

VERSORGUNGS monitor FORSCHUNG

FACHZEITSCHRIFT ZU REALITÄT, QUALITÄT UND INNOVATION DER GESUNDHEITSVERSORGUNG



TITEL-INTERVIEW:

Prof. Dr. med. Peter T. Sawicki,
Institutsleiter des IQWiG:

„Lasst uns einen sehr kleinen Teil
des Geldes, das wir sowieso aus-
geben würden, dafür einsetzen,
dass wir künftig den größten Teil
vernünftiger ausgeben.“

REALITÄT

„Therapeutischer Nihilismus“ (Rychlik)

QUALITÄT

„Gesundheitspolitische Forderungen“ (Rebscher)

INNOVATION

„Versorgung braucht Partner“ (Fischer)

FOKUS: Demenz
Schwerpunktthema auf 22 Seiten

Datengetriebene Versorgungsforschung mit INSIGHT Health

Valide und objektive Daten bilden die Grundvoraussetzung für sämtliche Versorgungsforschungsprojekte. Mit unserem umfangreichen Markt- und Daten-Know-how bieten wir eine solide Basis, um eine datengetriebene Versorgungsforschung zu etablieren. So wurden mit Hilfe der INSIGHT Health-Daten bereits etliche Studien zur Gesundheitsversorgung der Bevölkerung erstellt, nicht zuletzt weil sie die Realität der Arzneimittelversorgung in Deutschland und seinen Regionen voll erfassen.



Flexible Lösungen und individueller Kundenservice

Im Mittelpunkt unserer Dienstleistungen steht der Mehrwert für den Kunden; dies gilt sowohl im klassischen Marktforschungsbereich als auch bei der Unterstützung von Versorgungsforschungsanalysen. Wir beraten Sie bei der individuellen Auswahl und Kombination unterschiedlicher Datenquellen, vor allem im Arzneimittelbereich. Durch die intelligente Verknüpfung unserer anonymisierten Patientendaten sowie regionalen Verordner- und Apothekendaten gewinnen Sie neue Erkenntnisse.

Starkes Team. Dichtes Kooperationsnetzwerk.

INSIGHT Health hat sich seit ihrer Gründung im Jahre 1999 vor allem einen Namen im Arzneimittelmarkt gemacht. Zu unseren Kunden gehören mittlerweile aber nicht nur über 150 pharmazeutische Hersteller, sondern in steigendem Maße auch Krankenkassen, Kassenärztliche Vereinigungen, Ärztenetzwerke, Apotheken sowie weiteren Institutionen des Gesundheitswesens. Dieser Erfolg basiert in erster Linie auf dem umfassenden Know-how und hohen Engagement unserer über 50 Mitarbeiter sowie dem dichten Kooperationsnetzwerk in sämtlichen Bereichen des Gesundheitswesens.

EDITORIAL

Fokus Demenz/Pflege

Herausgeber Prof. Dr. Reinhold Roski

4

TITELINTERVIEW

„Der Kommerz muss aus der Medizin verschwinden“

Prof. Dr. med. Peter T. Sawicki, Leiter des IQWiG, im MVF-Gespräch.

6

REALITÄT

Qualitätssicherung in Wohngemeinschaften

AVG-Ansatz zur Qualitätsanalyse für die ambulante Versorgung von Menschen mit Demenz.

14

IDA-Studie zeigt keine Signifikanzen

Pfizer, Esai und die AOK erforschen die Demenzversorgung im niedergelassenen Bereich und stoßen auf strukturelle Probleme der Versorgungsforschung.

15

„Therapeutischer Nihilismus“ führt zum Tod

Das Pharmaunternehmen Merz und die BARMER gehen der Frage der Versorgungsrealität in der Demenzversorgung nach.

16

„Versorgungskonzepte brauchen Partner“

Birgit Fischer, stellvertretende Vorstandsvorsitzende der BARMER, über den Hintergrund der Kooperation mit Merz.

18

Mehr Gesundheitsnutzen

Hildebrandt GesundheitsConsult feiert 20. Geburtstag mit einem Kongress.

25

INNOVATION

„RCT-plus-System“ gefordert

Prof. Dr. med. Stefan N. Willich (Charité) tritt für ein gleichberechtigtes Miteinander von RCT und Versorgungsforschung ein.

22

Patients' Experience Questionnaire (PEQ)

Das IQWiG und die Bertelsmann Stiftung wollen die Suche nach Kliniken transparenter machen.

24

E-HEALTH

ICW/4sigma-Symposium: Effektive Vernetzung

26

ZAHLEN-DATEN-FAKTEN

Markt der Anti-Alzheimer-Präparate wächst

12

STANDARDS

Impressum 3

Kommentar 11 / 20

Rezension 23

News 17/19

WISSENSCHAFT

Dr. med. Dirk Moßhammer MPH

Prof. Dr. med. Gernot Lorenz

27

Eine Querschnittuntersuchung über die Angaben älterer hausärztlicher Patienten zu ihrem Impfschutz

Rund 85 bis 90 Prozent der Impfungen werden von niedergelassenen Ärzten durchgeführt. Somit nehmen Allgemeinmediziner neben Pädiatern eine wichtige Funktion bei der Durchimpfung der Bevölkerung wahr (RKI, Statistisches Bundesamt 2004). Da in Deutschland Erwachsenenimpfungen nicht zentral dokumentiert werden, muss anhand von Stichproben (z. B. von Bevölkerungsumfragen oder sero-epidemiologischen Untersuchungen) auf den Impf- und Immunstatus der Bevölkerung geschlossen werden.

Dr. Klaus Meyer-Lutterloh

Patientencoaching: Innovativer Ansatz für mehr Effizienz im Gesundheitswesen

32

Im zweiten Teil des Beitrags wird an Beispielen dargestellt, welche Effizienzreserven durch Patientencoaching zu erwarten sind und dass bereits jetzt schon Krankenkassen Patientencoaching als Pilotprojekte in ihr Versorgungsmanagement integriert haben.

Prof. Dr. med. Michael Hüll, MSC

Stand und Zukunft der Demenzversorgung

36

Demenzkrankungen stellen die Gesellschaften der Industrie-, aber auch der Schwellenländer vor neue Herausforderungen. Die Demenz ist ein klinisches Syndrom bestehend aus einer Merkfähigkeitsstörung sowie weiteren kognitiven Leistungsstörungen. Damit greift die Demenz an die Grundwurzeln der gesellschaftlichen Teilhabe, die auf Autonomie und Kommunikationsfähigkeit gründen. Eine Demenz ist nicht eine zwangsläufige Folge des Alterns. Über 80 % der 80-Jährigen leiden nicht an einer Demenz.

Günther Sauerbrey

Die medizinische Versorgung hochbetagter Menschen in stationärer Pflege

41

Neben der systembedingten Schnittstellen-Problematik zwischen der gesetzlichen Kranken- und der gesetzlichen Pflegeversicherung (Vollkasko-Versicherung versus Teilkasko-Versicherung) gibt es auch am jeweiligen Ort der Leistungserbringung konkrete Effizienzreserven zwischen Medizin und Pflege. Dies gilt insbesondere für die Hochbetagten und die Menschen mit Demenz, die in Pflegeheimen wohnen. Mehrere Erhebungen und Analysen zeigen, dass die fachärztliche Versorgung im Bereich der stationären Pflege völlig unzureichend ist und entweder die Allgemeinmediziner mit den Versorgungsproblemen alleine gelassen werden oder die Fachärzte nur selten von den Hausärzten angefordert werden. Die Defizite in der Strukturqualität haben direkte Auswirkungen auf die Prozessqualität. Dies führt auch dazu, dass bestehende Wirtschaftlichkeitsreserven in diesem Sektor nicht mobilisiert werden.

Impressum

Monitor Versorgungsforschung – Fachzeitschrift zu Realität, Qualität und Innovation der Gesundheitsversorgung

Monitor Versorgungsforschung
Fachzeitschrift zu Realität,
Qualität und Innovation der
Gesundheitsversorgung
2. Jahrgang/ISSN: 1866-0533

Herausgeber

Prof. Dr. Reinhold Roski, Berlin
roski@m-vf.de

Chefredaktion

Peter Stegmaier (verantwort. Redakt.)
Kölstr. 119, 53111 Bonn
Tel +49-(0)228-76368-0
Fax +49-(0)228-299799714
stegmaier@m-vf.de

Redaktion

Jutta Mutschler
mutschler@m-vf.de
Wolfgang Dame
dame@m-vf.de

Verlag

eRelation AG – Content in Health
Vorstand: Peter Stegmaier
Kölstr. 119, 53111 Bonn
www.ereRelation.org
mail@ereRelation.org

Verlagsleitung

Peter Stegmaier

Anzeigenleitung/Vertrieb/Abo
Anke Heiser (verantwortlich für
den Anzeigenteil)

Kölstr. 119, 53111 Bonn
Tel +49-(0)228-76368-0
Fax +49-(0)228-299799714
heiser@m-vf.de

Abonnement

„Monitor Versorgungsforschung“
erscheint sechsmal jährlich. Der
Preis für ein Jahresabonnement
beträgt 90 EUR. Jahresvorzugspreis
für Studenten gegen Vorlage einer
Immatrikulationsbescheinigung
60 EUR. Die genannten Preise
verstehen sich zzgl. Versandkosten:
Inland 9,21 EUR; Ausland 36 EUR.
Preisänderungen vorbehalten. Die
Abonnementdauer beträgt ein Jahr.

Das Abonnement verlängert sich
automatisch um ein weiteres Jahr,
wenn es nicht spätestens sechs
Wochen vor Ablauf des Bezugsjahres
schriftlich gekündigt wird.

Layout

eRelation AG, Bonn

Druck

Kössinger AG
Fruehaufstraße 21
84069 Schierling
info@koessinger.de
Tel +49-(0)9451-499124
Fax +49-(0)9451-499101
Printed in Germany

Urheber- und Verlagsrecht

Die Zeitschrift und alle in ihr
enthaltenen einzelnen Beiträge
und Abbildungen sind urheber-
rechtlich geschützt. Mit Annahme
des Manuskripts gehen das Recht
zur Veröffentlichung sowie die
Rechte zur Übersetzung, zur
Vergabe von Nachdruckrechten,
zur elektronischen Speicherung
in Datenbanken, zur Herstellung
von Sonderdrucken, Fotokopien
und Mikrokopien an den Verlag
über. Jede Verwertung außerhalb
der durch das Urheberrechtsgesetz
festgelegten Grenzen ist ohne Zu-
stimmung des Verlags unzulässig.

In der unaufgeforderten
Zusendung von Beiträgen
und Informationen an den
Verlag liegt das jederzeit
widerprüfliche Einver-
ständnis, die zugesandten
Beiträge bzw. Informationen in
Datenbanken einzustellen, die vom
Verlag oder Dritten geführt werden.

Auflagenmeldung

Mitglied der Informationsge-
meinschaft zur Feststellung der
Verbreitung von Werbeträgern e.V.
(IWV), Berlin
Verbreitete Auflage: 6.673
(IWV 3. Quartal 2009)



Fokus: Demenz/Pflege



>> Bundestagswahl: CDU/FDP-Regierung und das Gesundheitssystem

Das Wahlergebnis steht fest. Die FDP hat überraschend stark abgeschnitten. Was bedeutet die CDU/FDP-Koalition für das Gesundheitssystem? **Herbert Rebscher**, > S. 11
Vorstandsvorsitzender der DAK, schreibt in dieser Ausgabe einen engagierten Kommentar dazu. Er fordert am Ende, künftig verstärkt auf Effizienzsteigerung durch mehr Qualität der Versorgung zu setzen. Das geht nur mit praxisnaher, methodisch hochwertiger Versorgungsforschung zur Evaluation von Leistungen, Strukturen und Verfahren. „Fehl-, Über- und Unterversorgung können so im Sinne der Versicherten abgebaut werden.“

Titelinterview

Das Titelinterview haben wir mit **Peter T. Sawicki**, dem Leiter des IQWiG geführt. Er fordert mehr gute Studien - es müssen übrigens nicht immer RCTs sein, die eher zum Nachweis von kleinen Fortschritten nötig sind, - und findet es „oft frustrierend, dass solche Studien schon vor Jahren hätten stattfinden können.“ Klar spricht er sich für die Vierte Hürde aus, einen „Paradigmenwechsel, der viel Ruhe ins System bringen könnte“ und dabei „eine gesetzgeberische Kleinigkeit mit großer Wirkung“ sei. Sehr deutlich ist seine Kritik an der Ökonomisierung des Arztberufes, die Leistung nur im Sinne von vielen durchgeführten und abgerechneten Maßnahmen belohnt; ein falscher Anreiz und damit eine Fehlsteuerung. Ärzte sollten sich stattdessen auf die Behandlung ihrer Patienten konzentrieren, weniger verwalten und weniger ans Geld denken müssen.

Fokus: Demenz/Pflege

Diese Ausgabe widmet sich auf 22 Seiten dem Schwerpunktthema Demenz und Pflege. Das ist bei der Wichtigkeit dieses Themas angemessen. Der Markt der Anti-Alzheimer-Präparate wächst; **Birgit Fischer**, stellvertretende Vorstandsvorsitzende der Barmer berichtet über die Realität der Demenzversorgung als Hintergrund der Kooperation mit dem Pharmaunternehmen **Merz; Pfizer, Esai** und die **AOK** > S. 15
haben die Demenzversorgung im niedergelassenen Bereich untersucht und sind auf strukturelle Probleme gestoßen; die AVG berichtet über Maßnahmen zur Qualitätssicherung in Demenz-Wohngemeinschaften; das **IQWiG** will gemeinsam mit der **Bertelsmann-Stiftung** die Suche nach Kliniken durch Patientenfragebogen (Patients' Experience Questionnaire PEQ) transparenter machen. > S. 14 f. > S. 24 f.
Hoffmann und **Glaeske** kritisieren in ihrem Fachkommentar Interessenlagen und mangelnde Transparenz mancher Studien, „die explizit als Versorgungsforschung angepriesen werden und teilweise einen faden Beigeschmack hinterlassen.“ > S. 20 f.
Im wissenschaftlichen Teil legt **Hüll** einen grundlegenden Beitrag zu Stand und Zukunft der Demenzversorgung vor. **Sauerbrey** analysiert Studien zur Versorgung hochbetagter Menschen in stationärer Pflege und identifiziert Effizienzreserven, insbesondere an der strukturellen Schnittstelle zwischen Medizin und Pflege. Das hat auch Konsequenzen für die Wirtschaftlichkeit. **MoShammer** und **Lorenz** > S. 27 ff.
untersuchen die Angaben älterer hausärztlicher Patienten zu ihrem Impfschutz. **Meyer-Lutterloh** stellt an Beispielen dar, welche Effizienzreserven durch Patientencoaching erwartet werden können und welche Patientencoaching-Pilotprojekte mit Krankenkassen bereits laufen. > S. 32 ff.

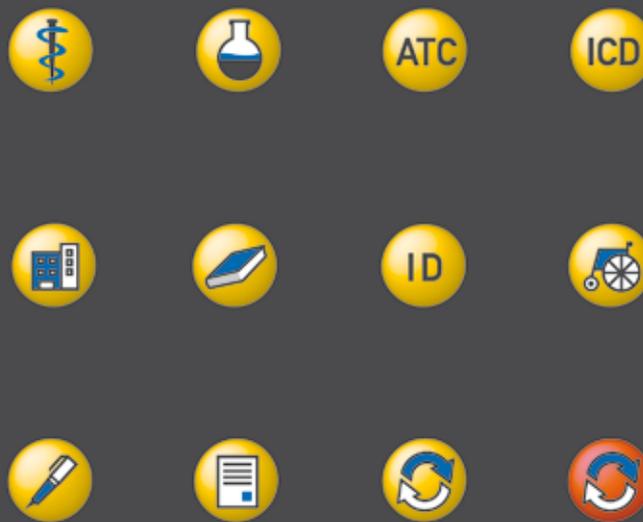
Übrigens: Über die Online-Plattform www.medlearning.de veröffentliche Beiträge aus Monitor Versorgungsforschung können ab jetzt durch die Bayerische Ärztekammer zertifiziert und mit 3 Continuing Medical Education-Punkten für die berufsbegleitende ärztliche Fortbildung anerkannt werden. Damit möchten wir dazu beitragen, Ergebnisse der Versorgungsforschung stärker in die Ärzteschaft zu tragen. Denn die Ärzte entscheiden letztlich über die Qualität der Gesundheitsversorgung.

Ich wünsche Ihnen eine interessante Lektüre. .

Ihr

Prof. Dr. Reinhold Roski

Wissen schafft Effizienz.



MMI PHARMINDEX PLUS

Die neue Informationssoftware, mit dem Plus an Arzneimittel-Informationen. Entwickelt für Mediziner in Klinik und Praxis, sowie in Behörden und Institutionen, die sich professionell über Arzneimittel informieren, diese recherchieren und analysieren wollen und dafür zweifelsfrei objektive Daten benötigen.

MMI PHARMINDEX PLUS bietet die komplette Übersicht aller apothekenpflichtigen Arzneimittel Deutschlands, die Sie mit einer Vielzahl an nützlichen und praxiserprobten Funktionen schnell und sicher recherchieren können. Intuitiv. Objektiv. Topaktuell.

Effizienz plus Qualität: Testen Sie jetzt ganz risikolos 30 Tage das Plus an Arzneimittelwissen:
Medizinische Medien Informations GmbH, Infoline (kostenfrei): 0800 633 46 30, oder www.pharmindex-plus.de

Der Leiter des IQWiG, Prof. Dr. med Peter T. Sawicki, im MVF-Titelinterview

„Der Kommerz muss aus der Medizin verschwinden“

Prof. Dr. Peter T. Sawicki kann eigentlich nichts tun, was der Pharma-Industrie gefällt: Jede seiner Entscheidungen gefährdet das Budget, das der Branche vom Solidarsystem erstattet wird. Dennoch ist der Leiter des IQWiG überzeugt, dass unser System noch weit weg ist von Priorisierung, wenn denn die vorhandenen Mittel besser und effizienter genutzt würden.

>> Sehr geehrter Herr Prof. Sawicki, Ihr Institut hat die Ergebnisse der Nutzenbewertung von langwirksamen Insulinanaloga zur Behandlung des Diabetes mellitus Typ 1 veröffentlicht. Das Ergebnis: Sie fanden anscheinend keine Belege dafür, dass die Wirkstoffe „Detemir“ und „Glargin“ einen Zusatznutzen gegenüber Humaninsulin bieten würden. Dabei zog das IQWiG immerhin insgesamt zwölf Studien zu Rate, die für eine Nutzenbewertung - zumindest bei Erwachsenen - geeignet waren. Drängt sich für Sie die Annahme auf, dass die Industrie selbst schuld sein könnte, wenn sie keine besseren Studien macht?

Die Industrie macht nur die Studien, die von ihr gesetzlich verlangt werden oder von denen sie sich einen Vorteil verspricht. Faire Kopf-an-Kopf-Vergleiche sind jedoch selten, weil sie aus Sicht der Industrie immer das Risiko beinhalten, dass das eigene Produkt floppt. Entweder die Firmen werden zu solchen Kopf-an-Kopf-Vergleichen gezwungen oder man schafft andere Finanzierungsquellen. Solche Vergleiche sind aber für die Praxis essenziell, weil es die Ärzte und Patienten bei neuen Produkten nicht interessiert, ob sie besser als Nichts sind, sondern ob sie einen Fortschritt im Vergleich zu der bislang verwendeten besten Therapie bieten.

Zu diesem Vorbericht konnten bis Anfang August dieses Jahres schriftliche Stellungnahmen eingereicht werden. Hat sich – wenn denn Stellungnahmen eingingen, was zu erwarten ist - an der Zentralaussage des IQWiG-Vorberichts etwas geändert?

Wir sichten die Stellungnahmen gerade und werten sie aus. Den Ergebnissen kann ich nicht vorgreifen.

Andere Baustelle, ähnliche Causa: Unlängst hat der Gemeinsame Bundesausschuss beschlossen, die letztgültige Entscheidung über die Anwendung der interstitiellen Brachytherapie beim lokal begrenzten Prostatakarzinom auszusetzen. Dieser Beschluss geht auf einen Vorbericht Ihres Hauses zurück, nachdem bislang kein Urteil möglich sei, wie die Brachytherapie im Vergleich zu den wichtigsten alternativen Behandlungsmethoden zu bewerten sei. Warum kamen Sie zu diesem Schluss?

Auch das ist der mangelnden Studienlage geschuldet. Und das bei einer der häufigsten Tumorarten. Um dieses Karzinom zu behandeln, gibt es mehrere Möglichkeiten: Entweder man operiert und entnimmt die Prostata, was Inkontinenz und Impotenz verursachen kann; man bestrahlt perkutan oder man wendet die Brachytherapie an, bei der kleine radioaktive Körner, so genannte Seeds, in die Prostata eingebracht werden. Vierte Möglichkeit: Man wartet erst einmal einfach ab und beobachtet.

Was ergab die Bewertung der vorhandenen Studienlage?

Dass sie so schlecht ist, dass man eigentlich überhaupt nichts sagen kann. Das kann es doch nicht sein. Anno 2009!

Was war denn Ihre Empfehlung?

Ganz einfach: Es müssen gute Studien her! Dann wissen wir wenigstens in einem Zeitraum von etwa fünf Jahren, was einem Patienten unter Berücksichtigung seiner Präferenzen anzuraten ist. Dass damit die Aufgabe nicht leichter wird, den geeigneten individuellen Behandlungsweg zu finden, ist auch klar – aber die Wahl basiert dann wenigstens auf klaren Fakten und nicht auf Hoffnungen, Ängsten und Vermutungen. Die letzte Entscheidung trifft jedoch immer noch der Patient. Oder sollte es zumindest. Aber er muss es informiert tun und dafür braucht er zuverlässige Studienergebnisse.

Dazu müssten die Ärzte sicher viel offener und ehrlicher als bisher mit ihren Patienten reden.

Sicher. Patienten müssen besser verstehen können, welche Konsequenzen mit der einen oder der anderen Behandlung verbunden sind. Ein Patient muss darum meiner Meinung nach aktiv darüber aufgeklärt werden, welche Folgen eine komplette Entfernung der Prostata, die radikale Prostatektomie, haben kann, wie hoch zum Beispiel der Überlebensvorteil ist und ob ein Vorteil durch mehr Fälle von Impotenz und Inkontinenz erkauft werden muss. Dann wird sich der eine Patient gegen die Operation und der andere dafür aussprechen, je nach individuellen Präferenzen und persönlichen Risikoabwägungen. Für diese Entscheidung muss man aber den Betroffenen zuverlässige Zahlen geben können, die ziemlich exakt aussagen, wie viel länger man mit welcher Therapie leben kann und wie



viel höher dabei zum Beispiel das Risiko für Inkontinenz und Impotenz ist. Diese Daten brauchen Patienten und Ärzte, damit sie endlich individuell richtig entscheiden können anstatt gleichsam auszuwürfeln, was wohl besser sei. Vielleicht kommt bei der Studie jedoch heraus, dass man am besten abwartet und überhaupt nichts tut. Das weiß heute aber niemand. Die so genannte evidenzbasierte Medizin schafft also erst belastbare Voraussetzungen für eine echte individualisierte Behandlung, die die autonomen Entscheidungen der Patienten ernst nimmt.

Was weiß man denn überhaupt?

Manchmal eine ganze Menge, wenn man richtig nachschaut. Zuweilen aber zu wenig. Die Erkenntnis des Nichtwissens ist aber schon eine Bewegung zum Positiven, weil sie erst die Voraussetzung schafft, diese Wissenslücke schließen zu können. Oft ist die Überschätzung der Sicherheit des Wissens das Problem. Darum ist es schon ein Erfolg an sich, wenn der G-BA einen Beschluss aussetzt, um Wissenslücken zu füllen und selbst Studien in Auftrag gibt. Denn danach wissen wir besser, wovon wir reden.

Schwingt da nicht eine kleine Spur Resignation mit?

Es ist oft frustrierend, weil solche Studien schon vor Jahren hätten stattfinden können. Wir verlieren oft viel zu viel Zeit durch Streitereien, anstatt neue Technologien einfach ganz früh bezüglich ihres Nutzens zu erproben.

Gesetzt den Fall, dass bei dieser Studie zur Brachytherapie heraus kommen sollte, am besten wäre abzuwarten und überhaupt nichts zu tun. Was wird wohl die Ärzteschaft oder die Industrie sagen?

Wenn die Studie gut ist, wird man das Ergebnis so akzeptieren müssen. Vermutlich werden einige dann die Verschwörungstheorie schüren, dass wir die Studie nur angeregt hätten, um „auf Kosten der Patienten zu sparen“. Das ist aber nicht so. Uns geht es nicht darum, weniger Geld auszugeben, sondern es richtig auszugeben.

Eine solche Studie, die vier verschiedene Versorgungsmodalitäten randomisiert vergleicht, ist Versorgungsforschung pur.

Sicher. Aber es ist auch keine Raketenphysik, sondern lediglich sauberes, seit Jahrzehnten bewährtes Studiendesign, das dafür sorgt, dass am Ende tatsächlich verlässliche Schlüsse gezogen werden können. Wenn sich die Gruppen schon von vorneherein durch die Auswahl der Männer unterscheiden, wissen wir am Ende nicht, ob eventuelle Unterschiede der Ergebnisse auf die Therapien oder die Struktur der Gruppen zurückzuführen sind. Dann geht der Streit nur weiter. Strukturgleichheit entsteht eben am sichersten durch Randomisierung.

Womit die Industrie ihre liebe Not hat.

Das mag schon sein. Aber es geht in der Gesundheitsversorgung primär um Patienten und nicht um die Industrie. Versichertengelder sind nicht dazu da, die Wünsche der Industrie zu realisieren.

Was wünscht sich denn die Industrie von Ihnen?

Ich solle doch bitte ein bisschen konzilianter sein und zum Beispiel im Fall der Insuline auch mal Fünfe Gerade sein lassen. Das kann ich aber nicht. Ich verlange von Industrie und Politik doch auch nicht, dass sie denken und handeln soll wie die Wissenschaft.

Das passt anscheinend einfach nicht zusammen.

Die Einen sind nun einmal dem Shareholder Value verpflichtet, die Anderen wollen wieder gewählt werden und müssen dazu noch die unterschiedlichsten Interessen ausgleichen. Unsere Rolle ist aber eine ganz andere: Wir sollen beschreiben, welches Wissen da ist. Dadurch können wir die Dinge besser machen als sie sind.

Während die Industrie die nötigen Grunddaten liefern soll, machen Sie daraus Metaanalysen, aber eben nur aus jenen Studien, die Ihnen passen - so ein Vorwurf der Industrie.

Der Vorwurf stimmt nicht. Wir sichten die bestehende Studienlage nach Evidenzkriterien. Darum ist das Ergebnis auch nicht verhandelbar. Was „passt“ und was nicht, ist keine Willkür, sondern wird in einem vorab veröffentlichten Berichtsplan wissenschaftlich begründet. Der Plan und später auch die vorläufigen Schlussfolgerungen stellen wir zur öffentlichen Diskussion. Wer gute Argumente hat, kann die also jederzeit einbringen. Wenn sie stichhaltig sind, führen sie zur Änderung unserer Vorgehensweise.

Muss es denn immer RCT sein?

Nach Möglichkeit. Doch wir haben unlängst selbst eine klassische Versorgungsstudie aufgrund von Krankenkassendaten der AOK für Insulinanaloge vorgelegt. Das war nun kein RCT, aber eben eine Studie auf Basis echter Behandlungsdaten, von denen man durchaus bestimmte Aussagen ableiten kann. Zum Beispiel einen Verdacht, dass das Insulinanalogon „Lantus“ mit dem Wirkstoff Insulin „Glargin“ Krebs fördern kann. Krankenkassendaten sind nun mal klassische Versorgungsforschungsdaten, die durch eine

große Anzahl von Fällen meist nicht das Problem einer zu kleinen Stichprobe haben.

Solche Studien erkennen Sie an?

Als Signal durchaus, das hängt aber von der Fragestellung ab. Diese Insulinanaloga-Studie ist so ziemlich das Beste, was man ohne RCT machen kann. Die Frage bleibt aber immer, wie man die Ergebnisse kausal interpretieren kann, wenn man keine zwei strukturgleichen Gruppen hat.

Weil es Ihnen nicht um Zustandsbeschreibung, sondern Wirkung geht?

Bei Krankenkassendaten kann man im Zweifel nur betrachten, wie viele Patienten zum Beispiel die eine oder die andere Medikamentenkombination verschrieben bekommen haben; oder wie viele Kranke falsch behandelt worden sind, vielleicht, weil sie eine chronische Niereninsuffizienz aufweisen und trotzdem ein kontraindiziertes Medikament erhalten. Die Aussagen, die man hier durch die Auswertung von Kassendaten treffen kann, sind auch sicher alle richtig. Auch eine Analyse, wie viele Patienten mit Demenz nicht entsprechend der bestehenden Leitlinien behandelt wurden, wäre sicherlich eine wichtige Erkenntnis, weil sie Fehlversorgung aufdeckt.

Doch das reicht Ihnen nicht.

Das ist erst der Anfang. Aussagen über kausale Beziehungen zwischen Ursache und Wirkung können sie nur in experimentellen Studien machen, in denen Störgrößen gleich verteilt sind. Über die Randomisierung wird dann ein Störeinfluss ausgeschaltet, weil er auf die zu vergleichenden Gruppen gleich verteilt ist.

Wen sehen Sie in der Pflicht, eine solche Versorgungsforschungs-

<< Das Ergebnis ist nicht verhandelbar >>



Studie wie bei der Brachytherapie durchzuführen? Die Industrie oder die Gesellschaft?

Das kann keine industrielle, sondern muss eine gesellschaftliche Aufgabe sein. Eine Studie, die verschiedene Therapiemöglichkeiten untersucht, zum Beispiel auch solche, die nicht in Bezug zum Produkt eines Unternehmens stehen, kann kein Pharmaunternehmen durchführen wollen. Da würden die Shareholder dem CEO zu Recht den Marsch blasen, wenn der sein Geld für so etwas ausgibt. Darüber hinaus wird der Hersteller seine eigenen Produkte grundsätzlich nicht objektiv beurteilen.

Das heißt: Versorgungsforschung muss öffentlich finanziert sein? Oder wie der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (Bundestags-Drucksache 16/13770) in seinem Unterpunkt 1219 erneut anregt, den Krankenkassen gesetzlich die Möglichkeit für Versorgungsforschung einzuräumen, wofür ein „fester prozentualer Anteil der Leistungsausgaben“ - vorgeschlagen wurde, nämlich 0,1%, also rund 160 Millionen Euro. Wäre das ein Ansatz?

Mit absoluter Sicherheit. Doch sollten die Krankenkassen ein Prozent der über sie abgewickelten Gelder für hochklassige kontrollierte klinische Studien aufwenden, die in die Versorgung der Patienten eingebettet sind. Damit wir endlich wissen, was wir tun. Wir wissen so vieles nicht. Aber: Wir könnten es wissen! Also lasst uns doch lieber einen sehr kleinen Teil des Geldes, das wir sowieso ausgeben würden, dafür einsetzen, dass wir künftig den größten Teil vernünftiger ausgeben.

Oder gar weniger ausgeben?

Einen Zwang zur Rationierung sehe ich im Moment noch nicht mal am Horizont, wenn wir es endlich schaffen würden, unsere vorhandenen Ressourcen effizienter auszuschöpfen. Man kann doch mit 250 Milliarden Euro pro Jahr - davon 160 Milliarden aus dem Budget der Krankenkassen - eine gute Medizin erreichen; sogar eine sehr gute Medizin und ohne, dass man kranken Menschen irgendetwas vorenthält, was ihnen hilft. Darum ist Sparen nicht mein Ziel. Ich will lediglich das vorhandene Budget besser einsetzen. Und dazu brauchen wir erst einmal mehr Wissen. Das wäre auch für die deutschen Universitäten genial, die dann viel häufiger Erkenntnisse vorzuweisen hätten, die sie in hochklassigen Fachzeitschriften wie „Lancet“ oder „New England Journal of Medicine“ veröffentlichen können. Die deutsche Forschung ist zwar hervorragend in der Grundlagenforschung und der Genetik, doch bei der patientenangewandten und -relevanten Forschung hapert es arg.

Das wäre einmal Standort-Marketing für deutsche Forschung at its best. Vielleicht sollten wir dann besser gleich zwei Prozent daraus machen?

Ein Prozent wären schon mal 1,6 Milliarden pro Jahr. Damit könnte man schon einiges an Erkenntnisgewinn finanzieren. Das wäre aber immer noch relativ wenig im Vergleich zu dem Betrag, den pharmazeutische Firmen in Forschung und Entwicklung investieren.

Die stecken rund 15 Prozent ihres Umsatzes in Research und Development und bringen trotzdem selten wirkliche Innovationen hervor.

Womit wir wieder bei RCT sind. Wenn die Industrie mehr wirkliche Innovationen - was zugegebenermaßen nun einmal sehr schwierig ist - hervorbringen würde, würden wir RCT doch gar nicht benötigen. Große Effekte wird man auch mit anderen Methoden sehen können. Ein Beispiel ist die Einführung von Insulin oder Antibiotika. Dafür brauchte man bestimmt keine randomisierte Studie. Aber wenn man zum Beispiel wissen will, ob durch den Einsatz eines Medikaments über fünf Jahre die kardiovaskuläre Sterblichkeit um 0,5 Prozent reduziert wird, dann braucht man einfach zwei große vergleichbare Gruppen, die unterschiedlich behandelt werden.

RCTs sind für Sie also eine Art Mikroskop für den Nutzen?

Durchaus. Die meisten Innovationen sind nun einmal keine oder solche Minimal-Fortschritte, für die man viele Patienten über eine längere Zeit beobachten muss, um überhaupt einen Effekt festzustellen. Was aber Sinn macht, denn auch Minimalfortschritte sind wichtig auf dem Weg zu einer besseren Medizin. Um die zu erkennen, brauchen wir eben adäquate Studiendesigns.

Oder auch für Effekte, die leider oft genug für den Kliniker wie für den Patienten überhaupt nicht von Relevanz sind, wie Professor Dr. Ludwig in der letzten Ausgabe von „Monitor Versorgungsforschung“ bemängelte.

Wenn Patienten wüssten, für welche kleinen Wahrscheinlichkeiten eines Nutzens sie bestimmte Behandlungen über sich ergehen lassen, würden ihre Entscheidungen vermutlich oft ganz anders aussehen.

Wir streifen am Rande das Thema Ärzte, die anscheinend zu wenig wissen, was sie tun, aber sie tun es. Sicher meist mit besten Wissen und Gewissen. Aber eben irgendwie.

Das ist zum großen Teil darin begründet, dass in der derzeitigen Struktur des Gesundheitswesens alle Leistungserbringer - ob nun Ärzte oder Krankenhäuser - nach der Zahl der abgerechneten Maßnahmen bezahlt werden. Das schafft eine einfache Logik: Je mehr Maßnahmen ich am Patienten durchführe, umso mehr Verdienst für den Arzt und desto mehr Geld wird insgesamt ausgegeben.

Das System an sich verführt zu mehr Leistungen?

Aber ja. Am deutlichsten zeigt sich das bei Privatpatienten. Die werden häufiger operiert als Kassenversicherte, obwohl sie gesünder sind, bekommen mehr Röntgenaufnahmen und mehr Herzkatheteruntersuchungen. Man kann schon vermuten, dass vieles davon unnötig ist. Wenn es aber unnötig ist, bringt es nur Schaden und kostet zudem Geld.

Das pervertiert die Urabsicht des ärztlichen Berufs, dass Ärzte heilen und nicht schaden sollten.

Als Arzt kann man nie absolut sicher sein, was in einem bestimmten

Fall nützen wird und was nicht; aber man braucht zumindest Informationen über Wahrscheinlichkeiten. Auf der anderen Seite sollten Ärzte nie absichtlich schaden, noch Schaden billigend in Kauf nehmen. Nun verführt aber das System Ärzte leider dazu, auch dann viel zu tun, wenn der Nutzen unsicher ist. Damit handelt der Arzt wider den Grundsatz „Als erstes nicht schaden“. Das ist zum einen für die Patienten schlecht, zum anderen für die Solidargemeinschaft, die das Ganze bezahlen muss.

Das könnte man doch korrigieren.

Indem man beispielsweise die Möglichkeit schafft, dass die Ärzte künftig nicht mehr nach abgerechneten Maßnahmen bezahlt werden.

Wäre das durchsetzungsfähig bei uns, im Land der freien Berufe?

In den Krankenhäusern arbeiten doch auch Ärzte als Angestellte und machen einen tollen Job. Nur im niedergelassenen Bereich soll das nicht funktionieren? Man könnte es zumindest mal ausprobieren. Ich glaube, dass es viele niedergelassene Ärzte einfach leid sind, kleine Unternehmen zu führen und Patienten ständig etwas aufschwätzen zu müssen. Oder sie so zu behandeln, dass in erster Linie für die Praxis die Rechnung stimmt - und nicht für die Patienten. Schauen Sie sich an, was es unter den IGEL-Leistungen für Stilblüten gibt! Ärzte als Krämer im Gesundheitsladen verspielen das Vertrauen der Patienten.

Sie reden der Ent-Ökonomisierung des Arztberufes das Wort, was das GKV-WSG schon mit dem Apothekerberuf gemacht hat, indem die prozentuale Honorierung pro abzugebenden Medikament abgeschafft worden ist.

