

# VERSORGUNGS monitor FORSCHUNG

FACHZEITSCHRIFT ZU REALITÄT, QUALITÄT UND INNOVATION DER GESUNDHEITSVERSORGUNG



TITEL-INTERVIEW:  
BVA-Präsident Josef Hecken: „Mehr Sachlichkeit statt Populismus würde allen helfen.“

**REALITÄT**

„Unser Ziel ist die bessere Versorgung“ (Mehl)

**QUALITÄT**

„Keine Versorgungsgerechtigkeit“ (Gromnica-Ihle)

**INNOVATION**

„Es geht um fairen Wettbewerb“ (Trümper)

## DATENGETRIEBENE VERSORGUNGSFORSCHUNG

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



## MEHRWERT DURCH INDIVIDUELLE DATENVERKNÜPFUNGEN

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

## GESUNDHEITSDATEN: INSIGHT HEALTH

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

Daten für mehr Transparenz in der  
Gesundheitsversorgung!

INSIGHT Health GmbH & Co. KG  
Auf der Lind 10  
65529 Waldems-Esch  
Tel.: +49 (0) 6126 / 955 -0  
Fax: +49 (0) 6126 / 955 -20  
E-Mail: [info@insight-health.de](mailto:info@insight-health.de)  
Web: [www.insight-health.de](http://www.insight-health.de)

### EDITORIAL

#### Fokus Rheuma/Arzthonorare

Herausgeber Prof. Dr. Reinhold Roski

4

### TITELINTERVIEW

#### „Standardisierte Behandlungskosten führen zu mehr Qualität im System“

Der Präsident des Bundesversicherungsamts Josef Hecken im MVF-Gespräch

6

### REALITÄT

#### Richtige Anreize für gute Qualität

Warum die aktuelle Arzthonorarreform zu Problemen führen kann

12

#### „Unser Ziel ist die bessere Versorgung“

Eberhard Mehl, Hauptgeschäftsführer des Hausärzterverbandes e.V.

15

### QUALITÄT

#### Steigende Kosten einer „stillen Epidemie“

9. ECCEO in Athen: Wachsende Osteoporose-Kosten in Europa

33

#### Dringend gesucht: 700 Rheumatologen

Aktionsplan Rheuma und „Zukunft Rheumatologie“ für bessere Versorgung

34

#### „Nur circa ein Drittel angemessen versorgt“

Statement von Prof. Dr. Ekkehard Genth/Generalsekretär der DGRh e.V.

35

#### „Es gibt keine Versorgungsgerechtigkeit“

Prof. Dr. med. Erika Gromnica-Ihle/Präsidentin der Rheuma-Liga

36

#### Unterversorgung mit Arzneimitteln

Nur 31 % der Rheuma-Patienten werden leitlinienkongruent behandelt

37

### INNOVATION

#### Reformtrends international erkennen

Ein Blick über den Tellerrand mit dem HealthPolicyMonitor

19

#### Versorgungsauftrag wird festgeschrieben

15. AMG-Novelle: Definition der besonderen Stellung des Großhandels

21

#### „Es geht um fairen Wettbewerb“

Dr. Thomas Trümper, Phagro/ANZAG, im Interview mit MVF

22

#### Matrix der medizinischen Callcenter

Die DGBG e.V. und MVF sorgen für erste Transparenz

26

#### Mehr Qualität bei weniger Kosten

PHTS Telemedizin legt erste evidenzbasierte Daten vor

27

#### Wo Solidarität auf Medizin trifft

Dr. med. Stephan Kochen (Solimed)/Karsten Menn (BARMER) über Solimed

31

### ZAHLEN-DATEN-FAKTEN

#### Rheuma-Versorgung regional unterschiedlich

10

### STANDARDS

Impressum 3

Kommentar 9

Rezension 20

News 33

### EHEALTH

#### Interview: Frank Gotthardt/CEO CompuGroup

28

### WISSENSCHAFT

Nils Hußmann

Dr. Thomas Ecker

#### Herausforderung für Versorgungsforschung: Direktverträge in der GKV

38

Arzneimittelverträge waren erst der Anfang. Vor drei Jahren begannen die ersten Kassen, selektiv Direktverträge über Arzneimittelrabatte nach § 130 Abs. 8 SGB V abzuschließen. Inzwischen sind sie für generische Produkte Standard, und auch bei innovativen, patentgeschützten Produkten haben sich schon (fast) alle Hersteller hierüber eine Meinung gebildet. Doch erst langsam zeigt sich, dass die Vertragsambitionen von Krankenkassen über den Rahmen des § 130 Abs. 8 SGB V weit hinaus reichen. So sind seit diesem Jahr die ersten Verträge zur hausärztlichen Versorgung nach § 73b SGB V mit Partnern jenseits der Kassenärztlichen Vereinigungen abgeschlossen und umgesetzt worden. Und nun mehren sich die Zeichen, dass Kassen auch direkte Verträge über die fachärztliche Versorgung nach § 73c SGB V systematisch anstreben. Die ersten Beispiele sind die Ausschreibung zur augenchirurgischen Versorgung in Brandenburg und zur kardiologischen Versorgung in Baden-Württemberg.

Dr. Gaby Bleichhardt

Prof. Dr. Winfried Rief

#### Britische Versorgung psychisch Erkrankter - ein Modell für Deutschland?

42

Staatshilfe für das Gesundheitssystem: Großbritannien rief im Jahr 2007 ein ungewöhnliches Projekt ins Leben. Durch die Initiative „Improving Access to Psychological Therapies“ (IAPT) sollen durch eine Verbesserung der Versorgung psychisch Erkrankter langfristig öffentliche Kosten eingespart werden. Mit Hilfe von IAPT sollen Patienten mit psychischen Störungen bereits innerhalb weniger Wochen evidenzbasierte Psychotherapie erhalten. Mehrere tausend Psychotherapeuten sollen dafür neu ausgebildet werden. Das britische Gesundheitsministerium investiert dazu mindestens 300 Millionen Britische Pfund.

Dipl.-Psych. Tobias Luck

Dr. rer. med. Melanie Lupp

Prof. Dr. med. Steffi G. Riedel-Heller, M.P.H

#### Institutionalisierung bei Demenz - Häufigkeit, Zeit und Einflussfaktoren

47

Demenz ist eine der häufigsten und schwerwiegendsten Erkrankungen im höheren Lebensalter. Weltweit leiden derzeit etwa 24,3 Millionen Menschen an einer demenziellen Erkrankung; Schätzungen für das Jahr 2040 gehen von einem Anstieg auf über 80 Millionen Erkrankte aus (Ferri et al. 2005). Für Deutschland wird aufgrund der zunehmenden Lebenserwartung der Bevölkerung ein Anstieg von aktuell ca. einer Million auf 2,3 Millionen Erkrankte bis zum Jahr 2050 erwartet (Wancata et al. 2003). Aktuelle Behandlungsmethoden insbesondere für die Demenz vom Alzheimerstyp ermöglichen zwar keine Heilung, umfassen jedoch ein weites Spektrum von Maßnahmen, um das Wohlbefinden der Patienten zu verbessern oder den kognitiven Abbau zu verzögern (Kurz/Jendroska 2002).

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

**Monitor Versorgungsforschung**  
Fachzeitschrift zu Realität,  
Qualität und Innovation der  
Gesundheitsversorgung  
1. 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-(0)228-76368-0  
Fax +49-(0)228-299799714  
stegmaier@m-vf.de

#### Redaktion

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

#### Verlag

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

#### Verlagsleitung

Peter Stegmaier

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

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

#### Abonnement

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

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

#### Layout

eRelation AG, Bonn

#### Druck

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

#### Urheber- und Verlagsrecht

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

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

#### Auflagenmeldung

Mitglied der Informationsge-  
meinschaft zur Feststellung der  
Verbreitung von Werbeträgern e.V.  
(IWV), Berlin  
Verbreitete Auflage: 6.760  
(IWV 1. Quartal 2009)



# Fokus: Rheuma/Honorare



>> Durch Gesundheitsfonds und morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich steigt die Versorgungsqualität - insbesondere für Versicherte mit chronischen Krankheiten -, sagt Josef **Hecken**, Präsident des Bundesversicherungsamtes und damit zuständig für den Gesundheitsfonds, im Titelinterview. Die standardisierten Behandlungskosten, die allerdings jährlich überprüft werden müssen, ermöglichen eine langfristige Planbarkeit und Finanzierung von Versorgungsprogrammen, die die Patienten zu aktivem Mitwirken veranlassen, sowie von besserer primärer und sekundärer Prävention.

Allerdings sieht sich das Bundesversicherungsamt nicht in der Lage, die Daten, die ihm zur Verfügung stehen, versorgungsforschend auszuwerten, z.B. zum Erfolg von Disease-Management-Programmen. Hier setzt Hecken seine Hoffnung auf ein Netz von wissenschaftlichen Instituten. Das Bundesversicherungsamt kann die Daten liefern und seine Beiräte können an Fragestellungen für Studien mitwirken. Die Finanzierung der Versorgungsforschung muss aus anderen Quellen kommen.

## Fokus Rheuma

Der Markt für Basistherapeutika zur Therapie der rheumatoiden Arthritis hat sich seit 2004 mehr als verdoppelt. Allerdings schwanken die Verordnungsumsätze regional erheblich. Die Zahl der niedergelassenen internistischen Rheumatologen ist zwar kontinuierlich angestiegen, und doch zeichnet der Aktionsplan 2009 eher ein besorgniserregendes Bild der Rheumaversorgung. Erika **Gromnica-Ihle**, Präsidentin der Deutschen Rheuma Liga, fordert „koordinierte Versorgung der Rheumatiker als Regelfall über die sektoralen Grenzen der Leistungserbringer hinweg“.

> S. 33 ff.  
> S. 10 f.

## Fokus Arzthonorare

Die Reform der Arzthonorare hat zu einem Sturm des Widerspruchs geführt. „Monitor Versorgungsforschung“ beschäftigt sich mit der Frage der Auswirkungen der Honorarreform auf die Versorgungsqualität. Eberhard **Mehl**, Hauptgeschäftsführer des Deutschen Hausärzterverbandes e.V., erläutert im Interview, wie Arzthonorare die Versorgung kurz- und vor allem auch langfristig beeinflussen, sowie die Rolle von Hausärzten im Versorgungssystem. Allerdings fehlen an vielen Stellen gesicherte Fakten - ein weites Feld für die Versorgungsforschung.

> S. 12 ff.  
> S. 15 ff.

## Wissenschaftliche Beiträge

**Hußmann** und **Ecker** beschäftigen sich mit Direktverträgen gesetzlicher Krankenkassen für die Haus- und Facharztversorgung, dem nächsten Schritt nach den Rabattverträgen für Arzneimittel. Dabei darf keine Schlechterstellung im Vergleich zur Regelversorgung stattfinden. Die Frage, ob diese Vorgabe eingehalten wird, ergibt ein wichtiges neues Feld für die Versorgungsforschung.

> S. 37 ff.

**Bleichardt** und **Rief** stellen die britische Initiative „Improving Access to Psychological Therapies“ (IAPT) zur Verbesserung der Versorgung psychisch Erkrankter vor und entwickeln daraus Perspektiven für Deutschland.

> S. 42 ff.

**Luppa**, **Luck** und **Riedel-Heller** untersuchen die Einflussfaktoren des Übergangs in eine Heimeinrichtung bei Demenz. Eine wichtige Frage, um durch geeignete Interventionen eventuell eine längere Versorgung von Dementen im häuslichen Umfeld gewährleisten bzw. einen optimalen Zeitpunkt für einen Umzug in eine Heimeinrichtung ermöglichen zu können.

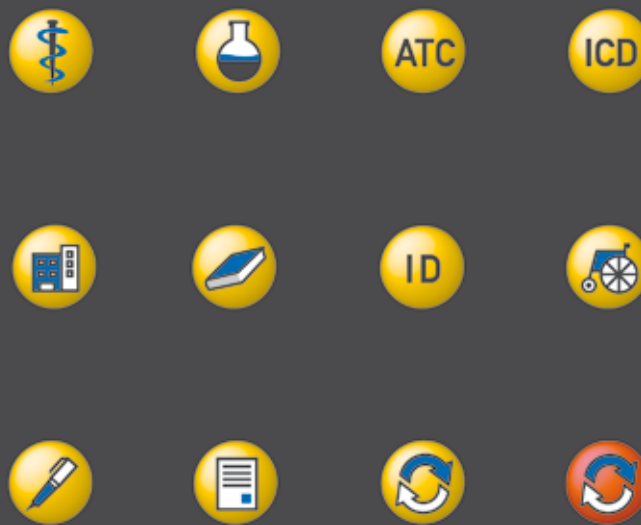
> S. 47 ff.

Ich wünsche Ihnen eine interessante Lektüre.

Ihr Professor Dr. Reinhold Roski

*Reinhold Roski*

## Wissen schafft Effizienz.



## MMI PHARMINDEX PLUS

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

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

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

Der Präsident des Bundesversicherungsamts (BVA), Josef Hecken, im MVF-Gespräch: Gesundheitsfonds Jahr 1 ff.

# „Standardisierte Behandlungskosten führen zu mehr Qualität im System“

Das Bundesversicherungsamt (BVA) hat gegenwärtig circa 540 Beschäftigte und 50 Referate. Ein relativ kleines dieser Referate befasst sich mit dem, was einige Krankenkassenvertreter derzeit öffentlich vehement kritisieren: den Gesundheitsfonds, der für die einen des Teufels, für die anderen aber ein Schutzschirm ist, der schon in der derzeitigen Finanzkrise seine Funktionsfähigkeit bewiesen habe, wie Josef Hecken - seit März 2008 Präsident des BVA, davor Gesundheitsminister des Saarlands - im Exklusivinterview mit „Monitor Versorgungsforschung“ (MVF) darlegt.

>> Einige Vertreter von Krankenkassen malen derzeit ein sehr düsteres Bild von drohender Unterfinanzierung, über Schuldenfalle bis Insolvenz, die in den nächsten ein bis zwei Jahren drohen könnte. Können Sie denn als Präsident des Bundesversicherungsamtes, das neben vielen anderen Aufgaben auch für den Gesundheitsfonds zuständig ist, diese Argumentation nachvollziehen?

Was einige Kassen-Manager behaupten, ist ein wenig abenteuerlich. Auch werden in den öffentlichen Diskussionen meist Entwicklungen aneinander gereiht, die zwar jede für sich isoliert in einem Worstcase-Szenario eventuell eintreten könnten, die aber kumuliert nicht eintreten werden.

#### Warum?

Ganz einfach: Würde ein solches Worstcase-Szenario, das da an die Wand gemalt wird, tatsächlich Realität, würde und müsste die Politik sofort reagieren.

Das Worst-Worstcase-Szenario, eine lang andauernde Wirtschaftskrise, ist nach den aktuellen Wirtschaftsdaten aber doch gar nicht so unwahrscheinlich.

Die entscheidende Frage ist für mich nicht, wie sich in der aktuellen Wirtschaftskrise das Bruttoinlandsprodukt, sondern wie sich die Beschäftigung in Deutschland entwickeln wird. Der Faktor Arbeit generiert doch im Wesentlichen die Beitragseinkünfte der Kassen.

#### Welche Alternativen sehen Sie?

Es gibt eigentlich nur zwei: Entweder muss der Beitragssatz angepasst oder der Bundeszuschuss erhöht werden. Das wird jedoch nur dann passieren, wenn sich die Beschäftigungslage und damit die Einnahmesituation wirklich so dramatisch entwickeln sollten, dass im kommenden Jahr eine Fondsdeckung von 95 Prozent nicht mehr gewährleistet ist.



Mit welchem Datensatz ist denn der Schätzerkreis in die nächste Runde gegangen? Und welche Empfehlungen wurden abgegeben?

Die Beitragseinnahmen werden laut Schätzerkreis in diesem Jahr um ca. 2,9 Milliarden Euro geringer ausfallen, als im Oktober 2008 geschätzt wurde. Wichtig ist aber: Diese Mindereinnahmen gehen nicht zu Lasten der Krankenkassen und damit auch nicht zu Lasten der Krankenversorgung. Es stehen in diesem Jahr für die Versorgung von Kranken nach wie vor über 167 Milliarden Euro zur Verfügung. Der von vielen so heftig kritisierte Gesundheitsfonds hat damit schon im Jahr seiner Einführung nachhaltig die Einnahmesituation der Krankenkassen stabilisiert und sich für die Kassen auch als „Schutzschirm“ erwiesen.

Was wäre denn ohne Gesundheitsfonds?

Im „alten System“ hätten die Kassen ihre Beiträge dramatisch erhöhen müssen. Das vergessen viele Vorstände gern. Es ist halt praktischer, auf den Gesundheitsfonds einzudreschen.

Würden die Kassen ohne die Deckung des Bundes, sprich ohne den Gesundheitsfonds agieren, müssten viele Kassen-Vertreter, die derzeit als Propheten des Unheils unterwegs sind, ihrer Versichertengemeinschaft sehr schnell beibringen, dass höhere Beiträge als bisher erforderlich sind. Allein der Fonds gibt doch allen die Chance, über eine gewisse Zeit einen beherrschbaren Rahmen zu formulieren - eben bis die Deckungsquote von 95 Prozent unterschritten wird.

Wie stellt sich für Sie die öffentliche Diskussion aktuell dar?

In der Argumentation werden leider verschiedene Ebenen vermischt. Dabei bleibt nach meinem Geschmack zu sehr auf der Strecke, dass im laufenden Jahr - also im ersten Jahr des Gesundheitsfonds - immerhin

elf Milliarden mehr für die medizinische Versorgung zur Verfügung gestellt werden als im Jahr davor.

**Kritiker behaupten, das sei zu wenig.**

Hier sei einmal darauf hingewiesen, dass bei der Festlegung dieses Milliarden-Zusatzbudgets eine Ausgabensteigerung gegenüber dem Vorjahr von 6,4 Prozent angenommen wurde, eine Steigerung, die in dieser Höhe in den letzten zehn Jahren noch nie eingetreten ist. Das ist das eine. Zum anderen aber wird - und das ist noch wichtiger - das vorhandene Geld durch den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich endlich bei jenen Kassen allokiert, die insbesondere chronisch kranke Menschen versorgen.

**In der öffentlichen Diskussion um Fonds und M-RSA - die zwar zusammenspielen, aber im Prinzip als eigenständig funktionierende Instrumente zu sehen sind - halten sich die Ortskrankenkassen und Barmer denn auch vornehm zurück.**

Kritik kommt vornehmlich von Vertretern jener Kassen, die durch die Systematik des alten Risikostrukturausgleichs in der Vergangenheit viel mehr Geld zur Verfügung hatten als jetzt, Geld, das sie für die Versorgung chronisch Kranker gar nicht benötigt haben. Heute bestimmen sich die Finanzzuweisungen für die Kassen nun einmal zu 47 Prozent über unmittelbare Morbiditätskriterien und nur noch zu knapp über 50 Prozent über mittelbare Kriterien wie Alter und Geschlecht und nur noch 2 Prozent über das Kriterium Erwerbsunfähigkeit. Das zeigt, welche Verschiebungen es zu Lasten der sogenannten Wettbewerbskassen gegeben hat. Dass denen das nicht gefällt, verstehe ich sogar.

**Nur hat das wohl im eigentlichen Sinne mit dem Gesundheitsfonds nichts zu tun.**

Richtig. Das sind die Auswirkungen des Morbi-RSA. Von ihm profitieren die großen Versorgerkassen, die sich in der Vergangenheit wirklich abstrampeln mussten, um in irgendeiner Form - oft sogar mit Lieferantenkrediten - die Krankenversorgung für ihre Millionen von Versicherten zu finanzieren. Gerade diese Kassen verfügen im Augenblick über eine hervorragende Liquidität und damit endlich über jene Ressourcen, die sie benötigen, um die bei ihnen versicherten kranken Menschen wirklich qualitativ versorgen zu können. So gesehen geht das Geld jetzt da hin, wo es hingehört.

**Ist denn nicht doch noch zu wenig Geld im System?**

Das sehe ich nicht so. Hätten alle Kassen wirklich zu wenig Geld zur Verfügung, um ihre Versicherten zu versorgen, so müsste man mir mal erklären, wo die elf Milliarden denn geblieben sind. Wahrscheinlicher ist für mich: Wir sehen aktuell schlicht und ergreifend eine Budgetumverteilung hin zu jenen Kassen, bei denen die höheren Morbiditätsrisiken versammelt sind. Und die das Geld darum auch dringender brauchen - das war politisch ja auch so gewollt. Und das ist auch richtig.

**Nehmen wir an, der evidenzbasierte Beweis, dass zu wenig Geld im System ist, könnte tatsächlich geführt werden, was dann?**

Dann wird man nicht umhin kommen, Grundsatzentscheidungen zur Struktur des Systems zu treffen. Das jedoch sind Entscheidungen, die aus meiner Sicht nur marginal durch die Frage beeinflusst werden, ob es einen Gesundheitsfonds gibt oder nicht, oder ob eine einzelne Krankenkasse ihren Beitrag ein- oder zwei Prozentpunkte anheben muss. Dann geht es um eine ganz andere Dimension. Zum Beispiel muss man

sich dann Gedanken machen, wie der Regelleistungskatalog künftig aussehen kann bzw. soll.

**Jene Kassen, die derzeit die öffentliche Diskussion bestimmen, sagen sehr deutlich, dass ihnen trotzdem die Zuweisungen nicht mehr ausreichen werden, um längerfristig Programme anbieten zu können, vor allem um Chroniker besser betreuen und steuern zu können. Andererseits wären derartige Versorgungsprogramme der einzige Weg, wie es jene Kassen überhaupt schaffen könnten, mit dem zur Verfügung stehenden Geld auszukommen. Beißt sich da die Katze in den Schwanz?**

Das ist - so will ich mal sagen - eine ganz spezielle Sicht der Dinge. Tatsache ist doch, dass für jene Kassen, die höhere Budgets für die Betreuung chronisch kranker Menschen benötigen, mit dem Instrument der standardisierten Behandlungskosten endlich eine Möglichkeit geschaffen wurde, die über den ehemaligen RSA abgewickelte DMP-Finanzierung auf eine qualitativ wesentlich höhere Ebene zu heben.

**In der Vergangenheit gab es bei der Finanzierung der DMPs nur zwei Komponenten. Das war zum einen die Beratungskostenpauschale in Höhe von 85 Euro, zum anderen die Zuweisungen in Höhe der durchschnittlichen Kosten für teilnehmende Chroniker. Das neue System ist qualitativer?**

Die Zuweisungen an die Kassen auf der Basis standardisierter Behandlungskosten ist eine ganz wichtige Änderung, die zu mehr Qualität im System führen wird. Eine Kasse erhält für einen Rheuma- oder Diabetes-Patienten heute bereits über Chronikerzuschläge eine höhere Zuweisung als früher. Und zwar unabhängig davon, ob der Patient in einem DMP eingeschrieben ist oder nicht. Hinzu kommt eine im Vergleich zu früher deutlich erhöhte Programmkostenpauschale, falls der Versicherte in ein DMP eingeschrieben ist. Damit sind gute Versorgungsprogramme sowohl plan- als auch langfristig finanzierbar.

**Wenn die derzeitigen 180 Euro reichen.**

Dieser Betrag setzt sich aus 55 Euro für Verwaltungskosten und 125 Euro für ärztliche Mehraufwendungen zusammen. Der ist doch nicht aus der Luft geholt, sondern wurde vom GKV-Spitzenverband in einem aus meiner Sicht sehr transparenten und offenen Verfahren belegt. Aber natürlich gab es auch da wieder von vielen Kassen Kritik.

**Es ging sicher um die Höhe des Betrages?**

Natürlich. Aber es wurde nicht kritisiert, der Betrag sei zu niedrig. Die Kritik kam nämlich von den Kassen, die nicht so viele Chroniker haben. Denen waren diese 180 Euro nämlich viel zu viel. Und das, obwohl die Versorgerkassen durchaus glaubhaft machen konnten, dass sie mit diesem Betrag gerade hinkommen.

**Was nach Aussagen der Barmer in der letzten Ausgabe von Monitor Versorgungsforschung mit dem Schwerpunkt Diabetes auch so ist. Doch hier kam jedoch auch die Frage auf, ob denn die 180 Euro auch in der Zukunft eine verlässliche Grundlage für DMPs sein werden.**

Das ist sie im Grunde. Jedoch ist auch klar, dass die Programmkostenpauschale jährlich auf dem Prüfstand stehen wird.

**Das Geld aus dem Morbi-RSA reicht demnach gerade so aus?**

Damit kommt die Frage der Versorgungsqualität ins Spiel, die immer wichtiger werden wird. Kassen mit morbidem Versicherten können künftig unter den Auspizien der standardisierten Behandlungskosten nämlich

*<< Verschiebungen gingen zu Lasten sogenannter Wettbewerbskassen >>*

nur dann effizient wirtschaften, wenn es ihnen gelingt, die Versorgung zu optimieren. Das geht nicht ohne gute Programme und auch nicht ohne die Steuerung des Patienten. Doch umgekehrt ist es natürlich auch richtig, dass die Kasse niedrigere Zuschläge erhält, die weniger Kranke als Klientel hat. Doch für mich ist der gesunde Versicherte immer noch das beste Risiko, das eine Kasse haben kann.

**Oder jener Versicherte, der selbst verantwortlich mit seiner Krankheit umgeht.**

Mit Sicherheit. Ohne den Patienten und sein aktives Mitwirken geht es nicht. Das ist eine Erkenntnis aus der Evaluation der DMPs. Natürlich hat man andererseits auch feststellen müssen, dass es je nach soziostrukturellem Hintergrund der Patienten signifikante Unterschiede bei den Erfolgsquoten der DMPs gibt. Gerade bei Patienten, die - warum auch immer - einer aktiven Mitwirkung etwas ferner stehen, sind deshalb höhere Betreuungsintensitäten notwendig.

**Was im Endeffekt auf Boni oder Mali hinauslaufen wird.**

Man sollte meiner Meinung nach in diesem Zusammenhang weniger über Mali, sondern mehr über Boni nachdenken. Ziel muss es doch sein, in irgendeiner Form eine Bereitschaft zur Mitwirkung zu erzeugen, sonst läuft jede Kasse wie ein Hamster im Rad ihrer Ausgabenspirale hinterher.

**Was ist mit dem großen Thema Prävention?**

Primär-Prävention ist und bleibt nach wie vor das Entscheidende. Der gesunde Versicherte ist nun mal eindeutig das beste Risiko. Ist ein Versicherter erkrankt, dann ist es aber ebenso wichtig, ihn zu stabilisieren, damit die Krankheit nicht fortschreitet und Kostenprobleme nach sich zieht. Deshalb muss die Sekundär-Prävention gestärkt werden. Aber das geht - wie bei den DMPs - wieder nur unter Mitwirkung des Versicherten. Ohne ihn oder gegen ihn kann man alles vergessen.

**Die Versorgerkassen haben nun jene Versicherten-Kohorten mit hohen Morbiditäten. Und kommen durch Morbi-RSA momentan auch ganz gut hin. Doch was wird in Zukunft passieren, wenn diese hohen Risiken alleine aufgrund von Alter und Fortschreiten der Krankheiten in schon jetzt absehbare Kostenspiralen eintauchen?**

Jede Kasse ist gut beraten, ihre Chroniker möglichst genau einzustellen, um sie möglichst lange in einem stabilen Zustand zu halten. Das wissen die Kassen aber auch genau.

**Erwarten Sie eine Steigerung des Public-Health-Quotienten in Deutschland?**

Das ist das erklärte Ziel dieses Systems.

**Wird der Morbi-RSA bei den zur Zeit definierten 80 Krankheiten bleiben?**

Diese 80 Krankheiten repräsentieren etwa 3.600 Diagnosen, die den wesentlichen Teil des Versorgungssystems abbilden. Was nun nicht heißt, dass jene Krankheiten mit den höchsten Kostenstrukturen gemeint sind, sondern jene, die hauptsächlich die Chronikerversorgung betreffen.

**Die Zahl 80 ist seitens der Politik definiert. Wird sich da etwas tun?**

An der Zahl 80 wird sich wohl auch nichts ändern. Sie ist somit Basis für unsere Arbeit, die Fortentwicklung und auch die Anpassung der Kriterien oder auch die Auswahl der Krankheiten oder Indikationen, die in den Morbi-RSA aufgenommen werden oder nicht. Der wissenschaftliche Beirat, dessen Aufgabe hier liegt, wurde gerade wieder bestellt.

**Der Beirat braucht aber wiederum für seine Arbeit evidenzbasierte Fakten, von denen es im Bereich des Public Health relativ wenige gibt. Sie müssen doch über einen regelrechten Datenschutz verfügen?**

Das stimmt. Wir haben auch sehr intensiv diskutiert, wie wir damit umgehen, zum Beispiel auch im Rahmen unseres ersten DMP-Evaluationsberichtes. Doch leider zeigt sich hier ein sehr relevantes Datenschutzproblem.

**Sicher betreffend die Wettbewerbssituation der Kassen.**

Exakt. Wir werten die Erfolge und Misserfolge einzelner DMPs bei einzelnen Krankheiten und Kassen aus. Insofern sind bestimmte Daten natürlich auch wettbewerbsrelevant.

**Das wird wohl wieder einmal auf eine Anonymisierung hinauslaufen, obwohl die Versicherten doch das Recht hätten, zu wissen, was mit ihrem Geld passiert.**

Die Kassen sind gesetzlich nicht verpflichtet, uns ihre Daten für Versorgungsforschungsprogramme zu geben. Sie sind nur verpflichtet, sie für die rechtstechnische Frage der Verlängerung und Finanzierung von DMPs zur Verfügung zu stellen. Wir überlegen derzeit allerdings mit dem GKV-Spitzenverband, wie man die Daten komprimieren kann, ohne dass sie ihren wissenschaftlichen Wert einbüßen. Aber manchmal steckt der Teufel schon im Detail, wenn man zum Beispiel an unterschiedliche Strukturen der Versicherten denkt, oder auch an unterschiedliche Studienansätze. Allein das begrenzt den wissenschaftlichen Wert.

**Was machen Sie mit diesen sicher hoch interessanten Daten?**

Unser Ziel ist ein Zusammenwirken mit Hochschulinstituten. Das Wissen, das hier in einer Breite und Tiefe wie sonst nirgendwo anders vorhanden ist, muss einfach wissenschaftlich genutzt werden.

**Wer soll diese Versorgungsforschungsaufträge finanzieren?**

Wir wohl nicht. Es gibt durchaus eine Reihe wissenschaftlicher Institute, die ein hohes Interesse an unseren Daten haben. Sie könnten damit Ausgangspunkt eines sich selbst tragenden Prozesses zum Nutzen des Versorgungssystems sein.

**Wäre es denn nicht sinnvoll, wenn sich auch Ihre Institution an Versorgungsforschung beteiligen würde?**

Wir wären ja beteiligt. Zum einen würden wir die Daten liefern. Zum anderen haben wir das Monopol der Erstbewertung. Diese Bewertung setzt wiederum voraus, dass wir intern exegetische Prozesse vorschalten. Auf diese Weise, so glaube ich, sind wir durchaus in jede zielführende Versorgungsforschung eingebunden. Ferner werden wir Fragestellungen formulieren, die uns oder unsere Beiräte besonders interessieren. Aber wir können und werden uns nicht anmaßen, nicht nur die größte Risikostrukturausgleichs-Behörde, der größte Morbi-RSA-Festleger, sondern auch noch der größte DMP-Auswerter der Welt zu sein. Als ob wir sonst nichts anderes zu tun hätten.

**Mit diesem bürokratischen Monstrum, wie oft apostrophiert wurde?**

In dem gerade mal 22 Menschen für Fonds und Morbi-RSA arbeiten. Im Prinzip ist das Ganze aber auch keine Hexerei. In der Vergangenheit gab es ja auch schon einen RSA, der vom Bundesversicherungsamt verwaltet wurde. Ab dem Moment, in dem das neue System stand und die Morbiditäten von den Kassen eingepflegt waren, war es darum relativ einfach, solche Dinge zu berechnen. Ich würde mir wünschen, dass beim Thema Gesundheitsfonds mehr Sachlichkeit statt Populismus vorherrschen würde. Das würde allen helfen!

Das Gespräch führte MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier





## Birgitt Bender Bündnis 90/ Die Grünen

ist Sprecherin der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen für Gesundheitspolitik. Seit 2002 ist sie Mitglied des Deutschen Bundestages (MdB) und ist im Ausschuss für Gesundheit und Pflege tätig.

# Mehr Geld bei guter Qualität

>> Die Bundesregierung hatte im Wahljahr auf Ruhe innerhalb der Ärzteschaft gehofft. Denn die zum Jahresanfang in Kraft getretene Reform der Ärztehonore erfüllt viele Forderungen, die die Ärztinnen und Ärzte über Jahre hinweg vertreten hatten: Die Angleichung der Ärztehonore im Osten an die im Westen, die Einführung fester Preise für die Arztleistungen und die Berücksichtigung des zunehmenden Anteils älterer Patientinnen und Patienten bei den Honorarverhandlungen mit den Krankenkassen. Dazu kommt ein Anstieg der bundesweiten Honorarsumme um zehn Prozent innerhalb von nur zwei Jahren.

Trotzdem gehen insbesondere in Süddeutschland, Schleswig-Holstein und Nordrhein-Westfalen viele Ärztinnen und Ärzte auf die Barrikaden. Denn die Reform bringt nicht nur Gewinner, sondern auch Verlierer hervor. Innerhalb der Ärzteschaft wird kräftig umverteilt. Von West nach Ost, innerhalb des Westens von reicheren in ärmere Regionen und auch zwischen den verschiedenen Fachgruppen.

Für die veränderten Finanzflüsse gibt es gute Argumente. Weshalb sollte ein Arzt in einer Region mit hoher Arbeitslosigkeit schlechter honoriert werden als sein Kollege in einem wohlhabenden Bundesland? Und auch die bisherigen Honorarunterschiede zwischen den Fachgruppen hatten vielfach mehr historische als sachliche Gründe.

Vor diesem Hintergrund sollte man die Honorarreform nicht vorschnell für gescheitert erklären. Ob das neue System tatsächlich zu mehr Honorargerechtigkeit führt, wird sich wohl erst im nächsten Jahr feststellen lassen. Bis dahin werden GKV-Spitzenverband und Kassenärztliche Bundesvereinigung ihre Spielräume nutzen müssen, allzu große Härten zu vermeiden.

Vorwerfen darf man allerdings der Bundesregierung, dass sie das neue Honorarsystem von heute auf morgen eingeführt hat. Dabei wäre eine längere Anpassungsphase unbedingt erforderlich gewesen. Vorbild hierfür hätte die Einführung des Fallpauschalensystems in den Krankenhäusern sein können. Fast noch schwerer wiegt aber ein anderes Versäumnis. Der „neuen Honorarwelt“ ist anzusehen, dass sie nicht mehr taufisch ist. Die Auseinandersetzung über sie hat schon in den 1990er Jahren angefangen. Seither hat aber in der internationalen Diskussion über die Ärztevergütung ein Paradigmenwechsel stattgefunden. Die Frage, wie Honorierung und Behandlungserfolg in einen Zusammenhang gebracht werden können, spielt eine zunehmend größere Rolle. Dieser Aspekt findet in der Honorarreform aber keine Berücksichtigung. Sie transportiert

weiter die Illusion, dass es zwischen den Ärztinnen und Ärzten keine Qualitätsunterschiede gibt.

International haben „Pay-for-Performance“-Systeme (P4P) mittlerweile eine erhebliche Bedeutung erreicht. So erhalten die britischen Allgemeinärzte schon seit dem Jahr 2004 einen rund 20- bis 30-prozentigen Anteil ihres Honorars nur dann, wenn sie bestimmte Qualitätsstandards und Leitlinien einhalten. In den USA beinhaltet etwa die Hälfte der staatlichen Medicaid-Programme auch P4P-Komponenten. Für die nächsten fünf Jahre wird ein Anstieg auf 85 Prozent erwartet.

In Deutschland hat die AOK Baden-Württemberg mit dem Ärztenetzwerk „Gesundes Kinzigtal GmbH“ im Jahr 2006 einen neunjährigen Integrationsvertrag abgeschlossen, bei dem der Gesundheitsgewinn für die dortigen AOK-Versicherten im Vergleich zur Gesamtbevölkerung gemessen wird. Das Honorar der Ärztinnen und Ärzte wird abhängig von dem erzielten Gesundheitszuwachs berechnet. Zusatzhonorare für die Durchführung von Früherkennungsuntersuchungen oder für gute Behandlungsergebnisse sind auch in Hausarzt- und Pilotverträgen verschiedener anderer Krankenkassen sowie den Chroniker-Programmen vorgesehen. Alles in allem kommt P4P in Deutschland bisher nicht über regionale und indikationsspezifische Ansätze hinaus. Wichtige Anstöße für eine beschleunigte Weiterentwicklung hätte die Bundesregierung mit der Honorarreform leisten können. Diese Gelegenheit hat sie aber leider ungenutzt verstreichen lassen. Offensichtlich hat ihr dazu die Durchsetzungsfähigkeit gegenüber den Besitzstandswahrern in Ärzteschaft und deren Interessenvertretern in der Koalition gefehlt.

Damit wird auch in den nächsten Jahren die Ausweitung von P4P in Deutschland nur langsam vorangehen. Allerdings wird angesichts des zunehmenden Stellenwerts von Selektivverträgen und dem erheblichen Interesse an P4P in Krankenkassen und innovationsbereiten Teilen der Ärzteschaft mittelfristig der Trend nicht aufzuhalten sein. Für die Versorgungsforschung entsteht damit ein überaus wichtiges Feld. Und das umso mehr als sich die Forschungsergebnisse im Ausland nicht einfach auf Deutschland übertragen lassen. Dazu sind die Gesundheitssysteme und auch die Erwartungen der Patientinnen und Patienten zu unterschiedlich. Was ist unter Behandlungserfolg zu verstehen? Wie lässt er sich messen? Wie kann verhindert werden, dass P4P zur Benachteiligung schwer kranker Patientinnen und Patienten führt? Die Beantwortung dieser und anderer wichtiger Fragen gehört auf die Tagesordnung auch der Forschungsförderung des Bundes. <<

Medikamentöse Therapie der frühen rheumatoiden Arthritis

# Rheuma-Versorgung regional unterschiedlich

Der Markt für Basistherapeutika zur Therapie der rheumatoiden Arthritis besaß 2008 nach einer Erhebung von INSIGHT Health ein Umsatzvolumen von 739 Mio. Euro. Mit durchschnittlichen jährlichen Wachstumsraten von knapp 21 Prozent hat sich dieser Markt seit 2004 mehr als verdoppelt.

>> Die rheumatoide Arthritis (RA) hat eine Prävalenz von 0,5–1 Prozent, wobei Frauen etwa doppelt so häufig betroffen sind wie Männer. In Deutschland rechnet man mit circa 800.000 Erkrankten. Trotz geringer Inzidenz hat RA aufgrund des chronischen Verlaufs sowie der Schwere der Erkrankung eine erhebliche Bedeutung. RA gilt als Systemerkrankung, bei der nicht nur Gelenke, sondern auch Herz, Lunge und Augen in Mitleidenschaft gezogen werden (vgl. Deutsche Rheuma-Liga Bundesverband. e.V.: Rheumatoide Arthritis - Therapie und Lebensperspektiven, 2008 (4. Aufl.), S. 9 ff.).

