

Rezension: Versorgungs-Report 2012: Gesundheit im Alter

Herausgeber: Günster/Klose/Schmacke

Verlag: Schattauer (Stuttgart), 440 Seiten, 84 Abb., 64 Tab., kart.;
mit Online-Zugang

Preis: 49,95 Euro

ISBN-13: 978-3-7945-2850-9



Der „Versorgungs-Report 2012“ setzt sich schwerpunktmäßig mit dem **Themenkomplex „Gesundheit im Alter“** auseinander. Er beleuchtet dabei das Thema aus verschiedenen Perspektiven unter der **Leitfrage**, welche Schritte bei der Weiterentwicklung einer bedarfsgerechten medizinisch-pflegerischen und präventiven Versorgung gegangen werden sollten.

Die Autoren analysieren Versorgungsrealitäten und zeigen auf, wie **Reformansätze** zu stabilisieren und zu stärken sind. Die **medizinischen, ökonomischen** und (in Ansätzen) **sozialen** sowie **regionalen Auswirkungen** der demografischen Entwicklung werden ebenso diskutiert wie die damit verbundenen **Herausforderungen** für die **Versorgungsstrukturen**. Letzteres geschieht sowohl auf der **Systemebene** als auch anhand **konkreter Projekte**.

Zum Inhalt: Schwerpunktthemen des Versorgungs-Reports 2012

- Die demografische Entwicklung als Herausforderung für das Gesundheitswesen
- Die medizinische Einordnung spezieller Behandlungsbedürfnisse älterer Menschen
- Die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen im Alter
- Die Arzneimittelversorgung älterer Menschen
- Ältere Menschen mit Migrationshintergrund als Pflegebedürftige und als Patienten
- Gesundheitsförderung und Prävention im Alter
- Neue Versorgungsformen (ganzheitliche und integrierte Modelle)
- Wohnen im Alter: soziale und technische Bewältigungsstrategien
- STEP-Assessment zur Krankheitserfassung bei älteren Patienten
- Prävalenz, neue Ansätze und Zukunftsszenarien zur Versorgung von Demenzkranken
- Stationäre Langzeitpflege

Fazit

Das Buch sollte zur **Pflichtlektüre** für alle Ärztinnen und Ärzte, TherapeutInnen, Pflegefachkräfte, Gesundheits-/Pflege-WissenschaftlerInnen, (Gesundheits-)PolitikerInnen sowie Studierenden werden, die sich v.a. mit den Themen Alter und Gesundheit, Alter und Krankheit sowie der Entwicklung des Gesundheitssystems beschäftigen.

Sowohl für Fachleute wie auch für Laien ist das Buch sehr gut geeignet. Es vermittelt eine **Menge fachlichen Wissens**, stellt den **derzeitigen Stand der Diskussion** zu den einzelnen Themenfeldern dar und zeigt auch die **offenen Problemstellungen** auf. Alle **Abbildungen** und **Tabellen** sind im Internetportal für registrierte Leser nutzbar.

Ein besonderer Verdienst des Versorgungs-Reports 2012 ist es, dass hier auch einige **„Vor-Urteile“** und **„Mythen“** diskutiert bzw. abgebaut werden, wie z.B.:

- dass es unvermeidlich zu einer **exorbitanten GKV-Ausgabenentwicklung** aufgrund der

demographischen Entwicklung kommen muss (siehe Kap. 2 von *Stefan Felder*)

- dass **Richtungsentscheidungen im Gesundheitswesen** in erheblichem Maße **alters- bzw. demographieabhängig** seien (siehe Kap. 3 von *Norbert Schmacke*)

Vielleicht hätte es dem **Report („Gesundheit im Alter“)** noch besser getan, wenn noch einige Beiträge mehr zum Thema **„Salutogenese im/und Alter“** sowie zu **sozialen und regionalen Besonderheiten von Altern und Gesundheit** aufgenommen worden wären. Insofern erscheint der Report – bei aller Bedeutung des Themas – etwas **„demenzlastig“**.

