

VERSORGUNGS monitor FORSCHUNG

Fachzeitschrift zu Realität, Qualität und Innovation der Gesundheitsversorgung

TITEL-INTERVIEW:

Annette Widmann-Mauz,
Parlamentarische Staats-
sekretärin: „Letztendlich
muss die Politik im par-
lamentarischen Verfahren
entscheiden, was gesche-
hen soll.“



„Ein grundlegender Korrekturbedarf“ (Koschorrek)

„Ärzte aufs Land!“ (Kossow)

„21,34 % Einsparpotenzial“ (Sens)

**FOKUS:
AMNOG / Krebs**

VERSORGUNGS monitor FORSCHUNG

02/11 4. Jahrgang

Editorial

Fokus: AMNOG / Krebs 4

Herausgeber Prof. Dr. Reinhold Roski

Titelinterview

„Gegenseitiges Verständnis ist eine Voraussetzung für Versorgungsforschung“ 6

Die parlamentarische Staatssekretärin Annette Widmann-Mauz im MVF-Interview

Redaktion

Bessere Versorgung im Land 13

Brandenburger Krebskongress

Über 5 Mrd. ineffizient investiert 13

Siemens Finance & Leasing GmbH veröffentlicht eine aktuelle Studie

„Ein grundlegender Korrekturbedarf“ 14

Aus dem spectrumK-Tagungsvortrag von Dr. Rolf Koschorrek (CDU/CSU)

Mehr Transparenz bei der Darmkrebs-Versorgung 15

Deutsche Krebsgesellschaft legt erste Daten der zertifizierten Darmkrebszentren vor

Praxisbeirat unterstützt Versorgungsforschung 16

„Monitor Versorgungsforschung“ (MVF) ruft ein neues Gremium ins Leben

Zahlen - Daten - Fakten

Mehr Transparenz im Markt für zytostatische Zubereitungen 10

Standards

Impressum 2 Essay/Meinung 18 News 17 Rezension 17

WISSEN

Professor Dr. med. Klaus-Dieter Kossow 21

Ärzte aufs Land!

Das Spannungsfeld Politik vs.

Patientenorientierung

Überlegungen zur Bedarfsplanung innerhalb des Versorgungsgesetzes

Wissenschaftlicher Beirat Praxisbeirat

Prof. Dr. med. Bettina Borisch MPH
FRCPath/ Prof. Dr. Gerd Glaeske/
Dr. Christopher Hermann/Franz
Knieps/Roland Lederer/Prof. Dr.
Wolf-Dieter Ludwig/Prof. Dr. h.c.
Herbert Rebscher/Dr. Joachim
Roski MPH/Prof. Dr. med. Matthias
Schrappe/Dr. Thomas Trümper

arvato services healthcare /
Deutsche BKK / InterCompo-
nentWare AG / Kassenärztliche
Vereinigung Bayerns / Novartis
Pharma GmbH / MedicalCon-
tact AG / Pfizer Deutschland
GmbH / Vivantes - Netzwerk für
Gesundheit GmbH

WISSENSCHAFT

Michael Siewert / Anja Schweitzer

**Versorgungsmanagement aus Versicherten-
sicht. Anforderungen und Auswirkungen** 25

Patienten sind es in Gesundheitsbelangen alles andere als gewohnt, Verantwortung für sich und ihre Gesundheit zu übernehmen. Bereits das SGB V unterstreicht, dass sie zwar Mitverantwortung und Mitwirkungspflicht haben. Die Hauptverantwortung weist es jedoch der gesetzlichen Krankenversicherung zu. Auch die herkömmliche Denkwelt in der Medizin führte in der Vergangenheit häufig dazu, dass Patienten als Objekte der Medizin ohne eigene Verantwortung gesehen wurden.

Günther Sauerbrey

**Dementielle Erkrankungen zwischen Medizin
und Pflege - Schwierigkeiten für die
Versorgungsforschung** 29

Der Barmer-GEK Pflegereport 2010 zeigt implizit am Beispiel dementieller Erkrankungen ein wesentliches Dilemma der Versorgungsforschung auf: die vielfältigen Interdependenzen zwischen Pflege und Demenz werden einerseits sehr gut beleuchtet, und darüber hinaus sind die weitergehenden Zusammenhänge von Medizin, Pflege und Demenz zwar darstellbar, andererseits ist die Darstellung nur bedingt brauchbar, weil die Abrechnungsdaten aus der ambulanten und vertragsärztlichen Versorgung immer weniger verwertbar sind für Aussagen zur Versorgungsqualität. Dies wird eine zunehmende Herausforderung für die Krankenkassen und das Gesundheitssystem: Wie können anfallende Leistungsdaten aus der ambulanten und vertragsärztlichen Versorgung für die Versorgungsforschung sinnvoll verwertet werden?

Dr. Heiner Melchinger

**Psychotherapie vs. fachärztliche Behandlung
in der ambulanten psychiatrischen Versorgung** 35

In vergleichenden Analysen von Psychotherapie und fachärztlicher Behandlung (psychiatrische Basisversorgung) soll untersucht werden, in wie weit die gegenwärtige ambulante Versorgung den Maßgaben von Bedarfsorientierung/Versorgungsgerechtigkeit und Kosteneffektivität/Wirtschaftlichkeit genügt. Da zur psychiatrischen Basisversorgung mehrere Arbeiten vorliegen (z.B. Melchinger 2008, 2010), wird hier der Fokus auf Psychotherapie gelegt.

Dr. med. dent. Daniel R. Reißmann

Prof. Dr. med. dent. Guido Heydecke

**Patientenorientierung als Zukunftsthema bei
der Rehabilitation der Mundgesundheit** 41

Zahnmedizinische Behandlungen wurden über viele Jahre zumeist über Veränderungen von klinischen Befunden bewertet. So stellt die Überlebenszeit von Zahnersatz einen der wichtigsten Erfolgsparameter bei prothetisch-zahnmedizinischen Therapien dar.

Impressum Monitor Versorgungsforschung - Fachzeitschrift zu Realität, Qualität und Innovation der Gesundheitsversorgung

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

Herausgeber

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

Chefredaktion

Peter Stegmaier (verantwort. Redakt.)
Kölnstr. 119, 53111 Bonn
Tel +49 228 7638280-0
Fax +49 228 7638280-1
stegmaier@m-vf.de

Redaktion

Wolfgang Dame
dame@m-vf.de

Olga Gnedina
gnedina@m-vf.de
Jutta Mutschler
mutschler@m-vf.de

Verlag

eRelation AG - Content in Health
Vorstand: Peter Stegmaier
Kölnstr. 119, 53111 Bonn
www.erelection.org
mail@erelection.org

Verlagsleitung

Peter Stegmaier
Anzeigenleitung/Vertrieb/Abo
Anke Heiser (verantwortlich für
den Anzeigenteil)
heiser@m-vf.de

Marketing:

Boris Herfurth
herfurth@m-vf.de
Kölnstr. 119, 53111 Bonn
Tel +49 228 7638280-0
Fax +49 228 7638280-1

Abonnement

„Monitor Versorgungsforschung“
erscheint sechsmal jährlich. Der
Preis für ein Jahresabonnement
beträgt 90 Euro. Jahresvorzugspreis
für Studenten gegen Vorlage einer
Immatrikulationsbescheinigung
60 Euro. Die genannten Preise
verstehen sich zzgl. Versandkosten:
Inland 9,21 Euro; Ausland 36 Euro.
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 Beiträ-
gen und Informationen
an den Verlag liegt das
jederzeit widerrufliche
Einverständnis, die zu-
gesandten Beiträge bzw. Informati-
onen in Datenbanken einzustellen,
die vom Verlag oder Dritten geführt
werden.

Auflagenmeldung

Mitglied der Informationsgemein-
schaft zur Feststellung der Verbrei-
tung von Werbeträgern e.V. (IWV),
Berlin. Verbreitete Auflage: 6.379
(IVW 1. Quartal 2011)



BESSERE DATEN. BESSERE ENTSCHEIDUNG.



Erwarten Sie mehr von uns: Die einzigartige Analyseplattform IH-GALAXY, umfangreiches Markt- und Daten-Know-how sowie exzellenter Service machen uns zu einem der führenden Dienstleister im Gesundheitsmarkt. Auf Basis der Behandlungshistorie von bis zu 40 Millionen Patienten können wir zeitnah Auffälligkeiten im Bereich der ambulanten Arzneimittelversorgung aufdecken. Unsere Daten und Analysen dienen u. a. als Basis für umfassende Kosten-Nutzen-Bewertungen und Versorgungsstudien.

Was Sie sonst noch von uns erwarten können, finden Sie unter www.insight-health.de.

**INSIGHT**HEALTH



Prof. Dr. Reinhold Roski:

Herausgeber von „Monitor Versorgungsforschung“ und Professor für Wirtschaftskommunikation im Fachbereich Wirtschaftswissenschaften der Hochschule für Technik und Wirtschaft Berlin.

Wissenschaft trifft Praxis

„Monitor Versorgungsforschung“ will die beiden Standbeine der Gesundheitsversorgung - Wissenschaft und Praxis - noch besser integrieren. Dazu wurde aus wichtigen Akteuren des Gesundheitswesens der neue Praxisbeirat konstituiert, der Herausgeber und Verlag zusätzlich zum wissenschaftlichen Herausgeberbeirat unterstützt. Der Praxisbeirat besteht aus wichtigen Organisationen und Unternehmen der Gesundheitsversorgung, die Versorgungsforschung aktiv fördern und im Beirat durch hochrangige Fachleute prominent vertreten sind. > S. 16

Titelinterview:

„Ein wunder Punkt (bei der Übertragung von Erkenntnissen der Versorgungsforschung in die Versorgungsrealität) ist die häufig unzureichende Kommunikation zwischen Wissenschaftlern und Anwendern. Gegenseitiges Verständnis ist aber eine wichtige Voraussetzung für erfolgreiche Versorgungsforschung und den Transfer von Erkenntnissen in den Praxisalltag.“ So **Annette Widmann-Mauz**, Parlamentarische Staatssekretärin beim Bundesminister für Gesundheit. Zu einer besseren Kommunikation zwischen den Versorgungsfachleuten will auch „Monitor Versorgungsforschung“ beitragen. > S. 6 ff

Für die politische Rahmensetzung „liefern Studien und Ergebnisse der Versorgungsforschung wichtige, hilfreiche Beiträge zur Entscheidungsfindung. Allerdings muss letztendlich die Politik im parlamentarischen Verfahren entscheiden, was geschehen soll.“ „Wissenschaftliche Beratung ersetzt [...] nicht die politische Entscheidung.“ Versorgungsforschung liefert Entscheidungsgrundlagen; die Entscheidungen zu treffen, ist dann ein weiterer Schritt. Sie ergeben sich nicht automatisch aus den Ergebnissen der Versorgungsforschung.

Kommentare/Meinung

Brigitte Sens, Leiterin des Zentrums für Qualität und Management im Gesundheitswesen der Ärztekammer Niedersachsen, hat Experten gebeten, zu einer erfundenen Meldung Stellung zu nehmen. Wenn man dieses Potential besser nutzen könnte ... > S. 18 ff.

Klaus-Dieter Kossow, Ehrenvorsitzender des Deutschen Hausärzterverbandes, nimmt sich die Themen „Arztzahlen auf dem Lande“ und „Politik vs. Patientenorientierung“ vor. > S. 21 ff.

Fokus: AMNOG/Krebs

Koschorrek, Obmann der CDU/CSU-Fraktion im Gesundheitsausschuss, erläutert das AMNOG aus politisch-ökonomischer Sicht. > S. 14

Die 15. AMG-Novelle ermöglicht seit 2010 mehr Transparenz zum Einsatz monoklonaler Antikörper in der Krebstherapie. **Kleinfeld** und **Eder** analysieren den Markt der relevanten Arzneimittel. > S. 10 ff.

Die **Deutsche Krebsgesellschaft** legt erste Daten der zertifizierten Darmkrebszentren vor, einem wichtigen Fallbeispiel für die intensive Zusammenarbeit zahlreicher Partner im Gesundheitssystem. > S. 15

Wissenschaftliche Beiträge

Siewert und **Schweitzer** untersuchen die für den Erfolg unerlässliche Akzeptanz von Versorgungsmanagement bei Versicherten. Dieser Aspekt wurde bisher kaum untersucht. > S. 25 ff.

Sauerbrey analysiert für dementielle Erkrankungen beispielhaft die Schwierigkeiten der Nutzung von Abrechnungsdaten für die Analyse von Versorgungsqualität. > S. 29 ff.

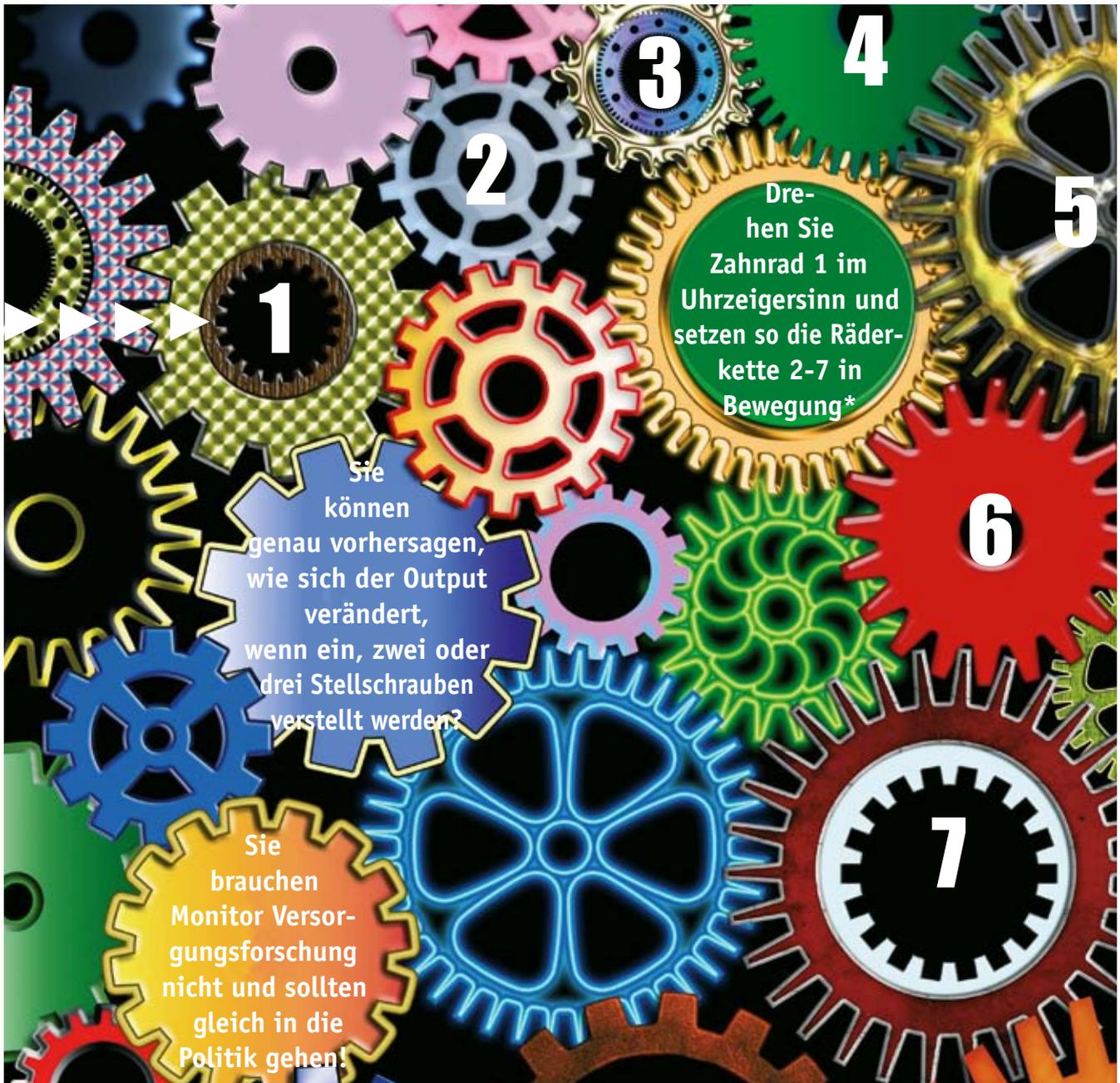
Melchinger untersucht die ambulante psychiatrische Versorgung durch Psychotherapie und fachärztliche Versorgung in Bezug auf Bedarfsorientierung/Versorgungsgerechtigkeit und Kosteneffektivität/Wirtschaftlichkeit. > S. 35 ff.

Reißmann und **Heydecke** erläutern den Stand der Versorgungsforschung in der Zahnmedizin. > S. 41 ff.

Ich wünsche Ihnen eine interessante Lektüre.

Ihr

SIE WISSEN, WIE DER MOTOR DES GESUNDHEITSSYSTEMS FUNKTIONIERT



Dann wissen Sie auch, ob sich das Zahnrad 7 im oder gegen den Uhrzeigersinn dreht und gewinnen ein Vorzugs-Abo**

Oder Sie abonnieren gleich:

www.m-vf.de/abonnement oder per Mail: abo@m-vf.de

monitor **VERSORGUNGS
FORSCHUNG**

* Auch im Gesundheitssystem drehen sich die Räder meist nicht reibungslos und blockieren sich zudem oft gegenseitig.

** Jahres-Abo ab 01/2011 mit 6 Ausgaben zum Preis von 65 statt 90 EUR zzgl. Versand (9,21 EUR). Das Gewinnspiel endet am 31.12.2011 um 24 Uhr / unter Ausschluss der Öffentlichkeit / Der Gewinn ist übertragbar.

Die Parlamentarische Staatssekretärin Annette Widmann-Mauz im Titel-Interview:

„Gegenseitiges Verständnis ist eine Voraussetzung für Versorgungsforschung“

Seit knapp eineinhalb Jahren, genauer seit dem 29. Oktober 2009, ist die 1966 in Tübingen geborene CDU-Politikerin Annette Widmann-Mauz parlamentarische Staatssekretärin beim Bundesminister für Gesundheit. Davor war sie - seit 2002 - gesundheitspolitische Sprecherin ihrer Fraktion sowie seit 2005 auch Vorsitzende der Arbeitsgruppe Gesundheit der CDU/CSU-Bundestagsfraktion.

>> Das Gesundheitswesen steht im Wandel - und diesem Wandel müssen sich alle Beteiligten beherzt stellen: „Mehr Wettbewerb, mehr Transparenz und mehr Wahlfreiheit - all dies braucht unser Gesundheitssystem, um dauerhaft leistungsfähig und finanzierbar zu bleiben“, sagten Sie, Frau Staatssekretärin Widmann-Mauz, am 03. November 2010 anlässlich der Eröffnung der Bundestagung des Deutschen Sozialrechtsverbandes in Nürnberg. Dabei betonten Sie auch, dass es in einem wettbewerblichen Gesundheitssystem eines fairen Ordnungsrahmens bedarf, damit es nicht zu Fehlentwicklungen und unlauterem Wettbewerb kommt. Aber es ist doch so: Mit Gesundheit wird Gewinn gemacht und muss Gewinn gemacht werden dürfen, wenn die Marktwirtschaft funktioniert. Aber die Politik greift immer wieder regulierend ein und drängt damit den Markt zurück. Wäre es angesichts von schon fast einem Dutzend Gesundheitsreformen und Hunderten von Detailgesetzen nicht sinnvoller - gebrauchen wir einmal das freundliche Wort „ergebnisoffen“ - über das systemische Grundproblem des Gesundheits-Marktes nachzudenken? Kann für so eine Diskussion auch die Versorgungsforschung nützlich sein?

Gesundheit ist ein hohes Gut. Unser Anspruch ist es daher, eine qualitativ hochwertige, für alle unabhängig von Alter, Geschlecht und persönlichem Gesundheitsrisiko bezahlbare wohnortnahe Versorgung sicherzustellen. Dazu bedarf es der politischen Rahmensetzung. Hierbei liefern Studien und Ergebnisse der Versorgungsforschung wichtige, hilfreiche Beiträge zur Entscheidungsfindung. Allerdings muss letztendlich die Politik im parlamentarischen Verfahren entscheiden, was geschehen soll.

Versorgungsforschung soll auch dazu führen, dass der Streit der Interessen und politischen Ansichten zunehmend durch fakten gestützte Argumente ersetzt wird. Bei welcher gesundheitspolitischen Diskussion wurden Ihres Wissens nach bereits Versorgungsforschungsergebnisse argumentativ herangezogen?

Es ist hilfreich und sinnvoll, wenn Argumente auf wissenschaftlich ermittelte Ergebnisse gestützt werden können. Wissenschaftliche Beratung ersetzt allerdings nicht die politische Entscheidung. Dazu gehört auch die Frage, ob und wie Ergebnisse der Versorgungsforschung in gesetzlichen und untergesetzlichen Regelungen aufgegriffen werden. Ein Beispiel ist das gemeinsam von BMG und BMFSFJ geförderte Projekt „Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe“. In dem Projekt wurde ein Indikatorensystem erarbeitet, das verlässliche

Summary

- Die Kommunikation zwischen Wissenschaftlern und Anwendern ist häufig unzureichend.
- Studien zur Nutzenbewertung, Kosten-Nutzen-Bewertung und zur Bewertung der Zweckmäßigkeit von Arzneimitteln werden die Qualität der Patientenversorgung verbessern.
- Eine verbindliche gesetzliche Verankerung der Versorgungsforschung stöße an finanzielle und personelle Grenzen.
- Eine leistungsgerechtere Vergütung, der Abbau von Bürokratie und von Regressdrohungen soll die ländliche ärztliche Versorgung verbessern.

Aussagen zur Ergebnisqualität der Versorgung in vollstationären Pflegeeinrichtungen ermöglicht.

Versorgungsforschung könnte ja auch im Sinne von Politikfolgenforschung die Folgen und Auswirkungen von Reformmaßnahmen erfassen und analysieren, um zu sehen, ob man auf dem richtigen Weg ist. Müsste nicht in jede bedeutsame Reformmaßnahme eine (unbürokratische) Evaluation als Gesamtbewertung der Maßnahmen eingebaut werden? Denn wie sonst können politische Entscheidungsträger in der Lage sein, den Outcome von Eingriffen des Gesetzgebers zu bewerten, zum Beispiel in Bezug auf Maßnahmen wie die Einführung von DRGs im Krankenhaus, die Anreize zur Integrationsversorgung, die hausarztzentrierte Versorgung oder aktuell die frühe Nutzenbewertung?

Die Politik entscheidet, ob sie ein Instrument, z.B. die Integrierte Versorgung, evaluieren will oder nicht. Die Begleitforschung im Rahmen der Einführung des DRG-Systems, aber auch die vorgesehene Begleitforschung im Rahmen des neu einzuführenden Psych-Entgeltssystems sind Beispiele dafür, dass im Rahmen einer gesetzlichen Neuregelung auch der gesetzliche Auftrag erfolgt, die hieraus resultierenden Auswirkungen zu analysieren.

Die Zusammenführung von verschiedenen Datenquellen und -beständen ist eine der wesentlichen Bedingungen, damit Versorgungsforschung stattfinden kann. Dabei steht sehr oft der Datenschutz „im Wege“. Sehen Sie Perspektiven, wie hier eine Weiterentwicklung aussehen kann?

Der Schutz der Persönlichkeitsrechte genießt in unserer Verfassung einen hohen Rang. Daran knüpft der Datenschutz an. Ich sehe keine Veranlassung für eine Relativierung datenschutzrechtlicher Standards.

Vielfach wird ein Fonds für Versorgungsforschung gefordert, den Krankenkassen oder Pharmaindustrie oder beide gemeinsam füllen sollen. Wie stehen Sie dazu?

Das BMG prüft und diskutiert diese Vorschläge zurzeit intern. Das Ergebnis bleibt abzuwarten.

Wie aus dem Gesundheitsforschungsprogramm (GFP) hervorgeht, das kürzlich im Ausschuss für Bildung, Forschung und Technikfolgenabschätzung vorgestellt wurde, soll die Gesundheitsforschung von 2011 bis 2014 mit rund 5,5 Mrd. Euro gefördert werden. Wo und wie

wird dabei Versorgungsforschung im engeren Sinn, also buchstäblich Forschung in der Versorgung - vielleicht sogar im Rahmen eines strukturierten Konzepts -, gefördert?

Das Gesundheitsforschungsprogramm ist ein Rahmenprogramm. Die Versorgungsforschung ist darin als ein eigenes Aktionsfeld beschrieben. Das Bundesministerium für Bildung und Forschung beabsichtigt, die Versorgungsforschung über einen längeren Zeitraum nachhaltig zu unterstützen und auszubauen. Um eine breitere Basis für exzellente Versorgungsforschung in Deutschland zu schaffen, werden im Rahmenprogramm Gesundheitsforschung mehrere Maßnahmen initiiert:

- „Studien in der Versorgungsforschung“,
- „Studienstrukturen für die Versorgungsforschung“,
- „Nachwuchsgruppen in der Versorgungsforschung“ und
- „Zentren der gesundheitsökonomischen Forschung“.

Ein wichtiger Schritt ist die Übertragung von Erkenntnissen der Versorgungsforschung in die Versorgungsrealität. Was müsste hier am dringlichsten geschehen?

Ein wunder Punkt ist die häufig unzureichende Kommunikation zwischen Wissenschaftlern und Anwendern. Gegenseitiges Verständnis ist aber eine wichtige Voraussetzung für erfolgreiche Versorgungsforschung und den Transfer von Erkenntnissen in den Praxisalltag.

In welcher Hinsicht wird das AMNOG - bis auf sicherlich spürbare Spareffekte - einen Beitrag für eine qualitativ bessere Versorgung der Patienten im Alltag leisten? Welche Versorgungsforschungsansätze könnten eingesetzt werden, um solche Verbesserungen aufzuspüren?

Das AMNOG leistet meines Erachtens einen erheblichen Beitrag für eine qualitativ bessere Versorgung der Patienten im Alltag. An erster Stelle zu nennen ist die Nutzenbewertung, die künftig für alle Arzneimittel durchgeführt wird, die neu auf den Markt kommen. Das schafft Transparenz. Erstmals werden für jedes neue Arzneimittel Informationen darüber zur Verfügung stehen, ob dieses Arzneimittel einen Zusatznutzen hat und wie hoch dieser gegebenenfalls ist. Im Rahmen der Kosten-Nutzen-Bewertung kann der Gemeinsame Bundesausschuss darüber hinaus mit dem pharmazeutischen Unternehmer Versorgungsstudien vereinbaren, deren Ergebnisse dann zusammen mit den klinischen Studien Grundlage für die Kosten-Nutzen-Bewertung sind. Damit wird sichergestellt, dass neben den relevanten klinischen Ergebnissen auch Daten aus der Versorgung Eingang in die Bewertung finden. Schließlich kann der Gemeinsame Bundesausschuss zur Bewertung der Zweckmäßigkeit von Arzneimitteln im Einzelfall von pharmazeutischen Unternehmen versorgungsrelevante

„Die Versorgungsforschung wurde da, wo der Gesetzgeber dies für sinnvoll erachtet hat, auch im Gesetz vorgesehen.“

Studien fordern. Und last but not least ist darauf hinzuweisen, dass auch die Spareffekte einen Beitrag zur Verbesserung der Versorgung leisten, weil die eingesparten Mittel an anderer Stelle ausgegeben werden können.

Wann erfährt die Versorgungsforschung eine auch gesetzlich verankerte Aufwertung, also eine verbindliche, strukturelle Einbindung? Mit dem AMNOG wurde diese Chance jedenfalls vertan. Oder sehen Sie das anders?

Eine generelle gesetzliche Verankerung stößt an finanzielle und personelle Grenzen. Meine bisherigen Ausführungen haben ja deutlich gemacht, dass die Versorgungsforschung, da, wo der Gesetzgeber dies für sinnvoll erachtet hat, auch im Gesetz vorgesehen wurde. Dazu gehören auch entsprechende Neuregelungen im AMNOG, mit denen Ansätze zur Versorgungsforschung im Gesetz eingeführt wurden.

Wären Sie dafür, den Einsatz eines neuen (vor allem teuren) Arzneimittels von Anfang an versorgungsforschend zu begleiten und seinen Nutzen permanent zu evaluieren, um mehr in das System zu bringen?

Mit dem AMNOG haben wir bereits einen wichtigen und durchaus beträchtlichen Schritt gemacht. Möglicherweise könnte die permanente

Evaluation des Nutzens neuer Arzneimittel weitere versorgungsrelevante Erkenntnisse ans Licht bringen. Jedoch müssen auch hier Aufwand und Nutzen in einem angemessenen Verhältnis stehen. Ich denke, wir sollten der Selbstverwaltung zunächst die Chance geben, das AMNOG mit Leben zu erfüllen. Ich bin sicher, dass dieses Gesetz im Bereich der Arzneimittelversorgung deutliche Verbesserungen bringen wird.

Ein Schwerpunkt des kommenden GKV-Versorgungsgesetzes soll die medizinische Versorgung von Patienten auf dem Lande werden. Welche Ansätze sehen Sie, um kurz- und nicht erst mittel- und langfristig eine Versorgung in ländliche Regionen sicherstellen zu können?

Um die medizinische Versorgung in unterversorgten Gebieten zu verbessern, müssen Anreize gesetzt werden, damit sich Ärztinnen und Ärzte verstärkt in diesen Gegenden niederlassen. Hierzu gehört vor allem eine leistungsgerechte Vergütung, der Abbau von Bürokratie und der Abbau von Regressdrohungen. Gerade in Landarztpraxen, in denen eine große Zahl von Patientinnen und Patienten versorgt wird, kann es im heutigen Honorarsystem zu Nachteilen bei der Vergütung kommen. Dies müssen wir kurzfristig ändern.



Was ist denn geplant?

Um junge Medizinerinnen und Mediziner zu motivieren, sich in diesen Gebieten niederzulassen, sollen die „Abstaffelungen“ bei der Vergütung sowohl in aktuell unterversorgten Regionen als auch in Gebieten, die von Unterversorgung bedroht sind, dauerhaft ausgesetzt werden. Für den Fall, dass sich in unterversorgten Regionen trotz dieser verstärkten Anreize keine Ärzte finden, die sich niederlassen wollen, werden wir die Möglichkeiten für die Kassenärztlichen Vereinigungen, aber - subsidiär - auch für Städte, Gemeinden und Landkreise verbessern, die ärztliche Versorgung vor Ort durch sogenannte Eigeneinrichtungen sicherzustellen. Hierzu gibt es schon vielversprechende Modelle. Beispielsweise betreibt die KV Thüringen bereits mehrere Eigeneinrichtungen, in denen Ärztinnen und Ärzte als Angestellte arbeiten und mit Unterstützung der KV die landärztliche Tätigkeit dadurch praktisch erleben können. Ziel solcher Modelle ist es auch, die Ärztinnen und Ärzte zu motivieren, sich nach einer Übergangszeit in dieser Region freiberuflich als Vertragsärztin oder Vertragsarzt niederzulassen.

Darüber hinaus sollen bestehende Hemmnisse für „mobile“ Versorgungskonzepte beseitigt werden. Gerade in strukturschwachen, ländlichen Regionen kann künftig insbesondere die fachärztliche Versorgung wohnortnah auch dadurch gewährleistet werden, dass ein Arzt nur an einzelnen Tagen der Woche vor Ort zur Behandlung zur Verfügung steht.

Ungeachtet der Versorgungsprobleme in ländlichen Regionen verzeichnen wir seit vielen Jahren eine deutliche Zunahme der Gesamtzahl der Vertragsärzte. Nicht nur die Krankenkassen bezeichnen dies als eine der wesentlichen Ursachen für Überversorgung und eine entsprechende Ausgabedynamik im Gesundheitswesen. Wie kann es der Politik gelingen, einerseits wirksam die partielle Unterversorgung zu kompensieren und andererseits der Überversorgung besonders in Ballungszentren Herr zu werden? Wie gehen Sie dieses Problem politisch an, auch vor dem Hintergrund, dass die bisherigen Steuerungsversuche der ärztlichen Selbstverwaltung ohne Erfolg blieben?

Richtig ist, dass es derzeit eine regional höchst unterschiedliche Verteilung der Ärztinnen und Ärzte gibt. Ich teile jedoch nicht die Auffassung, dass die bisherigen Steuerungsinstrumente völlig versagt haben. Durch das System der Zulassungssperren bei festgestellter Überversorgung konnte zwar nicht die drohende oder in einigen Regionen bereits vorhandene Unterversorgung abgewendet werden. Ohne dieses System wäre es bei einer freien Wahl des Niederlassungsortes jedoch höchstwahrscheinlich zu deutlich größeren Ungleichgewichten gekommen als heute.

Den heutigen Versorgungsempfässen und dem künftig drohenden Ärztemangel werden wir jedoch allein mit dem Abbau der bestehenden Überversorgung insbesondere in Ballungsgebieten nicht wirksam begegnen können. In der Koalition sind wir uns einig, dass die Unterversorgung in ländlichen Regionen nicht dadurch beseitigt werden kann, dass Vertragsärztinnen und -ärzte in gut versorgten Regionen „bestraft“ werden. Vielmehr müssen wir hier eigenständige Anreize setzen, wie ich sie bereits umrissen habe. Deshalb sollen die Kassenärztlichen Vereinigungen künftig die Möglichkeit haben, in überversorgten Gebieten den freiwilligen Verzicht auf die Zulassung auch bei Vertragsärztinnen und -ärzten unter 62 Jahren finanziell zu fördern.

„Den heutigen Versorgungsempfässen und dem künftig drohenden Ärztemangel werden wir allein mit dem Abbau der bestehenden Überversorgung insbesondere in Ballungsgebieten nicht wirksam begegnen.“

Da wir sektorübergreifend denken wollen und müssen: Wird es künftig eine regionale Gesamtbedarfsplanung oder - anders formuliert - eine sektorübergreifende Bedarfsanalyse und Versorgungsplanung geben, also eine Zusammenschau des ambulanten und stationären medizinischen Versorgungsbedarfs?

Es ist unbestritten, dass angesichts des künftigen Ärztemangels sowohl in der vertragsärztlichen als auch in der stationären Versorgung beide Bereiche nicht mehr völlig losgelöst voneinander betrachtet werden können. Welche Konsequenzen hieraus für die Gewährleistung der ambulanten ärztlichen Versorgung zu ziehen sind, wird gegenwärtig noch zwischen dem Bundesgesundheitsministerium und den Ländern im Rahmen der Kommission zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung in Deutschland sowie innerhalb der Koalition diskutiert. Ich halte es zumindest für zweifelhaft, ob die notwendige sektorenübergreifende Betrachtung tatsächlich die Einrichtung zusätzlicher gesetzlicher Planungsgremien erfordert. Eine übermäßige Verstärkung des Planungsprozesses birgt die Gefahr, dass angesichts der Vielzahl der Beteiligten mit zum Teil gegenläufigen Interessen der Planungsprozess bis hin zu langwierigen Schlichtungsverfahren unnötig verzögert wird.

Das Bundesgesundheitsministerium setzt daher darauf, die Gestaltungsmöglichkeiten der vorhandenen regionalen Gremien zu erweitern. Vorgegeben wird künftig, dass Klinikärzte und Krankenhäuser, die an der ambulanten Versorgung teilnehmen, auch bei der Analyse der Versorgungssituation vor Ort berücksichtigt werden. Damit wird die Versorgungslage vor Ort künftig vollständig abgebildet. Die Landesausschüsse erhalten außerdem die Möglichkeit, von den bundesweiten Vorgaben der Bedarfsplanung abzuweichen. Sie erhalten so mehr Flexibilität und können ihre Entscheidungen zielgenauer der Versorgungssituation in der Region anpassen.

Ein seit langem von Sachverständigen geforderter Ansatz, den auch das Positionspapier der CSU zum GKV-Versorgungsgesetz favorisiert, ist die Regionalisierung des gesamten Gesundheitssystems sowie die Bildung von regional verantwortlichen Gremien. Was halten sie von diesem Ansatz?

Das Konzept des Bundesministeriums für Gesundheit für eine Weiterentwicklung der Bedarfsplanung sieht eine deutliche Flexibilisierung und regionale Abweichungsmöglichkeiten von den bundesweiten Vorgaben der Bedarfsplanung für die vertragsärztliche Versorgung vor. Ich denke, mit diesen Vorschlägen setzen wir bereits einen deutlichen Akzent für eine Stärkung der Gestaltungsmöglichkeiten der Länder und damit auch eine Regionalisierung in diesem Versorgungsbereich.

Wäre ein solcher Ansatz in der Koalition überhaupt konsensfähig?

Das geplante Versorgungsgesetz wird innerhalb der Koalition derzeit sehr sorgfältig diskutiert. Das Ergebnis bleibt abzuwarten.

Greifen wir ein Krankheitsbild heraus: Dr. Frank Bergmann, der erste Vorsitzende des Berufsverbandes Deutscher Nervenärzte, betonte kürzlich auf einer Veranstaltung des Zukunftsforums Demenz, dass die Quote der testpsychologischen Untersuchungen bei der Diagnose von Demenz unter zehn Prozent liegt. Das ist ein Beispiel dafür, dass die Lücke zwischen der Versorgungswirklichkeit und den in S3-Leitlinien festgelegten Empfehlungen zu Diagnostik und The-

rapie bei demenziellen Erkrankungen besonders groß ist. An diesem Beispiel die Frage: Wie kann gewährleistet werden, dass gesichertes Wissen zu Diagnostik und Therapie auch tatsächlich umgesetzt wird? Und mit welchen Versorgungsforschungsansätzen sollte die Qualität dieser Umsetzung festgestellt werden?