Bei der Behandlung der RA ist der frühe Beginn einer Therapie mit Basistherapeutika, sog. Remissionsinduktoren bzw. Disease Modifying Anti-Rheumatic Drugs (DMARDs), entscheidend für den weiteren Krankheitsverlauf. Um das „window of opportunity“ einer frühzeitigen Diagnose auszunutzen zu können, sollte bei Vorliegen einer RA-Diagnose innerhalb von drei Monaten eine Therapie begonnen werden. Eine möglichst frühe Diagnose und Therapie ist auch aus gesundheitsökonomischer Perspektive sinnvoll: Während sich die direkten Kosten von RA auf rund 4.700 Euro belaufen, sind die indirekten Kosten für Arbeitsausfälle, Frühverrentung u.a. in etwa doppelt so hoch (vgl. Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie e.V.: Ökonomische Implikationen der RA, S. 12).

Erste Erfolge einer verbesserten Diagnose und Therapie sind bereits zu verzeichnen: So hat sich im Zeitraum zwischen 2001 und 2007 die Dauer der Arbeitsun-

fähigkeit aufgrund von entzündlich-rheumatischer Erkrankungen halbiert, und auch die Häufigkeit der Arbeitsunfähigkeit ist deutlich gesunken (vgl. Hubert: Rheumapatienten jetzt besser versorgt, Ärzte Zeitung, 20./21.03.2009, S. 1f.). Auf der anderen Seite haben sich die Umsätze mit medikamentösen Basistherapeutika in den letzten Jahren erhöht. Dies ist nicht zuletzt dem Einsatz von innovativen Arzneimitteln geschuldet.

## DMARDs sollen Krankheitsverlauf positiv steuern

Die medikamentöse Therapie der frühen RA erfolgt mittels entsprechender Basistherapeutika. Mit dieser Medikamentengruppe soll - im Gegensatz zu einer symptomatischen Therapie, die mittels nichtstereoidaler Antirheumatika (NSAR) oder sog. Coxibe erfolgen kann - eine Beeinflussung des Krankheitsverlaufes erzielt werden. Durch eine kontinuierliche Therapie mit DMARDs soll einer Gelenkerstörung vorgebeugt bzw. diese verzögert sowie die Funktionsfähigkeit der Gelenke erhalten werden. Die in der Leitlinie zur Therapie der frühen rheumatoiden Arthritis gelisteten Basistherapeutika bilden die Grundlage der nachfolgenden Datenanalysen (vgl. Schneider et al. (2007): DGRh-Leitlinie: Management der frühen rheumatoiden Arthritis, S. 13 ff.).

## Umsatz mit Basistherapeutika wächst stetig

Analysiert man die Entwicklung der Umsätze der in der DGRh-

Leitlinie (2007) dargestellten Basistherapeutika auf Basis der Daten des Apothekeneinkaufs, ergibt sich für 2008 ein Marktvolumen von 739 Mio. Euro bewertet nach Abgabepreisen des pharmazeutischen Unternehmers (ApU) bzw. 962 Mio. Euro bewertet nach Apothekenverkaufspreisen (AVP). Sowohl die Umsätze (nach ApU) mit den in der Therapie eingesetzten Immunsuppressiva (2008: 388 Mio. Euro) als auch mit den spezifischen Antirheumatika (2008: 351 Mio. Euro) sind in den vergangenen Jahren markant angestiegen. So haben sich beide Umsatzkennziffern im Zeitraum 2004 bis 2008 mehr als verdoppelt, wobei die durchschnittlichen jährlichen Wachstumsraten der beiden Subgruppen knapp 21 Prozent betragen.

Dabei sind die Umsatzanstiege der biotechnisch hergestellten, patentgeschützten Arzneimittel Humira® (Adalimumab) und Enbrel® (Etanercept) mit einem

durchschnittlichen jährlichen Wachstum von 56 Prozent bzw. 27 Prozent für die Jahre 2004 bis 2008 die wesentlichen Treiber des Marktes (vgl. Abb. 1).

Beispielsweise beträgt der ApU der DMARDs Etanercept (Enbrel®, 50 mg, 12 Stück, DDD: 7 mg) bzw. Adalimumab (Humira®, 40 mg, 6 St., DDD: 2,9 mg) einheitlich 4.221,30 Euro. Dies entspricht einem Apothekenverkaufspreis (AVP) von 5.271,94 Euro. Der Preis einer Tagestherapiedosis (DDD) dieser beiden DMARDs beträgt damit über 60 Euro. Demgegenüber sind generische Standardmedikamente der Substanzen Sulfasalazin oder Azathioprin mit durchschnittlichen DDD-Kosten (nach AVP) von unter einem bzw. zwei Euro eine deutlich günstigere Therapieoption.

Die dargestellten Unterschiede haben unmittelbare Auswirkungen auf die Finanzierung der Versorgung von RA-Patienten: Je nach gewähltem Therapieansatz

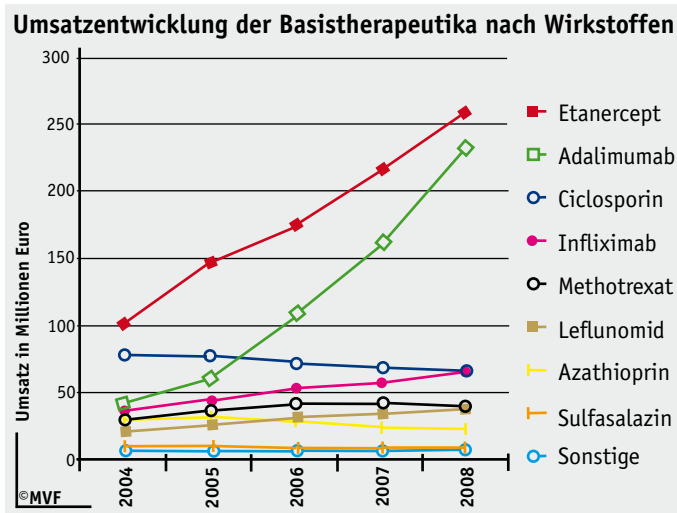


Abb. 1: Umsätze (nach ApU, in Mio. Euro) der Basistherapeutika nach Wirkstoffen; Quelle: NPI (INSIGHT Health)

können die jährlichen direkten Therapiekosten für Medikamente zwischen einigen Hundert bis hin zu weit über zehn Tausend Euro betragen. Und: Bereits geringe Anstiege auf Seiten der Verordnungen von innovativen DMARDs können für signifikante Umsatz- resp. Ausgabenanstiege sorgen.

### Regionale Unterschiede in der Therapie der rheumatoïden Arthritis

Auf Seiten der medikamentösen Therapie mit Basistherapeutika zeigen sich hinsichtlich der Verordnungsumsätze (GKV und PKV) regionale Besonderheiten. So schwanken die Pro-Kopf-Umsätze zwischen den Bundesländern deutlich: Während in Rheinland-Pfalz nur 6,58 Euro pro Bürger mit Basistherapeutika umgesetzt werden, liegt dieser Wert für Mecklen-

burg-Vorpommern bei 17,35 Euro. Im Bundesdurchschnitt lagen die Pro-Kopf-Umsätze 2008 bei 10,15 Euro (vgl. Abb. 2).

Durchschnittlich 60 Prozent dieser Umsätze gehen im Übrigen auf die Substanzen Etanercept und Adilimumab zurück. Während der Anteil dieser Therapeutika an den Umsätzen in Rheinland-Pfalz lediglich 49 Prozent beträgt, liegt der Wert für Mecklenburg-Vorpommern bei 69 Prozent.

Vergleicht man die Daten der einzelnen Bundesländer, kann man - mit Ausnahme von Bremen und Baden-Württemberg - eine grobe Einteilung in die beiden Gebiete Süd-West und Nord-Ost treffen. Der Nord-Osten zeichnet

**Abb. 2:** Arzneimittelumsätze mit DMARDs in Euro je Einwohner (nach Ort der Verordnung) 2008, gegliedert nach Bundesländern;  
**Quelle:** ODV (INSIGHT Health)

sich durch überdurchschnittliche Pro-Kopf-Umsätze für Basistherapeutika aus, der Süd-Westen durch unterdurchschnittliche.

Die Betrachtung der Pro-Kopf-Umsätze mit Basistherapeutika auf Basis von rund 3.800 regionalen Zellen zum Ort der Verordnung (ODV: Ort, in dem das Rezept ausgestellt wurde, Quelle: INSIGHT Health) liefert hingegen ein differenzierteres Bild. Es ist eine deutliche regionale Konzentration der Verordnungsumsätze erkennbar (vgl. Abb. 3).

Die jährlichen Pro-Kopf-Umsätze schwanken regional zwischen wenigen Cent und nahezu 700 Euro. Die sehr hohen Pro-Kopf-Umsätze je Einwohner entfallen ganz überwiegend auf Zentren der deutschen Großstädte, also auf Orte, an denen die (fach)ärztliche Versorgung tendenziell gut ist und in denen

rheumatologische Schwerpunktpraxen bzw. Experten auch Patienten aus dem (nahen) Umland anziehen und diese auch eher innovative Therapeutika verordnen. Spitzenreiter sind hier die Zentren der Städte Berlin (693,49 Euro), Freiburg (663,23 Euro) und Mannheim (567,53 Euro). Demgegenüber werden in nahezu 83 Prozent der dargestellten Zellen DMARDs im Wert von weniger als acht Euro je Bürger verordnet. Patienten, die sich in diesen Regionen medikamentös therapieren lassen möchten, erhalten demnach vermutlich weniger leicht Zugang zu innovativen Arzneimitteln. <<

von: Christian Bensing / Dr. André Kleinfeld\*

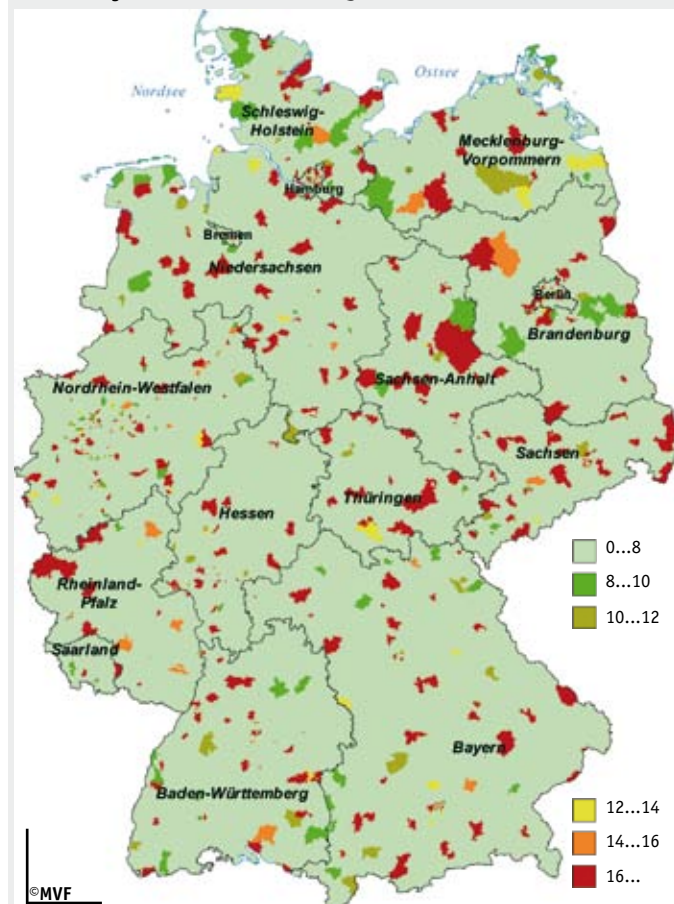
**Abb. 3:** Arzneimittelumsätze mit DMARDs in Euro je Einwohner (nach Ort der Verordnung) 2008, gegliedert nach 3.764 regionalen Zellen;  
**Quelle:** ODV (INSIGHT Health)

\* Business Development Manager von INSIGHT Health

**Arzneimittelumsätze mit DMARDs in Euro je Einwohner nach Bundesländern 2008**



**Arzneimittelumsätze mit DMARDs in Euro je Einwohner nach regionalen Zellen 2008**



Warum die Honorarreform zu einem Versorgungsproblem wird

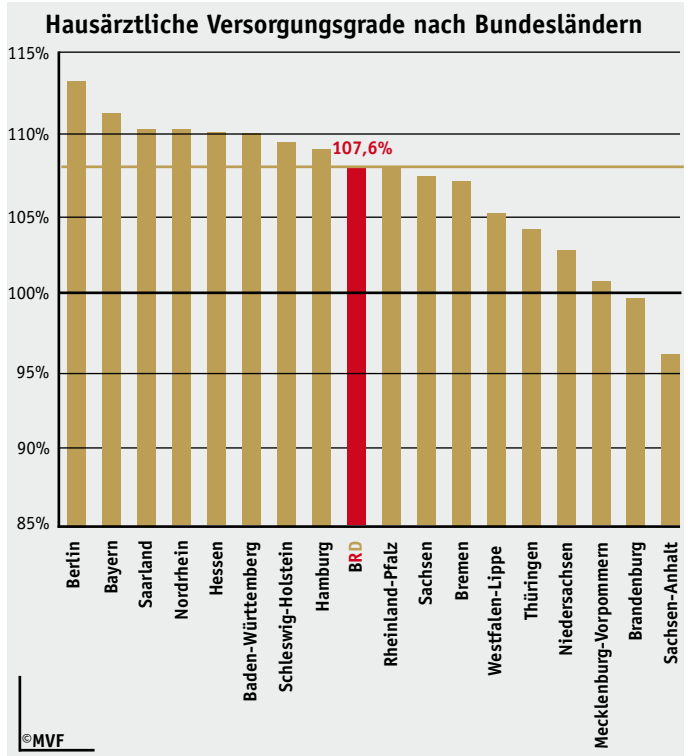
# Richtige Anreize für gute Qualität

Als der Spitzenverband Bund im August 2008 die Nachricht „Einmalige Rekordsteigerung beim Honorar für Ärzte“ verkündete, wurde für Deutschlands niedergelassene Ärzteschaft die Welt wieder ein wenig in Ordnung gebracht. Aber weit gefehlt: Die Milliarden „verschwanden“ im Zuge der zum Januar dieses Jahres scharf geschalteten Honorarreform, die sich hinter dem „Einheitlichen Bewertungsmaßstab“ (EBM) 2009 verbirgt. Wobei „verschwinden“ nun gewiss nicht richtig ist: Das versprochene Sonderbudget wurde im Prinzip nur anders allokiert als vorher, weshalb Dr. Markus Söder auch gleich ein angemessenes Honorar für bayerische Ärzte einforderte. „Das Plus bei der Vergütung muss bei den Ärzten in Bayern auch ankommen“, forderte der bayerische Staatsminister für Umwelt und Gesundheit, denn „gute Leistung verdient gerechten Lohn“. Genau darum geht es im Grunde: Führt die Honorarreform - wie geplant - wirklich zu einer besseren Gesundheitsversorgung?

>> Dass die Honorarreform massiven Widerhall in den Medien fand, ist das eine: „Ärzte fordern versprochene drei Milliarden Euro“ (faz.net, März 2009), „Protestmarsch zur AOK-Zentrale - Ärzte demonstrieren gegen Honorar-Reform (Rheinische Post, April 2009) oder „Honorar-Chaos löst Aufruhr unter den Ärzten aus“ (WeltOnline, März 2009). Das andere ist jedoch das vielleicht wichtigere: Über die öffentliche, von ökonomischen Interessen getriebene Diskussion um Mehrbudget und Honorarreform ändert sich das von der Öffentlichkeit

erlebte Rollenverständnis und das Image des Arztberufs. Das wiederum hat ernste Konsequenzen für das Arzt-Patienten-Verhältnis, als auch für den einzelnen Arzt an sich. Aber auch für dessen Schlüsselposition in der Gesundheitsversorgung, den Arztnachwuchs und ebenso für die allgemeine Gesundheitsversorgung - die Public Health - in Deutschland, die vor einem dramatischen Wandel steht. Wie es scheint nicht zum Besseren.

Nun ist es gewiss nicht so, dass die Honorarprobleme der ambulanten Gesundheitsversorgung etwas



Ein Versorgungsgrad von 100 % bedeutet, dass die Zahl der Hausärzte dem planerischem Soll entspricht, der bundeseinheitlich durch den G-BA festgelegt wird. Bei einem Versorgungsgrad unter 75 % spricht man bei Hausärzten von einer Versorgungslücke, während dagegen ab 110 % der Planungsbereich wegen deutlicher Überversorgung zu sperren ist, was in einigen Bundesländern der Fall ist. Quelle: WIDO 2007 für das Jahr 2006

Neues wären. Im Prinzip kämpfen deutsche Ärzte seit der Gründung der ersten gesetzlichen Krankenversicherung vor inzwischen weit mehr als 125 Jahren um mehr Geld. Alleine die Härte der Auseinandersetzung hat zugenommen, doch unzufriedene und auch streikende Ärzte gab es seit jeher. Und fast ebenso lange ihre - ursprünglich aus rein ökonomischen Motiven entstandenen Lobbyvertretungen wie den Marburger Bund oder den heutigen Hausärzteverband.

Doch durch die Auswirkungen der letzten Gesundheitsreformen, vor allem durch jene der aktuellen Honorarreform, sehen viele Ärzte ihren Versorgungsauftrag gefährdet. Dabei haben sich Ärzte in den letzten Jahren an einiges gewöhnt:

- Sie mussten häufig Leistungen

einschränken, um ihre Individualbudgets nicht zu gefährden.

- Sie gewähren inzwischen nur rund zwei Drittel Aut-Idem, verschreiben damit also im Prinzip nur den Wirkstoff, womit der Apotheker die ökonomische Verantwortung für die Medikamentenabgabe übertragen bekommt.

- Sie schreiben sich in Hausarztverträge ein, die sehr wohl auf Qualitätsversorgung geeicht wurden, dürfen aber dafür nur mehr mit gekapselten Arzneimittelmodulen therapieren.

An diese Ökonomisierung des ärztlichen Alltags hat sich die Ärzteschaft schon fast gewöhnt. Doch mit zunehmender Morbidität, der immer höheren Altersstruktur bei den Ärzten sowie einem nicht zu vernachlässigenden Patienten- druck aus Krankenhäusern - die

## Die Hintergründe der Honorarreform

Die Zahl der niedergelassenen Ärzte stieg vor allem in den 70er und 80er, sogar noch in den frühen 90er Jahren stark an. Damit mussten sich immer mehr niedergelassene Mediziner im Prinzip einen Budgettopf teilen, den die Kassenärztlichen Vereinigungen relativ frei mit den Krankenkassen als Gesamt-Honorarsumme für alle niedergelassenen Ärzte verhandelten. Solange das zu verteilende Budget ausreichte, war das kein allzu großes Problem. Doch als Anfang der neunziger Jahre die christlich-liberale Regierungskoalition ein erstes großes Kostendämpfungsgesetz auf den Weg brachte, war damit Schluss: Die Entwicklung der Arzthonorare wurde nämlich an die Grundlohnsumme geknüpft, was nichts anderes hieß, als dass die von den Kassen zur Verfügung gestellten Arzt-Honorare seitdem nicht stärker wachsen durften als die Vergütungen der Kassenmitglieder. Der so genannte Lahnsteiner

Kompromiss, den der damalige Gesundheitsminister Horst Seehofer mit der damaligen Oppositionspartei SPD ausgehandelt hatte, gilt als der Beginn der Budgetierung. Und damit auch als der Startpunkt für immer kompliziertere Abrechnungsverfahren mit Punktwerten sowie diversen Ab- und Zuschlägen sowie Individual- und regionalen Gesamtbudgets, die für eine immer undurchsichtigere Verteilungsmodalität sorgten. Und ebenso eine, die nicht immer für alle befriedigend war - vor allem nicht für die Ärzte im Osten Deutschlands, die in der gegenwärtigen Honorarreform deswegen zu den Gewinnern zählen. Mit all dieser Undurchsichtigkeit und auch Unverlässlichkeit floatender Punktwerte - zu Beginn eines Abrechnungsquartals wusste kein Arzt, was seine Punkte am Ende von drei Monaten Arbeit wert sein würden - sollte mit der Honorarreform aufgeräumt werden.

GRP-bedingt immer früher entlassen werden - kommt im Zuge der aktuellen Honorardebatte eine neue Dimension auf die Ärzte zu: Es geht nicht mehr um bisher übliche Verteilungskämpfe zwischen den Sektoren oder Arztgruppen, sondern um die Qualität als auch die Zukunft der ambulanten Versorgung an sich.

Dies liegt vor allem auch daran, dass der EBM 2009 falsche Signale an Politik wie Ärzteschaft sendet: Von mehr Qualität ist da nicht viel zu spüren. Was auch (noch) kein großes Wunder ist, denn in diesem Jahr geht es der KBV vordringlich um eine gerechtere bundesweite Verteilung des Arzt-Honorars. Die qualitative Seite soll erst ab den Jahren 2010 bis 2012 dazu kommen, weil sich der Honorarzuwachs der Ärzte dann an den Kostenstrukturen der Arztpraxen und an der Morbidität der Versicherten orientieren soll.

**Das „mit der Zeit“ haben die Ärzte wohl überlesen**

„Auf dem Weg zur echten Gebührenordnung ist der 1. Januar 2009, zumindest aus vertragsärztlicher Sicht, ein wichtiges Datum“, schrieben die beiden KBV-Vorstände Dr. med. Andreas Köhler und Dr. med. Carl-Heinz Müller ins Vorwort zum „Einheitlichen Bewertungsmaßstab 2009“, in dem sie den „Eintritt in ein neues Honorarzeitalter“ ankündigten: „Nach fast 20 Jahren haben wir erstmals die Chance, eine Vergütung zu erhalten, die mit der Zeit dem tatsächlichen Versorgungsbedarf der Versicherten entspricht.“

Die Grundidee war und ist sicher richtig, künftige Honoraranpassungen nicht mehr durch die Steigerung der Grundlohnsumme begrenzen zu lassen, sondern neben der Entwicklung der Morbidität auch Verlagerungen vom stationären in den ambulanten Bereich zu berücksichtigen.

Auch dass mit der Honorarreform die starre Kopfpauschal-Budgetierung, deren Höhe sich wohl mehr an der Historie, denn an

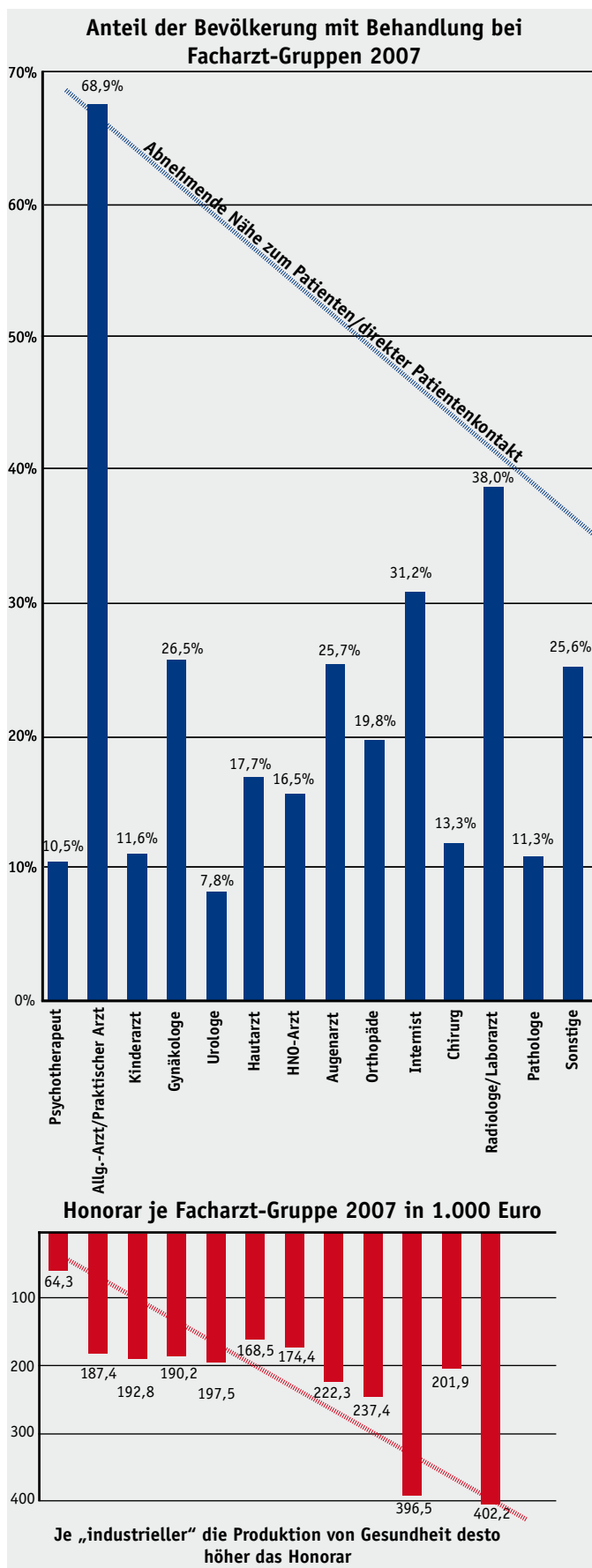
der aktuellen Versorgungsrealität orientierte, ad acta gelegt wurde, mit der die Ärzte seit Beginn der 90er-Jahre leben mussten, ist positiv zu sehen. Da sich der künftige Honorarzuwachs der Ärzte laut KBV an den Kostenstrukturen der Arztpraxen und an der Morbidität der Versicherten orientieren soll, würden zudem nicht mehr länger die Ärzte das finanzielle Risiko tragen, wenn sie mehr Patienten behandeln müssen oder diese an besonders schweren Erkrankungen leiden, sondern die Krankenkassen.

Das wird auch dringend nötig sein, glaubt man den Hochrechnungen des aktuellen GEK Reports zur ambulanten-ärztlichen Versorgung. Den mit dieser Studie beauftragten Wissenschaftlern des Instituts für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitssystemforschung (ISEG) in Hannover fielen besonders die Zunahme der Arztkontakte auf: Für den Zeitraum zwischen 2004 und 2007 weisen sie einen altersbereinigten Anstieg um 8,4 Prozent von 16,4 auf 17,7 Arztkontakte nach. Damit erreicht Deutschland im internationalen Vergleich ein auffällig hohes Kontaktniveau.

Angesichts von durchschnittlich 5,2 Millionen Arztbesuchen pro Werktag (6,3 Prozent der Bevölkerung) machte GEK-Vorstand Dr. Rolf-Ulrich Schlenker erst im Januar dieses Jahres eine weitere Rechnung auf: „Bezieht man die Zahl auf die 137.000 niedergelassenen Ärzte in Deutschland, so hat jeder Arzt pro Arbeitstag rund 38 Patienten zu behandeln!“ Knappe Beratungszeiten und steigende Arzneimittelverordnungen seien da kaum verwunderlich.

**Gleich heißt Umverteilung**

Ohne mehr Versorgungsqualität als auch Patientensteuerung wird das System der Primärversorgung darum wohl irgendwann quasi von sich aus kollabieren. Deshalb liegt für Kritiker ein großer Fehler des EBM 2009 darin begründet, dass es keine gezielten Honoraranrei-



Anteil Facharztkontakte 2007 (GEK-Report 2008 „Ambulant-ärztliche Versorgung“) und Honorare je Facharztgruppe (Honorarstatistik KBV 2007).

ze in der Gebührenordnung gibt, die schon jetzt für mehr Qualität sorgen würden - das ist jedoch wiederum etwas, was in den Hausarztverträgen schon lange gang und gäbe ist.

Aber erst einmal wird fleißig umverteilt. Wobei es natürlich auch positiv zu sehen ist, dass es seit dem 1. Januar 2009 eine sehr viel kleinere Rolle spielt, in welcher Region ein Arzt Versicherte welcher Krankenkasse auch immer behandelt. Denn bundesweit soll es durch den EBM 2009 für die gleiche Leistung auch annähernd das gleiche Geld geben.

Hier versteckt sich das wahre Södersche „Grundübel“ für die gegenwärtige Vergütungssituation, gegen das der bayerische Gesundheitsminister protestiert und das Ärzte vor allem in westlichen Bundesländern auf die Straße treibt. Doch im Prinzip wurden eigentlich nur die Preise für ärztliche Leistungen bundesweit nivelliert und damit die bisherigen Verteilungsspielräume auf regionaler Ebene eingeschränkt. Das geschah durchaus zu Lasten einiger Gruppen: Zum Beispiel von Ärzten in Baden-Württemberg, die zeitweise sogar persönliche Sonderzahlungen von Kassenpatienten kassieren oder andernfalls die Behandlung verweigern wollten.

Das allerdings sind Auswüchse, aber sicher auch deutliche Zeichen für Wut und Ohnmacht. Denn erst im nächsten Jahr wird - nachdem die 2009 stattfindende Honorarvereinheitlichung durchgeführt ist - jene Komponente zum Tragen kommen, nach der sich die künftige Höhe der Gesamtvergütung bemisst und die auch mehr Qualitätsaspekte ins System bringen soll. Dann erst wird laut KBV auch der versicherten-bezogene Behandlungsbedarf weiter vereinheitlicht. Diese Leistungsmenge je Versichertem soll dann die wirkliche Basis für die angestrebte morbiditätsorientierte Weiterentwicklung der Honorare werden.

Doch bis es soweit ist, kulminiert eine Entwicklung, die seit langem eingesetzt hat: So richtig

will keiner mehr niedergelassener Arzt werden; und schon gar nicht in ländlichen oder gar strukturschwächeren Gebieten.

Dies sieht man deutlich an zwei Zahlen: Lag das Durchschnittsalter der Hausärzte im Jahr 1993 noch bei 46,6 Jahren, war der durchschnittliche Hausarzt im Jahr 2005 schon 51,1 Jahre alt. Und im Jahr 2007 waren schon 11.508 Hausärzte 60 Jahre und älter. Damit werden knapp 20 Prozent aller Hausärzte in den nächsten fünf Jahren in den Ruhestand gehen.

Das wäre kein großes Problem, wenn genug junge Ärzte nachrücken würden. Dem ist aber nicht so. Nimmt man den Ab- und Zugang an Vertragsärzten im Jahr 2007, sieht man eindeutig, dass es mehr gibt, die in den Ruhestand gehen (2.590), als neu in den Beruf einsteigen (2.310). Nimmt man nun noch die Zahl der ärztlichen Absolventen hinzu, die die Weiterbildungsprüfung zum Hausarzt ablegen, sieht man die ganze Dramatik, die auf uns zurollt: Noch ganze 1.240 Jungärzte wollen Hausärzte werden, während es in den Jahren zuvor immerhin noch knapp 2.000 waren. Und dabei wird die Zahl der aus dem ärztlichen Hausarzt-Beruf qua Alter ausscheidenden Ärzte Jahr für Jahr höher.

Diese Berufsverweigerung verwundert nicht, betrachtet man die Auswirkungen der gesamten aktuellen Diskussion auf das Image des Ärztestands und die realen Verdienstmöglichkeiten der Ärzte, die von Medien gerne pauschal als Superverdiener dargestellt werden. Nimmt man das durchschnittliche Brutto-Honorar eines niedergelassenen Arztes, ist das so schlecht nicht: Er nimmt laut KBV aus vertragsärztlicher Tätigkeit im Schnitt immerhin 173.385 Euro ein. Doch da ein Arzt meist ein oder mehrere Angestellte und Praxisräume hat, nehmen die Betriebsausgaben mit rund 102.000 Euro mehr als die Hälfte davon weg. Setzt man nun die Steuerpflicht in Höhe des Durchschnittssteuersatzes von 30 Prozent an und subtrahiert die Aufwendungen zur Krankenversicherung und

## Die Zahlenbasis der Honorarreform

Denn Ausgangsbasis für die Ermittlung der neuen Gesamtvergütung war im Großen und Ganzen sowohl die Honorarsumme als auch die Leistungsmenge des Jahres 2007. Aufgrund der regional unterschiedlichen Honorarverteilungsverträge wich jedoch die Menge der abgerechneten Leistungen von KV-Bezirk zu KV-Bezirk erheblich - stellenweise gar um bis zu 2.500 Punkte - ab. Da aber nun die Honorare im Osten an das Westniveau von 84 Prozent auf 95 Prozent im Jahr 2009 - angeglichen werden sollten, beschloss der Bewertungsausschuss, die Leistungsmenge in den neuen Bundesländern geringer abzustaffeln als in den alten (einschließlich Berlin). Was sich denn auch auf die KVen im Westen stärker auswirkte, die bisher mit Individualbudgets ihren Punktwert stabilisiert, aber dafür die Leistungsmenge reduziert hatten. Der Effekt: Die Ärzte in westlichen Bundesländern schnitten aufgrund ihres niedrigeren Punktzahlvolumens bei der Honorarsteigerung wesentlich schlechter als ihre Kollegen im Osten, die sich selbst bisher weitaus weniger strikte Mengenbegrenzungen verordnet hatten.

berufständischen Altersvorsorge, bleibt einem normalen niedergelassenen Arzt ein verfügbares Nettoeinkommen von 2.328 Euro pro Monat. Wenn man zudem bedenkt, dass ein vollzeitbeschäftigter Arbeitnehmer laut statistischem Bundesamt im produzierenden Gewerbe und im Dienstleistungsbereich in Deutschland im vierten Quartal 2008 durchschnittlich brutto 3.127 Euro im Monat verdient, was nach Steuern rund 2.200 Euro ergibt, ist das nicht besonders viel. Doch ob dieses Delta angesichts der Länge und des Schwierigkeitsgrads des Studiums angemessen ist oder nicht, wird jeder Jungarzt für sich entscheiden.

### Angestellte Ärzte im Trend

Es verwundert denn auch nicht, dass junge Ärzte wohl lieber ins Ausland oder in andere Berufsbereiche (vornehmlich die Industrie) gehen. Denn hier verdienen sie bei wesentlich geregelterer und auch geringerer Arbeitszeit wesentlich besser. Oder sie lassen sich gleich anstellen - in Krankenhäusern oder den immer deutlicher zunehmenden Medizinischen Versorgungszentren (MVZ). Ende 2008 waren es (geschätzt auf Basis der kontinuierlichen Entwicklung) schon 1.210, davon 453 in der Trägerschaft von Krankenhäusern. Immerhin arbeiten derzeit schon 5.183 Ärzte (letzt verfügbarer KBV-Stand: September 2008) in MVZ, davon bereits 3.921 (76 Prozent) im Angestelltenverhältnis. Der restliche Teil ist in Praxismgemeinschaften organisiert, weil in beiden Betriebsformen wesentlich besser das Thema Familie organisierbar ist.

Genau aus diesem Grund sind auch überdurchschnittlich viele Ärztinnen so genannte Partner-Ärzte (52,3 Prozent) und machen bei den angestellten Ärzten immerhin

74,4 Prozent (KBV-Stand: 2007) aus. Ebenso aber stieg auch die Zahl der Hausärztinnen an sich: auf inzwischen über 35 Prozent. Diese Zahl wird fortschreiten: Unter den ärztlichen Absolventen, die die Weiterbildungskurse zum Hausarzt ablegen, sind jetzt schon über 50 Prozent weiblichen Geschlechts.

Das wäre nun nicht dramatisch, wenn Frau Doktor statt Herrn Doktor den Hausarztberuf ergreifen würde. Doch im Prinzip läuft die ganze Entwicklung darauf hinaus, dass auch diese „Feminisierung der Medizin“ den klassischen niedergelassenen Arzt als solchen wohl zur aussterbenden Gattung machen wird. Denn das sind nun mal vornehmlich klassische Einzelpraxen mit dem Einzel-Unternehmer Arzt mit einer extrem hohen Wochenstunden-Arbeitszeit, wobei Insider die Grenze zur Selbstaussbeutung schon längst überschritten sehen. Da bleibt gewiß keine Zeit für ein harmonisches Miteinander von Familie und Beruf.

Noch ist der viel zitierte Ärztemangel in einigen Bundesländern und erst recht nicht in den Ballungsgebieten - allen voran München, Hamburg und Berlin, wo auch viele Privatpatienten wohnen, mit denen sich Kassenärzte quersfinanzieren können - noch Theorie. Doch in ärmeren Gegenden oder gar in ländlichen Gegenden, wo vom Arzt noch Hausbesuche erwartet und auch verlangt werden, wird es immer weniger attraktiv, sich als Allein-Unternehmer Arzt niederzulassen.

Dieses Strukturproblem wird eher mittel- denn langfristig zur Unterversorgung als auch zu Verteuerung des Gesundheitssystems führen. Denn damit wird bei Krankheit auch der Weg in die Krankenhausversorgung forciert, die teurer sein, aber wohl gewiß nicht zu einem besserer Qualität führen wird. <<

Eberhard Mehl, Hauptgeschäftsführer des Deutschen Hausärzteverbandes e.V., im MVF-Gespräch:

# „Unser Ziel ist die bessere Versorgung“

>> Herr Mehl, was sind für Sie Anzeichen dafür, dass die Honorarreform fehlsteuernde Funktionen hat?

Das sind für mich weder Protestaktionen noch öffentliche Debatten, sondern Fakten. Die seit Jahren eher mäßige Arzthonorierung produziert seit mehr als zehn Jahren einen dramatischeren Nachwuchsmangel im Bereich der Hausärzte. Das ist keine Stimmungsmache, sondern sind als evidenzbasierte Abschlusszahlen für den Facharzt für Allgemeinmedizin und den Facharzt für Innere- und Allgemeinmedizin nachweisbar: je nach Länderordnung gehen die Abschlusszahlen immer weiter zurück. Darüber hinaus geht ein Großteil der weitergebildeten Ärzte nicht wie früher in die Primärversorgung, sondern wählt Berufe, die sicherer sind und auch besser honoriert werden. Das kann man jungen Ärzten auch nicht verdenken, dass sie keine ökonomischen Anreize mehr erkennen können, den Beruf eines niedergelassenen Hausarztes zu ergreifen.

Dazu kommt die derzeit schon hohe Altersstruktur der Hausärzte, die zu einem hohen Abgang aus diesem Berufsfeld führt und in Zukunft noch viel mehr führen wird.

Es ist sicher ein gravierendes Problem, dass es schon heute mehr Ärzte gibt, die in Ruhestand gehen als junge Ärzte, die diese frei werdenden Arztsitze übernehmen wollen. Vor allem in ländlichen oder strukturschwächeren Gebieten. Dass es künftig weniger Ärzte gibt als heute, setzt sich als heute schon sichtbare Entwicklung fort, ist aber nur eine Seite der Medaille. Die andere, aber das wieder wesentlich Gravierendere ist die zunehmende Morbiditätsdichte in der Hausarztpraxis. Das resultiert alleine schon daraus, dass aufgrund der Auswirkungen der sich verändernden Alterspyramide es immer mehr ältere Menschen gibt und diese durch die Segnungen der modernen Medizin trotz ebenso zunehmender chronischer Erkrankung viel länger als früher erfolgreich behandelt werden können. Das heißt aber auch, dass diese Menschen sich in einem ständigen Behandlungsprozess befinden, der zum großen Teil beim Hausarzt abgewickelt wird.

Noch abgewickelt wird?

Sicher. Sehen sie sich doch an, wie voll die Wartezimmer schon heute sind. Darin sitzen aber inzwischen auch viele Kranke, die in einem wesentlich schlechteren Versorgungszustand als früher aus dem Krankenhaus entlassen werden.



Die so genannte blutige Entlassung.

