

Versorgungs-Report 2012

„Gesundheit im Alter“

Christian Günster / Joachim Klose /
Norbert Schmacke (Hrsg.)

Schattauer (Stuttgart) 2012

Auszug Seite 67-98



5	Die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen im Alter.....	67
	<i>Bettina Gerste</i>	
5.1	Einleitung	68
5.2	Datengrundlage	69
5.3	Krankheitsspektrum nach Altersgruppen.....	69
5.3.1	Zunahmen.....	70
5.3.2	Kontinuierliche Rückgänge	73
5.3.3	Zunahmen im dritten, Rückgänge im vierten Lebensalter	73
5.4	Inanspruchnahme des Gesundheitswesens im Altersverlauf.	77
5.4.1	Behandlungsquoten sektoral.....	77
5.4.2	Ausgaben	78
5.4.3	Umfang der Inanspruchnahme	81
5.5	Fokus pflegebedürftige Personen	90
5.5.1	Behandlungsquoten sektoral.....	91
5.5.2	Ausgaben	92
5.5.3	Umfang der Inanspruchnahme	94
5.6	Zusammenfassung	96

5 Die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen im Alter

Bettina Gerste

Abstract

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

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

5.1 Einleitung

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

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

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

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

5.2 Datengrundlage²

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

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

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

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

5.3 Krankheitsspektrum nach Altersgruppen

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

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

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

³ Bevölkerung am 31.12.2008. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden 2009.

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

Tabelle 5–1

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

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

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

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

5.3.1 Zunahmen

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

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

Tabelle 5–2

Erkrankungen, die im Alter zunehmend häufiger diagnostiziert und behandelt wurden

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

Tabelle 5-2

Fortsetzung

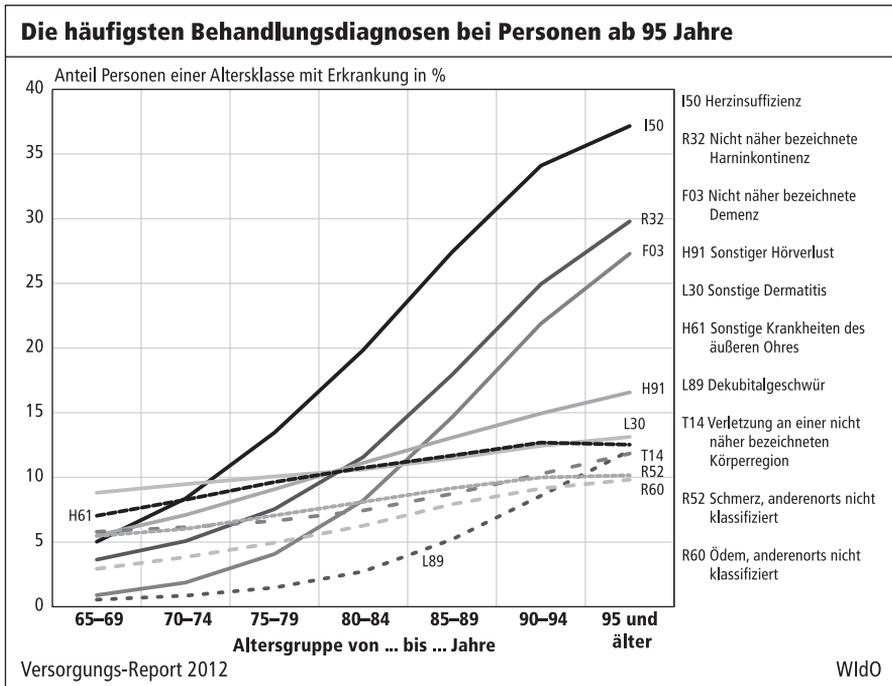
Behandlungsdiagnose (nach ICD-10)	Behandlungsprävalenz 2008 in %								Veränderung in %
	Altersgruppe von ... bis ... Jahre								
	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90-94	95+		
S32 Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens	0,5	0,7	1,1	1,5	1,9	2,2	2,1	322	
S42 Fraktur im Bereich der Schulter und des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