Uns ist die Entwicklung und Einführung von Leitlinien ein wichtiges Anliegen. Daher unterstützt das BMG Leitlinien sowohl ideell als auch zum Teil finanziell. Die Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlicher Medizinischer Fachgesellschaften hat mit hohem Engagement der jeweils zuständigen medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften, Berufsverbänden und Organisationen in den letzten Jahren Beachtenswertes in der Leitlinienarbeit geschaffen. Gerade auch die

„Das Bundesgesundheitsministerium setzt daher darauf, die Gestaltungsmöglichkeiten der vorhandenen regionalen Gremien zu erweitern.“

S3-Leitlinie „Demenzen“ stellt für Diagnostik und Behandlung eine unverzichtbare Orientierung nach dem Stand des besten Wissens dar. Wie in anderen Bereichen auch müssen wir leider noch zu häufig

feststellen, dass selbst hochwertige Leitlinien nicht so genutzt werden, wie es für eine sachgerechte Behandlung erforderlich wäre. Dies haben wir beispielsweise auch im Zusammenhang mit der Arbeit am Nationalen Krebsplan, bei dem auch die Entwicklung und Umsetzung von evidenzbasierten Behandlungsleitlinien ein wichtiges Thema ist, feststellen müssen.

Dabei wurde beispielsweise konstatiert, dass die derzeitigen Dokumentationssysteme noch unzureichend die Anwendung von Leitlinien unterstützen. Auch hier wurde Bedarf für die Evaluation der Implementierung von Leitlinien und der Auswirkungen auf die Versorgung gesehen. Daneben halte ich es aber für unabdingbar, dass sich auch alle Verantwortung Tragenden in Fachgesellschaften und Berufsverbänden dafür stark machen, dass nicht nur die Entwicklung von Leitlinien, sondern deren Anwendung gefördert wird.

Frau Staatssekretärin Widmann-Mauz, herzlichen Dank für das Gespräch. <<

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



Innovative Transparenzdaten für den Market Access und die Außendienststeuerung



Informationen über neue Entscheider und Versorgungsstrukturen sind von zunehmender Bedeutung und sind grundlegende Voraussetzung für eine Effektivitätssteigerung im Market Access und im Außendienst.

Optimieren Sie Ihre Allokationen und steigern Sie die Effektivität durch Vergleich und Bewertung im Versorgungssektor und in der Kostenträgerlandschaft.

MONITORE liefern **aktuelle Informationen** über:

- Adresse und Ansprechpartner
- Organisationsstruktur und Aufbau
- Leistungsspektrum und Angebot
- Verträge und Kooperationspartner

Alte Rabenstraße 32
20148 Hamburg
monitore@epc-healthcare.de
www.epc-healthcare.de
Telefon: 040-8540291 00

V-MONITORE

- Ärztenetze
- MVZ
- Apothenkooperationen
- Dentale Netzwerke

K-MONITOR

- Kostenträger

R-MONITOR

- Regulierungsinstitutionen (erscheint 2011)

INSIGHT Health zu monoklonalen Antikörpern in der Krebstherapie

Mehr Transparenz im Markt für zytostatische Zubereitungen

Der Einsatz monoklonaler Antikörper in der Krebstherapie stellt einen immer wichtiger werdenden Bereich der hochspezialisierten Medizin dar. Da diese Wirkstoffe nicht nur in Fertigarzneimitteln, sondern insbesondere in parenteralen Zubereitungen Verwendung finden, war die Versorgungssituation vor Inkrafttreten der 15. AMG-Novelle weitgehend intransparent. Mit dem Gesetz wurden die Apotheker verpflichtet, den Krankenkassen ab 01.01.2010 Detaildaten zu übermitteln, die Rückschlüsse auf den Verbrauch von Arzneimitteln innerhalb von Zubereitungen zulassen. Damit kann nun auch die Versorgung in diesem Bereich näher beleuchtet werden.

>> Krebserkrankungen sind in Deutschland nach Herz-Kreislauf-Krankheiten die zweithäufigste Todesursache. Zurzeit sind ca. 100 verschiedene Krebserkrankungen bekannt, die sich hinsichtlich ihrer Ursachen, ihrer Behandlungsmöglichkeiten und -erfolge zum Teil stark unterscheiden (vgl. etwa Hintzpetter et al.: Entwicklung chronischer Krankheiten, in: Günster/Klose/Schmacke (Hrsg.): Versorgungsreport 2011, S. 9).

Entsprechend gibt es auch auf medikamentöser Basis unterschiedliche Ansatzpunkte zur Therapie der einzelnen Krebsarten. Dieser Beitrag legt den Fokus auf antineoplastische, d. h. Tumor hemmende Mittel, die in der ATC-Gruppe L01 subsummiert werden.

2010 betragen die Ausgaben der GKV für sämtliche Darreichungsformen der Fertigarzneimittel aus der ATC-Gruppe L01 knapp 1 Mrd. Euro (nach Apothekenverkaufspreisen ohne Berücksichtigung von Rabatten und Zuzahlungen), über 40 Prozent mehr als noch 2007 (Quelle: NVI, INSIGHT Health). Doch diese Zahlen bilden lediglich einen Teil des relevanten Marktes ab. So standen zwar etwa die parenteralen Fertigarzneimittel (Injektions- und Infusionslösungen) 2010 mit knapp 150 Mio. Euro nur für 15 Prozent der GKV-Ausgaben im L01-Markt. Der größte Anteil parenteraler antineoplastischer Arzneimittel wird aber über Zubereitungen verabreicht, die erst seit April 2010 valide und detailliert erfasst werden können (vgl. hierzu die Übersicht zu den Untergruppen des L01-Marktes in Abb. 1).

Zubereitungen oder Rezepturen sind eine Mischung aus verschiedenen Fertigarzneimitteln und weiteren Stoffen und werden meist vor Ort in der versorgenden spezialisierten Apotheke hergestellt.

Abb. 1: Monoklonale Antikörper im Bereich der antineoplastischen Mittel. Darstellung: INSIGHT Health.

Über 90 Prozent in Zubereitungen

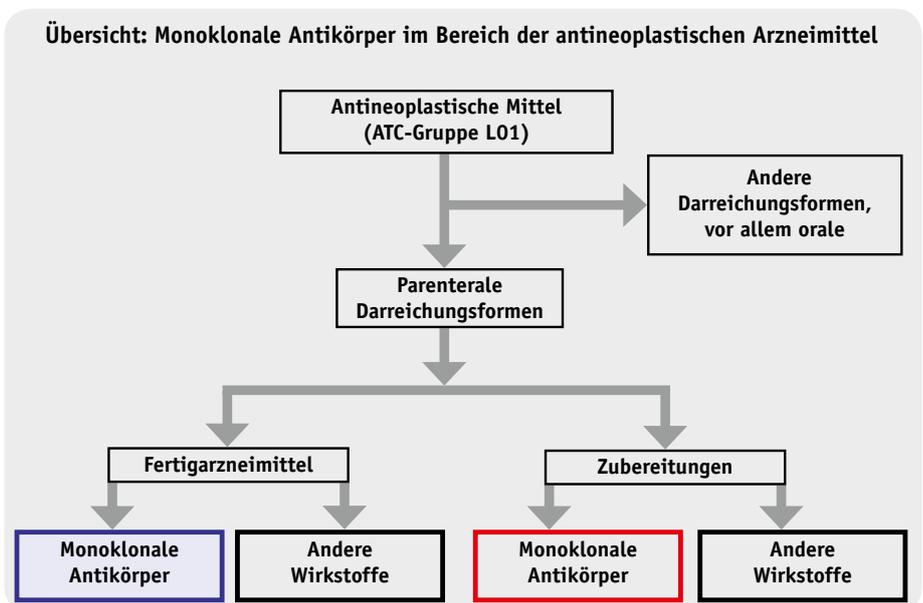
Mit der 15. AMG-Novelle hatte der Gesetzgeber die Apotheken verpflichtet, den Krankenkassen Detaildaten zu Fertigarzneimittelbestandteilen in Zubereitungen zu übermitteln. Das weit überwiegende Volumen dieser Substanzen wurde bislang aggregiert unter einer einzigen Kennziffer zusammengefasst, der so genannten Sonder-Pharmazentralnummer (Sonder-PZN), und entzog sich somit einer detaillierten Erfassung. Heute gibt es mehrere Sonder-PZN, die einen tieferen Blick in den deutschen Zubereitungsmarkt erlauben. So zeigt sich bei den parenteralen antineoplastischen Mitteln, dass die verordneten Packungen überwiegend in Zubereitungen eingehen, in den letzten zehn Monaten waren es über 90 Prozent. Zu den 150 Mio. Euro GKV-Ausgaben für Fertigarzneimittel

Summary

- Im Jahr 2010 beanspruchten alleine die Fertigarzneimittel unter den antineoplastischen Arzneimitteln (L01-Markt) Ausgaben in der GKV von knapp 1 Mrd. Euro.
- Deutlich größer ist jedoch der Anteil der parenteral verabreichten Zubereitungen im L01-Markt, hier wurden Mittel im Wert von über 2 Mrd. Euro zu Lasten der GKV verordnet.
- Monoklonale Antikörper (MAK) werden in der Krebstherapie, bei rheumatoider Arthritis, Psoriasis oder Abstoßungsreaktionen bei Organtransplantationen eingesetzt. Ihr Vorteil im Vergleich zu den klassischen, chemischen Wirkstoffen ist insbesondere im onkologischen Bereich ihre hohe Spezifität. Verwendet werden sie weit überwiegend in Zubereitungen.
- Monoklonale Antikörper machen 27 % der verordneten Zubereitungen parenteraler antineoplastischer Mittel im L01-Markt aus. Aufgrund der hohen Preise erwirtschaften diese 52 % des Umsatzes bei den Zubereitungen.

kommen in diesem Marktsegment nach einer Analyse von INSIGHT Health damit nochmals über 2 Mrd. Euro für Zubereitungen hinzu (Quellen: NVI und NVI-Zubereitungen, INSIGHT Health). Vergleichbares gilt auch für den Einsatz monoklonaler Antikörper in der Krebstherapie.

Monoklonale Antikörper, die nicht nur in der Krebstherapie, sondern z. B. auch bei



Entwicklung der GKV-Ausgaben für Arzneimittel mit monoklonalen Antikörpern (in Mrd. Euro)

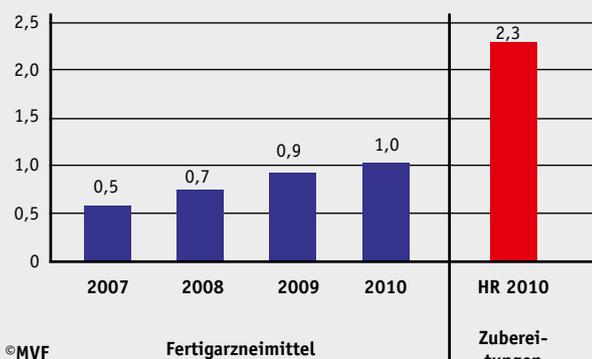


Abb. 2: Entwicklung der GKV-Ausgaben für Arzneimittel mit monoklonalen Antikörpern (in Mrd. Euro). Quellen: NVI (INSIGHT Health) mit einer Abdeckung von über 99 Prozent der GKV-Verordnungen von Fertigarzneimitteln; NVI-Zubereitungen (INSIGHT Health) mit einer Abdeckung von ca. 80 Prozent der Zubereitungen im GKV-Markt. Die Hochrechnung 2010 für die Ausgaben der Zubereitungen basiert auf den Werten der letzten drei Quartale des Jahres 2010. Für beide Datenquellen wurden die Verordnungen zu Apothekenverkaufspreisen bewertet (ohne Berücksichtigung von Rabatten und Zuzahlungen).

Die Entwicklung eines monoklonalen Antikörpers - ein Exkurs

Die Entwicklung eines monoklonalen Antikörpers erfolgt prinzipiell stets nach demselben Verfahrensmuster. Zunächst wird im Tierversuch (zumeist) eine Maus mit dem entsprechenden Krankheitserreger infiziert. Daraufhin beginnt das Immunsystem der Maus, Antikörper zu produzieren. (Antikörper sind Proteine, die der Körper natürlicherweise als Immunantwort auf fremde Eindringlinge produziert und selbige markiert, damit sie vom Immunsystem unschädlich gemacht werden können.) Hierbei handelt es sich um polyklonale Antikörper, da Antikörper gegen verschiedene Epitope (Bestandteile der Oberflächenstruktur des Erregers) generiert werden.

Jetzt können der Maus Immunzellen (B-Lymphozyten) entnommen werden, die daraufhin mit Tumorzellen fusioniert werden (Hybridomzellen). Die dadurch entstandenen Zellen sind nun de facto unsterblich und werden kultiviert. Damit können die Antikörper der einzelnen neuen Zelllinien auf ihre Wirksamkeit getestet werden. Der Klon mit der höchsten oder besten Wirksamkeit wird schließlich selektiert. Weil dieser einzelne Klon nur einen einzigen Typus Antikörper produziert, spricht man hierbei von einem monoklonalen Antikörper. Nun kann es zu ungewollten Reaktionen des menschlichen Immunsystems kommen. Dies erfolgt dann, wenn der Antikörper als artfremd - er stammt schließlich ursprünglich von einer Maus ab - und somit als Eindringling erkannt wird. Mittels molekularbiologischer Methoden werden daher noch einzelne Bestandteile im Bauplan des Antikörpers verändert und durch menschliche Homologa ersetzt. Ab diesem Zeitpunkt spricht man von einem humanisierten monoklonalen Antikörper. Die Produktion dieses Antikörpers wird entweder in Kulturlösungen durchgeführt oder vom Körper eines Tieres übernommen, in den der Klon eingebracht wird.

Laut der Patentdatenbank von INSIGHT Health befinden sich 63 der 108 patentgeschützten Wirkstoffe aus der Gruppe der monoklonalen Antikörper aktuell in klinischen Studien oder stehen vor der Zulassung. Somit ist auch zukünftig bei den monoklonalen Antikörpern von einem stark wachsenden Markt auszugehen.

rheumatoider Arthritis, Psoriasis oder Abstoßungsreaktionen bei Organtransplantationen eingesetzt werden, stehen allein im Bereich der Fertigarzneimittel für über 1 Mrd. Euro GKV-Ausgaben im Jahr 2010, doppelt so viel wie noch drei Jahre zuvor. Die GKV-Ausgaben 2010 für monoklonale Antikörper in Zubereitungen betragen nach einer Analyse von INSIGHT Health über 2,3 Mrd. Euro (vgl. Abb. 2). Monoklonale Antikörper zeichnen sich vor allem durch ihre hohe Spezifität aus. Sie wirken stets selektiv und zielgerichtet auf bestimmte Bestandteile der Oberflächenstruktur des Erregers. Die hohe Spezifität ist insbesondere im onkologischen Bereich ein Vorteil im Vergleich zu den klassischen

chemischen Wirkstoffen, welche systemisch auf alle Zellen und Gewebe - auch außerhalb des Zielbereichs - wirken und somit teilweise schwerwiegende Nebenwirkungen aufweisen (z. B. Haarausfall und Erbrechen bei der Chemotherapie). Allerdings sind auch die monoklonalen Antikörper nicht nebenwirkungsfrei; insbesondere Infektionen zählen zu den häufigeren Nebenwirkungen. Mehr zu der Entwicklung monoklonaler Antikörper lesen Sie in der nebenstehenden Textbox.

Monoklonale Antikörper: ein Milliardenmarkt

Bei den parenteralen Arzneimitteln im L01-Markt spielen monoklonale Antikörper ebenfalls eine wichtige Rolle: So beträgt ihr Verordnungsanteil bei den Fertigarzneimitteln dieses Marktes in den letzten zehn Monaten 17 Prozent und ihr Umsatzanteil sogar 56 Prozent. Das gesamte Marktvolumen wird allerdings auch hier erst mit einem Blick auf die Zubereitungsdaten offenbar: Über 92 Prozent der Verordnungen monoklonaler Antikörper im L01-Markt entfallen auf Zubereitungen. Hier beträgt der Verordnungsanteil monoklonaler Antikörper 27 Prozent und der Umsatzanteil 52 Prozent (vgl. Abb. 3).

Die gewonnene Transparenz für den ausgabenintensiven Bereich zytostatischer Zubereitungen wird auch für zukünftige Versorgungs(forschungs)analysen von großem Interesse sein.

Anteile monoklonaler Antikörper im GKV-Markt für parenterale antineoplastische Arzneimittel

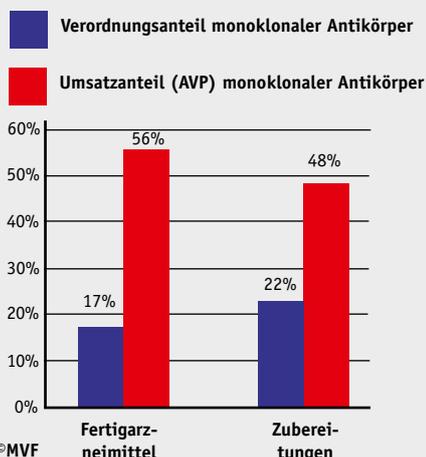


Abb. 3: Quelle: NVI und NVI-Zubereitungen (INSIGHT Health), Zeitraum: April 2010 - Januar 2011.

von: Dr. André Kleinfeld*
Sascha Eder**

* Business Development Manager von INSIGHT Health. ** Produktmanager Patentdatenbank bei INSIGHT Health, vf@insight-health.de

Erste Real-Erfahrungen mit dem AMNOG:

Erstattungsrabatt in Höhe von 57 Prozent

Auf Einladung des Branchenverbandes Pro Generika diskutierten beim 9. Berliner Dialog am Mittag hochrangige Vertreter der Ärzte- und Apothekerschaft, der Krankenkassen sowie der Generikahersteller mit der Politik. Diesmal standen die ersten Real-Erfahrungen der Apothekerschaft und der Generikaindustrie (siehe „Pharma Relations“ Supplement „Market Access & Health Policy“ 04/11) mit dem Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz im Fokus, doch auch die Kassenszene hat mit Detailregeln und -verordnungen durchaus ernst zu nehmende Umsetzungsprobleme.

>> Die Kassenszene trifft hauptsächlich die Anwendung des Wettbewerbs- und Kartellrechts, die MdB Karin Maag vehement verteidigte. „Das Wettbewerbs- und Kartellrecht ist eine wichtige Ergänzung“, meinte das ordentliche Mitglied im Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages (CDU/CSU-Fraktion). Ihrer Meinung nach stellten die Kassen im Einkaufsverhalten eine große Marktmacht dar. Und wenn man einer Kommune zumuten könne, sich dem Wettbewerbsrecht zu unterziehen, könne die Politik das auch von Kassen verlangen.

„Das Wesen der Politik ist, dass es auf Ausgleich bedacht sein muss“, stellte MdB Maag klar. Aber ebenso, dass ein Politiker innerhalb einer Koalition auch die Ergebnisse verteidigen müsse, die er selbst vielleicht so gar nicht gewollt hatte und eben nicht immer (wohl eher seltenst) Eins-zu-Eins umgesetzt werden. Maag: „Aber wir setzen uns auch nicht in die Kammer und überlegen uns, wen wir morgen ärgern können.“ Vielmehr würden nur Gesetze erlassen, die zum Beispiel daraus resultieren, dass sich eine Selbstverwaltung mit der Kassenszene nicht einig. Maag: „Das sind Sachverhalte, die uns veranlassen, einen Kompromiss zu suchen.“ Es sei doch nicht das ureigenste Interesse der Politiker, ausufernd Regeln machen zu wollen.

Der Verordnungs-Fall Mehrkostenregelung

Das gilt auch und vielleicht ganz besonders im Falle der Mehrkostenregelung. Mit der sollte für den Patienten eigentlich eine neue Freiheit geschaffen werden, nämlich für ein von ihm ganz individuell gewünschtes Arzneimittel zuzahlen zu können, wenn er es denn unbedingt will, aber was ihm bisher gar nicht möglich war. „Die Wahlmöglichkeit des Patienten ist ein wichtiges Gut für die Therapietreue des Patienten“, betonte denn auch Prof. Dr. med. Dr. med. dent. Wilhelm Kirch, der Vorsitzende der Deutschen Gesellschaft für Klinische Pharmakologie und Therapie und

der Direktor des Instituts der Klinischen Pharmakologie der Universität Dresden. Wenn der Patient den Eindruck gewinne, er bekomme das Richtige, werde er es auch nehmen, wenn er aber den Eindruck habe, er werde von außen manipuliert, sieht es laut Kirch anders aus: „Dann leidet die Compliance.“

Darum sei die Mehrkostenregelung auf der einen Seite durchaus positiv zu sehen, wobei aber auch zu bedenken sei, dass der bürokratische Aufwand für den Patienten erheblich ist. Kirch: „Das führt dazu, dass diese Regelung überhaupt nicht genutzt wird.“ Doch seiner Kenntnis nach sei die Politik schon dabei, diese Verordnung zu modifizieren.

Gegen die bekannte Systematik politischer Willensbildung kam von Professor Dr. h.c. Herbert Rebscher auch kein Widerspruch. Wohl aber eben gegen die Mehrkostenregelung, die mit dem AMNOG eingeführt worden ist. „Davon halten wir gar nichts“, sagte der Vorstandsvorsitzende der Deutschen Angestellten Krankenkasse (DAK). Empirisch könne er feststellen, dass bei der DAK mit immerhin rund sechs Millionen Versicherten zum Stichtag Ende Februar - also rund zwei Monate nach Inkrafttreten des Gesetzes - gerade mal 600 Fälle aufgelaufen seien. Nun hätten diese 600 Einzelfälle pro Fall rund 100 Euro Verwaltungskosten ausgelöst, was noch nicht einmal das Schlimmste sei. Viel ärger sei, dass „600 Mal tiefer Frust bei allen Beteiligten, vor allem beim Patienten“ hinterlassen wurde. Im Januar waren es nur 10 bis 15 Fälle, doch Ende März werden es nach Rebschers Beobachtung schon ein paar 1.000 sein.

Im Zuge der Mehrkostenregelung wird indes ziemlich gut deutlich, wie sich Arzneimittelpreise wirklich darstellen. Ein Arzneimittel, das 100 Euro kostet, führt zu einer Erstattung von 29,77 Euro, verdeutlichte beispielsweise Dr. Peter Homann, der Stellvertretende Vorsitzende des Deutschen Apothekerverbandes und Vorsitzende des Hessischen Apothekerverbandes. Bei dieser Erstattungssumme könne sich jeder unschwer vorstellen, dass dabei keine große Begeisterung beim Patienten

ausgelöst werde. Aber ebenso, dass ein Patient, der sich auf die Mehrkostenerstattung einlässt, im Zweifel nur zweimal in eine Apotheke kommt: „Beim ersten Mal, um sich in die Erstattung zu stürzen und beim zweiten Mal mit einem Baseballschläger.“

Im Schnitt 55 bis 60 Prozent Erstattung

Denn sobald der Patient sein Rezept per Post an seine Kasse geschickt hat, beginnt die Rechnerei. Wohlgedemerkte jedes Mal eine einzelfallbasierte absolut individuelle Rechnerei, deren Modell in keinem Rechenzentrum automatisiert werden kann. Nun hätte die DAK von den rund 900 Millionen Rezepten, die pro Jahr in Deutschland verordnet werden, einen Anteil von rund zehn Prozent, rechnet Rebscher vor. Wenn da nur ein paar 1.000 solcher Fälle vorkommen, können man sich vorstellen, wie sich auf einmal normale Abläufe über Rechenzentren verändern. Bei den Rechenmodellen der Kassen werden nun saldiert, welche Hersteller-, Apotheken- und Eigenrabatte für das jeweilige Arzneimittel gelten. Rebscher: „Man kommt auf einen durchschnittlichen Erstattungsrabatt von im Moment 57 Prozent.“ Klar könnten es je nach Rabattgefälle im Markt auch mal mehr oder weniger sein, doch im Schnitt rede man „über 55 bis 60 Prozent Erstattung“. Auf den Einzelfall herunter gerechnet, heißt das, dass dem Patienten für ein 15 Euro teures Medikament circa 7,90 Euro erstattet werden. Dies geschieht wieder händisch per Einzelüberweisung, wobei die Kasse auch noch vorher nachfragen müssen, auf welches Konto eingezahlt werden soll.

Darum ist sich Rebscher sicher, dass kein Patient den Weg der Mehrkosten-Erstattung mehr als einmal beschreiten werde; was schade sei, denn damit sei auch das ganze Themenfeld der Kostenerstattung diskreditiert. Rebscher: „Das Wort Kostenerstattung wird der Patient nicht mehr hören können, weil es an einem absurden Modell exekutiert wird.“ Kein Wunder, dass sein Urteil über die-

se Detail-Verordnung innerhalb des AMNOG ziemlich harsch ausfällt. Dies sei ein Gesetz eines Gesetzgebers, der beraten wurde von Menschen, die wahrscheinlich noch nie eine in einer verantwortlichen Position die Prozesse kennengelernt hätten, die durch solche Verordnungen ausgelöst würden. „Wer das auch nur rudimentär kennt, würde so etwas nicht machen“, meint Rebscher und gibt dieser Verordnung darum auch nur eine „kurze Halbwertszeit“.

Was vielleicht auch gar nicht so schlimm ist, denn die große Welle war und ist die Mehrkostenerstattung sicher nicht. Beim hessischen Apothekerverband sind bisher laut Homann erst ganze acht Fälle aufgelaufen. Homann: „Dafür so einen Aufwand zu treiben, ist überflüssig und sollte schnellstmöglich wieder kassiert werden.“

Die Mehrkostenregelung „wird totgeschwiegen“

Darüber wäre auch die pharmazeutische Industrie nicht unglücklich. Nun könnte man meinen, die Pharmaindustrie würden die Möglichkeit der Mehrkostenregelung aktiv bewerben, damit sich Patienten ganz bestimmte Präparate eines Markenherstellers gönnen wollen. Weit gefehlt, wie Dr. Sven Dethlefs, der stellvertretende Vorsitzende von Pro Generika und Geschäftsführer der ratiopharm GmbH ausführte. „Wir bewerben das überhaupt nicht.“ Warum? Weil die Industrie genau weiß, dass ein Patient nicht zwischen Ursache und Wirkung unterscheidet. Dethlefs: „Kein Patient, der von uns ein Produkt hat und durch eine Mehrkostenerstattung geht, will je wieder eines unserer Produkte haben.“ Dies sei ein möglicher (und selten: nicht mal selbst verschuldeter) Imageschaden für jede Pharmafirma und „deswegen schweigen wir das Thema tot“.

Trotz allem möchte der ansonsten so streitbare DAK-Chef Rebscher nicht nur Vorwürfe in Richtung Politik gerichtet wissen. Vielmehr sollten alle Beteiligte „mal auf sich selbst“ schauen. Rebscher: „Wir haben die letzten 10 bis 15 Jahren regelhaft versäumt, Regelungen zu treffen, welche die politische Ziele, über die man weitgehend Einigkeit hat, erreichen lassen.“ Wer das versäume, dürfe sich auch nicht wundern, dass unter anderem auch Regeln in die Welt gesetzt werden, „mit denen wir in der Praxis nicht umgehen können oder die in der Praxis zu absurden Fällen führen“. Darum lautet seine Forderung, dass sich alle Systempartner „in Verhandlungen wieder kompromissfähiger machen“ müssten. <<

Brandenburger Krebskongress:

Bessere Versorgung im Land

Der Brandenburger Krebskongress wurde zum zweiten Mal in Potsdam durchgeführt. Die Veranstalter ziehen jetzt eine positive Bilanz: Mehr als 370 Teilnehmer, 69 Referenten sowie 29 Aussteller und Sponsoren diskutierten an zwei Tagen die Herausforderungen eines Flächenlandes in der Onkologie.

>> In Anbetracht der demografischen Entwicklung, die sich auch im Flächenland Brandenburg vollzieht, war der 2. Brandenburger Krebskongress, der am 25. und 26. Februar 2011 im Hasso-Plattner Institut in Potsdam stattgefunden hat, eine gute Gelegenheit, die sich daraus ergebenden Herausforderungen für die Entwicklung der Onkologie im Land Brandenburg mit Experten diskutieren. Die Veranstalter ziehen eine insgesamt positive Bilanz, denn „noch nie hat eine onkologische Veranstaltung dieser Dimension in Brandenburg stattgefunden“, so der LAGO-Vorsitzende Bernd Müller-Senftleben. Der Kongress, der nach 2009 zum zweiten Mal in Potsdam durchgeführt wurde, wird vom Tumorzentrum Land Brandenburg (TZBB) und der Landesarbeitsgemeinschaft Onkologische Versorgung Brandenburg (LAGO) veranstaltet.

Mehr als 370 Teilnehmer, Referenten, Aussteller und Sponsoren diskutierten an den beiden Kongresstagen ein breites Spektrum interessanter Themen rund um die Onkologie in Plenarsitzungen und Workshops. „Menschen,

die an Krebs erkranken, sollen in allen Regionen unseres Landes eine gute gesundheitliche Versorgung erhalten“, so Gesundheitsministerin Anita Tack, die auch die Schirmherrschaft für den Kongress übernommen hatte. In einem Flächenland wie Brandenburg, mit dünnbesiedelten Randgebieten und mit einer immer älter werdenden Bevölkerung ist das eine große Herausforderung.

Im Mittelpunkt der Veranstaltung standen neue Erkenntnisse und Entwicklungen in allen Themenfeldern, von Prävention über neue Behandlungsverfahren, Vor- und Nachsorge, Patientenkompetenz bis zur humanen Sterbegleitung. Experten aus der onkologischen Praxis, aus Wissenschaft, Forschung und Politik nutzten die Gelegenheit zur Diskussion und eines regen Erfahrungsaustauschs. Auch der scheidende Vorsitzende des Tumorzentrums, PD Dr. med. Stefan Koch, zeigte sich zufrieden: „Der Kongress hat zweifellos Maßstäbe gesetzt und eine gute Grundlage gelegt, die Veranstaltung dauerhaft im Land Brandenburg zu etablieren.“ <<

Die Siemens Finance & Leasing GmbH veröffentlicht eine aktuelle Studie:

Über 5 Mrd. ineffizient investiert

Mehr als fünf Milliarden Euro werden im deutschen Gesundheitssystem beim Kauf von medizinischem Equipment ineffizient investiert und in eingesetzter Medizintechnologie „eingefroren“. Das ist das Ergebnis einer aktuellen Studie der Financial Services Sparte von Siemens (SFS), die bereits seit einigen Jahren untersucht, wie viel Kapital im Gesundheitswesen durch mangelnden Einsatz von Finanzlösungen gebunden ist.

>> „In Deutschland verzeichnet das Gesundheitssystem derzeit ein Defizit, das sich nach Schätzungen des Bundesgesundheitsministeriums im Jahr 2011 auf rund 9 Mrd. Euro belaufen dürfte, wenn weitere Reformen ausbleiben“, erklärt Kai-Otto Landwehr, Vorsitzender der Geschäftsführung der Siemens Finance & Leasing GmbH. Diesem Defizit steht ein gebundenes Kapital im deutschen Gesundheitssektor von auf rund 63 Euro pro Kopf (und damit insgesamt mehr als 5 Mrd.) entgegen.

In England, Frankreich und Spanien liegt der Wert bei 33 bis 38 Euro pro Kopf. Im Vergleich zu den USA liegt der europäische Wert jedoch niedrig: Dort beträgt die Höhe des gebundenen Kapitals fast 100 Euro pro Kopf. Diese Zahlen spiegeln den Anteil am BIP wieder, den Länder bereit sind, für die Gesundheit ihrer Bewohner auszugeben. In Deutschland werden rund 11 % des BIP auf Gesundheitsleistungen verwendet, in Großbritannien 10 %, in Frankreich 11,2 %, in Spanien 9 % und in den USA stolze 17 %. <<

Aus dem spectrumK-Tagungsvortrag von Rolf Koschorrek, Obmann der CDU/CSU-Fraktion im Gesundheitsausschuss:

„Ein grundlegender Korrekturbedarf“

„In dieser spectrumK-Tagung wird es darum gehen, die Brücke zwischen Versorgungskonzepten und Kundenmanagement zu schlagen“, begrüßten Joachim Bentz und Dr. Dirk Sunder Pläßmann, Geschäftsführer der spectrumK Gesellschaft für Versorgungsmanagement mbH, ihre 180 Gäste zur vierten Tagung rund um das Versorgungsmanagement. Spezialwissen aus Versorgungsmanagement und Praxis wurde vermittelt und auch die Position der Selbstverwaltung sowie der Politik vermittelt, die Dr. Rolf Koschorrek, Obmann der CDU/CSU-Fraktion im Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestags, vertrat. Der verteidigte das AMNOG aus politisch-ökonomischer Sicht.

>> „Seit einigen Jahren weisen die Arzneimittelausgaben in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) überdurchschnittliche Zuwächse auf, die sich zu einem Dauerproblem für die GKV entwickelt haben.“ Mit diesen Worten begann der Obmann der CDU/CSU-Fraktion im Gesundheitsausschuss seinen Vortrag bei der letzten SpektrumK-Tagung, der einer Verteidigungsrede für das AMNOG gleichkam. Dessen ureigenste Aufgabe liegt nach Worten Koschorreks nun einmal hauptsächlich in der Ökonomie, was im O-Ton so klingt: „Die Ausgaben für Arzneimittel zeigen im Vergleich zu anderen Leistungen nicht nur deutlich überdurchschnittliche Wachstumsraten auf, sie übersteigen seit 2001 sogar die Ausgaben für Arztbesuche. Einem Anteil von mittlerweile 18 Prozent (Anstieg 5,3 Prozent) der Gesamtausgaben im Jahr 2009 musste die Politik wirksam und nachhaltig begegnen. Das haben wir mit dem AMNOG getan.“

Damit sei sichergestellt worden, dass den Patienten auch zukünftig die besten und wirkungsvollsten Arzneimittel zur Behandlung von Krankheiten zur Verfügung stünden und dass die Ressourcen der GKV sinnvoll eingesetzt würden. Aber auch dass die pharmazeutische Industrie verlässliche Rahmenbedingungen bekomme, die ihre Innovationsfähigkeit förderten und Arbeitsplätze sicherten.

Weil die Politik festgestellt habe, dass die Ausgabendynamik im Arzneimittelbereich wesentlich auf das „strukturelle Problem“ zurück zu führen sei, dass die Hersteller den Preis für ein neues Arzneimittel selbst festsetzen können, ohne den Nachweis zu erbringen, dass dieser Preis gerechtfertigt sei, hätte man an genau diesen Strukturen ansetzen müssen, um den Ausgabenanstieg nachhaltig zu bremsen. Koschorrek: „Sowohl bei der Nutzenbewertung neuer Arzneimittel als auch bei der Preisbildung für innovative Medikamente gab es einen grundlegenden Korrekturbedarf.“

Den soll der Ordnungsrahmen des Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG) lei-

sten, der laut Worten des CDU/CSU-Obmanns auch ein „Paradigmenwechsel zum Nutzen der Patienten“ ist. Hier nennt er vor allem die Einführung der frühen Nutzenbewertung. Doch auch hier kommt gleich das ökonomische Argument: „Arzneimittel, bei denen im Rahmen der Nutzenbewertung kein Zusatznutzen festgestellt wird, werden nach der Markteinführung innerhalb von sechs Monaten - wenn möglich - in das Festbetragsystem überführt. Wenn Arzneimittel ohne Zusatznutzen keiner Festbetragsgruppe zugeordnet werden können, wird ebenfalls ein Erstattungsbetrag vereinbart, durch den den Krankenkassen jedoch keine Mehrkosten gegenüber vergleichbaren Therapien entstehen dürfen.“

Zudem werde von Herstellern, die ein neues Arzneimittel auf den Markt brächten, eine umfassende Transparenz verlangt. „Es müssen jetzt auch ungünstige, unvollständige oder frühzeitig abgebrochene Studien veröffentlicht werden, deren Kundmachung nicht unbedingt im Interesse des Herstellers liegt“, verdeutlicht Koschorrek. So würde die Diskussion zu Nutzen, Risiken und Wirksamkeit neuer Arzneimittel in breiten Fachkreisen gefördert, Ärzte erhielten mehr Informationen und könnten dies bei ihren Verordnungen berücksichtigen.

Dem Politiker ist dabei sehr wohl bewusst, dass Deutschland als eines der weltweit wenigen Länder, in denen es bislang keine staatlichen Vorgaben zur Preisgestaltung neuer, patentgeschützter Arzneimittel gegeben habe, im Bezug auf Arzneimittelpreise für viele Länder ein Referenzmarkt gewesen sei. Koschorrek: „Die deutschen Arzneimittelpreise galten als Orientierung für eine mögliche Erstattungshöhe derselben Arzneimittel in anderen Gesundheitssystemen, vor allem in Ländern ohne starke Pharmaindustrie.“

Mit dem AMNOG seien aber noch eine Reihe weiterer Maßnahmen umgesetzt worden, die zu einer Verringerung der Regulierungsdichte in der Arzneimittelversorgung, zu einer Stärkung des Wettbewerbs zwischen den



Dr. Rolf Koschorrek, Obmann der CDU/CSU-Fraktion im Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestags

beteiligten Akteuren und Verbesserungen für Patienten und Ärzte führen sollen. In diesem Zusammenhang sei die Verantwortung für die Preisgünstigkeit der Arzneimittel wieder stärker auf die Krankenkassen übertragen worden, die beispielsweise mit den Rabattverträgen ein erfolgreiches Instrument der Preisregulierung in ihren Händen hielten. Dafür würden die Ärzte entlastet, indem die „Bonus-Malus-Regelung“ und die Regelung zur Verordnung besonderer Arzneimittel („Zweitmeinung“) aufgehoben worden seien.

Zusätzlich sei eine Regelförderung der unabhängigen Verbraucher- und Patientenberatung eingeführt worden, die nachhaltig Patienten bei der Wahrnehmung ihrer Interessen unterstützen soll. „Dort finden die Patienten Gehör, Bestärkung, Unterstützung, Information und Aufklärung“, sagt Koschorrek. Dadurch seien sie besser in der Lage, Entscheidungen zu fällen, ihre Rechte und Ansprüche durchzusetzen, weitere Unterstützung und Hilfe in Anspruch zu nehmen und Konflikte zu lösen. Darüber hinaus werde die Patientensouveränität gestärkt und Möglichkeiten geschaffen, Problemlagen im Gesundheitswesen auszumachen und zu kommunizieren. Aktuell wurde das kostenlose bundesweite Beratungstelefon freigeschaltet und erste Beratungsstellen geöffnet. <<

Deutsche Krebsgesellschaft legt erste Daten der zertifizierten Darmkrebszentren vor:

Mehr Transparenz bei der Darmkrebs-Versorgung

Derzeit leben in Deutschland etwa 250.000 Menschen, die in den letzten fünf Jahren an Darmkrebs erkrankt sind. Das sind 250.000 Menschen, die die beste Behandlung ihrer Erkrankung erwarten. Krebserkrankungen allgemein und Darmkrebs im Besonderen erfordern eine umfassende medizinische Betreuung in der Früherkennung und Behandlung, die ein funktionierendes Zusammenspiel zahlreicher Partner des Gesundheitssystems unabdingbar macht. Die Deutsche Krebsgesellschaft hat deshalb mit der Zertifizierung von so genannten Darmzentren begonnen. Ziel ist es, gebündelte Kompetenz in allen wichtigen Aspekten in der Vorbeugung des Darmkrebses wie auch in der Behandlung betroffener Patienten zur Verfügung zu stellen.

