

Kompendien der
Gesundheit & Pflege

Braun | Niehoff | Niehoff | Welti

Sozialmedizin und Public Health

Handwörterbuch

3. Auflage



Nomos

Kompendien der Gesundheit & Pflege

Bernard Braun | Jens-Uwe Niehoff | Max-Erik Niehoff
Felix Welti

Sozialmedizin und Public Health

Handwörterbuch

3., aktualisierte und erweiterte Auflage



Nomos



Onlineversion
Nomos eLibrary

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

ISBN 978-3-7560-3131-3 (Print)

ISBN 978-3-7489-5473-6 (ePDF)

3., aktualisierte und erweiterte Auflage 2025

© Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden 2025. Gesamtverantwortung für Druck und Herstellung bei der Nomos Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG. Alle Rechte, auch die des Nachdrucks von Auszügen, der fotomechanischen Wiedergabe und der Übersetzung, vorbehalten. Gedruckt auf alterungsbeständigem Papier.

Vorwort

Von dem erstmals 2003 erschienenen „Handwörterbuch Sozialmedizin und Public Health“ liegt nun die 3. aktualisierte und deutlich erweiterte Auflage vor. Unverändert ist die Absicht, grundlegende Strukturen, Normen, Konzepte und Begrifflichkeiten des Gesundheitssystems multidisziplinär darzustellen und zu kommentieren. Es soll den Lesern Hilfe zur Orientierung über und in den global sowie auch in Deutschland ablaufenden Transformationen der Systeme zur Sicherung des Zugangs zu Hilfen im Falle von Kranksein bieten. Die Ursachen solcher Wandlungen sind vielfältig. Sie sind widersprüchlich und Gegenstand von z.T. erbitterten Kontroversen.

Alle gesellschaftlichen sozialen Sicherungssysteme gründen in den Ergebnissen wertschöpfender Arbeit und ihrer Verteilung. Folgerichtig sind der Wandel der Arbeit und die durchsetzungsfähigen Verteilungsinteressen auch die wichtigsten Quellen und Impulsgeber des sozialen Wandels, und damit auch der Leistungsfähigkeit der sozialen Sicherungssysteme im Krankheitsfall. Diese einfache Tatsache wird durch globale Disparitäten und Interessengegensätze akzentuiert.

Über- Unter- und Fehlversorgung kranker Menschen sind nicht primär die Folgen fachwissenschaftlicher oder berufspraktischer Unzulänglichkeiten. Sie sind Folgen der zunehmenden Gewinn- und Renditeorientierung des medizinisch-industriellen Komplexes. Dieser ist in einigen Staaten längst das bedeutendste Wirtschaftsfeld, das von preislichen Kalkülen und von Mengenbedarfen geformt wird. Dieser Wandel verändert massiv und global die gesundheitspolitischen und professionellen Handlungsleitbilder. Die für Deutschland wirksamen politischen Entscheidungen zum Wandel des sog. Bismarck-Modells mit seiner ursprünglich genossenschaftlichen Konstruktion und korporatistischen Ausgestaltung werden länger andauern als erwartet. Eine Ursache mag sein, dass zwar der politische Wille zum Systemwandel in den frühen 1990er Jahren leichter zu konsentieren war, es aber anschließend bis heute schwerer war, ebenfalls die für jeden Wandel zunächst notwendigen Destabilisierungen der Finanzierungssysteme und der existierenden Infrastrukturen für die Krankenversorgung durchzusetzen. Dabei waren auch immer die Entwicklungen und Erfahrungen anderer Staaten, zumal in der Europäischen Union, zu beachten. Folgerichtig waren und sind auch in dieser Auflage ausgewählte globale Systemerfahrungen Teil des Wissensangebotes.

Alle Akteure im Gesundheitssystem sollten sich stets bewusst sein, dass Transformationen wie die der Systeme der Finanzierung oder der infrastrukturellen Absicherung von Hilfen für Kranke hochkomplex und konfliktbesetzt sind. Mit der Entfernung von ihren ursprünglichen Zielen und Motiven ändern sich auch die Kontexte, u.a., weil es sich um generationenübergreifende Wandlungen handelt, die in den sozialen Wandel insgesamt eingebettet sind. Solche fundamentalen Vorgänge betreffen nicht nur den Wandel der notwendigen wie der induzierten Hilfebedarfe. Er folgt auch nicht allein dem der wissenschaftlichen Voraussetzungen wirksamer medizinischer Hilfen. Er folgt immer auch der öffentlichen Akzeptanz. Die Bemerkung von Joseph Schumpeter (1883-1950), „Innovation ist die Destruktion des Alten.“, beschreibt treffend die Herausforderungen. Solche Destruktionen, betreffen sie öffentliche Interessen, erweisen sich oft als nur schwer auflösbare Konflikte. Fachwissenschaftliche Expertise ändert daran eher selten und bestenfalls zeitversetzt etwas.

Vorwort

Die Gesundheitswissenschaften gestalten die Transformationen nicht. Sie sind folglich auch nicht die Akteure des Wandels. Sie sind aber insgesamt herausgefordert, diese Vorgänge abzubilden, ihre Folgen zu analysieren und ihre Kommunikation zu fördern. Die Herausforderungen betreffen u.a. die zeitlichen Abläufe des Wandels und dessen jeweiliges politisches Personal. Was heute noch richtig ist, kann morgen Vergangenheit sein. Den Autoren blieb daher beispielsweise beim us-amerikanischen Gesundheitssystem trotz der zu befürchtenden Veränderungen nur die Möglichkeit, die Aktualität der Darstellung auf den Erscheinungstermin des Buches zu begrenzen.

Angesichts der Komplexität der Kontexte erweiterten wir den Kreis der Herausgeber und Autoren um Felix Welti und Max-Erik Niehoff. Und auch den Koautoren vorgehender Auflagen, Frank Braatz (Berlin), Ursula Descamps (Strasbourg), Wolfgang Hoffmann (Greifswald), Steve Iliffe (London), Joseph Kuhn (München) und Stefan Gress (Fulda), sind wir weiterhin zu Dank verpflichtet.

Dieser Dank gilt auch dem Verlag für seine verlegerische Geduld, Sorgfalt und Unterstützung.

Bernard Braun, Jens-Uwe Niehoff, Max-Erik Niehoff, Felix Welti, 2025

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	19
Active Life Expectancy	21
Adherence	21
Adjusted Average Per Capita Cost (AAPCC)	22
Adverse Selection	24
AGnES	24
Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL)	25
Akzeleration	26
Allgemeinzustand	27
Alter	27
Altern	29
Altersstandardisierung	29
Alterung	29
Ambulantes Operieren	30
Ambulantisierung	31
Ambulatorium	32
Anschlussheilbehandlung	32
Antonovsky, Aaron (1923-1994)	33
Appropriateness Evaluation Protocol (AEP)	34
Äquivalenzprinzip	34
Arbeitsbedingte Erkrankungen	36
Arbeitsförderungsgesetz	38
Arbeitslosenversicherung	38
Arbeitslosigkeit	38
Arbeitsschutz	40
Arbeitsunfähigkeit	41
Armut	44
Arzneimittelversorgung, Steuerung von	46
Arztdichte	52
Ärztchammer	53
Arzt-Patient-Verhältnis	53
ATC, Anatomisch-therapeutisch-chemisches Klassifikationssystem (Anatomical-Therapeutic-Chemical Classification System, ATC-System)	54
Ätiologie	54
Attack Rate	55
Attributable Risk, Attributable Risk Fraction	55
Auffälligkeitsprüfung	56
Basel I, II, III und IV	56
Barthel-Index	56
Bedarfsplanung	57
Beeinträchtigung (engl. Disability)	57
Begutachtung	57

