



Edition

Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 62

Gerd Glaeske
Cornelia Trittin
(Hrsg.)

**Weichenstellung:
Altern in unserer Gesellschaft.
Neue Herausforderungen für
das Gesundheitswesen**

Bremen, Schwäbisch Gmünd



Edition

Bibliografische Information der Deutschen Bibliothek

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der deutschen Nationalbibliografie;
detaillierte bibliografische Daten sind im Internet unter <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 62

Weichenstellung: Altern in unserer Gesellschaft. Neue Herausforderungen für das Gesundheitswesen

Reihen-Herausgeber: GEK - Gmünder ErsatzKasse
Bereich Gesundheitsanalyse
Gottlieb-Daimler-Straße 19
73529 Schwäbisch Gmünd
Telefon (07171) 801-0
<http://www.gek.de>

Herausgeber: Prof. Dr. Gerd Glaeske
Zentrum für Sozialpolitik (ZeS)
Forschungsschwerpunkt „Arzneimittelversorgungsforschung“,
Abteilung für Gesundheitsökonomie, Gesundheitspolitik und
Versorgungsforschung
Universität Bremen, Parkallee 39, 28209 Bremen

Cornelia Trittin
GEK - Gmünder ErsatzKasse
c/o Zentrum für Sozialpolitik (ZeS)
Universität Bremen, Parkallee 39, 28209 Bremen

Verlag Asgard-Verlag, Einsteinstraße 10, 53757 St. Augustin
ISBN 978-3-537-44062-4



Edition

Veranstalter:

Kooperationsveranstaltung der

GEK - Gmünder ErsatzKasse
Gottlieb-Daimler-Straße 19
73529 Schwäbisch Gmünd
<http://www.gek.de>

und des

Zentrums für Sozialpolitik (ZeS)
Universität Bremen
Parkallee 39
28209 Bremen
<http://www.zes.uni-bremen.de>

Wissenschaftliche Leitung:

Prof. Dr. Gerd Glaeske

Organisation:

Cornelia Trittin

Inhaltsverzeichnis

Vorwort

Gerd Glaeske, Cornelia Trittin	7
--------------------------------------	---

Zur Einführung

Dieter Hebel.....	11
-------------------	----

Evidenzbasiertes Medikamentenmanagement im höheren Lebensalter – die Zukunft der Gesundheitsversorgung ist chronisch ... –

Gerd Glaeske	17
--------------------	----

Mehr Kooperation zwischen den Heilberufen in der Medizin für mehr Qualität in der Versorgung älterer Menschen

Adelheid Kuhlmeier.....	49
-------------------------	----

Chronic Care – alte Aufgabe und neue Herausforderung in der Allgemeinmedizin

Ferdinand M. Gerlach.....	61
---------------------------	----

Sind ältere Menschen in unserem medizinisch-pflegerischen Versorgungssystem benachteiligt?

Andreas Kruse.....	79
--------------------	----

Neurodegenerative Erkrankungen – die medizinische Herausforderung der nächsten Jahre

Peter Berlit.....	111
-------------------	-----

Zur Situation der Demenzkranken und ihrer Angehörigen

Sabine Jansen..... 121

Der Medizinische Dienst in der Pflegeversicherung – praktische Erfahrungen und Perspektiven

Uwe Brucker, Jürgen Windeler 131

Welche Strategien zur Verbesserung der medizinischen Versorgung älterer Menschen kann die GEK fördern?

Thomas Schürholz,
Nicole Baumann, Christoph Lorenz, Hans Dörning..... 171

Optimierung der Arzneimitteltherapie bei älteren Menschen

Katrin Janhsen..... 205

Verzeichnis der Autorinnen und Autoren 219

Vorwort

Gerd Glaeske, Cornelia Trittin

Die Gmünder ErsatzKasse GEK hat in Kooperation mit dem Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen am 25. September 2007 in Berlin ihren zweiten Medizinkongress zum Thema „Altern in unserer Gesellschaft – Neue Herausforderungen für das Gesundheitswesen“ durchgeführt. Vor dem Hintergrund einer immer älter werdenden Bevölkerung standen insbesondere medizinische Aspekte des Alterns und die damit verbundenen Herausforderungen an unser Gesundheitssystem im Mittelpunkt des Kongresses. Im Zusammenhang mit dem zunehmenden Versorgungsbedarf älterer Menschen ging es sowohl um die Stärkung von Gesundheitsförderung und Prävention, z.B. bei chronischen Erkrankungen wie Diabetes oder Bluthochdruck, als auch um eine Verbesserung der Versorgung bei Demenz und Krebserkrankungen. Daneben gehörten Aspekte der Steuerung der künftigen Kostenentwicklung und die Förderung von neuen Kooperations- und Koordinationsformen zwischen medizinischen Berufsgruppen und allen Beteiligten im Gesundheitssystem zu den zentralen Fragestellungen des Kongresses.

Um diese notwendigen neuen Wege zu beschreiten, ist ein Umdenken in der medizinischen Versorgung älterer Menschen dringend erforderlich. Die Behandlung und Betreuung dieser Patientinnen und Patienten sollte als multi- und interdisziplinärer Auftrag verstanden werden. Unser Gesundheitswesen bedarf einer Ausrichtung, die in Qualität und Patientenorientierung älteren Menschen durch besondere Behandlungs- und Betreuungskonzepte gerecht wird. Die Forderung nach einer angemessenen Versorgung steht mehr und mehr im Mittelpunkt.

Nach den einführenden Worten von Dieter Hebel, dem Vorstandsvorsitzenden der GEK, referierte Dr. Thomas Schürholz aus Sicht der GEK über die Möglichkeiten der GEK, Strategien zur Verbesserung der medizinischen Versorgung älterer Menschen zu fördern.

Prof. Dr. Gerd Glaeske, Universität Bremen und Mitglied im Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, stellte seine Überlegungen für ein stärker an der Evidenz orientiertes Medikamentenmanagement im höheren Lebensalter und die damit verbundenen Veränderungen der Gesundheitsversorgung vor. Als weiteres Sachverständigenratsmitglied war Frau Prof. Dr. Adelheid Kuhlmeier vom Institut für Medizinische Soziologie der Charité-Universitätsmedizin, Berlin, anwesend. Sie forderte mehr Kooperationen in der Medizin für mehr Qualität in der Versorgung älterer Menschen – Professionenmix als Basis der Behandlung, Betreuung und Begleitung. Der Vortrag von Prof. Dr. Ferdinand Gerlach, Johann Wolfgang-Goethe Universität, Frankfurt, widmete sich dem Thema Chronic Care als „alter Aufgabe mit neuer Herausforderung“ in der Allgemeinmedizin und Prof. Dr. Andreas Kruse der Universität Heidelberg ging auf die grundlegende Frage nach der Benachteiligung älterer Menschen in unserem Gesundheitssystem ein.

Als wichtigste medizinische Herausforderung der nächsten Jahre thematisierte Prof. Dr. Peter Berlit des Alfried-Krupp-Krankenhauses, Essen, die Neurodegenerativen Erkrankungen am Beispiel der Demenzerkrankungen und des Morbus Parkinson. Zur Lebenssituation von Demenzkranken aus Sicht der Betroffenen und deren Angehörigen sprach Sabine Jansen aus der Deutschen Alzheimer Gesellschaft.

Prof. Dr. Jürgen Windeler vom Medizinischen Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen berichtete über praktische Erfahrungen und Perspektiven des Medizinischen Dienstes in der Pflegeversicherung. Als Vertreterin des Deutschen Pflegerates stellte Marie-Luise Müller die Zukunft und neue Konzepte der Pflege sowie deren Fördermöglichkeiten

vor. Abschließend gab Dr. Katrin Janhsen, Universität Bremen, einen Einblick in die notwendige Optimierung der Arzneimitteltherapie bei älteren Menschen. Als Basis dienten hier Auswertungen, die mit GEK-Arzneimitteldaten gewonnen werden konnten.

Unter den 160 Teilnehmerinnen und Teilnehmern bestand Einigkeit in der Forderung nach einer verbesserten Versorgung älterer Menschen durch besondere Behandlungs- und Betreuungskonzepte, verbunden mit verstärkter Gesundheitsförderung und Prävention. Eine gegenseitige Akzeptanz und Wertschätzung unter den Gesundheitsberufen mit verbesserten Kooperationen und eine geriatrische Orientierung der Medizin sind erste Schritte in eine Zukunft, die auch älteren Menschen eine hohe Qualität der medizinischen Versorgung sichert. Nur unter Berücksichtigung dieser Aspekte können zukunftsweisende Wege für alle Beteiligten im System beschritten werden.

Im vorliegenden zweiten Kongressbericht, dessen Aufbau sich eng am Ablauf der Veranstaltung orientiert, sind die Beiträge der Referentinnen und Referenten dokumentiert und die wesentlichen Ergebnisse des Kongresses detailliert festgehalten.

Unser Dank gebührt allen Referentinnen und Referenten, die uns Ihre schriftlichen Manuskripte für eine Veröffentlichung zur Verfügung gestellt haben. Ihre Beiträge und ihre Diskussionsbereitschaft auf dem Kongress waren maßgeblich für das Gelingen der Veranstaltung verantwortlich. Zudem wären weder die Durchführung des zweiten Medizinkongress noch diese Dokumentation ohne die hilfreiche Unterstützung unserer studentischen Mitarbeiterinnen Friederike Höfel und Ulrike Pernack sowie von Frau Witt aus dem Berliner Büro der GEK möglich gewesen.

Und unser Dank geht nicht zuletzt an alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Kongresses, deren Interesse und Beteiligung zu einem regen interdisziplinären Austausch geführt haben.

Zur Einführung

Dieter Hebel

Nach der Premiere im vergangenen Jahr veranstalten wir diesen Kongress nun zum zweiten Mal. Mit unseren Kongressen wollen wir Denkanstöße geben zu den Herausforderungen und Chancen, vor welchen die Gesetzliche Krankenversicherung heute steht und die zukünftig zu bewältigen sein werden.

Das Thema des diesjährigen Kongresses „Altern in unserer Gesellschaft“ stellt die bessere Versorgung älterer Menschen in den Vordergrund. Eine der wichtigsten Voraussetzungen, um den demographisch bedingten ansteigenden Versorgungsbedarf etwa bei chronischen Erkrankungen meistern zu können, sehe ich in der Förderung der Prävention und Gesundheitsförderung. Daneben muss die Versorgung älterer Menschen durch besondere Behandlungs- und Betreuungskonzepte sowie vermehrter Kooperation verschiedener Berufsgruppen verbessert werden. Es geht darum, das Potenzial von Qualitätsverbesserungen aufzuspüren. Angesichts einer sich immer stärker entwickelnden Spezialisierung der medizinischen Akteure ist es nicht immer einfach, das gemeinsame Gesundheitsziel im Auge zu behalten und die Behandlung eines Patienten koordiniert zusammenzuführen. In diesem Bereich sehe ich die Chance und die Aufgabe bei den Krankenkassen, an dem Optimierungsprozess aktiv mitzuarbeiten. Denn wir als Krankenkasse haben nicht die Rolle des Buchhalters sondern wir haben die Rolle des aktiven Gestalters in diesem Gesundheitsprozess.

Die GEK betreibt schon seit den 90er Jahren anhand ihrer Routinedaten in Kooperation mit renommierten Wissenschaftlern Versorgungsfor-

schung, deren Ergebnisse in den Reporten der GEK-Edition für die einzelnen Sektoren wie Arzneimittel, Heil- und Hilfsmittel, den stationären und ambulant-ärztlichen Versorgungsbereich nachzulesen sind. Diese Transparenz ist meines Erachtens Grundvoraussetzung zur Verbesserung der medizinischen Versorgung insgesamt. Damit verschaffen wir uns die Möglichkeit, gestalterisch auf den Wettbewerb Einfluss zu nehmen. Denn ohne Wettbewerb kann keine Verbesserung der medizinischen Versorgung erreicht werden.

Über den demografischen Wandel und dessen Folgen wird in Deutschland und auch in Europa nicht erst seit heute diskutiert. Dabei geht es oft um Themen wie die Pflegeversicherung oder die Alterssicherung. Um die Gesetzliche Rentenversicherung für die Zukunft zu rüsten, wurde in dieser Legislaturperiode beschlossen, das Renteneintrittsalter kontinuierlich von 65 auf 67 Jahre anzuheben. Aber auch die Gesetzliche Krankenversicherung muss diesen Wandel bewältigen und zukunftssicher gemacht werden. Fakt ist: wir werden immer älter und haben weniger Kinder. Die Lebenserwartung steigt kontinuierlich an. Jedes heute neugeborene Mädchen hat eine durchschnittliche Lebenserwartung von über 82 Jahren. Dies bedeutet auch, dass eine nicht unerhebliche Zahl der heute Neugeborenen die Chance hat, den Beginn des 22. Jahrhunderts noch zu erleben. Gemäß der 11. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes wird die Zahl der über 80-Jährigen von heute knapp vier Millionen Personen auf über zehn Millionen im Jahr 2050 steigen. Für das Gesundheitswesen allgemein und die Krankenkassen insbesondere ist es daher unabdingbar, sich darauf einzustellen. Ein wirksames und damit wichtiges Instrument, die demografische Entwicklung mit ihren Auswirkungen auf das Gesundheitssystem langfristig bezahlbar zu halten, ist die Prävention. Es ist besser, in weiser Voraussicht Krankheiten aktiv vorzubeugen, als diese später für teures Geld zu kurieren.

Wie im GEK-Gesundheitsreport 2003 bereits untersucht und festgestellt wurde, sind es insbesondere die großen Volkskrankheiten, welche die

meisten Finanzmittel der Gesetzlichen Krankenversicherung binden. Als größter Ausgabenblock mit 15% aller Leistungsausgaben wurden dabei die Herz-Kreislauferkrankungen identifiziert, gefolgt von Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems mit 14% aller Leistungsausgaben. Gerade die chronischen Krankheiten wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder Diabetes sind zum größten Teil verhaltensbedingt und könnten zu einem großen Teil durch Prävention vermieden werden. Gemäß dem Motto „Daten für Taten“ hat die GEK diese und weitere Erkenntnisse genutzt, um präventive Maßnahmen für ihre Versicherten als Beitrag zur Vorbeugung dieser Krankheiten zu entwickeln. Eine präventionsbewusste Lebensweise zeichnet sich durch die Komponenten Bewegung, gesunde Ernährung und Stressbewältigung aus.

Als eine der ersten Krankenkassen hat die GEK im Zuge des GKV-Modernisierungsgesetzes 2003 ein Bonusprogramm für gesundheitsbewusstes, präventives Verhalten ihrer Versicherten eingeführt. Der Gesetzgeber hat den Krankenkassen mit auf den Weg gegeben, dass sich die Aufwendungen für die Bonusprogramme mit Einsparungen refinanzieren müssen. Das Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitssystemforschung (ISEG) in Hannover hat nun die Effizienz des Programms evaluiert. Als Ergebnis lässt sich eindeutig festhalten: Das Programm trägt sich nicht nur selbst, sondern sorgt auch für eine Verminderung der gesundheitsbezogenen Ausgaben bei den Teilnehmern des Bonusprogramms. Die Evaluation ergab, dass je bonifiziertem Teilnehmer durchschnittliche Minderausgaben von bis zu einem Monatsbeitrag in zwei Jahren im Vergleich zu Nicht-Teilnehmern registriert werden konnten. Auch die Untersuchung verschiedener Altersgruppen zeigte auf, dass die Minderausgaben ab der Gruppe der 40-Jährigen mit dem Alter kontinuierlich ansteigen. Gerade bei den höheren Altersgruppen ergeben sich somit die ausgeprägtesten Effekte. Diese Ergebnisse sind ein weiteres wichtiges Indiz für die Sinnhaftigkeit der Prävention. Selbst in dem sehr kurzen Be trachtungszeitraum von zwei Jahren kann festgehalten werden, dass die Teilnehmer weniger ins Krankenhaus mussten und deutlich weniger Me-

dikamente schluckten als vergleichbare Versicherte, die nicht am Präventionsprogramm teilgenommen hatten. Bei diesen Analysen wurden die Vorgaben des Bundesversicherungsamtes zu Grunde gelegt. Um weitere Erkenntnisse über das Bonusprogramm zu gewinnen, haben wir noch tiefer gehende Analysen in Auftrag gegeben, um unsere Programme versichertenbezogen zu optimieren. So wird unter anderem untersucht, ob bestimmte Maßnahmen oder Maßnahmenkombinationen für bestimmte Versichertengruppen besonders effizient sind. Des Weiteren interessiert uns, inwieweit durch diese Programme eine Reduktion der Inanspruchnahme von Leistungen in einzelnen Versorgungssektoren bei gewissen Versichertengruppen erreicht werden kann.

Mit dem GEK-Lebensphasen-Modell geben wir unseren Versicherten bzw. deren Eltern quasi von der Geburt an über die verschiedenen Lebensphasen Hilfestellung in allen gesundheitlichen Belangen. Angefangen von den Hinweisen und Informationen über die verschiedenen Früherkennungsuntersuchungen bis zu den diversen Angeboten der Gesundheitsförderung, wie bspw. Sportprogramme, sorgen wir für umfassende Möglichkeiten der gesundheitsorientierten Lebensführung. Und diese Investitionen haben sich bisher gerechnet, wie die vorher dargestellten Evaluationsergebnisse des ISEG gezeigt haben. In einem nachfolgenden Beitrag von Dr. Schürholz, Leiter des Medizinischen Versorgungsmanagements der GEK, werden die Ergebnisse eines GEK-Modellversuches vorgestellt, bei dem die Effektivität und Effizienz einer aktiven Gesundheitsförderung von GEK-Versicherten beim Übergang vom Berufsleben in den Ruhestand untersucht wurde.

„Gesundes Altern“ muss von allen Seiten gefördert werden. Dies ist ein gesamtgesellschaftliches Anliegen und bedarf eines vernetzten Handelns nicht nur der Akteure im Gesundheitswesen: Von den Kindergärten über die Schulen, Arbeitgeber, Sportvereine und Politik bis hin zu den Krankenkassen sind alle gefordert, gesundheitsförderliche Verhaltensweisen

zu unterstützen. Wie in den bisherigen Ausführungen dargelegt wurde, kommt die GEK als gesetzliche Krankenkasse diesem Auftrag mit Ihren Angeboten, Aktionen und Projekten eindrücklich nach.

Gesundheitsbewusstes Verhalten muss aber schon möglichst früh etwa im Kindergarten oder in der Schule beginnen. Daher hat die GEK in Zusammenarbeit mit der Pädagogischen Hochschule in Schwäbisch Gmünd das Projekt „Vernetzte Gesundheitsförderung in der Schule“ ins Leben gerufen. Mit diesem Projekt ist beabsichtigt, auf verschiedenen gesellschaftlichen Ebenen dem Problem von Adipositas bei Kindern und Jugendlichen entgegen zu treten. Dabei stehen Maßnahmen zur schulischen Gesundheitsförderung in den Bereichen Ernährung, Bewegung und Stressregulation im Vordergrund. Dieses Projekt läuft seit letztem Jahr und ergänzt die dargestellten Aktivitäten der GEK im Rahmen der Gesundheitsförderung und Prävention sinnvoll.

Link:

Statistisches Bundesamt. 11. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung: http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Presse/pk/2006/Bevoelkerungsentwicklung/bevoelkerungsprojektion_2050,property=file.pdf.

Evidenzbasiertes Medikamentenmanagement im höheren Lebensalter – die Zukunft der Gesundheitsversorgung ist chronisch ... –

Gerd Glaeske

Die adäquate Versorgung chronisch kranker und älterer Menschen stellt eine der bedeutendsten und größten Herausforderungen für unser Gesundheitssystem dar. Gründe dafür sind vor allem die spezifische Verlaufsdynamik chronischer Erkrankungen – d.h. der Wechsel unterschiedlicher Krankheitsphasen –, das komplexe Krankheitsgeschehen sowie die in der Regel langen und kostenintensiven Versorgungsverläufe.

In einem lesenswerten Editorial von Edward Wagner aus Seattle, einem der Väter eines Modells für Chronic Care, das er zusammen mit Jochen Gensichen und Ferdinand Gerlach in der „Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen“ veröffentlicht hat, heißt es in einer aus meiner Sicht besonders kompakten und zutreffenden Zusammenfassung u.a.: „Trotz der klinischen Unterschiede zwischen den verschiedenen chronischen Krankheiten konfrontiert jede Krankheit betroffene Patienten und ihre Familien mit dem gleichen Spektrum an Erfordernissen: Ihr Verhalten zu ändern; mit der sozialen und emotionalen Bürde der Symptome, den Behinderungen und dem nahenden Tod umzugehen; regelmäßig Medikamente einzunehmen sowie über lange Zeiträume medizinisch betreut zu werden. Im Gegenzug muss die medizinische Versorgung sicherstellen, dass Patienten die besten Behandlungsmöglichkeiten erhalten, durch die ihre Krankheit kontrolliert und deren Begleitsymptome gelindert werden. Patienten benötigen jedoch auch jegliche Information und Unterstützung, die erforderlich ist, um mit ihrer Krankheit und oft auch mit ihrem nahenden Tod selbstständig umzugehen. Erfahrungen haben gezeigt, dass wir auf diesem Gebiet nicht besonders gut sind, und der Man-

gel weniger in uns selbst als in unserem Versorgungssystem begründet liegt.“ (Wagner et al. 2006, S. 333; siehe auch Wagner 2000).

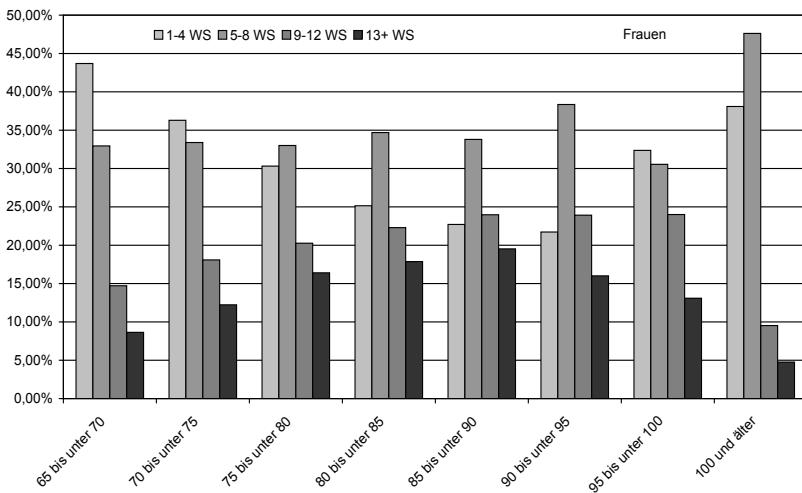
Ein vor allem auf Kuration und Pathogenese aufgebautes Gesundheitssystem, das sich sowohl in der Organisation als auch in den Behandlungsangeboten ärztezentriert entwickelt und ohne Zweifel erfolgreich auf die Akut- und Notfallmedizin konzentriert hat, kommt bei der Versorgung von chronischen Erkrankungen insbesondere bei älteren Menschen an seine Grenzen. Dass die durchschnittliche Lebenserwartung und damit der Anteil Älterer in den letzten 100 Jahren stark ansteigen, ist weithin bekannt. Diese Bevölkerungsgruppe repräsentierte im Jahr 2001 17,1% der deutschen Bevölkerung. Aktuelle Vorausberechnungen gehen davon aus, dass im Jahr 2050 etwa 30% aller Deutschen über 65 Jahre alt sind.

1. Viel hilft viel?

Die Arzneimitteltherapie steht bei chronisch und vor allem durch mehrere Krankheiten gleichzeitig belasteten Patientinnen und Patienten im Mittelpunkt (Glaeske, Janhsen 2006, siehe Beispiel Abb. 1; siehe auch Rottländer et al. 2007). So hängt z.B. bei der Behandlung multimorbider Patienten mit Arzneimitteln der Erfolg und die Verträglichkeit der Therapie ganz entscheidend davon ab, ob die Priorisierung der zu behandelnden Krankheiten und Symptome korrekt erfolgte und nur die wirklich angemessene Anzahl an Arzneimitteln appliziert wird.

Es ist im Alter nämlich keineswegs sinnvoll, jede behandelbare Krankheit separat zu betrachten und jeweils für sich evidenzbasiert zu behandeln. Sinnvoll ist es vielmehr, die Wichtigsten zu erkennen und adäquat zu therapiieren. Cynthia Boyd hat mit ihren Kolleginnen und Kollegen – in einer der zu diesem Thema wichtigsten Publikation seit Jahren – die Grenzen und Probleme einer fast als naiv zu bezeichnenden Übertragung der Behandlungsevidenz auf die jeweils einzelnen Krankheiten einer an mehreren Krankheiten nebeneinander leidenden 79-jährigen Patientin gezeigt:

Abb. 1: Anteil der weiblichen Versicherten im Alter ab 65 Jahren mit 1-4, 5-8, 9-12 und 13 und mehr verordneten Wirkstoffen (WS) im Jahr 2005



Quelle: Glaeske, Janhsen 2006

Die Behandlung von Bluthochdruck, Diabetes mellitus, Osteoporose, Osteoarthritis und COPD (Chronic Obstructive Pulmonary Disease) würde dazu führen, 12 verschiedene Medikamente in 19 Tagesdosierungen zu fünf verschiedenen Zeiten einzunehmen, hinzu kämen weitere Mittel nach Bedarf (vor allem bei COPD). Zusätzlich wären 14 nicht-medikamentöse Empfehlungen (z.B. im Hinblick auf die Ernährung zu berücksichtigen) und regelmäßige Arztbesuche einzuplanen (Boyd et al. 2005). Zwei Arzneimittel aus der Liste müssen nur deshalb eingenommen werden, um die unerwünschten Wirkungen anderer zu behandeln. Ist dieser Umfang an medizinischen Verordnungen und Ratschlägen einer älteren Patientin überhaupt zuzumuten? Sowohl die Verträglichkeit als auch die Sicherheit und die Aufdeckung von unerwünschten Wirkungen und Wechselwirkungen spielt daher insbesondere bei älteren Menschen eine besondere Rolle. Daher sollen Überlegungen zur Arzneimittelsicherheit allgemein, aber

insbesondere auch bei älteren Menschen, in der folgenden Ausführung im Mittelpunkt stehen.

2. Patientensicherheit in der Arzneimittelversorgung

Die Arzneimitteltherapie hat in den vergangenen Jahrzehnten in einigen Indikationsbereichen neue Behandlungsmöglichkeiten erschlossen, die den Patientinnen und Patienten zugute kommen (z.B. im Bereich der Onkologie mit Herceptin oder Avastin, bei der Behandlung von Hepatitis C mit Interferonen oder von rheumatoider Arthritis mit TNF-Antagonisten (z.B. Adalimumab, Etanercept oder Infliximab). Es kommen aber auch mehr und mehr Arzneimittel auf den Markt, die hochselektiv in Stoffwechselvorgänge und Funktionen des Organismus eingreifen. Informationen über die richtige Anwendung und die Berücksichtigung von möglichen Risiken sind in diesem Zusammenhang von wachsender Relevanz (AkdÄ 2005). Daher wird die Zulassung eines Arzneimittels zu einer für die Arzneimittelsicherheit immer wichtigeren Entscheidung, in der auch Hinweise auf potenzielle Risiken (die bei kleineren Patientenpopulationen im Rahmen der klinischen Prüfungen aufgetreten sind) berücksichtigt werden müssen, bevor nach der Zulassung möglicherweise Millionen von Menschen mit diesem neuen Mittel behandelt werden.

In den letzten Jahren gab es spektakuläre Marktrücknahmen von Arzneimitteln, die – jedenfalls zum Teil – durch die bessere Berücksichtigung von solchen Hinweisen hätten vermieden werden können. Hierzu gehören mehrere Fluorchinolone zur Behandlung von Infektionen (z.B. Temafloxacin, Trovafloxacin, Grepafloxacin), der Lipidsenker Cerivastatin (in Lipobay) oder der Cox-2-Hemmer Rofecoxib (Vioxx). Die öffentliche Diskussion über diese Marktrücknahmen hat das Thema Arzneimittelsicherheit auch in der Öffentlichkeit und in den Medien zum Thema gemacht. Im Rahmen dieser Diskussionen wurde auch deutlich, dass die Überwachung des Arzneimittelmarktes, die Bereitstellung von Risikoinformationen und die Maßnahmen zur Entdeckung von Arzneimittelrisiken verbessert werden müssen.

3. Die Wirkungsweise des Spontanmeldesystems

In Deutschland ist das wichtigste Instrument zur Erfassung von unerwünschten Arzneimittelwirkungen (UAW) das Spontanmeldesystem, dessen Erfolg und Wirksamkeit vor allem von der Mitarbeit der Ärztinnen und Ärzte abhängt, die von Erfahrungen und Erkenntnissen im Umgang mit zugelassenen Arzneimitteln berichten, wenn diese den Verdacht einer UAW nahe legen. Solche Systeme sind aber grundsätzlich mit einem „Underreporting“ verbunden, weil Ärztinnen und Ärzten häufig die Information darüber fehlt, welche Fälle gemeldet werden sollen. Dabei gibt es auch einen wissenschaftstheoretischen Aspekt: Wenn unklar bleibt, welche Begleiterscheinungen bei einer Arzneimitteltherapie überhaupt als UAW auftreten können, wird diese Begleiterscheinung u.U. gar nicht als UAW identifiziert, sondern auf die individuelle Situation des Patienten oder der Patientin zurückgeführt werden, schließlich nimmt man in der Regel nur wahr, was man sich auch vorstellen kann! Hinzu kommt, dass manche Ärztinnen/Ärzte die beobachteten UAW als geringfügig oder irrelevant betrachten oder dass eine solche Meldung für sie selbst oder für andere disziplinarische Maßnahmen oder Rechtsstreitigkeiten auslösen könnten, auch mit dem Hersteller, der sie wegen einer „Falschbehauptung“ zur Rechenschaft ziehen könnte. Darüber hinaus ist ihnen die Notwendigkeit bzw. die berufliche Verpflichtung, UAW zu melden, unbekannt. Erschwerend kommt hinzu, dass sie von den Behörden und den Pharmakovigilanzeinrichtungen nur selten ein Feedback bekommen, was die Motivation zur Meldung fördern könnte.

4. Die Strategie der Pharmakovigilanz

Das Spontanmeldesystem ist eingebettet in die Strategie der Pharmakovigilanz, die sich zum Ziel gesetzt hat, die klinische Entwicklung eines Arzneimittels ebenso wie die Anwendung im Hinblick auf die Arzneimittelsicherheit zu überwachen. Die Definition der Pharmakovigilanz der Weltgesundheitsorganisation (WHO) bezieht sich auf das „Analysieren

und Abwehren von Arzneimittelrisiken“. Die Pharmakovigilanz bezieht nach der WHO „[...] Aktivitäten, die zur Entdeckung, Beurteilung sowie zum Verständnis und zur Vorbeugung von unerwünschten Wirkungen oder anderen Problemen in Verbindung mit Arzneimitteln dienen“ mit ein und berücksichtigt „[...] auch Risikomanagement, Vorbeugung von Therapiefehlern, Vermittlung von Arzneimittelinformationen und Förderung der rationalen Therapie mit Arzneimitteln.“ (ISDB 2005, S. 28).

Die Pharmakovigilanz nach der WHO-Definition geht damit über die „reine“ Forschung zur Entdeckung unerwünschter Arzneimittelwirkungen (UAW) hinaus und berücksichtigt auch unerwünschte Ereignisse (UE, englisch: „adverse event“) im Zusammenhang mit der Anwendung eines Arzneimittels. Die UAW (englisch „adverse reaction“ oder „adverse effect“) ist damit definiert als „Reaktion auf ein Arzneimittel, die schädlich oder unbeabsichtigt ist und die unter normalen Dosierungen auftritt, die zur Prophylaxe, Diagnose oder Therapie von Erkrankungen oder zur Beeinflussung physiologischer Funktionen üblich sind. Ein ursächlicher Zusammenhang zwischen der Arzneimittelanwendung und dem Ereignis erscheint zumindest möglich. Es ist auch zu berücksichtigen, dass eine UAW Folge beabsichtigter oder zufälliger Überdosierung, von Arzneimittelmissbrauch oder von Fehlverordnungen, Falschanwendungen oder von mangelnder Compliance sein kann.“ (ebd).

Der UAW-Begriff im Rahmen der Pharmakovigilanz ist auch im Arzneimittelgesetz (AMG) § 62 definiert. Dort heißt es mit Bezug auf die Aufgabe der Bundesoberbehörde Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM): „Die zuständige Bundesoberbehörde hat zur Verhütung einer unmittelbaren oder mittelbaren Gefährdung der Gesundheit von Mensch und Tier, die bei der Anwendung von Arzneimitteln auftretenden Risiken, insbesondere Nebenwirkungen, Wechselwirkungen mit anderen Mitteln, Verfälschungen [...] zentral zu erfassen, auszuwerten und die nach diesem Gesetz zu treffenden Maßnahmen zu koordinieren.“ Zu den hier

angesprochenen Arzneimittelrisiken gehören nach dem Risikoabwehrplan, dem sog. Stufenplan nach § 63 AMG, Hinweise aus den Bereichen Nebenwirkungen, Wechselwirkungen mit anderen Mitteln, Gegenanzeigen, Resistenzbildungen, Missbrauch und Fehlgebrauch, Gewöhnung und Abhängigkeit, Mängel der Qualität, Mängel der Behältnisse und der äußeren Umhüllungen, Mängel der Kennzeichnung und der Packungsbeilage, Arzneimittelfälschungen und einige andere mehr.

5. Unerwünschte Wirkungen als Teil der unerwünschten Ereignisse

Ein unerwünschtes Ereignis (UE) ist damit jedes ungünstige medizinische Ereignis, dass in Verbindung mit der Anwendung eines Arzneimittels auftritt, aber nicht notwendigerweise in kausaler Beziehung mit dieser Behandlung steht.

Kurz gefasst würde die Unterscheidung darauf zielen, dass UAW vor allem bei bestimmungsgemäßem Gebrauch auftreten und UE unbeabsichtigte schädliche Reaktionen im Zusammenhang mit der Anwendung eines Arzneimittels sind. Hierzu können beabsichtigte oder unbeabsichtigte Vergiftungen, Verschreibungs- und Abgabefehler, therapeutische Fehlschläge oder auch Noncompliance gehören. Es wurde auch kürzlich eine neuere Definition der UAW vorgeschlagen, die da lautet: „Eine nennenswert schädliche oder unangenehme Reaktion, die durch den Gebrauch eines Arzneimittels hervorgerufen wird, und die auf eine Gefahr durch zukünftigen Gebrauch weist, welche Prävention, eine spezielle Therapie, eine Änderung des Dosierungsschemas oder ein Absetzen des Präparates erforderlich macht.“ (Edwards, Aronson 2000).

Es wird nun mehr und mehr darüber nachgedacht, ob der UAW-Begriff nach dem AMG um diese Aspekte erweitert werden sollte. Hierfür gibt es möglicherweise auch gute Gründe, da die genannten Reaktionen wie

die typischen UAW im Zusammenhang mit einer Arzneimittelanwendung auftreten und daher die vorhandenen Instrumente der Pharmakovigilanz mitgenutzt werden könnten. Eine trennscharfe Abgrenzung zwischen den genannten UE und den typischen UAW ist ohnehin schwer oder gar nicht möglich, und mit dem typischen UAW-Begriff wird der Arzneimittelanwendungsalltag nur ungenügend abgebildet. Wenn dies auch unter Aspekten der Patientensicherheit als eine wichtige, ja geradezu unerlässliche Erweiterung betrachtet wird, so gibt es doch systematische Gründe gegen eine solche Erweiterung des Pharmakovigilanz-Begriffes unter den Aspekten des AMG: Wenn Medikationsfehler als UAW gewertet würden, wäre dies eine Abkehr von dem mit der UAW verbundenen bestimmungsgemäßen Gebrauch, wie er in § 4 des AMG definiert ist. Die Zielsetzung der Pharmakovigilanz ist die Sicherheit des Produkts Arzneimittel. Im Mittelpunkt der UE und der Diskussion über Medikationsfehler steht dagegen die Behandlungssicherheit. Beides zu verbinden muss daher unter Aspekten der anzuwendenden Methoden und Instrumente gefördert werden. Konkret bedeutet dies auch für die Arzneimittelanwendung, dass die produktbezogene Pharmakovigilanzinformation (UAW) und anwendungsbezogene Behandlungspharmakovigilanz (UE) sich mit dem Ziel der verbesserten Patientensicherheit ergänzen müssen. Die Produktsicherheit wird durch das AMG (Arzneimittelgesetz) (öffentliches Recht – AMG) geregelt, die Anwendungssicherheit durch das Haftungsrecht (Zivilrecht – BGB). Schon daran ist erkennbar, dass mit diesen unterschiedlichen Begriffen auch zwei Rechtsgebiete mit ganz unterschiedlichen juristischen Anforderungen angesprochen werden (Fries, Hart 2006).

6. Wie häufig sind unerwünschte Wirkungen und Ereignisse?

Nun sind die Diskussionen über die Produktsicherheit (UAW) schon länger Bestandteil der Strategien zur Verbesserung der Arzneimittelsicherheit. Die schon oben erwähnten Beispiele allseits bekannter und auch in den Medien aufgerollten „Arzneimittelskandale“ haben dazu nicht unwesentlich beigetragen. Gegenwärtig geht man davon aus, dass bei ca. 5% der

medikamentös behandelten Patientinnen und Patienten UAW auftreten und dass bei etwa 3 bis 6% aller Patienten, die stationär aufgenommen werden, eine UAW Ursache für diese Aufnahme ist, die allerdings oftmals von den behandelnden Ärzten nicht als solche identifiziert wird. Etwa 40% dieser UAW werden als vermeidbar eingestuft (Thürmann, Schmitt 1998, Schneeweiss et al. 2002, Göttler et al. 1997, Moore et al. 1998).

Eine der wichtigsten Untersuchungen in diesem Bereich stammt von Lazarou et al. (1998), allerdings wurde diese Arbeit nach der Publikation häufig wegen angeblicher methodischer Mängel kritisiert. Auf der Basis einer Metaanalyse von 39 prospektiv durchgeführten Studien wurde kalkuliert, dass in den USA im Jahre 1994 etwa 100.000 Todesfälle durch UAW verursacht sein könnten. Danach waren Arzneimittelnebenwirkungen im Untersuchungsjahr die sechsthäufigste Todesursache. Die Häufigkeit von UAW, die zu Krankenhausaufnahmen führten, betrug 6,7% und die Inzidenz von tödlichen UAW 0,3%.

Für Europa sind zu diesem Thema nur wenige Studien publiziert worden. Im Jahre 2004 wurde in Großbritannien eine Studie veröffentlicht, in der alle UAW dokumentiert wurden, die zu einer Krankenaufnahme führten (Pirmohamed et al. 2004). Die Aufnahmen wurden von einem Expertenpanel bewertet. 18.820 Aufnahmen wurden registriert, 1.225 (6,5%, 95% CI 6,2% bis 6,9%) wurden als UAW-bedingt bewertet. Die Patienten waren älter als Patienten ohne UAW (76 zu 66 Jahren im Median), es wurden häufiger Frauen UAW-bedingt eingewiesen. 95% der UAW wurden als Typ A nach Rawlins und Thompson (1977) bewertet, 73% der UAW wurden als vermeidbar eingestuft. 2,3% der Patienten verstarben als direkte Auswirkung der UAW. Unerwünschte Wirkungen waren somit für den Tod von 0,15% der hospitalisierten Patienten verantwortlich (0,1 bis 0,2%). Diese Häufigkeit stimmt relativ gut mit den Angaben von Lazarou et al. überein. Auch der Anteil der 5% UAW-bedingten Krankenaufnahmen findet sich in vielen Studien wieder.

Buajordet et al. (2001) ermittelten von 1993 bis 1995 die Zahl der tödlichen UAW auf der Basis der klinischen Daten und Autopsieberichte. Dabei wurden von 732 Todesfällen 133 (18,25%) als UAW-bedingt klassifiziert. Unter 14.000 stationär behandelten Patientinnen und Patienten betrug die Rate tödlicher Nebenwirkungen 0,95% und war somit dreifach höher als die von Lazarou veröffentlichten Werte. Nach Ansicht der Autoren waren Beta-2-Agonisten, Theophyllin, Kalziumblocker (vor allem Verapamil) oder Aspirin und Warfarin besonders auffällige Arzneimittel bezüglich tödlich verlaufender UAW. Die Nebenwirkungen, die zum Tode führten, waren vor allem Hypotension, Vasodilatation, Herzversagen, Dysrhythmien, Myocardischämie, Dehydratation, Nierenversagen, Alveolitis, Bronchoobstruktion sowie Digitoxin-Überdosierung.

49,6% (66 von 133) der tödlichen UAW wurden als inkorrekte Anwendung der Arzneimittel bewertet, durch die Blutuntersuchung wurden in 56 Fällen Überdosierungen festgestellt.

Im Rahmen eines Modellprojektes des BfArM zur Erfassung und Bewertung von unerwünschten Arzneimittelwirkungen wurde die Inzidenz unerwünschter Arzneimittelwirkungen, die zur Krankenhausaufnahme führten, im Durchschnitt mit 3% ermittelt. In einzelnen Zentren lag sie auch bei 5%, so dass eine gute Übereinstimmung mit den Literaturdaten festgestellt werden konnte. 25% der UAW entfielen auf Interaktionen. In diesem Bericht wurde auch auf die Nützlichkeit von Pharmakovigilanzzentren (regionale Zentren zur Bewertung der Ursachen für Krankenaufnahmen, vor allem im Hinblick auf UAW oder Interaktionen nach Arzneimitteleinnahme) und der Nutzung von Verordnungsdaten („Routinedaten“ der Krankenkassen) hingewiesen (siehe auch SVR 2006, Ziffern 896 – 900).

Neben der Belastung für die Patientinnen und Patienten durch UAW ist auch die ökonomische Belastung für das Versorgungssystem erheblich: Für die USA liegen Schätzungen aus einem 700-Betten-Lehrkrankenhaus

vor, in dem die jährlichen Behandlungskosten für UAW auf 5,6 Mio. Dollar geschätzt wurden, davon entfallen 2,8 Mio. Dollar auf vermeidbare UAW (Bates et al. 1997). Eine weitere Untersuchung gibt die Kosten zur Behandlung von UAW im Krankenhaus mit 5 bis 9% der Gesamtkrankenhauskosten an (Moore et al. 1998). Für Deutschland wurden die Kosten für UAW-induzierte Krankenhausbehandlungen auf 350 bis 400 Mio. Euro jährlich geschätzt (Schneeweiss et al. 2002, Göttler et al. 1997).

7. Ein besonderes Problem auch bei älteren Menschen: Die Arzneimittelabhängigkeit

In den Aufzählungen problematischer Präparate fehlt meist ein Aspekt völlig, nämlich der von Abhängigkeitsinduzierenden Arzneimitteln. Wenn über Arzneimittelsicherheit und unerwünschte Wirkungen einer Arzneimittel-Therapie diskutiert wird, kann dieser Problembereich jedoch nicht ausgeklammert werden. Die Inzidenzen ergeben sich hier aus der Anzahl von dokumentierten Arzneimittelabhängigkeiten in Beziehung zu der Größenordnung der Vermarktung der jeweiligen Mittel. Für die Benzodiazepin-Derivate enthaltenden Arzneimittel des Typs Lexotanil®, Tavor®, Valium® u.a. konnte in einer Pilotuntersuchung ein sog. Abhängigkeitspotential bestimmt werden. Hohe Werte deuteten darauf hin, dass in Relation zur Marktposition des jeweiligen Mittels unerwartet hohe Abhängigkeits-Häufigkeiten festgestellt werden konnten: Als besonders auffällig zeigten sich aufgrund dieser Überlegungen Lorazepam (Tavor®), Dikaliumclorazepat (Tranxilium®), Clobazam (Frismium®), Chlordiazepoxid in der Kombination Limbatril® und auch Diazepam (z.B. in Valium®). Neben diesen Benzodiazepin-Derivaten waren weiterhin alle Psychostimulantien (z.B. Captagon® und AN 1®) sowie vor allem Clomethiazol (Distraneurin®) auffällig. Das BfArM hat zumindest begonnen, die Hinweise ernst zu nehmen und hat Einschränkungen der Verfügbarkeit z.B. bei Lormetazepam (z.B. Rohypnol®) verfügt. Die 2mg Dosierung, die besonders häufig auch von Drogenabhängigen im Rahmen eines Beikonsums genutzt wurde, darf im

Gegensatz zur Dosierung mit 1mg nur noch auf Betäubungsmittel-Rezept verordnet werden. Solche „Barrieren“ im Zugang können präventiv wirken, wenn dem Missbrauch und dem Auftreten der UAW „Abhängigkeit“ entgegengewirkt werden soll (Glaeske 1992, Glaeske 2007).

8. Die Fehlerdiskussion

Während die Instrumente und Projekte zur UAW-Entdeckung und Bewertung zumindest eingeführt, wenn auch noch optimierungsbedürftig sind, sind die Strategien zur Erforschung von Art, Häufigkeit und Auswirkungen von Medikationsfehlern (UE) im weitesten Sinne erst in den Anfängen, ganz im Unterschied zu den USA. Nach den angelsächsischen Definitionen ist ein Medikationsfehler „[...] any error in the process of prescribing, dispensing, or administering a drug.“ (Bates et al. 1995, Kaushal et al. 2001). Eine andere Definition lautet: „A medication error is an error occurring at any stage in the process of delivering a medication whether there are adverse consequences or not.“ (van den Bemt et al. 2000). Und eine dritte Variante: „A medication error is any preventable event that may cause or lead to inappropriate medication use or patient harm, while the medication is in the control of the health care professional, patient or consumer. Such events may be related to professional practice, health care products, procedures, and systems, including prescribing [...].“ (NCC MERP 2005).

Als Medikationsfehler werden in der Regel vermeidbare Fehler bei der Anwendung von Arzneimitteln bezeichnet, die auf dem gesamten Weg von der Verordnung bis zur Anwendung entstehen können. Zu diesen Medikationsfehlern gehören z.B. fehlerhafte Dosierungen, Kommunikationsfehler oder unzutreffende Bezeichnungen und Beschriftungen des Arzneimittels. Es gibt viele Medikationsfehler, die zwar vorkommen, letztlich aber den Patienten nicht schaden (Bates 1996). Es können den Medikationsfehlern aber auch vermeidbare Schäden und Todesfälle folgen (Schnurrer, Fröhlich 2003, Executive Summary 2003).

In der Literatur wird darauf hingewiesen,

- dass etwa 13% der ambulanten Patienten ernsthafte UE erleiden (Bates et al. 2003),
- dass 0,95% der stationären Patienten an UE sterben, davon mindestens 18% an sicher vermeidbaren Medikationsfehlern (Ebbesen et al. 2001),
- dass nach Schnurrer und Frölich (2003) 8.000 bis 28.000 Todesfälle in Deutschland durch vermeidbare Medikationsfehler in der Klinik auftreten,
- und dass bei der Zubereitung parenteraler Arzneimittel bei 1% der Zubereitungen Fehler mit potenziell ernsthaften Folgen vorkommen,
- 29% mit potenziell moderaten Folgen (Taxis, Barber 2003).

Am ehesten werden Medikationsfehler in Deutschland in Krankenhäusern untersucht, vor allem auf Initiative der Krankenhausapotheke. Dabei gibt es aufgrund erster Studien in Deutschland keinen Zweifel daran, dass die international diskutierten Medikationsfehler auch bei uns auftreten. Eine im November 2004 vorgelegte Untersuchung ergab, dass in deutschen Krankenhäusern die Fehlerrate bei der oralen Arzneimitteltherapie zwischen 0,2% und 5,1% liegt und bis zu geradezu unglaublichen 48% bei der Zubereitung und Verabreichung intravenöser Arzneimittel betragen kann. Noch problematischer wird die Fehlerquote im Bereich der Beschriftung von Arzneimitteln und bei der Anwendung von Desinfektionstechniken: In bis zu 90% aller Fälle sind Mängel zu beklagen (Taxis, Wild 2004, Taxis, Barber 2003). Die Häufigkeiten sind im internationalen Vergleich gar nicht so unterschiedlich: So wurden auf zehn Stationen von zwei britischen Krankenhäusern ebenfalls die Fehler bei der Zubereitung und Verabreichung von intravenösen Arzneimitteln an sechs bis zehn aufeinander folgenden Tagen erfasst – insgesamt ging es um 1.042 intravenöse Arzneimitteldosen für 106 Patientinnen und Patienten. Fast

die Hälfte der intravenös verabreichten Arzneimittel war fehlerhaft. Zubereitungsfehler traten bei 32 Dosen auf (7%), Verabreichungsfehler bei 155 Dosen (36%) und beide Fehlerraten bei 25 Dosen (6%). In ungefähr einem Drittel der Fälle waren die Fehler potenziell schädlich für die Patienten. Die häufigsten Fehler waren die zu schnelle Verabreichung von Injektionen und Fehler bei mehrstufigen Zubereitungen.

Studien zur Häufigkeit von Verordnungsfehlern in Deutschland sind aber bislang noch selten, dabei deuten Einzelfälle das Problem bereits an: So kam es in einer Klinik versehentlich zu einer täglichen, statt zu einer wöchentlichen Einnahme von Methotrexat-Tabletten bei der Indikation rheumatoide Arthritis. Der Patient starb an den Folgen der täglichen Gabe – ob das Mittel falsch gegeben oder verordnet wurde, ist unklar geblieben. Ein anderer Fall: Das Krebsmittel Vincristin darf ausschließlich intravenös angewendet werden. Eine versehentliche intrathekale Gabe ist lebensbedrohlich – dennoch wurde sie angewendet. Es ist denkbar, dass eine undeutliche Angabe bezüglich der Applikation diesen Fehler nach sich zog. Allerdings ist in Leukämie-Protokollen oftmals die gleichzeitige Gabe von intrathekaler Chemotherapie (Methotrexat und Cytarabin) und Vincristin intravenös vorgesehen, daher kommen solche Applikationsfehler bei Vincristin immer wieder vor.

9. Medikationsfehler in der ambulanten Versorgung

Wenn auch die Diskussion über Medikationsfehler im Krankenhausbereich begonnen hat, so sind auch in der ambulanten Versorgung Medikationsfehler an der Tagesordnung:

- Applikationsprobleme: Parenterale Gabe von Nicht-Steroidalen Antirheumatika.

Da weder aus pharmakokinetischen Gründen noch aus Gründen der Wirksamkeit eine i.m. (intramuskuläre) Injektion von Nicht-Steroidalen

Antirheumatika (NSAR) notwendig ist – beide (orale und parenterale) Applikationsformen wirken nach etwa 20 Minuten –, können alle möglichen Probleme, die aufgrund einer solchen Applikation (Infektion, lokale Gewebeschädigung, 100-fach erhöhtes Risiko eines anaphylaktischen Schocks) möglich sind, vermieden werden. Daher kann die Applikationshäufigkeit einer NSAR in parenteraler Form als Indikator für die Patientensicherheit herangezogen werden (Arzneimittel-Kursbuch 2002/2003).

- Pharmakokinetische Probleme: Anwendung von lang wirkenden Benzodiazepinen

Noch immer werden bei älteren Patientinnen und Patienten lang wirkende Benzodiazepin-Hypnotika angewendet (z.B. Nitrazepam, Flunitrazepam, Flurazepam). Mit diesen Mitteln können verstärkt Hangover-Effekte auftreten, die die Sturzneigung am Folgetag fördern und zu schlecht heilenden Brüchen (z.B. am Oberschenkelhals) führen können. Die Häufigkeit der Verordnung solcher lang wirkender Arzneimittel kann daher als Indikator für die Patientensicherheit herangezogen werden (Hoffmann, Glaeske 2006 a und b).

- Interaktionsprobleme: Amiodaron und Schilddrüsenhormone und andere

Es ist bekannt, dass der jodhaltige Wirkstoff Amiodaron (38% molekular gebundenes Jod), der bei älteren Menschen oftmals als Antiarhythmikum eingesetzt wird, zusammen mit thyroxinhaltigen Mitteln zu einer Hyperthyreose führen kann. Daher kann die Häufigkeit dieser, aber auch anderer einschlägiger Interaktionen als Indikator für die Patientensicherheit herangezogen werden, z.B. der Interaktionen von Laxanzien und herzwirksamer Digitalisglykoside (wegen des Kaliumverlustes durch die Laxanzien kann es zur Digitalisintoxikation

kommen), der von ACE-Hemmern und kaliumsparenden Diuretika (wegen der leicht ansteigenden Wirkung des ACE-Hemmers auf den Kaliumspiegel kommt es zusammen mit den genannten Diuretika zu einer Hyperkaliämie), die gleichzeitige Anwendung von johanniskrauthaltigen Antidepressiva und Kontrazeptiva („Pille“) kann zu einer Verringerung der zuverlässigen Verhütung führen.