Mein Vorschlag wäre, erst einmal jene Ärzte, die das wollen, als Angestellte in Gemeinschaftspraxen oder Ambulatorien zusammenzufassen. Ärzte, die anders arbeiten wollen, können das natürlich tun. Aber ich glaube, dass viele mitmachen würden, wenn ihnen dafür dieser ganze Verwaltungsaufwand abgenommen wird.

Und ein festes Gehalt beziehen?

Ein gutes Gehalt. Wie viel das ist, darüber kann man sich trefflich streiten. Wir sollten uns da an den Gehältern der Ärzte bei unseren europäischen Nachbarn orientieren. Wichtig wäre auch, dass Ärzte nur noch so wenig wie möglich finanzielle oder verwaltungstechnische Verantwortung tragen müssen. Dafür wären dann extra ausgebildete Praxismanager zuständig, die die ja nicht unsinnigen Auflagen und Anfragen der Krankenkassen viel effizienter umsetzen könnten. Diese ganze Bürokratie ist ja nicht in jedem Fall sinnlos, man muss sie nur anders handhaben als bisher. Oder besser: Von jemandem handhaben lassen, der sich darauf versteht. Ärzte sind das jedenfalls nicht, die wurden ja dafür auch gar nicht ausgebildet. Ärzte sollten Patienten behandeln, sonst nichts. Und ihr Gehalt darf nicht davon abhängig sein, ob sie bei Patienten beispielsweise oft Darmspiegelungen machen, oder einfach nur mit ihnen sprechen.

Kritiker dieses Ansatzes werden sicher entgegenen, dass ein angestellter Arzt nicht mehr so viel arbeiten wird wie ein Freiberufler.

Das glaube ich nicht. Ärzte im Krankenhaus machen das jedenfalls nicht. Die kommen nicht später, gehen auch nicht früher und arbeiten oft auch noch umsonst, weil sie zum Teil immer noch Überstunden gar nicht bezahlt bekommen. Viele Mediziner arbeiten sehr gern als Ärzte, das Problem ist, dass sie vielfach nichtärztliche Aufgaben erledigen müssen.

Bei Beamten versucht man gerade neue Leistungsanreize zu definie-

ren. Und nun kommen Sie mit angestellten Ärzten.

Man kann doch Leistungsanreize vernünftig und intelligent mit Angestelltentum verbinden. Das Ursächliche wäre aber zuallererst, dass ein neues System zu schaffen ist, in dem das Gehalt nicht davon abhängt, wie viele Maßnahmen ein Arzt durchführt und abrechnet. Wenn man Leistungsanreize will, könnte man die an die Ergebnisqualität anknüpfen – mit entsprechenden Prämien. Aber auch hier muss man gut aufpassen, dass es keine Fehlanreize gibt - dass Ärzte sich also zum Beispiel nur noch um solche Patienten und Ergebnisse kümmern, für die Erfolgsprämien bezahlt werden.

Zur Zeit wird indes durch den neuen EBM 2009 das etablierte ärztliche Honorarsystem zwar von Punktwerten auf Euro umgestellt, aber im Kern unverändert fortgeschrieben, während die hausarztzentrierten Verträge durchaus schon heute Qualitätsanreize schaffen.

Tja, da hätte man gut einen Zwischenschritt machen können. Aber leider versprechen sich Ärzte derzeit immer noch über leistungsorientierte Vergütung vor allem mehr Geld. Doch das kann sich schnell ändern, wenn die Arbeitszufriedenheit der Ärzte noch tiefer sinkt. Dabei ist der Arztberuf an sich ein schöner Beruf, den man gerne ausübt, auch weil man sehr viel von den Patienten zurück bekommt. Was natürlich nicht geht, wenn man knallhart Sprechstundenzeiten von durchschnittlich sechs bis sieben Minuten pro Patient durchziehen muss. Dann macht Arztsein keinen Spaß mehr.

Was halten Sie von Pay-for-Performance?

Als erstes müsste man dazu erst einmal die Performance an sich erheben. Wichtig ist hier die Definition der richtigen Kriterien. Es darf doch nicht dazu kommen, dass zum Beispiel Patienten mit Bluthochdruck auf Teufel komm raus auf bestimmte Blutdruckwerte eingestellt werden, wie das die KBV jetzt vorgeschlagen hat. So etwas kann schnell zu Negativanreizen führen, wenn bestimmte, schwer einstellbare Patienten mal schnell zum Kollegen geschickt werden, der sich dann damit herumschlagen kann. Oder aber Patienten, die überhaupt keinen Bluthochdruck haben, mal schnell eine Prise Antihypertensivum verschrieben bekommen.

Das sind klassische Fehlanreize.

Richtig. Und die sollen die Ärzte ja auch noch selbst dokumentieren und evaluieren. Grundlage der Qualitätssicherung ist es aber doch, dass man selbst seine eigene Qualität nicht sichern kann. Das kann nur jemand von außen, von einer Pay-for-Performance-Gruppe oder was weiß ich, der die Akten durchschaut und auch mal Patienten befragt.

Was ja bei internistischen Registern schon heute passiert.

Das wird auch in anderen Ländern so praktiziert. Man muss nur erst einmal die Angst aus dem System nehmen. Wenn sich auf der einen Seite die Erfahrung des einzelnen Arztes und seine Empathie für den Patienten mit der Mystik der Medizin und der externen Evidenz verbindet, kommt die Qualität fast von ganz alleine. Ein Arzt muss wieder nur Arzt sein dürfen, anstatt länger ein Arzt am Scheideweg zwischen dem Wohl der Patienten und dem eigenen Wohl zu sein, wie ihn George Bernard Shaw beschrieben hat.

Diese Vision braucht Zeit. Ist das ein Kampf gegen Windmühlen?

Man muss die Zeit haben. Ich habe auch nicht den Anspruch, dass sich im Laufe meines Berufslebens alles zu ändern hat. Aber ich will zumindest versuchen, in die richtige Richtung zu gehen.

<< Ärzte sollen Patienten behandeln, sonst nichts >>

Wäre es nicht am besten, das ganze Gesundheitssystem zu entökonomisieren? Oder wäre Ihnen dieser Gedanke, der sicher sehr, sehr weit vom derzeitigen System und allen Wahrscheinlichkeiten weg wäre, zu radikal?

Das würde absolut nicht funktionieren. Der Kommerz darf nur nicht das Handeln der Ärzte in Praxen und Kliniken bestimmen. Bei der Entwicklung von Medikamenten und medizinischen Geräten ist Profitstreben wohl nicht zu vermeiden. Es ist nun einmal so, dass wir in einem System leben, in dem in der Medizin Produkte hergestellt werden, mit denen man Gewinn machen kann. Das ist eine demokratische Entscheidung. Man könnte ja auch entscheiden, die pharmazeutischen Unternehmen zu verstaatlichen und die Grundlagenforschung an Universitäten zu verlagern. Auch das wäre eine in einer Demokratie zu treffende Entscheidung, die theoretisch wohl denkbar, aber nicht sehr wahrscheinlich ist – und die ich auch nicht für vernünftig halte.

Solange diese grundlegende Systemänderung nicht passiert, wird man auch künftig an der Symptomatik eines Quasimarkts herumdoktern müssen, dessen Zielkonflikt zwischen Ökonomie und Medizin unlösbar ist.

Ich bin gar nicht so pessimistisch. Auch Änderungen an Kleinigkeiten, die nicht gleich alles grundsätzlich in Frage stellen, können weitreichende Auswirkungen haben.

Zum Beispiel durch eine Kleinigkeit wie die Vierte Hürde?

Richtig. Eine Vierte Hürde halte ich tatsächlich für eine gesetzgeberische Kleinigkeit mit großer Wirkung. Dieser Ansatz wäre ein Paradigmenwechsel, der viel Ruhe ins System bringen könnte. Denn dann würde nicht länger jedes Medikament bezahlt, für das die Industrie eine Zulassung erhält, sondern es würde erst einmal geschaut, ob das neue Medikament überhaupt notwendig ist. Und wenn es nicht notwendig ist, würde es eben auch nicht bezahlt.

Dafür machen Sie ja schon Kosten-Nutzenbewertungen.

Wir können Kosten-Nutzenbewertungen doch erst durchführen, wenn das betreffende Arzneimittel schon auf dem Markt ist. Das ist aber viel zu spät. Schon die Übernahme der Kosten durch die Krankenversicherung müsste gekoppelt sein an einen Nachweis des Nutzens. Doch das ist – obgleich dies der Gesetzgeber verlangt – momentan eben nicht der Fall. Wir haben viele Arzneimittel im Markt, die nur ungenügend auf ihren Nutzen geprüft wurden. Für die nötigen Studien ist es den Herstellern viel zu lange zu früh; oft solange, bis es auf einmal zu spät ist. Das sehen wir am Beispiel des Insulinanalogons „Lantus“, das in Deutschland ja schon seit 2000 zugelassen ist.

Eine Forderung wäre also, Nutzenbewertungen früher zu machen?

Vor allem müssten vergleichende Studien früher und auch schneller stattfinden; gegebenenfalls auch unterschiedlich gewichtet. Das heißt: Wenn das 50. blutdrucksenkende Medikament eingeführt wird, müsste man sehr genau über eine längere Zeit beobachten, ob es wirklich besser ist als die anderen 49. Wenn aber jemand ein Medikament einführen sollte, mit dem Multiple Sklerose geheilt oder ein Krebs erfolgreich behandelt werden kann, braucht man schnelle Prüfbläufe.

Nun klappt die Zusammenarbeit zwischen dem IQWiG und der Pharmaunternehmen ja nicht ganz so gut.

Die Firmen verfolgen eine Verzögerungstaktik. Das ist auch logisch, weil es zwischen uns einen unauflösbaren Konflikt gibt. Derzeit können unsere Berichte eigentlich kein Ergebnis bringen, das für die Pharmaunternehmen positiv ist. Die Arzneimittel, die wir bewerten, sind ja

bereits im Markt, werden verordnet und von den Krankenkassen bezahlt und das zu einem Preis, den die Pharmaunternehmen selbst festlegen: Das ist nun mal die Maximale. Unsere Berichte können im besten Fall den Status quo erhalten. Die Pharmaunternehmen können demnach gar kein Interesse haben, dass ein Bericht unseres Institutes fertig wird. Sie können nur ein Interesse haben, uns auszubremsen. Das versuchen sie auch konsequent. Zur Kooperation mit uns und dem System kämen die Firmen erst, wenn Arzneimittel nur dann von den gesetzlichen Krankenkassen bezahlt werden, wenn es einen Nutzen- und Wirtschaftlichkeitsnachweis gibt.

Haben Sie dafür Verständnis?

Wenn ich ein Unternehmen vertreten würde, würde ich mich wahrscheinlich genau so verhalten. Ich empfinde Pharmafirmen von ihrem Denken her auch durchaus als sehr konsequent. Die sagen ganz klar, dass sie keine karitativen Unternehmen sind und mit Medikamenten Gewinn machen müssen. Das ist logisch und sie verhalten sich auch logisch.

Aber sind damit auch berechenbar.

Ja klar. Es wird immer Kritik an unseren Berichten geben, so lange bis sie von der Industrie selbst geschrieben werden. Bis dahin werden wir uns anhören, dass die Industrie zu wenig Einfluss hätte, zu wenige Anhörungsgelegenheiten und zu wenig Mitspracherecht. Dabei sieht unser System schon heute das wohl ausgiebigste Stellungnahme- und Anhörungsverfahren auf der ganzen Welt vor.

Und dann wurde vor wenigen Wochen auch noch die Kosten-Nutzenbewertungs-Methodik des Gemeinsamen Bundesausschusses beschlossen.

Ja, dies ist im Prinzip richtig. Die gesetzlich vorgegebenen Instrumente sind nur zu schwerfällig, zu langsam. Es werden wieder neue Schleifen eingezeichnet, bis es zu Entscheidungen kommt. In der Koalition und auch vorher schon wurde doch alles versucht, dass das Ganze nicht ganz so scharf ist. Man hat ein gutes Instrument geschaffen, aber so richtig benutzen will man es nicht. Das ist auch eine Art von Ressourcenverschwendung. Aber so sind eben die Spielregeln.

Gut, dass Sie Ihren Humor nicht verloren haben.

Warum sollte ich den Humor verlieren? Meine Arbeit ist sehr interessant, weil ich mit vielen verschiedenen Menschen zusammenkomme, die ganz anders denken: mit Ethikern, Juristen, Gesundheitsökonomern oder auch Pharmamanagern. Dieses Spektrum hätte ich wohl kaum, wenn ich nur in der Medizin geblieben wäre.

Werden Sie immer noch beschimpft?

Das ist ein bisschen besser geworden. Aber ich wurde eigentlich immer beschimpft. In meiner Zeit vor dem IQWiG haben wir in Düsseldorf zum Beispiel Patientenschulungsprogramme für Diabetiker eingeführt. Dafür haben mich Kollegen beschimpft. Dann haben wir an Disease-Management-Programmen gearbeitet. 2002 hatte ich körperliche Angst, in Dresden heil aus einem Vortrag auf der Tagung der Deutschen Diabetesgesellschaft herauszukommen – die Diabetologen waren außer sich, wütend und haben die Fäuste geballt. Und heute bekomme ich von ihnen Briefe, dass ich mich doch bitte für das Fortbestehen der DMPs einsetzen solle. Ich bin es also gewohnt, dass man schimpft und hinterher sagt: Eigentlich waren wir ja immer dafür. Das wird man vermutlich auch später über unser Konzept der Kosten-Nutzenbewertungen sagen: Das war ein guter erster Schritt. <<

Das Interview führten MVF-Herausgeber Prof. Dr. Reinhold Roski und MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier.



**Prof. Dr. h.c.
Herbert
Rebscher / DAK**

ist Vorsitzender des Vorstandes der Deutschen Angestellten-Krankenkasse

„Gesundheitspolitische Forderungen“

>> Die Wahl ist gelaufen. Überraschend ist das starke Abschneiden der FDP, die Regierungsmitverantwortung übernehmen wird. Das Wahlergebnis zeigt, dass die Bürger offenbar Veränderungen wollen. Dies gilt auch für die Gesundheitspolitik. Wir brauchen eine nachhaltige Gesundheits- und Finanzierungsreform, die sich nicht in reiner Kostendämpfung erschöpft. Dazu bietet die DAK ihre konstruktive Mitarbeit an. Nicht nur die Politik, sondern die Gesellschaft als Ganzes muss entscheiden, welches System sie in Zukunft will. Für uns steht der Solidargedanke – gerade auch in Krisenzeiten – ohne Wenn und Aber nach wie vor im Vordergrund.

In den nächsten Wochen werden die vor der Wahl von der Großen Koalition politisch ausgeklammerten Finanzprobleme der GKV die Öffentlichkeit erreichen. Im Oktober wird der GKV-Schätzerkreis unangenehme Realitäten und möglicherweise ein Milliarden-Defizit verkünden. Wirtschaftskrise, schwindende Beitragseinnahmen aller Sozialversicherungen und leere öffentliche Kassen werden die neue Koalition aus CDU/CSU und FDP zum raschen Handeln zwingen. Jetzt müssen Lösungen her – und zwar in Form eines schnellen Vorschaltgesetzes!

Die FDP hat in ihrem Wahlprogramm aufgeführt, dass sie die Beitragsautonomie der Kassen wiederherstellen will. Die DAK unterstützt diesen Vorschlag. Wer es ernst mit dem Wettbewerb in der Krankenversicherung meint, muss den Krankenkassen als Unternehmen wieder die Möglichkeit geben, ihre Preise zu bestimmen. Ist die Politik nicht bereit, diesen Schritt zu gehen, sollten zumindest die negativen Wirkungen der pauschalen Zusatzbeiträge der Versicherten reduziert werden.

Man muss kein Prophet sein, um sich klar zu machen, was spätestens im nächsten Jahr passieren wird. Da der finanzielle Gestaltungsspielraum der neuen Regierung begrenzt ist, also weitere Steuerzuschüsse für die Krankenversicherung oder eine Erhöhung des allgemeinen Beitragssatzes unwahrscheinlich sind, werden die finanziellen Mehrbelastungen voraussichtlich einseitig von den Versicherten in Form von Zusatzbeiträgen zu schultern sein. Vor der Wahl hat diese Wahrheit keiner ausgesprochen, jetzt kommt man nicht mehr an ihr vorbei. Bei der prognostizierten Finanzentwicklung werden nahezu alle Kassen 2010 Zusatzbeiträge erheben müssen. Vor dem Hintergrund der finanziell knappen Zeiten fordert die DAK: „Effizienter und gerechter: Prozentuale Zusatzbeiträge statt einer Pauschale“

Keine Partei kann bei der Frage nach Zusatzbeiträgen den Aspekt der sozialen Gerechtigkeit aus den Augen lassen. Pauschale Zusatzbeiträge – wie bisher im Gesetz vorgesehen – sind jedoch sozial ungerecht. Sie belasten die „kleinen Leute“ und sind extrem bürokratisch. Versicherungsgelder sollten nicht in teure Verwaltungsorganisation von Miniprämien gesteckt, sondern in eine bessere Versorgung investiert werden. Dabei liegt eine Lösung auf der Hand: Der Zusatzbeitrag könnte als Aufschlag auf den Versichertenanteil, prozentual vom Einkommen, durch die Kassen erhoben werden. Die Logistik dafür steht in der bewährten Form des Quellenabzugsverfahrens (also ohne gesonderte Versichertenkonten) beim Arbeitgeber zur Verfügung – das kostet keinen Euro mehr. Deshalb plädiert die DAK dafür, dass der Zusatzbeitrag – für alle Kassen verbindlich – nicht als Pauschale, sondern generell prozentual und einkommensbezogen einzuziehen ist. Dies wäre ein wichtiger Schritt, um den Finanzbedarf in der GKV mit geringem Aufwand sozial gerecht zu halten.

Steuermittel sollten dort ins Gesundheitswesen fließen, wo es um versicherungsfremde, gesamtgesellschaftliche Aufgaben geht, d.h. also etwa für die beitragsfreie Mitversicherung der Kinder oder Mutterschaftsleistungen. Auch wenn die Staatsverschuldung enge Grenzen setzt, muss die Politik hier klare Prioritäten setzen. Dabei muss z.B. auch die Frage beantwortet werden, ob es richtig ist, dass beispielsweise Milliardenbeträge für Bankenrettung und Absatzförderung von Automobilen bereitgestellt werden, während der Staat seiner Verantwortung für gesellschaftliche Aufgaben im Rahmen der GKV nicht nachkommt. Die DAK fordert deshalb: „Steuerzuschuss statt Darlehen“

Angeichts der nur schleppenden Erholung der Wirtschaft und des steigenden Finanzierungsdruckes im Gesundheitswesen sollte das Liquiditätsdarlehen des Bundes an den Gesundheitsfonds in einen Steuerzuschuss umgewandelt werden. Dies brächte mehr Planungssicherheit, Stabilität und Nachhaltigkeit in die Finanzierung.

Statt „mehr Geld ins System“ wird es künftig verstärkt um Effizienzsteigerungen durch mehr Qualität der Versorgung gehen müssen. Die DAK fordert daher praxisnahe und methodisch hochwertige Versorgungsforschung zur Evaluation von Leistungen, Strukturen und Verfahren im Gesundheitswesen. Fehl-, Über- und Unterversorgung können so im Sinne der Versicherten abgebaut werden. <<

Medikamentöse Alzheimerversorgung in Deutschland

Der Markt der Anti-Alzheimer-Präparate

In Deutschland leiden in etwa eine Million Menschen an Demenz, etwa 700.000 davon an der Alzheimer-Krankheit. In 20 bis 30 Jahren wird sich nach offiziellen Schätzungen diese Zahl verdoppelt haben. Der Markt für Anti-Alzheimer-Präparate erlebt jedoch bereits heute ein deutliches Wachstum.

>> Die Versorgung mit Anti-Alzheimer-Arzneimitteln hat sich in den vergangenen Jahren in Deutschland positiv entwickelt. Auch wenn eine Heilung der Alzheimer-Demenz nach dem heutigen Stand der Medizin nicht möglich ist, stehen doch einige wenige Arzneimittel zur Verfügung, die dabei helfen, den Abfall der kognitiven Leistungsfähigkeit hinauszuzögern (vgl. z. B. IQWiG 2007: Cholinesterasehemmer bei Alzheimer-Demenz). Gleichwohl fällt das Urteil des IQWiG hinsichtlich des Nutzens von medikamentösen Therapien nicht uneingeschränkt positiv aus, wie auch anhand der Diskussion um den am 10. September 2009 veröffentlichten Abschlussbericht zu „Memantin bei Alzheimer Demenz“ sichtbar wird.

Es sind steigende Absatzzahlen für Anti-Alzheimer-Präparate zu verzeichnen. Im Jahr 2008 wurden über 1,5 Millionen Packungen von Anti-Alzheimer-Medikamenten (ATC-Code nach EphMRA: N07D „Anti-Alzheimer-Präparate“; z. B. exklusive Gingko biloba) über den pharmazeutischen Großhandel an Apotheken distribuiert (vgl. Abb. 1).

Dies entspricht einem Anstieg von knapp 11 Prozent gegenüber 2007. Bezogen auf Apothekenverkaufspreise (AVP) entspricht die abgesetzte Menge einem Umsatz von 316 Mio. Euro im Jahre 2008.

Neben dem Wirkstoff Memantin werden insbesondere Cholinesterasehemmer (Donepezil, Galantamin und Rivastigmin) zur Demenzbehandlung eingesetzt. Diese machen nach aktuellen Analysen von INSIGHT Health rund 60

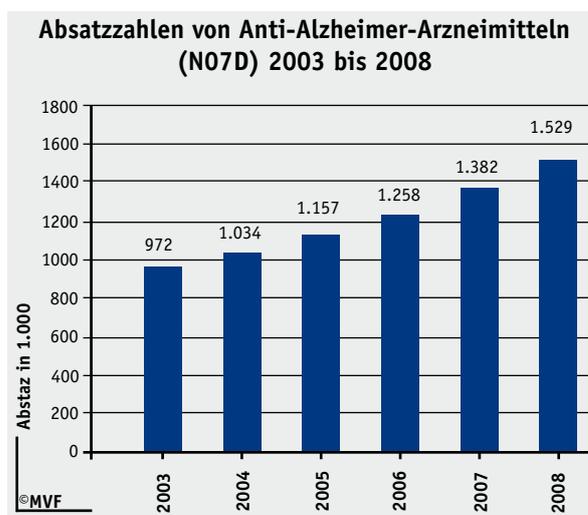


Abb. 1: Absatzzahlen von Anti-Alzheimer-Arzneimitteln 2003 bis 2008; Quelle: NPI (INSIGHT Health).

Prozent des Apothekeneinkaufs von Anti-Alzheimer-Präparaten aus (vgl. Abb. 2) und sind mit 13,3 Prozent Wachstum im Vergleich zum Vorjahr wesentlicher Treiber des Anstiegs.

Regionale Besonderheiten

Es finden sich deutliche Unterschiede in den Arzneimittelumsätzen resp. -ausgaben für Anti-Alzheimer-Präparate zwischen den Bundesländern. Während in den Stadtstaaten Bremen, Hamburg und Berlin die niedrigsten Pro-Kopf-Ausgaben für Anti-Alzheimer-Präparate zu verzeichnen waren, sind diese Ausgaben in den neuen Bundesländern teils merklich erhöht. Die Pro-Kopf-Ausgaben (nach AVP) innerhalb dieser Verordnungen liegen in Bremen knapp unter einem Euro pro Jahr. Der Vergleichswert in Sachsen beträgt 6,11 Euro, also mehr als das Sechsfache. Der Bundesdurchschnitt liegt bei 3,68 Euro. (vgl. Abb. 3)

Risikofaktor Alter

Das Lebensalter stellt ein wesentliches Korrelat der Alzheimer-Erkrankung dar. Dies spiegelt sich auch in den Zahlen zur Alzheimer-Erkrankung wider. Wie aktuelle Analysen von INSIGHT Health zeigen, werden über 97 Prozent der Anti-Alzheimer-Präparate an Patienten verschrieben, die älter als 60 Jahre sind (vgl. Abb. 3).

Derzeit sind rund sieben Prozent der über 65-Jährigen von Alzheimer-Demenz betroffen. Prävalenz- und Inzidenzziffern steigen mit fortschreitendem Alter an (vgl. Deutsche Alzheimer-Gesellschaft: Selbsthilfe Demenz, S.1). Die steigende Lebenserwartung wird zukünftig zu einem weiteren Anstieg der Erkrankungsziffern führen.

Ein Erklärungsansatz für die zuvor skizzierten regionalen Unterschiede stellt das Alter der Bevölkerung dar. So ist in vielen Regionen der neuen Bundesländer das Durchschnittsalter deutlich

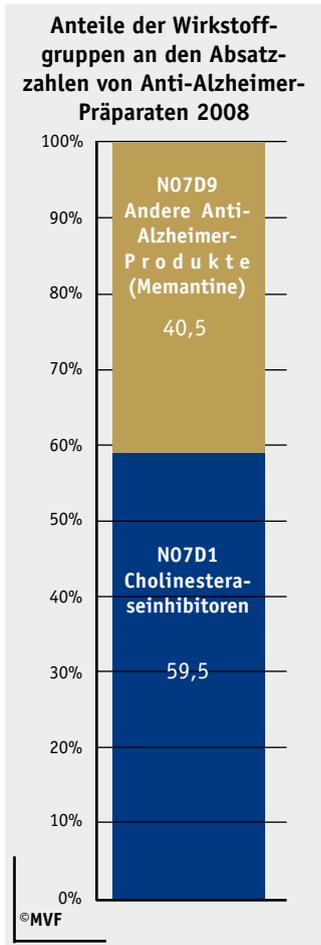


Abb. 2: Anteile der Wirkstoffgruppen an den Absatzzahlen von Anti-Alzheimer-Präparaten 2008; Quelle: NPI (INSIGHT Health).

erhöht. Während das statistische Durchschnittsalter der Deutschen 2007 bei 42,9 Jahren lag, ist dieser Wert für Sachsen bzw. Sachsen-Anhalt um 2,5 Jahre höher (vgl. Statistisches Monatsheft Baden-Württemberg 12/2008, S.1). In weiteren Analysen sollte nun untersucht werden, inwieweit es auch Unterschiede hinsichtlich des Versorgungsniveaus in den

Arzneimittelumsätze mit Anti-Alzheimer-Präparaten (N07D) in Euro je Einwohner 2008



Abb. 3: Arzneimittelumsätze mit Anti-Alzheimer-Präparaten (N07D) in Euro je Einwohner nach Bundesländern 2008. **Quelle:** OdV-Daten – Ort der Verordnung (INSIGHT Health).

Bundesländern gibt. So fällt beispielsweise auch auf, dass im GKV-Markt die Memantine in Berlin nur 23,6 Prozent der Ausgaben für Anti-Alzheimer-Präparate ausmachen, in Bremen aber 38,2 Prozent (nach RVI, INSIGHT Health).

– unabhängig von der Wirkstoffgruppe - an Frauen verschrieben (nach Patienten Tracking, INSIGHT Health).

Die erhöhten Zahlen gehen mit der höheren Lebenserwartung von Frauen einher. So liegt bei-

Altersverteilung der mit Anti-Alzheimer-Präparaten (N07D) therapierten Patienten 2008

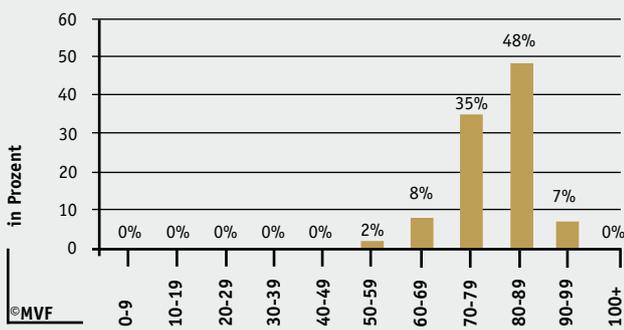


Abb. 4: Altersverteilung der mit Anti-Alzheimer-Präparaten therapierten Patienten 2008; **Quelle:** Patienten Tracking (INSIGHT Health).

Die Alzheimer-Demenz ist in allen Altersgruppen bei Frauen häufiger als bei Männern (vgl. Schmidt et al.: Geschlechtsspezifische Unterschiede der Alzheimer Demenz; in: Neuropsychiatrie, Band 22, Nr. 1/2008, S. 1–15), was sich auch auf Seiten der medikamentösen Versorgung feststellen lässt. Rund 65 Prozent der Anti-Alzheimer-Präparate werden

spielsweise die Lebenserwartung für neugeborene Mädchen mit 82,4 Jahren rund 5,2 Jahre oberhalb des Vergleichswertes von neugeborenen Jungen (vgl. Pressemitteilung Nr. 364 des Statistischen Bundesamtes vom 24.09.2009: „Lebenserwartung in Deutschland steigt weiter an“). <<

von: Christian Bensing / Dr. André Kleinfeld*

* Business Development Manager von INSIGHT Health



Das intelligentere System passt sich an.

Der Care and Disease Manager-Health Management (CDM-HM) ist eine an Ihre individuellen Anforderungen angepasste Software, die bei der optimalen Steuerung Ihrer Versicherten hilft und zu deren bestmöglicher Versorgung beiträgt. Zudem sorgt der CDM-HM für ein effizientes Kostenmanagement und eine effektive Nutzung Ihrer kostbaren Mitarbeiter-Ressourcen. Eine einfache Integration in bestehende IT-Systemlandschaften ist dabei selbstverständlich.

Mehr Informationen: Telefon +49 (0) 6227 385 100
www.icw-global.com

ICW Professional Suite CDM-HM – Vernetzungslösungen für das Gesundheitswesen

Besuchen Sie uns auf der MEDICA in Düsseldorf, Halle 15, Stand E 48

AVG-Ansatz zur Qualitätsanalyse für die ambulante Versorgung von Menschen mit Demenz in Wohngemeinschaften

Qualitätssicherung in Wohngemeinschaften

Um vor allem auch Menschen mit Demenz einen möglichst langen Verbleib in der Häuslichkeit zu ermöglichen, wurden besondere Wohn- bzw. Versorgungskonzepte, wie beispielsweise die ambulant betreute Wohngemeinschaft (WG) entwickelt. Die Versorgung, der in Wohngemeinschaft lebenden Personen erfolgt durch einen oder mehrere ambulante Pflegedienste mit Versorgungsverträgen nach SGB XI, XII und V. Seit den Erstgründungen von Wohngemeinschaften boomt der Markt in diesem ambulanten Versorgungssektor. Der Trend ist steigend, gleichfalls gibt es jedoch auch Häufungen von negativen Einzelberichten zu schlechten Versorgungssituationen in Wohngemeinschaften. Mit der Verabschiedung des Gesetzes zur Stärkung der Selbstbestimmung und der Teilhabe sowie zum Schutze von Menschen in gemeinschaftlich betreuten Wohnformen in Berlin (Wohnteilhabegesetz – WtG) soll ab 2010 ein weiterer Beitrag geleistet werden, um die Interessen und Rechte in ambulant betreuten Wohngemeinschaften lebender Menschen zu unterstützen.

>> Das Gesetz legt in seinem derzeitigen Entwurf u.a. auch fest, dass die Aufsichtsbehörde eine Zuordnungsprüfung durchführen darf, um eine Klärung der Art der gemeinschaftlich betreuten Wohnform herbeizuführen. Zudem ist die Aufsichtsbehörde u.a. im Sinne der Qualitätssicherung angehalten, mit den Landesverbänden der Pflegekassen, den Ersatzkassen, dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung sowie der für Soziales zuständigen Senatsverwaltung zusammenzuarbeiten. Spezifische Prüf- bzw. Zertifizierungsverfahren zur externen Qualitätssicherung der ambulanten Versorgung in Wohngemeinschaften existieren jedoch derzeit nicht.

Aus diesem Grund hat es sich der Anbieterverband qualitätsorientierter Gesundheitspflegeeinrichtungen e.V. (AVG) zum Ziel gesetzt, ausgehend von dem bereits etablierten Instrument der AVG-Qualitätsanalyse für ambulante Pflegedienste, ein weiteres ergänzendes Instrument zu entwickeln, welches zur externen Qualitätssicherung der ambulanten Versorgung in Wohngemeinschaften beiträgt und die leistungserbringenden Pflegedienste in der internen Qualitätsentwicklung unterstützt. Hintergrund ist, dass die Wohngemeinschaft nicht als voll- oder teilstationäre Einrichtung gilt, sondern als ambulante Versorgungsform. Damit unter-

liegt sie auch weder dem Heimgesetz, und zudem nur bedingt der externen Qualitätssicherung durch den MDK.

Das neue Instrument soll vorrangig zum Schutze und der Aufrechterhaltung von selbstbestimmten Leben von Menschen mit Demenz in Wohngemeinschaften dienen. Zugleich wollte man mit dem Instrument eine Transparenz zur derzeitigen ambulant pflegerischen Betreuung von Menschen mit Demenz in Wohngemeinschaften herstellen. Objektiv gewonnene Daten zur pflegerischen Versorgung sollen dazu beitragen, u.a. Verunsicherungen der Öffentlichkeit entgegenzuwirken und das Vertrauen in die ambulante Versorgung zu stärken. Weitere wesentliche Anforderung, die an die Entwicklung dieses Instrumentes gestellt wurde, war es einerseits, zentrale Aspekte einer spezifischen und qualitativen ambulanten Versorgung von Menschen mit Demenz festzulegen und andererseits den Verantwortungsbereich eines ambulanten Pflegedienstes in der Betreuung von Wohngemeinschaften zu berücksichtigen.

Wichtig war dabei auch, eine klare Trennung zwischen den Verantwortungsbereichen Pflege, Vermietung, den Angehörigen/Betreuern sowie eine Abgrenzung zur Versorgung in voll- und teilstationäre Einrichtungen vorzunehmen. Das Instrument stellt

zudem Anforderungen an die qualitative Leistungserbringung eines ambulanten Pflegedienstes in Wohngemeinschaften. Hierzu zählen auch die Zusammenarbeit des Pflegedienstes mit Ärzten und anderen an der Versorgung Beteiligten sowie der Einbezug von Angehörigen und Betreuern.

Qualitätssicherung in der Pflege

Bereits im Mai 2006 wurde mit der Entwicklung des geplanten Instrumentes begonnen. Insgesamt 13 Mitgliedsdienste des AVGs, die in Wohngemeinschaften versorgen, engagierten sich an der Entwicklung des Konzeptes, das im Juni 2009 dem Vorstand des AVG abschließend vorgelegt wurde. Seitdem kann die AVG-Qualitätsanalyse für die ambulante Versorgung von Menschen mit Demenz in Wohngemeinschaften, kurz „QAWGDemenz“, angewandt werden.

Insgesamt baut sich die QAWGDemenz in 17 einzelne Themenbereiche auf, wobei wiederum jeder jeweils in diverse Qualitätskriterien - der Katalog umfasst davon 245 - strukturiert ist. Die einzelnen Qualitätskriterien hinterfragen sowohl die Struktur-, als auch die Prozess- und Ergebnisqualität. Zur Sicherstellung einer einheitlichen und objektiven Bewertung, sind diese



mit Prüfanforderungen hinterlegt. Diese bestimmen sowohl die jeweils anzuwendende Methode als auch die zu erreichenden Erfüllungskriterien.

Je nach Bezugsgröße wird ein Qualitätskriterium unterschiedlich häufig in die Bewertung miteinbezogen. Es wird unterschieden in drei Bezugsgrößen:

1. Pflegedienstbezogen
2. WG-bezogen
3. Klientenbezogen

Die QAWGDemenz ist ein probates Beispiel dafür, wie es gelingen kann, ein spezifisches Instrument bereitzustellen, welches die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität in der ambulanten Versorgung von Menschen mit Demenz in Wohngemeinschaften bewertet. Durch die zugrunde gelegte Bewertungssystematik können sich ambulante Pflegedienste einschätzen und sich mit anderen vergleichen. Zudem können Stärken und Schwächen in der ambulanten Versorgung objektiv bewertet und aufgezeigt werden. So kann die Qualitätsanalyse sowohl einen Beitrag zur externen Qualitätssicherung leisten als auch eine zielgerichtete Unterstützung in der internen Qualitätsentwicklung bieten. <<

IDA-Studie zeigt keine Signifikanzen

Die Initiative Demenzversorgung in der Allgemeinmedizin (IDA), ein Private Partnership zwischen AOK Bayern, Pfizer und Esai, ist ein bisher einzigartiges Modellprojekt in Deutschland, das zum Ziel hat, die Versorgungsqualität von Patienten mit Demenz zu verbessern. Die Ergebnisse der Studie, die seit Juni 2005 läuft, wurden anlässlich des 82. Neurologenkongresses in Nürnberg vorgestellt und zeigen anschaulich die Probleme: die der Versorgungsforschung!

>> Durch die aktive Teilnahme von 129 Hausärzten konnten 390 (geplant waren ursprünglich 900) Patienten mit leichter bis mittelschwerer Demenz und ihre pflegenden Angehörigen für die dreiarmlige clusterrandomisierte Vergleichsstudie gewonnen werden.