>> So haben in den letzten fünf Jahren knapp 200 Darmkrebszentren in Deutschland das Gütesiegel der Deutschen Krebsgesellschaft erhalten und ebenso ihre Behandlungsdaten dokumentiert. „Die Betreuung der Darmkrebspatienten wird in 199 zertifizierten Darmkrebszentren bundesweit erfasst und transparent gemacht“, erklärt dazu Prof. Dr. Thomas Seufferlein, Vorsitzender der Zertifizierungskommission Darmkrebszentren. Die Auswertungen dieser Daten dienen neben der Qualitätssicherung auch der Weiterentwicklung einer effektiven Leitlinienarbeit. Denn „vergleichbare und qualitätsgesicherte Kennzahlen sind die Voraussetzung, um die Wirksamkeit von Leitlinien in der Praxis nachprüfbar zu machen“, so Seufferlein weiter.

Eine wichtige Anforderung an ein Darmzentrum besteht in einer Qualitätskontrolle in Form einer permanenten Leistungserfassung anhand anerkannter Qualitätsindikatoren, wie der bereits veröffentlichten S3-Leitlinie für Darmkrebs. „Diesem Anspruch werden die zertifizierten Darmkrebszentren nun in vollem Umfang gerecht. Für sie stellt die S3-Leitlinie nämlich keine unverbindliche Empfehlung dar, sondern sie ist obligate Bewertungsgrundlage und somit Voraussetzung für eine Anerkennung als DKG-zertifiziertes Darmkrebszentrum“, verdeutlicht Prof. Dr. Werner Hohenberger, Präsident der Deutschen Krebsgesellschaft. Dass heute bereits jeder vierte Patient mit einem diagnostizierten kolorektalen Karzinom in einem zertifizierten Darmkrebszentrum versorgt werde, sei von großem Nutzen für die Leitlinienarbeit. „Die breite Datenbasis, die im Benchmarking-Bericht abgebildet wird, ermöglicht die Beurteilung der Umsetzung der S3-Leitlinie“, sagt Hohenberger. Denn aus den Ergebnissen erhalten die Fachgesellschaften eine wertvolle Datenbasis für die Aktualisierung bestehender Leitlinien. Hohenberger: „Wir werden anhand der Daten sehen können, was sich auch in der Tat für die Patienten auszahlt. Die Datenbasis könne so schon in naher Zukunft zu einem wichtigen

Instrument einer versorgungsnahen Verbesserung von Therapiestandards werden.“

Zudem bestünde durch die Zertifizierung die Möglichkeit, zeitnah aktuelles Wissen schnell in den klinischen Alltag implementieren zu können. Nicht ganz selbstlos hofft er, dass Patienten dieses in Deutschland einmalige Angebot in Anspruch nehmen und - so Hohenberger - „sich nur noch in zertifizierten Zentren behandeln lassen“. Dann hätten sie die Gewissheit einer, dem aktuellen Wissensstand entsprechenden Behandlung und - so der Präsident Deutsche Krebsgesellschaft weiter - „wir bald eine noch breitere Datenbasis.“

Die Hoffnung ist sicherlich nicht ganz unbegründet, denn schon jetzt lässt sich jeder vierte Patient mit einer Darmkrebs-Diagnose in einem zertifizierten Zentrum behandeln. Nicht von ungefähr begrüßte die Deutsche ILCO - die bundesweite Selbsthilfevereinigung von Stomaträgern und von Menschen mit Darmkrebs - darum von Anfang an die Entwicklung von Darmkrebszentren. Die häufig

gestellte Frage „Welche Klinik ist die beste?“ hätte seit langem für Befragte wie Betroffene Probleme aufgeworfen, da es kaum Transparenz in der Qualität gegeben hatte und objektive Informationen eher von Zufällen abhängig waren.

Mit der Schaffung nach einheitlichen Kriterien arbeitender zertifizierter Darmkrebszentren ist für die ILCO jedoch erst der erste Schritt getan. Denn heute, nach knapp fünf Jahren könne noch keine abschließende Bewertung erfolgen, inwieweit sich diese Zentren langfristig auf Überlebenszahlen und Lebensqualität auswirkten. Hierzu seien weitere Auswertungen aus Krebsregistern und auch aus Patientenbefragungen nötig - eine Aufgabe der Versorgungsforschung. So ergibt der kürzlich vorlegte Benchmark-Bericht zwar wichtiges Zahlenmaterial, das den aktuellen Stand für das Auditjahr 2010 (auf Basis der Zahlen aus 2009) präsentiert. Doch erst im nächstjährigen Bericht soll die Entwicklung der Zentren betrachtet werden. <<

Gesamtergebnis Kennzahlenauswertung (Auszug*)							
Kennzahl	Anzahl/Zähler			Quote			
	Min	Max	Mittel	Sollvorgabe	Min	Max	Mittel
Prätherapeutische Fallvorstellung	10	122	35,4	100%	27,0%	100%	83,9%
Postoperative Fallvorstellung	44	256	89,6	100%	60,0%	100%	96,4%
Studienteilnahme	0	117	17,9	≥ 10 %	0%	94,4%	18,2%
Rücklaufquote Patientenbefragung (mind. 30 FB)	0	973	48,4	> 50 %	0%	100%	54,4%
KRK-Patienten mit pos. Familienanamnese	0	38	6,8	-	0%	52,1%	7,3%
Genetische Beratung	0	50	3,2	-			-
MSI-Untersuchung	0	20	4,1	≥ 90 %	0%	100%	78,2%
Komplikationsrate therapeut. Koloskopien	0	49	3,4	≤ 0,2 %	0%	5,19%	0,54%
Vollständige elektive Koloskopien	247	6993	1335,6	≥ 95 %	50,3%	100%	96,1%
Operative Primärfälle Kolon (mind. 30)	29	154	56,3				
Operative Primärfälle Rektum (mind. 20)	12	135	33,3				
Revisions-OP's Kolon	0	13	4,6	< 10 %	0%	25,8%	8,9%
Revisions-OP's Rektum	0	14	3,0	< 10 %	0%	37,9%	9,5%
Postoperative Wundinfektion	0	23	6,4	-	0%	21,1%	7,1
Anastomosensuffizienzen Kolon	0	8	2,5	≤ 3 %	0%	17,5%	4,9%
Anastomosensuffizienzen Rektum	0	8	2,3	≤ 15 %	0%	36,4%	8,6%
Mortalität postoperativ	0	10	2,7	< 5 %	0	14,3%	3,3%

* Den Benchmarking-Bericht sowie die Gesamtdarstellung der Kennzahlenauswertung finden Sie unter www.m-vf.de

„Monitor Versorgungsforschung“ (MVF) ruft Praxisbeirat ins Leben:

Praxisbeirat unterstützt Versorgungsforschung

„Monitor Versorgungsforschung“ (MVF) will die beiden Standbeine der Gesundheitsversorgung - Wissenschaft und Praxis - in der Zeitschrift noch besser integrieren. Dazu haben wir aus wichtigen Akteuren des Gesundheitswesens den Praxisbeirat konstituiert, der Herausgeber und Verlag zusätzlich zum wissenschaftlichen Herausgeberbeirat (siehe MVF 01/11) unterstützt. Der Praxisbeirat besteht aus wichtigen Organisationen und Unternehmen der Gesundheitsversorgung, die Versorgungsforschung aktiv fördern. Sie sind im Beirat durch hochrangige Fachleute prominent vertreten.

>> Dabei achten Herausgeber und Verlag darauf, dass der Praxisbeirat möglichst paritätisch besetzt ist, um ein Gleichgewicht der einzelnen Beteiligten - Kostenträger, Ärzte, Krankenhäuser und andere Leistungserbringer, Pharma- und Medizintechnik-Unternehmen, IT- und andere Dienstleister sowie nicht zuletzt Versicherte, Patienten und Bürger - sicherzustellen. Darum soll der Beirat im Laufe der Zeit weiter ausgebaut werden.

„Monitor Versorgungsforschung“ ist die unabhängige, interdisziplinäre Fachzeitschrift für das gesamte Themenfeld der Versorgungsforschung. Dem Ziel, für die Versorgungsforschung eine breitere Wahrnehmung zu erreichen und so die Wirksamkeit und Durchsetzung ihrer Ergebnisse zu verbessern, sind wir bereits ein Stück näher gekommen.

Die gestiegene Bedeutung zeigt sich z.B. im Koalitionsvertrag, im AMNOG und den daraus resultierenden Rechts- und Verfahrensordnungen des G-BA und des IQWiG sowie im gemeinsamen „Rahmenprogramm Gesundheitsforschung“ von BMBF und BMG.

„Monitor Versorgungsforschung“ will durch ein Mehr an vertrauenswürdigen Informationen, durch Transparenz und Öffentlichkeit zur Verbesserung der Qualität des Gesundheitssystems im Interesse aller Versicherten, Patienten und Bürger beitragen. Für eine bessere Gesundheitsversorgung müssen Wissenschaft und Praxis jedoch noch stärker zusammenwirken. Die dazu nötige bessere Integration der Praxis soll der neue Praxisbeirat von „Monitor Versorgungsforschung“ fördern. Interessiert an der Teilnahme? Schreiben Sie an: roski@m-vf.de. <<



Dr. Jens Härtel
Director Business Development von arvato services healthcare, Harsewinkel



Achim Kolanoski
Vorstandsvorsitzender der Deutschen BKK, Wolfsburg



Joerg Stadler
Vorstand der InterComponentWare AG, Walldorf



Sonja Froschauer
Leiterin Bereich Versorgung und Leiterin Stabsstelle fachärztliche Strategie und Versorgung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns, München



Dr. Andreas Kress
Head Market Access von Novartis, Nürnberg



Prof. Dr. Stephan Burger
Leitender Direktor der MedicalContact AG, Essen



Claus Röder
Director Customer Account Management von Pfizer, Berlin



Prof. Dr. med. Dr. phil. Alfred Holzgreve
Direktor Klinische Forschung und Akademische Lehre des Vivantes Netzwerks für Gesundheit GmbH, Berlin



Fischer wechselt die Seite

>> Nach 15 Jahren verließ Cornelia Yzer dem vfa, um sich - wie es hieß - anderen beruflichen Herausforderungen zu widmen. Die Suche nach einem geeigneten Nachfolger auf der Position des Geschäftsführers des Branchenverbands der forschenden Industrie war nicht einfach, zeigt aber durch die aktuelle Personalie, dass der Verband anscheinend die Zeichen der Zeit erkannt hat: Zum 1. Mai 2011 wird Birgit Fischer, bisher Vorstandsvorsitzende der Barmer GEK, neue Hauptgeschäftsführerin des Verbands. <<

AnyCare kooperiert mit der HUK

>> Die AnyCare GmbH unterstützt die HUK-COBURG Krankenversicherung AG ab sofort bei der Betreuung ihrer Versicherten mit metabolischem Syndrom. Hierbei leiden die Betroffenen gleichzeitig an Übergewicht, hohen Blutfettwerten, Bluthochdruck und einer Insulinresistenz. Das für die Versicherten kostenfreie Programm „ProMed“ beinhaltet die regelmäßige telefonische Betreuung durch ausgebildetes medizinisches Fachpersonal der AnyCare. Zudem kommen Instrumente des Telemonitorings zum Einsatz. „Wir möchten die Betroffenen dazu motivieren, sich aktiv mit ihrer Erkrankung auseinanderzusetzen und ihr Verhalten anzupassen“, erklärt AnyCare-Geschäftsführer Dr. med. Thorsten Pilgrim. <<

Zusatzbetrag ist ein Verlust

>> Der Aufwand bei den Kassen für die Erhebung des Zusatzbeitrages ist groß: Sie sind gezwungen, Extra-Konten für jeden Versicherten zu führen, müssen zugleich den Geldeingang überwachen, an die Kunden Mahnungen bei Nichteinzug verschicken und gegebenenfalls das Geld eintreiben lassen. „Insgesamt ist der Zusatzbeitrag ein Verlustgeschäft für die Krankenkassen“, sagt Dirk Steffan, Experte im Gesundheitswesen bei Steria Mummert Consulting. „Vor allem wenn man die zusätzlichen Kosten durch säumige Zahler und die Abwanderung von Kunden in die Rechnung mit einbezieht.“ Bei einzelnen Krankenkassen betrug die Abwanderungsquote zwischen fünf und zehn Prozent. Zurzeit erhebt etwa jede zehnte der rund 150 Krankenkassen einen Zusatzbeitrag. Spätestens im kommenden Jahr aber würden zahlreiche weitere gesetzliche Versicherungen aufgrund steigender Ausgaben gezwungen sein, nachzuziehen. <<

Gabler Versicherungslexikon

Hrsg: Fred Wagner
Gabler Versicherungslexikon
 Verlag: Gabler
 Wiesbaden, 2011
 750 Seiten
 ISBN: 978-3-8349-0192-7
 Preis: 99,95 Euro

>> Ein Lexikon beginnt mit A und endet mit Z und dazwischen liegt in aller Regel ein Buchstaben- und Zeilenraster. Anders im vorliegenden Fall, das von Fred Wagner im Gabler Verlag herausgegeben Versicherungslexikon. Hier wurde in doch überraschend leserfreundlicher Art und Weise eine Materie aufbereitet, die in ihrer ökonomischen, aber auch politischen Relevanz einer fundierten Darstellung ihrer jeweiligen Begriffsintentionen und Begriffsverwendungen bedarf, um Verlässlichkeit, Klarheit und Transparenz in einem schwierigen Bereich zu schaffen. Mit dem vorliegenden Werk ist das insofern mustergültig gelungen als hier Praxis und Wissenschaft, Ökonomie und Recht, Zusammenschau und



Konkretion eine gelungene Symbiose eingehen.

Insbesondere die Schwerpunktbeiträge - immerhin 36 - machen dieses Lexikon zu einem Kompendium zum Verständnis wesentlicher aktueller Fragen der gesamten Versicherungswirtschaft. Insofern eignet sich diese Werk sowohl als Lehrbuch, zur Unterstützung in Ausbildung und Studium als auch für das übergreifende Verständnis relevanter Fragen zwischen verschiedenen Versicherungstypen und Branchen. Die Begriffe sind im Diskurs zwischen Wissenschaft und Praxis von Relevanz geprägt und zeugen von einer geschickten Auswahl, die Unwesentliches weglässt, aber die Relevanz um so deutlicher betont und für die Zukunft offen bleibt. Die historische Trennung zwischen Privatversicherung und Sozialversicherung wird überwunden, indem Autoren beide Systeme eingebunden wurden und somit das gesamte Werk bereichern.

Kurz und gut: Ein Lexikon, in dem es Spaß macht zu blättern, sich über die Schwerpunktbeiträge in die Begriffe hinein zu vertiefen und das somit eine wichtige Lektüre und ein wichtiges Nachschlagewerk für Theorie und Praxis der Versicherungswirtschaft sein wird. <<

von: Prof. Dr. rer. pol. h.c. Herbert Rebscher, Vorsitzender des Vorstandes der Deutschen Angestellten Krankenkasse (DAK)

Handbuch Market-Access

Hrsg: Thomas Ecker, Klaus-Jürgen Preuß, Ralph Tunder
Handbuch Market-Access - Marktzulassungen ohne Nebenwirkungen
 Verlag: Fachverlag der Verlagsgruppe Handelsblatt GmbH, 2011
 700 Seiten
 ISBN-13: 978-3-942543-00-2
 Preis: 149 Euro

>> Pharmamarketing und -vertrieb sind im Umbruch. AMNOG, IQWiG und viele Änderungen der Rahmenbedingungen haben Zulassung, Preisfestsetzung und die Regeln für die Erstattungsfähigkeit von Arzneimitteln wesentlich verändert. Der Markt hat neue Spielregeln; etablierte Denksätze tragen nicht mehr.

Arzneimittelhersteller bündeln ihre Aktivitäten in Market Access Abteilungen. Market Access wird vom Nischen- zum Top-Thema. Aber Begriff und Inhalt sind oft noch nicht ganz klar. Das Handbuch Market-Access



schließt diese Lücke und stellt Konzept und Praxis präzise, umfassend, klar und nachvollziehbar dar.

Das Handbuch hat neun Kapitel. Der Produktlebenszyklus eines Medikaments wird von den ersten Stufen seiner präklinischen Entwicklung bis hin zum Einsatz in der Versorgung aus der Perspektive des Market Access dargestellt. Behandelt werden die regulatorischen, gesundheitspolitischen und juristischen Rahmenbedingungen ebenso wie Fragen der Preisfestsetzung, der Erstattung, der Nutzenbewertung sowie Strategien von Targeting bis Organisationsgestaltung. Daraus ergeben sich die veränderten Ausrichtungen und Geschäftsprozesse der Akteure - Arzneimittelhersteller, Kostenträger, Leistungserbringer und Versicherte. Erfahrene Market Access Professionals analysieren die methodischen Grundlagen und strategischen Implikationen mit vielen konkreten Beispielen. Operative Tools, Informationsvoraussetzungen und Datenbasis sowie die organisatorische Einbindung in die nationalen und internationalen Strukturen werden umfassend und genau dargestellt. <<

von: Prof. Dr. Reinhold Roski



Dr. phil. Brigitte Sens

ist Leiterin des Zentrums für Qualität und Management im Gesundheitswesen der Ärztekammer Niedersachsen

21,34 % Einsparpotenzial

>> „21,34 % beträgt das Einsparpotenzial im deutschen Gesundheitswesen - was halten Sie davon?“ Zu dieser „Meldung“ - absolut frei erfunden und „realistisch gewürfelt“ - wurden etliche Fachexperten aus der Gesundheitsversorgung, aus Verbänden und Politik befragt: Immerhin zwölf haben geantwortet, indes wohlwissend, dass es sich um eine „Ente“ handelt: Denn weder gibt es ein Forschungsnetzwerk Gesundheitsökonomie, und schon gar nicht ein pseudogenaueres Studiergebnis mit zwei Dezimalstellen.

Jedoch besteht über die Grundsatzfrage „ob“ zu möglichen Reserven im System weitgehend Konsens, wann immer man in Expertenkreisen über zielgerichtete Ressourcenallokation, Vorhaltekosten, rationale Diagnostik und Therapie, Fehlerkosten, Effizienzoptimierung, Brüche an den Schnittstellen usw. diskutiert. Mehr oder weniger offen wird von Fachexperten unseres Gesundheitssystems diese Größenordnung von rund 20 % Einsparpotenzial (vor einigen Jahren noch mehr) benannt, wenn man das gesamte Versorgungssystem einschliesslich des Gesundheitsverhaltens der Bevölkerung, einer rationalen, angemessenen Versorgungsstruktur, der Eliminierung nicht indizierter Leistungen bei gleichzeitig optimierten Zugangsmöglichkeiten für relevante Risikogruppen, der koordinierten und bezüglich Qualität und Sicherheit optimal gesteuerten, sektorübergreifenden Behandlung usw. betrachtet.

Zur Frage „wie hoch“ sind die Meinungen unterschiedlich: Sie reichen von 10 % bis deutlich mehr als 20 %. Bei GKV-Ausgaben in Höhe von ca. 170 Mrd. Euro (2009) entspräche dies 17 bis 34 Mrd. Euro, insgesamt (von ca. 300 Mrd. Euro) 30 bis 60 Mrd. Euro. Damit wird von Experten des Gesundheitssystems doch überwiegend ein bedeutsames, milliarden schweres Einsparpotenzial identifiziert, eine volkswirtschaftlich außerordentlich bedeutsame Größenordnung.

Nach Perioden der Leistungsausweitung mit dem gesundheitspolitischen Ziel einer qualitativ hochwertigen, umfassenden Gesundheitsversorgung der Bevölkerung wurden mit dem SVR-Gutachten Band III „Über-, Unter- und Fehlversorgung“ Einspar- bzw. Verbesserungspotenziale offen thematisiert und anhand ausgewählter, überwiegend chronischer Erkrankungen dargestellt (Sachverständigenrat 2000/2001). Bereits die Bände I und II hatten die Notwendigkeit von mehr Ziel-, Patienten-, Qualitäts- und Präventionsorientierung betont - Schlüsselbegriffe, die sich bis heute durch die SVR-Gutachten ziehen (z.B. Sachverständigenrat 2007).

Andererseits hat natürlich die gesundheitspolitische Intention, eine höhere Versorgungseffizienz zu fordern und den Paradigmenwechsel für eine neuen medizinische **und** ökonomische Orientierung zu schaffen, zu wirtschaftlichem Druck im Gesundheitssystem geführt. Die gesetzlich begrenzte Ausgabenseite mit „gedeckeltem“ Budget der einzelnen Leistungserbringer sowie der Sektoren insgesamt, verbunden mit Wirtschaftskrise, Arbeitslosigkeit, sinkendem Beitragsaufkommen und Re-

form der Vergütungssysteme (EBM, DRG) einerseits bei durch demographische Veränderung und medizinischen Fortschritt steigenden Kosten andererseits führte zu der Diskussion über Leistungseinschränkung und Priorisierung (Prof. Dr. J.-D. Hoppe auf dem 112. Deutschen Ärztetag in Mainz 2009, Rabbata 2009).

Die Notwendigkeit eines gesellschaftspolitischen Diskurses über Rationalisierung, Rationierung und Priorisierung wird auch von Nagel et al. betont und mit der Forderung nach rationalen Entscheidungen differenziert aufgearbeitet. Allerdings wird eine Ressourcenknappheit per se unterstellt - und Reserven im System lediglich als „Problem der Verschwendung“ genannt (Nagel 2010).

Wehling wird in seiner umfangreichen Analyse deutlicher: mit 20 bis 25 % beziffert er das Einsparpotenzial, wenn nicht indizierte Eingriffe, unnötige Arzneimittel, Kuren und Verwaltungskosten entfielen (Wehling 2009). Auch seine auf internationalen Vergleichen basierenden Befunde zur möglichen, stillschweigenden Rationierung einerseits und Verschwendung der erheblichen Ressourcen andererseits könnten mit Über-, Unter- und Fehlversorgung beschrieben werden.

Wenn also immer noch Schlagworte wie „Rosenpickerei“, „blutige Entlassung“, „Fließbandmedizin“, „Hamsterrad“ kursieren, dann weisen diese auf bestimmte Reaktionsmechanismen auf den wirtschaftlichen Druck hin - aber sind diese nötig (Sens et al. 2009)? Wenn beispielsweise Krankenhäuser unter dem verhandelten Budget auch erhebliche Kostensteigerungen kompensieren müssen - ist das richtig? Wenn finanzielle Anreizsysteme und forensische Aspekte Art und

Umfang der Patientenversorgung mit bestimmen - ist das angemessen? Wenn auf zunehmende Forderungen nach effizienter Leistungserbringung nicht mit durchgängiger Prozessorientierung an der gesamten Versorgungskette entlang reagiert wird - ist das adäquat? Wie können Qualität und Sicherheit für die Patienten mit Arbeitsfreude für die Beschäftigten und wirtschaftlichem Erfolg für die Organisation verknüpft werden?

Wenn nach Meinung von Fachexperten ein Einsparpotenzial im deutschen Gesundheitssystem in der Größenordnung von bis zu 20 % vermutet wird, handelt es sich um eine gesundheitspolitisch, wirtschaftlich und gesellschaftspolitisch bedeutsame Größenordnung. Hier besteht die ethisch-moralische Verpflichtung, dieses auch offen zu benennen. Auf der Makroebene der den Rahmen setzenden Gesundheitspolitik, der Mesoebene der Verbände und der Mikroebene der Gesundheitseinrichtungen müssen zukunftsorientierte, intelligente Lösungen zur Gesundheitsversorgung entwickelt und mit zielorientierten Steuerungsmechanismen hinterlegt werden. Neue Modelle einer „selektiven Patientenorientierung“ (Das Richtige zum richtigen Zeitpunkt am richtigen Patienten richtig tun!) müssen das Gießkannenprinzip ersetzen und im Sinne einer krankheitsadäquaten, personalisierten Medizin ausgestaltet werden. <<

Die Meldung

„21,34 % beträgt nach Meinung von Fachexperten das Einsparpotenzial im deutschen Gesundheitswesen. Dieser Anteil ergibt sich nach einer noch nicht veröffentlichten Studie des Forschungsnetzwerkes Gesundheitsökonomie (FG) aus allen betrachteten Bereichen wie Gesundheitsverhalten der Bevölkerung, Inanspruchnahme von Leistungen im ambulanten und stationären Sektor mit den bekannten Schnittstellenproblemen und der Langzeit-Ergebnissteuerung. Bereits 2001 war ein Gutachten des Sachverständigenrates für das Gesundheitswesen zu ‚Über-, Unter-, Fehlversorgung‘ erschienen.“

Verschiebepbahnhöfe

„Die konkurrierende Ausrichtung der Sozialgesetzbücher verhindert eine integrierte und sektorenübergreifende Gesundheitsversorgung. Die sektorenbezogene Zuständigkeit bei der Finanzierung von Gesundheitsleistungen lässt „Verschiebepbahnhöfe“ entstehen, die im übergreifenden Ansatz die bekannten Schnittstellenproblematiken wie Doppeluntersuchungen etc. eher fördern. Dazu kommen noch die Reibungsverluste, die in der alltäglichen Kommunikation zwischen den unterschiedlichen Akteuren im Gesundheitswesen mannigfaltig entstehen. Alles in allem ausreichend Potenzial, das in Zeiten knapper werdender Ressourcen schnellstmöglich genutzt werden muss.“



Peter Bechtel

RbP, Pflegedirektor im Herz-Zentrum Bad Krozingen, Vorsitzender im Verband Bundesarbeitsgemeinschaft Leitender Pflegepersonen e.V. - BALK

Absolut plausibel

„Nach meinen eigenen Recherchen und Publikationen (Wehling 2009) ist das Ergebnis dieser Studie absolut plausibel. Bei einem Gesamtumsatzvolumen von etwa 300 Milliarden EUR/Jahr im Gesundheitssektor entspräche dies einem Einsparpotenzial von über 60 Milliarden EUR/Jahr, die am oberen Ende meines Schätzkorridors von 20 bis 80 Milliarden/Jahr liegen. Es darf dabei nicht vergessen werden, dass diese Verschwendung nicht nur Geld kostet, sondern an unnötigen Eingriffen und invasiven Untersuchungen auch Patienten zu Schaden, z.T. mit Todesfolge kommen. Erstaunlicherweise scheint diese Verschwendungskatastrophe ein Tabu Thema selbst für Journalisten zu sein, und die einzige relevante politische Reaktion ist die erneute Beitragserhöhung in der GKV. Es müsste endlich die öffentliche Debatte hierzu beginnen - und nicht von den verschiedenen Lobbyisten immer wieder zum Verstummen gebracht werden: So geht es einfach nicht mehr weiter!“



Prof. Dr. med. Martin Wehling

Geschäftsführender Direktor des Institutes für experimentelle und klinische Pharmakologie und Toxikologie der Medizinischen Fakultät Mannheim der Universität Heidelberg

Scheinexakte Studienergebnisse

„Mit Sicherheit gibt es einem so komplexen und überregulierten System wie dem deutschen Gesundheitswesen Einsparpotenziale. Scheinexakte Studienergebnisse stimmen mich aber skeptisch. Die Aufgabe ist, an den bekannten Problempunkten, wie der Grenze zwischen der stationären und der ambulanten Versorgung, prospektiv Strukturen und Prozesse zu gestalten, die den medizinischen Fortschritt nutzen, um den Versorgungsbedarf der Zukunft besser, das heißt effizienter zu bedienen.“



Dr. med. Christoph Straub

RHÖN-KLINIKUM AG, Vorstand Geschäftsbereich Ambulant-stationäre Grund- und Regelversorgung, Wiesbaden

Jeder fünfte Euro?

„Sicherlich gibt es an vielen Stellen Einsparpotenzial, doch glaube ich nicht, dass mehr als jeder fünfte Euro unnötig ausgegeben wird. Deshalb halte ich diese Zahl für deutlich zu hoch. Grundsätzlich müssen wir doch im Sinne der Patientinnen und Patienten genau hinschauen, wo und wofür ihre Beitragsgelder ausgegeben werden.“



Jens Spahn

MdB, Gesundheitspolitischer Sprecher CDU/CSU-Bundestagsfraktion

Mit Unterhaltungswert

„Solange die Verfasser solcher Aussagen nicht auch angeben, wie die Effekte der Einsparungen auf die Ergebnisqualität und die Patientensicherheit flächendeckend gemessen und bewertet werden sollen (was übrigens eine Festlegung der zu erreichenden Qualitäten und ihres Status quo voraussetzen würde), haben diese Daten nur einen durchschnittlichen Unterhaltungswert.“



Prof. Dr. med. Andreas Becker

Geschäftsführer,

CLINOTEL Krankenhausverbund gemeinnützige GmbH, Köln

Pauschalurteile

„Einsparpotenziale im deutschen Gesundheitswesen gibt es sicher. Dabei sind allerdings Pauschalurteile auf dem Rücken der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die sich tagtäglich um eine hohe Qualität der Patientenversorgung bemühen, kontraproduktiv. Hilfreicher sind an dieser Stelle professionelle Analysen, wo tatsächlich Einsparpotenziale bestehen und mit welcher professionellen Hilfe diese tatsächlich „gehoben“ werden können. Häufig handelt es sich hierbei um klare Managemententscheidungen mit Vorbildfunktion und Entscheidungen, die nichts mehr mit den Hierarchien im Gesundheitswesen zu tun haben, wie wir sie immer noch vorfinden.“



PD Dr. med. habil. Maria Eberlein-Gonska

Leiterin Qualitätsmanagement Universitätsklinikum Dresden, Vorsitzende der Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung (GQMG) bis 4/2011

Über Gräben hinweg

„Ökonomie und Humanität sind keine Widersprüche. Deshalb arbeiten Gesundheitsunternehmen, die wirtschaftlichen Erfolg haben, in aller Regel auch auf hohem qualitativem Niveau. Sparen hilft allerdings dauerhaft nicht weiter. Es geht vielmehr um die Steigerung der Produktivität durch Gestaltung strukturierter Prozesse über institutionelle Gräben hinweg. Dabei kennen Innovationen keine Grenzen, schon gar nicht bei 21,34 %.“



Prof. Heinz Lohmann

Gesundheitsunternehmer,

Vorsitzender der INITIATIVE GESUNDHEITSWIRTSCHAFT e. V.

Größenordnung stimmt

„Ob man das mit zwei Stellen hinter dem Komma sagen kann, weiß ich nicht. Aber die Größenordnung stimmt, und solange ist es natürlich fraglich, ob wir wirklich vordringlich eine Rationierungsdebatte brauchen. Wenn wir es schaffen, die Struktur des Gesundheitswesens so zu verändern, dass nicht jeder für sich allein im Hamster Rad sektorale Optimierung betreibt, sondern dass man durch Stärkung der Prävention, vernünftige Konzepte der Primärversorgung und Integration der Leistungserbringung vor allem im sekundärfachärztlichen Bereich gemeinsam die Verantwortung trägt, dann liegt diese Größenordnung im Bereich des Machbaren. Nicht zuletzt deswegen wird in den USA derzeit die Diskussion um „accountable care organizations“ geführt: Verantwortung ist der Kernbegriff, Verantwortung für die gesamte Gesundheitsversorgung.“



Prof. Dr. med. Matthias Schrappe

Leiter des Institutes für Patientensicherheit an der Universität Bonn, stellv. Vorsitzender des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen

Zu hoch gegriffen

„Ein Einsparpotenzial von 21,34 % in unserem Gesundheitssystem ist sicherlich sehr hoch gegriffen, gut die Hälfte dieses Wertes, also 10 bis 15 %, lässt sich dagegen gut belegen. Es sind vor allem die Bereiche Krankenhaus, Diagnostik, Arzneimitteltherapie und Hilfsmittel, in denen mehr Rationalität und Qualität zu einer Effizienzoptimierung in der Versorgung führen können. Felder für solche Strategien sind unverkennbar - im Entlassungsmanagement in Krankenhäusern ebenso wie in der Arzneimitteltherapie, wo die Gleichung „neu und teuer ist auch besser“ nur in den seltensten Fällen stimmt, und dennoch heute viel zu oft die Entscheidungen im ärztlichen Ordnungsverhalten beeinflusst. In vielen Bereichen stimmen das Preis-Leistungsverhältnis und die Qualität der Versorgung nicht - die Zahl 21,34 könnte daher schon richtig sein, wenn sie denn nicht den Prozentanteil, sondern das Einsparpotenzial in Milliarden Euro meint!“



Prof. Dr. rer. nat. Gerd Glaeske

Zentrum für Sozialpolitik, Co-Leiter der Abteilung für Gesundheitsökonomie, Gesundheitspolitik und Versorgungsforschung, Universität Bremen

Mit geschlossenen Augen

„Ich glaube unser Gesundheitssystem hat so viele Reserven, dass man um die 20 % Einsparung mit geschlossenen Augen schafft. Die Gesundheitseinrichtungen müssten das Wissen und Können ihrer Mitarbeiter so unterstützen, dass es ohne Hindernisse beim Patienten ankommt: also klare Absprachen, Vermeidung von Fehlern und Missverständnissen. Das sind mindestens 10 bis 20 %, und dann haben wir noch intermediäre Strukturen, vergleichbar mit dem mittleren Management in anderen Branchen, die sog. „Lähmschicht“, die den Informationsfluss und die Innovationsmöglichkeiten ausgrenzen. Diese Hemmnisse sollten zurückgeschnitten, wenn nicht überhaupt abgeschafft werden, das sind nochmals 10 bis 20 %. Derjenige, der die Leistung erhält, und das ist der Patient, muss die Kontrolle darüber haben, was ausgegeben wird, und nicht über vier Ebenen Verantwortliche, die mitunter ihrer Verantwortung nicht gerecht werden und aus Eigeninteresse die Mittelverteilung beeinflussen können. Es gibt viel zu tun!“



Dr. med. Dipl.-Psych. Horst Poimann

Neurochirurg, Neurochirurgische Gemeinschaftspraxis Dres. Poimann, Froehlich und Popp, Würzburg

Zweistellige Milliardenhöhe

Im deutschen Gesundheitswesen gibt es erhebliche Wirtschaftlichkeitsreserven in zweistelliger Milliardenhöhe - zu finden etwa in den weitgehend unkoordinierten Versorgungs- und Behandlungspfaden auf ambulanter wie stationärer Ebene. Diese und weitere Einsparpotenziale ließen sich heben, wenn der Gesetzgeber den Kassen eine aktivere Systemrolle mit mehr strukturellen Freiheiten zur Gestaltung der Versorgungsprozesse und -strukturen zuwiese. Kostensenkung und höhere Effizienz sind jedoch nicht gleichzusetzen mit einer Verschlechterung der Versorgungsqualität - im Gegenteil: Ein optimierter Ressourceneinsatz mit qualitätsgesicherten, sektorübergreifenden Behandlungsabläufen reduziert die Leistungskosten, dient aber immer auch dem Wohl des Patienten.“



Ingo Kailuweit

Vorsitzender des Vorstands der KKH-Allianz, Hannover

Eine Rückbesinnung

„21,34 % Einsparpotenzial bedeutet Rückbesinnung auf den originären Zweck des Gesundheitswesens, die Gewährleistung einer für alle Bürger verfügbaren, qualitativ hochwertigen Versorgung im Krankheitsfall. Ein Viertel der zur Verfügung stehenden finanziellen Ressourcen werden im Gesundheitswesen für einen überbordenden Overhead und für patientenfernen Selbstzweck eingesetzt. Alle Akteure in der florierenden Gesundheitsbranche sind aufgefordert, ihren Anteil an 21,34% Einsparpotenzial zu mobilisieren, damit das Gesundheitssystem auch weiterhin seine Kernaufgabe, die Patientenversorgung, erfüllen kann.“



Dr. med. Martina Wenker

Präsidentin der Ärztekammer Niedersachsen, Hannover

Danksagung

Allen Interviewpartnern, die im Vertrauen auf eine seriöse Berichterstattung ein Kurzinterview zu „21,34 % Einsparpotenzial“ gegeben haben, gilt aufrichtigster Dank! Doch: Ist die Zitrone ausgepresst? Oder ist noch Saft im System?

Eröffnen wir die Debatte! Schreiben Sie an: meine.meinung@m-vf.de

Literatur

- Nagel, E., Alber, K., Bayerl, B. (2010): Rationalisierung, Priorisierung und Rationierung - Konzepte zur Gesundheitsversorgung der Zukunft. Z. Evid. Fortbild. Qual. Gesundh.wesen 104, 5:355-359
- Rabbata, S., Meißner, M. (2009): Hoppe verlangt Mut zur Wahrheit. Dtsch. Ärztebl 106, 21:A1013-A1015
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2000/2001): Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Bd. III Über-, Unter- und Fehlversorgung.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2007): Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Bd. II Qualität und Sicherheit: Angemessenheit und Verantwortlichkeit in der Gesundheitsversorgung.
- Sens, B., Wenzlaff, P., Pommer, G., von der Hardt, H. (2009): DRG-induzierte Veränderungen und ihre Auswirkungen auf die Organisationen, Professionals, Patienten und Qualität. Hannover: Zentrum für Qualität und Management im Gesundheitswesen
- Wehling, M. (2009) Das Geld im Gesundheitswesen reicht noch lange, wenn die Verschwendung aufhört. Monitor-Versorgungsforschung 2, 6:46-51 (Teil I) und 3, 1:33-39 (Teil II)

Teil 1: Überlegungen zur Bedarfsplanung innerhalb des Versorgungsgesetzes:

Ärzte aufs Land!

