

VERSORGUNGS monitor FORSCHUNG

Fachzeitschrift zu Realität, Qualität und Innovation der Gesundheitsversorgung

TITEL-INTERVIEW:

Prof. Dr. med. Dipl.-
Soz. Joachim
Szecsenyi,
Geschäftsführer
des AQUA-Instituts
für angewandte
Qualitätsförderung
und Forschung im
Gesundheitswesen:
„An Qualität kommt
niemand vorbei.“



REALITÄT

„Das Geld reicht noch lange“ (Wehling)

QUALITÄT

„Wir wollen zu 80 % Verträge“ (Weigeldt)

INNOVATION

„Beraten statt befehlen“ (Gänshirt)

Herausgeberbeirat

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

Editorial

Fokus 73c/Herz-Kreislauf

Herausgeber Prof. Dr. Reinhold Roski

4

Wissenschaftlicher Herausgeberbeirat

Breite Unterstützung aus Wissenschaft und Versorgungspraxis für „Monitor Versorgungsforschung“ auch im Jahr 3

9

Titelinterview

„An Qualität kommt niemand vorbei“

Prof. Dr. med. Dipl.-Soz. Joachim Szecsenyi im MVF-Titelinterview

6

Realität

Forderungen zur Zukunft der Schmerztherapie

Workshop „Zukunft der Schmerztherapie“ in Aachen

22

„Beraten statt befehlen“

Erste Ergebnisse der „Diabetes Education Self Management Study“

23

„Wir wollen in 80 Prozent der Republik Verträge“

Interview mit dem Bundesvorsitzenden des Hausärzterverbandes, Ulrich Weigeldt

13

Innovation

Proaktiver Sprung in die Versorgungskontinuität

Ein Schritt in die Zukunft der kardiologischen Vollversorgung in Deutschland

18

Zahlen - Daten - Fakten

Clodidogrel und ASS zwischen Kosten und Nutzen

Kosten-Nutzen-Bewertung bei Thrombozytenaggregationshemmern

10

Standards

Impressum 2

Kommentar 16

Rezension 20,21

News 12, 17, 20

WISSENSCHAFT

PD Dr. med. Stephanie Stock /Dipl.-Ges.oec. Ralf Tebest/Lisa Reider/Prof. Dr. med. Chad Boulton Herausforderung Demenz - Versorgungsstrukturen für die Zukunft entwickeln

25

Der Aufbau neuer bzw. Umbau bisheriger Versorgungsstrukturen, die Weiterqualifizierung ärztlichen und nicht-ärztlichen Fachpersonals sowie die gezielte Koordinierung und Einbeziehung informeller Hilfeleistungen ist dringend geboten, um die steigende Zahl älterer Menschen mit Demenz angemessen versorgen zu können.

Ivo Weiß

Bereinigung von arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen

30

Die Folge von Selektivverträgen nach §§ 73b, 73c und 140d SGB V ist eine Bereinigung des Behandlungsbedarfs. Über die Auswirkungen dieser Bereinigung des Behandlungsbedarfs auf die arzt- und praxisindividuellen Regelleistungsvolumen konnte für das Jahr 2009 allerdings weder im Bewertungsausschuss noch im Erweiterten Bewertungsausschuss eine Regelung gefunden werden.

Prof. Dr. Martin Wehling

Das Geld im Gesundheitswesen reicht noch lange, wenn die Verschwendung aufhört (Teil 2)

33

Die Pharmakotherapie stellt mit einem Gesamtvolumen von 38 Milliarden Euro zwar einen zunächst groß erscheinenden Kostenpunkt dar, macht aber insgesamt nur etwa 12-15 % der Gesamtausgaben im Gesundheitswesen aus: Dabei steht eine Unternutzung der Pharmakotherapie eine völlig unzureichende Präventionsstrategie gegenüber, die auch Lebensstiländerung (Raucherentwöhnung, Übergewichtskontrolle) beinhalten muss.

Cosima Kötting/Dr. Uwe May

Qualitätswettbewerb der Krankenkassen

40

Die Förderung von Selektivverträgen durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz erfolgte mit dem Ziel, den nunmehr beitragsstabilen gesetzlichen Krankenkassen ein Wettbewerbsinstrument an die Hand zu geben und hierüber zugleich die Qualität und Effizienz der Versorgung durch wettbewerbliche Anreize zu steigern. Besonders augenfällig und zugleich umstritten ist die Ausprägung der Selektivverträge in Form des Rabattvertragssystems im Arzneimittelmarkt.

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

Monitor Versorgungsforschung
Fachzeitschrift zu Realität,
Qualität und Innovation der
Gesundheitsversorgung
3. 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.ereRelation.org
mail@ereRelation.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 Euro. Jahresvorzugspreis
für Studenten gegen Vorlage einer
Immatrikulationsbescheinigung
60 Euro. Die genannten Preise
verstehen sich zzgl. Versandkosten:
Inland 9,21 Euro; Ausland 36 Euro.
Preisänderungen vorbehalten. Die
Abonnementdauer beträgt ein Jahr.

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

Layout
eRelation AG, Bonn

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

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

In der unaufgeforderten
Zusendung von Beiträgen
und Informationen an den
Verlag liegt das jederzeit
widerrufliche 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/Etgeton: 6.673
(IVW 4. Quartal 2009)



Datengetriebene Versorgungsforschung mit INSIGHT Health

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



Flexible Lösungen und individueller Kundenservice

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

Starkes Team. Dichtes Kooperationsnetzwerk.

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



**Prof. Dr.
Reinhold Roski:**

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

Fokus: 73c/Herz-Kreislauf

Sektorenübergreifende Qualität

„International gesehen steht Deutschland in einzelnen Bereichen sehr gut da, allerdings nicht in der Gesamtversorgung“, so Prof. Joachim Szecsenyi, der Leiter des AQUA-Instituts für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen, im Titelinterview dieser Ausgabe. Damit rückt die sektorenübergreifende Qualität - und übrigens auch die Sicht der Patienten, die Hinweise auf Lücken der Versorgung aufdeckt - in den Mittelpunkt der Verbesserungsmaßnahmen.

> S. 6 f.

„Wir wollen in 80 % der Regionen Hausarztverträge“, sagt Ulrich Weigeldt, der Bundesvorsitzende des Deutschen Hausärzterverbandes, im Interview. Dabei geht es auch um Versorgungsforschung über die Sektorengrenzen hinweg, um zu zeigen, ob das System seiner Hausarztverträge funktioniert.

Fokus: Herz-Kreislauf

Bensing und Kleinfeld stellen Kosten und Nutzen von Clopidogrel und ASS, den beiden am häufigsten verschriebenen Thrombozytenaggregationshemmern gegenüber. MEDI Baden-Württemberg, der Bundesverband niedergelassener Kardiologen und der Berufsverband niedergelassener Fachinternisten ohne Schwerpunkt haben mit der AOK Baden-Württemberg den bundesweit ersten Facharztvertrag für ambulante kardiologische Vollversorgung unterzeichnet.

> S. 10 f.

Aktuelles

Munte und Schrappe weisen in ihrem Kommentar auf dringenden Handlungsbedarf für die Untersuchung der Auswirkungen von Selektivverträgen auf die Qualität der Versorgung hin. Hier entsteht ein wichtiger und großer Auftrag für die Versorgungsforschung. Die „Diabetes Education Self Management Study“ berichtet erste Ergebnisse zu kontinuierlichem Selbstmanagementcoaching.

> S. 20 f.

Wissenschaft

Stock/Tebest/Reider/Boult analysieren den Bedarf an interdisziplinären und interprofessionellen Versorgungsstrukturen für Demenzkranke. Sie berichten über das Guided Care Modell der Johns Hopkins University, das wichtige Hinweise für den Aufbau solcher Versorgungsstrukturen geben kann.

> S. 25 f.

Weiß berichtet über den Stand der Diskussion zu den Auswirkungen der Bereinigung des Behandlungsbedarfs auf die arzt- und praxisindividuellen Regelleistungsvolumina im Rahmen der hausarztzentrierten Versorgung und antwortet damit auch auf den Beitrag von Graf aus MVF 06/2009.

Wehling setzt sich im zweiten Teil seines Beitrags weiter mit Einsparpotenzialen und falschen Anreizsystemen im deutschen Gesundheitswesen, der Rolle der Politik, der Wissenschaft, der verschiedenen Akteure und des IQWiG auseinander.

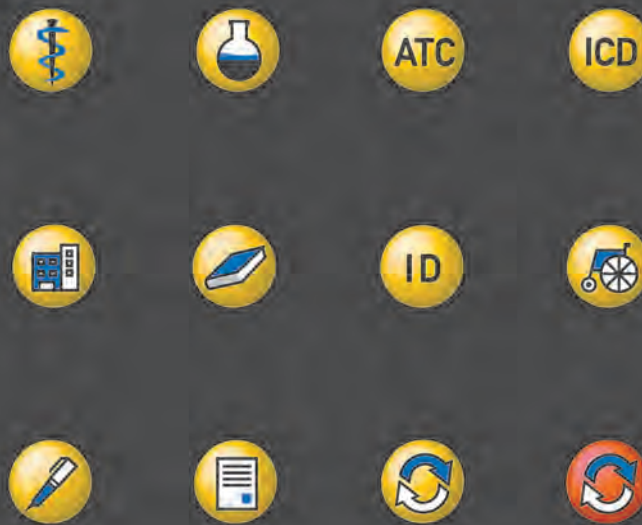
Kötting und May präsentieren Ergebnisse einer Bevölkerungsbefragung durch das Institut für Demoskopie Allensbach zur Wahrnehmung von Leistungsunterschieden zwischen Krankenkassen durch die Verbraucher. Diese Ergebnisse sind alarmierend, da der Qualitäts- und Leistungswettbewerb zwischen den Kassen nicht funktionieren kann, wenn die Versicherten die relevanten Unterschiede der Kassen nicht richtig wahrnehmen. Hier liegt auch eine entscheidende Aufgabe für Gesundheitskommunikation.

Mit den besten Wünschen für ein spannendes 2010
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

Prof. Dr. med. Dipl.-Soz. Joachim Szecsenyi im MVF-Titelinterview:

„An Qualität kommt niemand vorbei“

Im November vergangenen Jahres hat das AQUA-Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen die ersten Aufträge des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) für die sektorenübergreifende Qualitätssicherung der medizinischen Versorgung erhalten. Bereits in diesem Jahr hat das Institut schon viel geleistet: In einem 127-seitigen Methodenpapier stellte AQUA die grundlegenden Entwicklungsschritte zur Messung und Verbesserung der Versorgungsqualität zur Diskussion. „Monitor Versorgungsforschung“ sprach mit dem Leiter des Instituts, Herrn Prof. Dr. med. Dipl.-Soz. Joachim Szecsenyi, über das Konzept des Instituts zur Messung der Versorgungsqualität.

>> Sehr geehrter Herr Professor Szecsenyi, das Konzept des AQUA-Instituts zur Qualitätssicherung hat den unparteiischen Vorsitzenden des G-BA, Dr. Rainer Hess, mehr als überzeugt und die Mitbewerber bei der europaweiten Ausschreibung ausgestochen. Wie haben Sie das geschafft, worin liegt die Stärke Ihres Konzepts?

Wir haben uns bei unserem Angebot sehr genau an den Ausschreibungstext des G-BA gehalten. Verlangt wurde ein Konzept, mit dessen Hilfe die Qualität in der Gesundheitsversorgung sektorenübergreifend gemessen und bewertet werden kann, um anschließend Wege zur Verbesserung aufzuzeigen. Die Mitarbeiter des AQUA-Instituts haben sich darum bereits im Vorfeld sehr intensiv mit der Frage beschäftigt, wie man dafür Qualitätsindikatoren entwickeln kann. Uns war es dabei auch besonders wichtig, den Bewertungsprozess so zu gestalten, dass er einerseits nach außen hin transparent und nachvollziehbar ist, andererseits aber wissenschaftlichen Anforderungen entspricht. Und das ohne von der Politik beeinflusst zu werden. Als ein unabhängiges Institut arbeiten wir interessenunabhängig und neutral, entsprechend meinem Wahlspruch: „An Qualität kommt niemand vorbei“.

Welche Ansätze im AQUA-Konzept halten Sie für besonders wichtig?

Das ist zum einen der sektorenübergreifende Gedanke und zum anderen der Ansatz, die Qualität aus verschiedenen Perspektiven betrachten und abbilden zu wollen. Dazu zählt auch immer die Sicht der Patienten. Denn gerade sie können wertvolle Hinweise auf Lücken in der gesundheitlichen Versorgung liefern, die durch die Daten allein nicht sichtbar werden. Diesen Ansatz verfolgt das AQUA-Institut übrigens bereits in seinem ersten Entwurf zu einem Methodenpapier, das die wichtigsten Entwicklungsschritte auf dem Weg zur künftigen Qualitätssicherung gemäß § 137a SGB V festhält.

Ein Methodenpapier - ist das nicht bloß eine weitere bürokrati-

sche Maßnahme, die in einem kleinen Kreis von Eingeweihten besprochen und später von der Politik „verordnet“ wird?

Keineswegs. Das Methodenpapier in seiner aktuellen Version ist erst die Grundlage für ein breites Abstimmungsverfahren, das die Stellungnahmen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der Deutschen Krankenhausgesellschaft, des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen und des Verbandes der privaten Krankenversicherung einbezieht. Wir sind außerdem gesetzlich dazu verpflichtet, vielen Organisationen im Gesundheitswesen - auch Patientenorganisationen - unsere Informationen zur Verfügung zu stellen. Das tun wir, indem wir das Papier der interessierten Öffentlichkeit auf der Website des AQUA-Instituts zur Diskussion stellen.¹ Erst wenn alle relevanten Anregungen und Stellungnahmen eingeflossen sind, werden wir dem G-BA ein abschließendes Papier vorlegen.

Würde das AQUA-Institut in der Qualitätssicherung grundsätzlich mit anderen Akteuren - Leistungserbringern, Krankenhäusern oder auch Pharma-Unternehmen - zusammenarbeiten?

Mit allen - auch mit Pharma-Unternehmen - ist durchaus ein gedanklicher Austausch denkbar, beispielsweise auf Tagungen, bei denen wir unsere Ergebnisse und die Methodik vorstellen. Leistungserbringer aus dem stationären und ambulanten Bereich sind ja direkt in die Gremien und Arbeitsgruppen des G-BA eingebunden. So ist z.B. für die Themenfindung in der Qualitätssicherung an sich der G-BA selbst mit seiner Arbeitsgruppe „Themenfindung und Priorisierung“ zuständig, die dann in den entsprechenden Gremien beschlossen werden muss. Wie dann das jeweils neue Thema umgesetzt wird und welche Indikatoren letztlich wie abgebildet werden, ist Aufgabe unseres Instituts. Dazu laden wir Fachexperten zu einem Arbeitskreis ein. Um in diesen Arbeitskreis eintreten zu können, müssen sich die Kandidaten bewerben und ihre Interessenkonflikte offen legen.



¹<http://www.aqua-institut.de/de/projekte/137a-sgb-v/methodenpapier/index.html>

Wie sieht das Verhältnis des AQUA-Instituts zum IQWiG aus - Kooperation oder Konkurrenz?

Es ist eher eine Ergänzung. Das IQWiG ist für die Nutzen-Bewertung von Therapien und Medikamenten zuständig, AQUA für das Qualitätsmonitoring. Das IQWiG hat einen ganz anderen Aufgabenfokus und wird in Zukunft einige Aufgaben bewältigen, die wir nutzen können, indem es bestimmte Verfahren bewertet oder Probleme aufzeigt. Wir werden aber davon völlig unabhängig eine eigene Qualitätssicherung aufbauen.

Vergeben Sie auch Teilaufträge an andere Institutionen?

Zurzeit gibt es drei Institute, die Teilaufträge bearbeiten, so genannte „Nachunternehmer“. Aber in Zukunft werden wir möglicherweise noch weitere einbeziehen.

Gehört zur Qualität auch eine Beurteilung der Effizienz, oder ist das die Aufgabe des IQWiG?

Das ist ein Grenzbereich. Unser Qualitätsmodell beinhaltet die Frage der Effektivität, der Sicherheit und der Patientenorientierung. Das sind unsere wichtigen Säulen. Im Prinzip sind das auch Merkmale der Effizienz des Systems.

Sie sprachen vorhin von einem sektorenübergreifenden Ansatz des AQUA-Konzepts. Wem ist diese Idee zu verdanken?

An dieser Stelle sollte zunächst die Leistung des Gesetzgebers lobend erwähnt werden. Die bisherigen Verfahren zur Qualitätssicherung verfügen über eine eigene Tradition und haben viele Erfolge hervorgebracht. Diese per Gesetz weiterzuentwickeln und erneuern zu wollen, ist sehr fortschrittlich. Und das von einer ganz neuen Perspektive aus, die den Patienten in den Mittelpunkt stellt, aber ebenso davon weggeht, nur die Leistung einzelner Einrichtungen zu beurteilen. Das ist etwas ganz Neues, auch weltweit. Bislang gibt es diesen Ansatz international nur in Teilbereichen. Aber eine flächendeckende Qualitätssicherung sektorenübergreifend zu begreifen und Transparenz im Gesundheitssystem schaffen zu wollen, ist für alle Player des Gesundheitswesens absolut neu: für die Patienten, die Leistungsträger, die Leistungserbringer und die Politik.

„Eine flächendeckende Qualitätssicherung sektorenübergreifend zu begreifen und Transparenz im Gesundheitssystem schaffen zu wollen, ist für alle Player des Gesundheitswesens absolut neu.“

Wie kann Ihr Konzept zur Qualitätssicherung in der Praxis angewandt werden und wie wollen Sie es schaffen, die Qualität aller Sektoren zu messen?

Das System der von uns entwickelten Qualitätsindikatoren lässt sich gut mit einem Koordinatensystem oder einem Kompass vergleichen. Wir liefern die Landkarte mit den Koordinaten und geben den Krankenhäusern und Arztpraxen ein Werkzeug an die Hand, mit dem sie ihren Standort - die Qualität der Versorgung im eigenen Haus - zunächst selbst bestimmen können. Sie können damit Stärken und Schwächen analysieren und neue Wege zur Verbesserung der Situation einschlagen. Das ist quasi ein Messinstrument zur Selbststeuerung und Transparenz nach innen und außen. Doch wohlgemerkt: Steuern tun nicht wir, das müssen die Akteure schon selbst tun. Das heißt aber auch: Für die Implementierung sind alle Akteure selbst verantwortlich. Wir stehen ihnen dabei aber auch zur Seite, zusammen mit den Einrichtungen der Landesebene.

Wie soll das funktionieren?

Die Qualitätssicherung steht auf der Landesebene immer im Wechselspiel mit der Bundesebene. Während wir für die bundesweite Auswertung zuständig sind, werten die Länder ihrerseits unsere Informationen aus und geben Feedback an ihre jeweiligen Krankenhäuser und Arztpraxen. Der nächste Schritt besteht nun darin, diese Informationen in die Qualitätszirkel der Arztgruppen zu tragen, aber ebenso in Krankenhäusern zu diskutieren. Bisher war die gesetzlich vorgeschriebene Qualitätssicherung darauf ausgerichtet, die „bad apples“ zu finden. Wir sind jedoch der Meinung, dass wir von dem Kontrollgedanken wegkommen müssen hin zu einer Austauschkultur. Deshalb planen wir, zunächst als Pilotprojekt, Visitoren mit der Aufgabe in Krankenhäuser zu entsenden, die Ergebnisse der Qualitätsauswertung mit den Ärzten zu diskutieren. Sie sollen nicht nur Mängel ansprechen, sondern auch Stärken diskutieren und die Expertise aus anderen Bereichen weitertragen.

Ist das überhaupt von der Manpower her leistbar?

Unser Ziel kann es nicht sein, alle Bereiche der Leistungserbringer im Gesundheitssystem bis in den kleinsten Winkel hinein sektorenübergreifend zu betrachten, wir müssen vielmehr die Kernbereiche sowie die Schnittstellen der Versorgung abbilden. Gerade zwischen den Sektoren fallen die Patienten immer wieder in tiefe Gräben. Das Bild zeigt deutlich, dass im Zusammenspiel der Sektoren beziehungsweise im Gesamtprozess die Versorgung unzureichend ist. Das kann aber leider auch dann der Fall sein, wenn in den einzelnen Sektoren die Versorgungsqualität ganz gut ist.

Könnte der Mangel an evidenzbasierten Leitlinien der Grund dafür sein?

Die Daten zeigen, dass bei weitem noch nicht alle Leistungen im Gesundheitswesen evidenzbasiert sind - da gibt es sicherlich noch Nachholbedarf. Ich bin aber der Ansicht, dass wir uns in dieser Hinsicht auf einem guten Weg befinden und bereits ein gutes Stück Weg zurückgelegt haben. International gesehen steht Deutschland in einzelnen Bereichen sehr gut da, allerdings nicht in der Gesamtversorgung.

Gibt es Daten, welches Land da an der Spitze liegt?

Die besten Vergleichsmöglichkeiten gibt es im hausärztlichen Bereich, da die meisten anderen Länder - nur bisher leider nicht Deutschland - in diesem Sektor viel Versorgungsforschung betreiben. Es gibt internationale Vergleichsstudien und Surveys, in denen Ärzte ihre Einschätzungen abgeben, oder Studien, die sich auf bestimmte Erkrankungen beziehen, wie etwa die Versorgung von Patienten mit Herzinsuffizienz. Dagegen ist Deutschland mit den Disease-Management-Programmen (DMP) im Bereich der chronischen Erkrankungen Vorreiter und damit durchaus Vorbild für viele Länder.

Was ist denn der Vorteil unserer DMP?

Bei uns sind die DMP in einzelne Einrichtungen integriert und werden nicht extern gemanagt, wie das beispielsweise in den USA der Fall ist. Damit wurde bei uns eine durchaus gute Strukturierung und Prozessqualität erreicht. Es gibt auch Hinweise, z.B. beim Diabetes mellitus Typ II, dass ältere Patienten länger überleben, wenn sie in das DMP eingeschrieben sind. So hat sich alleine dadurch in der Diabetikerversorgung in der flächendeckenden Versorgung in den letzten zehn Jahren eine Menge getan. Studien belegen, dass es gelungen ist, damit einen evidenzbasierten Standard in der Fläche zu schaffen.

Nun nehmen aber die Patienten die Qualitätsverbesserung nicht unbedingt als solche wahr. Verstärkt haben sie den Eindruck, es werde gespart und die Versorgung verschlechtere sich.

Diese Aussage trifft gerade bei den DMP nicht zu. Vielmehr zeigen mehrere Studien, dass die Patienten positiv auf DMP-Angebote reagieren, wie etwa Patientenschulungen oder das Recall-System für chronische kranke Patienten. Auch das Patienten-Coaching halte ich für sehr wichtig. Kontrollierte Studien zeigen, dass ein strukturiertes Case Management in Arztpraxen, das z.B. Telefon-Monitoring mit einschließt, den Patienten nützt. Die guten Erfahrungen mit DMP motivieren außerdem dazu, Arzthelferinnen in Praxen besser ausbilden zu lassen.

Das klingt nach einem Rollenwechsel in der ambulanten Versorgung. Wie reagieren die Beteiligten darauf?

Sowohl Patienten als auch Ärzte und Arzthelferinnen haben oft noch Probleme mit dem Rollenwandel. Ärzte fürchten, sie könnten an Macht verlieren, indem ihre Leistung substituiert wird, während im Gegenzug die Patienten Angst davor haben, auf die direkte Behandlung durch den Arzt verzichten zu müssen. Und zudem fühlen sich die Arzthelferinnen den neuen Anforderungen nicht immer gewachsen. Das heißt: Da wird sich noch viel tun müssen! Vor allem in den Köpfen.

Ist diese Angst denn so unbegründet?

Diese Frage kann man weder mit ja noch mit nein beantworten. Studien zum Thema „Substitution versus Delegation“ zeigen, dass mit Substitution in patientenbezogenen Aspekten eine bessere Qualität erreicht werden kann, weil die Arzthelferinnen mehr Zeit für den Patienten haben. Andererseits ist aber ihre Arbeitskraft nicht automatisch billiger. Sie beziehen zwar einen geringeren Stundenlohn als ein Arzt, benötigen aber dafür mehr Zeit. Wenn sie zudem noch in die Lage versetzt werden, Leistungen anzuordnen wie etwa Heil- und Hilfsmittelverordnungen oder Labortests, dann wird ihre Arbeitszeit noch teurer, währenddessen sich die Versorgung der Patienten qualitativ nicht verbessert. Deshalb halte ich die alleinige Substitution für keine gute Lösung. Stattdessen sollten die Teams in den Praxen professionalisiert und weiterhin vom Arzt delegiert werden.

Wo sind denn den Qualitätsindikatoren Grenzen gesetzt?

Auch wir haben kein Allheilmittel, mit dem alle Probleme im Gesundheitswesen gelöst werden können. Das anzunehmen, wäre vermessen.

Welche Rolle spielt das Public Reporting in der laufenden Qualitätsdebatte?



Derzeit werden bereits Ergebnisse von festgelegten Qualitätsindikatoren etwa über die Qualitätsberichte der Krankenhäuser oder in Vergleichen verschiedener Portale veröffentlicht. Dieser Trend wird sicherlich zunehmen. Public Reporting ist allerdings nur eines der Werkzeuge in einem großen Fächer von Maßnahmen, das immer in Hinblick auf den Nutzen für die Qualitätsverbesserung hinterfragt werden sollte. Damit Qualitätsinformationen im Rahmen des Public Reporting zu einer deutlichen Qualitätsverbesserung oder zu einem veränderten Auswahlverhalten der Versicherten führen, ist eine Reihe von weiteren Faktoren entscheidend: Zunächst müssen die Patienten wissen, dass es überhaupt Qualitätsinformationen gibt und vor allem müssen sie verständlich genug sein. Die Informationen sollten außerdem aus einer vertrauenswürdigen Quelle stammen.

Per se müssen die Patienten überhaupt die Möglichkeit haben, sich zu entscheiden.

Ganz genau. Wenn es nur einen Anbieter in der Region gibt, wird auch durch Public Reporting das Versorgungsproblem nicht gelöst.

Wo sehen Sie die größten Hindernisse für die Anwendung von Qualitätsindikatoren?

Viele, Ärzte und Patienten, müssen erst noch erkennen, dass man sich mit einem Koordinatensystem und einem Kompass der Qualität in einer komplexen Welt besser zurechtfindet und weiter kommt, als wenn man sich nur auf die eigene Eingebung oder das Vertrauen in die eigene Kunst verlässt.

Werden Sie die Daten, die Sie gesammelt haben, anderen Forschungseinrichtungen zur eigenen Verwendung zur Verfügung stellen?

Wir könnten in Absprache mit dem G-BA anonymisierte Informationen zu einer bestimmten Untersuchung liefern, zu einem Versorgungsforschungsthema zum Beispiel. Im Vergleich zu anderen Ländern ist die Versorgungsforschung in Deutschland ja noch ein zartes Pflänzchen, das es zu unterstützen gilt.

Würden Sie die Forderung des Sachverständigenrats unterstützen: Investiert 0,1 Prozent der GKV-Ausgaben in die Versorgungsforschung, wie auch Herr Prof. Glaeske im letzten Titelinterview meinte?

Gewiss, man sollte aber darauf achten, dass die Investitionen auch sinnvoll sind - in einem strukturierten Versorgungsforschungsansatz zum Beispiel, und vor allem in der Nachwuchsförderung. In Deutschland herrscht ein beklagenswerter Nachwuchsmangel an Versorgungsforschern. Das Forschungsministerium will ja demnächst ein großes Förderprogramm auflegen. Viele warten gespannt darauf. <<

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

Breite Unterstützung aus Wissenschaft und Versorgungspraxis für „Monitor Versorgungsforschung“ auch im Jahr 3:

Wissenschaftlicher Herausgeberbeirat



Prof. Dr. med. Bettina Borisch MPH FRCPath

Institut de médecine sociale et préventive, Hôpitaux Universitaires de Genève, Université de Genève, Genf, Schweiz



Prof. Dr. Gerd Glaeske

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



Franz Knieps

Berater für Gesundheitspolitik, SPD-Fraktion, Wiese Consult, Berlin; bis Ende 2009 Abteilungsleiter im Bundesministerium für Gesundheit, Berlin



Dr. med. Klaus-Jürgen Preuß

Geschäftsführer, EPC HealthCare GmbH, Hamburg



Dr. Joachim Roski MPH

Managing Director, High-Value Health Care Project Engelberg Center for Health Care Reform The Brookings Institution, Washington, USA



Roland Lederer

Vorsitzender der Geschäftsführung, INSIGHT Health Management GmbH, Waldems-Esch



Prof. Dr. Wolf-Dieter Ludwig

Vorsitzender der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft/ Chefarzt der Robert-Rössle-Klinik im HELIOS Klinikum Berlin-Buch, Berlin



Dr. Christopher Hermann

Stellvertretender Vorsitzender des Vorstandes, AOK Baden-Württemberg, Stuttgart

Der wissenschaftliche Herausgeberbeirat von „Monitor Versorgungsforschung“ besteht aus hochrangigen nationalen und internationalen Experten aus den verschiedenen Anwendungsbereichen und Fachdisziplinen der Versorgungsforschung. Der Beirat unterstützt den Herausgeber - Prof. Dr. Reinhold Roski - bei der Akquisition qualitativ hochwertiger Manuskripte, bei der Begutachtung von eingereichten Beiträgen (double blind) und schreibt Kommentare zu wichtigen, aktuellen Fragen der Versorgungsforschung.

>> „Monitor Versorgungsforschung“ (MFV) versteht sich, so Herausgeber Roski im Editorial der ersten Ausgabe 2008, als unabhängiges, interdisziplinäres Fachorgan für das gesamte Themenfeld der Versorgungsforschung: MFV will für die Versorgungsforschung in Deutschland eine breitere Wahrnehmung erreichen und so die Wirksamkeit und Durchsetzung ihrer Ergebnisse verbessern. MFV soll wissenschaftlich-zuverlässige Einblicke in die Realität der Versorgung sowie in neue, innovative Versorgungskonzepte gewähren. Durch ein Mehr an vertrauenswürdigen Informationen, durch Transparenz und Öffentlichkeit will MFV zur Verbesserung der Qualität des Gesundheitssystems für alle Nutzer, Patienten und Bürger beitragen.

Dazu bemüht sich „Monitor Versorgungsforschung“ um eine über den reinen Wissenschaftskreis hinausgehende disziplin-übergreifende Verständlichkeit und fördert den Gedankenaustausch zwischen Wissenschaft und Versorgungspraxis. Dazu sollen alle beteiligten Disziplinen und Prozesspartner zu Wort kommen. Dieses Konzept unterstützt der wissenschaftliche Herausgeberbeirat. <<



Prof. Dr. h.c. Herbert Rebscher

Vorsitzender des Vorstandes, DAK - Unternehmen Leben, Hamburg



Dr. Thomas Trümper

Vorsitzender des Vorstandes, Andreae-Noris Zahn AG, Frankfurt



Univ.-Prof. Dr. med. Matthias Schrappe

Direktor des Instituts für Patientensicherheit, Universität Bonn

Kosten-Nutzen-Bewertung bei Thrombozytenaggregationshemmern:

Clopidogrel und ASS zwischen Kosten und Nutzen

Clopidogrel ist eines der beiden ersten Arzneimittel, zu denen der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) eine Kosten-Nutzen-Bewertung beim Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) in Auftrag gegeben hat. Nach Berechnung von INSIGHT Health werden in Deutschland aktuell über 380.000 GKV-Patienten mit Clopidogrel ambulant therapiert.

>> Clopidogrel ist ein Wirkstoff, der die Blutgerinnung hemmt. Als so genannter Thrombozytenaggregationshemmer dient er der Vorbeugung von Blutgerinnselbildungen, welche Arterienverschlüsse verursachen und damit zu Herzinfarkt oder Schlaganfall führen können. Der mit fast 5,6 Mio. Verordnungen am häufigsten verschriebene Thrombozytenaggregationshemmer ist Acetylsalicylsäure (ASS). Danach folgen Clopidogrel mit über 1,7 Mio. und die Fixkombination Acetylsalicylsäure + Dipyridamol mit knapp 0,7 Mio. Verordnungen. Die weiteren Wirkstoffe, darunter auch das erst 2009 zugelassene Prasugrel, wurden in den letzten zwölf Monaten zusammen etwas über 100.000 Mal verordnet (Quelle: INSIGHT Health NVI, MAT November 2009).

Einer der beiden ersten Aufträge zur Bewertung des Kosten-Nutzen-Verhältnisses, welche der G-BA jüngst an das IQWiG vergeben hat, beschäftigt sich mit der Analyse von Clopidogrel. Das IQWiG soll Clopidogrel in Kombination mit Acetylsalicylsäure (ASS) im Vergleich zur ASS-Monotherapie bei akuter Herzkrankheit sowie als Monotherapie im Vergleich zu ASS-Monotherapie bei der peripheren arteriellen Verschlusskrankheit (sog. Schaufensterkrankheit) einer Kosten-Nutzen-Bewertung unterziehen. Hierzu liegen bereits abgeschlossene Nutzenbewertungen vor, deren Ergebnisse in die Bewertung einfließen sollen. Nachfolgend werden einige Hintergründe zu dem Wirkstoff Clopidogrel und der Debatte dargestellt.

Nach Berechnung von INSIGHT Health werden in Deutschland aktuell über 380.000 GKV-Patienten mit Clopidogrel ambulant therapiert, rund ein Fünftel davon erhält eine Kombinationstherapie von Clopidogrel mit ASS. Bezogen auf das entsprechende Vorjahresquartal ist hierbei ein leichter Anstieg der Patientenzahlen mit Clopidogrel-Verordnungen um knapp zwei Prozent bzw. bei der Kombinationstherapie um rund drei Prozent zu verzeichnen. Eine Therapie mit ASS erhalten mehr als 1,2 Mio. GKV-Patienten (vgl. Tab. 1).