Die teilnehmenden Patienten verteilten sich folgendermaßen auf die einzelnen Studienarme:

- in Studienarm A: 171
- in Studienarm B 109
- in Studienarm C 110

Nach einer Eingangsschulung führten die Hausärzte der Gruppe A in der zweijährigen Beobachtungszeit eine evidenzbasierte Normalversorgung durch, die Hausärzte der Gruppe B und C empfahlen zusätzlich die Teilnahme an angeleiteten Angehörigengruppen. In der Gruppe C sollte der Arzt darüber hinaus eine zugehende Angehörigenberatung (IDA-Beratung) durch eine fachlich qualifizierte Pflegekraft (IDA-Berater) mit Beginn des ersten Studienjahres vermitteln. In der Gruppe B wurde diese Beratung ab dem zweiten Studienjahr angeboten. Dafür wurden im Rahmen des Projektes vier gerontopsychiatrisch erfahrene Berater beschäftigt und geschult, die einen regelmäßigen Kontakt zur Hauptpflegeperson hielten und die Patienten sowie Angehörigen auch in ihrem vertrauten familiären Umfeld besuchten. Ziel war es, die Angehörigen bei ihren täglichen Aufgaben im Umgang

mit der Demenzerkrankung beratend zu unterstützen und ihnen zur Seite zu stehen.

Der Beobachtungszeitraum der Studie betrug zwei Jahre, in denen die Datenerhebung beim Hausarzt sowie bei den pflegenden Angehörigen (Telefoninterviews) erfolgte. Darüber hinaus werden bis Ende 2009 noch anonymisierte Daten der Kranken- sowie Pflegeversicherung ausgewertet. Bei der Auswertung der Studie wurden statistische Methoden angewandt, die die Komplexität des Studiendesigns (Cluster-Randomisation), eventuelle Strukturunterschiede zwischen den Studienarmen sowie das Auftreten fehlender Messwerte berücksichtigen.

Nun könnte man annehmen, das mehr Schulung für Patienten und Angehörige eine höhere Versorgungsqualität zeitigen würden. Doch die Ergebnisse der Studie sagen etwas anderes, was jedoch mehr Aussagekraft für das Studien-Setting selbst hat, denn für das Ergebnis.

So blieben die Länge des Verbleibs der Patienten in der häuslichen Umgebung sowie der Krankheitsverlauf von zusätzlichen Beratungs- und Unterstützungsangeboten bislang unbeeinflusst. In Bezug auf das Ziel eines längeren Verbleibs des Demenzpatienten in der häuslichen Wohn- und Pflegesituation konnten in der IDA-Studie keine statistisch signifikanten Wirkungsunterschiede zwischen der ärztlichen Normalversorgung

und den zusätzlichen Beratungs- und Unterstützungsangeboten nachgewiesen werden. Auch bezüglich des Krankheitsverlaufs der Patienten sowie der Belastung der pflegenden Angehörigen konnten bislang insgesamt nur geringe, aber wiederum keine signifikanten Unterschiede gezeigt werden. Da jedoch viele Patienten aufgrund ihres frühen Demenzstadiums eventuell erst zu einem späteren Zeitpunkt in ein Pflegeheim umziehen, ist eine zusätzliche Auswertung der Ergebnisse zur Heimübertrittsrate nach weiteren zwei Jahren geplant.

Erklärungsversuche

Doch wie erklärt sich Prof. Dr. Rolf Holle, wissenschaftlicher Leiter Biometrie und Gesundheitsökonomie des IDA-Projekts, (Helmholtz Zentrum München), dass sich nach zwei Jahren keine signifikanten Unterschiede zwischen den drei Studiengruppen gezeigt haben?

Hierfür gibt er mehrere mögliche Erklärungen. Ein Hauptgrund könne in der Tatsache gesehen werden, dass die Unterstützungsangebote (Angehörigengruppen sowie zugehende Angehörigenberatung) nur von einem Teil der Angehörigen angenommen wurden. Somit konnte ein vermuteter positiver Effekt nicht in der ganzen Gruppe sichtbar werden. Dies wird noch dadurch verstärkt, dass sich bei einem Teil der Patienten aufgrund des hohen Alters und der bestehenden Begleiterkrankungen (z. B. eine Herzinsuffizienz oder ein Karzinom) der Gesundheitszustand so verschlechterte, dass eine stationäre Versorgung erforderlich war oder der Patient verstarb.

Gründe für den fehlenden Nachweis von Interventionseffekten könnten auch durch das Studiendesign selbst bedingt sein.

Bei einer cluster-randomisierten Studie wie IDA besteht nach Holle grundsätzlich die Gefahr, dass die Ärzte in den Interventionsarmen der Studie – z. B. aufgrund der zusätzlichen Unterstützungsangebote – unbewusst beispielsweise stärker beeinträchtigte Patienten oder höher belastete pflegende Angehörige auf eine Teilnahme angesprochen haben (Auswahleffekte).

So zeigt sich in Studienarm C beispielsweise eine leicht erhöhte, jedoch statistisch nicht signifikante Mortalität. Ein Zusammenhang mit dem Beratungsangebot in Studienarm C ist laut Holle aber unwahrscheinlich, da bei den meisten der früh verstorbenen Patienten eine zugehende Angehörigenberatung (IDA-Beratung) gar nicht oder nur in Form eines Erstgesprächs stattgefunden hat.

Eher ist zu vermuten, dass der tendenziell etwas höhere Anteil kränkerer Patienten in Arm C hierfür verantwortlich ist. Beispielsweise liegt der Barthel-Index der Patienten im Studienarm C durchschnittlich fast 9 Punkte niedriger als im Studienarm B. Derartige strukturelle Unterschiede zwischen den Studienarmen können nach Holle nun rein zufällig entstehen, aber auch durch unterschiedliche Auswahlprozesse in den drei Studienarmen zustande gekommen sein.

Trotz aller Problematiken gibt es auch eine positive Aussage: Ein zentrales Ergebnis der IDA-Studie ist, dass die Nutzungsrate von Unterstützungsangeboten für Angehörigengruppen und vor allem der zugehenden Angehörigenberatung bei aktiver Vermittlung durch den Hausarzt durchaus gesteigert werden kann. Damit kommt dem Hausarzt eine zentrale Rolle bei der Versorgung von Demenzpatienten und ihren pflegenden Angehörigen zu. <<

Retrospektive Datenanalyse von BARMER-Daten stellt dramatische Fehlversorgung in der Demenzversorgung fest

„Therapeutischer Nihilismus“ ist tödlich

Fast verdächtig einträchtig stellten die Krankenkasse BARMER und das Pharmaunternehmen Merz eine gemeinsame Studie - basierend auf Abrechnungsdaten aus dem Jahr 2005 von Patienten mit diagnostizierter Alzheimer-Demenz - zur Versorgungssituation von Patienten mit dieser Krankheit vor: Mit dieser retrospektiven Datenanalyse wurde, so die stv. Vorstandsvorsitzende der BARMER, Birgit Fischer, „erstmalig die medikamentöse Versorgungssituation unserer Versicherten mit Alzheimer-Demenz abgebildet“. Ziel sei es nun, darauf aufbauend in Expertengesprächen die Lebens- und Behandlungsqualität der Versicherten zu optimieren. Das tut auch bitter Not, wie die dramatischen Zahlen zeigten.

>> Ein Ergebnis dieser vom Institut für Empirische Gesundheitsökonomie (IfEG) durchgeführten Kostenanalyse ist, dass etwa ein Drittel der Patienten mit diagnostizierter Alzheimer-Demenz weder eine demenzfokussierte Therapie noch Psychopharmaka erhielten. Circa die Hälfte der untersuchten Patienten bekam keine spezifischen Antidementiva, sondern wurde nur mit Psychopharmaka, Hypnotika und/oder Sedativa behandelt.

Methodik und Ziele

In der vorgelegten Analyse der kompletten Abrechnungsdaten aus dem Jahre 2005 der BARMER für Patienten mit der Diagnose Alzheimer-Demenz wurde die Versorgungs- und die Kostenstruktur der Versicherten dargestellt. Die Auswertung erforderte eine aufwändige Zusammenführung des vorliegenden Datenmaterials von 9,98 Mio. Datensätzen aus immerhin elf einzelnen Datenbanktypen der Kasse. Die Patientendaten wurden dazu in anonymisierter Form an das unabhängige Institut für Empirische Gesundheitsökonomie (IfEG) an der Universität Bochum übergeben. Insgesamt konnte Prof. Dr. Dr. Reinhard Rychlik 35.684 Patienten in die Auswertung einschließen. Schlußendlich blieben jedoch aufgrund diverser Ausschlusskriterien „nur“ 21.512 unterschiedlich therapierte Patienten mit Alzheimer-Demenz, die aufgrund ihrer - anhand der Datentage erkennbaren - Therapien in drei verschiedene Versorgungsgruppen aufgeteilt wurden:

- **Memantine-Gruppe:** Patienten mit einer Memantine-Verordnung ohne zusätzlichen Einsatz anderer Antidementiva, Psychopharmaka oder Hypnotika/Sedativa (1.448 Patienten).

- **PHS-Gruppe:** Patienten, die Psychopharmaka und/oder Hypnotika/Sedativa, aber keine Antidementiva erhielten (12.561 Patienten).

- **Gruppe keine Arzneimitteltherapie:** Patienten, die weder Antidementiva noch Psychopharmaka oder Hypnotika/Sedativa erhielten (7.503 Patienten).

Medikationen

Die Analyse der BARMER-Daten hinsichtlich der Versorgungsstruktur zeigte, dass der Anteil der Unter- oder Fehlversorgung bei den Patienten - trotz diagnostizierter Alzheimer-Demenz - bei etwa einem Drittel bzw. der Hälfte liegt: Circa ein Drittel der Patienten (7.503) erhielt keine Arzneimitteltherapie und 12.561 Patienten wurden nur mit Psychopharmaka, Hypnotika oder Sedativa behandelt. Eine Therapie mit Memantine ohne zusätzlichen Einsatz anderer Antidementiva, Psychopharmaka, Hypnotika und/oder Sedativa erhielten dagegen nur sieben Prozent (1.448) der Patienten.

Zwar können laut Dr. Eugen Wilbert, dem Geschäftsführer Marketing & Vertrieb der Merz Pharmaceuticals GmbH, Neuroleptika in der Anfangsphase sehr wohl sinnvoll sein, seien aber auf Dauer kontraindiziert. Noch schlimmer sei aber, dass nur sieben Prozent der

BARMER-Versicherten ein wirksames Antidementivum bekamen, wie es in den Leitlinien eigentlich vorgegeben ist - und das derzeit nur (oder bereits) zu 40 Prozent von Merz kommt (s. S. 12), was das Marketing-Interesse an der Kooperation mit der BARMER erklärt (s. auch Fachkommentar S. 19 f). Darüber hinaus hat Merz bei mittelschwerer bis schwerer Demenz eine Alleinstellung, denn Merz besitzt für „Axura“ (Wirkstoff: Memantine) die einzige Zulassung für ein Therapeutikum in diesem Bereich - und das nicht nur in Deutschland, sondern in ganz Europa.

Dies erklärt vielleicht, warum in der Studie, deren Publikation laut Wilbert „bald erscheinen“ werde, leider nicht die ebenfalls für die Demenzbehandlung zugelassenen Cholinesterasehemmer (die immerhin - noch - knapp 60 Prozent des Marktes ausmachen) berücksichtigt wurden. Die dazu nötigen Berechnungen wären laut Wilbert aufwändig und teuer; dafür wolle das Unternehmen nicht sein „kostbares Geld ausgeben“.

Ein weiterer Grund mag sein, dass laut Ausführungen von Prof. Dr. med. Ulrich Schwabe im eben vorgestellten Arzneiverordnungsreport 2009 das NICE bereits im Jahre 2007 die drei zugelassenen Cholinesterasehemmer in seiner aktualisierten Leitlinie nur für Patienten mit mittelschwerer Alzheimerkrankheit als Therapieoption empfohlen hätte.

Nach einem Cochrane-Review habe - so Schwabe weiter - dagegen Memantin bei Patienten mit mäßiger bis schwerer Alzheimer-

Demenz „nach sechs Monaten begrenzte positive Effekte“ und weise zudem eine relativ gute Verträglichkeit auf (McShane et al. 2006). Dennoch betont nach Ausführungen Schwabes eine aktuelle Praxisleitlinie des American College of Physicians und der American Academy of Family Physicians, dass die in klinischen Studien beschriebenen Verbesserungen sowohl durch Cholinesteraseinhibitoren, als auch durch Memantine zwar statistisch signifikant, aber klinisch nicht bedeutsam gewesen seien (Qaseem et al. 2008) - eine Diskussion um die richtigen Endpunkte übrigens, die Prof. Dr. Ludwig in der letzten Ausgabe von MVF (04/09) erneut angestoßen hat.

Versorgungs-Ergebnisse

Dennoch zeigte die Industrie- und eben nicht öffentlich finanzierte Studie trotz ihres deutlich werdenden Marketinginteresses, wie sinnvoll es für die Patienten ist, wenn Ärzte leitliniengerecht therapieren, mit welchen hier genannten Wirkstoffen auch immer. Eine zentrale Erkenntnis dieser Versorgungsanalyse ist es nämlich, dass bei einer antidementiven Behandlung - hier eben mit dem Wirkstoff Memantine - zwar höhere Arzneimittelkosten zu verbuchen waren, aber dafür auch geringere Nachfolgekosten ermittelt wurden.

Dies ist ein wichtiger Aspekt in Argumentationslinien für den Einsatz von Arzneimitteln. Denn bis dato konnte so gut wie nie-

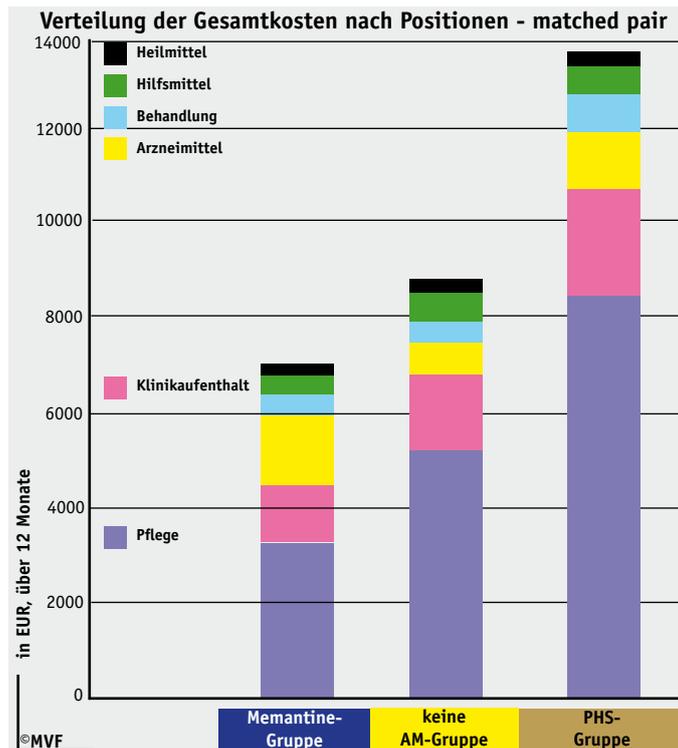
mand stichhaltig erklären, welche monetären Auswirkungen Unter-, Über- oder Fehlversorgung eigentlich genau haben; zumindest dann, wenn man nicht singuläre Arzneimittelkosten, sondern alle anfallenden Kostenblöcke betrachtet, die nun mal eine Kasse erstatten muss.

Es wunderte Rychlik darum überhaupt nicht, dass die tatsächlichen Arzneimittelkosten in der nach Leitlinien versorgten Memantine-Gruppe „erheblich höher“ waren als in jener, die überhaupt keine bekamen. Das sei aber auch logisch, denn die Gabe keiner Arzneimittel löst nun mal keine Arzneimittel-Kosten aus.

Doch das, was Gesundheitsökonom Rychlik als „therapeutischen Nihilismus“ bezeichnet, hat seine Konsequenzen auf Gesamtkosten und auch auf die Mortalität. So betragen die durchschnittlichen Gesamtkosten in der Gruppe ohne Arzneimitteltherapie lediglich 8.818 Euro pro Jahr und Patient, in der eigentlich mit Neuroleptika fehlversorgten Gruppe dagegen 13.549 Euro und in der nach Leitlinien versorgten Memantine-Gruppe pro Jahr und Patient 7.028 Euro. Und das sind immerhin rund 1.800 Euro weniger, als die Kosten in der Gruppe ohne jegliche Arzneimitteltherapie betragen.

Der Hauptgrund dafür ist, dass die Pflegekosten den jeweils größten Anteil an den Gesamtkosten ausmachen; und geringere Arzneimittelkosten die Mehraufwendungen für Pflegeleistungen auch nicht kompensieren konnten. Zudem wiesen die Patienten der PHS-Gruppe in allen Kostenarten - mit Ausnahme der spezifischen Arzneimittelkosten - sogar die höchsten Durchschnittskosten auf.

Die Ergebnisse dieser deskriptiven Auswertung wurden durch eine „Matched-Pair“-Analyse (s. Abb.) bestätigt, in welcher Patientengruppen mit übereinstimmenden Merkmalen untersucht wurden, um etwaige Fehlerquellen auszuschließen. Hierbei zeigte sich, dass die durchschnittlichen Gesamtkosten im Vergleich zur



Kenngröße	Memantine	keine AM	PHS-Gruppe
Anzahl Patienten mit Leistungen	734	4.534	10.682
Summe in Euro	4.789.732	39.227.583	106.411.710
Mittelwert in Euro	3.305,75	5.228,25	8.471,60

Abb 1: Auch in der „Matched-Pair“-Analyse zeigte sich, dass eine nicht-antidementive Arzneimitteltherapie der Alzheimer-Demenz sowie die fehlversorgte PHS-Gruppe (gelb/ gold) besonders in der Pflege höhere Kosten generieren. Die günstigsten Ergebnisse in der Gesamtkostenbetrachtung traten trotz höheren Arzneimittelkosten in der Memantine-Gruppe (blau) auf.

Gruppe „keine demenzfokussierten Arzneimittel“ in der Memantine-Gruppe pro Jahr um 11 % geringer war, wogegen die durchschnittlichen Gesamtkosten bei „Psychopharmaka/Hypnotika/Sedativa“ um 37 % erhöht waren.

Fazit

Die Ergebnisse zeigen, dass eine nicht-antidementive Arzneimitteltherapie der Alzheimer-Demenz besonders in der Pflege höhere Kosten generiert. Zudem traten die günstigsten Ergebnisse in der Gesamtkostenbetrachtung trotz höherer spezifischer Arzneimittelkosten in der nach Leitlinien versorgten Memantine-Gruppe auf. Dass die unterschiedlichen Behandlungsarten nicht nur Kostenkonsequenzen, sondern auch in das individuelle Überleben ei-

nes Patienten eingreifen, steht auf einem ganz anderen Blatt, um das sich Ethiker kümmern müssten: So verstarben die nicht nach Leitlinien behandelten Patienten im Beobachtungszeitraum Januar bis Dezember 2005 mit 16 % weit häufiger als in der leitliniengerechten Memantine-Gruppe (6 %).

Mit diesen Zahlen wird ebenso deutlich, dass die Alzheimer-Demenz nicht nur aufgrund der demografischen und therapeutischen Entwicklungen eine große Herausforderung für die gesamte Gesellschaft darstellt. „Die Ergebnisse der Versorgungsforschung zeigen“, so Dr. Michael Lang, Neurologe aus Ulm, „dass wir bei der Behandlung der Alzheimer-Demenz nicht am falschen Ende sparen dürfen“. Er fordert: „Der Fokus muss weg von der bloßen Betrachtung der reinen Medikamentenkosten.“ <<

„Was bringt die Zukunft?“

>> „Was geht schon heute und was bringt die Zukunft?“ fragt spectrum|K, das BKK-Gemeinschaftsunternehmen, in seiner zweiten Tagung „Versorgungsmanagement & IT-Lösungen“ am 23./24.11. in Berlin. Am ersten Tag gibt spectrum|K seinen Projektbeteiligten und Kassen, aber auch der Gesundheitswirtschaft einen tiefen Einblick in den umfangreichen Prozess des Versorgungsmanagements, den das neue Gemeinschaftsunternehmen der BKKen derzeit projektiert und strukturiert. Am zweiten Tag werden u.a. unter dem Titel „Schöne neue Welt der Gesundheitswirtschaft & IT-Technologie? ein Szenario 2020 für Versorgungsmanagement und IT erarbeitet sowie Anforderungen an IT-Infrastruktur und Umsetzungskonzepte definiert. Weitere Infos unter URL: www.spectrumk.de. <<

Ärzte haben Schlüsselrolle

>> Ärzte haben eine Schlüssel-funktion bei der Aufklärung über Organspenden, leiden aber selbst unter mangelhaften Informationen. Dies ergab eine Online-Umfrage des Instituts TNS Emnid unter 500 niedergelassenen Allgemeinmedizinerinnen und Fachärzten im Auftrag des Verbandes der privaten Krankenversicherung (PKV). Demnach hat jeder zweite Arzt selbst einen Organspendeausweis und 78 Prozent der Befragten schätzen ihren Einfluss auf die Steigerung der Organspendebereitschaft hoch ein. Die Umfrage zeigt, welche Schlüsselrolle den Hausärzten zur Steigerung der Organspendebereitschaft zukommt, deshalb wären noch mehr Ärzte, die ihre Patienten über die Organspende aufklären, notwendig. Dabei wäre es ebenso wichtig, dass sie mit gutem Beispiel vorangingen. Denn die Studie zeigt, dass diejenigen Ärzte, die selber Organspender sind, ihre Patienten gezielter über die Spendemöglichkeiten informieren. <<

Birgit Fischer, stellvertretende Vorstandsvorsitzende der BARMER:

„Versorgungskonzepte brauchen Partner“

Bereits 2005 startete die BARMER gemeinsam mit Merz und dem Institut für Empirische Gesundheitsökonomie (IfEG) eine Versorgungsforschungsstudie für Patienten mit Alzheimer-Demenz. Erstmals in Deutschland wurden dafür anonymisierte Abrechnungsdaten von entsprechenden Patienten ausgewertet. Anhand der BARMER-Daten konnten damit erstmals Aussagen über die reale Versorgungssituation von Versicherten mit Alzheimer-Demenz und die Kosten der verschiedenen Ansätze (s. Seite 16 f.) getroffen werden.



>>> Frau Fischer, eine Kooperation zwischen Pharmaindustrie und Krankenkasse kommt nicht alle Tage zu Stande. Beide Parteien sind, ähnlich wie es Prof. Dr. Peter Sawicki im Titelinterview anklingen lässt und die Kommentatoren Hoffmann/Glaeske nahelegen, allzu konträr aufgestellt, weil bei ersteren eben allzu oft das Marketinginteresse überwiegt. Warum also diese Kooperation?

Man kann nur dann neue Lösungen entwickeln, wenn man bereit ist, interdisziplinär zusammenzuarbeiten und die verschiedensten Professionen an einen Tisch zu bringen. Dazu gehören wissenschaftliche Forschung sowie die Kompetenzen auf Ärzte-, Kassen- und natürlich auch Industrieseite.

Sie stellten anhand einer retrospektiven Datenanalyse in Kooperation mit dem Pharmaunternehmen Merz erstmals die Realität der medikamentösen Versorgungssituation von Versicherten mit Alzheimer-Demenz dar. Sie stellten dafür Prof. Dr. Dr. Reinhard Rychlik vom Institut für Empirische Gesundheitsökonomie knapp zehn Millionen Datensätze aus elf Datenbanktypen ihrer Kasse zur Verfügung. Das hätten Sie doch auch ohne den Kooperations-Partner Merz machen können.

Wenn wir solche Versorgungsforschungs-Studien auf eigene Rechnung durchführen dürften, sicherlich. Doch dem stehen noch gesetzliche Hürden entgegen. Der wichtigere Grund für diese Partnerschaft ist jedoch ein anderer: Die wissenschaftliche Erkenntnis, die man aus der Auswertung unserer Kassen-Daten ziehen kann, ist sicher schon ein Wert an sich. Doch weit wichtiger ist es, aus diesen Ergebnissen die entsprechenden Schlussfolgerungen zu ziehen, die dann in eine Weiterentwicklung der Behandlung unserer Versicherten münden. Und für solche Versorgungskonzepte braucht man Partner mit den verschiedensten Kompetenzen, die am besten von Beginn an mit dabei sind. Darum bin ich mir sicher, dass die Studie nicht einfach im luftleeren Raum stehen bleibt, sondern Konsequenzen haben wird für das weitere Handeln - sowohl unserer Kasse als auch das der beteiligten Partner. Wir werden gemeinsam daran arbeiten, dass die hier gewonnenen Erkenntnisse in der Versorgungsrealität ihren Niederschlag finden werden.

Ist die BARMER so etwas wie ein Entrepreneur in Deutschland?

Das weiß ich nicht. In Deutschland sollte man aber diesen Weg vielleicht viel häufiger beschreiten, um mit Unterstützung der Versorgungsfor-

schung und mit Wissen der Industrie zu neuen Erkenntnissen zu kommen. Dafür ist die Demenz-Studie sicher ein gutes Beispiel. Das größte Manko unseres Gesundheitswesens liegt doch eigentlich darin begründet, dass jeder solitär nur seinen Job macht: jeder Facharzt für sich, jeder Hausarzt, jedes Krankenhaus, jede Kasse. Qualität aber wird man nur durch Kooperation und Partnerschaft verbessern können.

Vielleicht liegt es auch daran, dass bei uns so gut wie nie über Qualität und Kosten gemeinsam gesprochen wird?

In Deutschland wird sehr viel über Versorgungsqualität geredet, aber sicher noch mehr über die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen. Dabei wird leider häufig ignoriert, dass beides - ob man nun will oder nicht - zusammen gehört. Die Leistungsfähigkeit der Krankenkassen hängt nun einmal entscheidend davon ab, ob die zur Verfügung stehenden Bud-

gets gezielt eingesetzt werden können oder nicht. Das aber setzt voraus, dass wir ein hohes Maß an Kenntnissen und Wissen darüber erarbeiten, wie Versorgung optimal gestaltet werden kann. Darum begrüße ich den Ansatz der Studie ungemein, weil sie eben nicht nur den tatsächlichen Versorgungsgrad eruiert, sondern auch auf die Kosten repliziert, die mit den unterschiedlichen Versorgungsansätzen verbunden sind.

Und nebenbei die der Pharmaindustrie sicher nicht unliebe These erhärtet, dass die teuere Versorgung auch die bessere ist?

Darum geht es gar nicht. Nicht nur für Kassen, sondern für das ganze Solidarsystem zählt doch letztlich der Betrag, der unter dem Strich steht. Auf gut deutsch: Was muss ich insgesamt zahlen, um eine bestimmte Versorgungsqualität zu erreichen. Dabei sind die Einzelpositionen erst einmal gar nicht so wichtig. Was nützt es uns schon, wenn - wie in dieser Studie nachgewiesen wird - rund 40 Prozent unserer Versicherten mit Demenz mit falschen Medikamenten und rund 30 Prozent mit überhaupt keinen versorgt werden, wenn dafür die Pflegekosten in den Himmel schießen?

Und zudem noch die Mortalität steigt!

Weil wir das jetzt wissen, können wir das künftig einfach nicht mehr hinnehmen.

Wir führen seit Jahren die Diskussion über den Return-on-Invest im-

<< Im Mittelpunkt allen Tuns muss der Konsens stehen, dass das Beste für den Patienten erreicht werden muss >>

mer teurer werdender Versorgung. Dabei wird meist pauschal postuliert, dass höhere Kosten in der Versorgung – vor allem der Arzneimittel - besseren Outcome erzeugen. Doch bewiesen hat das bisher niemand.

Uns geht es vor allem um den optimalen Einsatz der finanziellen Ressourcen, der zur höchsten Behandlungs-Qualität führt. Wenn uns das über Versorgungsforschung nachzuweisen gelingt, sind wir ein gutes Stück weiter. Die Patientendaten aller Kassen sind ein riesengroßer Schatz, mit dem man viel mehr arbeiten muss, um aus diesen Daten dringend benötigtes Wissen zu schaffen. Das ist etwas, was sich die BARMER selbst auf die Fahne geschrieben hat: Wir wollen die Daten der Versicherten so nutzen, dass wir auch Erkenntnisse für eine bessere Versorgung unserer Versicherten gewinnen können. Wobei es zunächst einmal nur darum geht, die derzeitige Versorgungsrealität abzubilden. Schon dieser erste Schritt zeigt Defizite, Mängel oder auch Chancen und Möglichkeiten auf, die man ändern oder verstärken kann. Erst im zweiten Schritt reden wir dann über neue Versorgungskonzeptionen, die wir in einem Netzwerk von Experten versuchen zu entwickeln.

<< Die Kassen sind doch nicht die Schuldigen >>

In der Demenz-Studie wird nachgewiesen, dass Ihre Kasse - wie sicher auch alle anderen - für Multimillionen Fehlversorgung im Bereich Demenz erstattet. Enerviert Sie das nicht?

Sicher regt mich das auf. Aber die Kassen sind doch nicht die Schuldigen, es wäre doch eine verkehrte Welt, wenn uns das jetzt angelastet würde. Wir sehen uns vielmehr als Interessensvertreter unserer Versicherten, der versucht, die Patientensicht zu stärken, aber wir werden uns - was ja auch nicht geht - davor hüten, uns in die Behandlung einzumischen.

Was können Sie denn dann tun?

Wir können unsere Patientendaten einbringen. Wir können aber auch beraten und für eine Sensibilisierung in der Öffentlichkeit sorgen. Wir können auch Qualitätskriterien aufstellen und für eine leitliniengerechte Behandlung plädieren.

Das klingt sehr soft.

Viel mehr war auch bisher nicht möglich. Erst mit den neuen vertraglichen Möglichkeiten können wir Qualitätsparameter einbringen. Aber da stehen wir noch ganz am Anfang. Jetzt geht es uns erst einmal darum, auf der mit der Demenz-Studie vorgelegten Erkenntnis-Grundlage Expertengespräche zu führen und dann nach Partnern zu suchen, die mit uns die Ergebnisse der Expertengespräche in ein Konzept umsetzen und in einem Stufenplan realisieren wollen.

Auf Ärzte- wie Industrieseite?

Wir brauchen eine Win-Win-Situation für alle Beteiligten. Doch im Mittelpunkt allen Tuns muss der Konsens stehen, dass das Beste für den Patienten erreicht werden muss. Hier verstehen wir uns explizit als Versichertenvertreter, der nach dem höchsten Nutzen für den Patienten sucht. Ist dieser gefunden, müssen die dafür nötigen Versorgungskonzepte konsequent aufgesetzt und immer wieder weiter entwickelt werden.

Das Gespräch führte MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier.

Neu: „Ethik im Netz“ für Demenz

>> „Die Würde demenzkranker Menschen zu bewahren, ist unmittelbares Anliegen von Angehörigen und Pflegekräften. Hierzu soll das Projekt Unterstützung und Antworten geben“, würdigte Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt das kürzlich gestartete europäische Projekt „Demenz: Ethik im Netz“. Das Projekt wird von „Alzheimer Europe“ getragen und mit Unterstützung der Deutschen Alzheimergesellschaft organisiert sowie in diesem Jahr mit 60.000 Euro vom BMG gefördert; zusätzliche Mittel kommen im Rahmen des „Aktionsprogramms Gesundheit“ ab dem nächsten Jahr von der Europäischen Kommission. Ziel des neu entstehenden Internetportals ist es, Hintergrundinformationen und Stellungnahmen zu verschiedenen ethischen Fragen der Pflege und Betreuung von Alzheimerpatienten zu bieten. <<

Aktuelle Qualitätsdaten bei Klinikfinder bereits online

>> Rund 2.000 Krankenhäuser in Deutschland informieren seit 2005 im Abstand von zwei Jahren öffentlich über ihren Leistungsumfang und die Qualität der Behandlung. Die aktuellen Daten liegen seit wenigen Wochen vor und sind bereits im BKK-Klinikfinder integriert, dessen Benutzeroberfläche umfassend neu gestaltet wurde. Das Portal www.bkk-klinikfinder.de ist seit drei Jahren online und wurde bisher von insgesamt über zwei Millionen Besuchern aufgerufen. <<

Wachstum bei der CompuGroup

>> Die CompuGroup Holding AG, einer der führenden eHealth-Anbieter weltweit, steigert seinen Umsatz im zweiten Quartal des Jahres 2009 um 61 % im Vergleich zum Vorjahr. Das Unternehmen mit der weltweit größten Reichweite unter Leistungserbringern steigerte den Quartalsumsatz auf 75,1 Millionen gegenüber 46,6 Millionen Euro im Vorjahreszeitraum. <<

Reuschel verlässt ICW-Vorstand auf eigenen Wunsch

>> Der Aufsichtsrat von InterComponentWare AG (ICW) hat Dr. Lutz Kleinholz (48), zum neuen Vorstandsvorsitzenden berufen. Unter dessen Führung soll das Unternehmen auch zukünftig national und international organisch und durch Akquisitionen weiter wachsen. Das ICW Vorstandsteam besteht nun aus Lutz Kleinholz als Chief Executive Officer (CEO), Dr. Georg Ralle als Chief Operating Officer (COO) sowie Jörg Stadler als Chief Product Officer (CPO). Der Gründer und langjährige ICW Vorstandsvorsitzende Peter Reuschel scheidet dagegen auf eigenen Wunsch aus dem Vorstand aus und wurde in den Aufsichtsrat berufen.<<

NEU: Online-CME-Tools für Versorgungsforschung

>> Dass Live-Kongresse zur Versorgungsforschung mit CME-Punkten aufwarten können, ist nichts neues. Doch dass nun auch Printmedien zertifizierte Fortbildungspunkte anbieten können, schon: Aktuell wurden die ersten beiden CME-Tools, die von Monitor Versorgungsforschung (MVF) auf der CME-Onlineplattform www.medlearning.de veröffentlicht werden, mit je 3 Punkten von der Bayerischen Ärztekammer zertifiziert. „Damit möchten wir“, so MVF-Herausgeber Prof. Dr. Reinhold Roski, „dazu beitragen, dass in der Ärzteschaft das Thema Versorgungsforschung mehr in den Mittelpunkt rückt.“ Denn gerade die Ärzteschaft sei es, die letztlich über die Qualität der Gesundheitsversorgung entscheide; umso mehr sei es notwendig, dass die Ärzte evidenzbasierte Grundlagen für ihre Entscheidungen bekommen, die sie tagtäglich fällen müssen. <<



Dr. Falk Hoffmann, MPH

Prof. Dr. Gerd Glaeske

Dr. Falk Hoffmann (links) und Prof. Dr. Glaeske (rechts): Universität Bremen, ZeS, Abteilung Gesundheitsökonomie, Gesundheitspolitik und Versorgungsforschung. Prof. Dr. Glaeske ist u.a. Mitglied im Herausgeberbeirat von Monitor Versorgungsforschung (MVf)

Versorgungsforschung: Interessenslagen und mangelnde Transparenz

>> Die Diskussion um die Versorgungsforschung in Deutschland hat - vor allem ausgelöst durch das Gutachten 2000/2001 des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVR 2001) - in den vergangenen Jahren erheblich an Fahrt gewonnen. Das Publikationsaufkommen ist angestiegen, man findet aber auch vermehrt geschickt in der Öffentlichkeit platzierte Studien, die explizit als Versorgungsforschung angepriesen werden und teilweise einen faden Beigeschmack hinterlassen.

Versorgungssituation bei Demenz: Beispielhaft sei die am 04.06.2009 in Berlin vorgestellte Untersuchung zur medikamentösen Versorgungsqualität von Demenz-Patienten genannt. Diese Studie wurde vom Institut für Empirische Gesundheitsökonomie (IfEG) in Kooperation mit dem Pharmaunternehmen Merz und der Krankenkasse BARMER durchgeführt. Eine vollständige Publikation der Studie mit ausführlicher Beschreibung der Methodik liegt allerdings bisher nicht vor. Soweit ersichtlich, wurden in dieser Querschnittsstudie Routinedaten der BARMER von 21.512 Patienten mit Alzheimer-Demenz aus dem Jahr 2005 bezüglich Therapie und angefallenen Kosten ausgewertet (Pressemappe 2009; Wehrauch 2009).

Es wurden dazu 3 Gruppen gebildet:

- Patienten mit Memantine-Verordnungen ohne zusätzlichen Einsatz anderer Antidementiva, Psychopharmaka, Hypnotika oder Sedativa („Memantine-Gruppe“)
- Patienten mit Verordnungen von Psychopharmaka, Hypnotika oder Sedativa ohne zusätzliche Antidementiva („PHS-Gruppe“)
- Patienten, die weder Verordnungen von Psychopharmaka, Hypnotika, Sedativa oder Antidementiva erhielten („keine AM“).