- Herstellungsprobleme: Rezepturen in Apotheken

Apotheken haben in der Zwischenzeit eine Reihe von internen Strategien entwickelt, um die Qualität ihrer unterschiedlichen Tätigkeiten im Rahmen der Distribution, Herstellung, Prüfung und Abgabe von Arzneimitteln zu überprüfen. Dies ist sicherlich eine richtige Entscheidung der Apothekerinnen und Apotheker, um die Qualitätsanforderungen im Rahmen der Arzneimittelversorgung zu definieren und alle Beteiligten zu motivieren, den Wettbewerb um Qualität und Effizienz zur Darstellung ihrer Rolle in der arbeitsteiligen Medizin zu nutzen. Im Rahmen solcher Qualitätssicherungsstrategien wurden angekündigte kostenpflichtige (150 Euro) Ringversuche zur Untersuchung individuell verordneter Rezepturen (z.B. dermatologisch anzuwendende Mittel) durchgeführt und erhebliche Defizite festgestellt. Bundesweit wurde in einem dieser Ringversuche 18,9% der beteiligten Apotheken das Zertifikat verweigert (von 566 Apotheken immerhin 107). Diese Apotheken hatten fehlerhafte Rezepturen hergestellt, es gab Fehler im Hinblick auf Über- oder Unterdosierung des zuzusetzenden Wirkstoffs (z.B. Betamethasonvalerat 0,05%), so dass entweder unerwünschte Wirkungen durch Überdosierung oder eine nicht ausreichende Wirksamkeit bei Unterdosierung möglich sind. Eine möglichst geringe Quote von Rezepturfehlern kann daher als Indikator für Patientensicherheit herangezogen werden (Kammer aktuell Bremen 01/2006).

- Informationsprobleme: Defizite in der Aufklärung und Beratung

Studien zur Beratungsqualität in Apotheken (Präsenzapotheke, Versandapotheke) im Rahmen von „Pseudo-Customer-Projekten“ machten in unterschiedlicher Weise Defizite offensichtlich. So wurden in etwa 20% aller Apotheken nur mangelhafte Informationen über das jeweilige Arzneimittel, über die Dosierung, über mögliche Interaktionen oder über die richtige Anwendung gegeben (z.B. Apothekerkammer Nordrhein 2005). So wurde z.B. nicht immer darauf hingewiesen, dass Bisphosphonate zur Behandlung der Osteoporose nicht zusammen mit calcium- oder magnesiumhaltigen Mitteln (auch Nahrungsmitteln wie Milch und Milchprodukte oder Mineralwässer) eingenommen werden dürfen, weil die Bisphosphonate dann in ihrer Wirksamkeit beeinträchtigt sind. Auch wird die bereits oben genannte Interaktion Johanniskraut und „Pille“ zu selten erwähnt. Es fehlten ebenfalls Hinweise über die Wechselwirkungen von vielen Psychopharmaka oder einigen Antihypertensiva mit alkoholhaltigen Arzneimitteln (Klosterfrau Melissengeist oder WickMedinait), durch die eine Wirkungssteigerung der Psychopharmaka und Antihypertensiva zu erwarten ist. Spezielle Informationsprobleme ergeben sich auch im Hinblick auf eine geschlechtsspezifisch unterschiedliche Pharmakokinetik oder -dynamik. So sind die Blutspiegel bestimmter Beta-Rezeptorenblocker, die auch als Migräneprophylaxe angewendet werden, nach Einnahme der gleichen Dosierung bei Frauen bis zu 80% höher als bei Männern. Dies kann sowohl eine Verstärkung der Wirkung als auch der unerwünschten Wirkungen bei Frauen nach sich ziehen. Die kontinuierliche Überprüfung der Beratungsqualität von Apotheken anhand typischer Arzneimittelprobleme wie Interaktionen oder Unsicherheiten in der Anwendung ist daher ein wichtiger Indikator für die Patientensicherheit (Thürmann 2002, Thesing-Bleck 2003).

- Probleme in der Verordnung: Unklarheiten auf dem Rezept

Die Apotheker haben während einer definierten Zeitspanne (Februar bis Mai 2005) jeweils eine Woche lang eine Untersuchung zur quantitativen und qualitativen Identifikation von Unklarheiten und falschen Angaben auf Rezepten durchgeführt (Griese et al. 2006). Beteiligt waren 1.146 Apotheken. In der Dokumentationswoche wurden jeweils rund 500 Rezepte pro Apotheke bearbeitet sowie etwa 1.600 verordnete Arzneimittel und Arzneimittel zur Selbstmedikation pro Apotheke abgegeben. Insgesamt wurden 10.427 arzneimittelbezogene Probleme (ABP) erfasst. ABP sind Ereignisse oder Umstände, die bei einer Arzneimitteltherapie auftreten und das Erreichen des Therapieziels verhindern können. Neun von zehn ABP betrafen verordnete Arzneimittel. Dabei ging es sowohl um Interaktionen (8,7%) als auch um Handhabungsprobleme, z.B. bei Asthmasprays (1,6%). Daneben werden Doppelverordnungen von verschiedenen Ärzten oder Kontraindikationen aufgedeckt. Diese Aktionswoche in den Apotheken zeigt, dass die Intervention in Apotheken zur Patientensicherheit und zur Vermeidung von Medikationsfehlern beitragen kann, wenn die Arzneimittelverordnungen und -verkäufe kompetent und im Hinblick auf Interaktionen durch ein EDV-gestütztes Modul sorgfältig geprüft werden.

In der Summe bedeuten diese Hinweise, dass auf allen Ebenen des Umgangs mit Arzneimitteln Ursachen für Medikationsfehler liegen können, die zum großen Teil vermeidbar wären, wenn der Umgang mit Arzneimitteln von mehr Information und Sorgfalt begleitet wäre. Um den Grad der Probleme, den Umfang, die Auswirkungen und die Möglichkeiten der Vermeidung von Medikationsfehlern diskutieren zu können, ist eine Offenlegung und öffentliche Diskussion der UE wie im Bereich der UAW unverzichtbar (public disclosure). Dabei muss wie bei der Meldung von UAW gewährleistet sein, dass sich die Offenlegung von UE nicht gegen die beteiligten Akteure richtet, sondern dass ein neues Verständnis von Fehlerkommunikation zu einer Optimierung der Arzneimittelanwendung

führt. Dabei geht es um alle Stufen: Um die Herstellung, Distribution, Verordnung, Verkauf, Information, Beratung und Handhabung. Medikationsfehler weisen auf Probleme im Umgang mit Arzneimitteln hin, sie sind daher Signale für die Einleitung von Verbesserungsmöglichkeiten und -notwendigkeiten, wo immer Arzneimittel zur Anwendung kommen, vor allem im stationären, aber auch im ambulanten Versorgungsbereich.

10. Was kann getan werden?

1. Es sollten große pharmakoepidemiologische Datenbanken eingerichtet werden, um eine kontinuierliche systematische Nebenwirkungsforschung durchführen zu können (u.a. Hasford et al. 2004). Zulassungsstudien mit bis zu 3.000 Patientinnen und Patienten bilden keine Basis für die Bestimmung von UAW-Risiken. Statistisch gesehen ist die Wahrscheinlichkeit, bei einer Exposition von 5.000 Patienten eine UAW mit einer wahren Inzidenz von 1 in 10.000 wenigstens einmal zu beobachten, kleiner als 40%, bei einer UAW mit einer Inzidenz von 1 in 100.000 sogar kleiner als 5% (Garbe 1999). Spontanberichtssysteme sind durch ein Underreporting gekennzeichnet, es fehlen in diesem System Daten zur Größenordnung der exponierten Patienten. Diese Systeme dienen aber als „Signalgenerator“. Diese UAW-Signale müssen dann aber in pharmakoepidemiologischen Datenbanken validiert werden (Rapid Response). Routinedaten der Kassen bilden nicht nur die Arzneimittlexposition ab, sondern bieten auch Daten zu Diagnosen im ambulanten und stationären Bereich. Hieraus können Ergebnisse abgeleitet werden, die nach der Marktzulassung von Arzneimitteln sowohl dazu dienen können, Indikationen einzuschränken, Kontraindikationen zu erweitern, als auch die Marktrücknahme eines Arzneimittels zu veranlassen oder die Sicherheit eines Arzneimittels zu unterstützen (Garbe, Müller-Oerlinghausen 1998). Im Ausland werden solche pharmakoepidemiologischen Datenbanken in der Zwischenzeit als unverzichtbar bewertet. Mit solchen Datenbanken kann

auch die Wirksamkeit von eingeleiteten Maßnahmen zur Risikoabwehr evaluiert werden (z.B. die Kontraindikationen). Beispielsweise konnte in Routinedaten frühzeitig die erhöhte Häufigkeit von Rhabdomyolysen bei gleichzeitiger Gabe von Cerivastatin (Lipobay®) und Gemfibrozil oder das erhöhte Risiko von Cox-2-Inhibitoren erkannt werden.

2. Zusätzlich zu den Pharmakoepidemiologischen Datenbanken müssen regional organisierte Pharmakovigilanzzentren die Risikosituation in der Arzneimitteltherapie erheben (z.B. im Rahmen von Studien bei der Krankenhausaufnahme). Hierdurch werden reale Probleme in der Versorgung erkannt und unter Berücksichtigung der Ergebnisse aus Untersuchungen auf der Basis von pharmakoepidemiologischen Datenbanken in ihrer Relevanz bewertet werden. Auf diese Weise ist es auch möglich, regionale und im europäischen Rahmen nationale Unterschiede zu erkennen, die zu einer Regulierung der Marktstruktur (z.B. Rücknahme der Mittel, Einschränkung der Indikationen usw.) oder zu Informationen für die Verbesserung der Arzneimittelsicherheit im Prozess oder im Ergebnis der Pharmakotherapie führen können. Dabei zeigen die europäischen Erfahrungen, dass ein und derselbe Sachverhalt in unterschiedlichen Ländern auch unterschiedlich bewertet wird – nicht immer ist das Niveau der Arzneimittelsicherheit und des Patientenschutzes identisch.
3. Es sind EDV-gestützte Systeme erforderlich, die auf der Ebene der Arzneimittelverordnung (ärztliche Praxis) und Arzneimittelabgabe (Apotheke) sensibel und aktuell auf Probleme der Interaktionen, der Dosierung (alters- und geschlechtsangepasst) und der Handhabung hinweisen. Medikationsfehler werden oftmals als „Eisbergphänomen“ bezeichnet (Grandt 2005), weil nur wenige und auffällige unerwünschte Ereignisse (UE) so frühzeitig erkannt werden, dass sie die Arzneimittelsicherheit nicht gefährden. Öffentlich geförderte Handlungsprogramme zur Verringerung schwerer Medikationsfehler (der

Anteil vermeidbarer UAW, die zu Krankenhauseinweisungen führen, betrug in einem Erlanger Projekt 44%, der Anteil von UE in Krankenhäusern, z.B. im Bereich der Infusionstherapien, lag bei 40%) erhöhen die „Awareness“ für dieses Problem, Präventionsstrategien zur Vermeidung von UAW und UE können elektronisch Erfolg versprechend unterstützt werden.

4. Die elektronische Gesundheitskarte mit einem Speicherchip macht es auch möglich, am „Point of Sale“ die verordneten Arzneimittel und die der Selbstmedikation zu erfassen und etwaige Interaktionen festzustellen. Der Bereich der Selbstmedikation mit Arzneimitteln weitet sich immer mehr aus – von allen 1,55 Mrd. verkauften Packungen entfielen 2006 bereits 700 Mio. auf selbst gekaufte Arzneimittel. Insbesondere Analgetika, Laxanzien und nicht rezeptpflichtige Psychopharmaka (z.B. johanniskrautextrakthaltige Antidepressiva) können vielfach schwere Interaktionen und UAW auslösen, daher sind Auswertungssysteme erforderlich, die solche nicht-verschreibungspflichtigen Mittel mit einbeziehen.
5. Unerwünschte Ereignisse (UE) als Folge von Medikationsfehlern werden vor allem in der Arzneimittelversorgung im Krankenhaus aufgedeckt. Die systematische Analyse solcher Medikationsfehler kann zu einer Optimierung des Anwendungsprozesses von Arzneimitteln führen, indem z.B. die Kommunikation aller beteiligten Akteure, die Information über die Therapie, die Dosierung und Deklarierung der Arzneimittel und die Genauigkeit in der Anwendung verbessert wird. Ein Teil der beobachteten Medikationsfehler ist zukünftig vermeidbar, wenn Lehren aus den Analysen der Fehler gezogen werden. Dazu ist es notwendig, diese Fehler in einem vertrauenswürdigen Umfeld zu melden, auszuwerten und – ähnlich wie im Bereich der UAW - öffentlich zu machen (public disclosure), damit über Veränderungen im Umgang mit Arzneimitteln eine geeignete Strategie für mehr Patientensicherheit gefunden werden kann. Hier sind alle beteiligten Professionen, vor allem Ärzte, Apotheker und Angehörige der pflegerischen

Berufe aufgefordert, ihre Kommunikation und Kooperation ganz in den Dienst einer verbesserten Arzneimittelsicherheit zu stellen.

6. Die Anwendung von EDV-gestützten Systemen zur Verbesserung der Therapiesicherheit könnte auch durch finanzielle und vertragliche Anreize gefördert werden. So sollten z.B. Arztpraxen oder Apotheken, die solche Systeme überprüfbar nutzen und deren Verordnungen oder deren Arzneimittelverkäufe erkennbar seltener zu UAW oder Interaktionen führen, in selektiven Verträgen bevorzugt werden, gleiches gilt für Krankenhäuser. Es ist nämlich unbestreitbar, dass die Verringerung von UAW und Interaktionen nicht nur zu einer Verbesserung der Patientensicherheit, sondern auch zu einer Effizienzoptimierung in der Versorgung führt: Krankenhausbehandlungen und deren Kosten können jedenfalls zu einem bestimmten Anteil vermieden werden. Für Deutschland werden die Kosten für vermeidbare Krankenhausaufenthalte auf rund 350 bis 400 Mio. Euro geschätzt, die Kosten für vermeidbare Kosten im Krankenhaus durch UE auf ca. 2 bis 3 Mrd. Euro (ca. 5%).

11. Medikamentenmanagement für mehr Sicherheit und Qualität

Insbesondere bei älteren Menschen nimmt die Häufigkeit von Medikationsfehlern, Nebenwirkungen und Arzneimittelinteraktionen mit steigender Anzahl von Wirkstoffen überproportional zu. In Fachkreisen gilt heute eine Anzahl von maximal vier Arzneimittelwirkstoffen bei geriatrischen Patienten als Zielgröße (Borchelt 2005). Der überwiegende Anteil der verordneten Medikamente wird in fortgeschrittenem Alter zur Behandlung chronischer Krankheiten und damit über einen langen Zeitraum kontinuierlich angewendet. Wenn man berücksichtigt, dass weitere Arzneimittel zusätzlich im Laufe des Jahres für akut auftretende Erkrankungen über einen kurzen Zeitraum erforderlich werden können, so scheint auch eine Anzahl von fünf bis acht Wirkstoffen mit Einschränkungen noch plausibel.

In unseren Ergebnissen überrascht allerdings der hohe Anteil der Versicherten, der neun und mehr Wirkstoffe nebeneinander verordnet bekommt: Rund 35% der Männer und 40% der Frauen über 65 Jahre bekommen diese Menge an Wirkstoffen mehr oder weniger dauerhaft. Dabei muss insbesondere bei diesen Altersgruppen von Patientinnen und Patienten davon ausgegangen werden, dass häufig unerwünschte Wirkungen und Wechselwirkungen zu Krankenhausaufnahmen und -behandlungen führen – bis zu 23% der Krankenhausaufenthalte werden bei älteren Menschen durch derartige Störwirkungen begründet (Mühlberg et al. 1999).

Das Medikamentenmanagement im Alter muss sich aus diesem Grunde an Prioritäten orientieren. Welche Mittel sind dringend erforderlich, bei welchen Arzneimitteln sind im Alter häufiger als in jungen Jahren Störwirkungen zu befürchten, welche Veränderungen des Abbaumechanismus (z.B. durch die Beeinträchtigung der Nieren und der Leber; siehe auch Tabelle 1), welche Veränderungen der Wirkzeiten oder der Dosierungen sind im Alter zu berücksichtigen? So bekommen z.B. besonders häufig ältere Frauen mit relativ niedrigem Körpergewicht zu hohe Dosierungen bestimmter Arzneimittel (z.B. von Schlaf- und Beruhigungsmitteln).

Tab. 1: Arzneimittelbeispiele mit möglichen Nebenwirkungen

Arzneimittel	Probleme, die im Alter verstärkt auftreten können
Schlafmittel, Benzodiazepine - Diazepam (in Valium®) u.a.	- Abhängigkeitsrisiko - „Hang-over-Effekt“ - Überdosierung - Sturzgefahr, da Muskeltonus erniedrigt
Antidepressiva, wie z.B. - Amitriptylin (in Saroten®), - Doxepin (in Aponal®), - Trimipramin (in Stangyl®) u.a.	- Mundtrockenheit - Obstipation - orthostatische Probleme - Sedierung
Herzglykoside - Digitoxin (in Digimerck®)	- Gefahr der Überdosierung: gestörtes Farbsehen, Herzrhythmusstörung (AV-Block), Übelkeit, Durchfall, Halluzinationen
Abführmittel	- Abhängigkeit aufgrund des typischen Teufelskreislaufs
Sympathomimetika - Etilerfin, (z.B. in Effortil®) - Ephedrin (Wick MediNait®, Rhinopront®)	- Tachykardie - Blutdrucksteigerung - Schlafstörung
Cave: Selbstmedikation!	
Schmerzhemmer - ASS® (Azetylsalicylsäure)	- Gastrointestinale Beschwerden: Ulzera, Magenbluten
Diuretika - HCT, Furosemid, Torem, Unat	- Hypokaliämie - Dehydratation - Herzrhythmusstörung

Quelle: Nach Hoffmann, Meyer 2005, S. 284, eigene Ergänzungen

Zu viele Arzneimittel nebeneinander können ältere Menschen in unvermutete Gefahren bringen – sie werden zu einer oftmals unkalkulierbaren Belastung des Organismus. Wir brauchen daher evidenzbasierte Leitlinien für die Behandlung von multimorbidem älteren Patientinnen und Patienten. Wir brauchen Zusammenstellungen von Arzneimitteln, die bei älteren Menschen eher ungeeignet sind (ähnlich der Beers-Liste [Beer et al. 1991, Fick et al. 2003]). Wir brauchen mehr Kooperation zwischen den Ärztinnen und Ärzten untereinander, die Arzneimittel verordnen – ältere Menschen haben oftmals drei bis vier Ärzte, die nebeneinander konsultiert werden (ÄrztInnen für Allgemein- und internistische Medizin, GynäkologInnen/UrologInnen, OrthopädInnen, AugenärztInnen). Und wir brauchen eine bessere Kommunikation der ÄrztInnen mit den nichtärztlichen Berufen wie ApothekerInnen oder AltenpflegerInnen, die über die Auswirkungen der Arzneimitteltherapie berichten und damit evtl. notwendige Anpassungen und Veränderungen in Gang setzen können (SVR 2007). Und wenn eine entsprechende EDV-Unterstützung für die Verringerung von Interaktionen, Über- und Fehldosierungen sowie unerwünschten Wirkungen genutzt wird, kann auf Dauer ein solches Medikamentenmanagement zu mehr Sicherheit, Qualität und Effizienz führen.

Literatur:

- AkdÄ - Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (Hrsg.) (2005). Pharmakovigilanz. Arzneiverordnung in der Praxis. Sonderheft. Berlin
- Apothekerkammer Nordrhein (2005). Apotheker wollen ihre Beratung weiter verbessern. Testkäufer in den Apotheken in Nordrhein. http://www.aknr.de/infoservice/presseservice/meldung.php?m_id=607842.html, letzter Zugriff: 28.04.2008
- Bates, D.W., Cullen, D.J., Laird, N., Petersen, L.A., Small, S.D., Servi, D., Laffel, G., Sweitzer, B.J., Shea, B.F., Hallisey, R (1995). Incidence of adverse drug events and potential adverse drug events. Implication of prevention. ADE Prevention Study Group. JAMA 274: 29-34
- Bates, D.W. (1996). Medication errors. How common are they and what can be done to prevent them? Drug Saf 15: 303-310
- Bates, D.W., Spell N., Cullen, D.J., Burdick, E., Laird, N., Petersen, L.A., Small, S.D., Sweitzer, B.J., Leape, L.L. (1997). The costs of adverse drug events in hospitalized patients. JAMA 277: 307-311
- Beers, M.H., Ouslander, J.G., Rollingher, I., Reuben, D.B., Brools, J., Beck, J.C. (1991). Explicit criteria for determining inappropriate medication use in nursing home residents. Arch Intern Med 151 (9): 1825-1832
- Borchelt, M. (2005). Wichtige Aspekte der Pharmakotherapie beim geriatrischen Patienten. Bundesgesundheitsbl-Gesundheitsforsch-Gesundheitsschutz 5: 593-598
- Buajordet, I., Ebbesen, J., Eriksson, J. et al. (2001). Fatal adverse drug events: the paradox of drug treatment. J Int Med 250: 327-341

- Boyd, M.C., Darer, J., Boult, C., Fried, L.P., Boult, L., Wu, A.W. (2005). Clinical Practice Guidelines and Quality of Care for Older Patients With Multiple Comorbid Diseases. *JAMA* 294, 4: 716-724
- Ebbesen, J., Buajordet, I., Eriksson, J. et al. (2001). Drug-related deaths in a department of internal medicine. *Arch Intern Med* 161: 2317-2323
- Edward, I.R., Aronson, J.K. (2000). Adverse drug reactions: definitions, diagnosis, and management. *Lancet* 356: 1255-1259
- Fick, D.M., Cooper, J.W., Wade, W.E., Waller, J.L., Maclean, R., Beers, M.H. (2003). Updating the Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. *Arch Intern Med* 163: 2726-2724
- Fries, S., Hart, D. (2006). Die Pharmakovigilanz an der Schnittstelle zwischen Produkt- und Anwendungssicherheit. Vortrag auf der 13. GAA-Tagung am 2. November 2006 in Berlin
- Garbe, E., Müller-Oerlinghausen, N. (1998). Datenbanken im Ausland für die Arzneimittelforschung nach der Zulassung. Ein Modell auch für Deutschland? *Dtsch Ärztebl* 49: 3138-3143
- Garbe, E. (1999). Okuläre Hypertension. Offenwinkelglaukom und Katarakt als unerwünschte Wirkungen am Auge. Eine pharmakoepidemiologische Datenanalyse. *Habilitationsschrift Universitätsklinikum Charité*, Berlin
- Glaeske, G. (1992). Consumer epidemiology of Halcion (triazolam) *Int J Clin Pharmacol Ther Toxicol.* 30 (11): 465–467
- Glaeske, G. (2006). Psychotrope und andere Arzneimittel mit Missbrauchspotenzial. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (Hrsg.) *Jahrbuch Sucht* 2006: 87–103

- Glaeske, G. (2007). Psychotrope und andere Arzneimittel mit Missbrauchs- und Abhängigkeitspotential. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (Hrsg.) Jahrbuch Sucht 2007: 70-85
- Glaeske, G., Janhsen, K. (2006) GEK-Arzneimittel-Report 2006. St. Augustin. S. 102-123
- Göttler, M., Schneeweiss, S., Hasford, J. (1997). Adverse drug reaction monitoring – cost and benefit considerations part II: cost and preventability of adverse drug reactions leading to hospital admission. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 6: S79 – S90
- Grandt, D. (2005). Medikationsfehler – das Eisbergphänomen. Die Ersatzkasse. 6: 239 – 241
- Griese, N., Häammerlein, A., Schulz, M. (2006). Ergebnisse der Aktionswoche “Arzneimittelbezogene Probleme”. *Pharm Ztg.* 151 (25): 2374 - 2384
- Hasford, J., Schubert, I., Garbe, E., Dietlein, G., Glaeske, G. (2004). Memorandum zu Nutzen und Notwendigkeit Pharmakoepidemiologischer Datenbanken in Deutschland. St. Augustin
- Hoffmann, F., Meyer, F., (2005). Arzneimitteltherapie im Alter: Auf das Notwendige beschränken. *Pflegezeitschrift* 58 (5): 282-286
- Hoffmann, F., Glaeske, G. (2006a). Inzidenz proximaler Femurfrakturen in Deutschland. *Gesundheitswesen* 68(3): 161-164
- Hoffmann, F., Glaeske, G. (2006b). Neugebrauch von Benzodiazepinen und das Risiko einer proximalen Femurfraktur. Eine Case-crossover-Studie. *Z Gerontol Geriatr* 39(2): 143-148
- ISDB – International Society of Drug Bulletins (2005). Berliner Deklaration zur Pharmakovigilanz. Wie sich die Sicherheit von Arzneimitteln verbessern lässt. International Society of Drug Bulletins. Berlin

- Kaushal, R., Bates, D.W., Landigan, C., McKenna, K.J., Clapp, M.D., Federico, F., Goldmann, D.A. (2001). Medication errors and adverse drug events in paediatric inpatients. *JAMA* 285:2114-2120
- Lazarou, J., Pomeranz, B.H., Corey, P.N. (1998). Incidence of adverse drug reactions in hospitalised patients: a met-analysis of prospective studies. *JAMA* 279: 1200-1205
- Leape, L.L., Berwick, D.M., Bates, D.W. (2002). What practices will most improve safety? Evidence-based medicine meets patient safety. *JAMA* 288: 501-507
- Moore, N., Lecointre, D., Noblet C., Mabille, M. (1998). Frequency and cost of serious adverse drug reactions in a department of general medicine. *Br J Pharmacol* 45: 301-308
- Mühlberg, W., Platt, D., Mutschler, E. (1999). Neben- und Wechselwirkungen von Pharmaka im Alter. In: Platt D., Mutschler E. (Hrsg.) *Pharmakotherapie im Alter*. Stuttgart: 21-31
- NCC MERP – National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (2005). NCC MERP: The First Ten Years „Defining the Problem and Developing Solutions“. <http://www.nccmerp.org/pdf/reportFinal2005-11-29.pdf>, letzter Zugriff: 28.04.2008
- Pirmohamed, M. (2004). Adverse drug reactions as cause of admission to hospital: prospective analysis of 18820 patients. *BMJ* 139: 15-19
- Rawlins, M.D., Thompson, J.W. (1977). Pathogenesis of adverse drug reactions. In: Davies DM (Hrsg.) *Textbook of Adverse Drug Reactions*, Oxford University Press, Oxford. 44-59
- Rottländer, D., Scherner, M., Schneider, T., Erdmann, E. (2007). Multi-medikation, Compliance und Zusatzmedikation bei Patienten mit

kardiovaskulären Erkrankungen. Dtsch Med Wochenschr 132:
139-144

Schneeweiss, S., Hasford, J., Göttler, M. et al. (2002). Admissions caused by adverse drug events to internal medicine and emergency departments in hospitals: a longitudinal population-based study. Eur J Clin Pharmacol 58: 285-291

Schnurrer, J.U., Frölich, J.C. (2003). Zur Häufigkeit und Vermeidbarkeit von tödlichen unerwünschten Arzneimittelwirkungen. Internist 44: 889-895

SVR - Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (Hrsg.). Gutachten 2005 (2006). Koordination und Qualität im Gesundheitswesen. Kohlhammer, Stuttgart.

SVR - Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (Hrsg.). Gutachten 2007 (2007). Kooperation und Verantwortung. Vor allem ab Ziffer 260. Bonn (oder www.svr-gesundheit.de)

Taxis, K., Barber, N. (2003). Ethnographic study of incidence and severity of intravenous drug errors. BMJ 326: 684-688

Taxis, K., Barber, N. (2003). Incidence and severity of intravenous drug errors in a German hospital. Europ J Clin pharmacol 59: 815-817

Taxis, K., Wild, R. (2004). Medikationsfehler in deutscher Krankenhäusern. Krankenhauspharmazie 25: 465-470

Tejal, K., Gandhi, M.D., Weingart, S.N., Bous, J., Seger, A.C., Peterson, J., Burdick, E., Seger, D.L., Shu, K., Frederico, F., Leape, L.L., Bates, D.W. (2003). Adverse Drug Events in Ambulatory Care. NEJM 348:1556-1564

- Thesing-Bleck, E. (2003). Warum der kleine Unterschied so wichtig ist.
Pharm. Ztg 35 www.pharmazeutische-zeitung.de/fileadmin/pza/2003-35/titel.htm, letzter Zugriff: 16.05.2008
- Thürmann, P.A., Schmitt, K. (1998). Erfassung und Bewertung unerwünschter Arzneimittelwirkungen. Med Klein 93: 687-692
- Thürmann, P. (2002). Geschlechtsspezifische Unterschiede bei Arzneimitteln. Westfälisches Ärzteblatt 10: 22-24 bzw. 49.
- Wagner, E.H. (2000). The role of patient care teams in chronic disease management. BMJ 320: 569-572
- Wagner, E., Gensichen, J., Gerlach, F.M. (2006). Die Zukunft ist chronisch... Z. ärztl. Fortbild. Qual. Gesundh.wes. 100 (5): 333-334
- Weil, J., Colin-Jones, D., Langman, M., Lawson, D., Logan, R., Murphy, M., Rawlins, M., Vessey, M., Wainwright, P. (1995). Prophylactic aspirin and risk of peptic ulcer bleeding. BMJ 310: 827-830

Mehr Kooperation zwischen den Heilberufen in der Medizin für mehr Qualität in der Versorgung älterer Menschen

Adelheid Kuhlmeiy

Die soziodemographischen Veränderungen stellen das Gesundheitswesen vor neue Herausforderungen. Nun herrscht in dieser Debatte eine seltsame Übereinkunft des Negativen. Wir freuen uns nicht mehr über die Tatsache, dass wir das Privileg des langen Lebens gemeinsam erkämpft haben. Da Altwerden so sicher geworden ist, erscheint es uns als Zumutung, die Veränderungen dieses Prozesses auch bewältigen zu müssen. „Anti-Aging“ ist dann folgerichtig die medizinische Antwort der hochtechnisierten Welt. Gegen das Alter gelte es anzugehen, mit modernen Mitteln müsse es bekämpft werden. Und nun scheitert der vermeintlich moderne Kampf gegen das Altern an den neuen Krankheitsparadigmen einer immer älter werdenden Gesellschaft.

1. Neue Anforderungen an die Heilberufe

Die Heilberufe müssen zuerst die quantitative Zunahme älterer Patientinnen und Patienten managen. Der Fakt, dass Deutschland weltweit den vierten Platz in Bezug auf das höchste Durchschnittsalter der Bevölkerung einnimmt; dabei insbesondere die Gruppe der Hochaltrigen schnell anwächst; die Zahl der über 80-Jährigen von gegenwärtig rund 2,9 Mio. Menschen auf rund 5,1 Mio. innerhalb der nächsten 20 Jahre steigt; dieser Fakt zeigt Wirkungen in der medizinischen Versorgung. Nur ein Beispiel: Die Häufigkeit stationärer Aufnahmen bei über 75-Jährigen stieg von 1994 bis 2003 um 25% (Statistisches Bundesamt 2006). Damit nicht genug:

Sie müssen zweitens mit chronischen Leiden, multimorbidem Zuständen und einem erhöhten Pflegebedarf umgehen. Die allgemeine Lebenszeitverlängerung erhöhte erst die Möglichkeit der Manifestation vormals latenter chronischer Krankheiten. Ein Beispiel: Dem Alterssurvey zufolge leiden 24% der über 70-Jährigen an fünf und mehr Erkrankungen (Tesch-Römer 2006).

Drittens müssen die Gesundheitsberufe veränderte Versorgungsabläufe koordinieren. Die Versorgung alter Menschen bedarf nahtloser Übergänge zwischen dem Krankenhaussektor, der ambulanten Versorgung und der Pflege. Die noch immer starre Trennung zwischen den Versorgungsbereichen führt heute zu Versorgungsbrüchen und löst Drehtüreffekte für alte Patienten aus. Einer internationalen Befragung zufolge erleben 40% der Deutschen Probleme bei der Koordination zwischen verschiedenen medizinischen Sektoren und 60% speziell bei der Krankenhausentlassung (Schoen et al. 2005).

Das bedeutet viertens für die Berufe im Gesundheitswesen, gewandelte Versorgungsstrukturen zu akzeptieren, z.B. das Arbeiten in einem integrierten Versorgungssystem. Nur so kann dem Wunsch der Deutschen nach ambulanter medizinischer Versorgung im hohen Alter entsprochen werden: Eine repräsentative Befragung unter 2000 Deutschen im Jahr 2003 zeigte, dass lediglich 10,8% der Befragten in einem Heim leben möchten, wenn der Lebensalltag nicht mehr allein zu bewältigen ist. 30,1% der Befragten möchten in diesem Fall zu Hause mit professioneller Unterstützung leben, 21,3% zu Hause mit regelmäßiger Hilfe der Kinder/Familie und 29,3% zu Hause mit regelmäßiger Hilfe der Kinder/Familie und professioneller Hilfe (Dorbritz et al. 2005).

Nicht zuletzt müssen die Gesundheitsberufe neue Patientenrollen integrieren, besser informieren und mit Angehörigen kooperieren. 46% der Deutschen beklagen, selten oder nie vom Arzt über die Behandlungsziele informiert zu werden und 42% erhielten keine Anleitung zur Selbstpflege (Schoen et al. 2006).

So bleibt den Heilberufen nichts anderes übrig, als angesichts solcher Veränderungen auch inner- und interprofessionelle Entwicklungen zu vollziehen, die bisherigen Formen der Kooperation auf den Prüfstand zu stellen und neue Varianten der Arbeitsteilung zu erproben.

2. Definition der Begriffe

Eine offizielle rechtlich fixierte Definition des Begriffes Heilberuf gibt es nicht. Lediglich das in die Jahre gekommene Heilpraktikergesetz von 1939 bietet eine Bestimmung der Heilkunde für Ärzte und Heilpraktiker. Heilkunde – so steht es dort – ist „jede berufs- oder gewerbsmäßig vorgenommene Tätigkeit zur Feststellung, Heilung oder Linderung von Krankheiten, Leiden oder Körperschäden bei Menschen“. In solche Aufgaben sind aber im Versorgungsalltag viele Gesundheitsberufe einbezogen.

Gesundheitsberufe – bzw. Heilberufe – sind Berufe innerhalb des Versorgungssystems, deren Tätigkeitsinhalte unmittelbar darauf abzielen, Krankheiten oder gesundheitliche Beeinträchtigungen zu diagnostizieren, zu heilen, zu lindern oder zu verhüten (SVR 2007).

In Gesundheitsberufen, also unmittelbar in der Versorgung des Patienten, arbeiteten im Jahr 2005 ca. 2,6 Mio. Beschäftigte, das sind weit mehr als die Hälfte aller Beschäftigten im Gesundheitswesen¹, darunter die größte Berufsgruppe mit 699.000 Beschäftigten – die Gesundheits- und Krankenpflege und 308.000 Ärzte und Ärztinnen (Statistisches Bundesamt 2007).

¹ An dieser Stelle ergeben sich Differenzen zu den Zahlen der Gesundheitspersonalrechnung, da das Statistische Bundesamt die Altenpfleger im Gegensatz zum Sachverständigenrat nicht zu den Gesundheitsdienstberufen, sondern zu den sozialen Berufen rechnet.

3. Unterschiede der Leistungserbringer im Alltag der Gesundheitsversorgung

Die Gesundheitsberufe unterscheiden sich im Grad ihrer Autonomie bei der Leistungserbringung. Berufliche Autonomie wiederum zeigt sich in Kooperationsbeziehungen und der Kontrolle über den medizinischen Arbeitsprozess. Es gibt vergleichsweise wenige Tätigkeiten, die neben den Ärzten nicht auch von Mitgliedern anderer Heilberufe durchgeführt werden könnten oder tatsächlich durchgeführt werden: Das Verabreichen von Spritzen und Medikamenten, das Anlegen von Verbänden, diagnostische und therapeutische Maßnahmen wie Röntgen und Laboruntersuchungen, teilweise auch Anamnese und beratende Gespräche. Entscheidend ist jedoch, dass der Ärztestand mit seinem Professionalisierungsvorsprung stets die Leitung, Koordination und Kontrolle des arbeitsteiligen Geschehens hat.

Autonomie ist also ein wesentliches Merkmal einer Profession. Zu den weiteren Merkmalen gehören: Expertenwissen, das Vorhalten der Leistungen als Monopol, die kollegiale Eigenkontrolle und ein hohes Sozialprestige (Siegrist 2005).

Viele Gesundheitsberufe, unter anderem die Pflege, zählen nicht zu den Berufen, die in der Soziologie als klassische Professionen definiert werden. Die Pflege – um bei dieser Berufsgruppe zu bleiben – hat sich aber im zeitlichen Verlauf der letzten 100 Jahre von der Berufung zum Beruf entwickelt und optimiert seit langem die professionellen Ressourcen. Weit mehr als zwei Drittel aller Beschäftigten in den Pflegeberufen verfügen heute über eine dreijährige qualifizierte Fachausbildung, darüber hinaus brachte die Akademisierung einen Autonomieschub im Pflegemanagement, in der Pflegepädagogik und der Pflegewissenschaft. Doch dieser Fortschritt sieht größer aus, als er wirklich ist, zu denken ist dabei an die mit anderen Studiengängen oft nicht vergleichbar hohen Zugangsvoraus-

setzungen zum Studium oder an das Konstrukt einer Lehrerausbildung an Fachhochschulen. Solche Sonderwege der Pflege zeigen, wie eng die Schritte hin zu mehr Eigenständigkeit und Unabhängigkeit verbunden sind mit der Überwindung traditioneller Bilder von Pflege, die noch immer an bestimmte Geschlechterrollen geknüpft sind, die die Vorkämpfer des Berufes schon vor 100 Jahren abwerfen wollten (Schmidbaur 2002). Es braucht Zeit und es braucht Strukturveränderungen, wenn einer zunehmenden innerberuflichen Identität von Pflegenden oder anderen Gesundheitsberufen auch gesellschaftliche Anerkennung und professionelle Statusverbesserungen folgen sollen. Das Maß an Autonomie eines Leistungserbringens ergibt sich aus dem Wechselspiel von Faktoren, die eine Berufsgruppe – die Pflegenden, die Physiotherapeuten oder die Ärzte – selbst beeinflussen kann und von solchen, die von übergeordneten Strukturveränderungen abhängen.

Die betrachteten 100 Jahre brachten den Ärztinnen und Ärzten in Deutschland einen Status, den sie bis zu diesem Zeitpunkt nicht kannten und auf den alle Merkmale der klassischen Professionendefinition letztendlich zutrafen. Aber die Medizin erlebt gegenwärtig Prozesse der Umstrukturierung und beschert der bislang in ihrem Zentrum verantwortlichen Berufsgruppe der Ärztinnen und Ärzte Deprofessionalisierungsentwicklungen. So verringert sich die Selbstbestimmung der Ärzte über die von ihnen zu leistende Tätigkeit, wenn sie nicht allein entscheiden wann, wie lange und zu welchen Kosten an einem Patienten medizinische Therapie durchgeführt wird oder verändert sich die herkömmliche Hierarchie durch das Selbstbestimmungsrecht der Patienten und den Zugriff auf medizinisches Wissen. In den USA schauen schon mehr als zwei Drittel aller Patienten ins Internet, um sich die neuesten Kenntnisse und therapeutischen Möglichkeiten anzueignen. Je besser die Welt vernetzt ist, desto mehr verliert medizinisches Wissen den Charakter von Herrschaftswissen und der einstige Halbgott in Weiß wird zum Gesprächspartner und Dienstleister (Unschuld 2005).

4. Mängel in der Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe

Die kurz skizzierten unterschiedlichen Entwicklungen der Heilberufe führen heute zu Mängeln in ihrer Kooperation. So ist die Verteilung der Tätigkeiten zwischen den Berufsgruppen oft nicht mehr effektiv und effizient und die Arztzentriertheit der deutschen Krankenversorgung zeigt dort Probleme, wo z.B. die Pflege nicht selbstständig in der Lage ist, Pflegehilfsmittel oder bestimmte Medikamente zu verordnen. Weiterhin ist die Kooperation zwischen den Gesundheitsberufen, insbesondere zwischen Ärzten und der Pflege, durch ein hohes Maß an Rechtsunsicherheit gekennzeichnet. Eine fehlende interprofessionelle Standardisierung² erschwert die Zusammenarbeit und Delegation von Aufgaben und gefährdet Patienten.

Die Mängel in der Kooperation der Gesundheitsberufe bedingen wiederum Einbußen der Versorgungsqualität. Zu den zentralen Kritikpunkten zählen die mangelnde Kontinuität und Vernetzung der Versorgung, die vor allem für chronisch kranke und alte Patienten zu Schnittstellenproblemen und Versorgungsbrüchen führt, die ungenügende Patientenorientierung und Vorsorge sowie die fehlende Ausrichtung an langfristigen Gesundheits- und Versorgungszielen.

5. Wege zum Abbau der Defizite und zu mehr Qualität in der Versorgung alter Menschen

Die Entwicklung der Kooperation zwischen den Gesundheitsberufen ist einerseits verbunden mit kurzfristig anfallendem Problemlösungsbedarf und bedarf andererseits längerfristig ausgerichteter Visionen, die es erlauben, eine Vielzahl „kleiner Schritte in die richtige Gesamtrichtung“ zu

2 Standarderstellung unter Einbeziehung aller relevanten Berufsgruppen, also auch nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe. Des Weiteren sollten die Standards verstärkt auch die Arbeitsanteile und Möglichkeiten zur Tätigkeitsübernahme nicht-ärztlicher Berufe beschreiben.

tun. Wir brauchen nicht immer mehr von der immer gleichen Versorgung. Alle Versuche werden scheitern, auf den Wegen der Vergangenheit die Risiken der gegenwärtigen und zukünftigen Leistungserbringung im Gesundheitswesen bewältigen zu wollen. Wir brauchen neue Ansätze. Dies ist – wie wir wissen – so einfach nicht, auch deshalb nicht, weil wir als Vertreter der Pflege, der Ärzte oder anderer Heilberufe, als Vertreter der Verbände, Kassen, der Wissenschaft und der Gesundheitspolitik so eng an unser kulturell verfügbares Reservoir gebunden sind, dass uns die Sicht auf das Neuartige oft unmöglich ist.

Dabei könnten von einer Neuordnung der Aufgabenverteilung im Gesundheitswesen alle Heilberufe profitieren. Die gegenwärtigen, raschen Veränderungen im Gesundheitswesen realisieren sich in einer Komplexität weit jenseits des bisherigen Erfahrungshorizonts. Eine Anhörung der Verbände der Gesundheitsberufe im Sommer 2006 durch den Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen zeigte dann auch, dass die bestehende Desintegration der Gesundheitsversorgung bereits von vielen Berufsgruppen selbst als nicht adäquate Situation erlebt wird. Und trotzdem löst die Diskussion um den Neuzuschnitt von Aufgaben im Gesundheitswesen bei den Berufsgruppen Konkurrenzgefühle und Vorbehalte aus.

Kooperation setzt die innere Bereitschaft der Beteiligten, aber auch strukturelle Rahmenbedingungen voraus, die die Kooperation fördern. Neue Wege können nur gegangen werden, wenn sich die Veränderungen an Zielen orientieren und zum Abbau derzeitiger Versorgungsdefizite sowie zu einer Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung beitragen oder die realistische Option bieten, die Arbeitszufriedenheit der Berufsgruppen zu verbessern oder dazu beitragen, dass die Abhängigkeit der Morbiditätslast vom sozio-ökonomischen Status sinkt.

Orientiert an solchen Zielen könnten folgende Wege hin zu einer besseren Kooperation der Heilberufe und zu einer neuen Aufgabenverteilung zwischen den Gesundheitsberufen gegangen werden:

- Erprobung einer neuen Aufgabenverteilung durch die Einführung einer Modellklausel

Die gesetzliche Einführung einer Modellklausel zur stärkeren Einbeziehung nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe in die Gesundheitsversorgung – wie in der Reform zum Pflegeversicherungsgesetz vorgeschlagen – soll regeln, dass neben der Delegation ärztlicher Aufgaben Modellprojekte zur Veränderung der Aufgabenteilung beitragen, indem diese nach erwiesener Praktikabilität breit eingeführt werden.

- Die Umsetzung größerer Handlungsautonomie

Mehr Autonomie für nicht-ärztliche Gesundheitsberufe ist ein weiterer Weg der Neuverteilung von Arbeitsaufgaben. Das heißt, z.B. für die Pflege, die Prüfung der Übertragbarkeit internationaler Modelle wie Advanced Nursing Practice (z.B. Nurse Practitioners). Diesen Ansätzen ist gemeinsam, dass akademisch gebildete Pflegekräfte mehr Verantwortung und Autonomie im Versorgungsprozess erhalten – Deutschland hat Nachholbedarf bei der Akademisierung der Pflegepraktiker! Das heißt aber auch, die Eigenständigkeit bei der Pflegebedarfseinschätzung und Intervention, bei Verordnungsfähigkeit für Pflegebedarfsartikel und zeitlich begrenzte Delegation von Verordnungen bestimmter Medikamentengruppen, einzuführen.

- Entwicklung moderner Ausbildungswege

Die Ausbildung in den Gesundheitsberufen muss profiliert werden, das umfasst die Erweiterung des Spektrums der Professuren an Medizinischen Fakultäten für alle Gesundheitsberufe ebenso wie die Vereinheitlichung des Akademisierungsprozesses verschiedener Gesundheitsberufe oder die Konzipierung unterschiedlicher Ausbildungsniveaus innerhalb der einzelnen Gruppen nicht-ärztlicher Heilberufe.

6. Fazit

Ein langes Leben völlig frei von Erkrankungen scheint aus heutiger Perspektive ein theoretisches Konstrukt. Eher deuten die Prognosen auf eine Steigerung des Anteils Chronisch- und damit Langzeit-Kranker hin. Da ergeben sich viele unbeantwortete Fragen: Können wir die Gesundheit einer immer älter werdenden Bevölkerung durch Prävention verbessern? Wie gelingt es, die vorhandenen Gesundheitspotenziale durch kontinuierliche Verzahnung von Kuration und Rehabilitation besser auszuschöpfen? Was ist Multimorbidität und wie wirken Medikamente bei mehrfach erkrankten Menschen? Wie fühlt sich Pflegebedürftigkeit für die Betroffenen an? Was ist das für ein besonderer Status körperlicher, psychischer und sozialer Gebrechlichkeit? Welche medizinische, physiotherapeutische oder pflegerische Intervention trägt zum Gewinn von Lebensqualität bei? Wie können die jeweils vorhandenen Potenziale pflegeabhängiger Frauen und Männer unterstützt werden? Wie erhalten wir eine Vorstellung von der Innenperspektive des Demenzkranken? Was ist Selbstbestimmung eines kranken Menschen, gerade dann, wenn die Krankheit das Ich immer mehr ausradiert? Antworten auf solche Fragen werden die Qualität der Versorgung im Gesundheitssystem immer mehr bestimmen. Nur mit einer stärkeren Einbeziehung aller Gesundheitsberufe und mehr Kooperation sind für diese Anforderungen wirklich innovative Lösungen zu finden.

Was Hippokrates in seinem Eid von angehenden Medizinern forderte, hatte sehr lange Bestand: „In wie viele Häuser ich auch kommen werde“, ist dort nachzulesen, „zum Nutzen der Kranken will ich eintreten.“ Doch die Zeiten haben sich geändert – und die Zweifel, ob der Arzt allein immer beurteilen kann, was denn „zum Nutzen der Kranken“ wirklich bedeutet, häufen sich. Kooperation als planvolles Zusammenarbeiten zwischen mehreren Heilberufen ist erforderlich, um trotz Arbeitsteilung ein gemeinsames Ziel zu erreichen.

Literatur:

- Dorbritz, J., Lengerer, A., Ruckdeschel, K. (2005). Einstellungen zu demographischen Trends und zu bevölkerungsrelevanten Politiken. Ergebnisse der Population Policy Acceptance Study in Deutschland. Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung, Wiesbaden
- Schmidbaur, M. (2002). Vom „Lazaruskreuz“ zu „Pflege aktuell“. Professionalisierungsdiskurse in der deutschen Krankenpflege 1903-2000. Königstein, Taunus
- Schoen, C., Osborn, R., Huynh, P. T., Doty, M., Zapert, K., Peugh, J., Davis, K. (2005). **Taking the Pulse of Health Care Systems: Experiences of Patients with Health Problems in Six Countries.** Health affairs, Web Exclusives, November 3. doi:10.1377/hlthaff. w5.509. www.healthaffairs.org, letzter Zugriff: 25.01.2008
- Siegrist, J. (2005). Medizinische Soziologie. München
- Statistisches Bundesamt (2006). Leben in Deutschland. Haushalte, Familien und Gesundheit - Ergebnisse des Mikrozensus 2005. Wiesbaden
- Statistisches Bundesamt (2007). Gesundheit – Personal 1997-2007. Wiesbaden
- SVR - Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (Hrsg.). Gutachten 2007 (2007). Kooperation und Verantwortung – Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Bonn
- Tesch-Römer, C. (2006). Altwerden in Deutschland. Sozialer Wandel und individuelle Entwicklung in der zweiten Lebenshälfte. Wiesbaden

Unschuld, P. U. (2005). Der Arzt als Fremdling in der Medizin? Standortbestimmung. München, Wien, New York

Link:

Das neue Sachverständigenratsgutachten: www.svr-gesundheit.de

Chronic Care – alte Aufgabe und neue Herausforderung in der Allgemeinmedizin

Ferdinand M. Gerlach

Der Altersdurchschnitt der Bevölkerung steigt stetig, und immer mehr Menschen leiden unter chronischen Erkrankungen. Insbesondere hausärztliche Praxen, in denen schon immer die Mehrzahl aller chronisch Kranken betreut wurde, müssen sich auf die damit verbundenen alten Aufgaben und neuen Herausforderungen gezielt einstellen.

1. Alte Aufgabe: Die Hausarztpraxis ist der Ort für die Versorgung chronisch Kranker

Traditionell wird die überwiegende Mehrheit aller chronisch Kranken durch ihre Hausärzte betreut. Rund 80% aller Beratungen in der Hausarztpraxis betreffen direkt oder indirekt chronische Erkrankungen (Murphy 2004, Wilson et al. 2005). Die Drei-Jahres-Kontaktgruppe hausärztlicher Praxen kommt der Erwachsenenpopulation aller Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung sehr nahe. Mit anderen Worten: Innerhalb von drei Jahren ist fast jeder, egal welchen Alters, einmal bei seinem Hausarzt gewesen. In der Ein-Jahres-Kontaktgruppe finden sich schon 90% der älteren und chronisch kranken Versicherten, in der Quartals-Kontaktgruppe sind bereits mehr als zwei Drittel der über 50-Jährigen (Gerlach, Szecsenyi 2002).

Bemerkenswert ist weiter, dass ca. 30% der Patienten einer Hausarztpraxis (in allen Altersgruppen) von Multimorbidität betroffen sind. Dieser Anteil steigt bei über 60-Jährigen auf ca. 60% und bei über 80-Jährigen sogar auf rund 80% (van den Akker et al. 1998).

Hausarztpraxen haben damit eine sehr große Reichweite. Die meisten Patienten – insbesondere chronisch Kranke – suchen regelmäßig ihren Hausarzt auf. Hier entsteht eine hohe Kontinuität (Freemann et al. 2003) und Longitudinalität (Starfield 1998) in der Versorgung. Beide Faktoren zusammen gelten in der internationalen Literatur als Qualitätskriterien und gleichzeitig als Erfolgsfaktoren eines guten Systems der Primärversorgung (Health Council of the Netherlands 2004). Die große Reichweite der hausärztlichen Versorgung ist somit Chance und Herausforderung zugleich.

Die Hausarztpraxis bietet als einzige medizinische Versorgungsinstanz für den einzelnen chronisch erkrankten Patienten die Chance, nacheinander über verschiedene Phasen der Erkrankung von ein und demselben Arzt bzw. Praxisteam betreut zu werden. Die Kontinuität erstreckt sich dabei auch auf das gleichzeitige Vorliegen weiterer chronischer und akuter Erkrankungen. Auf jeder anderen Versorgungs- oder Spezialisierungsstufe wird der einzelne Patient zumeist nur unregelmäßig und nur in den für den jeweiligen Fachspezialisten relevanten Stadien der Erkrankung gesehen.

2. Herausforderung: Die Zukunft ist chronisch

Chronische Erkrankungen dominieren zunehmend die Krankheitslast (Morbidität) der Bevölkerung ebenso wie den medizinischen Versorgungsbedarf. Darauf weisen u.a. Analysen und Projektionen der Weltgesundheitsorganisation (WHO 2002b) hin – und dies spiegeln auch die Erfahrungen aus deutschen Allgemeinpraxen wider. Weltweit stellt sich die Situation bei chronischen Erkrankungen (WHO 2002b) wie folgt dar: Im Jahr 2000 waren bereits etwa 46% aller Erkrankungen chronisch, und 59% aller Todesfälle beruhten auf ihnen. Der Anteil chronischer Erkrankungen wird demnach bis zum Jahr 2020 auf 60% steigen. Dabei werden insbesondere Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Schlaganfall, Depression und Krebs die Krankheitslast bestimmen.

Zahlen aus Deutschland zeigen, dass schon Ende der 90er Jahre 43% der Bevölkerung mindestens eine chronische Erkrankung hatten (SVR 2001). Unter den über 65-Jährigen gilt dies für etwa 70%.

Darüber hinaus wird das Problem der Multimorbidität immer bedeutsamer: Schon heute leidet in den USA fast die Hälfte aller chronisch Kranken an mehr als einer Krankheit und 5% der Gesamtbevölkerung sogar an vier und mehr chronischen Krankheiten (Wu, Green 2000). Laut RAND Corporation (Wu, Green 2000) waren in den USA im Jahr 2000 etwa 125 Mio. Amerikaner chronisch krank (44,5% von 281 Mio.). Bis 2030 wird diese Zahl im Zuge der demographischen Alterung auf 171 Mio. steigen. Auch in Deutschland sind dabei „sozial Schwächere“ besonders häufig und früh von Multimorbidität betroffen (SVR 2001).