Die Substanz Clopidogrel wird dabei ganz

Patienten- und Verordnungsinformationen zu ausgewählten Thrombozytenaggregationshemmern für das dritte Quartal 2009			
Thrombozytenaggregationshemmer Q3/2009	Clopidogrel	ASS	Prasugrel
Anzahl behandelte GKV-Patienten	382.339	1.259.306	2.211
Tagestherapiekosten (in Euro je DDD)	2,33	0,04	3,11
Arzneimittelausgaben je GKV-Verordnung (in Euro)	200,93	4,42	210,17
Arzneimittelausgaben je behandeltem GKV-Patient (in Euro)	228,54	4,86	256,56

Tab. 1: Kennzahlenvergleich von Patienten- und Verordnungsinformationen zu ausgewählten Thrombozytenaggregationshemmern (ATC: B01C) für das dritte Quartal 2009.

Quellen: Patienten-Tracking und NVI von INSIGHT Health.

wesentlich von Allgemeinärzten (62,4 Prozent) sowie Internisten (33,2 Prozent) verordnet. Dies trifft auch auf ASS (65,9 bzw. 31,4 Prozent), ASS + Dipyridamol (69,1 bzw. 24,7 Prozent) und Prasugrel (59,9 bzw. 37,3 Prozent) zu. Über 1,7 Mio. GKV-Verordnungen von Clopidogrel im vergangenen Jahr sorgten für ein Brutto-Ausgabenvolumen der gesetzlichen Krankenversicherungen (exkl. Rabatte, Zuzahlungen etc.) von rund 350 Mio. Euro, Tendenz fallend: -8,2 Prozent gegenüber dem Vorjahreszeitraum (Quelle: INSIGHT Health NVI, MAT November 2009). Damit betragen die durchschnittlichen Brutto-Arzneimittel-

ausgaben je ambulant mit Clopidogrel behandeltem GKV-Versicherten über 900 Euro p.a. Jedoch bestehen mittlerweile zwischen den Krankenkassen und den Anbietern zahlreiche Rabattverträge - im Schnitt ca. drei Verträge über Clopidogrel je Kasse (!) -, so dass die Netto-Ausgaben deutlich darunter liegen sollten (Quelle: INSIGHT Health Rabattvertrags-services).

Die Versorgung mit Clopidogrel wird im Wesentlichen von den pharmazeutischen Herstellern Sanofi-Aventis, Bristol-Myers Squibb, Hexal und Ratiopharm sichergestellt. Die Substanz hat dabei eine interessante Histo-

Kosten-Nutzen-Bewertung von Arzneimitteln

Im Zuge eines verstärkten Kostendrucks im Gesundheitswesen und der Frage nach einer bestmöglichen finanzierbaren Versorgung liefern Nutzenbewertungen wie auch Kostenvergleiche wertvolle Hinweise zur Gestaltung des Versorgungsalltags durch Gesetzgeber, Krankenkassen und Ärzte. Die Kosten-Nutzen-Bewertung von Arzneimitteln ist ein für Deutschland neues Verfahren, welches aufbauend auf einer Nutzenbewertung unter anderem das Ziel der Kostenregulierung im GKV-System bei verordnungsfähigen Arzneimitteln verfolgt. Die Möglichkeit hierzu wurde bereits mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz 2007 geschaffen.

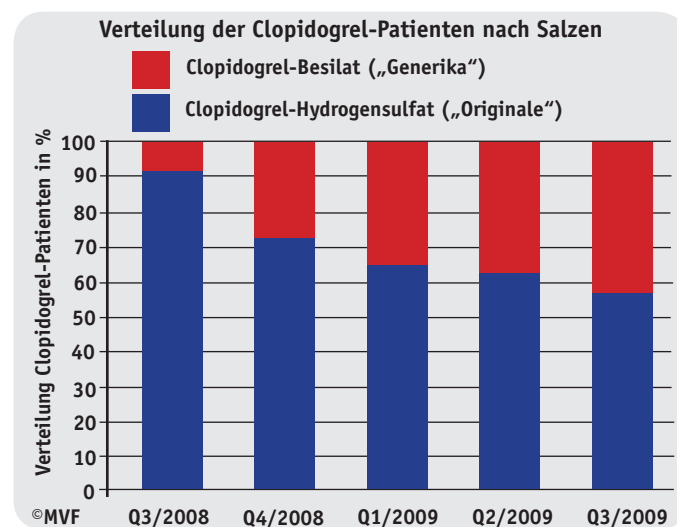
Eine Kosten-Nutzen-Bewertung kann beispielsweise die Grundlage für die Festsetzung eines Höchstbetrages für nicht festbetragsfähige Arzneimittel oder für Beschlüsse über Verordnungseinschränkungen und Therapiehinweise liefern. Eine Kosten-Nutzen-Bewertung folgt dabei einem zweistufigen Prozess: Eine Nutzenbewertung dient eingangs der Feststellung, ob ein Arzneimittel einen therapeutischen Zusatznutzen im Vergleich zu anderen Arzneimitteln oder Behandlungsformen besitzt. Bei hinreichender Dokumentation eines solchen Zusatznutzens kann der G-BA eine Kosten-Nutzen-Bewertung veranlassen (vgl. etwa <http://www.bundestag.de/dokumente/analysen/2009/kosten-nutzen-bewertung.pdf>).

rie: Der Wirkstoff Clopidogrel erhielt am 15. Juli 1998 unter den Produktnamen „Plavix“ (Hersteller: Sanofi-Aventis) bzw. „Iscover“ (Hersteller: Bristol-Myers Squibb) seine EU-weite Zulassung. Der Patentschutz erstreckte sich dabei nicht über den Wirkstoff als solchen - da dieser bereits seit 1988 geschützt war -, sondern über die verwendeten Salze und den Produktionsprozess (vgl. INSIGHT Health Patent-Datenbank). Die skizzierte Lücke im Patentschutz machten sich Hersteller wie Ratiopharm und Hexal zu Nutze, um im Sommer 2008 den etablierten Wirkstoff mit einem anderen Salz auf den deutschen Markt zu bringen. Diese „Generika“ sind um ca. ein Drittel günstiger als die Clopidogrel-Präparate der Originalhersteller (zu Preisinformationen vgl. INSIGHT Health Preismonitor).

Nach Auffassung der Hersteller Ratiopharm und Hexal wie auch einiger Kassenärztlicher Vereinigungen und Krankenkassen hat die andere Salzform, in der das Clopidogrel verabreicht wird, für die Patienten keinerlei Einfluss auf die Wirkung, Bioverfügbarkeit oder Verstoffwechslung des Medikaments (vgl. z.B. KV Berlin: Information im Rahmen der Arzneimittelvereinbarung 2009 auf der Grundlage des § 73 Abs. 8 SGB V - Hinweise zur Verordnung von Clopidogrel). Hiernach stünde also der gleiche Wirkstoff zu einem wesentlich günstigeren Preis für die Patientenversorgung zur Verfügung. Dagegen führten die Originalhersteller wie Sanofi-Aventis in der Diskussion um die Vergleichbarkeit an, dass hierbei ein anderes Salz mit einem eingeschränkten Indikationsgebiet Verwendung finde und somit der Nachweis einer therapeutischen Äquivalenz, die nur teilweise (und zwar bei Patienten mit Herzinfarkt, aber nicht bei Patienten mit akutem Koronarsyndrom) gegeben sei, notwendig würde (vgl. z. B. Gräfe, Kerstin A.: Clopidogrel: Substituieren - Ja oder Nein?, in: Pharmazeutische Zeitung online, Ausgabe 33/2008). Seit Sommer 2009 liegen jetzt aber Zulassungserweiterungen für die meisten Nachahmerpräparate vor. Damit können diese nun auch zur Behandlung von Patienten mit akutem Koronarsyndrom herangezogen werden.

Der Markteintritt der Clopidogrel-Produkte von Hexal und Ratiopharm führte dennoch bei vielen Patienten bereits frühzeitig - d. h. noch bevor eine nahezu uneingeschränkte Substituierbarkeit von Original- und Nachfolgerprodukten gegeben war - zur Umstellung der Medikation sowie zu entsprechenden Shifts bei den Medikamentenneueinstellungen. Während im dritten Quartal 2008 erst neun Prozent der Clopidogrel-Patienten mit diesen Präparaten

Abb.1: Verteilung der Clopidogrel-Patienten nach unterschiedlichen Salzen Q3/2008 bis Q3/2009. Quelle: INSIGHT Health Patienten-Tracking.



versorgt wurden (d. h. mindestens eine entsprechende Verordnung erhielten), waren es ein Jahr später bereits rund 43 Prozent der Patienten (vgl. Abb. 1). Die zusätzlichen Indikationsgebiete sorgten dabei im dritten Quartal 2009 nicht zu einem sprunghaften Anstieg der Marktanteile. Bei den Neueinstellungen machen die neuen Präparate im dritten Quartal 2009 bereits über die Hälfte aus (Quelle: INSIGHT Health Patienten-Tracking).

Zukünftig werden sich Clopidogrel-Patienten aufgrund wirkstoffbezogener Rabattverträge erneut auf Umstellungen bei der Medikation einstellen müssen. Bei der vergangenen AOK-Rabattausschreibung 2010-2012 ist die Substanz zwar noch „in letzter Minute“ herausgenommen worden, doch bei anderen öffentlichen EU-weiten Vergabeausschreibungen wie der DAK-Ausschreibung ist mit Zuschlägen für Clopidogrel zu rechnen. Es kann davon ausgegangen werden, dass vor allem auch die neuen generischen Wettbewerber mit Hilfe von exklusiven Rabattverträgen Marktanteile zu erschließen versuchen.

Kosten-Nutzen-Bewertung ist entscheidend

Neben der Aufteilung des Clopidogrel-Marktes erscheint aber vor allem die zukünftige Entwicklung des Marktpotenzials für den Wirkstoff Clopidogrel für die Hersteller von höchster Relevanz zu sein. Diese wird vermutlich maßgeblich von den Ergebnissen der anstehenden Kosten-Nutzen-Bewertung des IQWiG zu den Therapieansätzen mit Clopidogrel und ASS abhängen. Im Rahmen der Bewertung soll abgewogen werden, ob die Kostenübernahme bei dem jeweiligen Patientennutzen, den die medizinische Intervention bietet, „angemes-

sen und zumutbar“ ist. Resultat einer solchen Analyse könnte beispielsweise der Nachweis eines schlechteren Kosten-Nutzen-Verhältnisses von Clopidogrel vs. ASS sein, was Folgen für die Kostenerstattung bzw. Beschlüsse und Therapiehinweise und damit das Ordnungsverhalten (z. B. Verordnungseinschränkungen) haben könnte.

Aus GKV-Sicht stellt die Behandlung mit Clopidogrel einen signifikanten Kostentreiber dar. Im Vergleich zu einer Therapie mit ASS sind mit Clopidogrel erheblich höhere Behandlungskosten verbunden. Die Preise der Clopidogrel-Medikationen liegen bis zu dem Faktor 80 über dem Vergleichspreis von Acetylsalicylsäure (ASS).

Während die Tagestherapiekosten bei ASS in der Größenordnung von wenigen Cent liegen, erreichen nach Sonderanalysen von INSIGHT Health diese Kosten bei Clopidogrel eine Größenordnung von bis zu drei Euro.

Eines der kostenorientierten Versorgungsziele betrifft deshalb den Anteil der verordneten Tagestherapiedosen (DDD) von Clopidogrel im Verhältnis zu ASS. Dieser Anteil sollte nach Vorgaben der KV Berlin beispielsweise im Jahr 2009 von 27,9 auf 22,0 Prozent gesenkt werden. Die KV Berlin verweist in ihrem Schreiben vom Mai 2009 darauf, dass sich an der Datenlage zum therapeutischen Stellenwert von Clopidogrel ungeachtet der vielfältigen Diskussion um die „Generika“ und den teilweisen Therapieausschluss durch den Gemeinsamen Bundesausschuss nichts geändert habe. Acetylsalicylsäure sei bei chronischen atherosklerotischen Erkrankungen unverändert das Mittel der ersten Wahl. Dies schließt den Einsatz von Clopidogrel, beispielsweise bei Kontraindikationen oder Unverträglichkeiten gegen ASS, nicht aus (vgl. Kassen-

ärztliche Vereinigung Berlin: Arzneimittelverordnungen - Hinweise zur Verordnung von Clopidogrel, Mai 2009). Andere KVen haben in ihrer Arzneimittelvereinbarung 2010 das Ziel formuliert, den Anteil preisgünstiger Clopidogrel-Präparate an allen Clopidogrel- und teilweise auch Prasugrel-Verordnungen zu steigern (vgl. etwa KV Westfalen-Lippe: Arzneimittelvereinbarung nach § 84 Abs. 1 SGB V für das Jahr 2010 für Westfalen-Lippe, Dezember 2009; KVB-Infos, 01-02/2010). Hierbei bedarf es allerdings einer differenzierten Betrachtungsweise.

Auf der anderen Seite sind wesentliche Nutzenwerte von Clopidogrel dokumentiert, auch auf Seiten des IQWiG: So habe die Monotherapie mit Clopidogrel im Vergleich zu einer Behandlung mit ASS bei Patienten mit symptomatischer peripherer arterieller Verschlusskrankheit einen Zusatznutzen in Bezug auf die Reduktion des Risikos für vaskuläre/thromboembolische Ereignisse (vgl. IQWiG 2006: Abschlussbericht Clopidogrel versus Acetylsalicylsäure; Abschlussbericht A04/01A).

Vergleichsmaßstab nicht einheitlich

Bereits im Vorfeld bleibt die Kritik am eingeschlagenen Verfahren des IQWiG zur Kosten-Nutzen-Bewertung nicht aus. So ist das vom IQWiG entwickelte Outputmaß im Gegensatz zu seinem angelsächsischen Pendant nicht indikationsübergreifend. Damit kann es zu Diskussionen im Vergleich zwischen einzelnen Indikationen kommen, da kein einheitlicher Vergleichsmaßstab definiert wird (vgl. z. B. Staeck, Florian: Die Weltformel für Kosten-Nutzen-Studien könnte am Ende der Wettbewerb sein, in: Ärzte Zeitung, 22.12.2009). Auch lässt sich beispielsweise mit einem Blick nach England und den Kosten-Nutzen-Bewertungen des NICE erahnen, dass die alleinige Herausgabe von Empfehlungen auf Basis von Kosten-Nutzen-Bewertungen nicht per se zu Effekten im Ordnungsverhalten und damit auf der Kostenseite führt. Vielmehr lässt sich ableiten, dass die „Eduktion“ und „Compliance“ der Ärzte und Patienten zusätzlich nachhaltig gefördert werden muss. Die medizinische

Apothekenleitlinie für Pflegeheime

>> „Unser Ziel ist, die Versorgung der Patienten immer weiter zu verbessern. Gerade die Patienten, die in einem Pflegeheim wohnen, sollen von unserer pharmazeutischen Kompetenz profitieren“, argumentierte Dr. Andreas Kiefer, Mitglied des Geschäftsführenden Vorstands der Bundesapothekerkammer (BAK), die Überarbeitung der Leitlinie zur Versorgung von Bewohnern in Pflegeheimen. Wenn in der Apotheke die Medikation individuell dokumentiert wird, empfiehlt die BAK, der Lieferung einen aktuellen Medikationsplan beizulegen. Damit verbessere sich die Arzneimittel-Therapiesicherheit (AMTS), weil der Apotheker gleichzeitig mögliche Wechselwirkungen berücksichtigen kann.

Die Apotheke muss laut Leitlinie jedoch auch das Pflegepersonal informieren, wenn wegen Lieferverträgen andere als die verordneten Präparate abgegeben werden müssen. Zu den Leistungen der heimversorgenden Apotheke gehören im Bedarfsfall zudem die kurzfristige Versorgung außerhalb der Öffnungszeiten über den Apothekennotdienst. Kiefer: „Für eine hochwertige Versorgung müssen die verschiedenen Berufsgruppen Hand in Hand arbeiten. Deshalb bieten die Apotheker regelmäßige Schulungen für Pflegekräfte über Arzneimittelthemen an, zum Beispiel wenn ein Patient Arzneimittel über eine Ernährungs-sonde bekommt.“ <<

Die Praxis von eHealth

>> Die 12. eHealth-Konferenz von MedInform steht unter dem Motto „Qualitätsvorsprung und Prozessoptimierung durch elektronische Vernetzung“. Praxisbeispiele aus Krankenhäusern und MedTech-Unternehmen werden zu den vier Schwerpunktthemen „Klassifizierung und Produktstammdaten“, „Auto-ID-Systeme (UDI, Barcoding, RFID“, „eProcurement (EDI und Plattformen“ sowie dem „Management von Patientendaten und Steuerung von Versorgungsqualität“ geboten. Termin: 23. Februar. <<

Demenz strukturiert versorgen

>> Demenz muss als eine der größten gesundheitspolitischen Herausforderungen in Deutschland angenommen und davon Betroffene müssen strukturierter versorgt und unterstützt werden. Dies ist eine der zentralen Schlussfolgerungen aus einer mehrjährigen Versorgungsforschungsstudie der Initiative Demenzversorgung in der Allgemeinmedizin (IDA). Infos unter: www.projekt-ida.de <<

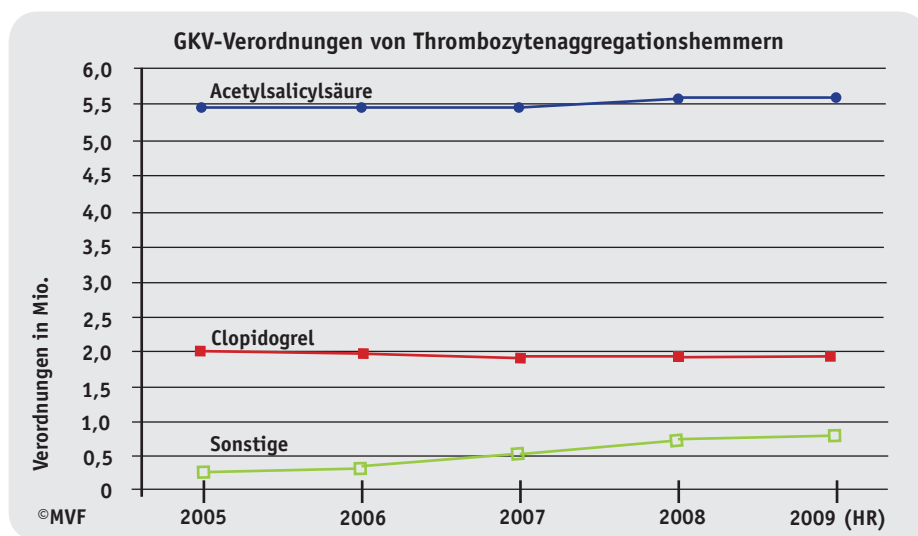


Abb. 2: Entwicklung der GKV-Verordnungen von Thrombozytenaggregationshemmern (ATC: B01C) 2005 - 2009, Quelle: INSIGHT Health NVI.

In der Kombinationstherapie von Acetylsalicylsäure (ASS) und Clopidogrel kann laut IQWiG das Herzinfarktrisiko bei akutem Koronarsyndrom gesenkt werden (vgl. IQWiG 2009: Clopidogrel plus ASS bei akutem Koronarsyndrom; Abschlussbericht A04-01B). Hier (wie auch beim Myokardinfarkt) ist im Gegensatz zur Monotherapie eine uneingeschränkte Erstattungsfähigkeit durch die GKV gegeben, obwohl preiswertere Alternativen verfügbar sind (vgl. zum Beispiel KV Westfalen-Lippe: Übersicht - Der Einsatz von Clopidogrel, 23.09.2009).

und zugleich ökonomische Sinnhaftigkeit von Empfehlungen muss demnach hinreichend breit und nachdrücklich kommuniziert werden (vgl. z. B. WINEG: „Kosten-Nutzen-Bewertung von Arzneistoffen - Was kann Deutschland von Großbritannien lernen?“). Es bleibt daher spannend zu sehen, ob und inwieweit Kosten-Nutzen-Bewertungen zukünftig die Ausgestaltung des Gesundheitssystems im Allgemeinen und den Umgang mit dem Wirkstoff Clopidogrel im Speziellen prägen werden. <<

Von: Christian Bensing/
Dr. André Kleinfeld*

Ulrich Weigeldt, der Bundesvorsitzende des Deutschen Hausärzteverbandes, im MVF-Interview:

„Wir wollen in 80 Prozent der Republik Verträge“

Er ist seit 1983 Facharzt für Allgemeinmedizin und kennt die Sorgen und Nöte seines Berufsstands aus dem Effeff. Um etwas zu bewegen, wurde Ulrich Weigeldt Ärztefunktionär: Erst in der Ärztekammer, dann in der KV Bremen und der Bundesärztekammer, schließlich war er sogar in der KBV Vorstand für den hausärztlichen Versorgungsbereich. Als solcher brachte er 1997 in einem Abstimmungsantrag die Grundgedanken seines heute im Hausarztvertrag durchgesetzten Vergütungsmodells ein, wofür ihm das Vertrauen entzogen wurde. Er trat zurück und wurde im gleichen Jahr zum Bundesvorsitzenden des Deutschen Hausärzteverbandes gewählt. In seiner Nebenfunktion als 1. Stv. Vorsitzender des Aufsichtsrates der zum Verband gehörenden Hausärztlichen Vertragsgemeinschaft eG (HÄVG) wurde er zum profiliertesten Verhandler für selektive Hausarzt-Verträge.

>> Herr Weigeldt, der Hausarztvertrag zwischen der Signal Iduna IKK und dem Deutschen Hausärzteverband, den Sie als Bundesvorsitzender vertreten, ist ein nahezu bundesweiter Selektivvertrag. Ist das für ihren Verband und Sie ein Zeichen des Durchbruchs für selektive Direktverträge, weil solche Verträge auch eine Art Norm oder Muster vorgeben können??

Auf jeden Fall. Als Mustervertrag dafür hatten wir den AOK-Vertrag in Baden-Württemberg im Auge - das war unsere Blaupause. Dort hatten wir den ersten Vertrag zur Hausarztzentrierten Versorgung abgeschlossen - noch bevor der § 73b neu ins Sozialgesetzbuch geschrieben wurde. Danach folgte die AOK Bayern mit einer etwas anderen Honorarstruktur. Aber in den Grundstrukturen und vor allem in den Prozessen sind diese Verträge einheitlich. Wir wollten nicht zu sehr unterschiedliche Prozesse etablieren, das wäre auch für die Ärzte und die Kassen in der Administration schwierig geworden. Dem bundesweiten Vertrag kommt eine besondere Bedeutung zu - als Startschuss für bundeseinheitliche Strukturen. Die anderen möglichen Partner auf der Bundesebene sind bislang etwas zögerlich gewesen - vorsichtig formuliert. Ich bin mir nicht sicher, ob es für die Ersatzkassen eine sehr gute Strategie war, sich hinter der Wagenburg VdeK zu verschanzen, keinen Vertrag abzuschließen und die Bundestagswahl abzuwarten in der Hoffnung, der § 73b würde wieder eingesammelt. Vor allem weil die Partner völlig unterschiedliche Interessen haben: Die DAK, die Barmer nach der Aufnahme der GEK, die DAK oder die TK haben unterschiedliche strukturelle, finanzielle oder auch strategische Ausrichtungen.

Birgit Fischer, die Vorstandschefin der Barmer erklärt mitunter, dass sie den Sinn dieser Hausarzt-Verträge gar nicht einsehen könne, die Ärzte würden mehr Geld für nichts bekommen.

Es ist eine Fehleinschätzung, dass Ärzte fürs Nichtstun verdienen würden. Die Hausarztzentrierung und auch die kontakunabhängige Pauschale haben nun mal - das ist international anerkannt und in der Wissenschaft unumstritten - ihre Vorteile. Durch das bisherige System der letzten 10 bis 20 Jahre wurde eine irrsinnig hohe Arzt-Patienten-Kontaktzahl in Deutschland geschaffen, die weltweit einmalig ist. Dies hat auch, wie im Umkehrschluss durch den Barmer-GEK-Arztreport nachgewiesen, zu den in Europa kürzesten Kontaktzeiten von Arzt und Patient geführt. Doch gerade bei Chronikern braucht der Arzt viel Zeit. Wir müssen die Hausärzte aus dem Hamsterrad herausholen, dazu sind kontakunabhängige Vergütungsanteile außerordentlich sinnvoll.

Es ist also sinnvoll, ein strukturiertes System der ambulanten Versorgung zu schaffen. Dies schränkt im Übrigen auch nicht die Freiheit der Patienten bei der Arztwahl ein. Ich fühle mich auch nicht in meiner Freiheit eingeschränkt, wenn ich einen Telefonvertrag abschliesse und mich auf ein Jahr binde. Bei der Verpflichtung wird of vergessen,



dass sie immer zweigleisig ist: Wenn sich jemand in meiner Praxis einschreibt, fühle ich mich auch für diesen Patienten verantwortlich - das ist einfach so.

Die Ärzte sind, so erste Umfrageergebnisse, offensichtlich zufrieden. Wie sieht es mit den Patienten aus?

Die Hausärzte sind außerordentlich zufrieden, die Patienten scheinen auch zufrieden zu sein. Denn die AOK-Verträge in Baden-Württemberg und Bayern haben seit Beginn der Hausarztverträge sechsstellige Zuwachsraten an Patienten, die sich freiwillig einschreiben. Die ersten Patientenbefragungen laufen dort bereits und werden demnächst abgeschlossen. Wir werden im ersten Quartal dieses Jahres erste Ergebnisse haben. Wir konnten aber bereits jetzt feststellen, dass ein Patient, der sich in einen Hausarztvertrag eingeschrieben hat, in den seltensten Fällen wieder abspringt. Man darf nicht unterschätzen, dass der Patient zu seinem Hausarzt eine sehr intensive Beziehung hat.

Im Übrigen findet gerade ein gewaltiger Wandel im System statt, man muss dem auch Zeit geben. Die Hausärzte sind im Durchschnitt 55 Jahre alt. Sie werden sich umstellen, aber sie können nicht von jetzt auf gleich alles anders machen. Das Problem ist, dass der Arzt gelernt hat, für jede einzelne Leistung eine Nummer aufzuschreiben. Wenn er keine Nummern mehr aufschreiben kann, ist er irritiert. Man muss einen langen Atem haben. Die AOK Baden-Württemberg hat ihn, und wir haben ihn auch. Die strategischen Überlegungen müssen auf einen Fünf-Jahres-Zeitraum gehen, so wie das auch in anderen Unternehmen gang und gäbe ist. Nur solche Perspektiven sind wirklich sinnvoll, weil wir es auf beiden Seiten mit Menschen zu tun haben, deren Verhalten sich ändern muss.

Führen die Verträge also zu einer ganz neuen oder zu einer sehr traditionellen Arzt-Patienten-Beziehung?

Eher zu einer traditionellen, und die ist ja nicht unbedingt schlecht. Nur die 6-7-Minuten-Konsultation frustriert beide Seiten. Dazu kommt die Forderung, dass man beim Hausarzt nicht länger als 30 Minuten warten soll. Wenn aber der Arzt im alten Vergütungssystem jeden Patienten im Quartal einbestellen muss, kommen nun einmal kurze Gesprächszeiten zustande. Man darf auch nicht unterschätzen, dass vor allem Ältere Angst davor haben, dass der Hausarzt nicht mehr da sein könnte. Was machen Senioren auf dem Land ohne Hausarzt? Gerade dort werden unsere neuen Versorgungsstrukturen besonders gut akzeptiert. Auf der Arztseite haben wir bestimmte Qualitätskriterien festgelegt, die die Zahl der teilnehmenden Ärzte einschränken. Dazu gehört eine strukturierte, hausarztspezifische Fortbildung. Wir wollen den Arzt in den Verträgen dabei haben, der wirklich hausärztlich umfassend versorgt, der auch Hausbesuche macht und sich nicht nur auf Akupunktur, Homöopathie, Onkologie oder Diabetes spezialisiert hat.

Was sagen Sie zu Add-on-Verträgen?

Add-on-Verträge halten wir für nicht zielführend. Man muss die Logik der Add-on-Verträge verlassen, weil sie das alte Honorarsystem zu 80 % weiterführen und lediglich einen zusätzlichen Bonus für eine Veränderung der Verhaltensweise geben. Das funktioniert aber nicht, wenn das Verhalten durch 80 % im alten System bestimmt wird. Die neuen Verträge sehen daher vor, dass das neue System als Parallele neben das Kollektivsystem gestellt wird, um zu sehen, was wirklich besser ist. Deswegen sind wir froh, dass die Politik der kurzfristigen Versuchung widerstanden hat, den § 73b wieder aus dem SGB V zu nehmen. Der neue Bundesgesundheitsminister ist zwar bekanntermaßen kein Freund dieses Paragraphen, er hat aber zugestimmt, dass wir drei Jahre Zeit haben. Das ist eine Zeitperspektive, mit der man arbeiten kann und innerhalb der wir deutlich machen müssen, dass wir mehr erreicht

haben als im bisherigen System. Das heißt: Ein besserer Übergang in die fachärztliche Versorgung bei all den Schwierigkeiten, die es auch da gibt. Hier ist die Diskussionsqualität und auch die Gesprächsatmosphäre außerordentlich positiv, wie ich das auf der körperschaftlichen Ebene selten zuvor erlebt habe. Wir müssen die Übergabepunkte zwischen der haus- und fachärztlichen Versorgung definieren, in die eine und auch andere Richtung. Wenn wir es dann auch noch schaffen, dass beide auf einer ähnlichen Vertragsstruktur aufsetzen, haben wir viel gewonnen.

Sie haben sicher vom Ministerium die Frage gestellt bekommen, wo sie nach drei Jahren stehen wollen?

Wir wollen in 80 % der Republik Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung haben, dazu in einem Drittel bereits mit Schnittstellen zur Facharztebene nach § 73c und zudem den ein oder anderen weiterführenden Vertrag nach § 140 in Richtung Krankenhaus.

Also eine wirklich sektorenübergreifende Vertragsarchitektur?

Ich bin aufgrund meiner langen persönlichen Erfahrung überzeugt, dass wir immer wieder an Sektorengrenzen stoßen werden. Aber die können wir nur über Vertragskonstruktionen aufbrechen, ansonsten werden nur Strukturen verfestigt, die nicht miteinander kommunizieren.

An den Sektorengrenzen scheitert bisher auch die Versorgungsforschung in Deutschland. Was ist zu tun?

Die Versorgungsforschung in Deutschland ist ja gerade deswegen ein Drama, weil wir keine vernünftige sektorenübergreifende Qualitätssicherung hinbekommen. Das ist sachlich und medizinisch nicht vertretbar. Es ist peinlich im Ausland zu berichten, dass wir unsere epidemiologischen Daten aus England holen müssen, weil wir sie nicht selbst generieren können. Die Versorgungsforschung braucht Longitudinaldaten statt Momentaufnahmen. Aber ich kann derzeit nicht mal pseudonomisierte Schicksale verfolgen um herauszubekommen, welche Intervention medizinisch sinnvoll und ökonomisch vertretbar ist und welche nicht.

Wie kann im Hausarzt-Vertragssystem Versorgungsforschung implementiert werden?

Unabhängig vom politischen Umfeld, in dem wir uns bewegen, ist eine vernünftige Primärversorgungsbasis auch die Grundlage für Versorgungsforschung. Es muss einen Punkt geben, an dem die Daten zusammenlaufen, das kann kein Zentralsystem bei irgendeiner ärztlichen Körperschaft sein. Die disziplinierte Datenhaltung der Hausärzte kann man viel stärker nutzen als bisher. Wir müssen ohnehin alle Befunde zehn Jahre aufheben, in dem Einschreibemodell bekommen wir zudem genau die Befunde, die man als Ausgangspunkt für Versorgungsforschung nehmen kann. In Heidelberg laufen zum Beispiel schon alle Daten aus den verschiedenen Sektoren wie stationäre und ambulante Versorgung aber auch Reha zusammen. Wir sind sehr daran interessiert, die Verbindung zur Pflege zu verbessern. Das ist nicht ganz einfach, weil die Anbieterschaft nicht unbedingt homogen ist.

Sie brauchen die Ergebnisse aus der Versorgungsforschung aber sicher auch als Legitimierung.

Wir brauchen Ergebnisse, die zeigen, dass unser System funktioniert. Sollten die Ergebnisse zeigen, dass alles Quatsch ist, wird das

Hausarztmodell abgeschafft - das ist das Risiko. Aber nach den bisherigen internationalen Erfahrungen wird es nicht so sein. Es wird aber durchaus so sein, dass sich die Ergebnisse vor allem auf die hausärztliche Versorgung als solche und mit Sicherheit auf die Leitlinienentwicklung auswirken werden.

Wer wäre denn für Sie ein möglicher Partner für Versorgungsforschung?

Einen Ansatz sehe ich bei der Barmer-GEK, bei der AOK BW und AOK Bayern oder bei Signal Iduna IKK - Kassen, die sich sehr genau überlegt haben, wie sie einen Schritt nach vorne kommen. Aber man erkennt auch, dass die Kassen sehr unterschiedlich aufgestellt sind. Wenn ich die jetzt vom Gesetzgeber vollzogene Öffnung des Systems betrachte, dann kommt es mir so vor, als wenn alle aus dem Gefängnis heraus dürfen, doch dann sehen sie das viele Sonnenlicht auf dem Hof und halten sich verängstigt am Gitter fest. Die Kassen sind manchmal auch sehr schwerfällige, große bürokratische Apparate. Bei deren Verhalten kann man nicht immer auf den Gedanken kommen, dass alles schon Player sind, die ihre Milliarden von Versicherungsgeldern vernünftig einsetzen.

Es gibt ja immerhin 1.600 Schiedsverfahren, weil die meisten Kassen nicht zur Jahresmitte 2009 Verträge abgeschlossen haben, wie es das Bundesgesetz vorsieht. Wie stehen Sie dazu?

Das ist eine sehr hohe Zahl, aber man muss davon ausgehen, dass viele en bloc bearbeitet werden. Die 1.600 kommen ja nur dadurch zusammen, dass nominell in jedem KV-Bezirk geregelt werden muss. Die Aufsichtsbehörde BVA hat für vier Bezirke jeweils eine Schiedsperson benannt. Ich denke, dass nach den ersten Schiedsverfahren Bewegung in die Landschaft kommt.