Insgesamt gelangten 6,7 % des Kollektivs in die Memantine-Gruppe. Diese Patienten wiesen mit durchschnittlich 7.028 Euro die niedrigsten Gesamtkosten im Untersuchungsjahr 2005 auf, vor allem bedingt durch die geringen Ausgaben für Pflegeleistungen. Die meisten Patienten gehörten zur PHS-Gruppe (58,4 %), hier lagen die Gesamtkosten aufgrund hoher Ausgaben für Pflegeleistungen bei 13.549 Euro. Die Gruppe ohne Arzneimittel fand sich mit 8.818 Euro dazwischen. Diese Ergebnisse sind nicht verwunderlich und waren zumindest teilweise durch die Definition der Gruppen vorbestimmt: Patienten mit Memantine und zusätzlicher Therapie mit Psychopharmaka wurden ja von vornherein ausgeschlossen. Zudem wird ein Mittel, das, wenn überhaupt, die Progression der Demenz geringfügig beeinflussen kann (Raina et al., 2008), wahrscheinlich auch nur an Patienten in weniger schweren Krankheitsstadien verabreicht, selbst wenn Memantine für moderate bis schwere Formen der Alzheimer-Demenz zugelassen ist. Patienten mit fortgeschrittener Demenz leben häufiger im Heim, das zeigen auch die Daten. Sie leiden eher an

Agitiertheit, was oftmals eine psychopharmakologische Therapie indiziert erscheinen lässt. Aus diesen Befunden dann allerdings, wie es der Studienautor Reinhard Rychlik in der Pressemitteilung tut, zu schlussfolgern, dass eine unterbliebene antidementive Arzneimitteltherapie der Alzheimer-Demenz besonders in der Pflege höhere Kosten verursacht, entbehrt jeder Evidenz und ist auf Basis der gewählten Methodik nicht zulässig. Aus Querschnittsstudien darf keine Kausalität abgeleitet werden, dies kann man in jedem Lehrbuch der Epidemiologie nachlesen. Weiter kommt der Studienautor zu der Schlussfolgerung, dass die günstigsten Ergebnisse in der Memantine-Gruppe auftraten. Dies ist ein „pikantes“ Ergebnis: Der Sponsor Merz vertreibt das Präparat „Axura“ mit dem Wirkstoff Memantine. Unklar bleibt dabei nämlich vor allem, wieso die ebenfalls ausschließlich für die Demenzbehandlung zugelassenen Cholinesterasehemmer überhaupt nicht berücksichtigt wurden. Diese machen immerhin fast zwei Drittel des Verordnungsvolumens für Antidementiva aus (Schwabe/Paffrath 2008) und wurden sogar vom IQWiG - übrigens im Gegensatz zu Memantine - vorsichtig positiv bewertet (IQWiG 2007; 2009). Für das pharmazeutische Unternehmen Merz sei es notwendig, qualitativ hochwertige Versorgungsstudien durchzuführen, so die Pressemitteilung weiter. Das können wir nachvollziehen, nur mit einer solchen Untersuchung, die eher Marketingcharakter hat, wurde dieses Ziel sicherlich verfehlt.

Überleben im DMP: Die ELSID-Studie wurde am 12.08.2008 auf einer Pressekonferenz vorgestellt und auch deren Ergebnisse wurden seitdem immer wieder in der Öffentlichkeit zitiert. Soweit aus den dürftigen Informationen zur Methodik ersichtlich ist, wurden Routinedaten von zwei AOKen verwendet, um Diabetespatienten in einem Disease-Management-Programm (DMP) mit solchen ohne DMP zu vergleichen. Nach einer gematchten Analyse verstarben nach 2,5 Jahren 9,5 % der Patienten im DMP im Vergleich zu 12,3 % außerhalb des DMP. Ein solcher absoluter Überlebensvorteil von fast 3 Prozentpunkten nach nur 30 Monaten durch die Teilnahme am DMP, nachgewiesen durch eine Beobachtungsstudie, erscheint allerdings irgendwo zwischen unglaublich und unglaubwürdig. Studiensponsor war übrigens der AOK-Bundesverband, der dann auch in der Ausgabe 11/2008 der Zeitschrift „Gesundheit und Gesellschaft (G+G)“ neben einem Bild von zwei glücklichen Bergwanderern titelte „Disease-Management Programme der AOK: Auf dem richtigen Weg“. Ebenso wurden die Ergebnisse in „AOK Kompakt“ Ausgabe 02/2008, Informationen des AOK-Bundesverbandes für Ärzte, unter der Überschrift „Disease-Management-Programme: Auf Erfolgskurs“ vermarktet. Darüber sah man das Bild eines Schiffes auf hoher See. In dem zweiseitigen Text in G+G ist übrigens zu lesen: „Für die Studie gilt der international höchste Standard bezüglich der Transparenz.“ (Szecsenyi/Miksch 2008). Bis heute ist aber kein Volltext veröffentlicht, die Methodik hinter dem Überlebensvorteil also intransparent und damit nicht kritisch beurteilbar. Im bereits 2005 publizierten Studienprotokoll von ELSID liest man auch nur von einer cluster-randomisierten Studie, in der zwei DMP-Interventionen einer auf Basis von Routinedaten untersuchten Kontrollgruppe ohne DMP gegenüber gestellt werden sollen (Joos et al., 2005). Primärer Endpunkt beim Vergleich der beiden DMP-Gruppen war der Anteil Patienten, die beim HbA_{1c} und Blutdruck die vorgegebenen Zielwerte erreichen bzw. beim Vergleich mit der Kontrollgruppe die Verordnung relevanter Medikamente. Eine Überlebenszeitanalyse wurde in diesem Protokoll nicht erwähnt.

Versorgungsforschung und Interessen: Beiden Studien ist gemein, dass sie für Marketingzwecke verwendet wurden, ohne gleichzeitig eine Volltextpublikation vorzulegen. Transparenz bildet jedoch die Voraussetzung dafür, die Methodik einer Studie kritisch beurteilen zu können. Ohne diese Transparenz sind solche Ergebnisse wissenschaftlich nur wenig „belastbar“. Beide Studien haben auch die Gemeinsamkeit, dass dahinter spezifische Interessen zu erkennen sind. Ein Hersteller dürfte daran interessiert sein nachzuweisen, dass sein offensichtlich effizientes Mittel viel zu selten eingesetzt wird. Auch für eine Krankenkasse ist ein Nutznachweis ihrer DMPs höchst relevant.

Dass Studien der Versorgungsforschung in der Regel spezifischen Interessen folgen, wurde von Donner-Banzhoff et al. (2007) in einem auch sonst lesenswerten Text herausgearbeitet. Grund dafür ist, dass das Arbeitsfeld der Versorgungsforschung sehr eng mit den Interessen von Leistungserbringern, Herstellern, Wissenschaftlern bzw. politischen Instanzen verknüpft ist. Die Ergebnisse von Versorgungsforschung können unmittelbar politische Entscheidungen beeinflussen und damit weit reichende Konsequenzen haben. Auch Pfaff und Kaiser (2006) machen deutlich, dass in Zukunft die gezielte staatliche Projektförderung interessenunabhängiger Themen in der deutschen Versorgungsforschung notwendig ist, um nicht Felder zu vernachlässigen, die keine Relevanz für finanzkräftige Akteure im Gesundheitswesen haben. Dies dürfte allerdings eine langwierige Entwicklung sein.

Was wir allerdings ohne großen Aufwand bewältigen können, ist Transparenz und Offenlegung der Interessen bzw. Sponsoren zu fordern, denn auch hier bestehen Defizite. Schneider et al. (2007) führten am 10.07.2006 eine Suche in PubMed nach deutschsprachigen Studien durch, die als „health services research“, „health system research“ oder „health research“ verschlagwortet und in den letzten beiden Jahren veröffentlicht wurden. Auch wenn die methodische Vorgehensweise, deutsche Studien ausschließlich über PubMed zu suchen und anschließend keine weiteren Einschlusskriterien zu definieren, durchaus kritisiert werden kann, sprechen die Ergebnisse eine eindeutige Sprache. Die gefundenen Artikel stammten aus 31 verschiedenen Zeitschriften, von denen 18 (58 %) Angaben zu Interessenkonflikten verlangten. Von den 71 darin publizierten Artikeln wurden allerdings nur in 11 (15 %) auch tatsächlich solche Angaben gemacht. Die Darlegung möglicher

Interessenkonflikte ist bekanntermaßen ein komplexes und bei der Einreichung von Publikationen ungeliebtes Kind, weil oft nicht klar ist, wo hier die Grenzen zu ziehen sind. Deutlich weniger Interpretationsspielraum lässt allerdings die Frage nach dem Sponsoring einer Studie. Laut einem Review, in den alle Studien eingingen, die Arzneimittelroutinedaten deutscher Krankenkassen für Forschungszwecke nutzten und zwischen 1998 und 2007 publiziert wurden, machten 31 von 70 Artikeln (44 %) keine Angaben zum Sponsoring (Hoffmann 2009). Lediglich eine Publikation wies explizit darauf hin, dass die Studie ohne finanzielle Unterstützung durchgeführt wurde.

Grundsätzlich, so zeigt auch die empirische Evidenz (Nieto et al. 2007), lässt sich bei einem fehlenden Hinweis zum Sponsoring nicht direkt schlussfolgern, dass die Studie ohne externe Finanzierung durchgeführt wurde. Man tappt also im Dunkeln. Um vollständige Transparenz zu gewähren, ist es in solchen Fällen sinnvoll, einen Satz wie „Diese Studie wurde ohne externe Finanzierung (bzw. aus Eigenmitteln) durchgeführt“ einzufügen.

Fazit: In letzter Zeit scheint es immer mehr „in Mode“ zu kommen, auf den Zug „Versorgungsforschung“ aufzuspringen. Dann wird aus einer, im Übrigen von der pharmazeutischen Industrie finanzierten Querschnittsstudie plötzlich eine „prospektive Versorgungsforschungsstudie im Querschnittsdesign“ (Sander et al., 2008), eine Studienform, die uns vorher nicht einmal geläufig war. Wir müssen uns darüber im Klaren werden, dass Versorgungsforschung sehr eng mit spezifischen Interessen verknüpft sein kann. Es scheint leider einfach zu sein, Versorgungsforschung auch im Sinne dieser Interessen mit möglicherweise tendenziösen Studiendesigns zu missbrauchen. Umso wichtiger ist die kritische Beurteilung der angewandten Methodik und der zugrunde liegenden Interessen. Methodisch schlechte Studien werden grundsätzlich nicht dadurch besser, dass sie als Versorgungsforschung „verkauft“ werden. Versorgungsforschung benötigt dann das Instrumentarium der Evidenzbasierten Medizin (EbM) zur kritischen Studienbeurteilung. Transparenz ist eine notwendige Voraussetzung dafür! Das Memorandum III des Deutschen Netzwerks Versorgungsforschung (DNVF) „Methoden für die Versorgungsforschung“ setzt diese Überlegungen daher berechtigterweise in den Mittelpunkt (Pfaff et al. 2009). <<

Literatur

- Donner-Banzhoff, N./Schrappe, M./Lelgemann, M. (2007): Studien zur Versorgungsforschung. Eine Hilfe zur kritischen Rezeption. *Z Arztl Fortbild Qualitätssich*, 101, 7: 463-471.
- Hoffmann, F. (2009): Review on use of German health insurance medication claims data for epidemiological research. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*, 18, 5:349-56.
- IQWiG (2007): Cholinesterasehemmer bei Alzheimer Demenz. Abschlussbericht A05-19A. Köln: Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG).
- IQWiG (2009): Memantin bei Alzheimer Demenz. Abschlussbericht A05-19C. Köln: Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG).
- Joos, S./Rosemann, T./Heiderhoff, M./Wensing, M./Ludt, S./Gensichen, J./Kaufmann-Kolle, P./Szecsenyi, J. (2005): ELSID-Diabetes study-evaluation of a large scale implementation of disease management programmes for patients with type 2 diabetes. Rationale, design and conduct - a study protocol [ISRCTN08471887]. *BMC Public Health*, 5, 99.
- Nieto, A./Mazon, A./Pamies, R./Linana, J.J./Lanuza, A./Jiménez, F.O./Medina-Hernandez, A./Nieto, F.J. (2007): Adverse effects of inhaled corticosteroids in funded and nonfunded studies. *Arch Intern Med*, 167, 19: 2047-53.
- Pfaff, H./Glaeske, G./Neugebauer, E.A./Schrappe, M. (2009): Memorandum III: Methoden für die Versorgungsforschung (Teil 1). *Gesundheitswesen*, 71, 8-9:505-10.
- Pfaff, H./Kaiser, C. (2006): Aufgabenverständnis und Entwicklungsstand der Versorgungsforschung. Ein Vergleich zwischen den USA, Großbritannien, Australien und Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 49, 2:111-9.
- Pressemappe (2009): Alzheimer-Demenz: Versorgungsforschung für mehr Lebensqualität & Kostenbewusstsein Pressekonferenz der BARMER und der Merz Pharmaceuticals GmbH am 4. Juni 2009. Haus der Bundespressekonferenz, Berlin. Verfügbar unter: http://www.barmer.de/barmer/web/Portale/Versichertenportal/Presse-Center/Pressemitteilungen/090604_20PK_Merz/Pressemappe.property=Data.pdf (letzter Zugriff: 03.09.2009).
- Raina, P./Santaguida, P./Ismaila, A./Patterson, C./Cowan, D./Levine, M./Booker, L./Oremus, M. (2008): Effectiveness of cholinesterase inhibitors and memantine for treating dementia: evidence review for a clinical practice guideline. *Ann Intern Med*, 148, 5: 379-97.
- Sander, D./Schwertfeger, M./Köföncü, E./Diehm, C./Pittrow, D. (2008): Sekundärprophylaxe mit Clopidogrel oder Acetylsalicylsäure nach akutem zerebrovaskulären Ereignis. Versorgungsforschungsstudie bei niedergelassenen Ärzten. *Dtsch Med Wochenschr*, 133, 36: 1773-1778.
- Schneider, N./Lingner, H./Schwartz, F.W. (2007): Disclosing conflicts of interest in German publications concerning health services research. *BMC Health Serv Res*, 7, 78.
- Schwabe, U./Paffrath, D. (Hrsg.) (2008): *Arzneiverordnungs-Report 2008*. Heidelberg: Springer Verlag.
- SVR- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2001): *Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit (Gutachten 2000/2001)*. Band III Über-, Unter- und Fehlversorgung.
- Szecsenyi, J./Miksch, A. (2008): ELSID-Studie. Länger leben. *Gesundheit und Gesellschaft SPEZIAL*, 11, 11: 8-9.
- Weihrauch, U. (2009): Alzheimer-Demenz. Neue BARMER-Studie zur medikamentösen Versorgungssituation. *NeuroGeriatric*, 6, 3: 139.

Workshop: Stand der Versorgungsforschung (AGMV)

„RCT-plus-System“ gefordert

Versorgungsforschung in Deutschland – Was tut sich? fragte die Arbeitsgemeinschaft Modernisierung der medizinischen Versorgungssysteme in einer Veranstaltung zum Stand der Versorgungsforschung und bekam diverse Antworten von Maria Becker (BMG), Dr. jur Rainer Hess (G-BA), Prof. Dr. Rolf Holle (Helmholtz Zentrum), Jörn Sindern (Janssen-Cilag), Dr. rer. pol Dominik Graf von Stillfried (KBV), Martin Stockheim (MDK) und Prof. Dr. med Stefan N. Willich (Charité), der in seinem Vortrag nicht nur eine „Unbalance von Präventiv- und Akutmedizin“ diagnostizierte.

>> Zur Zeit stützen sich die Entscheidungsträger im deutschen Gesundheitssystem weitgehend auf das RCT-Studiendesign, das sicher im Bereich der klinischen Forschung die höchste Evidenz erzeugen kann. Dennoch sollte laut Willich, Direktor des Instituts für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitsökonomie an der Charité, deutlicher gemacht werden, dass RCT immer ein experimentelles Design aufweist, das anscheinend auf Ärzte wie Patienten Einfluss nimmt.

Studien wirken als Placebo

Dazu zitierte er den Arzt Ted J. Kaptchuk, der im Jahr 2001 über eine Studie berichtete, nach deren Aussage schon die Studienteilnahme als solche als Placebo fungiere. Die Studie untersuchte die Wirkung von Naproxen in zwei Studienarmen, wobei jeweils Naproxen gegen Placebo untersucht wurde. Der Unterschied war nur, dass beim ersten Studienarm die Probanden einwilligten, an einer Studie teilzunehmen, und beim zweiten die Probanden nicht wussten, dass sie an einer Studie teilnahmen (was in Deutschland schon aus ethischen Gründen unmöglich ist).

Heraus kam, dass die schmerzmindernde Wirkung von Naproxen bei den Probanden, die in die Studienteilnahme einwilligten, um ein Vielfaches höher war, als bei jenen, die das Medikament ohne Studienumfeld bekamen (s. Abb.). Willich: „Letztlich bekommen wir damit also nur eine begrenzte Erkenntnis, wenn es um die Rele-

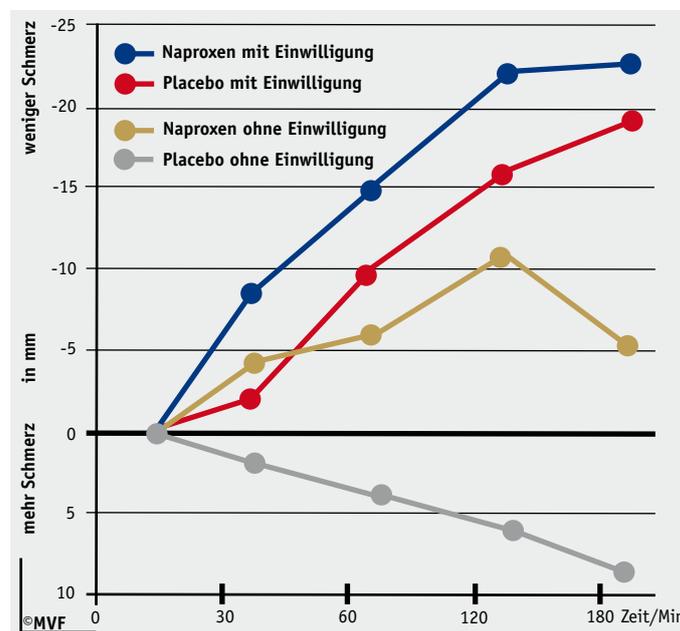


Abb. Studienteilnahme als Placebo, adaptiert aus Kaptchuk, J Clin Epidemiol (2001)

vanz in der Allgemeinversorgung geht, aber eine hohe, wenn es um die Wirksamkeit geht.“

Genau an dieser Stelle kommt für Willich Versorgungsforschung ins Spiel, die mit einem naturalistischen Setting die Auswirkung auf den Versorgungsalltag feststellen kann. Das heißt auch, dass erst das Zusammenspiel beider Studientypen, also die Kombination von RCT mit Versorgungsforschung, eine „Gesamtschau“ ermögliche und damit letztlich erst die Bewertung erlaube, welche Therapie nun sinnvoll sei und welche nicht. Dies gelte umso mehr, wenn es sich um Kostennutzen-Aspekte drehe, die nur selten in RCTs abgebildet werden könnten. Darum seien besonders hier Studien methodisch anspruchsvoller

Versorgungsforschung notwendig, die vom Evidenzgrad durchaus mit RCT vergleichbar seien und wichtige Hinweise auf eine effizientere Gestaltung der medizinischen Versorgung geben könnten.

Gleichwertiges Miteinander

Trotzdem gibt es für Willich kein Gegeneinander, sondern ein Miteinander von RCT und Versorgungsforschung, aber eben auch keine Überlegenheit des einen Systems über das andere. Dies verdeutlicht Willich noch einmal, indem er sagt: „Die Versorgungsforschung berücksichtigt ein naturalistisches Studiensetting sowie patientenzentrierte und gesundheitsökonomische Variablen, wobei der Evidenzgrad methodisch

anspruchsvoller Versorgungsforschungsstudien mit RCT-Trials vergleichbar ist.“ Darum ist für ihn die Hierarchie, dass man „zuerst immer nur auf RCTs schaut und nicht weiterblickt“, nicht länger zielführend. Er fordert ein „RCT-plus-System“, in dem idealerweise moderne Therapien mit RCT, aber zusätzlich mit Registern und Versorgungsforschungs-Settings untersucht werden.

Für mehr Offenheit in dieser Frage plädierte auch Maria Becker, Referatsleiterin Forschungsangelegenheiten im BMG, nach dem sie wie der G-BA-Vorsitzende Hess die Frage bejahte, dass Entscheidungsträger wie Politik die Erkenntnisse der Versorgungsforschung dringend bräuchten, um evidenzbasiert „Versorgungsprozesse in Patientenorientierung und Wirtschaftlichkeit zu verbessern“ (Hess).

Dennoch stellte BMG-Forschungsbeauftragte Becker die Kardinalfrage, ob man überhaupt „mit den Instrumenten des RTC im Bereich der Versorgungsforschung arbeiten“ könne oder nicht ein Beispiel dafür vorläge, dass man Methoden, die zwar gängigerweise in der klinischen Forschung verwendet würden, eben nicht 1 zu 1 auf den Versorgungsalltag übertragen könnte. Becker: „Wir sollten offen darüber reden, ob man RCT überhaupt im Versorgungsalltag anwenden kann, oder ob man nicht besser ergänzende Methoden entwickeln sollte, die mehr dem Versorgungsalltag angemessen sind. Das wird eine der Aufgaben der nahen Zukunft sein.“ <<

Mythen der Gesundheitspolitik

Autor: Hartmut Reiners

Mythen der Gesundheitspolitik

Verlag: Hans Huber, Bern

263 Seiten

ISBN: 978-3-456-84679-8

Preis: 19,80 EUR

>> Mit diesem Werk überarbeitet, aktualisiert und ergänzt Hartmut Reiners das bereits 1998 erschienene Buch „Das Märchen von der Kostenexplosion“ gründlich, welches er damals gemeinsam mit Bernard Braun und Hagen Kühn vorlegte.

Das jetzt vorliegende Werk „Mythen der Gesundheitspolitik“ räumt, auf analytisch hohem Niveau, mit den zehn gängigen Mythen der Gesundheitspolitik auf. Er entlarvt diese als im Kern interessegeleitet, in vielen Bezugspunkten und Argumentationsketten schlichtweg falsch und insgesamt für die Notwendigkeit der Gestaltung komplexer und differenzierter Gesundheitssysteme zu oberflächlich und nicht adäquat.

Der analytische Ansatz und die sauber aufgearbeitete Empirie führen dabei nicht zu einer langatmigen und schwer lesbaren Analyse; im Gegenteil, diese wird durch eine klare, pointierte und erfrischende Sprache auf den Punkt gebracht und zugespitzt. Dies mag auch dadurch unterstützt werden, dass einige Kapitel und die eine oder andere Argumentation in kleineren Publikationen verbreitet, im Diskurs geschärft und damit gegen platte Gegenargumente fachlich und sprachlich immunisiert werden konnten.

Zehn Mythen – zehn Kapitel: Beginnend mit dem zentralen Mythos, dem der „Kostenexplosion im Gesundheitswesen“, die sich in differenzierterer Sicht als Gemengelage von schleichender Auszehrung der GKV-Einnahmen, steigenden Beitragssätzen und strukturell geringem Rationalisierungspotenzial personengebundener Dienstleistungen entpuppt. Hier mangelnde Effizienz und „Misswirtschaft“



vorschnell und trivial zu unterstellen, ist so oberflächlich wie falsch. Auch der Mythos 2 hält sich im Sinne einer selektiven Wahrnehmung der Realität, wenn permanent die hohen „Lohnnebenkosten als Problem der Wettbewerbsfähigkeit der deutschen Wirtschaft“ thematisiert werden. Dies ist erstens in vielen Studien empirisch widerlegt, wird zweitens durch reale Beobachtung weltwirtschaftlicher Zusammenhänge relativiert und drittens gerade in der gegenwärtigen Weltfinanzkrise eindrucksvoll widerlegt. Hier schließt der Mythos 3 an, der von der „demographischen Falle“ für umlagefinanzierte soziale Sicherungssysteme und den vermeintlichen Wohltaten eines „Kapitaldeckungsverfahrens“ handelt. Reiners zeichnet hier sehr schön die international differenzierte Diskussion nach, die schon länger dieses Argument widerlegt. Eine Argumentation, die durch die aktuelle Finanzkrise und ihre desaströse Wirkung auf kapitalfundierte Sicherheitsversprechen so eindrucksvoll bestätigt wird.

Mythos 4 beschreibt den medizinisch-technischen Fortschritt als „zwingenden Grund“ für höhere Beiträge und die „Notwendigkeit der Rationierung“ medizinischer Leistungen. Hier begründet Reiners sorgfältig die Notwendigkeit von methodisch belastbaren Entschei-

dungsregeln für die Gestaltung eines evidenzbasierten Leistungsrahmens und für qualitätssichernde Aspekte in der Leistungsgewährung.

Der unter dem Stichwort Eigenverantwortung diskutierte Mythos (5) der „Vollkaskotalität der Versicherten“ führt zwangsläufig zu einer Strategie mit Zuzahlungen, Wahlтарifen und Kostenerstattungen. Die empirisch beobachtbare Kontraproduktivität und politisch-ökonomische Fragwürdigkeit solcher Strategien im Kontext eines solidarischen Finanzierungs- und Versorgungssystems werden wunderbar illustriert.

Der Mythos (6) vom „Versagen der solidarischen Finanzierung“ wird sehr anschaulich, prägnant und richtig als Problem einer willkürlichen Versicherungspflicht- und Beitragsbemessungsgrenze und als Folge einer ebenso willkürlichen Trennung in eine private und eine gesetzliche Krankenversicherung beschrieben, die weder „aus der ökonomischen noch aus der sozialen Perspektive“ begründbar ist. Hier argumentiert Reiners, wie auch der Sachverständigenrat, für ein einheitliches Krankenversicherungssystem in Deutschland. Inhaltlich zielt er hier auf eine solidarische Bürgerversicherung ab, die er im europäischen Kontext auch als Benchmark verortet.

„Ärztmangel und latente Unzufriedenheit von Ärzten“ werden nicht als zwangsläufig und systemimmanent (Mythos 7) hingenommen, sondern als Problem einer disparaten Versorgungslandschaft mit der Folge von Über- und Unterversorgungen im regionalen Kontext, sowie der fragmentierten Organisation der Abläufe und Prozesse innerhalb des Medizinbetriebs selbst dargestellt.

Der Mythos einer „aufgeblähten Krankenkassenbürokratie“ (8) wird durch empirisch eindrucksvolle Belege, sowohl im Vergleich zu privaten Versicherungsunternehmen als auch im Zusammenhang mit der Funktionserweiterung und der Übernahme selektivvertraglicher Funktionen erklärt.

Dass Wettbewerb als „Selbstzweck und sich selbstregulierendes System“ nicht quasi automatisch die Effizienz der Ressourcenverwendung steigert (Mythos 9), ist in der ernsthaften gesundheitsökonomischen Literatur unumstritten. Dass dazu sowohl ein funktionsfähiger Risikostrukturausgleich, wie die Frage der Messung der Qualitäten und Effizienzen als nicht-triviales, empirisches Ausgangswerkzeug gehört, ist ebenfalls in der ökonomischen Literatur klar belegt. Dies alles hat sich allerdings noch nicht gegen den trivialen Mythos „Wettbewerb wird's richten“ durchgesetzt.

Zusammengefasst ist die Auseinandersetzung mit den zehn Mythen der Gesundheitspolitik eine verdienstvolle, von hohem Sachverstand geprägte und analytisch reife Analyse. Um diesem Werk eine breite Leserschaft – sowohl bei jungen Studierenden der Gesundheitsökonomie wie bei alten Fahrensleuten der gesundheitspolitischen Debatte, in gleichem Maße – zu wünschen, muss man nicht mit allen Positionen des Autors einhergehen. Die erfrischende, klare und Werturteile nicht scheuende Sprache macht dieses Werk zu einem wahren Lesevergnügen.

Dieser uneingeschränkten Empfehlung steht lediglich die weitgehend unkritische Einordnung der aktuellen gesundheitspolitischen Gesetzgebung etwas im Wege, bei der der Autor als Ministerialbeamter eines Bundeslandes und einflussreicher Ideengeber im politischen Hintergrund des parteipolitischen Machtzentrums in erheblichem Maße mitwirkte und mitgestaltete. Dass er allerdings hier ausgerechnet einen Reformansatz verteidigt, der in vielen Punkten nur durch die naive Akzeptanz der hier so eindeutig und klar kritisierten Mythen erklärt wird und erklärt werden kann, muss dann doch sehr überraschen. Hier hätte dem Werk eine größere Distanz sicher gut angestanden. <<

Prof. Dr. rer. pol. h.c. Herbert Rebscher, Vorsitzender des Vorstandes der DAK

Die Suche nach Kliniken soll einfacher werden

Patients' Experience Questionnaire (PEQ)

Wie sucht Frau W. aus Düsseldorf die Klinik aus, wenn sie ein neues Hüftgelenk braucht? Bis vor einiger Zeit gab es auf diese Frage nur eine Antwort. Sie wurde von ihrem niedergelassenen Orthopäden überwiesen und hat sich vielleicht noch auf Informationen verlassen, die sie vom Hörensagen kannte. Die Frage, auf welche Informationen sich der behandelnde Arzt stützt, blieb offen. Wie kann man die Qualität einer Klinik einschätzen? Wie kann sich Frau W. informieren, außer dass sie Verwandte, Freunde und Bekannte fragt? Gelegentlich gibt es Sonderhefte einschlägiger Magazine, die Rankinglisten der angeblich „besten Krankenhäuser Deutschlands“ publizieren. Die diesen Listen zugrundeliegenden Methoden sind jedoch meistens nicht nachvollziehbar und wer weiß schon, welches das beste Krankenhaus für Frau W. mit ihren persönlichen Erfahrungen und Präferenzen ist?

>> Eine Orientierungshilfe bietet seit Juni 2008 die Internetplattform www.weisse-liste.de. Zusammen mit den Fachverbänden der größten Verbraucher- und Patientenorganisationen bietet die Bertelsmann Stiftung mit dem Internetportal Weisse Liste unabhängige Informationen über Krankenhäuser. Informationsbasis sind die gesetzlich vorgegebenen strukturierten Qualitätsberichte. Ergänzt werden diese durch Patientenerfahrungen. Denn Empfehlungen und Beurteilungen von Patienten können die Entscheidung für oder gegen ein Krankenhaus stärker beeinflussen als Daten zu Fallzahlen und Behandlungsergebnissen.

Alle Kliniken Deutschlands befragen ihre Patienten mit einem einheitlichen, messsicheren und validierten Instrument in regelmäßigen Abständen und mit einem gleichen Verfahren. Die Ergebnisse werden durch eine zentrale und unabhängige Stelle zusammengeführt und veröffentlicht. Patienten können sich schnell, übersichtlich und bequem ein Bild davon machen, welche Erfahrungen andere Patienten mit ähnlichen Erkrankungen in den verschiedenen Häusern und in den Fachabteilungen gemacht haben.

Bedeutung nimmt zu

Neben klinischen Kennzahlen wie Fallzahlen, Betreuungsschlüssel, Infektionsraten oder Kennzahlen aus der Qualitätssicherung (BQS) werden Patientenerfahrungen immer wichtiger. Der Kampf

zwischen vermeintlich „objektiven“ klinischen Endpunkten und „subjektiven“, „weichen“ Befragungsdaten ist mittlerweile beigelegt. Niemand denkt mehr ernsthaft darüber nach, dass medizinische Versorgungseinrichtungen nur mit einer Datenart valide erfasst und eingeschätzt werden können. Beispielsweise ist die Zahl unnötiger Operationen genauso wichtig und relevant wie die Tatsache, dass das medizinische Personal die Patienten gut aufklärt und Patienten an zentralen Entscheidungen teilhaben lässt.

Ist die Vision realisierbar?

Patientenberichtete Endpunkte – sogenannte Patient reported outcomes – gewinnen in jüngerer Zeit selbst in klinischen Studien eine immer wichtigere Rolle. Sie dienen der Ermittlung des Nutzens neuer Behandlungsverfahren oder der Zulassung von Medikamenten. Aber patienten- und nutzerfreundlich sind sie kaum, da sie wenig verständlich und auch nicht vergleichbar sind. Die Fülle verschiedener Instrumente, die häufig mangelhafte methodische Qualität, uneinheitliche Befragungsstandards und die Weigerung vieler Häuser, die Ergebnisse zu veröffentlichen, stellen derzeit unüberwindlich erscheinende Hürden dar.

Die Betreiber der Weissen Liste haben zusammen mit verschiedenen Organisationen wie dem Schweizer Verein Outcome den Patients' Experience Questionnaire (PEQ) entwickelt und damit die Fra-

ge nach der Realisierung der Vision mit „ja“ beantwortet. Mit nur 15 Fragen (bzw. drei zusätzlichen Fragen für Frauen, die entbunden haben) erfasst der Kurzfragebogen Erfahrungen von Patienten in der akutstationären Versorgung und bildet alle aus Patientensicht relevanten Inhalte zur Beurteilung der Versorgungsqualität ab. Abgefragt werden folgende Merkmale:

- Beziehung zum Arzt/ Pflegepersonal
- Information durch Arzt/ Pflegepersonal
- Organisation und Management
- Service
- Fachliche Expertise des Arztes bzw. Pflegepersonals
- Behandlungserfolg
- Weiterempfehlungsbereitschaft

Es wäre vermessen, zu meinen, man könnte allen Kliniken von heute auf morgen ihre eigenen Befragungen verbieten und sie dazu zwingen, ein einheitliches Instrument wie PEQ zu verwenden. Dies würde nicht nur das jähe Ende oft jahrelang aufgebauter Trenddaten bedeuten, es wäre auch ein empfindlicher Eingriff in den Markt der Anbieter von Patientenerbefragungen. Daher war den Initiatoren von PEQ schnell klar, dass es sich nur um ein Instrument handeln kann, das als „Huckepacklösung“ auf die bestehenden Befragungen aufgesetzt werden kann.

Daraus ergaben sich die wichtigsten methodischen Anforderungen an PEQ, wie die, dass er

- indikationsübergreifend

(generisch) einsetzbar,

- kurz,
- als add-on zu bestehenden Instrumenten einsetzbar,
- relevant für das Qualitätsmanagement sowie
- psychometrisch getestet, differenzierungsfähig und änderungssensitiv ist und
- eine hohe Akzeptanz bei Nutzern haben soll.

Eine interdisziplinäre Arbeitsgruppe hat den Patients' Experience Questionnaire (PEQ) seit 2006 entwickelt. Seit Anfang 2008 sind alle Messungen und Validierungen abgeschlossen. PEQ wird für Messungen in der Schweiz bereits eingesetzt und seit Februar 2009 ist klar, dass PEQ im Rahmen der Messungen des Vereins Outcome in der Schweiz regelhaft eingesetzt wird.

In Deutschland gibt es noch keine nationale Organisation, die den PEQ in ihren Messungen regelhaft einsetzt. Die methodischen Voraussetzungen sind aber bereits geschaffen. PEQ wird von vielen Krankenhäusern im Rahmen ihres internen Qualitätsmanagements schon genutzt. Für die Veröffentlichung der PEQ-Ergebnisse müssen die Kliniken mit einem akkreditierten Befragungsinstitut zusammenarbeiten (siehe www.weisse-liste.de/PEQ). Denn nur wenn die methodischen Standards eingehalten werden, ist ein fairer, unverzerrter Vergleich der Ergebnisse auch möglich. Und die öffentliche Vergleichbarkeit der Patientenerfahrungen ist das Ziel, das mit PEQ angestrebt wird. Deshalb können die Ergebnis-

se auch nicht nur in der Weissen Liste, sondern auch in allen anderen Portalen oder Publikationen veröffentlicht werden.

Erste Ergebnisse sind bereits in der Weissen Liste zu sehen. Empfehlungen, PEQ in Kliniken einzusetzen und Ergebnisse zu veröffentlichen, wurden bereits vom Evangelischen Krankenhausverband Deutschland sowie vom Katholischen Krankenhausverband ausgesprochen.

Der PEQ wurde in einem zweijährigen Verfahren von einer interdisziplinären Arbeitsgruppe mit schweizer und deutschen Teilnehmern entwickelt und validiert. Der detaillierte Ablauf der Entwicklung und Validierung wird in dem Buch „Patientenerfahrungen vergleichbar machen“ (in Druck) beschrieben. In jeder Entwicklungsphase wurden Patienten eingebunden, um die Verständlichkeit, Relevanz und Eindeutigkeit der Fragen sicherzustellen. Hier sollen lediglich die wesentlichen Schritte dargestellt werden.

Ergebnis der Validierung

Mit dem PEQ liegt ein Instrument vor, das an bestehende Befragungen angehängt werden kann, ohne dass die Ergebnisse dieser Befragung beeinflusst werden. Durch die integrierten Items, die mehrere Fragen aus einem Bereich zusammenfassen, entsteht bei add-on-Verfahren auch nicht der Eindruck der Redundanz. Die Tests ergaben außerdem, dass der jeweils vorgeschaltete Fragebogen keinen (messbaren) Effekt auf die Ergebnisse des PEQ hat. D.h. unabhängig davon, welcher Fragebogen als Basis genommen wird, oder auch bei alleiniger Nutzung, liefert der PEQ vergleichbare Ergebnisse.

Durch seine 15 Fragen (siehe www.m-vf.de) beansprucht das Ausfüllen nur wenig Zeit. Mit der einzigen Weiterentwicklung, PEQ-Geburt, wird mit drei zusätzlichen Fragen die Betreuung durch Hebammen abgefragt. Auch hier handelt es sich im Vergleich zu anderen Instrumenten um einen

Kurzfragebogen.