Inhaltsverzeichnis

Behandlungsdauer	59
Behandlungskosten	59
Behandlungspflicht	60
Behinderung (engl. disability)	60
Beitragsbemessungsgrenze	61
Beitragsrückerstattung	62
Beitragsatz der Gesetzlichen Krankenversicherung	62
Beitragsatz der privaten Krankenversicherung (PKV)	64
Berufsförderung	65
Berufsgenossenschaften	65
Berufskrankheiten	66
Berufsunfähigkeit	66
Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF)	67
Bettenabbau	69
Bettenbelegung	71
Bettendichte	71
Beveridge William Henry	71
Bevölkerung	71
Bewegungsfaktoren	72
Bewegungsfaktoren, diagnostische	72
Bewegungsfaktoren, epidemiologische	72
Bewegungsfaktoren, epidemische	72
Bewegungsfaktoren, präventive	72
Bewegungsfaktoren, therapeutische	72
Bewegungsmodell, epidemiologisches	72
Bismarck, Otto Fürst von (1815-1898), Reichskanzler	76
Bonus-Malus-Instrumente	76
Bonusprogramme	77
Budgetierung	78
Bundesärztekammer	79
Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS)	79
Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) bis zum 31.12.2019 Bundesversicherungsamt (BVA)	79
Bundesversorgungsgesetz	80
Capitation	80
Case Management	81
Case-Mix Index (CMI)	82
Chronic Care	82
Chronische Krankheit	83
Clinical Pathway, auch Critical Pathway	83
Clinical Risk Groups (CRG)	83
Cochrane, Archibald (1919-1988)	83
Cochrane Collaboration	84
Commission for Health Improvement (CHI)	84
Community Medicine	84
Compliance	86

Inhaltsverzeichnis

Compression of Morbidity (CoM)	87
Confounder	88
Coping	88
Cost Benefit Analysis (CBA)	88
Cost Effectiveness Analysis (CEA)	88
Cost Minimisation Analysis (CMA), Cost Analysis	88
Cost-Utility Analysis (CUA)	88
Critical Appraisal	88
Cumulative rate of potential live lost (CRPLL)	89
Datenzusammenführung und Datentransparenz	89
Decision Analysis	91
Deckelung	91
Declining Exponential Approximation of Life Expectancy (DEALE)	91
Defensive Medicine	91
Delphi-Technik	92
Demografie	92
Diagnosis Related Groups (DRG)	93
Diagnostic Cost Groups (DCG)	95
Diagnostik	96
Dienstleistungen, personale Gesundheitsdienstleistung	97
Digitalisierung	102
Digital-Gesetz	103
Disability Adjusted Life Expectancy (DALE)	104
Disability Adjusted Life Years DALY	104
Disability Free Life Expectancy (DFLE)	104
Disability Payment System (DPS)	104
Disease Management (DM), Disease Management Programme (DMP)	105
Disease Mongering	110
Dispensaire, Dispensairebetreuung	110
DMF-Index	111
Donabedian's Trias	111
Duale Finanzierung in der Krankenhausversorgung	112
Effectiveness	113
Effektivität, reale, tatsächliche Wirksamkeit, (engl. community effectiveness)	113
Effektivität, theoretische, auch potenzielle Wirksamkeit, engl. efficacy	114
Efficacy	114
Efficiency	114
Effizienz (engl. Efficiency)	114
Eigenverantwortung	115
Einzelleistungsvergütung	115
Empowerment	115
Endemie	116
Entlassmanagement	116
Entscheidungsanalyse (engl. Decision Analysis; DA)	118
Entscheidungstheorie	118
Epidemie, diagnostische	119

Inhaltsverzeichnis

Epidemie, echte	119
Epidemie, therapeutische	119
Epidemien und deren Klassifizierung	119
Epidemiologie	119
Epidemiologische Ziffern, Measurement of occurrence	120
Erkrankung	122
Erwerbsminderung	122
Erwerbsunfähigkeit	122
Euro-Gebührenordnung	123
Evaluation	123
Evidence based Medicine (EbM)	124
Evidence of Insurability (E of I)	128
Excess Risk	129
Expansion of Morbidity (EoM)	129
Fall, epidemiologischer	130
Fall, leistungsrechtlicher	130
Fallacy	131
Fatalitätsrate, engl. fatality rate	133
Favourable selection	133
Fee for Service	133
Fehlbelegung	133
Fehlbelegungsprüfung	134
Fehlversorgung	135
Fertilitätsrate, engl. fertility rate	135
Follow-up, Follow-up-Study	135
Force of morbidity, FoM	136
Fortbildung	137
Französisches Gesundheitssystem	137
Früherkennung	141
Functional Independent Measure (FIM)	142
Funktionelle Einschränkung (engl. disability)	142
Funktionelle Gesundheit	142
Fürsorge und Teilhabe	143
Fürsorgeprinzip	143
Gatekeeping	144
Gematik	144
Gemeinsame Servicestellen und ab 2018 Ansprechstellen für Rehabilitation und Teilhabe	144
Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)	145
Gemeinschaftspraxis	146
Gesamtvergütung	146
Gesetzliche Krankenversicherung (GKV)	147
Gesundheit	150
Gesundheitsakte	151
Gesundheitsberichterstattung	151
Gesundheitsberufe	153

Inhaltsverzeichnis

Gesundheitsdienst, Öffentlicher (ÖGD)	156
Gesundheitsdienstleistung	156
Gesundheitsfonds	156
Gesundheitsförderung	156
Gesundheitskarte elektronische	157
Gesundheitskioske	160
Gesundheitskompetenz	161
Gesundheitslage	165
Gesundheitsleitbild	166
Gesundheitsmanagement	166
Gesundheitsökonomie	167
Gesundheitsökonomische Studien	169
Gesundheitspolitik	169
Gesundheitssicherungssystem	170
Gesundheitssicherungssysteme in der Europäischen Union	171
Gesundheitsverhalten	172
Gesundheitsversorgungssystem	174
Gesundheitswirtschaft	174
Gesundheitszustand	176
Gewalt	177
Gleichbehandlungsgesetz, Allgemeines (AGG)	178
Global Risk-Assessment Model (GRAM)	178
Good Epidemiological Practice (GEP)	178
Grenznutzen des diagnostischen und therapeutischen Fortschritts	178
Grundgesamtheit	179
Grundkrankheit, Grundleiden	179
Happy Life Expectancy (HLE)	179
Hausarztzentrierte Versorgung, Hausarztprogramme	180
Health Belief Model (HBM)	181
Health Maintenance Organization (HMO)	181
Health literacy	184
Health Technology Assessment (HTA)	184
Healthy Life Expectancy (HALE)	185
Healthy Worker Effect	185
Heilbehandlung	186
Heilmittel	186
Hierarchical Coexisting Conditions (HCC)	186
High Risk Strategy	186
Hilfsmittel	187
Honorarverteilungsmaßstab (HVM)	187
Hygiene	187
IGeL-Leistungen, Individuelle Gesundheitsleistungen	188
Impairment	189
Impfungen	189
Indemnity Health Insurance Plan (IDY)	191
Independent Life Expectancy (ILE)	191

Inhaltsverzeichnis

Indikation	191
Innovation	192
Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG)	195
Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQ-TIG)	196
Institute of Medicine (IoM)	197
Integrierte Versorgung (IV)	197
International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)	200
International Classification of Health Problems in Primary Care (ICHPPC)	200
International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH)	201
International Classification of Procedures in Medicine (ICPM)	201
Intervall, diagnostisches	201
Intervall, therapeutisches	201
Interventionsstudie	201
Inzidenz, engl. incidence, incidence case	202
Inzidenzdichte	202
Inzidenzrate, engl incidence rate	203
Inzidenzrate, kumulierte, engl. cumulative incidence rate	203
Karnofsky-Index	203
Kassenärztliche Vereinigung (KV)	203
Kausalität	205
Keynes, John Maynard	207
Klassifikationen	208
Komplementäre Versorgung	210
Konditionalismus	211
Konflikte zwischen Sozialversicherungsträgern und ihren Versicherten	212
Kontrahierungszwang	214
Körperschaft öffentlichen Rechts	214
Korporatismus	215
Kostendämpfungspolitik	215
Kosten-Effektivitäts-Analyse (engl. cost-effectiveness analysis – CEA)	217
Kostenerstattungsprinzip	217
Kostenexplosion	218
Kosten-Minimierungs-Analyse, engl. cost-Minimization analysis (CMA)	220
Kosten-Nutzen-Analyse (engl. cost-benefit analysis – CBA)	220
Kosten-Nutzwert-Analyse, (engl. cost-utility analysis - CUA)	221
Krankengeld	221
Krankenhaus	222
Krankenhausbedarfsplan	223
Krankenhausfinanzierungsgesetz	224
Krankenhausgesellschaft e.V., Deutsche (DKG)	224
Krankenkassen	224
Krankenstand	226
Krankenversicherung, Gesetzliche	226
Krankenversicherung, Private (PKV)	226