Die einzelnen Beiträge im Versorgungs-Report 2012:

Teil I: Schwerpunktthema: Gesundheit im Alter

Kap. 1: Die demografische Entwicklung in Deutschland als Herausforderung für das Gesundheitswesen, *Gabriele Doblhammer, Andreas Dethloff* (Rostocker Zentrum zur Erforschung des Demographischen Wandels)

Der erste Beitrag gibt eine Einführung in die Rahmenbedingungen, in die das Bevölkerungsgeschehen und damit auch das Gesundheitswesen eingebunden sind: Die demografische Entwicklung in Deutschland ist v.a. durch die Alterung der Bevölkerung gekennzeichnet. Eine auch langfristig niedrige Geburtenrate und die stetig steigende Lebenserwartung führen dazu, dass ein immer größerer Teil der Bevölkerung die hohen Altersgruppen erreicht.

In den letzten Jahren wird dieser Prozess von einem Rückgang der Bevölkerung begleitet, der sich in Zukunft noch verstärken wird. Da die Bevölkerung vor allem in den jungen Altersgruppen schrumpft, wird sich langfristig das zahlenmäßige Verhältnis junger zu alten Menschen ändern, was wiederum zu gravierenden Auswirkungen auf die sozialen Sicherungssysteme im Allgemeinen und auf das Gesundheitswesen im Speziellen führen wird. Die Alten der Zukunft werden sich dabei aufgrund ihrer Lebensgeschichte, ihrer Bildung und ihrer Fähigkeiten von Alten der Vergangenheit und der Gegenwart weitgehend unterscheiden.

Kap. 2: Auswirkungen der älter werdenden Gesellschaft auf das Gesundheitswesen – bleibt es bezahlbar?, *Stefan Felder* (Extraordinarius für Health Economics, Wirtschafts-wissenschaftliche Fakultät, Universität Basel)

Im zweiten Beitrag zeigt der Gesundheitsökonom Felder, dass der Einfluss der Alterung der Bevölkerung auf die künftigen Gesundheitsausgaben aufgrund der hohen Sterbekosten moderat ausfallen wird. Da der Anstieg der individuellen Krankheitsausgaben nicht durch das Alter an sich, sondern durch die Nähe zum Tod verursacht wird („schwache Kompressionsthese“, S. 28 ff.), 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.

Kap. 3: Alter und Krankheit: eine Frage neuer Versorgungsformen, nicht nur für alte Menschen, *Norbert Schmacke* (Arbeits- und Koordinierungsstelle Gesundheitsversorgungsforschung, Universität Bremen)

Der Zusammenhang von Alter und Krankheit wird in der politischen wie in der öffentlichen 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 v.a. um die Frage, wie sich die Strukturen des Systems bei einer weiter wachsender Lebenserwartung verändern müssen. Die Fokussierung auf das Alter kann, so wird von Schmacke argumentiert, dabei darüber hinwegtäuschen, dass es in erheblichem Maße um Richtungsentscheidungen geht, die altersunabhängig sind. Im Mittelpunkt der Betrachtung steht das Thema „Primary Care“: Wie soll künftig das Verhältnis zwischen „Generalisten“ und „Spezialisten“ gestaltet werden? - Auf der Suche nach einer angemessenen Verschränkung (S. 40 ff.). Die Beantwortung dieser Frage drängt v.a. in (Sozial-/Gesundheits-)Systemen, in denen der Zugang zu Spezialisten niedrigschwellig organisiert ist. In die Förderung angemessener Versorgungsformen muss engagierter als bisher investiert werden.

Kap. 4: Brauchen alte Menschen eine andere Medizin? – Medizinische Einordnung spezieller Behandlungserfordernisse älterer Menschen, *Norbert Lübke* (Arzt, Leiter Kompetenz-Centrum Geriatrie beim Medizinischen Dienst der Krankenversicherung Nord)

Alte Menschen zeichnen sich in besonderem Maße durch eingeschränkte Reservekapazitäten aus. Sie unterliegen deshalb 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 weitest-möglich in ihren potenziell negativen Auswirkungen zu begrenzen (Geriatrisches Behandlungskonzept, S. 54 ff.) Dies erfordert innerhalb der medizinischen Versorgung die Aufwertung generalistischer Qualifikationen, eine Orientierung auf diejenigen Erkrankungen, deren Behandlung zum Erhalt von Autonomie und Lebensqualität beiträgt, sowie die verstärkte Berücksichtigung präventiver und rehabilitativer Behandlungsanteile (s. S. 59 ff.). Darüber hinaus ist eine effizientere Einbettung der medizinischen Versorgung in ergänzende, kooperierende multiprofessionelle Versorgungsstrukturen und -angebote erforderlich.