In vermutlich welcher Zeitlinie?

Meine optimistische Schätzung ist der 1.7.2010. Das hängt auch von den Schiedspersonen ab, die ja miteinander kommunizieren. Es ist im Sinne des Systems vernünftig, dass nicht jede Region eine andere Vertragsstruktur hat.

Sind 80 % Hausarztverträge in Deutschland nicht ein wenig zu optimistisch?

Wir wollen in 80 % der Regionen Hausarztverträge. Wir werden es nicht schaffen, 80 % des hausärztlichen Honorars in den nächsten drei Jahren zu bekommen. Das hängt natürlich vom Zufriedenheitsgrad der Ärzte und Patienten ab: Je mehr Zuspruch die Verträge bei den Patienten erfahren, umso schneller kommt ein Dominoeffekt in Gang.

Was passiert dann mit den KVen?

Das kann ich nicht sagen. Ich bekämpfe auch nicht das KV-System. Aber warum unterstützen wir uns denn nicht gegenseitig, wenn wir schon beide Interessenvertretung für die Ärzteschaft machen? Wenn wir zu vernünftigen Honorarstrukturen kommen, könnten die KVen doch sagen: „Super, da machen wir mit.“ Stattdessen wird gesagt, das taugt alles nichts, die Verträge sind schlecht, die Hausärzte zerstören die ganze Welt. Obwohl jetzt wahrlich mehr Aufgaben zu erledigen wären als die der Honorarverteilung. Es eröffnen sich doch ganz neue Servicemöglichkeiten und damit auch mögliche Wege der Kooperation.

Es ist enttäuschend, dass ein System mit 10.000 Mitarbeitern und 39 Vorständen nichts anderes im Kopf hat als rückwärtsgerichtete Dis-

kussionen. Nehmen Sie die gelben Budgets. Als die Budgetierung von Seehofer 1992 eingeführt wurde, kam die Frage auf, wie denn die Honorarverteilung geregelt werden soll. Damals gab es ein Grundbudget für ärztliche Standardleistungen, das war das grüne Budget. Dann ein rotes Budget für Einzelleistungen wie genehmigungspflichtige Psychotherapie. Dazu gab es eben jene gelben Budgets: Das waren dann 15 Punkte für Sonografie, 15 für psychosomatische Intervention und 10 für kleine Chirurgie, die dann mehr oder weniger schlecht bezahlt wurden, wie so ein Budgetsystem eben ist. Nun wurden die ganzen Budgets aufgelöst und eine Euro-Gebührenordnung eingeführt. Und was ist der neueste Vorschlag? Einzelleistungsvergütung mit gelben Budgets! Vielleicht ist es auch manchmal historisch notwendig, einen Schnitt zu machen, wenn ein System immer komplizierter statt einfacher wird.

Die Professoren Sawicki und Glaeske forderten in den letzten beiden Titelinterviews von „Monitor Versorgungsforschung“ eine Entkommerzialisierung des Ärztstandes, weil auch in ihrem Sinne der Arzt nicht dauernd an seine Punkte denken soll, wenn er einen Patienten vor sich hat?

Unser System sieht ja eine kontaktunabhängige Pauschale als Grundpauschale vor, welche die Stand-by-Funktionen des Hausarztes abdeckt. Der Arzt muss also nicht, um sein Einkommen zu erzielen, seine Patienten dauernd einbestellen. Diese Stand-by-Funktionen umfassen Raum, Gerätschaft, Personal, Aufrechterhaltung der Qualität.

Das sind alles Werte, die nicht im Einzelvergütungssystem abgebildet werden, bei uns aber in der P1 abgedeckt sind. Wir haben dadurch eine Steuerung, weil sich auch der Gesunde einschreibt und ein gewisses Grundrauschen in der Praxis auslöst. Dazu

kommt dann die erst ab dem zweiten Quartal ausgezahlte Pauschale P2, wenn eine Krankheit länger dauert als ein Quartal oder beratungsintensiver ist, weil dann auch mehr Aufwand gefahren werden muss. Die Chroniker lösen eine weitere Pauschale - Nummer 3 - aus, wobei diese Gruppe, in den verschiedenen Verträgen unterschiedlich definiert ist. Und eine gezielte Zuweisung zur fachärztlichen Versorgung wird auch da die Effizienz erhöhen. Was nützt es denn, wenn ein Patient mit Rückenschmerzen zum Kardiologen läuft, weil der Schmerz in die Brust ausstrahlt? Das verstopft das System. Das verstopft aber auch die spezifische Kapazität der Facharztpraxen als solche, was ja auch Auslöser der dort langen Wartezeiten ist.

Ist die Grundpauschale damit nicht ein - wenn auch erster - Teil der Entkommerzialisierung?

Die Grundpauschale deckt die Realität ab. Sehen Sie sich die Ergebnisse der Bertelsmann-Stiftung an: 80 % der Menschen sagen, sie hätten einen Hausarzt, auch wenn sie zum letzten Mal vor vier Jahren bei einem waren. Die kontaktunabhängige Pauschale ist im Übrigen die Haupteinnahmequelle der niederländischen Hausärzte. Das ist natürlich eine gewisse Entkommerzialisierung, weil sie fast eine Art Gehaltsbestandteil darstellt. Bei einer Gehaltszahlung an Ärzte würden manche sogar mitmachen, aber ich bin mir nicht sicher, ob wir allein dadurch die Morbiditätslast in Deutschland in den Griff bekommen. Der Begriff Entkommerzialisierung ist dehnbar. Richtig ist aber, dass die ärztliche Leistung nicht länger durch kommerzielle Interessen getriggert werden darf. <<

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

**Dr. Axel Munte****Univ.-Prof. Dr. med. Matthias Schrappe**

Dr. Axel Munte (links) ist Vorsitzender der KV Bayern.

Univ.-Prof. Dr. med. Matthias Schrappe ist Direktor des Instituts für Patientensicherheit, Universität Bonn und u.a. Mitglied im Herausgeberbeirat von „Monitor Versorgungsforschung“ (MVF)

Oberste Priorität: Qualitätssicherung bei Selektivverträgen

>> In den Gutachten der Jahre 2007 und 2009 hat sich der Sachverständigenrat für die Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) ausführlich mit den Inhalten der so genannten „besonderen Versorgungsformen“ auseinandergesetzt. Diese Versorgungsformen umfassen die Strukturverträge nach §73a, die Modellvorhaben nach §§63-65, die Hausarztzentrierte Versorgung nach §73b, die besondere ambulante Versorgung nach §73c, die Integrierte Versorgung nach §140a-d sowie die strukturierten Behandlungsprogramme nach §137f-g (alle SGB V¹). Sie werden in ihrer transsektoralen beziehungsweise steuernden Komponente durch die Medizinischen Versorgungszentren nach §95, die Praxiskliniken nach §115 sowie durch Pay for Performance Programme nach §136 Abs. 4 SGB V ergänzt und sind in wechselndem Umfang durch Merkmale gekennzeichnet, wie sie sich auch in Managed Care Programmen z.B. in den Vereinigten Staaten wieder finden (Übersicht siehe SVR-Sondergutachten 2009, Nr. 380) - insbesondere interdisziplinäre und sektorübergreifende Orientierung, besondere finanzielle Anreize und Capitation. Die Modellvorhaben und die strukturierten Behandlungsprogramme erlauben darüber hinaus ein selektives Kontrahieren: Bei der hausarztzentrierten Versorgung, der besonderen ambulanten Versorgung und der integrierten Versorgung ist das selektive Kontrahieren außerdem mit einer Einschränkung des Sicherstellungsauftrages der Kassenärztlichen Vereinigung kombiniert.

Diese zunehmende Bedeutung der transsektoralen Perspektive und des Wettbewerbs der Leistungsanbieter ist seit Inkrafttreten des GKV-WSG mit dem Auftrag an den Gemeinsamen Bundesausschuss verbunden, die Leistungsanbieter-bezogene Qualitätssicherung um einen transsektoralen Ansatz zu ergänzen (§137). In Zusammenarbeit mit der unabhängigen Institution nach §137a, mittlerweile übernommen durch das AQUA-Institut, sollen „möglichst sektorübergreifend abgestimmte Indikatoren“ entwickelt werden, um die „Versorgungsqualität in allen Versorgungsbereichen“ messen und darstellen zu können. Die entsprechenden Richtlinien des G-BA befinden sich in der Abstimmung.

Vor dem Hintergrund dieser wichtigen Initiativen und Entwicklungen möchten die Autoren jedoch auf einen dringenden Handlungsbedarf hinweisen, der sich in den zurückliegenden Monaten im Hinblick auf zunehmende Bedeutung der Selektivverträge und der populationsbezogenen Versorgung ergeben hat. Die neuen besonderen Versorgungsformen, vor allem die hausarztzentrierte Versorgung und die besondere ambulante Versorgung sind nicht in die Qualitätssicherung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen nach §135a in Verbindung mit §137 SGB V mit einbezogen. Zwar besteht die Verpflichtung, die personellen und sächlichen Qualitätsanforderungen, die vom gemeinsamen Bundesausschuss sowie in den Bundesmantelverträgen geregelt

sind, einzuhalten (§73c Abs. 1 Satz 3 sowie indirekt §140b Abs. 4 Satz 1) oder zu übertreffen (§73b Abs. 2), konkrete Vorgaben dazu, wie die Umsetzung dieser Vorgabe zu gewährleisten ist, fehlen aber völlig. Hinzu kommt, dass Verträge mit Populations- bzw. Versicherten-Bezug, die entweder nach §73b, nach §73c oder nach §140a abgeschlossen werden, hinsichtlich ihrer Auswirkungen auf die Qualität der Versorgung nicht sinnvoll durch Leistungserbringer-bezogene Qualitätsindikatoren beschrieben werden können, da diese sektoralen Indikatoren sich auf die einzelnen Institutionen beziehen und nicht auf die Gesamtversorgung einer Versichertenpopulation (s. SVR Gutachten 2007, Nr. 501). Auch transsektorale Indikatoren, die erkrankungsbezogen die punktuelle sektorübergreifende Zusammenarbeit kooperierender Einrichtungen betreffen, sind keine Lösung für die Frage, wie sich die Qualität der Versorgung entwickelt, wenn Versichertenpopulationen von Gruppen von Leistungsanbietern unter Maßgabe einer kontaktunabhängigen Pauschale (Capitation) versorgt werden (s. systematischer Review zu Managed Care und Qualität des SVR, Sondergutachten 2009, Nr. 988 ff.), so wie es sektorbezogen in den Hausarztverträgen oder populationsbezogen in den Integrationsverträgen vom Typ Kinzigtal der Fall ist.

Natürlich ist zu konzedieren, dass der primäre Ansatz eine qualitätssteigernde Absicht verfolgt, sei es durch die Verbesserung der Koordination im Sinne des Gatekeeping (Hausarztverträge) oder sei es durch die gemeinsame finanzielle Verantwortung für die möglichst effiziente sektorübergreifende Versorgung (populationsbezogene integrierte Versorgung). Wenn jedoch für Verträge mit Capitation-Ansatz, bei denen eine prospektive Pauschale für eingeschriebene Patienten gezahlt wird, keine Qualitätssicherung betrieben wird, die neben der Perspektive der Qualität der einzelnen Leistungserbringer auch die Perspektive der Qualität der Versorgung der Versicherten bzw. eingeschriebenen Population im Auge hat, gleicht dies einem Blindflug mit ungewissem Ausgang. Wenig nachvollziehbar erscheint auch, wenn für die gleichen Leistungserbringer im Kollektivvertrag der Nachweis von Qualitätssicherungsmaßnahmen in hoher Regelungstiefe gefordert wird, in den selektiven Vertragsformen aber keine weiteren Bestimmungen über die prinzipielle Verpflichtung hinaus getroffen werden.

Der Sachverständigenrat hat hierzu einen umfangreichen Systematischen Review angefertigt, der auf der Basis von knapp 11.000 Literaturhinweisen 107 kontrollierte Studien identifiziert hat, die die Auswirkungen einer populationsbezogenen Versorgung mit Capitati-

¹ So weit keine andere Quelle genannt wird, beziehen sich alle Angaben zu Gesetzesquellen in diesem Artikel auf das Sozialgesetzbuch V.

on (Managed Care) auf die Qualität der Versorgung beschreiben (SVR Sondergutachten 2009, Nr. 991 ff). Bei 6 Studien handelte es sich um randomisierte Studien, bei 5 Studien um ein quasi-experimentelles Design, der Hauptteil der Studien waren vergleichende Kohortenstudien. Die Studien sind in den USA zwischen den Jahren 1979 und 2007 durchgeführt worden, mit einem Häufigkeitsgipfel in der zweiten Hälfte der 90er Jahre, zu einem Zeitpunkt, an dem sich Managed Care in den USA starker Kritik ausgesetzt sah. Das Ergebnis auf die Qualität war ausgewogen: 18 Studien zeigten eine positive Auswirkung auf die Qualität, 17 Studien negative Ergebnisse. Unter dem Strich ist folglich die Gefahr eines negativen Einflusses von populationsbezogenen Capitation-Verträgen auf die Qualität der Versorgung nicht von der Hand zu weisen, auch wenn es mengenmäßig genauso viele Studien gibt, die positive Effekte zeigen. Zu beachten ist auch, dass die Konstellationen, wie sie in den USA untersucht wurden, nicht ohne weiteres auf die Verhältnisse in Deutschland übertragen werden können, sondern allenfalls Hinweise auf die Potenziale, aber auch Gefahren bestimmter Versorgungsmodelle liefern. Die Heterogenität der Ergebnisse legt darüber hinaus den Schluss nahe, dass es stark auf die jeweilige Ausgestaltung des Versorgungsmodells ankommt. Da diese wiederum von den institutionellen und rechtlichen Rahmenbedingungen abhängt, ist mit Blick auf die Zukunftsfähigkeit und Versorgungssicherheit in Deutschland zu fordern, dass der Gesetzgeber hier besondere Sorgfalt walten lässt.

Ärzte lehnen Call-Center-Medizin ab

>> Niedergelassene Ärzte lehnen Therapieberatung von Patienten durch Call-Center-Mitarbeiter ab. 81 Prozent meinen, dass dies auch zukünftig verboten bleiben sollte. Das zeigt die Studie „Ärzte im Zukunftsmarkt Gesundheit 2009“. Ebenfalls rund 81 Prozent der befragten Ärzte, Zahnärzte und Psychologischen Psychotherapeuten vermuten, dass telefonische Therapieberatung nur angestrebt werde, um Kosten zu sparen.

Zum Vergleich: In der Schweiz ist die Beratung durch Ärzte und medizinisches Fachpersonal am Telefon nicht nur erlaubt, zurzeit läuft ein Gesetzgebungsverfahren, das Krankenversicherungen verpflichtet, diesen Service anzubieten. Entsprechend erwartet mehr als die Hälfte der Ärzte in Deutschland (53 Prozent), dass Telefonberatung künftig auch in Deutschland realisiert wird. Und 69 Prozent glauben, dass auf diesem Gebiet bereits mehr gemacht werde, als die Betreiber öffentlich zugeben. Nur 29 Prozent halten das Thema für irrelevant.

Durchgeführt wurde die Studie von der Gesellschaft für Gesund-

heitsmarktanalyse im Auftrag der Stiftung Gesundheit. Die Studie basiert auf den Antwortsets von 1.131 repräsentativ ausgewählten niedergelassenen Ärzten, Zahnärzten und Psychologischen Psychotherapeuten. <<

Ärzte haben keine Zeit mehr - für sich

>> Mehr als 70 Prozent der Chirurgen hierzulande geben an, zu wenig oder gar keine Zeit für Privat- und Familienleben zu haben. Zu diesem vorläufigen Ergebnis kommt die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) in der weltweit größten Analyse dieser Art zur Lebensqualität deutscher Chirurgeninnen und Chirurgen.

Der Arbeitsalltag von Chirurgen hat sich demnach in den letzten Jahren erheblich gewandelt. Neben Operationen gehören dazu immer umfangreichere administrative Aufgaben - nicht selten zu Lasten wichtiger Gespräche mit Patienten und Kollegen. Überstunden und Extremsätze sind zur Regel geworden. „Chirurgen tragen die höchste Arbeitsbelastung aller Klinikärzte, ihre risikoreiche Tätigkeit birgt zudem

Vor diesem Hintergrund ist unbedingt zu fordern, dass rasch adäquate Instrumente entwickelt werden, die die Entwicklung von populationsbezogenen Verträgen hinsichtlich ihrer Auswirkungen auf die Qualität der Versorgung evaluieren, insbesondere da eine wissenschaftliche Evaluation ausschließlich für die Modellvorhaben und die strukturierten Behandlungsprogramme vorgeschrieben ist. In der Folge ist ebenfalls die Frage zu diskutieren, wer - in Abstimmung mit der Zuständigkeit des G-BA - auf Landesebene die Qualitätssicherung tragen, für die „Qualitätssicherung der Qualitätssicherung“ zuständig sein und eventuell sinnvolle Vergütungsanreize in Anwendung bringen soll. Zu berücksichtigen sind hier insbesondere Selektivverträge unter Aufhebung des Sicherstellungsauftrages der Kassenärztlichen Vereinigungen, kleinräumige Verträge mit eigener Rechtsstellung und Verträge mit bundesland-übergreifendem Einzugsgebiet.

Von entscheidender Bedeutung erscheint in diesem Zusammenhang die Zeitachse, wenn vermieden werden soll, dass die spontane Entwicklung erst zu spürbaren Qualitätsverlusten führt, die populationsbezogene Verträge und sinnvolle Ansätze, die mit einer dringend notwendigen Verbesserung der sektorübergreifenden Versorgung einhergehen, in schlechtem Licht erscheinen lassen. Eine Diskussion um Vorenthaltung von Leistungen, Unterversorgung und Benachteiligung chronisch und multipel Erkrankter wie in den USA in den 90er Jahren sollte uns erspart bleiben. <<

Sawicki hört auf

>> „Ich werde zum 31.8.10 aufhören“, kommentiert Prof. Dr. Peter T. Sawicki, der Institutsleiter des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen die aktuelle Entscheidung seines Arbeitgebers, der Stiftung für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen gegenüber MVF. Dies sei aus seiner Sicht schade, doch das Institut habe bereits viel bewegt und werde hoffentlich weiter gute Arbeit leisten. <<

Schreibtischwechsel

große Verantwortung“, sagt Privatdozent Dr. med. M.A. Thomas Bohrer, Würzburg. Immer mehr zusätzliche Arbeitszeit müssten sie am Schreibtisch verbringen; Familie und Beruf unter einen Hut zu bringen, sei daher besonders schwer, so Bohrer weiter. <<

>> Franz Knieps, bis Ende 2009 Abteilungsleiter im BMG hat die Schreibtischseite gewechselt: Seit Januar ist er bei Wiese Consult Berater für Gesundheitspolitik. Sein Nachfolger im BMG wurde der stellvertretende Direktor des PKV-Verbands, Christian Weber. <<

Förderung von Forschungsprojekten

>> Die Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz (DALzG) schreibt 2010 eine Summe von maximal 150.000 Euro für die Unterstützung eines oder mehrerer Forschungsvorhaben aus. Dabei sollen in diesem Jahr Projekte gefördert werden, die zu verbesserten Erkenntnissen im Bereich der nicht-medikamentösen Therapien bei Demenz beitragen. „Wir freuen uns, dass wir

aus zweckgebundenen Spenden Fördermittel für die Forschung bereitstellen können“, erklärte dazu Heike von Lützu-Hohlbein, die erste Vorsitzende der Deutschen Alzheimer Gesellschaft.

Personen oder Institutionen, die ein Forschungsprojekt im genannten Themenbereich (Laufzeit maximal drei Jahre) durchführen wollen, können sich um eine Förderung bis 31.5. bewerben. <<

Ein Schritt in die Zukunft der kardiologischen Vollversorgung in Deutschland:

Proaktiver Sprung in die Versorgungskontinuität

Die Debatte, wie die Qualität des Gesundheitssystems als solches zu verbessern ist, ist so alt wie das System an sich, hat jedoch seit den ersten Gesundheitsreformen im Jahre 1989 immer mehr an Fahrt aufgenommen. Alle Jahre wieder meldet sich hier der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen zu Wort und rät in ebenso regelmäßiger Art und Weise, dass sich die Politik jenseits ihrer sicher lobenswerten Zuwendung auf die sicher hohe Prävalenz von Einzelkrankungen endlich auf das hohe Ausmaß an Komorbiditäten und Hochrisikokonstellationen konzentrieren sollte. Und dazu gehört in ganz besonderem Maße das gesamte System der kardiovaskulären Problematik, die das ganze Gesundheitssystem, vor allem aber auch die Hausarzt- und Facharztschiene vor hohe Herausforderungen stellt. Nicht zuletzt darum haben MEDI Baden-Württemberg und der Bundesverband niedergelassener Kardiologen unter Einbeziehung des Berufsverbands niedergelassener Fachinternisten ohne Schwerpunkt kürzlich mit der AOK Baden-Württemberg den bundesweit ersten Facharztvertrag für eine ambulante kardiologische Vollversorgung unterzeichnet - zwar vorerst „nur“ in Baden-Württemberg, aber mit Signalfunktion für die ganze Republik.

>> Seit Jahren gehört zu den häufigsten Todesursachen in Deutschland eine Erkrankung des Herz-/Kreislaufsystems. So verstarben laut statistischem Bundesamt im Jahr 2008 insgesamt 844.439 Menschen (397.651 Männer und 446.788 Frauen), 43 % davon (151.904 Männer und 211.881 Frauen) an den Ursachen eines Herz- und/oder Kreislaufversagens. Besonders bei älteren Menschen war das die Todesursache Nummer eins. An einem klassischen Herzinfarkt starben immerhin noch 62.670 Bundesbürger, davon 54 % Männer (34.066 Verstorbene) und 46 % Frauen (28.604 Verstorbene).

Vielleicht nicht ganz überraschend steht Deutschland in der Hitliste der Todesraten bezüglich der Schlaganfallmortalität fast an der Spitze, was sicher auch daher rührt, dass fast die Hälfte aller Erwachsenen einen Hypertonus aufweisen. „In der größten primärärztlichen epidemiologischen Studie, die in Deutschland je durchgeführt wurde“, zitiert Prof. Dr. Martin Wehling in seinem wissenschaftlichen Fachbeitrag „Das Geld im Gesundheitswesen reicht noch lange, wenn die Verschwendung aufhört“ (S. 33-39) aus der Detect-Studie mit 55.000 Patienten, dass gerade bei den älteren Patienten nur etwa 70 % der Hypertoniker diagnostiziert wurden. Diese Zahl alleine wäre noch nicht ausschlaggebend, wenn in dieser Studie nicht auch herausgekommen wäre, dass nur etwas mehr als 65 % Hypertoniker diagnostiziert und auch behandelt worden waren. Und wenn sie dann das Glück hatten, behandelt zu werden, waren lediglich zwischen 22 und 25 % kontrolliert, d.h. im Bereich der gewünschten Zielwerte (Pittrow et al. 2007).

Für diesen Missstand nun nur das Gesundheitssystem an sich verantwortlich zu machen oder einer der überbordenden Ökonomie geschuldeten Budgetierung, wäre etwas zu kurz gegriffen. „An dieser Unterversorgung ist sicher die Budgetierung nicht alleine Schuld“, führte Wehling (s. auch S. 17) aus, verwies aber ebenso darauf, dass es hierzu keine verlässlichen Daten gebe, inwieweit Budgetierung überhaupt prozentual ursächlich ist.

Nicht nur denken, handeln

Indes kann es durchaus deren sekundäre Auswirkung sein. Blickt man über die Grenzen ins nahe Ausland, erkennt man, dass zum Beispiel in der Niederlande der Arzt danach bezahlt wird, wie gut seine Patienten eingestellt sind: Er wird laut Wehling eben nicht für gut eingestellte Patienten über Budgetreglementierung und Regresse bestraft,

sondern sogar pekuniär entlohnt. Wehling: „Offensichtlich fängt man an, über derartige Belohnungsmodelle auch in Deutschland zu reden.“

Doch Gott sei Dank nicht mehr nur zu reden, sondern auch zu handeln. So schloss vor wenigen Wochen MEDI Baden-Württemberg und der Bundesverband niedergelassener Kardiologen (BNK) unter Einbeziehung des Berufsverbands niedergelassener Fachinternisten ohne Schwerpunkt (BNFI) mit der AOK Baden-Württemberg den bundesweit ersten Facharztvertrag mit dem erklärten Ziel, die ambulante kardiologische Vollversorgung in Baden-Württemberg zu verbessern. Mit diesem Schritt können sich alle in dieser Region niedergelassenen Kardiologen, die die Teilnahmevoraussetzungen erfüllen, in die neue Versorgung einschreiben. Und für die Patienten soll die Einschreibung voraussichtlich schon im laufenden Quartal beginnen.

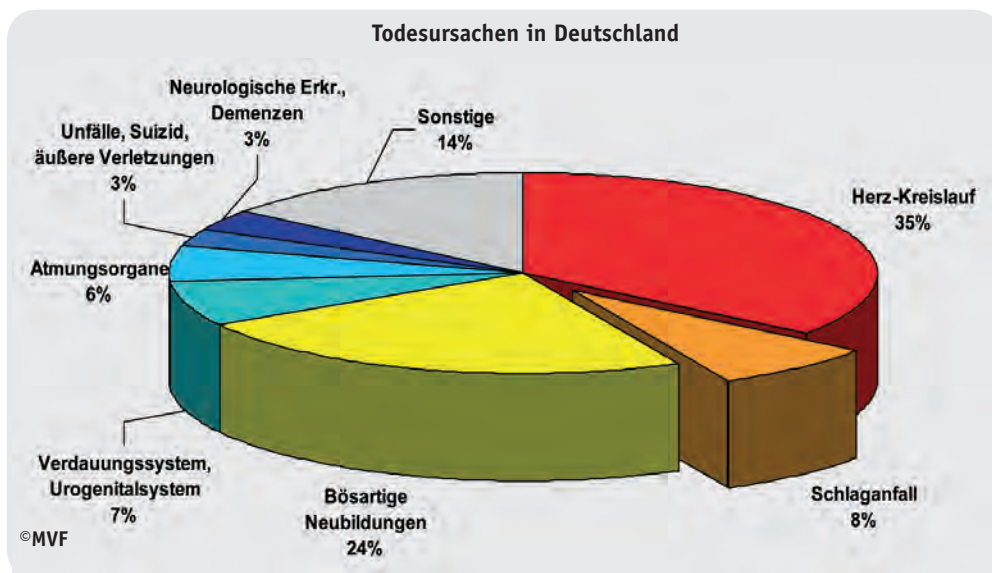


Abb. 1: Statistisches Bundesamt 2008, Todesursachen 2006

„Im Kollektivvertrag wird unsere Arbeit durch die festgelegten Regelleistungsvolumina (s. MFV 06/09 und S. 30 ff.) nicht mehr ausreichend vergütet, um auch schwerst kranke Patienten adäquat betreuen zu können“, erklärt dazu BNK-Chef Dr. Norbert Smetak. Darum setze der neue Facharzt-Vertrag genau hier die richtigen Anreize, indem sich die Vergütung an der Schwere der Krankheitsbilder orientierte. Damit erteilt Smetak auch eine klare Absage an das bisherige EBM-System der KBV mit seinen Abstufungen, Mengengrenzungen und Fallzahlbegrenzungen, unter dem sich die Kardiologen - wie viele anderen Ärzte - nicht unbedingt leistungsgerecht bezahlt fühlten.

Statt des bisherigen EBM soll es darum in Zukunft eine Grundpauschale (ähnlich der Pauschale 1 im Hausarztvertrag - siehe dazu S. 13 ff.) geben, darüber hinaus aber einige Zusatzmodule wie für Diagnose, Herzinsuffizienz, koronare Herzerkrankung und Rhythmusstörung oder auch bestimmte Sonderleistungen wie Schrittmachernachsorge. Aber auch Qualitätszuschläge, wie z.B. für Stressecho, wird es geben. Damit soll laut BNK die bisher wenig kalkulierbare Vergütung ärztlicher Leistungen, die zudem falsche Anreize setzte, ein Ende haben. Statt dessen soll künftig jeder teilnehmende Arzt genau wissen, welches Honorar er bei der Behandlung seiner Patienten bekommt. Und ein besonderes Bonbon ist natürlich, dass die durchschnittlichen Fallwerte, ähnlich wie schon beim AOK-Hausarztprogramm, deutlich über der Vergütung der Kassenärztlichen Vereinigung liegen!

Für die AOK in Baden-Württemberg wird sich das trotzdem rechnen, wenn man bedenkt, dass im „Ländle“ alleine 2008 über 40.000 Menschen an einem Herz-Kreislauf-Leiden starben, was in so ziemlich allen Fällen zuvor einen „besonderen Versorgungsbedarf“ der Versicherten ausgelöst haben wird. So gesehen ist der Facharztvertrag Kardiologie absolut folgerichtig, setzt er doch konsequent den Weg zu einer fachübergreifenden, strukturierten Versorgung fort, die am Hauptproblem der kollektivvertraglichen Regelversorgung ansetzt: der unzureichenden Koordination der Behandlung, die eben zu seit langem erkannten Unter-, Fehl- oder Überversorgungen der Patienten führt.

„Etwa zehn Prozent unserer Versicherten, die in das AOK-Hausarztprogramm eingeschrieben sind, suchen jährlich einen Kardiologen auf“, verdeutlichte Dr. Rolf Hoberg, Vorstandsvorsitzender der AOK Baden-Württemberg, die zu erwartende Fallzahl bei der Vertragsunterzeichnung. Das erklärte

Ziel: Durch die enge Abstimmung zwischen niedergelassenen Kardiologen und Hausarztkollegen zielgenauere Untersuchungen zu generieren und vermeidbare Krankenhausweisungen zu minimieren. Dass das ganze Vorgehen kassenseitig seine Gründe wohl vornehmlich in der ökonomischen Betrachtung haben wird, machte Dr. Christopher Hermann, stellvertretender Vorsitzender der AOK Baden-Württemberg, deutlich, indem er ergänzte: „Viele Herz-Kreislauf-Patienten können bei entsprechend qualifizierten und für die aufwändige Behandlung angemessen vergüteten Kardiologen ambulant statt stationär behandelt werden.“ Ein späterer oder auch ganz vermiedener Sektorenwechsel wird sich für die AOK durchaus bemerkbar machen, wenn rund 150 Millionen Euro, die bisher pro Jahr für leichte Behandlungsfälle in den stationären Bereich fließen, vermieden oder abgebaut werden können. Oder natürlich zum Teil in ambulante Lösungen fließen, die zur Zielerreichung qualitativ hochwertig sein müssen.

Dafür wurde dem teilnehmenden Facharzt ein Bündel an Qualitätsanforderungen hinsichtlich des Sprechstundenangebots und der Praxisausstattung (Anlage 17 zum Vertrag) geschnürt:

- a) Reguläre Sprechstundentermine in der Regel zwei Wochen nach Anmeldung.
- b) Behandlung von Akutfällen am Tag des Anrufs durch den Hausarzt, sofern sie bis eine Stunde vor Ende der Sprechstunde angemeldet werden.
- c) Zur Unterstützung des Grundsatzes „ambulant vor stationär“ wird eine vom Hausarzt angeforderte Notfallvorstellung am Anfordertag (während der Sprechstundenzeiten) durchgeführt.
- d) Begrenzung der Wartezeit für eingeschriebene Versicherte bei vorab vereinbarten Terminen auf möglichst 30 Minuten (Not- oder Akutfälle sind bevorzugt zu behandeln).
- e) Angebot einer werktäglichen Sprechstunde, d.h. ein Sprechstundenangebot an allen Werktagen (Montag bis Freitag).
- f) Angebot einer Abendsprechstunde pro Woche bis mindestens 20:00 Uhr (Terminsprechstunde) für berufstätige eingeschriebene Versicherte.
- g) Alle relevanten Befunde werden dem Hausarzt innerhalb von drei Werktagen übermittelt.

Damit wird auch deutlich erkennbar, dass damit die sektorenübergreifende Versorgung zwischen Haus- und Facharzt nicht nur definiert, sondern auch mit Leben erfüllt werden

soll. So sieht die Anlage 17 weiterhin vor, das „Diagnostik und Therapie als vorausschauend koordinierte Betreuung der Schwerpunkt der interdisziplinären Schnittstellenbeschreibung und -koordination bei moderner apparativer Ausstattung, leitlinienorientierter Behandlung und ganzheitlicher Beratung mit rascher und verlässlicher Befundübermittlung und Kommunikation“ ist, aber ebenso, dass „hausärztliche Kernaufgaben wie Anamnese, körperliche Untersuchung und Labordiagnostik auch zur Erhebung von Risikofaktoren fachärztlich interdisziplinär je nach Krankheitsart und -schweregrad“ erweitert werden sollen. Und noch mehr: Die sollen sogar „frühzeitig zu einem gemeinsam proaktiv ausgerichteten Versorgungsablauf“ zusammengeführt und ebenfalls frühzeitig sektorenübergreifend integriert werden sind:

1. fachübergreifende Angebote zur Prävention und zum Lebensstil,
2. Maßnahmen zur Erkennung und Behandlung von Komorbiditäten wie z.B. Depressionen, Diabetes mellitus, Hypertonus,
3. unterstützende Angebote wie z.B. durch Soziale Dienste, Case Management, Selbsthilfegruppen und Patientenorganisationen.