Inhaltsverzeichnis

Krankheit	227
Krankheitskosten	230
Krankheitslast	231
Kreuz, Bernhard	232
Künstliche Intelligenz in der Medizin	232
Längsschnittstudie	233
Lebensbaum	234
Lebensbedingungen	234
Lebensdauer	234
Lebensdauer, normale	236
Lebensdauer, wahrscheinliche	236
Lebenserwartung, fernere	236
Lebenserwartung, mittlere	236
Lebensqualität	237
Lebensstil	237
Lebensverlängerungsprozess	238
Lebensweise	240
Leichenschau	240
Leistungsdokumentation	240
Leistungstransparenz	240
Leitlinien	242
Letalität	244
Lexisdiagramm	244
Life Expectancy Free from Disability (LEFD)	245
Lohnnebenkosten	245
Lohnquote strukturbereinigt (Brutto)	248
Mackenroth Theorem	249
Managed Care	249
Managed Care Industry	254
Managed Care Organizations (MCO)	254
Managed competition	259
Mass strategy	262
Matching	262
Medicaid	262
Medical Saving Account (MSA)	264
Medical Technology Assessment	266
Medicare	266
Medizinische Versorgungszentren (MVZ)	268
Medizinischer Dienst (der Krankenversicherung)	269
Metaanalyse	272
Migration	272
Mindestmengen	273
Mindestmengenregelungen	274
Mobilität	275
Modernisierung von Gesundheitssystemen	276
Monistische Finanzierung	279

Inhaltsverzeichnis

Monitoring	279
Monopole der Krankenversorgung	279
Moral hazard	281
Morbidität, engl. Morbidity	283
Morbi-RSA (morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich)	283
Mortalität, Sterblichkeit, Sterbeziffer, auch rohe Sterblichkeit, engl. death rate, mortality rate, crude mortality rate	284
Multimorbidität	285
Müttersterblichkeit	285
National Health Service (NHS)	285
National Institute for Clinical Excellence (NICE)	289
National Academy of Medicine (NAM)	290
Niederlande, Krankenversicherungs- und Krankenversorgungssystem	290
Numbers needed to ... (NN...)	294
Obamacare	294
Odds	297
Odds-Ratio, auch Relative Odds, Cross-Product Ratio (OR), Exposure-odds Ratio, Disease-odds Ratio, Incidence-odds Ratio, Prevalence-odds Ratio	298
Öffentlicher Gesundheitsdienst (ÖGD)	298
Operationsschlüssel (OPS)	300
Ottawa-Charta	300
Paradoxon der Prävention	301
Pathogenese	302
Patient	303
Patientenkarriere	306
Pay for performance (P4P)	306
Personenjahre	308
Personenklassifikationen	309
Persönliches Budget	309
Pflanz, Manfred	310
Pflege	310
Pflegebudget	310
Pflegestützpunkt	311
Pharmaceutical Benefit Management (PBM), Pharmacy Benefit Management, Pharmaceutical Benefit Management Industry	311
Polymorbidität	315
Potential Years of Life Lost (PYLL)	315
Potenzial, epidemisches	315
Prädiktion	315
Prädiktive Medizin	316
Prävalenz, engl. Prevalence	316
Prävalenzrate, engl. prevalence rate	316
Prävention	316
Präventionsgesetz	317
Präventivmedizin	320
Praxisgebühr	320

Inhaltsverzeichnis

Praxisgemeinschaft	322
Praxisnetz	322
Primärarzt	323
Priorisierung	323
Prioritäre Gesundheitsziele	325
Private Krankenversicherung (PKV)	325
Produktmedizin	325
Prophylaxe	326
Prozess, sozialer	326
Public Health	326
Qualitätssicherung	328
Qualitätsbericht Krankenhaus	331
Quality Adjusted Life Years (QALY)	333
Querschnittsstudie	333
Rabattverträge	334
Randomisierung	334
Randomized Controlled Clinical Trial (RCT)	335
Rationierung	335
Register	338
Regress	339
Regression	339
Regression, diagnostische	339
Regression, echte	339
Regression, therapeutische	339
Reliabilität	339
Rentenversicherung, Gesetzliche (GRV)	339
Repräsentativität	340
Risiko, objektives	343
Risiko, relatives	343
Risiko, subjektives	343
Risikobewertung	344
Risikofaktorenmedizin	344
Risikogruppe	345
Risikokommunikation	345
Risikomanagement	345
Risiko-Nutzen-Verhältnis, engl. Risk-Benefit-Ratio	346
Risikoselektion	346
Risikostrukturausgleich (RSA)	346
Risk Adjustment Models (RAM)	351
Roemer's Law	352
Sachleistungsprinzip	352
Salutogenese	353
Säuglingssterblichkeit	354
(S)CHIP, State Children's Health Insurance Program	354
Schweiz, Versicherungs- und Gesundheitssystem	355
Screening	357

Inhaltsverzeichnis

Selbstbehalt	359
Selbstverwaltung	359
Selektiver Vertrag	360
Sense of Coherence (SoC)	361
Sensitivität	362
Setting	362
Shared Decision-Making (SDM)	362
Sicherstellungsauftrag	365
Social Security Act (SSA)	365
Solidaritätsprinzip	366
Sozialamt	367
Sozialdarwinismus	367
Soziale Gruppe	368
Soziale Lage	368
Soziale Schicht	368
Sozialepidemiologie	369
Sozialgerichtsbarkeit	371
Sozialgesetzbuch (SGB)	372
Sozialhilfe	373
Sozialhygiene	373
Sozialmedizin	375
Sozialpharmakologie	379
Sozialstatus	379
Spezifität	380
Spitzenverband Bund der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen/GKV-Spitzenverband	380
Standardisierung	381
Sterbetafel, engl. Life Table	381
Sterbeziffer	382
Sterblichkeit, bereinigte	382
Sterblichkeit, parabolischer Trend	382
Steuerung der Arzneimittelversorgung	383
Stichprobe	383
Stichprobenumfang	383
strukturierter Dialog	383
Studien, epidemiologische	383
Studien, gesundheitsökonomische, engl. Economic Evaluation	384
Studien, klinische	384
Subsidiaritätsprinzip	385
Sucht	385
Survey	386
Systematic Review	386
Therapie	387
Todesursache	387
Todesursachenstatistik	388
Todesursachentafel, engl. Cause Deleted Life Table	388