Die Bundesregierung plant (wie eigentlich jährlich) eine Reform des fünften Sozialgesetzbuchs. Für 2011 ist vorgesehen, unter anderem die vertragsärztliche Bedarfsplanung neu zu regeln. Hierfür sollen regionale Arbeitskreise gebildet werden. Sie sollen sich aus Kommunalvertretern, Entscheidungsträgern der Krankenkassen, Kassenärztlichen Vereinigungen, Ärztekammern, Krankenhausträgern und Patientenvertretungen zusammensetzen. Eines der wesentlichen Ziele der ins Auge gefassten neuen Regelungen ist es, einer weiteren Ausdünnung der Arztzahlen auf dem Lande vorzubeugen.

>> Insbesondere für die hausärztliche Versorgung wird eine Mangelsituation für die nächsten Jahrzehnte prognostiziert. Denn nahezu kein Flächenland findet für freierwerbende Hausarztstze hinreichend Nachwuchs. Gleichzeitig steigt nach den Prognosen die Zahl der multimorbiden alten Menschen, die - das kommt erschwerend hinzu - meist weniger mobil sind als jüngere Mitglieder der Bevölkerung. Darüber hinaus sind Ältere oft auf ihre (eigene) Wohnung auf dem Lande angewiesen und damit natürlich ebenso auf ärztliche ortsnahe Versorgung.

Die Gründe für den Ärztemangel sind vielfältig. Zum einen gibt es im Arztberuf eine Tendenz zur Feminisierung, was sich ganz deutlich an den Einschreibern in den Unis zeigt. Und Frauen sind nun einmal - das zeigt die Erfahrung - in geringerem Umfang und erst in späteren Lebensabschnitten bereit, Geld in eine eigene Praxis zu investieren. Doch ausreichende Angestelltenstellen für Ärztinnen und Ärzte gibt es im ambulanten Versorgungsbereich (außerhalb der Krankenhäuser) noch nicht. Zwar steigt langsam die Zahl der medizinischen Versorgungszentren (MVZ), die zunehmend angestellte Ärzte beschäftigen, doch nicht in dem Umfang, wie es eigentlich nötig wäre. Dazu kommt ein anderer Fakt: Für die Partner von Ärztinnen ist es auf dem flachen Lande viel schwerer, adäquate Arbeitsplätze zu finden als für die Partnerinnen von Ärzten. Auch ist es so, dass auf dem Lande vorzugsweise Hausärztinnen und Hausärzte gesucht werden, deren breit angelegte Weiterbildung schwerer zu absolvieren ist als eine Fachweiterbildung; auch, weil sie einen häufigen Stellenwechsel erforderlich macht. Und schließlich begünstigt die vertragsärztliche Bedarfsplanung die Niederlassung in Spezialgebieten, deren Vergütung in den meisten Fächern immer noch höher ist als die der Hausärzte. Und wenn man dann noch weiß, dass der Notfalldienst nachts und an Wochenenden in Ballungsgebieten viel seltener als auf dem Land stattfindet, aber wesentlich besser bezahlt wird, weil einfach mehr Fälle pro Dienst behandelt werden als dies auf dem Lande der Fall ist, wo Notfalldienstbezirke oft bis zu 70 Kilometer Durchmesser aufweisen, wundert es einen nicht, dass der Ärztemangel vorprogrammiert ist. Und das schon seit vielen Jahren. Mal ehrlich: Im Endeffekt werden Hausärzte auf dem Land für den - für meist in Städten groß gewordene Menschen auch so erlebten - Verlust an Freizügigkeit und Lebensqualität einfach nicht ausreichend finanziell entschädigt. Nicht von ungefähr hat der gesundheitspolitische Sprecher der SPD-Bundestagsfraktion, Prof. Karl Lauterbach, schon mehrfach öffentlich die Forderung erhoben, die Vergütung der Hausärzte gegenüber den Fachärzten anzuheben, denn anders sei der Hausärztemangel in den nächsten Jahrzehnten nicht zu beheben.

Maßnahme heute - Auswirkung in zehn Jahren

Zusammengefasst ergibt sich die Frage, unter welchen Bedingungen Ärzte für die Tätigkeit auf dem Lande angeworben werden können und

Summary

- Nahezu kein Flächenland findet hinreichend Nachwuchs für freierwerbende Hausarztstze auf dem Lande.
- Beschlussgremien und Standesvertreter orientieren sich stärker an den Interessen der städtischen Hausärzte.
- Nur politischer Druck und finanzielle Anreize werden die ländliche Versorgungssituation verbessern helfen.
- In unterbesetzten Regionen sollten Finanzmittel der Kassen bzw. des Gesundheitsfonds genutzt werden.
- Patientenorientierung und Wettbewerb haben wichtige, stark subjektive Komponenten.

welche Anreize hierfür verfügbar sind. Bundesgesundheitsminister Dr.

Phillip Rösler und seine Mitarbeiter haben vorgeschlagen, man solle eine bestimmte Quote von Medizinstudienplätzen an jene Studentinnen und Studenten vergeben, die sich verbindlich verpflichten, eine bestimmte Zeit, zum Beispiel fünf Jahre, auf dem Lande tätig zu sein. Doch das bereits jetzt akute Problem des Ärztemangels auf dem Land wird durch solche Maßnahmen frühestens in zehn Jahren gemildert. Denn so lange dauert das Studium und die anschließende Weiterbildungszeit zum Facharzt für Allgemeinmedizin. Es muss daher die Frage aufgeworfen werden, was sofort getan werden kann.

So hat Daniel Bahr, der parlamentarische Staatssekretär im Bundesgesundheitsministerium, am 31. Januar 2011 in seinem Eingangsreferat bei der Jahresversammlung des Bundesverbandes Managed Care (BMC) den Vorschlag unterbreitet, die Kommunalverwaltungen sollten sich an der Lösung des Problems beteiligen und die Niederlassung von Ärzten und Pflegekräften auf dem Lande aus eigenen Mitteln fördern. Man müsse - so Bahr - die Frage aufwerfen, was den Kommunen die gesundheitliche Versorgung wert sei.

Damit ist das Problem des Ärztemangels auf dem Lande in jenem Zirkelschluss wieder dort angekommen, wo es seit Jahrzehnten mit wachsender Drehgeschwindigkeit rotiert. Nahezu alle ungelösten Probleme im Gesundheitswesen von der Prävention über die Sicherstellung, Bedarfsplanung bis zur Krankenhausfinanzierung, Qualitätssicherung und Kostenkontrolle werden nach Art eines Pingpongspiels zwischen Bund und Ländern hin und her geschlagen oder zwischen den Interessenzonen der Versicherten, der Patienten, der Krankenkassen, der Leistungserbringer und den Machtzonen der Politik in Rotation versetzt. Will heißen: Der Berg kreißt, doch eine Lösung gebiert Bewegung an sich noch lange nicht.

Seit Heiner Geißler vor etwa 40 Jahren die Kostenexplosion im Gesundheitswesen prognostiziert hat, jagt deshalb auch eine Gesundheitsreform die andere, ohne dass ein Gleichgewicht zwischen Interessen der Patienten und Leistungserbringer, zwischen Qualität und Versorgungsansprüchen einerseits und Finanzierung der Budgets andererseits hergestellt werden konnte. Auch, das muss einmal deutlich gemacht werden, weil Politiker aller Couleur - immer zunächst an der Sicherung der eigenen Macht und an den Chancen ihrer Wiederwahl orientiert - fatalerweise dazu neigen, Regelungen zu Lasten Dritter zu bevorzugen. Diese Dritten sind Leistungserbringer und natürlich die Patienten in Ländern und Kommunen, denn alle Regelungen des Sozial- und damit weitgehend Bundesrechts wirken sich bei jedem Einzelnen aus. Andererseits aber wohnt die Mehrzahl der Versicherten der großen und mächtigen Krankenkassen nun einmal nicht auf dem Lande, sondern in Ballungsgebieten. Diese bestimmen die Politik der Kassen

in den Selbstverwaltungsgremien. Weil aber auch die Mehrzahl der Ärzte in den Kassenärztlichen Vereinigungen - und in den Ärztekammern - die Städte besiedeln, orientiert sich deren Ständevertretung bei Entscheidungen über Honorierung, Verteilung des Honorars und der Regelung der Notfalldienste an den Interessen der städtischen Hausärzte, aber nicht denen auf dem Land.

Eigentlich wären aber die Kassenärztlichen Vereinigungen im Zusammenwirken mit den Krankenkassen seit Jahrzehnten verpflichtet, die Versorgung der Bevölkerung auf dem Land mit Hausärzten qualitativ und quantitativ sicherzustellen. Doch leider ist es so, dass der Wettbewerbsdruck in den mit Ärzten dichter besiedelten Ballungsgebieten die Entscheidungen der Beschlussgremien in den Kassenärztlichen Vereinigungen seit jeher mit beeinflusst und die Ärzte in diesen Gremien daran gehindert hat, rechtzeitig genügend Anreize für die ärztliche Tätigkeit auf dem Lande zu entwickeln. Der Hausärztemangel auf dem Lande ist im Ergebnis eine Folge auch dieser Zusammenhänge.

Somit sind die Kassenärztlichen Vereinigungen gerade wegen ihrer Orientierung an den Interessen der Mehrheit der niedergelassenen Ärzte nicht geeignet, das Problem des Ärztemangels auf dem Lande zu lösen. Sie hatten jahrzehntelang den Sicherstellungsauftrag und die Kompetenz dazu. Und haben weitgehend versagt. Doch auch die Krankenkassen sind zur Lösung dieser Probleme nicht oder nur bedingt geeignet, weil die Mehrheit ihrer Mitglieder nicht auf dem Lande lebt.

Nun ist es aber so, dass die so genannte gemeinsame Selbstverwaltung und der Bundesausschuss der Ärzte/Krankenkassen und Krankenhausträger mehrheitlich durch Delegierte der Krankenkassenverbände und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung bestimmt werden. Als untergesetzlicher Normgeber muss sich der Bundesausschuss bei seinen Entscheidungen zwar an die Vorgaben des fünften Sozialgesetzbuches halten, was ihn aber nicht daran hindert, die Interessen der Kassen und Kassenärztlichen Vereinigungen in Ermessensentscheidungen einfließen zu lassen. Besonders berücksichtigt werden muss zudem, dass die Vertreterinnen und Vertreter der Patienten im Bundesausschuss zwar mitdiskutieren, aber nicht abstimmen dürfen.

Für die Gesundheitsreform 2011 ist es aus oben genannten Gründen wichtig, das Gewicht der Kommunen und Bundesländer bei der Bedarfsplanung zu verstärken. Dabei sollte zwar die Mitwirkung der Kassenärztlichen Vereinigungen und Ärztekammern gegeben sein. Es sollten aber ausschließlich Ärzte aus den Landregionen durch diese Gremien in Projektgruppen delegiert werden. Analoges gilt für die Vertreter der Versicherten der Krankenkassen.

Lösungsvorschläge

Doch was ist zu tun, um den Ärztemangel anzugehen? In den letzten 40 Jahren haben Appelle von Landräten, Bürgermeistern, Gemeindedirektoren und Kommunalpolitikern schließlich auch nicht verhindert, dass wir heute einen zunehmend bedrohlicher werdenden Mangel an Ärzten auf dem Lande haben. Klar ist, dass es ohne finanzielle Anreize nicht möglich sein wird, den Ärztemangel auf dem Lande wirklich zu beseitigen. Und ebenso klar ist, dass - aus oben genannten Gründen - ohne entsprechenden Druck von außen Krankenkassen und Kassenärztliche Vereinigungen sich nicht bewegen werden.

Natürlich ist es nicht zumutbar, dass die Kommunen selbst aus

Mein Appell:

„Die Politik muss Kommunen im Sozialrecht den Anspruch zugestehen, selbst einen Arztsitz oder in Zusammenarbeit mit Nachbarkommunen mehrere Arztsitze auszuschreiben, wenn länger als ein Jahr im Vergleich zur Bedarfsplanung ein eklatanter Arztmangel aufgetreten ist.“

Haushaltsmitteln die gesamten Kosten zum Beispiel einer Hausarztpraxis finanzieren. Schließlich haben die Bürger einer Kommune ohne Arzt nach den gleichen sozialrechtlichen Regeln Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung oder im Rahmen des Versicherungsvertragsrechts zu einer privaten Krankenversicherung bezahlt wie die Bürger in anderen Kommunen mit Arzt. Schon aus diesem Grunde sollte der finanzielle Beitrag für die Anreize eines neu zu besetzenden Arztsitzes aus kommunalen Haushaltsmitteln eng begrenzt werden.

Andererseits ist nicht zu erwarten, dass der für das Sozialrecht zuständige Bund aus dem Bundeshaushalt Aufwendungen tätigen wird, die den Landarztmangel wirksam und in der erforderlichen

kurzen Frist beseitigen.

Eine Lösung des Problems erscheint dennoch möglich, wenn man die für die Anwerbung von Ärzten in Landregionen oder auch in unterbesetzten Bedarfsplanungsbezirken am Stadtrand direkt oder indirekt auf sozialrechtlicher Grundlage aus dem Gesundheitsfonds finanziert.

Man kann den Kommunalverwaltungen ein direktes Zugriffsrecht auf die Mittel einräumen, die zur Finanzierung von dringend zu besetzenden Arztsitzen erforderlich sind. Und man kann darüber hinaus den Kommunen sozialrechtlich einräumen, im Rahmen der Bedarfsplanung durch Kassenärztliche Vereinigungen und Krankenkassen ein Jahr lang nicht besetzte Hausarztstellen selbst auszuschreiben und zu finanzieren.

Prinzipiell bieten sich zwei Finanzierungswege:

- Eine direkte Umlage der Kosten des dringlich zu besetzenden Arztsitzes bei den Bürgern der Kommune, wobei die Bürger diese Kosten direkt von ihrem Kassenbeitrag oder ihrer Privatversicherungsprämie abziehen dürfen. Wichtig ist, dass die Sozialklauseln die gleiche von Zahlung befreiende Wirkung haben, wie dies auch sonst bei Beitrag und Finanzierung der GKV der Fall ist. Wichtig ist aber auch, dass ein Mechanismus existiert, der unter Umgehung des Einflusses von Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen die Ausschreibung und Finanzierung von unbesetzten Arztsitzen in unterversorgten Gebieten ermöglicht, ohne dass dadurch die kommunalen Haushalte belastet werden.
- Alternativ könnte man in unterbesetzten Gebieten eine Mindestzahl von Arztsitzen durch die Kommune ausschreiben und direkt aus Umlagemitteln der Krankenkassen oder aus Mitteln des Gesundheitsfonds finanzieren. In diesem Falle müsste allerdings der Beitrag der Privatpatienten gesondert erhoben werden, was durch eine Änderung des Versicherungsvertragsrechts möglich wäre.

Die Machbarkeit dieses Konzeptes zeigt eine Modellrechnung am Beispiel einer Kommune von 6.000 Einwohnern, die einen separat liegenden Ortsteil ohne Arzt von 2.000 Einwohnern aufweist. Die übrigen 4.000 Einwohner werden durch eine Gemeinschaftspraxis mit zwei jüngeren Ärzten versorgt, die sich als überlastet bezeichnen. Ausgeschrieben wird von der Kommune folglich eine Hausarztpraxis in dem separat liegenden Ortsteil. Für diese Praxis stellt die Kommune mietfrei eine 160 m² große Praxisfläche so lange zur Verfügung, bis die Praxis selbst aus dem von ihr erarbeiteten Umsatz die Miete tragen kann. Umsatz und Gewinn Grenzen werden vertraglich und/oder in der Ausschreibung bereits festgelegt. Für 1.000 Patienten einer Hausarztpraxis wird nach den Erfahrungen des Vertrages zwischen AOK Baden-Württemberg und Hausärzteverband ein

Jahresumsatz von mindestens 400.000 Euro erwartet. Genaue Zahlen ergeben sich aus der sozialen Schichtung der Krankenkassen und Privatversicherungsmittglieder. Aus dem Praxisumsatz muss eine spezialisierte Arzthelferin, die die Befähigung zu Hausbesuchen aufweist, nach dem Verah-Konzept sowie wenigstens zwei weitere Praxismitarbeiterinnen mit Arzthelferinnen-Examen finanziert werden.

Legt man nun 400.000 Euro auf 2.000 Bürger um, so ergibt sich ein Durchschnittsbetrag pro Kopf von 200 Euro pro Jahr. Je nach Zahl der Sozialhilfeempfänger und Arbeitslosen und anderer vom Krankenversicherungsbeitrag befreiter Bürger fallen etwa 19 bis 30 Euro Beitrag pro Bürger und pro Monat zur Finanzierung der Arztpraxis an, der allerdings nicht als kommunale Zusatzsteuer eingezogen wird, sondern auf gesetzlicher Grundlage vom Krankenversicherungsbeitrag abgezogen werden kann, wenn er nicht direkt von den Krankenkassen oder dem Gesundheitsfonds finanziert wird.

Ob, unter welchen Bedingungen und in welchem Umfang die Kommune von ihrem Recht Gebrauch machen darf, nicht besetzte Arztsitze auszuschreiben, muss in der Bedarfsplanung geregelt werden. Das Konzept ist deshalb so zu gestalten, dass an die Stelle der bisher üblichen Topdown-Regelung, unter Berücksichtigung der Versorgungsbedürfnisse der Bürger im kommunalen Bereich selbst die Sicherstellung vollzogen wird. Bei Einhaltung der sozialrechtlichen Rahmenbedingungen geschieht dies aus Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherung bzw. des Gesundheitsfonds ohne dass dagegen noch eine Einrede möglich wäre. Krankenkassen und Kassenärztliche Vereinigungen haben die Möglichkeit, die Regeln der Bedarfsplanung mitzugestalten und innerhalb dieser Regeln die Versorgung sicherzustellen. Ist dies nicht mehr

möglich bzw. geschieht dies - aus welchen Gründen auch immer - nicht oder nicht mehr, bekommt die Kommune im Interesse der Bürger ein sozialrechtlich geborenes eigenes Handlungsrecht. Durch dieses Recht wird sichergestellt, dass die Daseinsvorsorge nicht deshalb unterbleibt, weil zentrale Planung fehlerhaft oder ineffektiv vorgenommen wurde.

Der Einfluss der Kommune soll nicht zuletzt auch deshalb gestärkt werden, damit ländliche Räume von dem bisher zu beobachtenden Fehlerkreislauf befreit werden: Weil Ärzte nicht mehr verfügbar sind, ziehen am Ende selbst die Senioren aus ihrer Heimat fort. Das Leben konzentriert sich in Ballungsgebieten, in denen Ärzte und Pflegekräfte vorhanden sind. Die Versorgung nebst allen dazugehörigen Dienstleistungen bricht auf dem Lande zusammen. Der ländliche Raum verodet noch mehr. Allein die Tatsache, dass die Kommune das Recht erhält, unter bestimmten Bedingungen auf Kosten der Sozialversicherung selbst die Ansiedlung einer Praxis zu betreiben, stützt auch die heimische Wirtschaft. Pro 400.000 Euro Praxisumsatz entstehen mindestens vier, wenn nicht mehr, Arbeitsplätze im kommunalen Bereich, die letzten Endes aus sozialrechtlich erhobenen Umlagemitteln finanziert werden und die in Ballungsgebieten aus dem dort bisweilen ruinösen Wettbewerb entnommen werden. Im Ergebnis resultiert eine Umstrukturierungsmaßnahme zu Gunsten des flachen Landes, ohne dass deshalb die Daseinsvorsorge in Ballungsgebieten verschlechtert wird.

Im zweiten Quartal 2011 ist mit dem Positionspapier zum Versorgungsgesetz zu rechnen. Die Bedarfsplanung wird ein Schwerpunkt der Diskussion sein. Diese Überlegungen sollen dazu einen Beitrag leisten.<<

von: Professor Dr. med. Klaus-Dieter Kossow*

Teil 2: Überlegungen zur Patientenorientierung innerhalb des Versorgungsgesetzes:

Das Spannungsfeld Politik vs. Patientenorientierung

Der Gesundheitspolitische Sprecher der CDU/CSU-Bundestagsfraktion, Jens Spahn, hat im Dezember letzten Jahres 14 Vorschläge für eine Reform der medizinischen Versorgung in Deutschland vorgelegt. Das Papier beruht auf einer Klausurtagung der Arbeitsgemeinschaft Gesundheit der CDU im März 2010 im westfälischen Gronau und auf einem Papier der CSU unter Federführung von Johannes Singhammer und Max Straubinger. Damit wurde die Diskussion um die Eckpunkte der Regierungskoalition für das GKV-Versorgungsgesetz (GKV-VG) eröffnet.

>> Im Januar 2011 erschien aus der Reihe WISO-Diskurs der Friedrich-Ebert-Stiftung eine Studie unter Federführung von Prof. Gerd Glaeske mit dem Titel: „Patientenorientierung in der medizinischen Versorgung - Vorschläge zur notwendigen Weiterentwicklung und Umgestaltung unseres Gesundheitswesens.“

Beide Publikationen gehen somit davon aus,

- dass die medizinische Versorgung weiter verbessert werden muss,
- dass dabei das Angebot der Leistungen vom Bedarf des Patienten her gestaltet werden sollte
- und es werden dazu aus der sektoralen Sicht des jeweiligen politischen Lagers Vorschläge gemacht, die teils in gleiche und teils in unterschiedliche Richtungen gehen.

Das CDU-Papier geht davon aus, dass es stark von subjektiven Erwägungen abhängt, was im Gesundheitswesen als bedarfsgerecht anzusehen sei. Es geht in diesem Zusammenhang auf die regional stark unterschiedliche Ärztedichte insbesondere im hausärztlichen Versorgungsbereich ein.

Zur Lösung des Problems wird ein Abbau von Überversorgung und Fehlsteuerung sowie die Einführung einer kleinräumigeren Bedarfsplanung angesehen. Die Kooperation von niedergelassenen Ärzten und

Krankenhäusern soll verbessert werden, die Struktur der medizinischen Versorgungszentren unter Stärkung des ärztlichen Einflusses weiterentwickelt werden, der Arztberuf soll durch Erleichterung der Wirtschaftlichkeitskontrolle bei der Arzneiverordnung und durch Abbau der Mengenrabatte bei der Vergütung attraktiver gemacht werden. Zur Förderung des Nachwuchses werden umfangreiche Änderungen im Studium und Weiterbildung vorgeschlagen, die unter anderem Vorteile für jene Ärztinnen und Ärzte versprechen, die sich später auf dem Land niederlassen.

Der Einfluss der Hausärzte soll in den Kassenärztlichen Vereinigungen durch ein eigenständiges Vorschlagsrecht für die Wahl eines hausärztlichen Vorstandsmitglieds gestärkt werden.

Die Wettbewerbsförderung im Gesundheitswesen durch eine eigene Rechtsgrundlage für Selektivverträge, wie sie von der Großen Koalition in der letzten Legislaturperiode eingeführt wurde, soll überprüft werden und wird in der Tendenz durch die CDU wesentlich kritischer gesehen als das zu Zeiten der Großen Koalition der Fall war.

Der im Titel des 14-Punkte-Papiers versprochene Ansatz, das System vom Bedarf des Patienten herzugestalten, findet seinen Niederschlag in der Absicht, Wartezeiten auf Facharzttermine zu verkürzen. Dies sollen die Krankenkassen und die Kassenärztliche Vereinigungen sicherstellen.

Von den Krankenhäusern wird verlangt, dass „die immer noch vorhandenen 4-Bett-Zimmer für gesetzlich Krankenversicherte in Krankenhäusern der Vergangenheit angehören.“

Es soll nicht bestritten werden, dass viele Patientinnen und Patienten eine solche Entwicklung begrüßen würden. Aber sind Zieldeklamationen von Seiten der Politik an die Adresse der Leistungserbringer schon „politische Gestaltung vom Bedarf des Patienten“? Es handelt sich hier wohl eher um opportunistische Versprechungen und positive Zukunftsszenarien an die Adresse der Wählerinnen und Wähler.

Im Januar 2011 hat der gesundheitspolitische Sprecher der SPD-Bundestagsfraktion, Prof. Dr. Karl Lauterbach, eine analoge Aktion gestartet. Er will Ärzte, die ihre Patienten über Gebühr lange auf einen Termin warten lassen, mit einem Strafgeld belegen. Dabei hat er offensichtlich übersehen, dass es in der berufsrechtlichen Aufsicht der Ärztekammern über die Ärzte solche Straf gelder längst gibt, beispielsweise dann, wenn Gutachten zu spät abgegeben werden oder wenn Verstöße gegen die Berufsordnung mit Straf geldern belegt werden. Letzteres ist prinzipiell auch dann möglich, wenn die Wartezeiten berufsunwürdig gestaltet werden.

Politische Aktionen, die vorgeben, vom Bedarf des Patienten auszugehen, sollten letzteren zunächst definieren. Und wenn schon erkannt ist - und das ist im CDU-Papier der Fall - dass objektiv messbare Bedarfe und subjektive Bedürfnisse sorgfältig unterschieden werden müssen, dann könnte man über die politischen Konsequenzen sprechen, ohne dass es zu Missverständnissen kommt.

Die Glaeske-Studie der Friedrich-Ebert-Stiftung baut auf die Mitarbeit des Autors im Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen in den Jahren 2003 bis 2009 auf. Mitglieder des Sachverständigenrates waren in dieser Zeit: M. Haubitz, A. Kuhlmei, F. M. Gerlach, M. Schrappe, R. Rosenbrock und E. Wille.

Die Studie enthält selektiv eine Vielzahl von analytischem Material, welches von dem genannten Autorenkreis (der in der Studie auch zitiert wird) erarbeitet worden ist und zwar zu den demografischen Veränderungen, zu den alters- und geschlechtsspezifischen Ausgabenprofilen in der GKV, zum Versorgungsbedarf von Kindern und Jugendlichen und der Krankheitsentwicklung in diesem Altersabschnitt, zur Entwicklung der chronischen Erkrankungen, zu altersspezifischen Veränderungen und ihrem Einfluss auf die Pharmako-Therapie, zur Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln etc. Der zukünftige Versorgungsbedarf lässt sich durch Darstellung von Über-, Unter- und Fehlversorgungstatbeständen auf der Grundlage solcher Zahlenwerke ganz ohne Zweifel besser bestimmen. Aber ist dadurch bereits das Ziel einer Patientenorientierung in der medizinischen Versorgung erreicht?

Übernimmt sich die Politik?

Die Frage stellt sich, ob sich die Politik nicht sogar übernimmt, wenn sie Patientenorientierung für sich in Anspruch nimmt? Natürlich: Die Politik kann bei der Gestaltung von Gesundheitssystemen immer eine Vielzahl von Zielen ins Auge fassen. Sie kann den Zugang der Patienten zum System verbessern, für Kontinuität, Komprehensivität, Wirtschaftlichkeit, Bezahlbarkeit, Qualität und Transparenz der Versorgung die Grundlage schaffen. Sie kann Solidarität, das Subsidiaritätsprinzip, Bürger- und Patientenbeteiligung sowie Verbraucherschutz und Autonomie ins Auge fassen. Sie kann eine evidenzbasierte Medizin anstreben und den Wettbewerb fördern.

Doch Patientenorientierung hat (wie es das CDU-Papier im Übrigen zutreffend feststellt) eine starke subjektive Komponente und die ist politisch kaum beeinflussbar. Hier kann die Politik allenfalls Schutz-

räume für die Beziehung zwischen Pflegebefohlenen und Pflegekräften, Patienten und Ärzten etc. schaffen, in denen sich diese Beziehungen mit ihrem subjektiven Anteil entfalten können. Für die Qualität der Versorgung und für deren Effektivität und Wirtschaftlichkeit ist die Entfaltungsmöglichkeit dieser subjektiven Komponente in einer Versorgungsbeziehung allerdings ebenso wichtig, wie es anerkanntermaßen die objektiven Aspekte der evidenzbasierten Medizin sind.

Dies gilt auch für den Wettbewerb, der immer auch subjektive Komponenten hat, die in den politischen Papieren nicht hinreichend zum Ausdruck kommen, ganz gleich, aus welchem politischen Lager diese nun stammen.

Die wichtigste Wettbewerbsebene im Gesundheitswesen findet innerhalb der Krankenkassen zwischen gesunden und kranken Versicherten, den so genannten Patienten selbst statt. Etwa 80 % der Ausgaben in der GKV werden für 20 % der Versicherten im Patientenstatus getätigt. Gesunde Versicherte verhalten sich aber anders als kranke. Sie wechseln bei höherem Zusatzbeitrag die Krankenkasse, wie es die DAK gerade im Jahr 2010 erlebt hat, als sie über eine halbe Million Versicherte verlor. Allgemein gilt eben: Kranke Versicherte wollen eine optimale Versorgung, gesunde Versicherte hingegen einen möglichst günstigen Beitrag.

Interessen gibt es nicht nur bei den Leistungserbringern, sondern auch auf der Seite der Versicherten. Eine Politik, die Patientenorientierung für sich in Anspruch nimmt, muss sich mit der Mehrheit der GKV-Versicherten und damit der Wähler auseinandersetzen und dabei die Frage klären, wieviel Geld der gesunden Versicherten für eine Verbesserung der Versorgung der Kranken und damit für Patientenorientierung ausgegeben werden darf.

Es sei in diesem Zusammenhang an die Feststellung von Herder-Dorneich erinnert (Phillip Herder-Dorneich: „Die Kostenexpansion und ihre Steuerung im Gesundheitswesen“, Deutscher Ärzteverlag Köln, 1976), der bereits 1976 feststellte, dass sich Patienten und Ärzte gleichermaßen in einer „Rationalitätenfalle“ befinden. Patienten, die einen hohen Krankenversicherungsbeitrag zahlen, verhalten sich im Sinne ihrer persönlichen Ökonomie unvernünftig, wenn sie hierfür keine Leistung in Anspruch nehmen. Verhalten sie sich aber in ihrem Sinne vernünftig und nehmen sie alles an Leistungen in Anspruch, was das System hergibt, dann schädigen sie das Kollektiv. Indem sie ihre eigenen Ansprüche rational und legitim verfolgen, stellen sie aus der Sicht der Gesellschaft nicht legitime oder sogar nicht legale Ansprüche und verstoßen dadurch gegen kollektive Interessen und moralische Ansprüche.

Das ökonomische Ziel der Gesellschaft ist darauf gerichtet, mit möglichst wenig Geld möglichst viele Gesundheitsleistungen der so genannten Leistungserbringer einzukaufen. Die persönliche Ökonomie des Arztes besteht demgegenüber darin, seinen Umsatz zu mehren, weil dies eine der Voraussetzungen nicht nur für optimale betriebswirtschaftliche, sondern auch medizinische Ergebnisse einer Praxis ist. Entweder kann er dann bei konstanten Kosten den Gewinn erhöhen oder trotz steigender Kosten Geräte besser auslasten und auf diese Weise den Gewinn maximieren.

Gesucht ist für die nächste und die wahrscheinlich dann auch noch weiter folgenden Gesundheitsreformen ein ressourcenschonendes Kontrollsystem, welches nicht nur die Gewinne der industriellen Leistungserbringer und der Pharmaindustrie im Auge hat. Da geschieht schon vieles. Der Wettbewerb zwischen zahlungsverpflichteten gesunden Versicherten, versorgungsbedürftigen Kranken, zwischen machtbewussten Politikern, die dem Volk Leistungen versprechen, die dann alle Steuerzahler und Beitragszahler in der Gesellschaft erarbeiten müssen, ist hingegen bisher kaum kontrolliert. Hier sollte sowohl die Versorgungsforschung als auch die politische Diskussion ansetzen. <<

von: Professor Dr. med. Klaus-Dieter Kossow*

Michael Siewert
Anja Schweitzer

Versorgungsmanagement aus Versichertensicht. Anforderungen und Auswirkungen

Patienten sind es in Gesundheitsbelangen alles andere als gewohnt, Verantwortung für sich und ihre Gesundheit zu übernehmen. Bereits das SGB V unterstreicht, dass sie zwar Mitverantwortung und Mitwirkungspflicht haben. Die Hauptverantwortung weist es jedoch der gesetzlichen Krankenversicherung zu. Auch die herkömmliche Denkwelt in der Medizin führte in der Vergangenheit häufig dazu, dass Patienten als Objekte der Medizin ohne eigene Verantwortung gesehen wurden (Schmid et al., Seite 14). Konkret angeführt wird in diesem Zusammenhang die Ausrichtung der Versorgung auf akute, episodale und eindimensionale Krankheiten, nicht zuletzt bedingt durch immer weitergehende Spezialisierungen (Müller-Mundt und Schaeffer, Seite 143).

>> So ist es auch kein Wunder, dass Patienten sich eher zurückhalten. Die verhaltensbedingten finanziellen und gesundheitlichen Folgekosten haben durchaus beträchtliches Ausmaß. Eine erste Ahnung bekommt man bereits, wenn man sich vor Augen führt, dass 30-70% der ärztlichen Anstrengungen von den Patienten mit Non-Compliance beantwortet werden (Schmid et al., Seite 11). Bedenklich wird dies spätestens beim Gedanken, dass chronische Krankheiten gar in erster Linie Patientenarbeit erfordern (Müller-Mundt und Schaeffer). Dieses Versorgungspotential gerät zunehmend ins Visier der Kostenträger, gerade vor dem Hintergrund des Einheitsbeitrags für gesetzliche Krankenkassen im Rahmen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA). Dieser setzt Leistungsträgern auf der Einnahmenseite recht enge Grenzen, die auch Zusatzbeiträge aus verschiedensten Gründen nur unzureichend erweitern. Umso bedeutender gestaltet sich die Ausgabenseite der Krankenkassen.

An Ansätzen und konkreten Instrumenten zur Kontrolle der Ausgabenseite mangelt es nicht, insbesondere seit dem GKV-WSG. Das gängige Zauberwort lautet Versorgungsmanagement, dessen Ziel gemeinhin die Kosten-Effizienz der Versorgung ist. Einzelne Untersuchungen bestätigen die erhoffte Effizienz, wie beispielsweise im Projekt ‚Patientenbegleitung‘ der Bosch BKK aufgezeigt wurde („Monitor Versorgungsforschung“ 6/2010 Seite 18). Die Studie belegt, dass nach einer Anlaufphase von rund einem Jahr positive Kosteneffekte in Höhe von durchschnittlich 21,5 % ermittelt wurden.

Doch eine optimale Ausnutzung der Möglichkeiten kann letztlich nur bei entsprechender Akzeptanz auf der Mitgliederseite gelingen. Ohne ihre Mitarbeit ist eine Ausschöpfung des Steuerungspotentials nicht möglich. Grundlegende Überlegungen zu einer Steigerung der Mitgliederakzeptanz gab es in der Vergangenheit zwar. Allerdings bergen Leistungsgestaltung und -kommunikation noch beträchtliche Optimierungspotentiale, wie bereits Rübiger am Beispiel der Integrierten Versorgung herausstellt (Seite 171). Sie führt aus, dass es für die In-

Abstract

Die Akzeptanz von Maßnahmen zur Versorgungssteuerung auf Versicherten-seite ist unverzichtbarer Bestandteil für das optimale Ausschöpfen ihres Potentials. Der IGES Kompass Gesundheit® 2010 stellt das Thema „Versorgungssteuerung aus Versichertensicht“ ins Zentrum seiner Untersuchung. Dabei werden vier Grundanforderungen herausgearbeitet, die bei einer ganzheitlichen Beachtung in Gestaltung und Kommunikation von Maßnahmen zur Versorgungssteuerung die Basis der Akzeptanz bilden. Die Ergebnisse zeigen jedoch nicht nur eine Erhöhung der Akzeptanz von Versorgungssteuerung, sondern Auswirkungen auf das Erleben des gesamten GKV-Systems. Die konkret erlebbaren Leistungen vermögen es im Idealfall, einen Beitrag zu einer Vertrauensstärkung in das GKV-System zu leisten.

Keywords

Case Management, DMP, Kosteneffizienz, Kommunikation, Krankenkassen, MVZ, Patientenorientierung, Versorgungssteuerung, Versorgungsmanagement

tegrierte Versorgung von hoher Bedeutung sei, potentielle Teilnehmer über die Pogramnteilnahme nicht lediglich zu informieren, sondern zu überzeugen, damit sich das Angebot überhaupt lohnen kann. Dies sei angesichts der niedrigen Einschreibequoten in der Vergangenheit offensichtlich noch nicht geglückt. Zudem weist sie darauf hin, dass Marktforschung in diesem Feld weitgehend nicht erfolgt sei, mit der Konsequenz, dass die Versichertenpräferenzen (noch) nicht adäquat berücksichtigt worden seien.

Hier möchten die neuesten Erkenntnisse der Studienreihe ‚IGES Kompass Gesundheit®‘ aus dem Jahr 2010 ansetzen. Neben der kontinuierlichen Befragung von GKV-Mitgliedern zu verschiedensten Themen aus dem Krankenkassenbereich greift der ‚IGES Kompass Gesundheit®‘ in jeder Welle zusätzlich ein aktuelles Thema auf, das einmalig behandelt wird. In der neuesten Ausgabe ist dies das Versorgungsmanagement aus Mitgliedersicht, das in zwei vierstündigen Kreativ-Workshops mit je 10 Teilnehmern und einer Repräsentativbefragung von 3.000 GKV-Mitgliedern behandelt wurde. Sie können im Wesentlichen für das gesamte Versorgungsmanagement bestätigen, was Rübiger bereits für die Integrierte Versorgung beschrieb. Nämlich, dass eine ‚echte‘ Einbindung bisher noch nicht gelungen ist. Zudem arbeitet die Studie grundlegende Versichertenpräferenzen heraus, die die Akzeptanz von Versorgungssteuerung entscheidend steigern können.

