,6

Versorgungs-Report 2012

WIdO

Tabelle 21–29

Patienten mit Herzinsuffizienz – Inanspruchnahme von Fachärzten 2008

Arztfachgruppe	Behandlungs- quote	Behandlungs- fälle		Behandlungs- fälle je amb. Patient der Arztgr.
		je Erkrankter		
Allgemeinmediziner	85,4 %	3,3	29,3 %	3,9
Augenärzte	41,6 %	0,9	7,6 %	2,1
Chirurgen	15,9 %	0,3	2,2 %	1,6
Gynäkologen	11,8 %	0,3	2,3 %	2,2
HNO-Ärzte	18,5 %	0,3	2,7 %	1,6
Hautärzte	16,3 %	0,3	2,7 %	1,9
Internisten	57,7 %	1,9	16,5 %	3,2
Kinderärzte	0,6 %	0,0	0,1 %	1,2
Nervenärzte	15,6 %	0,4	3,2 %	2,3
Orthopäden	20,3 %	0,4	3,5 %	2,0
Urologen	16,8 %	0,4	3,4 %	2,3
Sonstige	64,4 %	1,7	15,0 %	2,6
Fachgruppe unbekannt	60,5 %	1,3	11,5 %	2,1
Insgesamt	99,7 %	11,3	100,0 %	11,3

Versorgungs-Report 2012

WIdO

Tabelle 21–30

Patienten mit Koronarer Herzkrankheit – Inanspruchnahme von Fachärzten 2008

Arztfachgruppe	Behandlungs- quote	Behandlungs- fälle		Behandlungs- fälle je amb. Patient der Arztgr.
		je Erkrankter		
Allgemeinmediziner	83,0 %	3,2	27,1 %	3,9
Augenärzte	44,9 %	0,9	7,7 %	2,0
Chirurgen	16,6 %	0,3	2,2 %	1,6
Gynäkologen	12,6 %	0,3	2,3 %	2,2
HNO-Ärzte	20,7 %	0,3	2,9 %	1,7
Hautärzte	17,7 %	0,3	2,8 %	1,9
Internisten	64,8 %	2,1	17,9 %	3,3
Kinderärzte	0,4 %	0,0	0,0 %	1,2
Nervenärzte	15,4 %	0,4	3,0 %	2,3
Orthopäden	24,1 %	0,5	4,0 %	2,0
Urologen	20,0 %	0,5	3,8 %	2,3
Sonstige	67,3 %	1,8	15,3 %	2,7
Fachgruppe unbekannt	62,2 %	1,3	11,0 %	2,1
Insgesamt	99,8 %	11,8	100,0 %	11,8

Versorgungs-Report 2012

WIdO

Tabelle 21–31

Osteoporosepatienten – Inanspruchnahme von Fachärzten 2008

Arztfachgruppe	Behandlungs- quote	Behandlungs- fälle	Anteil Fälle	Behandlungs- fälle
		je Erkrankter		je amb. Patient der Arztgr.
Allgemeinmediziner	84,3 %	3,2	24,6 %	3,8
Augenärzte	48,7 %	1,0	7,7 %	2,1
Chirurgen	18,9 %	0,3	2,3 %	1,6
Gynäkologen	31,0 %	0,7	5,5 %	2,3
HNO-Ärzte	23,2 %	0,4	2,9 %	1,6
Hautärzte	21,2 %	0,4	3,0 %	1,8
Internisten	56,0 %	1,8	13,6 %	3,1
Kinderärzte	0,5 %	0,0	0,1 %	1,5
Nervenärzte	19,0 %	0,4	3,4 %	2,3
Orthopäden	41,6 %	1,0	7,4 %	2,3
Urologen	13,6 %	0,3	2,2 %	2,1
Sonstige	72,8 %	2,2	16,9 %	3,0
Fachgruppe unbekannt	61,6 %	1,3	10,1 %	2,1
Insgesamt	100,0 %	12,9	100,0 %	12,9

Versorgungs-Report 2012

WlD0

In der letzten Spalte ändert sich gegenüber der bisherigen Darstellung die Bezugsgröße. Die letzte Kennzahl der Tabellen wird nicht mehr auf alle Personen in der betrachteten Population, sondern ausschließlich auf Patienten bezogen – also nur auf diejenigen Personen, die tatsächlich bei einem niedergelassenen Arzt in Behandlung waren. Damit gilt auch eine andere Interpretationslogik.

Behandlungsfälle je ambulanter Patient dieser Arztgruppe

Diabetiker, die sich beim Internisten behandeln ließen, verursachten dort im Mittel 3,3 Behandlungsfälle.

Die Einzelübersichten werden durch zwei Überblicksgrafiken zur ärztlichen Inanspruchnahme in Deutschland insgesamt ergänzt. Abbildung 21–12 stellt die ambulanten Behandlungsfälle verschiedener Patientengruppen gegenüber und verdeutlicht den Unterschied zwischen einem „durchschnittlichen“ Patienten mit „durchschnittlicher“ Morbidität und chronisch erkrankten Patienten. Die Inanspruchnahme von niedergelassenen Ärzten ist bei Patienten mit chronischen Alterserkrankungen etwa doppelt so hoch wie im Mittel in der deutschen Bevölkerung.

In Abbildung 21–13 werden die Behandlungsfälle je Einwohner nach Arztfachgruppen aufgeschlüsselt. Die Mehrzahl aller Behandlungsfälle verzeichnen die Allgemeinmediziner, gefolgt von den Internisten. Die sich ergebenden Profile der Inanspruchnahme von Fachärzten unterscheiden sich in den hier dargestellten Patientengruppen, so werden etwa Orthopäden von Arthrose- und Osteoporosepatienten deutlich häufiger aufgesucht als dies im Durchschnitt über alle Einwohner der Fall ist (Tabelle 21–26 und 21–31).

Abbildung 21–12

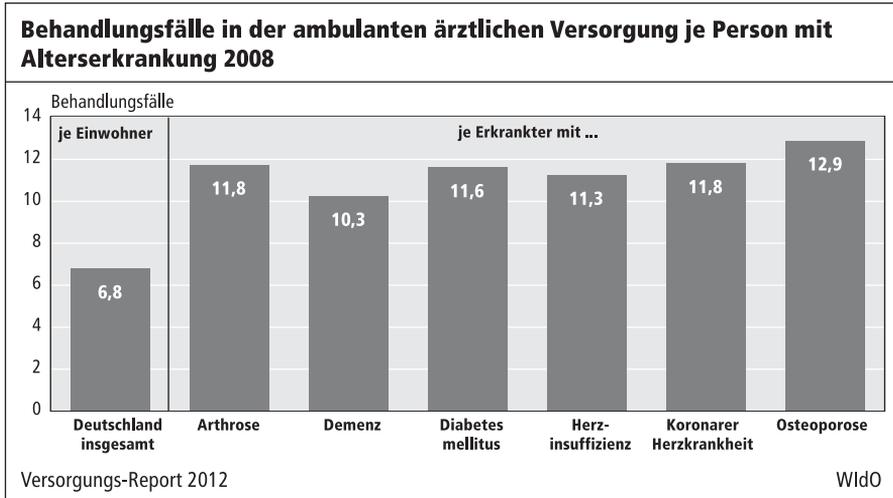
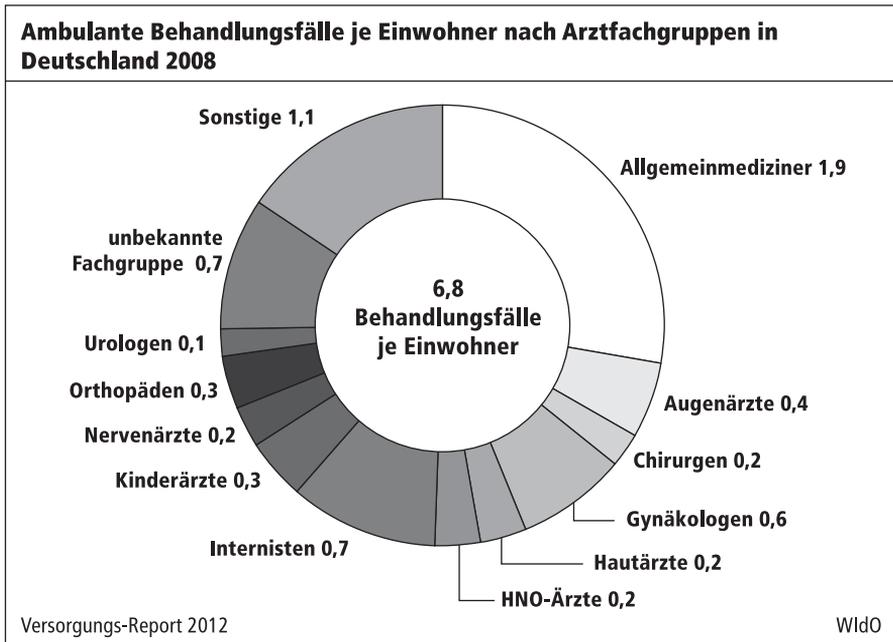


Abbildung 21–13



21.6 Verteilung der Ausgaben

Ergänzend zu den Parametern der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen werden im Folgenden die Kosten näher beschrieben. Dieser Abschnitt geht der Frage nach, wie sich die Kosten auf Personen verteilen und wie sich die Inanspruchnahme, gemessen an den Ausgaben, auf Teilmengen von Personen konzentriert. Grundlage der Darstellung sind die Ausgaben aller im Jahr 2008 bei der AOK versicherten Personen. Für die Analyse wurden die Ausgaben der drei umsatzintensivsten Leistungsbereiche Arzneimittelversorgung, stationäre Versorgung und ambulante ärztliche Versorgung aufsummiert.²² Damit sind rund 80 Prozent der gesamten Leistungsausgaben repräsentiert.

Die Ausgabenverteilung wird in Abbildung 21–14 anhand von Lorenzkurven dargestellt, und zwar sowohl insgesamt für alle Personen als auch differenziert nach den drei Altersgruppen

- 1–17 Jahre
- 18–59 Jahre
- 60 Jahre und älter.

Auf der Waagerechten sind die Personen jeweils eingeteilt in Teilmengen von einem Prozent der Gesamtpersonenzahl (Perzentile) dargestellt, und zwar absteigend sortiert nach der Höhe der jeweiligen Ausgaben in jedem Perzentil. Links finden sich die Personen mit den höchsten Ausgaben, rechts die mit den niedrigsten Ausgaben. Auf der Senkrechten sind die Gesamtkosten für jedes Perzentil abgetragen, und zwar jeweils von unten nach oben kumuliert.

Die prozentuale Verteilung der Ausgaben auf versicherte Personen zeigt eine ausgeprägte Asymmetrie: Auf rund 20 Prozent der Versicherten entfallen rund 80 Prozent der Ausgaben. Die teuersten fünf Prozent der Population beanspruchen über die Hälfte aller Leistungen (siehe auch Tabelle 21–32).