Inhaltsverzeichnis

Todesursachenziffer	388
Totenschein	388
Transition, demografische	388
Transition, epidemiologische	389
Triage	391
Tumorklassifikation	392
Überlebensrate	392
Übersterblichkeit	392
Übersversorgung	392
Unfallversicherung, Gesetzliche	394
Ungleichheit, gesundheitliche	394
Uno-Actu-Prinzip	394
Unterversorgung	394
Ursache	394
Utilization Review, Utilization Management	395
Variabilität	396
Verantwortung	397
Verlorene Lebensjahre (Potential Years of Life Lost, PYLL, Years of Potential Life Lost, YPLL)	399
Verschleppungszeiten	400
Versicherte	401
Versicherungsfremde Leistungen	401
Versicherungspflicht	401
Versicherungspflichtgrenze	401
Versicherungsprinzip	401
Versorgungsbedarf	402
Versorgungsdichte	402
Versorgungsketten	403
Versorgungsmanagement	403
Versorgungsprinzip	404
Vertragsarzt	404
Vertrauen	405
Verweildauer, durchschnittliche	406
Volkskrankheit	406
Wahlrecht der Krankenkasse	407
Wartezeit	407
Wettbewerb in der Gesetzlichen Krankenversicherung	408
Wirksamkeit	411
Wirtschaftlichkeit	411
Wirtschaftlichkeitsgebot	411
Wirtschaftlichkeitsprüfung	412
Wunsch- und Wahlrecht	413
Years of Potential Life Lost (YPLL)	413
Zeitreihenanalyse, Trendanalyse	413
Zivilisationskrankheiten	413
Zufriedenheit	414

Inhaltsverzeichnis

Zugänglichkeit (engl. access)	415
Zuzahlungen	416
Ausgewählte Literatur	419

Active Life Expectancy

→ Lebensdauer

Adherence

Adherence bezeichnet die aktive und selbstbestimmte Beteiligung des Patienten am Behandlungsprozess. Adherence setzt die Bereitschaft und Fähigkeit des Patienten voraus, an der Umsetzung eines empfohlenen oder vereinbarten Behandlungsregimes mitzuwirken. Insofern unterscheiden wir Adherence deutlich von der → Compliance. Der Definition nach beschreibt die Adherence den Grad, in dem der Patient einer verordneten Behandlung folgen möchte. Demgegenüber wird → Compliance als eine Strategie des passiven Befolgens ärztlicher Entscheidungen ggf. mit einer gewissen rechtlichen Bindungskraft gedeutet, als die Anpassung des eigenen Willens an den Willen oder die Vorgaben bzw. Anordnungen (hier) des Therapeuten. Diese Aufteilung in eine Aktiv-Passiv-Sicht verweist auf ein Grundproblem in der Beziehung von Patient und Therapeut: Menschen sind unter dem Krankheitserlebnis häufig objektiv und subjektiv Patienten, weil sie zu einer aktiven Rolle als Mitentscheider im Behandlungsprozess nicht oder nur begrenzt in der Lage sind, ggf. diese Rolle auch nicht anstreben oder aus rechtlichen Gründen ihnen eine aktive Wahlentscheidung auch nicht zugebilligt ist. Das deutsche Sozialrecht verfolgt aber dem Grunde nach die Konzeption einer Selbstbestimmung der Leistungsberechtigten (§ 33 SGB I, → Wunsch- und Wahlrecht). Begrenzt wird dies durch die Bindung an den allgemein anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft (§ 2 SGB V) und die → Wirtschaftlichkeit der Leistungen. Es ist immer eines der therapeutischen Ziele in der Akutbehandlung wie in der Rehabilitation und Prävention, die Befähigung zur „Adherence“ zu erreichen bzw.

wiederzuerlangen → Evidence based Medicine, → Shared Decision Making.

Die praktische Bedeutung erfolgt aus dem Versuch, Adherence als eine Verhaltenseigenschaft eher von Kunden als von Patienten zu deuten. Die Unterschiede der Adherence zur Compliance erscheinen aus dieser Sicht eher überinterpretiert, dienen aber offenbar auch als Argumentationshilfen für die Umdeutung der Patienten, Versicherten und Mitglieder einer gesetzlichen Krankenversicherung in die Figur eines selbstbestimmten und selbst entscheidenden Kunden medizinischer Versorgung.

Bei der Adherence oder auch Compliance spielen eine Menge von Faktoren und Bedingungen eine Rolle. Dazu zählen u.v.a. die Kosten, der Umfang der Einnahme von Medikamenten, das Krankheitsverständnis der Patienten, ihre Vergesslichkeit und kognitiven Fähigkeiten, kulturelle Einstellungen, mangelhafte Einnahmeregeln.

Viele der empfohlenen oder praktizierten Mittel zur Verbesserung der Therapietreue haben keinen wissenschaftlich seriösen Wirksamkeitsnachweis.

Zu den Mitteln, deren Wirksamkeit bzw. Evidenz in randomisierten, kontrollierten Studien nachgewiesen wurde, zählen:

- technisch verbesserte Einnahmeregeln und -hilfen,
- eine hochwertige und mehrdimensionale Information und Weiterbildung für Patienten,
- die Integration von Adherence in Case Management-Systeme,
- eine stärkere Orientierung am Gesamtverhaltenstyp und den Präferenzen des individuellen Patienten,
- eine verbesserte Übersicht des Arztes über die Gesamtbehandlung seiner Patienten und
- vermehrter Einsatz von Erinnerungs- und Monitoringtechniken.

Adjusted Average Per Capita Cost (AAPCC)

Einen nachweisbar hohen und von den bisher genannten Faktoren weitgehend unabhängigen Einfluss haben die von den Patienten zu zahlenden Zuzahlungen. Hier gehen einige Ökonomen in den USA davon aus, dass höhere Kosten die Therapietreue verschlechtern und im Umkehrschluss eine Senkung der z. B. durch Zuzahlungen entstehenden Kosten die Therapietreue verbessere und damit wirtschaftlich und gesundheitlich günstiger ist - ein insbesondere für die Kenner der gesundheitsökonomischen Erwartungen deutscher Experten und Politiker an die Steuerbarkeit der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen durch Zuzahlungen verblüffendes aber empirisch in den USA mehrfach untermauertes Argument.

Adjusted Average Per Capita Cost (AAPCC)

AAPCC ist eines der Basismodelle für die Finanzierung von → Health Maintenance Organizations und Competitive Medical Plans, also von Leistungsanbietern für Leistungen von → Medicare in den USA. Es handelt sich um eines der wichtigen Kopfpauschalmodelle (→ Capitation). Die Grundlage der Kalkulation ist eine Matrix mit 122 Feldern, jeweils für die Merkmale und Merkmalskombination Alter, Geschlecht und Zugangsvoraussetzung zu Medicare. Dementsprechend zahlt Medicare für jeden Versicherungsvertrag 95 Prozent der AAPCC prospektiv und entsprechend der Zugehörigkeit der jeweiligen versicherten Person zu einem der 122 Klassifikationsfelder.

Das Kalkulationsverfahren zur Ermittlung der Durchschnittskosten für medizinische Leistungen ist regionalisiert und entspricht 95% der Durchschnittskosten im → Fee for Service Sektor jeweils der letzten 5 Jahre. AAPCC ist neben den → Diagnosis Related Groups das wichtigste

Finanzierungskonzept von Leistungen in Medicare.

Adjusted Clinical Groups (ACG), auch Ambulatory Care Groups (ACG)

Entwickelt für Anspruchsberechtigte auf die Sozialhilfeleistungen des → Medicaid, sind die ACGs, neben den → Diagnostic Cost Groups und dem → Disability Payment System eines der drei wichtigsten Kostenkalkulationsmodelle des Medicaid Managed Care in den USA. Die zugrunde liegende Hypothese lautet, dass die „Morbiditylast“, das Alter und das Geschlecht den durchschnittlichen Behandlungsaufwand von Versicherten vorausschauend besser abzubilden vermögen als eine einzelne Behandlungskrankheit nach der ICD-Klassifikation bzw. der durch die ICD bezeichnete Behandlungsfälle. Dies kann auch so aufgefasst werden, dass → Personenklassifikationen als Prädiktionsmodelle geeignet sind, → Fallklassifikationen hingegen nicht.