Versorgungs-Report 2012

WlDO

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

Abbildung 5-1



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

5.3.2 Kontinuierliche Rückgänge

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

5.3.3 Zunahmen im dritten, Rückgänge im vierten Lebensalter

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

Tabelle 5–3

Erkrankungen, die im Alter seltener diagnostiziert und behandelt wurden

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

Tabelle 5–4

Erkrankungen, deren Häufigkeit im hohen Alter wieder abnimmt

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

Tabelle 5–4

Fortsetzung

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

Versorgungs-Report 2012

WIdO

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

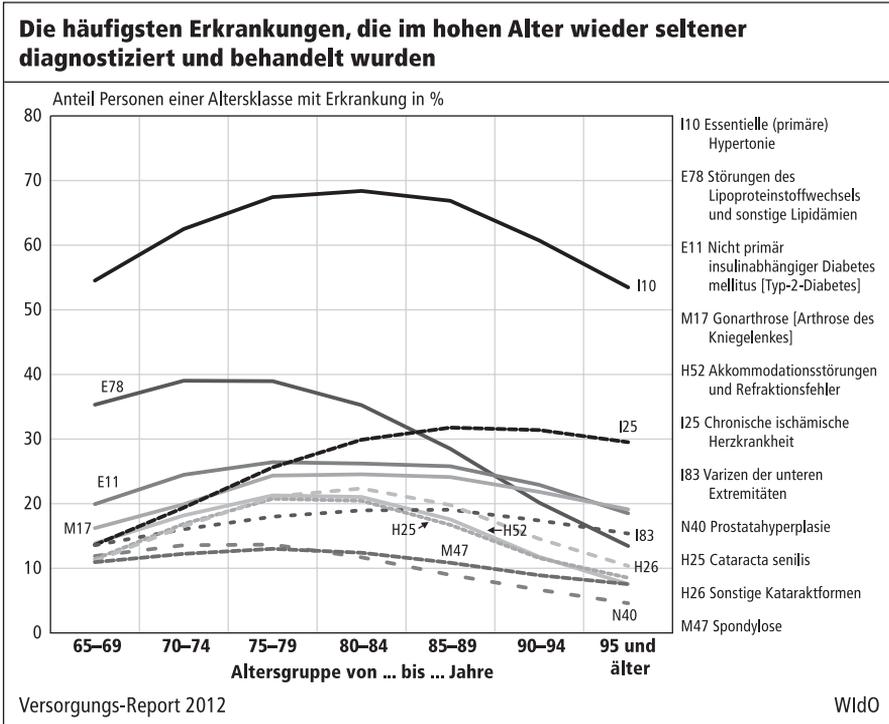
In der grafischen Darstellung ähneln diese Verläufe der Altersprävalenzen (Abbildung 5–2) den weiter unten ermittelten Kurvenverläufen der Inanspruchnahmeparameter. Viele Erkrankungen wurden im hohen Alter seltener behandelt (bzw. als Behandlungsanlass dokumentiert) und insgesamt gesehen (unabhängig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