Chronische Erkrankungen und Multimorbidität erfordern einen hohen Ressourcen- bzw. Versorgungsaufwand. Schon Ende der 90er Jahre wurden z.B. Beispiel bei AOK-Versicherten in Berlin 55% aller Arzneiverordnungen für chronisch Kranke ausgestellt (SVR 2001). Zu diesem Zeitpunkt waren bereits 52% der Krankenhausfälle Patienten mit chronischer Erkrankung (Arnold et al. 1999). Aus einem Bericht der Bertelsmann Stiftung geht hervor, dass 80% der Kosten in der Gesetzlichen Krankenversicherung durch 20% der Versicherten verursacht werden, die eine oder mehrere chronische Erkrankungen haben (Bertelsmann Stiftung 2005). Das Wissenschaftliche Institut der Privaten Krankenversicherung hat bei beihilfefähigen Privatversicherten (Beamte/innen) ermittelt, dass ca. 60% aller Kosten durch 20% der ausgabenintensivsten Versicherten über 50 Jahre verursacht wird (Niehaus 2007).

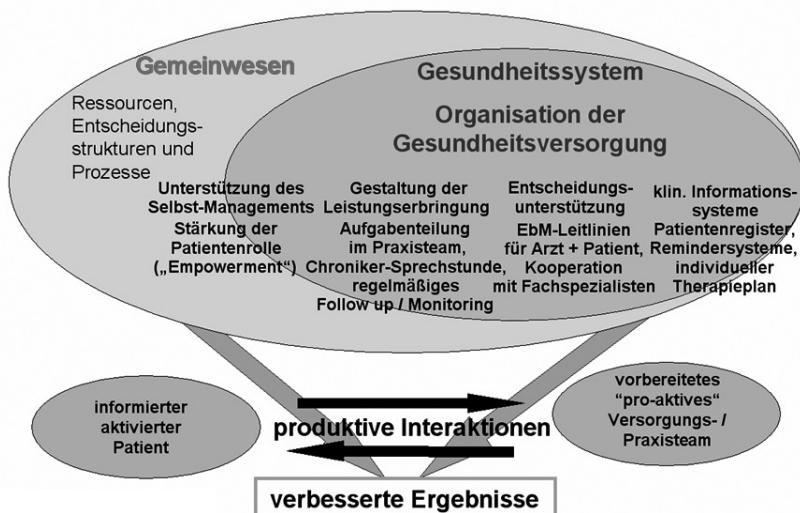
3. Rahmenkonzept zur Bewältigung: das Chronic Care-Modell

Für ein sinnvolles Versorgungskonzept chronischer Erkrankungen haben die vorstehenden Fakten und Überlegungen bedeutende Konsequenzen:

Es muss dafür Sorge getragen werden, dass flächendeckend bzw. gut erreichbar eine Langzeitbetreuung der Patienten verlässlich und nach hohen Qualitätsmaßstäben stattfindet, um das Fortschreiten und die Mortalität der Erkrankung zu minimieren. Insbesondere Hausarztpraxen müssen hierauf vorbereitet sein – und auch darauf, dass Therapien nicht nur eingeleitet sondern auch durchgehalten werden. Sowohl Patienten als auch Ärzte müssen die hierzu notwendige „Adherence“ entwickeln.

Das von Wagner et al. (2001) entwickelte „Chronic Care-Modell“ ist hier das international anerkannteste und am häufigsten umgesetzte Konzept. Es beruht auf einer Vielzahl von kontrollierten Studien, die den positiven Einfluss der hier zusammengeführten Elemente auf die Versorgung chronischer Erkrankungen belegen. Auch zahlreiche (US-amerikanische) Erfahrungen mit strukturierten Behandlungsprogrammen aus den letzten 15 Jahren sind hier eingegangen (Wagner et al. 1999). Das Modell ist interdisziplinär und multidimensional angelegt und beschreibt neben dem konkreten Versorgungsprozess chronischer Erkrankungen auch die Ressourcen, die sich aus dem System- und Gemeinwesenbezug sowie den konkreten Organisationsstrukturen ergeben (Bodenheimer et al. 2002b). Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat das Chronic Care-Modell zur Basis ihres Programms zur innovativen Versorgung chronischer Erkrankungen (Innovative Care for Chronic Conditions, ICCC) gemacht (WHO et al. 2002a).

Abb. 1: Chronic Care-Modell



Quelle: Deutsche Adaption nach Gensichen, Knieps, Schlette 2006

Das Modell beschreibt, wie Patienten mit einer aktiven Rolle in ihrer Behandlung einerseits und pro-aktive, also vorausschauend agierende Praxisteam andererseits eine „produktive Interaktion“ erreichen und auf diese Weise gemeinsam verbesserte Behandlungsergebnisse erzielen.

Soweit die hier genannten Elemente die Organisation des Gesundheitssystems betreffen, sind hier vor allem vier „Pfeiler“ von Bedeutung:

Unterstützung des Selbst-Managements, also die Hilfe zur Selbsthilfe durch den Patienten (und ggf. seine Angehörigen) (Bodenheimer et al. 2002a): Hier wird eine Stärkung der Patientenrolle und -kompetenz im Sinne eines sog. „Empowerments“ beabsichtigt.

Eine **gezielte Entscheidungsunterstützung**, z.B. durch evidenzbasierte Leitlinien für Ärzte und Patienten, aber auch durch eine bessere Kooperation mit Fachspezialisten.

Die **Gestaltung der Leistungserbringung** bedeutet z.B. eine (Neu-) Konzipierung der Abläufe einer hausärztlichen Praxis insbesondere durch eine (neue) Aufgabenteilung im Praxisteam, die Einrichtung einer Chroniker-Sprechstunde oder regelmäßiges Follow-up durch Case Management. Hierzu gehört auch der „Stepped Care“ genannte Ansatz einer stufenweise bzw. arbeitsteilig integrierten Versorgung, in dem die Schnittstellen zwischen unterschiedlichen Versorgungsstufen und Leistungserbringern je nach der Komplexität des gesundheitlichen Problems und dem konkreten Versorgungsbedarf des einzelnen Patienten definiert werden (Katon et al. 2001).

Klinische Informationssysteme, die schon bei einem einfachen Patientenregister beginnen können, in dem alle Patienten mit einer bestimmten chronischen Erkrankung erfasst sind. Auch ein individueller Therapieplan oder Erinnerungssysteme gehören dazu.

Diese vier Aspekte der Versorgungs- bzw. Behandlungspraxis ordnen sich in übergeordnete Organisationen der Gesundheitsversorgung ein, z.B. als Teil der ambulanten Versorgung, einer Klinik oder einer Krankenkasse, deren Struktur ebenfalls im Sinne des Modells gestaltet werden kann.

Die Arztpraxis ist außerdem Teil eines umliegenden Gemeinwesens, d.h. eingebettet in weitere lokale Ressourcen und gemeindenähe Angebote, z.B. Gemeindedienste oder Selbsthilfe. Hier wirken übergreifende Gesundheitsangebote, wie themenspezifische Präventionskampagnen, aber auch die Entscheidungsstrukturen und -prozesse der Kommunal-, Landes- und Bundespolitik zur gesundheitlichen Versorgung. Insbesondere

Anreizsysteme innerhalb der Gesetzlichen Krankenversicherung bzw. deren Steuerungsinstrumente in der Sozialgesetzgebung sind in diesem Zusammenhang hervorzuheben.

3.1 Produktive Interaktionen

Im Kern des Modells stehen „produktive Interaktionen“ zwischen einem vorbereiteten, pro-aktiven Praxisteam und einem informierten und aktivierten Patienten. Die verschiedenen theoretischen Fäden des Modells laufen hier zusammen. Hier sind die weit reichendsten Veränderungen der Alltagspraxis erforderlich. Die – sicher oft schwierige, manchmal auch unmögliche – Aktivierung und Einbeziehung der Patienten ist essentieller Bestandteil aller modernen medizinpsychologischen Konzepte zum gesundheitlichen Verhalten. Unter den Konzepten zur Verhaltensänderung wird derzeit z.B. das Transtheoretische Modell nach Prochaska und DiClemente (Prochaska, DiClemente 1982) diskutiert, aber auch die Prinzipien der partizipativen Entscheidungsfindung („shared decision making“) (Towle et al. 1999). Bislang wurden diese Erkenntnisse jedoch noch nicht systematisch für die Organisationsentwicklung und strukturelle Gestaltung von Versorgungsprozessen bei chronischen Erkrankungen genutzt (von Korff et al. 2002).

Nachdem zunächst vor allem die einzelnen Elemente des Chronic Care-Modells (CCM) gut untersucht worden sind, konnten (Tsai et al. 2005) in einer Metaanalyse von 112 Studien inzwischen zeigen, dass Interventionen, die mindestens ein CCM-Element enthalten, klinische Outcomes und Versorgungsprozesse – in geringerem Ausmaß auch die Lebensqualität – von Patienten mit chronischen Erkrankungen verbessern (Tsai et al. 2005).

3.2 Beispiel 1: Case Management in der allgemeinmedizinischen Praxis

Ein zentrales Instrument des Chronic Care-Modells ist das praxisbasierte Case Management. Die beschriebene, pro-aktiv strukturierte, klinische Betreuung eines chronisch Kranken – in der Regel unter Zuhilfenahme von speziellen Werkzeugen wie Checklisten für Telefonkontakte oder Hausbesuche – wird auch als „Case Management“ bezeichnet. Case Management umfasst nach von Korff (2001) vor allem:

- Übernahme der Verantwortung für die kontinuierliche Betreuung (Follow-up) der Patienten
- Feststellung, ob bzw. inwieweit die Patienten eine verordnete Therapie fortsetzen
- Feststellung, ob bzw. inwieweit sich der Krankheitsverlauf bessert
- Zeitnahe Reagieren, wenn Patienten die evidenz- bzw. leitlinienbasierte Therapie nicht einhalten oder wenn erwartete Verbesserungen nicht eintreten.

In der durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) geförderten PRoMPT-Studie (PRimary care Monitoring for depressive Patients Trial) sind wir – erstmals in Deutschland – der Frage nachgegangen „Verbessert Case Management die Symptomatik und Therapietreue bei Patienten mit Major Depression?“ Es handelt sich dabei um eine cluster-randomisierte kontrollierte Interventionsstudie (RCT), in der die Wirksamkeit von Case Management im Vergleich zur Routineversorgung untersucht wurde. In dieser weltweit größten Studie ihrer Art wurden insgesamt 624 Patienten mit Major Depression aus 78 hessischen Hausarztpraxen eingeschlossen. Als primäre Zielgröße wurde die Depressivität (gemessen mit PHQ-D) ermittelt. Als sekundäre Zielgrößen wurden zahlreiche weitere Outcomes erhoben, u.a. die Adherence von Patienten und Ärzten,

die Lebensqualität (EQ-5D, SF-36) und die Patientenzufriedenheit (EUROPEP). Auch eine gesundheitsökonomische Evaluation ist Bestandteil des Studienkonzepts.

Die Aufgabe der Arzthelferinnen bzw. Medizinischen Fachangestellten (MFA) in dieser Studie bestand zunächst in der Teilnahme an einer initialen Schulung (2 x 4,5 Stunden) und im weiteren Verlauf im wesentlichen darin, bei jeweils 10 Patienten, die vom behandelnden Hausarzt identifiziert wurden, im Durchschnitt einmal monatlich anzurufen und dabei den Befund anhand einer von uns entwickelten Depressions-Monitoring-Liste (DeMoL) zu erheben. Zu Studienzwecken wurden darüber hinaus bei allen Patienten zahlreiche Informationen erhoben (Zeitpunkte 0, 6 und 12 Monate).

Die Depressions-Monitoring-Liste enthält neun validierte Fragen zur Depression (PHQ-D) sowie einige wenige weitere Fragen, u.a. zur Vereinbarung eines Folgetermins, zur persönlichen Einschätzung durch die Case Managerin und zur Rückmeldung durch den Arzt. Alle Antwortoptionen sind mit einem Ampelschema gekoppelt. Grün bedeutet „unauffällig“. Es handelt sich um einen guten Zustand, der von der Case Managerin erfasst, dokumentiert und dem Hausarzt zur Information vorgelegt wird. Gelb bedeutet Auffälligkeiten, die der Arzt beurteilen sollte. Der ausgefüllte Bogen wird dem Hausarzt im Laufe des Tages vorgelegt. Orange bedeutet „Achtung, erhöhte Vorsicht“. Die Antwort zeigt deutliche Anzeichen einer Verschlechterung an. Dies sollte dem Hausarzt baldmöglichst mitgeteilt werden, z.B. wenn dieser das nächste Mal das Sprechzimmer verlässt. Der Hausarzt entscheidet dann über das weitere Vorgehen, z.B. ob und wann der Patient in die Sprechstunde einbestellt wird. Rot bedeutet „Halt, Gefahr“. In diesem möglichen Notfall sollte die Case Managerin das Gespräch sofort zum Hausarzt durchstellen, der dann die Situation mit dem Patienten weiter abklärt.

Erste Ergebnisse zeigen, dass ein solches einfaches, hoch standardisiertes hausarztpraxisbasiertes Case Management der Routineversorgung eindeutig (signifikant) überlegen ist. Die betroffenen Patienten akzeptieren Telefonbetreuung sehr gut und fühlen sich durch die Praxis unterstützt und „gehalten“. Die beteiligten Hausärzte berichten über zum Teil deutliche Zeitentlastungen. Die Filterung der individuellen Probleme gelingt mit dem DeMoL gut, und die beteiligten Arzthelferinnen / MFA fühlen sich in ihrer Rolle aufgewertet und gestärkt. Endgültige Zahlen inklusive einer gesundheitsökonomischen Evaluation werden im Frühjahr 2008 vorliegen (aktuelle Informationen auch unter: www.prompt-projekt.de).

3.3 Beispiel 2: Leitlinien und Multimorbidität

Während das erste Beispiel eher die Chancen einer Umsetzung des Chronic Care-Modells gezeigt hat, weist das nun folgende Beispiel eindrucksvoll auf die Grenzen bzw. nach wie vor bestehenden Herausforderungen hin. Boyd und Mitarbeiter (Boyd et al. 2005) sind – mit Blick auf entsprechende Implikationen für eine „Pay for Performance“ – der Frage der Anwendbarkeit von Praxisleitlinien bei multimorbidien Patienten nachgegangen und haben ihre Ergebnisse bereits 2005 im Journal of the American Medical Association (JAMA) publiziert.

Zunächst haben die Autoren die qualitativ besten, evidenzbasierten Leitlinien zu neun häufigen chronischen Erkrankungen ausgewählt und aus diesen Empfehlungen 117 typische Entscheidungsprobleme bei älteren Patienten abgeleitet. Im nächsten Schritt wurden die Daten der amerikanischen Krankenversicherung für Ältere (Medicare) herangezogen und auf deren Basis eine idealtypische geriatrische Patientin konstruiert. Diese „Durchschnittspatientin“ ist 79 Jahre alt und hat folgende Erkrankungen mit jeweils mittlerem Schweregrad: Osteoporose, Osteoarthritis (Arthrose), Diabetes Typ II, Bluthochdruck und eine chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD).

Aus den für diese Patientin zutreffenden Leitlinien wurde dann ein durchschnittlich ambitionierter Behandlungsplan erstellt. Es wurde dabei besonders darauf geachtet, dass dieser möglichst einfach einzuhalten und kostengünstig ist. Die medikamentöse Therapie wurde so gewählt, dass die Patientin nach Möglichkeit nur Einmalgaben eines preiswerten Medikaments erhielt und notwendige Therapiekontrollen sowie Empfehlungen zur Lebensführung so begrenzt wie möglich blieben.

Das Ergebnis ist bemerkenswert: Der sich daraus ergebende Behandlungsplan sieht vor, dass die 79-jährige Patientin zwölf verschiedene Medikamente zu fünf verschiedenen Tageszeiten (zwischen 7:00 Uhr morgens und 23:00 Uhr abends) in insgesamt 19 Einzeldosen einnehmen muss. Die Kosten allein der medikamentösen Therapie betragen pro Monat 406,45 \$. Die Patientin muss etwa 20 evidenzbasierte Ratschläge zur Diät und Lebensführung einhalten sowie zahlreiche Praxisbesuche, Patientenschulungen und Selbstkontrollen absolvieren. Vier Routinekontakte beim Hausarzt à 15 Minuten und ein Augenarztbesuch sind praktisch nicht ausreichend, um diese leitliniengerechte Therapie umzusetzen.

Die Patientin ist darüber hinaus einem relevanten Risiko von unerwünschten Arzneimittelwirkungen ausgesetzt. Sie erhält zwar keine unangemessenen Medikamente, allerdings soll die Patientin für zwei ihrer Erkrankungen Medikamente einnehmen, die sich auf eine andere ihrer fünf Erkrankungen ungünstig auswirken können. In sieben Bereichen muss ihr Hausarzt darauf achten, dass sich zwei Medikationen nicht gegenseitig beeinträchtigen: insgesamt gibt es neun konkret erwähnte Interaktionen. Schließlich muss die Patientin in acht Bereichen darauf achten, die Therapie nicht durch ihre Ernährung (z.B. Fruchtsäfte, Alkohol) zu beeinträchtigen.

Hier wird sowohl deutlich, was eine leitliniengerechte Therapie für diese 79 Jahre alte „Durchschnittspatientin“ konkret bedeuten würde, als auch dass der Behandlungsplan in dieser Form nicht umgesetzt werden kann und darf.

4. Resümee

Aus den bisherigen Ausführungen lassen sich einige knappe Schlussfolgerungen ableiten:

- Die demographische Alterung findet statt und wir alle sind „mitten drin und nicht nur dabei“.
- Es gibt nicht nur eine Verschiebung des Krankheitsspektrums von den akuten zu den chronischen Erkrankungen, sondern darüber hinaus auch einen starken Trend zur Multimorbidität, d.h. zu mehreren gleichzeitig vorliegenden chronischen Erkrankungen.
- Multimorbidität ist die Regel, nicht die Ausnahme (Fortin et al. 2005).
- Der Ressourcenverbrauch zur Betreuung chronisch Kranke ist hoch.
- Die Versorgung chronisch Kranke ist – traditionell und in der Zukunft – hausärztliches „Kerngeschäft“. Dabei ist das gesamte Praxisteam gefordert. Arzthelferinnen / Medizinische Fachangestellte können, nachweislich erfolgreich, neue Aufgaben wie ein einfaches Case Management übernehmen.
- Multimorbidität ist mehr als die Summe der Teile (Starfield 2006).
- Krankheitsspezifische Leitlinien (und ähnliches gilt für krankheitsspezifische Disease Management-Programme) enthalten zumeist keine Empfehlungen zur notwendigen Adaptation bei älteren Patienten und zur notwendigen Prioritätensetzung bei Multimorbidität. Sie sind vor allem deshalb bei Multimorbidität schwierig zu implementieren und können hier sogar gefährlich sein: erhöhte Raten an Interaktionen, unerwünschten Arzneimittelwirkungen, Medikationsfehlern und Hospitalisierungen wären die Folge.

5. Zukünftige Aufgaben und Chancen

Mit Blick auf die Zukunft lassen sich einige bisher unzureichend gelöste Aufgaben, aber auch explizite Chancen erkennen:

1. Hausärztliche Praxen, aber auch das Gesundheitswesen insgesamt müssen sich von der Reaktion (Dominanz des Dringlichen) zur Aktion (proaktiv-strukturierten, nachhaltigen Langzeitversorgung) weiterentwickeln (Gerlach et al. 2006a, Gerlach et al. 2006b). Die bessere Ausrichtung an den speziellen Bedürfnissen chronisch Kranker ist Aufgabe und Chance zugleich.
2. Die berufsgruppenübergreifende Professionalisierung des Praxisteams mit dem Monitoring chronischer Erkrankungen als Kernkompetenz (Glasziou et al. 2005) ist in diesem Sinne eine wichtige Zukunftsaufgabe.
3. Zum Funktionieren der produktiven Interaktion als Kernelement des Chronic Care-Modells bedarf es darüber hinaus angemessener und praktikabler Konzepte zur Patientenaktivierung bzw. (aktiven) Patienteninformierung.
4. Multimorbidität macht sehr häufig eine rationale Priorisierung von Therapiezielen erforderlich. Diese sollte nicht ungezielt, sondern auf der Basis von drei gleichberechtigten Säulen erfolgen:
 - der wissenschaftlichen Evidenz (Was nützt? Was senkt tatsächlich Mortalität bzw. Letalität?),
 - des individuellen Risikos eines einzelnen Patienten inklusive der ärztlichen Beurteilung des Einzelfalls sowie
 - der Patientenpräferenzen (Was will der Patient selbst?).
5. Veränderungen der Versorgungspraxis lassen sich in der Regel nur durch kombinierte (multifaceted) Interventionen bewirken. Wie

zahlreiche Implementierungsstudien zeigen, sind einzelne isolierte Aktivitäten zumeist gar nicht oder kaum wirksam. Erst abgestimmte Maßnahmen und strukturierte Kooperationen mit anderen Disziplinen haben konkrete Effekte bei Patienten und ihren Ärzten.

6. Die Betreuung chronisch Kranter ist eine der größten, wenn nicht die größte Herausforderung für die Allgemeinmedizin. Wie diese Aufgabe bewältigt wird, wird prägenden Einfluss haben. Damit entwickelt sich die Herausforderung zur Chance: Die Chroniker-Versorgung kann das Profil der Allgemeinmedizin der Zukunft prägen und gleichzeitig schärfen.
7. Substantiell zu verstärkende Anstrengungen zur Versorgungsforschung, insbesondere auch unter den konkreten Alltagsbedingungen des deutschen Gesundheitssystems, sind überfällig. Die Entwicklung und Erprobung von Strategien zur Priorisierung von Therapiezielen bei Multimorbidität ist hier nur ein Beispiel. Erst unter den Bedingungen der Alltagspraxis kann deren Funktionsfähigkeit und Effektivität überprüft werden.

Literatur:

- Arnold, M., Litsch, M., Schwartz, F.W. (Hrsg.) (1999). Krankenhausreport 1999. Schwerpunkt: Versorgung chronisch Kranker. Stuttgart
- Bertelsmann Stiftung (Hrsg.) (2005). Symposion: Perspektiven der gesundheitlichen Versorgung älterer Menschen. Empfehlungen der Expertenkommission „Ziele in der Altenpolitik“ der Bertelsmann Stiftung. Gütersloh
- Bodenheimer, T., Lorig, K., Holman, H., Grumbach, K. (2002a). Patient self-management of chronic disease in primary care. JAMA 288: 2469-2475
- Bodenheimer, T., Wagner, E.H., Grumbach, K. (2002b). Improving primary care for patients with chronic illness. The chronic care model. JAMA 288: 1909-1914
- Boyd, C.M., Darer, J., Boult, C., Fried, L.P., Boult, L., Wu, A.W. (2005). Clinical practice guidelines and quality of care for older patients with multiple comorbid diseases: implications for pay for performance. JAMA 294: 716-724
- Fortin, M., Lapointe, L., Hudon, C., Vanasse, A. (2005). Multimorbidity is common to family practice: is it commonly researched? Can Fam Physician 51:244-245
- Starfield, B. (2006). Threads and yarns: weaving the tapestry of comorbidity. Ann Fam Med 4: 101-103
- Freemann, G.K., Olesen, F., Hjordahl, P. (2003). Continuity of care: an essential element of modern general practice? Fam Pract 20: 623-627
- Gerlach, F.M., Beyer, M., Muth, C., Saal, K., Gensichen, J. (2006a). Neue Perspektiven in der allgemeinmedizinischen Versorgung chronisch Kranker – Wider die Dominanz des Dringlichen. Teil 1

Chronische Erkrankungen als Herausforderung für die hausärztliche Versorgungspraxis. Z ärztl Fortbild Qual 100: 335-343

Gerlach, F.M., Beyer, M., Saal, K., Peitz, M., Gensichen, J. (2006b). 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. Z ärztl Fortbild Qual 100: 345-352

Glasziou, P., Irwig, L., Mant D. (2005). Monitoring in chronic disease: a rational approach. BMJ 330: 644-648

Gerlach, F.M., Szecsenyi, J. (2002). Warum sollten Disease-Management-Programme hausarztorientiert sein? – Gründe, Grenzen und Herausforderungen. In: AOK Bundesverband (Hrsg.) Disease-Management-Programme im Rahmen des Risikostrukturausgleichs. Dt Ärztebl 99: 20-26

Health Council of the Netherlands (Hrsg.)(2004). European primary care. Health Council of the Netherlands Den Haag, Publication no. 2004/20E. www.healthcouncil.nl/referentie.php?ID=1119, letzter Zugriff: 28.09.2007

Katon, W., von Korff, M., Lin, E., Simon, G. (2001). Rethinking practitioner roles in chronic illness: the specialist, primary care physician, and the practice nurse. Gen Hosp Psych 23: 138-144

Murphy, E. (2004). Case management and community matrons for long term conditions. A tough job that will need highly trained professionals. BMJ 329: 1251-1252

Niehaus, K. (2007). Die Bedeutung der ausgabenintensiven Fälle im Gesundheitswesen. Wissenschaftliches Institut der Privaten Krankenversicherung, Köln. www.wip-pkv.de/Projekte.5.0.html, letzter Zugriff: 18.09.007

- Starfield, B. (1998). Primary care. Balancing health needs, services, and technology. New York
- SVR - Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (Hrsg.). Gutachten 2000/2001 (2001). Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band III.1 Grundlagen, Übersicht, Versorgung chronisch Kranker. Baden-Baden
- Towle, A., Godolphin, W., Greenhalgh, T., Gambrill, J. (1999). Framework for teaching and learning informed shared decision making. BMJ 319: 766-771
- Tsai, A.C., Morton, S.C., Mangione, C.M., Keeler E.B. (2005). A Meta-analysis of Interventions to Improve Care for Chronic Illnesses. Am J Manag Care 11: 478-488
- van den Akker, M., Buntinx F., Metsemakers J.F.M., Roos S., Knott-nerus J.A. (1998). Multimorbidity in general practice: Prevalence, incidence, and determinants of co-occurring chronic and recurrent diseases. J Clin Epidemiol 51 (5): 367-375
- von Korff, M., Glasgow, R.E., Sharpe, M. (2002). ABC of psychological medicine. Organising care for chronic illness. BMJ 325: 92-94.
- von Korff, M., Goldberg, D. (2001). Improving outcomes in depression. The whole process of care needs to be enhanced. BMJ 323: 948-949
- Wagner, E.H., Austin, B.T., Davis, C., Hindmarsh, M., Schaefer, J., Bonomi, A. (2001). Improving chronic illness care: translating evidence into action. Health Affairs 20: 64-78
- Wagner, E.H., Davis, C., Schaefer, J., von Korff, M., Austin, B. (1999). A survey of leading chronic disease management programs: Are they consistent with the literature? Man Care Qu 7 (3): 56-66

Wilson, T., Buck, D., Ham, C. (2005). Rising to the challenge: will the NHS support people with long term conditions? BMJ 330: 657-661

World Health Organization (WHO) (2002a). Innovative care for chronic conditions: building blocks for action. Geneva: World Health Organization, Genf

World Health Organization (WHO) (Hrsg.) Pruitt, S., Epping-Jordan, J.A., Díaz, J.M.F., Khan, M., Kisa, A., Klapow, J. et al. (2002b). Innovative care for chronic conditions: Building blocks for actions. Global Report, WHO, Genf

Wu, S., Green, A. (2000). Projection of chronic illness prevalence and cost inflation. Washington DC

Sind ältere Menschen in unserem medizinisch-pflegerischen Versorgungssystem benachteiligt?

Andreas Kruse

1. Erörterung des Gesundheitsbegriffs

In seiner Schrift „Über die Verborgenheit der Gesundheit“ stellt der Heidelberger Philosoph Hans Georg Gadamer (1993) die Annahme auf, dass der Mensch dann, wenn ihm nichts fehle, keine Antwort auf die Frage geben könne, was Gesundheit sei. Erst wenn eine Krankheit eingetreten sei, könne sich eine grundlegende Vorstellung von dem entwickeln, was Gesundheit bedeute: „Nämlich das, was dem Menschen nun fehlt.“ Mit dieser Aussage weist Gadamer auf die Relativität des Gesundheitsbegriffs hin: Menschen bilden ein individuell sehr verschiedenartiges Verständnis von Gesundheit aus. Sie sind dabei beeinflusst von den Gesundheitsvorstellungen der Gesellschaft, in der sie leben, weiterhin von der Art und Weise, wie Menschen, mit denen sie sich identifizieren, Krankheiten zu bewältigen versuchen. Schließlich sind die in der Biographie gewonnenen Erfahrungen bei der Verarbeitung von Krankheiten entscheidend für das subjektive Verständnis von Gesundheit.

In der medizinischen, psychologischen und soziologischen Literatur besteht Einigkeit darüber, dass die „klassische“ Gesundheitsdefinition der Weltgesundheitsorganisation – nämlich das völlige Freisein von körperlichen, seelischen und sozialen Einschränkungen – zum einen unrealistisch, zum anderen auch gefährlich ist: Denn eine solche Definition verzerrt den Blick auf die mögliche Kreativität des Menschen in der Erzeugung von Gesundheit – eine Kreativität, die vor allem dann an Bedeutung gewinnt, wenn Erkrankungen eingetreten sind. Ganz in diesem Sinne ist

die Definition von Gesundheit zu verstehen, die Viktor von Weizsäcker (1986), einer der Begründer der Psychosomatischen Medizin, gegeben hat: Danach stellt Gesundheit kein Kapital dar, das der Mensch nach und nach „aufzehrt“, sondern vielmehr ist sie nur dort anzutreffen, wo sie vom Menschen „stets neu erzeugt“ wird. Danach können auch jene Menschen Gesundheit verwirklichen, bei denen schwere chronische Erkrankungen vorliegen. Umgekehrt können Menschen im Kern krank sein, die nicht an einer eindeutig definierbaren körperlichen oder psychischen Erkrankung leiden. Hier sind Parallelen zur Existenzpsychologie des Wiener Arztes und Begründers der Logotherapie, Viktor Frankl (2005), erkennbar: Dieser sah in der Verwirklichung von Werten – nämlich jenem des Erzeugens („homo faber“), des Erlebens und Liebens („homo amans“), des Erleiden („homo patiens“) – die Grundlage für Gesundheit. Dabei, und dies ist im Zusammenhang mit der Frage: „Was ist Gesundheit?“ besonders wichtig, deutete er den Wert des Erleidens als den höchsten aller drei Wertformen: Denn dieser, so Frankl, lasse sich nur verwirklichen, wenn es dem Menschen gelinge, zu einer veränderten Lebenseinstellung zu gelangen. Dies heißt: Menschen können vielleicht gerade in jenen Situationen, in denen sie an einer schweren Krankheit leiden, eine bemerkenswerte Form von Gesundheit – Friedrich Nietzsche spricht hier von der „höheren Gesundheit“ – verwirklichen und damit möglicherweise auch anderen Menschen als Vorbild dienen (Verres 1997). Diesem Verständnis zufolge ist Gesundheit vor allem in der Fähigkeit zu sehen, Krankheiten zu ertragen – das heißt, neben der Suche und Inanspruchnahme von fachlicher Hilfe das Schöpferische in sich selbst zu entdecken, welches dabei hilft, mit der Krankheit zu leben. Dies erfordert selbstverständlich von Ärzten – wie auch von jenen anderen Berufsgruppen, die mit der Betreuung von Patienten befasst sind – eine grundlegende Fähigkeit, die sich wie folgt umschreiben lässt: Das Wesen des Patienten zu erkennen und dessen Fähigkeit anzusprechen, trotz der bestehenden Erkrankung ein selbstständiges, selbstverantwortliches und persönlich sinnerfülltes Leben zu führen. Damit die Medizin und die anderen Berufsgruppen dies können,

bedarf es zunächst eines ausreichenden Maßes an Zeit – denn nur die konzentrierte Zuwendung zum Patienten ermöglicht es, dessen Wesen zu erkennen. Darüber hinaus ist ein Perspektivenwechsel notwendig: Nämlich von der „Verordnung“ hin zur „Begleitung“ (Kruse 2007, Nager 1999).

Die Frage, was unter Gesundheit zu verstehen ist, berührt auch die *Verantwortung des Menschen für seine Gesundheit*.

Diese akzentuiert zunächst *gesundheitsbewusstes Verhalten*, dessen zentrale Komponenten gesunde Ernährung, ein ausreichendes Maß an Bewegung, die Vermeidung von Tabak, der verantwortungsvolle Umgang mit Alkohol sowie die Vermeidung von lang andauernder körperlicher und seelischer Überforderung darstellen. Viele Krankheiten des höheren Lebensalters sind mitalternde Krankheiten, deren Ursprung nicht selten im Kindes- und Jugendalter liegt. Ein Beispiel: Die Bundesrepublik Deutschland gehört zu jenen Staaten innerhalb der Europäischen Union, in denen der Anteil übergewichtiger Menschen am stärksten ausgeprägt ist – und zwar in allen Altersgruppen. Heute lässt sich der Diabetes mellitus Typ II bereits bei Jugendlichen beobachten. Gesundheitsbewusstes Verhalten umfasst zudem die Nutzung von Vorsorgeuntersuchungen, die eine Grundlage für die Früherkennung von Erkrankungen und für eine rechtzeitige medizinische Intervention bilden. Auch mit Blick auf die Gesundheit im Alter können Gesundheitsförderung und Prävention – und zwar über den gesamten Lebenslauf – nicht hoch genug gewertet werden. Doch ist kritisch anzumerken, dass in der Bundesrepublik Deutschland die Ausgaben für Prävention immer noch sehr niedrig sind. Deren Anteil an allen Gesundheitsausgaben liegt lediglich bei 4%.

Bei der Diskussion *finanzialer Eigenvorsorge* ist zu bedenken, dass die durchschnittliche Lebenserwartung deutlich gestiegen ist und in Zukunft noch weiter steigen wird. In den vergangenen fünf Jahrzehnten ist der

Anteil der 80-jährigen und älteren Menschen von 1,4% auf 4,2% der Gesamtbevölkerung gestiegen; es wird erwartet, dass er im Jahre 2050 mehr als 12% betragen wird. Dabei ist zwar zu konstatieren, dass der Großteil dieser Altersgruppe ein selbstständiges Leben führt. Doch sind gerade hoch betagte Menschen auf regelmäßige medizinische Behandlung angewiesen, da im hohen Alter das Risiko der chronischen Erkrankung und der Multimorbidität erkennbar steigt. In diesem Kontext sind nun Zahlen aufschlussreich, in denen sich die finanziellen Anforderungen widerspiegeln, die den Krankenkassen durch die älteren Versicherten erwachsen. Im Jahre 2006 waren ca. 32% aller gesetzlich versicherten Personen Rentnerinnen und Rentner. Deren Beiträge machten ca. 20% der Einnahmen der gesetzlichen Krankenkassen aus; zugleich entfielen ca. 44% aller Ausgaben auf diese Versichertengruppe. Welche Folgerungen lassen sich daraus ziehen? Zum einen sind Anreize für eine Stärkung der Prävention zu schaffen: Durch den Ausbau von Bonussystemen lassen sich die Sensibilität des Menschen für seine Gesundheit sowie dessen Motivation, durch eigenes Verhalten zur Erhaltung von Gesundheit beizutragen, fördern. Zum anderen muss durch die Politik überzeugend kommuniziert werden, dass die Verlängerung der Lebensspanne zu höherer finanzieller Eigenvorsorge führen wird: In Zukunft werden wir mehr private Mittel in die Erhaltung und Wiederherstellung von Gesundheit investieren müssen. Die Medizin bietet heute diagnostische und therapeutische Maßnahmen, die es Menschen bis in das höchste Lebensalter ermöglichen, ihre Gesundheit und Selbstständigkeit zu erhalten. Und auch hoch betagte Menschen erwarten zu Recht von dem Arzt, dass dieser in fachlich begründeter Weise alle notwendigen diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten einsetzt und das Lebensalter nicht als „Ausschlusskriterium“ (im Sinne einer verdeckten Rationierung) definiert (Bäcker et al. 2007, Kruse 2005b). Doch medizinische Leistungen haben ihren Preis. Die Solidargemeinschaft wird auch mit Blick auf das Gesundheitssystem nur dann eine Zukunft haben, wenn das einzelne Individuum bereit ist, sich durch vermehrte Eigenvorsorge an der Finanzierung des medizinischen Fortschritts zu beteiligen.

Die Politik muss eine Art „öffentlicher Aufklärung“ betreiben, die die genannten Aspekte der Verantwortung des Menschen für seine Gesundheit betont und begründet – zum einen dessen Mitwirkung beim Aufbau und der Erhaltung gesundheitsförderlicher Ressourcen, zum anderen dessen Fähigkeit und Bereitschaft, in die individuelle Zukunftsplanung die erhöhte finanzielle Eigenvorsorge für die Gesundheit einzubeziehen (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2006).

2. Die Erhaltung von Gesundheit und Kompetenz im Alter – Aufgaben der Prävention

Zunächst ist zwischen einer Prävention für das Alter und einer Prävention im Alter zu unterscheiden.

Prävention für das Alter: Zahlreiche Erkrankungen im hohen Alter – z.B. die Arteriosklerose und die auf Arteriosklerose zurückgehenden Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder der Diabetes mellitus Typ II – sind *mitalternde* Erkrankungen, die sich durch gesunde Lebensführung in früheren Lebensjahren ganz vermeiden lassen oder die – wenn sie denn aufgetreten sind – durch frühzeitige Diagnostik und Therapie hinausgezögert und in ihrem Verlauf positiv beeinflusst werden können. Zur Prävention für das Alter gehören auch körperliche und geistige Aktivität, durch die eine möglichst hohe Leistungskapazität bis in das hohe Alter gefördert wird. Dieses zweite Beispiel ist eher mit dem Begriff der *Gesundheitsförderung* zu umschreiben, denn es geht hier weniger um die Vermeidung von Krankheiten und mehr um die Erhaltung von Gesundheit im Sinne von Leistungsfähigkeit.

Prävention im Alter: Auch Präventionsmaßnahmen, die erst im Alter einsetzen, haben positive Auswirkungen auf die Gesundheit und die Selbstständigkeit. Zu nennen sind hier z.B. Präventionsmaßnahmen, die auf die Vermeidung von Stürzen zielen. Durch das Training von Kraft, Ausdauer

und Bewegung kann bei älteren Menschen ein Leistungszuwachs in den koordinativen Fertigkeiten bis zu 40% erzielt werden. In stationären Einrichtungen der Altenhilfe wurden Maßnahmen zur Prävention von Stürzen, Druckgeschwüren und bestimmten Infektionskrankheiten umgesetzt. Die Ergebnisse der Analysen zur Prävention im Alter zeigen, dass durch diese nicht nur eine deutliche Steigerung der Lebensqualität des Menschen erreicht wird, sondern zugleich auch erhebliche Kostenersparnisse bewirkt werden.

Nach dieser Differenzierung sollen spezifische Präventionsmaßnahmen in ihrem Einfluss auf Gesundheit im Alter dargestellt werden:

Körperliche Aktivität

Der Förderung körperlicher Aktivität kommt im Rahmen von Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung besondere Bedeutung zu, da von ihr selbst gesundheitlich stark beeinträchtigte ältere Menschen profitieren. Das Niveau der körperlichen Tätigkeit ist bei den meisten älteren Menschen zu niedrig. Aus diesem Grunde sind (1.) die Schaffung von körperlichen Betätigungsmöglichkeiten, die Interesse wecken und einer möglichst großen Anzahl von älteren Menschen offen stehen, (2.) die Gesundheitserziehung, (3.) die Bereitstellung von Möglichkeiten professioneller Unterstützung für Trainingsprogramme sowie (4.) die Schaffung von Sicherheit und angenehmer Atmosphäre als eine Voraussetzung von Trainingsprogrammen zu fordern. Unabhängig vom Lebensalter wird durch regelmäßige physische Aktivität eine Verbesserung der Gesundheit erreicht (Jeschke et al. 2004).

Körperliche Aktivität hat einen positiven Einfluss auf die funktionale Gesundheit, d.h. auf die Fähigkeit, Aktivitäten des täglichen Lebens kompetent auszuführen. Physische Aktivität ist mit einem höheren Maß an funktionaler Kapazität verbunden. Durch die Stärkung der Muskulatur und

Förderung des Gleichgewichtssinns wird zu einer Prävention von Stürzen beigetragen (Gordon et al. 2004).

Mit körperlicher Aktivität und Sport sollte so früh wie möglich begonnen werden. Ältere Menschen sollten allerdings nur dann intensiv trainieren, wenn eine eingehende ärztliche Untersuchung keine Erkrankung festgestellt hat, bei der eine sportliche Betätigung negative Folgen haben könnte, wie bspw. eine fortgeschrittene Erkrankung der Arterien. Körperliche Aktivität ist der wichtigste Faktor, der vor Stürzen schützt und die Leistungsfähigkeit des Bewegungsapparates und des Herz-Kreislauf-Systems erhält (Skelton 2001). Ungeübte Anfänger sollten sich bei Aufnahme eines Ausdauertrainings zunächst nur mit etwa 50% der maximalen Leistungsfähigkeit beladen, bei täglichem Training kann die Belastung allmählich auf 60% bis 70% gesteigert werden. Die optimale Belastung wird beim präventiv wirksamen Sport bei 70% der maximalen Belastbarkeit des älteren Menschen erreicht, durch Training wird die Leistungsfähigkeit erhöht und das Leistungsniveau kann durch weitere Steigerung des Belastungspulses erweitert werden. Die Gesamt-Trainingsbelastung für Ältere sollte langfristig aufgebaut und nur langsam gesteigert werden. Auf Häufigkeit und Umfang sollte mehr Gewicht gelegt werden als auf Intensität.

Unter der Annahme, dass sich altersbedingte Veränderungen sensomotorischer und kognitiver Funktionen auf eine gemeinsame Ursache zurückführen lassen (Baltes et al. 1997), liegt es nahe, dass sich Interventionsgewinne in einem der beiden Bereiche förderlich auf den jeweils anderen Bereich auswirken. Während der Effekt kognitiver Interventionen auf die körperliche Leistungsfähigkeit bislang nicht belegt ist, liegen zahlreiche Hinweise auf eine *verbesserte kognitive Leistungsfähigkeit infolge gesteigerter körperlicher Aktivität* vor.

In einer Metaanalyse von 18 zwischen 1996 und 2001 publizierten Interventionsstudien konnte gezeigt werden, dass ein aerobes Fitnesstraining

insbesondere auf exekutive Kontrollprozesse, aber auch auf Aufgaben zum räumlichen Vorstellungsvermögen und einfache Tempoaufgaben positive Auswirkungen hat (Colcombe et al. 2003). Weitere Ergebnisse sprechen dafür, dass sich aerobe Fitness positiv auf die Dichte des Hirngewebes im frontalen, parietalen und temporalen Cortex auswirkt. Auch nach Kontrolle des Bildungsstandes der Untersuchungsteilnehmer zeigte sich bei Personen, die regelmäßig körperlich aktiv waren, ein deutlich geringerer Rückgang der Hirngewebedichte mit zunehmendem Alter. Dieser Effekt war in jenen Hirnregionen am stärksten ausgeprägt, die die engsten Korrelationen mit dem Lebensalter zeigten. Jene Regionen also, die sich im Prozess des normalen Alterns am stärksten verändern, erwiesen sich durch aerobe Fitness als am stärksten beeinflussbar. Die empirischen Befunde sprechen zudem dafür, dass ein aerobes Fitnesstraining mit veränderten Aktivationsmustern des Cortex einhergeht.

Angemessenes Ernährungsverhalten

Ein weiteres wesentliches Ziel von Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung stellt die Förderung eines angemessenen Ernährungsverhaltens im Alter dar. Bedeutsame Kriterien angemessenen Ernährungsverhaltens bilden dabei die Anpassung der Energiezufuhr an den veränderten Bedarf, eine eiweiß-, vitamin- und ballaststoffreiche Nahrungszusammensetzung mit viel Obst und wenig Milchfett bei zugleich vielseitiger Lebensmittelauswahl, die Verteilung der Nahrungsaufnahme auf mehrere kleine Mahlzeiten und ausreichende Flüssigkeitszufuhr. Durch angemessenes Ernährungsverhalten können Mangelzustände vermieden und körpereigene Ressourcen bewahrt werden. So kann der körpereigene Schutz vor biochemischen Fehlreaktionen durch eine ausreichende Zufuhr der Vitamine A, C und E, von Retinoiden sowie von Koenzymen, die nachgewiesenermaßen Schädigungen durch freie Radikale reduzieren, verstärkt werden. Die notwendigen Vitamine können bei Störungen der Resorption durch entsprechende Präparate zugeführt wer-

den, sie sind aber auch ausreichend in der Nahrung zu finden. Die Bedeutung der Ernährung als Ansatzpunkt von Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung wird insbesondere auch auf dem Hintergrund der Gefahr einer mit dem Alter zunehmend zurückgehenden Nahrungsmittelaufnahme deutlich. Ältere Menschen trinken nicht nur häufig zu wenig, sondern die Nahrungsmittelaufnahme ist oft so gering, dass die notwendige Zufuhr an Vitaminen nicht mehr gewährleistet ist. Aus den genannten Gründen sind neben der Vermittlung von Kenntnissen über gesunde Ernährung im Kontext von Bildungsangeboten (1.) eine Einbeziehung des Ernährungsverhaltens in die medizinische Diagnostik, (2.) eine Senkung von Kosten für gesunde Nahrungsmittel bzw. eine gezielte Unterstützung von Menschen, die aufgrund ihrer finanziellen Situation nicht in der Lage sind, sich gesund zu ernähren, (3.) gesetzliche Regelungen zur Etikettierung von Nahrungsmitteln, die dem Verbraucher eine Identifikation von (potenziellen) Schadstoffen und eine Beurteilung der Qualität des jeweiligen Produktes erlaubt, zu fordern (Strube 2006).

Kognitive Aktivität

Aus den Ergebnissen einer Studie lässt sich folgern, dass das allgemeine Ausmaß an kognitiver Aktivität für die kognitive Leistungsfähigkeit im Alter von ähnlicher Bedeutung ist wie die Teilnahme an kognitiven Trainings. In dieser Untersuchung wurden 6.162 Personen im Alter von 65 Jahren und mehr darüber befragt, inwieweit sie kognitiven Aktivitäten – wie z.B. Zeitung lesen – regelmäßig nachgehen, und hinsichtlich ihrer kognitiven Leistungsfähigkeit getestet (Wilson et al. 1999). Zwischen dem Ausmaß an kognitiver Aktivität und dem Lebensalter bestand nur ein schwacher Zusammenhang, stärkere Zusammenhänge bestanden dagegen mit dem Bildungsstand und dem Einkommen. Nach Kontrolle des Einflusses soziodemographischer Variablen zeigte sich eine statistisch bedeutsame Beziehung zwischen dem Ausmaß an kognitiver Aktivität und der kognitiven Leistungsfähigkeit.

Dieses Ergebnis wird durch weitere Untersuchungen gestützt. Befunde der MacArthur-Studie (1995) lassen die Folgerung zu, dass die Dominanz monotoner Tätigkeiten im Berufsleben dazu beitragen kann, dass die geistige Flexibilität zurückgeht, während Problemlösefähigkeiten von Menschen, die sich im Beruf immer wieder mit neuen Aufgaben und Herausforderungen auseinandersetzen mussten und die auch nach Austritt aus dem Beruf neue Aufgaben und Herausforderungen gesucht haben, im Alter keine wesentliche Veränderung zeigen. Rowe und Kahn (1998) fassen die Ergebnisse wie folgt zusammen: „Just as we must keep our physical selves active, so we must keep our minds busy in our later years if we want it to continue to function well. Use it or lose it is a mental, not just a physical phenomenon.“

Befunde aus der Victoria Longitudinal Study deuten darauf hin, dass ein hohes Maß an kognitiver Aktivität Gedächtnisfunktionen im Alter positiv beeinflusst. Ein Nachlassen von kognitiver Aktivität bewirkt auch das Nachlassen von kognitiven Fähigkeiten im Bereich des Gedächtnisses. Ältere Menschen hingegen, die kognitiv herausfordernden Tätigkeiten nachgehen, weisen nur in geringerem Maße kognitive Einbußen auf; jene Menschen, die auch weiterhin kognitiv aktiv bleiben, zeigen im Längsschnitt nur vergleichsweise geringe kognitive Einbußen (Hultsch et al. 1999).

In einer Studie wurde der Grad der sozialen Partizipation mit Hilfe der in einem Yesterday-Interview erhobenen Informationen über die für Freizeitaktivitäten, instrumentelle Aktivitäten, soziale Aktivitäten und Arbeit verwendete Zeit bestimmt (Lövdén et al. 2005). Darüber hinaus sollten die Untersuchungsteilnehmer angeben, inwieweit sie diesen Aktivitäten in den letzten 12 Monaten nachgegangen sind. Als Maß für die kognitive Leistungsfähigkeit diente die Wahrnehmungsgeschwindigkeit. Es wurde gezeigt, dass sich Veränderungen in der Wahrnehmungsgeschwindigkeit durch den Grad der sozialen Partizipation (dies heißt, durch den Lebens-

stil) vorhersagen lassen, während umgekehrt die Wahrnehmungsgeschwindigkeit nicht zur Vorhersage der sozialen Partizipation beiträgt. Als mögliche Erklärung für die positiven Auswirkungen der sozialen Partizipation auf die Entwicklung kognitiver Funktionen im Alter weisen die Autoren darauf hin, dass ein höheres Engagement mit verbesserten Kompensations- und Bewältigungsmöglichkeiten einhergehen kann. Zum anderen betonen sie, dass ein engagierter Lebensstil mit Lebensstilfaktoren wie vermehrter körperlicher Aktivität und gesünderer Ernährung zusammenhängen kann. Damit könnte soziale Partizipation auch günstige Auswirkungen auf Hirnalterungsprozesse haben, die für Verringerungen der kognitiven Plastizität im Alter verantwortlich sind.

Kognitives Training

In Laboruntersuchungen, in denen spezielle Gedächtnisstrategien für das freie Erinnern von Wörtern und Zahlen vermittelt wurden, zeigten ältere Teilnehmer nach dem Gedächtnistraining deutlich bessere Leistungen. In einer Untersuchung wurden 20 gesunde ältere Menschen zwischen 65 und 83 Jahren in der sog. Loci-Methode unterwiesen, bei der 40 neue Stimuli mit einer vertrauten Sequenz von Orten innerhalb einer kognitiven Landkarte assoziiert werden sollen. Vor dem Erlernen der Loci-Methode lag die Durchschnittsleistung bei 3,1 in ihrer Reihenfolge korrekt wiedergegebenen Substantiven. Dieser Durchschnittswert für Lern-Leistungen konnte im Verlauf des Trainingsprogramms auf 32,4 gesteigert werden. Neben dieser Verbesserung der Gedächtnisleistung älterer Menschen durch Vermittlung und Übung einer effektiven Abrufstrategie zeigte sich in dieser Studie auch, dass die Trainingsgewinne einer Vergleichsgruppe jüngerer Menschen (20 bis 24 Jahre) signifikant höher ausfielen: Hier waren fast alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer nach dem Training in der Lage, die komplette Sequenz korrekt wiederzugeben; die Durchschnittsleistung bei selbst gewählter Darbietungszeit verbesserte sich von 4,8 auf 39,8 (Kliegl et al. 1989).

Bei einer allgemeinen Interpretation dieser Studie ist das auch im Alter erkennbare latente kognitive Potenzial hervorzuheben. Dieses ist im Sinne eines Entwicklungspotentials zu definieren, bei dessen Realisierung stabile Verbesserungen einer Funktion erzielt werden. Das latente kognitive Potenzial zeigt sich darin, dass nach kontinuierlich angebotenem funktionsspezifischem Training neue kognitive Strategien erworben und mit Erfolg eingesetzt werden können. Diese Trainingseffekte sind auch in jenen Bereichen der Informationsverarbeitung erkennbar, die in hohem Maße von physiologischen Prozessen bestimmt sind und damit altersbezogene Verluste aufweisen. Mit anderen Worten: Der durch Training erzielte Leistungszuwachs lässt sich also auch bei einem alternden Zentral-Nerven-System nachweisen, welches zunehmende Defizite in der Präzision und Geschwindigkeit der Erregungsübertragung zeigt. Allerdings ist zu berücksichtigen, dass die latenten kognitiven Potentiale im Alter geringer sind als in früheren Lebensaltern.

In einer Arbeit wurde überprüft, inwieweit 20- bis 35-Jährige, 60- bis 70-Jährige und 70- bis 80-Jährige von zwei unterschiedlichen Gedächtnistrainings profitieren, wobei zusätzlich der Alltagsbezug der verwendeten Aufgaben variiert wurde (Cavallini et al. 2003). Insgesamt 60 Personen – 20 aus jeder der drei Altersgruppen – nahmen an neun 90-minütigen Sitzungen teil, von denen vier der Testung von Gedächtnisleistungen und der Erfassung von gedächtnisbezogenen Selbstwirksamkeitsüberzeugungen dienten. Ausgehend von Befunden, die dafür sprechen, dass die Testleistungen älterer Menschen stärker von Kontextfaktoren abhängen als die Testleistungen jüngerer, wurden neben vier klassischen Aufgaben zur Erfassung der Kapazität des Arbeitsgedächtnisses (Zahlen nachsprechen vorwärts und rückwärts, Erinnern von Gegenständen und Wortlisten) fünf alltagsnahe Gedächtnisaufgaben (Erinnern einer Kurzgeschichte, einer Einkaufsliste, geplanter Aktivitäten, der Zuordnung von Namen zu Gesichtern sowie der Lage von Sehenswürdigkeiten auf einem Stadtplan) vorgelegt. Zudem wurden drei Fragebögen zur Erfassung von Me-

tagedächtnis, alltäglicher Gedächtnisleistung und gedächtnisbezogenen Selbstwirksamkeitsüberzeugungen eingesetzt. Eine Hälfte der Untersuchungsteilnehmer lernte die Loci-Methode, die andere ein Strategientraining, in dem die Teilnehmer im Gebrauch von visualisierend-assoziativen und verbalen Strategien (z.B. Kategorisierung) angeleitet wurden.