Durch diese „vorausschauend gesichert interdisziplinäre Versorgungskontinuität“ ist, so die Erwartung der Vertragsparteien, zu erwarten:

- ein besseres gesundheitliches Outcome mit geringeren Krankenhausaufnahmeraten
- weniger Notfallbeanspruchung
- höhere Patientenzufriedenheit mit verbesserter Prognose
- Unterstützung der Arzt-Patient-Beziehung durch ein verlässliches und
- ganzheitliches Überweisungsmanagement angepasst an den Schweregrad der Erkrankung

Um diesen Anspruch zu erfüllen, wurden klare krankheitsabhängige Behandlungspfade vereinbart und mit einer darauf aufbauenden völlig neuen Vergütungsstruktur verknüpft. Die Vertragspartner gehen nun davon aus, dass sich die überwiegende Mehrheit der Kardiologen und der kardiologisch tätigen Internisten in Baden-Württemberg in die neue Versorgung einschreiben wird. Aber auch, dass dieser Vertrag bundesweit Vorbildcharakter haben wird. So lobt Dr. Werner Baumgärtner, der Vorsitzende von MEDI Baden-Württemberg, in der neuen Kooperation den Willen der AOK Baden-Württemberg, die fachübergreifende ambulante Versorgung zu stärken, und hofft, dass „wir eine engere Zusammenarbeit zwischen den Haus- und den Fachärzten haben“ werden. <<

KBV startet Honorarstudie

>> Eine repräsentative Studie des Zentralinstituts (Zi) für die kassenärztliche Versorgung soll die Kosten und Leistungsstruktur in Arztpraxen widerspiegeln. Dazu werden ab Mitte Februar rund 7.000 Praxen in Deutschland stichprobenartig ausgewählt und angeschrieben. Die Ergebnisse will die KBV bei künftigen Honorarverhandlungen nutzen.

Das sogenannte „Zi-Praxis-Panel“ soll die Veränderung der Investitions- und Betriebskosten der Vertragsarzt- und Psychotherapeutenpraxen sowie deren regionale Unterschiede sichtbar machen. Der Erhebungsbogen fragt nach Kosten der Jahre 2006, 2007 und 2008. Das sind im Detail etwa die Personalausstattung, die medizinisch-technischen Geräte und die Arbeitszeiten.

Die Studie ist bundesweit die erste dieser Art und Größenordnung und soll jährlich wiederholt werden, um die gewonnenen Basisdaten über Fachgruppen und Regionen langfristig auszubauen. <<

Forum Medizin 21

>> Der Kongress „Forum Medizin 21“ der Paracelsus Medizinischen Privatuniversität steht unter dem Motto „Evidenzbasierte Medizin (EbM) - ein Gewinn für die Arzt-Patient-Beziehung?“ Der Kongress, der vom 25. bis 27. Februar im Salzburger Bildungszentrum St. Virgil stattfindet, will der Frage nachgehen, ob EbM ein Gewinn für die Arzt-Patient-Beziehung ist oder sein kann. Ebenso soll erörtert werden, wie viel Raum EbM für Empathie oder gar für die „ganz unwissenschaftliche“ ärztliche Intuition lässt und ob EbM - verstanden im Sinne ihres Begründers David Sackett - dazu beitragen kann, Vertrauen und Transparenz in der Arzt-Patient-Beziehung zu schaffen. Auch soll die Rolle der EbM in Österreich, im deutschsprachigen Raum und die Auswirkung ihrer Anwendung in unterschiedlichen Gesundheitssystemen diskutiert werden.

Ausrichter des Kongresses sind neben der Paracelsus Medizinischen Privatuniversität zum einen die Salzburger Gesellschaft für Allgemeinmedizin (SAGAM), die das Thema EbM und Arzt-Patient-Beziehung als logische Fortsetzung ihres letztjährigen Kongresses „Medizin ohne Ende?“ versteht, zum anderen auch das Deutsche Netzwerk Evidenzbasierte Medizin (DNEbM), welches im Rahmen des „Forums Medizin 21“ seine 11. Jahrestagung veranstalten wird - zum ersten Mal übrigens in Österreich. <<

Auswirkung auf Krankenhäuser

>> Die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der GKV-Spitzenverband haben gemäß § 17b Abs. 8 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes den Auftrag, eine Begleitforschung zu den Auswirkungen der Einführung der Fallpauschalen (Diagnoses Related Groups = DRG) im Krankenhaus durchzuführen. Zu diesem Zweck wurde das von der Deutschen Krankenhausgesellschaft und dem GKV-Spitzenverband getragene Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) beauftragt, die Begleitforschung europaweit auszuschreiben. Den Zuschlag für die DRG-Begleitforschung wurde der IGES Institut GmbH erteilt. Damit soll die Begleitforschung die nächste Stufe der Umsetzung erreichen.

Im Zentrum der Auswertung stehen - wie vom Gesetzgeber gefordert - Fragen nach den Auswirkungen des neuen pauschalierenden Vergütungssystems auf die Strukturen der Krankenhäuser, auf die Qualität der Versorgung sowie auf mögliche Leistungsverlagerungen. Diesen inhaltlichen Schwerpunkten sollen sich die Experten mit Hilfe von fast 50 Forschungsfragen nähern. Die Untersuchung wird in mehreren Abschnitten erfolgen.

Zu diesem Zweck stehen die Leistungs- und Strukturdaten der Krankenhäuser, aber auch ergänzende Datenquellen zur Verfügung. Während die erste Stufe die Daten der Jahre 2004 bis 2006 analysiert, bauen die anderen Stufen jeweils in drei Jahresschritten darauf auf. Die ersten Ergebnisse dieser Auswertungen werden in der zweiten Jahreshälfte dieses Jahres erwartet. <<

Über 1 Mio. Datensätze

>> Seit Mitte der neunziger Jahre geben Mitglieder des Bundesverbandes Niedergelassener Kardiologen (BNK) Daten zur Indikations-, Prozess- und Ergebnisqualität von diagnostischen und therapeutischen Herzkatheterverfahren in das sogenannte QuIK-Register ein. Vor wenigen Wochen hat die Zahl der erfassten Datensätze die Millionengrenze übersprungen, was QuIK - eine freiwillige Initiative des BNK ohne Fremdfinanzierung und Sponsoren - damit weltweit zu dem mit Abstand größten Qualitätssicherungsprogramm in der invasiven Kardiologie macht. Pro Jahr werden rund 100.000 Datensätze (75 % diagnostische, 25 % therapeutische Verfahren) dokumentiert und in der Projektgeschäftsstelle statistisch ausgewertet. Anschließend erhalten die Teilnehmer ihre Ergebnisse sowie jene der Gesamtgruppe zurück. <<

Priorisierung statt Rationierung

Hrsg.: Prof. Heinz Lohmann/Dr. Uwe K. Preusker

Priorisierung statt Rationierung: Zukunftssicherung für das Gesundheitssystem

Verlag: Medhochzwei 2010

124 Seiten

ISBN: 978-3-87081-589-9

Preis: 34,80 Euro

>> Der zweite Titel der Buchreihe Zukunft Gesundheitswirtschaft greift das in Deutschland in der jüngsten Zeit insbesondere durch die Diskussionen auf dem 111. Deutschen Ärztetag und danach stark in die Öffentlichkeit getragene Thema „Rationierung/Priorisierung“ auf und diskutiert, in welchem Maße beides implizit in Deutschland bereits existiert, welche Konsequenzen Rationierung und Priorisierung jeweils haben und wie der weitere Umgang mit diesem Thema aussehen könnte bzw. sollte. Zusätzlich werden anhand von Beispielen aus anderen Ländern Alternativen im Umgang mit Rationierung und Priorisierung aufgezeigt und für Deutschland mögliche Vorgehensweisen dargestellt.

Die zentrale These des kleinen Autoren-buchs mit nur sieben Beiträgen: Priorisierung ist fester Bestandteil eines jeden Gesundheitssystems - und so auch des deutschen. Wenn dem aber so ist, dann müsse Priorisierung explizit erfolgen. Dies wird besonders in den ersten beiden Beiträgen des Büchleins deutlich, in dem der ehemalige Staatssekretär Dr. Klaus Theo Schröder die These vertritt, dass jede Priorisierung automatisch zur Rationierung und damit zur Ausgrenzung von medizinisch notwendigen Leistungen führen wird, die ethisch nicht vertretbar sei. Dem fast diametral entgegengesetzt argumentiert Prof. Dr. Christoph Fuchs, der als Arzt den begrenzten Umgang mit Ressourcen als allen Lebensbereichen immanent darstellt, aber ebenso erklärt, dass selbst bei Ausschöpfen von Rationalisierungsräumen bei gleichbleibender Begrenzung der finanziellen Mittel medizinische Leistungen zukünftig nicht allen Patienten im bisher gewohnten Maße zur Verfügung gestellt werden können. Damit stellt sich für ihn unweigerlich die Frage, nach welchen gesellschaftlich konsentierten Kriterien die Zuteilung von Gesundheitsleistungen möglichst gerecht erfolgen kann - und hier nehme nun einmal wiederum die Politik eine maßgebliche Rolle ein. <<



Report Versorgungsforschung

Hrsg.: Friedrich Wilhelm Schwartz/Peter Angerer

Arbeitsbedingungen und Befinden von Ärztinnen und Ärzten

Verlag: Deutscher Ärzteverlag 2009

436 Seiten

ISBN: 978-3-7691-3438-4

Preis: 49,95 Euro

>> Der 2. Band der Reihe „Report Versorgungsforschung“, deren Herausgeberschaft für die Gesamtreihe Prof. Dr. Dr. Peter C. Scriba, Vorsitzender des Wissenschaftlichen Beirats bei der Bundesärztekammer, Prof. Dr. Bärbel-Maria Kurth, Mitglied des Vorstandes des Wissenschaftlichen Beirates, und Prof. Dr. Fuchs, Hauptgeschäftsführer der Bundesärztekammer, übernommen haben, basiert auf dem Symposium „Arbeitsbedingungen und Befinden von Ärztinnen und Ärzten“, bei dem im letzten Jahr Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler ihre Forschungsarbeiten vorgestellt und diskutiert haben. Für den vorliegenden Band wurden die Vorträge und Präsentationen um weitere wichtige Studienergebnisse ergänzt.



Argumentiert wird, dass Ärztinnen und Ärzte eine kostbare Ressource im Gesundheitswesen einnehmen, von deren Fähigkeiten, aber auch von ihrer Bereitschaft und ihren Möglichkeiten zum Engagement entscheidend die Qualität der Patientenversorgung abhängt. Voraussetzung für ihren Einsatz seien aber Wohlbefinden und Gesundheit, wodurch der Schaffung gesundheitsförderlicher Arbeitsbedingungen für Ärzte ein zentrales Thema für die Versorgungsforschung zukommt.

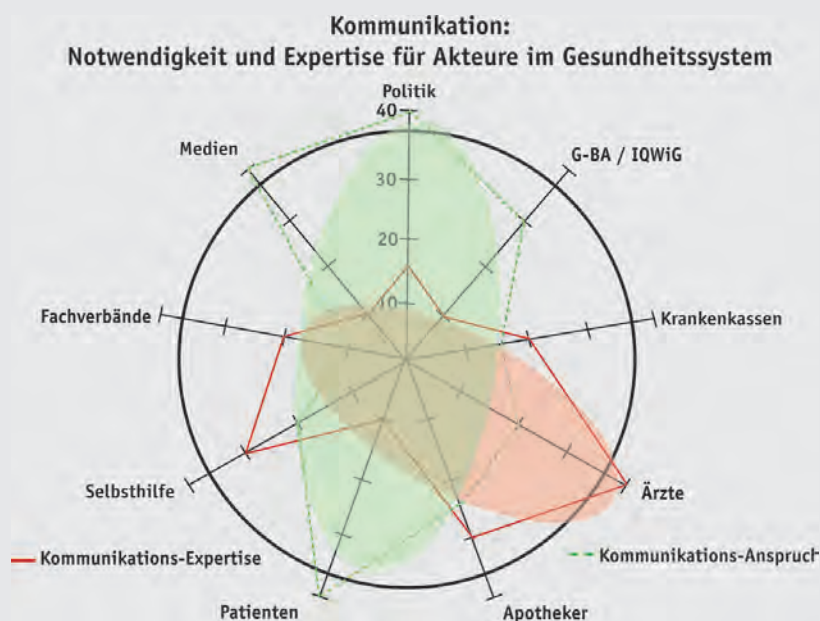
Der zweite Band, herausgegeben von Friedrich Wilhelm Schwartz und Peter Angerer, in der Reihe „Report Versorgungsforschung“ vermittelt ein umfassendes und aktuelles Bild des Forschungsstands zur Situation von Ärztinnen und Ärzten in Deutschland und geht insbesondere auf die Situation von Ärzten in ländlichen Gebieten sowie die von Klinikärzten ein. Der Themenreigen führt von berufspolitischen Frage- und Feststellungen sowie Kommentierungen über die Erhebung des Problemstatus und von Befunden in wissenschaftlichen Beiträgen hin zu Interventionsansätzen. Wer sich durch die über 400 Seiten geackert hat, kommt zur Erkenntnis, dass es an sich kein Wunder ist, warum die deutsche Ärzteschaft über Überalterungs- und Abwanderungstendenzen zu klagt hat. <<



Hochschule für Technik und Wirtschaft Berlin

University of Applied Sciences

MBA in Health Communication



Für alle Akteure im Gesundheitssystem ist Kommunikation einer der entscheidendsten und nachhaltigsten Erfolgsfaktoren

Berufsbegleitende Weiterqualifikation mit Schwerpunkt Kommunikation für Führungskräfte von morgen auf der Grundlage von Management und Gesundheitsökonomie:

MBA IN HEALTH COMMUNICATION MANAGEMENT

Institut für Akademische Weiterbildung der HTW Berlin

Bewerbungsschluss für das WS 2010/2011:

30. Juni 2010

Informationen: www.htw-berlin.de/Weiterbildung/Master/MBA_General_Management/MBA_Health_Communication_Managem.html

Workshop „Zukunft der Schmerztherapie“ in Aachen

Forderungen zur „Zukunft der Schmerztherapie“

Alljährlich lädt das Pharma-Unternehmen Grünenthal zum Workshop „Zukunft der Schmerztherapie“ nach Aachen ein. Ziel der Konferenz ist ein Update zu aktuellen gesundheitspolitischen Themen für Ärzte, Kassenvertreter und andere Versorgungsakteure rund um das Problem Schmerz. Bewährt hat sich dabei der Aufbau, der einen Wechsel zwischen Plenums- und Workshopsitzungen vorsieht. Beim letzten Workshop hatte der Veranstalter das Thema „Neue Strukturen, neue Partnerschaften - bessere Versorgung für Schmerzpatienten?“ in den Fokus gerückt. Die Vermessung der schmerztherapeutischen Versorgungslandschaft nach der jüngsten großen Gesundheitsreform, die einen Schub für selektivvertragliche Versorgungsmodelle gebracht hat, war die erklärte Zielsetzung des Veranstalters und der etwa 150 Konferenzteilnehmer.

>> Dass hier längst noch nicht alles zum Besten bestellt ist, machte Prof. Rolf-Detlef Treede, Präsident der Deutschen Gesellschaft zum Studium des Schmerzes, in seinem Einleitungsreferat deutlich. Durch die erst kürzlich errungene ICD10-Ziffer F45.41 ist es überhaupt erst seit Januar 2009 möglich, chronischen Schmerz als eigenständiges Krankheitsbild zu codieren. „Schmerz“, so Treede, „wurde bislang in unserem Gesundheitssystem eigentlich nur als Symptom an andere manifeste Indikationen angehängt, als therapeutisches und gesundheitspolitisches Versorgungsproblem blieb der Schmerz dagegen unsichtbar.“ Erst seit 2009 kann daher Schmerz als eigenständiges und relevantes Problem im gesamten systemischen Ablauf der Gesundheitsversorgung erkennbar gemacht und auf die politische Agenda gesetzt werden. Dieses historische Defizit hatte und hat für die schmerztherapeutische Versorgung gravierende Folgen:

1. Schmerzpatienten fühlen sich nach wie vor unterversorgt und im Stich gelassen, da ihre Erkrankung im System quasi nicht vorkommt.
2. Die Ausbildungs- und Nachwuchssituation für Schmerztherapeuten ist Besorgnis erregend, da über lange Jahre der Versorgungsbedarf nicht erkennbar wurde.
3. Das inzwischen morbiditätsorientierte deutsche Vergütungssystem kann die Behandlung chronischer Schmerzpatienten bislang nicht abbilden, da die entsprechenden Codierungsziffern nicht verfügbar waren. Dies betrifft sowohl die finanzielle Kompensation

chronisch schmerzkranker Versicherter für die Krankenkassen über den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich als auch eine behandlungsspezifische Vergütung der Ärzte in der Regelversorgung oder in Selektivverträgen.

4. Fehlende Grundlagen der Versorgungsforschung führen zu einer fehlenden Kalkulationsgrundlage bei selektivvertraglichen Modellen, was deren Ausbreitung erschwert.

Treedes Forderungen richten sich vor diesem Hintergrund vor allem auf die rasche Reparatur der daraus resultierenden historisch bedingten Defizite. Umgehend, so Treede, müsse eine adäquate Ausbildungssituation geschaffen werden, in der schmerztherapeutisches Wissen für Medizinstudenten prüfungsrelevanter Pflichtstoff zu werden habe. Die neueste Verankerung der Palliativmedizin in der Approbationsordnung sieht Treede dabei mit einem lachenden und einem weinenden Auge: „Schmerztherapie als medizinische Kerndisziplin der Palliativversorgung ist leider in dieser Aktualisierung vergessen worden“, so seine Analyse. Intensiviert werden müssten darüber hinaus die Forschungsaktivitäten von Gesundheits- und Forschungsministerium. „Wir brauchen auch eine staatlich getragene und unterstützte Forschungslandschaft, die sich der Schmerzproblematik vor allem mit versorgungspolitischen Fragestellungen annimmt“, so der Schmerzforscher.

Wie dringlich diese Aufgaben angegangen werden müssen, zeigte Prof. Ferdinand Gerlach, Mitglied des gesundheitspolitischen Sachver-

ständigensrats (SVR), in seinem Referat. Auf der Grundlage des jüngsten SVR-Gutachtens „Koordination und Integration - Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens“ entwickelte Gerlach Perspektiven zur Entwicklung des Deutschen Gesundheitssystems, die nicht nur für die Schmerztherapie zu einem Masterplan der Gesundheitspolitik werden könnten: Unerlässlich sei es, so Gerlach, die Versorgung in regionalen Einheiten von den Akteuren vor Ort selbst organisieren zu lassen. Dies müsse in integrierten Konzepten und weitestgehend in Budgetverantwortung der handelnden Ärzte und Assistenzberufe geschehen, damit zum einen die bereits bestehenden regionalen Strukturen weiterentwickelt werden könnten und zum anderen Eigenverantwortung und Verbindlichkeit innerhalb der medizinisch verantwortlichen Berufsgruppen gestärkt werde. Auf der Basis so genannter Primärversorgungspraxen könnten auf diese Weise Versorgungszentren organisiert werden, die gewissermaßen als Netzwerkknoten steuernde und koordinierende Funktionen im Versorgungsgeschehen übernehmen müssten. Als Blaupausen verwies Gerlach in diesem Zusammenhang auf bereits bestehende Versorgungsmodelle wie das „Gesunde Kintzigtal“, das „Prosper“-Netzwerk oder das Schaaferheimer Arzt- und Apothekenzentrum „Schaaaz“.

Wie solche Modelle in der Schmerztherapie aussehen könnten und welche Grundlagen dafür erfüllt werden müssen, war Thema der sich anschließenden Workshop-Sitzungen. Besondere Herausforderung der schmerzthe-



v.l.n.r.: Podiumsdiskussion „Mediziner im Dialog“: Dr. Helmut Frohnhofen, Prof. Hans-Raimund Casser, Dr. Hubertus Kayser, Dr. Albrecht Kloepper, Dr. Diethard Sturm und Christian Luley.



Prof. Dr. med. Ferdinand M. Gerlach, MPH, Mitglied des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen

rapeutischen Versorgung sei die frühzeitige Identifikation der Hochrisikopatienten noch bevor die Chronifizierung der Schmerzsymptomatik eingetreten sei, lautete eine zentrale Workshopkenntnis. Hierfür müssten zwingend Ein- und Ausschlusskriterien erarbeitet werden, da - Stichwort Budgetverantwortung - zuverlässig und frühzeitig erkannt werden müsse, für welche Patienten eine spezialisierte schmerztherapeutische Behandlung wirklich notwendig sei.

In Kooperation mit Selbsthilfegruppen und Patienteninitiativen müssten diese Behand-

lungskonzepte in jedem Fall auch aktivierend auf die Patienten eingehen, um deren Initiative und Eigenverantwortung zu fördern, so die Forderung einer weiteren Workshopgruppe. In diesem Zusammenhang sollten auch qualifizierte Bewegungs- und Ernährungsprogramme an die Patienten herangetragen werden; vor allem aber eine strukturierte Nachsorge sichere langzeitige Therapieerfolge. „Nach der Schmerztherapie ist vor der Schmerztherapie“, so die einheitliche Erkenntnis der Workshopteilnehmer. Dass dabei Patientenschulung und -empowerment wesentliche Bestandteile sinnvoller Therapiekonzepte sein müssen, war Ergebnis eines weiteren Workshops. Gesundheitsbildung habe gerade in der Schmerztherapie klare Rationalisierungspotenziale und dürfe von den therapeutischen Teams auf keinen Fall außer Acht gelassen werden. Umfassende Aufmerksamkeit müsse gerade in der Schmerztherapie das soziale Umfeld des Patienten finden, so die zentrale These eines anderen Workshops. Be-

rufliches und familiäres Umfeld müssten in die Therapie miteinbezogen werden und machten eine kooperative Zusammenarbeit des therapeutischen Teams unerlässlich. Dies gelte auch in der geriatrischen Schmerztherapie, die sich häufig an unangemessenen Zielen orientiere, da sich der in der Regel multimorbide alte Patient an anderen Perspektiven orientiere als beispielsweise ein von Rückenschmerz geplagter Berufstätiger.

Insgesamt, so die einhellige Botschaft der Workshopberichte ins Plenum, müsse der Weg einer multimodalen, teambasierten und patientenorientierten Schmerztherapie konsequent weiter verfolgt werden. Selektivvertragliche, integrierte Konzepte könnten hier Prototypen von Versorgungskonzepten herausarbeiten, die nach und nach auch auf die Regelversorgung Einfluss ausüben könnten und sollten. Diesen Weg politisch zu unterstützen, war die übereinstimmende Forderung der knapp 150 Workshopteilnehmer. <<

Erste Ergebnisse der „Diabetes Education Self Management Study“:

„Beraten statt befehlen“

Die ambulante ärztliche Versorgung steckt in einer Sackgasse - immer weniger Zeit bleibt für den einzelnen Patienten übrig. Absolut gegenläufig ist indes die Zahl der chronisch Erkrankten - ob im Bereich der Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder des Diabetes: Deren Zahl steigt - und das unaufhaltsam. Doch gerade Chroniker bräuchten eine besondere Herangehensweise, die sie zu mehr Selbstmanagement ihrer Krankheit motiviert und befähigt. Breit eingesetzte Betreuungskonzepte aus den USA haben bewiesen, dass ein kontinuierliches Selbstmanagementcoaching die Therapieerfolge und die Lebensqualität der Patienten signifikant verbessern kann. Eine aktuelle Studie der European Health Care Foundation (EUHCF) zeigt, dass Selbstmanagementkonzepte sich auch in Deutschland mit den gleichen positiven Ergebnissen umsetzen lassen. In der Studie ließ die Stiftung Apotheker zu Patienten-Coaches für Typ 2-Diabetiker ausbilden und band entsprechende Patienten in ein Coachingkonzept ein. Das umfassende Betreuungskonzept erwies sich als effektiv: Entscheidende klinische Parameter haben sich bei 70 % der Patienten verbessert. Patienten konnten durch die Betreuung besser mit ihrer Erkrankung umgehen, und Apotheker empfanden das Konzept als Wissensgewinn und Steigerung der Positionierung ihrer Apotheke.



Dr. Dorothee Gänshirt, Geschäftsführende Präsidentin der European Healthcare Foundation (EUHCF)

>> Die European Health Care Foundation (EUHCF) mit Sitz in der Schweiz hat sich als gemeinnützige Organisation einem Ziel verschrieben: der Förderung der Versorgung von chronisch Kranken in Europa. Federführend verantwortlich für diese Forschung sind Prof. Dr. Dorothee Gänshirt und Prof. Dr. Fred Harms. Die Stiftung hat in den vergangenen Jahren in verschiedenen meinungsbildenden Studien zum Thema der Patientenversorgung mehr als 10.000 Patienten untersucht - im Zusammenspiel mit führenden Universitäten sowie Vertretern des Europäischen Parlaments und der Europäischen Kommission. Ein besonderer Schwerpunkt liegt dabei auf der Entwicklung von Konzepten zur

Chronikerbetreuung - sowohl für Heilberufler als auch für Patienten.

Die EUHCF kooperiert in diesem Zusammenhang für die Indikation Diabetes mit dem Michigan Diabetes and Research and Training Center, University of Michigan in den USA (Prof. Bob Anderson und Prof. Martha Funnell) - einem der weltweit führenden Institute in der Diabetes-Forschung. Der Fokus dieser Arbeitsgruppe liegt auf den psychosozialen Aspekten der Erkrankung und der Vermittlung von Wegen zur Verhaltensänderungen im gesundheitlichen Bereich. Gänshirt führt aus: „Dort hat man schon lange erkannt, dass Diabetes-Patienten über die traditionelle Therapie hinaus besonders geführt

werden müssen, um ihren Alltag mit der Erkrankung erfolgreich bewältigen zu können. Deshalb werden dort so genannte „Diabetes Nurses“ und „Diabetes Educators“ eingesetzt. Durch die zusätzliche Betreuung werden die therapeutischen Bemühungen des Arztes unterstützt, so dass Patienten ihren Therapieplan erfüllen und auch ihre sonstige Lebensführung der Erkrankung anpassen können. Bei Erkrankungen wie Typ 2-Diabetes trägt das Verhalten des Patienten bis zu 90 % zum Therapieerfolg bei. Das ist einer der wichtigsten Gründe, weshalb wir mit der Therapie des Typ 2-Diabetes viel weniger erfolgreich sind als wir es mit den uns heute zur Verfügung stehenden Mitteln sein könnten.“

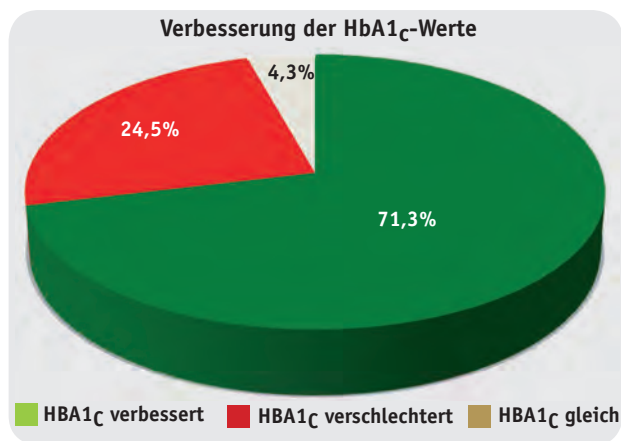


Abb. 1: 7 von 10 Patienten haben ihren HbA_{1c}-Wert verbessert.

In der momentanen Versorgungssituation der Diabetes-Patienten in Deutschland sieht die Expertin große Lücken. „Derzeit werden Diabetes-Patienten im Rahmen der DMPs zwar bis zu zwei Wochen lang geschult und über ihre Erkrankung informiert. Danach legt man jedoch die weitere Betreuungsverantwortung in die Hände der behandelnden Ärzte. Diese können aber heute in Deutschland die erforderliche kontinuierliche Betreuung zu einem erfolgreichen Selbstmanagement nur unter großem persönlichem Einsatz in ihrer täglichen Praxis leisten. Dies liegt zum einen daran, dass die Zahl der Diabetespatienten kontinuierlich ansteigt. Zum anderen werden Ärzte zur Zeit für eine solche Betreuung in der Regel nicht ausgebildet.“

Ein anderer Aspekt betrifft die Kommunikation zwischen Coach und Patient. Es ist unrealistisch zu glauben, dass jeder erwachsene Patient sich von einem Coach Anweisungen zu seinem Gesundheitsverhalten geben lässt und daraufhin sein Verhalten ändert. Ein derartiges hierarchisches Prinzip in der Kommunikation funktioniert bei chronischen Erkrankungen in der Regel nicht. Nur wenn der Patient selbst entscheidet, sein Verhalten zu ändern, kann er einen Wandel in seinem Lebensstil vollziehen, den er dauerhaft aufrechterhalten kann. Dafür brauchen Patienten aber kontinuierliche qualifizierte Betreuungsprogramme - durch ihre gesamte chronische Erkrankung hindurch. Sie müssen professionell unterstützt werden, um zum Selbstmanagement ihrer Erkrankung hin zu finden.

Das amerikanische Beratungskonzept für Patienten beruht auf der so genannten Empowerment-Philosophie und geht davon aus, dass der Wille zur Veränderung vom Patienten selbst ausgehen muss. „Genau hier setzen die Diabetes-Coaches an“, erläutert Gänshirt. Die Coaches beraten die Patienten nicht nur dazu, wie sie die Medikamente einnehmen sollen. Sie helfen den Erkrankten vor allem dabei, das Management der Erkrankung selbst in die Hand nehmen und Ziele für die Änderung des Lebensstils eigenständig festzulegen. „Konkret sollte der Patient in den Aspekten seiner Erkrankung unterstützt und geführt werden, mit denen er

die meisten Schwierigkeiten hat, denn dort ist die Motivation zur Veränderung am größten. Bei Diabetes kann es da sehr viele Ansatzpunkte geben: Bewegung, Ernährung, Blutzuckermessung, Medikamentencompliance usw.“, ergänzt Gänshirt. Das Empowerment-Modell hat sich in Studien der American Diabetes Association (ADA)

als so erfolgreich erwiesen, dass die ADA dort inzwischen umfangreiches Schulungsmaterial zu diesem Konzept für Nurses, Educators und Patienten auflegt und damit das Diabetes-Coaching unterstützt.

„Dieses Konzept lässt sich grundsätzlich auch in Deutschland auf die Betreuung von vielen chronischen Erkrankungen sehr gut anwenden“, sagt Gänshirt. Das belegen die Ergebnisse der aktuellen Diabetes Education Self Management Study der EUHCF. Die Stiftung bildete im Rahmen der wissenschaftlichen Studie 25 Apotheker (aus 12 Apotheken) zu Coaches aus, darunter sowohl approbierte Inhaber der Apotheken als auch pharmazeutisch-technische Assistentinnen.

138 Patienten wurden mit dem Coachingkonzept ein halbes Jahr lang in Gruppen betreut. Die EUHCF hat zur Ausbildung der Coaches und zur Schulung der Patienten ein eigenständiges Konzept entwickelt, dessen Herzstück ein E-Learning-Portal für Coaches und Patienten ist. Für Coaches stehen hier 16 E-Learning-Module als Videos zur Verfügung. Diese vermitteln nicht nur medizinische, sondern auch psychologische Fachkenntnisse, etwa zu Ursachen und Katalysatoren einer Verhaltensänderung bei Patienten sowie Kommunikationstechniken wie z.B. das „Aktive Zuhören“. Coaches haben durch das E-Learning-Tool die Möglichkeit, die Ausbildung ohne Reiseaufwand durchzuführen und sie haben Zugriff auf ständig aktualisierte Schulungsinhalte.

Zusätzlich hat die EUHCF für Coaches verschiedene schriftliche Schulungsmaterialien entwickelt, die die Betreuung von Diabetespatienten unterstützen soll. Über das E-Learning hinaus bietet die EUHCF Präsenzveranstaltungen für Coaches an, in denen sie Kommunikationstechniken trainieren und vertiefen können.

Für Patienten stehen in dem E-Learning-Portal ebenfalls Videofilme zur Verfügung, die die Coaches während der Betreuungssitzung abspielen können. Den Patienten wird in diesen Filmen einerseits Diabeteswissen vermittelt, zum anderen werden hier Wege zur Verhaltensänderung erläutert und verschiedenste Aspekte der Krankheitsbewältigung vermittelt.

Patienten arbeiten während der Betreuung auch mit einem von der EUHCF entwickelten „Smartbook“, in das sie persönliche kurzfristige und langfristige Ziele eintragen und verfolgen. Sie führen Ernährungstagebücher und Blutzuckertabellen und erlernen Techniken, die eine Verhaltensänderung katalysieren können. Weiteres Material zur Patientenedukation der EUHCF sind Hörspiele und Hörbücher, das heißt CDs und DVDs, die die Patienten in ihrem Umgang mit der Erkrankung unterstützen sollen.

Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass beide Gruppen der Teilnehmer - Apotheker und Patienten - das Betreuungskonzept außerordentlich gut angenommen haben. Das Wissen in der Apotheke wurde durch die Schulung eindeutig optimiert - alle Apotheker haben die Tests mit den Multiple-Choice-Fragen zu den Schulungsinhalten nach der Ausbildung bestanden und mindestens 80 Prozent der Fragen richtig beantwortet. Die Lerninhalte und das Betreuungskonzept selbst wurden von den Apothekern als besser bzw. sehr viel besser als herkömmliche Fortbildungen bewertet. Der Großteil der Apotheker gab an, dass die Betreuung der Patienten sich vorteilhaft auf die Positionierung der Apotheke ausgewirkt habe. Auch die Patienten waren sehr zufrieden mit dem zusätzlichen Betreuungsangebot. Den Coaches gaben sie die Durchschnittsnote 1,7, die Patientenvideos bewerteten sie mit 1,6. Darüber hinaus gaben sie an, gelernt zu haben, mit ihrer Erkrankung besser umgehen zu können. Verbessert haben sich aber auch die HbA_{1c}-Werte von 71 Prozent der Patienten - und zwar um durchschnittlich 0,7 Prozentpunkte. „Von dem Programm können viele Diabetes-Patienten profitieren“, führt Gänshirt aus. „Sowohl jene mit einer frischen Diagnose, die lernen müssen, mit ihrer Erkrankung umzugehen, um Folgeerkrankungen vorzubeugen, als auch multimorbide Hochrisikopatienten mit einem hohen HbA_{1c}-Wert, die intensiv begleitet werden müssen.“

Finanziert wurde die Studie aus Mitteln der LINDA AG in Köln, der EUHCF in der Schweiz und der Vitanet GmbH in Mannheim. In Zukunft will die Stiftung das Konzept allen interessierten Akteuren des Gesundheitssystems anbieten, d. h. sowohl Ärzten und Apotheken und deren Mitarbeitern, anderen Heilberuflern, Krankenkassen, Krankenhäusern, der Industrie und weiteren Interessierten. „Wir hoffen, dass dieses Konzept bei vielen Gruppen auf Interesse stößt, damit den Patienten geholfen werden kann“, erklärt Gänshirt, die nachdrücklich darauf hinweist, dass das Konzept grundsätzlich allen Interessengruppen zur Verfügung stehen soll - was auch der Mission ihrer gemeinnützigen Stiftung entspricht. <<

PD Dr. med. Stephanie Stock
 Dipl.-Ges.oec. Ralf Tebest
 Lisa Reider
 Prof. Dr. med. Chad Boulton

Herausforderung Demenz - Versorgungs- strukturen für die Zu- kunft entwickeln

Nach dem Gesetz von Benjamin Gompertz (1779-1865) steigt das Alter eines Menschen linear an. Die Wahrscheinlichkeit, an einem chronischen Leiden zu erkranken, pflegebedürftig zu werden oder eine Demenz zu entwickeln, nimmt jedoch im Laufe des Lebens exponentiell zu [Gompertz, 1825]. In unserer alternden Gesellschaft kommt dem Umgang mit chronischen Krankheiten, Pflegebedürftigkeit und Demenz eine entscheidende Rolle bei der Bewältigung des Alterungsprozesses in der Bevölkerung zu. Der Aufbau neuer bzw. Umbau bisheriger Versorgungsstrukturen, die Weiterqualifizierung ärztlichen und nicht-ärztlichen Fachpersonals sowie die gezielte Koordination und Einbeziehung informeller Hilfeleistungen ist dringend geboten, um die steigende Zahl älterer Menschen mit Demenz angemessen versorgen zu können.