Den am stärksten nach oben gewölbten Kurvenverlauf weisen die 18- bis 59-Jährigen auf. Bei ihnen liegt somit die stärkste Disparität in der Kostenverteilung vor: Auf vergleichsweise wenige Personen konzentrieren sich besonders hohe Ausgaben, auf vergleichsweise viele Personen entfallen nur geringe Ausgaben.

Die gleichmäßigste Verteilung der Kosten ist bei den Älteren (60 Jahre und älter) zu verzeichnen. Die betreffende Kurve verläuft flacher als die der anderen Altersklassen; damit entfallen auch auf die Personen mit geringerer Inanspruchnahme mehr Kosten als bei den Jüngeren. Tabelle 21–32 ergänzt die grafische Darstellung mit den wichtigsten Angaben.

²² Für die gewählte Darstellung wurde auf AOK-Daten zurückgegriffen und keine Alters- und Geschlechtsadjustierung vorgenommen.

Abbildung 21–14

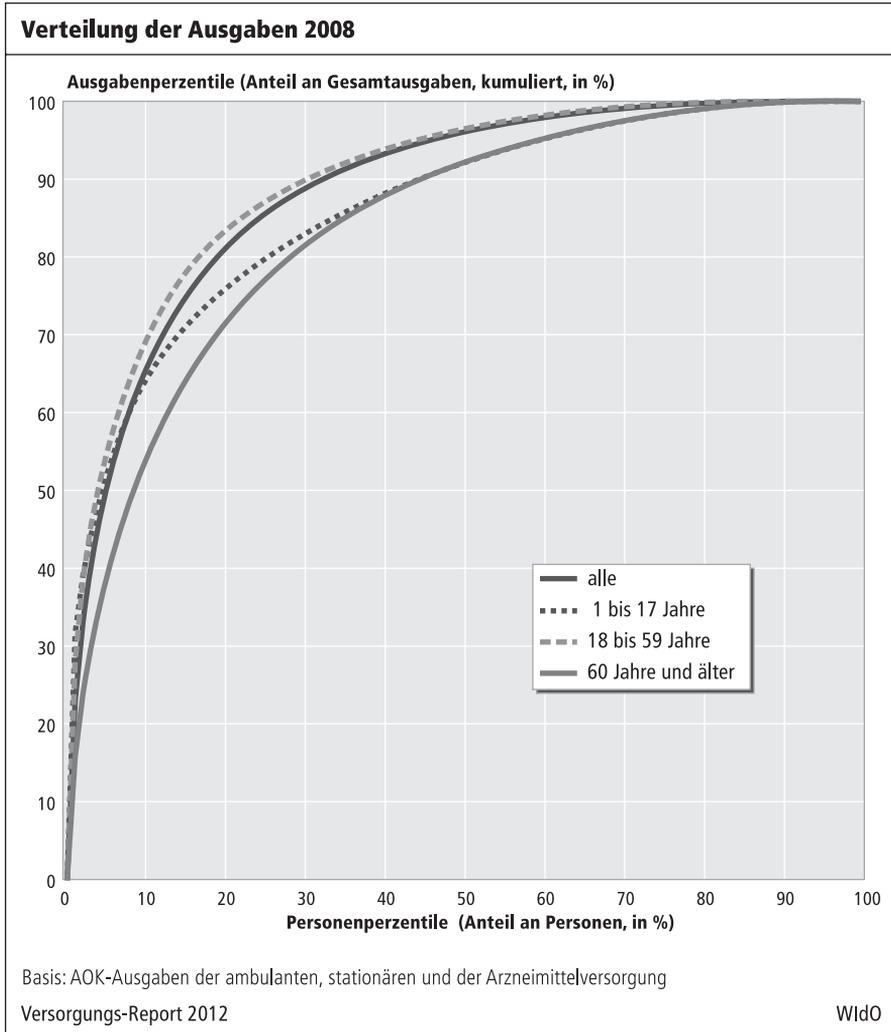


Tabelle 21–32

Verteilung der Ausgaben auf Versicherte

Auf ... % der Population mit hoher Inanspruchnahme entfallen ... % der Gesamtausgaben*	alle	1 bis 17 Jahre	18 bis 59 Jahre	60 und mehr Jahre
... das oberste 1 %	23,1 %	31,7 %	28,1 %	15,8 %
... die oberen 5 %	50,5 %	52,1 %	54,9 %	39,0 %
... die oberen 10 %	65,7 %	64,4 %	69,4 %	54,1 %
... die oberen 20 %	81,2 %	76,0 %	83,4 %	71,6 %

* AOK-Ausgaben in der ambulanten, stationären und Arzneimittelversorgung

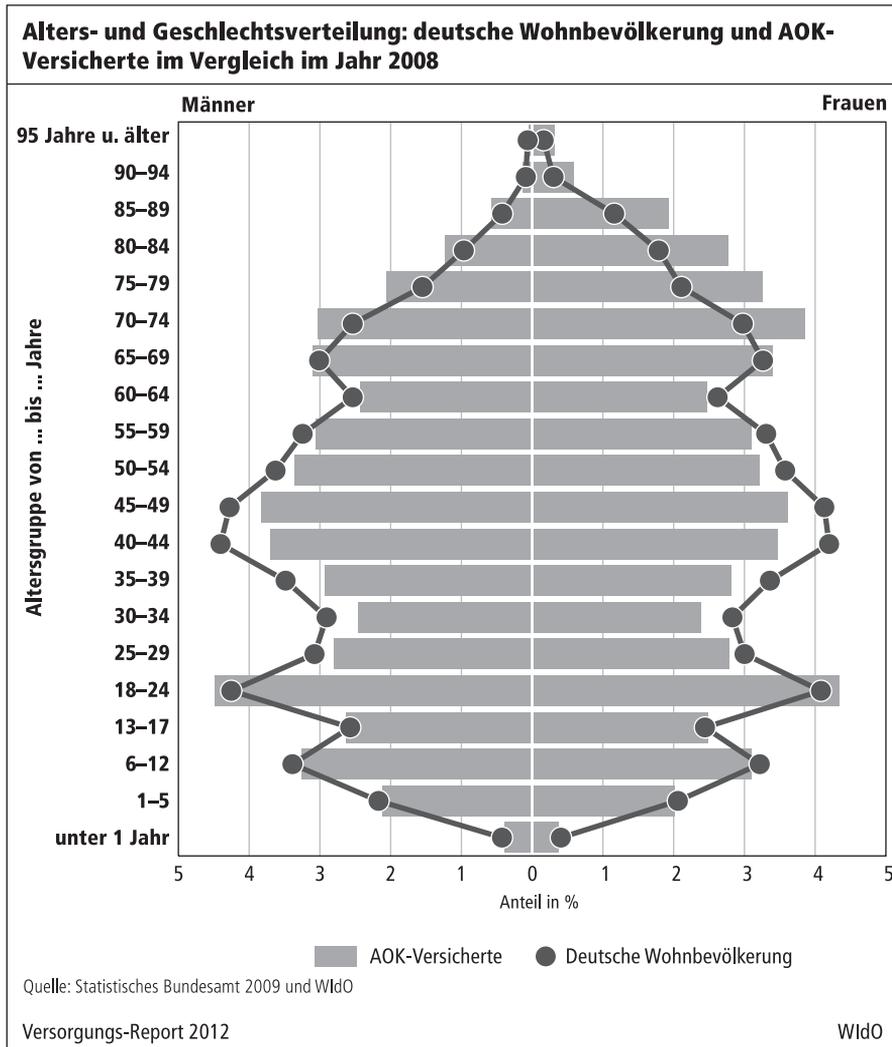
Versorgungs-Report 2012

WIdO

21.7 Deutsche Wohnbevölkerung

Für die Standardisierung der Ergebnisse wurde die Alters- und Geschlechtsverteilung der Bevölkerung in Deutschland im Jahr 2008 zugrunde gelegt. Abbildung 21–15 stellt die Bevölkerung in Fünf-Jahres-Altersklassen dar und differenziert nach männlichen und weiblichen Einwohnern (nach Angaben des Statistischen Bundesamtes).

Abbildung 21–15



21.8 Literatur

- Bitzer EM, Grobe TG, Dörning H, Schwartz FW. Barmer GEK Report Krankenhaus 2010. Schwerpunktthema: Trends in der Endoprothetik des Hüft- und Kniegelenks. Sankt Augustin: Asgard 2010.
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI). Anatomisch-therapeutisch-chemische Klassifikation mit Tagesdosen. Köln 2009.
- Fricke U, Günther J, Zawinell A. Anatomisch-therapeutisch-chemische Klassifikation mit Tagesdosen für den deutschen Arzneimittelmarkt. Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO) (Hrsg). Bonn 2007.
- Gerste B. Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen durch Patienten mit koronarer Herzkrankheit oder Herzinsuffizienz. In: Günster C, Klose J, Schmacke N. Versorgungs-Report 2011. Stuttgart 2011; 103–27.
- Gerste B, Gutschmidt S. Datenqualität von Diagnosedaten aus dem ambulanten Bereich – Kritische Anmerkungen am Beispiel Diabetes. Gesundheits- und Sozialpolitik 2006; 3–4: 10–24
- Hauner H, Köster I, Ferber L von. Prävalenz des Diabetes mellitus in Deutschland 1998–2001. Deutsche Medizinische Wochenschrift 2003; 128: 2632–7.
- Schubert I, Ihle P, Köster I. Versorgungsmonitoring mit Routinedaten: Versichertenstichprobe AOK Hessen/KV Hessen. In: Fuchs C, Kurth BM, Scriba PC (Hrsg.). Report Versorgungsforschung. Band 1. Köln: Deutscher Ärzteverlag 2008; 9–19.
- Swart E, Deh U, Robra BP. Die Nutzung der GKV-Daten für die kleinräumige Analyse und Steuerung der stationären Versorgung. BUNDESGESUNDHEITSBLATT Volume 51, Number 10, 1183–92, DOI: 10.1007/s00103-008-0653-z.
- Statistisches Bundesamt. Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern. Fachserie 12, Reihe 6.2.1. Wiesbaden 2009a.
- Statistisches Bundesamt. Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik (DRG-Statistik). Fachserie 12, Reihe 6.4. Wiesbaden 2009b.
- Swart E, Ihle P (Hrsg.). Routinedaten im Gesundheitswesen. Handbuch Sekundärdatenanalyse: Grundlagen, Methoden und Perspektiven. Bern: Verlag Hans Huber 2005.

Danksagung

Besonderer Dank gilt Jürgen Adler, der zuverlässig, souverän und unermüdlich die Datenaufbereitung unterstützt und so zum rechtzeitigen Gelingen dieses sehr umfangreichen Teils beigetragen hat.

Der Versorgungs-Report 2012 im Internet

Alle Tabellen und Abbildungen des Versorgungs-Reports 2012 stehen im Internetportal unter der Adresse www.versorgungs-report-online.de zur Verfügung und können unter Berücksichtigung des Copyrights heruntergeladen und in eigene Arbeiten übernommen werden. Mit den Daten können eigene Berechnungen durchgeführt werden.