Die ist kein bloßes Gerücht, das wird uns von vielen Mitgliedern unseres Verbandes bestätigt. Die Zurücknahme der Liegezeiten durch die Einführung des DRG-Systems in den Krankenhäusern führt zu einer deutlichen Verschärfung in der Arztpraxis und damit auch in der ganzen Versorgungspraxis.

Gibt es dazu Zahlen? Das wäre doch ein probater Ansatz für Versorgungsforschung auf Basis der von Hausärzten - vielleicht in Form von Entlassungsregistern - erhobenen Zahlen und Fakten. Damit könnten die Hausärzte die Systematik der Verlagerung vom Krankenhaus in den Primärsektor nicht nur behaupten, sondern auch beweisen.

Wir haben bisher die Aussage von hunderten, ja tausenden Hausärzten, die noch völlig unwissenschaftlich und unstrukturiert ihr derzeitiges Erleben des Versorgungsalltags beschreiben. Dies müssten wir in Zusammenarbeit mit einer Versorger-Krankenkasse in eine evidenzbasierte Studienform überführen, denn

die Krankenhäuser würden natürlich behaupten, dass die Entlassungen zu einem medizinisch richtigen Zeitpunkt stattgefunden haben. Was immer das heißen mag.

<< Blutige Entlassung ist kein bloßes Gerücht >>

Das Interesse des Hausarztes und der Versorgerkasse muss mehr Versorgungsqualität sein, womit wir bei den hausarztzentrierten Verträgen angekommen sind, durch die - laut Thomas Ballast vom Verband der Ersatzkassen (vdek) - milliardenschwere

Mehrausgaben auf das System zukommen werden, obwohl doch eigentlich mehr Qualität entstehen sollte.

Ich glaube, dass Thomas Ballast damit eine sehr kurzfristige Politik betreibt. Die Situation stellt sich doch ganz anders dar: Zurzeit versorgen die niedergelassenen Hausärzte rund 80 Prozent aller Probleme, die beim Patienten auftreten - der Fallmenge nach gemessen. Denn die gravierenden Fälle landen natürlich im Krankenhaus bis zur Universitätsklinik, wo sie auch hingehören. Ein ernstes Versorgungs- und auch Budgetproblem bekommen wir mit dem Zeitpunkt, an dem die Hausärzte nicht mehr die normale Multimorbidität betreuen können, weil sie einfach nicht mehr in ausreichender Anzahl da sind. Der Effekt wird sein, dass ein Teil der bisher im Hausarztssystem behandelten Fälle spezialärztlich, meist wohl aber stationär behandelt werden. Die muss aber per se zu einem unwirtschaftlicheren Ergebnis

als bisher führen, weil die Versorgung in anderen Sektoren schlichtweg teurer ist.

**Aber dafür vielleicht besser?**

Das wage ich zu bezweifeln. Nehmen Sie den Versorgungsstandort Berlin, der die höchste Selbsteinweisungsrate in ganz Europa aufweist. Wobei es dort allerdings keine höhere Notwendigkeit gibt, ins Krankenhaus zu gehen, als anderswo in Deutschland oder Europa. Das ist einfach Teil einer Versorgungskultur, die sich im ehemaligen West-Berlin entwickelt und bis heute erhalten hat. Die Insellage Berlins hat zu einer extrem hohen Krankenhausedichte geführt, die dementsprechend auch genutzt wird. Das aber führt wiederum dazu, dass die höchsten Krankheitskosten in Deutschland auf Berlin konzentriert sind, obwohl weder die Morbidität noch die Public Health in Berlin besser oder schlechter ist als in München oder Köln.

**Das einfache System: Mehr Ärzte mehr Kosten, mehr Krankenhäuser noch mehr Kosten?**

Man wird, je höher die Strukturebene ist, immer eine deutliche Erhöhung der Gesamtkosten, insbesondere der Diagnosekosten feststellen.

Dann müssten die Hausärzte erst einmal beweisen, dass ihr Berufsstand in der Gesamtversorgungsstruktur nicht nur eine wichtige Rolle innehat, sondern auch noch die kostengünstigere Alternative einer qualitativen Versorgung der deutschen Bevölkerung ist.

Sicher wäre das zu beweisen. Aber fast genauso gut kann man die Zahl von Bypassoperation nehmen. Wenn mehr Kardiologen tätig sind, steigt automatisch die Zahl der kardiologischen Diagnostik, ohne dass sich die Morbidität verändert. In Italien löst das bei gleicher Morbidität rund 50 Eingriffe aus, in Deutschland aber 150 Eingriffe, was die Versorgungsqualität nicht verbessert, sondern nur verteuert.

**Das nennt man dann klassische Fehlversorgung.**

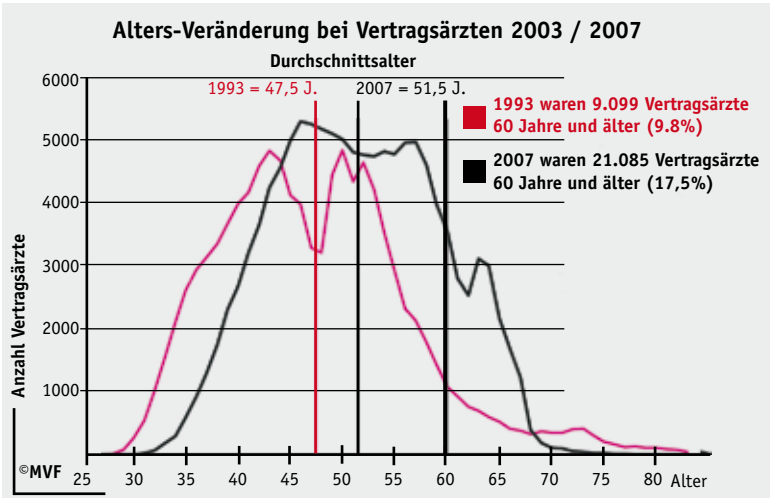
Sicher. Aber auch Überversorgung wird oft als qualitativ hochwertig deklariert, was sie aber nicht ist. Richtig ist immer die angemessene Versorgung. Und dazu brauchen wir vor allem engagierte, gut ausgebildete Ärzte in der Primärversorgung, die einen Krankheitsverlauf einschätzen können und wissen, wann der Patient in die nächste Versorgungsebene überführt werden muss.

**Punkto engagierte Ärzte. Vermuten Sie, dass die Honorarsystematik wirklich ärztliches Engagement fördert?**

Wer die Einkommensstatistiken der KBV betrachtet, wird eher zu einem anderen Schluss kommen. Auf den letzten Plätzen liegen immer Haus- und Kinderärzte, teilweise mal Nervenärzte. Danach folgen in der unteren Einkommensebene fast alle patientennahen Fächer, selbst wenn sie fachärztlich tätig sind. Aber ganz oben rangieren immer Laborärzte und Radiologen, im Prinzip also eher industriell arbeitende Fachärzte, die aufgrund ihrer Struktur eine hohe Patientenmenge durchschleusen können.

**Eine Art Taylorismus?**

Das kann man so sagen. Die patientennahen Fächer werden Schritt für Schritt durch die Honorarsystematik in Deutschland abgewertet, weil quasi industriell erbringbare Dienstleistungen höher bewertet werden als die Zuwendung zum Patienten. Auch das spielt für einen jungen Arzt in seiner Berufswahl eine Rolle. Doch all das hat nichts mit der aktuel-



Die Alterspyramide der Vertragsärzte. Quelle: KBV

len Honorardiskussion zu tun, sondern ist die Entwicklung der letzten Jahre, in der sich eine hohe Frustration über die kassenärztlichen Vereinigungen in der deutschen Ärzteschaft aufgebaut hat.

**Was Ihren Verband im Gegenzug denn auch zu einer so großen Interessenvertretung hat werden lassen.**

Wir sind im niedergelassenen Bereich mit Abstand sicherlich die erfolgreichste Interessenvertretung im deutschen Gesundheitswesen. Ergänzend muss man aber auch den Marburger Bund nennen, der für die angestellten Ärzte ein ähnliches Honorar-Phänomen bekämpft hat. Das lässt sich auch an Zahlen festmachen: Hatten wir vor acht Jahren noch knapp 20.000 Mitglieder, sind es heute schon 34.000 Mitglieder - und das bei einem Altersabgang von rund 700 Ärzten pro Jahr.

**Laut Bundesministerium fließen dem ärztlichen Versorgungssystem in diesem Jahr immerhin 2,9 Milliarden Euro zu. Wo sind denn die geblieben?**

Der deutsche Hausärzteverband hat im Vorfeld massiv Kritik an der Gebührenreform geäußert, die sich leider Gottes zu 100 Prozent realisiert hat. Durch den gewollten Struktureffekt floss ein Großteil der zusätzlichen Finanzmittel in den Osten Deutschlands.

**Was falsch ist?**

Das kann man so nicht sagen. Im Osten trifft man heute schon die Situation an, die in den westlichen Bundesländern noch vor uns liegt: In den Städten gibt es noch eine ausreichende Versorgung, aber auf dem Land sind schon heute rund zwei Drittel der Arztsitze, die von Hausärzten aufgegeben wurden, durch junge Ärzte nicht mehr besetzbar.

**Dafür könnte es doch MVZs eines Krankenhauses oder eines ökonomisch orientierten Trägers geben, der diese Lücke ausfüllt.**

Könnte es. Doch aus welchem Grund sollte ein großer Krankenhausträger ein MVZ in ländlichen oder auch strukturschwachen Gebieten eröffnen, denn unserer Einschätzung nach ist es gar nicht so leicht, ein ökonomisch sauberes Modell umzusetzen. Ein betriebswirtschaftlich sinnvolles Modell kann es aber durchaus sein, dass ein MVZ eines Klinikträgers - sagen wir - eine bestimmte Zuweisung im Auftrag hat. Obwohl es im niedergelassenen Bereich eine sehr scharfe berufspoliti-

<< Patientennahe Fächer werden Schritt für Schritt abgewertet >>



sche Diskussion gibt, teilt unser Verband jedoch nicht die Auffassung, dass MVZs immer des Teufels sind.

**Warum?**

Es kann sein, dass zum Beispiel ein hausärztliches MVZ absolut Sinn im Hinblick auf Arbeitszeitmodelle und Angestelltenverhältnisse macht. Vor allem junge Ärztinnen - und nach der Abschlussquote im Fach ist Medizin zunehmend weiblich - kann man nicht mehr gut in die etablierte Einzelpraxis integrieren, wohl aber in neue Versorgungsstrukturen. Dadurch könnten also MVZ aber auch Angestelltenverhältnisse in Praxen strukturverbessernd wirken. Kritisch ist es natürlich, wenn MVZs nur dazu dienen, Patienten gezielt in bestimmte Krankenhäuser zu leiten. Das wäre dann so eine Art Durchlauferhitzer. Solche MVZ zerstören die deutsche Versorgungsstruktur.

**Welche Probleme müssten denn mit einem neuen Honorarsystem gelöst werden?**

Zum ersten muss natürlich die Unterfinanzierung beseitigt werden, denn auch die 2,9 Milliarden Euro mehr im System reichen dazu nicht aus. Zum zweiten muss der hohe Verwaltungsaufwand beseitigt und für mehr Verlässlichkeit in der Honorierung gesorgt werden.

**Dazu gibt es doch die Euro-Gebührenordnung EBM 2009.**

Die im Endeffekt durch falsche Pauschalisierung einerseits und mit frequenzabhängigen Einzelleistungen andererseits falsche Versorgungsanreize setzt.

**Würden Sie das bitte anhand eines Beispiels erklären?**

Nehmen wir die Sonografie, die heute ein Standardelement der hausärztlichen Versorgung ist. Wird die Sonografie in die Pauschale integriert, hat es aus ökonomischen Gesichtspunkten keinen Sinn, ein Sonografiergerät anzuschaffen, denn die Pauschale bleibt gleich, ob ich sonografiere oder nicht. Sinnvoller wäre es, die Grundpauschale um Qualitätszuschläge zu ergänzen. Genau das ist das, was die AOK-Württemberg als erste Kasse versucht hat.

**Wobei Thomas Ballast von der vdek nun sagt, dass das System dadurch teurer wird.**

Wenn die Sonografie, um bei dem Beispiel zu bleiben, frequenzabhängig wie im EBM bezahlt wird, wird das auch stimmen. Das ist auch nicht sinnvoll, denn das würde immer zu einer Überdiagnostik führen. Weit sinnvoller ist es doch, einen Zuschlag pro eingeschriebenen Versicherten an den Arzt zu zahlen, wenn dieser wiederum nachweist, dass er richtig sonografieren kann und sich zudem einer Qualitätssicherung unterwirft. Daher sind Anreize nötig, damit nur dann eine Leistung ausgelöst wird, wenn sie auch tatsächlich medizinisch sinnvoll ist. Der Arzt soll und darf nicht ökonomisch gezwungen sein, jeden zu sonografieren oder akkupunktieren oder was auch immer, der durch die Tür der Praxis kommt.

**Das muss der Patient auch gar nicht mehr im Zuge der Hausarztverträge, der Arzt bekommt sein Honorar so oder so.**

Das ist auch der große Unterschied zum EBM. Der Arzt bekommt ja wohlgermerkt nur ein Grundhonorar. Für die Pauschalgruppe P1 gibt es eine Jahrespauschale, egal ob der eingeschriebene Patient seinen Arzt aufsucht oder nicht. P2 ist die Kontaktpauschale, die nicht beim ersten Quartalskontakt, sondern erst kontaktabhängig ab dem 2. Quartal anfällt, wenn ein Patient eine Praxis aufsucht. Und P3 ist eine zusätzliche

Pauschale für die Chronikerversorgung, die per se besonders intensiv und daher gut vergütet sein muss.

**Wo ist nun der ökonomische, dann aber qualitative Anreiz dieses Systems, das der EBM in ähnlicher, zumindest auch qualitativer Form erst ab 2010 einführen wird?**

Der ökonomische ist auch der qualitative. Für den Arzt wird es interessant, die relativ Gesunden aus der Praxis zu halten, denn für die bekommt er durch die Grundpauschale P1 sein Geld, ob sie kommen oder nicht - selbst, wenn der Patient einen Quartalskontakt hat, ändert sich die Höhe der Vergütung nicht. Das ist ein grundlegender Unterschied zum bisherigen EBM: Bis zum 1.1. dieses Jahres war es für den Arzt ökonomisch bedeutend, dass jeder Patient jedes Quartal in die Praxis kommt, ob das therapeutisch sinnvoll ist oder nicht. Genau deshalb haben wir in Deutschland auch so eine hohe Arzt-Patienten-Kontakt-dichte.

**Das sind immerhin 13, laut GEK gar 18 Arzt-Patienten-Kontakte pro Jahr. Statistisch gerechnet.**

Das ist weltweit einmalig hoch. Doch jeder Arzt-Patienten-Kontakt löst doch auch einen Geldfluss aus. In der Regel ist das zum einen das Arzt-Honorar. Zum anderen aber, da der Patient schon einmal in der Praxis ist und dieser auch eine Therapieerwartung hat, steigt auch die Häufigkeit der Arzneimittelverordnung.

**Interessanterweise scheint die hohe Arzt-Patienten-Kontakt-dichte auf die Mortalität überhaupt keinen Einfluss zu haben.**

Gar keinen. Die Holländer haben ungefähr die Hälfte der Arzt-Patienten-Kontakte wie wir. Da stirbt kein Mensch eine Lebensminute früher.

**Also raus mit den „Gesunden“ aus der Praxis.**

Das ist das erklärte Ziel der Dreiteilung der Pauschale. Das bisherige ökonomische Anreizsystem innerhalb der Arzthonorare war eine eindeutige Fehlsteuerung.

**Dies wird auch zu einer Art Ent-Ökonomisierung führen, wie es auch**

**bei den Apotheken-Abgabepreisen und in der kommenden 15. AMG-Novelle bei den Großhandelspauschalen beobachtbar ist. Ist das das System der Zukunft: Weg mit dem Druck, Patienten dauernd versorgen zu müssen?**

Das gilt nur für gesunde oder relativ gesunde Patienten, für die der Arztbesuch eigentlich auch nicht sinnvoll ist und die - nehmen wir die oben beschriebene Entwicklung in den Hausarztpraxen - auch künftig gar nicht mehr behandelt werden können.

**Eigentlich müssten Ärzte doch froh sein, wenn sie sich nun um die kümmern können, die sie auch brauchen.**

Eigentlich ja. Man muss es ihnen nur sagen, welche Chance damit verbunden ist. Künftig ist jener Patient, der den höchsten Therapiebedarf hatte und hat, der wertvollste: das ist der Chroniker.

**Das wird auch die Public Health verbessern helfen?**

Das wird es. Der Arzt hat künftig einfach mehr Zeit, sich in seiner Praxis um Chroniker zu kümmern. Das ist auch dringend notwendig, denn die Morbidität in der Hausarztpraxis wird immer größer. Wenn man nur mal die Prävalenz von Diabetes in der Höhe von 7 bis 8 Prozent nimmt und jene von Asthma in der Höhe von 5 bis 6 Prozent. Mit steigender

*<< Der wertvollste Patient wird der Chroniker >>*

Tendenz. Das heißt auch, dass es in der Praxis immer mehr Chroniker geben wird, die beides haben. Das sind aber Patienten, die wirklich viel Zeit benötigen, um sie zu therapieren. Diese Zeit bekommt der Arzt durch das andere ökonomische Anreizsystem.

Das führt hoffentlich auch zu mehr Versorgungsqualität in Deutschland?

Damit die auch Wirklichkeit wird, gibt es innerhalb der Hausarztverträge mit der Kasse vereinbarte Qualitätsziele. Da ist man zwar noch am Anfang, aber hat bereits zwei Quoten vereinbart: die Checkup-Quote und die Impf-Quote. Für die Ärzte bedeutet das, dass sie zusätzlich noch mal richtig gutes Geld verdienen können, wenn ihre Impf-Quote den WHO-Maßstäben entspricht.

Und gleich gibt es dazu einen Artikel im Nachrichtenmagazin „Spiegel“, der da suggeriert, dass Impfen ja auch schaden könne.

Natürlich gibt es Nebenwirkungen. Aber es ist doch eindeutig bewiesen, dass Impfen eindeutig Leben rettet. Ich bin auch der Ansicht, dass eine hohe Impf-Quote versorgungspolitisch sehr sinnvoll ist. Nehmen wir nur einmal die aktuelle Situation mit der Schweinegrippe. Die ist virulogisch völlig uninteressant, wenn man weiß, dass wir alleine in Deutschland pro Jahr 10.000 bis 30.000 Grippetote zu beklagen haben. Da rettet Impfen ganz konkret Leben. Vor allem jenes der Chroniker. Denn an Grippe sterben meist nicht gesunde 35-Jährige, sondern eben multimorbide Chroniker ab 60.

Also auch hier mehr Versorgungsqualität wieder durch andere ökonomische Anreize?

Das ist die Grundidee, die die Versorgungsqualität in Deutschland richtig verbessert. Beim Impfen wurde so in den letzten drei bis vier Jahren die Impf-Quote um 30 Prozent erhöht. Das ist eine Erfolgsstory.

Dann wäre den Ärzten dringend angeraten, noch mehr solcher Qualitätsindikatoren für Public Health oder auch für Indikationen selbst festzulegen, als sich von den Kassen diktieren zu lassen, wie diese Qualität sehen.

Absolut richtig. Man sollte jedoch nicht alles an Indikatoren festmachen, sondern einfach Schwerpunkte setzen. Zum Beispiel könnte man eine Hausbesuchsquote einführen, weil die Anzahl der Hausbesuche dramatisch gesunken ist. Diese wären jedoch gerade bei Chronikern oder auch älteren Personen absolut sinnvoll.

Hier kommt die neue **VER**sorgungs-Assistentin in der Hausarztpraxis, kurz **VERAH** ins Spiel, die zur Qualifizierung der Hausarztpraxis beitragen soll?

Durch 200 Fortbildungsstunden wird die erfahrene, medizinische Fachangestellte dazu befähigt, auch alleine Hausbesuche durchführen zu können.

Eine Art „Arzt light“?

Eher ein arzt-orientiertes Case-Management. Mit VERAH gibt es nach wie vor klare Verantwortlichkeiten, wer für den Patienten zuständig ist: das ist und bleibt der Hausarzt. Aber der kann mit VERAH eine gut fortgebildete Mitarbeiterin gezielt auf gewisse Probleme ansetzen, die auch als Brücke zu mehr Patientennähe verstanden werden kann. Mit dem höheren Chronikerzuschlag kann der Arzt diese Verah auch für sich ökonomisch sinnvoll einsetzen, natürlich auch um die Morbiditätsdichte

in seiner Praxis besser handeln zu können. Aber Ziel muss immer eine höhere Versorgungsqualität sein.

Im Endeffekt ist das auch ein Alternativkonzept zum Modell des Patientencoachings der Krankenkassen.

Das häufig eben nicht funktioniert, weil es am Arzt vorbei läuft. Das System stammt ja aus den USA, die eine ganz andere Versorgungsstruktur aufweist als Deutschland. Das ist zum einen der Genehmigungsverbehalt der Krankenkasse, den es bei uns ja so nicht gibt. Das heißt: In Amerika ruft ein Callcenter-Agent bei einem Patienten an, handelt nach seinen klassischen Triage-Programmen und empfiehlt eine bestimmte Medikation. Der amerikanische Patient kann danach handeln, der deutsche nicht. Der wird zuerst seinen Arzt aufsuchen, der im Zweifel ein ganz anderes Medikament einsetzen wird. Das führt zu Informationschaos, zu Verunsicherung und verstärkt das sowieso schon gravierende Compliance-Problem. Anstatt Case-Management an den gewachsenen Strukturen vorbei etablieren zu wollen, brauchen wir neue Schnittstellen mit klaren Verantwortlichkeiten.

Auch wenn der Wille an sich gut ist.

Ich sage nicht, dass die Programme schlecht sind. Nur müssen eben Programme, die bei Kaiser Permanente in Kalifornien bestens funktionieren, bei uns in Deutschland noch lange nicht funktionieren. Das gilt aber auch für eine Leitlinie, die in Holland entwickelt worden ist, die bei uns zwar funktionieren kann, aber auch noch lange nicht muss. Es kommt vielmehr darauf an, wie man ein Versorgungsprogramm in etablierte Versorgungsprozesse integriert. Aber diesen Fehler machen Krankenkassen häufig unter dem Einfluss von weltweit tätigen Unternehmensberatungen.

Hinter all dem steht anscheinend ein versorgungspolitisches Anliegen, das, wenn man den Medien glaubt, der Ökonomie geopfert wird.

Es ist falsch, Ärzte als Abzocker darzustellen. Natürlich will und braucht die Ärzteschaft mehr Budget, das aber dann so eingesetzt werden soll, dass Versorgungsziele erreicht werden, die bisher in Deutschland eben nicht erreicht worden sind. Ob das nun die Impf-Quote ist, die Checkup-Quote oder auch eine bessere Betreuung der Chroniker. All das hat direkte Auswirkungen auf die Public Health.

Aber all das ist bisher ebenso in der deutschen Gesundheitspolitik - vor allen Dingen durch die Verantwortlichen der Spitzenverbandsebene - in einer Art und Weise gescheitert, dass es einem schon peinlich sein müsste.

Es ist schon eine Schande, was wir mit dem vielen Geld, das wir in Deutschland für Gesundheit ausgeben, unter dem Strich im Vergleich zu vielen anderen Ländern erreichen.

Ich will aber nun auch nicht sagen, dass wir alle Probleme identifiziert hätten oder mit dem Hausarztvertrag alle Probleme gelöst hätten. Bei weitem nicht. Vielleicht liegt das aber auch daran, dass wir in Deutschland noch keine Versorgungsforschung haben, die die Defizite, aber auch die guten Ansätze klar aufdecken würde. Im Prinzip betreiben wir im Blindflug das 300 bis 400 Milliarden Projekt, das da deutsches Gesundheitswesen heißt. Das sollte man schleunigst ändern und die Ärzte werden ihren Beitrag dazu leisten.

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

<< Es ist falsch, Ärzte als Abzocker darzustellen >>

Ein Blick über den Tellerrand mit dem HealthPolicyMonitor der Bertelsmann Stiftung

# Reformtrends international erkennen

Nicht nur in Deutschland gilt das Gesundheitswesen als „Reformbaustelle“. Weltweit sucht die Politik nach Ansätzen, um Versorgung zu verbessern, Gesundheit zu fördern und Finanzierungssysteme nachhaltig zu gestalten. Denn die Staaten stehen vor ähnlichen Herausforderungen: Die wachsende Zahl älterer und chronisch kranker Menschen erfordert die Entwicklung innovativer Behandlungs- und Versorgungsformen. Zugleich stellt sich die Frage, wie die knappen Ressourcen verteilt werden sollen. Welche Therapien, Medikamente und Verfahren sollen finanziert werden und welche nicht? Kosten-Nutzen-Bewertungen fördern und die Primärversorgung stärken - das sind zwei der gesundheitspolitischen Trends, die sich in vielen Industrieländern abzeichnen.

>> Immer mehr Länder verwenden Health Technology Assessment (HTA), um die Wirksamkeit, Sicherheit und Effizienz medizinischer Produkte und Behandlungsmethoden systematisch zu bewerten. So haben steigende Arzneimittel-Ausgaben Slowenien dazu bewogen, HTA-Strukturen aufzubauen. Unterstützt wird das Land dabei vom Europäischen Netzwerk für HTA. Auch Polen setzt auf Partnerschaften, um HTA zu etablieren. In einem von der EU geförderten Projekt mit Frankreich werden die Verantwortlichen darin geschult, HTA-Berichte zu erstellen und auszuwerten. Nicht Kostendämpfung ist das Kernziel, sondern die angemessene Verteilung vorhandener Ressourcen. Großbritannien hat die Kosten-Nutzen-Bewertung auch auf Maßnahmen der Gesund-

heitsförderung ausgedehnt. Seit 2005 bewertet das NICE-Institut dort nicht nur Arzneimittel und Therapien, sondern auch Programme, die beispielsweise Bewegung am Arbeitsplatz fördern.

Einen weiteren Trend bilden Bestrebungen, die Primärversorgung zu stärken. Damit ist oft die Erwartung verbunden, die Qualität der Grundversorgung zu verbessern und den stationären Sektor zu entlasten. Weltweit werden daher Mittel für die Versorgungsforschung aufgestockt, neue Lehrstühle eingerichtet und Modellprojekte gefördert. So finanziert die neuseeländische Regierung ein „Primary Care Nursing“-Projekt, das der Pflege eine zentrale Rolle in der Primärversorgung einräumt. Auch Frankreich setzt auf die Einbindung nicht-ärztlicher Gesundheitsberu-

fe. Viele Länder wollen gesundheitliche und soziale Dienstleistungen enger verzahnen. Großbritannien hat dafür im Juli 2008 eine sektorenübergreifende Qualitätskommission eingerichtet. Dass sich der Blick ins Ausland lohnen kann, zeigt auch Dänemark. Das Land hat

das erfolgreiche Chronic-Care-Modell aus den USA importiert, um die Versorgung patientenorientierter zu gestalten. *Melanie Lisac\**

Mehr Informationen  
finden Sie auf der Website  
[www.HealthPolicyMonitor.org](http://www.HealthPolicyMonitor.org)



\* Project Manager Evidenzbasierte Politikstrategien der Bertelsmann Stiftung

.....Im Jahr 2008 sparten die gesetzlichen.....  
.....Krankenkassen allein durch Generika.....

# 11 Milliarden Euro!

Dieses Geld kommt der Versorgung aller Patienten in Deutschland zugute.

Wollen Sie mehr über die aktuelle Entwicklung im Arzneimittelmarkt der Gesetzlichen Krankenversicherung wissen? Informieren Sie sich unter dem Stichwort Marktdaten auf [www.progenerika.de](http://www.progenerika.de)



## Gesund im kranken System - Ein Wegweiser

Autor: Karl Lauterbach

### Gesund im kranken System - Ein Wegweiser

Verlag: Rowohlt, Berlin 2009

224 Seiten

ISBN 978-3-87134-625-5

Preis: 16,90 EUR

>> Schluss mit der Zweiklassenmedizin! Karl Lauterbach fordert die radikale Umkehr im deutschen Gesundheitswesen. Er nützt das Buch, um von ihm diagnostizierte Missstände, Ungerechtigkeiten und Ineffizienzen der Versorgung aufzuzeigen. Er beschreibt den nach seiner Ansicht verheerenden Zustand des deutschen Gesundheitssystems, aber er zeigt auch, wie sich die Betroffenen dennoch selbst helfen können. So zumindest steht es im Klappentext des Buches, das so eine Art großes Doktorbuch im Zeitgeisttrend oder eine Guerilla-Anweisung zum Überleben im Zeitalter der Zweiklassenmedizin verheißt. Es soll sich - gleichfalls nach dem Klappentext - um ein exzellent recherchiertes Debattenbuch mit vielen Beispielen aus der Praxis handeln. Quasi ein analytisches Werk wie ein zugleich handfester Ratgeber oder wenigstens ein engagierter Wegweiser aus der Zweiklassenmedizin.



Konzeptionell geht Lauterbach mit seinem zweiten an die breite Bevölkerung gerichteten Werk eine schwierige Gratwanderung. Entweder ein systemkritisches Buch oder ein patientenzentrierter Ratgeber. Aber: Gleich beides zusammen? So wird dem Leser denn auch nicht recht klar, für welche Zielgruppe das Buch nun eigentlich geschrieben wurde. Für die Leser bietet das zweite populärwissenschaftliche Buch von Lauterbach darum herzlich wenig, was selbst die Investition von knapp 17 Euro rechtfertigen könnte. Leider. Denn nach dem ersten sehr guten Lauterbachschen Buch „Der Zweiklassenstaat“ kommt so-

mit der Verdacht des Populismus durch ein schnelles me-too Werk auf. Für die nächsten Talkshow-Auftritte - siehe Anne Will - dürfte es dennoch allemal reichen. Und vielleicht wird so ja auch schon mal Wahlkampf gemacht.

Zu diesem Ansatz passt besonders gut das erste Kapitel mit der Diagnose des maroden Systems in Art einer Kollage unterschiedlicher, aber recht eklektisch herbeigezogener Daten und Fakten, garniert durch persönliche Erlebnisberichte aus der „Lauterbachschen Bürgersprechstunde“. Keines der aufgeführten Beispiele ist wirklich von den Daten und Fakten her überzeugend dargelegt. Auch die persönliche Geschichte des Studenten mit Katarakt-Operation ist schlichte Lyrik. Zur Erklärung: Die Katarakt-OP ist die häufigste OP in Deutschland und führt fast immer zum Austausch der natürlichen Linse durch ein Implantat. Auch bei Begleiterkrankungen - wie im geschilderten Falle des betroffenen Studenten - kann jede augenchirurgische Schwerpunktpraxis und erst recht jede Augenklinik den Eingriff durchführen. Wartelisten für OP-Termine beim Katarakt gibt es in Deutschland nicht. Hier hat der Autor sehr kräftig Fakten mit Emotionen gemischt, statt sauber zu recherchieren und objektiv zu berichten.

Im zweiten Abschnitt will Lauterbach mit vielen plakativen Beispielen den nach seiner Meinung vollkommen unterschätzten Wert der Prävention darstellen. Von dem zweifelhaften Nutzen der Krebsbehandlung über den Risikofaktor des Rauchens, der Gefahr durch Transfette oder des Salzkonsums und den „stillen Killer“ Bluthochdruck zieht sich das Spektrum der Beispiele. An Rat schlägen wird dann eine ganze Palette an mehr oder minder eigenartigen Optionen angeboten. Von der DASH-Diät über die Wirkung dunkler Schokolade bis hin zu gutem Rotwein und Olivenöl reicht hier das Spektrum.

Das dritte Kapitel ist der eigentliche Ratgeber für den Umgang mit Ärzten, Krankenhäusern und Medikamenten. Hier werden Halbwahrheiten und Vorurteile gegen die Hauptverdächtigen breit dargelegt. Die angebotenen Hilfen für die Patienten und Bürger sind für die Zielgruppe noch immer recht akademisch, aber auch nicht falsch. Denn besonders der kurze Abschnitt über die Fehlsteuerung der ärztlichen Honorierung trifft ohne Abstriche zu. Auch ist der Abschnitt zu den Mindestfallzahlen der Krankenhäuser ebenfalls im Grunde richtig und sinnvoll, wenngleich er den normalen Leser nur schwer erreichen dürfte. <<

# Erste deutsche Rabatt- und Direktvertragsbörse

vom 7.-9. Oktober 2009 in Köln

Der **Informations-, Kommunikations- und Marktplatz** für alle Entscheider, Innovatoren und kreativen Gestalter im Gesundheitswesen

**Das erste nationale Forum** für Kostenträger in GKV und PKV, für Arzneimittelhersteller und Medizintechnikanbieter sowie für Leistungserbringer-Verbände und Netze

Weitere Informationen:

[info@DAPgruppe.de](mailto:info@DAPgruppe.de)

[info@epc-healthcare.de](mailto:info@epc-healthcare.de)

15. AMG-Novelle: Definition der besonderen Stellung des Großhandels

# Versorgungsauftrag wird festgeschrieben

Was hat der pharmazeutische Großhandel mit Versorgungsqualität zu tun? Oder mit Versorgungsforschung? Bis vor einigen Jahren Pharmahersteller auf die an sich recht naheliegende Idee kamen, ihre Produkte selbst an Apotheken auszuliefern, blieb diese Fragestellung sowohl ungestellt, als auch unbeantwortet. Erst mit der aktuellen, der 15. Novelle des seit 1976 gültigen und zuletzt 2007 geänderten Gesetzes über den Verkehr mit Arzneimitteln wird die pharmazeutische Logistik-Branche nicht nur als immanenter Bestandteil des Versorgungssystems anerkannt, sondern ihr gar eine „besondere Stellung und Funktion“ eingeräumt, die der „vollversorgende Großhandel bei der Versorgung der Bevölkerung mit Arzneimitteln“ einnimmt. Der hier deutlich werdende Versorgungsauftrag hat jedoch seine Feinheiten, die so leicht nicht zu durchschauen sind.

>> In der 15. Novelle des Arzneimittelgesetzes oder AMG sollte eigentlich nur die Umsetzung von Artikel 81 der Richtlinie 2001/83/EG des Europäischen Parlaments und Europäischen Rats vom 6. November 2001 geregelt werden, der auch einen öffentlichen Sicherstellungsauftrag an pharmazeutische Unternehmen wie Großhändler für die Versorgung mit Arzneimitteln beinhaltet. Eigentlich. Doch seitdem hat die Politik einige andere Gesetzesvorhaben auf den Weg gebracht, die dem politischen Willen dieser EG-Richtlinie nicht unbedingt zuträglich gewesen sind, weil jene eine Branche voraussetzt, die sich im Prinzip ganz gut quer- und mischfinanziert.

Doch nicht erst seit der 2006 eingeführten Zuzahlungsregelung, seit Zwangsrabatten für Generikahersteller, sondern auch durch Preisstopps sowie der Möglichkeit zum Abschluss von Rabattverträgen zwischen Kassen und Herstellern kam es in den letzten Jahren zu oft drastischen - natürlich auch von der Politik so gewollten und im Sinne der Finanzierbarkeit des Gesundheitssystems generell auch sinnvollen - Preissenkungen beziehungsweise eben zur Verschreibung billigerer Arzneimittel. Dass dies wiederum unmittelbaren Einfluss auf die Erträge der Unternehmen und natürlich auch des Großhandels hat, verwundert nicht. Der Grund für letzteren ist jedoch alleine in der Arzneimittelpreisverordnung zu verorten:

Denn der Großhandelszuschlag richtet sich laut AMPV nun mal nach dem Abgabepreis der Pharmahersteller und wenn der sinkt, geht auch der Verdienst der Logistiker nach unten. „Wir sind heute schon soweit gekommen, dass es Arzneimittel auf dem Markt gibt, die so billig sind, dass der Großhandel überhaupt keine Vergütung seiner Leistung mehr in Rechnung stellen kann“, erklärt hierzu Dr. Thomas Trümper, Vorstandsvorsitzender des Bundesverbandes des pharmazeutischen Großhandels (Phagro e.V.) und Vorstandsvorsitzender eines der größten vollversorgenden Pharmagroßhändler Deutschlands, der ANZAG.

## Zwei Drittel Ergebnisverlust

Was früher für eine durchaus gut situierte Branche undenkbar war, ist heute nun nahezu „daily business“. Oder eigentlich keines mehr, wenn man Trümpers Worten folgt: „Mittlerweile müssen wir uns fragen, ob wir unser Leistungsspektrum noch länger im bisherigen Umfang aufrecht erhalten können.“ Nach Angaben der Phagro-Vorsitzenden hat sich in den vergangenen vier Jahren das operative Ergebnis des pharmazeutischen Großhandels auf ein Drittel reduziert. In Zahlen: Sein Unternehmen erzielt gerade noch 0,4 Prozentpunkte Umsatzrendite. Von einigen Mitbewerbern erfährt man dagegen, dass diese bereits Renditen einfahren, die nach dem Komma noch eine Null zwischen

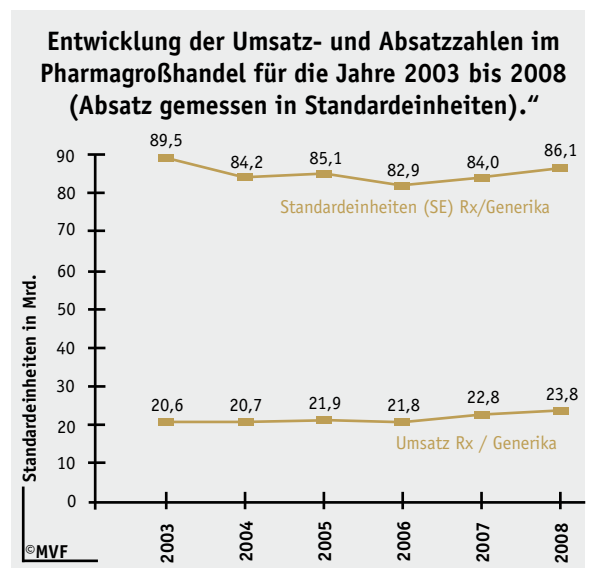
den Zähler schieben. Was indes jedem Banker nicht mal mehr ein leises Lächeln entlockt, sollte auf dieser doch recht mageren wirtschaftlichen Basis der im hohen Maße fremdfinanzierte Handel größere Kredite aufnehmen wollen.

Neue Lager oder Verteilzentren brauchen die vollversorgenden Großhändler, die deutsche Apotheken immerhin mit rund 4,2 Millionen Produkten von circa 1.500 Herstellern pro Tag versorgen, indes - trotz steigender Anforderungen (siehe Interview auf S. 22 ff.) - nicht. Mit ihren 109 regionalen Logistikzentren haben sie alle Hände voll zu tun, obgleich ihnen von anderer Seite Unbill droht: ausgerechnet von den pharmazeutischen Herstellern, die an sich die besten Beziehungen zu ihren

Großhändlern pflegen sollten.