PEQ ist in vielen klinischen Bereichen einsetzbar und für Patienten leicht verständlich. Der PEQ zeigt sehr sensitiv Unterschiede zwischen Einrichtungen auf. Diese beziehen sich allerdings auf größere Dimensionen („Tracer“; z.B. Interaktion Patient-Pflege). Die Ziele und Ergebnisse der unterschiedlichen Entwicklungs- und Validierungsschritte sind in einer unter www.m-vf.de einsehbaren Tabelle zusammengefasst.

Aktueller Stand

Der PEQ steht interessierten Versorgungseinrichtungen in Deutschland kostenlos zur Verfügung. Die Lizenzrechte für die Schweizer Version liegen beim Verein Outcome. Statt einer Lizenzgebühr verpflichten sich die Nutzer in Deutschland, die Befragungen nach klar festgelegten methodischen Regeln durchzuführen (Sicherstellung der Durchführungsobjektivität). Für die Veröffentlichung können die Daten in aggregierter und anonymisierter Form über ein Befragungsinstitut an die Datenannahmestelle der Weissen Liste geliefert werden. Die Veröffentlichung möglichst vieler Patientenerfahrungen und eine flächendeckende Vergleichbarkeit und Transparenz der Ergebnisse – insbesondere für die Nutzer – ist das erklärte Ziel des PEQ. Aktuell haben bereits 50 Krankenhäuser in Deutschland und 24 in der Schweiz an einer PEQ-Befragung mit verschiedenen Abteilungen teilgenommen. Neben der hochdeutschen sind eine schweizerdeutsche, eine französische und eine italienische Fassung des Instruments im Einsatz. Die anfängliche Skepsis weicht der zunehmenden Überzeugung, mit PEQ auf ein Verfahren zu setzen, das sich durchsetzen wird.

Wer im Krankenhaus gut informiert, behandelt und versorgt worden ist, gibt seine positiven Erfahrungen gerne an andere weiter. <<

von: Dr. Fülöp Scheibler/
Babyl Schütte*

Zukunft zwischen Wettbewerb und Kollektivvertrag

„Gesundheitsnutzen“

Auf einer zweitägigen Fachtagung diskutierten auf Einladung der Hildebrandt GesundheitsConsult, die damit ihren 20. Geburtstag beging, über 150 Vertreter aus allen Bereichen der Gesundheitswirtschaft. Unter dem Motto „Mehr Gesundheitsnutzen – die Zukunft hat begonnen“ wurden erfolgreiche Partnerschaften im Wettbewerb, jedoch besonders der Gesundheitsnutzen und seine zunehmende Bedeutung in der Gesundheitsversorgung erörtert.

>> Die Teilnehmer waren sich einig darüber, dass die Qualität der Versorgung über wettbewerbliche Strukturen gesteigert werden müsse, und forderten wirksame Anreize für Krankenkassen, einen zusätzlichen Gesundheitsnutzen zu produzieren. Für Prof. Gerd Glaeske, Universität Bremen, besteht der Gesundheitsnutzen vorrangig darin, die Krankheitsbelastung in der Bevölkerung zu verringern und die Lebenserwartung zu erhöhen. Er forderte: „Um solch einen Nutzen für Patienten erbringen zu können, muss das System entsprechend gestaltet werden.“ Die Einzelleistungsvergütung beispielsweise führe zu Überversorgung, die pauschale Vergütung dagegen zu Unterversorgung. Eine Lösung sind aus Glaeskes Sicht regionale populationsbezogene Versorgungssysteme, bei denen – im Gegensatz zu den amerikanischen Managed-Care-Systemen – eine Risikoselektion ausgeschlossen ist.

Prof. Jürgen Wasem, Universität Duisburg/Essen, sieht ein zentrales Problem in der Qualitätsdiskussion darin, dass das Verhältnis von Kollektiv- und Selektivvertragssystem in Deutschland nicht geklärt ist. „Die grundlegende Frage sei: Was wollen wir im Wettbewerb regeln und was im Kollektivvertrag?“

Um eine wirkliche Systemänderung zu erreichen und einen ausreichenden Innovationsimpuls für die gesamte Versorgung darzu-

stellen, müssten die populationsbezogenen Verträge mindestens fünf Prozent der Versorgung ausmachen, fügte Wasem hinzu.

Helmut Hildebrandt, Geschäftsführer von HGC, hält es darum für notwendig, Krankenkassen langfristig wirksame Anreize zu geben, einen Gesundheitsnutzen zu produzieren. „Momentan ist die Situation für die Krankenkassen schwierig. Wenn Sie jetzt in die Versorgung der Zukunft investieren, riskieren Sie einen Zusatzbeitrag für ihre Versicherten, der ihnen wiederum im Wettbewerb schadet.“ So würden langfristige Investitionen in eine gesündere Population verhindert. Dem stimmte Wasem zu: „Die Krankenkassen erleben sich im Preiswettbewerb und sehen sich nicht in der Lage, sowohl mit Preis als auch mit Qualität zu triggern.“ Der Risikostrukturausgleich dürfe eine erfolgreiche Sekundärprävention nicht abstrafen, betonte er.

Auch Prof. Jörg Saatkamp, Hochschule Rosenheim, kritisierte, dass es zurzeit sowohl ambulant als stationär wenige Anreize gebe, Qualität zu produzieren. „Wir müssen Strukturen schaffen, in denen die Krankenkassen sich in ihrem Wettbewerb mehr auf Qualität konzentrieren können“, betonte er. Zurzeit seien sowohl Krankenkassen als auch Kassenärztliche Vereinigungen und Verbände aufgrund ihres körperchaftlichen Status kaum selbststeuernd reformfähig. <<

4. Krankenkassensymposium, veranstaltet von ICW und 4sigma:

Effektive Vernetzung gefragt

Welche Bedeutung haben Patientencoaching, Disease-Management, Telemedizin und eHealth für das ganzheitliche Versorgungsmanagement von morgen? Und vor welchen Herausforderungen stehen die Krankenkassen? Diese Fragen standen im Zentrum des 4. Krankenkassensymposiums, das dieses Jahr unter dem Motto stand „Ganzheitliches Versorgungsmanagement - Herausforderungen in Zeiten des Wandels“. Experten aus Forschung und Praxis beleuchteten das Thema aus verschiedenen Blickwinkeln und präsentierten neue Lösungsansätze. So komplex die Thematik, so facettenreich die Antworten.

>> Prof. Dr. med. Michael Schütte, Fachhochschule für Ökonomie und Management, Essen, machte in seinem Vortrag „Integrierendes Prozessmanagement und der Aufbau neuer Versorgungsformen“ die Notwendigkeit zur integrierten Versorgung an drei Fakten fest. Da wäre zum einen die demografische Entwicklung in Deutschland zu nennen, denn bis zum Jahr 2050 werde der Anteil der über 67-Jährigen um 55,3 Prozent ansteigen, so Schütte. „Entsprechend wird sich auch die Pflegebedürftigkeit der Bevölkerung nach SGB XI im Vergleichszeitraum verändern.“ War im Jahr 2000 noch jeder 41. Einwohner pflegebedürftig, wird 2020 bereits jeder 28. Einwohner Deutschlands gepflegt werden müssen. „Im Jahr 2050 hingegen wird jeder 16. Einwohner pflegebedürftig sein“, erklärte Schütte.

Auch die Kosten zur Behandlung chronischer Krankheiten werden neuesten Prognosen zufolge weiter ansteigen. So werden die chronischen Krankheiten das Gesundheitswesen bis zum Jahr 2035 mit voraussichtlich 180 Milliarden Euro belasten. Zahlen, die nach Einschätzung von Schütte für sich sprechen. Die Erkenntnis allein, dass Anstrengungen notwendig sind, genüge jedoch keineswegs.

Als historisches Negativbeispiel des Erkenntnisgewinns ohne notwendige Handlungen folgen zu lassen, führte Schütte einen Satz des französischen Königs Ludwig XVI. an, den dieser auf dem Weg zum Schafott sagte: „Das alles habe ich seit 10 Jahren kommen sehen. Wie kam es nur, dass ich

nicht daran glauben wollte?“

„Die gesetzlichen Grundlagen für integrierte Versorgungsformen sind bereits gegeben,“ führte er weiter aus. Auf dieser Basis könnten Modelle zum Aufbau neuer Managementprozesse entwickelt werden.

Doch was heißt eigentlich „integriertes Prozessmanagement“? Laut Schüttes Definition versuche „integrierendes Prozessmanagement mit vorhandenen Mitteln mit Anwendung von Managementinstrumenten ein integriertes Betreuungsangebot bedürfnis- und bedarfsorientiert in angemessener Qualität und Kontinuität zu gewährleisten“. Konkret heißt das: „Vorhandene Ressourcen müssen in Nutzen für Patienten umgebaut werden.“ Dabei betonte Schütte die Bedeutung von Transparenz, permanenter Optimierung und kontinuierlicher Kommunikation zwischen allen Beteiligten innerhalb des Managementprozesses. Last but not least spiele auch die gegenseitige „achtsame Wertschätzung“ eine maßgebliche Rolle.

Erste Forschungsergebnisse der eBarmer Gesundheitsakte präsentierten Dr. Christian Graf, Abteilungsleiter Gesundheits- und Versorgungsmanagement bei der Barmer, und Dr. med. Hanna Kirchner, Barmer Forschungsvorhaben eGA. Gestartet wurde das Forschungsprojekt im August 2007 und das Ende ist für August 2010 vorgesehen. Im Zentrum der Untersuchung standen die Fragen: „Welchen Beitrag können elektronische Gesundheitsakten auf die Versorgung leisten?“ und „Wie bewerten Versicherte und Nutzer diese neuen



Blick ins Auditorium des Krankenkassensymposiums, das zum vierten Mal von ICW und 4sigma veranstaltet wurde.

Technologien?“

Die Details: 96 Prozent der Versichertenbefragten sind der Auffassung, dass die elektronische Gesundheitsakte (eGA) die Behandlungssicherheit in Notfallsituationen erhöht. 95 Prozent derjenigen, die die Gesundheitsakte bereits nutzen, sehen vor allem Chancen darin, dass sie Untersuchungen bzw. Behandlungen besser nachvollziehen können und für 93 Prozent liegen die Möglichkeiten darin, „mehr eigene Kontrolle“ zu haben.

Betrachtet man die Versicherten in der Befragung, so schätzen chronisch Kranke die Chancen einer eGA höher ein als nicht chronisch kranke Personen. Interessanterweise schätzen Probanden mit Zugang zum Internet die Chancen einer eGA geringer ein, als Probanden, die keinen Internetzugang haben. Auch werden die Chancen einer eGA mit zunehmendem Alter höher bewertet. Als Barrieren, die gegen die Verwendung einer eGA sprechen würden, nennen 81,3 Prozent der befragten Versicherten Datensicherheit und Sorge um unberechtigten Zugriff auf die Akte.

Außerdem erwarten 64,9 Prozent der Versicherten, dass die Gesundheitsakte kostenlos sein sollte.

Die Werbefreiheit für die Akzeptanz einer eGA ist 66 Prozent der Nutzer sehr wichtig. Auch der mögliche Einfluss der eGA auf das Arzt-Patientenverhältnis wurde unter den Nutzern abgefragt: So sind 62 Prozent der Ansicht, dass sie beim Arzt „besser Probleme ansprechen können“ und 61,4 Prozent sagen, dass sie sich besser in der Lage fühlen, mit ihrem Arzt über ihre Krankheit zu sprechen. Wichtig ist nach Einschätzung von Graf, dass „die derzeitigen Forschungserkenntnisse im Gesamtkontext betrachtet werden“. Unbedingt notwendig sei die Implementierung von Leistungserbringerdaten. Außerdem müssten die Schnittstellen für den Datentransfer genau definiert und die Wünsche der Patienten noch stärker berücksichtigt werden.

Grafs Schlussfazit war sogleich als Appell zu verstehen: „Die Beschleunigung der gematik-Prozesse ist eine zwingende Voraussetzung u.a. für die flächendeckende Verbreitung von Gesundheitsakten.“ <<

Dr. med. Dirk Moßhammer MPH
Prof. Dr. med. Gernot Lorenz

Eine Querschnittuntersuchung über die Angaben älterer hausärztlicher Patienten zu ihrem Impfschutz

Rund 85 bis 90 Prozent der Impfungen werden von niedergelassenen Ärzten durchgeführt. Somit nehmen Allgemeinmediziner neben Pädiatern eine wichtige Funktion bei der Durchimpfung der Bevölkerung wahr (RKI, Statistisches Bundesamt 2004). Da in Deutschland Erwachsenenimpfungen nicht zentral dokumentiert werden, muss anhand von Stichproben (z. B. von Bevölkerungsumfragen oder sero-epidemiologischen Untersuchungen) auf den Impf- und Immunstatus der Bevölkerung geschlossen werden. Beispielsweise waren nach einer deutschlandweiten Telefonumfrage des Robert Koch-Instituts aus dem Jahre 2003 rund 36 Prozent der Zielgruppe gegen Influenza geimpft (Reiter 2004; Szucs 2006); im Jahre 2004/2005 lag die Impfungsrate der über 60-Jährigen deutschlandweit bei rund 43 Prozent (Wiese-Posselt et al. 2006). Nach Schätzungen einzelner niedergelassener Ärzte entspricht bei ca. 40 Prozent der Patienten der Impfstatus nicht den aktuellen Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) (Piesold 2007). Genaue Daten über den Impfschutz ambulanter hausärztlicher Patienten sind jedoch spärlich, aber für die Schließung möglicher Impflücken in der hausärztlichen Versorgung notwendig.

Abstract

Nach Schätzungen einzelner niedergelassener Ärzte entspricht bei ca. 40 Prozent der Patienten der Impfstatus nicht den aktuellen Empfehlungen der Ständigen Impfkommission. Verlässliche Daten über den Impfschutz ambulanter hausärztlicher Patienten sind jedoch spärlich. Methoden: In dieser Studie wurden standardisiert impfbegogene Daten von Patienten aus 118 hausärztlichen Praxen erhoben. Ergebnisse: Die Ergebnisse der Erhebung (n=557) legen nahe, dass Impflücken bei älteren hausärztlichen Patienten bestehen und dass Einflussfaktoren von Durchimpfungsraten im hausärztlichen Bereich in Deutschland sowohl patienten- als auch teilweise praxisspezifische Charakteristika aufweisen. Schlussfolgerung: Anhand einer repräsentativen Querschnittserhebung konnten relevante Daten zum Impfschutz erhoben werden. Die vorliegende Untersuchung trägt im Rahmen angewandter hausärztlicher Forschung dazu bei, die Datenlage zu Impfungen bei älteren Erwachsenen zu verbessern.

Schlüsselbegriffe

Allgemeinmedizin, Impfstatus, Versorgungsforschung

>> Die Querschnittuntersuchung fand im Wintersemester 2007/2008 während des zweiwöchigen Blockpraktikums (BP) Allgemeinmedizin statt.

Material und Methoden

Diese praktische Pflichtveranstaltung im fünften Jahr des Medizinstudiums absolviert jeder Studierende zur gleichen Zeit bei jeweils einem der Lehrärzte unseres Lehrbereichs. Zur Einteilung der ca. 140 Studierenden pro 10. Semester kann der Lehrbereich auf ca. 200 Lehrärzte zurückgreifen. Die Zuteilung der Studierenden zu den Lehrärzten richtet sich nach zeitlich-organisatorischen Kapazitäten der Lehrärzte sowie nach den (meist den Ort der Praxis betreffenden) Wünschen der einzelnen Studierenden.

Patienten und Stichprobenumfang: Insgesamt 140 Studierende sollten während dieser zweiwöchigen Ausbildungszeit in einer Lehrpraxis impfbegogene Daten von fünf zufällig ausgewählten Patienten erheben (ein Patient pro Tag, der als erster zwischen acht und neun Uhr in die Sprechstunde kam). Somit war der maximale Stichprobenumfang von n=700 festgelegt (140 x 5). Aufgrund dieser Beschränkung und spezifischer Impfempfehlungen für das höhere Alter (z. B. Pneumokokkenimpfung ab dem 60. Lebensjahr) wurden nur Patienten, die 60 Jahre und älter waren, in die Studie eingeschlossen. Die Teilnahme für Patienten, Lehrärzte und Studierende war freiwillig. Die Ethikkommission gab ihr positives Votum für die Untersuchung. Es wurde bewusst auf die Erhebung des Impfausweis-Status verzichtet, da erfahrungsgemäß die wenigsten Patienten ihren Impfausweis bei sich führen. Ebenso wurde auf die Analyse der Impfdokumentation in der Praxis verzichtet, da davon auszugehen ist, dass vor Ort in der Praxis nicht alle Studierenden dazu in der Lage sind. Sero-epidemiologische Untersuchungen stellen hier eine Ergänzung der Datenlage dar. Sie sind jedoch aufwändig und teuer und erlauben zwar die Bestimmung der Immunitätslage, aber allein nicht die Unterscheidung zwischen stattgehabter Infektion und Impfung. Aus diesen Gründen wurde auf die Angaben der Patienten zu ihrem Impfschutz zurückgegriffen.

Vorgehen und Material: Die Untersuchung wurde in folgenden Schritten geplant und durchgeführt:

- 1) Information der Lehrärzte über Vorhaben/Untersuchung/Studie
- 2) Einleitendes Seminar des Praktikums (in 12 Seminargruppen, einheitliche Information) zur Einführung aller 140 Studierenden

- in Hintergründe und Ziel der Untersuchung
 - die Aufgabenstellung
 - die Arbeitsmaterialien (Informationsschreiben für Studierende, Lehrärzte und Patienten, Erhebungsinstrumente).
- 3) Vor Ort in der Praxis:

- Koordination und Durchführung der Erhebung/Datenerhebung durch die Studierenden bzw. mit Hilfe der Arzthelferinnen bei der Erhebung der Praxisdokumentationsdaten (siehe unten).

Die Studierenden händigten einen standardisierten Informations- und Fragebogen an die jeweiligen Patienten aus mit der Bitte um Teilnahme an der Untersuchung und Beantwortung der Fragen. Gleichzeitig sollten die Studierenden für jeden der fünf Patienten einen weiteren Fragebogen anhand der Praxisdokumentation ausfüllen.

Der Patientenfragebogen enthielt Fragen zum Impfen und zur Kenntnis über bestehenden Impfschutz für verschiedene Standardimpfungen (z.B.: „Haben Sie einen Impfausweis?“ oder „Haben Sie Impfschutz gegen Grippe/Kinderlähmung (Polio)/Wundstarrkrampf (Tetanus), ...?“ Antworten: ja/nein/weiß nicht): Bezüglich der Variablen des Studierendenfragebogens siehe Tabelle 1.

Die Erhebung dauerte insgesamt etwa zehn Minuten pro Patient.

4) Abschließendes Seminar:

- Abgabe der Materialien

Bei Nichtteilnahme der Studierenden, Lehrärzte und Patienten wurden der Grund, das Alter und Geschlecht erhoben.

Datenanalyse: Zur explorativen Analyse möglicher Zusammenhänge zwischen Zielvariable (Angaben der Patienten über Impfschutz verschiedener Impfungen) und Einflussvariablen (z. B. soziodemografische Variablen, Praxisgröße) wurden χ^2 -Tests für kategoriale Variablen durchgeführt und Odds Ratios (OR, mit 95%-Konfidenzintervall) für dichotome Variablen berechnet. Zur explorativen Auswertung möglicher Unterschiede bei metrischen Variablen wurde der Wilcoxon-Rangsummen-Test eingesetzt, da nicht von Normalverteilungen ausgegangen werden konnte. Die Irrtumswahrscheinlichkeit wurde auf 0,05 festgelegt. Aufgrund des explorativen und Hypothesen generierenden Charakters der Untersuchung wurde auf eine Anpassung der Irrtumswahrscheinlichkeit (multiples Testen) verzichtet. Für die Berechnungen wurde das Statistik-Paket SAS Version 9.1 (SAS Institute, Cary, North Carolina) verwendet.

Ergebnisse

Die gesamte Beteiligungsrate der Studierenden betrug 84 Prozent (n=118, 22 Studierende verweigerten die Teilnahme). 10 dokumentierte Nichtteilnahmeerklärungen von Patienten lagen vor. Da nicht alle teilnehmenden Studierenden exakt fünf Patientenbögen ausgefüllt haben, konnten insgesamt 80 Prozent (n=557) des maximalen Stichprobenumfangs (n=700, 140 Studierende x 5 Patienten pro Studierender) erhoben werden.

Die Häufigkeitsangaben der Patienten zum bestehenden Impfschutz für verschiedene Erkrankungen sind in Abbildung 1 dargestellt.

Zur Übersicht zeigt Tabelle 1 die soziodemografischen Daten der Patientenstichprobe (n=557) und die Angaben der Patienten zu den impfbezogenen Variablen. Zum Beispiel gab ein Viertel dieser Altersgruppe an, keinen Impfausweis zu besitzen oder nicht zu wissen, wo dieser ist.

Praxisbezogene Variablen: Tabelle 2 zeigt die Patientenverteilung in Bezug auf praxispezifische Charakteristika.

Tab. 1: Soziodemografische Daten der Patientenstichprobe (n=557) und Angaben der Patienten zu impfbezogenen Variablen

Variable	Ausprägung	Kenngroße
Alter	m (min, med, max)* in Jahren	72 (62, 70, 93)
Geschlecht	männlich weiblich (ref)	n=256 (46%) n=301 (54%)
Behandlungsjahre (in Behndl. seit)	m (min, med, max)* in Jahren	14 (2, 13, 37)
Beruf, ehemaliger Beruf	Akademiker, Leitende, Selbstständige Arbeiter, Bauern, Handwerker Angestellte Hausfrauen Beamte, Angestellte (Gesundheitswesen) Fehlende Angaben Angabe Rentner	n=57 (10%) n=167 (30%) n=117 (21%) n=73 (13%) n=38 (7%) n=98 (18%) n=7(1%)
Beratungsanlass nach ICD 10**	A, B, C, D, H, L E F, G I J K M N R S, T Z Fehlende Werte	n=31 (7%) n=57 (12%) n=22 (5%) n=76 (17%) n=21 (5%) n=13 (3%) n=52 (11%) n=12 (3%) n=19 (4%) n=9 (2%) n=145 (32%) n=100 (18%)
Nationalität	deutsch, nicht deutsch (ref)	n=501 (91%)
Von Hausarzt erinnert worden an Impfungen	ja nein (ref) weiß nicht (ref)	n=361 (65%) n=159 (28%) n=26 (5%)
In Besitz eines Impfausweises	ja nein (ref) weiß nicht (ref)	n=413 (74%) n=114 (20%) n=21 (4%)
Impfungen werden abgelehnt	ja nein (ref)	n=87 (16%) n=455 (81%)
Spezielle Impfungen, die abgelehnt werden	Influenza FSME Alle Sonstige	n=55 (10%) n=9 (2%) n=5 (1%) n=18 (3%)
Noch woanders als nur beim Hausarzt geimpft	ja nein (ref) weiß nicht (ref)	n=129 (23%) n=393 (71%) n=24 (4%)
Ausschließlich ärztlicher Kontakt durch Hausarzt	ja nein (ref)	n=419 (77%) n=124 (23%)
Arztkontakte i.d. letzten zwei Jahren	bis 10 (ref) mehr als 10	n=151 (27%) n=387 (69%)

Wo es nicht ausdrücklich angegeben ist, beliefen sich fehlende Angaben bei den einzelnen Variablen auf max. drei Prozent (n=18).

* Mittelwert (Minimalwert, Median, Maximalwert), ref Referenzkategorie für die Berechnung der Odds ratio (siehe Tabelle 3).

**ICD International Classification of Diseases, Kategorienbuchstabe: A, B (Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten), C bis D (Neubildungen), E (Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten), F (Psychische und Verhaltensstörungen), G (Krankheiten des Nervensystems), H (Krankheiten des Auges und der Augenanhängegebilde, des Ohres und des Warzenfortsatzes), I (Krankheiten des Kreislaufsystems), J (Krankheiten des Atmungssystems), K (Krankheiten des Verdauungssystems), L (Krankheiten der Haut und der Unterhaut), M (Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes), N (Krankheiten des Urogenitalsystems), R (Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind), S bis T (Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen), Z (Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen).

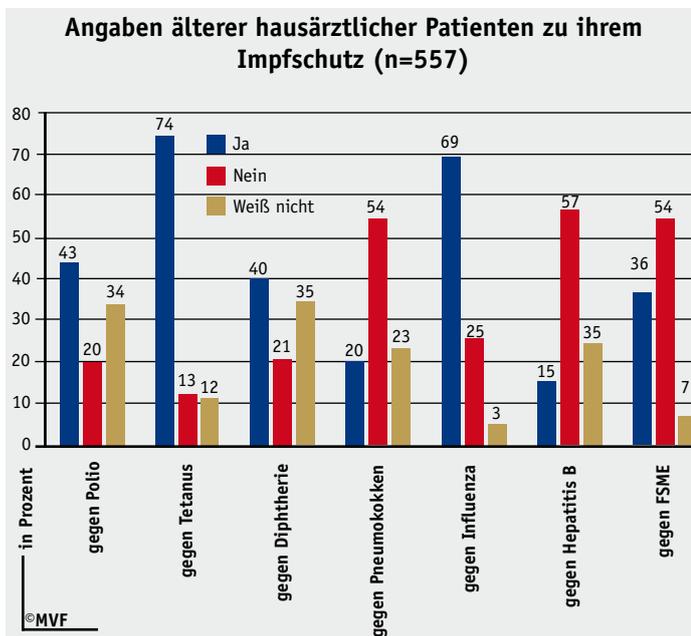


Abb. 1. Häufigkeitsangaben zu bestehendem Impfschutz. Fehlende Angaben bei den einzelnen Impfungen beliefen sich auf max. knapp vier Prozent (n=20).
Legende. FSME: Frühsommer-Meningoenzephalitis.

Im Folgenden werden die signifikanten Assoziationen zwischen den Charakteristika und den Angaben der Patienten zum jeweiligen Impfschutz beschrieben:

Berufserfahrung: Die Praxisinhaber waren im Mittel seit 19 Jahren niedergelassen (Median 20 Jahre, Spannweite 4 bis 31 Jahre); bei den Angaben zum Polio- und Pneumokokkenschutz zeigten sich marginale, aber

Tab. 2: Verteilung der Patientenbefragung in Bezug auf praxis-spezifische Charakteristika

Variable	Ausprägung	Kenngroße
Niederlassung	m (min, med, max) in Jahre	19 (4, 20, 31)
Praxisart	Einzelpraxis Gemeinschaftspraxis	n=313 (56%)** n=244 (44%)**
Aktiviertes Erinnerungssystem	ja nein	n=130 (23%)** n=327 (77%)**
Praxisgröße	Behandlungsvolumen in Patienten/Quartal < 700 >700 bis 1400 >1400	n= 70 (13%)** n=285 (51%)** n=183 (33%)**
Ort	eher städtisch oder städtisch ländlich	n=334 (60%)** n=223 (40%)**
Hausärztlich tätige Internisten	nein ja	n=476 (85%)** n= 81 (15%)**

Fehlende Werte beliefen sich bei den einzelnen Variablen auf max. drei Prozent (n=19).

*Mittelwert (Minimalwert, Median, Maximalwert),

** Anzahl der Patienten

Beispiel Erläuterungen: Dreizehn Prozent der Patienten dieser Stichprobe (n=557) sind in Praxen mit kleinem Behandlungsvolumen befragt worden. Vierzig Prozent der Patienten sind in ländlichen Praxen befragt worden. Signifikante Assoziationen zwischen diesen Charakteristika und den Impfschutzangaben zu den verschiedenen Impfungen sind im Fließtext beschrieben.

signifikante Unterschiede zugunsten kürzer wählender Niederlassung (18,2 und 19,6 Jahre, p=0,02 bzw. 17,7 und 19,4 Jahre, p=0,03).

Praxisart: Unterschiede zwischen den Einzelpraxis- und Gemeinschaftspraxis-Patienten zeigten sich nur bei den Impfschutzangaben gegen Influenza - zugunsten der Einzelpraxis-Patienten (OR 1,6; Konfidenzintervall 1,1 bis 2,4). So gaben 75 Prozent (n=231) der Patienten von Einzelpraxen und 65 Prozent der Patienten (n=153) von Gemeinschaftspraxen an, Impfschutz gegen Influenza zu haben.

Erinnerungssystem: Bei 23 Prozent der Patienten (n=130) gab es in der Praxis ein aktiviertes Erinnerungssystem für Impfungen. Für keine der Angaben zum Impfschutz zeigte sich eine Abhängigkeit vom Einsatz eines solchen Erinnerungssystems.

Praxisgröße: Die Größe der Praxis war nicht signifikant assoziiert mit den Angaben der Patienten zu ihrem Impfschutz.

Praxisort: Siebzehn Prozent der Patienten (n=36) ländlicher Praxen und 24 Prozent der Patienten (n=78) städtischer Praxen gaben an, Impfschutz gegen Pneumokokken zu haben (OR 0,6; Konfidenzintervall 0,40 bis 0,96; p=0,03).

Hausärztlich tätige Internisten: Einundsechzig Prozent der Patienten (n=47) von hausärztlich tätigen Internisten und 73 Prozent der Patienten (n=339) von Hausärzten ohne diese Facharztbezeichnung gaben an, Impfschutz gegen Influenza zu haben (OR 0,6; Konfidenzintervall 0,4 bis 0,97).

Patientenbezogene Variablen: Tabelle 3 zeigt die Ergebnisse der Analysen zu Alter, Behandlungsdauer und Beruf (metrisch und kategoriell skalierte Einflussgrößen).

Da für die verschiedenen Beratungsanlassdiagnosen zum Teil nur kleine Fallzahlen beobachtet wurden (z. T. n<20), wurde auf eine nach Diagnosen geschichtete Analyse verzichtet.

Die Assoziationen von Impfschutzangaben und dichotomen Variablen werden in Tabelle 4 anhand der Odds Ratios dargestellt.

Mit den Impfschutzangaben waren am stärksten assoziiert: 1) die Erinnerung an Impfungen durch den Hausarzt (beispielsweise ging die Angabe, vom Hausarzt an Impfungen erinnert worden zu sein, etwa dreimal so häufig einher mit der Angabe von Pneumokokken-Schutz und etwa doppelt so häufig einher mit der Angabe, Impfschutz gegen Influenza und FSME zu haben). 2) das Vorhandensein eines Impfausweises und 3) die Einstellung zu Impfungen (Ablehnung). Weitere Erläuterungen finden sich direkt unterhalb der Tabelle 4.

Diskussion

Daten aus Deutschland aus dem ambulant-hausärztlichen Bereich zu Impfangelegenheiten sind spärlich. Deshalb wurden in dieser Studie Patienten zu ihrem Impfstatus und potenziellen Einflussfaktoren befragt. Dies geschah mit Hilfe von Studierenden des 10. Semesters im zweiwöchigen Blockpraktikum Allgemeinmedizin. Durch die hohe Beteiligungsrate konnten insgesamt über 550 Patienten aus 118 hausärztlichen Praxen befragt werden. Aufgrund dieser Daten ist nicht von einem Selektionsbias bei den Befragten (Patienten) auszugehen, da die Studierenden den wesentlichen Anteil der drop-outs (16 %) verursachten. Gleichzeitig ist ein Selektionsdruck ausgehend von den Studierenden auf die Patienten unwahrscheinlich. Es ist eine sehr hohe Beteiligungsrate der Patienten anzunehmen.

Das untersuchte Kollektiv ist vergleichbar mit anderen Stichproben im hausärztlichen Sektor (Kerek-Bodden et al. 2000; Stange et al. 1998). Die vorliegenden Ergebnisse sind zum Teil konsistent mit internationalen bevölkerungsbezogenen Untersuchungen und Untersuchungen auf dem

Tab. 3: Explorative Testung potenzieller patientenbezogener Einflussvariablen von Impfschutzangaben (metrisch bzw. kategoriell skalierte Variablen)

Potenzielle Einflussvariablen	Polio	Tetanus	Diphtherie	Pneumokokken	Influenza	Hepatitis B	FSME
Alter ^W	<0,01	0,02	0,04	<0,01	0,37	<0,01	0,06
Behandlungsjahre ^W	0,66	0,12	0,71	0,32	0,26	0,91	0,71
Beruf*	0,02	0,55	0,11	0,05	0,98	0,29	0,94

Fettgedruckte Zahlen stehen für statistisch signifikante Testergebnisse. FSME: Frühsommer-Meningoenzephalitis.

W = Wilcoxon-Rangsummen-Test mit Angabe des p-Wertes.

*Explorative χ^2 -Testung auf Abhängigkeit mit Angabe des p-Wertes für kategorielle Variablen.

Inhaltliche Erläuterungen: Das Alter ist mit fast allen Impfschutzangaben signifikant assoziiert, jedoch nicht konstant in die gleiche Richtung. Die Dauer der Behandlungsjahre zeigte hingegen keinen Zusammenhang mit den Angaben der Patienten zu ihrem Impfschutz. Die Impfschutzangaben gegen Polio und Pneumokokken sind assoziiert mit dem Beruf: Ehemalige Angestellte sowie Beamte oder Beschäftigte im Gesundheitswesen gaben tendenziell höhere Impfpräferenzen für Polio. Hausfrauen und Personen, die Rentner als Beruf angegeben hatten, gaben häufiger an, Pneumokokken-Impfschutz zu haben.

primärärztlichen Gebiet und zeigen, dass Durchimpfungsraten assoziiert sein können mit infrastrukturellen, sozialen und persönlichen Faktoren (z. B. Erinnerungssysteme in der Praxis, ethnische Herkunft, Einstellungen der Patienten, Verhalten des Arztes, Alter, Geschlecht, sozioökonomischer Status usw.) (Daniels et al. 2004; Oster et al. 2005; Appel et al. 2006; Nowalk et al. 2005; Rosser et al. 1992; Lu et al. 2005).

Die vorliegende Studie brachte weitere interessante Ergebnisse zu Tage: Insgesamt ist der Anteil der Patienten, die generell Impfungen ablehnt (ein Prozent), als gering anzusehen (Tabelle 1). Die Influenza-Impfung wurde am häufigsten unter den abgelehnten Impfungen genannt. Bemerkenswert ist die Angabe zum Impfschutz gegen Influenza in Höhe von fast 70 Prozent mit nur einer geringen Angabe von Nichtwissen über das Vorliegen von Impfschutz (Abbildung 1). Ähnliches gilt für die Angaben zum Tetanus-Impfschutz mit 74 Prozent. Interessant im Zusammenhang mit der Tetanus-Impfung sind die Angaben zum Diphtherie-Impfschutz, weil die Diphtherie-Auffrischungsimpfung für ältere Erwachsene seit den Neunziger Jahren zusammen mit der Tetanus-Auffrischung empfohlen wird. Diese Simultanimpfung scheint den Patienten nicht bewusst zu sein und drückt sich in dem hohen Anteil von Nichtwissen über Diphtherie-Schutz aus. Des Weiteren scheint nach den Impfschutzangaben der Patienten das Bewusstsein für die Standardimpfungen gegen Pneumokokken und FSME noch immer nicht ausreichend verbreitet (Abbildung 1). Eine Recherche hierzu im Epidemiologischen Bulletin des Robert Koch-Instituts (www.rki.de) über die Einführung dieser Impfungen ergab, dass die Pneumokokken-Impfung bundesweit seit 1998 und die Frühsommer-Meningoenzephalitis-Impfung (FSME) in Baden-Württemberg seit 2001 empfohlen werden (Sozialministerium 2004). Aufgrund dieser Angaben kann spekuliert werden, dass befriedigende Durchimpfungsraten bei diesen Impfungen bei hausärztlichen Patienten selbst Jahre nach ihrer offiziellen Empfehlung wahrscheinlich nicht erreicht wurden.

Die hier untersuchten praxisbezogenen Einflussgrößen „Praxisart (Einzel- oder Gemeinschaftspraxen)“, „Zeitspanne der Niederlassung“, „Praxisort“ und „Facharzt Innere Medizin“ scheinen lediglich für ein-

Tab. 4: Explorative Berechnung der Odds Ratios (mit 95%-Konfidenzintervall) potentieller Einflussvariablen und verschiedener Impfschutzangaben (dichotome Variablen)

Potenzielle Einflussvariablen	Polio	Tetanus	Diphtherie	Pneumokokken	Influenza	Hepatitis B	FSME
1. Geschlecht (männlich)	0,8 (0,6-1,2)	1,5 (1,0-2,2)	0,9 (0,6-1,2)	0,9 (0,6-1,4)	1,5 (1,0-2,2)	1,2 (0,8-2,0)	1,5 (1,1-2,2)
2. Nationalität (deutsch)	1,3 (0,5-3,7)	1,8 (0,6-5,1)	1,6 (0,6-4,7)	1,1 (0,3-4,1)	1,4 (0,5-4,1)	1,3 (0,3-6)	4,2 (0,9-18)
3. Von Hausarzt an Impfungen erinnert	1,1 (0,8-1,6)	1,7 (1,2-2,6)	1,5 (1,0-2,2)	2,9 (1,7-4,9)	1,9 (1,4-3,1)	1,6 (1,0-2,8)	1,9 (1,3-2,8)
4. In Besitz eines Impfausweises	3,3 (2,1-5,1)	8,4 (5,4-13)	4,5 (2,8-7,4)	3,3 (1,8-6,4)	2,4 (1,7-3,8)	3,6 (1,7-7,8)	10 (5-19)
5. Ablehnung von Impfungen	1,1 (0,7-1,8)	0,9 (0,5-1,5)	1,2 (0,8-2,1)	0,3 (0,1-0,6)	0,08 (0,05-0,1)	0,5 (0,2-1,1)	0,3 (0,2-0,6)
6. Noch woanders als nur beim Hausarzt geimpft worden	1,1 (0,7-1,6)	1,8 (1,1-3,0)	1,2 (0,8-1,8)	0,7 (0,4-1,2)	0,9 (0,6-1,5)	1,2 (0,7-2,1)	0,9 (0,6-1,4)
7. Nur hausärztlicher Kontakt	0,7 (0,5-1,1)	0,6 (0,4-1,0)	0,9 (0,6-1,3)	0,7 (0,4-1,0)	0,7 (0,4-1,1)	0,9 (0,5-1,5)	0,8 (0,5-1,2)
8. Mehr als 10 Arztkontakte	0,7 (0,5-1,0)	1,2 (0,8-1,9)	0,7 (0,5-1,1)	1,0 (0,6-1,6)	1,2 (0,9-2,0)	0,7 (0,4-1,1)	0,9 (0,6-1,4)

* ja/nein oder weiß nicht (zusammengefasst, siehe Referenzkategorie in Tabelle 1), fettgedruckte Zahlen stehen für statistisch signifikante Odds-ratios. FSME: Frühsommer-Meningoenzephalitis.