>> In Deutschland leiden derzeit über 1 Million Menschen an einer Form von Demenz, wobei der überwiegende Anteil (rund zwei Drittel) an der so genannten Alzheimer-Demenz erkrankt ist. Angaben zur jährlichen Neuerkrankungsrate schwanken in der Literatur. Im Allgemeinen wird von ca. 200.000 bis 250.000 neuen Fällen pro Jahr ausgegangen [Alzheimer Europe, 2007]. Als Faustregel kann gelten, dass das Neuerkrankungsrisiko unterhalb von 65 Jahren sehr gering ist. Internationalen Schätzungen zufolge steigt das jährliche Neuerkrankungsrisiko von ca. 0,4 % bei den 65- bis 69-Jährigen auf über 10 % bei den Hochbetagten an [Bickel, 2000; Bickel, 2005; Alzheimer Europe, 2007]. Damit verstärkt die demographische Entwicklung mit der daraus resultierenden doppelten Alterung der Bevölkerung die Problematik erheblich. Da die Menschen immer älter werden und zu wenige Kinder geboren werden, verändert sich auch die Altersstruktur der Bevölkerung. Während die Anzahl der über 60-Jährigen bis zum Jahr 2050 um ca. 10 Mio. zunehmen wird, sinkt die Zahl der 20- bis 60-Jährigen im gleichen Zeitraum um ca. 16 Mio. ab [Statistisches Bundesamt, 2006]. Die heute noch etablierten Versorgungsstrukturen Demenzkranker im ambulanten Bereich werden dann vermutlich nicht mehr ausreichen. Obwohl ca. 65 % bis 85 % aller Kranken mit fortgeschrittener Demenz während ihres letzten Lebensabschnitts institutionalisiert sind und ca. zwei Drittel aller Heimbewohner in Deutschland die Diagnose Demenz haben, werden bis zu 60 % aller Demenzkranken zu Hause versorgt [Schneekloth und von Törne, 2007]. Die pflegenden Angehörigen, in der Regel Kinder oder Ehepartner, weisen durch die hohe Belastung und Anforderungen einer Demenzpflege ebenfalls eine höhere Morbidität als der Durchschnitt der Bevölkerung auf. Aufgrund gesellschaftlicher und

Abstract

Die adäquate Versorgung von Patienten mit Demenz stellt das deutsche Gesundheitssystem in den nächsten Jahrzehnten vor eine große Herausforderung. Bedingt durch die demographische Entwicklung und den Wandel der Gesellschaftsstrukturen werden die traditionellen Versorgungsmuster wegbrechen. Um dennoch eine Versorgung zu sichern, die sich am Erhalt der Lebensqualität der Patienten orientiert, ist der Aufbau tragfähiger interdisziplinärer und interprofessioneller Versorgungsstrukturen notwendig. Mit den Reformen der letzten Jahre sind die Voraussetzungen dafür geschaffen worden. Das Guided Care Modell der Johns Hopkins University kann wichtige Hinweise für den Aufbau solcher Versorgungsstrukturen geben.

Keywords

Medizinische Versorgung, Demenz, Pflegestützpunkte, Pflegeberatung, Gesundheitsberufe, Guided Care Modell

demographischer Entwicklungen (höhere Scheidungsraten, Kinderlosigkeit, Mobilitätsanforderungen im Beruf) wird der Bedarf an professioneller Hilfe steigen, wenn an Demenz erkrankte Menschen langfristig in ihrer gewohnten Umgebung adäquat versorgt werden sollen. Erschwerend kommt hinzu, dass der überwiegende Teil der Demenzkranken über 65 Jahre alt ist. In dieser Gruppe ist im Bevölkerungsdurchschnitt eine hohe Multimorbidität anzutreffen. Beispielsweise leidet jeder Dritte über 75-Jährige an bis zu fünf - meist chronischen - Erkrankungen.

Versorgungsstrukturen Demenzkranker in Deutschland - Status quo

In der Versorgung von Demenzkranken besteht in vielen Bereichen der Diagnostik und der Therapie Optimierungsbedarf [Arlt et al., 2008; Dörner, 2008; Nessler, 2008]. Insbesondere mangelnde Kenntnis von Versorgungsstrukturen, Schamgefühl auf Seiten der Betroffenen und Angst auf Seiten des Arztes, einen langjährigen Patienten zu verlieren oder zu verletzen, führen dazu, dass einerseits Angehörige nicht ausreichend über die Diagnose und ihre Implikationen sowie mögliche Therapie- und Hilfsangebote aufgeklärt werden, andererseits jedoch notwendige Differentialdiagnostik und Pharmakotherapie unterbleiben [Dörner, 2008; Gräsel et al., 2009; Kaduskiewicz et al., 2009; Quinn et al., 2009]. Die mangelnde Integration der verschiedenen an der Versorgung von Demenzkranken beteiligten Leistungserbringer, Kosten- und Leistungsträger sowie der Akteure des bürgerschaftlichen Engagements führt dazu, dass nicht-pharmakologische Therapieangebote häufig nicht allen Versorgern bekannt sind und daher Patienten und ihre Angehörige nicht darüber informiert werden. Obwohl gerade diese Therapieangebote wissenschaftlich nachgewiesen effektiv und z.B. für den Erhalt der Alltagskompetenz und damit dem Verbleib im häuslichen Umfeld einen wichtigen Beitrag leisten können. Defizite in der Therapie nach wissenschaftlich gesicherten Empfehlungen führen dazu, dass nicht alle Patienten eine geeignete medikamentöse Therapie erhalten. Andererseits werden jedoch teilweise ungeeignete Tests wiederholt durchgeführt, während beispielsweise psychiatrische und neurologische Begleiterkrankungen dieser Patienten häufig nicht erkannt werden. Dadurch kommt es zu Krankenhauseinweisungen, die durch eine adäquate und frühzeitige Diagnose und Therapie hätten vermieden werden können. Ein wichtiges Problem bei der Versorgung von demenzkranken Patienten ist die Unterstützung der pflegenden Angehörigen. Die Überforderung mit der häuslichen Pflegesituation und die mangelnde Kenntnis über Unterstüt-

zungsangebote wie beispielsweise Selbsthilfegruppen, niedrigschwellige Angebote wie Demenz-Cafés (§45a-d SGB XI), Freizeitangebote, Tages- und Nachtpflege oder nicht-pharmakologische Interventionen verursacht bei pflegenden Angehörigen nicht selten Erschöpfung bis hin zur Depression.

Um die Versorgungsstrukturen zu optimieren, wird derzeit in Deutschland eine Vielzahl von Projekten durchgeführt. Exemplarisch seien an dieser Stelle die Demenz-Service-Zentren NRW [KLDS-NRW, 2009] und die vom Bundesgesundheitsministerium geförderten Leuchtturmprojekte Demenz genannt [BMG, 2008]. Außerdem gab es in der Vergangenheit eine Reihe von umfangreichen Reformen, um die Rahmenbedingungen für innovative Versorgungskonzepte zu verbessern. So besteht durch die Paragraphen 140 a-d SGB V und 192 b SGB XI die Möglichkeit der Integrierten Versorgung und damit der Vernetzung verschiedener an der Versorgung chronisch Kranker beteiligter Akteure. Besonders hervorzuheben ist die Pflegereform 2008, bei der durch den neu geschaffenen § 7a SGB XI ein gesetzlicher Anspruch auf eine individuelle Beratung und Hilfestellung bei Auswahl und Inanspruchnahme von bundes- oder landesrechtlich vorgesehenen Sozialleistungen sowie sonstigen Hilfsangeboten, die auf die Unterstützung von Menschen mit Pflege-, Versorgungs- oder Betreuungsbedarf ausgerichtet sind, besteht. Hierzu gehört die systematische Erfassung des Hilfebedarfs unter Berücksichtigung des MDK-Gutachtens, die Erstellung eines individuellen Versorgungsplans, die Initiierung der erforderlichen Maßnahmen, einschließlich deren Genehmigung, und die Überwachung und ggf. Anpassung des Versorgungsplans. Stattfinden soll die Pflegeberatung in Pflegestützpunkten (§ 92c SGB XI), die in fast allen Bundesländern seit dem 1. Juli 2008 sukzessive eingerichtet werden. Die Pflegestützpunkte haben neben der Funktion als wohnortnahe Anlaufstelle bei allen Fragen rund um das Thema Pflege und darüber hinaus vor allem den Auftrag, alle vorhandenen Hilfs- und Unterstützungsangebote zu erfassen und miteinander zu vernetzen sowie Versorgungslücken zu identifizieren und auf deren Beseitigung hinzuwirken.

Zusammenfassend kann konstatiert werden, dass in Deutschland insbesondere durch die Pflegereform 2008 die Rahmenbedingungen für eine Weiterentwicklung der Versorgungslandschaft geschaffen worden sind. Jetzt gilt es, diese Möglichkeiten zu nutzen und alle an der Versorgung von Demenzkranken beteiligten wohnortnahen Akteure zu vernetzen und Versorgungspfade zu konzipieren, die flexibel auf die individuellen Bedarfe und Bedürfnisse der Betroffenen angewendet werden können.

Ziele der medizinischen Versorgung älterer Menschen mit Demenz

Bei der Optimierung der Versorgungsstrukturen für demenzkranke Patienten hat die Verbesserung bzw. der Erhalt der gesundheitsbezogenen Lebensqualität von Patienten und Angehörigen Priorität. Ziel sollte sein, dass die Patienten so lange wie möglich in ihrem vertrauten Umfeld bleiben können. Dazu sind geeignete ambulante Versorgungsstrukturen erforderlich, die Krankenhausaufenthalte vermeiden, die Selbstständigkeit so lange wie möglich erhalten, die Heimeinweisung und die Pflegebedürftigkeit verzögern und die Gesundheit pflegender Angehöriger weitestgehend schützen. Dies erfordert eine Verbesserung der Integration und Koordination der Versorgung. Beispielsweise kann die Integration einer geriatrischen Rehabilitation in die ambulante Versorgung die Pflegebedürftigkeit von demenzkranken Menschen verzögern und den Erhalt der Selbstständigkeit fördern [Vollmar et al., 2008]. Darüber hinaus ist jedoch der Aufbau neuer Versorgungsstrukturen notwendig, die über die Koordination und Integration vorhandener medizinischer und pflegerischer

Leistungen hinausgehen und folgende Faktoren berücksichtigen:

- Demenzkranke Patienten leiden i.d.R. an mehr als einer Erkrankung (Multimorbidität)
- Die Krankheit kann einen langen zeitlichen Verlauf nehmen
- In den letzten Lebensabschnitten kommt es fast immer zur Pflegebedürftigkeit
- Pflegenden Angehörige benötigen eine besondere Unterstützung und Entlastung

Versorgungsstrukturen Demenzkranker in Deutschland - epidemiologische und gesellschaftliche Entwicklungen bedingen Anforderungen an zukünftige Entwicklungen

Die Dringlichkeit, diese Faktoren beim Aufbau von neuen Versorgungsstrukturen zu berücksichtigen, ergibt sich auf dem Boden epidemiologischer Fakten und der sich wandelnden gesellschaftlichen Rahmenbedingungen: 2050 werden in Deutschland vermutlich ca. 2,3 Mio. Menschen mit Demenz leben. Gleichzeitig werden die „klassischen“ Versorgungsstrukturen, die durch die Familien getragen werden, abnehmen. Dadurch wird ein nicht unerheblicher Teil der Kosten auf die Pflegeversicherung verschoben. Schon heute weist die Krankheitskostenrechnung des Statistischen Bundesamtes für 2002 rund 5,6 Mrd. Euro für Demenz aus. Der Löwenanteil von ca. 3,6 Mrd. Euro entfällt auf die stationäre und teilstationäre Pflege. Der unbezahlte Betreuungsaufwand pflegender Angehöriger ist hierbei nicht berücksichtigt. Geht man davon aus, dass ca. 60 % aller Demenzkranken zu Hause betreut werden und dass sich diese Anzahl aufgrund des Strukturwandels in der Bevölkerung zu Lasten der stationär betreuten Patienten verschiebt, gleichzeitig jedoch die Prävalenz der Demenz aufgrund der Alterung der Bevölkerung steigen wird, so lässt sich abschätzen, welche Bedeutung dem Aufbau ambulanter Versorgungsstrukturen zukommt, die eine möglichst lange Betreuung im gewohnten familiären Umfeld ermöglicht. Dem langjährigen Hausarzt kommt in solchen Konzepten eine Schlüsselrolle zu. Neben der über Jahre hinweg aufgebauten vertrauensvollen Arzt-Patientenbeziehung kann in der hausärztlichen Versorgung die Koordination aller Akteure sowie aller notwendigen Behandlungsprozesse von der Prävention über Diagnostik, Therapie und Rehabilitation gut verankert werden. Im Vergleich zu bereits etablierten Versorgungsstrukturen für chronisch Kranke wie z.B. den Disease-Management-Programmen sollten die Strukturen zur Versorgung Demenzkranker aus mehreren Gründen anders ausgestaltet sein: (1) Aufgrund des sich abzeichnenden Arztmangels wird der Versorgungsaufwand nicht alleine durch den Arzt leistbar sein. (2) Der besondere Unterstützungsbedarf der Angehörigen erfordert zusätzliche und anders gestaltete Versorgungsstrukturen als die medizinische Versorgung. (3) Die Verzögerung der Pflegebedürftigkeit und der Erhalt der gesundheitsbezogenen Lebensqualität haben einen hohen Stellenwert. (4) Bestehende Strukturen sind i.d.R. auf die Versorgung von Patienten mit einer definierten Diagnose ausgelegt und für die Versorgung von Patienten mit Demenz häufig nur sehr eingeschränkt geeignet. Zudem wird das Problem der Multimorbidität in bestehenden Strukturen, wie z.B. den DMPs, nicht adäquat berücksichtigt.

Es zeichnet sich bereits jetzt ab, dass die genannten Probleme in der ambulanten Versorgung Demenzkranker langfristig nur durch eine neue Aufgabenteilung zwischen der ärztlichen und der pflegerischen Profession sowie durch eine verbesserte interprofessionelle Kooperation zu lösen sein werden. Die derzeitige übliche Rollen- und Tätigkeitsverteilung in der ambulanten Versorgung ist auf die Rolle des Arztes als zentrale Entscheidungsposition ausgerichtet. Daraus resultiert eine mangelnde

Flexibilität um auf die durch Alterung, Multimorbidität und Demenz hervorgerufenen Probleme angemessen reagieren zu können. Darauf weist auch der Sachverständigenrat in seinem Jahresgutachten 2007 zum Thema „Entwicklung der Zusammenarbeit der Gesundheitsfachberufe als Beitrag zu einer effizienten und effektiven Gesundheitsversorgung“ hin und empfiehlt ein multiprofessionelles ambulantes Team für „die Übertragung der Prinzipien des Chronic Care-Modells zur Verbesserung der ambulanten Versorgung in Deutschland und den verstärkten Einsatz nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe für beratende, edukative, organisatorische und präventive Aufgaben“ [SVR, 2007; SVR, 2009]. Nach den Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes sollen die Pflegeberaterinnen und Pflegeberater, die seit 1. Januar dieses Jahres für alle Antragsteller und Empfänger von Leistungen der Pflegeversicherung eine Fallklärung und –steuerung durchführen müssen, neben einer nicht-ärztlichen beruflichen Grundqualifikation Weiterbildungsmodul in den Bereichen Pflegefachwissen, Case Management und Recht durchlaufen haben [GKV-Spitzenverband 2008]. Folglich geht dies konform mit den beschriebenen Anforderungen des Sachverständigenrates.

Versorgung von Demenzkranken im multiprofessionellen ambulanten Team – das Guided Care Modell als Weiterentwicklung des Chronic Care-Modells

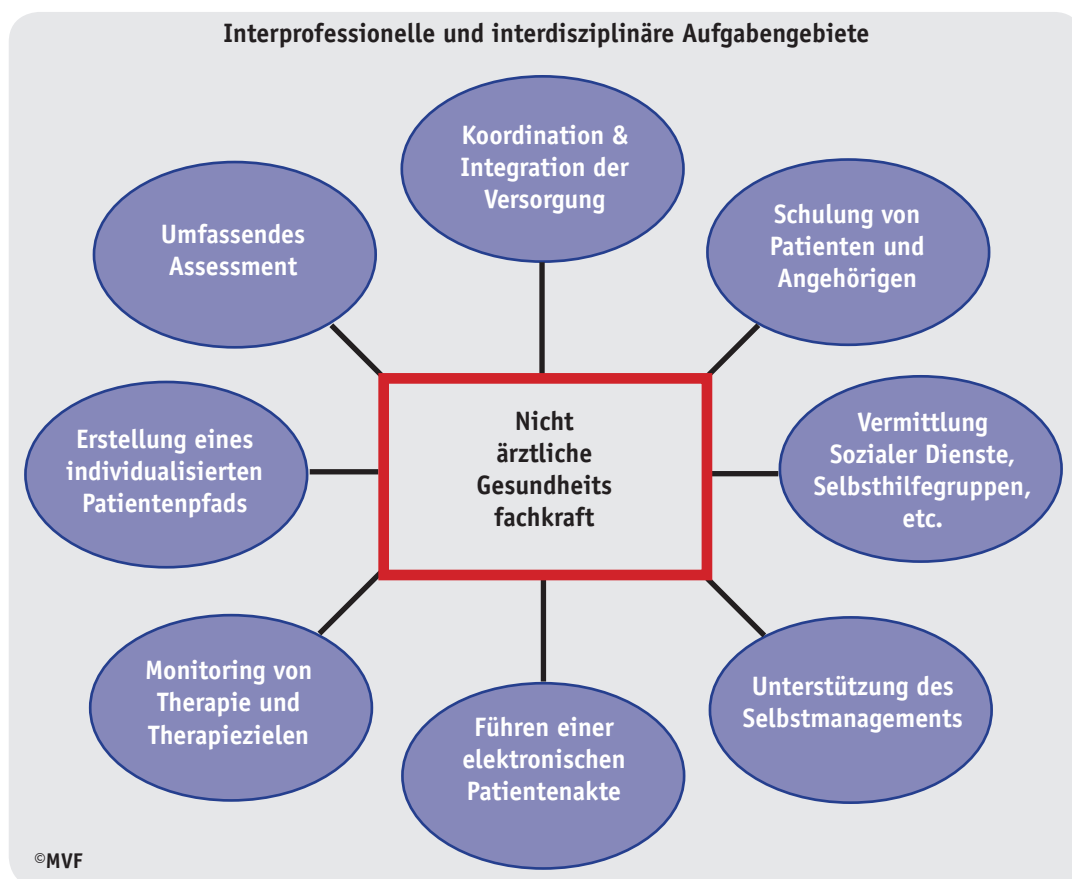
Ein Forscherteam der Johns Hopkins University um Chad Boulton entwickelte das Guided Care-Modell (GC) auf dem Boden des Chronic Care-Modells sowie weiterer effektiver Interventionen. Das resultierende Modell wurde auf den hausärztlichen Bereich adaptiert. Inzwischen ist die Effektivität und Kosten-Effektivität von GC nachgewiesen [Wolff et al., 2009; Leff et al., 2009; Boyd et al., 2007]. Das Besondere an GC ist die Implementierung von Versorgungsstrukturen für multimorbide ältere Risikopatienten, unabhängig von einer spezifischen Diagnose und unter Berücksichtigung medizinischer und funktionaler Outcomes. Rund 8 % der in GC betreuten Patienten leiden an einer Demenz [Sylvia et al., 2008]. Dennoch geben erste Auswertungen Hinweise auf eine verminderte Anzahl von Krankenhauseinweisungen, kürzeren Krankenhausaufenthalten sowie eine geringere Anzahl an Pflegeleistungen in der Gruppe der GC-Patienten im Vergleich zu einer Kontrollgruppe in einer Pilotstudie. Diese Ergebnisse konnten in einer cluster randomisierten Studie bestätigt werden [Leff et al., 2009]. Obwohl die Patienten der GC-Gruppe eine höhere Anzahl von Facharztbesuchen, mehr Diagnostik und Therapie erhielten, waren die Gesamtkosten im Vergleich zur Kontrollgruppe geringer.

Dazu implementiert GC analog zu dem Vorschlag des Sach-

verständigenrats einen interprofessionellen Teamansatz. Eine speziell weitergebildete nicht-ärztliche Gesundheitsfachkraft nimmt in enger Teamarbeit mit dem Hausarzt acht interprofessionelle und interdisziplinäre Aufgabengebiete wahr (Abb. 1).

Sie führt ein umfassendes Assessment des zu betreuenden Patienten in der häuslichen Umgebung durch, auf dessen Boden unter Berücksichtigung evidenzbasierter Praxisempfehlungen ein individueller Patientenversorgungspfad entwickelt wird. Dieser integriert Inhalte aus den Bereichen Diagnostik, Pflege, Therapie und Versorgung. Im Unterschied zu einem Patientenpfad, der in erster Linie auf die Darstellung des Therapieablaufs zielt, berücksichtigt der Versorgungspfad Elemente der Versorgung wie z.B. Schulung von Angehörigen, Vermittlung von Selbsthilfegruppen oder Tagespflege sowie die Berücksichtigung funktionaler und pflegerischer Aspekte gleichberechtigt neben Aspekten der Therapie und Diagnostik. Alle Aspekte werden mit den Präferenzen des Patienten und seine Angehörigen sowie mit den Empfehlungen des Hausarztes zu Diagnostik, Therapie und Versorgung abgestimmt und in eine elektronische Patientenakte eingepflegt. Aus dem individualisierten Versorgungspfad wird ein für Patient und Angehörige verständliches Patientenprotokoll erstellt, das in der Wohnung des Patienten an prominenter Stelle aufgehängt wird. Es enthält alle wichtigen Gesundheits- und Verhaltensinformationen sowie den individuellen Therapieplan. Die Gesundheitsfachkraft nimmt mindestens einmal pro Monat mit dem Patienten und seinen Angehörigen telefonischen oder persönlichen Kontakt auf, um den Therapie- und Versorgungsplan zu besprechen, neu aufgetretene Probleme zu eruieren und notwendige Anpassungen in Rücksprache mit dem Arzt vorzunehmen. Bei akuten Problemen, Krankenhausaufenthalten oder Wünschen von Seiten des Patienten oder der Angehörigen kann eine kurzfristige Anpassung des Versorgungspfades durchgeführt werden. Wichtig ist, dass die Ergebnisse sowohl im Versorgungspfad als auch in das Patientenprotokoll übertragen werden.

Abb. 1: Aufgabengebiete



Darüber hinaus koordiniert und integriert die Gesundheitsfachkraft die medizinische und nicht-medizinische Versorgung und informiert Patient und Angehörige beispielsweise über Selbsthilfegruppen, Tagespflegeeinrichtungen und andere unterstützende Maßnahmen. Der GC-Ansatz ist pro-aktiv. Ähnlich wie in den Disease-Management-Programmen werden Versorgungsepisoden durch evidenzbasierte Protokolle und Krankheitsepisoden gleichberechtigt ausgelöst. Medizinische und pflegerische Ziele wie z.B. der Erhalt der Funktionalität stehen gleichberechtigt nebeneinander und werden in der Evaluation gemessen. Für Patienten, deren Erkrankung eine starke Einbindung der Angehörigen erfordert, wie es bei Demenzpatienten der Fall ist, kann GC um die Komponente „GC for family and friends“ erweitert werden. In diesem Zusatzmodul, das ebenfalls von der nicht-ärztlichen Gesundheitsfachkraft getragen wird, werden fünf spezielle Interventionen für pflegende Angehörige zusammengeführt und in den individualisierten Therapieplan integriert:

1. Initiales Treffen mit persönlichem Gespräch
2. Schulung (Information) und Vermittlung von weiteren Unterstützungsangeboten
3. Kontinuierliches Coaching
4. Workshopangebot
5. Support Group-Angebot

Das initiale Treffen zwischen pflegenden Angehörigen und der Gesundheitsfachkraft findet nach dem Assessment des Patienten in der häuslichen Umgebung statt. Das Treffen wird durch einen Fragebogen vorbereitet, den die Angehörigen vor dem Treffen erhalten und zurücksenden. In dem Fragebogen werden die pflegenden Angehörigen um

eine Beschreibung der von ihnen geleisteten Pflege sowie um eine Beschreibung ihrer Erwartung an Informationen, Schulungen, Vermittlung von weiteren Unterstützungsangeboten etc. gebeten. Entsprechende Unterstützungsangebote werden auch in der individuellen Informationsvermittlung vermittelt. Das kontinuierliche Coaching der pflegenden Angehörigen umfasst die Erreichbarkeit per Mail und/oder Telefon der Gesundheitsfachkraft während der regulären Arbeitszeiten sowie jeweils ein Gesprächsangebot vor und nach gesundheitlich relevanten Ereignissen wie z.B. einer Krankenhauseinweisung oder einer Therapieänderung. Das Angebot, an einem Workshop und einer Selbsthilfegruppe teilzunehmen, steht allen pflegenden Angehörigen offen. Während die Selbsthilfegruppe, die von der Gesundheitsfachkraft angeboten wird, einmal pro Monat stattfindet und von der Gesundheitsfachkraft moderiert wird, findet der Workshop als 90-minütige Gruppensitzung über 6 Wochen statt. Erste Auswertungen lassen den Schluss zu, dass durch das Zusatzmodul „family and friends“ sowohl das Stressempfinden als auch das Auftreten einer Depression bei pflegenden Angehörigen moderat positiv beeinflusst werden konnte [Wolff et al., 2009].

GC wurde nicht für Patienten mit Demenz entwickelt, sondern für multimorbide Risikopatienten mit chronischen Krankheiten. Dadurch und durch die systematische Implementierung von wissenschaftlich nachgewiesenen effektiven Interventionen können die besonderen Anforderungen an die ambulanten Versorgungsstrukturen für Demenzkranke in hohem Maße realisiert werden. Der Multimorbidität wird durch die Erstellung eines individualisierten Versorgungspfades Rechnung getragen, der für alle Krankheitsentitäten des einzelnen Patienten evidenzbasier-

Literatur

- Arlt S, Lindler R, Rösler A, von Rentlen-Kruse W. Adherence to medication in patients with dementia: predictors and strategies for improvement. *Drugs Aging* 2008;25(12):1033-47.
- Alzheimer Europe. *Dementia in Europe - Yearbook 2007*. Brüssel, 2007. http://ec.europa.eu/health/ph_information/reporting/docs/2007_dementiayearbook_en.pdf [Abruf: 23.08.09].
- Bickel H. Demenzsyndrom und Alzheimer Krankheit: Eine Schätzung des Krankenbestandes und der jährlichen Neuerkrankungen in Deutschland. *Gesundheitswesen*; 2000;62(4):211-8.
- Bickel H. Epidemiologie und Gesundheitsökonomie. In: Wallech C-W, Förstl H (Hrsg.): *Demenzen*. Georg Thieme Verlag, Stuttgart & New York, 2005. S. 1-15.
- Boyd CM, Boulton C, Shadmi E, Leff B, Brager R, Dunbar L, Wolff JL. Guided Care for multi-morbid older adults. *Gerontologist* 2007; 47(5):697-704.
- Bundesministerium für Gesundheit. *Leuchtturmprojekte Demenz*. Berlin, 2008. http://www.bmg.bund.de/cln_110/nn_1168258/sid_E388CBCECB9A580B5895191F4B5FB6AA/SharedDocs/Standardartikel/DE/AZ/D/Glossar-Demenz/Leuchtturmprojekt-Demenz.html?__nnn=true [Abruf:24.08.09].
- Dörner K. Thesen für ein zukünftiges Versorgungskonzept. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*. 2008 May;51(5):565-8.
- Gompertz B. On the Nature of the Function Expressive of the Law of Human Mortality, and on a New Mode of Determining the Value of Life Contingencies. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London*, Vol. 115 (1825), pp. 513-585.
- GKV-Spitzenverband. *Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes nach § 7a Abs. 3 Satz 3 SGB XI zur Anzahl und Qualifikation der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater vom 29. August 2008*. http://www.gkv-spitzenverband.de/upload/2008_-_08-29_Empfehlungen_%C2%A7_7a_Abs_3_2351.pdf [Abruf: 01.09.09]
- Gräßel E, Römer H, Donath C. Care groups. Prädiktoren der Inanspruchnahme und Qualitätserwartungen aus Sicht pflegender Angehöriger eines Demenzkranken. *Z Gerontol Geriatr* 2009; online first. <http://www.springerlink.com/content/6q82u7m80w186h38/> [Abruf: 30.08.09].
- Kaduskiewicz H, Röntgen I, Mossakowski K, van den Bussche H. Kann ein Fortbildungsangebot für Hausärzte und ambulante Pflegedienste zur Destigmatisierung beitragen? *Z Gerontol Geriatr* 2009 Apr;42(2):155-62.
- Koordinierungsstelle der Landesinitiative Demenz Service NRW. Düsseldorf, 2009 http://www.demenz-service-nrw.de/content/artikel_16_65.html [Abruf: 25.08.09].
- Leff B, Reider L, Frick KD, Scharfstein DO, Boyd CM, Frey K, Karm L, Boulton C. Guided Care and the Cost of Complex healthcare: A Preliminary Report. *The American Journal of Managed Care*;15(8):555-559.
- Michell-Auli, P.; Strunk-Richter, G.; Tebest, R.: *Werkstatt Pflegestützpunkte. Aktueller Stand der Entwicklung von Pflegestützpunkten in Deutschland und Empfehlungen zur Implementierung und zum Betrieb von Pflegestützpunkten*. (2009)
- Nessele T. Versorgung von Demenz-Erkrankten muss deutlich verbessert werden. *Nervenarzt*. 2008 Aug;79(8):982-3.
- Quinn C, Clare L, Wood B. The impact of the quality of relationship on the experiences and wellbeing of caregivers of people with dementia: a systematic review. *Aging Ment Health* 2009;13(2):143-54.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. *Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung*. Gutachten 2007. Bonn, 2007. <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/16/063/1606339.pdf> [Abruf: 20.08.09].
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. *Koordination und Integration - Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens*. Sondergutachten 2009. Bonn, 2009. <http://www.svr-gesundheit.de/Gutachten/Uebersicht/GA2009-LF.pdf> [Abruf: 20.08.09].
- Schneekloth U., von Törne I. (2007): *Entwicklungstrends in der stationären Versorgung - Ergebnisse der Infratest-Repräsentativerhebung*. In: Schneekloth U, Wahl HW (Hrsg.): *Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in stationären Einrichtungen (MuG IV)*. Demenz, Angehörige und Freiwillige, Versorgungssituation sowie Beispielen für "Good Practice". München: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. S. 53-168.
- Statistisches Bundesamt. 11. *Koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung - Annahmen und Ergebnisse*. Wiesbaden, 2006.
- Sylva M, Shadmi E, Hsiao C-J, Bloyd CM, Schuster AB, Boulton C. Clinical Features of High-Risk Older Persons Identified by Predictive Modeling. *Disease Management* 2006; 9(1):56-62.

te Empfehlungen enthält. Im Gegensatz zum traditionellen Patientenpfad ist neben Diagnostik und Therapie auch eine Versorgungskomponente für Patienten und Angehörige Teil des Patientenpfads. Durch die kontinuierliche Betreuung durch die Gesundheitsfachkraft wird auch bei langen Krankheitsverläufen die Kontinuität gewahrt. Integration und Koordination der medizinischen, pflegerischen und nicht-medizinischen Leistungen sowie die Schulung und Information von Patienten und Angehörigen sind mit einem erweiterten Case Management vergleichbar.

Fazit und Ausblick

Die Versorgung Demenzerkrankter wird die größte Herausforderung des nächsten Jahrzehnts werden. Das deutsche Gesundheitssystem steht vor einer nie da gewesenen Aufgabe, die es ohne Einbeziehung aller Akteure im Gesundheitswesen nicht bewältigen kann. Vor allem gilt es, alle Anstrengungen zu bündeln, um in der Versorgungsforschung die Krankheit in den Vordergrund zu stellen und die Ergebnisse der Forschung in den Versorgungsalltag zu implementieren.

Die damit einhergehende Diskussion um die Neuverteilung von Rollen, Kompetenzen und Aufgaben zwischen den Professionen sollte jedoch nicht unter dem Aspekt „Delegation vs. Substitution“ geführt werden. Vielmehr sollte der Grundgedanke der Diversifikation und des „Enhancements“ im Vordergrund stehen. Dies bedeutet im Sinne des Sachverständigenrats einerseits die Bildung von Poolkompetenzen, andererseits die Besetzung neuer Aufgaben im Versorgungsmanagement durch entsprechend weiter qualifizierte nicht-ärztliche Gesundheitsberufe.