Kap. 5: Die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen im Alter, *Bettina Gersten* (Mitarbeiterin im Forschungsbereich Integrierte Analysen im Wissenschaftlichen Institut der AOK (WidO))

Die Morbidität im Alter nimmt zu, so die Ausgangsthese. Mit dem Alter verbundene Krankheiten beeinträchtigen die Lebensqualität älterer Menschen und bedürfen meist einer kontinuierlichen ärztlichen Behandlung. Der Beitrag beschreibt auf empirischer Basis die krankheitsbedingten Ursachen der Inanspruchnahme (umfangreiche Tabellen und Übersichten hierzu, ab S. 70) und den Ist-Zustand der 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. Insgesamt zeigten sich bei den Analysen Übereinstimmungen zwischen Krankheitshäufigkeit und Inanspruchnahme medizinischer Versorgung.

Kap. 6: Versorgungsbedarf in der stationären Langzeitpflege, *Klaus Wingenfeld* (Wiss. Geschäftsführer des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld)

Annähernd ein Drittel aller Menschen, die als pflegebedürftig gelten, leben dauerhaft in stationären Pflegeeinrichtungen. In der stationären Langzeitpflege ist zugleich 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 12 Monate des Heimaufenthalts. Hierdurch werden Pflegeeinrichtungen vermehrt mit konzeptionellen und organisatorischen Anpassungsanforderungen konfrontiert (Entwicklungsherausforderungen, S. 105 ff.), die sie aufgrund der schwierigen Personalsituation allerdings nur mit Mühe bewältigen können.

Kap. 7: Arzneimittelversorgung älterer Patienten, Petra A. Thürmann, Stefanie Holt-Noreiks, Katrin Nink, Anette Zawinell (Petra Thürmann, Stefanie Holt-Noreiks: *Universität Witten-Herdecke, Fakultät für Gesundheit, Lehrstuhl für Klinische Pharmakologie*; Katrin Nink, Anette Zawinell: *Wissenschaftliches Institut der AOK*)

Ein wichtiger Bestandteil der Therapie ist die Arzneimittelversorgung, v.a. bei älteren Patienten. Ihre Arzneimittelversorgung ist geprägt durch die steigende Zahl der Erkrankungen im Alter. Die gleichzeitige Verordnung von mehreren Arzneimitteln und eine potenziell un-geeignete Medikation sind bekannte Risiken und führen zu einem Anstieg von unerwünschten Arzneimittelereignissen, nicht zuletzt zu einer erhöhten Mortalität. Auf Grundlage der Arzneverordnungen für über 65-Jährige aus dem Jahr 2010 konnte ermittelt werden, dass 4 Millionen ältere Menschen mindestens ein potenziell ungeeignetes Arzneimittel (PRISCUS-Liste, S. 114 ff.) verordnet bekamen und 5,5 Millionen Menschen den Risiken durch Polymedikation ausgesetzt waren. Ansätze zur Optimierung der Arzneimittelverordnungen zeigen sich in den Analyseergebnissen. Prävalenzunterschiede der Verordnung eines potenziell ungeeigneten Arzneimittels in den Bundesländern um bis zu 7 Prozentpunkte sind ein deutlicher Hinweis auf machbare Verbesserungen. Ansatzpunkte hierfür sind geeignete evidenzbasierte Therapieempfehlungen, hausärztliche Therapiezentren und eine auf ältere Menschen zugeschnittene Pharmakotherapieberatung für Ärzte.

Kap. 8: Ältere Menschen mit Migrationshintergrund als Patienten und Pflegebedürftige, Patrick Brzoska, Oliver Razum (Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld / *Epidemiologie & International Public Health*)

Rund 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 Zugangsbarrieren gegenüber. Um ihre Versorgung bedarfs- und bedürfnisgerechter zu gestalten, ist eine migrations- und kultursensible Ausrichtung von Versorgungsangeboten als Teil eines ganzheitlichen „Diversity Managements“ erforderlich. Dies wird exemplarisch an den Versorgungsbereichen medizinische Rehabilitation (S. 135 - 138) und Pflege (S. 138 - 139) erläutert.