Erleben von Maßnahmen zur Versorgungssteuerung zeichnet zwiespältiges Bild

Dabei ist das Bild der Maßnahmen zur Versorgungssteuerung weder eindeutig positiv noch negativ. Auffallend sind zunächst die hohen Eintrittsbarrieren in die Auseinandersetzung mit ihnen. Sie geht deutlich über allgemeine Abwehrhaltungen hinaus, die in der Marktforschung bei der Besprechung bis dato weitgehend unbekannter Ansätze klassischerweise zu beobachten sind. Hintergrund ist eine aus mehreren Richtungen herrührende ablehnende Vor-Verurteilung der Maßnahmen zur Versorgungssteuerung bereits vor der eigentlichen Konfrontation mit ihnen. Dieser Umstand führt dazu, dass eine Akzeptanz von Versorgungsmaßnahmen nur mit erheblichem zeitlichem Aufwand und hoher Überzeugungskraft erreicht werden kann.

Doch auch wenn es gelingt, Versicherte in eine Auseinandersetzung zu ziehen, stellen Vorbehalte und Attraktivität oft eher zwei Seiten derselben Medaille dar. Beispielsweise können einzelne Maßnahmen durchaus den Eindruck hoher Versorgungsqualität erzeugen (Wahrnehmung des Angebots als Paket hochwertiger Leistungsbatterien). Doch gerade dieser Eindruck erregt häufig auch Misstrauen, da Versicherte

sich in Zeiten enger Finanzspielräume der Krankenkassen erhöhte finanzielle Aufwände für Versicherte kaum vorstellen können.

Somit gibt es bereits zwei Herausforderungen zu bewältigen, wenn eine Krankenkasse Akzeptanz bei Versicherten erzeugen möchte. Einerseits gilt es aufgrund der Eintrittsbarrieren, hohen Kommunikationsaufwand zu betreiben. Andererseits zeigt die oben angesprochene Metapher der zwei Seiten einer Medaille die Notwendigkeit einer ganzheitlichen Kommunikationsstrategie auf, falls Glaubwürdigkeit und Akzeptanz erzeugt werden sollen. Das bedeutet konkret, dass die sich im Rahmen der IGES-Studie herauskristallisierenden Grundanforderungen an Versorgungssteuerung in der gestalterischen und kommunikativen Umsetzung gemeinsam bedient werden sollten. Im Folgenden wird dies an zwei bekannten Maßnahmen exerziert. Dazu werden zunächst die Grundanforderungen an Versorgungssteuerung angerissen und daraufhin DMP und MVZ anhand dieser Grundanforderungen ansatzweise im Hinblick auf Versichertenwahrnehmung und Akzeptanzpotential evaluiert.



Abb. 1: Grundanforderungen an das Versorgungsmanagement

Die Grundanforderungen

1. Fassbarmachung der Versorgungsleistung

Das GKV-System wird von vielen Versicherten als undurchschaubar und intransparent erlebt. Das damit einhergehende Ohnmachtsgefühl führt dazu, dass viele Versicherte sich innerhalb des GKV-Systems eine Opferrolle zuschreiben. Infolgedessen setzt man sich mit Details im Gesundheitssystem nur wenig auseinander und kann (auch) die Qualität von Versorgungsleistungen nur unzureichend einordnen. Einerseits ist man für die erhaltene Versorgung dankbar, da sie Heilung bzw. Linderung der gesundheitlichen Beeinträchtigung verschafft. Andererseits ist man sich unsicher, ob die Leistung das Optimum an Versorgung darstellt. Auf entsprechende Unsicherheiten treffen auch Maßnahmen zur Versorgungssteuerung. Um eine hohe Akzeptanz zu erreichen, ist eine Einordnung der Leistung vonnöten, die ihren Umfang und ihre Qualität fassbar macht (konkrete Vorschläge dazu siehe beispielsweise Sander und Scherenberg). Dabei geht es weniger um eine detaillierte Darlegung als vielmehr um eine grobe und laiengerechte Einordnung der Möglichkeiten und Grenzen.

2. Vertrauensscheidung in Leistungsträger und -erbringer

Neben der reinen Fassbarmachung der Maßnahme zur Versorgungs-

steuerung geht es auch darum, Vertrauen in sie zu schaffen. Dieses ist untrennbar mit dem Vertrauen in ihre Absender verknüpft (vor allem der Ärzte und Krankenkassen). Hier kommt zum Tragen, dass Angebote an die Versicherten oft die Vorteile für die Versicherten selbst darstellen. Doch die Interessen der anderen Akteure bleiben oft unklar. Viele Versicherte bringen einer Maßnahme mehr Akzeptanz entgegen, wenn ein transparentes Vertragswerk mit den Vor- und Nachteilen der einzelnen Akteure offengelegt wird, in dem idealer Weise Eindruck einer Win-Win-Situation und der Kooperation zwischen Akteuren erzeugt wird.

3. Beruhigende Funktionsgewährleistung

Viele Versicherte sehen das solidarisch aufgebaute GKV-System zwar als nahezu idealen Ansatz der Gesundheitsversorgung. Doch seit die bestehenden Finanzlücken öffentlich diskutiert werden, werden Schutz und Versorgungssicherheit in Frage gestellt. Die aus Versichertensicht zahlreichen Versuche, die finanziellen Engpässe zu überwinden, sehen sie als in der Mehrzahl gescheitert an. Auch hier findet eine Über-

tragung auf die Versorgungssteuerung statt. Oft wird sie als Maßnahme zur Kostenkontrolle erlebt und als Erhaltungsversuch des gewünschten Solidarsystems in der GKV durchaus akzeptiert. Allerdings sehen Versicherte die Betonung der Kostenkontrolle so einseitig, dass die Qualität der Versorgung in Frage

gestellt wird. Doch vornehmlich eine gleichzeitige Kommunikation von Qualität und Kostenkontrolle erzeugen bei Versicherten das Gefühl einer beruhigenden Funktionsgewährleistung im GKV-System. Im Falle der Versorgungssteuerung als konkret erlebbarem Leistungsangebot kann die Beruhigung sogar besonders glaubwürdig erscheinen.

4. Eindruck einer fühlbaren Gegenleistung

Leistungserbringung im Versorgungsfall und Krankenkassenbeiträge der Versicherten werden oft getrennt voneinander betrachtet, so dass Versicherte vielfach denken, eine Krankenkasse sei nicht an der Versorgung beteiligt (sondern nur der Leistungserbringer, dem der Versicherte persönlich begegnet). Dies führt in vielen Fällen zu der Ansicht, dass eine Gegenleistung für die hohen Beitragszahlungen nicht vorhanden ist, ein Umstand, den Versicherte häufig kritisieren. Ein zentraler Ansatzpunkt ist folgerichtig die stärkere Sichtbarmachung des Engagements von Krankenkassen, beispielsweise über eine proaktive Kommunikation im Rahmen von Maßnahmen zur Versorgungssteuerung. Dazu entscheidet der Grad an Selbstbestimmtheit in verschiedenen Situationen auf Versichertenseite darüber, ob eine Maßnahme als ‚fühlbare‘ Gegenleistung oder eine erlebte Gängelung erlebt wird. Bei schwerer/chronischer Erkrankung (insbesondere zu Beginn) ist eine erhöhte Fürsorge und vorgegebene Struktur durchaus erwünscht. Doch in Situationen, in denen man das Gefühl hat, den Alltag (noch

oder wieder) selbst bewältigen zu können, erwünschen sich Versicherte höhere Anteile an Freiheit und Selbstbestimmtheit.

Die konkreten Kurzbewertungen

Die unterschiedliche Akzeptanz konkreter Angebote zur Versorgungssteuerung lässt sich bei Berücksichtigung der Grundanforderungen trefflich erklären. Im Folgenden soll dies an zwei Beispielen näher erläutert werden:

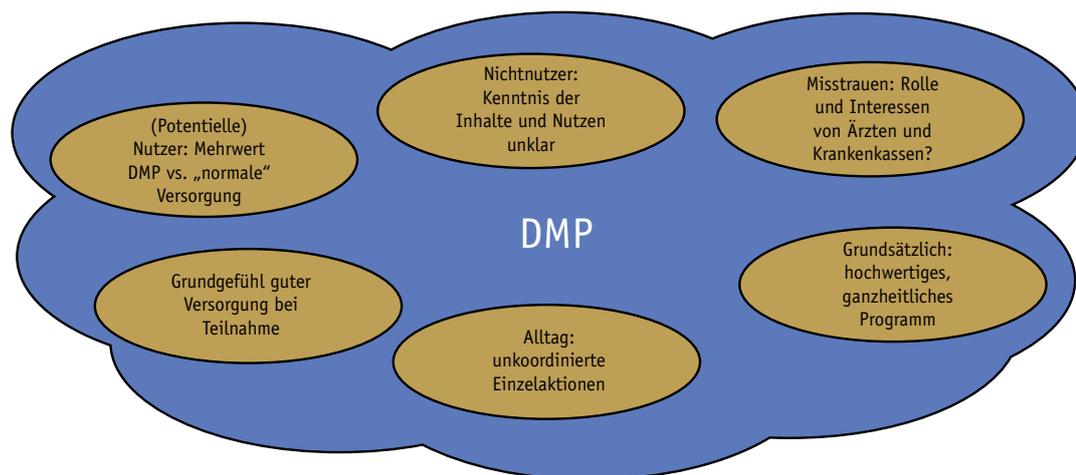


Abb. 2: Fassbarmachung der Versorgungsleistung (DMP)

Beispiel 1: DMP

Fassbarmachung der Versorgungsleistung: Sofern man nicht selbst potentiell an einem DMP teilnimmt bzw. an ihm teilnehmen könnte, ist ein DMP aktuell oft nicht bekannt und nur schwer vorstellbar. Selbst potentiellen und tatsächlichen Nutzern erschließt sich der Mehrwert des Programms nicht bzw. nur vage. Gleichwohl führen die konkreten ärztlichen Untersuchungen zu einer persönlichen Erlebbarkeit des Programms.

Vertrauensschaffung in Leistungsträger und -erbringer: Rolle und Interessen von Ärzten und Krankenkassen sind den meisten Versicherten nicht ersichtlich. Gleichzeitig werden krankenkassenseitige Datenerhebungen (DMP-Dokumentationen) wahrgenommen, so dass vorhandenes Misstrauen noch verstärkt wird.

Literatur

IGES Institut GmbH (2010): IGES Kompass Gesundheit 2010 - Versorgungsmanagement aus Mitgliedersicht. Berlin: Eigenverlag.
 Report Monitor Versorgungsforschung: Evidenz für das Case Management. In: Monitor Versorgungsforschung 06/2010.
 Müller-Mundt; Schaeffer: Patientenorientierte Versorgung chronisch Kranker. In: Pfaff; Schrappe; Lauterbach; Engelmann; Halber (Hrsg., 2003): Gesundheitsversorgung und Disease Management. Grundlagen und Anwendungen der Versorgungsforschung. Bern. Verlag Hans Huber.
 Rübiger: Integrierte Versorgungsformen erfordern neue Kommunikationsstrukturen. In: Roski, R. (Hrsg.) (2009): Zielgruppengerechte Gesundheitskommunikation: Akteure - Audience Segmentation - Anwendungsfelder. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
 Sander; Scherenberg: Versorgungsmanagement aus Marketingsicht: Beispiele für innovative Ansätze. In: Monitor Versorgungsforschung 06/2010.
 Schmid; Weatherly; Meyer-Lutterloh; Seiler; Lägél (2008): Patientencoaching, Gesundheitscoaching, Case Management - Methoden im Gesundheitsmanagement von morgen. Berlin. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

Beruhigende Funktionsgewährleistung: In Ansätzen wird ein DMP zwar als ganzheitliches Programm eingeordnet. Doch gegenläufige Alltagserfahrungen lassen ein DMP oft eher als unkoordinierte Ansammlung von Einzelaktionen erscheinen, so dass Qualität und Ökonomie in Frage gestellt werden. Festgemacht wird dies beispielsweise an fehlenden erlebten Verknüpfungen bei mehreren chronischen Erkrankungen.

Eindruck einer fühlbaren Gegenleistung: Grundsätzlich erfolgt die Kommunikation meist zu einem geeigneten Zeitpunkt, auch im folgenden Zeitverlauf haben Teilnehmer oft das Gefühl einer guten Versorgung. Teils werden jedoch Unterschiede zur Behandlung bei einer Nicht-Teilnahme an einem DMP nicht erkannt.

Schlussfolgerungen: Insgesamt weisen DMP ein vergleichsweise hohes Potential auf. Um dieses auszuschöpfen, sollte vor allem folgende Ansätze weiterverfolgt werden:

- Kommunikation eines DMP als Ausschöpfung des GKV-Leistungsangebots mit den Zielen einer effizienten Versorgung sowie einer Erhöhung von Lebenserwartung und -qualität.
- Entwicklung von Programmen zur Zusammenfassung mehrerer DMP/mehrerer chronischer Erkrankungen.
- Grundverständnis, Aufbau und Kommunikation von DMP als zweiphasiges Steuerungsinstrument mit intensiverer Betreuung in einer ersten Phase und einer stärker selbstbestimmten, aber immer noch kontrollierten zweiten Phase.

Beispiel 2: MVZ

Fassbarmachung der Versorgungsleistung: Der Zusammenschluss von Leistungserbringern unter einem Dach erzeugt eine gut vorstellbare Räumlichkeit. Ehemalige DDR-Bürger sehen zudem eine Verwandtschaft zu den bekannten Polikliniken, was zu einer gesteigerten Akzeptanz führt.

Vertrauensschaffung in Leistungsträger und -erbringer: Durch die erlebte Festlegung auf ein MVZ sieht man sich von einzelnen Ärzten abhängig. Die erlebte Abhängigkeit stärkt das bereits vorhandene Misstrauen in die Akteure.

Beruhigende Funktionsgewährleistung: Eine höherwertige und auch effizientere Versorgung durch eine Kooperation von Leistungserbringern mit kurzen Abstimmungswegen erscheint gut vorstellbar. Insbesondere bei klar ersichtlicher Notwendigkeit der Kooperation von Leistungserbringern ist die Akzeptanz recht hoch.

Eindruck einer fühlbaren Gegenleistung: Patientenseitige Vorteile in der Versorgung können zwar gesehen werden, und zwar in Form kurzer Wege und schneller(er) Behandlung. Doch fehlende Wahlmöglichkeiten innerhalb einer Fachdisziplin schränken die Selbstbestimmung aus Sicht der Versicherten ebenso ein wie die erweiterten Absprachemöglichkeiten der Behandler.

Schlussfolgerungen: Ähnlich wie DMP weisen auch MVZ ein ver-

gleichweise hohes Potential auf. Um ihr Attraktivitätspotential auszuspielen, sollten jedoch einige Gestaltungsmöglichkeiten ausgenutzt werden:

- Angebot des ‚Ausprobierens‘ der Versorgungsleistung. Im Nachgang telefonische oder persönliche Rückmeldung zu den Behandlungseindrücken.
- Kommunikation des Angebots nicht als Verpflichtung, sondern als höherwertige Versorgung (z.B. bessere Qualifikation der Ärzte).
- Garantie besserer Versorgungsservices (z.B. kürzere Wartezeiten).

Fazit, Weiterführung und Ausblick

Versorgungsmanagement ist bereits heute ein wichtiges Instrument, das in Zukunft noch weitere Bedeutung gewinnen wird. Grundsätzlich weist der Ansatz hohes Potential zu einer versichertenseitigen Akzeptanz auf. Doch sowohl in Leistungsgestaltung als auch -kommunikation sind einige Grundanforderungen zu berücksichtigen.

Wird eine Maßnahme zur Versorgungssteuerung akzeptiert, kann sie nicht nur eine optimale Kosteneffizienz herstellen. Es ist als konkret erlebbares Instrument dazu geeignet, auf Versichertenseite das Vertrauen in eine Funktionsfähigkeit des GKV-Systems (mit) wiederherzustellen. <<

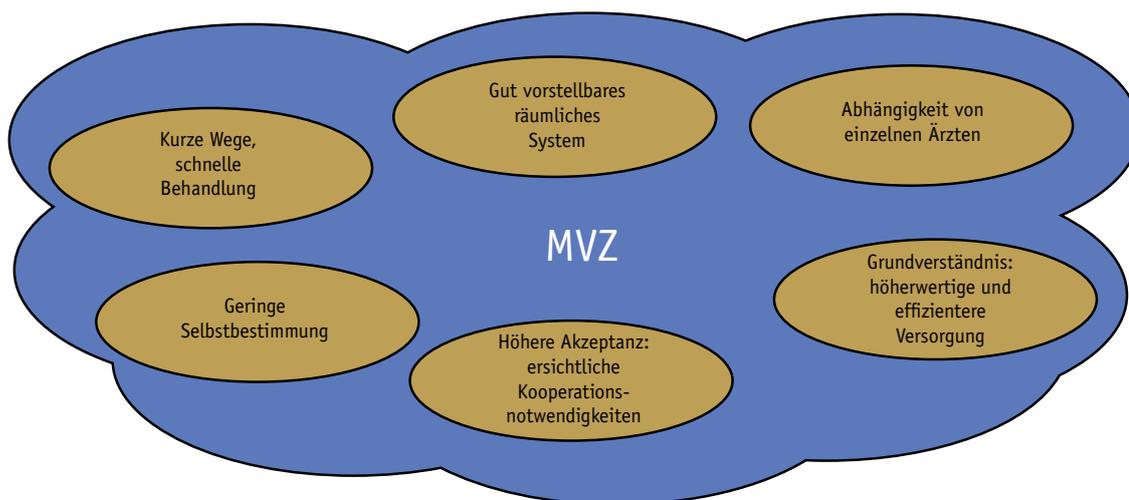


Abb. 3: Fassbarmachung der Versorgungsleistung (MVZ)

Care management from the insurer's view. Requirements and effects

The acceptance of managed care measures by the insured is an indispensable component for the optimal delivery of their potential. The IGES Kompass Gesundheit® 2010 places the subject ‚the insurer's view on managed care‘ in the centre of its research. Four basic requirements are being identified, which form the supply base of acceptance while handling an integral consideration of design and communication of managed care measures. The results show not only an increase in acceptance of managed care, but effects on the experience of the entire statutory health insurance system. Ideally, the tangible care that patients can actually experience can contribute to a strengthened confidence in the statutory health insurance system.

Keywords

case management, DMP, cost efficiency, communication, health insurance, ambulatory healthcare center, patient orientation, managed care, care management

Michael Siewert

Diplom-Geograph. Studium der Wirtschaftsgeographie, BWL und Psychologie in Osnabrück und Porto (Portugal). Zertifikatsstudium in qualitativer Markt- und Medienpsychologie. Über zehn Jahre (Senior) Projektleitungen in der Gesundheits- und Versorgungsforschung auf nationaler und internationaler Ebene (Institute: I+G Gesundheitsforschung, psychonomics AG, IGES Institut). Seit April 2011 Geschäftsführer von medpirica. Kontakt: michael.siewert@medpirica.com



Anja Schweitzer

Diplom-Volkswirtin. Studium der Volkswirtschaftslehre an der Universität zu Köln. 1996 Einstieg bei psychonomics. 2001 bis 2004 Leitung des Ressorts Zielgruppenforschung. 2005 Leitung der Healthcare Forschung der psychonomics AG. Ab Mai 2007 Senior Managerin und Leitung der neuen Niederlassung in Berlin. Seit 2009 Leitung des Bereichs Marktforschung im IGES Institut. Kontakt: anja.schweitzer@iges.de



Günther Sauerbrey

Dementielle Erkrankungen zwischen Medizin und Pflege - Schwierigkeiten für die Versorgungsforschung

Der Barmer-GEK Pflegereport 2010 zeigt implizit am Beispiel dementieller Erkrankungen ein wesentliches Dilemma der Versorgungsforschung auf: Die vielfältigen Interdependenzen zwischen Pflege und Demenz werden einerseits sehr gut beleuchtet, und darüber hinaus sind die weitergehenden Zusammenhänge von Medizin, Pflege und Demenz zwar darstellbar, andererseits ist die Darstellung nur bedingt brauchbar, weil die Abrechnungsdaten aus der ambulanten und vertragsärztlichen Versorgung immer weniger verwertbar sind für Aussagen zur Versorgungsqualität. Dies wird eine zunehmende Herausforderung für die Krankenkassen und das Gesundheitssystem: Wie können anfallende Leistungsdaten aus der ambulanten und vertragsärztlichen Versorgung für die Versorgungsforschung sinnvoll verwertet werden?

>> Die hochgerechneten Fakten lassen keinen Zweifel aufkommen: im Jahre 2060 leben 2,5 Millionen Demenzkranke in Deutschland (heute sind es 1,2 Millionen Menschen), aber in knapp 50 Jahren werden nach der 12. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung nur noch höchstens 70 Millionen Menschen in Deutschland wohnen (Statistisches Bundesamt, Wiesbaden 2009). Auf diese absehbare Herausforderung muss die Gesellschaft sich heute vorbereiten. Insofern sind auch Reformen zur Pflegeversicherung notwendig, die eine nachhaltige Finanzierung sichern.

In diesem Beitrag soll untersucht werden, wie es um den Schnittstellenbereich Medizin/Pflege bei Demenz bestellt ist, denn dieses Thema gewinnt an Aktualität schon deshalb, weil auf die Pflegesäule eine immense Last zukommen wird und die Frage im Raum steht: Werden alle anderen Ressourcen mobilisiert im Sinne von Diagnose, Therapie und Rehabilitation, um den Engpass in der Pflege zu reduzieren?

Vier Aspekte sollen untersucht werden:

1. Wie steht es um die ärztliche Behandlungshäufigkeit?
2. Wie ist es um die Arzneimittelversorgung bestellt?
3. Welchen Stellenwert haben Ergo- und Bewegungstherapie?
4. Demenz-spezifische Versorgungskosten - was sind die Kostentreiber?

Da die Datenbasis im Bereich der medizinischen Versorgungsleistungen aus dem Jahre 2009 stammt (im Bereich der Heilmittelverordnungen aus dem Jahre 2008), können die Schlussfolgerungen aus aktuellen Erhebungen gezogen werden.

Abstract

Der Barmer GEK Pflegereport 2010 zeigt den engen Zusammenhang zwischen Demenz und Pflegebedürftigkeit auf. Da die ärztliche Leistung im ambulanten Bereich zunehmend durch Honorarpauschalen pro Quartal abgerechnet wird, fehlen geeignete Leistungsdaten aus diesem Sektor für die Versorgungsforschung. Damit kann die Schnittstelle zwischen Medizin und Pflege und zwischen ambulant und stationär nicht angemessen betrachtet werden. Die auf die Demenz zurückzuführenden zusätzlichen Ausgaben im Bereich der Krankenhausbehandlung und im Bereich der Pflege sind erheblich - das demenzspezifische höhere Honorarvolumen in der vertragsärztlichen Versorgung ist vergleichsweise gering. Es sollte diskutiert werden, die ambulant erbrachten ärztlichen Leistungen von geriatrischen Patienten besser zu stellen, um zeitversetzt wesentlich höhere Krankenhauskosten und noch höhere Pflegekosten zu vermeiden.

Keywords

Schnittstelle Medizin/Pflege, Demenz, Behandlungshäufigkeit, medizinische Rehabilitation, Demenz-spezifische Kosten, Honorierung der ärztlichen Tätigkeit

Ärztliche Behandlungshäufigkeit

Bereits in einigen zurückliegenden Publikationen (z.B. SÄVIP-Studie über ärztliche Versorgung in Pflegeheimen, Hannover 2005) wurde untersucht, wie intensiv die ärztliche Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen ist; es zeigte sich eine hohe Kontaktfrequenz in der allgemeinärztlichen Versorgung, aber eine deutlich reduzierte Präsenz anderer fachärztlicher Disziplinen im Pflegeheim, z.B. galt dies für die Neurologen, Psychiater, Urologen, Gynäkologen und Ophthalmologen.

Insofern bietet der Pflegereport 2010 die Chance, zu untersuchen: hat sich in der medizinischen Versorgung eine Veränderung ergeben? Zumal der Pflegereport 2010 umfassender recherchiert, in-

Durchschnittliche Behandlungsfälle durch Allgemeinmediziner im Jahre 2009 pro Quartal	
pflegebedürftig, ohne Demenz	0,88
pflegebedürftig, mit Demenz	1,00
nicht pflegebedürftig, mit Demenz	0,82

Tab. 1: Der Abbildung liegen die Angaben aus dem BARMER GEK Pflegereport 2010 (S. 207) zugrunde.

dem auch nicht pflegebedürftige, aber demente Patienten oder pflegebedürftige Demenzkranke - nach informeller und stationärer Pflege differenziert - betrachtet werden. Die Tabelle 1 zeigt beispielhaft die Zahl der Behandlungsfälle aus dem Bereich der Allgemeinmedizin, gliedert nach den dargestellten Patientengruppen.

Die Tabelle 1 zeigt ein relativ unspektakuläres Ergebnis, ein Behandlungsfall von rund 1 pro Quartal bei alten und hochaltrigen Menschen ist keine Überraschung, und dieses gleichförmige Bild wird gemäß einer differenzierten Betrachtung nach Alters- und Geschlechtsgruppen noch bestätigt - siehe hierzu die folgende Abbildung 1.

Diese scheinbar sehr homogene Behandlungssituation ergibt sich nur in der Darstellung, aber nicht in der Behandlungswirklichkeit, denn um die Qualität der medizinischen Versorgung bei pflegebedürftigen und bei Menschen mit Demenz zu beurteilen, kommt es auf

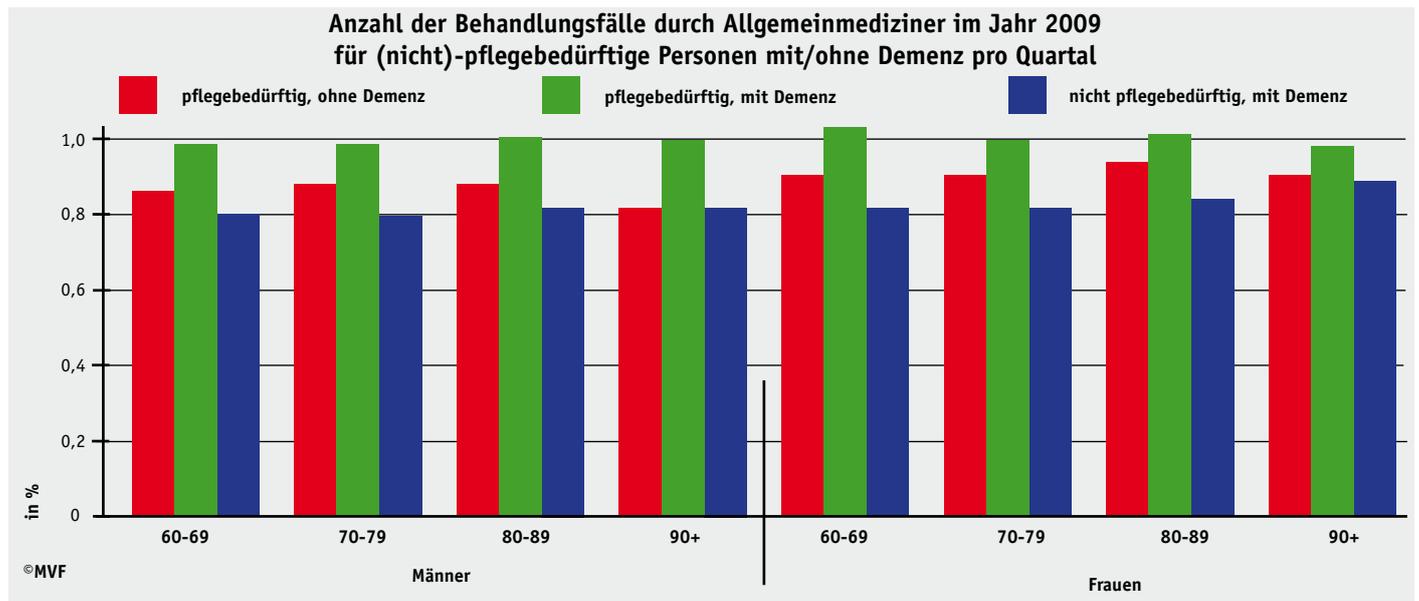


Abb. 1: Die Abbildung ist dem BARMER GEK Pflegereport 2010 (S. 208) entnommen.

die Kontakthäufigkeit des Arztes oder der Ärztin an und nicht auf die Behandlungsfälle.

Hierzu heißt es erläuternd im Sinne einer Präzisierung im Pflegereport: „Die Zahl der ärztlichen Behandlungsfälle wird über die abgerechneten Fälle aus den Daten der ambulanten und ärztlichen Versorgung des Jahres 2009 ermittelt. Dabei bilden alle Leistungen für einen Patienten bei einem bestimmten Arzt innerhalb eines Quartals in der Regel einen Behandlungsfall (Grobe et al. 2007: 34). **Innerhalb eines Behandlungsfalls kann es zu mehreren Kontakten kommen.**“

[Anm.: Hervorhebung durch den Autor] (Rothgang et al. 2010).

D.h. die Arzt/Patientenkontakte können innerhalb der betrachteten Patientengruppen erheblich schwanken, ohne dass dies in der Darstellung auffällig wird.

Durchschnittliche Behandlungsfälle durch Neurologen oder Psychiater im Jahre 2009 pro Quartal

pflegebedürftig, ohne Demenz	0,20
pflegebedürftig, mit Demenz	0,42
nicht pflegebedürftig, mit Demenz	0,40

Tab. 2: Der Abbildung liegen die Angaben aus dem BARMER GEK Pflegereport 2010 zugrunde (S. 209).

Die im Pflegereport gewählte Kapitelüberschrift „Behandlungshäufigkeit“ ist irritierend, denn der flüchtige Leser vermutet aufgrund des üblichen Sprachgebrauchs dahinter die Zahl der Patientenkontakte.

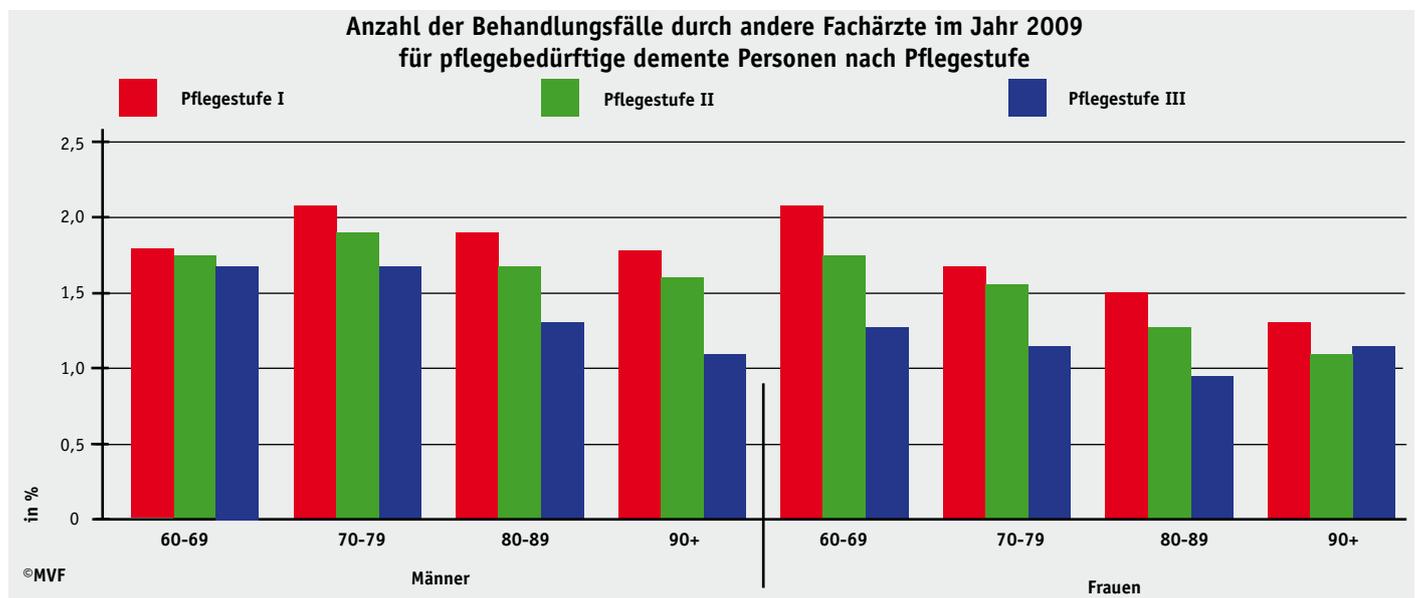


Abb. 2: Die Abbildung ist aus dem BARMER GEK Pflegereport 2010 (S. 211, Abb. 84) entnommen.

Dieselbe Unschärfe ergibt sich analog bei der Betrachtung der Behandlungshäufigkeit durch die Fachärzte. Es überrascht nicht, dass bei der Gruppe der Neurologen und Psychiater - wie auch bei den übrigen Fachärzten - die Behandlungshäufigkeit deutlich kleiner ist. Da aber die Behandlungskontakte sich nicht erschließen lassen, ist der Erkenntniswert für die Darstellung des Schnittstellenproblems zwischen Medizin und Pflege relativ gering (Tab. 2).

Die Daten aus der Tabelle 2 zeigen tendenziell, dass Menschen mit Demenz öfter eine neurologisch/psychiatrische Behandlung erfordern und auch erhalten, aber selbst bei den dementen Patienten liegt im Durchschnitt die Zahl der Behandlungsfälle bei dieser Facharztgruppe unter 1 pro Halbjahr. Es ist zu bezweifeln, dass dies einer ausreichenden medizinischen Versorgung entspricht (siehe hierzu Hallauer et al. 2005).

Von zweifelhaftem Erkenntniswert ist die Darstellung der Behandlungsfälle unter der Rubrik der „anderen Fachärzte“; es stellt sich ernsthaft die Frage, welche Aussagen getroffen werden können, wenn die Behandlungsdaten so völlig unterschiedlicher Fachärzte wie Internisten, Radiologen, Augenärzte, Urologen, Hals-Nasen- und Ohren-Ärzte und Orthopäden in einer Gruppe zusammengefasst werden (Rothgang et al. 2010, S. 207).

Auch wenn diese Gruppenbildung wegen der so unterschiedlichen Gebietsbezeichnungen wenig aussagekräftig ist, zeigt doch die altersgeschichtete Betrachtung, dass bei Männern und Frauen mit jeder weiteren höheren Pflegestufe die Zahl der Behandlungsfälle fast ausnahmslos abnimmt (s. Abb. 2).

Die Frage drängt sich auf: Folgt das medizinische Versorgungsmuster immer noch einem tradierten Altersbild? Oder wird die medizinische Versorgung mit zunehmender Professionalisierung der Pflege zurückgenommen?

Es war notwendig, dass sich der sechste Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland mit den Altersbildern in der Gesellschaft befasst; zur Rolle von Altersbildern in der gesundheitlichen Versorgung heißt es dort: „Die Alter(n)svorstellungen der Professionellen sind handlungsableitend für ihren Umgang mit älteren Menschen und bestimmen die Ausgestaltung der Versorgung und damit die Nutzung vorhandener Potentiale mit.“*

Es überrascht dann nicht, wenn manche Diagnose- und Therapieleitlinie nur in Grenzen beachtet wird.

Insgesamt ist zur Behandlungshäufigkeit bei Pflegebedürftigen

Affinität älterer Patienten zu ihrem Hausarzt		
Kriterium	Messzahl	Quelle
regelmäßige hausärztliche Betreuung	bei über 70jährigen: 93 %	Mayer, K.U., Balthes, P.B., Die Berliner Altersstudie, Berlin 1996
Durchschnittliche Hausarzt-Kontakte pro Quartal bei den über 70-Jährigen	6,3	Mayer, K.U., Balthes, P.B., Die Berliner Altersstudie, Berlin 1996
Durchschnittliche Hausarzt-Kontakte pro Quartal bei den über 80-Jährigen	6,0	Zentralinstitut der KV-Nordrhein aus dem 3. Quartal 2000, zitiert im 4. Altenbericht der Bundesregierung

Tab. 3: Sauerbrey, G.: Perspektiven hausärztlicher Versorgung - aus der Sicht geriatrischer Patienten, in: Gesellschaftspolitische Kommentare, Berlin/Bonn (2008).

und dementen Patienten im Pflegereport 2010 festzuhalten: Die Darstellung der ärztlichen Behandlungshäufigkeit anhand von abgerechneten Quartalsfällen ist sicherlich nicht geeignet, eine Aussage über die Qualität und Intensität in der Zusammenarbeit von Pflege und Medizin zu treffen. Möglicherweise war das auch nicht das Ziel

Honorarpauschalen AOK Hausarztvertrag Baden-Württemberg

Pauschale P 1	Jahresbetrag 65 Euro	Wenn sich der Patient beim Hausarzt einschreibt
Pauschale P 2	40 Euro maximal 3mal p.a.	Ein persönlicher Arzt-/Patientenkontakt vorausgesetzt
Pauschale P 3	Chroniker-Pauschale: 25 Euro pro Quartal	Bei Behandlung chronisch Kranker Ein persönlicher Arzt-/Patientenkontakt vorausgesetzt

Tab. 4: Die Angaben dieser Tabelle sind dem AOK-Hausarztvertrag Baden-Württemberg (2008) entnommen.

der Autoren des Reportes, beides wäre aber wünschenswert, damit hierzu verwertbare und aussagefähige Informationen generiert werden können.

Mit der Veröffentlichung der Berliner Altersstudie und anderer Untersuchungen ist bekannt, dass Menschen über 70 im Laufe eines Quartals sechs bis sieben mal einen Hausarzt benötigen. Ob sich diese erforderliche Kontaktdichte in den Daten der Behandlungsfälle widerspiegelt, kann so nicht annähernd abgeleitet werden (siehe Tab. 3).

Insbesondere durch die weitgehende Pauschalierung bei der Honorierung ärztlicher Leistungen lässt sich die Kontaktzahl zwischen ambulant tätigem Arzt und dem Patienten anhand von Abrechnungsdaten nicht angemessen darstellen. Aber im Vordergrund steht nicht die Darstellung, tatsächlich wird durch die Pauschalierung ärztlicher Leistungen insbesondere die geriatrische medizinische Versorgung beeinträchtigt.

Die Honorarpauschalen aus dem AOK-Hausarztvertrag Baden-Württemberg zeigen beispielhaft, dass diese Honorierung dem Wunsch und dem Bedarf des hochbetagten Patienten entgegensteht, den behandelnden Vertragsarzt öfter im Quartal zu konsultieren (AOK-Hausarztvertrag Baden-Württemberg, Stuttgart 2008) (siehe Tab. 4).