Durch den gesetzlichen Anspruch auf Fallklärung und -steuerung, sowie die Einrichtung von Pflegestützpunkten sind in Deutschland die

Re-thinking structures of care delivery to meet the challenge of dementia

Adequate care of patients with dementia is one of the most important challenges the German healthcare system faces in coming years. Due to the demographic transition and changes in the way society functions care of people with dementia will shift from informal or family caregivers to formal caregivers and organizations. To secure care which aims at a high quality of life for this population new interdisciplinary and interprofessional structures of care will have to be established. Health care reforms of the past years have been successful in providing a framework in which such structures can be established. The Guided Care Model which has been developed by researchers from Johns Hopkins University in an interprofessional and interdisciplinary approach can teach valuable lessons in establishing such structures.

Keywords

Keywords: medical care, dementia, community care access centers, professional, health worker, guided care model

Rahmenbedingungen geschaffen worden, tragfähige Strukturen zu entwickeln, die den Anforderungen an die Versorgung von Demenzzkranken gerecht werden. Die enge Kooperation mit dem ärztlichen Bereich ist jedoch nicht nur obligatorisch für den Erfolg, sondern sie stellt auch eine der großen Herausforderungen dar, denen sich die Pflegeberatung in den nächsten Jahren stellen muss. Hier sind insbesondere die Pflegestützpunkte in der Pflicht, entsprechende Voraussetzungen zu schaffen, um eine adäquate Versorgung von Demenzzkranken sicherzustellen. Die Anpassung von Elementen des amerikanischen Guided Care-Modells auf Deutschland könnte dabei eine wichtige Hilfestellung leisten. <<

PD Dr. med. Stephanie Stock, Dipl.-Ges.oec. (ebs)

ist wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie (IGKE) des Klinikums der Universität zu Köln (AöR).

Sie studierte Medizin an den Universitäten Ulm und Tufts (Boston, USA). Während ihrer klinischen Weiterbildung studierte sie berufsbegleitend Gesundheitsökonomie an der EBS. Seit 2000 ist sie wissenschaftliche Mitarbeiterin am IGKE. Kontakt: stephanie.stock@uk-koeln.de



Dipl.-Ges.oec. Ralf Tebest

ist Fachreferent im Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA).

Er absolvierte die Ausbildung zum examinierten Krankenpfleger im Universitätsklinikum Köln und studierte an der Universität zu Köln Gesundheitsökonomie. Seit 2008 ist er Projektleiter des Bundesmodellprojekts „Werkstatt Pflegestützpunkte“, das vom KDA im Auftrag des Bundesministerium für Gesundheit durchgeführt wird. Kontakt: ralf.tebest@kda.de



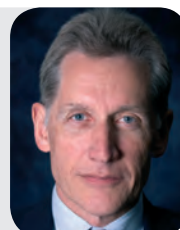
Lisa Reider, M.H.S.

ist Epidemiologin und stellvertretende Leiterin der Guided Care Studie an der Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health unter Chad Boulton. Sie studierte Public Health an der Johns Hopkins School of Public Health. Zur Zeit promoviert sie an der Universität Maryland in Gerontologie. Kontakt: lsemantic@jhsph.edu



Prof. Dr. med. Chad Boulton M.P.H., M.B.A

ist Geriater und Professor für Health Policy und Management an der Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health. Er ist Direktor des Lipitz Centers für Integrierte Versorgung und lehrt sowohl an der medizinischen als auch an der Pflegefakultät. Seine Schwerpunkte sind die Entwicklung, Implementierung und Evaluation neuer Versorgungsmodelle für ältere Patienten. Zu diesen Themen hat er 2 Bücher und über 75 Artikel publiziert.



Ivo Weiß

Bereinigung von arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen

Die Folge von Selektivverträgen nach §§ 73b, 73c und 140d SGB V ist eine Bereinigung des Behandlungsbedarfs. Über die Auswirkungen dieser Bereinigung des Behandlungsbedarfs auf die arzt- und praxisindividuellen Regelleistungsvolumen konnte für das Jahr 2009 allerdings weder im Bewertungsausschuss noch im Erweiterten Bewertungsausschuss eine Regelung gefunden werden. Und auch der Beschluss für das Jahr 2010 kam erst nach mehreren Sitzungsrounden im Erweiterten Bewertungsausschuss, also unter Beteiligung des neutralen Vorsitzenden, zustande. Der Beschluss trägt daher auch die Handschrift eines Kompromisses, da die Vertreter von Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV) und GKV-Spitzenverband alleine zu keiner Einigung gelangen konnten.

>> Die Regelungen zur Bereinigung des Behandlungsbedarfs sowie zur Bereinigung der arzt- und praxisindividuellen Regelleistungsvolumen (RLV) gelten grundsätzlich für alle Verträge nach den §§ 73b, 73c und 140d SGB V. Gleichwohl wird dieser Themenkomplex derzeit ausschließlich vor dem Hintergrund der Verträge zur Hausarztzentrierten Versorgung (HZV) diskutiert, weil diese Verträge naturgemäß das größte Volumen besitzen. Im Gesetzestext, § 73b Abs. 7 SGB V, wird jedoch ausdrücklich nur eine Bereinigung des Behandlungsbedarfs gefordert - eine Bereinigung der arzt- und praxisindividuellen Regelleistungsvolumen wird hingegen an keiner Stelle angesprochen. Vor diesem Hintergrund findet sich im Gesetzestext auch kein Hinweis darauf, dass der Bewertungsausschuss bzw. der Erweiterte Bewertungsausschuss über die Frage einer Bereinigung der RLV zu entscheiden hätte.

Dies wirft die Frage auf, ob der (Erweiterte) Bewertungsausschuss überhaupt die zuständige Instanz sein kann, um über diese Problematik zu entscheiden. Der Bewertungsausschuss setzt sich aus jeweils drei Vertretern der KBV und des GKV-Spitzenverbandes zusammen. Gerade für die HZV, die derzeit vor allem von diesen Entscheidungen betroffen ist, ist die Beteiligung der KBV und der gleichzeitige Ausschluss der Selektivvertragspartner bei der Entscheidungsfindung nicht akzeptabel. Denn hochrangige Vertreter der KBV fordern permanent die Abschaffung des § 73b SGB V in seiner aktuellen Form. Gleichzeitig sollen Mandatsträger des Deutschen Hausärzterverbandes von Ämtern innerhalb der KVen / der KBV ausgeschlossen werden. In diesem Zusammenhang wird eine Aussage kolportiert, wonach man auch nicht gleichzeitig bei konkurrierenden (Auto-)Herstellern im Aufsichtsrat sitzen könne. Wenn aber der Gesetzestext des § 73 b SGB V eine mandatierte Gemeinschaft ausdrücklich gegenüber den KVen privilegiert, wie ist es dann logisch zu begründen, dass diese Gemeinschaft im Gegensatz zur KBV, stellvertretend für das KV-System, keinerlei Mitsprache bei einer so zentralen Frage wie der Bereinigung der RLV haben soll? Um im Bild der Autohersteller zu bleiben: Wie soll der Wettbewerb funktionieren, wenn ein Hersteller gleichzeitig auch als „TÜV“ fungiert und darüber entscheidet, welche Maßnahmen der Konkurrent vor der

Abstract

Mit Inkrafttreten des § 73b SGB V i.d.F. nach GKV-Org WG wurden alle gesetzlichen Krankenversicherungen verpflichtet, ihren Versicherten bis zum 30. Juni 2009 eine besondere hausärztliche Versorgung (Hausarztzentrierte Versorgung) anzubieten. Die Folge dieser Verträge ist eine Bereinigung der Gesamtvergütung. Die Auswirkungen einer Bereinigung der Gesamtvergütung auf die arzt- und praxisindividuellen waren und sind Gegenstand heftiger Diskussionen auf verschiedenen Ebenen.

Keywords

Bereinigung der Gesamtvergütung, Bereinigung der arzt- und praxisindividuellen Regelleistungsvolumen (RLV), hausarztzentrierte Versorgung (HZV), Selektivverträge

Zulassung noch treffen bzw. akzeptieren muss? Allein dadurch, dass das KV-System aufgrund seines Körperschaftsstatus seit Jahrzehnten von Steuerbefreiungen profitiert, wird der Wettbewerb mit anderen Organisation stark zugunsten der KVen verzerrt.

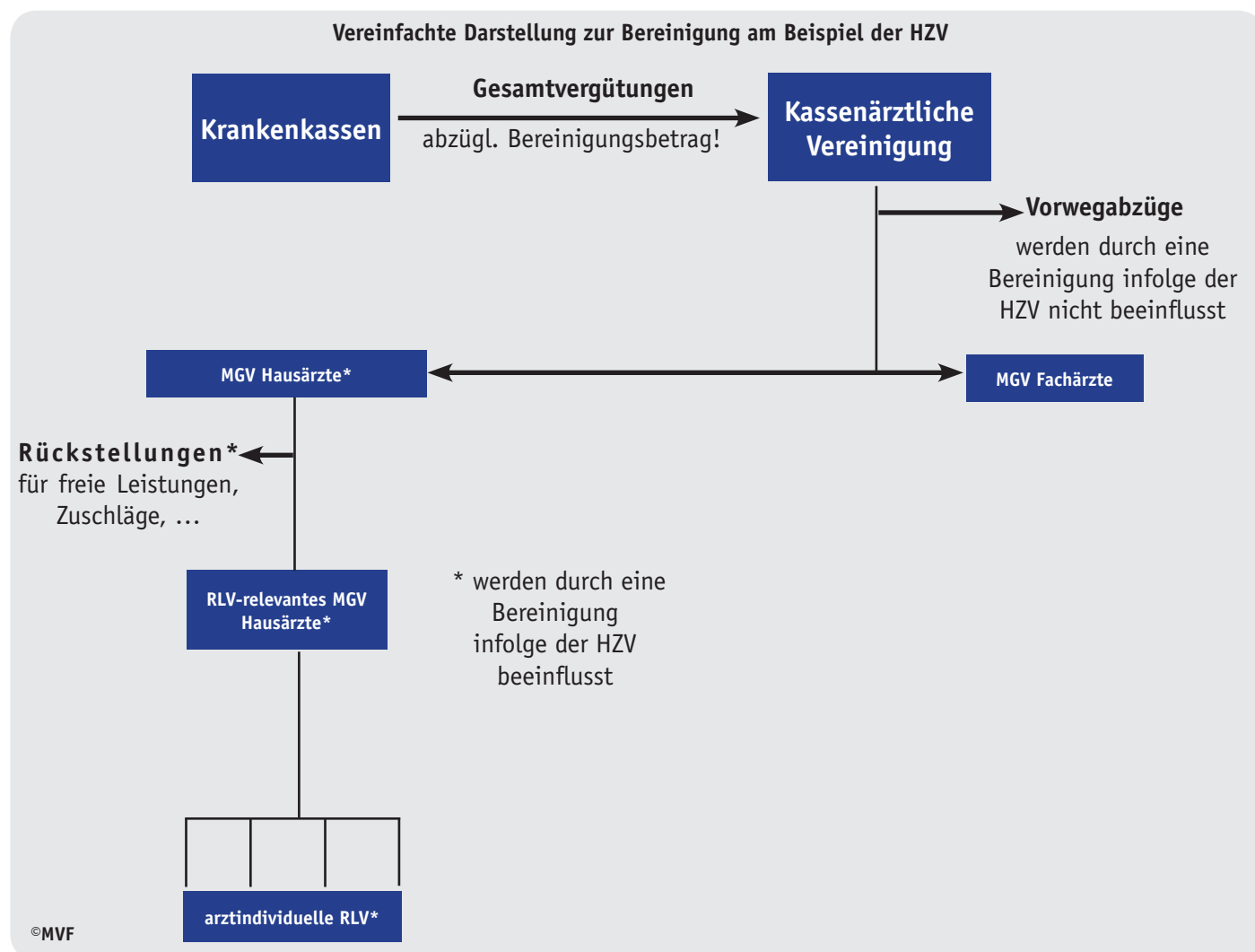
Die Frage, ob und ggf. nach welchen Verfahren die RLV bereinigt werden, hat erhebliche Auswirkungen auf die HZV. Unter der Prämisse, dass die RLV überhaupt zu bereinigen sind, würde eine faire Lösung dazu führen, dass dem an der HZV teilnehmenden Arzt nicht mehr, als er für die Versorgung der bei ihm eingeschriebenen Patienten im Rahmen des Kollektivvertrages erhalten hätte, von seinem RLV abgezogen würde. Es ist teilweise erschreckend, mit welcher Engstirnigkeit hier vor allem von Vertretern der KBV-/KV-Seite gerade entgegengesetzt argumentiert wird. Soweit dies für Außenstehende überhaupt nachvollziehbar ist, herrscht vor allem darüber Uneinigkeit, ob eine Bereinigung der RLV nur für diejenigen Ärzte erfolgen soll, die an einem Selektivvertrag teilnehmen, oder ob dies für die gesamte Fachgruppe gelten soll.

Argumentiert wird dann meist wie folgt (um zu verdeutlichen, dass die Regelungen nicht nur für die HZV und somit für Hausärzte gelten, wird ein Beispiel mit HNO-Ärzten gewählt):

- Es kann nicht sein, dass HNO-Arzt A ein geringeres RLV erhält, nur weil HNO-Arzt B an einem Selektivvertrag teilnimmt.

Hierin zeigt sich neben einem falschen Verständnis von gerechter Honorierung auch ein Konstruktionsfehler der RLV: Das Einkommen eines Arztes aus der kollektivvertraglichen Tätigkeit sollte ausschließlich davon abhängen, welche Leistungen er im Rahmen des Kollektivvertrages erbringt.

Warum sollten HNO-Arzt A und HNO-Arzt B für die gleiche Leistung im Kollektivvertrag ein unterschiedliches Honorar erhalten? Die Tatsache, dass HNO-Arzt B an einem Selektivvertrag teilnimmt, rechtfertigt jedenfalls keine unterschiedliche Honorierung im Kollektivvertrag - gleiche Leistung vorausgesetzt. Aber vielleicht ist es auch nur noch eine Frage der Zeit, bis jemand auf die Idee kommt, die RLV in Abhän-



gigkeit von der Anzahl der Privatpatienten, IGeL-Leistungen und sonstigen „nicht-kollektivvertraglichen Einkommensarten“ zu berechnen.

Der Konstruktionsfehler der RLV, nämlich der Bezug auf die Vorjahresquartalsfallzahlen, wird deutlich, wenn man das Beispiel noch etwas erweitert: Angenommen in einem Ort gäbe es zehn HNO-Ärzte und die Einwohner des Ortes verteilen sich in etwa gleich auf diese zehn Praxen. Würden sich nun alle Einwohner des Ortes für die Teilnahme an einem Selektivvertrag entscheiden, der zur Bedingung hat, dass im Bedarfsfall ein an diesem Vertrag teilnehmender HNO-Arzt aufgesucht wird, aber nur neun der zehn HNO-Ärzte an diesem Vertrag teilnehmen, dann stellt sich die Frage, warum bzw. wofür derjenige HNO-Arzt, der nicht daran teilnimmt, überhaupt ein RLV zugewiesen bekommt. Für solche Patienten, die zwar an dem Vertrag teilnehmen, ihn aber dennoch in Anspruch nehmen, erhält er eine extrabudgetäre Vergütung außerhalb der RLV. Dieses Beispiel ist zwar kurzfristig nicht realistisch, zeigt aber, dass das eigentliche Problem nicht in der Bereinigung der RLV besteht, sondern in der RLV-Konstruktion begründet ist.

Unabhängig von dieser vorgenannten Grundsatz-Problematik der RLV lässt sich der Beschluss des erweiterten Bewertungsausschuss vom 16. Dezember 2009 zur Bereinigung der RLV auf Basis des aktuellen Kenntnisstandes vereinfacht in drei Schritten darstellen:

Ausgangspunkt sind die auf Basis einer nicht bereinigten Gesamtvergütung berechneten (und folglich zu hohen) RLV. Das RLV berechnet sich, ebenfalls vereinfacht, als das Produkt aus individueller Vorjahresquartalsfallzahl und Fachgruppenfallwert.

In einem ersten Schritt werden nun die Fallzahlen der am Selektivvertrag teilnehmenden Ärzte reduziert. Einerseits werden hierbei die von den jetzt bei eben diesem Arzt eingeschriebenen Patienten im Vorjahresquartal verursachten Fälle gezählt, andererseits auch Fälle solcher Patienten, die zwar im Vorjahresquartal bei diesem Arzt waren, sich aber jetzt bei einem anderen Arzt eingeschrieben haben (Stichwort: „Patientenwanderung“). Dieses Verfahren ist grundsätzlich korrekt, da es sich sehr stark an der Berechnung der RLV orientiert. Nicht nachvollziehbar ist daran aber die Tatsache, dass Patientenwanderungen nur innerhalb der am Selektivvertrag teilnehmenden Ärzte erfasst werden. Bei drei Ärzten A, B und C, von denen A und B an einem Selektivvertrag teilnehmen, würden also Patientenwanderungen zwischen A und B berücksichtigt, eine Patientenwanderung von C zu A oder B hingegen nicht. An diesem Beispiel zeigt sich die logische Inkonsistenz der Vorgaben (s.a. obiges Beispiel mit den zehn HNO-Ärzten) mit der Folge, dass die Fallzahlen, also eine individuell zuzuordnende Größe, in geringerem Umfang sinken als dies möglich wäre und somit im nächsten Schritt ein höherer Betrag „pauschal über die gesamte Fachgruppe“ gekürzt werden muss.

Im zweiten Schritt wird dann der Fachgruppen-Fallwert - max. um 2,5 % - reduziert. Im Gegensatz zum ersten Schritt sind hiervon alle Ärzte der jeweiligen Fachgruppe betroffen. Dabei ist jedoch die Grenze von 2,5 % ebenso wenig nachvollziehbar wie die Beschränkung im ersten Schritt auf die am Selektivvertrag teilnehmenden Ärzten bei der Verminderung der Fallzahlen.

Ob hiermit das Ziel (der KBV) erreicht wurde, die Auswirkungen einer RLV-Bereinigung für nicht am Selektivvertrag teilnehmende Ärzte zu minimieren, ist eine Frage der Perspektive. Einerseits bewirkt die Regelung, dass für Nicht-Teilnehmer „nur“ der Fallwert um max. 2,5% sinken kann, andererseits gilt diese Absenkung aber für alle, also sowohl für denjenigen Nicht-Teilnehmer, bei dem keine Patientenwanderung erfolgt ist, als auch für denjenigen, bei dem z.B. 100 Fälle im ersten Schritt theoretisch hätten reduziert werden können.

Für den Fall, dass nach diesen beiden Schritten noch immer ein Fehlbetrag existiert, wird dieser dann in einem dritten Schritt über einen „fallbezogenen Restbereinigungsbetrag“ wiederum nur unter den (RLV der) am Selektivvertrag teilnehmenden Ärzten verteilt. Eine verlässliche Prognose darüber, ob dieser dritte Schritt im Jahr 2010 - denn nur für diesen Zeitraum gelten die Beschlüsse zur Bereinigung des Behandlungsbedarfs und der RLV - zur Anwendung kommen wird, kann derzeit nicht abgegeben werden.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Bereinigung der RLV im Wechsel zwischen den am Selektivvertrag teilnehmenden Ärzten, der gesamten Fachgruppe und falls erforderlich wieder innerhalb der Teilnehmer erfolgt. Platt ausgedrückt lässt sich dies auch als „Ping-Pong-Verfahren“ bezeichnen, bei dem an entscheidender Stelle nur Kompromisse statt logisch nachvollziehbarer Lösungen möglich waren.

Gleichwohl stellt der Beschluss zumindest einen deutlichen Fortschritt gegenüber 2009 dar. Denn im vergangenen Jahr hatte die KBV eine Beschlussfindung durch Verlassen der Sitzung verhindert und anschließend aus formalen Gründen (weil man nicht anwesend war) gegen den Beschluss geklagt. Dieses Verhalten zeugt von dem Interessenkonflikt der KBV, der zwangsläufig bei der Entscheidung über eine Bereinigung der Gesamtvergütung und RLV entsteht. Mit diesem Beschluss verbindet der Deutsche Hausärzteverband daher vor allem die Hoffnung, dass nun - parallel zu den bereits angelaufenen und teilweise abgeschlossenen Schiedsverfahren - überall auch die erforderlichen Abstimmungen zur Bereinigung mit den jeweiligen KVen zeitnah erfolgen.

Vor dem Hintergrund der eingangs erwähnten fehlenden gesetzlichen Verpflichtung zur Bereinigung der RLV lässt sich auch eine andere, einfachere und dem Wortlaut des Gesetzes eher entsprechende Lösung vertreten: Anstelle einer Bereinigung der RLV, also einer nachträglichen Korrektur, sollten diese von Anfang korrekt berechnet werden.

Abstract

With coming into effect, the law „zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-OrgWG)“ obliged all statutory health insurances to offer their customers a special primary care. Due to these individual contracts, the amount of money the insurances pay to the „Kassenärztliche Vereinigung“ has to be reduced, depending on how many customers decide to join the individual contracts. The question about the impact of the general reduction on the participating and non-participating.

Keywords

Primary care, Costs

Dies würde dann funktionieren, wenn die Berechnung der RLV nicht auf Basis des unbereinigten Behandlungsbedarfes, sondern auf Basis der tatsächlich von den Krankenkassen an die jeweilige KV geleisteten Zahlungen für die kollektivvertragliche Versorgung ihrer Versicherten erfolgen würde. Dies sollte keinesfalls als „Plädoyer für die RLV“ missverstanden werden, aber wenn man schon die RLV als Rahmenbedingungen akzeptieren muss, dann wäre dieser Ansatz zu bevorzugen. In der Folge müssten lediglich die Fristen für die Zuweisung der RLV geändert werden, damit die Versicherten beispielsweise bis zwei Wochen vor Beginn des neuen Quartals die Teilnahme an der HZV beantragen können. Derzeit ist eine Zuweisung der RLV bis spätestens vier Wochen vor Beginn des Geltungszeitraums gesetzlich vorgeschrieben. Allerdings ist die (endgültige) Zuweisung der RLV bis spätestens vier Wochen vor Quartalsbeginn im Jahr 2009 weder in allen KV-Bezirken erfolgt, noch würde sich irgendetwas Grundlegendes ändern, wenn die RLV pünktlich zum Quartalsbeginn zugewiesen werden würden. Dies wäre immer noch rechtzeitig, um eine „steuernde Wirkung“ zu entfalten, sofern man diesem Instrument überhaupt eine solche zugestehen will. Welche steuernde Wirkung soll beispielweise von einem RLV-Fallwert von 31,28 Euro ausgehen, wie aktuell für die Hausärzte in Nordrhein, wenn allein die Versichertenpauschalen gemäß EBM-Ziffern 03110 - 03112, ausgehend von einem Orientierungspunktwert von 3,5 ct., bereits darüber liegen? Letztlich liegt das Problem weniger in der Bereinigung der RLV als in der Konstruktion RLV an sich. <<

Literatur

Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschuss zur Ermittlung des zu bereinigenden Behandlungsbedarfs sowie zur Bereinigung von arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen in der 17. Sitzung

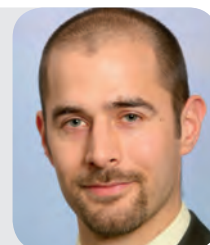
Sozialgesetzbuch V i.d.F. nach GKV OrgWG

Graf, Jürgen: „Vertragswettbewerb braucht faire Bereinigungsregeln“ in Monitor Versorgungsforschung“ 06/2009, S. 36 ff

Ivo Weiß

verantwortlich für Unternehmensentwicklung & Controlling bei der Hausärztlichen Vertragsgemeinschaft eG (HÄVG)

2004 Abschluss Diplom-Volkswirtschaftslehre an der Ludwig-Maximilians-Universität München. Seit 3 Jahren bei HÄVG in verschiedenen Funktionen tätig, zuvor 3 Jahre bei der ifap GmbH als Projektmanager Pharmakommunikation. Kontakt: ivo.weiss@hausarztverband.de



Prof. Dr. Martin Wehling (Teil 2)

Das Geld im Gesundheitswesen reicht noch lange, wenn die Verschwendung aufhört

Zwar ist die Pharmakotherapie mit einem Gesamtvolumen von 38 Milliarden Euro ein zunächst groß erscheinender Kostenpunkt, stellt aber insgesamt nur etwa 12 bis 15 % der Gesamtausgaben im Gesundheitswesen dar. Wie in Teil 1 angeführt, ist das Einsparpotenzial in anderen Bereichen wesentlich größer. Die bereits oben angesprochene massive Unterversorgung im Bereich der Hochdruck- und der Fettsenkertherapie kann noch ergänzt werden durch eine unzureichende Versorgung der großen anderen Volkskrankheiten Osteoporose, Diabetes mellitus und Depression, wobei bei letzterer der Wirkungsnachweis vieler Arzneimittel in häufigen klinischen Situationen weniger sicher ist als die der vorgenannten. Insgesamt besteht in diesem Zusammenhang aber eine Unternutzung der Pharmakotherapie in Tateinheit mit einer völlig unzureichenden Präventionsstrategie, die auch Lebensstiländerung (Raucherentwöhnung, Übergewichtskontrolle) beinhalten würde.

>> Bereits im Bericht 2000/2001 zur Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit hat der Sachverständigenrat festgestellt:

„18. Investitionen in Krankheitsverhütung könnten nicht nur - durch Verlängerung von Lebensdauer und Verbesserung von Lebensqualität - einen höheren gesundheitlichen Nutzen, sondern auch Einsparungen im Gesundheitssystem bewirken. Theoretisch (bei nicht saldierter und nicht diskontierter Betrachtung) lassen sich rund 25 - 30 % der heutigen Gesundheitsausgaben in Deutschland durch langfristige Prävention vermeiden.“ [SVR, 2002].

Der Sachverständigenrat geht also davon aus (vor 8-10 Jahren), dass sich 25-30% der Gesundheitsausgaben, also je nach Rechnung bis zu 100 Milliarden Euro, durch langfristige Prävention vermeiden ließen. Es ist völlig klar, dass die Lebensstiländerung hier eine große Rolle spielt, aber eben auch die bewiesenermaßen lebensverlängernden präventiven Pharmakotherapien, vor allem im Bereich der Herz-/Kreislauf-Erkrankungen. Hier hätten wir es also mit dem Umstand zu tun, dass wir auf das Gesamtsystem betrachtet einen massiven Spareffekt bekämen, wenn wir die Arzneimitteltherapie, also einen umschriebenen Kostenfaktor, verstärken würden.

Hierbei bleibt unbenommen, dass es auch in der Arzneimitteltherapie massive Übertherapiezustände gibt, wenn man nur das große Thema Multimorbidität und Polypharmazie aufgreift. Hier zeigen Studien, dass „unangemessene“ Arzneimittel bei älteren Menschen in bis zu 65 % der Fälle verordnet werden [Steinman et al. 2006]. Ebenso häufig sind aber in dieser Studie auch Unterversorgungstatbestände, also die Nichtgabe an sich indizierter Arzneimittel z.B. bei Bluthochdruck. In der gerontopharmakologischen Ambulanz am

Abstract

Wenn wir das jetzt vorhandene Einsparpotenzial im Gesundheitswesen auch im Blick auf die Erfahrungen anderer Länder, die wesentlich weniger Geld für eine längere Lebenserwartung ausgeben, ausschöpfen, können wir den unvermeidlichen Punkt einer späteren Rationierung noch lange hinauszögern. Hierbei gilt es aber, eindeutige Signale gegen die falschen Anreizsysteme zu setzen, die im Wesentlichen aus umsatzintensiven, finanziell lukrativen Bereichen gespeist werden. Auch wenn dies eine unvalidierte Schätzung ist, können wir noch etwa 10 Jahre ohne Rationierung auskommen.

Keywords

Gesundheitssystem, Rationierung, Verschwendung, Einsparpotenzial

Universitätsklinikum Mannheim wurden an einer kleinen Stichprobe sogar in 80 % der Fälle Veränderungen der Arzneimitteltherapie notwendig, sehr oft auf Grund unzureichend eingestellter Blutdruckwerte [Wehling, Glädisch 2009].

Werden im Bereich der Polypharmazie älterer Patienten die unangemessenen Therapien abgesetzt und die evidenzbasierten Therapien, die es ja insbesondere im Bereich der Herz-Kreislauf-Krankheiten endlich gibt (z.B. nach der HYVET-Studie, die einen eindeutigen Benefit einer antihypertensiven Therapie an über 80-jährigen Hypertonikern zeigte [Beckett et al. 2008]), angesetzt, sollte sich ein Einsparpotenzial abschöpfen lassen, dass einerseits aus gesparten Arzneimitteln, andererseits aus niedrigeren Folgekosten der vermiedenen Arzneimittelnebenwirkungen besteht. Außerdem ist die Vermeidung von Morbidität durch bessere Therapie sicher auch kostensparend.

Geschätzt lassen sich so etwa 20-30 % der Arzneimittelkosten, oder 5-10 Milliarden Euro einsparen. Die Kosten der Intensivierung der Pharmakotherapie sind schwerer zu schätzen, da die Vermeidung von Morbidität nach dem Konzept der ‚Compression of Morbidity‘ (längere Zeit gesund, kürzer krank am Lebensende) den Arzneimehrkosten entgegenstehen kann.

Diese im Bereich Polypharmazie mögliche Einsparung unnötiger oder schädlicher Therapien geht also über die 3-5 Milliarden Euro hinaus, die oben wegen Übertreibung der Arzneimittel durch die pharmazeutische Industrie genannt wurden (siehe Teil 1 in MVF 06/09).

Die Umsetzung dieses Einsparpotenzials ist aber ethisch und praktisch außerordentlich schwierig, da diese Therapien häufig in für jüngere Erwachsene konzipierten Leitlinien empfohlen werden, die einfach in die höheren Lebensalter extrapoliert werden (3 Diagnosen x jeweils 3 Arzneimittel = 9 Arzneimittel). Da es aber für die alten Patienten wenige Studiendaten gibt und die Wirksamkeit von Arzneimitteln innerhalb eines derartig komplexen Therapieschemas überhaupt nie nachgewiesen wurde, kann und muss man von diesen Leitlinien abweichen und die individuelle Situation berücksichtigen. Dies ist sehr anspruchsvoll, wird in der 5-Minuten-Praxis nicht honoriert und die Kollegen trauen sich auch nicht, die häufig von renommierten Kliniken über Jahre aufgetürmten Therapien anzugreifen.

Als Hilfe zur leichteren Orientierung wurde daher jetzt eine Klassifikation der Arzneimittel nach ihrer Alterstauglichkeit vorgeschlagen, die sogenannte FORTA-Klassifikation. Diese teilt die Arzneimittel hinsichtlich ihrer Alterstauglichkeit in 4 Kategorien ein: A muss man geben, D muss man praktisch immer weglassen, B und C werden

entsprechend der Dringlichkeit der Indikation und der übrigen Medikation mit mehr oder weniger großen Einschränkungen gegeben [Tabelle 1, mod. nach Wehling 2008]. Leider sind dieses oder ähnliche Systeme nicht eingeführt oder validiert, so dass sie sicher nur mittelfristig ein Potenzial zur Einsparung bieten.

Man kann die Situation in Deutschland in einem Satz zusammenfassen: Für die Akutmedizin ist uns nichts zu teuer, die Prävention, die an sich schmerzlose Zustände angreifen muss, wie Bluthochdruck oder das Rauchen, wird vollständig vernachlässigt.

Die Rolle des IQWiG in diesem Zusammenhang

Der Streit um das aktuelle Methodenpapier des IQWiG ist Folge und Ausdruck der dieses Institut von Anfang an begleitenden, anhaltenden, tiefgreifenden und fundierten Kritik von praktisch allen Fachleuten, auch aus dem Ausland. Das jetzt seit kurzem vorliegende Methodenpapier [IQWiG 2009] ist daher nicht anders zu bewerten als die anderen, vor allem in Zusammenschau mit den bisherigen Leistungen dieses Institutes in der Bewertung z. B. von Arzneimitteln. Insgesamt ist ein Health Technology Assessment unbedingt notwendig, wird in praktisch allen anderen westeuropäischen Ländern länger praktiziert als in Deutschland, beruht aber fast in keinem anderen Land in so angreifbarer Weise auf so umstrittenen Methoden.

Der Autor hat hierzu in der „Frankfurter Allgemeinen Zeitung“ vom 21. März 2007 Stellung genommen [Wehling 2007a] und damals die negative Bewertung des Atorvastatins durch das IQWiG als wesentliches Beispiel seiner Kritik angeführt. Redaktionell hervorgehoben war in diesem Artikel der Satz: „Wissenschaftsbeugung zum Schaden von Menschen ist hierzulande möglich und wird sogar gefördert.“

Es ist leicht nachzuweisen, dass die nach der nicht mehr erfolgenden Erstattung von Atorvastatin notwendige Umstellung v.a. auf Simvastatin unterdosiert erfolgte und eine Untertherapie vorhersehbar war. Im folgenden sind die Zusammenhänge kurz zusammengefasst.

In der kardiovaskulären Prävention bei Hochrisikopatienten (z.B. nach Herzinfarkt) wird weltweit empfohlen, das LDL-Cholesterin auf

100-70(!) mg/dL zu senken [Grundy et al. 2004]. Das IQWiG kann keinen Zusammenhang zwischen Ausmaß der LDL-Senkung, also auch dem Erreichen bestimmter Zielwerte, und dem Ausmaß der Risikosenkung erkennen, obwohl das größte kontrollierte Studienmaterial der Medizingeschichte (90.000 Patienten, 5 Jahre Therapie) eindeutig einen proportionalen Zusammenhang nachweist [Baigent et al. 2005]. Das stärkste Statin in Deutschland (Atorvastatin) wird darauf nicht mehr erstattet.

Für die Umsetzung von Atorvastatin auf Simvastatin beträgt die Äquivalenzdosis, je nach Studie, konsistent zwischen 1 zu 3 - 4 mg.