Allen voran plante Branchenriesen ursprünglich, seine 750 im Handel befindlichen Produkte direkt an die rund 21.500 deutschen Apotheken auszuliefern. Nach diversen Debatten und einem „Request for Proposal“, in dem der Pharmakonzern einige Pharmahändler aufforderte, Angebote für entsprechende Logistikdienstleistungen zu unterbreiten, wurde die Zahl reduziert: auf 260, natürlich vornehmlich solche aus dem Hochpreissegment. Trümper weiß gut, dass jede große Unternehmensberatung recht gerne den lukrativen Auftrag annimmt, in einer Studie zu beweisen, dass ein neuer Vertriebsweg gegenüber einem etablierten für eine bestimmte Qualität von Produkten billiger

„Entwicklung der Umsatz- und Absatzzahlen im Pharmagroßhandel für die Jahre 2003 bis 2008 (Absatz gemessen in Standardeinheiten).“  
Quelle: INISTGH Health



sein mag (und auch wird).

„Das ist der Vorteil von Teiloptimierung, die wiederum die Pflicht jedes Managers ist“, zeigt sich der Phagro-Chef konzilient, der es den Marketern auch nicht übel nimmt, dass sie zuerst an das Wohl ihres Unternehmens und nicht an das des Gesundheitssystems oder gar des deutschen Staates denken, denn das liege der Denkwelt eines internationalen Konzerns per se wohl eher fern. Doch wir Großhändler, sagt Trümper, müssen den sozio-gesellschaftlichen, aber auch den volkswirtschaftlichen Charakter unseres Handelns sehr wohl im Blick haben. Die Frage müsste doch

lauten, wie sich ein solidarisch finanziertes Gesundheitssystem sinnvoll erhalten und mit marktwirtschaftlichen Instrumentarien kombinieren lasse.

### Logistikaufschlag oder Fixzuschlag?

Das Problem liegt nun nicht einmal darin begründet, dass der von den direktbeliefernden Pharmaunternehmen schon derzeit kalkulierte und auch angewandte Logistikaufschlag unter der Höhe des vom Phagro progagierten Fixzuschlags liegt, der als solcher auch in die 15. AMG-Novelle einfließen wird. Diesen Fixzuschlag

hat der Verband der 13 großen vollversorgenden Pharmagroßhändler auf exakt 0.93 Euro pro Packung angesetzt. Um auf diesen Preis zu kommen, wurden durch das Institut für Handelsforschung (IfH) im Prinzip einfach alle großen Kostenfaktoren wie Finanzierung, Lagerhaltung, Raum, Transport, Verwaltung und Personal aller Phagro-Unternehmen addiert und durch die Menge der durch die Verbandsmitglieder ausgelieferten Packungen dividiert. Das Bundesgesundheitsministerium hat sich von diesem Modell offenbar überzeugen lassen, jedoch wird dem Vernehmen nach der ins Spiel gebrachte Fixzuschlag als etwas zu

hoch angesehen. Sicher auch, weil die Politik wohl annimmt, dass der Phagro in der Kalkulation etwas Luft gelassen haben wird.

Dem aber ist laut Trümper nicht so. Dem Verband geht es hier um jeden Cent, aber in erster Linie um den Erhalt der heutigen realen Marge, die durch die neue Systematik der künftigen Logistikentlohnung garantiert werden soll. Der Endbetrag wird sowieso erst nach der für September terminierten Gesetzesveröffentlichung gemeinsam vom Bundeswirtschaftsministerium (BMWi) und dem BMG festgelegt und frühestens zum 01. Januar 2010 gültig.

Dieser Fixzuschlag ist aber

Dr. Thomas Trümper, Phagro/ANZAG, im Interview mit MVF:

## „Es geht um fairen Wettbewerb für ein gesundes System“

>> Die 15. AMG-Novelle wird dem Großhandel eine „besondere Stellung und Funktion“ einräumen, die der „vollversorgende Großhandel bei der Versorgung der Bevölkerung mit Arzneimitteln“ einnimmt. Ein Lobbyerfolg?

Das könnte man sicher so sehen. Doch eher ist es eine Anerkennung der Realität. Den faktisch ist das Arzneimittel-Versorgungssystem, so wie wir es heute kennen, ohne den Großhandel gar nicht möglich. Anders ausgedrückt. Wenn der Versorgungsauftrag des Großhandels nicht endlich festgeschrieben würde, wäre auch die Umsetzung des Versorgungsauftrags der Apotheken gefährdet.

Wenn die Umsetzung des gesetzlichen Versorgungsauftrags durch die Apotheken denn je funktioniert hat.

Eine ganz normale Apotheke bevorratet heute zwischen 8.000 und 10.000 unterschiedliche Darreichungsformen von Medikamenten. Um ihren gesetzlich definierten Versorgungsauftrag nachzukommen, müsste sie aber rund 60.000 bevorraten.

Was sie aber weder tut noch kann?

Was sie meist gar nicht kann, wenn man an teure Innenstadtlagen oder Officine in Einkaufszentren denkt, in denen der größte Teil des Raums nun mal für den Verkauf und die Beratung eingesetzt werden muss, um betriebswirtschaftlich sinnvoll agieren zu können. Andererseits ist aber auch die Frage der Lagerfinanzierung zu beachten. Denn die Medikamente gehen ja in den Besitz der Apotheke über. Von daher hat sich seit Jahren zwischen Großhandel und Apotheke eine Art von Symbiose ausgebildet, die zwar ein wenig eigenartig ist, aber bislang ganz gut funktionierte. Denn mit der engmaschigen Belieferung durch den Großhandel - im Schnitt sind das immerhin 3,3 Lieferungen pro 24 Stunden - kann die Apotheke ihren gesetzlichen Versorgungsauftrag erfüllen, selbst wenn

Dr. Thomas Trümper, Vorstandsvorsitzender der Phagro und der ANZAG: „Wir wollen nicht bevorteilt werden, sondern brauchen gleiche Marktchancen.“



sie den vorgeschriebenen Wochenvorrat der notwendigsten Medikamente nicht selbst auf Lager hat.

Eine Apotheke im Schnitt 3,3 Mal pro 24 Stunden zu versorgen, hat wohl weniger mit Versorgungsqualität zu tun.

Das stimmt schon. Besonders in großen Städten ist vieles der Wettbewerbssituation und dem Marketingverhalten der Apotheken geschuldet. Doch ob nun 5 oder 3 Mal pro 24 Stunden ausgeliefert wird, das System dahinter bleibt das gleiche. Und um dessen Existenz geht es.

Und nun geht die forschende Arzneimittel-Industrie mehr und mehr dazu über, vor allem hochpreisige Medikamente direkt an die Vertriebschiene Apotheke auszuliefern.

Dagegen wäre an sich auch gar nichts zu sagen, wenn die Versorgungsleistung des Gesamtsystems damit nicht gefährdet würde. Denn die Industrie nimmt ja nur solche Medikamente in die Direktbelieferung, für die es sich auch lohnt. Der vollversorgende Großhandel aber muss alle über 260.000 Darreichungsformen, Medikamente, Medical- und sonstige Apothekenprodukte bevorraten als auch ausliefern. Ob das speziell zu behandelnde Kühlprodukte, Kühlkettenprodukte oder auch Opiate sind, für die ein sehr aufwändiger Lagerungs-, Dokumentations- und Abgabe-

noch nicht alles: Der Phagro möchte darüber hinaus einen dreiprozentigen Aufschlag erreichen, den sowohl der Referentenentwurf, als auch der bisher daraus entstandene Kabinettsbeschluss vorsieht: „Die Großhandelszuschläge sollen von dem derzeitigen prozentualen, preisabhängigen Zuschlag auf einen preisunabhängigen Fixbetrag plus prozentualem Logistikkuschlag umgestellt werden“, steht in der Bundesdrucksache 16/12256. Doch was aus diesem Passus nach der am 6. Mai stattgefundenen öffentlichen Anhörung bis zur Sitzung des Gesundheitsausschusses am 17. Juni und der letzten Ge-

setzesverabschiedung wird, steht auf einem anderen Blatt. Denn hier geht es um mehr.

Das neue Vergütungssystem soll nämlich zwei Antipoden verschränken, die eigentlich nicht vereinbar sind: ein höchst reguliertes Solidarsystem mit dem der freien Marktwirtschaft. Damit soll das Ziel erreicht werden, dass die Einbindung des Großhandels in den öffentlichen Versorgungsauftrag nach § 52 b sicher gestellt wird, wozu sich dieser bald nicht mehr in der Lage sieht, weil bei einem dramatischen Anstieg von Packungszahlen im niedrigpreisigen Bereich (Rabattarzneimittel, Generika) und gleichzeitig hohen

Anteil der Direktbelieferung (derzeit laut Phagro 17 %) bei hochpreisigen Arzneimitteln dem Großhandel die Basis für eine gesunde Mischkalkulation entzogen wird.

Das Ganze soll aber nun bitte nicht mehr als bisher kosten. Denn im Solidarsystem wird vorausgesetzt, dass Gesetzesänderungen, so auch die AMG-Novelle für die Gesellschaft und vor allem die Krankenkassen kostenneutral zu halten sind.

An sich wäre deshalb durchaus eine Art Belieferungspflicht durch die pharmazeutische Industrie an den Großhandel sinnvoll. Dies nennt die EU-Richtlinie „Public Service Obligation“, die aber bei

uns eigentlich keiner so recht will. „Die Belieferungspflicht wäre der falsche Weg“, macht sich Cornelia Yzer, Hauptgeschäftsführerin des Verbandes Forschender Arzneimittelhersteller (VFA), für die von ihr vertretenen 48 Hersteller und ihre über 100 Tochter- und Schwesterfirmen stark, die immerhin mehr als zwei Drittel des gesamten deutschen Arzneimittelmarkts erzeugen.

Grundsätzlich, meint Yzer, sollte der Hersteller doch selbst entscheiden können, welchen Vertriebsweg er für sein Produkt wählt. Hier seien auch verschiedene Lösungen denkbar: Der Weg über den Großhandel, die Direkt-

prozess vorgeschrieben ist. Und nur mal vom Aufwand her: Opiate hatten in den letzten zwei Jahren ein Umsatzplus von 250 %, Produkte, bei denen die Kühlkette nicht unterbrochen werden darf, gar ein Umsatzplus von 770 %. Das Handling solcher Medikamente ist niemals durch eine normale Marge gedeckt, die sich auch noch durch eine Mischkalkulation zwischen billigen und teuren, einfach und kompliziert zu behandelnden Medikamenten ergibt.

#### Ihnen geht es damit an die Substanz?

Nicht nur durch die Direktbelieferung. Man muss vor allem die Auswirkungen der letzten Gesundheitsreformen sehen. Allein in den letzten vier Jahren hat dadurch der vollversorgende Großhandel drei Viertel seiner Umsatzrendite eingebüßt. Wir kommen, das muss man klar sagen, langsam in Umsatzrendite-Zonen, die uns nicht mehr existieren lassen. Natürlich kann man nun sagen, man braucht keine 170 Großhändler wie in Italien oder keine 250 wie in Griechenland. Aber noch 13 Vollversorger wie in Deutschland garantieren doch schon einen ganz vernünftigen Wettbewerb.

#### Warum ist es Ihnen bisher nicht gelungen, Ihre anscheinend so wichtige Funktion für das Versorgungssystem zu argumentieren?

Wir haben wie viele andere Leistungserbringer im Gesundheitssystem auch zu spät damit begonnen, unsere Leistungen mit Zahlen zu belegen, evidenzbasiert wenn man so will. Dabei ist es eigentlich ganz leicht zu verstehen, dass der Pharma-Großhandel eine Art Trichterfunktion von zwei Seiten ausübt: Er ist der Mittler zwischen rund 1.500 Arzneimittelherstellern und rund 21.500 Apotheken. Zum einen sind nun diese 21.500 Apotheken im Großen und Ganzen nicht dazu in der Lage, bei 1.500 Herstellern Ware direkt und meist in Kleinstmengen täglich nachzubestellen. Und auf der anderen Seite sind auch die meisten Hersteller gar nicht dazu in der Lage, ihre Produkte an alle Apotheken zu verkaufen und auszuliefern. Nicht umsonst bündelt der Großhandel im Schnitt 9,4 also fast 10 Hersteller pro ausgelieferter Box. Da brauche ich jetzt keine Studie zu machen, um zu beweisen, dass jeder Hersteller, der sein Produkt direkt in die Apotheke liefert, volkswirtschaftlich - noch nicht mal energiebilanztechnisch gesehen - gesehen zusätzliche Kosten erzeugt.

Erschwerend kommt die von Bundesland zu Bundesland oft sehr divergente Rabattvertragslage dazu.

Immer wenn Rabattverträge zu einem bestimmten Datum einsetzen und wir keine ausreichenden Übergangszeiten haben, haben wir ein Problem. Man muss sich doch mal vorstellen, dass wir eine Lagerhaltung mit dem Wert vieler Millionen haben und von einem Tag auf den anderen wird ein bestimmtes Produkt nicht mehr verschrieben und ein anderes dafür umso mehr. Das ist ein Hochrisikogeschäft, wenn von außen jemand in dieses System eingreift und sagt: „Du hast da zwar noch 10.000 Packungen liegen, aber die sind ab morgen nicht mehr gefragt“. Und wir reden bei der AOK, die ja nicht die einzige Kasse ist, die Rabattverträge abschließt, immerhin über 36 Prozent des Marktes. Aber zu diesen Finanzierungs-, Lagerhaltungs- wie Lagerumstellungsproblemen haben wir vielleicht noch ein gravierenderes: Diejenigen Hersteller, die einen neuen Vertrag bekommen, müssen uns erst mal ausreichend Ware liefern. Aber dazu haben wir keinerlei Vergangenheitsdaten, um sagen zu können, wie viel das eigentlich nun genau ist.

#### Bekommt der Großhandel für diese Mehrbelastung ein Honorar?

Keinen Cent. Aber auch vor diesem Hintergrund muss man unsere Anstrengungen im Vorfeld der 15. AMG-Novelle verstehen. Uns geht es doch nicht darum, Direktbelieferung zu verbieten, sondern darum, eine hohe Versorgungsqualität bei gleichen Chancen für alle zu gewährleisten.

#### Durch den Fixzuschlag, der für alle gleich gelten soll, im Gegensatz zu einem Logistikaufschlag der Industrie, der von Hersteller zu Hersteller verschieden sein kann und unterhalb des Zuschlags des Großhandels liegen wird.

Dass die Industrie bei der Direktbelieferung eines recht kleinen Teilsortiments günstiger sein kann, wird immer so sein. Wichtig ist, dass dieser Zuschlag, den die Industrie bei Direktbelieferungen, den aber auch der vollversorgende Großhandel aufschlagen muss, wieder gleiche Voraussetzungen schafft, da der rein monetäre Grund für Apotheken, direkt bei der Industrie zu bestellen, die im Zweifel einen Teil ihrer Produkte billiger ausliefern kann, entfällt. Wenn damit wieder eine Harmonisierung des Apothekenabgabepreises erreicht wird, ist es dem Apotheker überlassen, welchen Mehraufwand er mit jedem Warenbestellvorgang zu akzeptieren bereit ist. Das ist dann wieder dem Spiel der freien Marktwirtschaft überlassen, aber einem fairen.

Das Gespräch führten Prof. Dr. Reinhold Roski und Peter Stegmaier

lieferung an die Apotheke oder die Nutzung beider Optionen. Yzer: „Angesichts der Vielzahl von Herstellern, Großhändlern und Apotheken wäre Raum für verschiedene Modelle, die im Wettbewerb miteinander stehen. Die beste Lösung sollte dann der Markt hervorbringen und nicht der Gesetzgeber.“

**Wettbewerb unter gleichen Voraussetzungen**

Das freie Spiel der Marktwirtschaft würde sicher auch funktionieren, wenn mit gleichen Karten gespielt wird. Will heißen: Der pharmazeutische Unternehmer kann bei einer Direktbelieferung im Prinzip immer billiger und daher für den Business-Kunden Apotheke auf den ersten Blick attraktiver sein als der Großhandel.

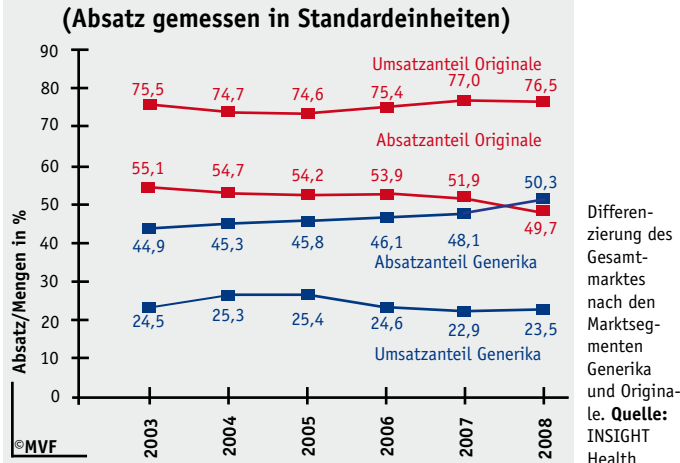
Das gilt schon heute und ist Fakt: Die Industrie kann ihre (derzeit schon niedrigeren) Logistikkosten in den (gesamten) Arzneimittelpreis einrechnen. Der Effekt: Die Industrie kann die bisherige Großhandelsmarge in Teilen oder gar ganz der Apotheke in Form von Rabatten oder Boni abgeben. Und tut das auch.

Dieser Wettbewerbsvorteil gegenüber den Großhändlern würde nun fortgeschrieben, falls die Industrie ihren künftigen, wieder im Vergleich zum vollversorgenden Großhandel niedrigeren Logistikaufschlag entsprechend einsetzen kann und wiederum auch wird.

Genau diese Systematik möchte der Phagro unterbunden wissen. Das Mittel zum Zweck: Die Hersteller sollen schlichtweg gezwungen werden, den gleichen Fixzuschlag wie die Großhändler zu erheben, wodurch die Apotheken dann wiederum keine unterschiedlichen Einkaufsvorteile mehr hätten.

Aber wo bleibt hier die freie Marktwirtschaft? Der Preiswettbewerb soll künftig alleine im Bereich des dreiprozentigen variablen Aufschlags möglich sein. „Wir wollen doch nicht nur unsere Kosten erstattet bekommen, sondern auch Geld verdienen und

**Entwicklung der prozentualen Umsatz- und Absatzanteile der Marktsegmente Generika vs. Originale im Pharmagroßhandel für die Jahre 2003 bis 2008**



darüber hinaus auch weiterhin Marketingprogramme für die Apotheker anbieten können“, erklärt Phagro-Vorsitzender Trümper: „Dazu brauchen wir einen gewissen Spielraum.“ Der dann - das sehen die Großhändler inzwischen gar nicht mehr so gern - sicher auch wieder für Rabattaktionen eingesetzt werden wird und muss. Aber eben künftig bei allen gleich und nur mehr im Rahmen jener drei Prozent. Dieser künftig recht bescheidene Rabattpielraum wird nun wiederum vermutlich einigen Apotheken - allen voran den auf Einkaufsmacht abonnierten Apothekenvereinigungen - eine deutlich spürbare Kürzung ihrer Konditionen bringen.

Ob das Gros der Apotheker künftig noch Direktbelieferungen auslösen wird, ist fraglich. Freilich mag das Genre der niedrigpreisigen Generika für das Direktgeschäft interessant werden, wenn der Hersteller den Fixzuschlag aufschlagen muss, der zum Teil deutlich über dem Herstellerabgabepreis liegt. Großvolumige Orders - vor allem, weil durch die neuen Regional-Rabattverträge die Anzahl der Lieferanten erneut eingeschränkt wird - könnten sich dadurch eventuell sogar lohnen.

Doch für die Mehrheit sicher nicht, weil der Detailaufwand von Bestellung über Lieferung bis Rechnung und Mahnwesen einfach zu hoch ist und die Bündelungsfunktion des Großhandels zwischen den 21.500 Apotheken und den rund 1.500 Herstellern gerade im Zeichen der AOK-Regi-

onallose nicht zu unterschätzen ist (siehe Interview). Deshalb rät Trümper angesichts der nahenden AMG-Novelle, die gleiche Konditionen für alle vorsehen wird, inzwischen seinen Business-Kunden recht gelassen: „Überlasst es doch dem Apotheker, wo er bestellen will.“

**Der wahre Grund: Vertriebsdaten**

Dass ein Teil der Industrie dennoch und weiterhin auf Direktbelieferung setzen wird, ist trotzdem abzusehen. Doch hier steht nicht der Willen zur monetären Teilloptimierung im Vordergrund, sondern der Wunsch nach einer neuen Distributionstransparenz, die der Industrie mit der Ände-

rung des § 305 AVWG verwehrt wurde. Damals wurde die zulässige Aggregationsebene der Verordnungsdaten, die bisher zur Außendienststeuerung, aber vor allem auch -provisionierung eingesetzt wurde, so weit zurückgeschraubt, dass sich die Industrie etwas anderes einfallen lassen musste. Das waren zuerst statistische Modelle, aber sind eben verstärkt auch eigene Vertriebsdaten, die die Hersteller von den Großhändlern so eben nicht bekommen. Denn die verkaufen ihre besonders für Versorgungsforschung nutzbaren Datenstämme für gutes Geld an Daten-Spezialisten wie Cegedim, Insight Health oder IMS, aber geben sie nicht direkt an die Hersteller ab, weil der Großhandel das ohne Einwilligung der Apotheker auch gar nicht darf. Doch wenn der Apotheker nun direkt beim Unternehmen bestellt, weiß dieser ganz genau, wer wo wann was ordert. Das ist für Trümper auch einer der wahren Gründe, warum die Hersteller gerade bei teuren Medikamenten den Direktvertrieb propagieren: „Die Industrie will mehr Kenntnis über die bestellende Apotheke!“ Und damit wohl auch über das Apothekenumfeld, das über moderne sozio- und mikrogeografische Analyse-Ansätze recht gut erschließbar ist. <<

**Die den Großhandel betreffenden Regelungen im Referentenentwurf zur 15. AMG**

Novelle § 52b Abs. 1 AMG neu (Umsetzung Art. 81 UA 2 EU-Richtlinie 2001/83/EG)

**§ 52 b Abs. 1 AMG (Bereitstellung von Arzneimitteln)**

(1) „Pharmazeutische Unternehmer und Betreiber von Arzneimittelgroßhandlungen, die im Geltungsbereich dieses Gesetzes ein zur Anwendung am Menschen bestimmtes Arzneimittel vertreiben, das durch die zuständige Bundesoberbehörde zugelassen worden ist oder für das durch die Kommission der Europäischen Gemeinschaften oder durch den Rat der Europäischen Union eine Genehmigung für das Inverkehrbringen gemäß Artikel 3 Abs. 1 oder 2 der Verordnung (EG) Nr. 726/2004 erteilt worden ist, stellen eine angemessene und kontinuierliche Bereitstellung des Arzneimittels sicher, damit der Bedarf von Patienten gedeckt ist.“

**§ 52b Abs. 2 AMG neu (Belieferungsanspruch Vollversorger)**

2. Pharmazeutische Unternehmer müssen im Rahmen ihrer Verantwortlichkeit eine bedarfsgerechte und kontinuierliche Belieferung vollversorgender Arzneimittelgroßhandlungen gewährleisten. Vollversorgende Arzneimittelgroßhandlungen sind Großhandlungen, die ein vollständiges, herstellernerneutral gestaltetes Sortiment an apothekenpflichtigen Arzneimitteln unterhalten, das nach Breite und Tiefe so beschaffen ist, dass damit der Bedarf von Patienten von den mit der Großhandlung in Geschäftsbeziehung stehenden Apotheken werktätlich innerhalb angemessener Zeit gedeckt werden kann; die vorzuhaltenden Arzneimittel müssen dabei mindestens dem durchschnittlichen Bedarf für zwei Wochen entsprechen.“






4sigma

quality for healthcare

## GESUNDHEITSMANAGEMENT NACH MASS

4sigma setzt seit über 10 Jahren durchgängige Konzepte zur telefonbasierten strukturierten Patienten- und Versichertenbetreuung um. Die langjährige Erfahrung und gewachsene Kompetenz sind die Garanten für die hohe Qualität unserer Gesundheitsdienstleistungen.

Mit ihrem innovativen, modularen Produktportfolio ist 4sigma für alle Beteiligten im Gesundheitswesen ein starker Partner.

-  Versorgungsmanagement
-  Gesundheitshotline
-  Präventionsprogramme
-  Disease-Management
-  Integrierte Versorgung
-  Telemonitoring

Mit einem starken Partner  
auf Erfolgskurs!

4sigma quality for  
healthcare

4sigma GmbH  
Bajuwarenring 19  
82041 Oberhaching

Fon: +49 89 950084 - 0  
Fax: +49 89 950084 - 410  
E-Mail: [info@4sigma.de](mailto:info@4sigma.de)  
[www.4sigma.de](http://www.4sigma.de)

Die DGbG e.V. und MVF sorgen für erste Transparenz

# Matrix der medizinischen Callcenter

Krankenversicherungen betreten Neuland - agieren statt reagieren“, schreibt die amerikanische Beratungsgesellschaft Accenture in ihrem Vorwort einer Broschüre, die ihr Dienstleistungsportfolio im Bereich Gesundheitscoaching offeriert. Und weiter heißt es da: „Die aktive Beeinflussung der Morbidität der Versicherten und der Versorgung von Risikopatienten wird für die deutschen Krankenversicherer zu einem strategischen Wettbewerbsvorteil.“ Das betont im Titelinterview mit „Monitor Versorgungsforschung“ (MVF) auch Josef Hecken, Präsident des BVA und Herr über viele Milliarden, die in der deutschen Gesundheitsversorgung ausgegeben werden. Doch wer sind diese Dienstleister, die mit Programmen aufwarten, die Eberhard Mehl, Hauptgeschäftsführer des Hausarztverbands (s. S. 15) nur zu oft an etablierten Strukturen vorbei agieren sieht? Und auf welcher Basis arbeiten diese meist medizinisch orientierten Callcenter? Wer steht hinter ihnen? Wie heißen ihre Kunden? Um einen ersten Transparenzansatz zu schaffen, hat die Deutsche Gesellschaft für bürgerorientierte Gesundheitsversorgung (DGbG) e.V. in Kooperation mit MVF eine Matrix zur Qualifizierung von medizinischen Callcentern entwickelt und abgefragt.

>> Da die großen deutschen Versorger-Krankenkassen (bis auf einige wenige Ausnahmen wie die von Accenture beratene KKH) heute noch nicht wirklich darauf eingerichtet sind, chronisch Kranke in ihrer Morbidität selbst zu steuern, brauchen sie Dienstleister. Diese sollen versicherte Chroniker und/oder Risikopatienten ebenso hochqualitativ wie effizient betreuen: ob nun persönlich oder über elektronisch gestützte Medien. Dazu aber sind individualisierte Daten notwendig, deren Weitergabe Ende letzten Jahres auch gleich für Aufregung gesorgt hat. Ob es nun rechtens ist oder nicht, dass vertrauliche Patientendaten der DAK ohne vorige Zustimmung dem Callcenter Healthways zur Verfügung gestellt wurden, die damit im Auftrag der Kasse chronisch kranke Patienten betreuen soll, ist eine rechtliche Grauzone. Für den damals vom ARD-Magazin „Report Mainz“ befragten Bundesdatenschutzbeauftragten Peter Schaar gab es dafür „keine Rechtsgrundlage“, während die DAK in ihrem Vorgehen keine datenschutzrechtlichen Probleme sah und von „zulässiger Datenverarbeitung im Auftrag“ sprach.

Wie auch immer die letzt gültige rechtliche Auslegung nun aussieht: Fakt ist, dass der an sich erstrebenswerten Betreuung von Chronikern damit kein guter Dienst erwiesen wurde. Jedoch auch keiner, der nicht reparabel wäre, wenn die hier engagierten

Dienstleister bereit sind, offen zu legen, nach welchen Ansätzen, Visionen und Programmen sie vorgehen und vor allem mit welchen Daten und für welche Kunden sie arbeiten! Und: Das sind sie. Jedenfalls die Großen!

Um genau diese Transparenz zu schaffen, befragte ganz aktuell die DGbG e.V. in Kooperation mit MVF 51 vorher selektierte Callcenter. Diese wurden mit einer eigens dafür entwickelten, sehr ausführlichen Matrix konfrontiert. Diese wollten allerdings nur jene Unternehmen ausfüllen, denen Transparenz wirklich am Herzen liegt; oder aber jene, die wirklich in das Zielspektrum der Umfrage passten: Doch das waren weniger als gedacht!

## Schwierige Suche

Wie schwierig es ist, alleine die befragten Unternehmen richtig zu eruieren, zeigt das Beispiel des Berliner Callcenters Values5 HealthCare. Das Unternehmen erbringt nach Aussagen der Geschäftsführerin Ursula Steinmetz sehr wohl Leistungen für den Gesundheitsmarkt, wozu auch die Betreuung von Patientengruppen für eine Krankenkasse gehört. Dennoch macht sie hier einen Unterschied: „Wir erstellen keine medizinischen Programme. Wir führen Sie nur aus.“ Die Programme oder Indikationen selbst würden dagegen von ihren Auftraggebern gestaltet und

verantwortet, während die „Kernkompetenz in der Erbringung von Callcenter-Leistungen“ zu verorten sei. Doch weil ihr Unternehmen aber vor allem in anderen Bereichen des Gesundheitswesens tätig sei, in denen der Schwerpunkt auf Vertrieb oder Verwaltung liege, sei ein Vergleich mit Unternehmen wie PHTS oder AnyCare einfach nicht passend.

Auch Andreas Berger, verantwortlich für das Healthcare-Management der buw Unternehmensgruppe in Osnabrück würde sich recht gerne in die Matrix einreihen, nimmt davon aber selbst Abstand. Zwar betreibt die buw sehr wohl ein medizinisches Service-Center, doch liegt der Schwerpunkt der realisierten Aufgabenstellungen in der Durchführung von Vakanzbetreuungen im ethischen Bereich (Ansprache von Fachzielgruppen) sowie der Übernahme von Inbound-Aufgabenstellungen (Fach- und Laienzielgruppen) für die Pharmaindustrie. Beide Aktivitäten würden bei buw zwar mit medizinisch/pharmazeutisch ausgebildetem Personal gemäß §75 AMG beziehungsweise medizinisch vorgebildetem Personal durchgeführt, dennoch wären keine Auftraggeber aus der Krankenkassenszene dabei.

„Unsere Dienstleistungen für Krankenkassen spiegeln sich momentan vor allem in der Kundengewinnung und Rückgewinnung“, erklärt dagegen Stephanie Emmerich, Sales & Marketing von intertel

in Nürnberg. „Dienstleistungen im Bereich Gesundheitscoaching bieten wir zur Zeit nicht an.“

Diese Antworten führen zu zwei großen Lagern in der Dienstleistungsszene: Zum einen jene der eher verwaltungs- und marketingorientierten Callcenter-Anbieter, in denen das Gros der Anbieter zu Hause ist. Und in eine relativ kleine, recht überschaubare Schicht jener Callcenter, die nicht nur klassische Callcenter-Services anbieten, sondern darüber hinaus noch mit entsprechendem Fachpersonal und dem ebenso entsprechenden Know-how die nötigen Betreuungsprogramme anbieten oder entwickeln. Das sind (nach Anzahl der Mitarbeiter) Almeda (248 Mitarbeiter), Sanvartis (175), ADM (160), 4Sigma (80) und Anycare (54). Von Healthways und PHTS dagegen kamen keine Transparenz erzeugende Angaben, wodurch dies Unternehmen in der qualitativen Matrix, die von [www.m-vf.de](http://www.m-vf.de) downloadbar ist, auch nicht erscheinen werden. Dort ist genau ablesbar, wer die Eigner und Geschäftsführer sind. Aber auch, auf welcher Basis diese Callcenter mit welchem ausgebildeten Personal für welche Kunden an welchen Programmen arbeiten. Und: Wie (vorsichtig) sie doch alle mit Kundendaten umgehen! <<

Die Matrix der medizinischen Callcenter ist für Abonnenten kostenfrei downloadbar unter: [www.m-vf.de](http://www.m-vf.de)

PHTS Telemedizin legt erste evidenzbasierte Daten vor

# Mehr Qualität bei weniger Kosten

Niedrigere Re-Hospitalisierungsrate, kürzere Verweildauer und geringere Krankenhauskosten durch eine telemedizinische Betreuung von Herzinsuffizienzpatienten - das sind die Ergebnisse einer aktuellen gesundheitsökonomischen Evaluation der TAUNUS BKK zusammen mit PHTS Telemedizin. Die Daten wurden im Rahmen der diesjährigen Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie (DGK) von Prof. Dr. med. Klaus Pethig, Chefkardiologe am Evangelischen Krankenhaus in Hamm, Fabrizio Zucca, Gesundheitsökonom bei PHTS Telemedizin, und der Hochschule Niederrhein am 18. April 2009 dem Fachpublikum vorgestellt.

>> Ziel der aktuellen Untersuchung war die Frage, ob eine telemedizinische Betreuung in einem unselektionierten und breiten Krankenkassenkollektiv zu einer Verminderung der Morbidität führt. Hierfür wurden im Rahmen einer Fall-Kontrollstudie 650 Versicherte der TAUNUS BKK mit zumindest einem vorausgegangenen Krankenhausaufenthalt aufgrund von Herzinsuffizienz zusätzlich zur medikamentösen Therapie der integrierten telemedizinischen Betreuung (Übertragung von Gewicht, Herzfrequenz, Blutdruck) zugeführt und mit einer Kontrollgruppe unter klinischer Standardbehandlung verglichen. Die Patientengruppen waren bezogen auf Alter, Geschlecht und Grunderkrankung vergleichbar ( $n = 2.487$ ).

Nach einem Beobachtungszeitraum von zwölf Monaten lag die Re-Hospitalisationsrate bei  $1,6 \pm 2,5$  in der Kontrollgruppe ( $n = 3.969$ ) versus  $0,7 \pm 1,0$  ( $n = 421$ ) in der Interventionsgruppe; ( $p < 0,001$ ). Die Krankenhausverweildauer lag mit 3,8 versus 13,3 Krankenhaustagen/Jahr und Versicherten in der Interventionsgruppe signifikant niedriger; ( $p < 0,001$ ). Krankenhauskosten für ein Jahr konnten in der Interventionsgruppe gegenüber der Kontrollgruppe signifikant um 70

Prozent ( $3.373 \text{ Euro} \pm 7.082 \text{ Euro}$  versus  $11.257 \text{ Euro} \pm 16.537 \text{ Euro}$ ;  $p < 0,001$ ) gesenkt werden.

„Die Daten der aktuellen Analyse zeigen einen deutlichen Vorteil für herzinsuffiziente Patienten, die ergänzend zur konventionellen Therapie telemedizinisch versorgt werden“, erklärte Pethig im Rahmen der DGK. „Die Patienten erhalten mehr Sicherheit im Alltag, es werden unnötige stationäre Behandlungen vermieden und die medizinische Versorgungsqualität verbessert sich.“

Mit der Senkung der Krankenhauskosten von rund 70 Prozent übertreffen diese Daten die Schätzung der Beratungsfirma Accenture bei weitem, die nur davon ausgeht, dass ein persönliches Coaching die individuellen Leistungskosten der betreuten Hochrisikopatienten um mindestens 15 bis 20 Prozent und damit die Gesamtleistungsausgaben der Krankenversicherer um ein bis zwei Prozent senken kann. <<

**Quelle:** Zucca et al, Einfluss einer telemedizinischen Langzeitbetreuung auf Hospitalisationen und Krankenhausverweildauer bei chronischer Herzinsuffizienz - eine Fall-Kontroll-Studie, Clin Res Cardiol 98, Suppl 1, April 2009, P1402.

## KKH-Allianz fordert mehr Versorgungs-Qualität

>> Der Vorstandschef der KKH-Allianz, Ingo Kailuweit, fordert eine bessere Qualität in der medizinischen Versorgung. „Nicht der gebetsmühlenartige Ruf nach mehr Geld sollte im Mittelpunkt der Diskussionen stehen, sondern Vorschläge, wie Patienten effizienter als bisher geholfen werden kann“, so Kailuweit. „Wer den Menschen mit Schreckensszenarien Angst macht, medizinische Leistungen einschränken will und höhere Praxisgebühren fordert, lenkt vom eigentlichen Problem ab. Wir brauchen dringend mehr Qualität im Gesundheitswesen.“

Untersuchungen der KKH-All-

ianz zufolge wird ein Großteil der Patienten nicht nach medizinischen Leitlinien behandelt, bei Migräne beispielsweise sind das drei von vier Betroffenen. „Das führt zu einem unnötig langen Leidensweg vieler Patienten und treibt Kosten sinnlos in die Höhe“, so Kailuweit. Außerdem müssten regionale Über- und Unterversorgung mit Ärzten ins Gleichgewicht gebracht werden. „Wir brauchen keine starre Bedarfsplanung, sondern müssen vielmehr genau schauen, in welcher Region wie viele Ärzte tatsächlich benötigt werden und entsprechend steuern.“ <<

## Nationale Versorgungsleitlinien künftig bei Kirchheim

>> Das Programm für Nationale Versorgungs-Leitlinien (NVL), eine gemeinsame Initiative von BÄK, KBV und AWMF zur Qualitätsförderung in der Medizin, hat nach einer Ausschreibung einen neuen Verlagspartner gewählt: den Kirchheim-Verlag in Mainz. Insbesondere hätte die hohe Kompetenz des Verlags bei der Kommunikation komplexer medizinischer Inhalte im Rahmen der Selbsthilfe den Ausschlag für die Entscheidung gegeben, erläuterte Prof. Dr. rer. nat. Dr. med. Günter Ollenschläger, der Leiter der Ärztlichen Zentralstelle Qualitätssicherung (ÄZQ), dessen Gesellschaft in Trägerschaft von Bundesärztekammer (BÄK) und Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV) die Organisation der NVL obliegt.

Anlässlich des DDG in Leipzig wurde die erste NVL präsentiert, die bereits gemeinsam mit dem Kirchheim-Verlag realisiert wurde: die NVL „Typ-2-Diabetes: Prävention und Behandlungsstrategien für Fußkomplikationen“. Ziel der nationalen Leitlinien sei es, so Ollenschläger weiter, oft konkurrierende Leitlinien diverser Fachgesellschaften durch einen Konsens zu ersetzen, der „so praxisnah, aber so evidenzbasiert wie möglich“ gehalten sei. Durch diesen Ansatz soll nicht nur die



Verbreitung und Kenntnis über Leitlinien in der Ärzteschaft gestützt, sondern vor allem die Anwendung der Leitlinien im ärztlichen Alltag forciert werden. Derzeit existieren neben dem neuen NVL Diabetes/Fußkomplikationen weitere zu Asthma und COPD und zur koronaren Herzkrankheit. Weitere Leitlinien zu Unipolaren Depression, Herzinsuffizienz, Kreuzschmerz sowie diabetischen Nephropathie und Neuropathie sowie zur Schulung bei Typ-2-Diabetes sind in Arbeit.