Die Ergebnisse der Untersuchung zeigen zunächst eine signifikante Abnahme der Gedächtnisleistung mit zunehmendem Alter. Dabei unterschieden sich allerdings lediglich die 20- bis 35-Jährigen von den beiden älteren Gruppen. Die Tatsache, dass sich die 60- bis 70-Jährigen in ihrer Gedächtnisleistung nicht von den 70- bis 80-Jährigen unterscheiden, führen die Autoren darauf zurück, dass die verwendeten Gedächtnisaufgaben keine aktive Veränderung des Originalmaterials erfordern und dass sich ausgeprägte Alterseffekte wahrscheinlich nur für Aufgaben finden, an deren Lösung exekutive Funktionen des Arbeitsgedächtnisses stärker beteiligt sind. Die eingesetzten Fragebögen erwiesen sich sowohl für die Erklärung von Alterseffekten als auch für die Aufklärung interindividueller Unterschiede als unbedeutend. Beide Trainings erwiesen sich als effektiv, wobei sich im Ausmaß der Verbesserung keine Unterschiede zwischen den drei Gruppen zeigten. Unabhängig vom Alter der Untersuchungsteilnehmer zeigte sich in den alltagsnahen Gedächtnisaufgaben eine deutlich stärkere Verbesserung als in den klassischen Aufgaben zur Kapazität des Arbeitsgedächtnisses. Ein bedeutsamer Unterschied in der Effektivität der beiden Trainings ergab sich lediglich für die Erinnerung der Lage von Sehenswürdigkeiten auf einem Stadtplan – die einzige Aufgabe, die eine Übertragung erworbbener Strategien auf neuartige Anforderungen verlangt. Hier zeigten Personen, die das Strategientraining absolviert hatten, deutlichere Verbesserungen als jene, die die Loci-Methode erlernt hatten. Dieser Befund spricht dafür, dass ältere Menschen nach einem angemessenen Training kognitive Strategien effektiv einzusetzen und auf neue Situationen und Aufgaben zu übertragen in der Lage sind.

Die *Leichte kognitive Beeinträchtigung* (Mild Cognitive Impairment) ist wahrscheinlich ein ätiologisch heterogenes Syndrom, das bei der Mehrzahl der Betroffenen (jedoch nicht bei allen) in eine Demenz übergeht. Dabei scheint dem psychometrischen Nachweis diskreter kognitiver Defizite eine höhere prädiktive Wertigkeit zuzukommen als der lediglich subjektiv wahrgenommenen Beeinträchtigung. Da die Leichte kognitive Beeinträchtigung als Ansatzpunkt für präventive und frühe therapeutische Maßnahmen betrachtet werden kann, gilt der Erforschung ihrer Determinanten und ihres Verlaufes besonderes Interesse.

In einer Studie wurde der Frage nachgegangen, inwieweit Menschen mit MCI von der Teilnahme an einem Training zur Verbesserung von Gedächtnisleistungen und zur Stärkung von gedächtnisbezogenen Überzeugungen profitieren (Rapp et al. 2002). Bestandteil der Intervention waren Informations- und Diskussionsveranstaltungen über Einbußen des Gedächtnisses und deren Einflussfaktoren (Ermüdung, Angst, Motivation), ein Entspannungstraining sowie die Vermittlung und Einübung von Gedächtnisstrategien. Das Training umfasste insgesamt sechs zweistündige Gruppensitzungen, die einmal pro Woche stattfanden. Des Weiteren wurden Informations- und Übungsmaterialien unter den Teilnehmern verteilt. Sowohl nach dem Ende des Trainingsprogramms als auch in einer sechs Monate später durchgeföhrten Nachuntersuchung zeigte sich in der Interventionsgruppe, nicht aber in der Kontrollgruppe, eine statistisch bedeutsam verbesserte Bewertung der eigenen Gedächtnisleistung. Jene neun Personen, die am Trainingsprogramm teilgenommen hatten, schätzten ihre Gedächtnisfähigkeiten nicht nur als besser ein, sie erwarteten für die Zukunft auch mehr Verbesserungen und weniger Verschlechterungen als die zehn Mitglieder der Kontrollgruppe.

Abbau sozialer Ungleichheit

Auch der Abbau sozialer Ungleichheit im Bereich der Gesundheit ist als eine vordringliche Aufgabe von Prävention und Gesundheitsförderung anzusehen (Geene 2000, Kruse 2002). Sozioökonomische Unterschiede in der Gesundheit finden sich trotz verschiedener Krankheitsmuster in ganz Europa. Zwischen dem sozialen Status und den Morbiditäts- und Mortalitätsraten besteht eine annähernd lineare Beziehung; eine Erhöhung des sozialen Status ist gleichbedeutend mit einer geringeren Wahrscheinlichkeit, zu erkranken oder zu sterben. Für diese Beziehung verantwortlich sind zum einen schichtspezifische Unterschiede in den Rauchmustern, in den Ernährungsmustern sowie in den Mustern körperlicher Aktivität. Zum anderen finden sich in unteren sozialen Schichten häufiger berufliche Tätigkeiten, die auf Dauer mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen verbunden sind, sowie allgemein der individuellen Gesundheit abträgliche physikalische und soziale Umweltbedingungen. Empirische Untersuchungen zur Entwicklung von sozialer Ungleichheit über die Lebensspanne legen die Annahme nahe, dass sich soziale Ungleichheiten in der Leistungsfähigkeit und Unabhängigkeit im Alter nicht reduzieren sondern im Gegenteil, im Sinne einer Kumulationshypothese verstärken (Strawbridge et al. 1996). Als eine Möglichkeit soziale Ungleichheit im Bereich der Gesundheit abzubauen, werden vor allem Aktionen seitens der Krankenkassen diskutiert. Einschränkend ist allerdings festzustellen, dass mit älteren Menschen hier bislang noch keine ausreichenden Erfahrungen gewonnen wurden und Aktionen der Krankenkassen sicher durch weitere Strategien ergänzt werden müssen.

3. Die Erhaltung von Selbstständigkeit und kognitiver Kompetenz bei chronischen körperlichen und psychischen Erkrankungen – Aspekte der Therapie und Rehabilitation

Die im Alter vielfach chronisch verlaufenden Erkrankungen stehen untereinander in Wechselwirkungen, wodurch Diagnostik und Therapie erschwert sind. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit, altersspezifische Besonderheiten in der Symptomatik, in dem zu erwartenden Krankheitsverlauf und in der spezifischen Therapieindikation zu beachten. Häufig lässt sich bei älteren Patienten die Bildung von Krankheitsketten beobachten. Therapeutische Maßnahmen zur Linderung einer Erkrankung können durch Nebenwirkungen oder durch Begleiteffekte eine Dekompensation anderer, latent bestehender Erkrankungen hervorrufen – ein Aspekt, der vor allem bei akuten Erkrankungen, wie z.B. Influenza, zu beachten ist.

Chronische Erkrankungen können nicht nur eine Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit sondern auch Störungen des psychischen Gleichgewichts bedingen. Aus diesem Grunde ist bei der Versorgung chronisch erkrankter Menschen größeres Gewicht auf die psychologisch fundierte Begleitung zu legen. Zudem stellen die mit Erkrankungen einhergehenden Funktionseinschränkungen einen Risikofaktor für die selbstständige Lebensführung der Patienten dar. Während bei jüngeren Patienten in der Regel die Heilung einer akuten Erkrankung oder die Rückkehr in ein normales Alltags- und Berufsleben möglich ist, hat bei der Behandlung älterer Patienten mit chronischen Erkrankungen die Erhaltung bzw. Wiederherstellung von Selbstständigkeit Priorität.

Im Vergleich zu Männern sind Frauen im Alter stärker von körperlichen und psychischen Belastungen betroffen. Bei ihnen ist eher als bei Männern eine unzureichende Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln gegeben. Zudem ist bei ihnen häufiger eine ungünstige materielle Situation zu konstatieren. Auf der anderen Seite scheinen ältere Frauen eine deutlich hö-

here Sensibilität für körperliche Prozesse aufzuweisen als ältere Männer, was auch erklärt, warum Frauen häufiger als Männer ärztliche Hilfe suchen. Allerdings ist zu konstatieren, dass sich der „Gender-Aspekt“ in der medizinischen Behandlung älterer Menschen noch nicht umfassend verwirklicht wurde: Die spezifischen Krankheitsverläufe bei Frauen bleiben häufig unberücksichtigt, wodurch sich potenzielle Benachteiligungen für Frauen ergeben (Kruse 2007).

Die Unvermeidbarkeit einer Behinderung nach Eintreten chronischer Erkrankungen im Alter wurde durch die Ergebnisse gerontologischer Forschung grundlegend in Frage gestellt (Jette 2001). Verschiedene chronische Erkrankungen haben zum einen unterschiedliche Auswirkungen im Hinblick auf Behinderungen bei älteren Menschen (Atchley 1998). Hypertonie und andere Herzkrankungen in der Anamnese stellen die eindeutigsten Prädiktoren von Behinderung dar. Rheumatoide Arthritis oder Arthrose sind weitere bedeutsame und konsistente Prädiktoren für Behinderung. Erwachsene, die an einer leichten Arthritis leiden, werden eher eine geringe Behinderung zeigen; ist die Arthritis hingegen stark ausgeprägt, so muss auch mit einer schweren Behinderung gerechnet werden. Des Weiteren bestimmen Merkmale der Person, ihrer Lebenslage sowie ihrer sozialen und räumlichen Umwelt mit, inwieweit chronische Erkrankungen zu Behinderungen führen. In einer Studie wiesen der allgemeine Gesundheitszustand und der soziodemographische Hintergrund Zusammenhänge mit dem Grad funktioneller Einschränkungen nach Eintritt einer chronischen Erkrankung auf (Crimmins 1993). Der Grad der Behinderung nach chronischer Erkrankung ist von drei Faktoren beeinflusst (Jette 2001): (1.) Wie erlebt das Individuum die Erkrankung und wie reagiert es auf diese? (2.) Wie nehmen andere Menschen die Erkrankung wahr und welche Erwartungen richten sie an den erkrankten Menschen? (3.) Inwieweit tragen die Merkmale der räumlichen Umwelt zur Aufrechterhaltung der Selbständigkeit bei, inwieweit erschweren sie diese?

Nach Maßstäben des SGB XI sind im Alter von 80 bis 85 Jahren 18%, im Alter von 85 bis 90 Jahren 32% und im Alter von 90 bis 95 Jahren 55% der Menschen pflegebedürftig. Aus diesen Zahlen geht nicht nur hervor, dass der Anteil der pflegebedürftigen Menschen mit dem Alter exponentiell ansteigt, sondern auch, dass bis ins höchste Alter ein erheblicher Teil der älteren Menschen *nicht* pflegebedürftig ist.

Mit einer altersabhängigen Prävalenz von etwa 5% bei den 75-Jährigen, aber 10% bei den 80-Jährigen sind Demenzerkrankungen häufige Leiden, die trotz aller Fortschritte in Diagnostik und Therapie meist einen chronischen, schicksalhaften Verlauf nehmen. Dementielle Erkrankungen bilden keine Einheit; vielmehr werden zahlreiche Erkrankungen unterschieden, die zur Demenz führen können. Am häufigsten ist die Alzheimer Demenz, auf die allein etwa zwei Drittel der Krankheitsfälle entfallen, gefolgt von den vaskulären Demenzen. Diese Differentialdiagnosen sind jedoch hinsichtlich der klinischen Symptomatik von untergeordneter Bedeutung, da diese vor allem vom Stadium der Erkrankung abhängt (Förstl et al. 2001). Während bei leichtgradigen oder beginnenden Demenzen vor allem Orientierung, Wortfindung und Merkfähigkeit herabgesetzt sind, vertiefen sich diese Defizite in mittleren Stadien, wobei zusätzlich andere kognitive Domänen betroffen sind. Da die Patienten hier schon meist die Fähigkeit zur selbstständigen Lebensführung verloren haben, sind sie auf regelmäßige Begleitung angewiesen. In Spätstadien schließlich ist die Orientierung weitgehend aufgehoben, auch das deklarative Gedächtnis, d.h., die Erinnerung an Daten, Fakten, Lebensereignisse, ist nachhaltig gestört. Die Patienten sind deshalb auf ständige Begleitung und Hilfe, selbst bei elementaren Verrichtungen, angewiesen. Die Erfassung der Lebensqualität von Patienten mit Demenzerkrankungen ist als eine sehr bedeutsame Aufgabe einzustufen, da diese Erkrankung mit unterschiedlichsten Grenzsituationen konfrontiert, deren Bewältigung mit höchsten psychischen Anforderungen verbunden ist (Kruse 2005a).

Hausärzte spielen in der Versorgung von psychisch erkrankten alten Menschen eine Schlüsselrolle. Sie sind für viele Patienten die ersten Kontakt Personen im medizinischen Versorgungssystem und üben damit großen Einfluss auf das weitere diagnostische und therapeutische Vorgehen aus. Befunde aus empirischen Studien legen die Annahme nahe, dass viele psychische Erkrankungen im Alter von den Hausärzten übersehen und nicht adäquat behandelt werden. Von den in der Berliner Altersstudie diagnostizierten 133 depressiv erkrankten über 70-jährigen Personen (26,8 %) erhielten nur 40 eine Psychopharmakotherapie. In keinem Fall wurde eine Überweisung zu einem Nervenarzt vorgenommen und keiner erhielt eine Psychotherapie (Helmchen et al. 2001). Es wird geschätzt, dass in 40 bis 60% der Fälle eine Demenz vom Hausarzt übersehen wird. In einer Studie, in der 67 Allgemeinpraxen erfasst wurden, war die Anzahl der nicht erkannten Demenzerkrankungen mit 86% der Fälle noch höher. Vor allem die mangelhafte Früherkennung leichterer Demenzstadien wird für diese Fehldiagnose verantwortlich gemacht (Sandholzer et al. 1999). In der hausärztlichen Behandlung von Demenzen dominieren unspezifische Nootropika, die ungeachtet der zugleich bestehenden Skepsis bezüglich ihrer Wirksamkeit bevorzugt verordnet werden. Spezifisch wirksame Medikamente mit nachgewiesenen, allerdings zeitlich begrenzten Therapieeffekten, wie die Azetylcholinesterasehemmer, haben sich in der Primärversorgung noch nicht durchgesetzt. Für diese Mängel werden mangelhafte Kenntnisse hinsichtlich der pharmakologischen Behandlung psychisch erkrankter alter Menschen und die darauf gründende fehlerhafte Annahme vieler Hausärzte verantwortlich gemacht, wonach die (teureren) Azetylcholinesterasehemmer keine substanzelle Wirkung bei demenzkranken Patienten hätten.

4. Die Unterstützung des Menschen in Grenzsituationen: Aspekte einer fachlich und ethisch fundierten Pflege

Pflege umfasst ein breites Spektrum von Aufgaben und geht weit über die „technisch-instrumentellen“ Pflegeleistungen hinaus (Corbin 2001). Zu den zentralen pflegerischen Aufgaben bei der Begleitung und Betreuung chronisch kranker Menschen sind folgende zu rechnen (Schaeffer 2006): (a) Patientenedukation mit den Komponenten: Information, Beratung, Anleitung und Schulung; in diesen edukativen Prozess sind auch die Angehörigen einzubeziehen; (b) Förderung von Verhaltensänderungen mit dem Ziel, die verbliebene Gesundheit zu erhalten und zu einer verbesserten Krankheitsanpassung zu gelangen; (c) emotionale Unterstützung von Patienten und Angehörigen; (d) körperbezogene und therapeutische Pflege; (e) Kontrolle und Symptommanagement; (f) Verbesserung der Prozesssteuerung zur Herstellung von Versorgungskontinuität.

Die Pflege ist als ein Prozess zu verstehen, in dem die verschiedenen Dimensionen der Person berührt werden. Es erscheint angemessen, diese als körperliche, seelisch-geistige, soziale und existentielle Dimension zu bezeichnen und wie folgt zu charakterisieren (Kruse 2007):

Die *körperliche Dimension* (in ihren für die Pflege relevanten Aspekten) umfasst die sensorischen und motorischen Funktionen sowie die sensomotorischen Fertigkeiten; hinzu kommen die physiologischen Bedürfnisse des Menschen. Die sensorischen und motorischen Funktionen sowie die sensomotorischen Fertigkeiten bilden die Grundlage für die selbständige Ausführung der Aktivitäten des täglichen Lebens. Es wird dabei zwischen den basalen Aktivitäten (die für die Selbständigkeit im Alltag zentral sind) und den instrumentellen Aktivitäten (in denen sich eher die individuelle Gestaltung des Alltags widerspiegelt) unterschieden. In Bezug auf die körperliche Dimension stehen – aus der Perspektive der Pflege – die Unterstützung bei der Erfüllung physiologischer Bedürfnisse, die Anregung

des Sensoriums und die Aktivierung motorischer Funktionen sowie sensomotorischer Fertigkeiten mit dem Ziel, die Mobilität und Selbständigkeit im Alltag zu erhalten und zu fördern, im Vordergrund. Die aktivierende Pflege gewinnt hier besondere Bedeutung.

Die *seelisch-geistige Dimension* (wieder in ihren für die Pflege relevanten Aspekten) umfasst zum einen das Erleben des Menschen, zum anderen dessen Versuche, die eingetretene Erkrankung, die Hilfs- oder Pflegebedürftigkeit seelisch zu verarbeiten. Hinzu treten Informationsverarbeitung, Lernen und Gedächtnis. Für die Pflege ergibt sich hier die Aufgabe, Menschen bei der Verarbeitung von Erkrankungen und Behinderungen zu unterstützen und durch kognitives Training dazu beizutragen, dass die kognitive Leistungsfähigkeit möglichst lange erhalten bleibt.

Die *existentielle Dimension* wird in ethischen Beiträgen zur Pflege ausdrücklich als eine Dimension genannt, die im Pflegeprozess große Beachtung finden muss. Empirische Untersuchungen zur Verarbeitung chronischer Erkrankung und zum Erleben eigener Endlichkeit machen deutlich, dass Patienten im Prozess der Therapie und Pflege vielfach existentielle Fragen aufwerfen, wie z.B. die Frage, was ihre Existenz trage, was ihrem Leben einen Halt gebe, ob der Tod „das letzte Wort“ sei (Kruse 2004). Eine humane Pflege darf diesen Fragen nicht ausweichen, sondern sie muss signalisieren, dass solche Fragen angesprochen werden können. Die existentielle Dimension zeigt sich noch in einer anderen Form: Es geht gerade in jenen Situationen, in denen Menschen nicht mehr (ausreichend) ihre Bedürfnisse artikulieren können, darum, besondere Sensibilität für alle Prozesse und Ereignisse zu entwickeln, die die Würde des Menschen berühren. Damit sind nicht nur fachliche Anforderungen, sondern auch sittliche Anforderungen an die Pflege angesprochen – diese Aussage berührt das Feld der Ethik.

Die *soziale Dimension* beschreibt zum einen die Relation zwischen Nähe (im Sinne des Kontakts zu anderen Menschen) und Distanz (im Sinne des Für-sich-Seins), zum anderen die sozialkommunikativen Fertigkeiten des Menschen und schließlich dessen soziale Integration. Eine fachlich ansprechende Pflege ist darauf ausgerichtet, die für den einzelnen Menschen optimale Relation zwischen Nähe und Distanz zu erkennen und diesen Menschen dabei zu unterstützen, diese Relation möglichst weit zu verwirklichen – es sei an dieser Stelle hervorgehoben, dass dies auch entsprechende Wohnbedingungen erfordert. Eine fachlich ansprechende Pflege versucht weiterhin, durch klare und ruhige Ansprache die sozialkommunikativen Fertigkeiten des Menschen anzuregen und zu stützen. Und schließlich ist sie darauf ausgerichtet, Angebote zu entwickeln und zu unterbreiten, durch die zur sozialen Integration des pflegebedürftigen Menschen beigetragen wird (z.B. durch Treffpunkte in einer stationären Einrichtung, die fachlich begleitet werden). Für die ambulante Pflege gilt hier in besonderem Maße die vermittelnde Funktion zwischen pflegebedürftigen und pflegenden Familienmitgliedern. Diese vermittelnde Funktion ist bedeutsam für die Vermeidung oder Linderung von Konflikten innerhalb der Familie.

Die vier Dimensionen sind im Grunde in allen Pflegeprozessen angesprochen, allerdings variiert die Dominanz der einzelnen Dimensionen mit der Art, der Schwere und dem Verlauf der Erkrankung und der Behinderung sowie mit weiteren Merkmalen der persönlichen Lebenssituation (z.B. erlebte Qualität der Beziehung zum Ehepartner und zu den Kindern) sowie mit Werten und Überzeugungen des Menschen (z.B. Religiosität) (Behrens et al. 2006).

Dabei lässt sich die Fähigkeit und Bereitschaft unserer Gesellschaft zum verantwortlichen Umgang mit diesem Thema vor allem an drei Merkmalen ablesen:

(a) Welche Reputation besitzt die Altenpflege, welche Bemühungen zur Verbesserung der Ausbildung, aber auch der beruflichen Rahmenbedingungen sind in unserer Gesellschaft erkennbar? Mit dieser Frage ist auch die Relation zwischen Medizin einerseits und Pflege andererseits angesprochen: Es ist immer noch die allgemeine Tendenz erkennbar, hauptsächlich mit der Medizin Aspekte wie Professionalität und Fortschritt in den Interventionskonzepten zu assoziieren; mit Blick auf die Pflege werden hingegen immer noch Charakterisierungen gewählt, die vorwiegend die menschenfreundliche Haltung, hingegen weniger die Professionalität in das Zentrum stellen. Die Neubewertung der Pflege – vor allem mit Blick auf deren Professionalität – ist von ganz zentraler Bedeutung, wenn es langfristig gelingen soll, einen gesellschaftlich fruchtbaren Diskurs zur Frage, wie wir in der Grenzsituation schwerer chronischer Erkrankungen und des Pflegebedarfs leben wollen, anzustoßen.

(b) Inwieweit wird in die Pflege investiert und inwieweit bestehen auf Seiten der politischen Entscheidungsträger Mut und Bereitschaft, in der Öffentlichkeit zu kommunizieren, dass das einzelne Individuum einen höheren Anteil seiner eigenen finanziellen Mittel in die Absicherung gegen das Pflegerisiko investieren muss? Die heute bestehenden Arbeitsbedingungen sowie – als zentrale Komponente dieser Bedingungen – das Entlohnungssystem sind nicht geeignet, das Berufsfeld „Altenpflege“ attraktiver zu machen. Von politischen Entscheidungsträgern ist hier Mut gefordert, zu einer neuen Standortbestimmung Pflege anzuregen und diese gezielt zu fördern. Dies heißt auch, dass auf Seiten politischer Entscheidungsträger eine fundierte Auseinandersetzung mit der Pflege – in ihren theoretisch-konzeptionellen Möglichkeiten wie auch in ihren praktischen Grenzen – geführt wird (Gohde et al. 2007). Zwei spezifische Situationen sind hier zu nennen, die auf die möglichen Statusprobleme der Pflege und die in unserer Gesellschaft gering ausgeprägte Bereitschaft deuten, in die Pflege zu investieren: (1.) Die Alternative „Geld- vs. Sachleistung“ ist aus fachlicher Perspektive höchst problematisch; mit dieser Alternative wird

kommuniziert, dass Pflege auch von Laien in instrumentell ausreichender Weise geleistet werden kann. (2.) Die Aussage: „Ambulant vor stationär“ muss in jedem einzelnen Falle kritisch reflektiert werden, denn es bestehen vielfach Pflegesituationen, die höchste instrumentelle (fachliche), sittliche und psychische Anforderungen an die pflegenden Personen stellen und die aus diesem Grunde nicht mehr im häuslichen Kontext bewältigt werden können.

(c) Inwieweit besteht in unserer Gesellschaft Konsens, dass die fachlich und sittlich fundierte Versorgung und Betreuung alter Menschen mit Pflegebedarf als eine der Versorgung und Betreuung von jungen Menschen mit akuten oder chronischen Krankheiten *gleichwertige* Aufgabe zu betrachten ist? Es ist hier zu bedenken, dass sich in den vergangenen Jahren Stimmen mehrten, die für den lebensalterbegründeten Ausschluss von bestimmten Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung plädieren. Angesichts der Tatsache, dass in Zukunft die Anzahl körperlich oder psychisch schwerstkranker Menschen erkennbar zunehmen wird, sind solche Argumentationen in hohem Maße bedenklich. Sie sind auch mit Blick auf die Menschenwürde nicht zu verantworten. Die Politik kann wichtige Beiträge zum reflektierten Umgang mit solchen ethisch relevanten Fragen beitragen. Zum einen ist die bereits zu Beginn dieses Beitrags angesprochene Stärkung der Eigenverantwortung – im Sinne einer intensiveren finanziellen Vorsorge – zu nennen, die öffentlich kommuniziert und politisch umgesetzt werden muss. Zum anderen ist die Förderung der Umsetzung jener Konzepte wichtig, die darauf zielen, durch ein sehr hohes Maß an Fachlichkeit einen substanzuellen Beitrag zur Erhaltung von Lebensqualität in gesundheitlichen Grenzsituationen zu leisten – zu denken ist hier an die Förderung von Projekten zur Erfassung und Erhaltung von Lebensqualität bei Menschen mit Demenz. Zudem ist die politisch unterstützte Durchsetzung von Qualitätsstandards und von Qualitätsniveaus auf dem Gebiet der Pflege als eine bedeutsame Strategie anzusehen.

Was kann ich wissen? Was darf ich hoffen? Was soll ich tun? Mit diesen drei von Immanuel Kant gestellten Fragen – die er in einer vierten Frage: „*Was ist der Mensch?*“ zusammenführt – ist die Relation von fachlichen und ethischen Standards angesprochen.

„*Was kann ich wissen?*“: Die Pflegeforschung ist systematisch auszubauen, die Umsetzung der Erkenntnisse in die Aus-, Fort- und Weiterbildung ist zu gewährleisten. Dabei sollte sich die Forschung auch mit Themen befassen, die auf den ersten Blick relativ weit entfernt von den praktischen Kernaufgaben der Pflege zu liegen scheinen. Zu denken ist hier z.B. an den Vergleich zwischen Effekten der Rehabilitation einerseits und der „rehabilitativen“ Pflege andererseits bei älteren Menschen mit spezifischen Erkrankungen und funktionellen Einbußen; Befunde eines solchen Vergleichs könnten durchaus eine Grundlage dafür bilden, dass sich die Pflege theoretisch-konzeptionell und praktisch weiterentwickeln kann. Zu denken ist weiterhin an die Effekte einer „präventiven Pflege“ und „Gesundheitspflege“ in Bezug auf die Erhaltung von Gesundheit und Selbstständigkeit; auch solche Befunde können der Pflege bedeutsame theoretisch-konzeptionelle und praktische Impulse geben. Schließlich sind Untersuchungen auf dem Gebiet der Palliativpflege – mit besonderer Berücksichtigung eben des pflegerischen Anteils bedeutsam für ein erweitertes Verständnis von Pflege. Mit diesen Beispielen soll nur ange deutet werden, was als eine wichtige Zukunftsaufgabe anzusehen ist: Der Ausbau der Pflegeforschung (im Kontext eines intensiven Theorie-Praxis Transfers) ist notwendig, um die Potenziale eines anspruchsvollen Pflegekonzepts für Gesundheit, Selbstständigkeit und Lebensqualität, aber auch für Teilhabe älterer Menschen differenziert darstellen zu können.

„*Was darf ich hoffen?*“: Mit Blick auf die Gerontologie wird die Frage vor allem gestellt, wenn es um die Entwicklung der Gesundheit und Selbstständigkeit in den aufeinander folgenden Kohorten älterer Menschen geht: Angesprochen ist hier die – für mittlere und höhere soziale Schich-

ten nachgewiesene – Kompression der Morbidität wie auch die Zunahme an „aktiver“ Lebenserwartung. Doch sollte auch im Kontext der Pflege der Mut zu Visionen bestehen, etwa derart, dass die konzeptionelle und damit qualitative Weiterentwicklung der Pflege wie auch die Schaffung verbesserter Arbeitsbedingungen in der Pflege dazu beitragen werden, dass künftig Lebensqualität, Selbstverantwortung und Teilhabe auch im Falle schwerster Erkrankung in noch stärkerem Maße als heute als zentrale und realistische Zielsetzungen wahrgenommen werden. Schon heute können wir beobachten, dass Pflegekonzepte, die sich gezielt mit der Lebensqualität von Menschen, die an Demenz erkrankt sind, befassen, eine Verbesserung der Lebensqualität und einen Rückgang problematischen Verhaltens bei diesen Bewohnerinnen und Bewohnern erreichen. Zudem wird in Pflegekontexten, für die Fragen der Lebensqualität zentral sind, die Beobachtung gemacht, dass auch Menschen, die an einer Demenz leiden, Augenblicke des Glücks erleben – eine Beobachtung, die z.B. für die öffentlich geführte Diskussion, inwieweit es sich „lohne“, in die Versorgung von Menschen mit Demenzerkrankung zu investieren, von größter Bedeutung ist: Denn nun kann nicht mehr leichtfertig argumentiert werden, diese Investition lohne nicht, da Menschen mit einer weit fortgeschrittenen Demenz nur noch Belastung, aber kein Glück, keine Freude erlebten.

„*Was soll ich tun?*“: Mit dieser Frage sind sittlich begründete Entscheidungen, dies heißt, Wertentscheidungen angesprochen. Damit solche Entscheidungen fundiert getroffen werden können, ist es notwendig, dass jene Personen, die eine Entscheidung zu treffen haben, über ausreichende fachliche Informationen verfügen (Ebene der instrumentellen Vernunft). Wenn solche Informationen zur Verfügung stehen und reflektiert wurden, dann ist – neben der Ebene der instrumentellen Vernunft – eine weitere Ebene angesprochen, die nun mehr und mehr in den Vordergrund rückt: Nämlich die Ebene der praktischen Vernunft, und mit dieser die für das Individuum *zentralen Werte*. Es ist von großer Bedeutung, die instru-

mentelle und die praktische Vernunftebene klar voneinander zu differenzieren und dabei zu vermeiden, dass Werturteile durch angebliche fachliche Notwendigkeiten verdeckt werden. Um hier ein Beispiel zu geben: Es wird unter Rückgriff auf angeblich bestehende Befunde, wonach bei schwerpflegebedürftigen Menschen aktivierende Techniken keine wirkliche Verbesserung der körperlichen, der kognitiven und der emotionalen Situation bewirken, das Werturteil, dass verfügbare Mittel nicht in die Versorgung und Betreuung von Menschen mit schwerster Pflegebedürftigkeit investiert werden sollten, verdeckt. Eine bedeutende Aufgabe auch und insbesondere der Politik ist darin zu sehen, den ethischen Diskurs über die Verpflichtung der Gesellschaft gegenüber schwerstkranken und pflegebedürftigen Menschen anzustoßen und dabei auf Wahrhaftigkeit in der Argumentation zu drängen. Es kann vorhergesagt werden, dass in Zukunft dieser Diskurs mehr und mehr an Gewicht gewinnen wird. In diesen Diskurs Ergebnisse der Pflegeforschung und Pflegepraxis einzubringen, die zeigen, wie sehr durch Aktivierung und (verbale wie nonverbale) Kommunikation auch schwerpflegebedürftigen Menschen geholfen und zu deren Lebensqualität beigetragen werden kann, ist eine erste wichtige Aufgabe. Die zweite lässt sich wie folgt umschreiben: Der Mensch definiert nicht die Würde des anderen Menschen. Vielmehr ist es die Aufgabe einer humanen und offenen Gesellschaft, alles dafür zu tun, dass die Würde des Menschen nicht verletzt wird.

Literatur:

- Atchley, R.C., Scala, M.A. (1998). Long-range antecedents of functional capability in later life. *Journal of Aging and Health*, 10, 3-19
- Bäcker, G., Bisping, R., Hoffmann, K., Naegele, G. (2007). Sozialpolitik und soziale Lage in Deutschland (3. Auflage). Wiesbaden
- Baltes, P.B., Lindenberger, U. (1997). Emergence of a powerful connection between sensory and cognitive functions across the adult life span: A new window to the study of cognitive aging? *Psychology and Aging*, 12: 12-21
- Behrens, J., Zimmermann, M. (2006). Das Bedürfnis nach Selbstbestimmung bei Pflegebedürftigkeit – Konzept und Forschungsperpektiven. *Zeitschrift für Gerontologie & Geriatrie*, 39: 165-172
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2006). Fünfter Altenbericht der Bundesregierung: Potenziale des Alters für Wirtschaft und Gesellschaft. Berlin
- Cavallini, E., Pagnin, A., Vecchi, T. (2003). Aging and everyday memory: the beneficial effect of memory training. *Archives of Gerontology and Geriatry*, 37: 241-257
- Colcombe, S.J., Kramer, A.F. (2003). Fitness effects on the cognitive function of older adults: A meta-analytic study. *Psychological Science*, 14: 125-130
- Corbin, J.M. (2001). Introduction and overview: Chronic illness and nursing. In R.B. Hyman, J.M. Corbin (Hrsg.), *Chronic Illness. Research and Theory for Nursing Practice*. New York: 1-15
- Crimmins, E.M., Saito, Y. (1993). Getting better and getting worse. Transitions in functional status among older Americans. *Journal of Aging and Mental Health*, 5: 33-36

- Förstl, H., Lauter, H., Bickel, H. (2001). Ursachen und Behandlungskonzepte der Demenzen. In: Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.). Gerontopsychiatrie und Alterspsychotherapie in Deutschland. Opladen: 113-200
- Frankl, V. (2005). Der Wille zum Sinn (3. Auflage). Bern
- Gadamer, H.-G. (1993). Über die Verborgenheit der Gesundheit. Frankfurt
- Geene, R., Gold, C. (Hrsg.) (2000). Gesundheit für alle! Wie können arme Menschen von präventiver und kurativer Gesundheitsversorgung erreicht werden? Berlin
- Gohde, J., Kruse, A., Naegle, G. (2007). Herausforderungen der Pflege in der Versorgung älterer Menschen. In: Bertelsmann Stiftung (Hrsg.). Alter neu denken. Gütersloh: 156-189
- Gordon, N.F., Gulanick, M., Costa, F. et al. (2004). Physical activity and exercise recommendations for stroke survivors. *Stroke*, 35: 1230-1240
- Helmchen, H., Kanowski, S. (2001). Gerontopsychiatrie in Deutschland. Gegenwärtige Entwicklung und zukünftige Anforderungen. In: Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.). Gerontopsychiatrie und Alterspsychotherapie in Deutschland. Opladen: 11-112
- Hultsch, D.F., Hertzog, C., Small, B.J., Dixon, R.A. (1999). Use it or lose it: Engaged lifestyle as a buffer of cognitive aging? *Psychology and Aging*, 14: 245-263
- Jeschke, D., Zeilberger, K. (2004). Altern und körperliche Aktivität. Deutsches Ärzteblatt, 101: 789-798
- Jette, A.M. (2001). Korrelierende Faktoren der Behinderung bei älteren Menschen. Grundlagen der Prävention von Behinderungen. In: E. Steinhagen-Thiessen (Hrsg.). Das geriatrische Assessment Stuttgart: 49-82

- Kliegl, R., Smith, J., Baltes, P.B. (1989). Testing the limits and the study of age differences in cognitive plasticity and mnemonic skill. *Developmental Psychology*, 25: 247-256
- Kruse, A. (2002). *Gesund altern*. Baden-Baden
- Kruse, A. (2004). Selbstverantwortung im Prozess des Sterbens. In: Kruse, A.; Martin, M. (Hrsg.). *Enzyklopädie der Gerontologie*. Bern: 328-340
- Kruse, A. (2005a). Lebensqualität demenzkranker Menschen. *Zeitschrift für Medizinische Ethik*, 51: 41-58
- Kruse, A. (2005b). Selbstständigkeit, Selbstverantwortung, bewusst angenommene Abhängigkeit und Mitverantwortung als Kategorien einer Ethik des Alters. *Zeitschrift für Gerontologie & Geriatrie*, 38: 223-237
- Kruse, A. (2007). Das letzte Lebensjahr. Die körperliche, seelische und soziale Situation des alten Menschen am Ende seines Lebens. Stuttgart
- Kruse, A., Ding-Greiner, C.. (2007). Gesundheitliche Prävention bei Frauen in der zweiten Lebenshälfte. Abschlussbericht an das Bundesministerium für Gesundheit. Berlin
- Lövdén, M., Ghisletta, P., Lindenberger, U. (2005). Social participation attenuates decline in perceptual speed in old and very old age. *Psychology and Aging*, 20: 423-434
- Nager, F. (1999). *Gesundheit, Krankheit, Heilung, Tod*. Akademie 91. Luzern
- Rapp, S., Brenes, G., Marsh, A.P. (2002). Memory enhancement training for older adults with mild cognitive impairment: a preliminary study. *Aging & Mental Health*, 6: 5-11

- Rowe, J.W., Kahn, R.L. (1998). Successful aging. New York: 63-64
- Sandholzer, H., Breull, A., Fischer, G. (1999). Früherkennung und Frühbehandlung von kognitiven Funktionseinbußen. Eine Studie über eine geriatrische Vorsorgeuntersuchung im unausgelesenen Patientengut der Allgemeinpraxis. Zeitschrift für Gerontologie & Geriatrie 32: 172-178
- Schaeffer, D. (2006). Bewältigung chronischer Erkrankung. Zeitschrift für Gerontologie & Geriatrie, 39: 192-201
- Skelton, D.A. (2001). Effects of physical activity on postural stability. Age and Ageing, 30: 33-39
- Strawbridge, W.J., Cohen, R.D., Shema, S.J., Kaplan, G.A. (1996). Successful aging: predictors and associated activities. American Journal of Epidemiology, 144: 135-141
- Strube, H. (2006). Es ist nie zu spät – Ernährung im Alter. Bundesgesundheitsblatt, 49: 547-557
- Verres, R. (1997). Vom Handlungsdruck zur inneren Ruhe. In R. Verres, D. Klusmann (Hrsg.), Strahlentherapie im Erleben der Patienten. Heidelberg: 111-116
- Weizsäcker, V. v. (1986). Der Gestalkreis (7. Auflage). Leipzig
- Wilson, R.S., Bennett, D.A., Beckett, L.A. et al. (1999). Cognitive activity in older persons from a geographically defined population. Journal of Gerontology, 54: 155-160

Neurodegenerative Erkrankungen

– die medizinische Herausforderung der nächsten Jahre

Peter Berlit

Noch vor wenigen Jahren galten die neurodegenerativen Erkrankungen als nicht therapierbar und als ausschließlich versorgungstechnisches Problem. Durch die Verfügbarkeit evidenzbasierter Therapien ist in den letzten Jahren ein neues Interesse an der Diagnostik von *Frühstadien* der Demenzen und Bewegungsstörungen und sogar ihren potenziellen *Vorformen* entstanden. Eine frühe Diagnose ermöglicht einen Therapiebeginn mit der Chance einer Verzögerung der mit erheblichem Leidensdruck für Betroffene und Angehörige einhergehenden Erkrankungen.

1. Demenz

Aus dem Jahre 1902 stammt die Erstbeschreibung der nach ihm benannten „eigenartigen Erkrankung der Hirnrinde“ von Alois Alzheimer, von der wir heute wissen, dass es zur Anhäufung extrazellulärer Beta-Amyloidplaques und Neurofibrillenbündeln mit Ablagerungen von Tau-Proteinen kommt, welche zum Funktionsverlust und schließlich Untergang von Neuronen führen. Biochemisch resultiert eine Reduktion der cholinergen Neurotransmission.

1.1 Diagnostische Kriterien

Die Diagnose einer Demenz kann gestellt werden, wenn eine Störung von Gedächtnisfunktionen in Kombination mit Beeinträchtigungen in mindestens einem weiteren kognitiven Bereich (Sprache, Willkürmotorik, Ob-

objekterkennung, exekutive Funktionen) vorliegt. Dabei muss das Funktionieren im Alltag eingeschränkt sein; ein Delir darf nicht vorliegen.

Tab. 1: Kriterien für die Demenzdiagnose

- 1) Störung von Gedächtnisfunktionen
- 2) Störungen in mindestens einem weiteren kognitiven Bereich (Sprache, Willkürmotorik, Objekterkennung, exekutive Funktionen)
- 3) Beeinträchtigung des Funktionierens im Alltag oder Beruf
- 4) Ausschluss eines Delirs

1.2 Alzheimer-Demenz

Bei der häufigsten Form der Demenz im höheren Lebensalter, der Alzheimer-Demenz, lassen sich kognitive und nicht-kognitive Symptome unterscheiden. Zu den nicht-kognitiven Symptomen zählen aggressives Verhalten, Misstrauen, Agitiertheit, Angststörungen, Wahn und Halluzinationen sowie oft frühzeitig Störungen des Schlaf-Wach-Rhythmus. Im Verlauf der Erkrankung treten Verhaltensauffälligkeiten bei bis zu 90% der Patienten auf. Sie beeinträchtigen die Lebensqualität, belasten die Angehörigen und das Pflegepersonal und sind der häufigste Grund für die Einweisung in eine Psychiatrische Klinik oder eine Heimeinweisung. Häufig führen Verhaltensauffälligkeiten erst zur Diagnose einer Demenz, wenn der Kranke aus der ihm vertrauten Umgebung herausgerissen wird, bspw. durch eine interkurrente Erkrankung (Knochenbruch, Infekt).

Die Diagnose der Demenz stützt sich auf die Anamnese, die neurologische und internistische Untersuchung sowie die neuropsychologische Testung. Zu den psychometrischen Tests, die in der Frühdiagnose eingesetzt werden, zählen der Mini-mental-status-Test, der Uhrentest und der Dem-Test, welcher eine hohe Sensibilität für frühe Formen aufweist.

1.3 Differentialdiagnose

Wenn die Diagnose einer Demenz gestellt ist, gilt es zunächst behandelbare Ursachen des Syndroms auszuschließen. Hierzu wird eine gezielte Labordiagnostik durchgeführt und es erfolgt eine zerebrale Bildgebung, bevorzugt mittels Magnetresonanztomographie (MRT). Mittels der zerebralen Bildgebung lassen sich insbesondere ein kommunizierender Hydrocephalus, strategisch relevante Hirninfarkte, Tumoren und entzündliche Ursachen eines dementiellen Syndroms ausschließen.

Labormäßig müssen insbesondere Schilddrüsenfunktionsstörungen, Vitaminmangelzustände und Veränderungen im Blutzuckerhaushalt bzw. Elektrolythaushalt ausgeschlossen sein. Es sollte auch keine fortgeschrittenen Leber- oder Nierenerkrankung vorliegen.

Die Liquordiagnostik gilt dem Ausschluß einer entzündlichen Genese, die Analyse von Tau-Proteinen und Betaamyloid im Liquor kann die Diagnose einer Demenz vom Alzheimer-Typ ebenso stützen wie der Nachweis des Apo-E-Allels im Serum. Bei Erkrankten wurde eine signifikante heterozygote Häufung des in der Allgemeinbevölkerung seltenen APoE-4-Allels gefunden.

Die Demenz vom Alzheimer-Typ ist mit 60% bis 70% die häufigste Form der Demenz. Differentialdiagnostisch sind die vaskuläre Demenz, die Demenz mit Levy-Körperchen sowie die frontotemporale Degeneration zu bedenken. Die Differenzierung erfolgt anhand klinischer Merkmale, der Verlaufsdynamik sowie Befunden in der Bildgebung. In zweifelhaften Fällen können Hirnstoffwechseluntersuchungen wie die Positronen-Emissions tomographie (PET) weiterhelfen.

2. Bewegungsstörungen

Das idiopathische Parkinson-Syndrom ist eine der häufigsten neurolo-

gischen Erkrankungen. Abgegrenzt werden müssen degenerative Multisystemerkrankungen (Parkinson-Plus-Syndrome). Hierzu zählen die progressive supranukleäre Parese (Steele-Richardson-Olszewsky-Syndrom) mit Störungen der Okulomotorik (vertikale Blickparese nach unten), die multiple Systematrophie (MSA) mit Parkinson-Symptomen und vegetativer Mitbeteiligung (MSA-P) oder Kleinhirnsymptomen (MSA-C), die kortikobasale Degeneration mit Alien-Limb-Phänomen und die Lewy-Body-Demenz mit visuellen Halluzinationen.

2.1 Parkinson-Syndrom

Wichtigster Vertreter der Bewegungsstörungen ist das idiopathische Parkinson-Syndrom, welches sich typischerweise in der 6. Lebensdekade manifestiert. 70% der Patienten zeigen initial einen einseitig akzentuierten Ruhetremor. Bei den anderen Kranken handelt es sich um ein Parkinson-Syndrom vom akinetisch-rigid Typ.

Die Diagnose eines Parkinson-Syndromes kann gestellt werden, wenn eine Akinese vorliegt und mindestens ein weiteres Kardinalsymptom (Tremor, Rigor, gestörte Stellreflexe) nachweisbar ist. Zu den Zusatzkriterien zählt der einseitige Beginn, das Ansprechen auf eine L-Dopa-Substitution und die langsame Progredienz über Jahre. Zugrunde liegt dem Parkinson-Syndrom eine Verarmung dopaminerger Neurone vor allem in der Substantia nigra. Ein frühes Symptom ist die aromatische Hyposmie bzw. Anosmie. Assoziiert sind häufig autonome Störungen (Blasenstörung, Obstipation, Erektionsstörung), im Verlauf tritt in bis zu 40% ein dementielles Syndrom auf.

2.2 Differentialdiagnose

Vom idiopathischen Parkinson-Syndrom abgegrenzt werden müssen symptomatische Parkinson-Syndrome (z.B. nach Einnahme von Dopa-

min-Rezeptorblockern oder bei der Wilson-Krankheit), Pseudoparkinson-Syndrome wie der kommunizierende Hydrocephalus und sog. Parkinson-plus-Syndrome, bei denen über die extrapyramidale Symptomatik hinaus weitere neurologische Symptome auftreten. Zu diesen Multisystemdegenerationen zählen die supranukleäre Lähmung (Steele-Richardson-Olszewski-Syndrom), die kortikobasale Degeneration und die multiple Systematrophie (MSA). Bei vielen dieser Erkrankung kombinieren sich zumindest im Verlauf motorische und kognitive Symptome, d.h. der Kranke zeigt sowohl Symptome einer Demenz als auch einer Bewegungsstörung.

3. Wie häufig sind die neurodegenerativen Erkrankungen?

Nach aktuellen Zahlen beträgt die Prävalenz der Alzheimer-Erkrankung 67 und die der Parkinson-Erkrankung 9,5/1.000 Personen. Im Vergleich dazu liegen die Prävalenzzahlen anderer neurologischer Erkrankungen eher niedrig: so liegt die Ein-Jahres-Prävalenz für Migräne bei 121/1.000, die der Epilepsie bei 7/1.000 und die der Multiplen Sklerose bei 0,9/1.000 (Hirtz et al. 2007).

Sowohl bei den Bewegungsstörungen als auch bei der Demenz handelt es sich um typische Alterserkrankungen, die mit zunehmendem Lebensalter häufiger auftreten. Liegt die Prävalenz der Alzheimer-Demenz bei 65- bis 69-Jährigen noch bei 1%, so beträgt sie bei 85- bis 89-Jährigen etwa 23% und bei Menschen, die älter sind als 90 Jahre, sogar 34%.

Wenn der demographische Wandel in Deutschland bedacht wird, bei dem ausgehend vom einem Wohlfahrtsstaat mit Großfamilien über zunehmende Single-Hushalte mit dramatischem Geburtenrückgang der Weg hin zu einer Umkehr der Bevölkerungspyramide geht, so ist mit einer enormen Zunahme neurodegenerativer Erkrankungen bei exponentiell steigender Überalterung der Bevölkerung zu rechnen. Wenn heute in Deutschland etwa 1 Mio. Demenzkranke leben, so ist mit einer Zunahme von etwa

200.000 neuen Fällen jedes Jahr zu rechnen. Im Jahr 2035 dürfte sich damit die Zahl der Demenzerkrankten auf 2 Mio. verdoppelt haben und die Zahlen werden danach exponentiell weiter steigen (Hallauer, Kurz 2002).

Lag im Jahr 2005 die Zahl der Parkinson-Erkrankten im Alter über 50 Jahren zwischen 4,1 und 4,6 Mio., so wird sich auch diese Zahl bis 2030 verdoppeln auf Zahlen zwischen 8,7 und 9,3 Mio. (Dorsey et al. 2007).

Nach dem Schlaganfall stellen damit diese Krankheitsbilder die wichtigste Ursache für eine Abhängigkeit und Pflegebedürftigkeit im höheren Lebensalter dar. Es resultiert eine erhebliche Belastung für die Gesamtbevölkerung und das Sozialsystem, insbesondere die Krankenversicherung und Pflegeversicherung.

Krankheitskosten

Nach den Berechnungen des Statistischen Bundesamtes aus dem Jahr 2004 liegen die Krankheitskosten für alle Krankheiten in Deutschland bei 219.293 Mio. Euro. Hiervon entfallen auf Krankheiten des Nervensystems 10.027 Mio. Euro, wobei extrapyramidale Erkrankungen mit 1.484 Mio. Euro und die Alzheimer-Krankheit mit 707 Mio. Euro zu verbuchen sind. Zum Vergleich seien genannt der Diabetes mellitus mit 5.098 Mio. Euro und die arterielle Hypertonie mit 8.121 Mio. Euro.

4. Behandlungsmöglichkeiten

Für alle neurodegenerativen Erkrankungen gilt, dass sie grundsätzlich nicht heilbar sind. Allerdings lässt sich ihr Verlauf medikamentös modifizieren, wobei der Effekt in den frühen Krankheitsstadien am größten ist. Von daher ist es wichtig, möglichst früh die richtige diagnostische Einordnung zu treffen und eine spezifische Behandlung in die Wege zu leiten.

Wenn bedacht wird, dass heute 3 Mio. Menschen in Deutschland über 80 Jahre alt sind und in diesem Alter noch eine durchschnittliche Lebenserwartung von acht Jahren besteht, ist leider die Hälfte dieser Zeit bedroht durch das Risiko von Gebrechlichkeit, Pflegebedürftigkeit und Abhängigkeit. Eines der wichtigsten Ziele ist es, dieses Schicksal für die Betroffenen möglichst lange herauszuzögern durch die rechtzeitig einsetzende gezielte medikamentöse und nichtmedikamentöse Behandlung.

4.1. Alzheimer Demenz

Bei der Alzheimer-Demenz ist es möglich, durch den Einsatz von zentral wirksamen Cholinesterase-Hemmern die Progression zu verlangsamen und durch Betreuung mit einem multiprofessionellen Team aus Ärzten, Psychologen, Pflegenden, Sprach- und Ergotherapeuten die Symptomatik sowohl im kognitiven als auch im nicht-kognitiven Bereich zu verbessern und die vorhandenen Funktionen möglichst lange zu erhalten. Ziel ist es dabei, so lange wie möglich den Verbleib in der vertrauten Umgebung zu ermöglichen und Angehörige zu entlasten.

In Ergänzung zur medikamentösen antidementiven Therapie helfen vor allem eine Strukturierung des Tagesablaufes, Gedächtnisübungen und unterstützende Verfahren wie Logopädie und Ergotherapie beim Erhalt vorhandener Funktionen und der Stützung von Selbstständigkeit und Wohlbefinden. Dabei ist es entscheidend, in den helfenden Berufsgruppen das Wissen zur Erkrankung zu erweitern und einen Erfahrungsaustausch auch mit Angehörigen zu ermöglichen, um eine individuell angepasste Betreuung gewährleisten zu können. Beim Auftreten nicht-kognitiver Symptome und Verhaltensstörungen werden gezielt Antidepressiva zur Stimmungsaufhellung, Neuroleptika zur Behandlung von Halluzinationen und Verhaltensauffälligkeiten und Tranquillizer bei Angststörungen und Unruhe eingesetzt.

Für die antidementive Therapie mit zentralen Cholinesterase-Hemmern (Donepezil, Rivastigmin, Galantamin) oder Memantine gilt, dass ein Behandlungsversuch über mindestens sechs Monate durchgeführt werden sollte, wobei der Effekt über Testergebnisse und die Einschätzung der Bezugspersonen mitbeurteilt werden muss – bereits das Ausbleiben einer Verschlechterung im Verlauf gegenüber dem Ausgangsbefund ist ein Hinweis für die Wirksamkeit der Medikation. Trotz der Empfehlungen verschiedener Fachgesellschaften, u.a. der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (Diener et al. 2006) und der positiven Beurteilung der modernen Antidementiva durch das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Medizin (IQWiG) erhalten 75% der Demenzpatienten keine leitliniengerechte Therapie. Bei zwei Dritteln der Patienten liegt die Behandlungsdauer unter dem geforderten halben Jahr.

Dies führt zwar dazu, dass die Ausgaben für Antidementiva von 1992 bis 2004 mehr als halbiert wurden, resultiert aber in einer früheren Pflegebedürftigkeit mit allen hieraus erwachsenden Folgekosten (Schwabe, Paffrath 2007). Wenn nach den Gründen für das Abweichen von Leitlinien geschaut wird, so spielen häufig wirtschaftliche Überlegungen beim verordnenden Arzt eine Rolle. Daneben werden Zeitmangel, mangelnde Information über bestehende Leitlinien und die ungenügende Patienten-compliance angeführt.