Seit Anfang der 1980er Jahre, ursprünglich als Ambulatory Care Groups an der Johns Hopkins University für die Messung der Versorgungsaufwendungen bei Kindern entwickelt, sind die ACGs heute ein Konzept zur Ermittlung der Kopfpauschalen (→ Capitation) im Medicaid in Maryland. Das ACG-Konzept zur Prädiktion von medizinischem Versorgungsbedarf und Ressourcenverbrauch gehört zu den Schlüsselkonzepten der Prospective Payment Systems“ innerhalb des → Managed Care. Folgerichtig zwingen Bemühungen um die Übertragung des Managed Care Systems auf die Bundesrepublik (z. B. im Rahmen der §§ 140a ff SGB V) zur beständigen Reflexion der entsprechenden Entgeltmethoden.

Das Konzept geht von dem sozialmedizinischen Basiswissen aus, dass Krankheit und notwendige Behandlungsaufwendun-

Adjusted Clinical Groups (ACG), auch Ambulatory Care Groups (ACG)

gen in einer Bevölkerung nicht zufallsverteilt sind. Prospektive Finanzierungssysteme können deshalb nur funktionieren, wenn es gelingt, prospektiv Personen gleichen bzw. ähnlichen Ressourcenverbrauchs und gleicher Behandlungsleitlinien entsprechenden Clustern zuzuordnen. Diese sind also zunächst methodisch aufwändig zu entwickeln und müssen dann dauerhaft gepflegt und angepasst werden. Die hierbei im Einzelnen entstehenden Probleme werden durch den Umstand akzentuiert, dass solche Clusterbildungen weniger von den konkreten Behandlungskrankheiten und ihren Fallmerkmalen als von den Komorbiditäten und deren Folgen abhängen. Hierbei ist wiederum zwischen solchen Komorbiditäten, die unabhängig von der Behandlungskrankheit bei bestimmten Personenclustern als typisch auftreten und solchen, die direkt der Behandlungskrankheit als Begleitkrankheit oder Folgekrankheit zuzurechnen sind, zu unterscheiden. Nicht die Summe der Krankheiten einer Gruppe ist deshalb für die Prädiktionsgüte bestimmend, sondern die spezifischen morbiditätsbedingten Belastungsmuster von Personen, die sich als gleich oder ähnlich klassifizieren lassen. Solche Clusterbildungen und die ihnen assoziierten spezifischen Ressourcenverbrauche spielen bei der Prädiktion von Aufwendungen für soziale Unterschichten und für chronisch kranke Kinder eine besonders große Rolle. Sie sind folglich von der sozialen Situation der für entsprechende Leistungen Anspruchsberechtigten nennenswert mitbestimmt. Diesem Basiswissen folgt das ACG-Modell mit drei zentralen Konzeptthesen: Das Muster der Morbiditätsbelastung einer Person insgesamt ist für die Vorhersage der Versorgungsaufwendungen wichtiger als die jeweilige Behandlungskrankheit.

Modelle für das Behandlungsmanagement lassen sich eher zutreffend an der „Krankheitslast“ orientieren als an einer einzelnen Behandlungskrankheit.

Die Prüfung der Angemessenheit (appropriateness) der durch den Leistungsanbieter veranlassten Ressourcenverbräuche muss sich eher an dem jeweiligen Muster der „Krankheitslast“ als an der einzelnen Behandlungskrankheit orientieren.

Die clinical groups repräsentieren somit Muster von Behandlungs-/Versorgungsaufgaben im Sinne von vertraglich vereinbarungsfähigen Leitlinien- und Qualitätsprotokollen (z. B. im Sinne eines der Produkte des Disease Management). Diesen Gruppen oder Clustern sind dann auch jeweils die spezifischen Aufwendungen für den Zweck einer prospektiven Zuweisung von Geld an den „provider“ zugeordnet, ebenso wie die Überprüfung des Leistungsumfangs- und der Leistungsqualität, die mit dieser Finanzierung als vertraglich vereinbart gelten, auf dieser Basis vorgenommen werden kann.

Die ACG-Klassifikation erfolgt anhand der 5 klinischen Dimensionen: Krankheitsdauer, Krankheitsschwere, diagnostische Sicherheit, Ätiologie und benötigter Qualifikations-(Spezialisierungs-)aufwand für die Versorgung. Auf dieser Basis sind die möglichen Behandlungsdiagnosen zu 32 Diagnosegruppen zusammengefasst, die ggf. nach 5 klinischen Ausprägungsstufen weiter differenziert werden können. Es entstehen so insgesamt 93 Risikoklassen, die zu 17 verschiedenen Kopfpauschalen zusammengefasst sind. Von diesen wird erwartet, dass sie eine morbiditätsorientierte prospektive Vergleichbarkeit von Aufwendungen für Personen gestatten, die Anspruch auf Medicaid haben. Diese prospektiven Kopfpauschalen variieren zwischen etwa 50 und 1.000\$ je Person und Jahr, die der jeweiligen Risikoklasse zugeordnet ist. Für Schwan-

Adverse Selection

gere, psychisch Kranke und AIDS-Patienten gibt es gesonderte Pauschalen, ebenso Sonderregelungen für stationäre Behandlungen, wenn diese einen bestimmten Betrag (etwa 60.000 \$) überschreiten. Da die Regelungen zu Medicaid in der Hoheit der jeweiligen Bundesstaaten liegen, kann in den USA dieser Mechanismus nicht so ohne Weiteres auf andere Bundesstaaten übertragen werden.

Ein weiterer wichtiger Aspekt des Einsatzes von ACGs besteht in der Möglichkeit, damit Aufwandsprofile einzelner Ärzte und Versorgungsinstitutionen vergleichend oder grundsätzlich als Benchmark für die Steuerung ärztlichen und/oder institutionellen Entscheidungsverhaltens zu ermitteln. Die Ergebnisse können analog in Verhandlungen über den Abschluss von Leistungsverträgen mit einer → Managed Care Organization eingebracht werden. Die ACGs werden in wissenschaftlichen Studien auch zur Messung der → Krankheitslast von → Bevölkerungen genutzt. Um 2005 wurde dieses Modell in über 175 US-amerikanischen Organisationen als Entgeltsystem genutzt. Möglicherweise werden Adaptionen der ACGs künftig auch in der ambulanten Honorarsystematik (z. B. in sog. IV-Verträgen) und im → morbiditätsadjustierten Risikostrukturausgleich in der → Gesetzlichen Krankenversicherung der Bundesrepublik Anwendung finden. Dabei ist mindestens zu beachten, dass sich solche Systeme nur übertragen lassen, wenn auch ihre impliziten sozialrechtlichen und sozialetischen Konstruktionen übertragen werden und zudem es hierzu eine öffentlich transparente und auf Dauer angelegte gesundheitswissenschaftliche Forschungsinfrastruktur gibt.

Adverse Selection

→ Risikoselektion

AGnES

Das AGnES-Konzept steht für „Arzt-entlastende, Gemeindenahe, E-Healthgestützte, Systemische Intervention“ und wurde vom Institut für Community Medicine der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald entwickelt. Das besondere sozialmedizinische und Versorgungsforschungsinteresse an AGnES resultiert aus zwei Aspekten:

Es handelt sich um ein kooperatives medizinisches Versorgungsangebot, qualifikationsübergreifender Kooperation, hier speziell der Unterstützung hausärztlicher Versorgung durch qualifizierte Mitarbeiter(innen) eines Praxisteam (Pflegefachkräfte, medizinische Fachangestellte, Arzthelferinnen).

Das Konzept ist eine evaluierte praxistaugliche strukturelle Innovation speziell für Regionen, die von Unterversorgung bedroht sind oder sein können. Im Rahmen von Hausbesuchen können in Gebieten mit drohender oder bereits manifester hausärztlicher Unterversorgung so Versorgungsangebote gemacht werden, die durch eine strukturelle Lösung die Gefährdung eines notwendigen dauerhaften Zugangs zu ärztlicher Versorgung vermeiden.

Grundlage von AGnES ist die Delegation ärztlicher Leistungen an Mitarbeiter eines Versorgungsteams.