Gehen Sie bitte auf die oben genannte Internetseite und lassen Sie sich – falls noch nicht geschehen – registrieren. Folgen Sie dem Link: „Dann registrieren Sie sich [hier]!“. Nach dem Klick öffnet sich ein Formular zur Registrierung. Bitte füllen Sie die mit einem Stern markierten Pflichtfelder aus und klicken Sie dann unten auf den Button „absenden“. Sobald Ihre Angaben vom Schattauer Verlag überprüft wurden, erhalten Sie per E-Mail die Zugangsberechtigung zum Internetportal. Jetzt können Sie sich anmelden und den vorne in der Innenseite des Buchumschlags eingedruckten Code eingeben und die unten aufgeführten Materialien herunterladen.

Sollten Sie schon im Internetportal des Versorgungs-Reports registriert sein, so müssen Sie nach dem Einloggen nur den Code für den Versorgungs-Report 2012 zusätzlich eingeben.

Im Internetportal zum Versorgungs-Report 2012 finden Sie:

- Inhaltsverzeichnis
- Zusammenfassungen der Beiträge (deutsch/englisch)
- alle Abbildungen im pdf- und eps-Format
- alle Tabellen im xls- und pdf-Format

Zusätzlich zum Buch im Internetportal:

- Ergänzende Tabellen zu Kapitel 21:

Tabelle 21–1 „Prävalenzen und Hospitalisierungsquoten nach ICD-Dreisteller 2008“ wird auf 1 560 Diagnosen erweitert dargestellt

Tabelle 21–7 „Prävalenzen und Hospitalisierungsquoten nach Diagnosegruppen 2007“ erweitert auf 273 Diagnosegruppen

Tabellen 21–9 bis 21–15 „Die häufigsten stationären Behandlungsanlässe 2008 bei Krankenhauspatienten in Deutschland (insgesamt sowie für Personen mit Arthrose, Demenz, Diabetes mellitus, Herzinsuffizienz, Koronare Herzkrankheit und Osteoporose)“ werden im Internetportal auf 100 Diagnosen erweitert dargestellt.

This page intentionally left blank

Autorenverzeichnis



Prof. Dr. rer. pol. Sabine Bartholomeyczik
Private Universität Witten/Herdecke gGmbH, Fakultät
für Medizin, Institut für Pflegewissenschaft,
Stockumer Straße 12, 58453 Witten

Geboren 1944. Nach der Ausbildung zur Krankenschwester in Heidelberg Pflegepraxis in Berlin und Mannheim. Studium der Soziologie und Psychologie an der Universität Mannheim mit anschließender wissenschaftlicher Mitarbeit im Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie des Bundesgesundheitsamtes, Berlin. Promotion zum Dr. rer. pol. (FU Berlin), ein Jahr als Guest Researcher beim AIDS-Programm im CDC (Centers for Disease Control) in Atlanta, USA. 1993 Berufung als Professorin für Pflegewissenschaft an die Fachhochschule Frankfurt am Main. 1999 Habilitation und 2001 Berufung auf den Lehrstuhl Epidemiologie/Pflegewissenschaft an der Universität Witten/Herdecke. Seit 2009 Sprecherin des Deutschen Zentrums für neurodegenerative Erkrankungen (DZNE), Standort Witten.



Priv.-Doz. Dr. med. Clemens Becker
Klinik für Geriatrische Rehabilitation,
Robert-Bosch-Krankenhaus, Auerbachstraße 10,
70376 Stuttgart

Studium der Medizin an den Universitäten Frankfurt und Gießen. Klinische Spezialisierung auf Innere Medizin und Geriatrie am akademischen Lehrkrankenhaus Tübingen. Leiter des Kompetenzzentrums für Klinische Gerontologie und Chefarzt der Klinik für Geriatrische Rehabilitation am Robert-Bosch-Krankenhaus Stuttgart. Forschungsgebiete: Sturzprävention, Frakturepidemiologie, Rehabilitation im hohen Lebensalter, chronischer Schlaganfall, pflegende Angehörige, Gerontechnologie.



Björn Broge
**AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung
und Forschung im Gesundheitswesen GmbH,
Maschmühlenweg 8–10, 37073 Göttingen**

Diplom-Kaufmann. Seit 1995 beim AQUA-Institut tätig, zunächst als wissenschaftlicher Mitarbeiter und seit 2002 als Projektleiter und Prokurist. Schwerpunkte seiner Arbeit sind die Evaluation neuer Versorgungsformen sowie die Entwicklung von Qualitätsindikatoren und Feedback-Systemen. Im Rahmen der Aufgaben des AQUA-Instituts als fachlich unabhängige Institution nach § 137a SGB V leitet er die Entwicklung und Umsetzung der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung. Gemeinsam mit den beiden anderen QISA-Herausgebern hat er den Band B (Allgemeine Indikatoren) erarbeitet.



Patrick Brzoska, MSc
**Abteilung Epidemiologie & International Public Health,
Fakultät für Gesundheitswissenschaften,
Universität Bielefeld, Universitätsstraße 25,
33615 Bielefeld**

Studium der Gesundheitswissenschaften an der Universität Bielefeld. Seit 2006 in der Abteilung Epidemiologie & International Public Health an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld. Zu seinen Arbeitsschwerpunkten gehören die Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund, Kultur und chronische Krankheiten, Versorgungsforschung sowie die Entwicklung von Forschungsinstrumenten und -methoden.



Ines Buscher

Arbeitsgruppe Wissenszirkulation und Implementierungsforschung, Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen e. V. (DZNE), Standort Witten, Stockumer Straße 12, 58453 Witten

Seit Mai 2010 wissenschaftliche Mitarbeiterin der Arbeitsgruppe Wissenszirkulation und Implementierungsforschung am DZNE-Standort Witten. Vorher arbeitete sie ebenfalls als wissenschaftliche Mitarbeiterin in dem vom BMG geförderten Leuchtturmprojekt QUIKK an den Kaiserswerther Seminaren in Düsseldorf. Sie schloss 1999 ihre Ausbildung als Krankenschwester ab und arbeitete bis 2005 in diesem Beruf. 2005 begann sie ein Studium der Pflegewissenschaft an der Evangelischen Fachhochschule Rheinland/Westfalen-Lippe in Bochum und erwarb dort 2009 ihr Diplom.



Dr. rer. pol. Regine Chenot

AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH, Maschmühlenweg 8–10, 37073 Göttingen

Diplom-Soziologin. Langjährige Projekterfahrung u. a. in der Auswertung von Routinedaten und der Etablierung von Case-Finding-Strategien in der hausärztlichen Praxis. Für 2007 hat sie ein TH Marshall-Fellowship zur Evaluation des Quality and Outcomes Framework (QOF) im britischen National Health Service erhalten. Im Göttinger AQUA-Institut ist sie für die Entwicklung und Veröffentlichung des Qualitätsindikatoren-Systems für die ambulante Versorgung QISA verantwortlich. Als Autorin ist sie an den QISA-Bänden A (QISA stellt sich vor), C3 (Bluthochdruck) und F1 (Hausärztliche Palliativversorgung) beteiligt. Ein weiterer Schwerpunkt ihrer Arbeit ist die Neuentwicklung von externen sektorenübergreifenden Qualitätssicherungsverfahren.



Andreas Dethloff, M. A.
Lehrstuhl für Empirische Sozialforschung und
Demografie, Universität Rostock, Ulmenstraße 69,
18057 Rostock

Geboren 1979. 2004 bis 2008 Studium der Neueren Geschichte Europas und Politikwissenschaft an der Universität Rostock. 2008 B.A., 2010 M.A. Von 10/2010 bis 12/2010 wissenschaftlicher Mitarbeiter am Rostocker Zentrum zur Erforschung des Demografischen Wandels, u. a. im Landes-Exzellenzförderprojekt „A History of Aging Societies“. Seit 2010 Promotionsstudent am Historischen Institut der Universität Rostock. Von 01/2011 bis 03/2011 wissenschaftliche Hilfskraft am Arbeitsbereich Geschichte der Medizin der Universität Rostock. Seit 04/2011 wissenschaftlicher Mitarbeiter am Lehrstuhl für Empirische Sozialforschung und Demografie der Universität Rostock. Gegenwärtige Forschungsschwerpunkte: demografischer Wandel, historische Demografie, Geschichte der Frühen Neuzeit und Militärgeschichte.



Claudia Dinand
Deutsches Zentrum für Neurodegenerative
Erkrankungen e. V. (DZNE), Standort Witten,
Stockumer Straße 12, 58453 Witten

Geboren 1968. 1988 Ausbildung zur Krankenschwester, seither Tätigkeit in verschiedenen Bereichen der Krankenpflege. Studium der Pflegewissenschaft (BScN 2002, MScN 2007) an der Universität Witten/Herdecke. Seit 2008 freiberufliche Dozentin, 2008–2010 wissenschaftliche Mitarbeiterin (projektgebunden) am Department für Pflegewissenschaft, Universität Witten/Herdecke. Seit 2010 wissenschaftliche Mitarbeiterin am Deutschen Zentrum für neurodegenerative Erkrankungen (DZNE), Witten.



Prof. Dr. rer. soc. oec. Gabriele Doblhammer
Lehrstuhl für Empirische Sozialforschung und
Demografie, Universität Rostock, Ulmenstraße 69,
18057 Rostock

Studium der Sozial- und Wirtschaftswissenschaften an der Universität Wien. 1997 Promotion. 1997–2004 wissenschaftliche Mitarbeiterin am Max-Planck-Institut für Demografische Forschung, Rostock. 2002 Visiting Associate Professor an der DUKE University, North Carolina, USA. 2004 Habilitation an der Universität Wien, Institut für Statistik und Decision Support System. Seit 2004 Lehrstuhl für Empirische Sozialforschung und Demografie, Universität Rostock. Seit 2006 Direktorin des Rostocker Zentrums zur Erforschung des Demografischen Wandels. Seit 2009 Leiterin des Nationalen Demenzregisters Deutschland am Deutschen Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen, Bonn. Forschungsschwerpunkte: Determinanten der Langlebigkeit; soziale Ungleichheit und Lebenserwartung; Pflege und Versorgung in einer alternden Gesellschaft; Demografie der Demenz.



Dr. med. Peter Engeser
Universität Heidelberg, Abteilung Allgemeinmedizin und
Versorgungsforschung, Voßstraße 2, 69115 Heidelberg

Geboren 1954. 1976–1982 Studium der Medizin in Brüssel, Hannover, Heidelberg und Tübingen. 1982–1987 Facharztausbildung für Allgemeinmedizin. 1987 Niederlassung als Allgemeinmediziner in Pforzheim. 1997 Lehrauftrag für Allgemeinmedizin in Heidelberg. Seit 2003 Sprecher der Sektion Versorgungsaufgaben der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin im Präsidium der DEGAM und des Arbeitskreises Palliativmedizin innerhalb der Sektion. 2007 Zusatzbezeichnung Palliativmedizin und Umweltmedizin. Arbeitsschwerpunkte: Allgemeinmedizin, Palliativmedizin, auch im hausärztlichen Versorgungsbereich, Aufbau von palliativmedizinischen Netzwerken, Angehörigenunterstützung.