4.2. Bewegungsstörungen

Hauptproblem in der Behandlung von Bewegungsstörungen stellen die Langzeit-Nebenwirkungen der Medikation bei initialer guter Wirksamkeit dar. Insbesondere die zu frühe hochdosierte L-Dopa-Substitution mündet in Multimorbidität mit medikamenteninduzierten Hyperkinesen, psychischen Symptomen und unzureichendem Ansprechen auf die Medikation im Langzeitverlauf. Die initiale Monotherapie mit geeigneten Dopamin-Agonisten, MAO-B-Hemmern und die frühzeitige Kombinationstherapie

beim Einsatz von L-Dopa sind wichtige Maßnahmen, um die Medikamentenebenwirkungen zu reduzieren. Auch für diese Krankheitsgruppe ist die Mitbetreuung durch qualifizierte Krankengymnasten, Pflegekräfte, Ergotherapeuten und Logopäden von entscheidender Wichtigkeit – durch eine differenziert geführte multimodale Behandlung ist es heute möglich, die Selbständigkeit des Patienten über 20 bis 30 Jahre zu erhalten. Rechtzeitig muss die Indikation zu invasiven Verfahren (Apomorphin-Pumpe, Duodopa-Pumpe, Hirnschrittmacher) gestellt werden (Berlit 2007).

Es ist entscheidend, dass die medizinischen Fortschritte, die in der Frühdiagnose und differenzierten Therapie im Decade of the brain – den letzten 10 Jahren des letzten Jahrhunderts - gemacht wurden, den alten Menschen von heute und morgen auch tatsächlich zugute kommen.

Literatur

- Berlit P. (2007). Basiswissen Neurologie. 5. Aufl. Berlin 2007
- Diener H.C., Putzki N., Berlit P. (2006). Leitlinien der deutschen Gesellschaft für Neurologie. Stuttgart
- Dorsey E.R., Constantinescu R., Thompson J.P., Biglan K.M., Holloway R.G., Kieburtz K., Marshall F.J., Ravina B.M., Schifitto G., Side- rowf A., Tanner C.M. (2007). Projected number of people with Parkinson disease in the most populous nations, 2005 through 2030. *Neurology*, 68: 384 - 386
- Hallauer J.F., Kurz A. (2002). Weißbuch Demenz: Versorgungssituation relevanter Demenzerkrankungen in Deutschland. Stuttgart
- Hirtz D., Thurman J., Gwinn-Hardy K., Mohamed M., Chaudhuri A.R., Zalutsky R. (2007). How common are the „common“ neurologic disorders? *Neurology* 68: 326 - 337
- IQWiG (2006). IQWiG-Berichte Band 17 – Cholinesterasehemmer bei Alzheimer Demenz.
- Schwabe U., Paffrath D. (2007). Arzneiverordnungs-Report 2006: Aktuelle Daten, Kosten, Trends und Kommentare. Heidelberg

Zur Situation der Demenzkranken und ihrer Angehörigen

Sabine Jansen

Weltweit sind zurzeit etwa 24 Mio. Menschen von einer Demenz betroffen, in Deutschland über 1 Mio. Wenn nicht in den nächsten Jahren Durchbrüche in der Forschung erreicht und bessere Therapien zur Behandlung zur Verfügung stehen, wird diese Zahl bis zum Jahr 2050 auf 2,3 Mio. anwachsen.

Im Folgenden sollen aber nicht Zahlen zur Situation vorgestellt werden, sondern die Auswirkungen einer Demenz auf die Betroffenen und ihre Familien deutlich gemacht werden. Die meisten Demenzkranken werden von Angehörigen im häuslichen Bereich versorgt. Je nach Lebenssituation, Alter und Krankheitsstadium sind Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen mit unterschiedlichen Problemen konfrontiert. Nicht alle Aspekte, z.B. die Heimversorgung, die Situation im Krankenhaus, rechtliche und finanzielle Fragen, können in diesem Beitrag angesprochen werden.

1. Frühe Diagnose und ärztliche Versorgung

Am Anfang steht die Suche nach der Diagnose. Die Betroffenen und insbesondere ihre Angehörigen nehmen beunruhigende Symptome wie Vergesslichkeit, Orientierungsstörungen, Änderungen im Verhalten wahr. Die Kranken selbst merken, dass mit ihnen etwas nicht stimmt. Für sie ist es wichtig, einen verständnisvollen Arzt zu finden, der eine Diagnose stellt oder veranlasst, eine leitliniengerechte Therapie einleitet und gegebenenfalls Rehabilitationsmöglichkeiten prüft. Eine besondere Herausforderung für den Arzt besteht darin, die Diagnose auf eine sensible Weise mitzuteilen.

len und sie – sowie gewünscht und möglich auch ihre Angehörigen – über den weiteren Krankheitsverlauf zu informieren. Für die Betroffenen wäre es darüber hinaus hilfreich, wenn der Arzt die Familien auf weitere Unterstützungsmöglichkeiten und auf rechtliche Konsequenzen hinweisen würde. Das würde den Kranken ermöglichen, noch selbst bestimmt eine Vorsorgevollmacht oder eine Patientenverfügung zu schreiben. Information und Beratung, aber auch Gruppen für Demenzkranke sind gerade am Beginn der Krankheitsgeschichte wichtig für die Bewältigung der Krankheit.

Martina*

Im Jahr 2006 hat die Deutsche Alzheimer Gesellschaft gemeinsam mit ihrer Dachorganisation Alzheimer's Disease International (ADI) die 22. Konferenz von ADI in Berlin organisiert. Eine der Hauptrednerinnen bei der Eröffnung war Martina, die einen Vortrag mit dem Titel „Ich habe Alzheimer“ hielt. Martina ist erst 42 Jahre und erhielt ihre Diagnose im Alter von 40 Jahren am Telefon. Sie kam auf sehr ungewöhnliche Weise mit der Deutschen Alzheimer Gesellschaft in Kontakt. Anders als so viele andere Kranke zog sie sich mit ihrer Diagnose nicht zurück, sondern nahm von sich aus Kontakt auf mit dem Ziel „Ich will was machen“. Martina hat eine familiäre, genetisch bedingte Form der Alzheimer-Krankheit. Ihre Mutter verstarb im Alter von 54 Jahren mit der Krankheit, eine Schwester und ein Bruder sind ebenfalls erkrankt. Ihr Bruder lebt in einem Heim. Besonders belastend für Martina ist nicht nur die Tatsache der eigenen Krankheit sondern sie macht sich auch Sorgen um ihre beiden 19-jährigen Zwillinge sowie ihr kürzlich gebo-

* Für die Darstellung der Personen wurden die Vornamen verwendet, wie es auch in dem Fotoband „Blaue Tage und graue Tage“ mit den dort porträtierten Menschen vereinbart war.

renes Enkelkind. Martina lebt allein und versucht mit allerlei Hilfestellungen (Notizbuch) und Aktivitäten (Fahrrad fahren, Schach spielen) sich zurecht zu finden und möglichst lange fit zu halten. Martina ist ein Beispiel für die kleine Gruppe (weniger als 1% sind unter 60 Jahren) der jüngeren Erkrankten. Der letzte Satz ihres Vortrages auf dem oben erwähnten Kongress war „Ach übrigens, ich bin nicht doof... nur vergesslich...“ (Peters 2006).

2. Pflege und Betreuung

Im Krankheitsverlauf wird die Pflege und Betreuung eine immer größere Herausforderung für die Angehörigen. Für allein lebende Menschen mit Demenz wird es schwieriger den Alltag zu meistern. In diesem Stadium wird es wichtiger, Unterstützungsangebote zu finden, die zur Entlastung beitragen. Das können Angehörigengruppen für den Austausch sein, ambulante Dienste für die Pflege, niedrigschwellige Angebote wie Betreuungsgruppen oder Helferinnenkreise für die stundenweise Entlastung oder eine Tagespflege. Insbesondere der Umgang mit Verhaltensweisen wie Aggression und Unruhe ist in einem mittleren bis schweren Stadium für die Angehörigen sehr schwierig, wie die Anrufe am Alzheimer-Telefon der Deutschen Alzheimer Gesellschaft zeigen. Wenn dann noch körperliche Symptome wie Inkontinenz dazu kommen, ist für viele Angehörige der Zeitpunkt erreicht, wo sie über eine stationäre Pflege nachdenken. Für alle Bereiche ist es wichtig, dass die Angebote auf die besonderen Bedürfnisse demenzkranter Menschen eingestellt sind. Daran mangelt es leider noch vielfach.

Elisabeth und Detlef*

Elisabeth wurde 1932 geboren. 1996 erkrankte sie an der Alzheimer-Krankheit, 2006 verstarb sie. Sie wurde durch ihren Ehemann Detlef gepflegt. Detlef erzählt von der Pflege seiner Frau: „Besonders belastend sind die Nächte. Elisabeth muss mindestens viermal auf die Toilette geführt werden. Sie schläft sehr unruhig, leidet wohl unter Alpträumen, und wenn sie über mich schlecht geträumt hat, dann hält sie es für Realität und schimpft laut.“ (Deutsche Alzheimer Gesellschaft 2006).

Was brauchen Menschen wie Elisabeth und Detlef? Elisabeth benötigt auf Grund ihrer Erkrankung Verständnis, Zuwendung und Pflege. Für Detlef als engsten Angehörigen war besonders am Anfang die Information über den Krankheitsverlauf wichtig. Wie sein Zitat zeigt, ist besonders das Wissen über den Umgang mit herausfordernden Verhaltensweisen hilfreich. Für Angehörige ist es sehr belastend von den Kranken nicht mehr erkannt zu werden, beschuldigt zu werden und womöglich aggressivem Verhalten begegnen zu müssen. Erst wenn akzeptiert wird, dass diese Verhaltensweisen krankheitsbedingt sind und nicht als persönliche Kränkung gemeint sind, lassen sie sich leichter aushalten. Der Austausch mit anderen Angehörigen, denen es ähnlich ergeht, kann bei der Bewältigung entlastend wirken. Für Detlef wäre eine stundenweise Entlastung wichtig, damit er auch einmal abschalten und seine Kraft erhalten kann. Gerade bei seinen Spaziergängen mit Elisabeth, die er vor ihrem Tod mit ihr gemacht hat, ist das Verständnis seiner Umgebung auch für „seltsame“ Verhaltensweisen von Elisabeth sehr wichtig gewesen.

Ewald und Elsa*

Ewald wurde 1920 geboren. Der Beginn der Krankheit war etwa 1995. Ewald wird durch seine Ehefrau Elsa, geboren 1929, gepflegt. Obwohl sie selbst nicht mehr die Jüngste ist, sagt sie: „Ich möchte ihn nicht ins Heim geben, solange ich es noch irgendwie bewältigen kann. Es ist so schön, wenn man ihn wie einen normalen Sterblichen akzeptiert, auf seine Schwächen eingeht, keinen Bogen um ihn macht und ihn nicht wie ein besonderes Wesen behandelt ...“ (Deutsche Alzheimer Gesellschaft 2006).

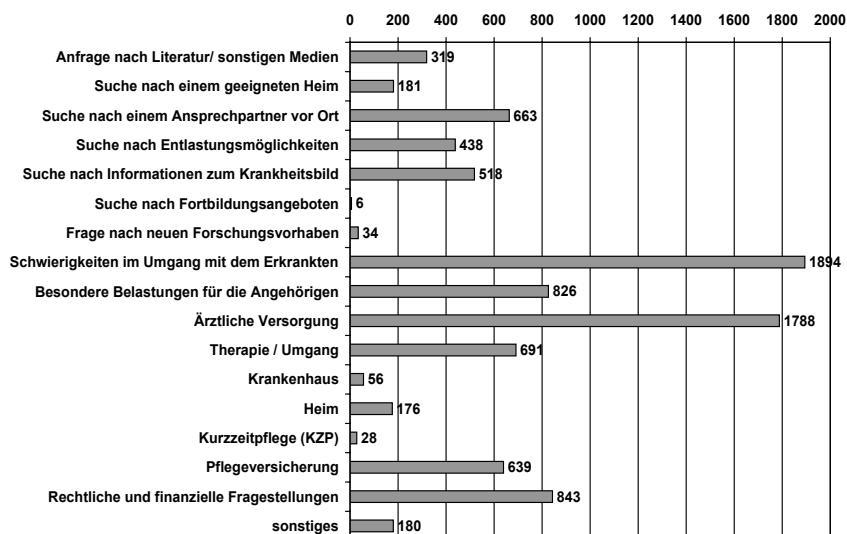
Was ist wichtig für Ewald und Elsa? Ewald benötigt Verständnis, Zuwendung und Pflege. Für Elsa ist das Verständnis ihrer Umgebung ebenfalls sehr wichtig. Sie hat sich vorgenommen, Ewald nicht ins Heim zu geben. Für sie könnten Entlastungsmöglichkeiten durch z.B. Helferinnenkreise oder ambulante Dienste hilfreich sein. Sollte sie selbst einmal krank werden oder dringend Urlaub benötigen, könnte eine Kurzzeitpflege, wenn sie denn individuell passend und demenzgerecht ist, Hilfe für einen begrenzten Zeitraum geben. Im Fortschreiten des Krankheitsverlaufes könnten auf Elsa, wie auf viele Angehörige, schwierige ethische Fragestellungen zu kommen, z.B. bei Schluckstörungen und der möglichen Entscheidung über eine Sondenernährung. Besonders belastend ist auch die Frage nach einer Heimunterbringung, wenn sich wegen der eigenen Überbelastung eine Pflege zu Hause nicht mehr bewerkstelligen lässt.

3. Beratungsthemen am Alzheimer-Telefon der Deutschen Alzheimer Gesellschaft

Die oben genannten Schicksale bilden exemplarisch die Probleme der Demenzkranken und ihrer Angehörigen ab. Am bundesweiten Alzheimer-Telefon der Deutschen Alzheimer Gesellschaft, das vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend gefördert wird, wird deutlich, dass es eine Unterversorgung in vielen Bereichen gibt und die Vielfalt der Probleme enorm ist.

Die folgende Abbildung zeigt die Themen der Angehörigen am Alzheimer-Telefon im Jahr 2006. Es sind 4.837 Anrufe ausgewertet worden.

Abb. 1: Gesprächsthemen der Angehörigen nach Oberkategorien



Quelle: Eigene Zahlen Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V.

Fragestellungen zum Bereich der ärztlichen Versorgung und Probleme beim Umgang mit schwierigen oder herausfordernden Verhaltensweisen nehmen den größten Stellenwert ein.

Unter dem Bereich der ärztlichen Versorgung verbergen sich Fragen wie:

- Zunehmende Vergesslichkeit: „Könnte es Alzheimer sein?“
- Suche nach einem gerontopsychiatrisch qualifizierten Arzt
- Fragen zu medikamentösen Therapien
- Problem der fehlenden Diagnose
- Vererbung.

Im Umgang mit dem Erkrankten belasten insbesondere folgende Verhaltensweisen die Angehörigen:

- Aggressionen
- „Die Kranken können nicht mehr allein bleiben“
- Unruhe
- Depressive Verstimmungen.

4. „Wir finden schon eine Lösung“

Wie viel noch zu tun ist bei der Versorgung von Demenzkranken und der Unterstützung ihrer Angehörigen, zeigt eine Umfrage bei über 1000 Angehörigen in fünf europäischen Ländern. Sie hat ergeben, dass die Angehörigen der Aussage: „Die pflegerische Versorgung für ältere Menschen in meinem Land ist gut.“ nur zu 17% (Die Zahlen für Deutschland lagen sogar nur bei 12%). zustimmen (Alzheimer Europe 2006).

Auch wenn viele sich allein fühlen und manchmal an ihrer Auf-

gabe verzweifeln, so sind doch die vielen Angehörigen zu bewundern, die über viele Jahre die Betreuung und Pflege von Demenzkranken mit Engagement und Fürsorge meistern. Nicht nur im späten Stadium einer Demenzerkrankung heißt es Abschied zu nehmen. Im langen Krankheitsverlauf müssen Angehörige erleben, dass der Mensch, den sie kannten, sich sehr verändert. Trotzdem ist bis zum Schluss noch ein emotionaler Zugang zu den Kranken möglich.

Werner und Rosemarie*

„Wir haben blaue Tage und auch graue Tage“ so Rosemarie, die Ehefrau eines Alzheimer-Kranken. Sie sagt: „Mein Mann weiß ja, dass er Alzheimer hat. Wir reden ja darüber gelegentlich. Er will mir irgendetwas erzählen, findet aber die passenden Worte nicht. Dann klopft er sich vor den Kopf und sagt: ‚Diese verdammte Demenz‘. Über Emotionen kann man einen demenzkranken Menschen besser erreichen. Wenn mal was ist, dann nehme ich ihn in den Arm und sage: ‚Ach, wir finden schon eine Lösung!‘.“ (Deutsche Alzheimer Gesellschaft 2006).

Literatur:

Alzheimer Europe (Hrsg.) (2006). Who cares? The state of dementia care in Europe. Luxemburg. www.alzheimer-europe.org/upload/SPTUNFUYGGOM/downloads/C9AE88C5E59C.pdf, letzter Zugriff:25.01.2008

Deutsche Alzheimer Gesellschaft (Hrsg.) (2006). Blaue Tage und graue Tage. Portraits von Demenzkranken und ihren Angehörigen. Berlin

Peters, M. (2007). Ich habe Alzheimer. In: Deutsche Alzheimer Gesellschaft (Hrsg.) Tagungsband “Demenz - eine Herausforderung für das 21. Jahrhundert. 100 Jahre Alzheimer-Krankheit.” 22. Internationaler Kongress von Alzheimer’s Disease International. Berlin

Der Medizinische Dienst in der Pflegeversicherung – praktische Erfahrungen und Perspektiven

Uwe Brucker, Jürgen Windeler

In diesem Beitrag werden die Aufgaben des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) im Rahmen der Pflegeversicherung beschrieben, dessen praktische Erfahrungen in seinen Haupttätigkeitsfeldern der Be-gutachtung von Pflegebedürftigkeit und der Qualitätsprüfungen der ambulanten Dienste und stationären Pflegeeinrichtungen sowie die aktuell diskutierten politischen Reformoptionen in diesen Themenfeldern.

1. Die Soziale Pflegeversicherung und der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK)

Für die Schaffung der Pflegeversicherung gab es vielfältige Gründe. Bevor das Pflegeversicherungsgesetz am 26. Mai 1994 verabschiedet wurde, hatte es eine lang andauernde sozialpolitische Diskussion über die Frage gegeben, ob und wie das Risiko von Pflegebedürftigkeit sozialrechtlich abzusichern sei. So wurde bereits 1976 damit argumentiert, dass „die Kostgeldsätze in den Pflegeheimen [...] derart hoch (sind), dass Bezieher mittlerer Einkommen – auch hoher Renten – diese Sätze nicht mehr aufbringen können und Sozialhilfe in Anspruch nehmen müssen“ und deshalb „die Problematik im Rahmen der Sozialversicherung gelöst werden muss“ (Deutscher Verein 1976). Die zum allgemeinen Lebensrisiko gewordene „Pflegebedürftigkeit“, die nach der damaligen Rechtsprechung und Praxis keine Krankheit war und somit auch keinen Versicherungsfall der Krankenversicherung darstellte, sollte unter dem Dach der Krankenversicherung leistungsrechtlich verortet werden (Deutscher Verein 1980). Mit der Wiedervereinigung waren kurzfristig 17 Mio. mehr Men-

schen vom bestehenden und auf die Grenzen der alten Bundesrepublik ausgerichteten Sozialsystem zu versorgen. Die Sozialeistungsquote war zu Beginn der 90er Jahre stark angestiegen. In dieser angespannten Finanzlage der Sozialkassen traf man die politische Entscheidung, die Pflegeversicherung als SGB XI und 5. Säule im Sozialversicherungssystem zu etablieren. Man schuf damit eine neue Einnahmequelle im System der sozialen Absicherung, ohne die Arbeitgeber mit zusätzlichen Beiträgen zu belasten.

Hinzu kommt der Umstand, dass die Zahl der älteren Mitbürger wächst; die stetige Zunahme z.B. der Altersgruppe der Hochaltrigen, d.h. der über 80-Jährigen, korreliert mit einem Anwachsen der Zahl der Pflegebedürftigen. Bei Einführung des SGB XI (BMJ 2007) ging man davon aus, dass 20 v. H. der über 80-Jährigen pflegebedürftig sind. Doch auch die Tendenz zur Singularisierung der Haushalte und die Trennung von Familien und Generationen führen zu anderen Formen der pflegerischen Versorgung, als dies noch vor fünfzig Jahren üblich war. Flexibilitäts- und Mobilitätserfordernisse des Arbeitsmarktes lassen oft alte und vulnerable Familienmitglieder auf sich allein gestellt zurück.

Das SGB XI sollte darüber hinaus für die bestehenden Sozialversicherungssysteme Vorbildcharakter entfalten: Stichworte wie Eigenbeteiligung. Stärkung der Selbstverantwortung der Bürger und Teilleistungscharakter der Sozialversicherung sind leistungsrechtlich mit der Pflegeversicherung verknüpft und in deren Folge wurden später mit diesen Stichworten auch in den etablierten Versicherungszweigen sozialpolitische Gestaltungsspielräume geschaffen.

Der Gesetzgeber hat auch an anderer Stelle neue Wege beschritten. Mit Einführung eines mehrfach gestuften Teilleistungsprinzips im SGB XI wurde sowohl bei der Bemessung der Leistungsvoraussetzungen wie auch bei der Bewertung der Leistungserbringung Neuland betreten.

Dreh- und Angelpunkt des Zugangs zu Leistungen der Pflegeversicherung ist ein eingeschränkter Pflegebedürftigkeitsbegriff. Der „Versicherungsfall“ ist beim Antragsteller an das Vorliegen von Bedingungen geknüpft, die das Gesetz formuliert: der Versicherte muss „pflegebedürftig“ im Sinne des Gesetzes sein. Über das Vorliegen dieser Voraussetzungen entscheidet die bei der Krankenkasse angesiedelte Pflegekasse des Versicherten. Die Entscheidung der Pflegekasse basiert auf einem Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK), dessen rechtliche Handlungsgrundlage die Pflegebedürftigkeits-Richtlinien¹, die Begutachtungs-Richtlinien sowie die Härtefall-Richtlinien in den jeweils aktuellen Fassungen (derzeit 2006) sind. Eine weitere Richtlinie zur Qualitätssicherung der Begutachtung und Beratung verpflichtet den MDK dazu, die Qualität der Pflegebegutachtung in einem vorgegebenen Verfahren sowohl organisationsintern zu prüfen als auch durch die verpflichtende MDK übergreifende Qualitätssicherung die Prozesse wie auch die Ergebnisse der Begutachtung zu optimieren.

Mit der Pflegeversicherung will man nicht nur eine sozialversicherungsrechtlich abgesicherte, wirtschaftlich, d.h. mit Gewinn, arbeitende professionelle Pflege bei tendenziell rückläufigen Pflegesätzen, sondern Pflege soll auch auf qualitativ hohem Niveau stattfinden. In diesem Segment der Qualitätsentwicklung hat der MDK weitere Aufgaben übertragen bekommen. Die Träger von ambulanten und (teil-)stationären Pflegeeinrichtungen sind nicht nur gesetzlich verpflichtet, internes Qualitätsmanagement zu betreiben; sie müssen sich auch an externen Qualitätsprüfungen beteiligen. Externe Qualitätsprüfinstanz ist der MDK, der nach einer rahmenvertraglichen Vereinbarung der Selbstverwaltung dieser Pflicht auf Grundlage der so genannten Qualitätsprüfungs-Richtlinien nachkommt. Ein bundesweit für die Qualitätsprüfungen zur Anwendung kommender einheitlicher Fragenkatalog bietet nicht nur die Gewähr, dass

1 Alle im folgenden genannten Richtlinien und Grundsatzstellungnahmen sind als Downloads eingestellt unter www.mds-ev.org.

Pflegeeinrichtungen nach denselben Kriterien überprüft und im übrigen auch vom MDK auf Wunsch beraten werden; die damit gewonnenen Daten bilden auch das Fundament für den vom MDK alle drei Jahre vorzulegenden Qualitätsbericht über den Stand der Qualitätsentwicklung in den deutschen Pflegeeinrichtungen. Der im September 2007 veröffentlichte Zweite Qualitätsbericht des MDS, der ein großes Medieninteresse ausgelöst hat, zeigt, wie notwendig regelmäßige Qualitätsprüfungen und der öffentliche Diskurs über den Stand der Entwicklung sind.

Die Erkenntnisse aus den Qualitätsprüfungen haben in der Vergangenheit den MDS wiederholt veranlasst, zu besonders problembehafteten Themenbereichen, die dann auch einen verstärkten Beratungsbedarf nach sich zogen, so genannte Grundsatzstellungnahmen zu erarbeiten und sie der interessierten Fachöffentlichkeit zur Verfügung zu stellen. Der Medizinische Dienst berichtet darüber hinaus jährlich in seinem Pflegebericht über die Entwicklung des Begutachtungsgeschehens sowie über ausgewählte, im Zusammenhang mit der Begutachtung von Pflegebedürftigkeit stehende Detailfragen.

2. Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen

Die Zahl der Begutachtungen von Pflegebedürftigkeit durch den MDK bewegte sich von Beginn an auf hohem Niveau mit seit 2003 deutlich steigender Tendenz. Der MDK begutachtet jährlich derzeit bundesweit ca. 1,3 Mio. Antragsteller, wovon drei Viertel im häuslichen Bereich leben. Ein seit zehn Jahren nahezu gleich gebliebenes Drittel der erstbegutachteten Antragsteller erfüllt dabei nicht die Kriterien, die das SGB XI an Leistungen aus der Pflegeversicherung stellt, sie erhalten keine Pflegestufe und somit auch keine Leistungen.

Die Prävalenz der Pflegebedürftigen bezogen auf 10-Jahres-Altersgruppen zeigt, dass Pflegebedürftigkeit vor allem ein Thema in den Alters-

gruppen der über 80-Jährigen ist. Mit dem Älterwerden von immer mehr Menschen nimmt auch die Anzahl der Pflegebedürftigen zu. Die demografische Entwicklung entfaltet ihre Aktualität bereits heute. Das zeigt die Entwicklung der Anzahl der 90-jährigen und älteren Menschen in der Bevölkerung. Im Zeitraum von neun Jahren hat dieser Bevölkerungsanteil bis ins Jahr 2006 um 22% zugenommen. Diese Zahlen korrespondieren mit dem Zuwachs dieser Personengruppe als Leistungsempfänger der Pflegeversicherung.

Tab. 1: Prävalenz Hochbetagter und Pflegebedürftigkeit

90 Jahre und älter, Bevölkerungsstatistik			
	1998	2006	Zuwachs in v.H.
90 und älter	465.909	568.259	22,0
90 Jahre und älter, Leistungsempfänger			
	1998	2006	Zuwachs in v.H.
90 und älter	242.960	300.042	23,5

Quelle: Statistisches Bundesamt und eigene Berechnungen 2007

Tab. 2: Prävalenz von Pflegebedürftigkeit in Alterstufen

Altersstufen	Pflegebedürftige	Prävalenz
unter 50 Jahre	ca. 260.000	ca. 0.6%
50 - 59 Jahre	92.000	ca. 0.85%
60 - 69 Jahre	190.000	ca. 1.9%
70 - 79 Jahre	425.000	ca. 6.5%
über 80 Jahre	1.000.000	ca. 30% über 90 Jahre: 50%

Quelle: MDS, Pflegestatistik 2007

Die vom MDK in den Pflegegutachten erhobenen ersten pflegebegründenden Diagnosen zeigen, dass v.a. Krankheiten aus den Bereichen der psychischen Erkrankungen und Verhaltensstörungen und Krankheiten des Kreislaufsystems die häufigsten Ursachen sind, die zu Pflegebedürftigkeit führen.

Tab. 3: Pflegebegründende Erstdiagnosen

Hauptgruppen	in v.H.
Psychische und Verhaltensstörungen	20,6
Krankheiten des Kreislaufsystems	17,2
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die andernorts nicht klassifiziert sind	14,9
Neubildungen	13,6
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	13,0
Gesamt (N=)	487.366

Quelle: MDS, Pflegestatistik

Die zum 1. Januar 1995 eingeführte Pflegeversicherung hat bei Versicherten wie Pflegebedürftigen ein hohes Maß an Akzeptanz erreicht. Ihre Leistungen tragen dazu bei, dass viele Pflegebedürftige entsprechend ihrem persönlichen Wunsch zu Hause versorgt werden können und sie helfen den Pflegebedürftigen und ihren Familien, die finanziellen Aufwendungen und Belastungen zu tragen, die mit der Pflegebedürftigkeit verbunden sind (BMG 2007).

Über 12 Jahre lang wurden die Leistungen aus der Pflegeversicherung in ihrer Höhe nicht verändert. Die mit der Pflegeversicherung intendierten Effekte stehen daher in Gefahr, teilweise wieder aufgehoben zu werden. Erinnern wir uns an die Gründe für die Schaffung einer Sozialen Pflegeversicherung: der Gesetzgeber wollte die Sozialhilfe und damit v.a. die Kommunen von den Kosten der stationären Langzeitpflege entlasten. Die

vormalige Steuerfinanzierung der stationären Pflege wurde durch die Beitragsfinanzierung des SGB XI abgelöst; eine öffentliche, staatliche Aufgabe wurde in ein solidarisch genanntes Sozialversicherungssystem überführt. Die aufzubringende Beitragslast und die aus den Beiträgen finanzierten Leistungen für die Pflege wurden weitgehend in Versichertenhand privatisiert.

Die Kosten v.a. der stationären Langzeitversorgung im Pflegeheim sind bereits vor der Einführung des SGB XI als zu hoch in die Kritik geraten. Bei Sozialhilfeträgern, als neben den reinen Selbstzahlern damals einzigen Kostenträgern, gab es unterschiedliche Modelle zur phasenweisen Rückführung der Pflegesätze auf ein niedrigeres Niveau. So wollte man beispielsweise mit dem so genannten Standard-Pflegesatzmodell noch 1996 die Pflegesätze stufenweise um ca. 30% reduzieren (Bundestag 1997).

Mittlerweile wird berichtet, dass die Zahl derjenigen, die pflegebedingt wieder auf die Leistungen der Sozialhilfe angewiesen sind, in den letzten Jahren wieder angestiegen ist. Circa fünf Prozent der Pflegebedürftigen, die ambulant gepflegt werden, benötigen heute zusätzlich Sozialhilfe, bei den Heimbewohnern sind das 25%. In den Pflegeheimen der bayerischen Arbeiterwohlfahrt liegt der Anteil derer, die im Jahr 2007 pflegebedingt auf Leistungen der Sozialhilfe angewiesen sind „bei im Mittel 35 Prozent. Die Bewohnerinnen und Bewohner waren zuvor durchschnittlich 22 Monate Selbstzahler“ (Beyer 2007).

Tab. 4: Eckdaten der Sozialen Pflegeversicherung (aus der Statistik des Jahres 2007)

Beitragsbemessungsgrenze (2007):	42.750€
Beitragssatz (2007):	1,7% (+ 0,25% für Kinderlose)
Monatlicher Höchstbeitrag (2007):	60,56€ (69,47€ für Kinderlose)
Soziale Pflegeversicherung 2005	
Versicherte	70,586 Mio. €
Ambulante Leistungsempfänger	1,310 Mio. €
Stationäre Leistungsempfänger	0,642 Mio. €
Einnahmen	17,493 Mrd. €
Ausgaben	17,858 Mrd. €
Quelle: www.destatis.de/Statistisches Bundesamt (2007)	
Nach Vorausberechnungen des statistischen Bundesamtes wird die Zahl der im Jahre 2005 noch 1,89 Mio. Pflegebedürftigen im Jahre 2010 auf 2,13 Mio. anwachsen, im Jahre 2020 auf 2,64 Mio. und im Jahre 2030 auf 3,09 Mio.	

3. Soziale Sicherung der Pflegeperson

Die Pflegeversicherung gibt der ambulanten Pflege den Vorrang vor der stationären Langzeitpflege; sie will die Bereitschaft zur Pflege daheim fördern. Daher wird der Schwerpunkt der zu erbringenden Pflege im häuslich-ambulanten Bereich gesehen. Ziel ist es, auch bei beginnender Pflegebedürftigkeit den Verbleib des Betroffenen in der eigenen Häuslichkeit so lange wie möglich zu ermöglichen. Auch deswegen soll Pflege

subsidiär zu Prävention und Rehabilitation sein und stationäre Pflege erst zum Zuge kommen, wenn die ambulanten und teilstationären Möglichkeiten zur Erhaltung oder Wiedererlangung der Selbständigkeit erschöpft sind. Die Pflegeversicherung will auch die Selbsthilfepotentiale der pflegenden Angehörigen und des näheren sozialen Umfeldes des Versicherten stärken. Der Gesetzgeber erkennt die Leistung ambulant pflegender Angehöriger in mehrfacher Weise an. Das in Abhängigkeit von der Pflegestufe gewährte Pflegegeld soll Anreiz und Gratifikation für Familienangehörige sein, die Pflege selbst in die Hand zu nehmen und zumindest vorläufig Abstand von der teureren Sachleistung durch professionelle Pflege zu nehmen.

Ergänzt werden die Pflegegeldleistungen um die soziale Sicherung der zu Hause Pflegenden. Nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen haben unter bestimmten Voraussetzungen Anspruch auf eine soziale Absicherung in den Bereichen Renten-, Unfall- und Arbeitslosenversicherung.

Die Pflegekasse übernimmt die Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung einer nicht erwerbsmäßig tätigen Pflegeperson, wenn diese nicht mehr als 30 Stunden wöchentlich – zusätzlich zur Pflegetätigkeit in einer anderen Beschäftigung – erwerbstätig ist, die Pflege langfristig und regelmäßig, das heißt an mindestens 14 Wochenstunden ausgeführt wird und die bzw. der zu Pflegende hilfebedürftig im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes ist.

Die mit dem Pflegeleistungsergänzungsgesetz zum 1.1.2002 ins SGB XI gebrachten §§45a ff SGB XI zielen auf die Unterstützung pflegender Angehöriger mittels niedrigschwelliger Angebote. Die Wirkung dieser Normen ist nach fünf Jahren eher bescheiden. Nach wie vor wird eine SGB XI-Leistung angeboten, die mangels immer noch nicht überall vorhandener Infrastruktur kaum in Anspruch genommen wird. So bleibt vielerorts alles beim Alten: der größte Pflegedienst der Republik ist, bei zwar

abnehmender Tendenz, die Familie (und dort die Frauen) und leistungsrechtlich auch der Ausgaben schonendste.

4. Paradigmenwechsel: von der Komplett- zur Teilleistungsversicherung

Die Pflegeversicherung gilt, zumindest zum Zeitpunkt ihres Inkrafttretens, als moderne Sozialversicherung, weil sie nicht mehr wie die bereits seit Bismarcks Zeiten² etablierten anderen Sozialversicherungszweige in ihrer konzeptionellen Ausrichtung den Bürger mit einer Komplettversorgung bedient, sondern seine Eigenverantwortung aktiviert. Das SGB XI war mit seinem Teilleistungscharakter Vorbild und Modell für den Umbau anderer Sozialversicherungszweige.

Zur Formulierung der Teilleistungsvoraussetzungen des SGB XI bedarf es valider und nachvollziehbarer Grenzziehungen: eine Komplett-Rundum-Versicherung (Vollleistung) benötigt weitaus weniger und minder genau beschreibbare Grenzen als eine moderne Teilleistungsversicherung mit integrierter Selbstverantwortung des Bürgers. Die Grenzziehungen in der Pflegeversicherung sind funktional für die Realisierung des intendierten Teilleistungscharakters und die damit zusammenhängende Ausgabenpolitik zu betrachten.

Im Fortgang wird aufgezeigt, in welcher Weise und an welchen Stellen sich der Teilleistungscharakter der Pflegeversicherung zeigt und welche Konsequenzen damit einhergehen.

2 Gesetzliche Krankenversicherung seit 1883, gesetzliche Unfallversicherung seit 1884, die gesetzliche Rentenversicherung seit 1889 und die Arbeitslosenversicherung seit 1927.

4.1 Systematik der Voraussetzungen für Leistungen aus dem SGB XI

4.1.1 „Pflegebedürftigkeit“

Das Pflegeversicherungsgesetz definiert „Pflegebedürftigkeit“ nach Maßgabe der Leistungen des SGB XI bzw. des politisch gesetzten Finanzierungsrahmens. Dabei mutet das gesetzgeberische Vorgehen eigenartig an: es wird nicht etwa in den bewährten Lehrbüchern zur Pflege nachgeschlagen, was dort als Pflegebedürftigkeit definitorisch beschrieben wird und sich dann in einem zweiten Schritt darauf verständigt, was der Finanzierungsanteil der Pflegeversicherung daran sein soll. Zweckrational erscheint: man generiert die Pflegebedürftigkeitsdefinition aus der Lehre und Praxis der Profession Pflege und finanziert dann einen politisch gegriffenen Prozentanteil, durch die Sozialversicherung nach dem elften Buch des Sozialgesetzbuches. Der Reformgesetzgeber des SGB XI lässt bewusst das Wissen der Profession Pflege beiseite und definiert – hier bereits Grenzen ziehend – Pflegebedürftigkeit in Abweichung vom professionellen Grundverständnis der Pflege. Dies wird nur verständlich, wenn man postuliert, dass mit „Pflegebedürftigkeit“ im SGB XI eigentlich nicht Pflegebedürftigkeit gemeint ist. Gemeint sind vielmehr „Voraussetzungen für Leistungen aus der Pflegeversicherung“, was man allenfalls als Teilaspekt des Pflegebedarfs ansehen kann.

Pflegebedürftigkeit ist nach der Kurzformel von Bartholomeyczik (2002) ein Produkt aus Defiziten und Ressourcen und gestaltet sich in der Abgrenzung zum Pflegebedarf etwas schwierig. Der Pflegebedarf zielt in der Pflegewissenschaft eher auf die Interventionsebene. Er wird als die Einschätzung der als „erforderlich angesehenen Handlungen, Maßnahmen bzw. Leistungen“ (Wingenfeld 2000) beschrieben. Der Pflegebedarf wird unter Einbeziehung von Umweltfaktoren, Kompetenzen, internen Ressourcen und Zielen ermittelt (Hasseler, Görres 2005). Der Pflegebedarf steht am Ende eines Prozesses der Beurteilung und Entscheidung und stellt die

Gesamtheit der erforderlichen Pflege und Hilfe dar. In den Pflegebedarf fließen nicht nur professionelle, kulturelle, gesellschaftliche und sozialrechtliche Werte und Normen ein (Wingenfeld 2000), sondern er hängt auch erheblich von Vorstellungen und Wissen (was ist der „State of the Art“?) über pflegerische Leistungen ab. Pflegebedürftigkeit berücksichtigt individuelle Besonderheiten und beschreibt den Grad der Abhängigkeit von Fremdhilfe unter Berücksichtigung vorhandener und auch wieder zu gewinnender Ressourcen und der bereits eingetretenen Defizite. Die Pflegebedürftigkeit eines Menschen ist eine deskriptive Größe, in die die Einschränkungen eines Menschen, seine Potenziale und die Ressourcen des sozialen Umfelds mit einfließen. Sie ist ein Ausschnitt einer möglichen umfassenden Hilfebedürftigkeit eines Menschen und beschreibt „nur“ die individuellen pflegerischen Probleme. Für die Bemessung von Pflegebedürftigkeit gibt es entsprechende Assessment-Instrumente, mit denen die professionelle Pflege arbeitet.

4.1.2 Die Legaldefinition von „Pflegebedürftigkeit“ in § 14 SGB XI

Wer Leistungen aus der Pflegeversicherung beziehen will, muss pflegebedürftig im Definitionssinne des SGB XI sein. Als „pflegebedürftig“ werden Personen beschrieben, die „wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen“ (SGB XI § 14).

Als Krankheiten und Behinderungen gelten dabei:

1. Verluste, Lähmungen oder andere Funktionsstörungen am Stütz- und Bewegungsapparat
2. Funktionsstörungen der inneren Organe oder der Sinnesorgane

3. Störungen des Zentralnervensystems wie Antriebs-, Gedächtnis- oder Orientierungsstörungen sowie endogene Psychosen, Neurosen oder geistige Behinderungen.

Für das Zentralnervensystem werden in Abweichung von der Systematik zu den Störungen im Bewegungsapparat, der inneren Organe und Sinnesorgane im Gesetz keine Funktionsstörungen benannt, sondern eine Auswahl von Symptomen und Diagnosen. Das entspricht nach Einschätzung von Höft „nicht (mehr) der derzeit anerkannten psychiatrischen Nomenklatur“ (Höft 2000).

In der Begutachtungspraxis sind die MDK-Gutachter gehalten, die Pflege begründende Diagnose anhand der internationalen Klassifikation der Krankheiten der WHO, ICD-10, im Gutachtenformular zu dokumentieren. Allerdings unterstellt dies, dass der Gutachter vor Ort auf eine ärztlich abgesicherte Diagnostik zurückgreifen kann, was gerade im Zusammenhang mit demenziellen Erkrankungen nicht gewährleistet ist (Zur Problematik der nicht gewährleisteten Diagnostik und Therapie bei Demenzkranken vgl. BMFSFJ 2002 und Deutsches Zentrum für Altersfragen 2002).

In § 14 Abs. 3 SGB XI sind für *alle* Pflegebedürftigen gleichermaßen verschiedene Formen der Hilfeleistung definiert (Anleitung und Beaufsichtigung, Unterstützung, teilweise und vollständige Übernahmen von Verrichtungen des täglichen Lebens), die in die Findung der Pflegestufe eingehen müssen.

Diese Hilfeformen müssen in einem oder mehreren der abschließend und nicht etwa beispielhaft aufgezählten Bereiche vorliegen:

- „1. im Bereich der Körperpflege das Waschen, Duschen, Baden, die Zahnpflege, das Kämmen, Rasieren, die Darm- und Blasenentleerung
2. im Bereich der Ernährung das mundgerechte Zubereiten oder die Aufnahme der Nahrung

3. im Bereich der Mobilität das selbständige Aufstehen und Zu-Bett-Ge-hen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen oder das Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung
4. im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung das Einkaufen, Ko-chern, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung oder das Beheizen." (SGBXI §14 (4))

Bei der Begutachtung von Pflegebedürftigkeit hat der Gutachter des MDK ausschließlich das Vorliegen dieser Verrichtungen als Kriterien zur Fin-dung einer leistungsberichtigenden Pflegestufe zu werten, anderer Hilfe-bedarf ist rechtlich nicht vorgesehen. Diese Verrichtungen sind die exklu-siven Kriterien zur Ermittlung der Pflegestufen. Selbständigkeit bzw. Ab-hängigkeit eines Menschen von Fremdhilfe sind konstituierende Kriterien für Pflegebedürftigkeit, die bei der Bestimmung einer Pflegestufe im SGB XI bei den insgesamt elf Lebensaktivitäten erhoben werden, jedoch nicht als Grundlage zur Bestimmung der Pflegestufe dienen. Dafür dient das Ausmaß der Hilfeleistungen, die im SGB XI als die so genannten Verrich-tungen des täglichen Lebens im Sinne von Pflegeaufwand für notwendig erachtet werden, also der Hilfebedarf.

Die Verrichtungen des täglichen Lebens von § 14 Abs. 4 SGB XI bil-den systematisch nur Funktionsstörungen der im Abs. 2 unter Ziffern 1 und 2 benannten Krankheiten und Behinderungen ab; spezifische Funk-tionsstörungen, die sich aus den unter Ziffer 3 „Störungen des ZNS [...], sowie Psychosen, Neurosen oder geistige Behinderungen“ ableiten lie-ßen, haben keine Aufnahme in den „Verrichtungskatalog“ des Absatz 4 gefunden. Psychiatrisch oder hirnorganisch bedingt Hilfebedürftige sind erst dann pflegebedürftig im Sinne der Legaldefinition des SGB XI, wenn ihre Erkrankung ein Stadium erreicht hat, das zu Funktionsstörungen führt und Hilfebedarf bei den im Verrichtungskatalog aufgeführten Krite-riien auslöst.

Damit werden nicht somatisch begründete pflegerische Bedürfnisse und daraus ableitbare Hilfe- und Pflegebedarfe ausgeblendet.

Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI beschreibt nicht Pflegebedürftigkeit im Sinne eines professionellen Pflegeverständnisses. Dieser „Pflegebedürftigkeitsbegriff“ ist nicht nur anders inhaltlich ausgestaltet, sondern hat auch eine andere Bedeutung als im pflegewissenschaftlichen Diskurs und pflegerischer Praxis. Im Bereich der Pflegeversicherung dient der Pflegebedürftigkeitsbegriff der §§ 14 ff. SGB XI dazu, die knappen Transfermittel dieses Teilleistungsgesetzes gerichtsfest so zu verteilen, dass eine rechtsstaatliche Kontrolle möglich ist. Die Inhalte dieser Paragraphen beschreiben also „nur“ die Leistungsvoraussetzungen der Pflegeversicherung.

De lege ferenda wäre es daher wünschenswert, da klarstellend und weniger irritierend, wenn der Gesetzgeber dies zukünftig auch in der Gesetzes-Semantik berücksichtigen würde und auf den Begriff „Pflegebedürftigkeit“ verzichten würde.

Die Zugangsvoraussetzungen zu Leistungen aus der Pflegeversicherung werden im SGB XI weiter differenziert. Es wird nach unterschiedlich ausgeprägter Schwere des Hilfebedarfs unterschieden: erheblich, schwer und schwerst pflegebedürftig. Diesen Begriffen sind drei Pflegestufen zugeordnet: Bemessungsgrundlage für den Schweregrad der Hilfebedürftigkeit in den genannten Verrichtungen des täglichen Lebens ist die Zeit, gemessen in Minuten pro Tag. Den Pflegestufen werden Mindestminutenmengen an täglich erforderlicher Hilfe zugeordnet, die der Versicherte an Hilfebedarf in den im § 14 Abs. 4 SGB XI genannten Verrichtungen auf Dauer erreichen muss. Die Minutenanteile einer Pflegestufe untergliedern sich in unterschiedlich definierten Anteilen nach grundpflegerischem Bedarf und zusätzlich erforderlicher Hilfe in der hauswirtschaftlichen Versorgung (mindestens 45 Minuten am Tag in Pflegestufe 1 und mindestens eine Stunde am Tag in den Pflegestufen 2 und 3).

Im Leistung gewährenden Teil (§§ 36 ff. SGB XI) der Pflegeversicherung wird der in Minuten pro Tag errechneten Pflegestufe ein unterschiedlich hoher Eurobetrag zugewiesen, je nachdem, wofür sich der Versicherte als Leistung entschieden hat: Geld- oder Sachleistung, stationäre Pflege oder Pflege zu Hause lassen in derselben Pflegestufe die Eurobeträge ganz unterschiedlich ausfallen. Die in den jeweiligen Pflegestufen beschriebenen, gedeckelten Leistungsbeträge in Euro unterstreichen erneut die Teilleistungsphilosophie im SGB XI. Die Pflegeversicherung ist ein in mehrfacher Stufung auf Limitierung basierender wie auch darauf abzielender Sozialversicherungszweig.

5. De lege ferenda

5.1 Pflegebedürftigkeit und Pflegebedarf:

Die Verwendung und Operationalisierung des Begriffs „Pflegebedürftigkeit“ im SGB XI führt zu systematischen Problemen, die sich bei der Begutachtung bzw. Einstufung durch den MDK zeigen. Denn „*Pflegebedürftigkeit* [...]“ bezeichnet ganz allgemein den Umstand, dass ein Mensch infolge eines Krankheitsergebnisses oder anderer gesundheitlicher Probleme auf pflegerische Hilfen angewiesen ist. Insofern stellt „pflegebedürftig“ ein Merkmal dar, das ausschließlich dem betroffenen Individuum zuzuordnen ist. Pflegebedürftigkeit spricht einen *Ausschnitt* der Gesamtheit der Hilfebedürftigkeit an, die aus gesundheitlichen Problemlagen erwächst.

Unter *Pflegebedarf* ist ein Teil oder die Gesamtheit der pflegerischen Interventionen zu verstehen, die als geeignet und erforderlich gelten, um pflegerisch relevante Problemlagen zu bewältigen – also streng genommen kein Merkmal des Patienten, sondern das Ergebnis eines Prozesses der Beurteilung und Entscheidung, in den u.a. professionelle, kulturelle oder sozialrechtliche *Normen* einfließen können“ (Wingenfeld 2000).

Der Pflegebedarf wäre also aus Art und Umfang der Abhängigkeit von pflegerischer Unterstützung (Pflegebedürftigkeit) abzuleiten und nicht umgekehrt. Vor allem die Bestimmung des erforderlichen Zeitaufwands, der bei der Pflegestufenzuordnung zugrunde gelegt wird, wirft vor diesem Hintergrund Probleme auf. Denn neben den Selbständigkeitseinbußen existieren viele weitere Faktoren, die in den individuell erforderlichen Zeitaufwand einfließen.

5.2 Das Problem der Pflegezeiten

Bei den Überlegungen, das Ausmaß an „Pflegebedürftigkeit“ nach SGB XI konkret zu fassen, nach einheitlichen Kriterien zu begutachten und nachvollziehbare und nachprüfbare Entscheidungen zu treffen, hat man sich entschieden, hierfür die zeitliche Belastung zu Grunde zu legen. Genauer betrachtet wirft aber eine solche Bewertung für die individuelle Pflege kaum überwindbare Schwierigkeiten auf. Die Zeitorientierungswerte der Begutachtungs-Richtlinien könne da nur eine Notlösung sein. Sie sind nur Anhaltsgrößen und befreien den Gutachter nicht von der Aufgabe, den *individuellen* Zeitaufwand unter den Bedingungen der *individuellen* Pflegesituation zu ermitteln. Aufgrund von Erschwernissen oder erleichternden Faktoren, die in der Person des Pflegebedürftigen oder im Pflegeumfeld begründet liegen, muss der Gutachter von den Zeitorientierungswerten ggf. abweichen. Die Orientierungswerte unterstellen zudem die Hilfeform der vollständigen Übernahme der Verrichtungen durch die Pflegeperson. Das ist auch die einzige Hilfeform, bei der Normzeiten zumindest theoretisch einigermaßen nachvollziehbar begründet werden können. Faktisch wird damit eine Reduzierung der Komplexität der Pflegerealität auf eine weitgehend standardisierte Situation vorgenommen, was abgesehen von der Frage, wie die einzelnen Werte hergeleitet werden können, wirklichkeitsfern erscheint.

Außerdem ergibt sich hinsichtlich des Beginns, der Unterbrechung, der Wiederaufnahme der Verrichtungen eine weitere Reihe von Abgrenzungsschwierigkeiten, die auch nicht gelöst werden können; es sei denn als Realsatire. Zudem werden manche Verrichtungen durch andere überlagert, was die Grenzziehung auch nicht erleichtert.

Der Bezugsrahmen der so genannten Laienpflege führt bei der Begutachtung von Pflegebedürftigkeit zu systematischen Problemen. Das zeigt sich insbesondere bei Heimbewohnern, bei denen vom tatsächlichen Pflegegeschehen und vom konkreten Pflegeumfeld abstrahiert und der Zeitaufwand zugrunde gelegt werden muss, der unter den Bedingungen einer Laienpflege in der häuslichen Umgebung anfallen würde. Wie der Gutachter diese geforderte Fiktion meistern kann, bleibt seit der Einführung der Pflegeversicherung rätselhaft. Zusammen mit den genannten Unwägbarkeiten bei der Festlegung von Zeitwerten ergibt sich damit eine Begutachtungssituation, die dem Anspruch einer objektiven (validen) und zuverlässigen (reliablen) Einschätzung von Pflegebedürftigkeit und Pflegebedarf schwerlich gerecht werden kann.

5.3 Alternative Verfahren zur Begutachtung von Hilfe-, Unterstützungs- und Pflegebedarf

De lege ferenda ergibt sich hieraus ein wichtiger Hinweis: *Zeit ist ein eher ungeeigneter Maßstab zur Beschreibung bzw. Einschätzung von Pflegebedürftigkeit.* In anderen Ländern nimmt man denn auch Abstand vom Versuch, erforderliche Pflegezeiten zum Gradmesser für die Gewährung von Leistungen bzw. für die Definition von Abstufungen der Pflegebedürftigkeit zu machen. Andererseits müssen andere – inhaltlich angemessenere – Kriterien auch die Nachvollziehbarkeits- und Nachprüfbarkeits-Anforderungen einer deutschen Sozialgerichtsbarkeit erfüllen. Die Problemstellungen, die mit dem Pflegebedürftigkeitsbegriff im SGB XI und dem auf Zeit basierenden Begutachtungsverfahren assoziiert

sind, betreffen allerdings nicht nur den engen Verrichtungsbezug und die dargestellten systematischen bzw. methodischen Schwierigkeiten. Beachtung verdienen auch dysfunktionale Effekte auf die Struktur und das Qualitätsniveau der pflegerischen Versorgung. Die Prämissen und Normen, die dem Begriff der Pflegebedürftigkeit unterlegt sind, haben die in Deutschland festzustellende Verengung des *Pflegebegriffs* nicht direkt verursacht, aber doch stark befördert. Die auch unabhängig von der Pflegeversicherung bestehende Tendenz, Pflege auf Hilfen bei körperbezogenen Verrichtungen zu reduzieren, erhielt mit dem aktuellen Verständnis der Pflegebedürftigkeit nachhaltig Auftrieb.