Neben dem standardisierten Monitoring des Gesundheitszustandes des Patienten (körperliche und psychische Verfassung des Patienten, Pflegesituation, soziales Umfeld) und der Übernahme ärztlich delegierter Tätigkeiten wurden Module für Arzneimittelkontrolle (in Zusammenarbeit mit den Apothekern vor Ort), Sturzprävention, Telecare (unterstützendes Monitoring durch telemedizinische Systeme bei Patienten in der Häuslichkeit), geriatrisches Assessment und Palliativmedizin entwickelt.

Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL)

Die Implementation, Anforderungen an die Dokumentation, Definition delegationsfähiger Leistungen, vertragliche und organisatorische Aspekte des AGnES-Konzeptes wurden in Modellprojekten in vier Bundesländern entwickelt und erfolgreich erprobt.

Im Rahmen des Pflegeweiterentwicklungsgesetzes von 2008 wurden im SGB V (§§ 63 Abs. 3b, 3c, damals auch: § 87 Abs. 2b Satz 5) sowie im Krankenpflege- und im Altenpflegegesetz, mittlerweile Pflegeberufegesetz gesetzliche Voraussetzungen für weitere Modellversuche zur selbstständigen Ausübung der Heilkunde durch Angehörige der Pflegeberufe geschaffen.

Neben der Festlegung der Qualifizierungsinhalte und dem Aufbau entsprechender Ausbildungskapazitäten ist der nächste wichtige Meilenstein die Gestaltung einer EBM-Position (=Abrechnungsposition) durch den Bewertungsausschuss für das Delegieren von Leistungen an Praxismitarbeiter/ innen in der Häuslichkeit der Patienten. Der Übergang in die Regelversorgung wurde durch eine Reihe von kritischen Bewertungen der Organisation von AGnES sowie des evtl. zu niedrigen Niveaus der Qualifikationsanforderungen begleitet (vgl. dazu Ruppel 2015).

Gleichzeitig wurden in den Nuller Jahren in einzelnen Bundesländern weitere inhaltlich vergleichbare, speziell qualifizierte nichtärztliche Berufstätige entwickelt, erprobt und in den Versorgungsalltag übernommen: AGnES zwei in Brandenburg, EVA (entlastende Versorgungsassistentin) in Nordrhein-Westfalen, MoNi (Modell Niedersachsen) und VERAH (Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis). Nach der Umbenennung von EVA in NÄPA (nichtärztliche Praxisassistentin) wurden auch die AGnES-Fachkräfte zu NÄPA's.

Eine im Jahr 2022 durchgeführte standardisierte Befragung der 17 Kassenärztlichen Vereinigungen durch das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi) (Mangiapane/Czihal/v. Stillfried 2022) ermittelte für das Jahr 2021 insgesamt 12.058 NÄPA's in 9.623 Vertragsarztpraxen. Die Anzahl von NÄPA's pro Praxis betrug daher 1,25. Der Einsatz von NÄPA's war in ländlichen Regionen häufiger, von den Hausarztpraxen hatten in einigen KVen bis zu 50 % eine NÄPA angestellt, und je kooperativer Praxen bisher waren, desto höher war der Anteil von Praxen mit NÄPA's (Einzelpraxen 6,8 % und Polikliniken 22 %). Die zahlreichen Hinweise auf Honorierungslimitationen (z.B. Nichtfinanzierung der Vorhaltekosten für mehr als eine NÄPA) und die Abgrenzung der Aufgaben zu weiteren neuartigen spezialisierten ärztlichen oder nicht nichtärztlichen Fachkräften (z.B. Physician Assistants oder Community Health Nurse) werden bei der weiteren Entwicklung der mit AGnES begonnenen Anreicherung des hausärztlichen aber zunehmend auch fachärztlichen Versorgungsangebots zu berücksichtigen sein.

Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL)

ATL (engl. activity of daily living-ADL) oder auch Katz-Index. Von A. Katz et al. entwickelte Skala zur Messung der Fähigkeit, täglich wiederkehrende Aktivitäten auszuüben.

Ursprünglich diente die Skala zur Ergebnismessung von Interventionen bei krankheitsbedingten chronischen Einschränkungen. Später wurde das Konzept auf die Messung von eingeschränkter Selbstständigkeit ausgeweitet.

Vorteil der → Klassifikation ist es, dass hier Aktivitätsmessungen nicht mehr nur auf körperliche Zustände im Sinne einer Schadensbeschreibung begrenzt sind, son-

Akzeleration

dern auch soziale bzw. psychosoziale Aktivitätsmerkmale einbezogen sind.

Akzeleration

1936 hatte der Leipziger Schularzt Koch die Beobachtung beschrieben, dass die durchschnittliche Körperhöhe gleichaltriger Kinder in aufeinanderfolgenden Kalenderjahren zunimmt, bzw. dass Kinder innerhalb des Wachstums bestimmte Körperhöhenwerte früher erreichen. Analoge Befunde wurden später für Kinder in vielen Bevölkerungen z. B. auch für das Körpergewicht, die Knochenkernbildung in den Handwurzelknochen oder für den Beginn der sexuellen Reife beschrieben. Diese Beobachtungen wurden nachfolgend als „Beschleunigung“ der kindlichen Wachstumsprozesse und deshalb als Akzeleration gedeutet.

Das Verständnis dieser Phänomene blieb schwierig, weil sich ihre Deutung auf die Veränderung der arithmetischen Mittelwerte der jeweils untersuchten Variablen (also z. B. die durchschnittliche Körperhöhe), nicht aber auf die Veränderung der Merkmalsverteilungen bezogen. Der Änderung der Mittelwerte können mindestens zwei verschiedene Mechanismen zugrunde liegen. Das sind einmal Veränderungen der Verteilungsform innerhalb konstanter Grenzen und zum anderen die „Wanderung“ der Verteilung über die Werteskala. Der entsprechende Interpretationskontext ist dann entweder an die Deutung gebunden, dass mehr Kinder „groß“ werden, oder daran, dass Kinder „größer“ werden.

Im 1. Fall wäre zu folgern, dass sich innerhalb konstanter biologischer Grenzen die Art und Weise des kindlichen Wachstums modifiziert (→ Modifikation). Im 2. Fall fände sich ein starkes Indiz für die Vermutung, die Beobachtung sei die Folge eines veränderten genetischen Informati-

onspools also Folge des Wandels der biologischen Varianz (→ Variabilität).

Diese Frage bekam im Falle der kontroversen Diskussion um die „Akzeleration“ eine besondere Akzentuierung durch die Beobachtung, dass z. B. die Körperhöhenentwicklung der Kinder unterschiedlicher sozialer Schichten unterschiedlich verläuft. Im Kontext des → Sozialdarwinismus erschien die sog. Akzeleration deshalb den einen als ein alarmierendes Symptom für „qualitative“ Veränderungen im Pool der genetischen Information denen entgegenzuwirken sei. Andere sahen hierin den Ausdruck sozialer Ausgleichsprozesse, also ein Argument gegen den Sozialdarwinismus. Die Diskussion um die Akzeleration wurde so zu einer der symbolhaften Auseinandersetzungen um die Ursachen phänotypischer säkularer Wandlungen des Menschen.

Die Modifikabilität des Phänotyps des Menschen als Ursache der Akzeleration dürfte heute im Wesentlichen unbestritten sein. Modifikationen wirken mit unterschiedlicher Intensität offenbar während der gesamten Lebensspanne und beginnen, wie die Dutch Famine Birth Cohort Study gezeigt hat, mit lebenslanger Wirkung bereits während der fötalen Entwicklung. Sie belegen, dass der menschliche Phänotypus sowohl durch die genetische Information und durch die Lebensbedingungen bestimmt ist. Den Modifikationsphänomenen sind auch die Wandlungen der Körpergewichtsverteilungen und deren sozialschichtspezifischen Unterschiede, z.B. bezüglich der Prävalenzen der Adipositas zuzurechnen.