Insofern ist eine Initiative der AOK Baden-Württemberg und des Hausarztverbandes Baden-Württemberg zu begrüßen, den im Jahre 2008 geschlossenen Vertrag im Rahmen eines Modell-Projektes zu ergänzen, indem zusätzliche Honorare für Visiten in Pflegeheimen bereitgestellt werden. Diese Korrektur ist überfällig, denn Defizite in

Definierte Tagesdosen (DDD) bei Acetylcholinesterase-Hemmern

informelle Pflege	13,7 DDD
formell ambulante Pflege	10,3 DDD
vollstationäre Pflege	6,4 DDD

Tab. 5: Der Abbildung liegen die Angaben aus dem BARMER GEK Pflegereport 2010 zugrunde (S. 217).

* Sechster Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland, Bericht der Sachverständigenkommission an das BMFSFJ, Berlin 2010, S. 295

der ambulanten Versorgung beschleunigen zeitversetzt die Ausgaben für die stationäre Versorgung (Vertrag zur Vernetzung ärztlicher und pflegerischer Versorgung im Pflegeheim in den Modellregionen Esslingen und Stuttgart vom 12.1.2011).

Arzneimittelversorgung bei Demenz

Die Angaben zur Arzneimittelversorgung basieren auf der ver-

Definierte Tagesdosen (DDD) bei Memantine nach Pflegearrangement	
informelle Pflege	7,8 DDD
formell ambulante Pflege	6,3 DDD
vollstationäre Pflege	3,7 DDD

Tab. 6: Der Abbildung liegen die Angaben aus dem BARMER GEK Pflegereport 2010 zugrunde (S. 221).

tragsärztlichen Verordnung (der tatsächliche Verbrauch kann nicht abgeleitet werden) und werden verdichtet in der Zahl definierter Tagesdosen (DDD). Dabei handelt es sich um eine Rechengröße, die nicht verwechselt werden darf mit der verschriebenen Dosis. Die folgenden Datenangaben stellen somit Verordnungsmengen der jeweiligen Arzneimittelgruppen pro Quartal bei den jeweilig definierten Patientengruppen dar.

Generell lässt auch der Pflegereport 2010 erkennen: Die Unterversorgung mit Antidementiva besteht fort.

Darüber hinaus werden in der Arzneimittelversorgung einige Ungereimtheiten und Brüche offensichtlich, die mit leitlinienorientierter Versorgungsqualität wenig gemein haben.

Die Daten aus der Tabelle 5 zeigen am Beispiel der Acetylcholinesterase-Hemmer: Je institutionalisierter die Pflege ist, umso niedriger ist das Versorgungsniveau in der Alzheimertherapie. Die indikativen Schwerpunkte dieser Präparatgruppe können diese Diskrepanzen nur zum Teil erklären, wie aus dem folgenden Beispiel von Memantine ersichtlich ist.

Bei dem Wirkstoff Memantine zeigt sich ein vergleichbares Bild. Obwohl der Wirkstoff europaweit zugelassen ist im Indikationsbereich moderate bis schwere Alzheimer-Erkrankung, wird die inverse Beziehung deutlich: je intensiver die Pflege, umso geringer ist das Ausmaß der medikamentösen Therapie (siehe Tab. 6).

Auffällig ist die geschlechts- und altersspezifische Diskrepanz in der Versorgung mit Memantine: Die Patientinnen innerhalb der Pflegestufe II erhalten nach aufsteigenden Altersgruppen immer weniger DDD: 60 bis 69-jährige Frauen 11,3 DDD, 90-jährige und Ältere nur noch 2,2 DDD. Dieses Delta von 9,1 findet sich in derselben Pflegestufe bei den Männern mit nur 1,2 DDD kaum wieder.

Da das Demenzproblem aus Sicht der Prävalenz vor allem ein Problem der Frauen ist, ist diese Diskrepanz versorgungspolitisch von besonderem Interesse. Es ist nicht auszuschließen, dass die Männer besser im hohen Alter versorgt werden, weil sie seltener den Status der Verwitwung erleiden als die Frauen; es fehlt der Kümmerer. Von den über 80-jährigen Frauen sind 78,4 % verwitwet, aber nur 34,8 % der Männer sind Witwer in dieser Altersgruppe (Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland, Berlin 2002).

Ergo- und Bewegungstherapie

Die oben beschriebenen Versorgungsbrüche werden durch den Pflegereport auch im Bereich der Ergo- und Bewegungstherapie ausgewiesen. Über alle Gruppen hinweg erhalten pflegebedürftige Personen 0,7 Ergotherapieeinheiten im Vergleich zu Pflegebedürftigen, die gleichzeitig an einer Demenz erkrankt sind (0,2 Einheiten). Bei der Ergotherapie ist ebenfalls eine geschlechtsspezifische Diskrepanz festzustellen. Die Männer erhalten mit 1,0 verordneten Einheiten rund 0,4 Einheiten mehr als die Frauen.

Ein vergleichbares Bild lässt sich bei Physiotherapie (Krankengymnastik) feststellen: nicht pflegebedürftige und gleichzeitig demente Personen erhalten 0,9 Einheiten, aber nur pflegebedürftige Personen ohne Demenz 5,2 Einheiten und pflegebedürftige Personen mit einer Demenz 3,7 Einheiten. Da insbesondere Bewegungstherapie dazu beiträgt, Restpotenziale bei Demenzen zu stabilisieren, ist das Vorenthalten dieser sinnvollen zusätzlichen Maßnahmen nicht nach-

Krankenhauskosten - differenziert nach Alter und Geschlecht				
Alter	Männer		Frauen	
	ohne Demenz	mit Demenz	ohne Demenz	mit Demenz
60 - 69 Jahre	97 Euro	324 Euro	70 Euro	242 Euro
70 - 79 Jahre	145 Euro	345 Euro	112 Euro	296 Euro
80 - 89 Jahre	194 Euro	351 Euro	159 Euro	283 Euro
über 90 Jahre	187 Euro	262 Euro	143 Euro	222 Euro

Pflegekosten - differenziert nach Alter und Geschlecht				
Alter	Männer		Frauen	
	ohne Demenz	mit Demenz	ohne Demenz	mit Demenz
60 - 69 Jahre	7 Euro	301 Euro	5 Euro	299 Euro
70 - 79 Jahre	14 Euro	351 Euro	16 Euro	419 Euro
80 - 89 Jahre	49 Euro	449 Euro	84 Euro	626 Euro
über 90 Jahre	213 Euro	638 Euro	388 Euro	854 Euro

Tab. 7: Angaben aus dem BARMER/GEK-Pflegereport 2010 (S. 235).

Kosten der vertragsärztlichen Versorgung - differenziert nach Alter und Geschlecht				
Alter	Männer		Frauen	
	ohne Demenz	mit Demenz	ohne Demenz	mit Demenz
Altersgruppe I	57 Euro	90 Euro	62 Euro	84 Euro
Altersgruppe II	94 Euro	117 Euro	72 Euro	108 Euro
Altersgruppe III	76 Euro	91 Euro	54 Euro	68 Euro

Tab. 8: Der Abbildung liegen die Angaben aus dem BARMER/GEK-Pflegereport 2010 zugrunde (S. 234). Für die Begrenzung der Altersgruppen fehlen im Report die präzisen Angaben; es sind auch nur drei Altersgruppen beschrieben gegenüber vier bei Krankenhaus- und Pflegekosten.

vollziehbar, zumal mehrere Studien einen deutlichen Hinweis darauf geben, dass medizinische Rehabilitation auch für die Menschen mit Demenz von Nutzen ist (siehe zum Beispiel 1. Welz-Barth A, Stella S, Füsgen I, Häufigkeit kognitiver Störungen in der Geriatrischen Rehabilitation, *phys rehab Kur Med* 2007; 17: 94-97.2. Volicer I, Hurley A, *Alzheimer Disease and Disorders* Vol. 11, 1997, Lippincott Raven Publishers, Philadelphia).

Kosten der Demenz

Die demenzspezifischen Ausgaben der Gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung lassen sich nicht ohne Weiteres verursachungsgerecht zuordnen, weil durch die wachsende Multimorbidität in den höheren Altersstufen jedwede monokausale Zuordnung fehlerbehaftet ist.

„Nach der Berliner Altersstudie liegt bei den über 70-Jährigen und Älteren die Prävalenz von mindestens fünf gleichzeitig bestehenden Erkrankungen bei 88 %“ (Sachverständigenrat 2009).

In dem BARMER/GEK-Pflegereport 2010 werden die Ausgaben der Krankenkasse wie auch der Pflegekasse nicht nur nach Altersgruppen und Geschlecht differenziert, es werden auch die Ausgaben je Versicherten danach untersucht, ob eine Demenz vorliegt oder nicht. Damit können die wesentlichen Ausgabenblöcke innerhalb der Krankenkasse wie auch der Pflegekasse insgesamt daraufhin analysiert werden, welche demenzspezifischen Zusatzkosten sich ergeben. Dieser pragmatische Ansatz ist hilfreich, und aus dieser Perspektive ist der Report eine sehr gute und aktuelle gesundheitsökonomische Basis.

Diese Vorgehensweise lässt allerdings zwei Aspekte außer Acht:

- Die erheblichen Pflegeaufwendungen, die von Familienangehörigen erbracht werden, verursachen zwar keine primären Ausgaben innerhalb der sozialen Sicherungssysteme, aber die Erschöpfungszustände der pflegenden Familienangehörigen verursachen Erkrankungen und krankheitsbedingte Arbeitsausfälle, die nachgeordnet die Krankenversicherungen belasten.
- Es gibt eine nicht exakt bezifferbare Quote von Menschen mit De-

menz, die nie ärztlich diagnostiziert und spezifisch therapiert wurden, bei denen allerdings die Symptome einer Demenz unübersehbar sind. Dieser Kreis der Versicherten und Patienten führt zwangsläufig zu fehlerhaften Ausgaben-Zuordnungen (siehe hierzu insbesondere die Analyse der Deutschen Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie (DIAS) 2008).

Bei einer Detailanalyse der von Rothgang et al. 2010 zusammengefassten Daten über die Leistungsausgaben relevanter Sektoren fällt auf: Die auf die Demenz zurückzuführenden Zusatzkosten sind vor allem im Bereich der stationären Krankenhauskosten und im Bereich der Pflegekosten erheblich.

Die demenzspezifischen Zusatzkosten im Bereich der ambulanten medizinischen Versorgung - und dies gilt sowohl für die ärztliche Betreuung als auch für die Arzneimittelausgaben - sind vergleichsweise gering.

Zu beachten ist:

- Das Delta an demenzspezifischen Zusatzkosten in der ambulanten ärztlichen Versorgung einerseits und die erheblichen demenzbedingten Zusatzkosten im Krankenhaussektor legen den Schluss nahe, die Honorarimpulse für die zusätzliche Besuchstätigkeit in den Pflegeheimen und in den Seniorenwohnanlagen zu verstärken. Diese Schnittstelle in Zukunft genau zu untersuchen, auch im Hinblick auf tatsächlich erbrachte Arzt/Patienten-Kontakte, ist versorgungspolitisch überaus bedeutsam, und diese Aspekte müssten in den Folgeberichten analysiert werden.
- Ob die Vertragsärzte einen dementen oder nicht-dementen Patienten versorgen, bedeutet nur eine recht geringe Differenz im durchschnittlichen monatlichen Honorarvolumen für die vertragsärztliche Tätigkeit - insofern können die Daten der Tabelle 8 gar nicht intensiv genug analysiert werden. Das ist eine wesentliche Erkenntnis aus dem Pflegereport 2010. Diese kleine Honorardifferenz motiviert nicht zur aufsuchenden ärztlichen Versorgung. Umso größer ist dann das Delta bei den durchschnittlichen Krankenhauskosten zwischen den Hochbetagten mit und ohne Demenz.
- Der BARMER/GEK-Pflegereport 2010 betrachtet nur die Ausgabenblöcke „Krankenversicherung“ und „Pflegeversicherung“, analysiert man jedoch generell die Ausgaben der medizinischen

Literatur

- Grass-Kapanke, B.; Kunczik, T.; Gutzmann, H.: Studie zur Dementenversorgung im ambulanten Sektor - DIAS - Schriftenreihe der Deutschen Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie e. V., Berlin 2008
- 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.: Füsgen, I.; Hallauer, J.F., Wiesbaden 2006
- Lisson, M.: Ärztliche Heimbetreuung mit Hand und Fuß in *Ärzte-Zeitung*, Ausgabe 20, S. 6, 2011-02-21
- Rothgang, H.; Iwanski, S.; Müller, R.; Sauer, S.; Unger, R.: Barmar GEK Pflegereport 2010, Schwäbisch Gmünd 2010
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Koordination und Integration - Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens, Sondergutachten 2009, Bonn 2009
- Sauerbrey, G.: Perspektiven hausärztlicher Versorgung aus der Sicht geriatrischer Patienten, in: Gesellschaftspolitische Kommentare, Berlin / Bonn 2008
- Sauerbrey, G.: Perspektiven der geriatrischen Versorgung aus der Sicht jüngster Gesundheits- und Pflegereformen - insbesondere des GKV-WSG, in: Bayreuther Gesundheitswissenschaften, Vorträge, Band 10, Bayreuth 2009
- Sauerbrey, G.: „Die medizinische Versorgung hochbetagter Menschen in stationärer Pflege“, in *Monitor Versorgungsforschung* 05/09, Seite 41 ff.
- Welz-Barth, A.; Stella, S.; Füsgen, I.: Häufigkeit kognitiver Störungen in der Geriatrischen Rehabilitation, *Phys Rehab Kur Med* 2007; 17: 94-97
- AOK Baden-Württemberg, HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft eG, Mediverbund AG et al.: IVP-HZV Vertrag zur Vernetzung ärztlicher und pflegerischer Versorgung in Pflegeheimen in den Modellregionen Esslingen und Stuttgart, Stuttgart 12. Jan. 2011
- AOK Baden-Württemberg, HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft eG, Mediverbund AG et al.: AOK-Hausarztvertrag Baden-Württemberg: Vertrag zur Hausarztzentrierten Versorgung in Baden-Württemberg gemäß § 73b SGB V i.d.F. des GKV-WSG, Stuttgart 8. Mai 2008
- Sechster Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland, Bericht der Sachverständigenkommission an das BMFSFJ, Berlin 2010
- Statistisches Bundesamt, Pressestelle, Pressemitteilung Nr. 460 vom 2.12.2008, Wiesbaden 2008
- Statistisches Bundesamt: Bevölkerung Deutschlands bis 2060 - 12. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung, Wiesbaden 2009
- Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger - unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen, Berlin 2002

Versorgung und die Ausgaben für die pflegerische Versorgung, so muss auch berücksichtigt werden, dass z. B. die Sozialhilfeträger im Jahre 2007 netto insgesamt 2,7 Milliarden Euro bereitgestellt haben für die Hilfe zur Pflege. Damit wird der Ausgabenblock der Gesellschaft für Pflege im Verhältnis zur medizinischen Versorgung noch größer (siehe Pressemitteilung des Statistischen Bundesamtes destatis Nr. 460 vom 2.12.2008).

Zusammenfassung

Der Pflegereport 2010 ist eine wichtige Datensammlung, die das Verhältnis von Demenz und Pflege beleuchtet; die Darstellung der medizinischen Versorgung sollte verbessert werden, weil es wichtig ist, die tatsächliche Kontaktzahl zwischen dem behandelnden Arzt und den zu behandelnden Patienten darzustellen. Vermutlich bestehen die Defizite fort, die bereits mit der SÄVIP-Studie beschrieben wurden: suboptimale fachärztliche Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen. Darüber hinaus zeichnet sich eine Gender-Problematik in der Bereitstellung von geeigneten Antidementiva ab, die die Patientinnen in ihrer Versorgung beeinträchtigen.

Mit dem Pflegereport wird eine Entwicklung offensichtlich: Je schwerer das Krankheitsstadium, je höher der Grad der pflegerischen Versorgung, je älter die Patientin, umso reduzierter ist insgesamt das Niveau der vertragsärztlichen Versorgung. Dies zu analysieren wird zukünftig nicht ausreichen. Faktisch wird in vielen Fällen der Sicherstellungsauftrag in der ambulanten ärztlichen Versorgung nicht wahrgenommen. 11.000 Pflegeheime mit über 700.000 Heimbewohnern sind keine Kleinigkeit!

Es muss für die ambulant tätigen Ärzte in Zukunft attraktiver sein, alte Menschen, die informell oder stationär pflegerisch versorgt werden, medizinisch zu betreuen. Pauschalierte ärztliche Honorare oder fallende Punktwerte im ärztlichen Honorar wirken eher kontraproduktiv, denn der

Dementia disorders between medicine and nursing care - Difficulties for health care research

The Barmer GEK Care Report 2010 shows the close link between dementia and need for nursing care. As ambulant medical service is billed increasingly as a fee per quarter, appropriate performance data from this sector are missing for health services research. Thus, the link between medicine and nursing care and between inpatients or outpatients cannot be examined adequately. Additional spending on hospital and in nursing due to illnesses attributed with dementia are considerable - dementia-specific higher fees in the ambulatory care sector are comparatively small. It should be discussed to increase fees for outpatient medical services for geriatric patients in order to avoid significantly higher hospital costs and higher nursing care costs later.

Keywords

Link between medical/nursing care, dementia, frequency of treatment, medical rehabilitation, dementia-specific costs, payment for medical care

Pflegereport zeigt eindeutig, dass zwei Kostenblöcke nach wie vor erdrückend sind: stationäre Krankenhausaufenthalte und Pflegekosten. Insbesondere die Krankenhauskosten können durch vermehrte ambulante ärztliche Tätigkeit reduziert werden. Das Berliner Modell belegt dies seit Jahren (Kotek, H. 2006). Solange der medizinische „Arm“ parallel zur Pflege nicht gestärkt wird, wird die Pflege auch nicht entlastet. Insofern ist es wichtig, in Zukunft nicht nur die Pflege isoliert als Herausforderung zu betrachten, sondern zu untersuchen, wie die Pflegelast durch ambulante medizinische Versorgung sinnvoll reduziert werden kann. <<

Erklärung: Günther Sauerbrey ist Vice President der Merz Pharmaceuticals GmbH. Er initiierte das Zukunftsforum Demenz. Seine hier wiedergegebenen Auffassungen stellen persönliche Auffassungen des Verfassers dar.

Günther Sauerbrey

ist Vice President Merz Pharmaceuticals GmbH. 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



Dr. Heiner Melchinger

Psychotherapie vs. fachärztliche Behandlung in der ambulanten psychiatrischen Versorgung

In vergleichenden Analysen von Psychotherapie und fachärztlicher Behandlung (psychiatrische Basisversorgung) soll untersucht werden, in wie weit die gegenwärtige ambulante Versorgung den Maßgaben von Bedarfsorientierung/Versorgungsgerechtigkeit und Kosteneffektivität/Wirtschaftlichkeit genügt. Da zur psychiatrischen Basisversorgung mehrere Arbeiten vorliegen (z.B. Melchinger 2008, 2010), wird hier der Fokus auf Psychotherapie gelegt.

>> Dichte und Qualität von psychiatrischen Versorgungsangeboten sind durch erhebliche regionale Disparitäten gekennzeichnet. Einer psychiatrischen Überversorgung in den Großstädten und insbesondere in den Universitätsstädten steht teilweise eklatante Unterversorgung in ländlichen Regionen gegenüber. Einige Beispiele: In Bremen steht ein niedergelassener Nervenarzt/Psychiater für 7.000 Einwohner zur Verfügung, in Brandenburg einer für 26.500 EW. Es gibt Regionen mit 60.000 Einwohnern ohne einen einzigen Facharzt. Extrem disparat stellt sich die Dichte der niedergelassenen Psychotherapeuten dar. In München steht ein Psychotherapeut für 2.000 Einwohner zur Verfügung, in Sachsen-Anhalt einer für 14.100 EW. Und es gibt Extrembeispiele wie Heidelberg. Dort sind mehr Psychotherapeuten niedergelassen als im ganzen Land Brandenburg oder im ganzen Land Sachsen-Anhalt.

Abstract

Ausgehend von aktuellen Daten zur ambulanten psychiatrischen/psychotherapeutischen Versorgung wird untersucht, in wie weit die gegenwärtige Versorgungspraxis den Maßgaben von Versorgungsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit gerecht wird. Am Beispiel der Psychotherapie wird aufgezeigt, dass die kontinuierlichen Zunahmen von psychischen Erkrankungen differenziert interpretiert werden müssen. Die Zuwächse sind mitbedingt durch eine Aufweichung des Begriffs „krankheitswertig“ und durch ein verändertes Inanspruchnahmeverhalten der Betroffenen. Bei schweren Erkrankungen gibt es keine Zuwächse. Chancengleichheit ist in der gegenwärtigen Versorgung nicht gegeben: Ältere psychisch kranke Menschen und die Gruppe der chronisch psychisch Kranken bleiben von Psychotherapie weitgehend ausgeschlossen. Vergleiche der Ressourcen, die für Richtlinienpsychotherapie und für fachärztliche Behandlung zur Verfügung stehen, lassen eine erhebliche Schieflage erkennen. Vorschläge für Korrekturen von Unzulänglichkeiten im Versorgungssystem werden vorgetragen.

Keywords

Ambulante psychiatrische Versorgung, Psychotherapie, Versorgungsgerechtigkeit, Gesundheitsökonomie, Zwei-Klassen-Psychiatrie

Zunahme von psychischen Erkrankungen

Gegenläufig zur Entwicklung bei somatischen Erkrankungen sind bei psychischen Erkrankungen kontinuierliche Zuwächse zu verzeichnen. Der Anteil psychischer Erkrankungen am gesamten Krankenstand hat sich von 1998 auf 2010 fast verdoppelt (6,6 vs. 12,1 %) (DAK 2011). Psychische Erkrankungen sind heute die vierthäufigste Krankheitsart. Die in allen Sektoren der psychiatrischen Versorgung beobachtbaren Zuwächse gelten allerdings nicht für das ganze Spektrum psychischer Erkrankungen. Zuwächse zeigen sich in erster Linie bei somatoformen Störungen, bei depressiven Episoden und bei altersassoziierten psychischen Erkrankungen wie Demenzen. Bei schweren psychischen Erkrankungen wie Psychosen oder bipolaren Störungen gibt es keine Zuwächse. Nach Daten des Bundes-Gesundheitssurveys sind 31 % der Bevölke-

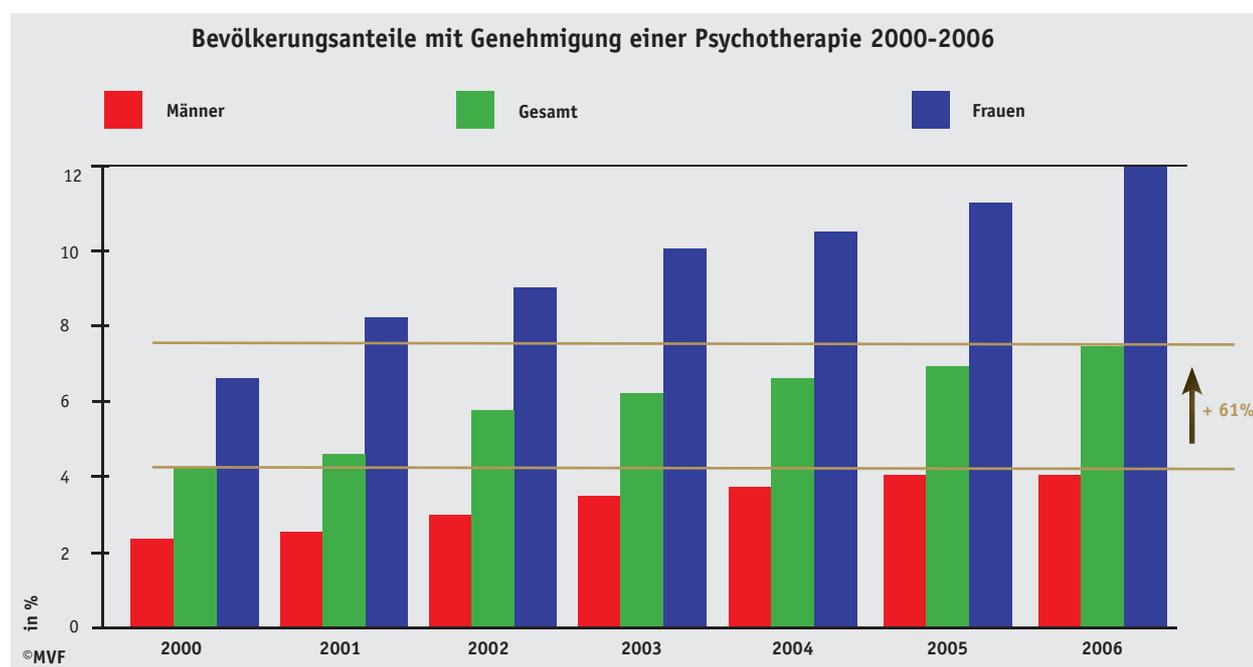


Abb. 1: nach GEK-Report ambulanzärztliche Versorgung 2007

rung im Verlauf von 12 Monaten von einer psychischen Störung betroffen, aber nur 36 % der Bevölkerung erhalten eine Intervention (Jacobi et al. 2004). Vor dem Hintergrund des hohen Anteils unbehandelter Störungen werden Zuwächse bei psychischen Erkrankungen in der Literatur zuweilen als Belege für die Wirksamkeit von Kampagnen zur Entstigmatisierung und für eine gewachsene Sensibilität der Ärzte für psychiatrische/psychotherapeutische Behandlungserfordernisse gewertet.

Besonders auffällig sind die Zuwächse in der Psychotherapie. In einem Zeitraum von sieben Jahren nahm die Häufigkeit von bewilligten Psychotherapien um 61 Prozent zu (Abb. 1).

Mit Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes von 1999 ist die Anzahl niedergelassener Psychotherapeuten sprunghaft angestiegen. Es gibt heute rund 18.500 Psychotherapeuten, denen knapp 5.000 niedergelassene Nervenärzte/Psychiater gegenüber stehen. Auf einen Nervenarzt/Psychiater kommen also rund vier Psychotherapeuten.

Zur Häufigkeit von Richtlinien-Psychotherapien kursieren in der Fachliteratur stark divergierende Angaben. Auf der Homepage der Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) wurden (10/2010) noch „knapp 300.000“ Psychotherapiefälle pro Jahr angegeben. Wenn dieser Wert, der auch von anderen Autoren übernommen wurde (z.B. Wittmann 2010), gültig wäre, würde ein Psychotherapeut pro Jahr rechnerisch nur 16 Patienten behandeln. Die Gmünder Ersatzkasse (GEK) hatte bereits 2007 eine Hochrechnung vorgelegt, nach der von 730.000 Psychotherapiefälle/Jahr auszugehen ist. Die divergierenden Angaben veranlassten die BPTK zu einer neuen Berechnung (12/2010). Danach werden gegenwärtig „mindestens 960.000 Patienten“ pro Jahr im Rahmen einer Richtlinienpsychotherapie behandelt, also rund 1 Mio. Patienten.

Die durchschnittliche Dauer von Therapien variiert zwischen 38,6 Sitzungen bei Verhaltenstherapie über 53,7 Sitzungen bei tiefenpsychologisch orientierter Psychotherapie bis weit über 100 Sitzungen bei analytischer Psychotherapie (Angaben der BPTK).

Zunahme von Erkrankungen oder verändertes Inanspruchnahmeverhalten?

Die BPTK führt die beobachtbare Zunahme von psychischen Erkrankungen primär auf veränderte gesellschaftliche Gegebenheiten zurück. Als Beispiele werden genannt: Zeitdruck und Arbeitsverdichtung im Beruf, im Berufsleben geforderte räumliche Mobilität mit Folge einer Abnahme dauerhafter sozialer Beziehungen, Sorge vor Verlust des Arbeitsplatzes, veränderte Rollenerwartungen an Frauen und Männer u.a. Um dem wachsenden Behandlungsbedarf gerecht werden zu können und um die langen Wartezeiten auf einen Therapieplatz zu verkürzen, fordert der Präsident der BPTK eine erhebliche Erhöhung der Bedarfsplanungszahlen für Psychotherapeuten: „In der Versorgung von psychisch kranken Menschen stoßen wir seit Langem an Kapazitätsgrenzen, die sich nur durch ein größeres Angebot von Behandlungsplätzen lösen lassen“ (Richter 2011).

Die Ursachenzuschreibungen haben eine hohe Plausibilität, empirisch belegt sind sie aber nicht. Natürlich kann Leistungsüberforderung ebenso wie Leistungsunterforderung zu psychischen Erkrankungen führen und psychotherapeutischen Behandlungsbedarf auslösen. Als universelle Erklärung für die stark gewachsene Nachfrage nach Psychotherapie sind diese Ursachenzuschreibungen aber nicht tauglich. Wären die Zusammenhänge so eindimensional und so eindeutig, wäre die Erwartung nahe liegend, dass sich die krank machenden gesellschaftlichen Gegebenheiten auch in einer Zunahme von Suiziden widerspiegeln würden. Aber hier findet man eine genau gegenläufige Entwicklung: Die Häufigkeit von Suiziden nimmt seit 30 Jahren kontinuierlich ab, die Suizidrate

war im Jahr 2007 weniger als halb so groß wie 1980.

Andere Fachleute führen die behauptete/vermeintliche Zunahme von psychischen Erkrankungen primär auf eine gesellschaftliche Tendenz zurück, die manchmal mit dem saloppen Begriff „Jammern auf hohem Niveau“ beschrieben wird. Klaus Dörner stellt dazu fest: „Immer geringere Grade von Unwohlsein werden schon als ‚krankheitswertig diagnostiziert‘ und damit als therapiebedürftig anerkannt, was sich - weil objektiv kaum kontrollierbar - nach Konjunktur im Prinzip so weit ausweiten lässt, bis sich alle als psychotherapiebedürftig empfinden“ (Dörner 2010).

Vermutungen von Krankenkassen, dass Zuwächse in der Psychotherapie ein Stück weit auch auf den Faktor angebotsinduzierte Nachfrage zurückzuführen sind, werden nicht nur durch regionale Ballungen von Therapiefällen gestützt, sondern auch durch einen beobachtbaren Mentalitätswechsel bei den Betroffenen. In der Klientel, die von Psychotherapie erreicht wird, ist Psychotherapie oft nicht mehr stigmatisiert, man spricht im persönlichen Umfeld offen über die Absicht, sich einer Therapie zu unterziehen, oder über eigene Erfahrungen in der Psychotherapie. Die Angebote zur Psychotherapie sind vielfältig, sie kosten nichts, es bedarf keiner ärztlichen Überweisung und der Weg zu einem Psychotherapeuten ist nicht weit. Die Schwelle, einen niedergelassenen Psychotherapeuten aufzusuchen, ist für manche Betroffene heute offensichtlich niedriger als die Schwelle, eine Vertrauensperson zu kontaktieren, mit der man über persönliche Probleme sprechen könnte, oder zum Beispiel eine der viele Tausend psychosozialen Beratungsstellen aufzusuchen. Es gibt Beratungseinrichtungen mit den Angeboten Ehe-, Familien- und Lebensberatung, Erziehungsberatung, Krisenintervention, Suchtberatung, Sexualberatung, Beratung für psychisch Kranke; die Hochschulen unterhalten psychotherapeutische Ambulanzen für Studierende, Gewerkschaften bieten psychosoziale Beratung an, in größeren Verwaltungen und Unternehmen werden im Rahmen von betrieblichem Gesundheitsmanagement psychosoziale Hilfen angeboten usw.

Lange Wartezeiten in der Psychotherapie

Die Ursachen für die langen Wartezeiten auf einen Therapieplatz müssen näher untersucht werden. Daten aus ganz unterschiedlichen Regionen ergeben in der Zusammenschau eine kuriose Gesetzmäßigkeit: Die Zunahme von Psychotherapeutensitzen führt nicht zu einer Verkürzung der Wartezeiten auf einen Therapieplatz, sondern zu einer Verlängerung. Nur ein Beispiel: Der Leiter einer psychiatrischen Klinik war bis zum Jahr 2000 über eine Ermächtigung als einziger Arzt in seiner Versorgungsregion psychotherapeutisch tätig. Er konnte den Bedarf neben seiner klinischen Tätigkeit abdecken. Heute sind in dieser Region 13 Psychotherapeuten niedergelassen. Der Klinikleiter stellte resigniert fest, dass er auf der Suche nach einem Therapieplatz für einen akuten Fall heute auf Wartezeiten bis zu einem halben Jahr verwiesen würde.

Interessant sind in diesem Zusammenhang Daten aus dem Bereich der KV Bremen, die grundsätzlich aber verallgemeinerbar sind. Dort rechnen Psychotherapeuten im Durchschnitt 21 Stunden ab und damit nur etwas mehr als die Hälfte der 36 Therapiestunden, die vom Bundessozialgericht als Maximalauslastung von Psychotherapie-Praxen festgelegt wurden. Der niedrige Durchschnittswert erklärt sich dadurch, dass ein Teil der Psychotherapeuten zwar einen vollen Psychotherapeutensitz in Anspruch nimmt, tatsächlich aber nur wenige Stunden therapeutisch tätig ist. Die KV Bremen hielt diese Situation unter dem Aspekt von Qualitätssicherung für nicht vertretbar und hat deshalb in den letzten Jahren 15 Psychotherapeutensitze aufgekauft und still gelegt. Aus der Sicht der KV Bremen wäre das Problem der Wartezeiten gelöst, wenn sich mehr Psychotherapeuten wenigstens dem Durchschnitt von 21 Stunden

annähern würden. Von Hausärzten wird dies anders gesehen. Deren Position fasste ein Hausarzt so zusammen: „Egal ob wir halb so viele oder doppelt so viele Psychotherapeutesitze hätten, der Engpass würde weiter bestehen, denn viele Patienten gehen von sich aus zum Psychotherapeuten und der Bedarf ist riesig. Und wir Hausärzte finden dann weiterhin keine Plätze für schwerer psychisch Erkrankte unter unseren Patienten. Hilfreich wäre ein vernünftiges Primärarztssystem, in dem die Patienten vom Hausarzt an den Psychotherapeuten überwiesen werden. Einen Großteil der seelischen Nöte könnte man auch in der Hausarztpraxis in den Griff bekommen“ (Bakker 2009).

Zur Erklärung der nur teilweise ausgeschöpften Behandlungskapazitäten trägt auch der hohe Frauenanteil unter den Therapeuten bei. Der Beruf des Psychotherapeuten ist einer der wenigen akademischen Berufe, die es ermöglichen, Familie und Beruf zu vereinbaren und - in der Regel als Zweitverdiener - mit relativ geringer Zeitinvestition relativ gut zu verdienen. Was unter familien- und beschäftigungspolitischen Gesichtspunkten zu begrüßen ist, stellt sich unter versorgungspolitischen Aspekten und unter Qualitätsgesichtspunkten als höchst bedenklich dar.

Kritik zur psychotherapeutischen Versorgung

Friedrich Neitscher, Vorsitzender der Vereinigung psychotherapeutisch tätiger Kassenärzte e.V., bilanzierte seine Erfahrungen zur gegenwärtigen Praxis der Psychotherapie so: „Wir haben den Eindruck, dass zunehmend mehr im Normalbereich therapiert wird und dass man sich immer mehr aus dem Bereich von wirklichen Erkrankungen zurückzieht.“

Prof. Thomas Bock, Leiter der Sozialpsychiatrischen Psychose-Ambulanz am Universitätskrankenhaus Eppendorf, stellt fest: „Die Struktur von (Psychotherapie-) Einzelpraxen hat wesentlich dazu beigetragen, dass immer mehr finanzielle Ressourcen in die Arbeit mit fast gesunden Menschen gebunden sind und bei eher schwer psychisch kranken fehlen. Entsprechende Untersuchungen zeigen, dass Menschen mit Psychosen oder bipolaren Störungen hier fast ausgeschlossen sind. ... Ähnliche Konsequenzen hat die unsinnige kostentreibende und in Europa einmalige Trennung beziehungsweise Doppelung psychiatrischer und psychosomatischer Strukturen“ (Bock 2010: 23,24).

Diese kritischen Positionen werden durch die Ergebnisse einer Untersuchung der Techniker Krankenkasse bekräftigt. Mit der Techniker Krankenkasse hatte sich erstmals eine Krankenkasse mit der Verteilung der Ressourcen in der psychotherapeutischen Versorgung näher auseinandergesetzt. Im Ergebnis spricht die TK von einer erheblichen Fehlallokation von Ressourcen und begründet diese Feststellung mit den folgenden Befunden (Ruprecht 2008) (Übersicht 1).

Krankenkassen-Kritik an der psychotherapeutischen Versorgung

1. Wahl der Therapie und Therapiedauer sind angebotsabhängig und nicht primär diagnose-/morbiditybedingt
2. Keine hinreichende Differentialdiagnostik; Anspruch diagnoseunabhängiger Eignung aller Richtlinienverfahren
3. Bei Kurzzeittherapien häufig Ausschöpfung der Maximaldauer
4. Zunehmende Konzentration auf Patienten mit leichten und mittleren Störungen („YAVIS“-Patienten)
5. Gutachterverfahren ohne Steuerungspotenzial: Nur 0,4 % der für TK-Versicherte eingegangenen Anträge werden abgelehnt (GKV gesamt: rund 4 %)
6. Fehlsteuerungen in Bedarfsplanung: Vollzeitpraxissitze z.T. durch Teilzeittherapeuten besetzt, dadurch lange Wartezeiten

Tab. 1: Übersicht: Ruprecht T. Zukunft der psychotherapeutischen Versorgung - die Sicht der TK (2008)

Auf die genannten Kritikpunkte soll im Folgenden näher eingegangen werden. Nehmen wir als Beispiel einen Patienten mit einer Zwangsstörung. Für die Therapie von Zwangsstörungen wäre Verhaltenstherapie prädestiniert. Die Patienten werden dies in der Regel nicht wissen und sie werden auch nicht unbedingt die therapeutische Ausrichtung des Psychotherapeuten kennen, den sie aufsuchen werden. Landet ein Patient zufällig bei einem tiefenpsychologischen Therapeuten, wird die Zwangsstörung eben dort behandelt. Hier werden Irrationalitäten des Psychotherapeutengesetzes transparent. Die Ausbildung der Psychotherapeuten erfolgt in der Regel immer noch orientiert an einem überholten Schuldenken. Gäbe es die längst überfällige Ausbildung zu einer evidenzbasierten störungsorientierten Psychotherapie, könnte sich nicht der Fall ergeben, dass Problemstellung von Patienten und Ausbildungshintergrund von Psychotherapeuten nicht gut „zusammen passen“.