Eine von Alltagsverrichtungen und der medizinischen Behandlung losgelöste pflegerische Unterstützung nimmt – mit Ausnahme der psychiatrischen Versorgung – eine stark untergeordnete Bedeutung in der beruflichen Pflege ein.

Präventive und rehabilitative Funktionen, Palliativpflege oder auch Anleitung, Beratung und edukative Funktionen sind im Alltag der ambulanten ebenso wie der stationären Pflege schwach verankert. In Anbetracht der Herausforderungen, die aus der demografischen Entwicklung, aber auch aus den Umstrukturierungen der Krankenhausversorgung im Gefolge des DRG-Systems erwachsen, ist daher eine zunehmende Diskrepanz zwischen Bedarfslagen und pflegerischem Versorgungsangebot zu befürchten.

Das Leistungsangebot orientiert sich primär an Bedarfslagen, die den Pflegebedürftigkeitsbegriff des SGB XI in den Mittelpunkt stellen. Daneben existiert jedoch eine große Gruppe chronisch Kranker, die auf andere pflegerische Leistungen angewiesen ist (vgl. Landtag NRW 2005). Indirekte Wirkungen zeitigt der aktuelle Pflegebedürftigkeitsbegriff sogar bis hinein in methodische Grundlagen der Pflege: Die Pflegeplanung und -dokumentation in vielen Pflegeeinrichtungen orientiert sich heute sehr

stark an den Verrichtungen, die bei der Einschätzung von Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI berücksichtigt werden. Ein weitergehendes Verständnis von Pflege findet auf dieser Ebene und auch im Bewusstsein vieler Mitarbeiter wenig Raum (BMFSFJ 2002, Bartholomeyczik et al. 2001, Schaeffer, Ewers 2002).

Vor diesem Hintergrund ist die aktuelle Initiative des BMG zur Überprüfung und Neufassung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs und der Entwicklung eines neuen Begutachtungsverfahrens nicht hoch genug einzuschätzen. Im Zusammenhang mit der Diskussion um eine Reform des Pflegeversicherungsgesetzes wurde vom BMG angeregt, über ein Projekt der Spitzenverbände der Pflegekassen nach § 8 Abs. 3 SGB XI die Frage nach Alternativen zum bestehenden Begutachtungsverfahren wissenschaftlich fundieren zu lassen.

Zu diskutieren ist dabei auch die Frage, ob der sozialrechtliche Umfang eines solchen Begutachtungsverfahrens beibehalten werden soll. Das bisherige Begutachtungsinstrument befasst sich nahezu ausschließlich mit den Leistungsvoraussetzungen des SGB XI. Bei einer umfassenden Reform des SGB XI könnte es sinnvoll sein, die Leistungsvoraussetzungen anderer Sozialsysteme passgenauer als bislang aufeinander abzustimmen, auch deren Begutachtungsverfahren und Entscheidungsfindungsverfahren auf den Prüfstand zu stellen und ggf. mit dem neu zu schaffenden Begutachtungsinstrument des SGB XI zu synchronisieren. Mit *einem* Begutachtungsinstrument wäre *ein* Pflege- und Hilfebedarfsgutachten erstellbar, das eine *einheitliche* Grundlage für *eine* integrierte Leistungs- und Hilfeplanung liefern würde. Ein solches Instrument wäre auch Grundlage für die Arbeit der aktuell diskutierten Case- und Caremanager ebenso wie für die Entscheidungen von Vormundschaftsrichtern, die über die Erforderlichkeit einer rechtlichen Betreuersbestellung zu befinden haben. Die erweiterte Aufgabe könnte beim MDK angesiedelt werden; er hat weitreichende Begutachtungserfahrung aus dem SGB XI und ist gleicher-

maßen geeignet wie in der Lage, verantwortungsbewusst und unabhängig eine solche Begutachtung qualitätsgesichert durchzuführen.

Diese Initiative des BMG eröffnet nicht nur einen Weg, die seit vielen Jahren diskutierten Schwachstellen der Pflegeversicherung zu beheben, sondern kann auch als Chance verstanden werden, den Herausforderungen des demografischen Wandels und dem Modernisierungsbedarf der pflegerischen und sozialen Versorgung in Deutschland nachhaltig zu begegnen.

6. Verbesserung der Pflegequalität

Das Pflegeversicherungsgesetz ist das erste Sozialversicherungsgesetz, das den professionellen Pflegedienstleistern als Pflicht auferlegt, internes Qualitätsmanagement zu betreiben und ihre Qualität extern durch den MDK überprüfen zu lassen.

Der MDK führt seit Ende 1996 Qualitätsprüfungen in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen durch. Die Anzahl der jährlichen Qualitätsprüfungen hat sukzessive zugenommen und sich seit etwa 2002 auf einem hohen Niveau etabliert. Die Qualitätsprüfung hat sich damit zu einer zentralen Aufgabe des MDK im Kontext der Pflegeversicherung entwickelt. Bis Ende 2006 hat der MDK bundesweit ca. 32.500 Qualitätsprüfungen in ambulanten Diensten und Pflegeheimen durchgeführt (MDS 2007).

Tab. 5: Qualitätsprüfungen durch den MDK

	ambulant	stationär	gesamt
bis Ende 2006			
- zugelassen	11.997	10.129	22.126
- Prüfungen	14.432	18.121	32.553*
- seit 1997 geprüft	66,6%	80,2%	72,8%

Quelle: MDS, Pflegestatistik 2007

*in dieser Zahl sind Mehrfachprüfungen von Einrichtungen enthalten.

6.1 Prüfansatz des MDK

Der MDK hat von Anfang an einen beratungsorientierten Prüfansatz gewählt: Die Erfahrung zeigt, dass externe Qualitätssicherung wesentlich erfolgreicher ist, wenn beratende Hilfen durch die Prüfinstitution angeboten werden können. Der Beratungsaspekt wird überwiegend während der Qualitätsprüfungen als themenbezogene Impulsberatung umgesetzt. Daneben wird von einigen MDK auf der Grundlage des vom Pflegequalitätssicherungs-Gesetz (PQsG) begründeten Beratungsauftrages nach einer durchgeführten Qualitätsprüfung (z.B. MDK Nordrhein) oder unabhängig von Qualitätsprüfungen (z.B. MDK Rheinland-Pfalz) in qualitätsproblematischen Themenbereichen Beratung angeboten.

Nach dreijähriger Anwendung des 1. MDK-Prüfkonzeptes wurden im Jahr 2000 auf der Grundlage umfangreicher praktischer Prüferfahrungen getrennt für die ambulante und stationäre Pflege weiterentwickelte MDK-Anleitungen vorgelegt. Damit wurde verstärkt die Ergebnisqualität in den Fokus genommen. Die Veröffentlichung des Prüfinstrumentariums brachte von Anfang an Transparenz in das Prüfkonzept und die Prüfkriterien des MDK.

Das aktuelle Prüfkonzept liegt seit Januar 2006 in Form einer von den Spitzenverbänden der Pflegekassen unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes erarbeiteten Qualitätsprüfungs-Richtlinie (QPR) einschließlich der Erhebungsbögen zur Prüfung der Qualität vor³, die mit den aktualisierten und abermals weiterentwickelten Prüfanleitungen unmittelbar verknüpft sind. Durch die Normierung der Prüfgrundlagen als Richtlinien sind diese für alle MDK und Auftrag gebenden Pflegekassen verbindlich. Die neuen Prüfgrundlagen vollziehen eine weitere Schwerpunktverlagerung zur Prozess- und insbesondere Ergebnisqualität.

3 Als download: www.mds-ev.org.

6.2 Qualitätsebenen und Qualitätsperspektiven

Ungeachtet der Schwerpunktverlagerung der Prüfinhalte in Richtung Prozess- und Ergebnisqualität kann auf Strukturparameter nicht vollständig verzichtet werden. Um den beratungsorientierten Prüfansatz umsetzen und Verbesserungspotentiale aufzeigen zu können, ist eine Betrachtung aller Ebenen der Qualität nach wie vor erforderlich.

Bei der Qualitätsprüfung des MDK spielen zwei Perspektiven eine Rolle, die gesondert zu bewerten sind: Die Nutzerperspektive und die fachliche Perspektive.

Die Nutzerperspektive wird mittels einer Befragung der kommunikationsfähigen Bewohner bzw. Pflegebedürftigen erhoben. Konkret erfragt werden die Zufriedenheit mit dem Personal sowie die Zufriedenheit mit der Pflege, der sozialen Betreuung, der Hausreinigung und dem Essen. Dabei wird die Bewertung der Nutzerperspektive strikt von der Bewertung der fachlichen Perspektive getrennt.

Die fachliche Perspektive fokussiert die Umsetzung des aktuellen pflegewissenschaftlichen Wissens bei den Interventionen, insbesondere in Pflege und sozialer Betreuung, und die Umsetzung des aktuellen Stands des Wissens in Bezug auf das Pflegemanagement, einschließlich des Qualitätsmanagements und der Schnittstellen zu den Leistungsbereichen Hauswirtschaft und soziale Betreuung. Insgesamt tragen die Qualitätsprüfungen dem Gedanken des Verbraucherschutzes Rechnung.

6.3 Ergebnisse des MDS Qualitätsberichts 2007

Im Berichtszeitraum 2004 bis 2006 wurden Einzeldatensätze aus 3.736 Qualitätsprüfungen in ambulanten Pflegediensten unter Einbeziehung von 14.925 Pflegebedürftigen und aus 4.215 Qualitätsprüfungen in stationären Pflegeeinrichtungen unter Einbeziehung von 24.648 Bewohnern

ausgewertet. Das entspricht einem Anteil von 31,1% aller zugelassenen Pflegedienste und einem Anteil von 41,6% aller zugelassenen stationären Pflegeeinrichtungen.

Die Qualitätsprüfungen im Jahr 2006 wurden von 175 Mitarbeitern des MDK durchgeführt, davon waren 145 Mitarbeiter überwiegend für diese Aufgabe speziell qualifizierte Pflegefachkräfte.

Der Anteil der unangemeldeten Prüfungen lag im Jahr 2006 bei den anlassbezogenen Qualitätsprüfungen – hier liegt meist eine Beschwerde zu Grunde – in der ambulanten Pflege bei 42,2% und in der stationären Pflege bei 72,1%. Bezogen auf alle Prüfarten betrug der Anteil der unangemeldeten Prüfungen in der ambulanten Pflege 10,5% und in der stationären Pflege 56%.

Die Prüfergebnisse des MDK zeigen nach wie vor einen erheblichen Entwicklungsbedarf in der Qualität der Pflege auf. Im Vergleich zum 1. Bericht sind zwar Verbesserungen eingetreten, allerdings vielfach auf der Grundlage eines niedrigen Ausgangsniveaus. Die eingetretenen Verbesserungen sind einerseits den Qualitätsbemühungen der Pflegeeinrichtungen zuzuschreiben, andererseits haben die Qualitätsprüfungen des MDK direkt und indirekt Einfluss auf die Qualitätsentwicklung in den Pflegeeinrichtungen genommen.

6.3.1 Ambulante Pflege

Im Jahr 2006 wurden 1.614 Prüfungen in ambulanten Pflegediensten durchgeführt. Auf Grund der Umstellung auf neue Prüfgrundlagen im Jahre 2006 standen die Daten aus 601 Prüfungen des ersten Halbjahres 2006 zur Verfügung.

Die Ermittlung der Ergebnisqualität erfolgt im Rahmen der Erhebung

beim Pflegebedürftigen. Bei den 601 für das Jahr 2006 vorliegenden Einrichtungsergebnissen wurden 2.324 Pflegebedürftige besucht.

Bei den Qualitätsprüfungen des MDK stehen die fachlichen und objektiv beurteilbaren Aspekte der Qualität im Vordergrund. Daneben bieten die Ergebnisse aus der Befragung der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen Informationen zu deren Zufriedenheit. Die Zufriedenheitswerte der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen bewegen sich mit jeweils über 90% (z.B. Einhaltung der Einsatzzeiten 98,2%, Einsatz eines überschaubaren Kreises von Mitarbeitern 97,3%) weiterhin auf einem hohen Niveau. Ein leichter Rückgang ist lediglich bei der Frage zu verzeichnen, ob die vereinbarten Leistungen vom Pflegedienst durchgeführt worden sind (2. HJ 2003 93,0%, 1. HJ 2006 92,2%). Einschränkend ist darauf hinzuweisen, dass sich ältere Menschen bei Zufriedenheitsbefragungen tendenziell überwiegend positiv äußern und dass auf Grund kognitiver Einschränkungen nur ein Teil der Pflegebedürftigen im Rahmen der Qualitätsprüfung befragt werden kann.

Die fachliche Bewertung der Versorgung im Bereich der Prozess- und Ergebnisqualität umfasst insbesondere die Erhebung des Pflegezustandes und den Umgang mit konkreten Pflegeproblemen.

Der Pflegezustand (z.B. Körperpflege, Bekleidung) war bei 94,3% der in die Prüfung einbezogenen Personen angemessen, bei 5,7% der besuchten Pflegebedürftigen ist ein unzureichender Pflegezustand festgestellt worden, der unmittelbar auf die Qualität der Versorgung durch den Pflegedienst zurückzuführen war. Allein bei den 601 Prüfungen im 1. HJ 2006 von Einrichtungen in der ambulanten Pflege, für die Daten zur Verfügung stehen, wurde demnach bei 126 Personen ein unzureichender Pflegezustand festgestellt.

Bei den Qualitätskriterien, die sich mit konkreten Pflegeproblemen be-

beschäftigen (Dekubitusprophylaxe, Ernährung und Flüssigkeitsversorgung, Inkontinenzversorgung sowie Versorgung von Personen mit gerontopsychiatrischen Beeinträchtigungen) bewegen sich die Pflegeeinrichtungen nach wie vor auf einem qualitativ nicht zufriedenstellenden Niveau. Im Verlauf sind jedoch leichte Verbesserungen zwischen 3,3 und 7,6% im Vergleich zum 1. Bericht feststellbar. Im Jahr 2006 lag der Anteil der Personen mit einer

- angemessenen Dekubitusprophylaxe bei 57,6% (2. HJ 2003 50,8%), während bei 42,4% Defizite festgestellt wurden
- angemessenen Ernährung und Flüssigkeitsversorgung bei 70,4% (2. HJ 2003 62,8%), hingegen lagen bei 29,6% Defizite vor
- angemessenen Inkontinenzversorgung bei 78,5% (2. HJ 2003 75,2%), bei 21,5% fanden sich Defizite
- angemessenen Versorgung von Personen mit gerontopsychiatrischen Beeinträchtigungen bei 73,9% (2. HJ 2003 67,3%), bei 26,1% lagen hingegen Defizite vor.

Die hier dargestellten Qualitätsdefizite weisen auf potenzielle Gesundheitsgefährdungen der Pflegebedürftigen hin.

Bei der Umsetzung des Pflegeprozesses und der Pflegedokumentation sind auf der Grundlage niedriger Ausgangsniveaus leichte Verbesserungen zu verzeichnen. Erheblicher Optimierungsbedarf besteht weiterhin bei entscheidenden Schritten des Pflegeprozesses: Eine individuelle Maßnahmenplanung ist bei 48,4% (2. HJ. 2003 45,9%) der Pflegebedürftigen nachvollziehbar gewesen, eine Evaluation des Pflegeprozesses bei 49,7% (2. HJ. 2003 41,9%). Situationsgerechtes Handeln bei akuten Ereignissen war bei 79,9% (2. HJ 2003 66,3%) der analysierten Pflegedokumentationen erkennbar. In 20,1% der Fälle war ein situationsgerechtes Handeln nicht nachvollziehbar. Das heißt, dass z.B. bei Sturzereignissen

eine Ursachenanalyse oder eine Information an den Hausarzt nicht feststellbar war.

Die Prüfung der Struktur- und Prozessqualität erfolgt durch die Erhebung in der Pflegeeinrichtung.

Der Bekanntheitsgrad der in den Pflegeeinrichtungen entwickelten Pflegekonzepte bei den Mitarbeitern gilt als Indikator für deren Umsetzung. Bei 59,0% (2. HJ 2003 50,9%) der Pflegeeinrichtungen waren die Pflegekonzepte den Mitarbeitern bekannt. Damit waren in vier von zehn ambulanten Pflegediensten den Mitarbeitern die konzeptionellen Grundlagen für ihre Arbeit nicht bekannt.

Die Wahrnehmung der Managementaufgaben durch die verantwortlichen Pflegefachkräfte in der ambulanten Pflege zeigt kaum Verbesserungen:

- Die Verantwortungswahrnehmung für die Planung der Pflegeprozesse ist leicht rückläufig (2. HJ 2003 61,7%, 1. HJ 2006 60,0%)
- die Verantwortungswahrnehmung für die Führung der Pflegedokumentation stagniert (2. HJ 2003 60,4%, 1. HJ 2006 60,5%)
- die Verantwortungswahrnehmung bei der Einsatzplanung ist rückläufig (2. HJ 2003 86,4%, 1. HJ 2006 83,6%)
- die Verantwortungswahrnehmung für die Durchführung von Dienstbesprechungen hat sich leicht verbessert (2. HJ 2003 87,6%, 1. HJ 2006 88,9%).

Die fachliche Überprüfung der Pflegekräfte durch geeignete Methoden (z.B. Pflegevisiten) wurde im Jahr 2006 lediglich bei 60,9% (2. HJ 2003 51,8%) gewährleistet. Ein qualifikationsgemäßer Einsatz der Pflegekräfte erfolgte bei 69,8% (2. HJ 2003 68,2%) der ambulanten Pflegedienste. In einem knappen Drittel der Pflegeeinrichtungen wurden Mitarbeiter mit Aufgaben betraut, für die sie nicht qualifiziert waren.

Die Durchführung von internen Qualitätssicherungsmaßnahmen hat sich nicht verbessert. Nach wie vor führen ca. 70,9% (2. HJ 2003 71,0%) der geprüften Pflegedienste entsprechende Maßnahmen durch. Der Anteil der Pflegedienste, die ihre Fortbildungen auf der Grundlage eines Fortbildungsplanes durchführen, ist hingegen von 59,7% (2. HJ 2003) auf 77,2% (1. HJ 2006) gestiegen.

Leichte Verbesserungen sind bei der Anwendung von Einarbeitungskonzepten zu verzeichnen (2. HJ 2003 60,0%, 1. HJ 2006 64,7%). Deutlich häufiger als beim 1. Bericht wenden ambulante Pflegedienste Hygienestandards an (2. HJ 2003 51,2%, 1. HJ 2006 72,4%), allerdings lag der Ausgangswert auch sehr niedrig. Immer noch in über einem Viertel aller ambulanten Pflegedienste werden Hygienestandards nicht umgesetzt.

6.3.2 Stationäre Pflege

Im Jahr 2006 wurden 2.469 Prüfungen in stationären Pflegeeinrichtungen durchgeführt. Auf Grund der Umstellung auf neue Prüfgrundlagen im Jahre 2006 standen die Daten aus 718 Prüfungen des 1. HJ 2006 zur Verfügung. Durch die Beteiligung der Heimaufsicht, die im Vergleich zum 1. Bericht noch einmal erhöht werden konnte, wird der Zielsetzung des PQsG und des Heimgesetzes sowie den Wünschen der Pflegeeinrichtungen entsprochen, Doppelprüfungen möglichst zu vermeiden. In 54,5% der Prüfungen des MDK war die Heimaufsicht beteiligt (2. HJ 2003 45,5%).

Die Ermittlung der Ergebnisqualität erfolgt im Rahmen der Erhebung beim Bewohner. Bei den 718 für das Jahr 2006 vorliegenden Einrichtungsergebnissen wurden 4.309 Bewohner aufgesucht.

Auch bei den Qualitätsprüfungen in Pflegeheimen stehen die fachlichen und objektiv beurteilbaren Aspekte der Qualität im Vordergrund. Daneben bieten die Ergebnisse aus der Befragung der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen Informationen zu deren Zufriedenheit. Die Zufrieden-

heitswerte der auskunftsähigen Bewohner bewegen sich mit jeweils über 90% (z.B. Körperpflege entsprechend den Wünschen und Bedürfnissen erbracht 95,7%, Abstand Mahlzeiten angemessen 94,5%) weiterhin auf einem hohen Niveau. Auch bei diesen hohen Zufriedenheitswerten ist einschränkend ist darauf hinzuweisen, dass sich ältere Menschen bei Befragungen (in so genannten totalen Institutionen) tendenziell überwiegend positiv äußern und dass auf Grund kognitiver Einschränkungen nur ein Teil der Bewohner im Rahmen der Qualitätsprüfung befragt werden kann.

Der Pflegezustand (z.B. Körperpflege, Bekleidung) war bei 90,0% (2. HJ 2003 82,6%) der in die Prüfung einbezogenen Bewohnern angemessen, bei jedem zehnten der aufgesuchten Bewohner ist ein unzureichender Pflegezustand festgestellt worden, der unmittelbar auf die Qualität der Versorgung durch die stationäre Pflegeeinrichtung zurückzuführen war. Allein bei den 708 Einrichtungs-Prüfungen im 1. HJ 2006 in der stationären Pflege, für die Daten zur Verfügung stehen, wurde demnach bei insgesamt 405 Personen ein unzureichender Pflegezustand festgestellt.

Der Umgang mit freiheitseinschränkenden Maßnahmen war bei 93,5% (2. HJ 2003 91,4%) der Bewohner angemessen, bei 6,5% der Bewohner entsprach der Umgang mit freiheitseinschränkenden Maßnahmen nicht den gesetzlichen Anforderungen. Allein bei den 708 Prüfungen im 1. HJ 2006 in der stationären Pflege, für die Daten zur Verfügung stehen, sind demnach 113 Personen angetroffen worden, bei denen der Umgang mit freiheitseinschränkenden Maßnahmen nicht den Anforderungen genügte.

Bei den Qualitätskriterien, die sich mit konkreten Pflegeproblemen beschäftigen (Dekubitusprophylaxe, Ernährung und Flüssigkeitsversorgung, Inkontinenzversorgung sowie Versorgung von Personen mit gerontopsychiatrischen Beeinträchtigungen) bewegen sich die Pflegeeinrichtungen nach wie vor auf einem nicht zufriedenstellenden Niveau.

Im Verlauf sind jedoch leichte Verbesserungen zwischen 4,6 und 7,6% im Vergleich zum 1. Bericht feststellbar. Im Jahr 2006 lag der Anteil der Personen mit einer

- angemessenen Dekubitusprophylaxe bei 64,5% (2. HJ 2003 56,9%), während bei 35,5% Defizite festgestellt wurden
- angemessenen Ernährung und Flüssigkeitsversorgung bei 65,6% (2. HJ 2003 59,0%), hingegen lagen bei 34,4% Defizite vor
- angemessenen Inkontinenzversorgung bei 84,5% (2. HJ 2003 79,9%), bei 15,5% fanden sich Defizite
- angemessenen Versorgung von Personen mit gerontopsychiatrischen Beeinträchtigungen bei 69,7% (2. HJ 2003 69,6%), bei 30,3% lagen hingegen Defizite vor.

Im Umgang mit Medikamenten zeigte sich eine vollständige und korrekte Dokumentation bei 94,1% (2. HJ 2003 87,5%) der Bewohner, die Bedarfsmedikation war bei 86,1% (2. HJ 2003 78,2%) der Bewohner nachvollziehbar und bei 92,2% (2. HJ 2003 83,4%) der Bewohner wurden die Medikamente nach der Pflegedokumentation gerichtet. Auch wenn diese Werte im Vergleich zum 1. Bericht verbessert werden konnten, besteht aufgrund der besonderen Gefahrenneigung beim Umgang mit Medikamenten weiterhin Optimierungsbedarf.

Die oben dargestellten Qualitätsdefizite weisen auf potenzielle Gesundheitsgefährdungen der Pflegebedürftigen hin.

Bei der Umsetzung des Pflegeprozesses und der Pflegedokumentation sind auf der Grundlage niedriger Ausgangsniveaus Verbesserungen zu verzeichnen. Wenn in der stationären Pflege auch bessere Ergebnisse erreicht werden als in der ambulanten Pflege, so besteht auch hier weiterhin bei entscheidenden Schritten des Pflegeprozesses erheblicher Op-

timierungsbedarf: Eine individuelle Maßnahmenplanung ist bei 56,8% (2. HJ 2003 50,7%) der Bewohner nachvollziehbar gewesen, eine Evaluation des Pflegeprozesses bei 63,5% (2. HJ 2003 49,5%). Situationsgerechtes Handeln bei akuten Ereignissen war bei 85,8% (2. HJ 2003 72,3%) der analysierten Pflegedokumentationen erkennbar. In 14,2% der Fälle war ein situationsgerechtes Handeln nicht nachvollziehbar. Das heißt, dass z.B. bei Sturzereignissen eine Ursachenanalyse oder eine Information an den Hausarzt nicht feststellbar war.

Der Bekanntheitsgrad der in den Pflegeeinrichtungen entwickelten Pflegekonzepte bei den Mitarbeitern gilt als Indikator für deren Umsetzung. Bei 75,6% (2. HJ 2003 58,0%) der Pflegeeinrichtungen waren die Pflegekonzepte den Mitarbeitern bekannt. Damit waren in einem Viertel der stationären Pflegeeinrichtungen den Mitarbeitern die konzeptionellen Grundlagen für ihre Arbeit nicht bekannt.

Die Wahrnehmung der Managementaufgaben durch die verantwortlichen Pflegefachkräfte in der stationären Pflege zeigt zwischen dem 2. HJ 2003 und dem 1. HJ 2006 Verbesserungen:

- Die Verantwortungswahrnehmung für die Planung der Pflegeprozesse steigt von 62,7% auf 74,8%
- die Verantwortungswahrnehmung für die Führung der Pflegedokumentation steigt von 62,7% auf 74,4%
- die Verantwortungswahrnehmung für die Dienstplanung steigt von 79,8% auf 90,3%.
- die Verantwortungswahrnehmung für die Durchführung von Dienstbesprechungen steigt von 88,1% auf 92,8%.

In der stationären wie in der ambulanten Pflege zeigt sich, dass es den verantwortlichen Pflegekräften besser gelingt, entsprechende Regelun-

gen für die Dienst- und Einsatzplanung sowie für die Durchführung von Besprechungen zu treffen, als notwendige Regelungen zur Umsetzung des Pflegeprozesses und der Pflegedokumentation vorzunehmen.

Die fachliche Überprüfung der Pflegekräfte durch geeignete Methoden (z.B. Pflegevisiten) wurde im Jahr 2006 bei lediglich 65,9% (2. HJ 2003 54,1%) der stationären Pflegeeinrichtungen gewährleistet. Der qualifikationsgemäße Einsatz der Pflegekräfte erfolgte bei 76,6% (2. HJ 2003 68,7%) der stationären Pflegeeinrichtungen. In einem knappen Viertel der Pflegeeinrichtungen wurden hingegen Mitarbeiter mit Aufgaben betraut, für die sie nicht qualifiziert waren.

Anders als in der ambulanten Pflege konnten sich die stationären Pflegeeinrichtungen bei der Durchführung interner Qualitätssicherungsmaßnahmen verbessern. Inzwischen führen 89,6% (2. HJ 2003 75,7%) der stationären Pflegeeinrichtungen entsprechende Maßnahmen durch.

Leichte Verbesserungen sind bei der Anwendung von Einarbeitungskonzepten zu verzeichnen (2. HJ 2003 63,4%, 1. HJ 2006 82,7%). Noch ein knappes Fünftel der stationären Pflegeeinrichtungen setzt allerdings noch keine Einarbeitungskonzepte ein.

Der Anteil der stationären Pflegeeinrichtungen, die Hygienestandards umsetzen, ist in der Zeit vom 2. HJ 2003 (65,6%) zum 1. HJ 2006 (85,1%) deutlich angestiegen. In über jeder zehnten stationären Pflegeeinrichtung werden Hygienestandards noch nicht umgesetzt.

Die soziale Betreuung gehört zum gesetzlich vorgeschriebenen und vertraglich vereinbarten Leistungsumfang einer jeden Pflegeeinrichtung. Daher ist es unverständlich, dass bei den Qualitätsprüfungen des MDK immerhin fast vier Prozent der stationären Pflegeeinrichtungen keine Angebote der sozialen Betreuung nachweisen können (96,1% der stationären Pflegeeinrichtungen bieten Leistungen der sozialen Betreuung an,

2 HJ 2003 92,7%). Bei 70,2% (2. HJ 2003 66,7%) der Pflegeeinrichtungen ist das Angebot der sozialen Betreuung auf das Bewohnerklientel ausgerichtet. In drei von zehn stationären Pflegeeinrichtungen ist dies noch nicht der Fall, so dass die Beschäftigungsangebote einen Großteil der Bewohner nicht erreichen.

6.3.3 Vergleich zwischen Pflegeeinrichtungen mit und ohne zertifiziertem Qualitätsmanagement

Der Vergleich zwischen Pflegeeinrichtungen mit und ohne zertifiziertem Qualitätsmanagement hat ergeben, dass zertifizierte Pflegeeinrichtungen zwar in der Dokumentation des Qualitätsmanagements bessere Ergebnisse aufweisen, dass es den zertifizierten Pflegeeinrichtungen aber nicht gelungen ist, die Impulse der Zertifizierung für die Versorgungsqualität nutzbar zu machen. In der Versorgungsqualität weisen zertifizierte Pflegeeinrichtungen keine nennenswert besseren Ergebnisse auf.

6.3.4 Nutzenbewertung von Qualitätsprüfungen durch geprüfte Pflegeeinrichtungen

Qualitätsprüfungen sind für zu prüfende Pflegeeinrichtungen ein Eingriff in den gewohnten Organisationsablauf, können ggf. die Umsetzung qualitätsverbessernder Maßnahmen nach sich ziehen und sind wegen der angestoßenen Veränderungsprozesse oftmals mit Unsicherheiten bei den verantwortlichen Mitarbeitern der Pflegeeinrichtungen verbunden. Trotz dieses Sachverhaltes zeigen die Ergebnisse einer Umfrage des MDK Nord rhein, dass die überwiegende Mehrheit (70%) der Pflegeeinrichtungen, die sich an der Umfrage beteiligt haben, die Qualitätsprüfungen insgesamt positiv erlebt hat. Die meisten dieser Pflegeeinrichtungen stimmen der Aussage zu, dass die Qualitätsprüfungen des MDK einen hohen praktischen Nutzen (75% trifft voll zu, 22% trifft überwiegend zu) für die Qualitätssicherung der Pflegeeinrichtung haben. Dies sind Ergebnisse, die den

MDK als externe Prüfinstitution mit seinem professionellen beratungsorientierten Prüfansatz bestätigen.

6.4 Transparenz der Prüfergebnisse

Die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen des MDK werden vom MDK der geprüften Pflegeeinrichtung, den Landesverbänden der Pflegekassen, den zuständigen Sozialhilfeträgern und bei Pflegeheimen zusätzlich den Heimaufsichtsbehörden mitgeteilt. Diese Prüfberichte bilden eine gute Grundlage, um interessierte Verbraucher über den qualitativen Status der Pflegeeinrichtungen einer Region zu informieren. Jedoch steht dem bisher der §115 Abs. 1 Satz 4 SGB XI entgegen: Gegenüber Dritten sind die Prüfer und die Empfänger der Daten zur Verschwiegenheit verpflichtet.

„Wer für einen Angehörigen einen Platz in einem Altenheim sucht, der ist gezwungen, eine Dienstleistung zu kaufen, über deren Qualität er nur Vermutungen anstellen kann. Zugleich gibt es eine öffentlich-rechtliche Qualitätskontrolle, die detailliert Auskunft geben könnte.“ (Drieschner 2007). Man scheint in den politischen Parteien inzwischen erkannt zu haben, dass diese „Verschwiegenheit“ über Prüfergebnisse, die mit öffentlichen Beitragsgeldern erstellt werden, eher die qualitativ schlechten Einrichtungen schützt und dem Verbraucher wichtige Informationen für seine Entscheidung nach einem guten Pflegeanbieter vorenthalten. Allerdings sind die im Regierungsentwurf dazu enthaltenen Transparenzvorschläge nicht geeignet, das Versprechen nach Transparenz einzulösen: die Kriterien für eine Veröffentlichung der laienverständlichen Prüfberichte festzulegen, soll den Verbänden der Trägereinrichtungen und den Kostenträgern übertragen werden. Der Vergleich liegt auf der Hand: die Waschmitteltests der Stiftung Warentest wären entwertet, wenn deren Veröffentlichungskriterien zuvor die Waschmittelindustrie festgelegt hätte. Hier sind unabhängige Sachwalter gefragt, die über die Veröffentlichungskriterien von Qualitätsberichten entscheiden.

7. Ausblick und Perspektive

Die Zugangsvoraussetzungen zu den Leistungen der Pflegeversicherung bedürfen einer gründlichen Revision.

Die bislang rein somatisch ausgerichtete Legaldefinition von Pflegebedürftigkeit des SGB XI diskriminiert den Hilfebedarf von psychiatrisch oder hirnorganisch bedingt Pflegebedürftigen; sie ist rein verrichtungsbezogen und privilegiert den somatisch bedingten Hilfebedarf. Wir brauchen ein Pflegebedürftigkeitsverständnis im SGB XI, das neben den bisher im SGB XI genannten Kriterien die spezifisch hirnorganisch/psychiatrisch bedingten Hilfebedarfe beschreibt, wie z.B. Sicherheitsaspekte (so genannter allgemeiner Beaufsichtigungsbedarf), die Fähigkeit zur Beschäftigung, Tagesgestaltung und zur Kommunikation sind als Hauptkriterien zu nennen. Ein Instrument zur Erfassung dieser Hilfebedarfe muss wissenschaftlichen Kriterien nach Reliabilität und Validität genügen. Ein Blick auf die Vorgehensweise der spanischen Zentralregierung bei der Vorgehensweise zur Einführung der spanischen Pflegeversicherung zeigt, wie es auch gehen könnte: Wissenschaftler unterschiedlicher Fachrichtungen haben ein Verfahren entwickelt und evaluiert. Die auch in Spanien vorhandenen Verbandsinteressen wurden vom zuständigen Ministerium mit berücksichtigt; ansonsten hat man sich auf den Rat ausgewiesener Experten verlassen.

Im Hinblick auf die Qualitätsentwicklung müssen das Nebeneinander von trägerinternen Qualitätssicherungsmaßnahmen und flankierende externe Qualitätsprüfungen durch MDK und Heimaufsicht beibehalten, systematisiert und weiter optimiert werden. Die Gleichstellung von externen Qualitätsprüfungen des MDK mit gekauften Zertifikaten und Gütesiegeln ist nicht nur methodisch höchst fragwürdig, es zementiert eine Unvergleichbarkeit der Pflegeeinrichtungen auf Jahre. Das Transparenzgebot muss durch unabhängig zustande gekommene Publikationskriterien realisiert werden.

Die Pflegeinfrastrukturentwicklung bedarf stärkerer Impulse als bisher. Es hat sich gezeigt, dass alleine die so genannten *Kräfte des Marktes* wenig zur Veränderung beizutragen vermögen. Um das Ziel „ambulant vor stationär“ zu operationalisieren, bedarf es Rahmenvorgaben, damit die verantwortlichen Akteure bedarfsgerechte Angebote schaffen. Auch hierzu kann der MDS bei Bedarf sachgerechte Lösungsvorschläge unterbreiten.

Literatur

- Bartholomeyczik, S. (2002). Analyse des Pflegebedarfs Schwerstpflegebedürftiger im außerstationären Bereich. In: Schaeffer, D., Ewers, M. (Hrsg.). Ambulant vor stationär. Perspektive für eine integrierte Pflege Schwerkranker. Bern: 199ff
- Bartholomeyczik, S., Zegelin-Abt, A., Hunstein, D., Koch, V. (2001). Zeitrichtlinien zur Begutachtung des Pflegebedarfs. Evaluation der Orientierungswerte für die Pflegezeitbemessung. Frankfurt am Main
- Beyer, T. (2007). Für ein Alter in Würde. Die Leistungen der Freien Wohlfahrt in der Pflege. www.bayern.awo.de/fileadmin/Content/Dokumente/Fakten/altern_in_wuerde.pdf, letzter Zugriff: 27.11.2007
- BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (2007). Entwurf eines Gesetzes zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung. www.bmg.bund.de/cln_041/nn_604244/SharedDocs/Gesetzes-texte/Entwuerfe/Pflege-Weiterentwicklungsgesetz;templateId=raw,property=publicationFile.pdf/Pflege-Weiterentwicklungsge-setz.pdf, letzter Zugriff: 27.11.2007
- BMFSFJ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) (2002). Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation. Zur Problematik der nicht gewährleisteten Diagnostik und Therapie bei Demenzkranken. Berlin/Bonn: 175ff
- BMJ (Bundesministerium der Justiz) (2007). Sozialgesetzbuch (SGB) – Elftes Buch (XI) – Soziale Pflegeversicherung. Bundesministerium der Justiz in Zusammenarbeit mit der juris GmbH. www.gesetze-im-internet.de/sgb_11/, letzter Zugriff: 27.11.2007
- Bundestag (1997). BtDrucksache 13/8196. Deutscher Bundestag: Drucksache 13/8196 vom 09.07.1997. Kleine Anfrage der Abge-

ordneten Petra Bläss und der Gruppe der PDS zum Standard-Pflegesatz-Modell. <http://dip.bundestag.de/btd/13/081/1308196.pdf>, letzter Zugriff: 27.11.2007

Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge (DV) (Hrsg.) (1976). Vorschläge zur Weiterentwicklung der Sozialhilfe. Frankfurt am Main: 51f

Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge (DV) (Hrsg.) (1980). Thesen des Deutschen Vereins zur Neuregelung der Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit. Nachrichtendienst des Deutschen Vereins (NDV) 1980: 177-179

Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.) (2002). Hochaltrigkeit und Demenz als Herausforderung an die Gesundheits- und Pflegeversorgung. Expertisen zum Vierten Altenbericht der Bundesregierung. Band III. Hannover: 65ff

Drieschner, F.(2007). Das Geheimnis guter Pflege. Die Bundesregierung will die Betreuung in Altenheimen verbessern – und nimmt viel Rücksicht auf Interessenverbände. Die Zeit Nr. 39/2007 vom 20.09.2007

Hasseler, M., Görres, S. (2005). Was Pflegebedürftige wirklich brauchen. Zukünftige Herausforderungen an eine bedarfsgerechte ambulante und stationäre pflegerische Versorgung. Pflegebibliothek – Berliner Schriften 2005. Hannover: 18f

Höft, B. (2000). Soziale Pflegeversicherung wird dem Hilfebedarf gerontopsychiatrisch Pflegebedürftiger nicht gerecht. Die BKK 4/2000: 163–166

Landtag Nordrhein-Westfalen (Hrsg.) (2005). Situation und Zukunft der Pflege in NRW. Bericht der Enquete-Kommission des Landtags Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf

MDS (Hrsg.) (2007). 2. Bericht des MDS nach § 118 Abs.4 SGB XI.

www.mds-ev.org

Rennen-Althoff, B., Schaeffer, D. (Hrsg.) (2000). Handbuch der Pflegewissenschaft. Weinheim/München

Schaeffer, D., Ewers, M. (Hrsg.). Ambulant vor stationär. Perspektive für eine integrierte Pflege Schwerkranker. Bern

Steffen, P (1980). Anmerkungen zu den Thesen des Deutschen Vereins zur Neuregelung der Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit. Nachrichtendienst des Deutschen Vereins (NDV) 1980: 177-179

Wingenfeld, K. (2000). Pflegebedürftigkeit, Pflegebedarf und pflegerische Leistungen. In: Rennen-Althoff, B., Schaeffer, D. (Hrsg.) (2000). Handbuch der Pflegewissenschaft. Weinheim/München: 339ff

Links:

www.mds-ev.org

www.gesetze-im-internet.de/sgb_11/

Welche Strategien zur Verbesserung der medizinischen Versorgung älterer Menschen kann die GEK fördern?

Thomas Schürholz,

Nicole Baumann, Christoph Lorenz, Hans Dörning

Die im Folgenden dargestellte Auswertung ist das Ergebnis eines Modellvorhabens der Gmünder ErsatzKasse GEK, welches im Rahmen einer randomisiert kontrollierten Längsschnittstudie durchgeführt wurde. Die Evaluation erfolgte durch das ISEG-Institut, Hannover.

1. Einleitung

Der demographische Wandel wird bei der gesetzlichen Krankenversicherung sowie bei der Pflegeversicherung dazu führen, dass die Zahl der älteren Beitragszahler immer größer wird. In 20 bis 30 Jahren werden mehr Menschen zwischen 60 und 80 Jahre alt sein als zwischen 20 und 40. Bei einem 60-Jährigen sind die Gesundheitsausgaben im Vergleich zu denen eines 20-Jährigen derzeit im Durchschnitt mehr als doppelt so hoch. Zudem steigt mit der alternden Gesellschaft die Prävalenz chronischer Krankheiten. Die Versorgungsausgaben pro Kopf nehmen heute im Mittel für Versicherte ab dem 60. Lebensjahr kontinuierlich zu und für Hochbetagte im Vergleich zu Jüngeren entsprechend ab, während sie im letzten Jahr eines Lebens jeweils am höchsten sind. Hinzu kommen das Zusammenspiel aus Mengenausweitung und einzelnen teuren Mitteln und Verfahren sowie die Auswirkungen des voranschreitenden medizinisch-technischen Fortschritts. So können zusätzlichen „Belastungen“ auch „Entlastungen“ gegenübergestellt werden, denn gleichfalls muss sich das öffentliche Bild des Alters grundlegend ändern. Die große Mehrheit der Menschen ab 60 Jahren ist heute nicht hilfs- und pflege-

bedürftig, sondern über lange Jahre aktiv, mobil und gesund. Sie zeichnet sich durch eine hohe Bereitschaft zu privatem und gesellschaftlichem Engagement aus, aber auch durch eine in großen Teilen gute wirtschaftliche Lage und eine gute Ausbildung. „Gesund älter werden“ stellt daher nicht nur eine Chance sondern auch eine Notwendigkeit zur Umgestaltung und Sicherstellung der medizinischen Versorgung von Morgen dar. Denn unsere alternde Gesellschaft ist nicht nur dadurch geprägt, dass zukünftig immer mehr Rentnerinnen und Rentner aus dem Sozialtopf zu versorgen sind, sondern auch weniger unentgeltlich mitversicherte Kinder und Jugendliche. So müssen die Ansätze einer alters- und zielgruppengerechten aktiven Gesundheitsförderung und Prävention frühzeitig genutzt und im Sinne der „Hilfe zur Selbsthilfe“ ausgebaut werden. Denn es ist besser, beeinflussbare (chronische) Krankheiten durch ein erlernbares gesundheitsbezogenes Selbstmanagement zu vermeiden, als sie später für teures Geld zu behandeln. Außerdem stellt der Erhalt der Selbständigkeit einen wichtigen Beitrag zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit dar.

Unter diesen Gesichtspunkten wurde das im Folgenden vorgestellte Modellprojekt von der GEK initiiert.

2. „Gewonnene Jahre“ - Effektivität und Effizienz einer multimodalen stationären Maßnahme zur Vorbereitung auf den Ruhestand

2.1 Zielsetzung

Die Tatsache, dass Menschen ab einem bestimmten Lebensalter als alt wahrgenommen werden, ist vor allem die Folge gesellschaftlicher Konvention. Mit dem Eintritt in das Rentenalter muss der Mensch Rollen aufgeben, die in unserer Gesellschaft als zentral gewertet werden. Die Zentralität dieser Rollen hat damit zu tun, dass der Beruf in unserer Gesellschaft das strukturierende Merkmal des Lebenslaufs darstellt. Insofern

bedeutet der Ruhestand für viele Menschen nach oft jahrzehntelanger Berufstätigkeit einen biographischen Umbruch, auf den die Betroffenen oftmals nicht adäquat vorbereitet sind. Dies kann unter Umständen nicht nur zu Anpassungsproblemen und psychosomatischen Schwierigkeiten führen, sondern im schlimmsten Fall Auslöser für schwerwiegende chronische Erkrankungen sein.

Vor diesem Hintergrund hat die Gmünder ErsatzKasse GEK bereits 1999 für diese in herkömmlichen Gesundheitsförderungs- und Präventionsprogrammen bis heute unterrepräsentierte Zielgruppe ein Modellvorhaben nach § 63 SGB V mit dem Titel „Gewonnene Jahre“ initiiert, welches im Rahmen einer randomisierten, kontrollierten Studie umgesetzt und im August 2007 abgeschlossen wurde.

Dabei konnten Mitglieder der GEK nach dem Ausscheiden aus dem Berufsleben, d.h. zwischen drei bis 12 Monate nach Eintritt in den (Vor-) Ruhestand, an einem dreiwöchigen, stationären, multimodalen Programm zur altersgerechten Gesundheitsförderung in der Fachklinik Hochsauerland teilnehmen. Ein einwöchiges „Auffrischungsprogramm“ konnte dabei wahlweise nach einem Jahr angehängt werden und diente der Festigung des Erlernten. Ziel der Maßnahme war es, die Teilnehmer zu motivieren, bewusster und vorbereiteter mit den Chancen und Risiken des neuen Lebensabschnitts umzugehen sowie Einstellungs- und Verhaltensweisen zu entwickeln, um Erkrankungen zu verhindern, hinauszuzögern oder abzuschwächen. Um Effekte auch bestmöglich auf das häusliche Umfeld übertragen zu können, war die Einbeziehung und Teilnahme des Partners bzw. der Partnerin ausdrücklich erwünscht.

Das ISEG-Institut in Hannover wurde von der GEK beauftragt, das Modellvorhaben wissenschaftlich zu begleiten und die Effektivität und Effizienz der Maßnahme empirisch zu prüfen und zu bewerten. Dabei sollte evaluiert werden,

- ob die Teilnahme an der stationären Maßnahme „Gewonnene Jahre“ mittel- und längerfristig Einstellungsänderungen in Bezug auf die Kontrollierbarkeit der eigenen Gesundheit bewirkt,
- ob die Programmteilnahme mittel- und längerfristig ein gesundheitsgerechteres Verhalten fördert,
- ob und inwieweit die stationäre Maßnahme mittel- und längerfristig zu einem positiveren gesundheitlichen Befinden bei den Programmteilnehmern führt und
- ob durch das Programm eine Reduktion der Inanspruchnahme gesundheitsbezogener Leistungen bewirkt werden kann, so dass (unter Einbeziehung der Kosten für die Durchführung des Programms) Nettoersparnisse realisierbar sind.

Über die zentralen Evaluationsschwerpunkte hinaus wurde zudem die Akzeptanz des stationären Programms bei der Interventionsgruppe zu verschiedenen Erhebungszeitpunkten eruiert (Teilnahmegründe, Zufriedenheit mit dem Gesamtprogramm, Zufriedenheit mit den einzelnen Themenbereichen des Programms sowie Nutzen der erhaltenen Informationen und Empfehlungen).

Das Projekt wurde von einem interdisziplinären Team, bestehend aus Psychologen, Psychotherapeuten, Ärzten, Sportlehrern und Diätassistentinnen, auf der Grundlage eines manualisierten Curriculums begleitet. Es handelte sich überwiegend um Gruppenangebote, die neben ökonomischen Vorteilen die Möglichkeit zu interpersonellem Lernen und Erfahrungsaustausch als wichtigen Wirkfaktor für Verhaltensänderungen bieten. Es umfasste vorrangig folgende Module (s. Abbildung 2):

1. ein **gesundheitspsychologisches Seminar „Lebensgestaltung im Alter“** zur Bestandsaufnahme der gegenwärtigen Lebenssituation, zur Antizipation eines neuen Lebensabschnitts, zur Bewältigung

möglicher Anpassungsprobleme, zur Sensibilisierung für Risikofaktoren und zur Stärkung psycho-sozialer Ressourcen

2. ein **Atem- und Entspannungstraining** zur Entwicklung psychophysischer Balance und Harmonisierung
3. ein **altersgerechtes Sport- und Bewegungsprogramm** zur Stärkung körperlicher Gesundheitsressourcen wie Ausdauer, Beweglichkeit, Kraft und Koordinationsfähigkeit sowie zur realistischen Einschätzung der individuellen körperlichen Leistungsfähigkeit im Spannungsfeld zwischen Unter- und Überforderung
4. ein **ernährungspädagogisches Angebot** zur Vermittlung von Informationen über wichtige Aspekte altersgerechter Ernährung mit praktischen Demonstrationen und konkreten Verhaltensanleitungen in einer Lehrküche.

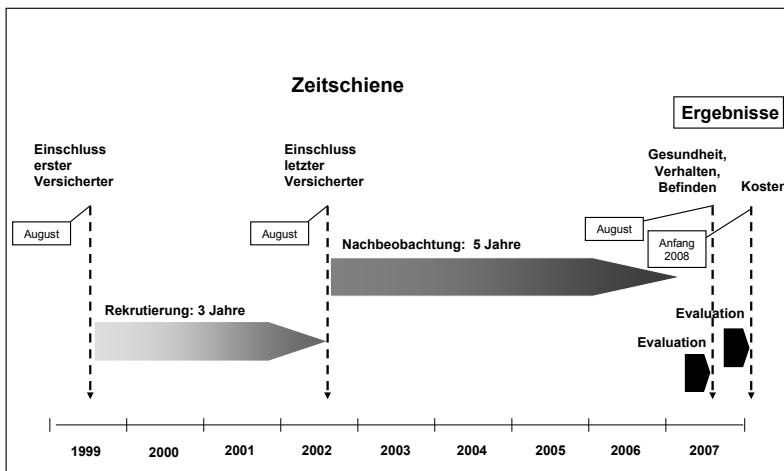
Nach einer dreijährigen Rekrutierungs- und fünfjährigen Nachbeobachtungsphase werden die Ergebnisse erstmals dargestellt. Insgesamt 1.199 GEK-Versicherte haben sich an der Studie beteiligt. Von 710 Versicherten liegen vollständig auswertbare Daten vor.

2.2 Methodik

Studiendesign, Erhebungsinstrumente

Als Forschungsdesign für die Evaluation der präventiven Maßnahme wurde eine randomisierte, kontrollierte prospektive Längsschnittstudie gewählt. Die potenzielle Studienpopulation wurde nach zuvor definierten Ein- und Ausschlusskriterien in mehreren Ziehungen aus dem Gesamtversichertenbestand der GEK gezogen.

Abb. 1: Modellvorhaben nach § 63 SGB V als prospektive, randomisierte und kontrollierte Längsschnittstudie



Einschlusskriterien:

1. zwischen drei und 12 Monate nach Ausscheiden aus dem Erwerbsleben
2. innerhalb der letzten zwei Jahre vor dem Eintritt in den Ruhestand insgesamt mindestens 14 und max. 182 Tage arbeitsunfähig mit beliebiger Diagnose.

Ausschlusskriterien:

3. dokumentierter vorausgehender Bezug von Erwerbsunfähigkeits- oder Berufsunfähigkeitsrente
4. innerhalb der letzten zwei Jahre vor Eintritt in den Ruhestand einen oder mehrere stationäre Aufenthalte mit „Bösartigen Neubildungen (ICD9-140 bis 208, ICD10-C00 bis C97), „Psychiatrischen/Psychischen Krankheiten“ (ICD9-290 bis 319, ICD10-F00 bis F99), „Ischämischen Herzkrankheiten“ (ICD9-410 bis 414, ICD10-I20 bis

I25), „Krankheiten des zerebrovaskulären Systems“ (ICD9-430 bis 438, ICD10-I60 bis I69).

Die anhand der Routinedaten der GEK gezogenen Versicherten sollten zu jedem Selektionszeitpunkt zufällig der Interventionsgruppe bzw. der Kontrollgruppe zugewiesen werden. Die selektierten Versicherten mit Zuordnung zur Interventionsgruppe wurden von der GEK kontaktiert und nach einer eingehenden Information über die Maßnahme „*Gewonnene Jahre*“ eingeladen, an dem Programm teilzunehmen. Mit Hilfe standarisierter Fragebögen wurde die **Interventionsgruppe** zu insgesamt vier Zeitpunkten schriftlich befragt:

T0: direkt bei Ankunft in der stationären Einrichtung

T1: zum Aufenthaltsende

T2: 12 Monate nach Beendigung des stationären Aufenthaltes

T3: 24 Monate nach Beendigung des stationären Aufenthaltes.

Die **Kontrollgruppe** wurde zu drei Erhebungsterminen mit identischen Fragebögen schriftlich befragt:

T0: definierte Stichtage

T1: entfällt

T2: knapp 13 Monate nach T0

T3: knapp 25 Monate nach T0.

Als Erhebungsinstrument zur Erfassung der Gesundheitseinstellung wurden in der Interventions- und Kontrollgruppe die zwei Subskalen beinhaltende Kurzform des „Fragebogens zur Erfassung gesundheitsbezogener Kontrollüberzeugungen“ (FEGK) eingesetzt (Ferring 1986, Ferring, Fillip 1989). Das gesundheitsbezogene Verhalten zu den Aspekten „Bewegung“, „Ernährung“ und „Entspannung“ wurde mit Einzelitems

und Itembatterien erhoben, die sich bereits in anderen Studien des ISEG bewährt haben. Die gesundheitsbezogene Lebensqualität wurde mit Hilfe der psychometrisch geprüften Messinstrumente „SF36 Health Survey“ (Bullinger, Kirchberger 1998) und SCL 90-R Subskala „Somatisierung“ (Franke 1995) erfasst.