Luzia Erhardt-Beer
AOK Baden-Württemberg – Die Gesundheitskasse,
Hauptverwaltung, Heilbronner Straße 184,
70191 Stuttgart

Diplom-Sozialpädagogin (BA). Referentin der AOK Baden-Württemberg (Hauptverwaltung) im Fachbereich Versorgungsmanagement; Referat Rehabilitation und Sozialer Dienst. Seit 2002 Leiterin des Projekts „Sturzprävention – Aktiv bleiben im Pflegeheim“. Weitere Themenfelder: Hilfen für Pflegende, Selbsthilfeförderung.



Univ.-Prof. Dr. rer. pol. Stefan Felder
Wirtschaftswissenschaftliche Fakultät, Universität Basel,
Peter-Merian-Weg 6, CH-4002 Basel

1997–2008 Professor für Gesundheitsökonomie an der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg. Danach übernahm er den Lehrstuhl für Gesundheitsökonomik an der Universität von Duisburg-Essen. Seit Anfang 2011 ist er Extraordinarius für „Health Economics“ an der Universität Basel. In Essen baut er mit dem RWI und Kollegen der Fakultät das deutsche Forschungszentrum für Gesundheitsökonomik CINCH auf, das sich mit Wettbewerb auf Krankenversicherungs- und Gesundheitsmärkten befasst.



Bettina Gerste
Wissenschaftliches Institut der AOK,
Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin

Geboren 1959. Studium der Soziologie und Ethnologie an der Universität Köln. Währenddessen Tätigkeit am Forschungsinstitut für Soziologie in Köln. Seit 1992 im Wissenschaftlichen Institut der AOK in verschiedenen Projekten tätig, seit 2006 im Bereich Integrierte Analysen.



Prof. Dr. phil. Stefan Görres
Institut für Public Health und Pflegeforschung,
Grazer Straße 4, 28359 Bremen

Seit 1994 Hochschullehrer an der Universität Bremen mit Schwerpunkten in Pflegewissenschaft und Gerontologie. Prodekan des Fachbereichs 11 Human- und Gesundheitswissenschaften. Mitglied der Forschungskommission des Akademischen Senats. Geschäftsführender Direktor des Instituts für Public Health und Pflegeforschung (IPP) der Universität Bremen.



Christian Günster
Wissenschaftliches Institut der AOK,
Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin

Geboren 1966. Studium der Mathematik und Philosophie in Bonn. Seit 1990 im Wissenschaftlichen Institut der AOK tätig. Im Forschungsbereich Krankenhaus Leitung des Projektbereichs Krankenhaus-Analysen. Mitglied der Sachverständigengruppe des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung nach § 17b Abs. 7 KHG. Seit 2006 Forschungsbereichsleiter Integrierte Analysen. Mitherausgeber des Versorgungs-Reports.



Dr. rer. nat. Stefanie Holt-Noreiks
Lehrstuhl für Klinische Pharmakologie, Department
für Humanmedizin, Fakultät für Gesundheit,
Universität Witten/Herdecke
Philipp-Klee-Institut für Klinische Pharmakologie,
Helios Klinikum Wuppertal, Heusnerstraße 40,
42283 Wuppertal

Geboren 1982. Studium der Pharmazie an der Technischen Universität Carolo-Wilhelmina zu Braunschweig. 2007 Approbation als Apothekerin. Seit 2007 wissenschaftliche Mitarbeiterin am Lehrstuhl für Klinische Pharmakologie der Universität Witten/Herdecke. 2011 Promotion an der Universität Witten/Herdecke. Arbeitsgebiet: Pharmakotherapie älterer Menschen, Forschungsprojekt „PRISCUS – Entwicklung eines Modells zur gesundheitlichen Versorgung älterer Menschen mit mehrfachen Erkrankungen“ (BMBF-gefördert).



Prof. Dr. med. Michael Hüll, MD, MSc
Zentrum für Geriatrie und Gerontologie und der Sektion Gerontopsychiatrie und Neuropsychologie, Universitätsklinikum Freiburg, Lehener Straße 88, 79106 Freiburg

Michael Hüll leitet das Zentrum für Geriatrie und Gerontologie des Universitätsklinikums Freiburg. Er beschäftigte sich wissenschaftlich mit Demenzerkrankungen auf der Ebene der Neurobiologie und Bildung. Als Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie und Geriater gehören klinische Therapiestudien zu seinem Hauptaufgabengebiet. Nach einem Zusatzstudium zum Management im Gesundheitswesen leitet er auch Studien zur Versorgungsforschung bei Alterserkrankungen.



Prof. Dr. med. Eva Hummers-Pradier
Institut für Allgemeinmedizin, Medizinische Hochschule Hannover, Carl-Neuberg-Straße 1, 30625 Hannover

Studium der Medizin in Deutschland (Köln) und Frankreich (Clermont-Ferrand, Poitiers). Neben sowie nach ihrer Weiterbildung zur Fachärztin für Allgemeinmedizin war sie an der Abteilung Allgemeinmedizin der Universität Göttingen in Forschung und Lehre tätig, 2004 erfolgte die Habilitation. Seit 2005 leitet sie das Institut für Allgemeinmedizin der Medizinischen Hochschule Hannover. Ihre Forschungsschwerpunkte sind rationale Pharmakotherapie, Gesundheit im Alter, klinische Forschung in der Allgemeinmedizin und Epidemiologie der Primärversorgung auf Basis hausärztlicher Routinedaten. Mitglied in vielen nationalen und internationalen Gremien bzw. Organisationen, u. a. seit 2010 Präsidentin des European General Practice Research Network, EGPRN.



Dr. med. Ulrike Junius-Walker
Institut für Allgemeinmedizin, Medizinische Hochschule
Hannover, Carl-Neuberg-Straße 1, 30625 Hannover

Studium der Medizin in Göttingen und Portsmouth. Fachärztin für Allgemeinmedizin und wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Allgemeinmedizin an der Medizinischen Hochschule Hannover. Ihr Interessensschwerpunkt ist die „Versorgung im Alter“ und die Entwicklung innovativer hausärztlicher Versorgungsprozesse für ältere Patienten. Sie war verantwortlich für das EU-Projekt „Standard Assessment for the Elderly in Primary Care (STEP) und leitet zurzeit das BMBF-Projekt „PräfCheck: proaktive partizipative Behandlungsplanung mit chronisch kranken älteren Patienten“ (DRKS00000792). Gutachterin für die Europäische Kommission im Rahmen „The Ageing Population and Disabilities“.



Joachim Klose
Wissenschaftliches Institut der AOK,
Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin

Geboren 1958. Diplom-Soziologe. Leiter des Forschungsbereichs Ärztliche Versorgung, Betriebliche Gesundheitsförderung und Pflege im Wissenschaftlichen Institut der AOK (WiDO) und Mitherausgeber des Versorgungs-Reports. Nach Abschluss des Studiums der Soziologie an der Universität Bamberg (Schwerpunkt Sozialpolitik und Sozialplanung) zunächst wissenschaftlicher Mitarbeiter im Rahmen der Berufsbildungsforschung an der Universität Duisburg. Seit 1993 wissenschaftlicher Mitarbeiter im WiDO.



Prof. Dr. phil. Adelheid Kuhlmei
Charité – Universitätsmedizin Berlin,
Institut für Medizinische Soziologie,
Luisenstraße 57, 10117 Berlin

Seit 2002 Direktorin des Instituts für Medizinische Soziologie im Zentrum für Human- und Gesundheitswissenschaften der Charité – Universitätsmedizin Berlin, in den Jahren davor Professorin für Soziale Gerontologie und Medizinsoziologie an den Fachhochschulen Neubrandenburg und Braunschweig-Wolfenbüttel. Der Schwerpunkt „Altern, Gesundheitsentwicklung und medizinische sowie pflegerische Versorgung“ steht im Mittelpunkt ihrer wissenschaftlichen Arbeit. Mitglied im Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 1998 bis 2010 und in der 3., 4. und 5. Altenberichtscommission der Bundesregierung.



Dr. med. Norbert Lübke
Kompetenz-Centrum Geriatrie des GKV-Spitzenverbandes und der Medizinischen Dienste,
Hammerbrookstraße 5, 20097 Hamburg

Jahrgang 1958. Medizinstudium in Bochum und Hamburg, Weiterbildung zum FA für Innere Medizin; Klinische Geriatrie, Sozialmedizin, Ärztliches Qualitätsmanagement; berufsbegleitender Studiengang „Sozial- und Gesundheitsmanagement“. Mehrjährige Tätigkeit als Oberarzt in der Geriatrie am Albertinen-Haus Hamburg. Seit 2003 Leiter des Kompetenz-Centrums Geriatrie des GKV-Spitzenverbandes und der Medizinischen Dienste. Aufgabenbereich: Systemberatung der Träger in Fragen der Weiterentwicklung, Qualitätssicherung, Evidenzbasierung, Evaluation und sozialmedizinische Begutachtung geriatrischer Versorgungsstrukturen und Leistungsangebote.



Priv.-Doz. Dr. med. Rainer Markgraf
Allgemeines Krankenhaus Hagen gem. GmbH,
Grünstraße 35, 58095 Hagen

Studium der Medizin in Kiel und Newcastle upon Tyne (England). Promotion an der Christian-Albrechts-Universität Kiel. Facharzt für Innere Medizin, Gastroenterologie, internistische Intensivmedizin und Geriatrie. Habilitation an der Universität Witten/Herdecke 1999 über Score-basierte Qualitätssicherung von Intensivmedizin. Seit 1988 Dozententätigkeit an der Universität Witten/Herdecke. Bis 2007 Chefarzt für Innere Medizin, Gastroenterologie und Geriatrie am Evangelischen Krankenhaus Bethanien Iserlohn sowie am Evangelischen Krankenhaus Schwerte. Seit 2007 Leiter der Gastroenterologie der Medizinischen Klinik des Allgemeinen Krankenhauses Hagen und seit 01.09.2009 Chefarzt der Klinik für Innere Medizin.



Dr. PH Matthias Meinck
Kompetenz-Centrum Geriatrie des GKV-Spitzenverbandes und der Medizinischen Dienste,
Hammerbrookstraße 5, 20097 Hamburg

Geboren 1971. Ausbildung zum Gesundheits- und Krankenpfleger, Soziologiestudium in Berlin und Leipzig mit den Schwerpunkten Volkswirtschaftslehre und Psychologie. Mehrjähriger wissenschaftlicher Mitarbeiter am Lehrstuhl für Sozialmedizin des Instituts für Sozialmedizin und Gesundheitsökonomie (ISMHE) der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg. Promotion an der Fakultät Wirtschaft und Management der TU Berlin. Seit 2003 wissenschaftlicher Mitarbeiter am Kompetenz-Centrum Geriatrie des GKV-Spitzenverbandes und der Medizinischen Dienste (Stellvertretender Leiter).