Inhaltliche Erläuterungen: 1. Alleine die Angaben zum FSME-Impfschutz sind signifikant mit dem Geschlecht assoziiert; Männer geben 1,5-fach häufiger an, Impfschutz gegen FSME zu besitzen. Dieser Zusammenhang findet sich tendenziell auch für die Angaben zum Tetanus- und Influenza-Impfschutz / 2. Tendenz geben Deutsche höhere Impfschutzraten an als Nicht-Deutsche. / 3. Deutliche signifikante und jeweils in die gleiche Richtung weisende Unterschiede von Impfschutzangaben finden sich im Zusammenhang mit „vom Hausarzt an Impfungen erinnert worden zu sein“ / 4. „im Besitz eines Impfausweises zu sein“, und mit 5. „Ablehnung von etwaigen Impfungen“ / 6. Die Angaben zum Tetanus-Schutz sind signifikant assoziiert mit dem Ort der Impfung / 7. Ausschließlich hausärztlicher Kontakt geht für alle hier erfragten Impfungen tendenziell einher mit niedrigeren Impfschutzangaben. / 8. Keine Zusammenhänge ließen sich zwischen den Angaben der Impfschutzraten und der Anzahl von Arztkontakten finden.

zelne Impfungen Einflüsse darzustellen. Dies ist ebenso der Fall für die patientenbezogenen Einflussgrößen „Beruf“, „Geschlecht“, und „noch woanders als nur beim Hausarzt geimpft worden zu sein“. Die Gründe für diese Zusammenhänge bleiben spekulativ.

Die Angaben der Patienten zu den Fragen „in Besitz eines Impfausweises zu sein“ und „vom Hausarzt an Impfungen erinnert worden zu sein“ stellen die markantesten Ergebnisse dieser Untersuchung dar. Beide Variablen sind konstant positiv assoziiert mit den Impfschutzangaben zu allen befragten Impfungen (Tabelle 4). Andere Untersuchungen haben gezeigt, dass häufige Beweggründe für spezifische Impfungen die Empfehlung durch den Hausarzt und eine enge Beziehung zum Hausarzt darstellen (Szusc 2006; Gulich et al. 2006).

Zusammen mit den zum Teil relativ hohen Angaben von Nichtwissen über das Vorliegen von Impfschutz (siehe Abbildung 1) ist hier weiterer Aufklärungs- und Informationsbedarf über Impfungen und deren Auffrischungen sowie das gezielte Ansprechen durch Hausärzte implizit.

Nicht weniger interessant sind jene Variablen, bei denen keine signifikanten Zusammenhänge mit Angaben zum Impfschutz gefunden werden

konnten (z.B. aktiviertes Erinnerungssystem, Behandlungsjahre oder Anzahl der Arztkontakte), weil die Gründe dieser ausgebliebenen Assoziationen an der Schnittstelle Arzt-Patienten-Interaktion und/oder/bzw. im Praxisablauf zu liegen scheinen.

Zusammenfassend zeigt sich, dass relevante Daten zum Impfschutz hausärztlicher Patienten und zu möglichen Einflussfaktoren erhoben werden konnten. Die Befragungsergebnisse weisen darauf hin, dass Impflücken bei älteren Patienten von Hausärzten bestehen und dass Einflussfaktoren von Durchimpfungsraten im hausärztlichen Bereich in Deutschland sowohl patienten- als auch teilweise praxisspezifisch sind. Um bestehende Impflücken weiter zu schließen, scheint das gezielte Ansprechen auf den Impfstatus ein entscheidender Einflussfaktor bei Kontakten mit dem Hausarzt zu sein, da weder aktivierte Erinnerungssysteme noch die Anzahl der Arztkontakte mit höheren Impfschutzangaben einhergingen. <<

A cross-sectional study on the reporting of immunization coverage of elderly primary care patients

According to estimations of primary care physicians, in about 40 percent of their patients the immunisation coverage does not meet the actual recommendations of the »Ständige Impfkommission« located at Robert-Koch-Institute, Berlin. However, reliable data on the immunisation coverage rates of primary care patients are rare. Methods: In this study, data of primary care patients from 118 general practitioners practices were collected. Results: The representative data collection suggests immunization gaps among elderly primary care patients and that in Germany factors influencing immunisation coverage rates have both patient- and practice-specific characteristics. Conclusion: By means of this cross-sectional study, relevant immunization data in the field of primary health care could be collected. The study contributes to improve the data on the immunisation coverage and their influencing factors of elderly patients.

Keywords

Primary healthcare, health services research, vaccination, health care technology, general practice

Literatur

- Appel A, Everhart R, Mehler PS, MacKenzie TD (2006) Lack of ethnic disparities in adult immunization rates among underserved older patients in an urban public health system. In *Med Care* 2006, 44(11):1054-1058.
- Daniels NA, Nguyen TT, Gildengorin G, Perez-Stable EJ (2004): Adult immunization in university-based primary care and specialty practices. *J Am Geriatr Soc* 2004, 52(6):1007-1012.
- Gulich M, Eberhard S, Blankenhorn S, Zeitler HP (2006) Motivation zur Grippeimpfung bei hausärztlichen Patienten in der Saison 2005/2006. In *Z Allg Med* 2006, 82:334-37.
- Kerek-Bodden H, Koch H, Brenner G, Flatten G (2000): Diagnosespektrum und Behandlungsaufwand des allgemeinärztlichen Patientenkontexts. In *ZaeFQ* 2000, 94:21-30
- Lu PJ, Singleton JA, Rangel MC, Wortley PM, Bridges CB (2005): Influenza vaccination trends among adults 65 years or older in the United States, 1989-2002. *Arch Intern Med* 2005, 165(16):1849-1856
- Nowalk MP, Zimmerman RK, Cleary SM, Bruehlman RD (2005) Missed opportunities to vaccinate older adults in primary care. In *J Am Board Fam Pract* 2005, 18(1):20-27.
- Oster NV, McPhillips-Tangum CA, Averhoff F, Howell K (2005): Barriers to adolescent immunization: a survey of family physicians and pediatricians. *J Am Board Fam Pract* 2005, 18(1):13-19.
- Piesold V (2007): Impflücken werden größer. In *Deutsches Ärzteblatt* 2007, 48:2922.
- Reiter S (2004): Ausgewählte Daten zum Impf- und Immunstatus in Deutschland. In *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 47 2004;1144-150
- RKI, Statistisches Bundesamt (2004): Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 1, Schutzimpfungen, überarbeitete Neuauflage
- Rosser WW, Hutchison BG, McDowell I, Newell C (1992): Use of reminders to increase compliance with tetanus booster vaccination. In *CMAJ* 1992, 146(6):911-917.
- Sozialministerium Baden-Württemberg in Zusammenarbeit mit dem Landesgesundheitsamt (2004): In *Altern und Gesundheit in Baden-Württemberg*, Teil 1, S. 98. www.sozialministerium-bw.de
- Stange KC, Zyzanski SJ, Jaén CR (1998) Illuminating the 'Black Box', a description of 4454 patient visits to 138 family physicians. In *J Fam Pract* 1998, 46:377-389
- Szucs TD (2006): Grippeimpfung in Deutschland – eine bevölkerungsbezogene Querschnittsanalyse der drei Influenzasaisons von 2002 bis 2005. In *Med Klinik* 2006, 101:537-45.
- Wiese-Posselt M, Leitmeyer K, Hamouda O, Bocter N, Zollner I, Haas W et al. (2006): Influenza vaccination coverage in adults belonging to defined target groups, Germany, 2003/2004. In *Vaccine* 2006, 24(14):2560-66.

Dr. med. Dirk Moßhammer MPH

Lehrbereich Allgemeinmedizin der Medizinischen Fakultät an der Universität Tübingen / Jahrgang 1967
Er ist seit 2005 als wissenschaftlicher Mitarbeiter im Lehrbereich Allgemeinmedizin sowie als Assistenzarzt in Weiterbildung in Allgemeinmedizin in einer Hausarztpraxis jeweils halbtägig angestellt.
Kontakt: dirk.mosshammer@uni-tuebingen.de

Prof. Dr. med. Gernot Lorenz

Ehemaliger Leiter des Lehrbereichs Allgemeinmedizin der Medizinischen Fakultät an der Universität Tübingen / Jahrgang 1943
Er ist Hausarzt in eigener Praxis in Pfullingen.

Dr. Klaus Meyer-Lutterloh

Patientencoaching: Innovativer Ansatz für mehr Effizienz im Gesundheitswesen

Im ersten Teil dieser Artikelfolge wurden die direkten, indirekten und intangiblen Folgen von Non-Compliance und Non-Adherence dargestellt und daraus abgeleitet, dass die Rolle der Patienten im Behandlungsprozess durch gezielte Maßnahmen gestärkt werden muss, wenn man individuelle und kollektive Gesundheitsziele effizienter erreichen will. Diesem Zweck dient das Patientencoaching als eine der Methoden im Portfolio unterschiedlicher sogenannter Health Management Services (HMS). Patientencoaching wird dabei von der Deutschen Gesellschaft für bürgerorientierte Gesundheitsversorgung (DGbG) wie folgt definiert: „Coaching soll Patienten nachhaltig in die Lage versetzen, ihre individuellen Gesundheitsziele zu erkennen und zu erreichen, indem sie lernen, eigene Fähigkeiten und Fertigkeiten zum Selbstmanagement der Erkrankung zu entwickeln sowie Angebote und Strukturen zielgerichtet auszuwählen und zu nutzen, um damit ihre Lebensqualität zu steigern.“ In diesem zweiten Teil wird nun an Beispielen dargestellt, welche Effizienzreserven durch Patientencoaching zu erwarten sind und dass bereits jetzt schon Krankenkassen Patientencoaching als Pilotprojekte in ihr Versorgungsmanagement integriert haben. Für mehr Transparenz von Coaching-Angeboten wird eine Klassifizierungsmatrix vorgestellt. Schlussendlich werden zahlreiche offene Fragen angesprochen, zu deren Beantwortung eine entsprechende Versorgungsforschung beitragen könnte.

Abstract

Patientencoaching als innovative Dienstleistung im Gesundheitswesen dient dem Zweck, die Therapietreue (Compliance, Adherence), die aktive Mitwirkung und das Selbstmanagement der Patienten bei der Bewältigung ihrer Krankheit unter Berücksichtigung individueller Präferenzen zu fördern. In dieser Folge wird an Beispielen dargestellt, welche Effizienzreserven durch Patientencoaching im Vergleich zu den Effekten von Arzneimittel-Rabattverträgen zu erwarten sind, und dass einige Krankenkassen Patientencoaching-Programme als Pilotprojekte in ihr Versorgungsmanagement integriert haben. Für mehr Transparenz von Coaching-Programmen wird eine Klassifizierungsmatrix vorgestellt. Außerdem werden zahlreiche offene Fragen angesprochen, zu deren Beantwortung eine entsprechende Versorgungsforschung beitragen könnte.

Schlüsselbegriffe

Patientencoaching, Therapietreue, Selbstmanagement, Shared Decision Making, Compliance und Non-Compliance, Adherence und Non-Adherence, Case Management, Assessment, Empowerment, Arzneimittel-Rabattverträge, Klassifizierungsmatrix, Transaktionskosten, Versorgungsforschung

>> Rabattverträge zwischen Krankenkassen und pharmazeutischer Industrie, die im Jahre 2009 einen neuen Boom erlebten, erhöhen das Risiko der Verunsicherung vieler Patienten mit der Folge, dass sie vermehrt mit Non-Compliance und Non-Adherence reagieren und infolge erzwungener Produktwechsel gehäufte Therapieabbrüche mit allen daraus sich ableitenden Konsequenzen vorkommen.

Professor Dr. Harald Schweim, Leiter des Instituts für Drug Regulatory Affairs an der Universität Bonn, hat es auf den Punkt gebracht: „Compliance-Fragen durch Produktwechsel (z. B. „Die Tabletten waren doch immer blau, wieso sind sie jetzt gelb? Ist das Produkt richtig?“) und Vertrauensverluste in die Heilberufler (z. B. „Mein Apotheker gibt mir billiges Zeug und rechnet teuer ab“) sind am schwerwiegendsten.“

Schweim sieht die Grenzen der Austauschbarkeit von Arzneimitteln „immer da, wo entweder auf der Basis der Erkrankung (beispielsweise bei Schmerzpatienten) oder der individuellen Persönlichkeit des Patienten durch einen Austausch negative Folgen für die Therapie, gemessen an patientenrelevanten Parametern, entstehen. Das sei viel häufiger der Fall, als Politiker sich vorstellen, die meist keinen heilberuflichen „Background“ haben.

„... Bei einem Volumen in 2008 von rund 30 Mrd. Euro sparen die Kassen rund 300 Mio. Euro, also etwa 1 %, ein. Und welcher volkswirtschaftlich nicht kalkulierte Aufwand steht dahinter, allein wenn man die nicht einbezogenen Kosten in den Handelsstufen, z.B. auch die Mehrarbeit in den Apotheken, betrachtet? Es würde mich nicht wundern, wenn es gesamtvolkswirtschaftlich betrachtet ein Null- oder Negativsummenspiel ist.“

(Schweim 2009)

Auch die Deutsche Gesellschaft für bürgerorientierte Gesundheitsversorgung (DGbG) e.V. hat Anfang 2009 darauf hingewiesen, dass die Therapietreue der Patienten durch Rabattverträge gefährdet wird und Rabattverträge mehr Schaden als Nutzen stiften. Allein die organisatorischen Mehrkosten bei der Umsetzung der Rabattverträge in den Apotheken betragen über 650 Millionen Euro pro Jahr, so eine Studie der Apotheker. Dazu kommen der zusätzliche Aufwand in den Arztpraxen (geschätzt auf bis zu 200 Millionen Euro) sowie die Kosten der Ausschreibungsverfahren bei den Herstellern und Krankenkassen. Demnach

müssen die Umsetzungskosten - sogenannte Transaktionskosten - der Rabattverträge selbst bei größtem Wohlwollen auf nahezu eine Milliarde Euro geschätzt werden.

An dieser Stelle sei noch einmal auf die im Teil 1 dieser Artikelfolge erwähnten indirekten Kosten mangelnder Therapietreue hingewiesen, zu denen nach Volmer, Kielhorn und Hochgrefe durch nicht eingenommene Arzneimittel bedingte vermeidbare Krankenhaus-Einweisungen, vermeidbare Pflegeleistungen, zusätzliche Arztbesuche und Notfall-einweisungen, Verlust an Produktivität, Verlust an Arbeitseinkommen und vorzeitige Todesfälle gehören. (Volmer, Kielhorn 1998, 1999: 55) In die volkswirtschaftliche Gesamtrechnung sind demnach auch diese finanziellen Folgen einzubeziehen. Zum Beispiel führten Arbeitsunfähigkeitszeiten im Jahre 2007 zu Produktionsausfallkosten von 40 Milliarden Euro bzw. dem Ausfall an Bruttowertschöpfung von 73 Milliarden Euro und Aufwendungen der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung von 12,52 Milliarden Euro. Selbst wenn nur ein Bruchteil dieser Kosten durch Non-Compliance- und Non-Adherence-Folgen bedingt war, so kann diese Betrachtung doch einen Hinweis dafür geben, dass auch die indirekten Kosten mangelnder Therapietreue nicht aus dem Blick verloren werden sollten.

Diesen Folgekosten stehen mögliche Einsparungen gegenüber, die vom AOK-Bundesverband etwas nebulös als ein voraussichtlich höherer dreistelliger Millionenbetrag über den 2-jährigen Vertragszeitraum geschätzt werden, aber „noch nicht exakt zu beziffern“ sind. Insiderkreise vermuten, dass die Einsparungen maximal ca. 500 Millionen Euro betragen dürften. Auf alle gesetzlichen Krankenkassen hochgerechnet würde somit das gesamte Einsparpotenzial bei großzügiger Schätzung kaum mehr als eine Milliarde Euro betragen, also etwa gleich oder geringer als die Kosten der Umsetzung sein. Selbst wenn bei den Krankenkassen weniger Arzneimittelkosten auflaufen, bedeutet das dennoch in der volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung eher ein Nullsummenspiel, vielleicht sogar ein Negativ-Summenspiel, wie der Experte Professor Schweim vermutet hat (Schweim 2009). Leider ist das Rabattgeschehen mit all seinen Facetten in dieser Hinsicht intransparent. Es wäre eine lohnende Aufgabe für die Versorgungsforschung, hier etwas mehr

Licht ins Dunkel zu bringen.

Auch die DGBG kommt wie Schweim zu dem Schluss, dass die Einschränkungen der Arzneimittelauswahl und rabattbedingte Medikamentenumstellungen zur Verunsicherung vieler Patienten mit der Folge einer Verschlechterung der ohnehin unzureichenden Therapietreue führen kann. Bei 31 % der Patienten ist dies häufig, bei weiteren 38 % immerhin gelegentlich der Fall, wie eine Studie der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein zu Auswirkungen der Rabattverträge belegt.

Wenn es demgegenüber durch gezielte Förderung der Therapietreue der Patienten gelingen würde, den Non-Compliance bzw. Non-Adherence-Schaden zu halbieren, ließen sich dadurch wahrscheinlich 5 bis 7 Milliarden Euro an unnötigen Ausgaben sparen. Insofern bietet sich eine volkswirtschaftliche Kosten/Nutzen-Betrachtung der Folgen von Arzneimittel-Rabattverträgen im Vergleich zu den Möglichkeiten des Patientencoaching, also der Compliance- bzw. Adherence-Verbesserung, an. Die Gegenüberstellung der geschätzten Einsparpotenziale von Rabattverträgen und Patientencoaching fällt deutlich zu Gunsten des Coaching und damit einer patientenorientierten und effizienten Arzneimittelversorgung aus. (Abb. 1).

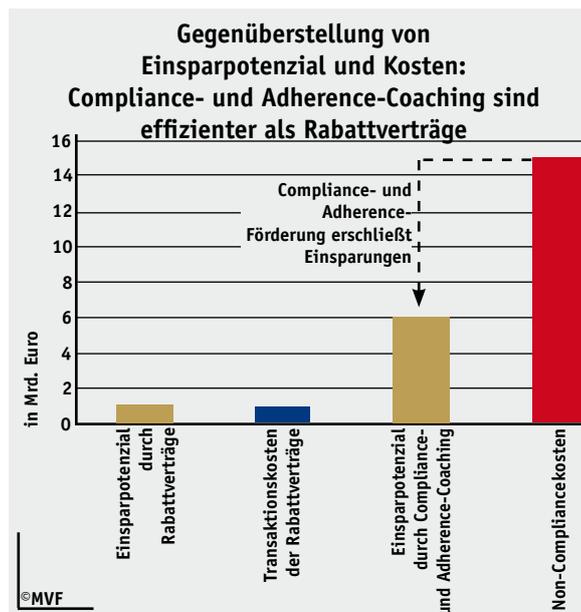


Abb. 1. Compliance und Adherence-Coaching sind effektiver als Rabattverträge
Quelle: DGBG 2009

Statt einer Gängelung der Patienten durch ein kompliziertes und bürokratisches System fordert die DGBG insofern eine stärkere Einbeziehung des Patienten in die Therapie, um die Ergebnisse und die Effizienz im Sinne eines modernen Versorgungsmanagements zu verbessern. Deshalb sind der Sinn der Rabattverträge und deren großer Aufwand angesichts der gravierenden Nachteile erheblich in Frage zu stellen.

Drei Beispiele für Patientencoaching-Projekte

Unter der Bezeichnung Patientencoaching oder ähnlichen Synonyme sind in Deutschland bereits verschiedene Angebote auf dem Markt. Patientencoaching kann entweder freiberuflich durch selbstständige Anbieter oder durch z.B. von einer Krankenkasse oder einen Service-Dienstleister angestellte Coaches angeboten werden. Wichtig sind fachliche Kompetenz, Unabhängigkeit und die Verpflichtung gegenüber dem Wohl des Patienten. Leider gibt es in Deutschland noch keine allgemein anerkannten Qualitätsstandards für das Patientencoaching. Allerdings

Literatur

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Gutachten 2005, Kurzfassung Nr. 25: 23
 Bauer, F./Preuß, K.-J. (2009): Stellenwert und Beiträge zu einer besseren Versorgung durch Health Management Services – HSM. In: Monitor Versorgungsforschung 01/09: 25
 Gänshirt, D./Harms, F. (2008): Compliance Management. In: Monitor Versorgungsforschung 2/2008: 44
 Volmer, T./Kielhorn, A. (1998, 1999): Compliance und Gesundheitsökonomie. In: Petermann F (Hrsg.): Compliance und Selbstmanagement. Göttingen: Hogrefe, 45 – 72 und Gesundh.ökon.Qual.manag., 4: 55-61
 Menning, M. (2009): Compliance fördern – Aber Wie?. Healthcare Marketing 4/09: 48
 Gänshirt, D./Harms, F.(2008): Direkte Patienteninformation: Status Quo 2008. In: Monitor Versorgungsforschung 3/08: 34
 Cramer, JA et al. (2008): Medication compliance and persistence: terminology and definitions. In: Value Health 11(1): 44-7
 Mühlhauser, I./ Müller, H.(2009): Patientenrelevante Endpunkte und patient-reported outcomes in klinischer Forschung und medizinischer Praxis (umfangreiches Literaturverzeichnis). In: Klusen, Fließgarten, Nebling (Hrsg.) Informiert und selbstbestimmt – Der mündige Bürger als mündiger Patient, Band 24 der Beiträge zum Gesundheitsmanagement, Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden 2009
 Schweim, H. (2009): Interview. In AWA (Aktueller Wirtschaftsdienst für Apotheker), 01.05.2009

gibt es inzwischen einige Ausbildungsgänge, die von der IHK zertifiziert sind. Die DGBG strebt an, im Konsens mit Experten und Nutzern einen Mindeststandard zu definieren, an dem jedes Angebot „gemessen“ und eingestuft werden kann.

Die folgenden anonymisierten Projekte werden von deutschen gesetzlichen Krankenkassen angeboten. Die Zahl der teilnehmenden Patienten ist von Krankenkasse zu Krankenkasse unterschiedlich und liegt je nach Krankenkasse im Bereich zwischen 500 und 3.500 Teilnehmern. Eine Herausforderung besteht darin, die geeigneten Versicherten für ein Coaching-Angebot zu gewinnen. Zur Identifikation gibt es Prädiktionsmodelle, allerdings sind die Erfahrungen im Umgang damit eher noch gering. Hinderlich ist, dass Patientencoaching kostenintensiv ist und qualitative sowie wirtschaftliche Ergebnisse in der Regel nicht innerhalb der engen Planungszeiträume der Krankenkassen nachweisbar sind. Auch sind datenschutzrechtliche Vorgaben zu berücksichtigen, die relativ große Herausforderungen darstellen.

Abb 2. Vergleich diverser Konzepte von Kassen
Quelle: DGBG (2009)

Krankenkasse A	
Projektstart	Testbetrieb seit ca. 1 ½ Jahren in drei Bundesländern
Konzept	Medizinisch und motivations-psychologisch fundiertes Coaching. Mit Hilfe eines persönlichen Coachs wird der Versicherte unterstützt, Risikofaktoren zu erkennen, neue Handlungsalternativen zu entwickeln und gesundheitsadäquates Verhalten zu erlernen und umzusetzen. <ul style="list-style-type: none"> • Kasseneigenes Konzept unter Einbeziehung externer Experten • Wissenschaftliche Begleitung und Evaluation
Krankenkasse B und C	
Projektstart B	vor ca. 2 Jahren in vier Bundesländern
Projektstart C	vor ca. 1 Jahr in drei Bundesländern
Gleiches Konzept	Beratung und Motivation durch einen persönlichen Coach mit dem Ziel, den Einzelnen zu unterstützen, seine eigene Entscheidung in Bezug auf den Umgang mit seiner Erkrankung unter Einbeziehung seines Arztes zu treffen. <ul style="list-style-type: none"> • Prinzipien des „Shared decision making“ • Ganzheitlicher Ansatz • Evaluation und wissenschaftliche Begleitung • Konzeption/ Umsetzung mit einem externen Dienstleister
Indikationen, die in diesen Coaching-Projekten übereinstimmend betreut werden	<ul style="list-style-type: none"> • Koronare Herzerkrankung • Herzinfarkt • Herzinsuffizienz • Hypertonus • Diabetes mellitus
Indikationen (in Planung / teilweise umgesetzt)	<ul style="list-style-type: none"> • Asthma • COPD • Rückenschmerz • Depressionen
Kriterien, die für die Auswahl der Indikationen entscheidend sind	<ul style="list-style-type: none"> • Verhaltensmodifikation als wichtiger Faktor für den Therapieerfolg • Ein hohes Maß an medizinischer Evidenz (Leitlinien) • Erkenntnisse aus der Versorgungsforschung • Hohe Erkrankungshäufigkeit • Ökonomische Relevanz • Auf Erfahrungen und Publikationen kann zurückgegriffen werden

Klassifizierung von Patientencoaching-Programmen

Ein erfolgreiches Patientencoaching erfordert eine gute Ausbildung, soziale, Fach- und Methodenkompetenz des Coachs, Veränderungsmöglichkeit und -bereitschaft des Klienten, Klarheit der Auftragsklärung, geeignete Settings bzw. Rahmenbedingungen, Transparenz, Freiwilligkeit und Vertraulichkeit.

Zu Beginn des Coaching-Prozesses müssen die individuell angestrebten Verhaltensänderungen mit dem Teilnehmer in Teilzielen formuliert und regelmäßig überprüft und die Kriterien der Zielerreichung definiert werden. Auch müssen die unterschiedlichen medizinischen Bedarfe und Bedürfnisse von Patienten berücksichtigt finden, je nachdem ob sie vorübergehend akut erkrankt, chronisch krank ohne Leidensdruck (z.B. Diabetes ohne Beschwerden), chronisch krank mit Leidensdruck (z.B. rheumatische Erkrankung), lebensbedrohlich krank (Krebs), psychisch krank oder dement sind. Auf weitere Details der Ausbildung der Coachs und den Prozess des Coachings kann wegen der Komplexität dieser Fragen an dieser Stelle nicht vertieft eingegangen werden. Für eine derartige umfassende Darstellung wird derzeit in der Schriftenreihe der DGBG ein Lehr- und Handbuch für das Patientencoaching erarbeitet.

Außerdem ist kritisch zu hinterfragen, ob da, wo Patientencoaching „draufsteht“, auch wirklich Coaching im eigentlichen Sinne „drin ist“. Die Frage ist also, ob die Kriterien für Coaching entsprechend einer anerkannten Definition erfüllt sind. Um Transparenz herzustellen, kann ein Klassifizierungsraster eine erste Hilfe sein. Die Arbeitsgruppe Patientencoaching der DGBG hat deswegen Kriterien zusammengestellt, an Hand derer ein erster Überblick erreicht werden kann (siehe Klassifizierungsmatrix - Abb 3.).

Offene Fragen

Eine ganze Reihe von Fragen bedarf noch der Antwort. Einige davon sind hier beispielhaft aufgezählt:

- Wie werden die Zielgruppen für das Patientencoaching identifiziert? - Auf welcher Datenbasis?
- Wie werden die Patienten sinnvollerweise angesprochen?
- Wie lässt sich eine fruchtbare Zusammenarbeit zwischen Arzt und Coach erreichen?
- Wie wird der Datenschutz gewährleistet?
- Wie verankert man die Coachs organisational/institutionell?
- Wer zahlt die Leistungen des Coachs?
- Wie wird verhindert, dass der Zahlende den Coach beeinflusst?
- Wer kann Coach sein? (Persönliche Ausbildungsvoraussetzungen, Qualifikation, Ausbildungscurriculum, Qualitätssicherung, Zertifizierung)
- Wer kontrolliert den Coach?
- Welche Messgrößen kommen als Kriterien für die Ergebniskontrolle in Frage?
- Grenzen des Coaching
- Verhaltenskodex, ethische Grundlagen

Fragen an die Versorgungsforschung

Empirie, gesunder Menschenverstand und Logik sprechen dafür, dass Patientencoaching ein erhebliches Potenzial zur Hebung von Nutzen- und Wirtschaftlichkeitsreserven hat. Diese Effekte müssen allerdings noch durch eine entsprechende Begleitforschung nachgewiesen werden. Dabei geht es einmal um die Beschreibung der jeweiligen Ausgangslage und zum anderen um die Frage, wie und an welchen Kriterien die

Einfache Klassifizierungsmatrix für Coaching-Modelle	
Name des Programms	Angaben
Wer?	
Anbieter / Auftraggeber / Kostenträger	
Durchführende / Dienstleister	
Organisationsstruktur	
Unternehmensgröße	
Vergütungsmodell	
Ausbildung der Coaches	
Was?	
Leitbild	
Medium (face-to-face; telefonisch, online)	
Methodik	
Programmziele: (z.B. Lebensqualitätssteigerung, Kostensenkung, Erreichung der individuellen Gesundheitsziele, Teilnehmerzufriedenheit, Patientenbindung, Systemorientierung, Versorgungsqualität)	
Wo findet die Betreuung statt	
Dauer	
Kontaktfrequenz	
Einbindung von Technologie	
Transparenz (Informationen über das Programm offen zugänglich)	
Einschreibungsprozess	
Freiwilligkeit	
Schriftliche Einverständniserklärung	
Ergebnismessung	
Kennzahlen	
Referenzen	

Abb 3. Eigene Darstellung der Arbeitsgruppe Patientencoaching der DGbG (2009)
 Quelle: DGbG (2009)

Patient Coaching: an innovative service to get more efficiency in the health system

Patient coaching as an innovative health management service should support compliance and adherence, active participation and self management of patients in treatment of their diseases considering individual preferences. This second sequence will show what kind of efficiency can be expected by patient coaching compared to the effects of drug discount contracts. Some health insurance companies have integrated pilot projects of patient coaching in their care management. Examples of those projects are demonstrated. For more transparency of coaching programs a matrix of classification will be presented. A lot of remaining open questions should be worked out by health services research.

Keywords

Patient Coaching, Self Management, Shared Decision Making, Compliance and Non-Compliance, Adherence and Non-Adherence, Case Management, Assessment, Empowerment, Drug Discount Contracts, Matrix of Classification, Transaction Costs, Health Services Research

Erreichung individueller sowie kollektiver Gesundheitsziele durch Patientencoaching in Modellprojekten nachgewiesen werden kann. Die Voraussetzung für eine allgemeine Implementierung des Patientencoaching in das Gesundheitssystem sowie die Entwicklung des Berufsbildes eines Patientencoachs wird wesentlich davon abhängen, ob sich die erwarteten qualitativen und wirtschaftlichen Effekte objektivieren lassen. Compliance und Adherence spielen dabei als Prozessparameter eine große Rolle. Entscheidender sind jedoch die Qualitäts-Outcomes und der an definierte Kriterien festzumachende Nutzen für die Patienten sowie die finanziellen Effekte. Da wir davon ausgehen, dass das Verhalten und die Verhältnisse der Bürger bis zu ca. 90 % die gesundheitlichen Outcomes beeinflussen können und die Kosten von Non-Compliance und Non-Adherence derzeit zwischen 10 bis 20 Milliarden Euro liegen, ist anzunehmen, dass sich der Aufwand für eine entsprechende Versorgungsforschung lohnen wird.

Zwischen dem Patientencoaching von chronisch Kranken und Multimorbiden und einem Gesundheitscoaching, das der Gesunderhaltung und der Gesundheitskompetenz der Bürger dient, liegt außerdem ein breites Spektrum an Möglichkeiten für den Einsatz von Coaching-Leistungen im Gesundheitswesen. <<

Dr. Klaus Meyer-Lutterloh

ist Leiter der Arbeitsgruppe Patientencoaching der DGbG e.V. / Jahrgang 1932
 1952–1960 Studium der Humanmedizin in Göttingen und München. 1965–2000 niedergelassen als Facharzt für Allgemeinmedizin, zunächst in Oberbayern, später in München. 1974 - 2004 verschiedene leitende Funktionen in ärztlichen Berufsverbänden und ärztlicher Selbstverwaltung auf Landes- und Bundesebene. 1997 Mitinitiator zur Gründung des Bundesverbandes Managed Care e.V. (BMC), 1997 – 2007 dessen Vorstandsvorsitzender, seitdem Ehrenvorsitzender des BMC. 1998 Mitbegründer eines Ärztenetzes in München (MQM). Seit 2007 Vizepräsident der aus dem ViP hervorgegangenen DGbG e.V. Kontakt: Dr.Meyer-Lutterloh@t-online.de



Prof. Dr. med. Michael Hüll, MSc

Stand und Zukunft der Demenzversorgung

Demenzerkrankungen stellen die Gesellschaften der Industrie-, aber auch der Schwellenländer vor neue Herausforderungen. Die Demenz ist ein klinisches Syndrom, bestehend aus einer Merkfähigkeitsstörung sowie weiteren kognitiven Leistungsstörungen. Damit greift die Demenz an die Grundwurzeln der gesellschaftlichen Teilhabe, die auf Autonomie und Kommunikationsfähigkeit gründen. Eine Demenz ist nicht eine zwangsläufige Folge des Alterns. Über 80 % der 80-jährigen leiden nicht an einer Demenz.

Die mediale Behandlung von Demenzen auf allen Ebenen, allein 53 ausführliche Kino- und Fernsehfilme, zumeist in den letzten Jahren (Segers 2007), sowie ihre Titelblattpräsenz in vielen Printmedien (z.B. Titelblatt der Augustausgabe des „Focus“), hat die ältere Bevölkerung bzgl. des Risikos einer Demenz, ihrer Symptome und insbesondere bzgl. der Tatsache, dass eine zunehmende Merkfähigkeitsstörung nicht altersnormal ist, sensibilisiert. Der Name Alzheimer für die häufigste Demenzerkrankung ist mittlerweile weltweit der bekannteste Arztname.

>> Mit dem Alter zunehmende Hirnveränderungen sind die treibende Kraft der Gedächtnisschwäche. Diese Hirnveränderungen lassen sich in degenerative und gefäßbedingte Veränderungen unterteilen. Eine Verzögerung der Entwicklung dieser Veränderungen um 5 Jahre würde die Häufigkeit von Demenzerkrankungen halbieren. Damit wäre die absehbare Verdoppelung der Prävalenz von Demenzerkrankungen in Deutschland in den nächsten 20 Jahren abgefangen. Untersuchungen

Abstract

Der demografische Wandel mit einem Anstieg der Hochbetagten, das zunehmende öffentliche Wissen über Demenzerkrankungen und die steigenden Erwartungen an medizinische Interventionen von Angehörigen und Betroffenen wird die Nachfrage nach Möglichkeiten zur Frühdiagnose und Therapie für Merkfähigkeitsstörungen im Alter steigern. Während zurzeit auch aufgrund von Stigmatisierung eine dokumentierte Diagnosestellung erst im 3. Jahr einer Demenz erfolgt, wird zukünftig voraussichtlich eine frühere Diagnosestellung im 1. und 2. Krankheitsjahr erfolgen. Im Gegensatz zu umfänglichen Weiterentwicklungen im Bereich der Diagnostik sind die therapeutischen Möglichkeiten jedoch noch beschränkt. Der zunehmende Regelfall des Alleinlebens wird das von älteren Menschen oft geäußerte Ziel, eine Versorgung in der eigenen Häuslichkeit zu ermöglichen, zukünftig beim Eintreten einer Demenz oft gefährden.

Schlüsselbegriffe

Frühdiagnose, Diagnosemitteilung, Stigma, Demenz

zur Prophylaxe einer Demenz durch verhaltensabhängige Maßnahmen wie Ernährungsänderungen oder sportliche und geistige Tätigkeit werden zurzeit in kleinerem Maße durchgeführt. Z.B. konnten Senioren in einer australischen Studie bessere kognitive Leistungen erbringen, wenn sie ein moderates Lauftraining durchführten. Inwiefern diese minimalen kognitiven Differenzen jedoch auch die Diagnose einer Demenz aufschieben können, konnte in dieser Studie nicht gezeigt werden (Lautenschläger et al., 2008). Insgesamt scheinen aber die verhaltensbezogenen Risiken für Demenzen deutlich kleiner zu sein als z.B. für den Diabetes mellitus.