Abb. 2: Programm-Module und Erhebungsinstrumente



Um die Veränderungen in den verschiedenen Dimensionen direkt miteinander vergleichen zu können, wurden die Befragungsergebnisse im Ergebniskapitel als durchschnittlicher prozentualer Ausprägungsgrad in der Interventions- bzw. Kontrollgruppe normiert dargestellt. Ein durchschnittlicher Wert von 0% ist, z.B. bezogen auf die Skalen zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität, gleichzusetzen mit dem negativsten Ergebnis und bedeutet, dass bei allen Gruppenmitgliedern alle abgefragten Beschwerden und Beeinträchtigungen in starkem Ausmaß vorliegen. Ein Wert von 100% bedeutet dagegen eine vollständige Beschwerde- bzw. Beeinträchtigungsfreiheit bei allen Befragten (= Idealwert).

Zusätzlich zu den anhand der Befragung gewonnenen Ergebnissen werden für die Studienpopulation die Routinedaten der GEK analysiert. Da-

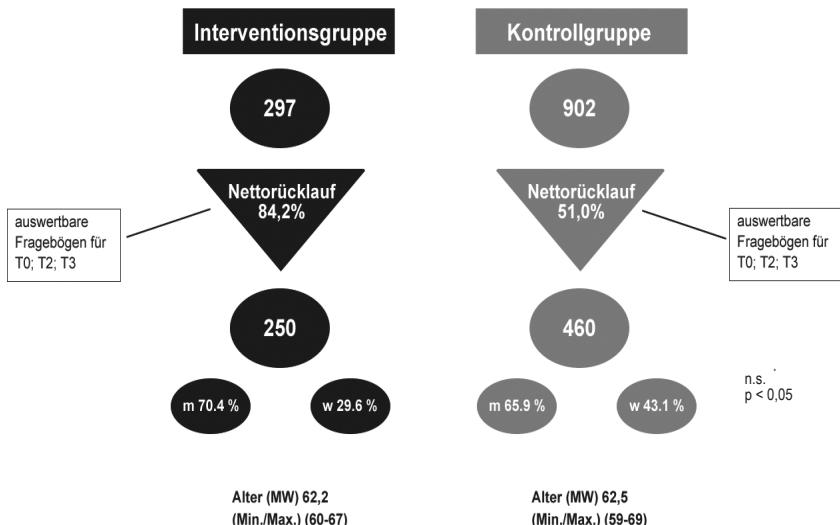
bei wird u.a. geprüft, in welchem Umfang in der Interventions- und in der Kontrollgruppe in dem geplanten Beobachtungszeitraum von fünf Jahren Ausgaben für gesundheitsbezogene Leistungen anfallen (z.B. für stationäre Leistungen und Medikamentenverordnungen). Zusätzlich wurde im Rahmen der Endberichterstellung analysiert, ob die Interventionsgruppe gegenüber der Kontrollgruppe relative Kostenersparnisse bei den gesundheitsbezogenen Leistungen realisiert und die Kostenersparnisse die Programm- und Programmdurchführungskosten überkompensieren („return on investment“).

Studienpopulation

In die Studie wurden insgesamt 297 Teilnehmer einbezogen (Interventionsgruppe). Von 250 Teilnehmern liegen auswertbare Fragebögen für alle vier Erhebungstermine vor. Das entspricht einem verwertbaren Nettorücklauf von 84,2%, da nur die Mitglieder der Interventionsgruppe in die Analysen zur Effektivität des Programms „Gewonnene Jahre“ einbezogen wurden, die durchgängig zu allen Erhebungsterminen ausgefüllte Fragebögen an das ISEG zurückgesendet haben.

Die Kontrollgruppe umfasste zum ersten Erhebungstermin 902 Versicherte. Fragebögen für alle drei Erhebungstermine liegen von 460 Befragten vor. Die verwertbare Nettoausschöpfungsquote beträgt damit 51,0%.

Abb.: 3 Studienpopulation



Versichertencharakteristika

Von den in die Auswertungen einbezogenen Teilnehmern an der stationären Maßnahme sind 70,4% männlich, 29,6% weiblich. Dem gegenüber sind 65,9% der in die Auswertungen einbezogenen Kontrollgruppenmitglieder Männer, der Anteil der Frauen liegt bei 34,1% (vgl. Tabelle 1).

Das Durchschnittsalter in der Interventionsgruppe liegt zum Zeitpunkt des Beginns der Maßnahme bei 62,2 Jahren. Die Kontrollgruppenmitglieder sind bezogen auf den ersten Erhebungstermin durchschnittlich 62,5 Jahre alt.

Tab. 1: Versichertencharakteristika

Merksmal	Ausprägung	Interventionsgruppe		Kontrollgruppe		p-Wert
		n	%	n	%	
Alter	bis 60 Jahre	62	24,8	114	24,8	n.s
	61 – 62 Jahre	110	44,0	164	35,7	
	63 – 64 Jahre	40	16,0	81	17,6	
	ab 65 Jahre	38	15,2	101	22,0	
	Mittelwert	62,2		62,5		
	(Min./Max.)	(60/67)		(59/69)		<0,05
Geschlecht	Weiblich	74	29,6	157	34,1	n.s
	Männlich	176	70,4	303	65,9	
Berufliche Stellung	Arbeiter	158	63,7	274	60,8	n.s
	Angestellte	83	33,5	163	36,1	
	Sonstige	7	2,8	14	3,1	
Teilnahme am Programm	mit Partner/in	136	54,4			
	ohne Partner/in	114	45,6			

In der Interventionsgruppe waren 33,5% vor dem Eintritt in den Ruhestand als Angestellte tätig sowie 63,7% als Arbeiter. In der Kontrollgruppe liegt der Arbeiteranteil etwas niedriger: 60,8% der Befragten waren als Arbeiter und 36,1% als Angestellte beschäftigt.

Die Einbeziehung und Teilnahme der Partnerin bzw. des Partners war ein fester Bestandteil des Programmkonzeptes und von daher ausdrücklich erwünscht. Die Möglichkeit, mit Partner bzw. Partnerin an dem Programm „Gewonnene Jahre“ teilzunehmen, haben insgesamt 54,4% der Mitglieder der Interventionsgruppe genutzt, während 45,6% die Maßnahme allein absolviert haben.

3. Effektivität des Programms „Gewonnene Jahre“

Die Bewertung der Effektivität des Programms „Gewonnene Jahre“ basiert auf Analysen zu den drei Dimensionen „Einstellung zur Gesundheit“, „gesundheitsgerechtes Verhalten“ und „gesundheitliches Befinden“.

Um wissenschaftlich fundierte Aussagen zur Effektivität des Programms machen zu können, wird den Veränderungen der Werte in der Interventionsgruppe im zeitlichen Verlauf über zwei Jahre die Entwicklung der Kontrollgruppenwerte über den gleichen Zeitraum vergleichend gegenüber gestellt und der sog. Nettoeffekt in Prozentpunkten berechnet. Der Nettoeffekt wird dabei folgendermaßen bestimmt: Angenommen die Interventionsgruppe würde z.B. zu T0 einen Wert von 40% und zu T2 einen Wert von 48% aufweisen, so wäre der Zugewinn in dieser Gruppe mit 8,0 Prozentpunkten zu beziffern. Wenn die Kontrollgruppe dagegen durch die Werte 41% (zu T0) und 42,5% (zu T2) gekennzeichnet wäre, dann würde der Zugewinn demnach 1,5 Prozentpunkte in dieser Gruppe betragen. Der Unterschied in der Wertentwicklung im zeitlichen Verlauf über 12 Monate zwischen den beiden Gruppen belüge sich somit auf 6,5 Prozentpunkte zugunsten der Interventionsgruppe (8,0 bis 1,5 Prozentpunkte).

Aufgrund des Studienansatzes und des verwertbaren Nettorücklaufs in der Kontrollgruppe können trotz erfolgter Randomisierung systematische Unterschiede zwischen der Interventions- und Kontrollgruppe nicht ausgeschlossen werden. So werden nach der zufälligen Zuweisung der selektierten Versicherten zur Interventions- bzw. Kontrollgruppe, direkt nach der jeweiligen Ziehung aus den Routinedaten der GEK, die potentiellen Interventionsteilnehmer kontaktiert und eingeladen, an dem Programm „Gewonnene Jahre“ teilzunehmen. Allerdings nimmt dann nur ein Teil der eingeladenen Versicherten auch realiter an der Maßnahme teil. Zudem liegen für die Analysen zur Effektivität des Programms nur von 51% der Kontrollgruppenmitglieder verwertbare Fragebögen für alle drei Erhebungstermine vor. Es ist daher nicht auszuschließen, dass sich

die Zusammensetzung beider Gruppen in Bezug auf Merkmale, die die Effektivität der Maßnahme unter Umständen beeinflussen, systematisch unterscheidet.

Aus diesem Grund wurde mit Hilfe eines geeigneten statistischen Verfahrens (der generalisierten multivariaten hierarchischen Regressionsmodellanalyse) für alle in die Effektivitätsanalysen einbezogenen Skalen und Itembatterien geprüft, ob sich die von potenziellen Störgrößen bereinigten Resultate der multivariaten Modelle zu den Nettoeffekten der Intervention von den berechneten „Rohergebnissen“ substanzial unterscheiden. Als potenzielle Störgrößen wurden dabei die Merkmale „Geschlecht“, „Alter“, „frühere berufliche Stellung“ und „Ausgangsniveau zu T0“ in den Modellberechnungen berücksichtigt.

Die Analyseergebnisse zu dem Vergleich zwischen den Resultaten der multivariaten Modelle und den „Rohergebnissen“ zeigen durchgehend bei allen eingesetzten Skalen und Itembatterien allenfalls marginale und damit vernachlässigbare Differenzen, die nicht zuletzt auf die durchgängig geringeren Fallzahlen in den multivariaten Modellen zurück zu führen sind¹. Die nachfolgende Ergebnisdarstellung basiert daher ausschließlich auf den „Rohergebnissen“ zu den eingesetzten effektbezogenen Parametern.

Einstellung zur Gesundheit

Zur Erfassung der Gesundheitseinstellung wurden die beiden jeweils separat auswertbaren Subskalen „Externalität“ und „Internalität“ (s. Abb. 2)

1 Für eine Modellberechnung können jeweils ausschließlich die Befragten berücksichtigt werden, für die zu sämtlichen in die Modellierung einbezogenen Items durchgängig verwertbare Antworten vorliegen. Diese verfahrensbedingte Einschränkung ist in der Regel mit einer mehr oder minder deutlichen Fallzahlreduktion verbunden.

Tab. 2: Internalität und Externalität bezogen auf den Idealwert (in %). Test auf Unterschiede zwischen Intervention und Kontrollgruppe im zeitlichen Verlauf.

	Einstellung zur Gesundheit					
	T0	T2	T3	Nettoeffekt T0/T2	$\Delta T0-T2^\circ$	$\Delta T0-T3^\circ$
				T0/T3		
Internalität						
Interventionsgruppe	74,9%	74,7%	75,2%			
Kontrollgruppe	74,3%	73,4%	73,9%	0,7 PP	0,8 PP	n.s.
Externalität						
Interventionsgruppe	43,4%	41,3%	40,4%			
Kontrollgruppe	46,4%	46,6%	45,8%	2,3 PP	2,4 PP	n.s.

herangezogen. Personen mit externaler Kontrollüberzeugung sind davon überzeugt, dass ihre Gesundheit eher fremdkontrolliert ist und stark von externen Faktoren abhängt, auf die sie keinen oder nur geringen Einfluss haben. Eine interne Kontrollüberzeugung steht dagegen für „selbstkontrollierte Gesundheit“, also für die Überzeugung, die eigene Gesundheit selbst beeinflussen zu können.

Die in Tab. 2 wiedergegebenen Ergebnisse verdeutlichen, dass sich für die Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe keine signifikante Erhöhung des Niveaus der internalen Kontrollüberzeugung sowie kein statistisch abgesicherter Abbau der Externalität im zeitlichen Verlauf feststellen lässt. Es ist lediglich der Tendenz nach ein minimaler Anstieg der Internalität sowie ein leichter Rückgang der Externalität in der Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe beobachtbar. Der Nettoeffekt der Reduktion der Externalität beträgt dabei mittelfristig 2,3 und längerfristig 2,4 Prozentpunkte.

Auch eine getrennte Betrachtung der Entwicklung der internalen und ex-

ternalen Kontrollüberzeugung in der Interventions- und Kontrollgruppe im zeitlichen Verlauf nach den Merkmalen „Geschlecht“ und „Alter“ ergibt keine von den aufgeführten Globalergebnissen abweichenden Resultate.

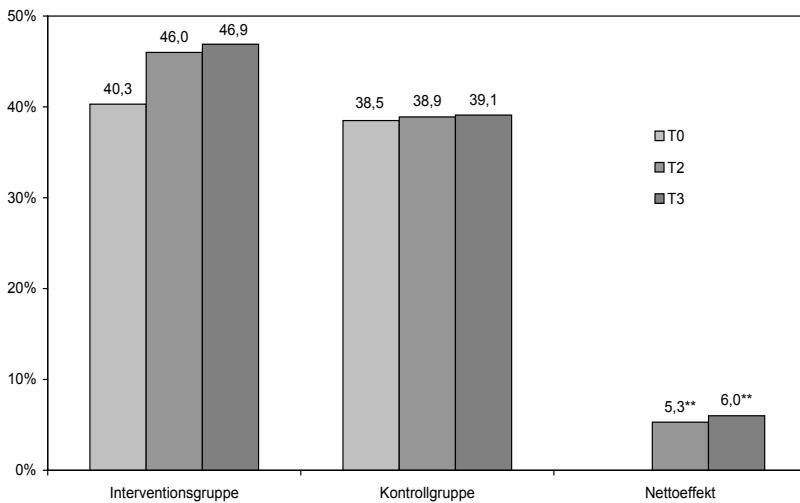
Gesundheitsverhalten

Die in der Studie kontrollierten Verhaltensaspekte beziehen sich vor allem auf das Bewegungs-, Ernährungs- und Entspannungsverhalten. Bei allen drei Verhaltensaspekten zeigt sich, dass die Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe mittel- (12 Monate nach Maßnahmenende) und auch längerfristig (24 Monate nach Maßnahmenende) durch zum Teil deutlich verbesserte Werte gekennzeichnet ist. Bei der Überprüfung der Entwicklung des sportlichen Aktivitätsgrades im Zeitverlauf wurde zwischen Ausdauersport (Schwimmen, Laufen etc.) und sonstigen Sportaktivitäten (z.B. Gymnastik, Tanzen) unterschieden, da der Ausdauersport vor allem konditionelle Aspekte der körperlichen Leistungsfähigkeit umfasst, während sonstige sportliche Aktivitäten vielfach eher auf Komponenten der motorisch-koordinativen Leistungsfähigkeit ausgerichtet sind.

Ausdauersport

Bezogen auf den Ausdauersport lässt sich in der Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe mittel- und in noch stärkerem Maße längerfristig ein deutlicher und statistisch signifikanter positiver Effekt der stationären Maßnahme nachweisen. So steigt in der Interventionsgruppe das Aktivitätsniveau im Bereich Ausdauersport mittelfristig um 5,7 Prozentpunkte und längerfristig um 6,6 Prozentpunkte, während in der Kontrollgruppe nur marginale Zugewinne von 0,4 bzw. 0,6 Prozentpunkte feststellbar sind. Der Nettozugewinn (Differenzen zwischen Interventions- und Kontrollgruppe) im Ausdauersport liegt damit mittelfristig bei 5,3 (5,7 bis 0,4) und längerfristig bei 6,0 (6,6 bis 0,6) Prozentpunkten.

Abb. 4: Ausdauersport bezogen auf den Idealwert (in %)



** = $p < 0,01$

Subgruppenanalysen beim Ausdauersport verweisen darauf, dass Frauen sowohl mittel- als auch längerfristig etwas stärker von der Teilnahme an dem Programm „Gewonnene Jahre“ profitieren als Männer. Während bei Männern im Bereich Ausdauersport mittelfristig ein Nettoeffekt von 4,5 und längerfristig von 5,2 Prozentpunkten beobachtbar ist, zeigen sich bei Frauen Nettozugewinne von 7,4 bzw. 8,4 Prozentpunkte.

Sonstige sportliche Aktivitäten

Bei den sonstigen sportlichen Aktivitäten wird zumindest mittelfristig ebenfalls ein statistisch signifikanter Nettoeffekt in Höhe von 4,5 Prozentpunkten evident. Längerfristig sinkt der Nettoeffekt allerdings auf 2,8 Prozentpunkte ab (vgl. Tabelle 3).

Im Gegensatz zum Ausdauersport sind es bei den sonstigen sportlichen Aktivitäten aber praktisch ausschließlich die männlichen Teilnehmer, die

einen substanzielles Nettozugewinn aufweisen (mittelfristig um 5,2 und längerfristig um 5,4 Prozentpunkte). Bei den weiblichen Teilnehmerinnen sind dagegen keine statistisch signifikanten Zugewinne erkennbar.

Tab. 3: Sport, Ernährung und Entspannung bezogen auf den Idealwert (in %)

	Gesundheitsverhalten						
	T0	T2	T3	Nettoeffekt T0/T2	T0/T3	Δ T0-T2°	Δ T0-T3°
Ausdauersport							
Interventionsgruppe	40,3%	46,0%	46,9%				
Kontrollgruppe	38,5%	38,9%	39,1%	5,3 PP	6,0 PP	<0,01	<0,01
Sonstiger Sport							
Interventionsgruppe	29,5%	35,1%	35,2%				
Kontrollgruppe	26,1%	27,2%	29,0%	4,5 PP	2,8 PP	<0,05	n.s.
Ernährung							
Interventionsgruppe	79,7%	81,1%	81,5%				
Kontrollgruppe	79,6%	80,5%	79,8%	0,5 PP	1,5 PP	n.s.	<0,05
Entspannung							
Interventionsgruppe	20,3%	36,9%	33,0%				
Kontrollgruppe	18,7%	17,0%	19,2%	18,3 PP	12,2 PP	<0,001	<0,001

Ernährungs- und Entspannungsverhalten

Die Analyse des Ernährungsverhaltens verdeutlicht zunächst, dass beide Studiengruppen (Interventions- und Kontrollgruppe) bereits zu T0 relativ gute Ausgangswerte von fast 80% aufweisen, also durch ein verhältnismäßig gutes Ernährungsverhalten charakterisiert sind. Trotz dieser guten Ausgangswerte wird durch die Teilnahme an der stationären Maßnahme jedoch noch mittelfristig der Tendenz nach und längerfristig statistisch signifikant eine Verbesserung bewirkt. So liegt der Nettoeffekt längerfristig bei 1,5 Prozentpunkten (vgl. Tabelle 3).

Auch das aktive Entspannungsverhalten, z.B. durch Yoga, Autogenes Training und Atemtherapie, wird durch das Programm „Gewonnene Jahre“ substanziell beeinflusst. Sowohl mittelfristig als auch längerfristig sind in der Interventionsgruppe ausgeprägte Nettozuwächse von 18,3 bzw. 12,2 Prozentpunkte im Vergleich zur Kontrollgruppe nachweisbar (vgl. Tabelle 3).

Änderungsmotivation und Verhaltensänderungen

Im Zusammenhang mit den beiden Verhaltensaspekten „Bewegungs-“ und „Ernährungsverhalten“ wurden die Angehörigen der beiden Studiengruppen zu Beginn der Studie (T0) gefragt, inwieweit sie sich fest vorgenommen haben, ihr Verhalten zu ändern, um gesünder zu leben. Diese Frage wurde den Programmteilnehmern zusätzlich direkt zum Ende des Interventionsprogramms (T1) gestellt.

Die Änderungsmotivation zu Beginn der Studie ist dabei in der Gruppe der Programmteilnehmer wesentlich stärker ausgeprägt als in der Kontrollgruppe (s. Tabelle 4). So geben 43,2% bzw. 39,7% der Befragten aus der Kontrollgruppe an, ihr Bewegungs- bzw. ihr Ernährungsverhalten ändern zu wollen (will „Vieles“ bzw. „Einiges“ ändern). In der Interventionsgruppe

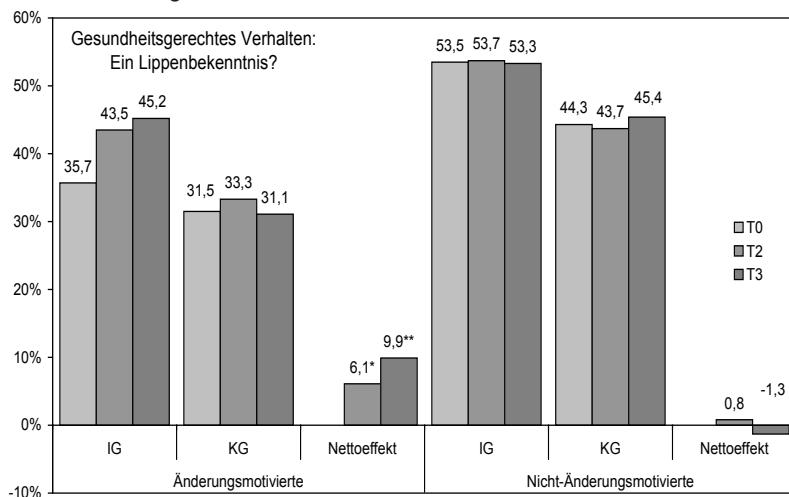
Tab. 4: Änderungsmotivation (Motivation der Verhaltensänderung in %)

	Interventionsgruppe		Kontrollgruppe
	T0	T1	T0
Bewegungsverhalten			
will vieles/einiges ändern	64,5%	73,9%	43,2%
will wenig/nichts ändern	35,5%	26,1%	56,8%
Ernährungsverhalten			
will vieles/einiges ändern	60,4%	62,9%	39,7%
will wenig/nichts ändern	39,6%	37,1%	60,3%

sind es dagegen 64,5% bzw. 60,4%. In der Interventionsgruppe steigen diese Werte nach Absolvierung des stationären Programms sogar noch weiter an: So steigt der Anteil derjenigen, die an ihrem Bewegungsverhalten „Vieles“ oder „Einiges“ ändern wollen, vom Beginn bis zum Ende der Maßnahme um 9,4 Prozentpunkte auf 73,9% an. Hinsichtlich des Ernährungsverhaltens ist ebenfalls ein, wenn auch nur leichter, Anstieg der Änderungsmotivation von 60,4% auf 62,9% zu beobachten. Diese Anstiege können als Beleg für die motivationsbildende Wirkung des Programms „Gewonnene Jahre“ angesehen werden.

Allerdings sagt das reine „Lippenbekenntnis“, in Zukunft das Verhalten ändern zu wollen, noch relativ wenig über das dann auch tatsächlich realisierte Verhaltensänderungsniveau aus. Daher wurde zusätzlich überprüft, ob und in welchem Ausmaß sich das Bewegungs- und Ernährungsverhal-

Abb. 5: Ausdauersport bezogen auf den Idealwert (in %), getrennt nach Änderungsmotivation



** = p < 0.01; * = p < 0.05

Tab. 5: Verhaltensänderungsniveau bei Änderungs-Motivierten und -Nicht-Motivierten – Ein Lippenbekenntnis?

	T0	T2	T3	Nettoeffekt T0/T2	D T0-T2°	D T0-T3° T0/T3
Sonstiger Sport						
Änderungsmotiviert, ja						
Interventionsgruppe	25,5%	33,8%	32,6%	6,1 PP	3,3 PP	<0,05
Kontrollgruppe	23,0%	25,3%	26,8%			n.s.
Änderungsmotiviert, nein						
Interventionsgruppe	40,5%	39,3%	42,5%	-1,0 PP	0,1 PP	n.s.
Kontrollgruppe	28,9%	28,8%	30,8%			n.s.
Ernährung						
Änderungsmotiviert, ja						
Interventionsgruppe	78,7%	80,5%	81,1%	0,1 PP	1,8 PP	n.s.
Kontrollgruppe	78,5%	80,3%	79,1%			n.s.
Änderungsmotiviert, nein						
Interventionsgruppe	81,6%	82,2%	82,1%	0,2 PP	0,5 PP	n.s.
Kontrollgruppe	80,2%	80,6%	80,2%			n.s.

° Test auf Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe im zeitlichen Verlauf

ten der Änderungsmotivierten mittel- und längerfristig stärker verändert als das der Nicht-Motivierten und ob sich dabei Unterschiede zwischen der Interventions- und Kontrollgruppe nachweisen lassen (s. Abbildung 5, Tabelle 5).

Grundsätzlich zeigt sich, dass bei Befragten, die sich als nicht oder kaum änderungsmotiviert bezeichnen, in den folgenden zwei Jahren auch so gut wie keine Veränderungen im Bewegungs- und Ernährungsverhalten feststellbar sind. Dieses Ergebnis trifft sowohl auf Nicht-Änderungsmotivierte der Interventions- als auch der Kontrollgruppe zu. Hier besonders schön zu sehen beim Ausdauersport. Bei Befragten, die an ihrem gesund-

heitsbezogenen Verhalten „vieles“ oder „einiges“ ändern wollen, werden dagegen zum Teil deutliche Unterschiede in den realiter auch innerhalb von 12 bzw. 24 Monaten umgesetzten Verhaltensänderungen zwischen der Interventions- und der Kontrollgruppe evident.

Gesundheitliches Befinden

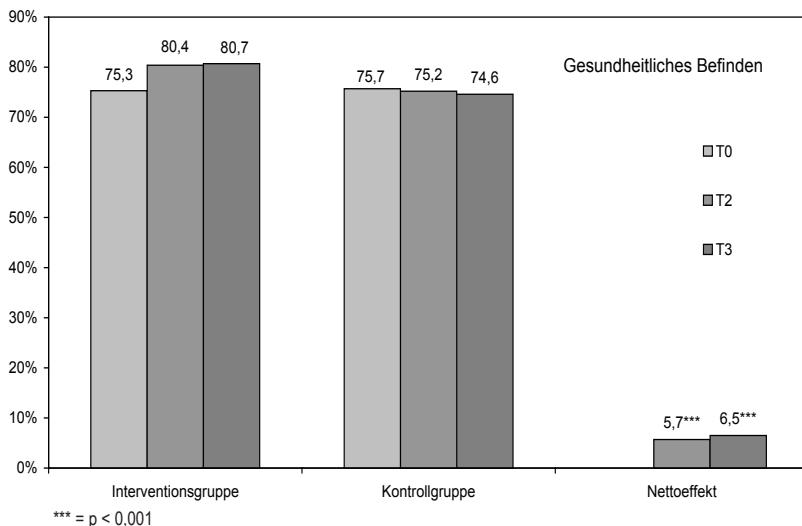
Dem gesundheitlichen Befinden bzw. der gesundheitsbezogenen Lebensqualität wurde in dem vorgestellten Projekt eine wichtige Rolle eingeräumt. Stellvertretend werden hier die wichtigsten Ergebnisse sowohl des SF-36 Health survey als auch die SCL 90-R Subskala „Somatisierung“ dargestellt. Der SF-36 Health survey umfasst acht Dimensionen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität: „körperliche Funktionsfähigkeit“, „Rollenausübung“, „körperliche Schmerzen“, „Vitalität“, „soziale Funktionsfähigkeit“, „emotionale Rollenfunktion“, „psychisches Wohlbefinden“ und „allgemeine Gesundheit“.

Ergebnisse zum SF-36 Health Survey

Die in Tabelle 6 und Abbildung 6 dargestellten Ergebnisse zum SF-36 verdeutlichen, dass in allen kontrollierten Dimensionen, mit Ausnahme der „emotionale Rollenfunktion“, die Teilnahme an der Maßnahme „Gewonnene Jahre“ sowohl mittel- (zu T2) als auch längerfristig (zu T3) mit substanziellen und statistisch signifikanten positiven Nettoeffekten im Beschwerde- bzw. Beeinträchtigungs niveau verbunden ist.

Subgruppenanalysen verdeutlichen zudem, dass männliche Mitglieder der Interventionsgruppe, mit Ausnahme der Subskala „Emotionale Rollenfunktion“, in ausgeprägterem Maße von der Maßnahme „Gewonnene Jahre“ profitieren als weibliche Programmteilnehmerinnen.

Abb. 6: SF-36-Körperliche Funktionsfähigkeit bezogen auf den Idealwert (in %)



Ergebnisse zur SCL 90-R Subskala „Somatisierung“

Neben dem SF-36 wurde zusätzlich die vor allem Beschwerden im psychosomatischen Bereich thematisierende Subskala „Somatisierung“ des SCL 90-R eingesetzt, die sich aus insgesamt 12 Items zusammensetzt. Die Ergebnisse der Auswertungen zu dieser Subskala zeigen, dass die Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe mittel- und längerfristig einen statistisch signifikanten Nettozuwachs realisieren kann. Allerdings fällt der Nettozugewinn, nicht zuletzt durch das bereits recht hohe Ausgangsniveau von über 80% zu T0, mit 1,7 bzw. 1,4 Prozentpunkten relativ gering aus.

Tab. 6: SF-36-Subskalen bezogen auf den Idealwert (in %)

	T0	T2	T3	Nettoeffekt T0/T2	T0/T3	$\Delta T0-T2^{\circ}$	$\Delta T0-T3^{\circ}$
Körperliche Rollenfunktion							
Interventionsgruppe	64,0%	71,8%	71,0%				
Kontrollgruppe	62,2%	60,4%	62,2%	9,7 PP	7,0 PP	<0,01	<0,05
Körperliche Schmerzen							
Interventionsgruppe	60,0%	67,2%	66,7%				
Kontrollgruppe	61,9%	63,2%	60,6%	5,9 PP	8,0 PP	<0,01	<0,001
Vitalität							
Interventionsgruppe	59,9%	64,3%	63,9%				
Kontrollgruppe	60,9%	60,6%	59,5%	4,7 PP	5,3 PP	<0,001	<0,001
Soziale Funktionsfähigkeit							
Interventionsgruppe	83,4%	87,4%	87,0%				
Kontrollgruppe	83,6%	83,6%	81,9%	4,0 PP	5,3 PP	<0,01	<0,01
Psychisches Wohlbefinden							
Interventionsgruppe	72,1%	75,3%	76,8%				
Kontrollgruppe	73,3%	73,7%	72,4%	2,8 PP	5,6 PP	<0,01	<0,001
Emotionale Rollenfunktion							
Interventionsgruppe	82,0%	85,4%	83,4%				
Kontrollgruppe	80,2%	80,4%	77,4%	3,2 PP	4,2 PP	n.s.	n.s.
Allgemeine Gesundheit							
Interventionsgruppe	63,0%	65,8%	65,7%				
Kontrollgruppe	61,6%	61,9%	60,4%	2,5 PP	3,9 PP	<0,05	<0,01

° Test auf Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe im zeitlichen Verlauf

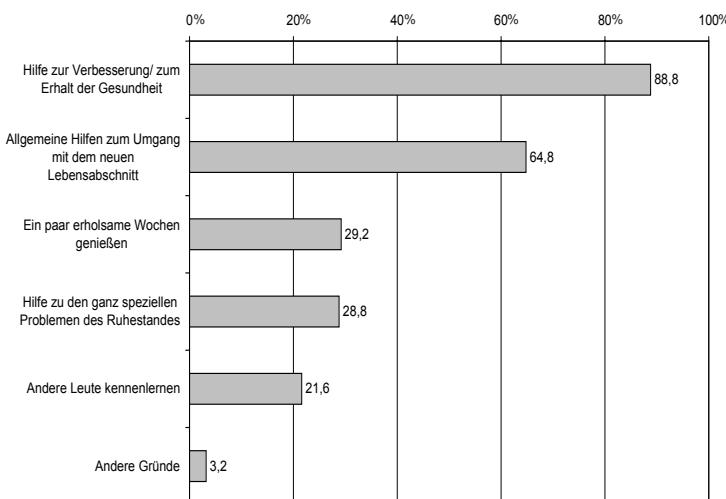
Akzeptanz des Programms „Gewonnene Jahre“

Zur Erfassung der Akzeptanz der stationären Maßnahme bei den Programmteilnehmern wurden neben der Erhebung der Teilnahmegründe Fragen zur Zufriedenheit mit dem Gesamtprogramm und den einzelnen Themenbereichen sowie zum Nutzen der erhaltenen Informationen und Empfehlungen gestellt.

Teilnahmemotivation

Als zentrale Motive zur Teilnahme an der stationären Maßnahme „Gewonnene Jahre“ sind eindeutig „Hilfen zur Verbesserung oder Erhaltung der Gesundheit“ sowie „allgemeine Hilfen zum Umgang mit dem neuen Lebensabschnitt“ zu bezeichnen: 88,8% bzw. 64,8% der Teilnehmer geben zu Beginn des Aufenthaltes in der stationären Einrichtung an, dass dies für sie der Grund zur Teilnahme sei (s. Abbildung 7).

Abb. 7: Gründe zur Teilnahme am Programm „Gewonnene Jahre“ in %



Mehrfachnennungen möglich

Zusätzlich durchgeführte Subgruppenanalysen unter Berücksichtigung der Merkmale „Geschlecht“ und „berufliche Stellung vor Eintritt in den Ruhestand“ bestätigen die Ergebnisse zur Teilnahmemotivation der Interventionsgruppenmitglieder. Das heißt, es lassen sich keine statistisch signifikanten Abweichungen zwischen den befragten Frauen und Männern bzw. zwischen ehemaligen Arbeitern und Angestellten in den Gründen zur Teilnahme an dem Programm feststellen.

Bereits auf den ersten Blick wird deutlich, dass die Programmthemen durchgängig ein hohes bis sehr hohes Maß an Akzeptanz bei den Teilnehmern genießen (s. Abbildung 8). So wird fast ausnahmslos von allen Befragten angegeben, dass ihnen das Thema „altersgerechtes sport- und bewegungstherapeutisches Programm“ gut gefallen hat. Nahezu von allen Befragten werden zudem die Programmelemente „Atem- und Entspannungstraining“ sowie das Seminar: „Lebensgestaltung im Alter“ positiv bewertet.

Abb. 8: Akzeptanz des Programms „Gewonnene Jahre“ in %

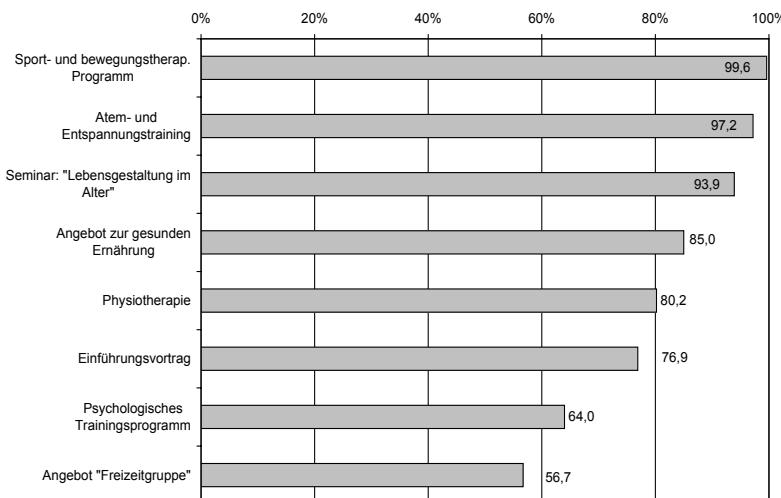
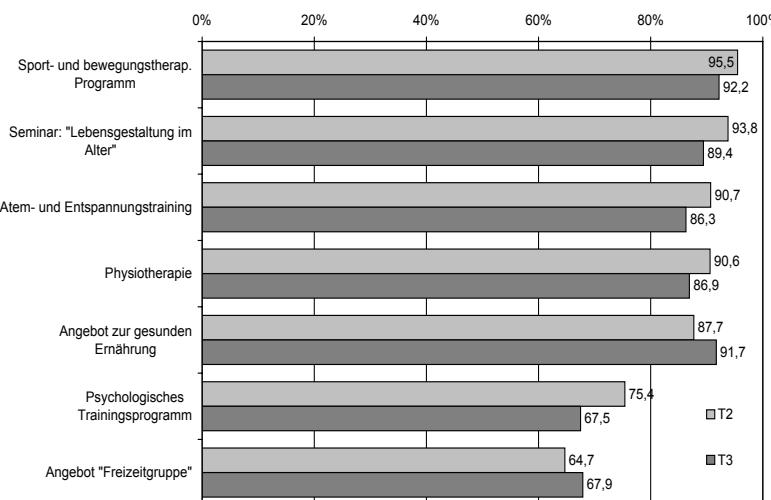


Abb. 9: Nützlichkeit des Programms „Gewonnene Jahre“ in %

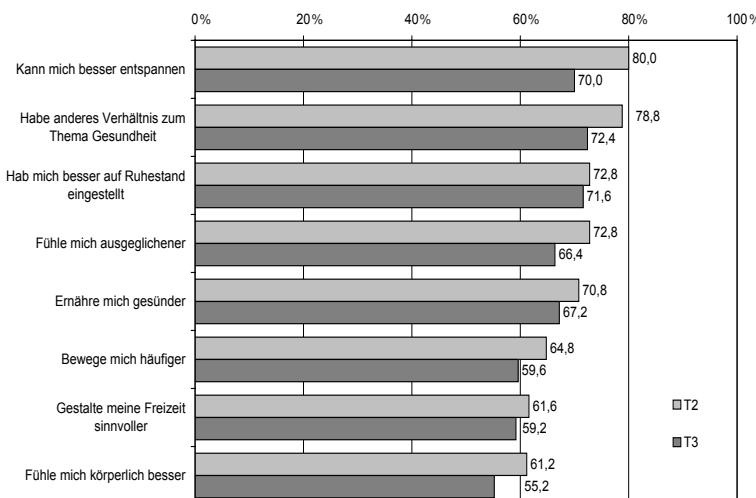


Die Programmteilnehmer wurden ein Jahr (zu T2) sowie zwei Jahre (zu T3) nach Absolvierung der Maßnahme „Gewonnene Jahre“ zusätzlich dazu befragt, ob die während des Programms in den einzelnen Themenbereichen vermittelten Informationen und Empfehlungen für sie persönlich hilfreich sind (s. Abbildung 9).

Auch diese Befragungsergebnisse unterstreichen noch einmal die ziel- und passgenaue Ausrichtung und Ausgestaltung des Programms.

Angesichts der sehr ausgeprägten Zufriedenheit mit dem Programm „Gewonnene Jahre“ und seinen einzelnen Programmelementen sowie der äußerst positiven Beurteilung der Nützlichkeit der während der Maßnahme erhaltenen Informationen und Empfehlungen durch die Programmteilnehmer ist es nicht verwunderlich, dass auch die Auswirkungen der stationären Maßnahme von den Befragten überaus positiv und sehr facettenreich eingeschätzt werden.

Abb. 10: Auswirkungen des Programms „Gewonnene Jahre“ in %



Sowohl ein Jahr (zu T2) als auch noch zwei Jahre (zu T3) nach Absolvierung der Maßnahme „Gewonnene Jahre“ sind die Befragten in weit überwiegendem Maße der Ansicht, dass sie seit der Teilnahme an dem Programm ein anderes Verhältnis zum Thema Gesundheit haben, sich seitdem häufiger bewegen und körperlich betätigen sowie gesünder ernähren, sich besser entspannen können, die Freizeit sinnvoller gestalten, sich körperlich besser sowie ausgeglichener und zufriedener fühlen und dass das Programm geholfen hat, sich besser auf den Ruhestand einzustellen (vgl. Abbildung 10).

4. Effizienz des Programms „Gewonnene Jahre“

Die Effizienz bzw. Wirtschaftlichkeit des Programms „Gewonnene Jahre“ wurde aus der Perspektive der gesetzlichen Krankenversicherung bewertet. Das Programm ist dann als effizient zu bezeichnen, wenn alle Ausgaben bzw. Kosten der GEK für das Modellvorhaben durch Einsparungen

bei den Leistungsausgaben der Interventionsgruppe (über)-kompensiert werden. Die Effizienzbewertung beruht auf dem sog. „Intention-to-Treat-Ansatz“, d.h., es wurden alle Versicherten in die Analyse einbezogen, die an dem Programm teilgenommen haben, unabhängig davon, ob sie sich auch an den Befragungsaktionen zur Evaluation der Programmeffektivität beteiligt haben ($n = 297$). Verglichen wurden die Ergebnisse dieser Programmteilnehmergruppe mit den Resultaten der Gruppe aller Versicherten, die im Rahmen des Modellvorhabens aus dem Versichertenbestand der GEK als Kontrollgruppe gezogen und angeschrieben wurde ($n = 902$), d.h. wiederum unabhängig davon, ob diese Versicherten auch an den Befragungen teilgenommen haben. Als Basis zur Bestimmung der Kosten für die Teilnahme am Haupt- und Refresherprogramm, der Fahrkosten sowie der Implementations- und Durchführungskosten des Programms dienten Daten des Controlling der GEK und vom ISEG erstellte Dokumentationsbögen. Die gesundheitsbezogenen Folgeleistungen wurden dagegen auf der Grundlage von versichertenbezogenen Routinedaten analysiert, die dem ISEG von der GEK zur Verfügung gestellt wurden.

Verwendete Routinedaten

Für die Analyse der Leistungsausgaben in der Interventions- und Kontrollgruppe standen, mit Ausnahme der Daten zu den ambulant-ärztlichen Leistungen nach § 295 SGB V und den Daten zur zahnärztlichen Behandlung (zahnärztliche Behandlung mit und ohne Zahnersatz), alle besonders kostenrelevanten Daten zur Verfügung.

Im Rahmen der Effizienzbewertung wurden diejenigen Leistungsbereiche berücksichtigt, für die versichertenbezogene Daten über einen längeren Zeitraum verfügbar waren. Versichertenbezogene Daten zu den besonders kostenrelevanten Kontengruppen 43 (Arzneimittelverordnungen), 44/45 (Heil- und Hilfsmittel) und 46 (Krankenhausbehandlung) standen dabei für den gesamten Beobachtungszeitraum von insgesamt fünf Jahren für die Analysen zur Verfügung. Die Daten zu den anderen, deutlich

weniger ausgabenintensiven Kontengruppen konnten anteilmäßig für insgesamt 51 Monate genutzt werden.

Ergebnisse zur vergleichenden Bewertung der Gesundheitsausgaben

Im Zusammenhang mit der vergleichenden Bewertung der Gesundheitsausgaben wurde geprüft, ob und inwieweit sich die innerhalb des Beobachtungszeitraums von fünf Jahren nach Absolvierung des Programms „Gewonnene Jahre“ angefallenen Kosten für gesundheitsbezogene Leistungen in der Gesamtteilnehmergruppe ($n = 297$) von den Kosten der initial angeschriebenen Gesamtkontrollgruppe ($n = 902$) unterscheiden. Die Ergebnisse in Tabelle 7 belegen, dass ein Teilnehmer am Programm „Gewonnene Jahre“ im gesamten Beobachtungszeitraum von fünf Jahren durchschnittlich 1.022,25 EUR weniger Kosten für gesundheitsbezogene Leistungen verursacht hat, als ein Nicht-Teilnehmer. Dabei betragen die Unterschiede zwischen einem Teilnehmer und einem Nicht-Teilnehmer jährlich durchschnittlich zwischen 120,06 Euro und 310,19 Euro.

Tab. 7: Vergleichende Kostenbewertung ($n = 297/902$)

	Teilnehmer (Interventionsgruppe)	Nicht-Teilnehmer (Kontrollgruppe)	Differenz
1. Jahr Post-Zeitraum	1.804,57 €	1.931,56 €	- 126,99 €
2. Jahr Post-Zeitraum	1.465,20 €	1.710,98 €	- 245,78 €
3. Jahr Post-Zeitraum	1.515,67 €	1.734,90 €	- 219,23 €
4. Jahr Post-Zeitraum	1.981,14 €	2.291,33 €	- 310,19 €
5. Jahr Post-Zeitraum	2.154,78 €	2.274,84 €	- 120,06 €
Summe über 5 Jahre	8.921,36 €	9.943,61 €	- 1.022,25 €

Eine differenzierte Analyse der Daten lässt erkennen, dass die Minderausgaben der Teilnehmergruppe ausschließlich auf geringeren gesundheitsbezogenen Kosten in zwei Kostenblöcken beruhen, den Kosten für Krankenhausbehandlungen und den Kosten für Arzneimittelverordnungen (vgl. Tabelle 8).

Tab. 8: Vergleichende Kostenbewertung nach Kostenarten (n = 297/902)

	Teilnehmer (Interventionsgruppe)	Nicht-Teilnehmer (Kontrollgruppe)	Differenz
Arzneimittelverordnungen	2.332,07€	2.692,88€	- 360,81€
Heil- und Hilfsmittel	911,91 €	876,65€	35,26€
Krankenhausbehandlungen	5.182,84€	5.974,66€	- 791,82€
Sonstige Kosten ²	494,54€	399,42€	95,12 €
Summe	8.921,36€	9.943,61€	- 1.022,25€

² Daten zu den „sonstigen Kosten“ (Kosten gemäß Kontengruppen 48, 49, 50, 51, 54 und 56) standen durchgängig nur für 51 der insgesamt 60 Beobachtungsmonate zur Verfügung. Die Kosten für die fehlenden neun Monate wurden auf der Grundlage der Kosten in den Vormonaten berechnet

Ergebnisse zu den Programmkosten

Für die Analyse der im Rahmen des Modellvorhabens „Gewonnene Jahre“ entstandenen Kosten wurden folgende Kostenbestandteile einbezogen:

Bei einer anteiligen Umlage der Gesamtprogrammkosten in Höhe von 850.287,02 Euro auf die 297 Mitglieder der Interventionsgruppe entfallen somit im Durchschnitt 2.862,92 Euro auf einen Programmteilnehmer.

Tab. 9: Programmkosten (n = 297)

Kostenkategorie	Kosten insgesamt	Durchschnittliche Kosten pro Person
Kosten für Programmteilnahme (Teilnehmer und Begleitpersonen)	797.028,43€	2.683,60€
Fahrkosten (Teilnehmer und Begleitpersonen)	33.346,95€	112,28€
Implementation und Durchführung des Programms	19.911,64€	67,04€
Summe	850.287,02€	2.862,92€

Effizienz des Programms „Gewonnene Jahre“

Die in Tabelle 10 zusammengefassten Ergebnisse zeigen, dass das Programm nach einer (Nach-)Beobachtungszeit von insgesamt fünf Jahren trotz der nachweisbaren Minderausgaben in Höhe von 1.022,25 Euro noch nicht als effizient bezeichnet werden kann, da diesen Minderausgaben durchschnittlich 2.862,92 Euro an Programm kosten gegenüberstehen. Im Durchschnitt sind damit Netto-Mehrausgaben von 1.840,67 Euro für jeden Programmteilnehmer zu verzeichnen.

Tab. 10: Effizienz des Bonusprogramms (n = 297)

	Summe
Durchschnittliche Minderausgaben eines Teilnehmers für gesundheitsbezogene Leistungen	1.022,25 €
Durchschnittliche Programm kosten je Teilnehmer	- 2.862,92 €
Durchschnittliche Netto-Einsparung je Teilnehmer	- 1.840,67 €

Es ist allerdings zu bedenken, dass bei einer Effizienzbewertung grundsätzlich die Kostenwirksamkeit eines Programms oder einer Interventionsmaßnahme bis zum Lebensende berücksichtigt werden sollte. Da ein Modellvorhaben nach § 63 SGB V von der Aufsicht führenden Behörde – dem Bundesversicherungsamt – allerdings nur für maximal acht Jahre Laufzeit genehmigt werden kann, ist die gewählte Beobachtungsdauer von fünf Jahren lediglich als Konzession an die gesetzlichen Vorgaben zu verstehen.

Um dennoch Aussagen zur Kostenwirksamkeit des Programms „Gewonnene Jahre“ über den fünfjährigen Beobachtungszeitraum hinaus machen zu können, wurde der „Break-Even-Point“, also der Punkt, an dem die Minderausgaben für gesundheitsbezogene Leistungen und die Programm kosten gleich hoch sind, approximativ bestimmt. Dazu wurde auf der Basis der kumulativen Minderausgaben in den fünf zur Verfügung stehenden Beobachtungsjahren mit Hilfe eines linearen Regressionsmo-

dells die Höhe der durchschnittlichen jährlichen Minderausgaben eines Teilnehmers im Vergleich zu einem Nicht-Teilnehmer (unter der Annahme gleicher Bedingungen in den Folgejahren) geschätzt. Das Ergebnis des Schätzmodells besagt, dass ein Teilnehmer jährlich um 206,70 Euro geringere Kosten für gesundheitsbezogene Leistungen verursacht als ein Nicht-Teilnehmer. Demnach wäre der „Break-Even-Point“ nach knapp 14 Jahren (exakt: nach 13,85 Jahren) erreicht ($206,70 \text{ Euro} \times 14 = 2.893,80 \text{ Euro}$).

Da das Alter der Teilnehmer an dem Programm „Gewonnene Jahre“ zum Zeitpunkt der Programmitnahme durchschnittlich 62,2 Jahre betrug und die Lebenserwartung in diesem Alter im Durchschnitt noch über 20 Jahre beträgt (Männer: 19,0 Jahre, Frauen: 22,8 Jahre, Statistisches Bundesamt 2007), dürfte das Programm unter der Prämisse der „Kostenwirksamkeit bis zum Lebensende“ nach den bisherigen Erkenntnissen die Effizienzschwelle noch rechtzeitig erreichen.

5. Zusammenfassung

Obwohl die Ruheständler in unserer Bevölkerung schon seit Jahren eine zentrale und wachsende Fraktion ausmachen, stellen sie in herkömmlichen Gesundheitsförderungs- und Präventionsprogrammen bis heute eine unterrepräsentierte Zielgruppe dar. Deshalb hat sich die Gmünder ErsatzKasse (GEK) vor neun Jahren dieses Themas angenommen und die hier vorgestellte Studie als Modellvorhaben nach § 63 SGB V mit dem Titel „Gewonnene Jahre“ initiiert.

Das Projekt

- wird von den Teilnehmern sehr positiv bewertet
- gewinnt mit der stationären Aufnahme Personengruppen, die ansonsten kaum zu motivieren sind (zwei Drittel der Teilnehmer sind

Männer und nahezu zwei Drittel der Befragten waren vor Eintritt in den Ruhestand als Arbeiter tätig)

- führt zu mittel- und längerfristigen positiven Effekten auf das Gesundheitsverhalten, das gesundheitliche Befinden und die gesundheitsbezogene Lebensqualität
- ist nach fünfjähriger Nachbeobachtungsdauer bei einem approximativ bestimmten "Break-Even-Point" von knapp 14 Jahren als noch nicht effizient anzusehen.

Die vorliegenden Ergebnisse der Studie verdeutlichen einmal mehr, dass gesundheitsfördernde und präventive Maßnahmen dann eine hohe Akzeptanz bei den Teilnehmern haben sowie Personengruppen zur Teilnahme motivieren können, die ansonsten nur schwer erreichbar sind, wenn sowohl die Rahmenbedingungen als auch die Inhalte bedürfnis- und zielgruppengerichtet ausgestaltet sind. Es zeigt sich, dass das große Verbesserungspotenzial insbesondere bei älteren Personen im Verhaltens- und Befindensbereich durch Programme und Maßnahmen, die am jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse ausgerichtet sind, auch realisiert werden kann. Es ist zudem belegbar, dass durch die Teilnahme an derartigen Programmen schon in einem relativ kurzen Zeitraum auch Ausgaben für gesundheitsbezogene Leistungen in nicht unerheblicher Höhe eingespart werden können und dass über einen längeren Zeitraum auch eine vollständige Kostenkompensation der Programm kosten wahrscheinlich ist.

Literatur

- Bullinger, M., Kirchberger, I. (1998). Der SF-36 Fragebogen zum Gesundheitszustand. Handanweisung. Göttingen
- Ferring, D. (1986). Zur Erfassung gesundheitsbezogener Kontrollüberzeugungen: Erste Befunde für ein deutschsprachiges Inventar. Berichte aus dem Forschungsprojekt „Psychologie der Krankheitsbewältigung“, Nr. 7. Trier
- Ferring, D., Filipp, S. H. (1989). Der Fragebogen zur Erfassung gesundheitsbezogener Kontrollüberzeugungen (FEGK), Kurzbericht. Zeitschrift für Klinische Psychologie 18: 285-289
- Franke, G. (1995) SCL-90-R. Die Symptom-Checkliste von Derogatis – Deutsche Version. Göttingen

Link:

Statistisches Bundesamt: www.destatis.de

Optimierung der Arzneimitteltherapie bei älteren Menschen

Katrin Janhsen

1. Einleitung

Der Anteil älterer Menschen in unserer Bevölkerung nimmt seit Jahren zu. Derzeit sind ca. 25% der Einwohner Deutschlands 60 Jahre und älter. Hochrechnungen zu Folge werden es 2050 rund 40% sein (Statistisches Bundesamt 2007).

Eine derartige Entwicklung stellt hohe Anforderungen an eine Gesellschaft. Nicht zuletzt vor diesem Hintergrund wird der Gesundheitsversorgung dieser Bevölkerungsgruppe zunehmendes Interesse geschenkt. Denn es gilt, Sorge dafür zu tragen, dass die Menschen nicht nur alt, sondern bei möglichst guter Gesundheit und Leistungsfähigkeit alt werden.

Eine der wichtigsten therapeutischen Optionen im höheren Lebensalter ist die Behandlung mit Arzneimitteln. Sie wird allerdings durch eine Reihe von Besonderheiten in dieser Patientengruppe erschwert und weist derzeit in der Praxis häufig deutliche Optimierungspotenziale auf.