Zu allen Versorgungs-Leitlinien existieren Praxishilfen (wie Formulare und Checklisten), zertifizierte Fortbildungsangebote, Patienten-Leitlinien - erstellt durch das Patientenforum bei der Bundesärztekammer - sowie Methoden-Reports, Kommentare und ein Leitlinien-Glossar. Ebenso sind Kitteltaschen-Formate erhältlich. <<

Frank Gotthardt, CompuGroup, im Interview mit MVF:

## „Eigentlich sind wir schon lange gestartet“

Seit vielen Jahren ist die CompuGroup in Deutschland im Bereich der Decision-Support-Systeme für niedergelassene Ärzte tätig, die sich seit der Gründung im Jahr 1979 aus reinen Praxissoftware-Anwendungen (wie Albis, CompuMed, Turbomed) entwickelt haben. Dass die Holding mit ihren Dutzenden von deutschen, aber auch internationalen Tochtergesellschaften einer der Marktführer in der Informationstechnologie für das Gesundheitswesen vor allem im Bereich der Primärversorgung ist, ist hingegen schon weniger bekannt. Als eines der bedeutendsten Zukunftsprojekte seines Konzerns bezeichnet CompuGroup-Gründer und CEO Frank Gotthardt indes die webbasierte Gesundheitsakte Vita-X, die - obwohl noch relativ neu - eines der Kernstücke der künftigen Telematikstruktur in Deutschland werden könnte. Doch bis der Konzern-Claim „Synchronizing the World of Healthcare“ auch in Deutschland Wirklichkeit wird, müssen noch einige Hindernisse aus dem Weg geräumt werden.

**>> Ärzte wollen Patientendaten am liebsten gar nicht zentral gespeichert haben, Ärztelobbyisten rufen zum Boykott von Lesegeräten auf, und fordern gar eine totale Abkehr vom bisherigen Telematiksystem, wie es die Gematik seit sieben Jahren mit hohem finanziellem Aufwand plant. Wie sehen Sie die aktuelle Entwicklung?**

Ich kann die Diskussion über gesicherte Patientendaten, die von der Ärzteschaft intensiv betrieben wird, sehr gut verstehen. Selbstverständlich werden hier auch öffentlich Auseinandersetzungen über Rollenverständnisse von Leistungserbringern ausgetragen, die man oft nicht ganz nachvollziehen kann. Aber bei ihrer Kritik an der Sicherheitsdimension haben die Ärzte teilweise Recht.

**Ist die Frage der Sicherheit nicht eher eine Art Stellvertreterkrieg, wobei es in Wahrheit darum geht, wer sich über die Datenhoheit die besten Voraussetzungen schafft?**

Das mag schon sein. Das will ich auch gar nicht beurteilen. Fakt ist, dass hier zwei grundverschiedene Philosophien in Widerstreit treten: jene der arztzentrierten und jene der patientenzentrierten Datenhaltung.

**Gibt es denn nur Entweder-Oder? Oder wäre gar eine neue Gemeinsamkeit denkbar, die bisher noch gar nicht diskutiert wird?**

Ich glaube, dass langfristig beide Systeme gebraucht werden. Die arztzentrierte Datenhaltung wird vor allem deshalb benötigt, weil der Arzt sicher stellen will und auch muss, dass die von ihm gespeicherten Daten eines Patienten möglichst vielen anderen Leistungserbringern in einer hochqualitativen Art und Weise und zu jeder Zeit und an jedem Ort verfügbar gemacht werden können. Der Patient seinerseits wird zunehmend mündiger und wird alleine deshalb schon eine eigene Datenhaltung



*<< Die leidige Frage nach der Infrastruktur blockiert uns nur >>*

wünschen. Diese beiden Datenstämme müssen eigentlich nur geeignet zusammen geführt werden.

**Warum wird so etwas nicht diskutiert? Folgt man der Argumentation der Gematik, kann es nur ein Datenhaltungssystem geben.**

Bei der aktuellen Diskussion wird oft übersehen, dass Deutschland hinsichtlich der elektronischen Patientenakten bei den Leistungserbringern weltweit einen Spitzenplatz einnimmt. Grundsätzlich gibt es eine hohe Übereinstimmung, dass Patientendaten den verschiedenen Leistungserbringern auch sektorübergreifend zur Verfügung stehen müssen - ob Ärzten, Krankenhäusern, Reha- oder anderen Sozialeinrichtungen. Anders ist das riesige Universum des evidenzbasierten medizinischen oder auch des abstrakten Wissens gar nicht mehr handelbar. Peinlich ist nur, dass Deutschland beim Thema Telematik im weltweiten Vergleich eigentlich super aufgestellt wäre, wenn wir uns nicht über Jahre durch die leidige Frage der Infrastruktur blockieren würden.

**Weil die Gematik versucht, ein Pferd von hinten aufzusäumen?**

Ich würde sagen, dass man sich im Bereich der medizinischen Telematik seit Jahren zu sehr mit der Lösung von Aufgaben aufhält, die weder von den Anforderungen der Beteiligten noch vom marktwirtschaftlichen Geschehen definiert wurden.

**Um mit Altbundeskanzler Kohl zu sprechen, der einmal die Frage nach Datenautobahnen an seinen Verkehrsminister verwiesen hat: Was nützt es, eine sechsspurige Autobahn zu bauen, wenn ich noch gar nicht weiß, ob Pferdefuhrwerke oder Porsches darüber fahren werden?**

Die Frage kann auch lauten, ob überhaupt Autos über diese Auto-



gentlich untergeordnet ist.

**Und blockiert damit eine sich aus dem Markt heraus ergebende Dynamik?**

Wir wären gut beraten, wenn auch im Gesundheitswesen ein Stück mehr Leistung seitens der Unternehmen gefordert würde. Die Politik hat in ihrem redlichen Bemühen, sich um die Infrastruktur zu kümmern, zu sehr aus den Augen verloren, dass der Markt gewillt ist, anstehende Probleme zu lösen. Er kann jedoch nicht warten, bis eine mit tausenden Projektseiten dokumentierte Strecke zurückgelegt ist. Der Effekt ist, dass die Industrie gelähmt, quasi in eine katatonische Starre verfallen ist.

**Was ja auch kein Wunder ist. Die Angst ist durchaus berechtigt, dass Investitionen in den Sand gesetzt werden, weil ein Produkt oder eine Anwendung neben irgendeiner Norm liegt. Was wäre zu tun, um diese Starre zu lösen, diesen gordischen Knoten zu durchschlagen?**

Das ist ganz einfach. Wir brauchen für alle Bürger endlich und sehr zügig den flächendeckend verfügbaren elektronischen Heilberufsausweis und die elektronische Patientenakte. Dieses duale System trägt einfache und sehr nutzwolle technologische Basiskomponenten in sich, die man auch außerhalb einer staatsregulierten Systematik verwenden kann. Aber dies bitte ohne die zentral aufgezwungene Patientenakte der Gematik, gegen die sich der Widerstand immer stärker formiert.

**Außer-, aber nicht innerhalb?**

Auf Basis der beiden Schlüsselprodukte können sich verschiedenste marktwirtschaftliche Systeme der Industrie etablieren, die schnell alle möglichen entsprechenden Anwendungen aufbauen werden. Hierfür werden wiederum Normierungsstellen gebraucht, für die sich die Gematik oder andere DIN-Institutionen verdient machen können.

**Und der Status des Themas Sicherheit?**

Das ist gelöst, zumindest in unserer Anwendung Vita-X.

**Sind Sie sicher?**

Absolut. Das Thema Sicherheit hat drei Dimensionen: Zum ersten müssen die gespeicherten Daten schnell verfügbar sein. Der zweite As-

bahn fahren werden oder müssen. Natürlich ist es schön, dass der Staat dabei hilft, bestimmte Wege zu ebnet. Aber vielleicht wäre es spannender darüber nachzudenken, was man auf diesem Weg erreichen kann. Es ist doch überhaupt noch nicht definiert, welche Anwendungen der medizinischen Telematik Ärzten wirklich helfen. Oder wovon Patienten, Krankenhäuser, Krankenkassen und weitere Beteiligte am Gesundheitswesen am meisten profitieren. Im Moment drückt man sich in der Politik um die Beantwortung dieser zentralen Fragestellung und legt deshalb das ganze Gewicht auf die Technologiefrage, die doch ei-

pekt ist, dass niemand die Daten stehlen kann. Beide Aspekte sind gleich wichtig und durch das doppelte Schlüsselsystem als auch durch die Art der Datenhaltung gesichert. Denn neben den wesentlichen Daten im lokalen EDV-System des Arztes müssen zusätzlich Vernetzungsdaten in einem anderen System zur Verfügung stehen. Ein System mit extrem hoher Sicherheits- und Ausfallgarantie.

**Und die dritte Dimension?**

Der höchste Schutz sind beschlagnahmesichere Patientendaten.

**Wie soll das gewährleistet sein, wenn die Gematik vorschreibt, Kopien der Schlüssel zentral zu verwahren?**

Genau das ist das Problem. Der theoretisch schlimmste Fall ist doch, dass der Staat auf Patientendaten zugreifen kann, eben weil er als höchster Souverän die größte Machtbefugnis hat.

**So viel zum Thema Rasterfahndung mit Daten der Telekom ...**

Die Gematik hat in ihren Konzepten das Thema Schutz vor Beschlagnehmung gar nicht aufgegriffen. Insofern haben die Ärzte mit ihrer generellen Kritik an der Sicherheit von Patientendaten intuitiv vollkommen recht. Dabei könnte die Gematik den Schutz vor Beschlagnehmung durchaus in ihre Konzepte einbauen. Hierzu müsste sie auf die Kopie der Schlüssel, die auf den Karten hinterlegt sind, an zentraler Stelle verzichten. Da diese Pflicht im Moment besteht, käme der Staat jederzeit an die Schlüsselkopie und damit auch an die Reindaten, wenn er wollte.

**Und bei Ihrem Datenhaltungssystem?**

Bei unserer Patientenakte werden die Schlüssel eben nicht zentral gespeichert. Und da die Schlüssel bei uns nicht hinterlegt sind, können die bei uns gespeicherten Daten auch nicht entschlüsselt werden, selbst wenn wir es wollten. Das heißt: Selbst wenn wir eines Tages vom Staat gezwungen werden sollten, entsprechende Patientendaten herauszugeben, könnten wir diesem Wunsch technologisch bedingt nicht nachkommen. Wir könnten nur Datensalat liefern, mit dem niemand etwas anfangen kann.

**Damit ist Versorgungsforschung unmöglich?**

Keineswegs. Aber nur auf einer sehr hohen Aggregationsebene, bei der keinerlei Rückschlüsse auf das Individuum möglich sind. Es ist heute schon möglich, dass ein Patient spezielle Daten für Forschungszwecke freigibt, was er aber jederzeit widerrufen kann.

**Was passiert, wenn jemand seinen Schlüssel zur Patientenakte verliert?**

Nichts. Jeder hat zwar seinen eigenen, persönlichen Schlüssel auf seiner Chipkarte. Doch er kann eine Sicherungskopie geschützt ablegen, indem er Teile dieses Schlüssels an drei verschiedenen Stellen deponiert. Nur mit dem Einverständnis jeder dieser drei Schlüsselträger kann der Schlüssel rekonstruiert werden. Weitere Möglichkeiten sind, die Schlüsselkopie in einen Safe zu legen oder sie einer Person höchsten Vertrauens zu geben.

**Wer kann das sein?**

Ein Verwandter, ein Notar oder eine andere Truststelle. Ich persönlich würde den Schlüssel dem Arzt meines Vertrauens übergeben. Aber das muss jeder für sich selbst entscheiden.

**Sie sprachen davon, dass Deutschland in der Thematik an sich gut aufgestellt wäre. Was meinen Sie damit?**

*<< Der höchste Schutz sind  
beschlagnahmesichere Daten >>*

Das liegt vor allen daran, dass bei uns schon über 80 Prozent der Patientendaten digital erfasst werden. Im Prinzip fehlt nur noch die Weiterreichung dieser Daten von Arzt zu Arzt, von Leistungserbringer zu Leistungserbringer.

Wobei diese Daten oft genug falsch codiert werden, wie zu lesen ist.

Das ist eine Diskussion, die im Zuge der Gesundheitsreform geführt wird. Seitdem vor ein paar Jahren die ICD-10-Systematik installiert wurde, hat sich viel verbessert. Mit dem Morbi-RSA wurde auch eine Codierungspflicht eingeführt, wobei man im Prinzip gar nicht falsch codieren kann, wenn statt altmodischem Klartext moderne Ziffernsysteme mit entsprechenden Katalogen verwendet werden. Bei diesem System müsste man schon mutwillig falsch codieren, doch das kann ich mir wirklich nicht vorstellen.

Wie kommt es zu dieser hohen Digitalisierungsquote in Deutschland?

Hier muss ich eine Lanze für das deutsche KV-System brechen, das in ihrem vornehmlich auf das Finanzthema ausgelegtem Clearingverständnis auch eine Art von gerechtem Honorarverteilungssystem geschaffen hat bzw. ständig danach strebt. Doch das setzte nun einmal eine hohe Digitalisierungsquote voraus.

Anders als in den USA?

In den USA ist es genau umgekehrt: Dort werden in der Primärversorgung lediglich rund 20 Prozent der medizinischen Daten digital erfasst. Insofern hätten wir in Deutschland eine ausgezeichnete Ausgangssituation für die medizinische Telematik.

Trotzdem schauen die Deutschen immer mit gläubigen Augen über den Teich.

Amerika ist natürlich im Bereich der Durchdringung der Medizintechnik meilenweit voraus. Auch sind die Hightech-Krankenhäuser wirklich Weltspitze. Aber in der IT-Infrastruktur, im Wissensmanagement oder im Decision-Support-System in der Primärversorgung können wir den USA sicherlich mehr als das Wasser reichen.

Auch in der Art und Weise, wie Themen angegangen werden?

Nein. Die Herangehensweise von Präsident Obama beweist schon eine gesunde Art von Pragmatismus. Er hat zu Recht erkannt, dass in Amerika die IT im Gesundheitswesen weit zurück ist, und gibt nun entsprechend Gas. Aber nicht, indem wie in Deutschland Infrastrukturen für teuer Geld aufgebaut werden, sondern indem der Aufbau der IT mit wirklich ansehnlichen Beträgen subventioniert wird. Aber damit das Ganze nicht in einem nutzlosen Infrastrukturwahn endet, heißt es in dieser Gesetzesvorlage, dass nur solche eHealth-Produkte und -Maßnahmen gefördert werden, die auch sinnvoll sind. Es geht also nicht darum, eine gute Infrastruktur darzustellen, sondern den medizinischen oder systemischen Nutzen zu fördern.

Und was ist sinnvoll?

Was nun sinnvoll ist oder nicht, wird noch in diesem Jahr definiert. Natürlich wird wie in Deutschland das elektronische Rezept dazu gehören, die elektronische Patientenakte und die Datenvernetzung als solche. Darüber hinaus wird es sicherlich noch weitere konkrete Themen geben, wie z.B. die medizinischen Decision-Support-Systeme.

Und das alles wird dann privatwirtschaftlich organisiert?

Das ist Business, wie man es sich wünscht. Die Guten werden sich durchsetzen, die Schlechten auf der Strecke bleiben. Und die Infrastruktur bleibt dort, wo sie hingehört: nämlich im Status eines notwendigen Etwas, das einfach funktionieren muss, aber das nicht ins Zentrum des Geschehens geraten darf.

Ist vor diesem Szenario ihr Einstieg bei Noteworthy zu werten?

Wir wollen in den amerikanischen Markt, zumindest in den der Primärversorgung. Und dazu brauchen wir eine solide Basis.

Wird die Intellectual Property von den USA nach Deutschland transferiert?

Schon eher von Deutschland nach Amerika. Doch wir versuchen so zu handeln, dass es beiden gut tut - uns hier in Deutschland und den USA. Doch um zu adaptieren oder zu übernehmen, muss man erst einmal die Gesetzmäßigkeiten verstehen. In dieser Phase befinden wir uns zur Zeit.

Was bräuchten Sie, um mit vernetzten Systemen endlich zu starten?

Eigentlich sind wir schon lange gestartet. Die wichtigere Frage ist, wann wir endlich durchstarten und unsere existenten Systeme so skalieren können, dass durch die Vernetzung auch wirklich flächendeckend Nutzen gestiftet wird. Dazu müssen wir auch in der Lage sein, mit Leistungserbringern und Kassen kleinräumige oder auch diagnose- und diseasebezogene integrierte Verträge zur Leistungssteigerung und zur Qualitätsverbesserung schließen zu können.

Schon jetzt beginnen mit Microsoft, Google und Adobe globale Player zu agieren. Meinen Sie, dass Ihr Unternehmen in dem sich entwickelnden Markt der Patientendaten reüssieren wird?

Es wird sicher Raum für mehrere Anbieter geben. Aber wir glauben durchaus, dass wir einer der Marktführer werden. Natürlich wird es viele unterschiedliche Dienste geben, die zueinander komplementär oder konkurrierend sind. Also Wettbewerb per se, was aber nicht heißen kann, dass jeder machen darf, was er will. Hier bin ich auf der Linie der Gematik, deren Grundidee der kompatiblen Datenstrukturen durchaus richtig ist.

Wo wollen Sie denn mit Ihrem Unternehmen in fünf Jahren stehen?

In fünf Jahren wollen wir in Amerika, aber auch in Asien eine signifikante Abdeckung erreicht haben. Dazu gehört auch Wachstum. Wenn wir weiterhin so stark wachsen können wie bisher - die Compugroup macht zur Zeit einen Konzernumsatz von rund 300 Millionen Euro - werden es in rund fünf Jahren wohl rund 700 bis 900 Millionen sein. Die Milliarde in greifbarer Nähe hört sich spannend an.

Und von der Bedeutung für den Gesundheitsmarkt?

In Europa sind wir jetzt schon ein Unternehmen, das ganz vorne mitspielt. International möchten wir auch in die erste Liga vorstoßen, was uns bisher durch die Dominanz der großen Krankenhaus-Informationssysteme in den USA noch nicht gelungen ist. Aber unsere gute Position in der Primärversorgung zusammen mit unseren eHealth-Produkten ist der Schlüssel zu unserem Erfolg. Bereits heute sind wir das Softwareunternehmen mit der größten Reichweite bei den Ärzten weltweit. Im stationären Bereich sehen wir ein Weiteres wichtiges Standbein. Hier müssen wir allerdings noch einen Zahn zulegen. <<

Das Gespräch führte MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier

Der sanfte Start eines Capitation-Modells

# Wo Solidarität auf Medizin trifft

**D**as Solinger Gesundheitsnetz Solimed hat mit möglicherweise richtungsweisenden Integrationsverträgen Aufmerksamkeit erzielt. Im MVF-Gespräch: Dr. med. Stephan Kochen, Geschäftsführer Solimed und Karsten Menn, Geschäftsbereichsleiter Leistungen und Verträge der Landesgeschäftsstelle NRW der Barmer Krankenkasse.

>> Der Gesundheitsfonds wird den Kassenwettbewerb intensivieren. Dazu zählt sicherlich auch ein Wettbewerb um mehr Versorgungsqualität - für den Kranken - und um mehr Wirtschaftlichkeit - für die Solidargemeinschaft. Inwieweit gilt das auch für Ihren Vertrag mit Solimed?

Menn: Die Barmer ist immer für mehr Vertragsfreiheit und damit für mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen eingetreten. Heute haben wir mehr Chancen, die seit Jahren gestellten Forderungen auch zu realisieren. Der Vertrag in Solingen ist nicht die x-te Abschrift eines etablierten Vertrages, vielleicht wird der Solimed-Vertrag aber einmal ein Muster für vertragliches Handeln. Darüber reden wir aber erst, wenn wir über eine hinreichende Beobachtungszeit verfügen und Erfahrungen aus Controlling und Monitoring, Evaluation und vielleicht auch Benchmarking vorliegen haben.

Wird sich nicht die Versorgungsqualität in Solingen zwangsläufig verbessern, da schon Erfahrungen aus anderen Netzen und Verträgen zeigen, dass alleine eine standardisierte Kommunikation und Informationsaustausch unter den an der Versorgung eines kranken Menschen Beteiligten dazu geeignet ist, die Versorgung zu steigern?

Menn: Wirtschaftlichkeit erschöpft sich natürlich nicht in Vergütungs- vor- oder nachteilen. Vielmehr steht die Versorgungsoptimierung bei gleichbleibender Wirtschaftlichkeit für die Barmer immer im Vordergrund. Es geht uns nicht in erster Linie darum Geld zu sparen, sondern die Wirtschaftlichkeitsreserven für eine Versorgungsoptimierung und -verbesserung zu heben und letztlich im System zu lassen. Davon profitieren alle Beteiligten, an erster Stelle die Patienten, aber auch die an der Behandlung Beteiligten und auch die Barmer.

Immer werden Krankenkassen nach Wettbewerbsaspekten ihres Handelns gefragt. Wie sieht das denn auf der Leistungserbringerseite aus?

Kochen: Wenn Sie damit die Frage aufwerfen wollen, ob unser Bemühen um gute Integrationsverträge auch Wettbewerbshandeln im Umfeld ärztlicher Organisationen, Verbände und Körperschaften ist, dann sage ich nein. Jedenfalls wird unsere Gesellschaft keine Konkurrenzorganisation zur Kassenärztlichen Vereinigung. Die Gesellschafter von Solimed - Unternehmen Gesundheit sind Haus- und Fachärzte, sowie die drei Solinger Kliniken. Insofern gibt es viele Parallelen zur KV. Wir halten auch die innerärztliche Solidarität für ein wichtiges Merkmal und achten - wie die KVen - auf ein gemeinsames Handeln von Haus- und Fachärzten. Wir wollen uns hier in Solingen nicht auseinanderdividieren lassen. Wir sind sozusagen additiv in dieses Gesundheitswesen eingestiegen, wissen allerdings auch, dass damit auf Leistungserbringerseite natürlich auch Konflikte vorprogrammiert sind. Diese muss man im Interesse der Sache lösen. Die Solimed GmbH hat selbstverständlich auch die wirtschaftlichen Interessen ihrer Gesellschafter, ihrer Mitglieder zu vertreten. Dazu scheuen wir - sonst wären wir nicht angetreten - auch keinen Wettbewerb in der Sache; aber primär für den Patienten und für eine höhere Qualität, und nicht als Instrument der Ausgrenzung.

Der Großteil der bundesdeutschen IV-Verträge hat einen indikativen

Hintergrund. In Solingen arbeiten Sie in beiden Verträgen populationsorientiert. Das heißt, dass sich ein Solinger Patient einschreiben kann, unabhängig von seiner Krankheit, den medizinischen Notwendigkeiten etc. Auch wenn Sie keine Konkurrenzsituation mit der KV heraufbeschwören wollen: Ist das nicht der Einstieg in die Regelversorgung?

Kochen: Als Verein, als GmbH (Unternehmen Gesundheit) und jetzt auch als Vertragspartner von AOK und Barmer haben wir uns immer als Bindeglied zwischen Hausärzten und Fachärzten und als sektorenübergreifender Partner für unsere Krankenhäuser gesehen. Nun ziehen 75 Ärzte in eigener Praxis und alle drei Solinger Kliniken an einem Strang, insbesondere die damit gute Abstimmung und Kooperation ist für unsere Patienten ein wichtiger Faktor.

Was war denn dazu nötig, wenn man alleine an die Organisation denkt?

Kochen: Wir haben auch organisatorisch alles getan, um eine echte Kooperation in dieser Region zu ermöglichen. Aus Gesprächen mit unseren Patienten wissen wir, dass das gut überkommt. Elektronische Patientenakte, intensive innerärztliche Kommunikation und insbesondere die sektorübergreifende, abgestimmte medizinische Behandlung sowie die effektiven Absprachen zum Schnittstellenmanagement sind schon wichtige Beispiele. Dazu haben wir sogenannte Behandlungspfade auf der Basis der Leitlinien der Fachgesellschaften erarbeitet. Hier legen wir den Rahmen der Behandlung fest, insbesondere an den Schnittstellen mit Definition der Verantwortung, Zeitfenster und Kommunikation und Dokumentation. Mit diesem straff strukturierten Pfad wollen wir sowohl die medizinische als auch die Prozessqualität steigern. Basis dazu ist unsere seit Januar 2008 bestehende EDV-Vernetzung mit dezentraler elektronischer Patientenakte.

Was ja nichts anderes als Regelversorgung ist.

Dies stellt im Rahmen der Möglichkeiten des § 140 SGB V theoretisch einen Einstieg in die Regelversorgung dar, wir betrachten dies aber als Modellprojekt, um neue Konzepte und Wege im Gesundheitswesen zu erproben und evaluieren.

Die Barmer greift mit diesem Vertrag ja auch Themen auf, die in den Bemühungen ihrer Kasse seit jeher schon eine große Rolle gespielt haben. Denken wir nur an die Arzneimittelsicherheit oder an die Prävention. Welchen speziellen Nutzen will die Barmer denn erschließen? Auch unter Beachtung der sicherlich entstehenden Zusatzkosten.

Menn: Zusatzkosten kann und wird sich keine Kasse unter den Bedingungen des Gesundheitsfonds mehr leisten können. Aber ich bin davon überzeugt, dass das Konzept Solimed geeignet ist, die Zusatzkosten an anderer Stelle einzusparen. Arzneimittelsicherheit war schon ein Thema unseres 2005 geschlossenen Hausarzt- und Hausapothekenvertrages. Letztlich gibt es jährlich zwischen 25.000 und 30.000 Tote durch unbekannte und unerwünschte Wechselwirkung von Arzneimitteln. Das sind mehr Tote als durch Verkehrsunfälle verursacht werden. Und dass die Barmer für

Prävention steht, das ist Tradition seit Jahrzehnten. Und Prävention zahlt sich mittelfristig immer aus. Dieses ist eine hinreichend belegte These, dass es rein finanziell betrachtet lohnenswerter ist, eine Krankheit früh zu erkennen als zu spät, und für das Wohl des Patienten ist es allemal besser. Wir wollen letztlich die Patienten zu mehr Eigenvorsorge und Eigenverantwortung ermuntern und animieren, und dafür dienen diese Präventionsangebote. Präventionsangebote für unsere Kunden sind aber auch, und das gebe ich an dieser Stelle gern zu, ein Instrument zur Kundenbindung. Dieser Vertrag könnte eine Blaupause für andere Verträge und Regionen werden, wenn wir hier den Beweis der Wirksamkeit feststellen können. Dann wäre der zwangsläufig und konsequente nächste Schritt der roll out auf weitere Regionen.

Kochen: Wir sind froh, dass in Zeiten des Gesundheitsfonds, des Morbi-RSA und des Denkens in Deckungsbeiträgen präventives Gedankengut erhalten bleibt. Wir brauchen nicht nur mehr Primärprävention, sondern auch verstärkte sekundäre und tertiäre Prävention. Wir betrachten die mit der Barmer realisierten Präventionsangebote auch als Einstieg in das Gespräch mit unseren Patienten. Wir wollen dies nutzen, um die Motivation und Compliance bei der Umsetzung von Empfehlungen zum gesunden Lebensstil (Gewicht, Rauchen etc.) zu verbessern. Die Barmer unterstützt dies mit einem Anreizsystem in Form von Bonusmodellen, desweiteren nutzen wir - in Kooperation mit der VHS Bergisches Land - unsere Solimed-Gesundheitsakademie, um Bürger über Präventionsangebote und -möglichkeiten zu informieren. Die Themen Prävention, Compliance und Adherence liegen uns am Herzen.

#### Wie sieht denn der Rahmen der Investition auf der Leistungserbringerseite und das finanzielle Engagement der Kasse nun genau aus?

Kochen: In der Tat haben wir die Voraussetzungen für diesen Vertrag erst geschaffen. IT ist unerlässlich, aber IT kostet auch Geld. Kommunikation verbessern erfordert gleichsam Investition. Solimed hat dafür allein in 2007 und 2008 ein Investitionsvolumen in Höhe von rund 700.000 Euro aus eigener Kraft und Eigenmitteln gestemmt. Jeder Gesellschafter, jede Klinik musste seine EDV auf Isynet/MCS umstellen, bzw. sein KIS an die Netzsoftware comdox anpassen. Dazu kamen die Geschäftsführungskosten in 2007 und 2008. Wir betrachten dies als Investition in die Zukunft und sind mit einem Modell der Vollversorgung - unter Beratung von Hanswerner Voss, Managing Partner GCN-HealthNet, Landshut - an mehrere Krankenkassen herangetreten. Die Barmer und die AOK Rheinland/HH hatten die Kompetenz und Kapazität, mit uns gemeinsam ein Modell der Vollversorgung auf der Basis eines IV-Vertrages zu erarbeiten. Aus diesen beiden Verträgen heraus haben wir eine Anschubfinanzierung erhalten, die es ermöglicht, Teile unserer Investitionen abzudecken und insbesondere in 2009 die Geschäftsführungskosten zu decken. Aus diesen Verträgen wollen wir uns langfristig finanzieren und erwarten spätestens ab 2010 Einnahmen, die uns auch eine weitere Entwicklung und Aufbauarbeit ermöglichen.

#### Und wie geht es nach Ende der Anschubfinanzierung weiter?

Menn: Leider ist zum 1. Januar dieses Jahres die IV-Anschubfinanzierung weggefallen, so dass wir Solimed leider nicht in der Form unterstützen können, wie sie es sich gewünscht hätte. Der Gesundheitsfonds lässt eine Investition nur noch dann zu, wenn eine Gegenfinanzierung, das heißt eine Einsparung an anderer Stelle, kurzfristig realistisch erscheint. Wir sind aber davon überzeugt, dass die Netzkonstruktion von Solimed dafür geeignet ist, sowohl die traditionell angeprangerten Doppeluntersuchungen zu vermeiden, wobei die finanziell noch nicht einmal die ganz große Rolle spielen. Aber im Bereich der Arzneimittelversorgung stecken noch Einsparpotenziale, alleine durch die Verzahnung von ambulantem haus- und fachärztlichen Bereich an der Schnittstelle zum Krankenhaus-

sektor. Denn dass sich niedergelassene Ärzte und Krankenhausärzte auf einheitliche Behandlungspfade sowie eine einheitliche Positivliste in der Pharmakotherapie verständigen können, ist meines Wissens einmalig in der Bundesrepublik. Aber auch durch eine vernünftige Schnittstelle zwischen haus- und fachärztlicher Versorgung werden sich Krankenhausaufenthalte vermeiden lassen. Damit ist eine ausreichende Basis gegeben, die Ausgaben rezufinanzieren. Und letztlich ist die Verbindlichkeit, für die Solimed einsteht, das Entscheidende und Neue, aber auch Innovative an diesem Vertrag. Denn hier wird nicht nur die Absicht bekundet, sich zu vernetzen, bei Solimed sind bereits seit mehr als zwölf Monaten ohne entsprechende Kassen-Verträge die Vorbereitungen dafür getroffen worden. Und was die Präventionsangebote anbelangt, so werden die nicht anders vergütet als in der Regelversorgung. Wir haben uns nur auf Mehrleistungen verständigt und sind davon überzeugt, dass uns die Solimed-Ärzte dabei unterstützen, mehr Versicherte als in der Regelversorgung für diese Präventionsangebote zu gewinnen. Wir wollen mit diesem Vertrag keine Gewinne erzielen oder eine Versorgung nach einem Sparmodell entwickeln, sondern werden die Einsparungen, die erzielt werden, im System zur Weiterentwicklung investieren.

#### Die Kassen scheinen verschiedene Finanzierungswege mit Solimed zu beschreiten. Welche sind das?

Kochen: Mit der AOK haben wir einen IV-Vertrag abgeschlossen, der über eine Phase der reinen Kostenbetrachtung und Analyse von eventuellen Schwachstellen über ein sogenanntes virtuelles Globalbudget letztlich zu einem Capitation-Modell führen soll und auch kann. Dabei werden alle Kostenbereiche erfasst und in die Kalkulation einbezogen. Eventuelle Effizienzeffekte werden an das Netz ausgeschüttet. Der Vertrag mit der Barmer beinhaltet ein verbessertes Präventionsangebot sowie strukturelle Maßnahmen zur Verbesserung der Pharmakotherapie. Ebenso soll die medikamentöse Behandlung besser abgestimmt werden, dies insbesondere durch einen intensiveren Datenaustausch zu verordneten Medikamenten und Diagnosen sowie strukturierte, sektorübergreifende Empfehlungen zur Medikation. Die Barmer honoriert diesen Aufwand durch eine sogenannte Betreuungspauschale zur Pharmakotherapie sowie eine Beteiligung von Solimed an eventuellen Effizienzeffekten.

#### Das sind demnach erste Schritte in Richtung Capitation?

Kochen: Das ist möglich, bis dahin wollen wir mehrere Zwischenschritte einlegen und auf jeder Stufe Qualität und Effizienz betrachten. Sollten diese Stufen beide Faktoren erfolgreich abbilden, wären wir auch an dieser Endstufe interessiert, schließlich beinhaltet dieses Modell auch einen größeren Handlungsspielraum für die Gesellschafter von Solimed.

#### Welche Entwicklungen würden Sie künftig begrüßen?

Menn: Der Vertrag mit Solimed muss sich natürlich auch für die Barmer rechnen, nicht nur finanziell. Wir möchten in dieses hervorragende Netz natürlich auch Elemente eines wohlverstandenen Versorgungsmanagements hineinbringen. Und so mehr Versorgungsqualität und damit mehr Wirtschaftlichkeit herbeiführen. Im Übrigen ist der Solimed-Vertrag ein Rahmenvertrag, der noch um zusätzliche Module erweitert werden kann.

Kochen: Ich wünsche mir, dass wir unser Konzept einer umfassenden Steuerung der Behandlungskette mit den beiden Kassen - unter Umständen auch mit Unterstützung Dritter - wissenschaftlich begleiten lassen können. Wir erwarten eine qualitativ verbesserte medizinische Versorgung mit einer höheren Wirtschaftlichkeit und möchten dies auch plausibel darlegen können. <<

Das MVF-Gespräch begleitete Klaus H. Richter  
(gut.gesundheit.consulting, Wuppertal)



## 9. ECCEO in Athen: Osteoporose-Kosten in Europa

# Steigende Kosten einer „stillen Epidemie“

Von der Weltgesundheitsorganisation WHO wurde Osteoporose vor kurzem als ein vorrangiges globales Gesundheitsproblem eingestuft. Die auch als „stille Epidemie“ bezeichnete chronische Erkrankung, in deren Verlauf die Knochen porös werden und dadurch leicht brechen, stellt ein weltweites Problem mit zunehmender Bedeutung dar, da die Weltbevölkerung immer größer und älter wird. Neuere Schätzungen gehen davon aus, dass sich allein in der EU etwa 3,8 Millionen Menschen Frakturen aufgrund von Osteoporose zuziehen, wovon 0,89 Millionen Hüftfrakturen sind.

>> „Etwa 30 Prozent aller postmenopausalen Frauen in Europa haben Osteoporose und mehr als 40 Prozent von ihnen werden in ihrem Leben osteoporotische Frakturen erleiden“, erklärte Professor Adolfo Diez-Perez auf der von Amgen organisierten Pressekonferenz unter dem Titel „Osteoporosis: The true cost to Europe“, die im Rahmen des 9. European Congress on Clinical and Economic Aspects of Osteoporosis and Osteoarthritis (ECCEO) in Athen stattfand. Das Problem an Osteoporose ist, dass die Krankheit asymptomatisch ist und häufig unerkannt bleibe, bis eine Fraktur der Hüfte, Wirbelsäule oder des Handgelenks auftrete.

Doch nicht nur Frauen, sondern auch Männer sind von Osteoporose betroffen: „15 bis 30 Prozent aller Männer erleiden mindestens eine Fragilitätsfraktur in ihrem Leben“, so Adolfo Diez-Perez, Medizin-Professor an der Autonomous University of Barcelona. Die Inzidenz von Hüftfrakturen sei in den europäischen Ländern von 2001 bis 2007 um 30 bis 100 Prozent angestiegen. „Im Jahre 2000 ereigneten sich insgesamt 3,79 Millionen osteoporotische Frakturen, von denen schätzungsweise 0,89 Millionen Hüftfrakturen waren.“ In Europa sterben 24 Prozent der Frauen und 33 Prozent der Männer innerhalb eines Jahres nach einer Hüftfraktur. Adolfo Diez-Perez führte weiter aus, dass von den „Überlebenden etwa 40 Prozent nie wieder ohne Hilfe gehen, und bis zu 80 Prozent nicht in der Lage sind, alle Aktivitäten des täglichen Lebens alleine bewältigen können“. Und

ein Drittel der Patienten lebten ein Jahr nach der Fraktur in einem Pflegeheim.

Wie schwerwiegend Osteoporose tatsächlich ist, veranschaulichte Diez-Perez anhand eines Vergleichs mit anderen Krankheiten: So verbringen Frauen im Alter über 45 Jahren wegen Osteoporose mehr Tage im Krankenhaus als wegen vielen anderen Krankheiten wie beispielsweise Diabetes, Herzinfarkt und Brustkrebs. Darüberhinaus beeinträchtigten Schmerzen und Verlust der Selbstständigkeit aufgrund der Krankheit auch das psychische Wohlbefinden der Patienten und verringern letztlich die Lebensqualität. Doch neben den individuellen Leiden der einzelnen Patienten verursachten Osteoporosefrakturen auch eine beträchtliche finanzielle Belastung für das Gesundheitssystem. „In Europa werden die gesamten direkten medizinischen Kosten auf über 36 Milliarden Euro jährlich geschätzt. Wir erwarten, dass diese Kosten aufgrund der alternden Bevölkerung bis zum Jahr 2050 auf 76,7 Milliarden Euro ansteigen werden“, erläuterte Diez-Perez. Besonders Hüftfrakturen sind mit den höchsten Kosten verbunden, da die Patienten lange Zeit im Krankenhaus verbringen müssten und mindestens ein Drittel die Eigenständigkeit verliere. „In Europa werden die Kosten für die Versorgung von Patienten im ersten Jahr nach einer Hüftfraktur auf etwa 14,7 Milliarden Euro geschätzt. Wenn man alle osteoporotischen Frakturen miteinschließt, erhöhen sich die Kosten auf 25 Milliarden Euro.“



Prof. John Kanis und Prof. Adolfo Diez-Perez auf der Amgen-Pressekonferenz zum Thema „Osteoporosis: The true cost to Europe“ im Rahmen des 9. European Congress on Clinical and Economic Aspects of Osteoporosis and Osteoarthritis (ECCEO) in Athen.

Professor John Kanis, emeritierter Medizin-Professor der Universität Sheffield und Direktor des WHO Collaborating Centre for Metabolic Bone Diseases zeigte auf, dass die Risikoabschätzung für osteoporotische Frakturen eine herausragende Rolle bei der Prävention und Behandlung der Krankheit spielt: „Das Risiko weiterer Frakturen ist um mehr als das Zweifache erhöht bei Patienten, die bereits eine Hüft- oder Wirbelfraktur erlitten haben.“ Die WHO hat zur Berechnung des Frakturrisikos den sogenannten FRAX (Fracture Risk Assessment Algorithm) entwickelt. Mit diesem Online-Tool werden individuelle Risikofaktoren wie Alter, Geschlecht, Gewicht, Größe und Knochenmineraldichte (BMD) des Oberschenkelhalses berechnet.