Allerdings ist es auch notwendig, solche Beobachtungen in einen erweiterten Rahmen einzuordnen. Es muss davon ausgegangen werden, dass vor dem Hintergrund der sozialen Ungleichheit alle umweltmodifizierbaren Merkmale des Menschen in solche Vorgänge eingeschlossen

sind. Diese beziehen sich aber nicht nur auf das körperliche Wachstum, sondern auch auf die psychische Entwicklung und auf die Alterungsprozessen. Es gibt heute weltweit eine Vielzahl von Beobachtungen, nach denen die Altersspezifität bestimmter körperlicher Veränderungen einer Modifikation unterliegt. Solche Beobachtungen beziehen sich z. B. auf den Eintritt der Menopause, den Beginn der Altersmyopie, die altersbedingte Abnahme der Hautelastizität oder der Gefäßwandelastizität von Arterien, aber auch auf psychosoziale Merkmale der Aktivität und der Selbstständigkeit. Im Gegensatz zum Wachstum wird hier in vielen Bevölkerungen jedoch keine „Beschleunigung“, sondern eine „Verlangsamung“ beobachtet. Weniger Menschen altern also biologisch „vorzeitig“, Menschen bleiben durchschnittlich länger jung. Auch hierbei gibt dann die Spezifität solcher Vorgänge Anlass, diese als Indikatoren des sozialen Wandels zu nutzen. Versuche, die 2. Seite des offenkundig einheitlichen Prozesses als „Retardation“ zu bezeichnen, haben sich nicht durchgesetzt.

Die → Modifikation von Wachstum und Alterung im Ablauf der Zeit sowie die soziale Differenzierung von Wachstum und Alterung sind für die → Sozialmedizin in Forschung und Praxis in gleicher Weise fundamental, wie der Wandel und die soziale Differenzierung von → Morbidität und → Lebensdauer (epidemiologische und demografische → Transition, → Lebensverlängerungsprozess) sowie die → Compression of Morbidity.

Allgemeinzustand

Der Begriff dient der Bezeichnung des Gesamtzustand eine Person unter dem Aspekt des Hilfebedarfs oder der Hilfefähigkeit.

Zur → Klassifikation des Allgemeinzustandes gibt es mehrere Modelle. Neben dem

→ Karnofsky-Index bietet die WHO eine 5-stufige Skala in Graden an:

- 0 = uneingeschränkte körperliche Aktivität
- 1 = mäßige Einschränkung der Aktivität und Arbeitsfähigkeit
- 2 = arbeitsunfähig bei selbstständiger Lebensführung
- 3 = weitgehende Unfähigkeit zur Selbstversorgung, Hospitalisierung erforderlich
- 4 = 100% bettlägerig, vollständig pflegebedürftig.

Wie andere Klassifikationen zur Charakterisierung des Allgemeinzustandes entspricht auch diese nicht mehr einem zeitgemäßen Verständnis des Hilfebedarfs, da sie allein auf den körperlichen Zustand abstellt. Auch der Inhalt von Arbeitsfähigkeit bzw. → Arbeitsunfähigkeit ist unter dem Normendach des → Sozialgesetzbuchs auf eine international kaum vergleichbare Weise bestimmt.

Alter

Da nahezu alle relevanten medizinischen und für die Patientenversorgung wesentlichen Sachverhalte auch vom Alter abhängen bzw. nach dem Merkmal „Alter“ variieren, ist das Alter eine der Grundvariablen in der sozialmedizinischen Analytik.

Ein für die Gesundheitswissenschaften grundsätzliches Problem ergibt sich aus dem Fehlen von geeigneten, also einfach handhabbaren Messmethoden für das biologische Alter eines Menschen. Die Messung des Alters anhand des kalendarischen Alters ist aus mehreren Gründen zu problematisieren:

- Kalendarisch Gleichaltrige können biologisch sehr verschieden alt sein,
- in der Verteilung der Geschwindigkeit des biologischen Alterns in einer Bevölkerung kann sich immer auch deren Sozialstruktur reproduzieren,

Alter

- die Geschwindigkeit des biologischen Alterns wird durch den Wandel der → Lebensweise modifiziert und nimmt in vielen Bevölkerungen (offensichtlich schichtspezifisch) in den aufeinanderfolgenden Geburtsjahrgenerationen tendenziell ab.

Menschen altern in der Gegenwart also „durchschnittlich“ und bei erheblicher sozialer Differenzierung langsamer als in der Vergangenheit (→ Akzeleration, → Modifikation). Der empirische Umgang mit solchen Sachverhalten ist schwierig, weil das Erscheinungsbild (Phänotyp) der heute alten Menschen nicht von den gegenwärtigen Lebensbedingungen bestimmt ist, sondern von ihrem gesamten biographischen Erleben, also von einer bis zu 100 Jahre zurückreichenden Geschichte. Diese Geschichte hat die heute jeweils noch Lebenden nicht nur direkt geprägt. Sie hat durch ihre Einflüsse auf die → Sterblichkeit einzelner Geburtsjahrgänge und jeweils deren soziale Schichtung auch die gesamte Geburtsjahrgeneration (→ Kohortenstudie) geformt und ggf. differenziert.

Hieraus folgt u.a., dass häufig nicht eindeutig geklärt werden kann, ob bzw. in welchem Ausmaß eine Risikoverteilung in einer Altersgruppe tatsächlich mit dem Altern als physiologischen Vorgang oder mit den spezifischen und lebensbiographisch erworbenen Risiken und Chancen korreliert. Vor diesem Hintergrund ist es auch problematisch, den zukünftigen gesundheitlichen Versorgungsbedarf alter Menschen abzuschätzen.

Es ist zu beachten, dass internationale Vergleiche von Gesundheitsproblemen kalendarisch Gleichaltriger ggf. biologisch sehr verschieden alte Menschen zum Gegenstand haben können. Die gebräuchlichen Verfahren der → Altersstandardisierung erzeugen zwar Vergleichbarkeit nach dem Merkmal „kalendarisches Alter“, kön-

nen aber nicht wirklich die Annahme begründen, es würden biologisch Gleichaltrige verglichen. Dies ist auch ein Grund, weshalb die große Zahl von Applikationen der → Sterbetafel in ihrer interpretatorischen Reichweite eher zurückhaltend argumentiert werden sollte.

Da es auf der analytischen Ebene folglich einen Zusammenhang zwischen dem aktuellen Alter einer Person, ihren Gesundheitsproblemen und dem Geburtsjahr geben kann oder muss, gibt es auch einen Zusammenhang zwischen den Altersjahren und den Kalenderjahren. Dieser Zusammenhang verlangt, Beobachtungen zu einem Zeitpunkt (Querschnitt), in Beziehung zu den jeweiligen „Biografien“ des Geburtsjahrganges (Längsschnitt), zu stellen. Die Formalisierung dieser Beziehungen wird durch das → Lexisdiagramm modelliert.

Aus sozialpolitischer Sicht ist das „Merkmal“ Alter bedeutsam, weil die Leistungsausgaben über die Lebenszeit hinweg nicht gleich verteilt sind. Das Alter ist somit eines der wichtigsten Konfliktfelder sozialkompensatorischer Versicherungen, da heute Nachteile beim Erkrankungsrisiko ausgeglichen werden, die zum Teil in der Vergangenheit entstanden sind. Dieser Nachteilsausgleich betrifft zudem meistens Personen, die in der Regel in ihrer Erwerbsbiografie deutlich weniger Zahlungen geleistet haben, als sie dann (jeweils) heute entnehmen. Dieser auch als Generationenvertrag bezeichnete Mechanismus erklärt, weshalb in der → Gesetzlichen Krankenversicherung und in der → privaten Krankenversicherung in der Bundesrepublik das Alter kein Exklusionsgrund für medizinische Versorgungsleistungen sein darf und auch kein zusätzlich zu versicherndes „Risiko“ ist.