2. Besonderheiten der Arzneimitteltherapie älterer Menschen

Mit steigendem Alter werden bei vielen Menschen Multimorbidität, vor allem mit chronischen Erkrankungen sowie fortschreitender Funktionsverlust von Organen, z.B. der Leber und der Nieren, von immer größerer Bedeutung.

Daraus ergibt sich sehr häufig einerseits ein Bedarf an einer größeren Anzahl von Arzneimitteln, die über einen langen Zeitraum – meistens sogar lebenslang – angewendet werden müssen. Andererseits ist der Körper beispielsweise bei eingeschränkter Nieren- und/oder Leberfunktion oft nicht mehr in der Lage, diese Arzneimittel gut abzubauen, so dass die Wirkstoffe im Körper kumulieren und u.a. zu häufigeren Nebenwirkungen führen können. Diese Auswirkungen könnten in vielen Fällen durch eine auf die verbleibende Organfunktion angepasste Dosierung oder Auswahl der Arzneimittel vermieden werden.

Auch andere physiologische Systeme verändern sich. So nehmen das Durstgefühl ab und der relative Anteil an Fettgewebe zu. Dies kann zu einer Kumulation lipophiler Wirkstoffe, beispielsweise der Benzodiazepine, führen: fettlösliche Wirkstoffe lagern sich im Fettgewebe ein und bilden Wirkstoffdepots, die verzögert wieder an das Blut abgegeben werden. Die Wirkstoffe können dadurch länger und bei regelmäßiger Gabe auch stärker wirken und Nebenwirkungen hervorrufen. Auch hier können über die Auswahl der Arzneimittel und eine Anpassung der Dosis unerwünschte Arzneimitteleffekte vermieden werden.

Neben den oben beispielhaft genannten Aspekten der Pharmakokinetik und Pharmakodynamik hat auch der Umgang des Patienten mit den Arzneimitteln einen großen Einfluss auf die Wirksamkeit und Verträglichkeit einer Arzneitherapie: so verschlechtern sich im Alter das Sehen und die Feinmotorik und auch das Erinnern komplexer Therapieregime fällt älteren Patienten häufig schwer. In der Folge werden beispielsweise Tabletten verloren, die Einnahme ausgelassen, vergessen oder doppelt vorgenommen und das Teilen der Tabletten erfolgt nicht oder nicht korrekt.

Hinzu kommt noch, dass gerade ältere Menschen oft noch zusätzlich etwas für ihre Gesundheit tun wollen und sich neben den verordneten Arzneimitteln weitere Präparate im Rahmen der Selbstmedikation in der

Apotheke kaufen. Nach den Daten des Bundesgesundheitssurveys von 1998 waren dies seinerzeit 10% der von den 60- bis 79-jährigen Studienteilnehmern genannten Arzneimittel (Knopf et al. 2007). Der Anteil liegt vermutlich mittlerweile wegen der Änderungen in der Erstattungsfähigkeit durch die Krankenkassen sogar noch höher. Weitere 6% der Arzneimittel stammten aus der Hausapotheke (Knopf et al. 2007).

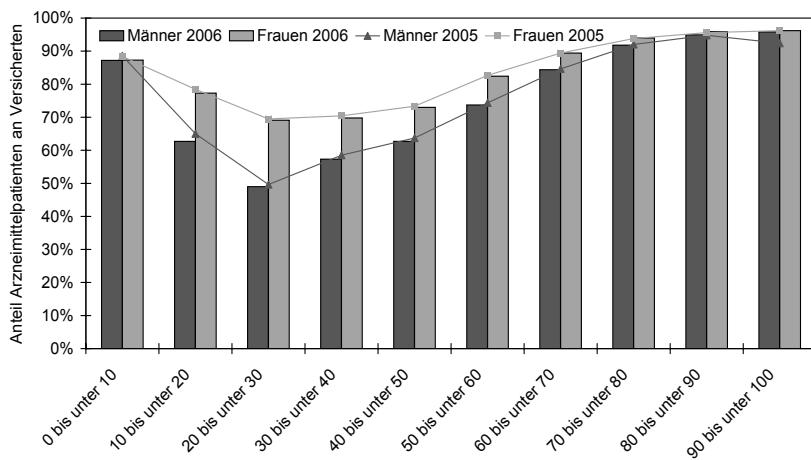
Der Bezug von Arzneimitteln über verschiedene Wege – sei es durch Verordnungen verschiedener Ärzte oder auch durch ärztliche Verordnung und Selbstmedikation – birgt grundsätzlich erhöhte Risiken u.a. für Wechselwirkungen, Doppelmedikation und Missachtung von Kontraindikationen.

Alle genannten Aspekte und noch einige weitere Besonderheiten im höheren Lebensalter wirken sich in vielfältiger Weise auf die Pharmakotherapie aus. Sie müssen daher hinreichend berücksichtigt werden.

3. Charakteristika der Arzneimitteltherapie älterer Menschen

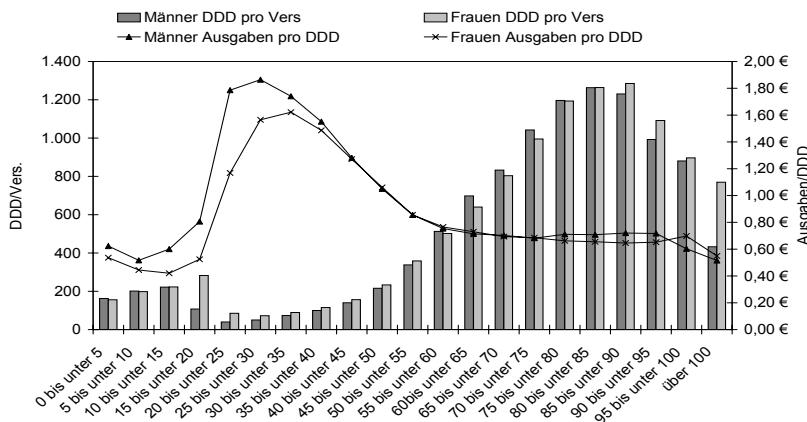
Fast jeder Mensch ab einem Alter von 65 Jahren bekommt im Laufe eines Jahres mindestens ein Arzneimittel vom Arzt verordnet. Unter den Versicherten der Gmünder ErsatzKasse (GEK) waren es im Jahre 2006 91,1% der 65-jährigen und älteren Versicherten. Frauen lagen dabei mit 93,0% über dem Durchschnitt. Ein vergleichbar hoher Anteil wird sonst nur bei Kindern bis 10 Jahren erreicht (Abb. 1).

Abb. 1: Prozentuale Inanspruchnahme von Arzneimitteltherapie im Jahr 2006 und 2005 nach Alter und Geschlecht



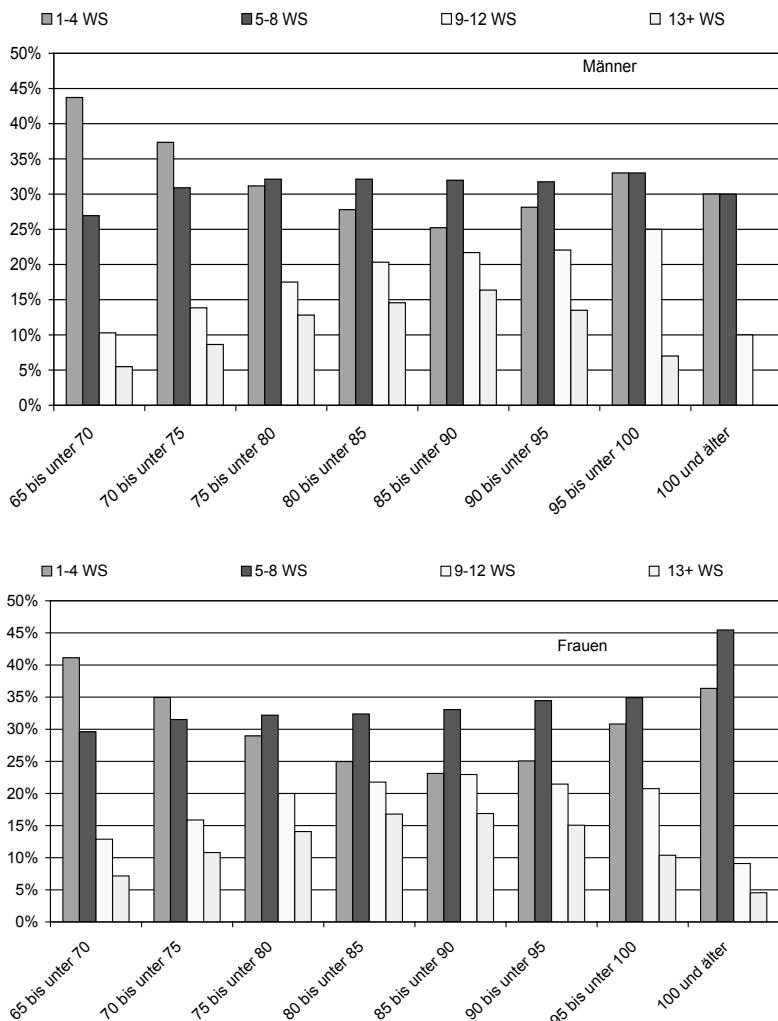
Betrachtet man zusätzlich die verordneten Wirkstoffmengen (Abb. 2) wird die große Bedeutung der Arzneimitteltherapie im höheren Lebensalter deutlich: Pro Kopf und Jahr werden für diese Altersgruppe rund 1.030 definierte Tagesdosen (DDD) verschrieben. Dies liegt weit über dem Durchschnitt (390 DDD pro Kopf und Jahr).

Abb. 2: Pro-Kopf-Verordnungsmengen und Ausgaben pro DDD nach Alter und Geschlecht im Jahr 2006



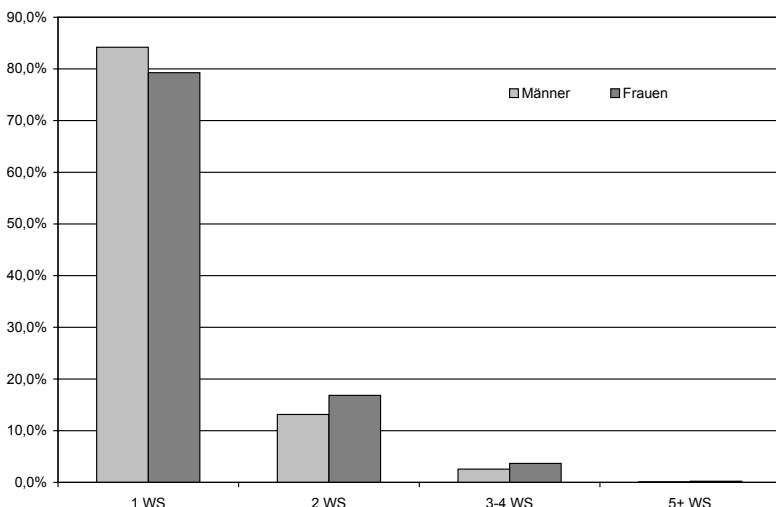
Und schließlich werden ältere Menschen auch noch häufig mit einer großen Anzahl verschiedener Arzneimittel behandelt: so bekommen die meisten Älteren mindestens fünf verschiedene Wirkstoffe im Laufe eines Jahres verordnet. Bei einer gleichzeitigen Anwendung derartig vieler Arzneistoffe ist selbst bei deutlich jüngeren Patienten das Auftreten unerwünschter Wirkungen in Form von Wechsel- und Nebenwirkungen sehr wahrscheinlich. Im Alter zwischen 80 und 90 sind es sogar 15% der mit Arzneimitteln Therapierten, die 13 oder mehr (!) verschiedene Wirkstoffe verschrieben bekommen (Abb. 3) und hinzu kommen noch – in einem nicht unerheblichen Anteil (s.o.) – weitere Medikamente im Rahmen der Selbstmedikation.

Abb. 3: Anteil Versicherte im Alter ab 65 Jahren mit Arzneimittelverordnung nach Anzahl verschiedener Wirkstoffe, Alter und Geschlecht im Jahr 2006



Es werden auch immer noch Wirkstoffe verordnet, die bei älteren Menschen nicht angewendet werden sollen („Beers- bzw. Fialova-Liste“) – in Deutschland trifft dies in der Altersgruppe ab 65 Jahren auf mindestens jeden fünften Patienten mit Arzneimittelverordnung zu. Davon wiederum jeder Fünfte bekommt sogar mehr als ein Arzneimittel verordnet, das im höheren Lebensalter vermieden werden sollte (Abb. 4). Das Risiko für Neben- und Wechselwirkungen steigt so weiter überproportional an.

Abb. 4: Anteil Versicherter im Alter ab 65 Jahren im Jahr 2005 mit Verordnung von Arzneimitteln, die im höheren Lebensalter vermieden werden sollten (nach Fialova, 2005) nach Anzahl der verordneten Wirkstoffe



Ein europäischer Vergleich zeigte, dass viele dieser Wirkstoffe – insbesondere auch die, die bei uns besonders häufig verordnet wurden – in mehreren Ländern grundsätzlich oder zumindest im höheren Lebensalter als verzichtbar gelten und nicht oder nur in sehr geringem Umfang verordnet werden (Janhsen 2006, Fialova et al. 2005).

Schließlich darf auch nicht die Tatsache vernachlässigt werden, dass zwar eine Vielzahl von Arzneimitteln zur Verfügung steht, um die bedeutenden Krankheiten im höheren Lebensalter zu behandeln, leider aber adäquate Informationen über die Anwendung dieser Medikamente bei älteren Patienten – insbesondere bei Multimorbidität – nur selten verfügbar und/oder schwer zugänglich sind. Ursache dafür ist u.a., dass Zulassungsstudien immer noch in der Regel an deutlich jüngeren, meist männlichen Probanden durchgeführt werden; Begleiterkrankungen stellen ein Ausschlusskriterium dar, so dass sich die Studienpopulation deutlich von der „Praxispopulation“ unterscheidet.

4. Optimierungspotenziale

Eine optimierte Arzneimitteltherapie ist immer eine auf einen bestimmten Patienten in einer bestimmten Situation zugeschnittene Therapie. Dabei muss das individuelle Nutzen-Risiko- bzw. Nutzen-Schaden-Verhältnis berücksichtigt werden und es sollten regelmäßig folgende Aspekte überprüft werden:

- Welche Arzneimittel sind nicht indiziert?
- Welche Arzneimittel fehlen im Therapieplan?
- Welche Arzneimittel werden nicht korrekt angewendet?
- Treten unerwünschte Arzneimittelwirkungen auf?

(modifiziert nach Jansen 2007)

Auf der Basis verfügbarer Datenbestände – beispielsweise Routinedaten der Krankenkassen – lässt sich das populationsbezogene Optimierungspotenzial aufgrund fehlender oder unzureichend verfügbarer klinischer Parameter leider nicht umfassend und exakt darstellen.

Auswertungen solcher Daten sind jedoch gut geeignet, um – im Sinne

einer äußerst konservativen Schätzung – Hinweise auf Optimierungspotenziale zu geben. Dies gelingt mit den vorhandenen Daten gut, wenn die Optimierung beispielsweise allein durch die Verordnung weiterer oder anderer Wirkstoffe bei gegebener Indikation oder Vermeidung von Wirkstoffen u.a. bei Interaktionen oder erhöhtem Risiko für Nebenwirkungen erzielt werden könnte.

Hierzu gehören u.a. die bereits oben erwähnten rund 20% der mit Arzneimitteln behandelten älteren Patienten, die einen oder mehrere Wirkstoffe aus der Beers- bzw. Fialova-Liste verordnet bekommen, aber auch der hohe Anteil älterer und alter Frauen (21% der 65- bis 69-jährigen, 11% der 75- bis 79-jährigen, 5% der 85- bis 89-jährigen), die mit Hormonen gegen Wechseljahrbeschwerden behandelt werden (Heitmann 2007) und die leider immer noch viel zu vielen Patienten, die Benzodiazepine und Benzodiazepin-Derivate im Dauergebrauch verordnet bekommen (Jahnsen 2007a).

Wenn besondere Situationen entstehen, beispielsweise durch das Vorliegen von Multimorbidität, eingeschränkter Organfunktion etc., wie wir sie gerade im höheren Lebensalter häufig beobachten können, kann sich auch die konsequente Beachtung der Leitlinien – im Sinne einer Überversorgung – ins Gegenteil umkehren und zu einer für diese Patienten ungünstigen und risikoreichen Therapie werden. Im höheren Lebensalter spielt dabei auch die nicht auf die Leber- bzw. Nierenfunktion angepasste Dosierung eine bedeutende Rolle.

Andererseits werden aber auch notwendige und sinnvolle Arzneimittel häufig nicht verordnet oder nicht angewendet. So weiß man beispielsweise aus einer aktuellen niederländischen Untersuchung (Kuijpers et al. 2007), u.a. dass 62% der Patienten unter Opiodtherapie kein Laxans und 60% der Patienten nach einem Herzinfarkt keinen β -Blocker bekommen. Außerdem sinkt die Compliance der Patienten, je mehr Arzneimittel

verordnet werden, je problematischer die Anwendung der Arzneiform ist (z.B. große Tabletten, sehr kleine Tabletten) und je weniger der Patient unmittelbar einen Effekt der Arzneimittelanwendung feststellen kann (z.B. Antihypertensiva, Lipidsenker).

Wie die Berliner Altersstudie gezeigt hat, ist insgesamt davon auszugehen, dass nahezu gleich häufig Defizite in Form von Über-, Unter- und Fehlversorgung vorliegen (Steinhagen-Thiessen, Borchelt 1996). Die medikamentöse Therapie wird in dieser Altersgruppe zu einem komplexen Prozess und stellt hohe Anforderungen an Arzt, Apotheker und Patient. Auf der Basis von Verordnungsdatenanalysen und den Ergebnissen verschiedener anderer Untersuchungen lässt sich das vorhandene Optimierungspotenzial in der Arzneimitteltherapie älterer Menschen näherungsweise darstellen: selbst bei äußerst konservativer Schätzung kommt man dabei bereits zu dem Schluss, dass ein erheblicher Handlungsbedarf zur Optimierung der Arzneitherapie im höheren Lebensalter besteht.

5. Ausblick

Das Thema gewinnt in letzter Zeit zunehmend an Aufmerksamkeit – bei Patienten und Ärzten, aber auch in der Öffentlichkeit.

Wichtige Aspekte und Ziele dabei sind:

- Transparenz erzeugen:
 - bevölkerungsbezogen (Versorgungsforschung, GBE)
 - individuell (Gesundheitskarte, Selbstmedikation)
- Vorhandene Informationen über Arzneimittelwirkungen im Alter verfügbar machen und nutzen (z.B. durch praxisorientierte Instrumente auf Basis einer „Beers-Liste“ für den deutschen Arzneimittelmarkt)

- Informationen generieren (z.B. durch Berücksichtigung von älteren Probanden in klinischen und epidemiologischen Studien)

Die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft hat in einer Pressemitteilung vom 13.01.2007 die Erarbeitung von Empfehlungen für die Arzneimitteltherapie im Alter angekündigt (Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft, 2007). Eine hausärztliche Leitlinie zur Pharmakotherapie im Alter wurde erstmals bereits im vergangenen Jahr von der Leitliniengruppe Hessen veröffentlicht (Leitliniengruppe Hessen 2007).

Es tut sich also etwas – und die vorliegenden Auswertungen geben deutliche Hinweise, dass es lohnend ist, sich auf diesem Gebiet zu engagieren.

Literatur:

Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (2007). Arzneitherapie im Alter: Dosierungen häufig zu hoch. Pressemitteilung vom 13.1.2007. www.akdae.de/46/20070113.pdf, letzter Zugriff: 05.05.2008

Fialova, D., Topinkova, E., Gambassi, G., Finne-Soveri, H., Jonsson, P.V., Carpenter, I., Schroll, M., Onder, G., Sorbeye, L.W., Wahner, C., Reissogova, J., Bernabei, R. (2005). Potentially Inappropriate Medication Use Among Elderly Home Care Patients in Europe. *J Am Med Assoc* 293 (11): 1348-1358

Glaeske, G., Janhsen, K. (2006). GEK-Arzneimittel-Report 2006. St. Augustin.

Glaeske, G., Janhsen, K. (2007). GEK-Arzneimittel-Report 2007. St. Augustin.

Heitmann, C. (2007). Hormontherapie in und nach den Wechseljahren. In: Glaeske, G., Janhsen, K.: GEK-Arzneimittel-Report 2007. St. Augustin: 140-164.

Janhsen, K. (2006). Arzneimittel im höheren Lebensalter. In: Glaeske, G., Janhsen, K.: GEK-Arzneimittel-Report 2006. St. Augustin: 101-124.

Janhsen, K. (2007). Arzneimittel im höheren Lebensalter. In: Glaeske, G., Janhsen, K.: GEK-Arzneimittel-Report 2007. St. Augustin: 110-124.

Janhsen, K. (2007a). Die stille Sucht: Medikamentenabhängigkeit ist weiblich. In: Glaeske, G., Janhsen, K.: GEK-Arzneimittel-Report 2007. St. Augustin: 125-139.

Jansen, P.A. (2007). Pharmacotherapy and pharmacological studies in the elderly. Vortrag beim 8. Kongress der European Association

for Clinical Pharmacology and Therapeutics, Amsterdam, 29. August bis 1. September 2007.

Knopf, H., Du, Y., Scheidt-Nave, C. (2007). Polypharmazie: Welche Inanspruchnahme zeigt sich im Alter? Hinweise aus den Daten des Bundesgesundheitssurvey 1998. Prävention und Gesundheitsförderung Band 2, Suppl 1, Oktober 2007: 65

Kuijpers, M.A.J., van Marum, R.J., Egberts, A.C.G., Jansen, P.A.F. (2007). Relationship between polypharmacy and underprescribing. Br J Clin Pharmacol, Juni 2007.

Leitliniengruppe Hessen (2007). Hausärztliche Leitlinie Alter – Pharmakotherapie im Alter.

Statistisches Bundesamt (2007). Bevölkerungsstand und Vorausberechnung Bevölkerung. www.destatis.de

Steinhagen-Thiessen, E., Borchelt, U. (1996). Morbidität, Medikation und Funktionalität im Alter. In: Mayer, K.U., Baltes P.B. (Hrsg.) Die Berliner Altersstudie. Berlin: 151-183

Verzeichnis der Autorinnen und Autoren

Nicole Baumann

geb. 1970, Studium der Biowissenschaftlichen Dokumentation an der Fachhochschule Hannover mit dem Abschluss Diplom-Dokumentarin (FH). Seit 2001 Dokumentarin am ISEG – Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitssystemforschung in Hannover.

Kontakt: Nicole Baumann, ISEG – Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitssystemforschung, Lavesstr. 80, 30159 Hannover, baumann@iseg.org

Peter Berlit

Prof. Dr. med., geb. 1950, nach dem Studium der Medizin in Kiel und Marburg Tätigkeiten in der Inneren Medizin und Dermatologie. Neurologische Facharztausbildung am Universitätsklinikum Heidelberg. Habilitation 1985, apl. Professor der Universität Heidelberg seit 1989. 1990 Gastprofessor am Department of Rheumatology der University of California San Diego, USA. Von 1985 bis 1992 leitender Oberarzt und vorübergehend kommissarischer Leiter der Neurologischen Klinik am Universitätsklinikum Mannheim. Seit 1992 Leiter der Neurologischen Klinik mit Klinischer Neurophysiologie am Alfried Krupp Krankenhaus, Essen. Sprecher der leitenden Krankenhausneurologen Deutschlands. Mitherausgeber der Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Neurologie. Mitglied der American Academy of Neurology, der American Neurological Association und der American Association of Electrodiagnostic Medicine. Wissenschaftliche Schwerpunkte sind zerebrovaskuläre Erkrankungen, Neuroimmunologie und autonome Störungen.

Kontakt: Prof. Dr. Peter Berlit, Neurologische Klinik am Alfried Krupp Krankenhaus, Alfried-Krupp-Str. 21, 45117 Essen, peter.berlit@krupp-krankenhaus.de

Uwe Brucker

M.A., geb. 1954, Studium der Rechts-, Kommunikations- und Politischen Wissenschaften in Montpellier und München. Freiberufliche Tätigkeit in der Beruflichen Erwachsenenbildung zu den Themen Arbeitsrecht, Recht in der Altenhilfe, Kommunikation und Öffentlichkeitsarbeit. Wissenschaftlicher Referent im Arbeitsschwerpunkt Altenhilfe beim Deutschen Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. in Frankfurt am Main. Lehraufträge an den Fachhochschulen Frankfurt/Main, Köln, Bochum. Dozent an der Universidad Internacional Menendez Pelayo, Santander. Mitarbeit in der AG „Qualität“ des Bundespflegeausschusses und beim Runden Tisch Pflege. Mitglied im Fachausschuss „Altenhilfe und Pflege“ beim Deutschen Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. Fachbuchautor zu Themen des Betreuungsrechts und der Pflege.

Kontakt: Uwe Brucker, MDS, Lützowstr. 53, 45141 Essen, u.brucker @ mds-ev.de

Hans Dörning

geb. 1952, Studium der Sozialwissenschaften an der Universität Duisburg mit dem Abschluss Diplom Sozialwissenschaftler, 1984 bis 1990 Wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Universität Dortmund, 1990 bis 1997 wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Medizinischen Hochschule Hannover, Abteilung für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung. Seit 1991 Geschäftsführer und stellvertretender wissenschaftlicher Leiter des ISEG - Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitssystemforschung in Hannover.

Kontakt: Hans Dörning, ISEG – Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitssystemforschung, Lavesstr. 80, 30159 Hannover, doerning@iseg.org

Ferdinand M. Gerlach

Prof. Dr. med., geb. 1961, Facharzt für Allgemeinmedizin und Gesundheitswissenschaftler (Master of Public Health), seit 2004 Universitätsprofessor für Allgemeinmedizin und Direktor des Instituts für Allgemeinmedizin der Johann Wolfgang Goethe-Universität in Frankfurt am Main, zuvor (2001 bis 2004) Direktor des Instituts für Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Kiel, 1998 Habilitation, seit 1993 Niederlassung/Mitarbeit in hausärztlichen Gemeinschaftspraxen in Bremen, Kiel und Frankfurt am Main, 1992 bis 1993 Wissenschaftlicher Geschäftsführer des Norddeutschen Forschungsverbundes Public Health, 1991 bis 2000 Leiter des Arbeitsbereichs Qualitätsförderung, Abteilung Allgemeinmedizin, Medizinische Hochschule Hannover. Langjährige Arbeitsschwerpunkte: Qualitätsförderung und evidenzbasierte Medizin in der Praxis, Praxisepidemiologie, Fehlerprävention und Patientensicherheit, Versorgung chronisch Kranker, Versorgungsforschung. Mitglied in zahlreichen nationalen und internationalen Gremien und Organisationen, darunter Vorstand der International Society of General Practice (SIMG), European Association for Quality in General Practice/Family Medicine (EQuIP), Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen und Präsidium der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DE-GAM). Verleihung mehrerer wissenschaftlicher Preise, darunter Preis für Gesundheitswissenschaften (1994), Deutscher Gesundheitspreis „Innovationen im Gesundheitswesen“ (1999), Berliner Gesundheitspreis (2002) und Richard Merten-Preis für Qualität im Gesundheitswesen (2005).

Kontakt: Prof. Dr. med. Ferdinand M. Gerlach, MPH, Institut für Allgemeinmedizin, Johann Wolfgang Goethe-Universität, Theodor-Stern-

Kai 7, 60590 Frankfurt, gerlach@allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de,
Homepage: www.allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de

Gerd Glaeske

Prof. Dr. rer. nat., geb. 1945, Pharmaziestudium in Aachen und Hamburg, Promotion mit Prüfung in Pharmazeutischer Chemie, Pharmakologie und Wissenschaftstheorie. 1981 bis 1987 wissenschaftlicher Mitarbeiter und Abteilungsleiter im BIPS, danach Leiter pharmakologischer Beratungsdienste und medizinischer Grundsatzabteilungen in verschiedenen Krankenkassen. Ab 1999 Professor für Arzneimittelversorgungsforschung an der Universität Bremen, seit 2007 Co-Leiter der Abteilung für Gesundheitsökonomie, Gesundheitspolitik und Versorgungsforschung am Zentrum für Sozialpolitik (ZeS) der Universität Bremen. Ab 2001 Mitglied im Vorstand der Fachgesellschaft für Arzneimittelanwendungsforschung und Arzneimittelepidemiologie (GAA), ab 2003 Mitglied im Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen und im wissenschaftlichen Beirat der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), ab 2006 im Vorstand des Deutschen Netzwerkes für Versorgungsforschung (DNFV).

Kontakt: Prof. Dr. Gerd Glaeske, Universität Bremen, Zentrum für Sozialpolitik, Barkhof, Parkallee 39, 28209 Bremen, gglaeske@zes.uni-bremen.de

Dieter Hebel

geb. 1944, Ausbildung zum SV-Fachangestellten, Abendstudium an der Verwaltungs- und Wirtschaftsakademie Hannover, Verwaltungs- und Wirtschafts-Diplom, Betriebswirt VWA, beschäftigt bei verschiedenen AOKn und im Prüfdienst für Krankenkassen. Bei der GEK seit 1977, zunächst als Assistent des Geschäftsführers, von 1981 bis 1996 Geschäftsführer

der GEK, von 1996 bis Ende 2007 Vorstandsvorsitzender der GEK. Außerdem von 2000 bis 2008 Vorstandsvorsitzender der HZK – Die Profi-krankenkasse, 2003 bis 2006 Vorstandsvorsitzender der KEH Kranken-kasse Eintracht Heusenstamm.

Katrin Janhsen

Dr. rer. pol., geb. 1968, Pharmaziestudium in Braunschweig, Approbation 1993, Studium der Humanmedizin in Gießen und Hamburg, Promotion im Rahmen der WHO MONICA-Studie mit der arzneimittelepidemiologischen Arbeit „Joint Analysis of the MONICA Optional Study on Drugs“. 1997 bis 2001 Wissenschaftliche Mitarbeiterin im BIPS, danach Wissenschaftliche Assistentin für das Gebiet Arzneimittelepidemiologie und Public Health an der Universität Bremen und Mitarbeiterin und KoAutorin im Projekt „GEK-Arzneimittel-Report“ des Zentrums für Sozialpolitik (ZeS) der Universität Bremen. Seit 1997 Lehrtätigkeit im Aufbaustudiengang Gesundheitswissenschaften und im Bachelorstudiengang Public Health der Universität Bremen, seit 2002 Lehrauftrag für Pharmakoepidemiologie an der Universität Hamburg, seit 2003 stellvertretende Vorsitzende der Landesgruppe Bremen der Deutschen Pharmazeutischen Gesellschaft, seit 2006 Mitglied des Executive Committees der European Drug Utilization Research Group (EuroDURG). Arbeitsschwerpunkte und aktuelle Projekte: Arzneimittelepidemiologie, Public Health, Arzneimittelversorgungsforschung, Klinische Pharmazie, Pharmaceutical Care, Qualitätsindikatoren, Analyse von Verordnungsdaten der GKV, u.a. zu geschlechtsspezifischen Unter-schieden in der Arzneimitteltherapie, zur Versorgung von Kindern und Ju-gendlichen und von Patienten im höheren Lebensalter.

Kontakt: Dr. Katrin Janhsen, Universität Bremen, Zentrum für Sozialpolitik, Barkhof, Parkallee 39, 28209 Bremen, kjanhsen@zes.uni-bremen.de

Sabine Jansen

geb. 1962, Studium der Sozialpädagogik (Abschluss Diplom FH) in Berlin und Betriebswirtschaft an der Fernuniversität Hagen. 1981 – 1990 verschiedene Tätigkeiten in der Pflege, Betreuung und Beratung von älteren Menschen, insbesondere Demenzkranken, durch Tätigkeiten im Pflegeheim, in ambulanten Diensten und im Sozialdienst eines Krankenhauses. Nach Geburt von zwei Kindern und Erziehungszeiten 1995 Beginn der Arbeit für die Alzheimer Gesellschaft, zunächst in der Beratungsstelle der Alzheimer Gesellschaft Berlin, ab 1997 für die Deutsche Alzheimer Gesellschaft. Seit 2000 Geschäftsführerin der Deutschen Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz, dem Dachverband von aktuell 105 örtlichen Alzheimer Gesellschaften.

Kontakt: Sabine Jansen, Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz, Friedrichstr. 236, 10969 Berlin, sabine.jansen@deutsche-alzheimer.de

Andreas Kruse

Prof. Dr. phil., Ordinarius für Gerontologie, geb. 1955, Studium der Psychologie, Philosophie und Musik an den Universitäten Aachen und Bonn sowie an der Musikhochschule Köln. Promotion in Psychologie (Summa cum laude et egregia), Habilitation in Psychologie. Gründungsdirektor, Gründungsprofessor, Lehrstuhl für Entwicklungspsychologie der Lebensspanne und Pädagogische Psychologie am Institut für Psychologie der Universität Greifswald von 1993 bis 1997. Seit 1997 Direktor des Instituts für Gerontologie der Universität Heidelberg. First International Presidential Award of the International Association of Gerontology, Max Bürger Preis der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie, René Schubert Preis, Erster Generationenpreis des Landes Rheinland-Pfalz, Forschungspreis der Deutschen Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und Gerontopsychotherapie. Mitglied des 15-köpfigen Technischen Komitees der Vereinten Nationen zur Erstellung des International Plan of Action on Ageing. Vorsitzender der Dritten (1998-2000) und Fünften Altenberichts-

kommission (2003-2006) der Bundesregierung. Seit 2006 Vorsitzender der Kommission "Altern" der Evangelischen Kirche Deutschland. Seit 2007 Vorsitzender der Sechsten Altenberichtskommission der Bundesregierung. Seit 2003 mitverantwortlich für die Ausrichtung des European Master in Gerontology sowie seit 2005 Mitglied des EU-USA-Council Intergero.

Kontakt: Prof. Dr. Andreas Kruse, Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg, Institut für Gerontologie, Bergheimer Str. 20, 69115 Heidelberg, andreas.kruse@gero.uni-heidelberg.de

Adelheid Kuhlmeij

Prof. Dr. phil., 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 Medizinozoologie an den Fachhochschulen Neubrandenburg und Braunschweig-Wolfenbüttel. Der Schwerpunkt „Altern, Gesundheitsentwicklung und medizinische sowie pflegerische Versorgung“ steht im Mittelpunkt der wissenschaftlichen Arbeit. Mitglied im Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen und in der 5. Altenberichtskommission der Bundesregierung.

Kontakt: Prof. Dr. Adelheid Kuhlmeij, Institut für Medizinische Soziologie im CC1, Charité-Universitätsmedizin Berlin, Thielallee 47, 14195 Berlin, medsoz@charite.de

Christoph Lorenz

Geb. 1961, Studium der Statistik an der Universität Dortmund. Seit 1991 wissenschaftlicher Mitarbeiter am ISEG – Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitssystemforschung in Witten.

Kontakt: Christoph Lorenz, ISEG – Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitssystemforschung, Alfred-Herrhausen-Str. 44, 58455 Witten, lorenz@iseg.org

Thomas Schürholz

Dr. med., geb. 1961, Studium der Medizin und Promotion an der Universität Witten/Herdecke. Klinische Ausbildung und wissenschaftliche Arbeit an der Urologischen Klinik der Universität Bochum, Facharzt für Urologie. Tätigkeit in der Pharmazeutischen Industrie mit verschiedenen Leitungspositionen im Management der Bereiche Klinische Forschung, Medizinische Wissenschaften und Marketing. Langjähriges Mitglied der operativen Geschäftsleitung der Weleda AG in Schwäbisch Gmünd, Gesamtleitung Marketing und Medizin. Seit 2005 bei der Gmünder ErsatzKasse GEK, Leitung der Stabsstelle „Medizinisches Versorgungsmanagement“.

Kontakt: Dr. Thomas Schürholz, Gottlieb-Daimler-Str.19, 73529 Schwäbisch Gmünd, thomas.schuerholz@gek.de

Cornelia Trittin

M.A., geb. 1955, Buchhändlerin, Studium der Germanistik und der Kunstgeschichte in Hamburg. Langjährige Tätigkeit in Wirtschaft und Industrie, u. a. Mitarbeiterin im Projekt „Bundeskoordination Frauengesundheit“ des Arbeitskreises Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft (AKF), gefördert vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Von 2006 bis 2008 Mitarbeiterin der Gmünder ErsatzKasse (GEK) bei Prof. Dr. Gerd Glaeske, Universität Bremen, Zentrum für Sozialpolitik, Arbeitsgruppe Arzneimittelanwendungsforschung und seit 2008 Wissenschaftliche Mitarbeiterin der Universität Bremen, ebenda.

Kontakt: Cornelia Trittin, Universität Bremen, Zentrum für Sozialpolitik, Barkhof, Parkallee 39, 28209 Bremen, ctrittin@zes.uni-bremen.de

Jürgen Windeler

Prof. Dr. med., geb. 1957, Medizinstudium in Göttingen und Lübeck. Promotion 1985 und Habilitation 1993 mit Themen aus dem Bereich medizinische Biometrie, Bewertung von Diagnoseverfahren. Von 1993 bis 1999 Hochschuldozent und stellvertretender Leiter der Abteilung für Medizinische Biometrie an der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg. Zahlreiche Publikationen u.a. zur Evaluation von Diagnose- und Therapieverfahren. Insbesondere zur Bewertung von Arzneimitteln. Seit 1999 Leiter des Fachbereichs Evidenz-basierte Medizin beim Medizinischen Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (MDS) in Essen. Ab 1. Juli 2004 stellvertretender Geschäftsführer und Leitender Arzt beim MDS.

Kontakt: Prof. Dr. med. Jürgen Windeler, MDS, Lützowstr. 53, 45141 Essen, j.windeler@mds-ev.de

**In der GEK-Edition, Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse,
sind erschienen:**

Bericht über die Belastungs- und Gesundheitssituation der Berufsgruppe ...
(vergriffen)

- Nr. 1: *Werkzeugmechaniker (1994)*
Nr. 2: *Edelmetallschmiede (1993)*
Nr. 3: *Zahntechniker (1993)*
Nr. 4: *Elektroniker und Monteure im Elektrobereich (1994)*
Nr. 5: *Augenoptiker (1995)*
Nr. 6: *Zerspanungsmechaniker (1996)*
Nr. 7: *Industriemeister (1996)*
Nr. 8: *Maschinenbautechniker (1996)*
Nr. 9: *Techniker im Elektrofach (1996)*
Nr. 10: *Industriemechaniker (1996)*

Band 1: Müller, R. et al.: Auswirkungen von Krankengeld-Kürzungen.
Materielle Bestrafung und soziale Diskriminierung chronisch erkrankter
Erwerbstätiger. Ergebnisse einer Befragung von GKV-Mitgliedern. 1997
ISBN 3-930 784-02-5 Euro 9,90

Band 2: Bitzer, E. M. et al.: Der Erfolg von Operationen aus Sicht der Patienten.
– Eine retrospektive indikationsbezogene Patientenbefragung zum
Outcome elektiver chirurgischer Leistungen in der stationären Versorgung
– am Beispiel operativer Behandlungen von Krampfadern der unteren
Extremitäten, von Nasenscheidewandverbiegungen sowie von
arthroskopischen Meniskusbehandlungen. 1998
ISBN 3-980 6187-0-6 Euro 9,90

Band 3: Grobe, T. G. et al.: GEK-Gesundheitsreport 1998.
Auswertungen der GEK-Gesundheitsberichterstattung. 1998.
ISBN 3-537-44003 (vergriffen) Euro 7,90

Gmünder ErsatzKasse GEK (Hrsg.): Bericht über die Belastungs- und
Gesundheitssituation der Berufsgruppe. Ergebnisse von Beschäftigten-
befragungen, Analyse von Arbeitsunfähigkeitsdaten und Literaturrecherchen zu
Zusammenhängen von Arbeitswelt und Erkrankungen.

Band 4:	Gesundheitsbericht 11 – Werkzeugmechaniker. ISBN 3-537-44001	Euro 4,90
Band 5:	Gesundheitsbericht 12 – Bürofachkräfte. ISBN 3-537-44002	Euro 4,90
Band 6:	Gesundheitsbericht 13 – Zerspanungsmechaniker. ISBN 3-537-44006-5	Euro 4,90
Band 7:	Gesundheitsbericht 14 – Industriemechaniker. ISBN 3-537-44007-3	Euro 4,90
Band 8:	Gesundheitsbericht 15 – Zahntechniker. ISBN 3-537-44008-1	Euro 4,90
Band 9:	Gesundheitsbericht 16 – Augenoptiker. ISBN 3-537-44009-X	Euro 4,90
Band 10:	Gesundheitsbericht 17 – Edelmetallschmiede. ISBN 3-537-440010-3	Euro 4,90
Band 11:	Gesundheitsbericht 18 – Elektroberufe. ISBN 3-537-440011-1	Euro 4,90
Band 12:	Grobe, T. G. et al.: GEK-Gesundheitsreport 1999. Auswertungen der GEK-Gesundheitsberichterstattung. Schwerpunkt: Arbeitslosigkeit und Gesundheit. 1999. ISBN 3-537-44012-X	Euro 7,90
Band 13:	Marstedt, G. et al.: Young is beautiful? Zukunftsperspektiven, Belastungen und Gesundheit im Jugendalter. Ergebnisbericht zu einer Studie über Belastungen und Probleme, Gesundheitsbeschwerden und Wertorientierungen 14-25-jähriger GEK- Versicherter. 2000. ISBN 3-537-44013-8	Euro 9,90
Band 14:	Bitzer, E. M. et al.: Lebensqualität und Patientenzufriedenheit nach Leistenbruch- und Hüftgelenkoperationen. Eine retrospektive indikationsbezogene Patientenbefragung zum Outcome häufiger chirurgischer Eingriffe in der zweiten Lebenshälfte. 2000. ISBN 3-537-44014-8	Euro 9,90
Band 15:	Marstedt, G. et al. (Hrsg.): Jugend, Arbeit und Gesundheit. Dokumentation eines Workshops, veranstaltet vom Zentrum für Sozialpolitik (ZeS) der Universität Bremen und der Gmünder Ersatzkasse (GEK) am 20. Mai 1999 in Bremen.	

	Mit einem Grafik- und Tabellen-Anhang „Materialien zur gesundheitlichen Lage Jugendlicher in Deutschland“. 2000. ISBN 3-537-44015-4	(vergriffen)
Band 16:	Grobe, T. G. et al.: GEK-Gesundheitsreport 2000. Auswertungen der GEK-Gesundheitsberichterstattung. Schwerpunkt: Erkrankungen des Rückens. 2000. ISBN 3-537-44016-X	(vergriffen)
Band 17:	Braun, B.: Rationierung und Vertrauensverlust im Gesundheitswesen – Folgen eines fahrlässigen Umgangs mit budgetierten Mitteln. Ergebnisbericht einer Befragung von GEK-Versicherten. 2000. ISBN 3-537-44017-4	Euro 9,90
Band 18:	Grobe, T.G. et al.: GEK-Gesundheitsreport 2001. Auswertungen der GEK-Gesundheitsberichterstattung. Schwerpunkt: Psychische Störungen. 2001. ISBN 3-537-44018-9	Euro 9,90
Band 19:	Braun, B.: Die medizinische Versorgung des Diabetes mellitus Typ 2 – unter-, über- oder fehlversorgt? Befunde zur Versorgungsqualität einer chronischen Erkrankung aus Patientensicht. 2001. SBN 3-537-44019-7	Euro 9,90
Band 20:	Glaeske, G.; Janhsen, K.: GEK-Arzneimittel-Report 2001. Auswertungsergebnisse der GEK-Arzneimitteldaten aus den Jahren 1999 - 2000. 2001. ISBN 3-537-44020-0	Euro 9,90
Band 21:	Braun, B., König, Chr., Georg, A.: Arbeit und Gesundheit der Berufsgruppe der Binnenschiffer. ISBN 3-537-44021-9	Euro 9,90
Band 22:	Grobe, T.G., Dörning, H., Schwartz, F.W.: GEK-Gesundheitsreport 2002. Schwerpunkt: „High Utilizer“ – Potenziale für Disease Management. 2002. ISBN 3-537-44022-7	Euro 9,90
Band 23:	Glaeske, G., Janhsen, K.: GEK-Arzneimittel-Report 2002. Auswertungsergebnisse der GEK-Arzneimitteldaten aus den Jahren 2000 bis 2001. 2002. ISBN 3-537-44023-5	Euro 9,90
Band 24:	Grobe, T.G., Dörning, H., Schwartz, F.W.: GEK-Gesundheitsreport 2003. Schwerpunkt: Charakterisierung von Hochnutzern im Gesundheitssystem – präventive Potenziale? 2003. ISBN 3-537-44024-3	Euro 9,90

- Band 25: Glaeske, G., Janhsen, K.: GEK-Arzneimittel-Report 2003.
Auswertungsergebnisse der GEK-Arzneimitteldaten aus den Jahren 2001
bis 2002. 2003.
ISBN 3-537-44025-1 Euro 9,90
- Band 26: Braun, B., Müller, R.: Auswirkungen von Vergütungsformen auf die Qualität
der stationären Versorgung. Ergebnisse einer Längsschnittanalyse von
GKV-Routinedaten und einer Patientenbefragung. 2003
ISBN 3-537-44026-X Euro 9,90
- Band 27: Schmidt, Th., Schwartz, F.W. und andere: Die GEK-Nasendusche.
Forschungsergebnisse zu ihrer physiologischen Wirkung und zur
gesundheitsökonomischen Bewertung. 2003
ISBN 3-537-44027-8 Euro 7,90
- Band 28: Jahn, I. (Hg.): wechseljahre multidisziplinär. was wollen Frauen – was
brauchen Frauen. 2004
ISBN 3-537-44028-6 Euro 9,90
- Band 29: Glaeske, G., Janhsen, K.: GEK-Arzneimittel-Report 2004.
Auswertungsergebnisse der GEK-Arzneimitteldaten aus den Jahren 2002
bis 2003. 2004.
ISBN 3-537-44029-4 Euro 9,90
- Band 30: Grobe, T.G., Dörning, H., Schwartz, F.W.: GEK-Gesundheitsreport 2004.
Schwerpunkt: Gesundheitsstörungen durch Alkohol. 2004.
ISBN 3-537-44030-8 Euro 9,90
- Band 31: Scharnetzky, E., Deitermann, B., Michel, C., Glaeske, G.: GEK-Heil- und
Hilfsmittel-Report 2004. Auswertungsergebnisse der GEK-Heil- und
Hilfsmitteldaten aus dem Jahre 2003. 2004.
ISBN 3-537-44031-6 Euro 9,90
- Band 32: Braun, B., Müller, R., Timm, A.: Gesundheitliche Belastungen,
Arbeitsbedingungen und Erwerbsbiographien von Pflegekräften im
Krankenhaus. Eine Untersuchung vor dem Hintergrund der DRG-
Einführung. 2004.
ISBN 3-537-44032-4 Euro 9,90
- Band 33: Glaeske, Gerd et al.: Memorandum zu Nutzen und Notwendigkeit
Pharmakoepidemiologischer Datenbanken in Deutschland. 2004
ISBN 3-537-44033-2 Euro 7,90
- Band 34: Braun, B., Müller, R.: Belastungs- und Gesundheitssituation der
Berufsgruppe Zahntechniker. 2005
ISBN 3-537-44034-0 Euro 9,90

- Band 35: Braun, B., Müller, R.: Belastungs- und Gesundheitssituation der Berufsgruppe Bürofachkräfte. 2005
ISBN 3-537-44035-9 Euro 9,90
- Band 36: Glaeske, G., Janhsen, K.: GEK-Arzneimittel-Report 2005.
Auswertungsergebnisse der GEK-Arzneimitteldaten aus den Jahren 2003 bis 2004. 2005.
ISBN 3-537-44036-7 Euro 14,90
- Band 37: Bitzer, E.M., Grobe, T.G., Dörning, H., Schwartz, F.W.: GEK-Report akut-stationäre Versorgung 2005.
ISBN 3-537-44037-5 Euro 9,90
- Band 38: Scharnetzky, E., Deitermann, B., Hoffmann, F., Glaeske, G.: GEK-Heil- und Hilfsmittel-Report 2005. Auswertungsergebnisse der GEK-Heil- und Hilfsmitteldaten aus den Jahren 2003/2004. 2005
ISBN 3-537-44038-3 Euro 14,90
- Band 39: Samsel, W., Marstedt G., Möller H., Müller R.: Musiker-Gesundheit.
Ergebnisse einer Befragung junger Musiker über Berufsperspektiven, Belastungen und Gesundheit. 2005
ISBN 3-537-44039-1 Euro 9,90
- Band 40: Grobe, T.G., Dörning, H., Schwartz, F.W.: GEK-Gesundheitsreport 2005.
2005
ISBN 3-537-44040-5 Euro 9,90
- Band 41: Samsel, W., Böcking, A.: Prognostische und therapeutische Bedeutung der DNA-Zytometrie beim Prostatakarzinom. 2006
ISBN 3-537-44041-3 Euro 12,90
- Band 42: Lutz, U., Kolip, P.: Die GEK-Kaiserschnittstudie. 2006
ISBN 3-537-44042-1 Euro 14,90
- Band 43: Braun, B.: Geburten und Geburtshilfe in Deutschland. 2006
ISBN 3-537-44043-X Euro 14,90
- Band 44: Glaeske, G., Janhsen, K.: GEK-Arzneimittel-Report 2006.
Auswertungsergebnisse der GEK-Arzneimitteldaten aus den Jahren 2004 bis 2005. 2006.
ISBN 3-537-44044-8 Euro 14,90
- Band 45: Bitzer, E.M., Grobe, T.G., Dörning, H., Schwartz, F.W.: GEK-Report akut-stationäre Versorgung 2006. 2006
ISBN 3-537-44045-6 Euro 14,90

- Band 46: Braun, B., Müller, R. : Versorgungsqualität im Krankenhaus aus der Perspektive der Patienten. 2006.
ISBN 3-537-44046-4 Euro 14,90
- Band 47: Spintge, R., u.a.: Musik im Gesundheitswesen. 2006
ISBN 3-537-44047-2 Euro 14,90
- Band 48: Böcking, A.: Mit Zellen statt Skalpellen - Wie sich Krebs früh und ohne Operation erkennen lässt. 2006
ISBN 3-86541-177-0, ISBN 9783-86541-177-8 Euro 19,90
- Band 49: Deitermann, B, Kemper, C, Hoffmann, F, Glaeske, G: GEK-Heil-und Hilfsmittelreport 2006. Auswertungsergebnisse der GEK-Heil- und Hilfsmitteldaten aus den Jahren 2004 und 2005. 2006
ISBN 3-537-44049-9, ISBN 978-3-537-44049-5 Euro 14,90
- Band 50: Grobe, T.G., Dörning, H., Schwartz, F.W.: GEK-Report ambulant-ärztliche Versorgung 2006. 2006
ISBN 3-537-44050-2, ISBN 978-3-537-44050-1 Euro 14,90
- Band 51: Müller, R., Braun, B.: Vom Quer- zum Längsschnitt mit GKV-Daten. 2006
ISBN 3-537-44051-0, ISBN 978-3-537-44051-8 Euro 14,90
- Band 52: Bichler, K.-H., Strohmaier, W.L., Eipper, E., Lahme, S.: Das Harnsteinleiden. 2007.
ISBN 978-3-86541-165-5 Euro 45,00
- Band 53: Kleinert, J., Lobinger, B., Sulprizio, M.: Organisationsformen und gesundheitliche Effekte von Walking. 2007.
ISBN 978-3-537-44053-2 Euro 14,90
- Band 54: Glaeske, G., Trittin, C. : Weichenstellung: Die GKV der Zukunft. Bessere Koordination, mehr Qualität, stabile Finanzierung. 2007.
ISBN 978-3-537-44054-9 Euro 14,90
- Band 55: Glaeske, G., Janhsen, K.: GEK-Arzneimittel-Report 2007.
Auswertungsergebnisse der GEK-Arzneimitteldaten aus den Jahren 2005 bis 2006. 2007.
ISBN 978-3-537-44055-6 Euro 14,90
- Band 56: Hacker, E.W., Löbig, S. (Hg.): Musikphysiologie im Probenalltag.
Dokumentation eines Workshops - veranstaltet vom Zentrum für Musik, Gesundheit und Prävention. 2007
ISBN 978-3-537-44056-3 Euro 14,90

- Band 57: Deitermann, B., Kemper, C., Glaeske, G.: GEK-Heil- und Hilfsmittelreport 2007. Auswertungsergebnisse der GEK-Heil- und Hilfsmitteldaten aus den Jahren 2005 und 2006. 2007
ISBN 978-3-537-44057-0 Euro 14,90
- Band 58: Bitzer, E.M., Grobe, T.G., Dörning, H., Schwartz, F.W.: GEK-Report akut-stationäre Versorgung 2007. 2007
ISBN 978-3-537-44058-7 Euro 14,90
- Band 59: Grobe, T.G., Dörning, H., Schwartz, F.W.: GEK-Report ambulant-ärztliche Versorgung 2007. 2007
ISBN 978-3-537-44059-4 Euro 14,90
- Band 60: Braun, B., Buhr, P., Müller, R.: Pflegearbeit im Krankenhaus, Ergebnisse einer wiederholten Pflegekräftebefragung und einer Längsschnittanalyse von GEK-Routinedaten. 2008.
ISBN 978-3-537-44060-0 Euro 14,90
- Band 61: Glaeske, G., Schicktanz, C., Janhsen, K.: GEK-Arzneimittel-Report 2008. Auswertungsergebnisse der GEK-Arzneimitteldaten aus den Jahren 2006 bis 2007. 2008.
ISBN 978-3-537-44061-7 Euro 14,90