Auch andere relevante klinische Risiko-Faktoren wie eine frühere Fragilitätsfraktur und familiäre Vorbelastung durch Hüftfrakturen werden bei den Berechnungen

berücksichtigt. „Das FRAX-Modell wurde aus Studien an bevölkerungsbasierten Kohorten aus Europa, Nordamerika, Asien und Australien entwickelt“, erklärte Kanis. Berechnet wird dabei die individuelle 10-Jahres-Wahrscheinlichkeit einer Osteoporose-Fraktur als Prozentzahl. Dieser Wert soll den Ärzten als Orientierungshilfe bei Therapieentscheidungen dienen. Die Identifizierung und Behandlung von Menschen mit einem erhöhten Risiko für osteoporotische Frakturen ist unerlässlich, um die Morbidität und Mortalität durch die Krankheit zu reduzieren, resümierte Kanis. Um den Knochenschwund zu verlangsamen und das Frakturrisiko zu senken, gibt es verschiedene Behandlungsmöglichkeiten - neben spezieller Ernährung und Sportübungen in Kombination mit Arzneimitteln, befinden sich einige neue Therapien - wie z.B. Denosumab in der Zulassungsphase. <<

Der Aktionsplan Rheuma und „Zukunft Rheumatologie“ kämpfen für eine bessere Versorgung

# Dringend gesucht: 700 Rheumatologen

Es klingt recht positiv: Die Zahl der niedergelassenen internistischen Rheumatologen ist kontinuierlich angestiegen. Auch die Zeiten, bis Neubetroffene in fachärztliche Versorgung kommen, sind gesunken. Und mit durchschnittlichen jährlichen Wachstumsraten von knapp 21 Prozent hat sich dieser Arzneimittelmarkt der Basistherapeutika zur Therapie der rheumatoiden Arthritis seit 2004 mehr als verdoppelt, was auf eine inzwischen wohl etwas leitlinien-kongruentere Arzneimittelversorgung als früher hindeutet. Damit gab es in der Zeit, seitdem die Deutsche Rheuma-Liga vor nunmehr vier Jahren ihren ersten nationalen Aktionsplan Rheuma veröffentlicht hat, durchaus einige Verbesserungen; doch eben auch Rückschritte vornehmlich im Abbau von Lehrstühlen für Rheumatologie, der ärztlichen Honorierung und der Hilfsmittelversorgung, weshalb in der gerade erschienenen Neuauflage des Aktionsplans 2009 eher ein besorgniserregendes Bild der Rheumaversorgung gezeichnet wird.

>> „Die großen Fortschritte, die es besonders bei der medikamentösen Behandlung der entzündlich-rheumatischen Erkrankungen gegeben hat, kommen bei vielen Betroffenen nicht an“, konstatiert Prof. Dr. med. Erika Gromnica-Ihle, die Präsidentin der Deutschen Rheuma-Liga, im Vorwort zum neuen Aktionsplan. Eine Erklärung dafür liefert die Betrachtung der Pro-Kopf-Umsätze mit Basistherapeutika auf Basis von rund 3.800 regionalen Zellen zum Ort der Verordnung (s. S. 13), denn nach Erkenntnissen von INSIGHT Health gibt es eine deutliche regionale Konzentration der Verordnungsumsätze, die regional zwischen wenigen Cent und nahezu 700 Euro schwanken.

## Es fehlen schlichtweg Ärzte

Dabei entfallen die hohen Pro-Kopf-Umsätze je Einwohner überwiegend auf die Zentren der deutschen Großstädte und demnach auf Orte, an denen die (fach)ärztliche Versorgung tendenziell zum einen ausreichend ist, wo aber zum anderen rheumatologische Schwerpunktpraxen bzw. Experten auch Patienten aus dem nahen Umland betreuen. Den Spitzenreitern in der Verordnung (Berlin, Freiburg und Mannheim) stehen aber nahezu 83 Prozent aller Regionalzellen gegenüber, in denen DMARDs im Wert von weniger als acht Euro je Bürger verordnet werden. Das ist im Prinzip der handfeste Beweis dafür, dass die in diesen Regio-

nen medikamentös therapierten Patienten hier vermutlich weniger leicht Zugang zu innovativen Arzneimitteln erhalten als anderswo. Das liegt jedoch nun nicht per se an der Region, eine Ausnahme macht das Bundesland Mecklenburg-Vorpommern, in dem einige rheumatologische Schwerpunktzentren - allen voran Greifswald - für eine punktgenaue Massierung der Arzneimittelverordnung (s. S. 12 Chart rechts) sorgen, sondern die regionale Ungleichverteilung von Ärzten und Fachärzten. „Allein für die Versorgung der erwachsenen Patienten ergibt sich laut der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie ein Bedarf von mindestens 1.300 Rheumatologen“, rechnet Dr. Edmund Edelmann, der erste Vorsitzende des Berufsverbandes Deutscher Rheumatologen, kürzlich auf einer Pressekonferenz zur „Zukunft Rheumatologie“ in Berlin vor. Anders herum gesagt fehlen allerdings 700 Rheumatologen in der ambulanten Versorgung, denn es gibt nun mal zur Zeit weniger als 600 praktizierende Rheumatologen - doch die sitzen nun einmal eben vornehmlich in den Städten.

Da der Berufsverband es als eine seiner Aufgaben ansieht, dieser Situation aktiv entgegenzuwirken, unterstützt Edelmann das Projekt „Weiterbildungsassistent“, mit dem die Zugangsbarriere zur Facharztweiterbildung herabgesetzt werden soll. Bei diesem Programm können sich Ärzte für die Zeit ihrer Weiterbildung für ein

monatliches Stipendium in Höhe von 2.000 Euro für maximal zwei Jahre bewerben. Das Geld dafür kommt von Wyeth BioPharma, das jährlich rund fünf Ärzten diese Unterstützung gewähren will. Ein durchaus überschaubarer Invest, wenn man bedenkt, dass Wyeth der größte Anbieter von Rheumamedikamenten („Enbrel“, „Lantarel“) ist. Dies ist jedoch weniger dem Marketing, sondern mehr dem Wirkstoff geschuldet: Ende des letzten Jahres wurden für den Enbrel-Wirkstoff „Etanercept“ auf dem „American Congress of Rheumatology“ in San Francisco erstmals Zehn-Jahres-Daten präsentiert. Diese zeigten, dass die klinische Wirksamkeit des Biologicals auch bei langfristiger Anwendung nicht nachlässt und auch auf lange Sicht keine zusätzlichen Nebenwirkungen auftreten. Und dies wirkt sich natürlich auf die stetige Erweiterung der Zulassungen und damit auf den zu erwartenden Umsatz aus.

## Junge Ärzte heranzuführen

Doch Wyeth ist nicht nur in der „Weiterbildungsassistent“ engagiert. Wesentlich früher setzt das Projekt „Fritz-Hartmann-Akademie“ an, eine ebenfalls von dem Unternehmen unterstützte Einrichtung des Regionalen Kooperativen



Rheumazentrums Hannover e.V. (RKRH). Da im Studium Medizinstudenten mit der Rheumatologie kaum in Berührung kommen - was als ein wesentlicher Grund angesehen wird, weshalb nur wenige Studierende später den Beruf des Rheumatologen einschlagen, - bietet die Akademie Veranstaltungen zum Erfahrungsaustausch zwischen Studenten, Assistenzärzten und erfahrenen Rheumatologen aus Wissenschaft und Praxis an.

Das ist sicher auch ganz im Sinne des Namensgebers Professor Dr. Fritz Hartmann (1920 bis 2006), der als der erste Rektor der Medizinischen Hochschule Hannover entscheidend dazu beitrug, dass die Rheumatologie in Deutschland den Vergleich mit anderen klinischen Fächern längst nicht mehr scheuen muss und universitäre Rheuma-Institute

und Kliniken international an der Spitze in Grundlagenforschung und klinischer Entwicklung stehen. In der neuen Akademie können sich nun Medizinstudenten „ein Bild vom spannenden und zukunfts-trächtigen Berufsfeld Rheumatologie machen“, wie Dr. Inge Ehlebracht-König vom Rehasentrum Bad Eilsen, die Vertreterin des RK-RH, meint. Denn das erklärte Ziel sei es, bereits Studierende für das Fach zu begeistern und hierdurch die Weiterbildung zum Rheumatologen zu fördern.

Da im Zeitraum seit der Auflage des letzten Aktionsplans Lehrstühle für Rheumatologie abgebaut worden sind, könnte dieser Plan aufgehen, wenn mehr junge Studierende für die Rheumatologie gewonnen werden können, die dann ja eigentlich (fast) nur in der Primär- und Sekundärversorgung tätig sein könnten, wenn sie es denn wollten.

### EBM 2009 wirkt konträr

Und wenn es denn das Problem der sich ändernden ärztlichen Honorierung nicht gäbe, gegen die auch der Hausärzteverband (s. S. 22) agiert. Mit dem neuen EBM 2009 wurden zum einen Zusatzpauschalen für rheumatologische Indikationen und das Assessment sowie verschiedene regionale Sondervereinbarungen in fast allen KVen gekündigt. Zum anderen aber neue Fallwerte formuliert, die unterhalb des Durchschnitts der bisherigen Leistungserbringung dieser ärztlichen Fachgruppe angesiedelt ist.

So beträgt der Fallwert im ersten Quartal dieses Jahres für internistische Rheumatologen im Schnitt nur mehr zwischen 33 bis 40 Euro, wodurch Ärzte Honorareinbrüche in den alten Bundesländern von 10 bis 40 Prozent hinnehmen müssen. Anders dagegen in Berlin und Thüringen, wo der Fallwert mit 49 beziehungsweise 59 Euro noch etwas höher liegt. Edelmann: „Ein Betrag von 40 Euro deckt gerade noch das ärztliche Gespräch und die Untersuchung

bei einem Patienten mit einer entzündlichen Rheumaform ab.“ Rheumatologische Leistungen für Diagnostik und Therapie würden dagegen gar nicht mehr vergütet, was die Gelenksonographie, die Duplex- und Dopplersonographie, die diagnostische Gelenkpunktion, aber auch Injektionen oder Infusionen von weniger als zwei Stunden Dauer inkl. Betreuung

betrifft. „Auch das rheumatologische Assessment als Garant für eine qualitätsorientierte Versorgung wird mit Fallwerten um 40 Euro nicht mehr vergütet“, sagt Edelmann, denn die Fallwerte gelten ja für ein Quartal.

Bei dreimaliger Behandlung eines chronischen Schmerzpatienten bleiben einem Rheumatologen damit gerade einmal 11 bis 13

Euro pro Monat, wobei allerdings die normale Behandlungszeit eines Patienten in einer rheumatologischen Praxis im Durchschnitt 20 Minuten dauert. Edelmanns Fazit: „Das entspricht bei dreimaliger Behandlung im Quartal einem Stundensatz von 33 Euro für die erbrachten ärztlichen Leistungen.“ Eine Kostendeckung sei bei dieser Vergütungshöhe nicht mehr zu er-

## Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh) zur ärztlichen Unterversorgung von Patienten mit rheumatischen Krankheiten

# „Nur circa ein Drittel angemessen versorgt“

>> Die spezialisierte Versorgung von Patienten mit rheumatischen Krankheiten durch Rheumatologen ist ein wesentlicher Bestandteil einer wirksamen und effizienten Betreuung. Um die Lebensqualität zu erhalten und gravierende Krankheitsfolgen zu verhindern, sind eine frühe Erkennung rheumatischer Symptome, die Frühdiagnose und rechtzeitige Therapie entscheidend. Ohne diese Maßnahmen führt die Erkrankung zu bleibenden muskuloskelettalen Schäden, Begleiterkrankungen, verkürzter Lebenserwartung und Einschränkungen der sozialen Teilhabe.

Die Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh) veröffentlichte im Juni 2008 ein Memorandum zur Versorgung von akut und chronisch Rheumakranken in Deutschland. Darin analysierten Wissenschaftler und Ärzte verschiedener Fachdisziplinen die aktuelle Versorgungssituation und stellten erhebliche Defizite in den verschiedenen Bereichen fest. Diese betreffen in erster Linie die Anzahl und Verteilung von Rheumatologen in Deutschland. Sie bezieht sich aber auch auf die sektorenübergreifende Zusammenarbeit von primär- und fachärztlicher ambulanter Versorgung, stationärer Krankenhausbehandlung, Rehabilitation und anderen komplementären Versorgungsformen im Rahmen einer kontinuierlichen Langzeitbetreuung von chronisch Rheumakranken.

Nach den versorgungsepidemiologischen Daten ist der Bedarf an internistischen Rheumatologen mit circa 700 von 1.350 erforderlichen Spezialisten nur zur Hälfte gedeckt. Besonders spürbar ist dies außerhalb der Ballungszentren und in Form langer Wartezeiten. Während die Autoren des Memorandums im Bereich Krankenhausversorgung von ausreichenden Kapazitäten ausgehen, beziffern sie, dass nur circa ein Drittel der chronisch rheumakranken Patienten eine angemessene rehabilitative Versorgung erhält.

Prof. Dr. Ekkehard Genth, Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie e.V., Berlin



Copyright: DGRh, Fotograf: Arne Sattler

Die Versorgung mit Krankengymnastik und Ergotherapie ist gemessen an den funktionellen Einschränkungen ebenso defizitär.

Die fachärztliche Mitbehandlung erfolgt trotz vieler Verbesserungen in den letzten Jahren häufig zu spät - bei einem Großteil der Patienten mit rheumatoider Arthritis erst nach sechs bis zwölf Monaten, bei Patienten mit Morbus Bechterew oft erst nach mehreren Jahren. Vielerorts wird versucht, dem entgegen zu wirken - durch Frühdiagnose-Sprechstunden, Informationskampagnen für Patienten und entsprechende Fortbildung primärversorgender Hausärzte oder Orthopäden.

Das Memorandum der DGRh hat eine Vielzahl von Maßnahmen vorgeschlagen, um die Situation der universitären Ausbildung, der rheumatologischen Weiterbildung und die Strukturprobleme rheumatologischer Versorgung zu verbessern und eine qualitativ und quantitativ ausreichende Versorgung sicher zu stellen. Diese Forderungen sind absolut dringlich, weil sich die Repräsentanz der Rheumatologie an den Universitäten und die Situation der ambulanten Versorgung unter den derzeitigen gesundheitspolitischen Bedingungen sonst weiter verschlechtern werden.

von: Prof. Dr. med. Ekkehard Genth  
Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für  
Rheumatologie e.V., Berlin

**Das Memorandum mit der ausführlichen Berichterstattung zur Versorgungssituation Rheumakranker in Deutschland finden Sie hier:**  
<http://dgrh.de/memorandum.html>

warten, geschweige denn ein angemessenes Arzthonorar, das wiederum junge Ärzte dazu verleiten könnte, diesen Beruf (wie alle anderen Arten von beratungsaktiven Tätigkeiten) zu ergreifen.

Wenn man nun hinzurechnet, dass sich die Lebenssituation rheumakranker Menschen durch die aktuellen Auswirkungen des GKV-WVG auch nicht gerade verbessert hat, könnte man zu dem Schluss kommen, dass sich die Versorgungsprobleme nicht verbessert haben und angesichts

den EBM 2009 auch nicht werden. Denn auch die Neuregelung der Hilfsmittelversorgung führt zu Qualitätseinbußen und Kostensteigerungen bei den Betroffenen. Insbesondere schränken - so der Aktionsplan Rheuma - die neuen Vorschriften die individuelle Anpassung und die Wahlfreiheit der Betroffenen bei der Auswahl der Hilfsmittel stark ein. Rheumakranke sind aber in der Regel auf individuell angepasste Hilfsmittel angewiesen. Wie bisher werden außerdem die Hilfsmittel des

täglichen Bedarfs nicht von den Krankenkassen erstattet.

Der Aktionsplan Rheuma benennt denn auch die erforderlichen Schritte, die getan werden müssen,

um die Versorgungsqualität deutlich zu verbessern. Dazu gehört eben u.a. die Zahl der niedergelassenen Rheumatologen zu erhöhen. Doch wie, sagt der Plan nicht. <<

### Pro frühen Therapieeinsatz

Eine Auswertung des „Enbrel“-Registers zur polyartikulären Juvenilen Idiopathischen Arthritis von Professor Dr. G. Horneff - vorgestellt auf der 17. Jahrestagung Pädiatrische Infektiologie 2009 („Einsatz von Biologicals in der Kinder- und Jugendrheumatologie“) - zeigt, dass der TNF-Alpha-Rezeptor Etanercept

(„Enbrel“) bei Kindern und Jugendlichen zunehmend häufiger und früher eingesetzt wird. Dies wirkte sich positiv auf den Behandlungserfolg aus: Je früher mit der Therapie begonnen wird, umso schneller und häufiger erreichen JIA-Patienten eine bis zu 70-prozentige Verbesserung der Symptome und Krankheitsaktivität.

Prof. Dr. med. Erika Gromnica-Ihle/Deutsche Rheuma-Liga im Interview mit MVF:

## „Es gibt keine Versorgungsgerechtigkeit“

>> Worauf führen Sie hauptsächlich die im eben vorgelegten Aktionsplan Rheuma gerügte sehr späte Erstdiagnose zurück? Warum wird nicht „rechtzeitig“ überwiesen?

Wir wissen aus zahlreichen Studien der letzten Jahre, dass z.B. bei der Rheumatoiden Arthritis bereits in den ersten Monaten nach Krankheitsbeginn eine Gelenkerstörung eintritt, die meist irreversibel ist. Diese Gelenkerstörung geht mit Schmerzen und Funktionseinschränkung einher. Eine krankheitsmodifizierende Therapie ist also unbedingt vor Entstehung der Gelenkschäden zu beginnen, das heißt innerhalb einer Zeitspanne von drei Monaten nach Symptombeginn. Leider ist dieser „Paradigmenwechsel“ in der Rheumatologie noch nicht allgemein bei den Primärärzten bekannt.

Das sind Wissensdefizite, die sicher nicht nur mit ungenügender Weiterbildung oder mangelnde Leitlinienwissen zu tun haben, oder?

Die „rheumatologische Wissensvermittlung“ kommt in unserem Lande sowohl in der Aus- als auch in der Weiterbildung viel zu kurz. Es gibt Universitäten, an denen die Rheumatologie nicht oder nur in untergeordneter Funktion vertreten ist. Im Durchschnitt sieht ein Medizinstudent drei bis fünf Patienten mit entzündlich-rheumatischen Erkrankungen während des Studiums. Das ist absolut zu wenig sowohl für eine Wissensvermittlung als auch für das Wecken von Interesse für das rheumatologische Fachgebiet. In vielen Großkliniken fehlen rheumatologische Abteilungen oder die Kooperation mit benachbarten Rheumakliniken, so dass auch die Weiterbildung der jungen Ärzte in der Rheumatologie schlechter ist als in anderen Spezialgebieten der Inneren Medizin.

Womit wir beim Ärztemangel in der Primärversorgung sind.

Diese Situation hat zu einem Rheumatologenmangel geführt. Die Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie hat in ihrem aktuellen Memorandum einen internistischen Rheumatologen auf 50.000 Erwachsene gefordert, das wird nicht einmal in Ballungsgebieten erreicht. Derzeit

Prof. Dr. med. Erika Gromnica-Ihle ist Präsidentin der Deutschen Rheuma-Liga, aber ebenso Internistin/Rheumatologin/Hämostaseologin in der Rheuma-Praxis Villa am Krankenhaus Maria Heimsuchung in Berlin



stehen je nach Bundesland zwischen 0,29 und 0,72 internistische Rheumatologen pro 50.000 Erwachsene zur Verfügung. Das ist ebenso keine Versorgungsgerechtigkeit. Die Wartezeiten auf einen Termin beim Rheumatologen sind daher häufig zu lang und die Anfahrtswege in ländlichen Regionen zu weit. Aus diesem Grunde wurden von vielen rheumatologischen Zentren ebenso wie von niedergelassenen Rheumatologen „Frühsprechstunden“ eingerichtet. Hier kann bei Vorliegen bestimmter Diagnosemerkmale wie mehr als zwei geschwollenen Gelenken oder Morgensteifigkeit innerhalb von 14 Tagen ein Termin beim Rheumatologen vereinbart werden, um so schnell zu einer Diagnose zu kommen und umgehend eine effiziente Therapie einzuleiten. Ohne Frühsprechstunden oder direkten telefonischen Kontakt zwischen Hausarzt und Rheumatologen ist eine rechtzeitige Therapie wegen des gravierenden Rheumatologenmangels in Deutschland gar nicht möglich. Hausarztschulungsprogramme und das Definieren der Schnittstelle zwischen Haus- und Facharzt sind von der Deutschen Rheuma-Liga als Programm „Gute Versorgung von Anfang an“ mit initiiert worden. Zu Lehrzwecken werden hierbei auch besonders geschulte Betroffene bei der Hausärztfortbildung eingesetzt.

Gibt es Schlüsselsignale?

Prinzipiell gilt das Gleiche auch für den Morbus Bechterew. Hier ist der entzündliche Rückenschmerz ein wichtiges Kriterium, welches zur Überweisung zum Rheumatologen führen sollte. Auch hier werden sehr viele Schulungen der Hausärzte durchgeführt, zum Beispiel in der rheumatologischen Fortbildungsakademie.

Kann ein falscher Honoraranreiz der Ärzte mit Schuld an dieser Unterversorgung sein? Was erwarten Sie von qualitativeren Ansätzen des EBM 2009, die aber erst 2010 ff. eingeführt werden?

Nur 31 % der Rheuma-Patienten werden leitlinienkongruent behandelt!

# Unterversorgung mit Arzneimitteln

Wenn Unterversorgung für die Primärversorgung gilt, gilt diese auch den Arzneimittelbereich, wie Prof. Dr. Dr. med. Reinhard Rychlik in seinem Gutachten zur „Unterversorgung mit Arzneimitteln in Deutschland“ konstatierte, das er bereits im Jahr 2007 im Auftrag des Verband Forschender Arzneimittelhersteller e.V. (VFA) erstellt hatte.

>> Das Fazit des Gutachtens: Trotz eines ethischen Anspruchs haben in den letzten Jahren verschiedene Untersuchungen gezeigt, dass in

Deutschland in vielen Bereichen eine Unterversorgung herrscht. So auch im Bereich des rheumatischen Formenkreises.

Aufgrund fortlaufender Eingriffe durch neue Gesetze und damit verbundener zahlreicher Änderungen, u.a. in der Abrechnungspraxis

im ambulanten wie stationären Bereich, durch die sich auch die Verwaltungspraxis geändert haben dürfte, ist für Rychlik eine aktuelle Betrachtung der Versorgungssituation in Deutschland indiziert. Doch leider lägen nur in den wenigsten medizinischen Versorgungsbereichen umfassende Daten aus Versorgungsforschungsstudien vor.

Zurzeit spielt die Honorardiskussion eine sehr große Rolle. Viele niedergelassene Rheumatologen beklagen eine völlig unzureichende Honorierung und damit Qualitätsverluste in der Betreuung der Rheumatiker. Weitere Praxisschließungen wären für die rheumatologische Betreuung eine Katastrophe.

**Wie stehen sie denn zu Hausarztverträgen, erwarten Sie hier eine Besserung?**

Die bisherigen Hausarztverträge stellen aus unserer Sicht keine Verbesserung der Situation in Aussicht. Einige Verträge zur integrierten Versorgung haben gute Ansätze gebracht, z.B. einen Vertrag zwischen der AOK und Hausärzten sowie Rheumatologen in Berlin, der speziell auf die rasche Überweisung zielt. Das Problem von Verträgen nach § 140 und 73c SGB V ist immer, dass sie im Rahmen des Kassenwettbewerbs nicht von anderen Krankenkassen übernommen werden.

Grundsätzlich sollten jedoch alle Honoraranreize so gestaltet sein, dass eine qualitativ hochwertige Betreuung der Patienten mit entzündlich rheumatischen Erkrankungen gewährleistet ist, denn neben dem persönlichen Leid der Rheumatiker bedingt die Erkrankung erhebliche Kosten für die gesamte Gesellschaft.

**Wie könnte denn eine koordinierte Versorgung unter Berücksichtigung aller Sektoren aussehen?**

Eine koordinierte Versorgung entzündlicher Rheumatiker am Beispiel der Diagnose Rheumatoide Arthritis sieht für mich so aus: Der Internistische Rheumatologe koordiniert die Behandlung des Kranken. Er beginnt nach Diagnosestellung mit der Basistherapie, die notwendigen Kontrollen führt der Hausarzt durch, der durch Qualitätszirkel oder andere Schulungsmaßnahmen kundig und sensibilisiert ist, um eine Gefährdung durch entzündliches Rheuma zu erkennen. Ein Netzwerk, bestehend aus Rheuma-Orthopäden,

Psychologen, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, evtl. auch Schmerztherapeuten, Sozialarbeitern, Orthopädie-Technikern, Oecotrophologen ist im Bedarfsfall in die Behandlung einbezogen, so dass alle notwendigen Maßnahmen koordiniert erfolgen können. Die Einleitung entsprechender Rehabilitationsmaßnahmen erfolgt problemlos und in Abhängigkeit von der Diagnose und dem Funktionszustand des Kranken. Unabdingbar sind auch die Herstellung des Kontaktes zur Selbsthilfe, der Deutschen Rheuma-Liga, und die direkte Einbeziehung der Selbsthilfe in das bestehende Netzwerk. Ein solches Netzwerk ist im ambulanten Bereich nur sehr selten vorhanden. Und es ist gerade in ländlichen Regionen überhaupt nicht oder nur schwer zu realisieren. Insofern besteht für Rheumatiker aus meiner Sicht keine Versorgungsgerechtigkeit. Auch vorhandene Verträge zur integrierten Versorgung berücksichtigen die genannten komplexen Erfordernisse sehr unterschiedlich. Zum Teil werden lediglich einige

wenige Versorgungsmaßnahmen einbezogen, die Einspareffekte versprechen.

*<< Weitere Praxisschließungen wären eine Katastrophe >>*

**Zeichnet sich eine Verbesserung der Versorgung ab, seitdem Rheumatoide Arthritis und entzündliche Bindegewebskrankheiten im M-RSA enthalten sind?**

Bisher ist die Zeit noch viel zu kurz, um hierzu eine belastbare Antwort geben zu können. Theoretisch wird der RSA dazu beitragen können, dass rasch eine Diagnose, unter Einbeziehung des Rheumatologen, gestellt wird.

**Wie lautet ihre Zentralforderung, der Sie ja mit dem neu aufgelegten Aktionsplan Rheuma sicher auch zusätzliches Gewicht verschaffen wollen??**

Die Forderung der Deutschen Rheuma-Liga lautet: Koordinierte Versorgung der Rheumatiker als Regelfall über die sektoralen Grenzen der Leistungserbringer hinweg.

Das Gespräch führte MVF-ChR. Peter Stegmaier

Nils Hußmann  
Dr. Thomas Ecker

# Herausforderung für Versorgungsforschung: Direktverträge in der GKV

Arzneimittelverträge waren erst der Anfang. Vor drei Jahren begannen die ersten Kassen, selektiv Direktverträge über Arzneimittelrabatte nach § 130 Abs. 8 SGB V abzuschließen. Inzwischen sind sie für generische Produkte Standard, und auch bei innovativen, patentgeschützten Produkten haben sich schon (fast) alle Hersteller hierüber eine Meinung gebildet. Doch erst langsam zeigt sich, dass die Vertragsambitionen von Krankenkassen über den Rahmen des § 130 Abs. 8 SGB V weit hinaus reichen. So sind seit diesem Jahr die ersten Verträge zur hausärztlichen Versorgung nach § 73b SGB V mit Partnern jenseits der Kassenärztlichen Vereinigungen abgeschlossen und umgesetzt worden. Und nun mehren sich die Zeichen, dass Kassen auch direkte Verträge über die fachärztliche Versorgung nach § 73c SGB V systematisch anstreben. Die ersten Beispiele sind die Ausschreibung zur augenchirurgischen Versorgung in Brandenburg und zur kardiologischen Versorgung in Baden-Württemberg.

>> Der nachfolgende Beitrag beschäftigt sich mit dieser neuen Entwicklung und versucht, Antworten auf wichtige Fragen zu finden. Konkret geht es um folgende Punkte:

- Was steckt hinter dem Trend zu Direktverträgen?
- Welche rechtlichen Probleme sind zu lösen?
- Welche Möglichkeiten bieten derartige Verträge?
- Wo liegen die rechtlichen und ökonomischen Grenzen?
- Welche Auswirkungen hat das auf die Versorgung?

## Was steckt hinter dem Trend zu Direktverträgen?

Die ersten umfangreichen Direktverträge wurden als freiwillige Rabattverträge zu Arzneimitteln Anfang 2007 abgeschlossen. Grundlage hierfür waren die durch das Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG) geänderten Rahmen-

## Abstract

Direktverträge haben als Rabattverträge bei Arzneimitteln ihren Anfang genommen. Inzwischen zeichnet sich jedoch ab, dass sie über die Haus- und Facharztverträge immer weitere Bereiche des Versorgungsgeschehens erfassen. Profitieren sollen von diesen Verträgen alle: Kassen haben besseren Einfluss auf die Leistung, Leistungserbringer erhalten eine bessere Vergütung und Patienten eine bessere Versorgung. Mehr kosten soll es aber auch nicht. Ob dies gelingt, kann nur mit Mitteln der Versorgungsforschung gezeigt werden. Zudem ist zu beachten, dass durch Direktverträge keine Schlechterstellung im Vergleich zur Regelversorgung stattfinden darf. Diese in der bisherigen Diskussion wenig beachtete Vorgabe ist eine Steilvorlage für die Versorgungsforschung.

## Schlüsselbegriffe

Direktvertrag, Rabattvertrag, Versorgungsforschung, Ergebnisqualität

bedingungen, die den Apotheker verpflichteten, vorrangig rabattierte Arzneimittel abzugeben, solange dies durch den Arzt nicht ausdrücklich ausgeschlossen wurde.

Betrafen diese Verträge ursprünglich nur wenige Hersteller und Wirkstoffe, so machten sie im Dezember 2008 schon 25 % aller Arzneimittelumsätze (AVP) zu Lasten der GKV aus. Dabei zeigen die bisherigen Daten, dass es den Kassen nur begrenzt gelungen ist, die Arzneimittelabgabe im Sinne der bestehenden Verträge zu beeinflussen. Hierfür scheinen zumindest zwei in der historischen Entwicklung ineinandergreifende Gründe relevant: Zum einen verfügen Kassen nur über geringen Einfluss auf die Arzneimittelverordnung und -abgabe, zum anderen haben Kassen eine Vielzahl von Verträgen über miteinander in Wettbewerb stehende Arzneimittel abgeschlossen. So verfügten im Juni 2008 Kassen je nach Substanz über Verträge mit bis zu 28 Herstellern. Auch wenn dieses Überlappen als Reaktion auf fehlende Einflüsse auf die Verordnungsseite gesehen werden kann, so überzeugt ein derartiges Vertragsverhalten jedoch ökonomisch nicht, da die Bereitschaft zu Rabatten erfahrungsgemäß mit der umgesteuerten „Einkaufs“-menge zunehmen wird.

Aus Sicht der Hersteller ähnelt die Situation dennoch einem Dilemma: Solange keiner einen Vertrag abschließt, hat die Rabattregelung keine Bedeutung. Schließt jedoch der erste Hersteller einen Vertrag ab und steuern Apotheken dadurch die Arzneimittelabgabe um, gewinnt dieser Hersteller Absatz (hoffentlich auch Deckungsbeitrag), während alle anderen Hersteller verlieren. Deshalb hadert jeder Hersteller damit, entsprechende Rabattverträge abzuschließen. Damit sichern sie sich ihren Absatz, vermindern jedoch die Einnahmen aller.

Aus Sicht der Kasse sind Direktverträge bei Arzneimitteln reizvoll, insbesondere dann, wenn sie hierdurch dieselbe Versorgungsqualität zu geringeren Kosten erreichen können. Ein Einstieg in die Versorgungssteuerung ist damit jedoch nicht verbunden, da es Kassen kaum möglich scheint, damit Arzneimittel in ihrer Verordnungsfähigkeit einzuschränken. Vielleicht gelingt dies, wenn Kassen derartige Arzneimittelverträge mit entsprechenden Tarifangeboten koppeln, beispielsweise einem Rabatt-Tarif, d.h. der Versicherte erhält einen Beitragsnachlass, sofern er sich dazu verpflichtet, ausschließlich rabattierte Arzneimittel nachzufragen, solange diese für einen gegebenen Wirkstoff verfügbar sind. So bedeutsam dieser Trend für Arzneimittelhersteller, so unbedeutend

ist er aber letztendlich aus Sicht einer Kasse. Arzneimittelausgaben machen rund 18 % aller Ausgaben einer Kasse aus. Davon sind derzeit rund 25 % unter Rabattvertrag, d.h. 4 % aller Ausgaben. Bei einem geschätzten Rabatt von durchschnittlich 10 % bezogen auf den Apothekenverkaufspreis kann eine Kasse damit 0,4 % ihrer Ausgaben sparen. Bei 161 Mrd. Euro Ausgaben und 70 Mio. Versicherten entfallen auf jeden GKV-Versicherten rund 2.300 Euro Ausgaben pro Jahr. Daraus folgt ein Einsparpotenzial von 9 Euro pro Versicherten und Jahr.

Auch bei einer deutlichen Zunahme von Rabattverträgen und der Annahme, dass solche Verträge weder zu einer Verbesserung der Versorgung führen (Mengenausweitung) noch selber Kosten verursachen, sind damit kaum mehr als 20 Euro Einsparungen pro Versichertem und Jahr zu erwarten. Das Potenzial solcher Verträge ist also begrenzt. Wie so also die Aufregung?

Eine ganz neue Dimension erhalten derartige Arzneimittelverträge durch Direktverträge, wie sie gegenwärtig in einem anderen Leistungsbereich abgeschlossen werden. Mit den Verträgen zur hausärztlichen Versorgung nach § 73b SGB V mit dem Hausärzterverband hat die AOK Baden-Württemberg nicht nur erstmals selber die Verantwortung für die Sicherstellung übernommen und diese weitgehend unabhängig von der KV geregelt. Es ist kaum anzunehmen, dass die Krankenkasse die hausärztliche Versorgung kostengünstiger regeln kann als im Rahmen der Versorgung über die KV. Dem steht schon die Notwendigkeit gegenüber, den Hausärzten einen wirtschaftlichen Anreiz für den Vertragsschluss bieten zu müssen. Die Einsparungen müssen also andere Quellen haben.

Folgt man den bisherigen Darstellungen der Beteiligten, scheint es, dass die Einsparungen aus der Steuerung der Arzneimittelverordnungen resultieren. Mit einer simplen Farblogik wird dem Hausarzt signalisiert, welche Verordnungsstrategie aus Sicht der Kasse wünschenswert ist. Folgt der Hausarzt dieser Logik, erhält er einen attraktiven finanziellen Bonus. Analysen zu den Auswirkungen auf die Versorgungsqualität fehlen bislang; so lange jedoch ausschließlich bei einer bestehenden Therapie die Anbieter im Rahmen eines aut-idem-geleiteten Austausches gewechselt werden, dürften die Auswirkungen auf die Versorgung überschaubar bleiben.

Sofern sich diese Steuerungsmechanik bewährt, aus welchem Grunde sollte sich diese Steuerung auf Arzneimittel beschränken? Rechnet man „Netto-Verwaltungskosten“ heraus, bleiben 95 % Ausgaben der GKV, die im weitesten Sinne unter Leistungsausgaben zu subsumieren sind. Rechnen wir hieraus noch die hausärztlichen Leistungen heraus (ca. 50 % aller ärztlichen Behandlungen in Höhe von 15 %), dann bleiben 87 % Leistungsausgaben übrig, die zu einem erheblichen Teil von Haus- bzw. Fachärzten veranlasst werden (Arzneimittel, Hilfsmittel, Heilmittel, elektive Krankenhausbehandlung, Krankengeld etc.). Gelingt es, in diesem Bereich der veranlassten Leistungen entsprechende Einsparungen von beispielsweise 4 % zu erzielen, erhält diese Vertragsstrategie eine ganz andere und sehr wohl versorgungsrelevante Bedeutung.

Treibt man diese Überlegung weiter, erklärt sich auch das Interesse an Verträgen zur besonderen (fach-)ärztlichen Versorgung. Diese sind

das notwendige Supplement zu den Hausarztverträgen, weil veranlasste Leistungen auch und gerade von Fachärzten ausgelöst werden. Sie stehen im Fokus der weiteren Überlegungen.

### Welche Möglichkeiten bieten Verträge nach 73c?

„Leistung folgt dem Geld.“ Krankenkassen haben diesen Anfang der 90er Jahre aufgestellten Grundsatz beherzigt und entwickeln sich daher konsequent „vom Payer zum Player“. So bedrohlich sich ein solches Szenario aus Sicht der Erbringer der veranlassten Leistungen darstellt, so konsequent ist die Entwicklung aus Sicht der Krankenkasse. Sie ist daher kaum aufzuhalten. Interessanter ist daher die Frage, in welchem rechtlichen Rahmen sich eine solche Entwicklung vollziehen kann und welche Grenzen hierfür bestehen.

Ökonomische Grenzen resultieren aus zwei Quellen: räumliche Anforderungen und Versichertenpräferenzen.

Räumliche Anforderungen resultieren daraus, dass ärztliche Leistungen als Dienstleistung persönlich durch den Arzt erbracht werden. Aus vielen Untersuchungen ist bekannt, dass Versicherte nur begrenzt mobil sind. Übernimmt eine Kasse über einen entsprechenden Vertrag die Versorgung ihrer Versicherten, muss sie diese auch in der Fläche bieten können. Dies ist für eine AOK vermutlich weniger schwierig, da ihr Marktanteil bei etwa 35 % liegt. Aber schon bei Ersatzkassen und erst recht bei anderen Kassen wird es schwierig, eine wohnortnahe Versorgung zu vertretbaren Kosten anzubieten, es sei denn, sie setzt hierzu Vertragsgemeinschaften wie die schon fast überwunden scheinenden Kassenverbände ein. Aufgrund von Wettbewerbsüberlegungen aber auch von der kartellrechtlichen Seite sind dem jedoch Grenzen gesetzt.

Zudem können auf Anbieterseite gerade bei Fachärzten räumliche Monopole entstehen. Haben sich nämlich die niedergelassenen Ärzte in einer Region zu einem Facharzt-MVZ zusammengeschlossen und verweigert dieses Zentrum einen Vertrag nach § 73c SGB V, dann wird eine Kasse mit Versicherten in dieser Region kaum direktvertragliche Lösungen vereinbaren können.

Der zweite Punkt betrifft die Versicherten. Die bislang geschilderten Vertragsmodelle sind nur in tariflichen Sonderregelungen zu realisieren, d.h. der Versicherte muss sich verpflichten, zugunsten von tariflichen Vorteilen auf zumindest einen Teil seiner Wahlfreiheit zu verzichten. Dies wird gerade in Zeiten des zunehmenden Kassenwettbewerbs nicht einfach werden; nicht zuletzt deshalb, weil die bisherigen Vollversorgungsanbieter wie die Kassenärztliche Vereinigungen ein gegenläufiges Interesse haben und sich entsprechend kommunikativ positionieren werden.

### Welche rechtlichen Probleme sind zu lösen?

Kurz gefasst ermöglicht der § 73c SGB V den Krankenkassen, ihren Versicherten die Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung durch den Abschluss von Verträgen anzubieten. Das bedeutet für die Krankenkassen zunächst, (partiell) von der kollektivvertraglichen Regelversorgung abweichen zu können.

## Literatur

- o.V. (2008): Ausschreibung der AOK Brandenburg für eine besondere ambulante augenärztliche Versorgung nach § 73c SGB V für ausgewählte, operationsbedürftige Augenerkrankungen, [http://www.aok-gesundheitspartner.de/inc\\_ges/download/dl.php/brb/iv/imperia/md/content/gesundheitspartner/brandenburg/integrierteverversorgung/brb\\_iv\\_ausschreibung\\_73c\\_sgb5\\_30092008.pdf](http://www.aok-gesundheitspartner.de/inc_ges/download/dl.php/brb/iv/imperia/md/content/gesundheitspartner/brandenburg/integrierteverversorgung/brb_iv_ausschreibung_73c_sgb5_30092008.pdf) (Zugriff am 15.05.09)
- o.V. (2009): Marken-MVZ auf dem Vormarsch, in: M-VF, 2(2) 2009, 17-19.