Die Umstellung erfolgte in Deutschland jedoch im mittleren Verhältnis von etwa 1:1,7 (Marktforschungsdaten Pfizer, mod. nach Rudolph 2005).

Patienten unter Statinen haben deutlich seltener Herzinfarkte (um 40 % reduziert) als solche, die es trotz Leitlinien-Indikation nicht nehmen, und bei niedriger Dosis ist der Effekt deutlich geringer (20 % vs. 40 % Reduktion; Penning-van Beest et al. 2007). Die LDL-Cholesterin-Senkung bei einer mittleren Dosis von Atorvastatin liegt bei etwa 35 %, bei Simvastatin in zu niedriger Dosis bei nur 25% (Halbierung der maximal wirksamen Dosis bringt immer noch 70-80 % des Maximaleffektes). In Deutschland gibt es etwa 1.000.000 Behandelte in der Prophylaxe nach Herzinfarkt und anderen Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Nach der 4-S-Studie [Randomised trial of cholesterol lowering in 4.444 patients with coronary heart disease: the Scandinavian Simvastatin Survival Study (4S) 1994] wird immerhin eine Verhinderung von 7.000 Todesfällen/Jahr durch Statine erzielt. Diese Effizienz sinkt durch die unter-äquivalente Umstellung auf etwa 5.000. Vor der Umstellung waren etwa 1/3 der Patienten auf Atorvastatin eingestellt, daher (7.000-5.000=) 2.000/3. Also wären theoretisch 660 Tote mehr zu beklagen - bei einer wesentlich größeren Zahl nicht verhinderter Infarkte und Schlaganfälle. Auch wenn nur 10 bis 20 % dieser Patienten überhaupt leitliniengerecht eingestellt waren (was an sich ein noch größerer Skandal ist, auf den wir seit Jahren hinweisen, s.o.): Pro Jahr bleiben immer noch etwa hundert Patienten übrig.

Leider haben dann Ende 2007 zwei Studien diese Anfang 2007 geäußerten Befürchtungen, die aus einer Schätzung entstanden, durch Daten bestätigt. In der britischen Studie hat die Zahl kardiovaskulärer Ereignisse und Todesfälle um 30 % nach dieser Umstellung [Phillips 2007] zugenommen (Abb. 1).

In Deutschland [Bestehorn und Greiner 2008] hat sich die Hospitalisationsrate von Herz-Kreislauf-Patienten von 4 % auf 7,5 % fast verdoppelt (und so wahrscheinlich auch die Kosteneinsparungen weitgehend annulliert).

Als zweites Beispiel für eine kritisierte Empfehlung des IQWiG wurde die Beurteilung des IQWiG der kurzwirksamen Insuline und die für diese Beurteilung verwendete konkrete Anwendung der vom IQWiG festgelegten Methoden analysiert, die Ergebnisse aus einem diesbezüglichen Gutachten veröffentlicht [Wehling 2007b].

Diese Analyse kommt zum Ergebnis, dass diese Methoden zu Bias auf allen Ebenen führen:

- „Selektives Zitieren“ durch Auswahl von Studien nach selbstgewählten, umstrittenen Kriterien
- Analyse von selbst gewählten, umstrittenen Endpunkten, Auslassen klinisch wichtiger Endpunkte, Forderung ungeeigneter Endpunkte
- Einschluss ungeeigneter Befunde
- Gutachterauswahl nicht international, nicht unabhängig
- Wissenschaftlich angreifbare Diskussion der Entwürfe, Ignorieren von Eingaben

Tab. 1: Die FORTA-Klassifikation

Patientencharakteristika zu Beginn des Dokumentationszeitraums		
FORTA-Klassifikation	Beschreibung	Beispiele
Klasse A Pharmaka	Unverzichtbar aufgrund eindeutiger Evidenz für die Nutzen-Risiko-Analyse bei älteren Patienten	ACE-Hemmer/Calciumantagonisten bei arterieller Hypertonie
Klasse B Pharmaka	Bewiesene, aber begrenzte Wirksamkeit, Sicherheitsbedenken bei älteren Patienten	Diuretika, Betablocker bei Bluthochdruck
Klasse C Pharmaka	Fragwürdiges Nutzen-Risiko-Profil bei Polypharmazie oder Nebenwirkungen als erste weglassen	Spironolaktone bei Bluthochdruck
Klasse D Pharmaka	Bei älteren Patienten fast immer weglassen	Benzodiazepine

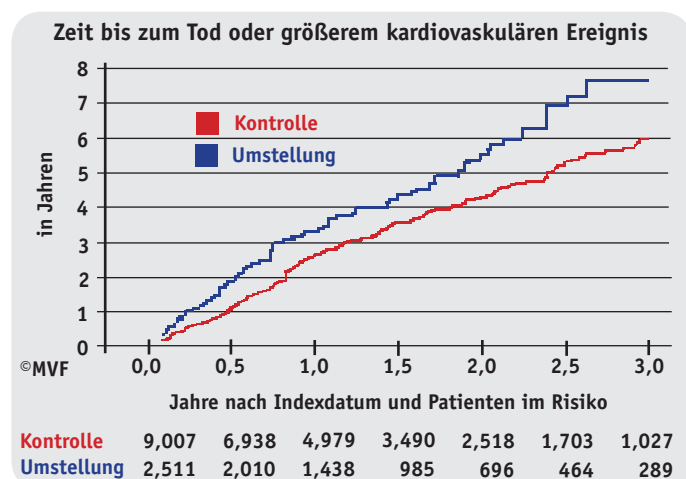


Abb. 1: Zeit bis zum Tod oder größerem kardiovaskulären Ereignis bei erzwungener Umstellung von Atorvastatin auf Simvastatin in UK [modifiziert nach Phillips et al. 2007]

Das Ziel ist also ganz offensichtlich Geldsparen, koste es, was es wolle.

Nun ist es unstrittig, dass wenn schon die Nutzenbeurteilung fehlerhaft und vorurteilsbehaftet erfolgt, dass dann auch die Kosten/Nutzenbewertung nicht auf ein korrektes Fundament gestellt werden kann, denn hierzu muss ja zuerst der Nutzen bewertet werden. Dass dann auch die ökonomischen Betrachtungen offensichtlich nationaler und internationaler Kritik im neuen Methodenpapier nicht standhalten konnten, haben Kollegen wie Herr von der Schulenburg öffentlich kundgetan. Sie nehmen, wie folgt, Stellung:

IQWiG-Methodenpapier V. 2.0.: Auf dem richtigen Wege, aber internationaler Standard wird nicht erreicht.

Der Entwurf des Methodenpapiers 2.0 baut die Aussagen zur Gesundheitsökonomie deutlich gegenüber den eher rudimentären Aussagen in Version 1.0 aus. Dies ist zu begrüßen, insbesondere, weil das GKV-WSG vorsieht, das IQWiG mit Kosten-Nutzen-Bewertungen für Arzneimittel auch im Vergleich zu anderen Behandlungsmethoden beauftragen zu lassen. Allerdings ist festzustellen, dass das Methodenpapier des IQWiG den international üblichen und etablierten gesundheitsökonomischen Herangehensweisen an zentralen Stellen nicht genügt.

Dem selbst gesetzten Anspruch, dass das Institut sich an den international konsentierten Kriterien orientiere, wird das Institut damit nicht gerecht. [Gesundheitsökonomien 2009].

Die Unterzeichnenden sind:

- Prof. Dr. Hans Adam, Fachhochschule für den öffentlichen Dienst Niedersachsen, Hannover
- Prof. Dr. Friedrich Breyer, Universität Konstanz
- Prof. Dr. Dieter Cassel, Universität Duisburg-Essen
- Prof. Dr. Frank Daumann, Universität Jena
- Prof. Dr. Roland Eisen, Universität Frankfurt
- Prof. Dr. Stefan Felder, Universität Magdeburg
- Prof. Dr. Wolfgang Greiner, Universität Bielefeld
- Prof. Dr. Klaus-Dirk Henke, Technische Universität Berlin
- Dr. Klaus Jacobs, Wissenschaftliches Institut der Ortskrankenkassen, Bonn
- Prof. Dr. Alexander Karmann, Universität Dresden
- Prof. Dr. Mathias Kifmann, Universität Augsburg

- Prof. Dr. Eckhard Knappe, Universität Trier
- Prof. Dr. Walter Krämer, Universität Dortmund
- Prof. Dr. Reiner Leidl, Universität München
- Prof. Dr. Peter Oberender, Universität Bayreuth
- Prof. Dr. Aloys Prinz, Universität Münster
- Dr. Martin Schellhorn, Institut für Gesundheitsökonomie und Management im Gesundheitswesen, GSF, München
- Prof. Dr. J.-Matthias Graf von der Schulenburg, Universität Hannover
- Prof. Dr. Volker Ulrich, Universität Bayreuth
- Prof. Dr. Gert G. Wagner, Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung
- Prof. Dr. Jürgen Wasem, Universität Duisburg-Essen

Obwohl 3 Wochen nach Erscheinen des Methodenpapiers V. 1.0 eine ausführliche Diskussion, auch in Reflektion auf obige Kritik zum Entwurf 2.0, noch aussteht, haben keine wirklich grundsätzlichen Änderungen des Ansatzes auch keine wesentliche neue Situation entstehen lassen. Dies trifft mit Sicherheit auf die mangelhafte Nutzenanalyse als Grundlage der Kosten-Nutzen-Analyse zu, denn diese war ja schon vorher „geregelt“ und die Ergebnisse sind bekannt (s.o.).

In letzter Zeit ist eine Änderung der Empfehlungspraxis des IQWiG im Arzneimittelbereich zu verzeichnen, insofern als jetzt neben falsch negativen und richtig positiven Empfehlungen aber auch eine falsch positive steht.

Hier sind nur wenige Beispiele verzeichnet und aus Platzgründen nur einfach referenziert bewertet:

„Bei Jugendlichen und Erwachsenen liegen keine Belege für einen Zusatznutzen einer fixen inhalativen Kombination von Budesonid und Formoterol, Fluticason und Salmeterol oder Beclometason und Formoterol gegenüber der freien inhalativen Kombination der jeweiligen Substanzen hinsichtlich patientenrelevanter Therapieziele vor.“

IQWiG, 5.9.08

Hierbei handelt es sich um eine falsch negative Aussage, da z.B. die Compliance der Patienten eindeutig durch die Kombination verbessert wird [Foden, Hand 2008] und Compliance eine Voraussetzung für erfolgreiche Therapie ist.

„Für das Therapieziel ‚Aktivitäten des täglichen Lebens‘ gibt es einen Beleg für einen Nutzen von Ginkgo biloba, Extrakt EGb 761, bei Verwendung einer hohen Dosis von 240 mg täglich.“

IQWiG, 29.9.08

Diese Wirksamkeit bei Alzheimer-Demenz konnte nie nachgewiesen werden [Birks J, Grimley Evans 2009], und dies ist auch nicht mehr umstritten. Daher ist dies eine falsch positive Bewertung.

„Die Cholinesterasehemmer Donepezil, Galantamin und Rivastigmin haben bei Patienten mit einer Alzheimer Demenz leichten bis mittleren Schweregrades einen Nutzen bezüglich des Therapieziels der kognitiven Leistungsfähigkeit.“

IQWiG, 7.2.07

Diese Einschätzung entspricht dem Stand der Wissenschaft und ist daher richtig positiv.

Insgesamt ist das IQWiG derzeit eine mit umstrittenen Methoden arbeitende Einrichtung, die um jeden Preis an den falschen Schaulätzen Geld für die Sozialversicherung sparen will, aber das Einsparpotenzial in anderen Bereichen, in denen die Evidenz eindeutig für massive Einsparungen spricht, wie z. B. im Bereich der unnötigen Diagnostik und Herzkatheter, nicht tätig wird. Man fragt sich hier, wer die thematische Auswahl trifft und warum sie so wie bisher getroffen wurde.

Die Tätigkeit dieses Instituts führt dazu, dass die Forscher und somit Innovation einen großen Bogen um Deutschland machen, die Patienten zunehmend weiter unterversorgt werden und diese Unterversorgung mit fragwürdigen Methoden untermauert wird.

Dies ändert nichts an der Tatsache, dass in Deutschland eine derartige Institution zur Bewertung von medizinischen Verfahren dringend benötigt wird.

Akteure, die zu finanziellen Engpässen im Gesundheitswesen beitragen – Gesundheitspolitik

Die Gesundheitspolitik hat nicht realisiert und erkannt, dass Prävention billiger ist als Akutmedizin. Sie unternimmt daher nichts oder das Falsche, um die Verschwendung in zahlreichen Bereichen der Medizin zu begrenzen. Der Autor schätzt sie auf insgesamt ein Potenzial von 20 bis 80 Milliarden Euro, in der folgenden Tabelle 3 sind die hauptsächlichen Sparpotenziale aufgeführt.

Einsparpotenziale

- Unnötige und zu teure Verwaltung (KV, GKV, ins. Zahl der Kassen, Bürokratie)
- Unnötige und zu teure Gerätediagnostik: U.a. Elektivherzkatheter, CT/MRT immer und für alle Konditionen
- Unnötige und zu teure Operationen: U.a. Rücken, Knie, Gynäkologie
- Unnötige und zu teure „Therapie“: Arzneimittel, Kuren
- Unnötige und zu teure Krankenhausbetten, da ambulant machbar

Tab. 3: *Einsparpotenziale*

Hier werden nicht nur Prozesseinsparungen (z.B. Verwaltung, auch in der praktischen Medizin) berechnet; sondern auch medizinische Fehlversorgungen einbezogen (die auch das IQWiG attackiert, allerdings bisher meist in den falschen Bereichen).

Das Benchmarking-Verfahren, wie es vom RWI in Essen angewandt wurde [Felder 2009] und das sich an GKV-Ausgaben der Bundesländer im Mittel oder an einem günstigeren Bundesland, als es dem mittleren entspricht, orientiert, kam zu GKV-Einsparungen für 2007 von 5,6 bzw. 9,8 Milliarden Euro.

Hier wird aber nur impliziert, dass einzelne Länder bei gleicher Versorgungsqualität/-quantität Einsparpotenziale ausschöpfen und sich diesen alle anderen anpassen können. Dies impliziert aber auch, dass systematische Mengenausweitungen von unnötigen Leistungen, die überall stattfinden (was mit Abstrichen praktisch für alle oben genannten Verschwendungsbereiche gilt), nicht als Sparpotenzial erkannt werden. Oder mit anderen Worten: Wenn alle verschwenden, nur einige nicht so ausgiebig oder aufgrund effizienterer Strukturen wie andere, werden systemische Verschwendungen in allen Vergleichseinheiten durch Benchmarking nicht entdeckt und mobilisiert. Daher ist die in Tabelle 3 gegebene Schätzung deutlich höher als die vom RWI vorgeschlagene. Sie postuliert also, dass selbst im ‚billigsten‘ Bundesland noch Einsparpotenzial liegt, und ein bloßes Vergleichen zwischen Bundesländern nicht zu einer tiefen inhaltlichen Analyse der Verschwendungsursachen führt. Selbstredend wären wir trotzdem froh, wenn nur die ‚bescheidenen‘ 10 Milliarden Euro pro Jahr in der GKV eingespart würden.

Diese Tatsachen werden von der Gesundheitspolitik vollständig ignoriert. Ihr am nächsten wäre tatsächlich ein Eingriff in die

Verwaltungsverschwendung, da es hier einfacher gesundheitspolitischer Einschnitte (z. B. Reduzierung der unnötigen Krankenkassenanzahl) bedürfte, mit denen die kassenbedingte Verschwendung durch eigene Verwaltung eingedämmt werden könnte. Weiter ist die Gesundheitspolitik stark darum bemüht, die bereits existierenden Unterversorgungszustände zu verschleiern und Abhilfen als wissenschaftlich nicht gerechtfertigte Forderungen darzustellen (mit Hilfe des IQWiGs). Zum Beispiel leugnete die bis vor kurzem amtierende Ministerin Schmidt hartnäckig, dass es eine Zweiklassenmedizin gebe, während Kollege Lauterbach genau über deren Existenz ein Buch schrieb. Diese Schizophrenie im Bereich der Gesundheitspolitik kostet Milliarden, ist unerträglich und schadet am Ende dem Patienten.

Medizinische Wissenschaft

Die medizinische Wissenschaft hat bisher nicht überzeugend die Notwendigkeiten bestimmter Eingriffe dargestellt, hat untätig zugehört wie zahlreiche an sich wertvolle Methoden und Eingriffe in unerträglicher Weise im Volumen ausgeweitet wurden und so zu dieser Verschwendungskatastrophe auf der einen, bei gleichzeitiger Mangelversorgung auf der anderen Seite geführt haben. Warum sind Studien wie Courage (siehe oben, [Boden et al. 2007]) erst so spät herausgekommen? Warum ist die Versorgungsforschung nicht in der Lage, diese Missstände klarer zu fassen und anzuprangern? Warum gibt es eigentlich immer noch keine ausgeprägte Versorgungs- und epidemiologische Forschung in Deutschland? Hier sind allerdings wiederum eher die Finanzierungsmechanismen und damit auch die Politik anzuschuldigen, als die Wissenschaftler selbst, denn der Ruf nach mehr Versorgungsforschung und Epidemiologie ist seit Längerem laut zu hören.

Ärzte

Ein nicht unerheblicher Teil der Ärzte (nicht alle!!) strebt Hochumsatzbereiche mit entsprechender Rendite an, macht sich durch große Investitionen (z. B. in der Praxis) wirtschaftlich abhängig und dient daher in erster Linie dem eigenen Einkommen und im Gegensatz zum hippokratischen Eid erst in zweiter Linie dem Patienten. Dies gilt auch für Krankenhäuser als Organisationsstrukturen, die zunehmend in GmbHs oder Aktiengesellschaften zur Gewinnoptimierung nach Aktien- oder Gesellschaftsrecht verpflichtet sind, so dass Ärzte nach ihrem Berufsrecht dort eigentlich nicht arbeiten dürften, da sie das Primat der Patientenversorgung verletzen müssen (Rechtsbruch). Da aber Ärzte Weiterbildungsstellen benötigen, die zunehmend nur in solchen Organisationen zu finden sind, kann man diesen unhaltbaren Zustand den Ärzten nicht selbst vorwerfen, sondern wiederum dem System, das zuschaut, wie die Medizin kommerzialisiert wird. Tatsache bleibt, dass hinter der Kostenexplosion und der Ausweitung von unnötigen Leistungen auch die Ärzte stehen. Die zum Teil schlecht dotierten Tätigkeiten, die eigentlich zu ihren Pflichten gehörten, am anderen Ende des Spektrums werden vernachlässigt, wie z. B. die Auswahl der richtigen Pharmaka im Rahmen einer Polypharmazie. „Denkende“ Medizin wird eben schlecht honoriert, auch daran sind aber die Ärzte nicht schuld, sie beklagen diese Missstände selbst seit vielen Jahren.

Daher sind die heutigen Bedingungen, unter denen Ärzte ihre Leistungen erbringen, so in die Richtung der Leistungsausweitung nach kommerziellen Gesichtspunkten orientiert (sogenannte 5-Minutenpraxis), dass dem Arzt eine eigentliche Entscheidungsfreiheit

eigentlich gar nicht mehr zur Verfügung steht. Wenn er sich z.B. eine Stunde mit einem Patienten über dessen Polypharmazie auseinandersetzt und dies bei allen, die es benötigen, ist er in wenigen Wochen insolvent.

Ärzte sind in diesem Kontext sowohl Treiber, als auch Getriebene, und das meist nicht in einer Person. Insgesamt hat ‚man‘ ihnen in vielen Bereichen (insbesondere Krankenhäusern, aber auch medizinische Versorgungszentren) das Heft aus der Hand genommen, und ihnen bleiben nur geringe Spielräume, die denkende (und sprechende) Medizin zu verwirklichen. Sie sind zumindest heute also wesentlich eher Getriebene als Treiber der Kommerzialisierung. In den 1970er und 1980er Jahren war dieses Verhältnis allerdings noch eher zugunsten des Treibers (die goldenen Jahre der Medizin in Deutschland) verschoben, und heute hat die nächste (und übernächste) Ärztegeneration die Folgen zu tragen. Daher wird auf die heutigen ärztlichen Akteure sehr oft zu Unrecht mit dem Finger gezeigt, wenn diese Missstände angeprangert werden.

In den öffentlichen Debatten zur Verantwortung für die ökonomischen Defizite gibt es von Seiten der unabhängigen Ärzteschaft (also Ärzten, die kein Herzkatheterlabor oder ähnliches betreiben) schon seit Jahrzehnten den Ruf nach besserer Bezahlung der „denkenden“ gegenüber der invasiven oder Gerätemedizin. Auf politischer Ebene wird das System schon immer schöngeredet, Probleme als nicht existierend oder bereits gelöst hingestellt und in der Regel der Arzt als insgesamt Schuldiger in dieser ganzen Misere hingestellt. Es gibt keinen Beruf, der in den letzten 30 Jahren einen derartigen Verlust an Prestige erlitten hat und einem derartigen Druck von mitunter hetzjagartigen Attacken (z. B. im Bereich der angeblichen Abrechnungsbetrügereien) ausgesetzt worden wäre wie der ärztliche Beruf. Dieser ist in Deutschland nicht nur durch eine mangelhafte Bezahlung, sondern auch durch diesen sozialen Druck, den Ansehensverlust, die ungünstigen Arbeitsbedingungen so unattraktiv geworden, dass wir inzwischen 10 bis 20 % aller Medizinstudiumsabgänger in das Ausland verlieren oder sie in nicht-patientennahen Medizinberufen tätig werden. Wanderten im Jahr 2001 nur 1.437 Ärzte ins Ausland ab, so waren es 2007 bereits 2.439 [Hügler 2008]. Auch wenn man noch nicht von einem Ärztemangel (von regionalen Problemen abgesehen) sprechen kann, so könnte dieser aufgrund der Zerstörung des ärztlichen Berufsbildes durch gesellschaftliche Anfeindungen und Einbindung in kommerzielle Strukturen in nicht allzu ferner Zukunft verbreitete Realität werden.

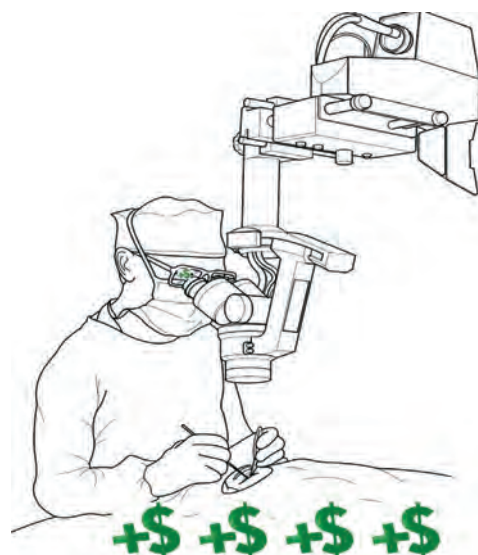
Der angeblich so reiche Arzt ist zu einem beliebten Buhmann in diesem Zusammenhang geworden, mit dem die Politik und andere Akteure hervorragend von den eigentlichen Fehlleitungen und Fehlorientierungen ablenken können.

Krankenhäuser

Wie oben bereits erwähnt, führt die zunehmende Merkantilisierung des Gesundheitswesens gerade im Krankenhausbereich zu einer nicht medizinisch begründbaren Ausweitung teurer Geräteleistungen, die entsprechend dotiert werden. Auch hier wäre ein unter medizinischen Aspekten vorgenommener Honorierungsausgleich für die Disziplin der „denkenden“ Medizin (vorwiegend konservative Fächer wie Innere Medizin) zu Lasten der geräteorientierten und umsatzoptimierten invasiven und operativen Fächer dringend notwendig (Ähnliches gilt natürlich auch für die primärärztliche Versorgung, bei der die Denkleistungen des Arztes als zentrale Funktion des ärztlichen Auftrags am schlechtesten honoriert werden).

Der unhaltbare Rechtszustand einer gewinnorientierten Gesellschaft als Arbeitgeber für Ärzte, die nach Berufsordnung primär dem Patientenwohl verpflichtet sind, muss endlich thematisiert und durch entsprechende strukturelle Änderungen adressiert werden (Abb. unten).

Es kann nicht sein, dass in Zukunft dem Patienten ein als Arzt verkleideter Banker entgegentritt.



In Ländern, in denen die Akutmedizin, die sich vorwiegend im Krankenhaus abspielt, bewusst oder strukturbedingt schwach ausgebildet ist (wie z. B. in Skandinavien), hat es genügend Freiräume gegeben, die wesentlich effizienteren primärärztlichen Versorgungsstrukturen unter Präventionsaspekten auszubauen. Das ist das Geheimnis der Langlebigkeit der Schweden, wie weiter oben aufgeführt. Es gilt dort das Motto: „Wir helfen dir, nicht krank zu werden, wenn du trotzdem krank wirst, hast du Pech gehabt.“ In Deutschland ist es genau entgegengesetzt: Gerade in den letzten Lebensabschnitten werden unsinnig expandierte diagnostische und therapeutische Strategien umgesetzt, die nicht zum Einsatz kommen müssten, wäre weit vorne die Prävention richtig durchgeführt worden.

Pharmaindustrie

Die Pharmaindustrie hat in den letzten Jahren trotz Umsatzausweitung einen Innovationsrückstand, der durch vermehrte Marketing- und strategische Tätigkeiten mit teils fragwürdiger Methodik ausgeglichen wurde. Die immer noch stattfindende Beeinflussung der Anwender und Verordner von Pharmaka und anderen medizinischen Produkten durch Sachleistungen oder Honorare ist anzuprangern, obwohl ihr Einfluss auf die Verschwendung im Gesundheitswesen überschätzt wird. Das Einsparpotenzial durch Preissenkungen (s.o.), also solchen, die unmittelbar in den Verantwortungsbereich der Pharmaindustrie reichen, ist mit 3 Milliarden Euro, also je nach Schätzung 4-15 % des Einsparpotenzials insgesamt, ein eher kleiner Posten im Vergleich zu den anderen. Allerdings ist die Verschwendung durch Polypharmazie größer, aber allenfalls mittelbar der Industrie anzulasten.

In keinem Fall kann Geschäftsgebahren, das entfernt an Erpressung erinnert (s. Impfung der „Neuen Grippe“ oder die obszönen Preise für

neue Präparate zur Behandlung der primär-pulmonalen Hypertonie) toleriert werden. Ebenso wenig ist die freie Preisgestaltung für neue Präparate weiterhin hinnehmbar, z.B. im Bereich der Onkologika, in dem kleine Inkremente (z.B. Lebensverlängerung um 3 Wochen) zu hohen Kosten und mit teilweise intolerablen Nebenwirkungen von der Versicherungsgemeinschaft bezahlt werden müssen.

Medizintechnik-Anbieter

Die Medizintechnik-Anbieter sind bislang nicht so stark durch Auflagen eingeschränkt, was die Qualität ihrer Produkte, den Nachweis ihrer Wirksamkeit und Sicherheit angeht, wie die pharmazeutischen Unternehmen. Da diese Pseudo-Innovationen im Medizintechnikbereich häufig nur wenig gesicherte Daten über Nutzen und Sicherheit aufweisen und nur das „CE“-Zeichen tragen („teilt keine Stromschläge aus und ist steril als wesentliche Leistungsanforderung“), ist die Kosten/Nutzenanalyse gerade in diesem Bereich vordringlich, wird aber von dem eigens hierfür gegründeten IQWiG zu Gunsten der scheinbar leichter messbaren, weil durch regulatorische Maßnahmen

erzwungenen Daten von Arzneimitteln ersetzt. Hier ist dringend die rasche Umsetzung der bereits abgeschlossenen Gesetzgebung über die regulatorischen Anforderungen im Medizinproduktebereich notwendig (Gesetz zur Änderung medizinprodukterechtlicher Vorschriften vom 29.7.2009).

Krankenkassen

Krankenkassen verschwenden in ihrer Verwaltung alleine durch ihre überzählige Existenz unglaubliche Summen. Ihr Konkurrenzkampf untereinander hat zu Werbemaßnahmen mit fragwürdigen Produkten im Bereich der Wellness-Kategorie geführt, deren medizinischer Nutzen weder belegbar ist, noch belegt werden soll. Wenn es den pharmazeutischen Unternehmen untersagt worden ist, Entscheidungsträger zu beeinflussen, gilt es natürlich eigentlich selbstverständlich auch für Krankenkassen, unsinnige Werbemaßnahmen für neue Mitglieder durchzuführen. Ansonsten ist den Krankenkassen dringend zu empfehlen, die Gerätelastigkeit im Vergütungssystem anzugehen und mit ihren Möglichkeiten einzuschränken, auch wenn

Literatur

- Baigent, C./Keech, A./Kearney, P.M./Blackwell, L./Buck, G./Pollicino, C./Kirby, A./Sourjina, T./Peto, R./Collins, R./Simes, R.; Cholesterol Treatment Trialists' (CTT) Collaborators (2005): Efficacy and safety of cholesterol-lowering treatment: prospective meta-analysis of data from 90,056 participants in 14 randomised trials of statins. In: *Lancet* 366(9493):1267-78
- Beckett, N.S./Peters, R./Fletcher, A.E./Staessen, J.A./Liu, L./Dumitrascu, D./Stoyanovsky, V./Antikainen, R.L./Nikitin, Y./Anderson, C./Belhany, A./Forette, F./Rajkumar, C./Thijs, L./Banya, W./Bulpitt, C.J.; HYVET Study Group (2008): Treatment of hypertension in patients 80 years of age or older. In: *N Engl J Med* 358:1887-98
- Bestehorn, K./Greiner W. (2008): Effects of the introduction of fixed prices for statins on lipid levels in Germany. In: *J Public Health* 16:215-9
- Birks, J./Grimley Evans, J. (2009): Ginkgo biloba for cognitive impairment and dementia. In: *Cochrane Database Syst Rev* Jan 21;(1):CD003120
- Boden, W.E./O'Rourke, R.A./Teo, K.K./Hartigan, P.M./Maron, D.J./Kostuk, W.J./Knudtson, M./Dada, M./Caspersion, P./Harris, C.L./Chaitman, B.R./Shaw, L./Gosselin, G./Nawaz, S./Tittle, L.M./Gau, G./Blaustein, A.S./Booth, D.C./Bates, E.R./Spertus, J.A./Berman, D.S./Mancini, G.B./Weintraub, W.S.; COURAGE Trial Research Group (2007): Optimal medical therapy with or without PCI for stable coronary disease. In: *N Engl J Med* 356: 1503-16
- Brenner, D.J./ Elliston, C.D. (2004): Estimated radiation risks potentially associated with full-body CT screening. In: *Radiology* 232:735-8
- Buxel, H. (2009): Arbeitsplatz Krankenhaus: Der ärztliche Nachwuchs ist unzufrieden. In: *Dtsch Arztebl* 106: A 1790-3
- Felder, S. (2009), Einsparpotenziale, In: Höfer, M.A./Felder, S./Augurzky, B. Vortrag ,Initiative Neue Soziale Marktwirtschaft. Pressekonferenz „Effizienzreserven im Gesundheitswesen“, Berlin, 8. Januar 2009, Abb. 5
- Foden, J./Hand, C.H. (2008): Does use of a corticosteroid/long-acting beta-agonist combination inhaler increase adherence to inhaled corticosteroids? In: *Prim Care Respir J* 17:246-7
- GesundheitsökonomInnen nehmen Stellung zum Entwurf des Methodenpapiers V. 2.0. des IQWiG, <http://wirtschaftlichefreiheit.de/wordpress/verweise/stellungnahme.pdf> (abgerufen am 11.11.2009)
- Grundy, S.M./Cleeman, J.I./Merz, C.N./Brewer, H.B Jr./Clark, L.T./Hunninghake, D.B./Pasternak, R.C./Smith, S.C Jr./Stone, N.J.; National Heart, Lung and Blood Institute; American College of Cardiology Foundation; American Heart Association. (2004): Implications of recent clinical trials for the National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel III guidelines. In: *Circulation* 110:227-39
- Hügler, S. (2008): Arbeiten im Ausland - Ärzte „ohne Grenzen“? *Dtsch Med Wochenschr* 133:p41
- IQWiG Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (2009): Allgemeine Methoden zur Bewertung von Verhältnissen zwischen Nutzen und Kosten http://www.iqwig.de/download/Methodik_fuer_die_Bewertung_von_Verhaeltnissen_zwischen_Kosten_und_Nutzen.pdf (abgerufen 12.11.2009)
- Randomised trial of cholesterol lowering in 4444 patients with coronary heart disease: the Scandinavian Simvastatin Survival Study (4S) (1994): In: *Lancet* 344(8934):1383-9
- Rudolph, H. (2005): Gravierende Umstellungsprobleme bei Statinen : Nachteile für Patienten durch Festbeträge / Beim Wechsel von Atorvastatin auf andere Statine wird oft unterdosiert. *Ärzte Zeitung*, 09.03.2005, http://www.aerztezeitung.de/medizin/fachbereiche/sonstige_fachbereiche/ernaehrung/article/347898/gravierende-umstellungsprobleme-stativen.html?sh=3&h=1401643500 (abgerufen am 11.11.2009)
- Penning-van Beest, F.J./Termorshuizen, F./Goettsch, W.G./Klungel, O.H./Kastelein, J.J./Herings, R.M. (2007): Adherence to evidence-based statin guidelines reduces the risk of hospitalizations for acute myocardial infarction by 40%: a cohort study. In: *Eur Heart J* 28:154-9
- Phillips, B./Aziz, F./O'Regan, C.P./Roberts, C./Rudolph, A.E./Morant, S. (2007): Switching statins: the impact on patient outcomes. In: *Br J Cardiol* 14:280-5
- Steinman, M.A./Landefeld, C.S./Rosenthal, G.E./Berthenthal, D./Sen, S./Kaboli, P.J. (2006): Polypharmacy and prescribing quality in older people. In: *J Am Geriatr Soc* 54:1516-23
- SVR - Sachverständigenrat./ Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit./ 2000/2001./ Baden-Baden 2002
- Wehling, M. (2007a): Eine Bedrohung für Patienten - Was bringt das IQWiG? Eine düstere Bilanz. In: *Frankfurter Allgemeine Zeitung*, 21. März
- Wehling, M. (2007b): Kommentar zur Bewertung des Einsatzes kurz wirksamer Insulinanaloga bei Typ-I-Diabetikern durch das IQWiG. In: *Diabetologe* 3:372-9
- Wehling, M. (2008): Arzneimitteltherapie im Alter: Zu viel und zu wenig, was tun? Ein neues Bewertungssystem: fit for the aged (FORTA). In: *Dtsch Med Wochenschr* 133:2289-91
- Wehling, M./Gladisch, R. (2009): Arzneimitteltherapie im Alter: erste Erfahrungen aus der gerontopharmakologischen Ambulanz. In: *Dtsch Med Wochenschr* 134:1121-1123
- Wehling, M. (2009): Warum wir noch lange mit dem Geld im Gesundheitswesen auskommen können, wenn wir die Verschwendung bekämpfen. In: *Monitor Versorgungsforschung* 06/09

dies letztlich ein politischer Prozess sein sollte.