Hinweise für ein Herausschieben einer Demenz existieren für eine konsequente Hypertoniebehandlung, Blutfettsenker (Statine) und einige Schmerzmittel (Non-Steroidal Anti-Inflammatory Drugs, NSAIDs) (Förstl et al., 2009, Hüll et al., 2006). Beweise für einen protektiven Effekt aus prospektiven Studien fehlen jedoch. Das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) fördert zurzeit Untersuchungen zu Statinen im Förderprogramm klinische Studien und NSAIDs im Förderprogramm Kompetenznetz degenerative Demenzen. Diesbezügliche klinische Studien sind aufgrund der notwendigen hohen Teilnehmerzahl und der mehrjährigen Beobachtung sehr aufwändig.

Kohortenstudien zu Risikofaktoren für Demenzerkrankungen wurden im europäischen Ausland und in kleinerem Maße in Deutschland durchgeführt. Im Zusammenhang mit der Gründung des Deutschen Zentrums für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE) in der Helmholtz-Gesellschaft werden auch Überlegungen zur Integration demenzspezifischer Fragestellungen in die Helmholtz-Kohortenstudien in Deutschland geführt. Bei weitgehend vorliegenden korrelativen Daten aus Beobachtungsstudien anderer europäischer Länder wird ein weiterer Wissenszuwachs aber insbesondere von Interventionsstudien kommen. Während patentgeschützte pharmakologische Interventionen durch Firmen erprobt werden, erscheint die Finanzierung von klinischen Studien zur Prophylaxe mit nicht-medikamentösen Interventionen oder patentschutzfreien Medikamenten insbesondere aus öffentlichen Mitteln förderungswürdig.

Demenzdiagnosen werden erst im 3. Krankheitsjahr dokumentiert

Das Alter ist ein Hauptrisikofaktor für eine Demenz mit einem exponentiellen Anstieg des Risikos. Drei von Hundert gesunden 80-Jährigen entwickeln jedes weitere Lebensjahr eine Demenz, im 90. Lebensjahr sind über die Hälfte aller Menschen erkrankt (Qiu et al., 2009). Während diese Daten aus epidemiologischen Feldstudien stammen und eine hohe Übereinstimmung zwischen den europäischen Ländern, Kanada und den USA zeigen, ist die Validität der Diagnosedaten der Krankenkassen kritisch zu sehen. So liegen die Inzidenzraten für eine Demenzdiagnose nach deutschen Krankenkassendaten ca. 30 % unterhalb der Inzidenzraten aus Feldstudien für leichte Demenzen. Anders ausgedrückt ist die Inzidenzkurve der dokumentierten Demenzdiagnosen zur epidemiologisch sicheren Inzidenzrate um 3 Jahre hin zu einem höheren Lebensalter verschoben (www.rostockerzentrum.de/publikationen/rz_diskussionpapier_24.pdf). Gründe einer späten Diagnosestellung können auf Seiten des Betroffenen, seiner Familie oder aber auch des behandelnden Arztes liegen, der eine Gedächtnisstörung im Alter fälschlicherweise als normal beurteilen kann bzw. aufgrund des Stigmas dem Thema ausweicht (siehe 3.2.1. www.degam.de/typo/uploads/media/LL-12_Langfassung_gekuerzt.pdf). Diese Gründe mögen auch zu einer gegenüber Feldstudien reduzierten Inzidenz von Demenzdiagnosen insbesondere bei Hochbetagten beitragen (siehe Abb. 1).

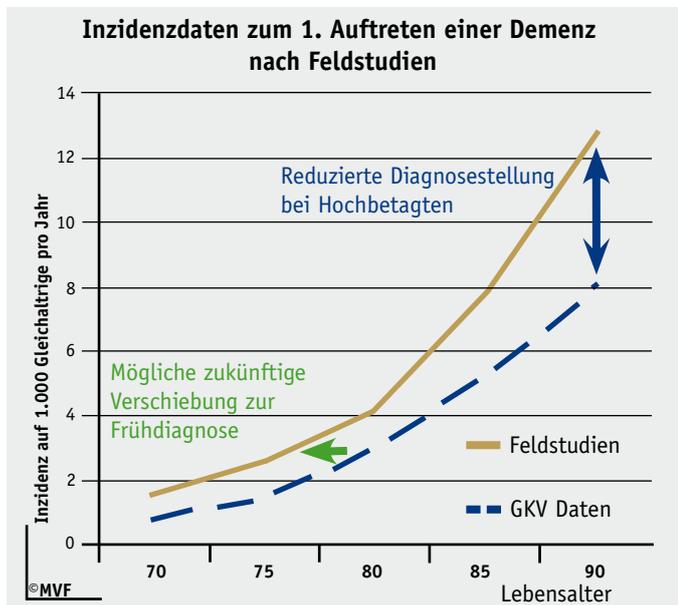


Abb. 1: Inzidenzdaten zum 1. Auftreten einer Demenz nach Feldstudien (gold, nach Qiu et al., 2009) und zur 1. Diagnosestellung nach Krankenkassendaten (blau, nach www.rostockerzentrum.de)

Stigmatisierung verzögert die Diagnosestellung

Wie bei anderen Erkrankungen mit psychischen Symptomen besteht bei Demenzerkrankungen ein hoher Grad an Selbst- und Fremdstigmatisierung. Im Weltgesundheitsbericht 2001 stellte Gro Harlem Brundtland, Generaldirektorin der WHO, mit Blick auf die gesellschaftliche Ausgrenzung von Menschen mit Erkrankungen des Gehirns fest: „Viele von uns scheuen immer noch vor den Betroffenen zurück oder ignorieren sie, so als fehle uns der Mut, sie zu verstehen und uns ihrer anzunehmen.“

(www.who.int/mental_health/media/en/790.pdf).

Die Einstellung zu Demenzerkrankten wurde in Deutschland unter Haus- und Fachärzten erfasst. Dabei fanden sich negative Einstellungen oft bei Ärzten, die sich im Umgang mit Demenzerkrankten als wenig kompetent wahrnahmen (Kaduszkiewicz et al., 2008). Eine Untersuchung in Belgien zeigte, dass nur 68 % der Ärzte eine Demenzdiagnose immer dem Betroffenen mitteilen, wobei jüngere Ärzte häufiger Diagnosen mitteilten, wobei zur Begründung das Recht auf Information auf Seiten des Betroffenen hervorgehoben wurde. Kulturelle Aspekte wurden in dieser Untersuchung aber auch deutlich, da die Rate der Diagnosemitteilungen durch flämisch sprechende Ärzte deutlich größer ist als bei französisch sprechenden Ärzten (Tarek et al., 2009). Die Zurückhaltung gegenüber einer offen durchgeführten Demenzdiagnostik findet sich auch in Großbritannien. Schätzungsweise die Hälfte aller Demenzdiagnosen unterbleiben dort, obwohl die betreuenden Hausärzte klare Anzeichen wahrnehmen. Als Gründe werden die Stigmatisierung von Demenzerkrankten sowie die unzureichende finanzielle Förderung der Betreuung und Behandlung genannt (Iliffe et al., 2009).

In Erkenntnis dieser Defizite wurde von Kaduszkiewicz und der Gruppe von van den Bussche eine Schulung von Hausärzten und Pflegekräften durchgeführt (Kaduszkiewicz et al., 2009). Während allgemein eine positive Einstellungsveränderung nach der Schulung bei Ärzten und Pflegekräften beobachtet wurde, war die Bereitschaft, eine Demenzdiagnose offen mit den Betroffenen zu thematisieren, auf Seiten der Ärzte nicht gestiegen (Kaduszkiewicz 2009). Während viele zur Pflegebedürftigkeit führende Erkrankungen oft während eines stationären Krankenhausaufenthaltes diagnostiziert werden, ist eine stationäre Aufnahme zur Demenzdiagnostik zumeist unnötig. Gleichzeitig sinkt sowohl im stationären als auch im ambulanten ärztlichen Versorgungsbereich die Zeit für Gespräche über gesundheitliche Beeinträchtigungen. Obwohl 3,8 Millionen Krankenhausaufnahmen im Jahr 2007 bei über 75-Jährigen stattfanden, wird in diesem Zusammenhang kaum eine Demenz diagnostiziert oder verschlüsselt, obwohl der Aufnahmeanlass, z.B. ein

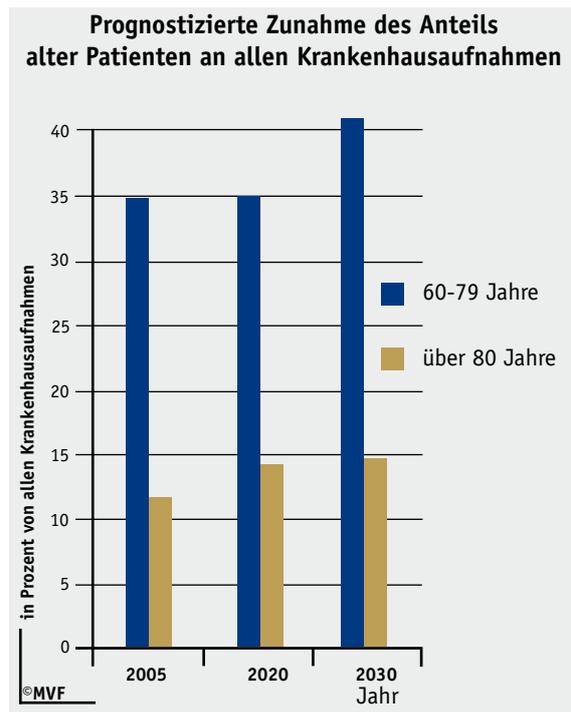


Abb. 2: Prognostizierte Zunahme des Anteils alter Patienten an allen Krankenhausaufnahmen nach www.destatis.de

Sturz oder ein Verwirrheitszustand, oft mit einer bestehenden Demenz zusammenhängt (www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Presse/pk/2008/Krankenhaeuser/begleitheft__krankenhaeuser.property=file.pdf). Im Jahr 2020 wird nach Schätzung des Statistischen Bundesamtes der Anteil der über achtzigjährigen Patienten an den gesamten Patienten eines Krankenhauses über 19 % liegen (Abbildung 2). Damit dürften Demenzerkrankungen als wesentliche Komorbiditäten auch im stationären Bereich in den Vordergrund rücken.

Im Gegensatz zu anderen chronisch progredienten Erkrankungen folgt nach der Diagnose einer Demenz häufig ein Rückzug von Seiten der ärztlichen Betreuung. Aufgrund der in vielen Ländern problematisch empfundenen Diagnosemitteilung wurde in Kanada ein spezielles Programm zur Betreuung und Information der Angehörigen durch Krankenschwestern unmittelbar nach Diagnosestellung entwickelt (Ducharme et al., 2009). Welche Professionalisierung oder Schulung in diesem Bereich der psychosozialen Frühbetreuung benötigt wird bzw. von welchen Kostenträgern refinanziert werden könnte, ist unklar. Verschiedene Träger haben Beratungsstellen für Demenzerkrankte und ihre Angehörigen eingerichtet und Selbsthilfegruppen werden auch mit Hilfe der Deutschen Alzheimer Gesellschaft zunehmend aufgebaut (www.deutsche-alzheimer.de/index.php?id=42&plz=2). Verschiedene Studien weisen daraufhin, dass eine frühe professionelle psychosoziale Mitbetreuung die Rate an Pflegeheimaufnahmen reduzieren kann (Mittelman et al., 2006).

Es bleibt abzuwarten, ob die Aufnahme der Demenz in die Liste der morbiditätsrisikoausgleichsrelevanten Diagnosen die ärztliche Berichtshäufigkeit dieser Diagnose ändern wird. Ebenso wie eine späte Aufnahme einer Demenzdiagnose in die Liste der krankenkassenübermittelten Diagnosen ist auch eine starke Tendenz zur Nutzung unspezifischer Demenzdiagnosen (F03, Demenzsyndrom nicht näher spezifiziert) zu beobachten (www.rostockerzentrum.de/publikationen/rz_diskussionspapier_24.pdf).

Diese Zurückhaltung hat mit diagnostischen Unsicherheiten im allgemeinärztlichen Bereich gerade bei frühen Demenzsyndromen zu tun. Dabei sollte gerade bei einschneidenden Erkrankungen eine einmalige diagnostische Abklärung auf einem hohen Leitlinienniveau erfolgen, bei der meistens auch ohne Einsatz kostenträchtiger oder belastender Untersuchungsmethoden (Positronenemissionstomographie, Liquoruntersuchung) eine hohe Diagnosesicherheit im Stadium der leichten Demenz erreicht werden kann. Diagnostikkosten bei Einsatz von Anamneseerhebung, klinischer Untersuchung, neuropsychologischer Testung, beschränkten Laborwerten und einer Computertomographie liegen im Bereich von ca. 500 Euro, bei Einsatz einer Kernspintomographie bei 740 Euro. Angesichts der fundamentalen prognostischen Bedeutung einer Demenzdiagnose, die aufgrund der vorhersagbar zunehmenden Einschränkungen der Bedeutung einer Krebsdiagnose entspricht, erscheint der Aufwand nicht überhöht. Bei ca. 200.000 Neudiagnosen pro Jahr in Deutschland und ca. 6.000 niedergelassenen Fachärzten für Psychiatrie/Neurologie/Nervenheilkunde (Statistik der Bundesärztekammer, www.baek.de/downloads/Stat08Tabelle08.pdf) scheint auch der regelhafte Einbezug eines Facharztes möglich, wobei in ländlichen Regionen unterschiedliche Zugangsmöglichkeiten bestehen.

Sollte regelhaft die Diagnose in den ersten Jahren des Krankheitsverlaufes erfolgen, findet diese auch zu einem Zeitpunkt statt, wo das Aufsuchen dieser Untersuchungsmöglichkeiten durch die Betroffenen alleine oder in Begleitung ihrer Angehörigen möglich ist. Aufgrund unzureichender Diagnostik ergibt sich zurzeit bei vielen immobilen und schwerer dementen Pflegeheimbewohnern die Frage, ob die Belastungen einer weiteren Diagnostik (Krankenwagentransport und eventuell Sedierung für eine Computertomographie des Kopfes) sinnvoll sind. Da

Demenzerkrankungen sich über mehrere Jahre entwickeln, sollte bei konsequenter Frühdiagnostik diese unbefriedigende Situationen in naher Zukunft nicht mehr auftreten. In den USA wurde eine Verkürzung der Zeit von dem Auftreten erster Demenzsymptome zur Diagnose von 3 Jahren auf 1 Jahr beobachtet; ein Trend, der auch in Deutschland spürbar ist (Knopman et al., 2000).

Vorgehensweisen und Strukturen für eine Früherkennung sind verfügbar

Zahlreiche Schulungen haben Ärzten das aktuelle Wissen zu Demenzerkrankungen sowie mögliche Kurztest an die Hand gegeben. Auf der Ebene der Ärzte ist dabei aktuell insbesondere im städtischen Bereich eine sinnvolle Arbeitsteilung zu beobachten. Allgemeinmediziner und Hausärzte stellen oft den Verdacht auf eine Demenzerkrankung (F03) und nutzen Überweisungswege zu Nervenärzten, um von dem globalen Diagnosebegriff Demenzerkrankung eine diagnostische Eingrenzung zu den wesentlichen Unterformen, Alzheimer Demenz (F00, ca. 60 %), Alzheimer Demenz mit vaskulären Anteilen (F00.2, ca. 15 %), vaskuläre Demenz (F01, ca. 15 %), frontotemporale und seltene degenerative Demenzen (F02, ca. 10 %) zu erhalten. Diese Arbeitsteilung ist sinnvoll, da zur Differenzialdiagnose der Demenzursache größere neuropsychologische und klinische Untersuchungen sowie eine Bildgebung benötigt werden. Innovative Angebote werden dabei zum Beispiel auch von der AOK Baden-Württemberg in Kooperation mit der Universitätsklinik Freiburg entwickelt und für ihre Versicherten vorgehalten. Einrichtungen wie die Freiburger Memory Ambulanz erlauben durch den kombinierten Zugriff auf psychiatrisches, neurologisches, neuropsychologisches, internistisches und sozialmedizinisches Wissen eine umfangreiche Diagnostik, Behandlungs- und Versorgungsplanung innerhalb eines Besuches (www.aok.de/bawue/rd/129025.htm).

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass bereits jetzt in der klinischen Praxis ein auch flächendeckend implementierbares Standardvorgehen existiert, mit hoher Sensitivität und Spezifität eine Demenzerkrankung im ersten Jahr der Merkfähigkeitsstörung zu diagnostizieren.

Das Instrumentarium der Frühdiagnostik ist in den letzten Jahren stark angewachsen und gut evaluiert worden. So stehen z. B. aus der vom BMBF unterstützten AgeCoDe-Studie umfangreiche Normwerte für Deutschland zu der in Demenzzentren und Schwerpunktpraxen am häufigsten angewandten neuropsychologischen Testbatterie bereit (Luck et al., 2009). Unter Einbezug einer Nervenwasseruntersuchung (Liquorpunktion) oder Positronenemissionstomographie (PET, Untersuchung des Stoffwechsels mit Glukose oder mit einem Kontrastmittel für Alzheimer-typische Ablagerungen) ist im Prinzip sogar im symptomarmen Vorlauf des Auftretens einer Demenz eine sichere Diagnose möglich.

Die Therapie der Demenzerkrankungen ist zur Zeit noch unbefriedigend

Bisher zugelassene Antidementiva beeinflussen die Neurotransmitter und haben einen moderaten Nutzen, der durch das Fortschreiten der Demenzerkrankung aber nach einigen Monaten eingeholt wird (www.iqwig.de/download/A05-19A_Abschlussbericht_Cholinesterasehemmer_bei_Alzheimer_Demenz.pdf).

Eine Beschränkung der Therapie auf 6 Monate ist eine falsch verstandene, aber wohl oft praktizierte Vorgehensweise. Auch wenn der Patient nach 6 Monaten wieder so beeinträchtigt wie bei Beginn der Therapie wirkt, muss bei einer progredienten Erkrankung dies trotzdem

als Erfolg gesehen werden. In Deutschland erhalten zurzeit ca. 23 % der erkrankten Versicherten der gesetzlichen Krankenkasse eine Therapie mit einem zugelassenen Antidementivum (Insight Health 2008). Eine frühe Diagnosestellung sowie ein offenerer Umgang mit der Diagnosemitteilung an die Betroffenen und Angehörigen wird voraussichtlich eine höhere Nachfrage nach verordnungsfähigen Antidementiva bewirken. Bei ca. 1 Million Menschen mit einer Alzheimer Demenz und Tagestherapiekosten zwischen 3 bis 4 Euro wären Ausgaben in einem Volumen von ca. 1,2 Mrd. Euro pro Jahr denkbar, eine Versechsfachung der jetzigen Aufwendungen für diese Medikamente. Ab November 2010 laufen erste Patente von zugelassenen Antidementiva ab, so dass ab diesem Zeitpunkt preisreduzierte Generika für Antidementiva erwartet werden können.

Die Wirksamkeit der Therapien in den Grenzbereichen leichte kognitive Störung/beginnende Demenz sowie im Stadium der schweren Demenz muss jedoch skeptisch gesehen werden. Untersuchungen bei leichter kognitiven Störung ergaben keinen Anhalt, dass ein Einsatz der zurzeit verfügbaren Antidementiva bereits bei leichten Merkfähigkeitsstörung sinnvoll ist (Raschetti et al., 2007).

Im Gegensatz zu den diagnostischen Verfahren ist in den letzten zehn Jahren kein neues Therapieprinzip bis zur Zulassung entwickelt worden. Hemmer der Aggregation (Alzhemed®) und der Synthese (Flurizan®) des alzheimer-typischen A β -Peptids scheiterten in großen konfirmatorischen Studien mit weit über tausend Teilnehmern. Aus den mehr als 70 weltweit durchgeführten Studien zur Alzheimer Demenz könnte am ehesten Dimebon, eine Zufallsweiterentwicklung eines früher in Russ-

Literatur

- Brodsky H/ Donkin M. (2009) Family caregivers of people with dementia. *Dialogues Clin Neurosci.* 2009;11(2):217-28.
- Ducharme F/ Beaudet L/ Legault A/ Kergoat MJ/ Lévesque L/ Caron C. (2009) Development of an intervention program for Alzheimer's family caregivers following diagnostic disclosure. *Clin Nurs Res.* 2009
- Förstl H/ Bickel H/ Frölich L/ Gertz HJ/ Gutzmann H/ Hörr R/ Pantel J/ Schmidt R/ Schönknecht P/ Ulm K/ Werheid K. (2009) [MCI-plus: mild cognitive impairment with rapid progression. Part I: prevention and therapy]. *Dtsch Med Wochenschr.* 2009;134(1-2):39-44.
- Hüll M/ Berger M/ Heneka M. (2006) Disease-modifying therapies in Alzheimer's disease: how far have we come? *Drugs.* 2006;66(16):2075-93.
- Iliffe S/ Robinson L/ Brayne C/ Goodman C/ Rait G/ Manthorpe J/ Ashley P/ DeNDRoN Primary Care Clinical Studies Group.(2009) Primary care and dementia: 1.diagnosis, screening and disclosure. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2009;24(9):895-901.
- Insight Health, Monitor Versorgungsforschung 3/ 2008, S10-11
- Kaduszkiewicz H/ Röntgen I/ Mossakowski K/ van den Bussche H. (2009) [Stigma and taboo in dementia care - does continuing education for GPs and nurses contribute to destigmatisation]. *Z Gerontol Geriatr.* 2009;42(2):155-62.
- Kaduszkiewicz H/ Wiese B/ van den Bussche H (2008). Self-reported competence, attitude and approach of physicians towards patients with dementia in ambulatory care: results of a postal survey. *BMC Health Serv Res.* 2008; 6:8:54.
- Knopman D/ Donohue JA/ Guterman EM. (2000) Patterns of care in the early stages of Alzheimer's disease: impediments to timely diagnosis. *J Am Geriatr Soc.* 2000;48(3):300-4.
- Lautenschlager NT/ Cox KL/ Flicker L/ Foster JK/ van Bockxmeer FM/ Xiao J/ Greenop KR/ Almeida OP. (2008) Effect of physical activity on cognitive function in older adults at risk for Alzheimer disease: a randomized trial. *JAMA* 2008, 3;300(9):1027-37.
- Luck T/ Riedel-Heller SG/ Wiese B/ Stein J/ Weyerer S/ Werle J/ Kaduszkiewicz H/ Wagner M/ Mösch E/ Zimmermann T/ Maier W/ Bickel H/ van den Bussche H/ Jessen F/ Fuchs A/ Pentzek M; für die AgeCoDe Study Group. (2009) [CERAD-NP battery: Age-, gender- and education-specific reference values for selected subtests : Results of the German Study on Ageing, Cognition and Dementia in Primary Care Patients (AgeCoDe)]. *Z Gerontol Geriatr.* 2009 Jul 30. [Epub ahead of print]
- Luppa M/ Luck T/ Brähler E/ König HH/ Riedel-Heller SG. (2008) Prediction of institutionalisation in dementia. A systematic review. *Dement Geriatr Cogn Disord.* 2008;26(1):65-78.
- Mittelman MS/ Haley WE/ Clay OJ/ Roth DL. (2006) Improving caregiver well-being delays nursing home placement of patients with Alzheimer disease. *Neurology.* 2006;67(9):1592-9.
- Qiu C/ Kivipelto M/ von Strauss E. (2009) Epidemiology of Alzheimer's disease: occurrence, determinants, and strategies toward intervention. *Dialogues Clin Neurosci.* 2009;11(2):111-28.
- Raschetti R/ Albanese E/ Vanacore N/ Maggini M. (2007) Cholinesterase inhibitors in mild cognitive impairment: a systematic review of randomised trials. *PLoS Med.* 2007;4(11):e338.
- Segers K (2007) Degenerative dementias and their medical care in the movies. *Alzheimer Dis Assoc Disord* 2007; 21: 55-59
- Tarek ME/ Segers K/ Van Nechel C. (2009) What belgian neurologists and neuropsychiatrists tell their patients with Alzheimer disease and why: a national survey. *Alzheimer Dis Assoc Disord.* 2009;23(1):33-7.
- <http://www.aktion-demenz.de> (abgerufen am 31.08.2009)
- <http://www.baek.de/downloads/Stat08Tabelle08.pdf> (abgerufen am 31.08.2009)
- http://www.degam.de/typo/uploads/media/LL-12_Langfassung_gekuerzt.pdf (abgerufen am 31.08.2009)
- http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Presse/pk/2008/Krankenhaeuser/begleitheft__krankenhaeuser,property=file.pdf (abgerufen am 31.08.2009)
- <http://www.deutsche-alzheimer.de/index.php?id=42&plz=2> (abgerufen am 31.08.2009)
- <http://www.gek.de/x-medien/dateien/magazine/GEK-Arzneimittel-Report-2009.pdf> (abgerufen am 31.08.2009).
- http://www.iqwig.de/download/A05-19A_Abschlussbericht_Cholinesterasehemmer_bei_Alzheimer_Demenz.pdf (abgerufen am 31.08.2009)
- http://www.rostockerzentrum.de/publikationen/rz_diskussionpapier_24.pdf (abgerufen am 31.08.2009)
- http://www.who.int/mental_health/media/en/790.pdf (abgerufen am 31.08.2009)

land zugelassen Medikamentes, sowie aktive und passive Impfansätze gegen das A β -Peptid in den nächsten Jahren zugelassen werden. Die Ergebnisse konfirmatorischer Studien stehen jedoch noch aus.

Die häusliche Versorgung ist durch den Wandel der Haushaltsstruktur gefährdet.

Weiterhin sind hauptsächlich Ehepartner, Töchter und Schwiegertöchter in die häusliche Betreuung und Pflege von Demenzpatienten eingebunden. Während 1996 nur 21 % der betreuenden Angehörigen männlich waren, ist dieser Anteil auf 40 % im Jahre 2008 gestiegen (Brodaty et al., 2009). Die größte häusliche Versorgungswahrscheinlichkeit haben weiterhin verheiratete Männer mit einer Demenz. Die Zunahme von Einzelhaushalten aufgrund von Verwitwung und Trennungen sowie der Ausfall von Kindern als betreuende Angehörige durch geographische Trennung oder Kinderlosigkeit wird in den kommenden Jahren die Verfügbarkeit möglicher pflegender Angehöriger begrenzen. Ob alternative Wohnformen (nichtverwandtschaftliche Mehrgenerationenhäuser, Wohngemeinschaften) im Alter eine entsprechende informelle soziale und pflegerische Unterstützung gewährleisten, wird sich erweisen müssen. Die Ergänzungen im Pflegeversicherungsgesetz um zusätzliche Leistungen für im häuslichen Bereich wohnende Demenzpatienten kann hierbei nur im geringen Maße unterstützend wirken. Auch die Auswirkungen und Nachhaltigkeit eines bürgerschaftlichen Engagements, z. B. im Sinn der von der Robert-Bosch-Stiftung geförderten Aktion demenzfreundliche Kommune, bleibt abzuwarten (<http://www.aktion-demenz.de>).

Sollte bei einer leichten Demenz anfänglich eine Betreuung im häuslichen Bereich möglich sein, so sind im weiteren Verlauf neben der zunehmenden Schwere der Demenz insbesondere aggressive Verhaltensweisen und Inkontinenz Risikofaktoren für eine Pflegeheimaufnahme (Luppa et al., 2008). Mehr als die Hälfte aller neu in ein Pflegeheim aufgenommenen Personen leiden bereits an einer deutlichen Demenz bei Aufnahme. Während bei guter Mobilität als Alternative zur hausärztlichen Versorgung der fachärztliche Zugang älteren Menschen im Prinzip offen steht, ist nach dem Verlust der Mobilität eine fachärztliche Versorgung im Pflegeheim oft nicht gegeben. Psychopharmaka gehören zu den häufigsten im Pflegeheim eingesetzten Medikamenten, wobei Verschreibungen oft hausärztlicherseits durchgeführt werden. Die hohe Rate an sedierenden Psychopharmaka bei Demenzpatienten (ca. 30% aller Pflegeheimbewohner mit Demenz) hat mit Veröffentlichung des GEK-Arzneimittelreports 2009 erneut die Diskussion der fachlichen Supervision des Einsatzes von psychiatrischen Medikamenten bei Demenzpatienten angeregt (www.gek.de/x-medien/dateien/magazine/GEK-Arzneimittel-Report-2009.pdf). Eine Alternative zum Einsatz sedierender Medikamente könnte auch eine Milieugestaltung sowie kontinuierliche Supervision eines Pflegeheimbereiches für Demenzkranke durch einen Psychiater, eine psychiatrische Institutsam-

Titel in engl. Sprache

The quest for early diagnosis in dementia will rise because of rising life expectancy, changes in the public knowledge about dementia, and increasing expectations of patients with dementia and their relatives. At present, among other causes, stigma delays the diagnosis of dementia often for years. In the future diagnoses will presumably be documented within the first two years of dementia. In contrast to the evolution of highly efficient diagnostic tools, medical and non-medical treatment of dementia has still limited efficacy. The demographic changes lead to an increase in single person households which is challenging for the goal to treat dementia patients at home.

Keywords

Early diagnosis, Disclosure of Diagnosis, Stigma, Dementia

balanz oder ein geriatrisches Zentrum sein. Eine fachlich adäquate Behandlung der Menschen mit einer Demenz und ihrer Komplikationen wie Verwirrheitszuständen oder aggressiven Verhaltensänderungen ist zur Vermeidung akuter Krankenhausaufnahmen dringend notwendig, da ein akuter Umgebungswechsel meist noch eine Symptomzunahme provoziert. Psychiatrische Fachabteilungen sind wegen der stationären Aufnahme dieser Patienten, die im zugespitzten Akutfall dann nicht mehr ambulant behandelbar sind, teils über die Grenze ihrer Kapazität gefordert. Eine verbesserte fachliche ambulante Behandlung sowie auch die Einrichtung kombiniert gerontopsychiatrisch-somatischer Stationen zur Betreuung von im Rahmen stationärer Aufenthalte auffällig werdender Demenzpatienten erscheint dringend geboten. Entsprechende Konzepte werden zum Beispiel im Rahmen der Weiterentwicklung des baden-württembergischen Landesgeriatriekonzepts diskutiert. Aufgabe der geriatrischen Schwerpunkte und Zentren im Rahmen dieses Konzeptes muss es sein, die Notwendigkeit akuter Verlegungen aus dem Heimbereich oder somatischen Klinikbereich in gerontopsychiatrische stationäre Einrichtungen durch frühzeitiges Erkennen und Behandeln einer entgleisenden Demenzerkrankung zu vermeiden.

Die Versorgung von Demenzerkrankungen wird in den nächsten Jahren insbesondere auf drei Ebenen eine Herausforderung darstellen: 1) der Entwicklung einer effektiven, den Verlauf der Erkrankung bremsenden Therapie, 2) der Versorgung zum Verbleib im häuslichen Umfeld und 3) der Vermeidung von symptomprovozierenden stationären Aufnahmen durch eine entgleisende demenzielle Symptomatik. <<

Prof. Dr. med. Michael Hüll, MSc

Leiter des Zentrums für Geriatrie und Gerontologie Freiburg/ Jahrgang 1964

Er leitet Projekte zur Molekularbiologie und Neuropsychologie der Alzheimer Demenz im Rahmen der BMBF geförderten Verbünde Kompetenznetz Degenerative Demenzen / Forschungsverbund Kognitionsforschung. Nach einem Zusatzstudium zum Gesundheitsmanagement gehören auch patientenorientierte Nutzenbeurteilungen zu seinen Betätigungsfeldern. Gefördert als Leuchtturmprojekte des Bundesministeriums für Gesundheit untersucht er die Wirksamkeit nicht-medikamentöser Therapien sowie die Informationsverbreitung zu Demenzerkrankungen über das Internet. Kontakt: michael.huell@uniklinik-freiburg.de



Günther Sauerbrey

Die medizinische Versorgung hochbetagter Menschen in stationärer Pflege

Neben der systembedingten Schnittstellen-Problematik zwischen der gesetzlichen Kranken- und der gesetzlichen Pflegeversicherung (Vollkasko-Versicherung versus Teilkasko-Versicherung) gibt es auch am jeweiligen Ort der Leistungserbringung konkrete Effizienzreserven zwischen Medizin und Pflege. Dies gilt insbesondere für die Hochbetagten und die Menschen mit Demenz, die in Pflegeheimen wohnen. Mehrere Erhebungen und Analysen zeigen, dass die fachärztliche Versorgung im Bereich der stationären Pflege völlig unzureichend ist und entweder die Allgemeinmediziner mit den Versorgungsproblemen alleine gelassen werden oder die Fachärzte nur selten von den Hausärzten angefordert werden. Die Defizite in der Strukturqualität haben direkte Auswirkungen auf die Prozessqualität. Dies führt auch dazu, dass bestehende Wirtschaftlichkeitsreserven in diesem Sektor nicht mobilisiert werden.

>> Der Gesetzgeber hat versucht, mit dem GKV-WSG die Problematik abzubauen (Pflegeeinrichtungen können in die integrierte Versorgung einbezogen werden, geriatrische Rehabilitation wird zur Pflichtleistung), jedoch wurde mit diesen Initiativen das strukturelle Problem nicht beseitigt. Ökonomische Anreize reichen nicht aus, damit eine gute ambulante, auch fachärztliche Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen erbracht wird.

Die Heimträger müssen motiviert werden, mit lokalen Ärztenetzen zu kooperieren, um Krankenhauseinweisungen und Fahrtkosten zu vermeiden. Die beiden sozialen Sicherungssysteme – gesetzliche Kranken- und gesetzliche Pflegeversicherung – stellen für die hochaltrigen Patienten,

Abstract

Mehr als 700.000 Menschen wohnen heute bereits in Pflegeheimen; die Inanspruchnahme stationärer Pflege nimmt weiter zu. Die wenigen Erhebungen über die medizinische Versorgung in den stationären Pflegeeinrichtungen zeigen ein einheitliches Bild. Wegen der eingeschränkten Mobilität der Heimbewohner ist die fachärztliche Versorgung sehr unbefriedigend; demzufolge gibt es Defizite in Diagnostik und Therapie. Dies gilt insbesondere für die Menschen mit Demenz. In den Pflegeheimen beträgt die Quote der an Demenz erkrankten Menschen ca. 65 %. Trotzdem wird nur eine Minderheit neurologisch/psychiatrisch versorgt. Die Versorgung mit Antidementiva ist unzureichend. Das niedrige medizinische Leistungsniveau hat mehrere Ursachen und entspricht nicht dem Altersbild der Gesellschaft; es ist darüberhinaus gesundheitsökonomisch fragwürdig. Mehrere Erhebungen und Studien zeigen z.B. den reduzierten Betreuung- und Pflegeaufwand bei gleichzeitiger Therapie mit Antidementiva („Memantine“).

Schlüsselbegriffe

Demenz, Pflegeheim, fachärztliche Versorgung, Gesundheitsökonomie, Antidementiva

insbesondere die Patienten mit Demenz, eine besondere Herausforderung dar. Inzwischen beziehen ca. 2 Mio. Menschen Leistungen aus der 1995 gegründeten Pflegeversicherung – davon 1,4 Mio. Menschen für ambulante Pflege und 600.000 Menschen für stationäre Pflege.

Formal sind die beiden Säulen – Krankenversicherung/Pflegeversicherung – getrennt; nicht jedoch faktisch. Jede Krankenkasse muss auch eine Pflegekasse einrichten – die gesetzliche Krankenkasse gestaltet ihre Leistungen nach dem Bedarfprinzip (wie eine Vollkasko-Versicherung), die Pflegekasse nach dem Budgetprinzip (Teilkasko-Versicherung).

Für die Krankenkasse ist der Beitragssatz immer ein entscheidender Wettbewerbsparameter gewesen, das gilt auch nach Einführung des Gesundheitsfonds: Die gesetzliche Krankenkasse will die Zusatzprämie verhindern, deshalb sind trotz Morbi-RSA keine wesentlichen Anreize gegeben, Pflegekosten zu vermeiden, denn Defizite in der Pflegekasse werden kassen- und kassenartenübergreifend ausgeglichen.

Deshalb hat der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (Mai 2005) empfohlen, auch die Pflegeversicherung wettbewerblich auszugestalten, um Wirtschaftlichkeitspotenziale zu mobilisieren. Wörtlich kommt der Sachverständigenrat zu diesem Urteil:

„Die Krankenkassen handeln entsprechend ihrem Anreizsystem rational, wenn sie alle Kosten und Leistungen, die in den Grenzbereich zwischen Krankheit und Pflegebedürftigkeit fallen, in die Pflegeversicherung verschieben.“

Dieser abstrakte System-Konflikt stellt sich im Versorgungsalltag bei den Menschen dar, die sich im Graubereich zwischen Medizin und Pflege befinden – dies betrifft Menschen mit Demenz, insbesondere soweit sie in Pflegeheimen wohnen.

Medizinische Versorgung im Bereich der stationären Pflege

Die Zahl der Heimplätze für vollstationäre Pflege ist in der Zeit zwischen 1999 und 2005 von ca. 630.000 auf fast 740.000 gestiegen. Die Plätze werden in ca. 10.500 Heimen vorgehalten. Diese Dynamik wäre ohne die Eigenständigkeit der Pflegeversicherung nie denkbar gewesen; umso wichtiger ist es, den Schnittstellenbereich zwischen Krankenversi-

cherung und Pflegeversicherung zu beleuchten.