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

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

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

Abbildung 5–2



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

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

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

5.4 Inanspruchnahme des Gesundheitswesens im Altersverlauf

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

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

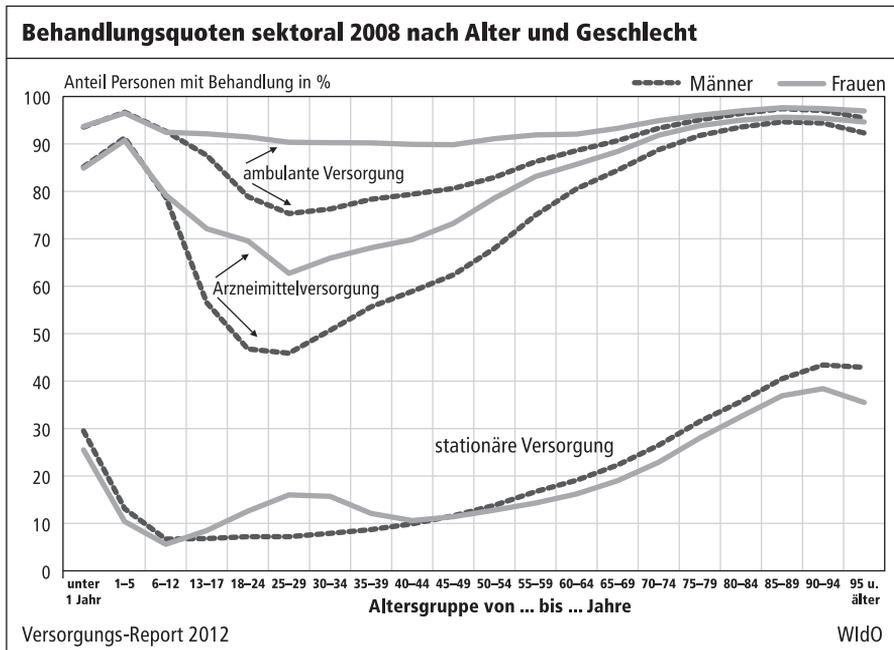
5

5.4.1 Behandlungsquoten sektoral

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

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

Abbildung 5–3



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

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

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

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

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

5.4.2 Ausgaben

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

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

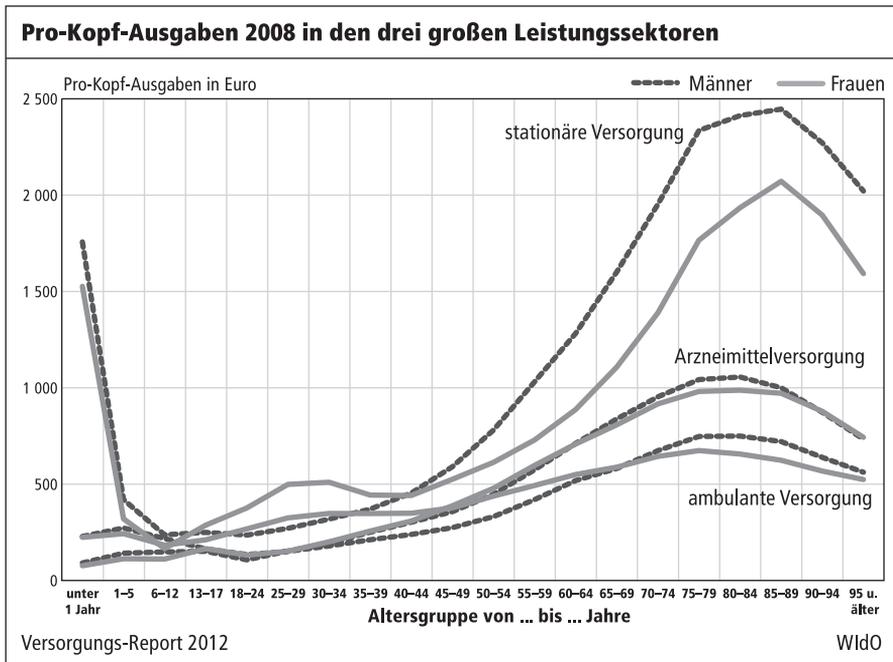
⁸ Sonstige Behandlungsmaßnahmen wie z. B. Wahrnehmung von Präventionsmaßnahmen oder Ausstellung von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen.

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

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

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

Abbildung 5–4



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

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

Tabelle 5–5

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

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

Versorgungs-Report 2012

WlD0

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

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

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

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

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

5.4.3 Umfang der Inanspruchnahme

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

5.4.3.1 Ambulante Versorgung

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

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

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

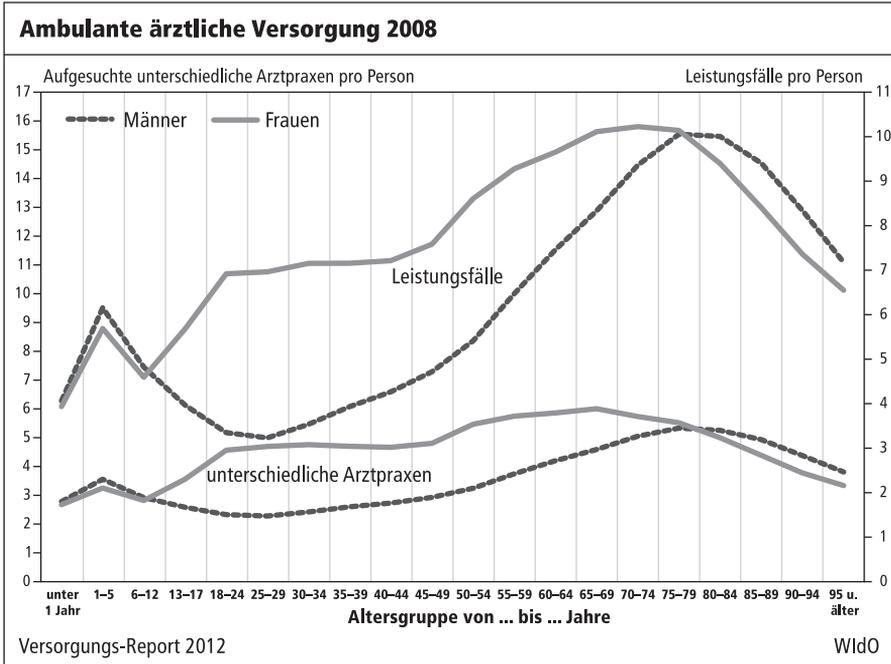
Nun zu den Arzt-Patientenkontakten: Als Indikator für die Arztkontakte wurden auf Basis der Routinedaten bisher (bis 2007) die Praxiskontakte der Patienten ausgewiesen, ermittelt aus dem jeweiligen Abrechnungsdatum einer Einzelleistung.¹⁴ Praxiskontakte können jedoch ab 2008 nicht mehr verlässlich bestimmt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

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

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

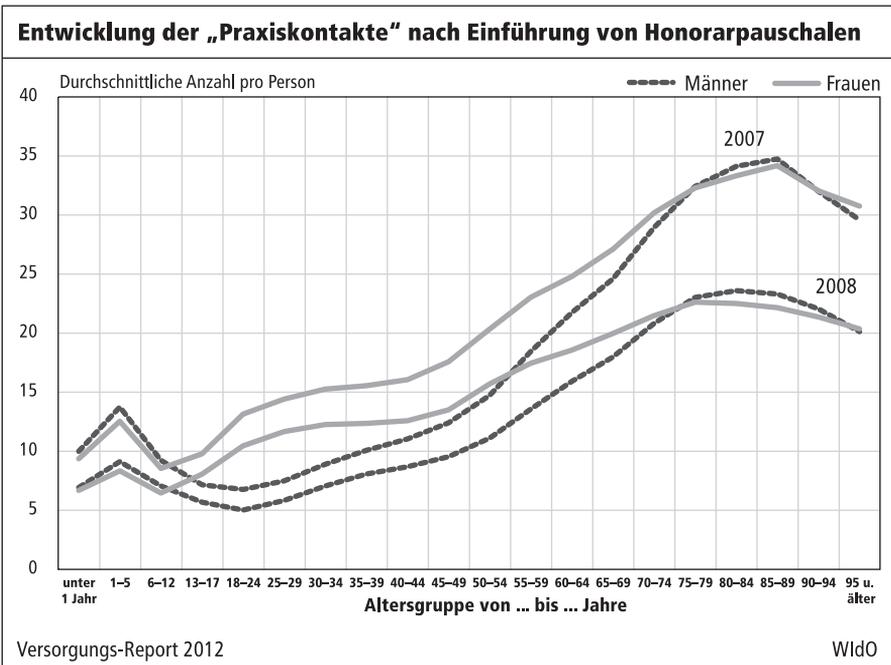
14 Gezählt wurde die Anzahl der Tage, an denen Gebührenordnungsziffern abgerechnet wurden (Datum der Leistungserbringung).