Rechtlich ist die Benachteiligung wegen des Alters in Beschäftigung und Beruf durch europäisches und deutsches

Recht verboten (AGG; Art.19 AEUV; RL 2000/78 EG). Dies kann insbesondere für ältere Beschäftigte relevant werden. Das Sozialrecht knüpft zur Alterssicherung durch Renten und Grundsicherung an das kalendarische Alter an; die Altersgrenze ist sozialpolitisch umstritten.

Altern

Altern ist ein komplexer biologischer und sozialer Prozess, der mit der Geburt beginnt. Das biologische Altern unterliegt hinsichtlich seines Tempos und des Ablaufs offenbar einer genetischen → Variabilität. Zusätzlich unterliegt es aber auch der → Modifikabilität durch die → Lebensweise und den → Lebensstil.

Das Altern ist ein Prozess vielfältiger sozialer und biologischer Veränderungen, die regelhaft mit einem wechselnden, mit fortschreitendem Alter aber auch wachsenden Hilfebedarf bei der Sicherung einer autonomen und selbst bestimmten Teilhabe am Leben verbunden sind und ggf. auch zur vollständigen Abhängigkeit von fremder Hilfe führen können. Dieser wachsende soziale, medizinische und auch pflegerische Hilfebedarf konzentriert sich relativ unabhängig vom konkreten erreichten Lebensalter auf die letzten zwei bis drei Lebensjahre. Die Beschreibung dieser Vorgänge, ggf. auch die Normierung von sozialrechtlichen Hilfeansprüchen, wirft vielfältige Probleme auf, weil diese Vorgänge zwischen den Menschen erheblich variieren, Menschen gleichen kalendarischen Alters also ggf. auf erheblich ungleiche Ressourcen zur Lebensbewältigung zurückgreifen können.

Der Zusammenhang zwischen physiologischem und kalendarischem Alter ist nicht linear und Altern offenbar kein kontinuierlicher oder stetiger Prozess. Menschen altern also auf sehr unterschiedliche Weise, sowohl hinsichtlich der Geschwindigkeit, der Periodik und der (kalendarisch)

altersspezifischen Erscheinungsweise des „alt Seins“.

Die Zunahme der mittleren Lebensdauer, die auch zu einem – wenngleich sehr geringen – Gewinn an Lebenszeit noch in den hohen und sehr hohen Lebensaltern führt, ist hinsichtlich der Zusammenhänge zur Modifikation des Tempos biologischen Alterns eine der wichtigen gesundheitswissenschaftlichen Fragestellungen. Der Diskurs zur → Salutogenese und zur → Compression vs. Expansion of Morbidity oder zu den resultierenden (etwa gegenüber dem Motiv des sozialen Risikoausgleichs) paradoxen Wirkungen solcher Ausgleichsmechanismen (tatsächlich können dann soziale Schichten in ungünstigen Lebenssituationen ggf. den sozialen Vorteil anderer Schichten und entgegen dem eigentlichen Ausgleichsmotiv mitfinanzieren) gehört ebenso zu diesen Fragestellungen wie die methodische Problematik „altersspezifisch“ adjustierter Verfahren des Risikoassessments.

Altersstandardisierung

→ Standardisierung

Alterung

Diese Begrifflichkeit bezeichnet die Zunahme des arithmetischen Durchschnittsalters einer Bevölkerung. Sie beschreibt folglich Veränderungen der Altersstruktur. Ein Rückschluss auf die Ursachen eines entsprechenden Wandels ist nicht möglich. Der eher journalistisch gebräuchliche Begriff beschreibt keinen epochalen Prozess. Neben dem Geburtenrückgang, einer zunehmenden mittleren Lebensdauer und „Störungen“ im Lebensbaum kommen für solche Strukturwandlungen auch vielfältige Migrationseffekte infrage.

Die für die Bundesrepublik insgesamt typische und bedeutsamste Ursache der sog. Alterung der Bevölkerung ist der Geburtenrückgang. Regionale „Alterungen“

Ambulantes Operieren

sind zumeist Folge der Abwanderung junger Menschen, in einigen Bundesländern auch des Zuzuges älterer Menschen. Im globalen Kontext ist die Land-Stadt-Wanderung ein besonders markanter Vorgang.

Ambulantes Operieren

Unter ambulantem Operieren werden bestimmte chirurgische Leistungen verstanden, die von ambulant tätigen Vertragsärzten in ihren Praxen oder in ambulanten Tageskliniken oder im Krankenhaus ohne anschließende Übernachtung erbracht werden. Vorrangiges Ziel ist es, unnötige vollstationäre Krankenhausbehandlung (zu vermeiden. Sofern die Strukturqualität der ambulanten Operationseinrichtungen, d.h. auch eine entsprechende postoperative Versorgung gesichert ist, verringert ambulant Operieren auch das Risiko der Krankenhausinfektionen und möglicher Hospitalisierungserscheinungen und entspricht den Interessen eines Teils der Patienten nach einer Rekonvaleszenz im eigenen Zuhause. In Deutschland gibt es ambulant Operieren im ambulanten Bereich erst seit Ende der 1980er Jahre. Seit 1993 beteiligen sich auch Krankenhäuser daran. Die im § 115b SGB V für das Krankenhaus und im § 27 SGB V für den ambulanten Bereich geregelte zusätzliche Leistungsform des ambulanten Operierens umfasste 2022 rund 38 Prozent aller operativen Eingriffe.

Davon gab es im selben Jahr im vertragsärztlichen Bereich 8,1 Mio. und im Krankenhaus 1,6 Mio. Fälle, insgesamt also 9,7 Mio. (Tillmanns/Jäckel 2024).

Die meisten ambulanten Operationen seit den Nuller Jahren gab es 2015 mit insgesamt 10,2 Mio. Fällen. Nachdem sich der Anteil ambulanter Operationen im Krankenhaus der Gesamtzahl ambulanter Operationen mit rund 17 % bis 2020 kaum verändert hatte, sank er 2022 zu Gunsten

der ambulanten Operationen durch niedergelassene Ärzte auf rund 10 %.

Während sich die Fallzahlen in den letzten anderthalb Jahrzehnten nur geringfügig verändert haben, stiegen die Ausgaben der GKV für die Vergütung des ambulanten Operierens deutlich und konstant von 2,28 Mrd. Euro im Jahr 2010 auf 2,79 Mrd. Euro im Jahr 2022 an.

Wie in anderen Versorgungsbereichen hat der Gesetzgeber auch die Bestimmung der Einzelheiten des ambulanten Operierens der gemeinsamen Selbstverwaltung als untergesetzlichem Normgeber übertragen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die DKG und die Kassenärztliche Bundesvereinigung schließen dazu dreiseitige Verträge, in denen die räumlichen, personellen, instrumentellen und organisatorischen Voraussetzungen definiert sind, die erfüllt sein müssen, um diese Leistungen überhaupt erbringen zu dürfen. Schließlich definiert das Robert-Koch-Institut (RKI) die hygienischen Voraussetzungen sowohl in der Vorhaltung als auch in der Umsetzung. Außerdem sind die Ärztekammern zuständig für die berufsrechtlichen Vorgaben auf Landesebene, wobei die Grundbedingungen im Wesentlichen identisch sind. Schließlich sind noch die Kassenärztlichen Vereinigungen vor Ort tätig, die ebenfalls in Übereinstimmung mit den Regelungen aus dem dreiseitigen Vertrag zu § 115b SGB V die Abrechnung operativer Leistungen bei Versicherten der GKV genehmigen müssen.

Die zwischen den Gesetzlichen Krankenkassen und den Leistungserbringern vereinbarte Liste der ambulant durchführbaren Operationen oder stationärsersetzten Eingriffe (so genannter AOP-Katalog) nach § 115b SGB V umfasst 2024 3.312 unterschiedliche OPS-Kodes. Neu aufgenommen wurden gegenüber dem Vorjahr 171 Operationen.