

Editorial

Norbert Schmacke

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

6 www.bagso.de/967.html

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

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

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

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

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

8 www.bagso.de/965.html

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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