Die Angebote der drei zugelassenen Psychotherapieverfahren sind regional sehr ungleich verteilt, was zur Folge hat, dass das zum Einsatz kommende Therapieverfahren vom Wohnort des Patienten abhängig werden kann. Einige Beispiele aus Regionen (jeweils Postleitzonen): In München-Stadt/Mitte wird Psychotherapie von depressiven Patienten in rund 30 Prozent der Fälle von Psychoanalytikern geleistet, in der Region Hamm dagegen in keinem einzigen Fall. In der Region Niederrhein kommt in 77 Prozent dieser Fälle Verhaltenstherapie zum Einsatz, im Vogtland nur in 16 Prozent. Bei gleicher Diagnose kann ein Patient an einem Ort 25 Stunden Psychotherapie erhalten, an einem anderen Ort 150 Stunden oder mehr.

Ob ein Patient auf die Behandlung ansprechen wird und nach wie viel Therapiesitzungen das Therapieziel erreicht sein wird, lässt sich natürlich nicht voraussagen. Insofern wäre die naive Erwartung, dass die tatsächliche Dauer der Therapie unabhängig von der bewilligten Anzahl von Therapiestunden variieren würde. Dies ist aber in der Regel nicht so. Werden z.B. 25 Therapiestunden bewilligt, wird dieses Kontingent auch voll ausgeschöpft. Für die Annahme, dass mehr psychotherapeutische Sitzungen als unbedingt notwendig für den Patienten von Vorteil sind, gibt es keine empirische Belege.

Unter den Behandlungsfällen nimmt der Anteil von Patienten mit höherer Krankheitslast stetig ab und entsprechend nimmt der Anteil von leichten und mittleren Störungen stetig zu. Psychotherapie erreicht Personen, die eine vergleichsweise hohe Kompetenz aufweisen, sich Leistungen zu erschließen. Nach Analysen von Daten der Gmünder Ersatzkasse zeigen Personen mit genehmigter Psychotherapie sowohl vor als auch nach Psychotherapie eine höhere Inanspruchnahme von gesundheitlichen Leistungen als Vergleichsstichproben (GEK 2007: 25). Psychisch kranke ältere Menschen gehören nicht zu dieser Gruppe und erst recht nicht zurückgezogen lebende Psychosekranken.

Die Deutsche Psychotherapeutenvereinigung widerspricht dieser Darstellung und betont, dass in der Psychotherapie die gesamte Palette der psychischen Störungen mit allen Schweregraden behandelt wird. Der Widerspruch wird allerdings nicht durch Daten zum Schweregrad der Erkrankungen von Psychotherapiepatienten unterfüttert, sondern mit dem Argument, dass es unter den Psychotherapeuten Tradition wäre, „in den Kassen zugänglichen Dokumenten für die Anträge und Abrechnungen abgeschwächte Diagnosen anzugeben, um ihren Patienten möglichst wenig zu schaden“ (Best 2010: 5). Nach Aussage des Präsidenten der BPTK liegen valide Daten zum Schweregrad der Erkrankungen von Psychotherapiepatienten nicht vor (Richter 2010).

Gleichzeitig stellt der Vorsitzende des Landesverbands Bayern der Vertragspsychotherapeuten fest: „Psychotherapeuten sind auch gehalten, vor allem Patienten mit guten Veränderungspotenzialen durch eine Psychotherapie zu behandeln“ (Waldherr 2010:12). Verbindlichkeit die-

ser Maßgabe unterstellt müssten sich Richtlinienpsychotherapeuten auf leichter Erkrankte fokussieren, für die bessere Veränderungspotenziale Definitionsmerkmal sind. Damit wäre implizit die Regel aufgestellt: Für leichter Erkrankte ist Psychotherapie zuständig, für schwerer Erkrankte der Psychiater.

Wie wird die psychotherapeutische Versorgung von den Angehörigenverbänden bewertet? In einem Leserbrief zu einem Beitrag über psychiatrische Versorgung im „Deutschen Ärzteblatt“ schrieb der Vorsitzende des Landesverbandes Hamburg der Angehörigen psychisch Kranker e.V.: „Bezüglich der psychotherapeutischen Versorgung wird von uns vor allem moniert, dass sich kaum Psychotherapeuten finden, die fachlich qualifiziert und außerdem bereit sind, Patienten zum Beispiel mit Schizophrenie, Persönlichkeitsstörungen, insbesondere Borderline, und Zwangserkrankungen zu behandeln. Dies sind unsere Erfahrungen in einer Groß- und Universitätsstadt, wie mag es im Flächenstaat aussehen? Wir halten es für einen untragbaren Zustand und beschämend für das System und diejenigen, die Verantwortung hierfür tragen, dass gerade schwer erkrankten Menschen die erforderliche therapeutische Hilfe in praxi vielfach nicht zuteil wird“ (Meyer 2009). In der Folge erklärte der Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker e.V. diese Aussage als ubiquitär gültig.

In der ambulanten Versorgung entfallen von allen psychiatrischen Diagnosen 32 Prozent auf Personen ab 60 Jahre, aber nur sechs Prozent dieser Altersgruppe erhalten eine Psychotherapie (KVB 2009: 31) (Abb. 2). In der Region Münster konnte aufgezeigt werden, dass auch in psychotherapeutisch sehr gut versorgten Regionen nur ein Bruchteil psychisch erkrankter älterer Menschen bedarfsgerecht psychotherapeu-

tisch behandelt wird (Imai 2007). Dabei ist belegt, dass Psychotherapie bei älteren Menschen nicht weniger wirksam ist als bei jüngeren.

Anträge auf Gewährung von Psychotherapie durchlaufen ein Begutachtungsverfahren. Mit Nachweis von hinreichender Erfahrung kann ein Psychotherapeut von der Gutachterpflicht auch befreit werden. Das reguläre Begutachtungsverfahren verschlingt Millionen Euro, hat aber keinen Steuerungseffekt, da praktische alle Erstanträge (96 %) bewilligt werden (KBV-Statistik 2006). Unter wirtschaftlichen Aspekt wäre es günstiger, das gegenwärtige Gutachterverfahren ganz abzuschaffen. Die Ausgaben für die bisher abgelehnten Einzelfälle wären gegenüber den eingesparten Kosten für das Gutachterverfahren vernachlässigbar.

Kann man Psychotherapeuten Vorwürfe machen, weil sie in der Regel eher leichter kranke und jüngere Patienten behandeln, keine Gruppenpsychotherapie anbieten, nicht in die regionale Versorgung eingebunden sind, nicht an Kriseninterventionen beteiligt sind? Eigentlich nicht. Solange das System so ist, dass ein Psychotherapeut bei hoher Nachfrage und bei gleichem Entgelt zwischen schwierigen und weniger schwierigen Patienten wählen kann, wird er natürlich die Patienten mit guten Veränderungspotentialen auswählen, Fälle, die mit weniger Aufwand zu behandeln sind, Fälle mit erwarteter guter Compliance, Fälle, die den getakteten Tagesablauf des Therapeuten nicht gefährden usw.

Grenzziehung zwischen akademischer und nichtakademischer Psychotherapie

Bisher wurde Psychotherapie mit Richtlinienpsychotherapie gleichgesetzt. Psychotherapie ist aber nicht die Domäne von Ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeuten allein. Auch andere Berufsgruppen erbringen Psychotherapie: Sozialarbeiter/-pädagoginnen in der Suchttherapie oder in Beratungseinrichtungen, Soziotherapeuten im Rahmen von IV-Verträgen, von ambulanter psychiatrischer Krankenpflege wird teilweise Psychotherapie erbracht usw. Das Heilpraktikergesetz ermöglicht eine Zulassung als „Psychotherapeut/in nach dem Heilpraktikergesetz“, dessen/deren Leistungen von privaten Krankenkassen in der Regel erstattet werden. Die Vergütungssätze der nicht-akademischen Therapeuten liegen natürlich weit unter denen der Richtlinienpsychotherapie.

Von zentraler Bedeutung wird die Frage, an welcher Stelle auf dem Kontinuum zwischen leichteren Belastungen oder Befindlichkeitsstörungen bis hin zu schweren psychischen Erkrankungen die Grenze zu ziehen ist, von der an eine Behandlung durch akademisch ausgebildete Psychotherapeuten erforderlich/gerechtfertigt ist.

Prof. Michael Linden, Leiter der Abteilung Verhaltenstherapie und Psychosomatik an der BfA-Klinik Seehof und Leiter des Referats Psychotherapie der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN), stellt zu dieser Problematik fest: „Hohe Ausbildungsstandards für Psychotherapie sind nur zu rechtfertigen, wenn Psychotherapie sehr viel konsequenter auf Krankenbehandlung im engeren Sinne eingeschränkt wird und supportive Therapie oder die Unterstützung bei der Bewältigung allgemeiner Lebensbelastungen anderen überlassen wird. Es muss gefordert werden, dass Psychotherapeuten deutlich anderes tun als wohlmeinende Helfer. Eine gute Therapeut-Patient-Beziehung wie sie von integrativen Psychotherapiemodellen als zentrales Heilmittel propagiert wird, wird nicht hinreichen können“ (Linden 2010: 166).

Korrekturbedarfe

Die unter den Aspekten von Versorgungsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit aufgezeigten Schief lagen im System der Richtlinienpsychotherapie bedürfen einer Korrektur. Hier sollen nur einige mögliche

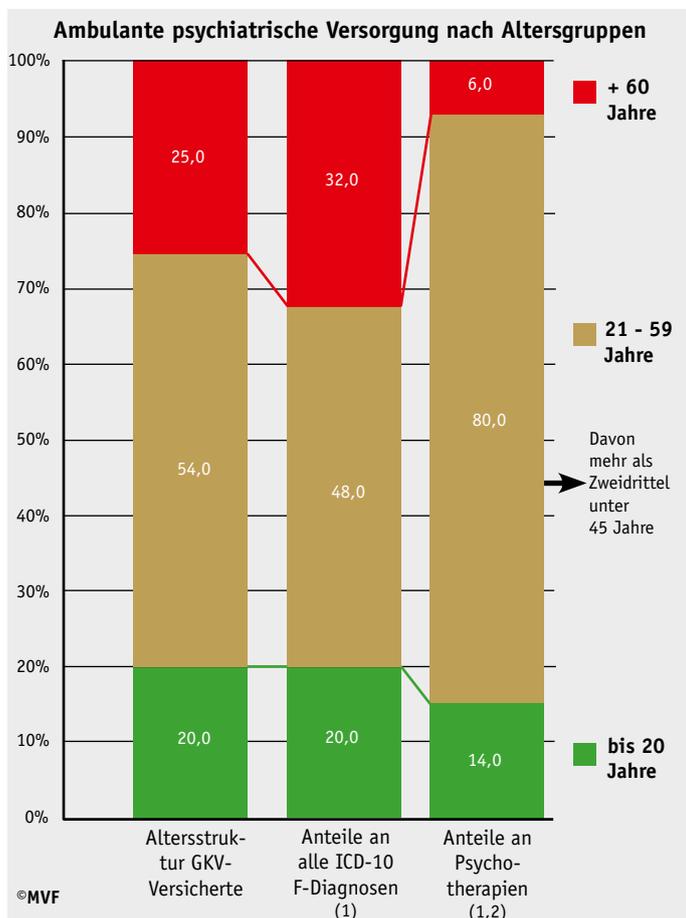


Abb. 2: Nach: GEK-Report ambulante-ärztliche Versorgung 2007 (1) und KV Bayern „Psychiatrische Versorgung“ 2009 (2)

Ansatzpunkte für Veränderungen angerissen werden. Innovative Versorgungsmodelle, wie sie z.B. von der Techniker Krankenkasse entwickelt wurden, bleiben außer Betracht.

- Da unterhalb der Schwelle von Richtlinienpsychotherapie ein umfangreiches Angebot von psychotherapeutischen Hilfen zur Verfügung steht, könnte die Bewilligung von Richtlinienpsychotherapie vom Nachweis abhängig gemacht werden, dass diese Hilfen ausgelotet/ausgeschöpft wurden und sich als nicht geeignet/ausreichend erwiesen haben.
- Um zu gewährleisten, dass Psychotherapie Patienten vorbehalten bleibt, die im engeren Sinn psychisch krank sind, sollten objektivierbare und nachprüfbar „Zugangskriterien“ entwickelt werden.
- Es sollte mehr Flexibilität und Ökonomie im Umgang mit Ressourcen gewährleistet werden. Die Umfänge von Psychotherapieerfordernissen variieren auf einem breiten Kontinuum. Psychosoziale Beratungsstellen können Hilfen im Umfang von nur wenigen Stunden anbieten. Reichen diese Hilfen nicht aus und wird deshalb eine Psychotherapie beantragt, steht dafür zunächst ein Kontingent von 25 Therapiestunden zur Verfügung. Warum die Bewilligung jedes Erstantrags auf Gewährung von Psychotherapie gleich 25 Therapiestunden einschließt, ist fachlich kaum begründbar, zumal Verlängerungsanträge ohnehin möglich sind.
- Empirisch belegt ist, dass der Nutzen einer Therapie nicht linear mit der Dauer der Therapie zunimmt (Margraf 2009). Vor diesem Hintergrund sollten bei der Bewilligung von Langzeittherapien und Verlängerungsanträgen verstärkt Kosten-Nutzen-Erwägungen stattfinden. Unter dem Aspekt von Versorgungsgerechtigkeit sollten dabei auch die Gegebenheiten in der psychiatrischen Basisversorgung im Blickfeld behalten werden. 150 Psychotherapiestunden schlagen mit 12.000 Euro zu Buche. Dieser Betrag entspricht etwa den Ressourcen, mit denen ein Psychiater für die Behandlung von 75 meist schwerer psychisch Kranken über vier Quartale auskommen muss.
- Der Sachverhalt, dass psychisch erkrankte ältere Menschen von Psychotherapie bisher weitgehend ausgeschlossen sind, ist nicht tolerierbar. Die BPTK und die Verbände der Psychotherapeuten sind gefordert,

Regelungen zu treffen, die sicher stellen, dass auch ältere Patienten bedarfsgerechte psychotherapeutische Hilfen erhalten.

- Wie für alle anderen Versorgungsbereiche ist auch für Psychotherapie die Etablierung von standardisierten Verfahrensweisen zur Qualitätssicherung und zur Ergebnistransparenz dringlich geboten.

Psychotherapie vs. psychiatrische Versorgung

Das Psychotherapeutengesetz führte zu einer grundlegenden Verschiebung der Gewichte von psychiatrischer Basisversorgung und von Psychotherapie. Von den Gesamtausgaben in der vertragsärztlichen Versorgung entfallen rund drei Viertel auf Richtlinienpsychotherapie und nur ein Viertel auf die Leistungen von Nervenärzten/Psychiatern (Melchinger 2008).

Die große Mehrheit der in der Psychiatrie Tätigen fühlt sich konzeptionell dem bio-psycho-sozialen Krankheitsmodell verpflichtet. Der aus diesem Modell abgeleitete integrative Behandlungsanspruch, der das komplexe Bedingungsgefüge für die Entstehung und die Aufrechterhaltung von Erkrankungen ins Blickfeld nimmt, wird aber selten realisiert. Man hat sich daran gewöhnt, dass psychiatrische Basisversorgung und Psychotherapie durch verschiedene Berufsgruppen geleistet werden. In der Praxis stößt man nicht selten auf die Sichtweise, dass es zur Behandlung von psychischen Störungen grundsätzlich eine dichotome Perspektive gäbe, Psychotherapie oder Psychopharmakotherapie. Das bio-psycho-soziale Krankheitsmodell wird damit konterkariert.

Niedergelassene Psychiater, die das Gros der psychisch Kranken behandeln, haben den Anspruch, als eine Art Leitstelle für die Versorgung zu fungieren, ein Gesamtbehandlungskonzept zu entwickeln und zu steuern und Kontakte zu anderen Hilfeangeboten zu vermitteln. Den Fachärzten steht pro Quartal aber nur etwa eine halbe Stunde finanzierte Behandlungszeit zur Verfügung. Unter diesen Vergütungsgegebenheiten bleibt ihnen oft keine andere Wahl, als sich auf Verordnung von Medikamenten und auf kurze Gespräche zu beschränken. Die für einen Behandlungserfolg unverzichtbare stützende, lösungsorientierte, compliancefördernde, am Bedarf und am Krankheitsstadium flexibel orientierte

Literatur

- Bakker H. (2009): In Beitrag: KV Bremen erhöht Druck auf Psychotherapeuten und kauft Sitze auf. *Ärztezeitung*, 15.07.2009
- Best D. (2010): Wenig glaubwürdig. Kommentar. In: *Projekt Psychotherapie 2010*, 4: 5
- Bock T. (2010): Raus aus Reduktionismus und Bequemlichkeit. In: *Projekt Psychotherapie 2010*, 3: 22-24
- DAK. (2011): DAK-Gesundheitsreport 2011
- Dörner K. (2010): In: *Technikerkrankenkasse (Hrsg.). TK Medienservice. Psychische Störungen. Interview mit Klaus Dörner. Kranker Kopf oder kranke Gesellschaft? Hamburg, Februar 2010: 9-12*
- GEK-Gmünder Ersatzkasse (2007): *GEK-Report ambulant-ärztliche Versorgung 2007*
- Hart JT. (1971): The Inverse Care Law. *Lancet* 1971, 1: 405-407
- Imai, T. (2007): *Versorgungsrealität älterer Menschen in ambulanter Richtlinienpsychotherapie am Beispiel des Münsterlandes. Dissertation Universität Münster 2007*
- Jacobi F, Klose M, Wittchen HU (2004): Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung: Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und Ausfalltage. *Bundesgesundheitsbl, Gesundheitsforsch, Gesundheitsschutz* 8, 2004
- KVB (Hrsg.) (2009): *Psychotherapeutische Versorgung der Gesetzlichen Krankenversicherung in Bayern. München*
- Linden M. (2010): Akademische oder nichtakademische Psychotherapie? Editorial. In: *Verhaltenstherapie* 2010, 20: 165-166
- Margraf J. (2009): *Kosten und Nutzen der Psychotherapie. Eine kritische Literaturlauswertung. Heidelberg: Springer*
- Melchinger H. (2010): Versorgungsrealität. Schlechte Karten für schwer Kranke (1). In: *NeuroTransmitter*, 2010, 5: 25-28; dito (2). In: *NeuroTransmitter*, 2010, 6: 2-4
- Melchinger H. (2008): *Strukturfragen der ambulanten psychiatrischen Versorgung unter besonderer Berücksichtigung von Institutsambulanzen und der sozialpsychiatrischen Versorgung außerhalb der Leistungspflicht der GKV. Gutachten im Auftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV). Medizinische Hochschule Hannover*
- Meyer HJ. (2009): Beschämend für das System. In: *NeuroTransmitter* 2009, 2: 7
- Richter R. (2011): *Pressemitteilung der BPTK. 08.02.2011*
- Richter R. (2010): *Diskussionsbeitrag. Symposium Qualitätssicherung in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen, DGPPN-Kongress 2010, KS-013, 27.11.2010*
- Ruprecht T. (2008): *Zukunft der psychotherapeutischen Versorgung - Die Sicht der TK. Vortrag vor der 21. Kammerversammlung der Bundespsychotherapeutenkammer am 25.04.2008*
- Waldherr B. (2010): *Im Schulterschluss. Projekt Psychotherapie 2010*, 3: 11-13
- Wittmann L. (2010): *Neue Formen der ambulanten Versorgung - Hindernisse und Chancen. In: <http://dgv.de/gesundheitspolitik.html> (zugegriffen am 10. Februar 2011)*

psychiatrische Therapie wird nicht finanziert. Psychotherapie geschieht an einem anderen Ort und nicht immer unter Rückkoppelung mit dem behandelten Facharzt.

Verlierer in der Versorgung

Die Verlierer in der Versorgung sind ältere psychisch kranke Menschen und vor allem die chronisch psychisch Kranken, die Gruppe, deren Versorgung in der Psychiatrieenquete als prioritär verbesserungsbedürftig herausgestellt wurde. Wären diese Patienten nur leichter erkrankt, hätten sie auch die Chance auf intensive Psychotherapie oder auf einen Behandlungsplatz in einer der zahlreichen Reha-Kliniken für psychosomatische Medizin. In diesen Häusern, die oft in Hochglanzbroschüren unter Hinweis auf eine Vier-Sterne-Hotel-äquivalente Ausstattung um Patienten werben und die sich aus Marketing-Gründen gerne von der „vulgären“ Psychiatrie absetzen, wird man keine chronisch psychisch Kranken finden. Ein chronisch psychisch Kranker, dem eine Auszeit aus einem pathogenen Lebensumfeld wenigstens temporäre Entlastung verschaffen könnte, wird keinen Kostenträger zu finden, der eine entsprechende Maßnahme finanzieren würde, und in diesen Kliniken würde er ohnehin nicht aufgenommen werden.

Im Rahmen der Gesundheitsreform 2000 wurde ambulante Soziotherapie als Leistungsanspruch für chronisch psychisch Kranke gesetzlich festgeschrieben. Soziotherapie wurde damals vom Bundesgesundheitsministerium gewürdigt als „erste und bisher einzige Leistung in der ambulanten psychiatrischen Versorgung, die der Vorgabe des § 27, Abs.1 SGB V ‚Bei der Krankenbehandlung ist den besonderen Bedürfnissen psychisch Kranker Rechnung zu tragen‘ folgt“. Aus Kostengründen wird dieses Gesetzes durch die Krankenkassen - von wenigen Ausnahmen abgesehen - bis heute blockiert. Bürokratische Hürden und prohibitiv niedrige Vergütungssätze verhindern die Etablierung von flächendeckenden Angeboten und damit die Möglichkeit zur Inanspruchnahme einer gesetzlich verankerten Leistung. Einem chronisch psychisch Kranken, für dessen Stabilisierung gelegentliche Unterstützung durch ambulante Soziotherapie konstitutiv sein könnte, wird diese Hilfe verweigert.

2005 wurde mit der ambulanten psychiatrischen Krankenpflege ein zweites Versorgungsangebot für chronisch psychisch Kranke gesetzlich verankert. Die Erfahrungen aus der Praxis sind sehr positiv. Auf der Landkarte findet man aber heute nur einige wenige Flecken, wo ambulante psychiatrische Krankenpflege tatsächlich angeboten wird. Die Gründe für die Blockade von ambulanter psychiatrischer Krankenpflege sind die gleichen wie die für die Verweigerung von ambulanter Soziotherapie aufgeführten.

Betriebswirtschaft vs. Volkswirtschaft

Unter betriebswirtschaftlichem Aspekt ist die unzureichende ambulante Versorgung von chronisch psychisch Kranken für die Krankenkassen nicht immer ungünstig. Wird zum Beispiel ein schizophrener Patient nicht ausreichend ambulant versorgt und kommt es in der Folge zu wiederholten Rezidiven, kann ein eigenständiges

Selective importance of psychotherapy and psychiatric treatment in outpatient mental healthcare

This article examines the present state of mental healthcare in relation to the real needs and to the cost effectiveness based on actual data. The continuous increases of mental disorders need to be differentiated. The threshold of mental disorder diagnoses has been lowered and patients developed a higher expectation of professional mental care. There are no increases in severe mental disorders. Patients are not cared equally. The different level of mental care hits the chronically ill patients and the elder patients the hardest. The resources for psychotherapy according to Psychotherapists' Act and for treatment by psychiatrists are extremely disparate. Suggestions for corrections of deficits in the healthcare system are made.

Keywords

Outpatient mental healthcare, psychiatry, psychotherapy, two-class-mental healthcare

Leben zunehmend schwieriger werden und die Aufnahme in das betreute Wohnen oder eine Heimunterbringung können unvermeidbar werden. Damit tritt dann die Kostenzuständigkeit des Sozialhilfeträgers und/oder der Pflegeversicherung ein, die jetzt mit erheblichen höheren dauerhaften Ausgaben belastet werden. Die Leistungspflicht der Krankenkassen besteht dann zwar weiterhin, aber Krankenkassenleistungen, die geeignet sein könnten, um die Betroffenen für ein Leben außerhalb von Einrichtungen zu rüsten, werden aber de facto nicht mehr gewährt. Volkswirtschaftlich betrachtet bedeutet die Sektorsierung von Kostenzuständigkeiten eine immense Verschwendung von Ressourcen.

In seinem berühmt gewordenen „Inverse Care Law“ stellte Julian Tudor Hart für das britische Gesundheitssystem fest: „The availability of good medical care tends to vary inversely with the need for it in the population served“ (Hart, 1971). Frei übersetzt: Je größer der Hilfebedarf von Kranken ist, desto weniger Hilfen stehen zur Verfügung. Diese Feststellung trifft uneingeschränkt auch für die psychiatrische Versorgung in Deutschland zu.

Psychische Erkrankungen sind bekanntlich nicht unabhängig von der sozialen Herkunft. Die Erkrankungsraten sind in den unteren sozialen Schichten zwei- bis dreimal so groß wie in den Mittelschichten. Die Benachteiligung von chronisch psychisch Kranken bedeutet damit auch gravierendes soziales Unrecht. Die ärztliche Selbstverwaltung kann die erforderlichen Korrekturen aus eigener Kraft nicht bewerkstelligen. Hier ist eine Intervention der Politik gefordert. Die Politik scheut jedoch die bei jeder Intervention zu erwartenden Konflikte mit einflussreichen Gruppen und zieht sich deshalb gerne auf das hehre Argument zurück, sich nicht in die ärztliche Selbstverwaltung einmischen zu wollen. Es geht hier aber nicht um standespolitische Interessen, sondern um die Einforderung von grundgesetzlich garantierter Chancengleichheit, die auch für die psychiatrische Versorgung gelten muss. <<

Dr. Heiner Melchinger

ist Versorgungsforscher am Diakoniekrankenhaus Henriettenstiftung Hannover (Klinik für Medizinische Rehabilitation und Geriatrie).

Seine wissenschaftlichen Schwerpunkte sind Strukturanalysen von Versorgungssystemen und Konzeption/Evaluation von Modellprojekten.

Kontakt: heiner.melchinger@gmx.de



Dr. med. dent. Daniel R. Reißmann
Prof. Dr. med. dent. Guido Heydecke

Patientenorientierung als Zukunftsthema bei der Rehabilitation der Mundgesundheit

Zahnmedizinische Behandlungen wurden über viele Jahre zumeist über Veränderungen von klinischen Befunden bewertet. So stellt die Überlebenszeit von Zahnersatz einen der wichtigsten Erfolgsparameter bei prothetisch-zahnmedizinischen Therapien dar (Lang et al. 2004; Pjetursson et al. 2004a; b; Tan et al. 2004). Weitere klinisch-technische Erfolgsparameter sind ein geringer Randspalt einer Restauration, die optimale Retention von abnehmbaren Zahnersatz (Teilprothesen) und eine adäquate Funktion hinsichtlich Phonation und Mastikation. Gleichzeitig kann eine Bewertung des biologischen Status (Schmerzen, Karies, Parodontitis, Zahnverlust) zur Darstellung der Mundgesundheit und zur Bestimmung von Behandlungsbedarf sowie von Effekten zahnmedizinischer Therapien genutzt werden. Diese Parameter sind in zahlreichen klinischen Studien untersucht und erlauben bei den meisten Patienten klinisch gut vorhersagbare Therapieergebnisse (Creugers et al. 2005; Fokkinga et al. 2007; Heydecke und Peters 2002; Kreissl et al. 2007; Priest 1996; Walter et al. 2010; Wostmann et al. 2005).

>> Eine Verbesserung klinischer Symptome und funktioneller Aspekte ist aber nicht prinzipiell mit einem Behandlungserfolg gleichzusetzten (Celebic et al. 2003; Chamberlain et al. 1984). Trotz einer als klinisch erfolgreich bewerteten Behandlung korreliert diese Bewertung häufig nicht mit der subjektiven Einschätzung der Patienten (Marachlioglou et al. 2010). Diese Diskrepanz zwischen objektiver Bewertung (durch Behandler) und subjektiver Einschätzung (durch Patienten) basiert auf Unterschieden in den Kriterien, die für die Evaluation des Behandlungsergebnisses herangezogen werden. Während Behandler den Erfolg einer Behandlung mittels der oben genannten Kriterien bewerten, sind diese für Patienten zumindest zum Teil von nur untergeordneter Bedeutung oder werden nicht primär sondern über die Folgen der komplexen Interaktionen bewertet. Wesentlich bedeutender bei Patienten sind funktionelle, psychische und soziale Veränderungen. Daher spricht man vom einem biopsychosozialen (Krankheits-)Modell, welches allen relevanten Aspekten aus Sicht von sowohl Behandlern als auch Patienten gerecht wird.

Ein biopsychosoziales Verständnis von Krankheit berücksichtigt besonders, dass Schmerzen oft mit psychosozialen Beeinträchtigungen einhergehen (Von Korff et al. 1992). Des Weiteren wird es der Tatsache gerecht, dass es sich beim Verlust von Zähnen, einer der zentralen Behandlungsindikationen in der restaurativen Zahnmedizin, um einen Strukturverlust handelt, der aktuell (noch) nicht im Sinne einer restitutio ad integrum komplett wiederhergestellt werden kann. Vielmehr wird, wie bei allen chronischen Krankheiten, ein Defekt bestehen blei-

Abstract

Bei der Bewertung von Maßnahmen zur Rehabilitation der Mundgesundheit standen in der Vergangenheit zumeist klinische und technische Befunde im Vordergrund. Dies berücksichtigt nur unzureichend die Auswirkungen oraler Erkrankungen auf das psychische und soziale Wohlbefinden der Patienten. Die umfassende Betrachtung der funktionellen, psychischen und sozialen Rehabilitation der Patienten setzt die Integration der Perspektive der Patienten voraus.

Aktuelle Untersuchungen in Bezug auf patientenorientierte Zielgrößen bei der Rehabilitation der Mundgesundheit können unterteilt werden in klinische Studien zu Auswirkungen von Erkrankungen und Effekten der Therapie auf mundgesundheitsbezogene Lebensqualität und methodische Untersuchungen zu den entsprechenden Messinstrumenten. Diese Studien belegen eine starke Einschränkung der Lebensqualität durch orale Erkrankungen, die Effektivität der oralen Rehabilitation und die adäquaten psychometrischen Eigenschaften der entsprechenden Messinstrumente.

Zukünftig wird der wissenschaftliche Fokus vermehrt auf Kosten-Nutzen-Analysen im Rahmen der oralen Rehabilitation zur Effizienzsteigerung der Interventionen gelegt werden. Des Weiteren wird die Partizipation der Patienten bei zahnmedizinischen Diagnostik- und Therapieentscheidungen verstärkt Gegenstand der Forschung sein.

Keywords

Patientenorientierung, Mundgesundheit, Rehabilitation

ben (World Health Organization 2001). Die Behandlung ist nicht kausal sondern symptomatisch. Sie zielt auf eine umfassende funktionelle, psychische und soziale Rehabilitation der Patienten. Vor diesem Hintergrund gewinnt die Perspektive der Patienten bei der Bewertung der Mundgesundheit und der Evaluation von Therapieergebnissen besonders an Bedeutung.

Patientenbasierte Zielgrößen in der Zahnmedizin

Patientenorientierung bezieht sich in der Zahnmedizin zumeist auf die Einbindung von patientenbasierten Zielgrößen in klinischen Studien. Zwei Konzepte von patientenbasierten Zielgrößen können in der Zahnmedizin unterschieden werden. Mittels Zufriedenheit werden Ergebnisse zahnmedizinischer Therapien oder der Behandlungen an sich in Bezug auf die Erwartungshaltung der Patienten bewertet. Das Konzept Lebensqualität erfasst die Ausprägung von funktionellen Möglichkeiten, psychosozialen Aspekten und Schmerzen, die durch Probleme im Mundbereich beeinflusst werden.

Zufriedenheit

Das Einsatzgebiet für Zufriedenheitsmessungen entstammt primär der Qualitätsanalyse. Dabei sind 3 grundsätzliche Bereiche zu unterscheiden (Donabedian 1988). Als Strukturqualität werden Bewertungen von strukturellen Voraussetzungen medizinischer Versorgungen erfasst. Unter Prozessqualität bewertet man Abläufe konkreter (zahn-)medizinischer Interventionen. Ergebnisse dieser Interventionen werden mittels Ergebnisqualität erfasst.

Anfangs wurde Zufriedenheit der Patienten primär in Bezug auf Strukturen der zahnmedizinischen Behandlung (z.B. Erreichbarkeit des Arztes, Öffnungszeiten, Kosten und Erstattung, Ambiente, technische und menschliche Qualität der Behandlung) erhoben (Davies und Ware 1981; Hengst und Roghmann 1978; Heydecke 2002a; Ware et al. 1983). Aktuellere Untersuchungen fokussieren sich vermehrt auf die Bestimmung der Zufriedenheit mit Behandlungsergebnissen (Awad

und Feine 1998; Heydecke et al. 2008). Im Rahmen der immer größer werdenden Bedeutung von Qualitätsmanagement in der Zahnmedizin wird das subjektive Empfinden der Patienten während zahnärztlicher Behandlungen zunehmend als Indikator für Prozessqualität angesehen. Eine wesentliche Limitation des Konzeptes Patientenzufriedenheit ist die nur unzureichende Untermauerung durch eine theoretische Definition. Daher wird in der Zahnmedizin weitaus häufiger das Konzept Lebensqualität als patientenbasierte Zielgröße eingesetzt.

Lebensqualität

Das Konzept Lebensqualität wurde ursprünglich in der sozialwissenschaftlichen Wohlfahrts- und Sozialindikatorenforschung entwickelt (Zapf 1984). Entgegen dem sehr umfangreichen Konzept der allgemeinen Lebensqualität beschränkt sich das Konzept Lebensqualität in der Medizin auf die Erfassung subjektiver Indikatoren der Gesundheit (Heydecke 2002b).

Das in der Zahnmedizin am häufigsten verwendete Konzept der mundgesundheitsbezogenen Lebensqualität basiert auf dem Modell der Mundgesundheit von Locker aus dem Jahre 1988 (Locker 1988). Entsprechend der Internationalen Klassifikation der Schädigungen, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen der Weltgesundheitsorganisation stellt das Modell eine kontinuierliche Kette von der Erkrankung über Funktionseinschränkungen und psychische Beeinträchtigung bis hin zu sozialer Benachteiligung dar (World Health Organization 2001).

Bei der Bestimmung der mundgesundheitsbezogenen Lebensqualität hat sich das 1994 von Slade und Spencer entwickelte Oral Health Impact Profile (OHIP) durchgesetzt (Slade und Spencer 1994; Slade 1997). Das OHIP basiert auf dem konzeptionellen Modell von Locker (Locker 1988). Entsprechend dieses Modells erfassen die Fragen des

OHIP nur negative Aspekte von Gesundheit (höhere Werte stehen für eine schlechtere Lebensqualität). Auch wenn die faktorielle Struktur (Dimensionen) des OHIP nicht abschließend geklärt ist (John 2007) und weitere konzeptionelle Kritikpunkte bestehen (Kieffer et al. 2009), stellt das OHIP in der Zahnmedizin den Goldstandard zur Bestimmung der mundgesundheitsbezogenen Lebensqualität dar. Das OHIP ist validiert und in mindestens 20 Übersetzungen verfügbar (z.B. John et al. 2002; Larsson et al. 2004; Pires et al. 2006; Szentpetery et al. 2006; Wong et al. 2002; Yamazaki et al. 2007).

Zu patientenorientierten Zielgrößen sind aktuell zwei wissenschaftliche Themenbereiche in der Zahnmedizin relevant: Klinischen Untersuchungen zur Beeinträchtigung durch Krankheiten und zu Effekten der Therapien stehen methodische Untersuchungen zu Messinstrumenten der Lebensqualität gegenüber.

Klinische Untersuchungen zur Mundgesundheit

Die klinischen Studien bestimmen die Auswirkungen von verschiedenen oralen Erkrankungen (Tabelle 1) auf die Lebensqualität der Patienten, vergleichen Krankheitseffekte und bestimmen Auswirkungen zahnmedizinischer Therapien auf patientenbezogene Zielgrößen. Im Folgenden sollen ausgewählte Studien zu diesen Fragestellungen vorgestellt werden.