Abbildung 5-5



5

Abbildung 5-6



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

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

5.4.3.2 Arzneimittelversorgung

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

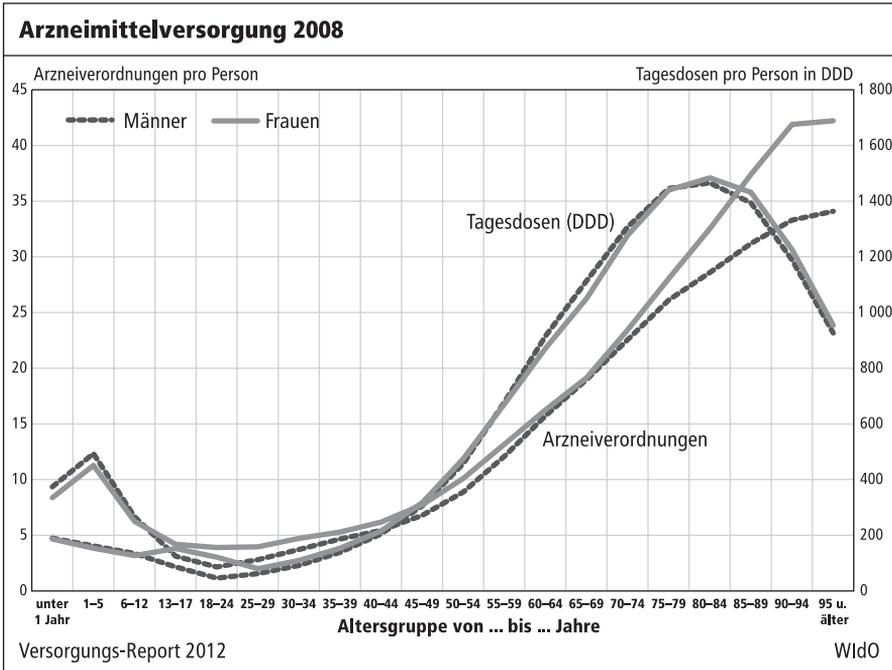
Arzneiverordnungen nahmen kontinuierlich bis zum Lebensende zu (Abbildung 5–7). Die durchschnittliche Anzahl der Arzneiverordnungen pro Person erreichte ihr Maximum in der höchsten Altersklasse der Personen ab 95 Jahre. Obwohl die Verordnungszahl immer weiter anstieg, sank in den höchsten Altersstufen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