Kap. 9: Entscheidungsfindung zur Anlage einer perkutanen endoskopischen Gastrostomie (PEG) – Ein Forschungsprojekt, Claudia Dinand, Tina Quasdorf, Rainer Markgraf, Sabine Bartholomeyczik (Claudia Dinand, Tina Quasdorf: *wiss. Mitarbeiterinnen am Departement für Pflegewissenschaft Universität Witten-Herdecke*; Sabine Bartholomeyczik: *Lehrstuhl für Epidemiologie-Pflegewissenschaft Universität Witten-Herdecke, Lehrstuhlinhaberin*; Rainer Markgraf, Arzt, *Allgemeines Krankenhaus Hagen*)

Jährlich werden in Deutschland ca. 140.000 PEG-Sonden angelegt, wobei zwei Drittel auf ältere Menschen entfallen. Über den Verlauf der Entscheidungsprozesse liegen kaum systematische Erkenntnisse vor. Die Universität Witten-Herdecke hat in Kooperation mit dem Allgemeinen Krankenhaus Hagen ein interdisziplinäres Forschungsprojekt zur Rekonstruktion von Entscheidungsprozessen vor Anlage einer PEG im klinischen Krankenhausalltag und der stationären Altenpflege anhand quantitativer retrospektiver und retrospektiv-prospektiver

Dokumentationsanalyse und qualitativer leitfadengestützter Experteninterviews durchgeführt. Entscheidungsprozesse zur PEG zeigen sich als komplexes, uneinheitliches Verfahren (Problemfelder im Entscheidungsprozess, S. 153 ff.). Menschen mit neurologischem Krankheitsstatus dominieren das Geschehen, Instrumente zur Entscheidungsfindung wurden kaum genutzt. Vor allem der kritische Ernährungsstatus und Nichteinwilligungsfähigkeit führen bei den beteiligten Akteuren zu einem ethischen Dilemma und weisen auf Unterstützungsbedarf hin. In diesem Kontext wurde eine Entscheidungshilfe entwickelt, die sich v.a. an Angehörige, aber auch Professionelle richtet.

Kap. 10: Aktueller und zukünftiger Krankenbestand von Demenz in Deutschland auf Basis der Routinedaten der AOK, *Anne Schulz und Gabriele Doblhammer* (Anne Schulz: wiss. Mitarbeiterin: Universität Rostock, Lehrstuhl für Empirische Sozialforschung und Demographie; Gabriele Doblhammer: Universität Rostock, Lehrstuhl für Empirische Sozialforschung und Demographie, Lehrstuhlinhaberin)

Neurodegenerative Erkrankungen rücken zunehmend in den Fokus des öffentlichen Interesses. Auf der Grundlage der Routinedaten der AOK des Jahres 2007 erfolgte 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 demenzfreie Lebenserwartung von 6 Jahren (rund 84 %). Für das Jahr 2050 wird die Anzahl der Personen im Alter 50+ mit Demenz je nach Annahmen auf 2 bis 3 Millionen Betroffene geschätzt (Szenarien hierzu, siehe S. 169 ff.).

Kap. 11: Neue Modelle für die pflegerische Versorgung alter Menschen – Herausforderungen in der ambulanten Pflege, *Doris Schaeffer, Adelheid Kuhlmei*

Gegenwärtig leben in Deutschland 20,5 Millionen Menschen, die älter als 60 Jahre sind. Bis 2050 wird diese Zahl auf 25 - 26 Millionen anwachsen. Ziel der beiden Autorinnen ist es, die demografische Alterung in ihren Konsequenzen für die ambulante Pflege und hier bestehende Herausforderungen und erforderliche Perspektiven zu diskutieren. Dazu werden 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 (S. 180 ff.):

- 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
- Pflegestützpunkte und wohnortnahe Versorgung.

Kap. 12: Einsatz des STEP-Assessments zur systematischen Krankheitserfassung und -bewertung älterer Menschen in Hausarztpraxen, *Gudrun Theile, Ulrike Junius-Walker, Eva Hummers-Pradier* (Institut für Allgemeinmedizin der Medizinischen Hochschule Hannover)

Die Zahl älterer Menschen in den Hausarztpraxen nimmt beständig zu. Die medizinischen

Versorgungsstrukturen sind bisher nur unzureichend auf die Erfordernisse eingestellt, die aus einer steigenden Zahl älterer, meist chronisch kranker und multimorbider 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 (Standardised Assessment for Elderly Patients in Primary Care) 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 STEP-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 primär zu behandeln sind. Ein spezieller Gesprächsleit-faden kann die Annäherung der beiden Sichtweisen unterstützen.