Gegenstand der Verträge können Versorgungsaufträge sein, die sowohl die versichertenbezogene gesamte ambulante ärztliche Versorgung als auch einzelne Bereiche der ambulanten ärztlichen Versorgung umfassen. Es ist also möglich, die Versicherten vollständig oder aber auch nur in Teilbereichen selektivvertraglich organisiert zu versorgen. Denkbar sind insoweit zum einen Vertragsmodelle, die lediglich die Behandlung einzelner Erkrankungen oder die Erbringung spezieller Leistungen betreffen, und zum anderen ganzheitliche Konzepte, durch die die gesamte ambulante ärztliche Versorgung z.B. einer bestimmten Versichertengruppe auf eine neue selektivvertragliche Basis gestellt wird.

Dabei gelten für die personellen und sächlichen Qualitätsanforderungen zur Durchführung der vereinbarten Versorgungsaufträge die vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) sowie die in den Bundesmantelverträgen für die Leistungserbringung in der vertragsärztlichen Versorgung beschlossenen Anforderungen als Mindestvoraussetzungen entsprechend. Es darf also durch den Abschluss eines Vertrages nach § 73c SGB V keine Schlechterstellung im Vergleich zur Regelversorgung stattfinden. Ein „Abweichen nach oben“, d.h. eine Ausweitung des Leistungsangebots im Vergleich zur Regelversorgung ist aber durch einen solchen Vertrag ohne weiteres möglich. Der Nachweis, inwieweit diese gesetzliche Vorgabe tatsächlich eingehalten wird, ist Aufgabe der Versorgungsforschung.

Im Übrigen sind den Vertragspartnern aber für die inhaltliche Ausgestaltung der vertraglichen Versorgungskonzepte kaum Grenzen gesetzt. Alleinige Vorgabe des Gesetzgebers ist, dass nur solche Behandlungen zum Gegenstand der Verträge gemacht werden dürfen, die vom G-BA im Rahmen der Richtlinien über neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB-Richtlinien, § 135 SGB V) nicht bereits negativ bewertet wurden. Ansonsten können die Vertragspartner im erforderlichen Maß von den Regelungen über die Regelversorgung (4. Kapitel des SGB V, §§ 69-140h) abweichende Vereinbarungen treffen.

Zu regeln (und dies auch gesetzlich verpflichtend) sind in den Verträgen zum einen deren Inhalt, Umfang und Durchführung sowie zum anderen die Ausgestaltung der Qualitätsanforderungen und die Vergütung.

### Wer kann Verträge abschließen?

a) Als mögliche Vertragspartner der Verträge nach § 73c SGB V stehen auf der einen Seite ausschließlich die Krankenkassen, da sie es sind, die ihren Versicherten das selektivvertragliche Versorgungskonzept zur Teilnahme anbieten sollen. Die Krankenkassen können dabei sowohl allein als auch in Kooperation mit anderen Krankenkassen auftreten.

Auf der anderen Seite stehen nach dem Inhalt der Vorschrift die vertragsärztlichen Leistungserbringer (Vertragsärzte) sowie deren Gemeinschaften. Insbesondere der Zusammenschluss zu Leistungserbringergemeinschaften (Netze, Genossenschaften etc.) bietet den Vertragsärzten die Möglichkeit, ihre Verhandlungsposition gegenüber den Krankenkassen erheblich zu stärken.

Als weitere Vertragspartner nennt das Gesetz „Träger von Einrichtungen, die eine besondere ambulante Versorgung durch vertragsärztliche Leistungserbringer anbieten“, dies sind insbesondere medizinische Versorgungszentren (MVZ).

Schließlich können - und hier besteht eine Besonderheit der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung gegenüber der integrierten Versorgung nach §§ 140a ff SGB V - auch die Kassenärztlichen Vereinigungen Vertragspartner der Krankenkassen bei den Verträgen nach § 73c SGB V sein.

b) Hinsichtlich des Zustandekommens der Verträge ist in § 73c SGB V zunächst normiert, dass kein Anspruch auf einen Vertragsschluss besteht. Die vertragsärztlichen Leistungserbringer verfügen also unabhängig von der Güte des von ihnen vorgeschlagenen Behandlungskonzepts nicht über ein einklagbares Recht gegenüber den Krankenkassen.

Grund hierfür ist, dass die Krankenkassen nach § 73c Abs. 3 Satz 3 SGB V verpflichtet sind, vor dem Vertragsschluss ein öffentliches Ausschreibungsverfahren durchzuführen. Nach den durch das Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-OrgWG) zum 01.01.2009 in § 69 SGB V eingefügten Änderungen haben die Krankenkassen dabei die Vorschriften des Vergaberechts (§§ 97 ff. GWB) zu beachten. Interessant am Vergabeverfahren ist aus Sicht der Versorgungsforschung, dass hierbei die Zuschlagskriterien für den Vertrag detailliert aufgeführt und damit transparent gemacht werden (o.V., 2008).

c) Die bestehende Ausschreibungspflicht bedeutet für die Leistungserbringer jedoch nicht, dass sie darauf warten und vertrauen müssten, dass die Krankenkassen ein für ihr jeweiliges Leistungsangebot „passendes“ Versorgungskonzept ausschreiben.

Vielmehr haben die Leistungserbringer auch die Möglichkeit, eigene Behandlungskonzepte z.B. anhand ihrer Patientenstrukturen zu entwickeln und diese den Krankenkassen vorzuschlagen. Die nachfolgende Ausschreibung birgt dann zwar ein gewisses Risiko, nicht den Zuschlag zu bekommen; dieses Risiko lässt sich jedoch durch eine weitestgehend individuelle Zuschneidung des Konzepts minimieren.

Eine Exklusivbindung eines Leistungserbringers durch einen Vertrag nach §§ 73 b oder 73 c dürfte aufgrund des Sicherstellungsauftrages (§ 95 Abs. 3 Satz 1 SGB V), dem die Vertragsärzte unterliegen, ausgeschlossen sein. Deshalb sind höchstens Exklusivitätsklauseln von Leistungserbringern in Bezug auf andere Verträge nach §§ 73 oder 73 c denkbar. Zudem lassen sich durch entsprechende Gestaltungen (Zusatzleistungen bzw. -services für die Versicherten des Vertragspartners) deutlich unterschiedliche Klassen schaffen. Ein Beispiel hierfür zeigen derzeit kassen-„eigene“ MVZs (o.V., 2009). Umgekehrt ist natürlich auch eine Exklusivität denkbar, dass sich nämlich Kassen darauf verpflichten, keine konkurrierenden Direktverträge mit anderen Leistungserbringern abzuschließen.

### Inhaltliche Vorgaben

Wie bereits einleitend ausgeführt, sind Vertragsparteien (mit der Einschränkung der Vorgreiflichkeit der NUB-Richtlinien und der Beachtung der Mindeststandards) grundsätzlich frei in der Ausgestaltung des vertraglich zu vereinbarenden Versorgungskonzepts.

Zu beachten ist lediglich, dass der Vertrag Regelungen zu Inhalt, Umfang und Durchführung sowie zu den Qualitätsanforderungen und zur Vergütung treffen muss. Im Übrigen können die Vertragsparteien, soweit es das Versorgungskonzept erfordert, von den Regelungen des vierten Kapitels des SGB V abweichen. Dies eröffnet den Vertragsparteien umfangreiche Möglichkeiten, bestehende kollektivvertragliche Strukturen aufzubrechen und eine sinnvolle und sachgerechte selektivvertragliche Neuordnung zu schaffen.

Beispiele für im Rahmen des Vertrages gestaltbare Regelungen sind insoweit die Aut-idem-Regelung des § 129 SGB V, Vorgaben in der AMR, die Schaffung besonderer Verordnungsblätter, das Abweichen von EBM-Ziffern und deren „Neuschaffung“ und die Vereinbarung besonderer Rabatte. Der Strauß der Möglichkeiten ist fast unerschöpflich, weshalb an dieser Stelle auch keine abschließende Aufzählung erfolgen kann. Vielmehr muss anhand des konkreten Projekts entschieden wer-



den, in welchen Punkten von den für die Regelversorgung geltenden Regelungen des SGB V abgewichen werden kann und muss. Ihre Grenze findet die Möglichkeit zum Abweichen dann, wenn im Vergleich zur Regelversorgung ein Weniger an Leistungen gewährt werden soll. Ein Ausweiten des Leistungsumfangs gegenüber dem GKV-Standard ist also stets, dessen Einschränkung jedoch nicht möglich; die Steuerung der Leistungsanspruchnahme ist davon unbenommen.

### Fazit

Die Entwicklung wird sich nicht zurückdrehen lassen. Das Beispiel der Arzneimittelverträge zeigt, dass der Wille zu direktvertraglichen Lösungen sowohl bei Krankenkassen wie auch bei Arzneimittelherstellern vorhanden ist. Nicht anders wird sich die Situation in anderen Leistungsbereichen darstellen. Der Trend geht in Richtung der Steuerung aller veranlassten Leistungen. Nur dadurch lassen sich die Einsparungen realisieren, die angesichts der damit verbundenen Kosten trotzdem noch zusatzbeitragsrelevant sind.

Dennoch sind noch viele rechtlichen Fragen ungeklärt, ähnlich wie zu Beginn der Arzneimittelverträge Anfang 2007 Neuland betreten werden musste. Es gilt, die Auswirkungen mit den Instrumenten der Versorgungsforschung zu verfolgen.

Unabhängig davon wandelt sich das Vertragswesen in der GKV mit großer Geschwindigkeit hin zu einem fast reinen Wettbewerbssystem. Dieser Wandel ist politisch gewünscht. Es bleibt zu fordern, dass dabei auch die Interessen der Patienten weiterhin Beachtung finden. <<

## Direct contracts: new challenge for health service research

Direct contracts started with pharmaceuticals. Now sectors of health care are involved, too. This is especially true for the outpatient sector. Everyone is expected to benefit from these contracts: sickness funds increase their influence over medical care, doctors increase their financials and patients get better treatment - and all this will be reached at lower cost. Health services research has to show if these multiple objectives will be reached. Moreover it should be noted that direct contracts are obliged by law not to reduce the level of care offered to patients. These aspects are neglected in the public discussion so far. Health services research has to claim its' position in the current discussion.

### Keywords

Direct contracts, rebate contracts, health service research, quality of care

### Nils Hußmann

Nils Hußmann ist Rechtsanwalt in der Kanzlei Dr. Schmidt-Felmann & Kozianka, Hamburg / Jahrgang 1974

Er ist im Rahmen der Beratung und Prozessvertretung schwerpunktmäßig in den Bereichen Arzneimittelrecht, Apothekenrecht, Sozialrecht, Wettbewerbsrecht und Gesundheitspolitik/-recht tätig.

Kontakt: [info@kozianka-law.de](mailto:info@kozianka-law.de)



### Dr. Thomas Ecker

ist Gründungspartner der EPC HealthCare GmbH, Hamburg / Jahrgang 1971

Er ist ausgebildeter Betriebs- und Volkswirt mit dem Schwerpunkt Gesundheitsökonomie. Die Schwerpunkte seiner Arbeit liegen derzeit in der Entwicklung evidenzbasierter gesundheitsökonomischer und -politischer Strategien für Unternehmen im Gesundheitswesen.

Kontakt: [t.ecker@epc-healthcare.de](mailto:t.ecker@epc-healthcare.de)



Dr. Gaby Bleichhardt  
Prof. Dr. Winfried Rief

# Britische Versorgung psychisch Erkrankter - ein Modell für Deutschland?

Staatshilfe für das Gesundheitssystem: Großbritannien rief im Jahr 2007 ein ungewöhnliches Projekt ins Leben. Durch die Initiative „Improving Access to Psychological Therapies“ (IAPT) sollen durch eine Verbesserung der Versorgung psychisch Erkrankter langfristig öffentliche Kosten eingespart werden. Mit Hilfe von IAPT sollen Patienten mit psychischen Störungen bereits innerhalb weniger Wochen evidenzbasierte Psychotherapie erhalten. Mehrere tausend Psychotherapeuten sollen dafür neu ausgebildet werden. Das britische Gesundheitsministerium investiert dazu mindestens 300 Millionen Britische Pfund.

>> Im Oktober 2007 gab das britische Gesundheitsministerium bekannt, mindestens 300 Millionen Britische Pfund Sondermittel (umgerechnet ca. 345 Millionen Euro) für ein Gesundheitsprojekt besonderer Art bereitzustellen: Der Zugang zu evidenzbasierter Psychotherapie soll schnell und effizient verbessert werden. Die Ziele dieses beispiellosen Projektes sind hoch gesteckt. Allein in den nächsten drei Jahren soll fast eine Million Patienten (genau: 900.000) zusätzlich zu den bisherigen eine Psychotherapie erhalten. Um diese Therapien durchzuführen, sollen zunächst weitere 3.600 psychologische Therapeuten neu ausgebildet werden. Längerfristig ist die Ausbildung von insgesamt 8.000 neuen Psychotherapeuten geplant. Die Wartezeit auf einen solchen Psychotherapieplatz soll von gegenwärtig achtzehn Monaten auf wenige Wochen verkürzt werden.

Das wesentliche Motiv für dieses Großprojekt ist selbstverständlich ein ökonomisches: Die britische Regierung hat erkannt, dass durch schnelle und effektive Psychotherapie langfristig erhebliche Kosten für den Staatshaushalt gespart werden können. Was führte das britische Gesundheitsministerium zu diesem Umdenken und einer derart großen Investition? Die folgenden Entwicklungen trugen vermutlich wesentlich zur Unterstützung der IAPT-Initiative bei.

## Abstract

Um die Versorgungssituation für Psychotherapie schnell und effizient zu verbessern, investiert das britische Gesundheitsministerium in den nächsten Jahren mindestens 300 Millionen britische Pfund. Zusätzlich zum bestehenden Versorgungssystem soll fast eine Million Patienten von mindestens 3.600 zusätzlichen, neu ausgebildeten psychologischen Therapeuten behandelt werden. Auch in Deutschland bestehen nach Ansicht der Autoren Missstände in der Versorgung mit Psychotherapie. So erhält z. B. nur etwa jeder zehnte psychisch erkrankte Patient eine Psychotherapie. Die Wartezeiten auf einen solchen Platz liegen bei fast einem halben Jahr. Wenn behandelt wird, dann meist pharmakotherapeutisch, obwohl für die häufigsten Störungsbilder evidenzbasierte Psychotherapien in der Regel erfolgreicher und kostengünstiger sind als Pharmakotherapie. Aktuelle gesundheitsökonomische Forschungsdaten sprechen bei langfristigem Denken für eine Förderung der Psychotherapie, Vorschläge zur Verbesserung der Versorgungssituation werden abschließend unterbreitet.

## Schlüsselbegriffe

Kosten-Nutzen-Analysen, psychische Störungen, Psychotherapie, Psychopharmaka

## Vorentwicklungen der IAPT-Initiative in Großbritannien

Zentrale Bedeutung kommt den Arbeiten des 1999 gegründeten National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) zu. Dieses Institut lässt sich in etwa mit dem 2004 in Deutschland gegründeten Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) vergleichen. Das britische NICE setzt sich zum Ziel, ein umfassendes und evidenzbasiertes Beratungsangebot zur körperlichen und psychischen Gesundheit zu leisten. Die Aufgaben des NICE sind vielfältig: Unter anderem wurden bisher über 80 klinische Richtlinien zur evidenzbasierten Behandlung medizinischer und psychischer Probleme erstellt. So finden sich auch zu allen häufigen psychischen Störungen umfassende Empfehlungen für die Therapie.

„Mental health is Britain's biggest social problem.“ Dieses und ähnlich deutliche Statements stammen von Professor Sir Richard Layard, einem englischen Ökonomen. Unter seiner Leitung wurde 2006 der „Depression Report“ veröffentlicht, der auf Missstände in der Versorgung psychisch Erkrankter hinweist und hohe Kosteneinsparungen durch Psychotherapie prognostiziert. Layard und Kollegen zufolge erhalten in Großbritannien mehr Personen mit psychischen Störungen finanzielle Zuwendungen als Personen mit Arbeitslosigkeit. Vierzig Prozent der Arbeitsunfähigkeitszeiten seien auf psychische Störungen zurückzuführen. Jeder sechste Mensch leide unter Depressionen oder chronischen Ängsten. Jedoch erhalte nur jeder Vierte überhaupt irgendeine Behandlung seiner psychischen Störung. Wenn behandelt wird, werden zumeist Medikamente eingesetzt. Diesen Versorgungsdaten werden neue Möglichkeiten entgegen gesetzt: „The good news is that we now have evidence-based psychological therapies that can lift at least a half of those affected out of their depression or their chronic fear. These new therapies are not endless nor backwardlooking treatments. They are short, forward-looking treatments that enable people to challenge their negative thinking and build on the positive side of their perso-

nalities and situations." (Depression Report, S. 1). Arbeiten des NICE zufolge sind diese Therapien genauso erfolgreich wie Pharmakotherapie (vgl. Depression Report, S. 1). Zudem werden sie von der Mehrzahl von Patienten sogar vorgezogen (Chilvers et al., 2001). Die Kosten einer Psychotherapie glichen sich nach Layard et al. vollständig aus mit den Einsparungen durch weniger Erwerbsunfähigkeitszahlungen sowie durch höhere Steuereinnahmen.

An diesen Gesundheitsbericht schloss sich eine erste Vorphase des IAPT-Programms an. Im Jahr 2006 wurden an zwei Modellstandorten (Doncaster und Newham) 5.500 neue Patienten zugewiesen. Von diesen erhielten 1.900 Patienten ein kurzes kognitiv-behaviorales Be-

handlungsprogramm (durchschnittliche Sitzungszahl: Doncaster: 4,9; Newham: 8,2). Zweiundfünfzig Prozent der Patienten mit seit über 6 Monaten bestehenden Angst- oder depressiven Störungen waren nach der Therapie vollständig gebessert. In Nachuntersuchungen, die durchschnittlich 42 Wochen nach der letzten Sitzung durchgeführt wurden, galten über 40 % (Doncaster: 40 %, Newham: 43 %) als vollständig und stabil gebessert. Zusätzliche Erkenntnisse ergaben sich aufgrund der Erleichterung des Zugangs zum Psychotherapeuten durch Selbstzuweisung: Anders als in Deutschland ist in Großbritannien eine Zuweisung zum Psychotherapeuten bisher nur über den Hausarzt möglich. Die Daten zeigen, dass Patienten, die direkt psychotherapeutische Hilfe

## Literatur

- Angermeyer, C. M./Matschinger, M. (2005): Have there been any changes in the public's attitudes towards psychiatric treatment? Results from representative population surveys in Germany in the years 1990 and 2001. In: *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2005, 111: 68-73
- Chilvers, C./Dewey, M./Fielding, K./Gretton, V./Miller, P./Palmer, B./Weller, D./Churchill, R./Williams, I./Bedi, N./Duggan, C./Lee, A./Harrison, G. (2001): Antidepressant drugs and generic counselling for treatment of major depression in primary care: randomised trial with patient preference arms. In: *British Medical Journal* 2001, 322: 1-5
- Dintsios, C.-M./Koch, K./Sawicki, P. T. (2009): Bewertung von Kosten-Nutzen-Verhältnissen: Ein Vorschlag, die Kontroverse und ihre Hintergründe. In: *Monitor Versorgungsforschung* 2009, 2: 32-37
- Furukawa, T.A./Watanabe, N./Churchill, R. (2007): Combined psychotherapy plus antidepressants for panic disorder with or without agoraphobia. In: *The Cochrane Library*, Issue 3
- Grawe, K./Donati, R./Bernauer, F. (1994): *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*. Göttingen: Hogrefe
- Hiller, W./Fichter, M. M./Rief, W. (2003): A controlled treatment study of somatoform disorders including analysis of healthcare utilization and cost-effectiveness. In: *Journal of Psychosomatic Research* 2003, 54: 369-380
- Hollon, S./DeRubeis, R./Shelton, R./Amsterdam, J./Salomon, R./Reardon, J./Lovett, M./Young, P./Haman, K./Freeman, B./Gallop, R. (2005): Prevention of relapse following cognitive therapy. In: *Archives of General Psychiatry* 2005, 62: 417-422
- Howard, K. I./Lueger, R. J./Martinovich, Z./Lutz, W. (1999): The cost-effectiveness of psychotherapy: Dose-response and phase models. In: Miller, N. E./Magruder, K. M. (Hrsg.) (1999): *Cost-effectiveness of psychotherapy: A guide for practitioners, researchers, and policymakers*, S. 143-152. New York: Oxford University Press
- Howard, K. I./Kopta, S. M./Krause, M. S./Orlinsky, D. E. (1986): The dose-effect relationship in psychotherapy. In: *American Psychologist* 1986, 41: 159-164
- Lam, D. H./McCrone, P./Wright, K./Kerr, N. (2003): Cost-effectiveness of relapse-prevention cognitive therapy for bipolar disorder: 30-month study. In: *British Journal of Psychiatry* 2003, 186: 500-506
- Lambert, M. J./Ogles, B. M. (2004): The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In: Lambert, M. M. (Hrsg.) (2004): *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*, S. 139-193. New York: Wiley
- Liebowitz, M./Heimberg, R./Schneier, F./Hope, D./Davies, S./Hold, C./Goetz, D./Juster, H./Lin, S./Bruch, M./Marshall, R./Klein, D. (1999): Cognitivebehavioral group therapy versus phenelzine in social phobia: long-term outcome. In: *Depression and Anxiety* 1999, 10: 89-98
- Löcherbach, P./Henrich, G./Kemmer, H./Kinstler, H. J./Knopp-Vater, M./Rieckmann, N./Schneider, A./Weber, I. (1999): Entwicklung und Indikatoren zur Bedarfsermittlung und Angebotsplanung in der ambulanten Psychotherapie - Ergebnisse einer Studie des Zentralinstituts für die Kassenärztliche Versorgung. In: *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis* 1999, 31: 615-643
- Lutz, W. (2003): *Die Wiederentdeckung des Individuums in der Psychotherapieforschung. Ein Beitrag zur patientenorientierten Psychotherapieforschung und Qualitätssicherung*. Tübingen: DGVT-Verlag
- Lutz, W./Lowry, J./Kopta, M./Einstein, A. D./Howard, K. I. (2001): Prediction of dose-response relations based on patient characteristics. In: *Journal of Clinical Psychology* 2001, 57: 889-900
- Margraf, J./Poldrack, A. (2000): Angstsyndrome in Ost- und Westdeutschland: Eine repräsentative Bevölkerungsstudie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie* 2000, 29: 157-169
- Margraf, J. (2008): *Kosten und Nutzen der Psychotherapie*. Berlin: Springer.
- Nestoriuc, Y./Rief, W./Martin, A. (2008). Meta-analysis of biofeedback for tension-type headache: efficacy, specificity, and treatment moderators. In: *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2008, 76: 379-396
- Otto, M. W./Pollack, M. H./Maki, K. M. (2000): Empirically supported treatments for panic disorder: costs, benefits, and stepped care. In: *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2000, 68, 556-563
- Rief, W./Martin, A./Klaiberg, A./Brähler, E. (2005): Specific effects of depression, panic, and somatic symptoms on illness behavior. In: *Psychosomatic Medicine* 2005, 67 : 596-601
- Rief, W./Exner, C./Martin, A. (2006): *Psychotherapie: Ein Lehrbuch*. Stuttgart: Kohlhammer
- Ruhmland, M./Margraf, J. (2001): Effektivität psychologischer Therapien von Panik und Agoraphobie: Meta-Analyse auf Störungsebene. In: *Verhaltenstherapie* 2001, 11: 41-53
- Weise, C./Heinecke, K./Rief, W. (2007). Biofeedback bei chronischem Tinnitus - Behandlungsleitfaden und vorläufige Ergebnisse zu Wirksamkeit und Akzeptanz. In: *Verhaltenstherapie* 2007, 17: 220-230
- WHO (2001): *The world health report 2001 - Mental Health: New Understanding, New Hope*. Genf: World Health Organization
- Wittchen, H. U./Jacobi, F. (2001): Die Versorgungssituation psychischer Störungen in Deutschland. In: *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 2001, 44: 993-1000
- Zepf, S./Mengele, U./Hartmann, S. (2003). Zum Stand der ambulanten psychotherapeutischen Versorgungslage in der Bundesrepublik Deutschland. In: *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 2003, 53: 152-162

suchten, vergleichbar stark beeinträchtigt waren wie diejenigen, die von Ärzten überwiesen wurden. Auch unterschieden sich diese beiden Gruppen nicht im Therapieerfolg. Jedoch bestanden die psychischen Störungen bei denjenigen, die aus eigener Veranlassung kamen, bereits doppelt so lange wie bei den von Arzt zugewiesenen Patienten. Dies legt nahe, dass durch die Selbstzuweisungsoption auch Personen Hilfe bekommen, die sich bisher scheuten, einen Organmediziner zu konsultieren. Der im Oktober 2008 veröffentlichte Abschlussbericht zu der Vorstudie in Doncaster und Newham kann online eingesehen werden (vgl. [http://www.iapt.nhs.uk/wp-content/uploads/2008/10/lse\\_report.pdf](http://www.iapt.nhs.uk/wp-content/uploads/2008/10/lse_report.pdf) (abgerufen am 18.05.2009)).

So weit stellt sich die Situation in Großbritannien dar. Im Folgenden wird dokumentiert, inwieweit die aus IAPT, NICE und Depression Report erzielten Erkenntnisse für Großbritannien zu verallgemeinern sind bzw. insbesondere für Deutschland ihre Gültigkeit haben. Unter Einbezug des gegenwärtigen wissenschaftlichen Kenntnisstandes ergeben sich daraus folgende Fragestellungen:

- Ist die britische Versorgungssituation für Psychotherapie mit der in Deutschland zu vergleichen?
- Lassen sich durch Psychotherapie tatsächlich öffentliche Kosten einsparen?
- Wie schneidet Psychotherapie im Vergleich mit Pharmakotherapie im Hinblick auf Nutzen und Kosten ab?

Abschließend werden einige wünschenswerte Perspektiven für Deutschland formuliert.

### Versorgungssituation für ambulante Psychotherapie in Deutschland

Auf den ersten Blick ist in Deutschland einiges besser geregelt. In diesem Jahr feiert das Psychotherapeutengesetz seinen 10. Geburtstag. Seit seinem Inkrafttreten am 01.01.99 darf jeder Mensch direkt einen Psychotherapeuten konsultieren, ohne wie zuvor noch von einem Arzt dazu überwiesen werden zu müssen. Wie die Daten aus Großbritannien zeigen, kann die Erleichterung der ersten Kontaktaufnahme Chronifizierung verhindern. Dank des Psychotherapeutengesetzes kann jemand, der einen Psychotherapeuten aufsucht, zudem darauf vertrauen, dass dieser eine staatlich geregelte Qualifikation hat. Mittlerweile dürfen sich auch nur noch Personen als „Psychotherapeuten“ bezeichnen, die eine qualitativ hochwertige, mindestens dreijährige Zusatz-Ausbildung absolviert haben. Ergebnisse einer repräsentativen Umfrage zeigen, dass das Ansehen von Psychotherapie im 11-Jahres-Zeitraum erheblich gestiegen ist (Angermeyer & Matschinger, 2005).

Doch bei genauerer Betrachtung der Versorgungsdaten zur Psychotherapie bestehen auch in Deutschland Missstände. Psychotherapie bei psychischen Störungen steht längst nicht an erster Stelle bei der Inanspruchnahme. Gemäß einer repräsentativen Befragung von Rief et al. (2005) befanden sich lediglich 16 % der Patienten mit depressiven Störungen und 17 % der Patienten mit Panikstörung bei einem Psychotherapeuten. Mit anderen Worten: über 80 % der Personen mit psychischen Störungen erhielten keine Psychotherapie, sondern waren, wenn überhaupt, in organmedizinisch orientierter haus- bzw. fachärztlicher Behandlung. Noch drastischere Zahlen liefert eine etwas ältere repräsentative Untersuchung von Margraf & Poldrack (2001). Lediglich 42 % der an Angststörungen Erkrankten wurden überhaupt behandelt, zumeist durch Pharmakotherapie oder Nicht-Spezialisten. Psychotherapie wurde insgesamt nur bei 8 % der Befragten eingesetzt. Kognitive Verhaltenstherapie als das Verfahren mit den besten Wirksamkeitsnachweisen für

Angststörungen (z. B. Ruhmland & Margraf, 2001) war in den Interviews bei lediglich 1 % der Angstpatienten als solche identifizierbar. Es ist davon auszugehen, dass bis zum gegenwärtigen Zeitpunkt immer noch eine beträchtliche Anzahl von Personen mit psychischen Störungen keine evidenzbasierte Behandlung erhält.

Die Gründe für die seltene Inanspruchnahme von Psychotherapie sind vermutlich vielfältig. In einer bevölkerungsrepräsentativen Erhebung (Zepf et al., 2003) erhielt nur die Hälfte der für eine Therapie Anfragenden einen Termin. Auf ein Vorgespräch warteten die Befragten durchschnittlich zwei Monate, auf einen Behandlungsplatz fünf Monate. Für einen bedenklich hohen Prozentsatz (39 %) wurde nach den probatorischen Sitzungen (erste 5 Sitzungen) keine genehmigungspflichtige Psychotherapie beantragt. Viele Menschen mit behandlungsbedürftigen psychischen Krankheiten wurden also trotz Indikation von Psychotherapeuten nicht aufgenommen. Ein Nebenergebnis der Untersuchung war, dass Patienten mit Störungsbildern aus dem Psychosomatik-Bereich signifikant häufiger unbehandelt blieben, obwohl für manche dieser Störungsbilder bestimmte Psychotherapie-Verfahren als Methode der ersten Wahl gelten (Weise et al., 2007; Nestoriuc et al., 2008).

Natürlich ist zum gegenwärtigen Zeitpunkt die Situation in Großbritannien desolater. Stellt man sich jedoch die Konsequenzen vor, die auch die Wartezeit in Deutschland für Betroffene und ihr Umfeld hat, scheint auch die Situation in Deutschland nicht haltbar: Eine Patientin mit Panikattacken kann nur noch in Begleitung von Familienangehörigen aus dem Haus gehen. Ein Patient wird aufgrund von Depressionen arbeitsunfähig und zieht sich zunehmend sozial zurück. Eine mager-süchtige junge Frau verliert kontinuierlich an Gewicht und der Zustand wird lebensbedrohlich. In allen Fällen scheint es ethisch bedenklich, diese Personen fast ein halbes Jahr warten zu lassen. Hinzu kommt, dass Wartezeiten zu einer volkswirtschaftlichen Zusatzbelastung führen. Denn fortschreitende psychische Störungen ohne adäquate Behandlung begünstigen Arbeitsunfähigkeit und Klinikeinweisungen. Beides geht mit gesamtgesellschaftlich zu tragenden Kosten einher, die die Aufwendungen für ambulante Psychotherapie weit übersteigen.

### Bewertung des Kosten-Nutzen-Verhältnisses für Psychotherapie

Rund jeder dritte erwachsene Deutsche leidet unter einer psychischen Störung (Wittchen & Jacobi, 2001). Psychisch erkrankte Menschen verursachen ein hohes Maß öffentlicher Kosten. Es ist davon auszugehen, dass der größte Anteil dabei den indirekten Kosten aufgrund von Arbeitsunfähigkeitszeiten und Berentungen zukommt, jedoch sind auch die direkten Kosten aufgrund von Aufwendungen für Behandlungen (z. B. medikamentös, psychotherapeutisch, stationär-rehabilitativ) erheblich. In Deutschland stehen psychische Störungen je nach Statistik und Jahrgang an 2. bis 4. Stelle bei Frühberentungen und Arbeitsunfähigkeitszeiten. Dabei steigt der Anteil an Arbeitsausfällen durch psychische Erkrankungen kontinuierlich an. Berechnungen der WHO zufolge haben psychische Störungen europaweit einen Anteil von 20 % an den gesamten von Krankheit verursachten Belastungen (WHO, 2001). Trendberechnungen prognostizieren eine erhebliche Steigerung der Belastungen bis zum Jahr 2020.

Der prinzipielle Nutzen von Psychotherapie sollte heute nicht mehr in Frage gestellt werden müssen. Umfangreiche Literaturauswertungen wie die von Grawe et al. (1994) oder Lambert & Ogles (2004) stellen eine breite Basis von Studien zusammen, die für nahezu alle psychischen Störungen bei durchschnittlich rund 75 % der Patienten eine deutliche Verbesserung der Symptomatik belegen. Dennoch sorgte der

„Report 2007“ der Gmünder Ersatzkasse kürzlich für Aufsehen, aus dessen Auswertung von Versicherungsdaten geschlussfolgert wurde, ambulante Psychotherapie habe keine deutlich nachweisbaren positiven Wirkungen. Diese Interpretation begründete sich auf die Tatsache, dass zwei Jahre nach Beantragung einer Psychotherapie mehr medizinische Leistungen in Anspruch genommen wurden als von der Vergleichsgruppe der Versicherten ohne Psychotherapie. An der Methodik ist vieles zu kritisieren. Tatsächlich zeigen die Zahlen des GEK-Reports nach Abzug der Psychotherapiekontakte sowie der wegen Psychotherapie-Überweisung notwendigen quartalsweisen Arztbesuche ein erhebliches Absinken der Arztkontakte bei Psychotherapie-Patienten.

In einer kürzlich veröffentlichten Überblicksarbeit stellt Margraf (2008) den gegenwärtigen Stand empirischer Kosten-Nutzen-Analysen für Psychotherapie dar. Insgesamt kamen 54 Studien an 13.000 Patienten in die Auswertung. In nahezu allen Untersuchungen (95 %) zeigte sich eine Reduktion der Gesundheitskosten nach einer Psychotherapie. Unter Abzug der Kosten für die Psychotherapie wiesen 86 % der Studien ein positives Kosten-Nutzen-Verhältnis auf. In den meisten Fällen waren die Kosten bereits in den ersten zwei Jahren nach der Psychotherapie durch Einsparungen amortisiert. Auch wenn Psychotherapie in Zukunft um 50% teurer würde, rentiert sie sich noch, wie Kalkulationen im Rahmen einer Therapiestudie zeigen (Lam et al., 2003).

Umfassende Berechnungen der Kosteneinsparungen für Deutschland finden sich bei Hiller et al. (2003). Erhoben wurden Krankenversicherungsdaten im 2-Jahres-Zeitraum vor und nach einer stationären, verhaltenstherapeutischen Behandlung von Patienten mit chronischen, organmedizinisch nicht erklärbaren körperlichen Beschwerden. Es fand sich eine Verminderung der Gesundheitskosten um mehr als 8.000 Euro pro Patient (stationäre Behandlungen: - 1.098 Euro / -37 %, ambulante Behandlungen: - 382 Euro / -25 %, kalkulierte Kosten aufgrund geringerer Arbeitsunfähigkeitszeiten: 6.702 Euro / -35 %).

### Vergleich von Psycho- und Pharmakotherapie im Hinblick auf Nutzen und Kosten

Für Großbritannien und Deutschland gilt gleichermaßen, dass psychische Störungen zunächst in den meisten Fällen mit Psychopharmaka behandelt werden (s.o.). Bei einigen Patienten kann dies die beste Möglichkeit zur Veränderung einer psychischen Symptomatik sein. Doch dies ist vermutlich nicht immer der Fall. Studien der letzten Jahre an den beiden häufigsten Gruppen psychischer Störungen (Depression und Angst) legen nahe, dass Psychotherapie mindestens vergleichbare Erfolge zeigt:

- In Therapievergleichsuntersuchungen bei depressiven Störungen findet sich zumeist eine vergleichbare Wirksamkeit von Medikamenten und Psychotherapie. Jedoch gilt dies häufig nur, solange die Einnahme des Medikaments fortgesetzt wird. Werden Antidepressiva abgesetzt, ereignen sich häufiger Rückfälle als nach Beendigung einer Psychotherapie (z. B. Hollon et al., 2005).
- Für die Gruppe der Angststörungen zeigen Ergebnisse eines Cochrane Reviews (Furukawa et al., 2007), dass Psychotherapie bei der Panikstörung längerfristig ähnlich wirksam ist wie eine Kombination aus Pharma- und Psychotherapie. Eine rein medikamentöse Behandlung hat dem gegenüber aber einen geringeren Erfolg. Ähnliche Ergebnisse finden sich auch für andere häufige Angststörungen, z. B. die soziale Phobie (z. B. Liebowitz et al. 1999).

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die Wirksamkeit evidenzbasierter Psychotherapie bei Angststörungen höher und bei Depressionen mindestens vergleichbar ist zu der modernen Pharmakotherapie.

Trotzdem wird Pharmakotherapie deutlich mehr Betroffenen angeboten und in Anspruch genommen.

In neueren Untersuchungen finden sich zudem Kostenvergleiche von Pharma- und Psychotherapie. Der oben beschriebene Kosten-Nutzen-Bericht von Margraf (2008) stellt insgesamt 17 Studien zum Kostenvergleich pharmako- vs. und psychotherapeutischer Behandlungen zusammen. Die meisten dieser Untersuchungen (76 %) dokumentieren geringere Kosten bei Psychotherapie, in einigen Fällen (18 %) erwies sich die medikamentöse Therapie als günstiger. Eine Studie an Angststörungen dokumentiert für Einzelpsychotherapie fast halb so hohe, für Gruppenpsychotherapie lediglich ein Viertel der Kosten von Pharmakotherapie (Otto et al., 2000). So scheint evidenzbasierte Psychotherapie nicht nur teilweise wirksamer, sondern auch kostengünstiger zu sein als die medikamentöse Therapie.

### Perspektiven für Deutschland

Auch wenn weitere Kosten-Nutzen-Studien indiziert sind, ist der Evidenzgrad für psychologische Psychotherapien weit höher als der für viele, seit langem eingesetzte medizinische Standardbehandlungen (vgl. Dintsios et al., 2009 im vorangegangenen Heft in Monitor Versorgungsforschung 02/09). Dennoch wird evidenzbasierte Psychotherapie noch viel zu selten eingesetzt. Als Mitgrund dafür werden lange Wartezeiten auf ambulante Therapieplätze gesehen.

Sollte man deshalb auch dem deutschen Gesundheitssystem nach britischem Vorbild eine Finanzspritze von mehreren hundert Millionen Euro setzen? Eine Veränderung der Versorgungssituation für Psychotherapie scheint zumindest dringend indiziert.

Ein in Deutschland mitunter emotional diskutierter Punkt ist die Tatsache, dass die in der Praxis durchgeführte Psychotherapie in den wenigsten Fällen mit dem übereinstimmt, was in wissenschaftlichen Studien als effektiv nachgewiesen wurde. Dies betrifft in erster Linie die Dauer von Psychotherapien. In internationalen Studien schneiden oftmals sehr kurze Therapieverfahren im Umfang von 5-15 Sitzungen besonders gut ab. Umfassende Analysen (Howard et al., 1986, 1999; Lutz, 2003; Lutz et al., 2001) von nicht-manualisierten Behandlungen in der Versorgung zeigen, dass über verschiedene Therapieformen, Patientengruppen und Outcome-Kriterien hinweg die größten Behandlungserfolge in den ersten 30 Sitzungen erreicht werden. Nach der 60. Therapiesitzung ist durchschnittlich jedoch kein nennenswerter Zuegewinn mehr zu verzeichnen.