Insbesondere die Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflegerweiterentwicklungsgesetz) hat in den vergangenen Jahren dazu beigetragen, dass Themenbereiche wie Pflegequalität, Pflegekosten und Pflegenotstand im Fokus standen. Die medizinische Versorgung in den Pflegeeinrichtungen war dabei weitgehend ausgeblendet – zu Unrecht.

Zwei Erhebungen/Reports haben die Thematik der medizinischen Versorgung in Pflegeheimen beleuchtet:

SÄVIP-Studie

Die SÄVIP-Studie (Hallauer, J. et al.[2005]) basiert auf einer Fragebogen-Erhebung, mit der Angaben zur ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen bei den Pflegedienstleitungen ermittelt wurden. 800 Pflegeheime haben sich an dieser Befragung beteiligt, auf die insgesamt 65.000 Pflegeplätze entfallen (10,6 % der Grundgesamtheit).

GEK-Pflegereport 2008

Die Datenbasis des GEK-Pflegereports fußt auf den Routinedaten der Jahre 2004 und 2005 der Gmünder Ersatzkasse; einbezogen in den Report waren alle GEK-Versicherten, die am 31. Dezember 2005 60 Jahre und älter waren und mindestens eine Episode mit einer stationären Pflege hatten.

Die methodische Besonderheit des Reports liegt darin begründet, dass die erbrachte medizinische Leistung getrennt gemessen wird, je nachdem, ob der Versicherte in einer stationären Pflegeeinrichtung oder durch häusliche Pflege versorgt wird bzw. noch ohne Leistungen aus der Pflegeversicherung auskommt.

Diese methodische Vorgehensweise ermöglicht neue Erkenntnisse insofern, als auf diese Weise Interdependenzbeziehungen zwischen medizinischer und pflegerischer Leistung offengelegt werden, je nachdem, wo und ob eine Pflegeleistung erbracht wird.

Mobilität der Heimbewohner

Ein zentraler Untersuchungsgegenstand der SÄVIP-Studie ist die Mobilität der Heimbewohner; die verschiedenen Mobilitätsgrade wurden wie folgt festgestellt (Abb.1):

Mobilität/Immobilität	
	in %
Mobilität voll erhalten	18,5
Mobilität leicht eingeschränkt (Gehstock)	10,5
Mittelgradige Mobilitätseinschränkung (Rollator)	25,9
Starke Mobilitätseinschränkung (Rollstuhl)	31,8
Immobilität	13,5

Abb. 1: entnommen aus Hallauer, J. et al. SÄVIP, Hannover 2005

Damit sind fast 30 Prozent der Heimbewohner so mobil, dass sie auch Versorgungsangebote außerhalb des Heimes wahrnehmen könnten. Allerdings reduziert sich die Möglichkeit, Ärzte außerhalb des Heimes aufzusuchen, durch weitere Einschränkungen, z.B. durch Inkontinenz.

Arztbesuche außerhalb des Pflegeheims: Vor diesem Hintergrund überrascht es nicht, dass nur ca. 19 Prozent der Heimbewohner Ärzte außerhalb des Heimes aufgesucht haben (s. Abb. 2).

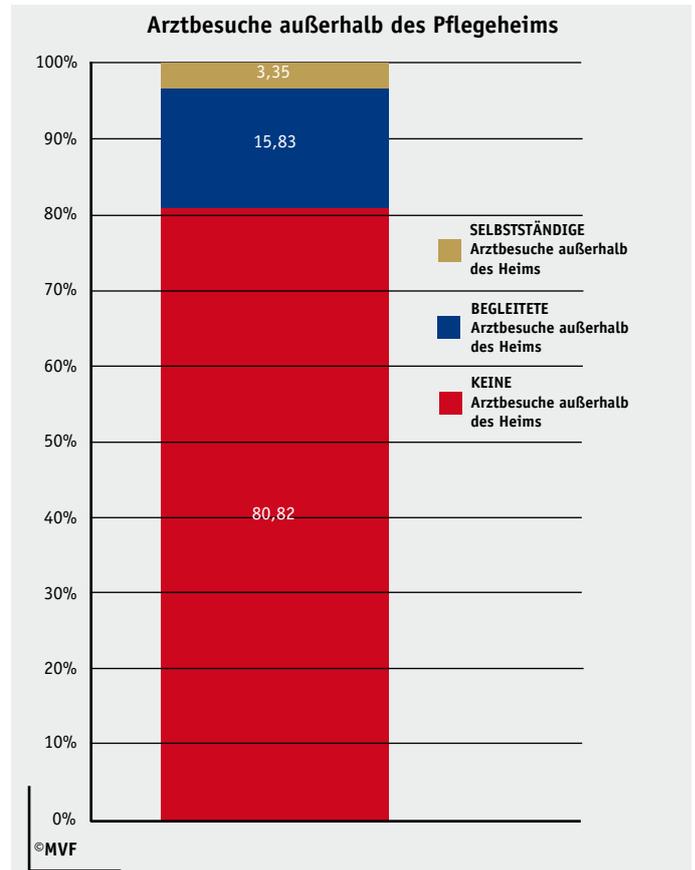


Abb. 2: entnommen aus Hallauer, J. et al. SÄVIP, Hannover 2005

Auch bei gegebener Mobilität muss der Arztbesuch begleitet werden – die Begleitung erfolgt in der Regel durch das Personal des Heimes.

Arztbesuche im Heim: Bei über 80 Prozent der Bewohner in Pflegeheimen muss der Arztbesuch im Heim veranlasst werden. Die SÄVIP-Studie untersucht, wer und in welchem Umfang die Arztbesuche im Heim veranlasst.

Die Befragung zeigte mehr als deutlich, dass die Arztbesuche fast ausschließlich vom Heimpersonal ausgelöst werden – zu fast 99 Prozent, fast nie vom Angehörigen bzw. Betreuer (siehe Abb. 3).

Veranlassung von Arztbesuchen im Heim			
in % der Fälle	Pflegepersonal	Bewohner	Angehörige
nie	0,1	14,6	16,5
selten	0	82,7	81,7
zu gleichen Teilen	1,0	1,6	1,3
meistens	61,6	1,0	0,6
immer	37,2	0,1	0

Abb. 3: entnommen aus Hallauer, J. et al. SÄVIP, Hannover 2005

Die faktische Steuerung der medizinischen Versorgung durch das Pflegeheim ist nicht unproblematisch, denn die Übernahme dieser Aufgabe ist rechtlich ungeregelt und unterliegt auch keiner Qualitätskontrolle. Andererseits ist zu hinterfragen, welche Verantwortung die Betreuer angesichts dieser Zahlen übernehmen, von denen 70 Prozent Familienangehörige und ca. 30 Prozent anderweitig bestellte Betreuer sind.

Träger der ärztlichen Versorgung im Heim: Der Sicherstellungsauftrag der KVen in der ambulanten ärztlichen Versorgung, zu denen auch die Pflegeheime gehören, spiegelt sich in der sehr hohen Beteiligung niedergelassener Ärzte an der Pflegeheimversorgung wieder; angestellte Heimärzte oder mitversorgende Krankenhäuser spielen in der Versorgung nur eine Rolle zwischen 5 und 10 Prozent (siehe Abb. 4).

Träger der ärztlichen Versorgung in Heimen		
Versorgung durch	Zahl der Heime ausschließlich versorgt durch	Zahl der Heime, die zum Teil versorgt werden durch
niedergelassene Ärzte	754	29
angestellte Heimärzte	0	12
Krankenhaus oder REHA-Klinik	6	77

Träger der ärztlichen Versorgung in Heimen in der Stichprobe [SÄVIP] (Mehrfachnennungen möglich)

Abb. 4: entnommen aus Hallauer, J. et al. SÄVIP, Hannover 2005

Besuchshäufigkeiten verschiedener Arztgruppen im Heim: Ein Untersuchungsgegenstand beider Studien war die Frage, in welchem Umfang welche Facharztgruppen an der Heimversorgung beteiligt sind; hier zeigt sich ein sehr differenziertes Bild; vereinfachend hält die SÄVIP-Studie fest: Die Allgemeinmediziner tragen die Hauptlast der medizinischen Versorgung in Pflegeheimen und leisten dies mit einer hohen Besuchsfrequenz, während sehr relevante Facharztgruppen wie z.B. Gynäkologen, HNO-Ärzte, Psychiater (siehe Abb. 5) und Orthopäden teilweise nur sehr unzureichend in den Häusern vertreten sind.

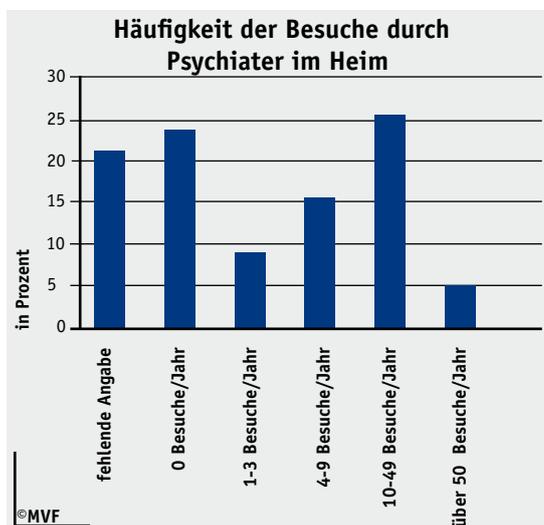


Abb. 5: entnommen aus Hallauer, J. et al. SÄVIP, Hannover 2005

Die Abb. 5 zeigt beispielhaft: ca. 23 Prozent der Heime erfahren während eines ganzen Jahres keinen einzigen Besuch eines Psychiaters (ein Heim hat im Durchschnitt 80 Betten). Die Quote dürfte noch wesentlich höher liegen, da bei 20 % der Heime keinerlei Angaben gemacht wurden.

Der GEK-Pflegereport analysiert insbesondere die Zahl der Arztkontakte in den Pflegeheimen und vergleicht diese mit den Patienten, die ambulante Pflege in Anspruch nehmen bzw. ohne Pflegeleistungen auskommen; hierbei wird unterschieden zwischen der allgemeinärztlichen und der fachärztlichen Versorgung; zwei Aspekte sind generell auffallend:

- Die Zahl der Arztkontakte ist bei den in Pflegeheimen versorgten Patienten deutlich höher, und dies gilt für sämtliche Arztkontakte.
- Mit zunehmendem Alter nehmen die Arztkontakte sowohl der ambulant als auch der stationär versorgten Patienten ab.

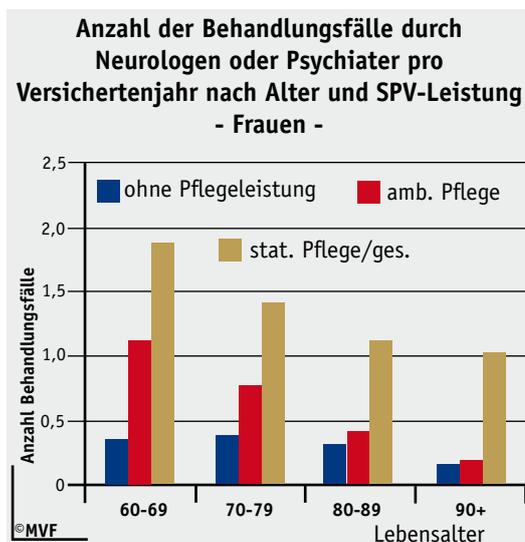
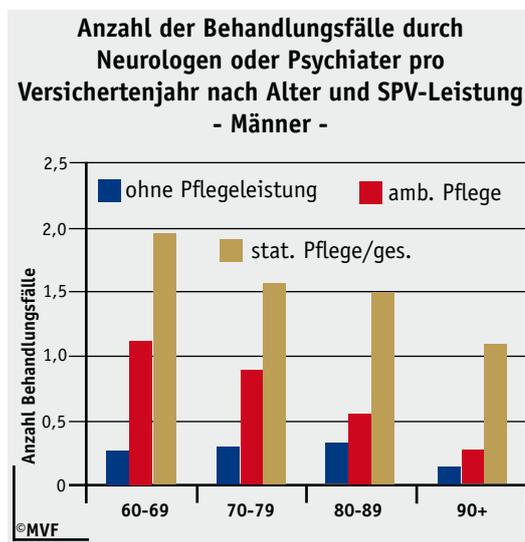


Abb. 6: Anzahl der Behandlungsfälle durch Neurologen oder Psychiater pro Versichertenjahr nach Alter, Geschlecht und SPV-Leistung. Die Abb. wurden unverändert aus dem Pflegereport entnommen; GEK- Pflegereport 2008, Schwäbisch-Gmünd, 2008.

SÄVIP-Studie und GEK-Report bestätigen, dass die allgemeinärztliche Versorgung ausreichend ist; der GEK-Report hat 3,6 bis 4 Arztkontakte bei den Frauen pro Jahr und 3,9 bis 4,6 Arztkontakte bei den Männern pro Jahr festgestellt, differenziert nach der jeweiligen Altersgruppe. Diese Kontaktfrequenz stellt alles andere als den Ausdruck einer Überversorgung dar, aber dahinter verbirgt sich letztlich wenigstens ein Arztkontakt pro Quartal.

Angesichts der erdrückenden Demenzproblematik in den Pflegeheimen ist die Zahl der Arztkontakte bzw. der Behandlungsfälle aus den entsprechenden Facharztbereichen von besonderem Interesse. Auch die Zahl der Facharztkontakte/Behandlungsfälle (Neurologie/Psychiatrie) liegt in den Heimen über dem Niveau mit ambulanter Pflege versorgten Patienten, aber die absolute Zahl der Kontakte ist unbefriedigend.

Mit zunehmendem Lebensalter der Heimbewohner nimmt auch die Zahl der Behandlungsfälle aus dem Bereich der Neurologie/Psychiatrie deutlich ab, obwohl das dominierende Krankheitsbild (demenzielle Erkrankung) mit dem Lebensalter korreliert und das bei einer Demenzprävalenz von rund 70 Prozent in den höheren Altersgruppen unter den Pflegeheimbewohnern.

So reduziert sich über die steigenden Alterskategorien der Patienten die Frequenz der Behandlungsfälle mit Facharztkontakt (Neurologie/Psychiatrie) in stationärer Pflege von 1,9 auf 1,1 pro Versichertenjahr (siehe Abb. 6).

Im GEK-Pflegereport wird die Zahl der Arztkontakte wie folgt bewertet: „Während das Ausmaß der allgemeinärztlichen Versorgung noch als knapp ausreichend gewertet werden kann, gibt es bei einigen Facharztgruppen Anlass, eine Unterversorgung zu vermuten; bei Internisten und Neurologen/Psychiatern wird das definierte absolute Sollmaß nicht erreicht“ (siehe Abb. 7) – und die neurologisch/psychiatrische Versorgung als problematisch angesehen.

Die Versorgung mit Antidementiva

In der Erhebung der SÄVIP-Studie werden die demenziellen Erkrankungen mit einer Prävalenz von 53,4 % angegeben; empirische Studien zur Häufigkeit der Demenz in Heimen, bei denen die Heimpopulationen entsprechend untersucht wurden, weisen für Deutschland höhere Prävalenzwerte aus (60 - 65 %); die geringere Einschätzung durch die Pflegedienstleitungen ist ein Hinweis auf die oft fehlende Diagnose der Demenz als Krankheit im Heim.

Trotz der in der SÄVIP-Studie angegebenen Demenz-Prävalenz von nur 53,4 % liegt der Bewohner-Anteil mit Demenzmedikation bei nur 19,5 %; in 36 % der Heime erhalten weniger als 10 % der Bewohner Antidementiva; in 50 % der Heime werden weniger als 15 % der Bewohner spezifisch medikamentös versorgt (siehe Abb. 8 aus SÄVIP).

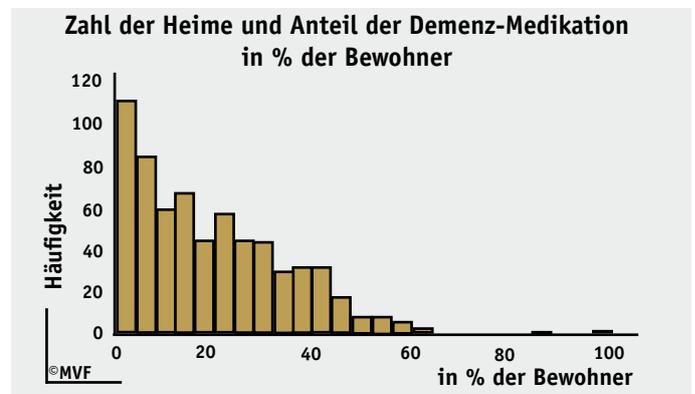


Abb. 8: entnommen aus Hallauer, J. et al. SÄVIP, Hannover 2005

Bewertung der ärztlichen Versorgung im Pflegeheim			
Facharztgruppe	Im Vergleich zu den Nicht-Pflegebedürftigen haben Heimbewohner an Arztkontakten	Absolutmaß	Insgesamt
Allgemeinärzte	signifikant mehr	knapp ausreichend	eher unproblematisch
Internisten	weniger, teilweise signifikant	potentiell nicht ausreichend	potentiell problematisch
Neurologen/ Psychiater	signifikant mehr	nicht ausreichend	problematisch
Augen-Ärzte	signifikant weniger	ohne Maßstab	problematisch
HNO-Ärzte	weniger, aber nicht signifikant	ohne Maßstab	eher unproblematisch
Haut-Ärzte	etwas mehr, nur teilweise signifikant	ohne Maßstab	unproblematisch
Orthopäden	signifikant weniger	ohne Maßstab	potentiell problematisch
Urologen/ Gynäkologen	ähnlich viele	nur bei Männern ausreichend	bei Frauen potentiell problematisch
Chirurgen	ähnlich viele	ohne Maßstab	unproblematisch
sonst. Ärzte	ähnlich viele	ohne Maßstab	unproblematisch

Abb. 7: Die Abbildung wurde unverändert aus dem Pflegereport entnommen; GEK- Pflegereport 2008, Schwäbisch-Gmünd, 2008.

Der GEK-Pflegereport kommt zu dem Ergebnis, dass häuslich gepflegte Personen „bedeutend“ mehr Antiparkinsonmittel und Antidementiva erhalten: „Bei Kontrolle der Erkrankungen erhalten Pflegebedürftige in stationärer Pflege allerdings signifikant weniger Antidementiva als Pflegebedürftige in häuslicher Pflege und als nicht Pflegebedürftige.“ (siehe Abb. 9).

Bewertung der Arzneimittelversorgung im Pflegeheim		
Arzneimittel	Im Vergleich zu den Nicht-Pflegebedürftigen haben Heimbewohner bei Kontrolle der Erkrankungen an Verordnungen	Bewertung
Psycholeptika	signifikant mehr	tendenziell Überversorgung
Analgetika	signifikant mehr	eher keine Überversorgung
Antidepressiva	mehr	möglicherweise Überversorgung
Anti-Parkinsonmittel	teilweise mehr, teilweise weniger	-
Anti-Dementiva	teilweise signifikant weniger	tendenziell Unterversorgung
Beers-Liste	ähnlich viele	-

Abb. 9: Die Abbildung wurde unverändert aus dem Pflegereport entnommen; GEK-Pflegereport 2008, Schwäbisch-Gmünd, 2008.

Die Autoren der Studie kommen zu dem Schluss: „Die – auch bei Kontrolle des Krankheitsspektrums und hier insbesondere der Demenz – geringere Menge an verordneten Antidementiva in Pflegeheimen können dagegen als Unterversorgung interpretiert werden. Die im Vergleich zu nicht Pflegebedürftigen geringeren Verordnungen sind umso auffälliger, als die Pflegebedürftigen in häuslicher Pflege signifikant mehr Antidementiva erhalten als nicht Pflegebedürftige.“

GEK-Report und SÄVIP-Studie unterscheiden sich zwar in ihrer Erhebungsmethodik, kommen aber zu demselben Ergebnis: Es muss vermutet werden, dass vielerorts die medizinische Versorgung in Heimen nicht ausreichend ist. Auf der einen Seite sind insbesondere Bewohner von Pflegeheimen in ihrer Fähigkeit eingeschränkt, Ärzte in ihren Praxen aufzusuchen oder den „Hausbesuch“ im Heim anzufordern, andererseits glauben die Angehörigen vielfach, dass die Verantwortung für die ärztliche Versorgung dem Heim obliegt, das die freie Arztwahl der Bewohner zu beachten hat.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben den Sicherstellungsauftrag für die ambulante Versorgung, zu denen auch die Pflegeheime zählen – aber ein Arzt oder auch Facharzt, der nicht gerufen wird, kann auch nicht kommen, und der MDK prüft primär die Qualität der Pflege und ob die Institution Pflege die ärztliche Anweisung umgesetzt hat, er prüft aber nicht, ob die relevanten Arztgruppen in der notwendigen Frequenz die Heimbewohner versorgt haben. Diese komplizierte Versorgungsverantwortung ist hinderlich bei einem Fortschritt im Bereich der medizinischen Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen.

Qualität in der stationären Pflege – zweiter Bericht des MDS

2007 erschien der zweite MDS-Qualitätsbericht, der die Qualitätsberichte der einzelnen Medizinischen Dienste der Krankenkassen zusammenfasst.

Da das Vorläuferpapier – der erste Qualitätsbericht – in 2004 erschienen ist, ermöglichen die Analysen, eine Qualitätsentwicklung auf breiter Basis zu beurteilen.

Analysiert man die wesentlichen „Problemzonen“ in stationären Pflegeeinrichtungen, so ergaben sich folgende Veränderungen zwischen dem ersten und dem zweiten Qualitätsbericht:

Verbesserung bei Dekubitus-Prophylaxe, Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme sowie bei der Inkontinenz-Versorgung, keine Verbesserung hingegen bei der Versorgung der gerontopsychiatrischen Patienten (siehe Abb. 10)

Ergebnisqualität bei bestimmten Pflegeproblemen		
Pflegeprobleme	Angemessene Versorgung in stat. Einrichtungen 2003	Angemessene Versorgung in stat. Einrichtungen 2006
Dekubitusprophylaxe	56,9	64,5
Ernährungs- und Flüssigkeitsversorgung	59,0	65,6
Inkontinenz-Versorgung	79,9	84,5
gerontopsychiatrische Beeinträchtigung	69,6	69,7

Abb. 10: Die Daten wurden entnommen aus: 2. Bericht des MDS nach § 118 Abs. 4 SGB XI (eigene Tabelle)

Auffallend ist, dass es nur bei dem Pflegeproblem der gerontopsychiatrischen Erkrankungen keinen Fortschritt im Bereich der stationären Pflege gegeben hat; übrigens im Gegensatz zur ambulanten Pflege, bei der eine angemessene Versorgung bei Personen mit gerontopsychiatrischen Beeinträchtigungen zu 73,9 Prozent im Jahre 2006 gegenüber 67,3 Prozent im Jahre 2003 gezeigt wurde.

Es überrascht nicht, dass insbesondere bei den gerontopsychiatrischen Beeinträchtigungen die Verbesserung der Pflegequalität ausbleibt, insbesondere nicht, wenn wichtige fachärztliche Disziplinen in den Pflegeheimen nicht präsent sind; dieses Defizit kann nicht durch die „Pflegesäule“ kompensiert werden, die durch ein Verhältnis von 52 % Fachkräften und 48 % Hilfskräften geprägt ist.

Berliner Projekt – eine Alternative mit gesundheitsökonomischer Perspektive

Ausgangspunkt des „Berliner Projektes“ war eine Westberliner Besonderheit vor über 30 Jahren: Seit Mitte der 70er Jahre gab es dort Krankenhäuser und Krankenhäuser mit Abteilungen für chronisch Kranke. Mit Einführung der Pflegeversicherung sollten diese Häuser und Abteilungen in stationäre Pflegeeinrichtungen umgewandelt werden – ohne

Ärzte und Therapeuten.

Damit drohten damals für ca. 7.500 Patienten in 67 Einrichtungen Versorgungsdefizite. Denn die Mehrheit der niedergelassenen Vertragsärzte sah sich außerstande, die medizinische Versorgung durchgehend zu übernehmen.

Das „Berliner Projekt“ war die gefundene Antwort und eine bis heute währende Übergangslösung, an der ca. 40 stationäre Pflegeeinrichtungen mit 5.000 Patienten (von insgesamt 284 stationären Pflegeeinrichtungen in Berlin) teilnehmen.

Dies sind die Eckpunkte des Berliner Projektes:

Die Pflegeheime können mit angestellten oder mit niedergelassenen Ärzten die medizinische Versorgung sicherstellen, dafür gelten folgende Grundsätze:

- Die Ärzte stellen eine „Rund-um-die-Uhr-Versorgung“ sicher.
- Einmal wöchentlich finden ärztliche Regelvisiten statt.
- Fallbesprechungen in interdisziplinären Teams gibt es 1 x im Quartal.
- Verpflichtung zur Teilnahme an Qualitätszirkeln.

Die Finanzierung erfolgt über Pauschalen pro Bewohner:

- 818 Euro für die ärztliche Grundversorgung pro Patient u. Jahr
- zusätzlich eine fiktive morbiditätsorientierte Pauschale für veranlasste Leistungen
- 385 Euro für die therapeutische Betreuung (Heilmittel)
- 684 Euro (ausgewählte Heilmittel)

Die Pauschalen fließen bei angestellten Ärzten an das Pflegeheim, bei niedergelassenen Ärzten an die KV.

Die behandelnden Ärzte profitieren von dem Projekt durch eine doppelt so hohe Honorar-Kopfpauschale. Für die morbiditätsorientierte Pauschale für veranlasste Leistungen (Arzneimittel, KH, Fahrtkosten) wird ein Zielwert definiert, flankiert mit einem Bonus-Malus-Konzept.

Ökonomisch imponiert das Berliner Modell insofern, als insbesondere Krankenhaus-Einweisungen in den nicht beteiligten Einrichtungen ca. 2,5 mal so häufig sind (siehe Abb. 11).

Dass in den Projekteinrichtungen mit deutlich weniger Krankenhauseinweisungen dies die Lebensqualität der Heimbewohner erheblich begünstigt, ist offenkundig.

Die erhebliche Reduzierung der Krankenhauseinweisungen sowie der Fahrtkosten hat wesentlich zu dem guten ökonomischen Ergebnis des Berliner Modells beigetragen (siehe Abb. 12).

Behandlungen im Krankenhaus												
	1998		1999		2000		2001		2002		2003	
Projekteinrichtungen PE	42		42		40		40		40		40	
übrige Einrichtungen ÜE		238		243		244		238		244		231
KH-Fälle	1113	9088	1156	10962	1058	11248	1076	11874	1050	13030	921	11569
KH-Fälle je Einwohner	0,25	0,57	0,27	0,66	0,26	0,66	0,27	0,68	0,29	0,73	0,27	0,70
Faktor, um den die KH-Häufigkeit in Nicht-Projekt-Einr. höher ist	2,3		2,5		2,5		2,5		2,5		2,6	

Abb. 11: Entnommen aus Kotek, H.: Acht Jahre „Berliner Projekt“ in der stationären Pflege - hohe Qualität, weniger Kosten in: Demenzbehandlung in Pflegeheimen - Wirklichkeit, Chancen und Grenzen, Wiesbaden 2006.

Abb. 11: Behandlungen im Krankenhaus sind in den Projekteinrichtungen (Berliner Modell) deutlich niedriger als in den nicht teilnehmenden Einrichtungen (KH = Krankenhaus)

Ausgabenentwicklung wichtiger Leistungsbereiche innerhalb des Berliner Modells in Euro				
	2000	2001	2002	2003
Therapeuten (Heilmittel)	242.164	271.901	232.413	137.328
Hilfsmittel	1.148.494	1.121.432	997.207	909.800
Medikamente	-429.118	-357.558	-411.401	-360.487
Krankenhaus	-5.899.904	-6.013.493	-6.375.137	-5.415.886
Fahrtkosten	-661.782	-719.870	-802.533	-806.804
Bruttoergebnis	-5.600.146	-5.717.587	-6.359.451	-5.536.048
Zusatzkosten für Ärzte	1.132.272	1.118.013	1.050.242	935.549
Projektkosten inkl. Bonus	725.000	725.000	725.000	725.000
Nettoergebnis	-3.742.874	-3.874.674	-4.584.209	-3.875.499

Abb. 12: Ausgabenentwicklung im Berliner Modell; entnommen aus: s. Abb 11.

Das Pflegeweiterentwicklungsgesetz

Der Gesetzgeber hat die Problematik in den Heimen erkannt, aber die Maßnahmen greifen nur in engen Grenzen:

- So werden Pflegeheime zur vertragsärztlichen Versorgung dann ermächtigt, wenn eine ausreichende ärztliche Versorgung der Pflegeheimbewohner nicht durch einen
 - angestellten Heimarzt, der geriatrisch fortgebildet sein muss,
 - oder durch niedergelassene Ärzte im Rahmen der hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V, nach § 73 c SGB V oder nach § 140a SGB V sichergestellt ist.

In der Begründung zu dem Artikel 5 des Pflegeweiterentwicklungsgesetzes heißt es folgerichtig: „Die Pflegekassen sollen darauf hinwirken, dass stationäre Pflegeeinrichtungen Kooperationen mit niedergelassenen Ärzten eingehen oder eigene Heimarzte einstellen.“ Diese Vorstellung ist unrealistisch, die vergleichsweise kleinen Pflegekassen sind überfordert, die deutlich größeren Krankenkassen zu steuern.

Die Umsetzung dürfte sehr schwierig sein, weil für einen Heimarzt (durchschnittliche Heimgröße 50 – 100 Betten) die ökonomische Basis

zu schmal ist und die speziellen Versorgungsverträge nach § 73 b und c SGB V und nach § 140a SGB V der jeweiligen Zustimmung des Versicherten bedürfen, und dies dürfte bei Hochaltrigen problematisch sein.

Pharmaökonomische Bedeutung antidementiver Therapie

Zwei gesundheitsökonomische Aspekte fallen in der Versorgung der Menschen mit Demenz auf:

- der hohe Anteil von Pflege- und Betreuungskosten an den Gesamtkosten. Im fortgeschrittenen Alzheimer-Stadium - also im MMSE- Bereich von 0 bis 10 - ist der Pflegeaufwand so hoch, dass alle anderen Leistungsbereiche absolut und relativ kaum noch von Bedeutung sind, wie z.B. Diagnosekosten, ambulante Therapiekosten, Medikationskosten, stationäre Kosten; Graf von der Schulenburg beziffert den Kostenanteil, der durch diese übrigen Leistungserbringer verursacht wird, mit ca. 5 %.

- die ausgeprägte Linearität zwischen dem Schweregrad der Erkrankung und den Pflegekosten; so hat Hay gezeigt, dass bei einem MMSE-Ausgangswert von 7 ein Rückgang um einen Punkt mit zusätzlichen Pflegekosten von \$ 1.846 pro Patient und Jahr verbunden ist.

Vor diesem Hintergrund ist es nicht nachvollziehbar, dass die wenigen medizinischen/therapeutischen Möglichkeiten nicht genutzt werden, die heute mit den modernen Antidementiva zur Verfügung stehen. So konnte z. B. durch eine prospektive pharmakoökonomische Studie (Wimo et al. 2003) gezeigt werden, dass bei Patienten mit mittelschwerer bis schwerer Alzheimer-Demenz unter Memantine-Therapie (20 mg/p.d.; 28 Wochen) der Pflegebedarf pro Monat gegenüber Placebo um 51,5 Stunden reduziert wird und sich Kosteneinsparungen der Gesellschaft von 1.090 USD pro Monat ergeben.

Das Schnittstellenproblem zwischen gesetzlicher Kranken- und Pflegeversicherung verhindert die Mobilisierung von Wirtschaftlichkeitsreserven.

Zusammenfassung

Die Bewohner in Pflegeheimen werden älter, und ihre Multimorbidität

Medical Care of elder people with dementia in nursing homes

More than 700,000 people already live in nursing homes; ever more are availing themselves of inpatient care. The few surveys that have been carried out in inpatient care institutions show a homogeneous picture: due to the limited mobility of home residents medical care from specialists is most unsatisfactory, with resulting deficits in diagnosis and therapy. This applies particularly to people with dementia. About 65% of people in nursing homes suffer from dementia. But only a minority receive neurological/psychiatric care. Medication with anti-dementia agents is inadequate. The low level of medical services provided has a number of causes and does not correspond to the age spread in society. It is also dubious in terms of health economics; for example, several surveys and studies have shown reduced expenditure on care and nursing, and concomitant therapy with anti-dementia agents (memantine).

Keywords

Dementia, nursing home, specialist medical care, health economics, anti-dementia agents

nimmt zu. Die Prävalenz demenzieller Erkrankungen liegt inzwischen bei über 65 %. Der GEK-Pflegereport 2008 und die SÄVIP-Studie legen nahe, dass die unzureichende fachärztliche Versorgung in den Pflegeheimen die medizinische Versorgung beeinträchtigt und auch die gemessene Pflegequalität limitiert (siehe zweiter MDS-Qualitätsbericht).

Die wenigen pharmakoökonomischen Möglichkeiten werden nicht ausgeschöpft. Das „Berliner Projekt“ weist in die richtige Richtung, bei dem entweder Heimärzte die Versorgung übernehmen oder niedergelassene Ärzte eng mit dem Pflegeheim zusammenarbeiten. Das Honorarvolumen ist für die im Berliner Projekt ambulant erbrachten ärztlichen Leistungen allerdings deutlich höher als im Bundesdurchschnitt. Das scheint vernünftig zu sein, denn es erübrigen sich häufige Krankenhausaufenthalte und hohe Transportkosten. Mit dem PfwG sollte eine verbesserte vertragsärztliche Versorgung erreicht werden; aber die im § 129 b SGB V umgesetzten Regelungen sind sehr restriktiv. Entscheidend wird sein, auch die Organisation der medizinischen Versorgung eines Pflegeheimes – und deren Transparenz – zu einem Qualitätskriterium zu entwickeln, damit auch die Heimträger motiviert sind, die faktisch von ihnen durchgeführte medizinische Steuerung als Qualitätskriterium zu gestalten. <<

Literatur

- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend: Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger – unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen (Vierter Altenbericht), Berlin 2002
- GEK- Pflegereport 2008, Schwäbisch-Gmünd
- von der Schulenburg, J. M.: Vortrag „Ökonomische Aspekte der Demenztherapie“; Workshop „Die Arzneimittelversorgung Dementer unter den Bedingungen der aktuellen Gesetzgebung“ des Zukunftsforums Demenz, Oberursel, 16. März 2002
- Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflegeweiterentwicklungsgesetz), Bundesanzeiger Nr. 20 vom 30. Mai 2008
- Hay, J. WQ. (1997): Archives of Neurology, 54 (6), S. 687 - 693
- Hallauer, J.; Bienstein, C; Lehr, U; Rönsch, H.: SÄVIP- Studie zur ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen, Hannover 2005
- Kotek, H.: Acht Jahre „Berliner Projekt“ in der stationären Pflege – hohe Qualität, weniger Kosten, in: Demenzbehandlung in Pflegeheimen – Wirklichkeit, Chancen und Grenzen; Dokumentationsband 16 des Zukunftsforum Demenz, Hrsg.: Füsigen, I; Hallauer, J.F., Wiesbaden 2006
- Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e. V.: 2. Bericht des MDS nach § 118 Abs. 4 SGB XI, Qualität in der ambulanten und stationären Pflege, Essen 2007
- Oberender, P. (2000): Demenz – eine gesellschaftliche Herausforderung, Pharm. Ind. 2000
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (Hrsg.) (2005): Sachverständigen-Gutachten „Koordination und Qualität im Gesundheitswesen“, Kapitel V
- Sauerbrey, G.: Pflege und medizinische Versorgung alter Menschen in Pflegeheimen – Verantwortung in mehreren Händen, in: Gesellschaftspolitische Kommentare, Bonn, 46, 6/2005
- Wimo. A. et al.: resource utilization and cost analysis of Memantine in patients with moderate to severe Alzheimer's Disease. Pharmacoeconomics 21 (5): 327 - 340, 2003

Günther Sauerbrey

ist Vice President Merz Pharmaceuticals GmbH/ Jahrgang 1948

Er ist seit 1975 bei Merz Pharma, 1978-2001 Leitung Marketing und Vertrieb Pharma Deutschland; seit 2001 Bereichsleiter Health Care Relations; 2001 Gründung des Zukunftsforum Demenz; 1996 - 2005 Mitglied im Vorstand bzw. stv. Vors. des Bundesverbandes der Pharmazeutischen Industrie (BPI). Veröffentlichungen zur Schnittstellenproblematik von gesetzlicher Kranken- und Pflegeversicherung und zu den Defiziten in der geriatrischen Versorgung. Kontakt: guenther.sauerbrey@merz.de



Versorgungs-Intelligenz aus dem Norden

Intelligente Verträge

Stakeholder TaskForce

Care Maps

Festbetragsrechner

Klinikspiegel

EBM-Dossier

EPC HealthCare GmbH

EPC HealthCare GmbH
Alte Rabenstraße 32
20148 Hamburg

TEL +49 (40) 854 0291 - 00
FAX +49 (40) 854 0291 - 29

info@epc-healthcare.de
www.epc-healthcare.de