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

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

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

Abbildung 5–7



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

Medikation im Alter nach Wirkstoffgruppen

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

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

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

Tabelle 5–6

Verordnungsprävalenz für die häufigsten Wirkstoffgruppen 2008

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

Versorgungs-Report 2012

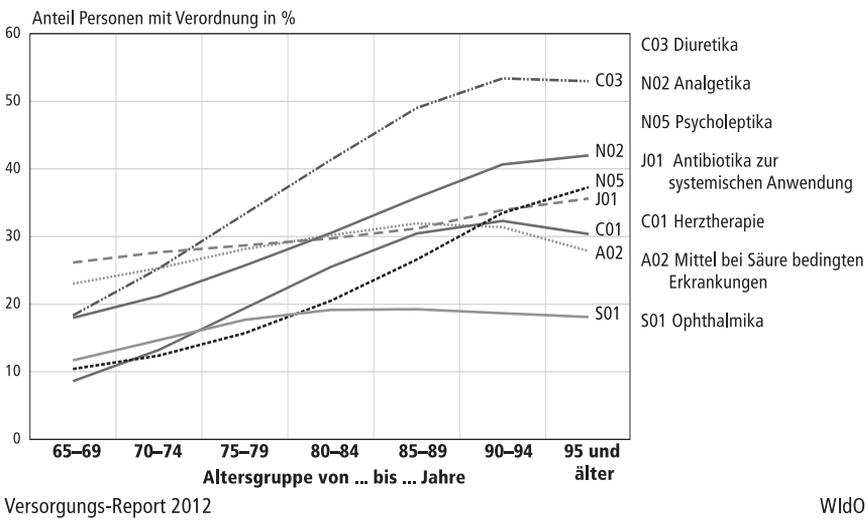
WIdO

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

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

Abbildung 5–8

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



5

Abbildung 5–9

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

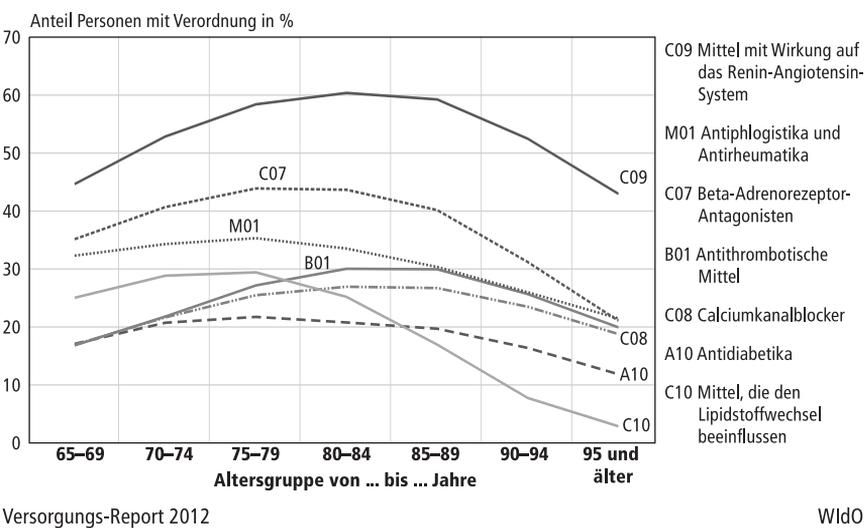
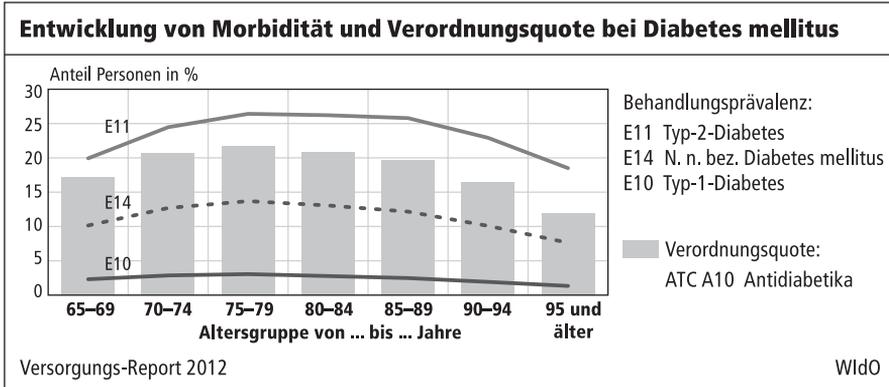


Abbildung 5–10



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

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

5.4.3.3 Stationäre Versorgung

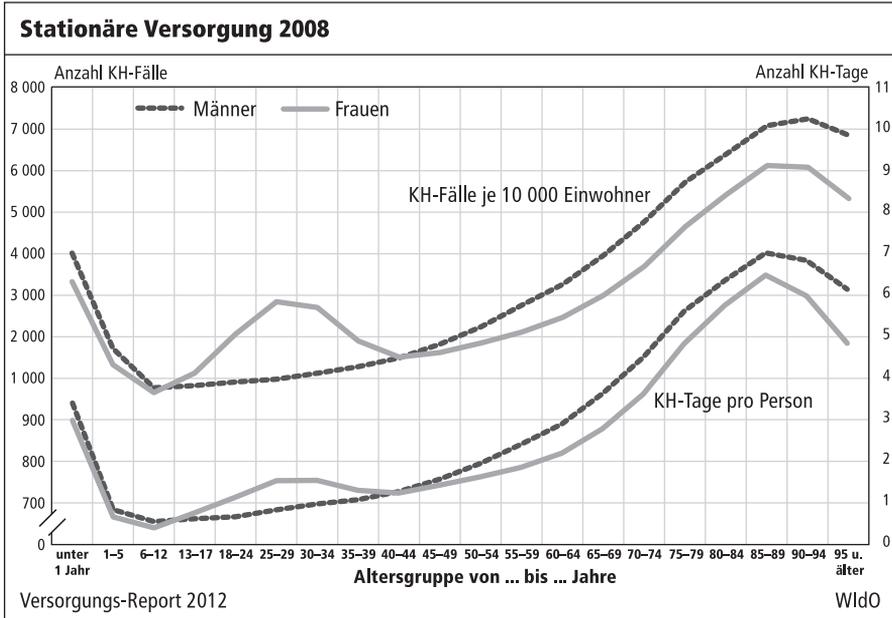
Die Inanspruchnahme der stationären Versorgung wird anhand der vollstationären Fallzahlen (im Jahr 2008 abgeschlossene Fälle) sowie der Summe der vollstationären Krankenhaustage dieser Fälle dargestellt.