Die klinische Praxis sieht anders aus. In Deutschland lag die durchschnittliche Zahl ambulanter Therapiesitzungen noch vor wenigen Jahren bei 70 Behandlungsstunden (Löcherbach et al., 1999, s.a. Zusammenfassung in Rief et al., 2006). Schnellere Therapien ermöglichen jedoch mehr Therapieplätze für einen festen Zeitraum. Hier böte sich eine Möglichkeit, den bisher üblichen langen Wartezeiten und hohen Ablehnungsraten zu begegnen.

Auch im Rahmen der Verhaltenstherapie, die durchschnittlich die kürzeste Therapiedauer aufweist und prinzipiell auf eine gute wissenschaftliche Fundierung aufbauen kann, werden häufig nicht die Verfahren eingesetzt, die die beste Wirksamkeit bringen. So setzen die wenigsten Verhaltenstherapeuten Reizexposition ein (Margraf & Poldrack, 2001; s.o.), obwohl dies die für Angststörungen vielfach belegte Methode der Wahl ist. Ziel einer solchen Reizexposition ist (nach ausführlicher Vorbereitung der Patienten) die Konfrontation mit den angstauslösenden Situationen und das längere Verbleiben in ihnen, bis eine deutliche Angstreduktion stattgefunden hat (genaue Beschreibungen von Behandlungsrational und Durchführung finden sich bei Rief

et al., 2006). Um Expositionen in typischen Situationen (Kaufhäuser, Türme, Brücken oder öffentliche Verkehrsmittel) durchzuführen, fällt für Psychotherapeuten eine erhebliche zeitliche Zusatzbelastung für Planung, Organisation und Anreisen an, die unvergütet bleibt. Lege artis durchgeführt, steht vorher nicht einmal fest, wie lange eine Expositionsübung dauert, denn das Kriterium ihrer Beendigung ist die deutliche Angstreduktion des Patienten, die nach 20 Minuten oder auch 4 Stunden erfolgen kann. Dadurch kommen Planungsunsicherheiten und Verdienstauffälle hinzu. In Anbetracht dieser Situation verwundert es letztlich leider nicht, dass viele Psychotherapeuten die Verwendung des Expositionsverfahrens scheuen und es trotz seiner hohen Effektivität so selten eingesetzt wird.

Zu dieser Problemsituation tragen auch die weiteren Regelungen bei, die die Kassenärztlichen Vereinigungen für die Abrechnung vorgeben. Zur Genehmigung einer Behandlung ist üblicherweise ein Bericht über den Patienten zu erstellen, in dem die Indikation und der Behandlungsplan für die Psychotherapie begründet wird. Wird das bewilligte Kontingent nicht ausgeschöpft und stattdessen eine neue Therapie beantragt, entsteht Mehraufwand für den Behandler.

So ließen sich in Deutschland also auch ohne große Investitionen Verbesserungen erreichen. Gegenwärtig wird leider kein Psychotherapeut dafür belohnt, kosteneffektive, zeitlich-kondensierte hocheffiziente Behandlungen durchzuführen. Es gibt kein Anreizsystem für die Umsetzung wissenschaftlich fundierter Kurzzeittherapien.

Insgesamt stellt sich die Situation in Deutschland damit nicht viel anders dar als in Großbritannien: Ein unbefriedigend geringer Anteil von Personen mit Behandlungsbedarf kommt in den Genuss von evidenzbasierter ambulanter Psychotherapie. Während man bisher von Deutschland aus vielleicht manchmal mit etwas Hohn auf das britische Gesundheitssystem schaute, werden psychisch Erkrankte bei Gelingen des IAPT-Projektes in wenigen Jahren mit Neid auf die britischen Inseln blicken. Wer an den psychisch Kranken im Gesundheitssystem

## British mental health services - does it set a standard for Germany?

The British Department of Health announced a minimum boost of 300 million pounds Sterling to provide better support for people with mental health problems. Almost a million more patients are supposed to be treated by 3600 more newly trained psychological therapists. The article compares the British and German situations. As a conclusion, shortcomings for Germany can be reported as well. E. g., only one out of ten patients is treated with psychotherapy. In average, a person who resolves to start psychotherapy waits nearly 6 months for this treatment. Therefore, predominantly pharmacotherapy is applied. However, recent data on the most frequent mental disorders shows that evidence-based psychotherapy can be more effective and more cost-saving than pharmacotherapy. Based on long-term considerations, the current results of health economic research should certainly lead to an improvement of mental health care in Germany. Several suggestions for improvements are made in the final section.

### Keywords

cost-benefit analyses, mental disorders, psychotherapy, pharmacotherapy for mental disorders

spart, denkt kurzfristig und spart an der falschen Stelle. Nicht nur aus ökonomischen Gründen, aber auch aus ökonomischen Gründen ist eine adäquate Behandlung zwingend indiziert. Dazu muss sich auch in Deutschland noch vieles ändern. <<

### Dr. rer. nat. Gaby Bleichhardt / Jahrgang 1970

#### Psychologische Psychotherapeutin

Studium der Psychologie in Wuppertal und Marburg. 1998-2001 therapeutische und wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Klinik Roseneck in Prien a. Ch. Ausbildung in Verhaltenstherapie, seit 2001 Approbation als Psychologische Psychotherapeutin. 2001-2007 wissenschaftliche Assistentin und stellv. Leiterin der Poliklinischen Institutsambulanz für Psychotherapie an der Universität Mainz. 2002 Promotion zum Thema „Längerfristiger Therapieerfolg bei Patienten mit somatoformen Störungen“. Seit 2007 Mitarbeiterin im Leitungsteam der Psychotherapie-Ambulanz an der Universität Marburg. Forschungsschwerpunkte: Verhaltensmedizin, Psychotherapie in der Versorgung. Kontakt: gaby.bleichhardt@staff.uni-marburg.de



### Prof. Dr. rer. soc. Winfried Rief / Jahrgang 1959

#### AG Klinische Psychologie und Psychotherapie der Philipps-Universität Marburg

Leiter der Psychotherapie-Ambulanz an der Philipps-Universität. Psychologischer Psychotherapeut und Supervisor. Langjährige Tätigkeit in psychosomatischen und psychiatrischen Kliniken (z.B. Roseneck, Prien a. Ch.) in den Bereichen Schmerz, Essstörungen, Angststörungen u.a. Zahlreiche wissenschaftliche Veröffentlichungen zum Thema körperliche Beschwerden. Gastprofessor an der Harvard Medical School Boston (2004/2005) und University of Auckland Medical School (2002). Mitglied der Expertenkommission für DSM-V. Kontakt: rief@staff.uni-marburg.de



Dipl.-Psych. Tobias Luck  
 Dr. rer. med. Melanie Lupp  
 Prof. Dr. med. Steffi G. Riedel-Heller, M.P.H

# Institutionalisierung bei Demenz - Häufigkeit, Zeit und Einflussfaktoren

Demenz ist eine der häufigsten und schwerwiegendsten Erkrankungen im höheren Lebensalter. Weltweit leiden derzeit etwa 24,3 Millionen Menschen an einer demenziellen Erkrankung; Schätzungen für das Jahr 2040 gehen von einem Anstieg auf über 80 Millionen Erkrankte aus (Ferri et al. 2005). Für Deutschland wird aufgrund der zunehmenden Lebenserwartung der Bevölkerung ein Anstieg von aktuell ca. einer Million auf 2,3 Millionen Erkrankte bis zum Jahr 2050 erwartet (Wancata et al. 2003). Aktuelle Behandlungsmethoden insbesondere für die Demenz vom Alzheimerstyp ermöglichen zwar keine Heilung, umfassen jedoch ein weites Spektrum von Maßnahmen, um das Wohlbefinden der Patienten zu verbessern oder den kognitiven Abbau zu verzögern (Kurz/Jendroska 2002).

>> Fortschreitender kognitiver Abbau, zunehmende Beeinträchtigungen in Aktivitäten des täglichen Lebens wie auch mögliche Persönlichkeitsveränderungen stellen eine große Belastung für Betroffene und Angehörige dar. Darüber hinaus ist durch die für die meisten Länder Europas wie auch für Deutschland charakteristische Kombination aus niedriger Geburtenrate und gleichzeitig höherer Lebenserwartung von einer dramatischen Verschlechterung des Verhältnisses der arbeitsfähigen Personen zu den an Demenz erkrankten Menschen auszugehen (Wancata et al. 2003). Neben den persönlichen Auswirkungen werden daher zukünftig vermehrt auch sozialpolitische und volkswirtschaftliche Aspekte demenzieller Erkrankungen in den Vordergrund rücken. Bereits heute stellen kognitive Beeinträchtigungen und Demenzen den Hauptgrund für einen Heimübergang älterer Menschen dar (Agüero-Torres et al. 2001). Hochrechnungen von Weyerer et al. (2005) zufolge, sind in Deutschland nahezu zwei Drittel der Heimbewohner von einer mittel-

## Abstract

Altern in gewohnter Umgebung ist den meisten Menschen ein großes Bedürfnis. Der Übergang in eine Heimeinrichtung wird hingegen oftmals als sehr belastend erlebt und ist mit erheblichen finanziellen Kosten für Betroffene, Angehörige und soziale Sicherungssysteme verbunden. Erkrankten Menschen an einer Demenz, so siedelt jeder Zweite innerhalb der ersten drei Jahre nach Erkrankungsbeginn dauerhaft in eine Heimeinrichtung über. Ob und wann ein Umzug in eine Heimeinrichtung im Einzelnen realisiert wird, ist von zahlreichen Charakteristika der Betroffenen, Angehörigen und äußeren Bedingungen abhängig. Für eine deutsche Stichprobe älterer Menschen mit inzidenter Demenz konnte insbesondere das Fehlen eines Ehepartners als ein starker Risikofaktor für eine kürzere Zeit bis zu einem Umzug in eine Heimeinrichtung identifiziert werden. Ziel zukünftiger Forschungsbemühungen sollte neben der Identifikation weiterer - möglicherweise modifizierbarer - Einflussfaktoren auf Institutionalisierungsraten und -zeiten von Demenzkranken, entsprechend auch die Entwicklung zielgruppenspezifischer Interventionen für bestimmte Risikogruppen darstellen, um - wenn sinnvoll - eine längere Versorgung von Dementen im häuslichen Umfeld gewährleisten bzw. einen optimalen Zeitpunkt für einen Umzug in eine Heimeinrichtung ermöglichen zu können.

## Schlüsselbegriffe

Demenz, Inzidenz, Institutionalisierung, Heimübergang, Zeit, Einflussfaktoren, Prädiktoren, Risikofaktoren

schweren bis schweren Demenz betroffen.

Altern in gewohnter Umgebung im familiären Umfeld ist den meisten Menschen allerdings ein großes Bedürfnis (Goldsmith 1996) und dürfte in vielen Fällen neben den Vorteilen eines Verbleibs im bestehenden sozialen Netzwerk und der Verfügbarkeit bestehender Orientierungspunkte entsprechend auch eine höhere Lebensqualität für die Betroffenen bieten. Zudem ist ein Umzug in eine Heim- und/oder Pflegeeinrichtung oftmals mit erheblichen finanziellen Folgen für Betroffene, Angehörige und soziale Sicherungssysteme verbunden (Hallauer et al. 2000). Andererseits stellen familiäre Betreuung und Pflege von Angehörigen mit Demenz eine anstrengende und stark fordernde Tätigkeit dar, die häufig mit Beeinträchtigungen von physischem und psychischem Wohlbefinden und Gesundheit der Pflegenden einhergehen (Sörensen et al. 2006), und so wiederum eine kontinuierliche Versorgung der von Demenz Betroffenen gefährden. Entsprechend kann ein Umzug in eine Heimeinrichtung bei Demenz insbesondere in einem fortgeschrittenen Krankheitsstadium neben der Entlastung der familiär Pflegenden oftmals auch eine verbesserte Versorgung des Betroffenen gewährleisten.

Ein Familienmitglied mit Demenz in eine Heimeinrichtung zu geben, ist daher ohne Frage eine der schwierigsten Entscheidungen für Angehörige (Caron et al. 2006). Ob und wann ein Umzug in eine Heimeinrichtung realisiert wird, ist jedoch von zahlreichen Charakteristika der Betroffenen und Angehörigen wie auch von den äußeren Bedingungen abhängig (Lupp et al. 2008). Im Folgenden wird ein Überblick über Ergebnisse zur Häufigkeit von Heimübergängen von Demenzkranken und zu den Zeiträumen von der Demenzentwicklung bis zu einem Übergang in eine Heimeinrichtung sowie zu entsprechenden Einflussfaktoren gegeben.

## Institutionalisierungsraten und -zeiten von Demenzkranken

Institutionalisierungsraten von Demenzkranken werden in einer Vielzahl von internationalen Studien angegeben. Die berichteten Raten bewegen sich hierbei mehrheitlich zwischen 20 und 25 % für einen Beobachtungszeitraum von einem Jahr und zwischen 28 und 48 % für einen Beobachtungszeitraum von zwei Jahren (Lupp et al. 2008). Für längere Beobachtungszeiträume steigen die ermittelten Raten von

Dementen auf bis zu 90 % (Smith et al. 2000; acht Jahre Beobachtungszeitraum) an.

Für die Zeit bis zur Institutionalisierung wird in den meisten internationalen Studien der Median - der Zeitpunkt zu dem die Hälfte der Demenzkranken in eine Heimeinrichtung übersiedelt sind - angegeben. Smith et al. (2001) und Serverson et al. (1994) haben hier Mediane von 5,3 und 5,6 Jahren berichtet. In der überwiegenden Mehrzahl der Studien waren die Hälfte der Demenzkranken jedoch bereits nach etwa drei Jahren dauerhaft in eine Heimeinrichtung übersiedelt (Smith et al. 2000; Heyman et al. 1997; Gilley et al. 2004; Miller et al. 1998; Hébert et al. 2001).

Grundsätzlich ist ein Vergleich der in den internationalen Studien ermittelten Institutionalisierungsraten und -zeiten sowie deren Übertragbarkeit auf Deutschland nur eingeschränkt möglich, da die Ergebnisse stark von den Spezifika der zugrunde liegenden Herkunftsländer (z. B. Gesundheits- und Pflegesystem, Verfügbarkeit ambulanter und stationärer Pflege, kulturell bedingte Einstellungen zu familiärer und institutioneller Pflege), den Stichproben (z. B. klinische vs. bevölkerungsbasierte Stichproben, Unterschiede in Alter, Geschlecht, Bildung, Ethnizität, Familienstatus, Demenzschweregrad, Komorbidität) und den Erhebungsmethoden (z. B. Demenzdiagnose, Definition eines Heimübergangs) abhängen. Beispielsweise konnten Miller et al. (1999) für die USA einen starken Einfluss der Ethnizität auf die Institutionalisierung von Demenzkranken nachweisen. So betrug die ermittelte Institutionalisierungsrates von Afroamerikanern mit Alzheimerdemenz innerhalb von 3,4 Jahren lediglich 25 %, während in einem vergleichbaren Zeitraum weiße Amerikaner i. d. R. eine doppelt so hohe Rate verzeichnen (Gilley et al. 2004, Miller et al. 1998).

Zu den genannten Unterschieden in den Spezifika der internationalen Studien, die eine Übertragbarkeit der Ergebnisse auf Deutschland erschweren, kommt hinzu, dass die ermittelten Institutionalisierungsraten und -zeiten v. a. auf prävalenten Demenzfällen basieren. Diese haben den Nachteil, dass Betroffene mit unterschiedlichem Demenzschweregrad und Erkrankungsbeginn in die selbe Stichprobe eingeschlossen und gemeinsam untersucht werden. Entsprechend kann die Zeit zwischen dem tatsächlichen Erkrankungsbeginn und dem Zeitpunkt der Demenzdiagnose nur retrospektiv geschätzt werden, was zu starken Ungenauigkeiten in den Ergebnissen führen kann. Die Bedeutung des Ausgangszeitpunktes für die Berechnung der Zeit bis zur Institutionalisierung von prävalenten Demenzkranken verdeutlichen beispielsweise Ergebnisse von Severson et al. (1994). Wurde die Zeit bis zum Heimübergang ausgehend vom Zeitpunkt der Demenzdiagnose innerhalb der Studie berechnet, so betrug der Median der Zeit 2,5 Jahre. Wurde die Zeit bis zum Heimübergang jedoch ausgehend von einem retrospektiv geschätzten tatsächlichen Erkrankungsbeginn der Demenz berechnet, so betrug der Median der Zeit 5,6 Jahre.

Eine exaktere Möglichkeit der Bestimmung der Zeit bis zu einer Institutionalisierung von Demenzkranken bieten daher Studien, die auf inzidenten Fällen basieren, da diese Informationen über die Betroffenen ab dem Erkrankungsbeginn und somit auch genauere, prospektive Angaben über den Erkrankungsverlauf liefern. Entsprechende Institutionalisierungsraten und -zeiten von inzidenten Demenzfällen konnten erstmalig in einer Arbeit von Luck et al. (2008) bestimmt werden. Die Ergebnisse entstammen hierbei der Leipziger Langzeitstudie in der Altenbevölkerung (LEILA 75+; Riedel-Heller et al.) - einer bevölkerungsrepräsentativen Langschnittstudie mit initial rekrutierten 1.692 Leipziger Senioren ab 75 Jahren, die in sechs Erhebungswellen zwischen Januar 1997 und April 2005 im Abstand von je etwa 1,4 Jahren untersucht wurden.

Insgesamt konnten hier 109 Personen ermittelt werden, die zum Zeitpunkt der Demenzdiagnose noch im Privathaushalt lebten. Von diesen siedelten 52 (47,7 %) bis zum Ende der Studie in eine Heimeinrichtung über. Innerhalb des Beobachtungszeitraumes sank der Anteil der von Demenz betroffenen Personen, die noch im Privathaushalt lebten, von 84 % nach sechs Monaten auf 19 % sechs Jahre nach inzidenter Demenzdiagnose (Tab. 1).

<b>Prozentualer Anteil der inzidenten Demenzkranken, die nach der Diagnose weiterhin im Privathaushalt lebten (n = 109<sup>1</sup>)</b>			
<b>Zeitintervall nach inzidenter Demenzdiagnose</b>	<b>Institutionalisierte Probanden (kumuliert) n von 109</b>	<b>zensierte Probanden<sup>2</sup> (kumuliert) n von 109</b>	<b>Anteil der 109 inzidenten Demenzkranken, die nach der Demenzdiagnose weiterhin im Privathaushalt lebten % (± Standardabweichung)<sup>3</sup></b>
<b>6 Monate</b>	17	5	84,2 ± 3,5
<b>1 Jahr</b>	30	19	70,5 ± 4,6
<b>2 Jahre</b>	40	31	57,8 ± 5,2
<b>3 Jahre</b>	45	43	47,5 ± 6,0
<b>4 Jahre</b>	49	51	37,7 ± 6,5
<b>5 Jahre</b>	51	55	28,3 ± 7,6
<b>6 Jahre</b>	52	57	18,9 ± 9,2

<sup>1</sup>im Studienverlauf diagnostizierte inzidente Demenzfälle; <sup>2</sup>zensiert wurden die Probanden, die verstarben, die eine weitere Teilnahme an der Studie verweigerten, die nicht mehr lokalisiert werden konnten oder bis zum Studienende im Privathaushalt lebten; letztere bilden die 18,9 % der im Privathaushalt verbliebenen Probanden nach 6 Jahren; <sup>3</sup>ermittelt mittels Kaplan-Meier Überlebenszeitanalyse

**Tab. 1:** Prozentualer Anteil der inzidenten Demenzkranken, die nach der Diagnose weiterhin im Privathaushalt lebten (n = 109)

Die durchschnittliche Zeit bis zum Umzug der inzidenten Demenzkranken in eine Heimeinrichtung betrug hierbei 2,9 Jahre (95 % KI = 2,4-3,4), und der Median der Zeit 2,8 Jahre (95 % KI = 2,3-3,3).

### **Einflussfaktoren auf die Institutionalisierung von Demenzkranken**

Einen ausführlichen Überblick über Einflussfaktoren auf die Institutionalisierung von Demenzkranken geben Luppá et al. (2008). Einem konzeptionellen Rahmen - basierend auf Arbeiten von Pearlin et al. (1990), Pruchno et al. (1990) und Andersen (1968, 1995) - folgend, unterscheiden Luppá et al. Predisposing, Need und Enabling variables, die das Risiko und den Zeitpunkt für einen Übergang in eine Heimeinrichtung beeinflussen. Unter Predisposing variables werden hierbei sozio-demographische Merkmale der Demenzkranken und pflegenden Angehörigen sowie Merkmale der Beziehung zwischen diesen subsumiert. Need variables beinhalten primäre und sekundäre



Stressoren (Pearlin et al. 1990; Pruchno et al. 1990), die mit einer Demenzerkrankung assoziiert sein können. Primäre Stressoren umfassen Verhaltens-, kognitive und psychische Symptome der Demenzerkrankung sowie objektive Merkmale der Pflegesituation. Sekundäre Stressoren beinhalten hingegen die vom pflegenden Angehörigen wahrgenommene Belastung bzw. den wahrgenommenen Stress durch die Pflegesituation und die entsprechenden Rollenanforderungen. Enabling variables beinhalten die Verfügbarkeit formeller und informeller Versorgungs- und Unterstützungssysteme (Verfügbarkeit von Heimeinrichtungen, ambulanter Pfleger, familiärer und sozialer Unterstützung) für den pflegenden Angehörigen, wie auch individuelle Ressourcen des

pflegenden Angehörigen zum Umgang mit der Pflegesituation (z. B. Copingstrategien). Einen Überblick über von Luppá et al. (2008) in der Literatur identifizierte relevante Predisposing, Need und Enabling variables, die mit einem erhöhten Institutionalierungsrisiko bzw. einer verkürzten Zeit bis zu einem Umzug in eine Heimeinrichtung assoziiert sind, gibt Tabelle 2.

Bezogen auf inzidente Demenzfälle einer deutschen Alterskohorte (Luck et al. 2008; s. o.) konnte insbesondere der Familienstand als ein starker Einflussfaktor auf die Zeit bis zu einem Heimübergang identifiziert werden. So betrug die durchschnittliche Zeit bis zum Umzug in eine Heimeinrichtung von verwitweten und geschiedenen inzidenten

## Literatur

- Agüero-Torres, H./von Strauss, E./Viitanen, M./Winblad, B./Fratiglioni L. (2001): Institutionalization in the elderly: the role of chronic diseases and dementia. Cross-sectional and longitudinal data from a population-based study. *Journal of Clinical Epidemiology* 2001, 54: 795-801
- Andersen, R.M. (1968): Behavioral Model of Families' Use of Health Services. Research Series No. 25. Chicago, IL: Center for Health Administration Studies, University of Chicago
- Andersen, R.M. (1995): Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *Journal of Health and Social Behavior* 1995, 36, 1: 1-10
- Bharucha, A.J./Pandav, R./Shen, C./Dodge, H.H./Ganguli, M. (2004): Predictors of nursing facility admission: a 12-year epidemiological study in the United States. *Journal of the American Geriatrics Society* 2004, 52, 3: 434-439
- Caron, C.D./Ducharme, F./Griffith, J. (2006): Deciding on institutionalization for a relative with dementia: the most difficult decision for caregivers. *Canadian Journal on Aging* 2006, 25, 2: 193-205
- Eaker, E.D./Vierkant, R.A./Mickel, S.F. (2002): Predictors of nursing home admission and/or death in incident Alzheimer's disease and other dementia cases compared to controls: a population-based study. *Journal of Clinical Epidemiology* 2002, 55, 5: 462-468
- Ferri, C.P./Prince, M./Brayne, C./Brodsky, H./Fratiglioni, L./Ganguli, M./Hall, K./Hasegawa, K./Hendrie, H./Huang, Y./Jorm, A./Mathers, C./Menezes, P.R./Rimmer, E./Sczuzfca, M.; Alzheimer's Disease International (2005): Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study. *Lancet* 2005, 366, 9503: 2112-2117
- Gaugler, J.E./Kane, R.L./Kane, R.A./Newcomer, R. (2005): Early community-based service utilization and its effects on institutionalization in dementia caregiving. *Gerontologist* 2005, 45, 2: 177-185
- Gaugler, J.E./Kane, R.L./Kane, R.A./Newcomer, R. (2006): Predictors of institutionalization in Latinos with dementia. *Journal of Cross-Cultural Gerontology* 2006, 21 (3-4): 139-155
- Gilley, D.W./Bienias, J.L./Wilson, R.S./Bennett, D.A./Beck, T.L./Evans, D.A. (2004): Influence of behavioral symptoms on rates of institutionalization for persons with Alzheimer's disease. *Psychological Medicine* 2004, 34, 6: 1129-1135
- Goldsmith, M. (1996): Hearing the Voice of People with Dementia. Opportunities and obstacles. London: Jessica Kingsley
- Hallauer, J./Schons, M./Smala, A./Berger, K. (2000): Untersuchungen von Krankheitskosten bei Patienten mit Alzheimer-Erkrankung in Deutschland. *Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement* 2000, 5: 73-79
- Hébert, R./Dubois, M.F./Wolfson, C./Chambers, L./Cohen, C. (2001): Factors associated with long-term institutionalization of older people with dementia: data from the Canadian Study of Health and Aging. *The Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences* 2001, 56, 11: M693-M699
- Heyman, A./Peterson, B./Fillenbaum, G./Pieper, C. (1997): Predictors of time to institutionalization of patients with Alzheimer's disease: the CERAD experience, part XVII. *Neurology* 1997, 48, 5: 1304-1309
- Kurz, A./Jendroska, K. (2002): Therapie und Prävention. In: Beyreuther, K./Einhäupl, K.M./Förstl H./ Kurz A. (Hrsg.) (2002): Demenz. Grundlagen und Klinik (187-207). Stuttgart: Thieme
- Luck, T./Luppá, M./Weber, S./Matschinger, H./Glaesmer, H./Koenig, H.H./Angermeyer, M.C./Riedel-Heller, S.G. (2008): Time until Institutionalization in Incident Dementia Cases - Results of the Leipzig Longitudinal Study of the Aged (LEILA75+). In: *Neuroepidemiology* 2007, 31, 2: 100-108
- Luppá, M./Luck, T./Brähler, E./König, H.H./Riedel-Heller, S.G. (2008): Prediction of Institutionalisation in dementia: A systematic review. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders* 2008, 26, 1: 65-78
- Miller, S.C./Prohaska, T.R./Furner, S.E. (1999): Nursing home admission for African Americans with Alzheimer's disease. *The Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences* 1999, 54, 7: M365-M369
- Miller, S.C./Prohaska, T.R./Furner, S.E./Freels, S./Brody, J.A./Levy, P.S. (1998): Time to nursing home admission for persons with Alzheimer's disease: the effect of health care system characteristics. *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences* 1998, 53, 6: S341-S353
- Pearlin, L.I./Mullan, J.T./Semple, S.J./Skaff, M.M. (1990): Caregiving and the stress process: an overview of concepts and their measures. *Gerontologist* 1990, 30, 5: 583-594
- Pruchno, R.A./Michaels, J.E./Potashnik, S.L. (1990): Predictors of institutionalization among Alzheimer disease victims with caregiving spouses. *Journal of Gerontology* 1990, 45, 6: S259-S266
- Riedel-Heller, S.G./Busse, A./Aurich, C./Matschinger, H./Angermeyer, M.C. (2001): Prevalence of dementia according to DSM-III-R and ICD-10. *British Journal of Psychiatry* 2001, 179: 250-254
- Scott, W.K./Edwards, K.B./Davis, D.R./Corman, C.B./Macera, C.A. (1997): Risk of institutionalization among community long-term care clients with dementia. *Gerontologist* 1997, 37, 1: 46-51
- Severson, M.A./Smith, G.E./Tangalos, E.G./Petersen, R.C./Kokmen, E./Ivnik, R.J./Atkinson, E.J./Kurland, L.T. (1994): Patterns and predictors of institutionalization in community-based dementia patients. *Journal of the American Geriatric Society* 1994, 42, 2: 181-185
- Smith, G.E./O'Brien, P.C./Ivnik, R.J./Kokmen, E./Tangalos, E.G. (2001): Prospective analysis of risk factors for nursing home placement of dementia patients. *Neurology* 2001, 57, 8: 1467-1473
- Smith, G.E./Kokmen, E./O'Brien, P.C. (2000): Risk factors for nursing home placement in a population-based dementia cohort. *Journal of the American Geriatric Society* 2000, 48, 5: 519-525
- Sörensen, S./Duberstein, P./Gill, D./Pinquart, M. (2006): Dementia care: mental health effects, intervention strategies, and clinical implications. *Lancet Neurology* 2006, 5, 11: 961-973
- Wancata, J./Musalek, M./Alexandrowicz, R./Krautgartner, M. (2003): Number of dementia sufferers in Europe between the years 2000 and 2050. *European Psychiatry* 2003, 18, 6: 306-313
- Weyerer, S./Schäufele, M./Hendlmeier, I. (2005): Besondere und traditionelle stationäre Betreuung demenzkranker Menschen im Vergleich. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 2005, 38: 85-94

Predisposing, Need und Enabling variables		
Predisposing variables	Need variables	Enabling variables
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Alter des Demenzkranken oder des pflegenden Angehörigen</li> <li>- männliches Geschlecht</li> <li>- niedrige Bildung</li> <li>- Familienstand: unverheiratet (ledig, geschieden oder verwitwet)</li> <li>- Lebenssituation: allein lebend (vs. mit Partner oder pflegendem Angehörigen lebend)</li> <li>- Berufstätigkeit, hohe Bildung und hohes Einkommen des pflegenden Angehörigen</li> <li>- Kind oder anderer Verwandter als Pfleger (vs. Partner)</li> <li>- geringe Qualität der Beziehung zwischen Demenzkranken und pflegendem Angehörigen</li> <li>- Ethnizität (USA): Weiße Amerikaner (vs. Afroamerikaner oder Amerikaner hispanischer Abstammung oder Herkunft)</li> </ul>	<p><b>Primäre Stressoren:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- hoher Demenzschweregrad</li> <li>- Alzheimerdemenz (vs. vaskuläre Demenz oder Demenz nicht näher bezeichnet)</li> <li>- starke kognitive Beeinträchtigungen</li> <li>- starke funktionale Beeinträchtigungen</li> <li>- Vorhandensein demenzbezogener Verhaltens- und psychischer Symptome (Aggression, Depression, Halluzinationen, Inkontinenz)</li> <li>- vom pflegenden Angehörigen berichtetes hohes Ausmaß an Beeinträchtigungen in Aktivitäten des täglichen Lebens des Demenzkranken, die nicht richtig versorgt werden</li> <li>- angegriffener Gesundheitszustand des pflegenden Angehörigen (mehr Gesundheitsprobleme, Depressivität, funktionale Beeinträchtigungen)</li> </ul> <p><b>Sekundäre Stressoren:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dauer und Intensität der Pflege vom pflegenden Angehörigen</li> <li>- vom pflegenden Angehörigen wahrgenommene/r eigene/r:</li> <li>- hohe Belastung durch die Pflegesituation</li> <li>- hoher Distress im Bezug auf Verhaltens- und psychische Symptome beim Demenzkranken</li> <li>- niedrige Lebenszufriedenheit</li> <li>- niedrige gesundheitsbezogene Lebensqualität</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- geringe soziale und familiäre Unterstützung</li> <li>- Copingstrategien des pflegenden Angehörigen wie Verlassen auf soziale Unterstützung oder Ablehnung der eigenen Verantwortlichkeit</li> <li>- Wunsch des pflegenden Angehörigen nach einem Heimübergang des Demenzkranken</li> </ul>

**Tab. 2:** Predisposing, Need und Enabling variables, die mit einem erhöhten Institutionalierungsrisiko bzw. einer verkürzten Zeit bis zu einem Umzug in eine Heimeinrichtung assoziiert sind

Demenzkranken 2,6 Jahre (95 % KI = 2,1-3,2), und war somit über ein Drittel kürzer als die Zeit von verheirateten inzidenten Demenzkranken (4,2 Jahre; 95 % KI = 3,2-5,1).

Diese Ergebnisse sind naheliegend, da der (Ehe-)Partner - vor Kindern oder anderen Angehörigen - i. d. R. den wichtigsten pflegenden Angehörigen darstellt (Gilley et al. 2004; Scott et al. 1997) und auch allgemein das Zusammenleben mit einem pflegenden Angehörigen das Institutionalierungsrisiko vermindert (Gaugler et al. 2005, 2006). Eine starke Bedeutung des Familienstandes für das Institutionalierungsrisiko könnte speziell bei einer (ost-)deutschen Kohorte auch dadurch bedingt sein, dass die Verfügbarkeit von pflegenden Angehörigen außer dem eigenen (Ehe-)Partner durch eine zunehmende beruflich bedingte Mobilität eingeschränkt ist oder sich Einstellungen zum Zusammenleben in multigenerationalen Haushalten, zur familiären Pflege und zur Versorgung von demenzkranken Angehörigen in Heimeinrichtungen wandeln.

## Implikationen für Forschung und Versorgung

Zahlreiche internationale Studien liefern Ergebnisse zu Institutionalisierungsraten und -zeiten und deren Einflussfaktoren (Luck et al. 2008; Luppá et al. 2008). Wie in Abschnitt 2 dargestellt, ist eine Übertragbarkeit von Ergebnissen auf Deutschland erschwert. Hinzu kommt, dass die Mehrzahl der Ergebnisse nicht an großen bevölkerungsrepräsentativen Stichproben, sondern an kleinen Stichproben aus Gedächtniskliniken oder Demenzzentren ermittelt wurden, was nicht nur die statistische Power der multivariaten Analysen, sondern auch generell die Repräsentativität und Verallgemeinerbarkeit dieser Ergebnisse einschränkt. Zudem basieren die Ergebnisse v. a. auf prävalenten statt auf inzidenten Demenzfällen, obwohl letztere Informationen über die Betroffenen ab dem Erkrankungsbeginn liefern und somit genauere, prospektive Angaben über den Erkrankungsverlauf ermöglichen. Um zuverlässige Aussagen über Institutionalisierungsraten und -zeiten von

Demenzkranken in Deutschland zu treffen, sollten entsprechend weitere bevölkerungsrepräsentative Studien, die aufgrund Stichprobengröße und Erhebungszeitraum auch eine ausreichend großen Zahl an inzidenten Demenzfällen gewährleisten können, folgen.

Als Einflussfaktoren auf Institutionalisierungsraten und -zeiten von Demenzkranken konnten in der Überblicksarbeit von Luppá et al. (2008) zahlreiche Faktoren identifiziert werden. Weiterer Forschungsbedarf wird hier v. a. zu bisher wenig überzeugenden Ergebnissen zum Einfluss von Religiosität und Bildung der Demenzkranken und pflegenden Angehörigen auf einen Heimübergang gesehen. Zudem fehlt in bisherigen Studien eine ausführlichere Berücksichtigung des Einflusses von Copingstrategien, sozialer Unterstützung und der Qualität der Beziehung zwischen Demenzkranken und pflegendem Angehörigen auf die Institutionalisierungsraten und -zeiten sowie eine stärkere Betrachtung von Interaktionseffekten zwischen identifizierten Einflussfaktoren.

Auch generell erscheint eine weitere Forschung zu Einflussfaktoren auf Institutionalisierungsraten und -zeiten als sinnvoll, nicht nur um weitere - möglicherweise modifizierbare - Faktoren zu identifizieren, sondern auch um zielgruppenspezifische Interventionen zu entwickeln, die - wenn sinnvoll - eine längere Versorgung von Demenzkranken im häuslichen Umfeld gewährleisten bzw. einen optimalen individuellen Zeitpunkt für einen Umzug in eine Heimeinrichtung ermöglichen können. So wären beispielsweise für geschiedene oder verwitwete Demenzkranke, die eine identifizierte Risikogruppe für eine schnellere Institutionalisierung in Deutschland (Luck et al. 2008) darstellen, regelmäßige präventive Hausbesuche für eine frühzeitige Demenzdiagnose und eine entsprechende Planung der Unterstützung durch soziale Versorgungs- und Pflegeservices als eine zielgruppenspezifische Intervention denkbar. <<

## Institutionalisation in dementia - frequency, time and influencing factors

Growing old in a familiar environment is highly desirable for most people. Transitions to nursing homes, however, are frequently experienced as very burdensome and are connected with substantial financial costs for the person effected, for family members and the social system as well. When persons become effected by dementia, the permanent transition to a nursing home usually comes within the first three years after the illness begins for every second dementia patient. If and when a transition into a nursing home takes place for a dementia patient is dependent on numerous characteristics of the patient, their family members, and accompanying circumstances. In a German sample of elderly persons with incident dementia, especially the absence of a spouse was found as a strong risk factor for a shorter time until institutionalisation. Besides the identification of further likely more modifiable influencing factors for transition rates and times into nursing homes for dementia patients, future research efforts should also present the development of group-specific interventions for certain risk groups. If this proved meaningful, such interventions would make possible the home care of dementia patients and also make it possible to determine the optimal point of time for transition into a nursing home for each individual patient.

### Keywords

dementia, incidence, institutionalisation, nursing home admission, time, influencing factors, predictors, risk factors

### Dr. rer. med. Melanie Luppá

Wissenschaftliche Mitarbeiterin / Jahrgang 1973

ist seit 2002 wissenschaftliche Mitarbeiterin, Public Mental Health Research Unit, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie der Universität Leipzig; Publikationen zu Krankheitskosten von Depressionen.

Kontakt: [Melanie.Luppá@medizin.uni-leipzig.de](mailto:Melanie.Luppá@medizin.uni-leipzig.de)



### Dipl.-Psych. Tobias Luck

Wissenschaftlicher Mitarbeiter / Jahrgang 1981

ist seit 2006 wissenschaftlicher Mitarbeiter in der Abteilung Public Health, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie der Universität Leipzig; Publikationen u. a. zur Zeit bis zum Heimübergang und den Prädiktoren für einen Heimübergang bei Demenzkranken sowie zur Epidemiologie leichter kognitiver Beeinträchtigungen.

Kontakt: [Tobias.Luck@medizin.uni-leipzig.de](mailto:Tobias.Luck@medizin.uni-leipzig.de)



### Prof. Dr. med. Steffi G. Riedel-Heller, MPH

Professorin für Public Health / Jahrgang 1964

ist Professorin für Public Health an der Medizinischen Fakultät der Universität Leipzig, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie, Forschungsschwerpunkte an der Schnittstelle zwischen Psychiatrie und Public Health: Epidemiologie psychischer Störungen, Prävention und Versorgungsforschung. Besondere Forschungsexpertise: Langzeitstudien. Hauptzielgruppe: ältere Menschen. Geschäftsführende Herausgeberin der Fachzeitschrift „Psychiatrische Praxis“ (Thieme-Verlag). Kontakt: [Steffi.Riedel-Heller@medizin.uni-leipzig.de](mailto:Steffi.Riedel-Heller@medizin.uni-leipzig.de)



# Versorgungs-Intelligenz aus dem Norden

Intelligente Verträge

Stakeholder TaskForce

Care Maps

Festbetragsrechner

Klinikspiegel

EBM-Dossier

**EPC** HealthCare GmbH

EPC HealthCare GmbH  
Alte Rabenstraße 32  
20148 Hamburg

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

[info@epc-healthcare.de](mailto:info@epc-healthcare.de)  
[www.epc-healthcare.de](http://www.epc-healthcare.de)