Ulla Mielke
Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO),
Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin

Geboren 1965. Ausbildung zur Apothekenhelferin. Anschließend zwei Jahre als Apothekenhelferin tätig. Ausbildung zur Bürokauffrau im AOK-Bundesverband. Ab 1987 Mitarbeiterin im damaligen Selbstverwaltungsbüro des AOK-Bundesverbandes. Seit 1991 Mitarbeiterin des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) im Bereich Mediengestaltung. Verantwortlich für die grafische Gestaltung des Versorgungs-Reports und für die Aufbereitung der Daten für das Internet.



Katrin Nink, MPH
Forschungsbereichsleiterin Arzneimittel im
Wissenschaftlichen Institut der AOK (WIdO),
Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin

Geboren 1967. Studium der Pharmazie an der Universität Bonn mit anschließender Tätigkeit als Apothekerin in verschiedenen öffentlichen Apotheken. Aufbaustudium der Gesundheitswissenschaften an der Universität Bielefeld. Zwischen 1998 und 2001 wissenschaftliche Mitarbeiterin bei der Verbraucherzentrale Nordrhein-Westfalen im Bereich Gesundheitlicher Verbraucherschutz. Seit 2001 wissenschaftliche Mitarbeiterin im WIdO, seit 2008 Leiterin des Forschungsbereichs Arzneimittel im WIdO.



Christiane Patzelt

Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung, Medizinische Hochschule Hannover, OE 5410, Carl-Neuberg-Straße 1, 30623 Hannover

Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung an der Medizinischen Hochschule Hannover; zuvor wissenschaftliche Tätigkeit an der Medizinischen Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg im Bereich Medizinische Soziologie und am Institut für Rehabilitationsmedizin. Studium zur Dipl.-Pflegerin und Gesundheitswissenschaftlerin an der Universität Halle-Wittenberg sowie Studium zur Dipl.-Gesundheitswirtin (Studiengang Gesundheitsförderung und -management) an der Hochschule Magdeburg-Stendal. Forschungsschwerpunkte: Prävention und Versorgung spezifischer Zielgruppen, Rehabilitationsforschung, Prävention und Rehabilitation im Alter.



Tina Quasdorf

Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen e. V. (DZNE), Standort Witten, Stockumer Straße 12, 58453 Witten

Nach ihrer Ausbildung zur Krankenschwester und einer mehrjährigen Tätigkeit in verschiedenen Bereichen der Krankenpflege absolvierte sie ein Studium der Pflegewissenschaft am Institut für Pflegewissenschaft der Universität Witten/Herdecke. Sie arbeitete während und nach ihrem Studium in verschiedenen pflegewissenschaftlichen Projekten. Seit 2010 ist sie als wissenschaftliche Mitarbeiterin am Deutschen Zentrum für neurodegenerative Erkrankungen e.V. (DZNE), Standort Witten, tätig.



Priv.-Doz. Dr. med. Kilian Rapp
Klinik für Geriatrische Rehabilitation,
Robert-Bosch-Krankenhaus, Auerbachstraße 10,
70376 Stuttgart

Studium der Medizin an der Universität Tübingen und der Freien Universität Berlin. Facharztausbildung in Innerer Medizin und Epidemiologie. Derzeit Oberarzt an der Klinik für Geriatrische Rehabilitation am Robert-Bosch-Krankenhaus Stuttgart. Forschungsgebiete: Sturzprävention, Sturz- und Frakturepidemiologie, Krebs-epidemiologie.



Prof. Dr. med. Oliver Razum, MSc
Abteilung Epidemiologie & International Public Health,
Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universität
Bielefeld, Universitätsstraße 25, 33615 Bielefeld

Studium der Medizin an der Universität Heidelberg und Tätigkeit als Distriktarzt in Zimbabwe. Promotion und Habilitation in der Abteilung Tropenhygiene und öffentliches Gesundheitswesen der Medizinischen Fakultät der Universität Heidelberg. Seit 2004 Leiter der Abteilung Epidemiologie & International Public Health an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld.



Prof. Dr. phil. Doris Schaeffer
Institut für Pflegewissenschaften, Universität Bielefeld,
Universitätsstraße 25, 33615 Bielefeld

Professorin an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld, dort Leitung der Arbeitsgruppe „Versorgungsforschung/Pflegewissenschaft“, Direktorin des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld, Sprecherin des NRW-Pflegeforschungsverbands „Patientenorientierte Konzepte zur Bewältigung chronischer Krankheit“. Arbeitsschwerpunkte: Bewältigung und Versorgung chronischer Krankheit, Gesundheitserhaltung und -versorgung im Alter, Professionalisierung der Pflege.



Prof. Dr. med. Norbert Schmacke
Universität Bremen, Fachbereich 11 Human- und
Gesundheitswissenschaften, Wilhelm-Herbst-Straße 7,
28334 Bremen

Jahrgang 1948. Studium der Medizin und Soziologie an der Universität Marburg und der Westminster Medical School in London. Facharzt für Innere Medizin, öffentliches Gesundheitswesen und Sozialmedizin. 1994–1999 Präsident der Düsseldorfer Akademie für Gesundheitswesen. 1999–2003 Leiter des Stabsbereichs Medizin beim AOK-Bundesverband. Hochschullehrer am Fachbereich Human- und Gesundheitswissenschaften der Universität Bremen sowie Leiter der dortigen Arbeits- und Koordinierungsstelle Gesundheitsversorgungsforschung. Seit 2004 unparteiisches Mitglied im Gemeinsamen Bundesausschuss.



Svenja Schmitt
Institut für Public Health und Pflegeforschung,
Grazer Straße 4, 28359 Bremen

Diplom-Berufspädagogin der Pflegewissenschaft, Diplom-Pflegewirtin. Forschungsstipendiatin (2004–2006) sowie seit 2006 wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Public Health und Pflegeforschung, Abteilung Interdisziplinäre Alters- und Pflegeforschung, sowie im Studiengang Pflegewissenschaften der Universität Bremen. Seit 2011 Teilnehmerin im plan-m-Mentoring-Programm zur Karriereförderung weiblicher Nachwuchswissenschaftlerinnen und Promovendin an der Universität Bremen.



Anne Schulz, MSc Demografie
Deutsches Zentrum für Neurodegenerative
Erkrankungen e.V. (DZNE), Zentrum für Nervenheilkunde,
Gehlsheimer Straße 20, 18147 Rostock

Studium der Sozialwissenschaften und Demografie an der Universität Rostock. Gegenwärtig ist sie am Deutschen Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen e. V. und an der Universität Rostock als wissenschaftliche Mitarbeiterin tätig. Ihr Arbeitsschwerpunkt ist die Erforschung der Gesundheit älterer Menschen, insbesondere die Demenz und deren Risikofaktoren.



Susanne Sollmann
Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO),
Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin

Studium der Anglistik und Kunsterziehung an der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn und am Goldsmiths College, University of London. 1986–1988 wissenschaftliche Hilfskraft am Institut für Informatik der Universität Bonn. Seit 1989 Mitarbeiterin des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO), u. a im Projekt Krankenhausbetriebsvergleich und im Forschungsbereich Krankenhaus. Verantwortlich für Redaktion und Koordination des Versorgungs-Reports.



Johannes Stock, M. A.
Universitätsklinikum Freiburg, Hugstetter Straße 49,
79106 Freiburg

Experte für Arztnetze und Hausarztmodelle. Von 1998 bis 2008 beim AOK-Bundesverband als Projektleiter für die Entwicklung der zentralen Bausteine für Arztnetze der zweiten Generation sowie für die Beratung und Begleitung von Modellprojekten zuständig. Zuvor hat er von 1989 bis 1998 bei der Baseler Prognos AG gearbeitet. Dort war er an der Evaluation der ersten Health-Maintenance-Organisationen in der Schweiz beteiligt. Seit 2008 ist er beim Universitätsklinikum Freiburg beschäftigt. Einer der drei Herausgeber von QISA und als Autor an den QISA-Bänden A (QISA stellt sich vor) und B (Allgemeine Indikatoren) beteiligt.



Prof. Dr. med. Joachim Szecsenyi
AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung
und Forschung im Gesundheitswesen GmbH,
Maschmühlenweg 8–10, 37073 Göttingen

Jahrgang 1953. Diplom-Soziologe. Seit 2002 Ärztlicher Direktor der Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung am Universitätsklinikum Heidelberg und seit 1995 Geschäftsführer des Göttinger AQUA-Instituts. Seine wissenschaftlichen Schwerpunkte sind Qualitätsindikatoren und Qualitätsförderung im Gesundheitswesen, Versorgung chronisch Kranker und Multimorbidität, Patientenperspektive und Patientensicherheit sowie ärztliche Weiterbildung und Interprofessionalität. Neben der wissenschaftlichen Arbeit war er von 1994 bis 2002 niedergelassener Arzt in einer Gemeinschaftspraxis in Bremke bei Göttingen. Er ist einer der drei Herausgeber von QISA und auch als Autor an verschiedenen Bänden beteiligt.



Dr. med. Gudrun Theile, MPH
Institut für Allgemeinmedizin, Medizinische Hochschule
Hannover, Carl-Neuberg-Straße 1, 30625 Hannover

Studium der Medizin in Göttingen und Hannover und zunächst als Ärztin in geriatrischen und rehabilitativen Kliniken tätig. Seit Abschluss des Aufbaustudiengangs Public Health 2005 ist sie als wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Allgemeinmedizin der Medizinischen Hochschule Hannover beschäftigt. Dort ist sie momentan für mehrere Projekte im Arbeitsfeld „Gesundheit im Alter“ verantwortlich, u. a. für die Teilprojekte der Hannoverischen Allgemeinmedizin im BMBF-geförderten PRISCUS-Verbund.



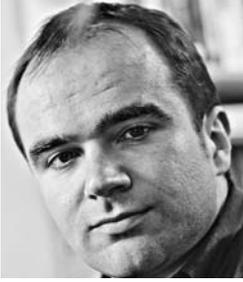
Prof. Dr. med. Petra A. Thürmann
Lehrstuhl für Klinische Pharmakologie, Department
für Humanmedizin, Fakultät für Gesundheit,
Universität Witten/Herdecke
Philipp-Klee-Institut für Klinische Pharmakologie,
Helios Klinikum Wuppertal, Heusnerstraße 40,
42283 Wuppertal

Studium der Humanmedizin von 1979 bis 1986 an der Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt am Main. 1986 bis 1997 wissenschaftliche Assistentin an der Abteilung für Klinische Pharmakologie am Klinikum der Universität, Frankfurt. 1987 Promotion, 1992 Fachärztin für Klinische Pharmakologie, 1997 Habilitation. Seit 1997 Direktorin des Philipp-Klee-Instituts für Klinische Pharmakologie am HELIOS Klinikum Wuppertal und seit 1998 Lehrstuhl für Klinische Pharmakologie an der Universität Witten/Herdecke.