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

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

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

Abbildung 5–11



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

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

Tabelle 5–7

Die häufigsten Behandlungsanlässe* stationärer Aufenthalte 2008 bei alten Menschen

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

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

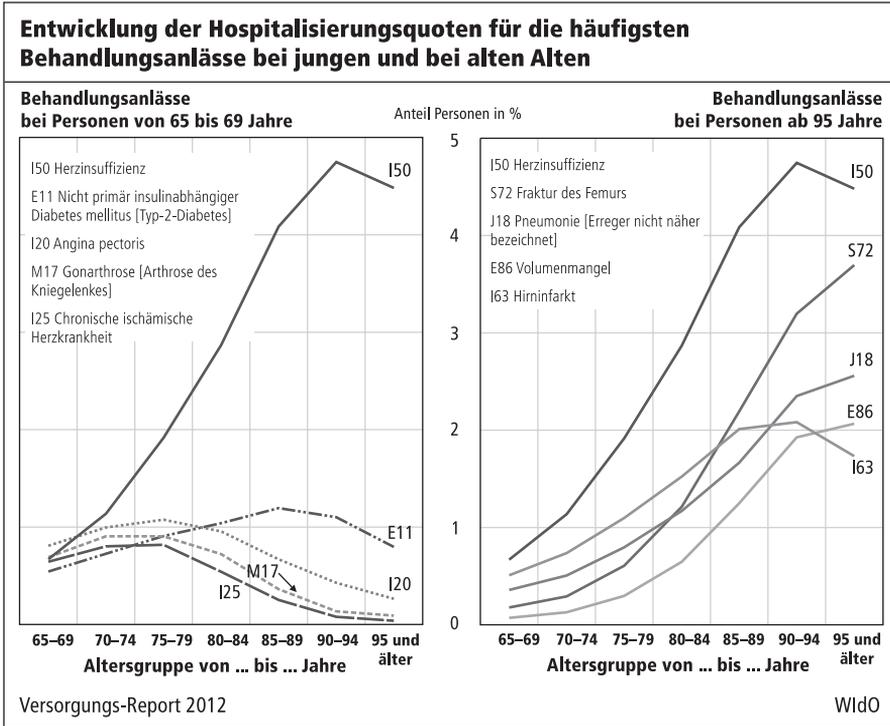
Versorgungs-Report 2012

WIdO

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

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

Abbildung 5–12

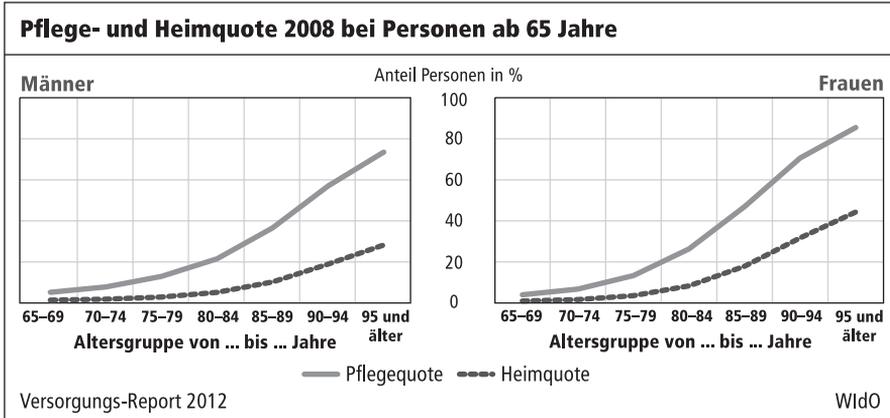


An der Behandlung der Herzinsuffizienz (vgl. Tabelle 5–2), die in fast allen Altersklassen den häufigsten Behandlungsanlass im Krankenhaus bildete und deren Behandlungsprävalenz insgesamt stieg, zeigt sich eine weitere Besonderheit. Bei steigender Hospitalisierungsquote gingen die Kosten für die Behandlung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

5.5 Fokus pflegebedürftige Personen

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

Abbildung 5–13



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

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

5.5.1 Behandlungsquoten sektoral

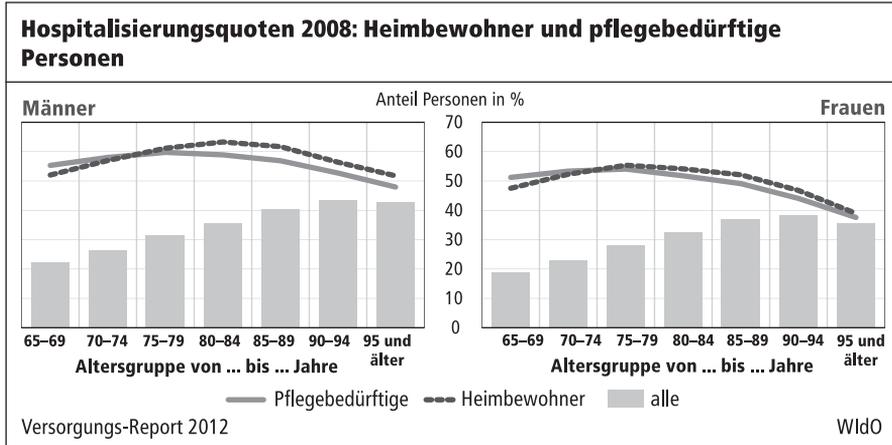
Die ambulanten Behandlungsquoten lagen bei Pflegebedürftigen und Heimbewohnern ab 65 Jahren bei über 97 Prozent, die Verordnungsquoten bei über 95 Prozent. Sie werden hier nicht dargestellt.