Auswirkung von Krankheiten und Beeinträchtigungen

Zahnmedizin beschäftigt sich nicht „nur“ mit Zähnen, Mundschleimhaut und zahntragendem Knochen, sondern auch mit der Kaumuskulatur und den Kiefergelenken (Tabelle 1). Erkrankungen, welche die

Literatur (Auszug*)

- Awad, M.A./Feine, J.S. (1998): Measuring patient satisfaction with mandibular prostheses. *Community Dent Oral Epidemiol*, 26, 6: 400-405
- Celebic, A./Knezovic-Zlaticar, D./Papic, M./Carek, V./Baucic, I./Stipetic, J. (2003): Factors related to patient satisfaction with complete denture therapy. *The journals of gerontology. Series A, Biological sciences and medical sciences*, 58, 10: 948-953
- Chamberlain, B.B./Razzoog, M.E./Robinson, E. (1984): Quality of care: compared perceptions of patient and prosthodontist. *J Prosth Dent*, 52, 5: 744-746
- Chapple, H./Shah, S./Caress, A.L./Kay, E.J. (2003): Exploring dental patients' preferred roles in treatment decision-making - a novel approach. *Br Dent J*, 194, 6: 321-327
- Charles, C./Gafni, A./Whelan, T. (1997): Shared decision-making in the medical encounter: what does it mean? (or it takes at least two to tango). *Soc Sci Med*, 44, 5: 681-692
- Chin, J.J. (2002): Doctor-patient relationship: from medical paternalism to enhanced autonomy. *Singapore Med J*, 43, 3: 152-155
- Cohen, J. (1988): *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. 2nd ed. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Coulter, A. (1999): Paternalism or partnership? Patients have grown up-and there's no going back. *BMJ*, 319, 7212: 719-720
- Creugers, N.H./Mentink, A.G./Fokkinga, W.A./Kreulen, C.M. (2005): 5-year follow-up of a prospective clinical study on various types of core restorations. *Int J Prosthodont*, 18, 1: 34-39
- Davies, A.R./Ware, J.E., Jr. (1981): Measuring patient satisfaction with dental care. *Soc Sci Med [A]*, 15, 6: 751-760
- Donabedian, A. (1988): The quality of care. How can it be assessed? *JAMA*, 260, 12: 1743-1748
- Dworkin, S.F./LeResche, L. (1992): Research diagnostic criteria for temporomandibular disorders: review, criteria, examinations and specifications, critique. *J Craniomandib Disord*, 6, 4: 301-355
- Fokkinga, W.A./Kreulen, C.M./Bronkhorst, E.M./Creugers, N.H. (2007): Up to 17-year controlled clinical study on post-and-cores and covering crowns. *J Dent*, 35, 10: 778-786
- Härter, M./Loh, A./Spies, C. (2005): *Gemeinsam entscheiden - erfolgreich behandeln - Neue Wege für Ärzte und Patienten im Gesundheitswesen Köln*: Deutscher Ärzteverlag.
- Hengst, A./Roghmann, K. (1978): The two dimensions in satisfaction with dental care. *Medical care*, 16, 3: 202-213
- Heydecke, G. (2002a): Patientenzufriedenheit als Ergebnisgröße in klinischen Studien zur Mundgesundheit. *Schweizer Monatsschrift für Zahnmedizin*, 112, 4: 330-336
- Heydecke, G. (2002b): Patientenbasierte Messgrößen: Mundgesundheitsbezogene Lebensqualität. *Schweizer Monatsschrift für Zahnmedizin*, 112, 6: 605-611
- Heydecke, G./Peters, M.C. (2002): The restoration of endodontically treated, single-rooted teeth with cast or direct posts and cores: a systematic review. *J Prosthet Dent*, 87, 4: 380-386
- Heydecke, G./Locker, D./Awad, M.A./Lund, J.P./Feine, J.S. (2003): Oral and general health-related quality of life with conventional and implant dentures. *Community Dent Oral Epidemiol*, 31, 3: 161-168
- Reissmann, D.R./Remmler, A./Schierz, O./John, M.T. (2010): Response shift in oral-health related quality of life assessment [Abstract]. *J Dent Res*, 89, Special Issue B: 2025
- Reissmann, D.R./John, M.T./Schierz, O. (2011a): Influence of administration method on oral health-related quality of life assessment using the Oral Health Impact Profile. *Eur J Oral Sci*, 119, 1: 73-78

Strukturen im Bereich des Mundes			
Strukturen	Erkrankungen / Veränderungen	Therapien	Patientenrelevanz
Zahnhartsubstanz	Karies	Füllungen, Aufbaustifte, chirurgische Kronenverlängerung, festsitzender Zahnersatz	Schmerzen, Zahnverfärbung, eingeschränkte Ästhetik und Mastikation
	Fehlstellungen	Kieferorthopädische Korrektur	eingeschränkte Ästhetik, erhöhtes Risiko für Karies
Endodontium	Pulpitis, Pulpanekrose, Apikale Parodontitis	Wurzelkanalbehandlung	Schmerzen, Zahnverfärbung
	Zyste, Abszess, Fistel	Chirurgische Therapie	Schmerzen, eingeschränkte Mastikation
Parodontium	Gingivitis	Professionelle Zahnreinigung, Mundhygieneinstruktionen	Schmerzen, Zahnfleischbluten
	Parodontitis	Subgingivales Debridement, Parodontalchirurgie	Schmerzen, Zahnfleischbluten, Zahnlockerung
	Rezessionen	Parodontalchirurgie, freies Schleimhauttransplantat	Überempfindliche Zahnhälse, eingeschränkte Ästhetik
Mundschleimhaut	Präkanzerosen, Tumore	Exzision, Resektion (in Verbindung mit MKG-Chirurgie)	Eingeschränkte Lebenserwartung
Speicheldrüsen	Xerostomie	Speichelersatz, Speichelstimulantien	Starke Probleme bei Mastikation und Phonation, Kariesrisiko erhöht
Zahntragender Kiefer	Atrophie	Augmentation	Insuffizienter Halt von Teil- und Totalprothesen
Kiefergelenke und Kaumuskelatur	Diskusverlagerung, Arthralgie, Arthritis, Arthrose, myofaszialer Schmerz	Schienenherapie, manuelle Therapie (in Verbindung mit Physiotherapeut), medikamentöse Therapie, psychosomatische Therapie (in Verbindung mit Psychotherapeut)	Schmerzen, Funktionseinschränkungen, Mundöffnung eingeschränkt, unangenehme Geräusche

Tab. 1: Strukturen im Bereich des Mundes mit entsprechenden Erkrankungen/Veränderungen, zahnmedizinischen Therapien und Relevanz für Patienten (Auswahl).

Kaumuskulatur und die Kiefergelenke betreffen, werden unter dem Begriff kranio-mandibuläre Dysfunktionen (CMD) zusammengefasst (Oke-son 1996). Die wesentlichen Symptome von CMD sind Schmerzen in den genannten Regionen, Einschränkung der Unterkieferbeweglichkeit und Kiefergelenkgeräusche während Unterkieferbewegungen. In der erwachsenen Allgemeinbevölkerung stellen schmerzhaftes CMD mit einer Prävalenz von etwa 10 % ein wesentliches Public-Health-Problem dar (LeResche 2001). Die Schmerzen und funktionellen Einschränkungen lassen eine starke negative Auswirkung von CMD auf die Lebensqualität der Patienten erwarten.

In einer aktuellen Untersuchung wurde mittels des OHIP die mundgesundheitsbezogene Lebensqualität von konsekutiv rekrutierten Patienten mit unterschiedlichen Diagnosen von CMD (N=416) mit Personen aus einer Zufallsstichprobe der Allgemeinbevölkerung (N=2026) verglichen (John et al. 2007b). Die Patienten wurden nach einem validierten und international verbreiteten Diagnoseschema - den Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (RDC/TMD) - untersucht (Dworkin und LeResche 1992; John et al. 2006). Es konnte gezeigt werden, dass Patienten mit einer CMD-Diagnose eine deutlich eingeschränkte Lebensqualität aufwiesen, als es bei Personen aus der Allgemeinbevölkerung der Fall war. Des Weiteren zeigten sich unterschiedliche Einflüsse von CMD auf die Lebensqualität in Abhängigkeit von der spezifischen Diagnose (Abb. 1).

Diese Unterschiede werden besonders augenscheinlich, wenn man

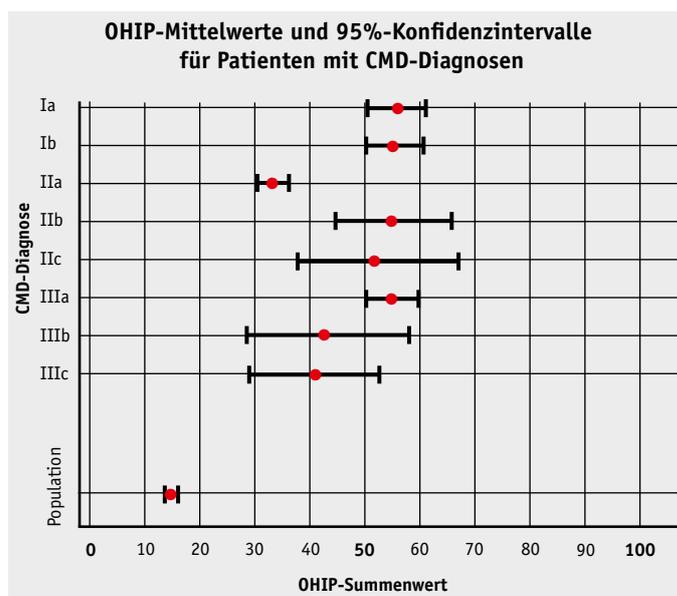


Abb. 1: OHIP-Mittelwerte und 95 %-Konfidenzintervalle für Patienten mit CMD-Diagnosen und für Personen aus der Allgemeinbevölkerung (Population); Ia - Myofaszialer Schmerz ohne limitierte Mundöffnung, Ib - Myofaszialer Schmerz mit limitierter Mundöffnung, Iia - Diskusverlagerung mit Reposition, Iib - Diskusverlagerung ohne Reposition mit limitierter Mundöffnung, Iic - Diskusverlagerung ohne Reposition ohne limitierte Mundöffnung, IIIa - Arthralgie, IIIb - Osteoarthritis, IIIc - Osteoarthrose (vergl. John et al. 2007b).

den spezifischen Einfluss von einer oder mehreren CMD-Diagnosen bestimmt (Reissmann et al. 2007). Dazu wurden die OHIP-Werte von Personen aus der Allgemeinbevölkerung ohne CMD-Diagnose von den Werten von CMD-Patienten abgezogen. Es wurde die Differenz des OHIP-Summenwertes bestimmt, die nur durch die CMD-Diagnose hervorgerufen wurde. Schmerzassoziierten CMD-Diagnosen (Gruppe I und Gruppe III) führten im Vergleich zu schmerzfreien CMD-Diagnosen (Gruppe II) zu einer stärkeren Einschränkung der Lebensqualität (Abbildung 2). Ab zwei gleichzeitig vorliegenden CMD-Diagnosen lag die Beeinträchtigung auf dem Niveau von einer schmerzbezogenen Diagnose. Eine dritte Diagnose führte nicht einer weiteren Verschlechterung der Lebensqualität (Abbildung 2). Der Wert von knapp 40 OHIP-Punkten stellt somit die maximal zu erwartende Beeinträchtigung der mundgesundheitsbezogenen Lebensqualität durch CMD dar (Abb. 2).

Vergleich von Krankheiten

Ein weiteres Einsatzgebiet für Instrumente zur Bestimmung der mundgesundheitsbezogenen Lebensqualität stellt der Vergleich der Auswirkungen verschiedener Erkrankungen dar. Dabei besteht die Möglichkeit, nicht nur an Hand von Summenwerten die komplette Beeinträchtigung der Patienten zu bestimmen, es sind auch differenziertere Betrachtungen auf Ebene der Lebensqualitätsdimensionen oder der einzelnen Aspekte der Lebensqualität möglich.

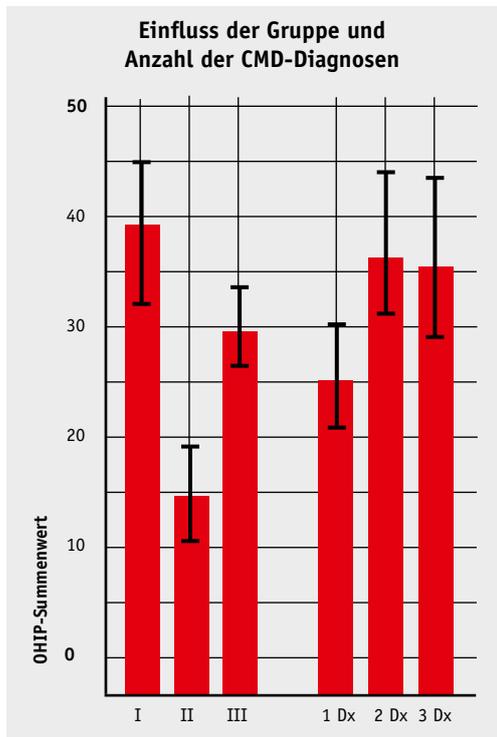


Abb. 2: Spezifischer Einfluss von Gruppe und Anzahl der CMD-Diagnosen auf mundgesundheitsbezogene Lebensqualität (Mittelwerte mit 95%-Konfidenzintervall); I - Myofaszialer Schmerz, II - Diskusverlagerung, III - Arthralgie/Osteoarthritis/Osteoarthrose; 1 Dx - eine CMD-Diagnose, 2 Dx - zwei CMD-Diagnosen, 3 Dx - drei CMD-Diagnosen (vergl. Reissmann et al. 2007).

Beim Vergleich der Antworten auf die 14 Fragen einer Kurzversion des OHIP von Personen der Allgemeinbevölkerung mit Patienten mit kraniomandibulären Dysfunktionen (CMD) und Patienten mit Zahnbehandlungsangst zeigte sich eine deutlich eingeschränkte Lebensqualität der beiden Patientenkollektive (Schierz et al. 2008). In Bezug auf funktionelle Einschränkungen und Schmerzen bestanden zwischen CMD-Patienten und Patienten mit Zahnbehandlungsangst kaum Unterschiede (Abb. 3).

Dem gegenüber wiesen Patienten mit Zahnbehandlungsangst vor allem bei psychosozialen Aspekten deutlich höhere Werte als Patienten mit

CMD auf (Abb. 3). Diese Betrachtungsweise der (eingeschränkten) Lebensqualität der Patienten erlaubt eine genauere Beurteilung und ein besseres Verständnis der Patientenperspektive. Dies ist wichtig für die Diagnostik und die Planung einer individuellen Therapie.

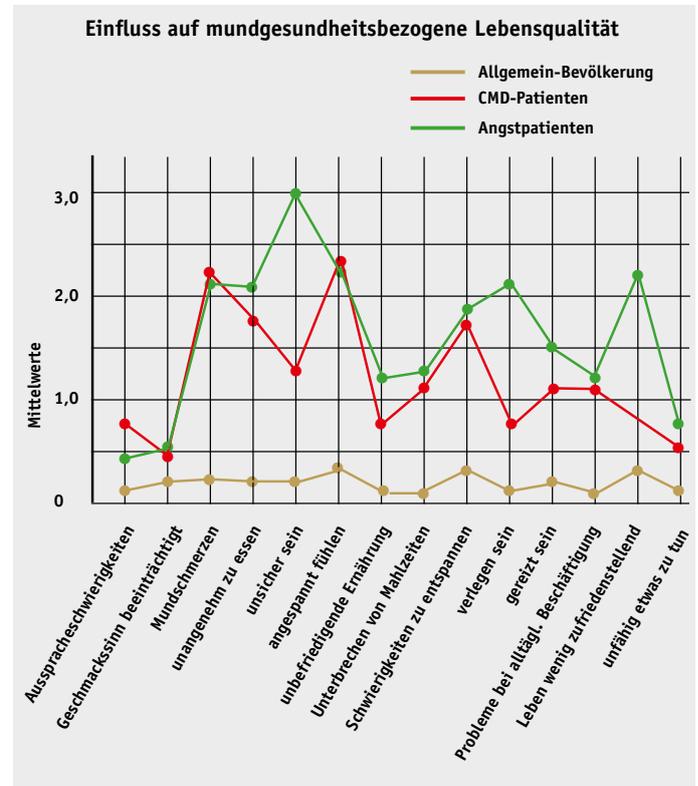


Abb. 3: Mittelwerte der Antworten aller 14 Fragen der Kurzversion des OHIP bei Personen aus der Allgemeinbevölkerung (Allg.-bev.), Patienten mit CMD (CMD-Pat.) und Patienten mit Zahnbehandlungsangst (Angstpat.); (vergl. Schierz et al. 2008).

Effekte zahnmedizinischer Therapien

Neben der Auswirkung oraler Erkrankungen auf die Lebensqualität gilt ein besonderes Augenmerk der Verringerung der Beeinträchtigungen und damit der Verbesserung der Lebensqualität der Patienten durch zahnmedizinische Therapien. Mehrere Studien konnten für Therapien mit Zahnersatz eine (zumindest kurzfristige) Erhöhung der mundgesundheitsbezogenen Lebensqualität nachweisen (Heydecke et al. 2003; John et al. 2004; Nickenig et al. 2008).

Die Verbesserungen der Lebensqualität sind zum Teil so groß, dass sie sich auch mittels einer einzelnen globalen Frage nach der Selbsteinschätzung der Mundgesundheit mit 5 Antwortkategorien (von „schlecht“ bis „ausgezeichnet“) nachweisen lassen (John et al. 2007a; Reißmann et al. 2006). Bei etwa einem Drittel der Patienten kam es in dieser Studie zu einer Verbesserung der Selbsteinschätzung. Aber nicht nur die wahrgenommene Mundgesundheit der Patienten wird beeinflusst, es kann auch zu einer Verbesserung der Selbsteinschätzung der allgemeinen Gesundheit der Patienten kommen (Reissmann et al. 2011b). Während es bei 15,4 % der Patienten zu einer Verschlechterung der Selbsteinschätzung kam, wurde von 22,2 % eine Verbesserung angegeben. Zieht man normale Fluktuationen durch äußere Einflüsse und Messfehler in Betracht, dann kam es zu einem Nettoeffekt von 6,8 % Verbesserung ($p < 0,05$). Damit kann ein direkter (positiver)

Effekt der Zahnmedizin auf die Selbstwahrnehmung der Allgemeingesundheit nachgewiesen werden. Dies unterstreicht die Bedeutung der Zahnmedizin für die Gesundheitswahrnehmung der Patienten.

Langfristige Untersuchungen zu zahnmedizinischen Therapieeffekten sind bisher selten. Eine Untersuchung bei prothetischen Patienten über einen Nachkontrollzeitraum von bis zu zwei Jahren konnte auch den mittelfristigen positiven Effekt der prothetischen Therapie auf die Lebensqualität der Patienten nachweisen (Reißmann et al. 2008). Trotz einiger Fluktuationen im Beobachtungszeitraum bestand der initiale Therapieeffekt des Zahnersatzes auch noch nach zwei Jahren (Abb. 4).

Bei differenzierter Betrachtung der Therapieeffekte entsprechend der prothetischen Behandlungen (festsitzender Zahnersatz, abnehmbarer Zahnersatz, Totalprothesen) zeigten sich wesentliche Unterschiede im Ausmaß und Zeitraum der nachweisbaren Veränderungen (Abb. 5). Die Verschlechterung der Lebensqualität bei Patienten mit Totalprothesen nach sechs Monaten war ein Messartefakt auf Grund der sehr geringen Anzahl (N=14) von Patienten in dieser Gruppe. Die Lebensqualität war am Ende der 2-Jahres-Periode im Vergleich zum Zeitpunkt vor der Therapie immer noch bei 62,7 % aller Patienten ver-

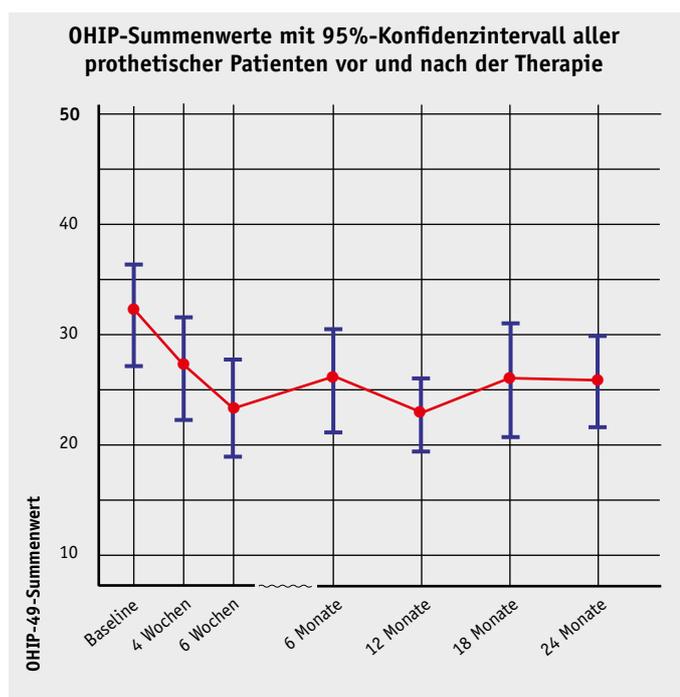


Abb. 4: OHIP-Summenwerte mit 95%-Konfidenzintervall aller prothetischer Patienten vor (Baseline) und für den Zeitraum von 4 Wochen bis 2 Monate nach der Therapie (vergl. Reißmann et al. 2008).

bessert ($p < 0,01$). Es lässt sich schlussfolgern, dass umfangreiche prothetische Therapien die mundgesundheitsbezogene Lebensqualität wesentlich über einen Zeitraum von mindestens zwei Jahren verbessern (Abb. 5).

Methodische Untersuchungen zu Messinstrumenten

Vergleichbarkeit von Studienergebnissen

Ein wesentliches Kriterium bei der Bewertung von Messinstrumenten der Lebensqualität wurde vom Medical Outcome Trust als Vergleichbar-

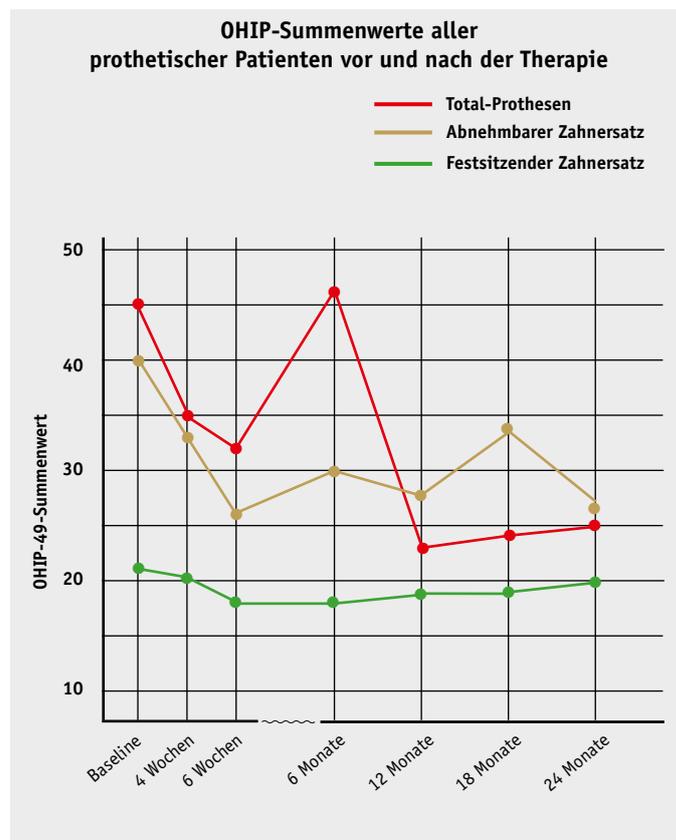


Abb. 5: OHIP-Summenwerte der prothetischen Patienten entsprechend der durchgeführten Behandlung vor (Baseline) und für den Zeitraum von 4 Wochen bis 24 Monate nach der Therapie (vergl. Reißmann et al. 2008).

keit alternativer Erhebungsformen definiert (Scientific Advisory Committee of the Medical Outcomes Trust 2002). Nur dies kann sicherstellen, dass Ergebnisse verschiedener Studien, in denen die Daten mit verschiedenen Methoden erhoben wurden, verglichen werden können.

In einer aktuellen Untersuchung (Reißmann et al. 2011a) zu dieser Fragestellung bei prothetischen Patienten unter Nutzung der deutschen Version des OHIP (John et al. 2002; Slade 1997) konnte festgestellt werden, dass die Informationen, welche mit verschiedenen Methoden (persönliches Interview, Telefoninterview, selbst ausgefüllter Fragebogen) erhoben wurden, fast identisch sind (Reliabilität: ICC=0,90; 95 % Konfidenzintervall=0,85-0,95). Der Anteil der Gesamtvarianz, welche durch den Erhebungsmodus erklärt wurde, betrug lediglich 0,5 %. Damit konnte belegt werden, dass der Erhebungsmodus keinen wesentlichen Einfluss auf OHIP-Werte bei prothetischen Patienten hat.

Bestimmung von Behandlungseffekten - Retest-Effekte

Ein wesentliches Element bei der Verwendung von patientenorientierten Zielgrößen ist deren Fähigkeit, den Einfluss von Interventionen durch die Bestimmung von Differenzen aus Messungen vor und nach Therapie ermitteln zu können. Diese Differenzen werden als Maß der Therapieeffekte angesehen. Eine Grundvoraussetzung dabei ist, dass beide Messungen unabhängig von einander sind, d.h. die zweite Messung wird nicht durch Ergebnisse der ersten Messung beeinflusst (z.B. durch Gedächtnis) (McKelvie 1992). Solche Retest-Effekte würden sonst die Bestimmung von kurzfristigen Therapieeffekten und akuten Problemen deutlich erschweren und die Unterschiede zwischen den verschiedenen Messpunkten verkleinern (Ormel et al. 1989; Pevalin 2000).

Eine aktuelle Untersuchung operationalisierte Retest-Effekte als Unterschiede in Reliabilitätskoeffizienten zwischen unterschiedlich langen Zeiträumen zwischen Erhebungszeitpunkten und als Einfluss der Zeitabstände zwischen zwei Messungen auf die Differenz der dazugehörigen Reliabilitätskoeffizienten (John et al. 2008). Dazu wurde bei 21 Patienten der OHIP zweimal an einem Tag im Abstand von 1 bis 2 Stunden und des Weiteren noch einmal nach 3 bis 78 Tagen erhoben. Die Differenz des Reliabilitätskoeffizienten für die beiden Messungen am gleichen Tag und des Koeffizienten für die Messungen an zwei unterschiedlichen Tagen war klein ($\Delta\rho=0,08$; $p=0,02$). Der Einfluss der Zeit zwischen zwei Messungen auf die Reliabilitätskoeffizienten war gering und nicht statistisch signifikant (Regressionskoeffizient für 1 Tag: $-0,04$; 95% CI: $-0,29 - 0,21$; R^2 und adjustiertes $R^2 < 0,01$). Diese Resultate belegen, dass auch wiederholte Messungen von mundgesundheitsbezogener Lebensqualität über kurze Zeiträume bei sich schnell ändernder Mundgesundheit zu einer validen Veränderungsbestimmung führen. Dies erweitert das Einsatzgebiet des OHIP erheblich.

Bestimmung von Behandlungseffekten - Response Shift

Patienten können im Laufe einer Behandlung die eigenen Konzepte von Lebensqualität und die internen Standards ändern. Dieser Veränderung der Bestimmungsgrundlagen wird als Response Shift bezeichnet. Die klinische Bedeutung dieses Phänomens konnte bisher weder von der Richtung des Effekts noch vom Umfang abschließend bestimmt werden (Schwartz et al. 2006). Eine erste Untersuchung bei zahnlosen Patienten kam zu der Schlussfolgerung, dass Response Shift zu einer Maskierung von Behandlungseffekten von neuen Totalprothesen auf die mundgesundheitsbezogene Lebensqualität der Patienten führte (Ring et al. 2005).

Eine Studie bei einer konsekutiv rekrutierten Stichprobe von 126 Patienten mit prothetischem Behandlungsbedarf bestimmte den Response Shift des OHIP (Reißmann et al. 2010). Die Anwendung des OHIP erfolgte unmittelbar vor der Therapie und wenige Wochen nach Abschluss der Therapie. Als die Patienten ihre Lebensqualität nach der Behandlung einschätzten, wurden sie gebeten, ihre Lebensqualität vor der Therapie nochmals (retrospektiv) einzuschätzen, ohne Zugang zu den Ausgangsdaten zu haben. Der Unterschied in den ermittelten Therapieeffekten zwischen prospektiver und retrospektiver Betrachtung betrug 6,3 OHIP Punkte ($p < 0,001$). Entsprechend der Definition von Cohen (Cohen 1988) ist die Effektgröße aber nur als klein zu betrachten. Auch wenn es aktuell noch nicht bekannt ist, ob die prospektive oder die retrospektive Bestimmung von Veränderungen der MLQ valider ist, scheinen die vom Patienten wahrgenommenen Behandlungseffekte größer als bisher angenommen.

Bestimmung von Behandlungseffekten - minimal wahrnehmbare Differenz

Die Beurteilung von Veränderungen der Lebensqualität setzt voraus, dass bekannt ist, welche Veränderung der Lebensqualität vom Patienten wahrgenommen wird. Diesen Wert der Veränderung bezeichnet man als minimal wahrnehmbare Differenz (Minimal Important Difference; MID). Die MID ist definiert als die kleinste Veränderung in einer Zielgröße, die vom Patienten als vorteilhaft wahrgenommen wird und welche bei der Abwesenheit von unerwünschten Nebenwirkungen und übermäßigen Kosten zu einer Veränderung der Patientenversorgung führt (Jaeschke et al. 1989). Eine Übersichtsarbeit zu diversen Instrumenten zur Erfassung von patientenbezogenen Zielgrößen fand heraus, dass die MID mit der halben Standardabweichung des Unterschieds (Effektgröße von 0,5) übereinstimmen würde (Norman et al. 2003).

In einer Studie wurde die MID des OHIP mittels der Übereinstimmung mit einer globalen Veränderungsfrage bestimmt (John et al. 2009). Zusätzlich zu der prospektiven Anwendung des OHIP wurden die Patienten im Anschluss an die prothetische Therapie gebeten, eine umfassende Einschätzung der Veränderung der Lebensqualität anzugeben (Antwortkategorien: „stark verbessert“, „etwas verbessert“, „gleichgeblieben“, „etwas verschlechtert“ und „sehr verschlechtert“). Von 224 Patienten gaben 47 an, nach der Therapie eine „etwas verbesserte“ Lebensqualität aufzuweisen. Bei dieser Gruppe von Patienten wurde eine Differenz der OHIP-Werte und damit eine MID von 6 OHIP Punkten (95% Konfidenzintervall: 2 - 9) ermittelt. Dieser Wert ist eine bedeutende Größe zur Bestimmung der klinischen Signifikanz in Bezug auf patientenbezogene Zielgrößen.

Ausblick

Effizienz von zahnmedizinischen Therapien

Unter immer stärker werdendem Kostendruck im Gesundheitssystem kommt der Effizienz der zahnmedizinischen Interventionen eine immer größer werdende Bedeutung zu. So haben sich die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für zahnärztlich-prothetische Versorgungen von 3,48 Mrd. EUR im Jahr 1991 auf 2,92 Mrd. EUR im Jahr 2008 verringert (Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung - KZBV 2009). Um diese Mittel effizient einsetzen zu können, muss zahnmedizinische Therapie auch unter dem Kosten-Nutzen-Aspekt betrachtet werden.

Studien zu Kosten-Nutzen-Analysen von zahnmedizinischen Therapien sind rar und beziehen sich zumeist auf prothetischen Zahnersatz. In einer Untersuchung zur Therapie des zahnlosen Patienten mit entweder konventionellen Totalprothesen oder mit implantatunterstützten Deckprothesen konnten die effektiven Kosten je angestrebter Verbesserung der Lebensqualität über einen Zeitraum von knapp 18 Jahre bestimmt werden (Heydecke et al. 2005). Dies ermöglicht den Patienten eine individuelle Abwägung hinsichtlich Kosten und Nutzen und somit eine besser informierte Therapieentscheidung.

In einer Übersichtsarbeit wurde der Nachsorgeaufwand von implantatgetragenen festsitzenden Zahnersatz mit abnehmbaren Teilprothesen verglichen (Pieger und Heydecke 2008). Die Untersuchung kam zu dem Ergebnis, dass abnehmbarer Zahnersatz mehr Nachsorgeaufwand und höhere Folgekosten verursacht.

Kosten-Nutzen-Analysen sind wichtig für gesundheitspolitische Entscheidungsträger und liefern Informationen, um dem Patienten zu einer informierten Entscheidung über zahnmedizinische Therapien zu verhelfen. Dies wird zu einer stärkeren Patientenorientierung in der Zahnmedizin führen. Weitere Studien sind unbedingt wünschenswert.

Entscheidungsfindung und Patientenorientierung

Ein weiteres wichtiges Thema ist der Prozess der Entscheidungsfindung. Dies kann bei (zahn)medizinischen Behandlungen auf verschiedenen Wegen erfolgen. Im paternalistischen Modell kommt dem Patienten fast ausschließlich eine passive Rolle zu (Coulter 1999). Bei dem Informationsmodell fließt die Information unidirektional vom Zahnarzt zum Patienten (Charles et al. 1997). Der Zahnarzt stellt die Information zur Verfügung, die Entscheidung wird vom Patienten selbstbestimmt getroffen. Zwischen diesen beiden Modellen liegt das Konzept der partizipativen Entscheidungsfindung (PEF; engl.: Shared-Decision-Making, SDM), in dem Patient und Behandler die Entscheidung zusammen bedenken und zusammen treffen (Chin 2002; Härter et al. 2005). Diese Strategie stellt einen optimalen Kompromiss zwischen der Therapiefreiheit des Behandlers und dem Mitbestimmungsrecht des

Patienten dar und wird aktuell als Optimum für die Arzt-Patienten-Kommunikation angesehen.

Eine Untersuchung zum Vorgehen bei klinischen Entscheidungen bei prothetisch tätigen Zahnärzten Nordamerikas zeigte, dass etwa die Hälfte (50,8 %) der befragten Zahnärzte der Ansicht ist, dass die Entscheidung in einer gleichberechtigten Diskussion zwischen Patient und Behandler erfolgen sollte (Koka et al. 2007). Fast der komplette Rest der Befragten (43,3 %) stellte die eigene Meinung und die eigene Einschätzung hinter die des Patienten. Dieses Ergebnis wird bestätigt durch eine Untersuchung bei Zahnärzten in Schweden. Bei der Wahl der Therapie standen vor allem Aspekte wie „Wunsch des Patienten“ und „Prognose der Behandlung“ im Vordergrund (Kronstrom et al. 1999a; b). Auch wenn diese Studien ein durchaus positives Bild von der Patientenbeteiligung bei zahnmedizinischen Therapieentscheidungen zeigen, geben sie doch nur die eigene Einschätzung der Zahnärzte wieder.

Eine Untersuchung in Großbritannien zur Wahrnehmung von Patienten zeigte ein anderes Bild. Von 40 zahnmedizinischen Patienten bevorzugte der Großteil der Patienten eine gleichberechtigte Entscheidungsfindung (Chapple et al. 2003). Im Gegensatz dazu wurde die eigene Rolle bei Entscheidungen eher als passiv wahrgenommen. Patienten wurden entgegen ihres eigenen Wunsches nur gering oder gar nicht in die Entscheidungsfindung eingeschlossen. Diesen offensichtlichen Konflikt gilt es zukünftig zu lösen.

Weitere Untersuchungen zu indikations- und settingspezifischen Einflussfaktoren auf Partizipationspräferenzen sollten zu einem besseren Verständnis der Patientensichtweise und zu einer verstärkten Partizipation der Patienten bei Entscheidungsfindungen führen. Durch eine intensivere Kommunikation von Patienten und Behandlern kann erreicht werden, dass sich Patienten der eigenen Verantwortung hinsichtlich der Therapieergebnisse bewusst werden, was sich positiv auf den langfristigen Therapieerfolg auswirken kann (Sadan 2005; 2007). Des Weiteren sind durch die verstärkte Einbindung der Patienten eine verbesserte Therapietreue (Compliance), eine höhere Zufriedenheit mit der Therapie und dem Therapieergebnis sowie eine Erhöhung des Wissensstandes der Patienten möglich (Johnson et al. 2006; Joosten et al. 2008; Loh et al. 2007). Daher stellt der Entscheidungsfindungsprozess im Rahmen der Patientenorientierung bei der Rehabilitation der Mundgesundheit ein wichtiges Forschungsfeld dar, welches es zu intensivieren gilt.

Patient orientation as a topic for the future in the rehabilitation of oral health

In previous years, the evaluation of oral rehabilitation was mainly based on clinical and technical findings. This approach does not sufficiently take the effects of oral diseases on patients' psychosocial well-being into account. The comprehensive consideration of functional and psychosocial rehabilitation of the patients presumes the integration of their perspective. Today, investigations with respect to patient-based outcome measures can be distinguished between clinical studies regarding the impact of oral diseases and the effect of treatments on oral health-related quality of life and methodological studies regarding psychometric properties of the corresponding instruments. These studies provide evidence for highly impaired quality of life due to oral diseases, effectiveness of oral rehabilitation, and sufficient psychometric properties of corresponding instruments. In the future, science in dentistry will increasingly focus on cost-effect-analyses related to oral rehabilitation to increase efficiency of the interventions. Furthermore, patients' participation in diagnostic and treatment decision-making will be an important topic in dental research.

Keywords

Patient orientation, Oral health, Rehabilitation

Schlussfolgerung

Patientenorientierung wird zunehmend in den Fokus wissenschaftlicher Untersuchungen in der Zahnmedizin rücken. Während aktuell zumeist Konzepte wie Zufriedenheit und Lebensqualität als Zielgrößen klinischer Studien und als Untersuchungsgegenstand in methodischen Studien involviert sind, werden zukünftig vermehrt Kosten-Nutzen-Analysen zu zahnmedizinischen Therapien und Patientenbeteiligung bei diagnostischen und therapeutischen Entscheidungen Gegenstand der Forschung sein. <<

Dr. med. dent. Daniel R. Reißmann

ist Oberarzt und Forschungskoordinator der Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf. Er hat Zahnmedizin an der Universität Leipzig studiert, dort promoviert und war Zahnarzt und wissenschaftlicher Mitarbeiter in der Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik und Werkstoffkunde der Universität Leipzig, sowie ab 2006 Leiter der Kiefergelenksprechstunde. Kontakt: d.reissmann@uke.de



Prof. Dr. med. dent. Guido Heydecke

ist Klinikdirektor der Poliklinik für Zahnärztliche Prothetika am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf. Er hat Zahnmedizin an der Medizinischen Hochschule Hannover studiert und promoviert. Er habilitierte sich für das Fach Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde. Er war außerplanmäßiger Professor für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde an der Universität Freiburg und ist seit 2007 Universitätsprofessor am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Hamburg. Kontakt: g.heydecke@uke.de





PATIENTEN GUT VERSORGEN

Integrated. Support. Worldwide.

Sie wollen neue Wege gehen?

Mit unseren integrierten Vertriebs- und Versorgungslösungen für Pharmaindustrie und Krankenkassen sind Sie stets nah am Patienten. Profitieren Sie von unserer Unterstützung bei:

- Markteinführungen
- Versorgungsmanagement
- Patient-Relationship-Management
- Supply Chain Management
- Marketing & Sales Support