Sebastian Voigt-Radloff, EuMSCOT
Universitätsklinik Freiburg, Zentrum für Geriatrische
Medizin und Gerontologie, Lehener Straße 88,
79106 Freiburg

Geboren 1962. Therapeut und Studienkoordinator am Universitätsklinikum Freiburg seit 1994. Forschungs- und Arbeitsschwerpunkte sind Therapie-Evaluation in der Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie sowie wissenschaftsinitiierte Wirksamkeitsstudien für Menschen mit Demenz (BMG, BMBF, DFG). Koordinator des Projekts zur europäischen Zusammenarbeit in der Ergotherapieforschung und Betätigungswissenschaft (www.uniklinik-freiburg.de/ecotros), Mitherausgeber des deutschsprachigen wissenschaftlichen Journals „ergoscience“ und Mitglied der Arbeitsgruppe der Gesundheitsforschungsrates, die Vorschläge zum Ausbau von Forschungsstrukturen für Gesundheitsfachberufe in Deutschland erarbeitet.



Priv.-Doz. Dr. med. Horst Christian Vollmar, MPH
Deutsches Zentrum für Neurodegenerative
Erkrankungen e. V. (DZNE), Standort Witten,
Stockumer Straße 12, 58453 Witten

Seit 2010 Leitung der Arbeitsgruppe Wissenszirkulation und Implementierungsforschung am DZNE Standort Witten. 1989–1996 Studium der Humanmedizin an der Universität Düsseldorf, Promotion 2000 und Master in Public Health 2005. Nach der Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin 1996–2001 wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Universität Witten/Herdecke, Mitarbeit u. a. in Projekten zur Entwicklung und Implementierung von Leitlinien sowie zur Fortbildung von Hausärzten mit neuen Medien. Er erwarb die Zusatzbezeichnungen für Medizinische Informatik, Ärztliches Qualitätsmanagement sowie Sportmedizin. 2008–2009 am Fraunhofer Institut für System- und Innovationsforschung (ISI) in Karlsruhe als wissenschaftlicher Projektleiter tätig. Derzeitiger Forschungsschwerpunkt: „Wie kann evidenzbasiertes und handlungsrelevantes Wissen zur Demenz nachhaltig an die unterschiedlichen Zielgruppen (Betroffene, Ärzte, Pflegende, Entscheidungsträger) vermittelt werden?“



Prof. Dr. phil. Ulla Walter
Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und
Gesundheitssystemforschung, Medizinische Hochschule
Hannover, OE 5410, Carl-Neuberg-Straße 1,
30623 Hannover

Direktorin des Instituts für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung. Leitung von Projekten u. a. zur Konzeption und Evaluation (Effektivität, Effizienz) von Präventionsprogrammen, zur Evidenzbasierung, zu Qualitätsmanagement, Zugangswegen, Gesundheits- und Alterskonzepten von Professionellen, Steigerung der Inanspruchnahme präventiver Maßnahmen. Die Projekte befassen sich mit verschiedenen Themenfeldern (u. a. Herz-Kreislauf, Rückenbeschwerden, Neurodermitis, Belastungen durch Stress) und Zielgruppen (u. a. Schwangere, Kinder, Erwerbstätige, Ältere, Migranten, Professionelle). Mitglied des wissenschaftlichen Beirats der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) sowie Mitglied der Kommission für den 6. Altenbericht der Bundesregierung.



Dr. PH Klaus Wingenfeld
Institut für Pflegewissenschaften, Universität Bielefeld,
Universitätsstraße 25, 33615 Bielefeld

Geboren 1960. Studium der Soziologie an der Universität Münster. Promotion 2004 an der Bielefelder Fakultät für Gesundheitswissenschaften. 1987–1995 wissenschaftlicher Mitarbeiter in verschiedenen Forschungsinstituten im Gesundheitswesen. Seit 1995 am Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW), jetzt wissenschaftlicher Geschäftsführer des Instituts. Arbeitsschwerpunkte: Qualitätsentwicklung in der stationären Langzeitpflege, Entlassungsmanagement im Krankenhaus, pflegerische Einschätzungsinstrumente.



Dr. rer. nat. Anette Zawinell
Wissenschaftliches Institut der AOK,
Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin

Geboren 1972. Studium der Pharmazie an der Heinrich-Heine-Universität in Düsseldorf. Erstellung der Promotionsarbeit am Institut für Pharmakologie der Universität zu Köln und 2002 Promotion zum Dr. rer. nat. an der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität in Bonn. Seit 2002 Wissenschaftliche Mitarbeiterin im Wissenschaftlichen Institut der AOK (WiDO) im Forschungsbereich Arzneimittel. Fachapothekerin für Arzneimittelinformation.



Prof. Dr. rer. med. Markus Zimmermann
Studiengangsleiter Pflege, Mathias Hochschule Rheine,
Frankenburgstraße 31, 48431 Rheine

Von 2009 bis 2011 Vertretungsprofessur für Klinische Pflegeforschung am IPP der Universität Bremen. Seit April 2011 Professor für Pflege an der Mathias-Hochschule in Rheine, Studiengangsleiter des integrierten BSc Pflege und Forschungsleitung der Mathias-Hochschule. Teilprojektleiter im Sonderforschungsbereich 580.

Index

A

Adipositas 7, 12, 73
AeGE-Studie 199, 240
AGnES 61, 65, 212
Aktion Demenz 230
Aktivierung 180, 224, 243
Akutbeschwerden 303, 307
Alkoholkonsum 7–8, 20, 203
Alleinlebende 183
Alltagsfunktionen 67–68
Alltagskompetenz 40, 243
Altenbericht 46, 237, 260, 272
Altersernährung 236
Altersgerechte Assistenzsysteme 213
Altersklassen 9, 16, 69–70, 75, 77,
80–81, 84, 87–90, 94–96
Alterskrankheiten 70, 96
Altersmedizin 56
altersmedizinische Innovationen 56, 65
altersneurologische Erkrankungen 150
altersphysiologische Veränderungen
54, 244
Altersprävalenz 70, 73, 75
Altersquotient 11, 18
altersspezifische Prävention 180
altersspezifische Sportangebote 243
Alterssurvey 15, 21, 179
Alterssyndrome 68, 204
Alterungsprozess 16–17, 56, 65, 213,
236, 249, 275
Alzheimer 70, 161, 173–174, 220,
230–232, 271, 276, 284
Ambient Assisted Living 184, 207–
208, 210, 213–214, 216, 230, 272
ambulante Pflege(dienste) 182–184,
189
ambulante Versorgung 69, 77, 79, 181,
184, 186, 191, 282, 303–304, 308,
311–312
Anamnesegespräch 137
Angehörigenanleitung 184

Antidepressiva 117–119, 123, 126,
289, 295
Apathie 220
arterielle Verschlusskrankheit 201
Arthrose 88–89, 318, 325–330, 333,
339, 342, 344–347, 356, 376, 379
Arzneimittelmanagement 94
Arzneimitteltherapiesicherheit 126
Arzneimittelversorgung 68–69, 79–80,
83, 94–95, 111–115, 122, 125; 127
Arzneimittelwechselwirkungen 112
Arztkontakte 81, 152
Arzt-Patient-Gespräch 203
Assessmentinstrumente 152
Assessmentverfahren 289–290
Assistenzsysteme 213–214, 216
Atemnot 201, 276
Aufnahmescreening 63
Autonomie(erhalt) 38, 43, 45, 51, 55,
57, 59, 64, 68, 210; 213

B

Barrierefreiheit 239, 268, 289
Barthel-Index 250
Beckenfrakturen 288
Behandlungserfordernisse 51–52, 54,
56, 60, 62–63, 65
Behandlungsmanagement 51
Behandlungsplanung 41, 60, 63, 195,
199, 204, 310
Behandlungsprävalenz 69, 87, 90, 163,
165–167
Behandlungsquoten 77–79, 91
Behinderung 35, 53–54, 65, 91, 178,
196–197, 207–209
Berufsbetreuer 154
Betreuungsmaßnahmen 230
Betreuungsverfügung 273
Bevölkerungsentwicklung 111, 124,
127, 144

Bevölkerungsprognosen 10, 22, 49
 Bevölkerungsrückgang 15, 18–19
 Bevölkerungsvorausberechnung 10,
 17, 22, 130, 164, 174
 Bewältigungsstrategien 207, 214
 Bewegungsförderung 181, 246
 Bluthochdruck 7, 173, 199, 201
 Blutzuckerwerte 201, 212
 BMI 152

C

Case Management 43, 140, 144, 188,
 190, 192
 Chronic-Care-Modell 38, 48, 190
 chronisch internistische Erkrankungen
 276
 chronische Erkrankungen 37–38, 43,
 47, 53, 118, 127, 138, 140, 145, 178,
 180, 184, 186, 191, 211
 chronisch-progrediente Erkrankungen
 183, 276
 Community Health Nursing 188
 Compliance 294
 COPD 215

D

Dauermedikation 125
 DDD 83–84, 115, 117–119, 122, 128
 degenerative Erkrankungen 5
 Dekubitalgeschwüre 59, 62, 70, 106
 Delir 59, 63, 70, 231, 288
 Demenz 45, 53, 62, 68, 70, 94, 148,
 150–151, 159, 161–174, 180, 190–
 191, 219–232, 259–272, 277, 288,
 303, 307, 318, 343, 358, 377
 demenzfreie Lebenserwartung 168
 Demenzprävalenz 165–167
 demenzspezifische Präventionsmaß-
 nahmen 267
 Demenztherapie 221
 demografische Entwicklung 4, 261
 demografischer Wandel 16, 35, 188–
 189, 269

Depression 62, 241, 247, 272, 288
 Deutsche Gesellschaft für Palliativ-
 medizin 274
 Diabetes 7, 39–40, 45, 68, 75, 87–88,
 127, 173, 212, 241, 247, 276, 319,
 325–330, 333–334, 336, 338, 342–
 347, 362, 377
 DIMDI 53–54, 65, 217
 Disease-Management-Programme
 38
 Diversity Management 131, 142
 DMP 38
 Druckgeschwüre 148
 Dysphagie 152
 DZNE 260

E

EDe 227, 229
 Eigenaktivität 237
 eingeschränkte Mobilität 68, 211, 213,
 222
 eingeschränkte Wahrnehmungsfunk-
 tionen 68
 Einsamkeit 201, 236
 Einzelleistungsvergütung 41
 elektronische Patientenakte 43, 310
 Empowerment 183
 Entlassungsmanagement 60–61
 Ergebnisqualität 44, 63
 Erinnerungsdefizite 213
 Ernährungsberatung 60
 Ernährungsdefizite 62, 155
 Ernährungssonde 147–148, 159
 Ernährungszustand 148, 150
 ESTHER 45

F

Fallmanagement 41
 familiäres Versorgungspotenzial 260
 familienorientierte Pflegekonzepte
 185
 Familienstand 7, 13–14
 Familienstrukturen 13–14, 138, 210