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

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

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

Abbildung 5–14



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

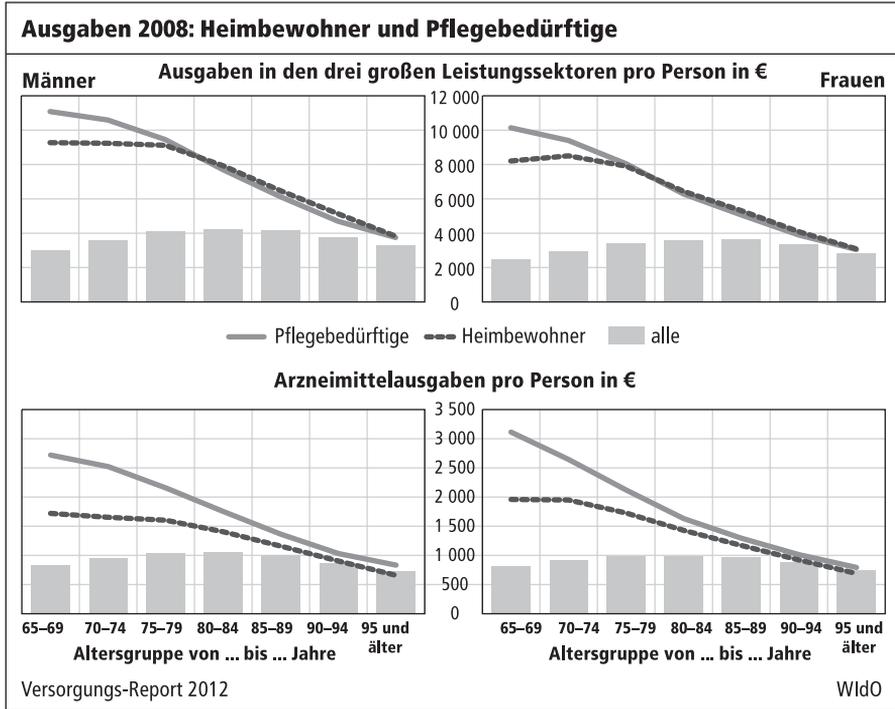
5.5.2 Ausgaben

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

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

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

Abbildung 5–15



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

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

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

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

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

5.5.3 Umfang der Inanspruchnahme

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

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

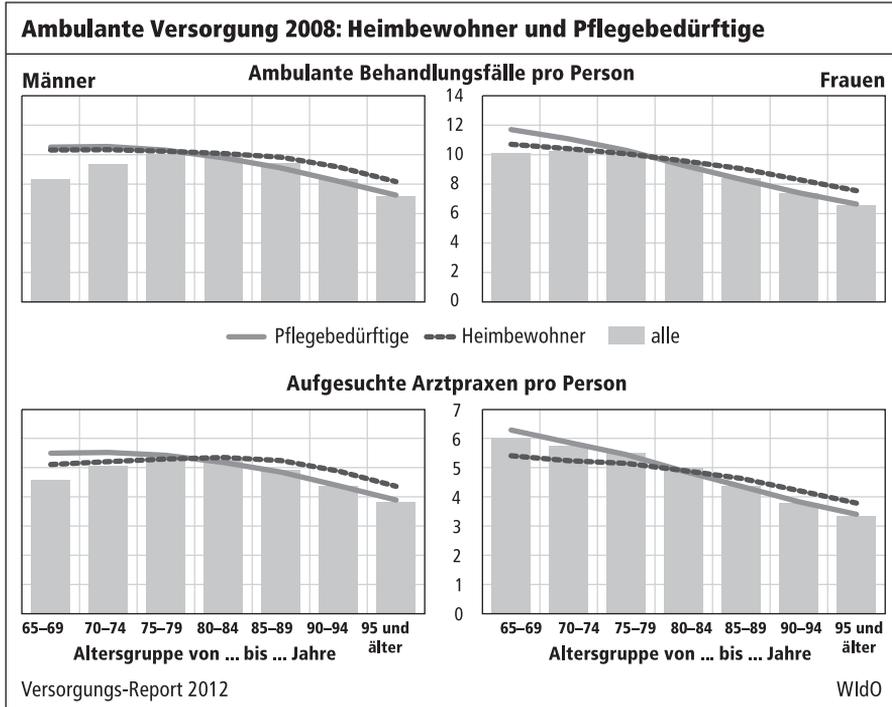
Gründe für die unterschiedliche Inanspruchnahme könnten in einer höheren Morbidität von Heimbewohnern ab 80 Jahre bzw. einem Wandel des Morbiditätsspektrums in Pflegeheimen zu suchen sein. Es ist weiterhin denkbar, dass in Heimen eine intensivere medizinische Betreuung veranlasst wird (z. B. aufgrund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