Kap. 13: Soziale und technische Bewältigungsstrategien von Wohnen im Alter, Markus

Zimmermann, Stefan Görres, Svenja Schmitt (Markus Zimmermann, Dekan der Fakultät Gesundheitswissenschaften, Hochschule Rheine; Stefan Görres Hochschullehrer Studiengang Pflegewissenschaft an der Universität Bremen, Direktor des Instituts für Public Health und Pflegeforschung (IPP); Svenja Schmitt: Universität Bremen: Human- und Gesundheitswissenschaften, Institut für Public Health und Pflegeforschung)

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:

1. des Quartierkonzepts
2. der Telemedizin
3. des Ambient Assisted Living (AAL) dargestellt.

Alle 3 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 nachhaltige Akzeptanz und Zufriedenheit dringlich erscheinen.

Kap. 14: Neue Ansätze zur Versorgung von Demenzpatienten, Sebastian Voigt-Radloff, Michael Hüll (Zentrum für Geriatrie und Gerontologie Freiburg (ZGGF))

Die Versorgung von Menschen mit Demenzerkrankungen wird in den kommenden Jahren pflegende Angehörige wie auch das Gesundheits- und Pflegesystem in hohem Maße beanspruchen. Dabei stellen sich folgende Fragen: Welche Interventionen sind nützlich, welche Versorgungsformen sinnvoll? Für viele Fragenstellungen ist die Datenlage in Deutschland noch unzureichend. Untersuchungen innerhalb des Gesundheits- und Pflegesystems sind deshalb umso wichtiger, v.a., weil kulturelle Unterschiede eine Übertragung von Ergebnissen der Versorgungsforschung aus anderen Ländern nur bedingt zulassen. Doch auch in Deutschland sind Fortschritte zu verzeichnen (Übersicht zu randomisierten Studien, S. 221 ff.). So erbrachten die Förderungen des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF), des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) und die Modellprojekte des Spitzenverbandes der gesetzlichen Krankenkassen in den letzten Jahren neue Ergebnisse. Komplexe Interventionen erscheinen am erfolgversprechendsten. Eine gute Versorgung sollte statt durch Akkumulation ungenügend geprüfter Interventionen durch eine kontinuierliche Evaluation spezifischer Wirkfaktoren gesichert werden.

Kap. 15: Gesundheitsförderung und Prävention im Alter, Ulla Walter, Christiane Patzelt
(Medizinische Hochschule Hannover, Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung)

Im 15. Kapitel erfolgt eine erste implizite Thematisierung des Konzepts der „Salutogenese“ im Sinne von Prävention und Gesundheitsförderung. Ziele der Gesundheitsförderung und Prävention im höheren Lebensalter sollten dabei 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. Determinanten des aktiven Alterns werden in einer Abbildung dargestellt (S. 235). 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. Evidenzbasierte Leitlinien für die Gesundheitsförderung älterer Menschen werden auf

S. 238 dargestellt. Eine Vielzahl von Akteuren, regionalen Netzwerkstrukturen und neuen Handlungsfeldern ergeben sich, von denen einige exemplarisch aufgezeigt werden.

Kap. 16: Präventive Hausbesuche für ältere Menschen, Matthias Meinck (Kompetenz-Centrum Geriatrie beim Medizinischen Dienst der Krankenversicherung Nord, stellv. Leiter)

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 entsprechende 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 (Übersicht über Ergebnisse von Meta-Analysen, S. 252, sowie Charakteristika von Erprobungsvorhaben, S. 254). Präventive Hausbesuche können deshalb gegenwärtig nicht als regelhaftes Versorgungsangebot im deutschen Gesundheits-/Sozialsystem empfohlen werden. Ihre Wirksamkeit sollte im Rahmen eines multizentrischen Forschungsprogramms noch systematischer untersucht werden.