Family Health Nursing Konzept 185
 Fehlversorgung 36, 47
 Femurfraktur 70, 89
 Fixierung 295
 Flüssigkeitsdefizit 62
 Frailty-Ansatz 54
 Frailty-Syndrom 75
 Frakturnrate 288
 freiheitsbeschränkende Maßnahmen 295
 Früherkennungsuntersuchungen 241
 Frühmobilisation 59
 Frührehabilitation 59
 funktionaler Status 148, 249–250
 Funktionseinschränkungen 234, 236, 288
 Funktionstraining 294
 Funktionsverlust 213, 234, 287
 Fußinspektion 194

G

Gebrechlichkeit 45, 54, 75, 234
 Gehfähigkeit 53
 gemeindenahе Versorgung 271
 Geriatrie 53–56, 63–66, 114, 127, 145, 150, 158, 174, 191, 204, 246, 253, 256, 283
 geriatrisches (Basis)Assessment 199, 240, 249, 251
 geriatrisches Behandlungskonzept 54, 56, 59–60
 geriatrische Depressionsskala 250
 geriatrische Referenzzentren 63–64
 geriatrische Netzwerkarbeit 242
 geriatrische Qualifizierung 64
 geriatrische Forschung 63
 geriatrisches Screening 59, 62
 Geriatriisierung 58, 63
 gerontologische Ökologie 208
 Geschlechtsstruktur 12–13, 69, 124
 Geschlechtsunterschiede 91
 Gesund Älter Werden 198, 204
 Gesund altern 252–253, 256
 gesundheitliche Einschränkungen 181, 234

Gesundheitsausgaben 23–32, 80
 Gesundheitsberatung 242
 Gesundheitsberichterstattung 20–21, 38, 49, 97–98, 144, 158, 174, 199, 312
 Gesundheitsförderung 65, 180, 190–192, 210, 233–239, 242, 244–246, 253, 256
 Gesundheitsforschung 45, 49, 98, 129, 229
 Gesundheitsindikatoren 41
 Gesundheitsinformationsportal 237
 Gesundheitsprobleme 51–52, 54, 60, 161, 174, 193–199, 201, 203–204
 Gesundheitsprofessionen 64, 181, 184, 186, 188–189
 gesundheitsschädigendes Verhalten 8
 Gesundheitszustand 8, 20, 26, 28, 31, 37, 116, 131–135, 212
 Gewichtsverlust 201–202
 Gewinn an Lebensjahren 178
 Glucose-Dokumentation 212
 Gonarthrose 53
 Grauer Star 68

H

Handlungsempfehlungen 133, 140, 269–270, 272
 hausärztlich-geriatrisches Basis-assessment 251
 Hausarztnetze 127
 hausarztzentrierte Versorgung 46, 48
 häusliche Ergotherapie 223
 häusliche Pflegeaufgaben 185
 häusliches Umfeld 141, 287, 296, 311
 häusliche Umgebung 181, 184, 211–212, 271, 281
 healthPROelderly 237
 Heimaufnahme 54, 222, 226
 Heimaufsicht 155
 Heimbewohner 14, 62, 68–69, 90, 93–96, 100–106, 109, 220, 286–287, 293–295
 Heimquote 91
 Herzinfarkt 201

Herzinsuffizienz 39, 72, 75, 87–88,
90, 97, 212, 276, 277, 328, 333–334,
339, 342–347, 364, 378
Herz-Kreislauf-Erkrankungen 12, 27,
88, 117, 215, 234, 241, 275
Herzrhythmusstörungen 201
Hilfebedürftigkeit 234
Hirninfarkt 88
Hirnleistungsschwäche 68
Hirnorganisches Psychosyndrom 276
Hochaltrige 5, 9–10, 14, 16, 104, 112,
178, 243
Hochbetagte 68, 75, 80, 83, 87–90, 92,
96, 116, 178, 190, 275
Homecare 215
Hörprobleme 200
Hospitalisierungsquote 77–78, 88,
90–91
Hospize 274, 276, 279, 281–282, 307–
308
Hüftfraktur 288, 291, 293, 296–297
Hüftprotektoren 292
Hypercholesterinämie 199
Hypertonie 8, 75, 277, 304

I

ICF 53–54, 59–60, 64–65, 208–210,
215
IDA 226, 229
Immobilisation 52, 288
Immundefizit 276
Immunsation 200
Immunsystemstörungen 112
Impfschutz 201, 250
Impfungen 62, 240
Infektionskrankheiten 5, 12
Informationsdefizite 132, 137, 139–
140, 143
initiale Risikoeinschätzung 63
Inkontinenz 40, 58, 62, 68, 70, 84,
200, 295
Instabilität 68, 234
Institutsambulanzen 63
integrierte und kontinuierliche Ver-
sorgung 177, 186

IntelligentWalkers 214
interdisziplinär 43, 60, 187, 242, 275
interkulturelle Kompetenz 143
Intermediate Care 63
ischämische Herzkrankheit 16, 75

K

kardio- und zerebrovaskuläre Erkran-
kungen 173
kardio-respiratorische Krankheiten
212
kardiovaskuläre Erkrankungen 26,
118
Katarakterkrankung 294
Knieendoprothesen 89
Knochengesundheit 295
Kodiersysteme 46
Kognition 112, 194
kognitive Defizite 62
Koloskopie 241
kommunale Seniorenpolitik 239
Kommunikation 183, 203, 211, 213,
220, 239, 292
Kommunikations- und Gedächtnis-
fähigkeiten 214
Kommunikationsprobleme 132
Komorbidität 45, 112–113, 288
Kompressionsthese 28, 31
Kooperation mit Familien 177, 184
Kooperationsmodelle 185
Koordination 49, 60–61, 63, 98, 139,
185, 192, 220, 228–229, 243, 246,
272, 310
Koordinationsstellen 188
koordinierende Kontaktstelle 211
KORA-AGE 45
Kordial 221
Koronare Herzkrankheit (KHK) 68, 87,
319, 335, 346, 368, 378
Körperfunktionen 209
körperliche Betätigung 200, 203
körperlicher Status 250
Kosteneffektivität 39, 199, 240
Kraft- und Balancetraining 293
Krankenhausbehandlung 77, 87, 249

Krankenseinweisung 43, 62, 92,
150, 283, 286
Krankenhausverweildauer 187
Krankheitsausgaben 23
Krankheitskomplikationen 54
Krankheitslast 47, 178, 193, 196–197,
199, 201, 288
Krankheitsspektrum 68–69, 87–88
Krankheitsursachen 234
Krankheitsverarbeitung 60
Krebs 76, 88, 303, 307
Krebsfrüherkennung 241, 251
kulturelle Unterschiede 140, 219
kumulative Behandlungsansätze 57
künstliche Ernährung 158

L

Langzeitpflege 19, 99–101, 103, 108,
294
Lebensbedingungen 208, 239, 247,
283
Lebensbewältigung 207
Lebenserwartung 4–21, 24–35, 47,
127, 161–164, 168–173, 180, 236,
274–276, 281, 309
Lebensgewohnheiten 149, 242, 250,
267
Lebensqualität 25, 28, 43, 51, 57, 67–
68, 113, 149, 181, 189, 210–215,
220, 226, 233, 243, 250, 268, 272,
274, 280, 283, 287, 293, 297, 311
Lebensstandard 5–6
Lebensumfeld 62, 213, 256
Leberzirrhose 12, 16
Leistungsausgaben 69
Leistungsfähigkeit 52, 136, 203, 243,
293
Leistungsinanspruchnahme 75
Leitlinien 57, 94, 127, 187, 246, 251,
306, 308
Leuchtturmprojekte 221, 229, 260
LUCAS 45
Lungenentzündung 54, 148
Lungenkrebs 5, 12, 16

M

MAKSaktiv 224
Makuladegeneration 294
maligne Erkrankungen 275–277, 307,
308
Mangelernährung 155
MDK 65, 138, 155, 256
Medicaid 40
Medicare 29, 32, 37, 40, 50
Medikalisierungsthese 28
Medikamentengebrauch 250
Medikation 78, 84, 111–130, 235, 292,
295, 304
medikationsbezogene Komplikationen
126
Medikationsempfehlungen 112
Medizindatenkommunikationssystem
213
medizinischer Fortschritt 24, 28, 31
Mehrfacherkrankungen 37, 41
Mehrfachverschreibung 37
Mehrgenerationenhäuser 181, 239
metabolisches Syndrom 173
Metabolisierung 112, 295
Migranten 131–146, 183, 239, 244
Migrationshintergrund 10, 105, 131–
146
migrationspezifische Faktoren 137
migrationspezifische Versorgungselemente 142
Mikrozensus 14, 22, 133–134, 145
Minimalversorgung 263
Möbelergonomie 293
mobile Rehabilitation 64
Mobilität 64, 142, 200, 212–213, 222,
235, 240, 243, 293
Modellprojekte 61, 186, 192, 219,
221, 229
Modellvorhaben 39, 253–254
Morbidität 27–29, 35, 37, 67–68, 92–
96, 125, 134, 162, 173, 178, 237
Morbiditätsprognosen 38, 49
Morbus Parkinson 68, 276, 288, 294
Mortalität 5, 23, 27, 35, 41, 111–113,
125, 167, 172, 234, 237, 249–250,
288

MultiCare 43, 45, 49
Multimedikation 127
Multimorbidität 28, 37–40, 43–49, 53,
55, 97, 112, 125, 127, 129, 156, 179,
191, 197, 200–201, 211, 221, 234,
277, 307
Muskel- und Skeletterkrankungen 88

N

Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme
148–149
nationale Versorgungsleitlinie 127
Nebenwirkungsrisiko 112
Netzwerkstrukturen 233, 239, 242
Neubildungen 68
neue Technologien 213
neurodegenerative Erkrankungen 161,
260
neuro-endokrine Funktionen 112
Neuroleptika 117, 221, 289, 295
Nutzen-Risiko-Bewertung 113–114

O

OECD 25–27, 41, 49
ökogerontologische Perspektive 208,
216
ökonomische Anreize 44
onkologische Erkrankungen 215
orthostatische Hypotonie 288, 295
Osteoporose 68, 320, 328, 333, 347,
370, 379
Ost-West-Unterschiede 16
Ost-West-Wanderung 17
Otago Exercise Program 293

P

PACE 38–39, 48–50
Palliative Care 279, 284, 308
Palliativmedizin 63, 273–284
Palliativpflege 273–274, 281