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

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

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

Abbildung 5–16



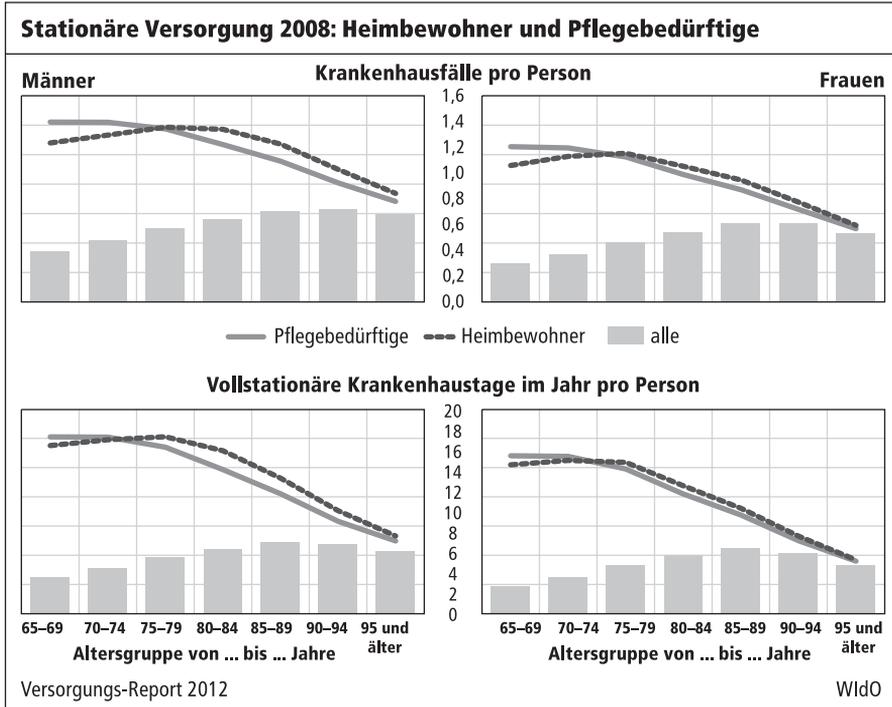
Die ambulante Inanspruchnahme von pflegebedürftigen oder in Heimen lebenden Personen unterschied sich im Großen und Ganzen nicht sehr stark von den Vergleichswerten aller Personen einer Altersgruppe. Gleichwohl waren die oben beschriebenen Effekte auch bei den ambulanten Behandlungsfällen und der Anzahl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

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

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

25 Vergleiche Fußnote 24 zu den apothekenpflichtigen Hilfsmitteln.

Abbildung 5–17



5.6 Zusammenfassung

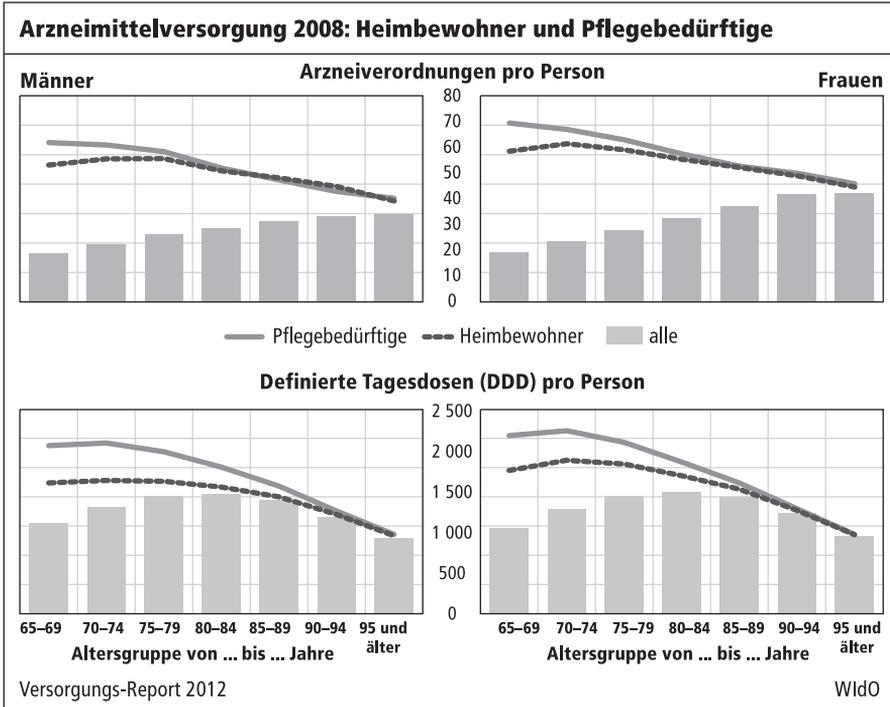
Die Untersuchung hat gezeigt, dass bis in die neunte Lebensdekade ein Anstieg der Inanspruchnahme medizinischer Versorgung vorlag. Danach reduzierte sie sich wieder. Bei pflegebedürftigen Personen und Heimbewohnern lag das Maximum der Inanspruchnahme schon in der siebten Dekade.

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

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

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

Abbildung 5–18



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

Literatur

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

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