Kapitel 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, Sabine Bartholomeycziki (Universität Witten-Herdecke; Institut für Allgemeinmedizin und Familienmedizin; Department für Pflegewissenschaft)

Um die Gesundheitsversorgung von Menschen mit Demenz in der Zukunft antizipieren zu können, wurde ein multidisziplinärer Szenario-Prozess initiiert (Abbildung S. 262). 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 (S. 264 ff.). Zwei davon lassen sich als sogenannte „Dark Scenarios“ mit sehr schlechten Perspektiven klassifizieren. Ein weiteres Szenario wurde betitelt mit „Gut gemeint, aber schlecht gemacht“. Zwei Szenarien weisen überwiegend positive Aspekte auf, wenngleich eines („Demenz vermeiden“) die Tendenz zu einem „Orwellschen Überwachungsstaat“ zeigte. Die Autoren versuchen Handlungsoptionen und Empfehlungen zu

geben, um die Entwicklung eher in Richtung der positiven Szenarien zu beeinflussen.

Kap. 18 Versorgungsbericht Palliativmedizin, *Peter Engeser* (Universitätsklinikum Heidelberg, Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung)

Seit den 1980er Jahren entwickelt sich die Palliativmedizin und Hospizarbeit in Deutschland und 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 neue Strukturen für die Palliativversorgung heraus. Weitere Veränderungen für eine gute Betreuung dieser Menschen werden allerdings auch in Zukunft notwendig werden.

Kap. 19: Sturzprophylaxe in Pflegeheimen – Ergebnisse einer zehnjährigen Zusammenarbeit der Wissenschaft mit der AOK, *Clemens Becker, Kilian Rapp, Luzia Erhardt-Beer* (Clemens Becker, Kilian Rapp: Robert-Bosch-Krankenhaus, Klinik für Geriatrische Rehabilitation; Luzia Erhardt-Beer: AOK Baden-Württemberg)

Stürze und sturzbedingte Verletzungen wie Hüftfrakturen zählen zu den häufigsten Gesundheitsrisiken von Heimbewohnern. Das Forschungsinteresse an den entsprechenden Risikofaktoren und an der Sturzprophylaxe ist deshalb in den letzten Jahren gestiegen. Der vorliegende Beitrag beschreibt die langjährige Zusammenarbeit zwischen der AOK (zuerst in Baden-Württemberg und nun auch in anderen Bundesländern) und Wissenschaftlern bei der Einführung eines Sturzpräventionsprogramms in Pflegeheimen. Der Beitrag gibt einen Überblick über die Epidemiologie von Stürzen und Frakturen (in jeder Pflegeeinrichtung mit z.B. 100 Betten ist an jedem zweiten Tag ein Sturz zu erwarten, S. 287 ff.) und stellt die Risikofaktoren von Stürzen in Heimen dar. Ein weiterer Fokus liegt auf den verschiedenen Komponenten der Sturzprävention. Außerdem werden strukturelle und organisatorische Fragen im Zusammenhang mit der Einführung von Sturzpräventionsprogrammen in Pflegeheimen diskutiert.

Teil II: Zur Diskussion

Kap. 20: QISA – Das Qualitätsindikatorensystem für die ambulante Versorgung – Das Beispiel Palliativversorgung in der Hausarztpraxis, *Regine Chenot, Johannes Stock, Björn Broge, Peter Engeser, Joachim Szecsenyi*

Qualität in der Arztpraxis messbar machen, das ist das Ziel von QISA, dem bundesweit ersten System von Qualitätsindikatoren für die ambulante Versorgung.

Teil III: Daten und Analysen

Kap. 21: Erkrankungshäufigkeiten und Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen, *Bettina Gerste, Christian Günster*

Dieser umfangreiche Beitrag (S. 313 – 384) bietet eine gute Übersicht über die Häufigkeit von Erkrankungen und Informationen zur Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen in den drei ausgabenstärksten Leistungssektoren des Gesundheitswesens. Mit Kennzahlen:

- zur stationären Versorgung
- zur ambulanten ärztlichen Versorgung,
- zur Arzneimittelversorgung.

Die Nutzung von Routinedaten für die Versorgungsforschung wird in den letzten Jahren viel diskutiert, stehen diese Daten doch mit geringem Aufwand für Versorgungsanalysen zur Verfügung. Die Daten liegen im Unterschied zu Primärerhebungen für alle Versicherten vollständig vor, da sie notwendiger Bestandteil der Abrechnung von Leistungen sind.

Autor der Rezension:

Joachim Preißler

Dipl.-Philosoph, Dipl.-Gesundheitswissenschaftler, Sozialtherapeut

Verein zur Förderung von Innovationen in der Gesundheitswirtschaft in der Region Dresden e.V.

E-Mail: joachim-preissler@t-online.de