Palliativstation 274, 281–282, 307–
308
Palliativversorgung 273–284, 303,
307–311
Parkinson 68, 276, 288, 294
Partizipation 208–210, 213, 215, 256
Partnership for the Heart 212
Patient-Arzt-Gespräch 193
Patientenautonomie 43, 149
Patientenberatungs-Einrichtung 309
Patientenorientierung 64
Patientensicherheit 59
Patientenverfügung 149–154, 157,
273, 275
Peak-Flow-Protokolle 212
PEG (perkutane endoskopische
Gastrostomie) 147–159
Personalressourcen 107
Pflege 16, 18, 40–41, 61–62, 94–95,
98, 131–146, 158, 162, 177–192,
210, 216, 220, 227–228, 235, 237,
244, 260, 270, 272, 279, 292, 295–
296
Pflegearrangement 185, 263–264, 266,
268, 271
Pflegebedarf 18, 22, 183, 190, 220,
234, 263
Pflegebedürftigkeit 11, 19–20, 54, 64,
67–68, 90–95, 100–101, 103, 131,
138, 141, 162, 173, 177–184, 191–
192, 220, 233, 239–240, 250, 252
Pflegebelastung 228, 288
Pflegeeinrichtungen 91, 100, 149,
243–244, 276, 287
Pflegeheimbewohner 98, 113, 243,
287, 295
pflegende Angehörige 62, 186, 201–
202, 219, 239, 264, 268, 287, 292
pflegerische Versorgung 67–68, 177,
181, 189, 192, 233, 276
Pflegestufen 91, 138, 184
Pflegestützpunkte 61, 177, 187–188,
190–191
Pflegeversicherung 91, 100, 108, 144,
181, 227, 251
Pflegeweiterentwicklungsgesetz 186–
188

Pflegewissenschaft 145, 149, 157–158, 190, 192, 261–262
 Pharmakokinetik 112
 Pharmakotherapie 62, 111–112, 127
 Phasen der Demenzerkrankung 220
 Polymedikation 111, 115, 124–125, 127
 Polypharmakotherapie 127, 200
 Polypharmazie 112–116, 125, 127
 potenziell inadäquate Medikation (PIM) 111–130
 Prüfcheck 197–198
 Prävalenzunterschiede 111, 126
 Prävention 16, 52, 65, 75, 173, 177, 180, 186, 190, 192, 210, 230, 233–247, 249–257, 293, 304
 Präventionsforschung 237
 Präventionsplan 292
 präventive Hausbesuche 199, 249–257
 präventive Leistungsangebote 62
 Praxiskontakte 81, 83
 Praxisprojekte 45
 Primary Care 33, 40–41, 43–44, 47–49, 250
 PRISCUS 45, 111–130, 195–197, 199, 201, 204
 progressives Balancetraining 294
 progressives Krafttraining 294
 Pro-Kopf-Ausgaben 24, 28–31, 79–80, 92–93
 Prophylaxe 63, 235
 psychische Probleme 287
 psychopathologische Störungen 220
 Psychopharmaka 118
 Public-Health-Prinzipien 183

Q

QISA 303–312
 Qualifizierung 46, 145, 187, 242
 Qualitätsindikatoren 44, 303–312
 Qualitätsmanagement 107, 305, 307
 Qualitätstransparenz 304–305, 311
 Qualitätszirkel 242, 305, 307, 311
 Quartierkonzept 207–208

R

RAND/UCLA-Verfahren 305
 Rationierung 56–57
 Rauchen 8, 203, 241
 reduzierte Muskelmasse 112
 regionale Unterschiede 4, 15–16, 124
 regionale Versorgungsverbände 61–63
 Regionalkonferenzen 237
 Rehabilitation 21, 59, 61–66, 69, 131–132, 135–145, 210, 215, 235, 242–243, 245, 260, 285
 Remobilisation 52
 Restlebenserwartung 8, 11, 161, 168, 172
 rheumatische Erkrankungen 117
 Risikoadjustierung 39
 Risikoermittlung 267–268
 Risikofaktoren 7–8, 20, 47, 75, 173, 203, 234, 241, 285, 288, 290
 Risk Management 59, 63
 Routinedaten 38, 67, 68, 81, 135–136, 144, 161–162, 173–174
 Rücken- bzw. Wirbelsäulenbeschwerden 73
 Rückenschmerz 88

S

Sachverständigenrat 45, 49, 98, 192, 234, 246, 260, 272, 305, 312
 SAPV (spezialisierte ambulante Palliativversorgung) 280–282, 284
 Säuglingssterblichkeit 25–27
 Schlaflosigkeit 200
 Schlafstörungen 202, 250
 Schlaganfall 53, 93, 187, 201, 288, 294
 Schluckstörung 150
 Schmerzen 117, 199, 201–203, 250, 274, 276, 287–288
 Schmerzmanagement 184
 Schmerzmedikation 53
 Schulung 38, 223, 226–227, 304
 Schwellenängste 139, 141
 Schwerstkranke 303, 307

- Sedativa 117–118, 289
seelsorgerische Aufgaben 60
Sehbeeinträchtigungen 70, 288, 294
sehbehinderte Personen 297
sektorenübergreifend 55, 60, 281
Sekundärprävention 234
Selbständigkeit 38, 52, 54, 57–58, 183, 187, 243
Selbstbestimmung 68, 268, 270, 280
Selbstmanagement 44, 180, 183, 212
Selbstmedikation 116, 125, 130
selbstständige Lebensführung 161, 210
Selbststigmatisierung 220
Selbstversorgung(sfähigkeit) 220, 250
Senilität 70
seniorenrechtliches Krankenhaus 61
Seniorenwohnheime 99
sens@home 213
Siedlungsdichte 18
SOEP 7, 135
Sondenernährung 148, 159
soziale Situation 132–133, 250
soziale Kontakte 149
soziale Einbindung 62
soziale Unterstützung 236, 244
sozioökonomischer Status 12, 133–136, 234, 241
stationäre Behandlung 75, 92
stationäre Pflegeeinrichtungen 103
stationäre Versorgung 61, 69
STEP-Assessment 76, 193–205, 250, 256
Stepped Care 236
Sterbealter 29
Sterbebegleitung 103–104, 273–274, 283–284
Sterbehilfe 151, 273
Sterbekosten 23, 29, 31
Sterbende 30, 182, 274, 303, 307
Sterbewahrscheinlichkeit 5
Sterblichkeit 4, 5, 7–8, 10, 12, 16, 21, 25–27
Sterblichkeitsrisiko 7
Stigmatisierung 220, 237, 270
Störungen des Tag-Nacht-Rhythmus 220
Strukturqualität 63
Strukturwandel 17
Sturzanamnese 287, 289
sturzbedingte Verletzungen 286–288, 291, 296–297
Stürze 59, 62, 106, 113, 125, 202, 250, 285–300
Sturzgefährdung 194, 287, 289
Sturzkonferenz 291
Sturzprävention(sprogramm) 239, 243, 246, 285–300
Sturzprophylaxe 62, 235, 237, 285–300
Sturzrisiko(screening) 287, 289, 291, 294–295
Suchtprävention 235
Symptomkontrolle 281–282, 303, 309–310
Szenario-Methode 259, 260, 272
- ## T
- Tabakkonsum 7
Tagesdosen 83, 94–95, 97, 115, 117–119, 122, 124–125, 128
Tagespflege 39–40, 226
technische Hilfsmittel 213, 268, 271
technische Innovationen 213–214
Telecare 210–212
Telekooperation 211
Telemedizin 184, 207–212, 215–217
Telemonitoring 211–212, 217
TeleTandem 222
Teletherapie 211
TEMONICS 212, 216–217
Tertiärprävention 234
Therapieempfehlungen 111, 127, 137
Therapieentscheidung 97, 310
Therapieleitlinien 113
Therapiezyklus 111, 127
Thromboseprophylaxe 288
Todesursachen 27, 179, 284
Trainingsprogramm für Heimbewohner 293
Trauer 200
Tumorleiden 151

U

Überalterung 35
 Übergewicht 7, 12
 Überlastungserscheinungen 186
 Überlebenszeit 148
 Uhrentest 200
 Uhren-Zeichen-Test 202
 Umweltfaktoren 16, 209–210, 239
 unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW) 111–130
 unerwünschte Arzneimittelereignisse (UAE) 111–113, 116, 124
 Unterstützungsangebote 140, 220, 264
 Unterstützungsbedarf 54, 183, 214
 Unterstützungssysteme 208, 215, 268
 Unterversorgung 62, 189, 211
 Urininkontinenz 200

V

vaskuläre Demenz 161
 Vereinsamung 243
 Verhaltensauffälligkeiten 40, 62
 Verkehrsinfrastruktur 54
 Verletzungsrisiko 289, 292–293, 297
 Verordnungsprävalenz 84–85
 Verordnungsqualität 126
 Verordnungsquoten 77–78, 87, 91
 Verordnungsverhalten 87, 94, 113, 115, 123–124, 310
 Verordnungszahl 83–84
 Versorgungsangebote 38, 59, 61, 133, 135, 137, 140–143, 230, 264, 266, 268
 versorgungsepidemiologische Studien 132

Versorgungsformen 33, 44, 215, 219, 305
 Versorgungsforschung 41, 45, 58, 64, 98, 144, 189, 219, 226, 228–230, 271, 307
 Versorgungskonzepte 39, 45, 61, 185, 264, 271
 Versorgungsmanagement 62, 140
 Versorgungsmodelle 40, 44–47, 187–189, 305, 309–311
 Versorgungsplanung 43, 220
 Versorgungspraxis 59–60, 141–143, 190
 Versorgungsqualität 43, 132, 140–141, 187, 303–304, 311
 Versorgungszentren 188, 305
 Verwirrtheitszustände 221, 288
 Vitalparameter 212
 Vorsorgeuntersuchungen 12, 251

W

Wohnen im Alter 207, 214, 237
 Wohnformen 181, 214, 239, 263, 268, 271
 Wohngemeinschaften 181, 226, 249
 wohnortnah 64, 188, 243
 Wohnsituation 198, 214, 250
 Wohnumfeld 207–208, 239, 242
 Wundinfektionen 152

Z

Zugangsbarrieren 131, 133, 136, 139–141, 236
 Zuwanderung 8, 11, 268

This page intentionally left blank

Der Versorgungs-Report nimmt jährlich relevante Themen der Versorgung von Patienten im deutschen Gesundheitswesen unter die Lupe. Der **Versorgungs-Report 2012** setzt sich schwerpunktmäßig mit der Gesundheit im Alter auseinander. Er beleuchtet das Thema aus verschiedenen Perspektiven unter der Leitfrage, welche Schritte für eine bedarfsgerechte medizinisch-pflegerische und präventive Versorgung notwendig sind. Hierzu analysieren die Autoren Versorgungsrealitäten, sie zeigen aber auch auf, wie Reformansätze zu stabilisieren und zu stärken sind. Die medizinischen und ökonomischen Auswirkungen der demografischen Entwicklung werden ebenso diskutiert wie deren Herausforderungen für die Versorgungsstrukturen; Letzteres geschieht sowohl auf der Systemebene als auch anhand konkreter Projekte.

Der Statistikeil informiert auf der Grundlage der Daten von 24 Mio. AOK-Versicherten über:

- Prävalenzen und Hospitalisierungsquoten für die häufigsten Erkrankungen
- Analysen nach Geschlecht und verschiedenen Altersgruppen
- Krankenhausbehandlung
- Arzneiverordnungen
- ärztliche Inanspruchnahme
- Sonderanalysen für ausgewählte, im Alter besonders häufige Erkrankungen

Das Internetportal www.versorgungs-report-online.de enthält alle Abbildungen und Tabellen des Buches und eine statistische Übersicht über mehr als 1500 Krankheiten.