Wenngleich keinesfalls auf die Kassen beschränkt, sind sie doch die treibenden Kräfte hinter der grotesken Vermehrung von Verwaltungsarbeiten durch Dokumentationspflichtenexplosion in allen Bereichen der Versorgung, auch im pflegerischen Bereich. Wenn heute diese Dokumentationspflichten (Bildschirmarbeiten) bei vielen Ärzten den größten Teil der Arbeitszeit einnehmen (Buxel 2009), ist dies sicherlich nicht nur ein Problem der Kassen, sondern der Verwaltungen im Medizinbereich allgemein. An zweiter Stelle sind die Krankenhäuser als Verursacher sachferner Verwaltungsarbeiten zu nennen.

Patienten

Wie weiter oben ausgeführt gibt es eine Anspruchshaltung von Patienten, die zu medizinisch unsinniger Versorgung mit meist unwirksamen Medikamenten (oder Medikamentenersatz, z. B. Kräuter oder Salben) führt. Auch die unsinnigen Kuren wurden erwähnt. Insgesamt kann der Patient aber nur als der große Verlierer in unserem Gesundheitswesen angesehen werden, denn die Politik gaukelt ihm eine hervorragende Versorgung vor, die in wichtigen Bereichen (s. o.) nicht existiert. Hinzu kommt, dass die Überversorgung mit diagnostischen, invasiven oder operativen Eingriffen nicht nur einen hohen Preis in monetärer Sicht, sondern auch hinsichtlich der Sicherheit des Patienten hat.

Brenner und Elliston [2004] konnten nachweisen, dass jemand, der von Lebensalter 45 bis 75 ein jährliches Ganzkörper-CT bekommt, ein zusätzliches Risiko an Krebssterblichkeit von 1,9 % hat (durch die Strahlenbelastung). Auch wenn dies immer bestritten wird, beträgt die Mortalität einer Herzkatheteruntersuchung ungefähr 1:10.000, man könnte die an unnötigen Herzkatheteruntersuchungen gestorbene Patientenzahl ausrechnen. Die Angaben für MACCE (=major adverse cardiac and cerebrovascular events) liegen in unselektionierten Registern bei 0,63 % bis 0,3 %, darunter für Tod bei 0,05 % bis 0,10 %, für Myokardinfarkt bei 0,05 % bis 0,06 % und für Schlaganfall/TIA bei 0,03 % [Hamm et al. 2008].

Der Patient wird also in wesentlichen Bereichen, vorwiegend der Prävention, massiv unterversorgt, hierüber durch wissenschaftsbeugende Mechanismen fehlinformiert und andererseits durch aggressive invasive und operative Eingriffe sogar einer unnötigen Gefahr auch für das eigene Leben ausgesetzt.

Eine wesentliche Lobby hat der Patient eigentlich nicht, Patien-

Rationing of healthcare can be essentially postponed if wasting of resources is identified, sanctioned and ultimately stopped

If experiences in countries other than Germany, which spend less money in healthcare at a longer life expectation, are utilized and applied to the German system, rationing can be essentially postponed by the realization of the saving potential. The main objective of this agenda would be the correction of misleading incentives which are mainly finance-driven and far from medical utility. As an unvalidated estimate, the inevitable point in time at which rationing becomes mandatory, could be postponed by 10 years by this re-orientation of resource allocation.

Keywords

Healthcare, rationing, wasting, saving potential

tenorganisationen sind generell schwach und werden leicht durch Zuwendungen verschiedener Lobbyisten (nicht nur Pharma-Industrie, auch öffentliche Mittel werden eingesetzt) beeinflusst.

Der mündige Patient ist ein Traumziel, von dem wir weit weg sind. Daher müssen weiterhin die professionellen Kräfte in diesem Terrain die Verantwortung anwaltschaftlich für die Patienten übernehmen.

Fazit

Unser Gesundheitswesen hat ein Einsparpotenzial von mindestens 10 bis wahrscheinlich sogar 25 % seines jetzigen Volumens, das sich aus unnötigen Eingriffen, Interventionen und Operationen, in geringerem Maße unnötigen Arzneimitteln, Kuren, Verwaltungskosten und vielem mehr zusammensetzt. Eine Rationierung wird angesichts der demographischen Entwicklung und des Fortschritts der Medizin, der zu immer teureren Vorgängen führt, irgendwann unvermeidbar sein. Wenn wir das jetzt vorhandene Einsparpotenzial ausschöpfen, können wir den unvermeidlichen Punkt einer späteren Rationierung noch lange hinauszögern. Es könnte durchaus sein, dass wir dann noch 10 Jahre ohne Rationierung auskommen. <<

Potenzielle Interessenkonflikte: Martin Wehling war von 2004 bis 2006 zur Firma Astra-Zeneca beurlaubt und ist seit dem 01.01.2007 wieder Professor für Klinische Pharmakologie an der Universität Heidelberg in Mannheim. Vor und nach dieser Zeit war und ist er für Sanofi-Aventis, Novartis, Takeda, Roche, Pfizer, Bristol-Myers, Lilly, Daiichi-Sankyo und Nordisk als Gutachter, Berater und Referent tätig.

Prof. Dr. Martin Wehling

ist Professor für Klinische Pharmakologie a.d. Univ. Heidelberg in Mannheim

Er hat an der Universität Kiel Chemie und Medizin studiert und nach der Doktorarbeit 1979 am Pharmakologischen Institut in Kiel 1981 promoviert. 1992 folgte die Habilitation im Fach Innere Medizin und daraufhin die Anerkennung als Arzt für Klinische Pharmakologie. Seit 1995 ist er Ordinarius für Klinische Pharmakologie und war von 1998 bis 2001 Vorstandsmitglied der Fakultät für Klinische Medizin Mannheim der Universität Heidelberg. 2004 bis 2006 war er Direktor der Discovery Medicine/Experimental Medicine bei AstraZeneca R&D (Sabbatical). Seit 2007 ist er wieder in Mannheim als Ordinarius für Klinische Pharmakologie und seit 2009 geschäftsführender Direktor des Instituts für experimentelle und klinische Pharmakologie und Toxikologie der Medizinischen Fakultät Mannheim der Universität Heidelberg. Kontakt: martin.wehling@medma.uni-heidelberg.de



Cosima Kötting
Dr. Uwe May

Qualitätswettbewerb der Krankenkassen

Die Förderung von Selektivverträgen durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz erfolgte mit dem Ziel, den nunmehr beitragsatzgleichen gesetzlichen Krankenkassen ein Wettbewerbsinstrument an die Hand zu geben und hierüber zugleich die Qualität und Effizienz der Versorgung durch wettbewerbliche Anreize zu steigern. Besonders augenfällig und zugleich umstritten ist die Ausprägung der Selektivverträge in Form des Rabattvertragssystem im Arzneimittelmarkt. Dieses eignet sich auch aufgrund der verfügbaren Datenlage besonders, um exemplarisch die Problematik der Selektivverträge zu diskutieren. Der hier eingeschlagene Weg ist nach bisheriger Beobachtung weder auf der Herstellerebene noch auf der Ebene der Krankenkassen untereinander geeignet, dem Wettbewerbsprinzip nachhaltig Geltung zu verschaffen. Bezogen auf die Herstellerebene ist diese Aussage durch Marktanalysen und damit in Einklang stehende wettbewerbstheoretische Ansätze fundiert.

>> Mit Blick auf den Kassenwettbewerb liefert eine aktuelle Studie des Instituts für Demoskopie Allensbach, die im Auftrag des Bundesverbandes der Arzneimittel-Hersteller (BAH) durchgeführt wurde, u.a. neue Erkenntnisse um diese These zu untermauern. Basis dafür sind demoskopische Daten zu den Motiven und Einstellungen der Bevölkerung bezogen auf das Kassenwahlverhalten mit besonderer Berücksichtigung des Leistungsspektrums in der GKV-Arzneimittelversorgung. Im Mittelpunkt des Forschungsinteresses steht dabei die Frage, ob GKV-Versicherte die Funktion eines Korrektivs im Kassenwettbewerb wirksam wahrnehmen können. Konkret bedeutet dies, ob die Versicherten, dadurch dass sie Leistungsdifferenzierungen wahrnehmen und diese zum Gegenstand ihrer Kassenwahl machen, die Handlungsspielräume der Kassen wirksam beschränken und die Qualität der Angebote sicherstellen.

Die durchgeführte Befragung ist repräsentativ für die Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland ab 16 Jahre und wurde im Zeitraum August/September 2009 anhand ca. 2.500 mündlich-persönlicher Interviews durchgeführt.

Studienergebnisse und Interpretation

Allgemein wird durch die Untersuchung zunächst dokumentiert, dass ein bedeutender Teil der Gesamtbevölkerung (41 %) schon mal den Eindruck hatte, dass ihnen Arzneimittel aus Kostengründen nicht verordnet wurden. Dies gilt primär für gesetzlich Krankenversicherte und nimmt zudem mit dem Lebensalter zu. So berichten bei den über 60-Jährigen und den gesetzlich Versicherten jeweils nahezu die Hälfte von entsprechenden Fällen, während nur jeder fünfte Privatversicherte angibt, dass ihm bereits Arzneimittel vorenthalten wurden (Abb. 1). Vor dem Hintergrund persönlicher Erfahrungen dieser Art gibt es offensichtlich ein ausgeprägtes Problembewusstsein und eine hohe

Abstract

Hinter der Einführung einzelvertraglicher Elemente wie z.B. den Arzneimittelrabattverträgen in das GKV-System steht nicht zuletzt die Idee, hierüber einen Qualitäts- und Leistungswettbewerb zwischen den Kassen zu initiieren. Notwendige Grundvoraussetzung für die Funktionsfähigkeit dieses Wettbewerbs ist Leistungsdifferenzierung und die Wahrnehmung dieser Unterschiede durch den Verbraucher. Nur dann können die Versicherten durch ihre Kassenwahlentscheidungen ein nachfrageseitiges Korrektiv für das Wettbewerbsergebnis darstellen. Die Antworten einer aktuellen Bevölkerungsbefragung durch das Institut für Demoskopie Allensbach zeigen, dass diese Voraussetzungen nicht gegeben und mithin die Erwartungen mit Blick auf die Qualität der Leistungsangebote und die Versorgungsqualität kaum gerechtfertigt sind. Die Aussichten, vorhandene Informationsdefizite auf der Verbraucherseite durch gezielte Kommunikationsstrategien zu beseitigen, sind dabei für die verschiedenen Versorgungsbereiche differenziert zu beurteilen.

Keywords

Gesundheitssystem, GKV, Kassenwettbewerb, Qualität der Vergütung,

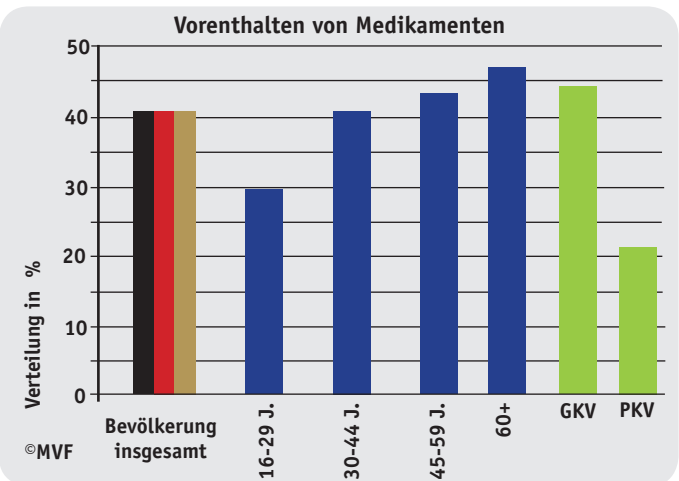


Abb. 1: Basis: Bundesrepublik Deutschland; Bevölkerung ab 16 Jahre
Quelle: Allensbacher Archiv, LfD-Umfrage 10042

Konsequenzen der Rabattverträge	
58 Prozent	der Bevölkerung wissen, dass Krankenkassen mit Arzneimittelherstellern Rabattverträge abschließen können und dass das die Auswahl der Medikamente beeinflusst.
32 Prozent	haben schon persönlich die Erfahrung gemacht, dass sie aus diesem Grund ein anderes Medikament erhielten als verschrieben oder gewohnt.
7 Prozent	hatten daraufhin Probleme, insbesondere mit Verfügbarkeit und Nebenwirkungen, von den 60-Jährigen und Älteren 11 Prozent
Quelle: Allensbacher Archiv, LfD-Umfrage 10042	

Abb. 2: Basis: Bundesrepublik Deutschland; Bevölkerung ab 16 Jahre
Quelle: Allensbacher Archiv, LfD-Umfrage 10042

Sensibilität der Bevölkerung für die Wirtschaftlichkeits- und Finanzierungsproblematik der GKV insbesondere in der Arzneimittelversorgung. In diesem Kontext ist auch erklärbar, dass ein relativ hoher Anteil von 58 % der Bevölkerung weiß, dass Krankenkassen mit Arzneimittel-Herstellern Rabattverträge abschließen können und dass dies die Auswahl der Medikamente beeinflusst. Jeder dritte Kassenpatient (34 %) hat es bereits selbst erlebt, durch die Rabattverträge ein anderes Medikament erhalten zu haben, als dies ärztlich verschrieben war bzw. er es bis dahin gewohnt war. Nicht weniger als 7 % der insgesamt Betroffenen und 11 % in der Altersgruppe der über 60-Jährigen gaben an, durch den rabattvertragsbedingten Arzneimittelaustausch Probleme insbesondere mit der Verträglichkeit und Nebenwirkungen der Medikamente gehabt zu haben (Abb. 2).

Nicht zuletzt im Lichte dieser persönlichen Erlebnisse, aber auch über den betroffenen Personenkreis hinaus, geben mehr als drei Viertel der deutschen Bevölkerung (76 %) an, dass die Entscheidung, welches Medikament genau der Patient einzunehmen hat, allein vom Arzt getroffen werden sollte und die Krankenkasse hier eine Mitentscheidung aus wirtschaftlichen Gründen (wie im Fall der Rabattverträge) nicht haben darf (Abb. 3).

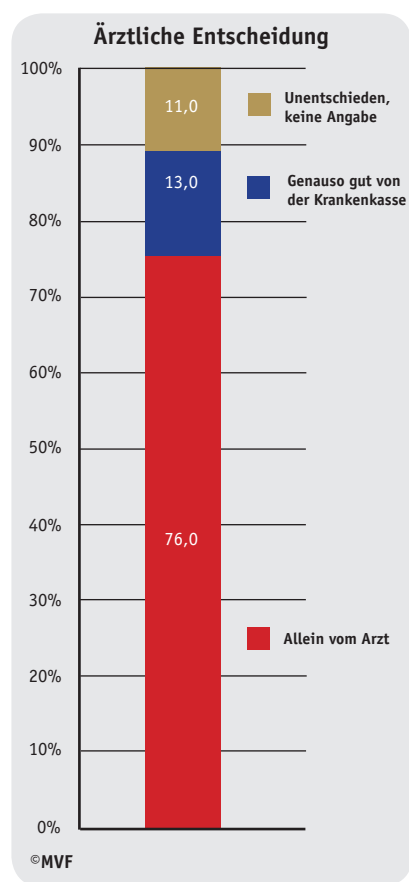


Abb. 3: Antworten auf die Frage: „Es gibt ja oft Medikamente von verschiedenen Herstellern die zwar den gleichen Wirkstoff enthalten, aber unterschiedlich teuer sind. Die Krankenkassen legen manchmal fest, dass in diesem Fall der Versicherte das günstigere Medikament bekommt. Finden Sie, dass die Entscheidung, welches Medikament genau man nehmen sollte, allein vom Arzt getroffen werden sollte, oder kann das die Krankenkasse in aller Regel genauso gut entscheiden?“
Basis: Bundesrepublik Deutschland; Bevölkerung ab 16 Jahre
Quelle: Allensbacher Archiv, LfD-Umfrage 10042

Die beschriebene Sensibilisierung für die Wirtschaftlichkeitsproblematik und der hohe Kenntnisstand der Befragten zum Thema Rabattverträge könnten als Hinweise dafür gedeutet werden, dass die Idee, über einzelvertragliche Elemente dieser Art einen Qualitäts- und Leistungswettbewerb zwischen den Krankenkassen zu initiieren, in der Praxis tragfähig ist. Die notwendige Voraussetzung dafür ist allerdings, dass die Versicherten Leistungsunterschiede zwischen den einzelnen Krankenkassenangeboten erkennen und diese Erkenntnisse ggf. auch zum Gegenstand ihrer Kassenwahlentscheidung machen. Nur wenn die Versicherten in dieser Weise ihre Rolle als Nachfrager in einem wett-

ausgehen, dass sich die Leistungen der einzelnen Kassen kaum unterscheiden und weitere 28 % sich diesbezüglich überhaupt kein Urteil zutrauen, während im Umkehrschluss nur 11 % der Versicherten Leistungsunterschiede zwischen den Kassen annehmen, ist ein erster Hinweis darauf, dass die Erwartungen im Hinblick auf die Funktionsfähigkeit des Wettbewerbs und das nachfrageseitige Korrektiv durch die Versicherten gedämpft werden müssen (Abb. 4).

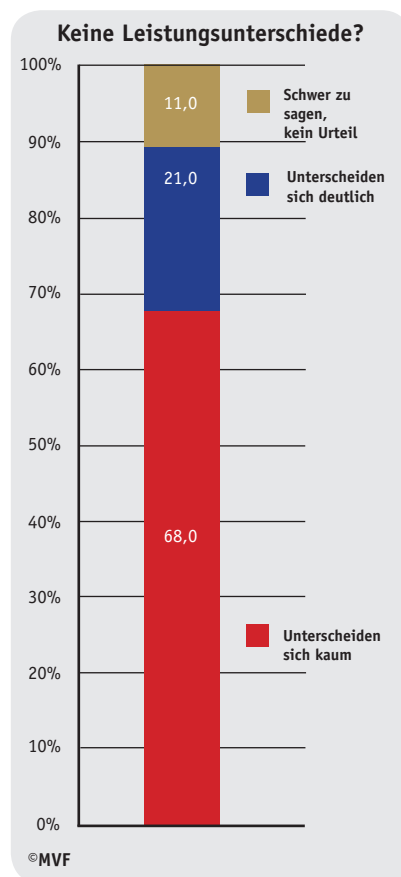


Abb. 4: Antworten von GK-Versicherten auf die Frage: „Und wie sehen Sie das ganz generell: Unterscheiden sich die Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen deutlich voneinander, oder unterscheiden sie sich kaum voneinander?“
Basis: Bundesrepublik Deutschland; Bevölkerung ab 16 Jahre
Quelle: Allensbacher Archiv, LfD-Umfrage 10042

Die von den Versicherten kaum erkennbaren Leistungsunterschiede der einzelnen Krankenkassen begründen in der Folge auch die begrenzte Kassenwechselneigung. So käme es gerade einmal für 19 % der deutschen Bevölkerung in Frage, die Krankenkasse überhaupt zu wechseln. Erwartungsgemäß nimmt die Wechselbereitschaft mit dem Lebensalter ab und mit dem Bildungsgrad zu: Diejenigen Versicherten, die in erster Linie auf eine qualitativ gute Versorgung angewiesen sind - und dies sind primär die Älteren - sind am wenigsten an einem Wechsel der Krankenkasse interessiert. Im Gegensatz dazu ist die Wechselbereitschaft bei jüngeren und gut ausgebildeten Versicherten stärker ausgeprägt. Bei dieser Versichertengruppe ist davon auszugehen, dass die Priorität bei der Kassenwahlentscheidung ggf. nicht in einem qualitativ hochwertigen Versorgungsangebot, sondern eher in Bonus- und Wellnessangeboten der Kassen liegt.

Diese Annahme wird gestützt durch die potenziellen Gründe für einen Kassenwechsel. Hier werden zwar von 73 % der wechselwilligen Versicherten Leistungsunterschiede bei den Kassen genannt. Diese Leistungsunterschiede beziehen sich jedoch in erster Linie auf den Service (37 %) und Bonusprogramme (37 %) der Kassen. Leistungsbereiche der Krankenkassen, die für den Versicherten substantiell sein sollten, weil sie originär die medizinische Versorgungsqualität betreffen, z. B. bestehende Arzneimittelrabattverträge, spielen für die Kassenwahlentscheidung eine untergeordnete Rolle: Lediglich 17% der

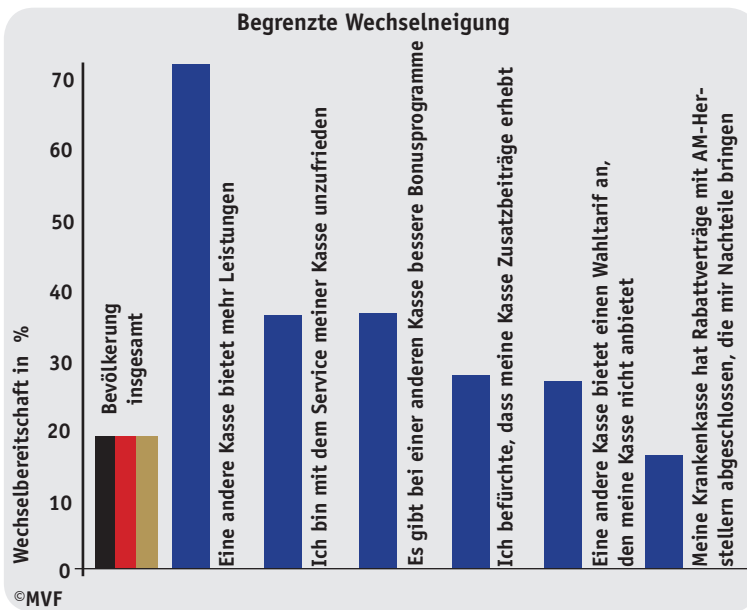


Abb. 5: Antwort auf die Frage: „Warum käme es für Sie in Frage, Ihre Krankenkasse zu wechseln? Bitte sagen Sie es mir nach dieser Liste hier“
Basis: Bundesrepublik Deutschland; Bevölkerung ab 16 Jahre
Quelle: Allensbacher Archiv, LfD-Umfrage 10042

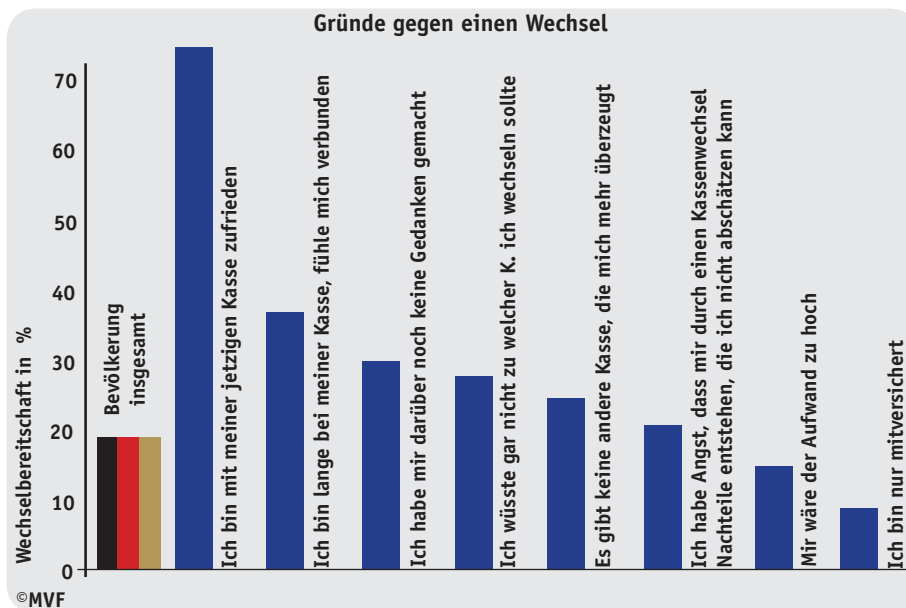


Abb. 6: Antwort auf die Frage: „Warum käme es für Sie nicht in Frage, Ihre Krankenkasse zu wechseln? Bitte sagen Sie es mir nach dieser Liste hier“
Basis: Bundesrepublik Deutschland; Gesetzlich Krankenversicherte (mit und ohne private Zusatzversicherung)
Quelle: Allensbacher Archiv, LfD-Umfrage 10042

Wechselwilligen - das sind bezogen auf die Gesamtzahl der Befragten 3,2 % - gaben an, dass nachteilige Rabattverträge der eigenen Krankenkasse der Grund für einen Kassenwechsel sein könnten. (Abb. 5).

Entgegen der oben dargestellten allgemeinen Sensibilität bezüglich einer möglichen Rationierung von Arzneimitteln und der großen Bekanntheit der Rabattverträge, spielen diese bei der Wahl einer geeigneten Krankenkasse nur eine marginale Rolle. Der Grund hierfür liegt darin, dass Rabattverträge offensichtlich von den Versicherten nicht als entscheidendes Differenzierungsmerkmal des Krankenkassenprofils wahrgenommen werden. Ob die fehlende Einbeziehung dieser medizinisch relevanten Vertragsinhalte durch die Versicherten in der Komplexität und Natur der Sache liegt oder von den Krankenkassen bewusst nicht thematisiert bzw. kommuniziert wird, kann an dieser Stelle offen bleiben. In beiden Fällen ist es konsequent und für die Kassen folgerichtig, dass sie z. B. Rabattverträge im Rahmen ihres Marketings nicht als Wettbewerbsparameter positionieren. Es ist andererseits ebenso konsequent und nicht erstaunlich, dass die Krankenkassen dreistellige Millionenbeträge in nicht evidenzbasierte Maßnahmen der so genannten Gesundheitsförderung - sprich Yoga, Wellnessreisen und Kochkurse - investieren. Die Logik dieser Investitionen spiegelt sich auch in den nachfolgenden Befragungsergebnissen wider: Für die Befragten sind Angebote der Krankenkassen besonders attraktiv, die für sie unmittelbar erkennbar und

auch bewertbar sind. Hierzu zählen in erster Linie Bonuszahlungen bei regelmäßiger Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen (58 %), eine Geschäftsstelle der eigenen Krankenkasse in der Nähe (56 %) sowie die Kostenübernahme bzw. Zuschüsse für Gesundheitskurse (51 %) (Abb. 6). Im Lichte dieser Befragungsergebnisse kann es für die Krankenkassen betriebswirtschaftlich rational sein, Einsparungen aus dem für die Versicherten intransparenten medizinisch relevanten Versorgungsbereich in den werbewirksamen Servicebereich zu transferieren.

Die fehlende Steuerungswirkung, die vor dem Hintergrund der hier beschriebenen mangelnden Transparenz im Versorgungsbereich und der Signalwirkung bestimmter Serviceangebote zu erwarten ist, wird zusätzlich verstärkt durch bestimmte gewohnheitsgemäße Verhaltensmuster und diffuse Bedenken und Ängste der Versicherten gegenüber einem Kassenwechsel. Zwei Drittel der Befragten schließen für sich einen

Kassenwechsel kategorisch aus. Gründe hierfür sind neben der oben genannten mangelnden Erkennbarkeit von Leistungsunterschieden, die traditionelle Verbundenheit vieler Versicherter mit der eigenen Kasse (38 %), eine Überforderung aufgrund des unüberschaubaren Angebots der Vielzahl von Krankenkassen (26 %) („Tarifdschungel“) sowie Ängste, dass durch einen Kassenwechsel Nachteile entstehen könnten (21 %) (Abb. 6).

Literatur

- Institut für Demoskopie Allensbach, Gesundheits- und Arzneimittelversorgung in der deutschen Bevölkerung, Eine Repräsentativbefragung der Bevölkerung ab 16 Jahre, Umfrage 10042, Allensbach 2009. Abrufbar unter <http://www.bah-bonn.de/index.php?id=821>
DocCheck Online Studie: Rabattverträge und Präparatsubstitution. DocCheck Medical Services GmbH, Köln, 2008.
WidO: Arzneimittelrabattverträge der AOK. Pressemitteilung. 6. Mai 2009
Kötting, C., May, U., Wettbewerb ja - Rabattverträge nein!, in: DAZ, 149. Jahrg., Nr. 47, 19. November 2009, S. 75 - 79

Schlussfolgerungen

Diese beschriebenen Ergebnisse zeigen auf, dass der Versicherte seiner ihm zugedachten Rolle als souveräner Nachfrager in einem funktionsfähigen Krankenkassenwettbewerb zumindest auf der hier diskutierten Ebene nicht hinreichend gerecht wird.

Die Funktionsfähigkeit des angestrebten Wettbewerbs auf Kassen-ebene setzt voraus, dass dieser sich auf Wettbewerbsparameter erstreckt, die von den Versicherten wahrnehmbar und bewertbar sind, und so zum Gegenstand ihrer Kassenwahlentscheidung werden können. Dies gilt - wie vorliegende Untersuchungen belegen - für die Beitragssatzhöhe und Prämien sowie für verschiedene (nicht immer sinnvolle) Serviceangebote der Kassen. Für die inhaltliche Qualität von Rabattverträgen bzw. rabattierten Arzneimittelsortimenten sind dagegen souveräne Konsumentenurteile, infolge derer die Versicherten u.a. die Rabattverträge zum Gegenstand ihrer Kassenwahlentscheidung machen, eher nicht zu erwarten. Eine Kontroll- und Steuerungswirkung der Nachfrageseite ist vor diesem Hintergrund hier nicht gegeben. Die Folge kann ein Marktversagen sein, das sich durch mangelnde Qualitätsorientierung und fehlende Nachhaltigkeit der Rabattvertragspolitik der Krankenkassen offenbart. Theoretisch lassen sich solche Marktängel, die auf Transparenz- und Informationsdefiziten beruhen, durch gezielte Kommunikationsmaßnahmen, z.B. im Rahmen des Social Marketing, heilen. Allerdings sind diese Strategien limitiert durch den Aufwand und die Erfolgsaussichten im Verhältnis zu ihrem Ziel. Dort wo der „mündige Patient“ nur erreichbar ist, indem er zuvor eine medizinisch-pharmazeutische Ausbildung durchläuft, sind offenkundig die Grenzen eines Wettbewerbssystem, das auf eben diesen mündigen Patienten abstellt, überschritten. Es bleibt im Einzelfall zu prüfen, welche Versorgungsbereiche sich nach diesem Kriterium sinnvoll in einen Kassenwettbewerb integrieren lassen.

Es spricht vieles dafür, dass die Arzneimittelversorgung, die sich in ihrer Komplexität selbst Experten mitunter nur mühevoll erschließt, diesbezüglich nicht prädestiniert ist. Die hier beschriebene Problematik der Kassenwahlentscheidungen und die Marktängel des selektivvertraglichen Wettbewerbs werden auch durch Erfahrungen, die jenseits der deutschen Grenzen bereits gesammelt wurden, belegt. Insbesondere die Beobachtungen, die in den Niederlanden seit der

Quality competition in the German SHI-System

One of the targets of implementing decentralised regulation elements in the German healthcare market, e.g. individual discount contracts between drug manufacturers and Social Health Insurance (SHI), was to enforce competition on performance and quality offered by the third-party-payers. One of the preconditions to make competition workable are differentiated choices for the community of assured and the public perception respectively individual consumers perception on these differences. Only on this condition, consumers might play an effective and efficient role in controlling and steering the results of the competition between the providers in the SHI-market. A recently carried out poll by the renowned German market researcher Institut für Demoskopie Allensbach shows that these preconditions presently are not fulfilled. As a result it has to be challenged whether the quality of the SHI-contracts can be ensured by competition on selective contracts. The future prospect to abolish information deficits on consumers side using strategies of social communication have to be appreciated differently regarding the single sectors of the health care system.

Keywords

Health system, individual contracts, Competition, quality of medicare, German SHI

vor vier Jahren in Kraft getretenen Gesundheitsreform gemacht wurden, dämpften im westlichen Nachbarland sehr stark die Erwartungen an den Funktionsgrad des selektivvertraglichen Wettbewerbs und den durch Kassenwechsler zu induzierenden Wettbewerb zwischen den Versicherungsanbietern.

Vergleichbare Erfahrungen konnten bereits zuvor in der Schweiz dokumentiert werden und haben dort ebenso wie bei ausländischen Beobachtern den Enthusiasmus für die zuvor stark beachtete eidgenössische Gesundheitsreform gedämpft. Die hier beobachteten jährlichen Wechselraten von ca. 3 % der Krankenversicherten lagen sehr nahe an der in den Niederlanden gezählten 4 %-Quote und nähren die Zweifel, dass das „Voting-by-feet“ hier wettbewerbswirksam zum Tragen kommt. <<

Cosima Kötting

Referentin im Bundesverband der Arzneimittel-Hersteller e.V., Abteilung Arzneimittel und Vertragswettbewerb in der GKV

Cosima Kötting ist Referentin beim Bundesverband der Arzneimittel-Hersteller e.V. (BAH) in Bonn. Nach ihrem Studium der Politikwissenschaft in Münster sammelte sie praktische Erfahrung im Umfeld der politischen Arbeit in Brüssel und Berlin. Seit 2005 ist Cosima Kötting beim BAH zuständig für Fragen der Arzneimittelversorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung. Kontakt: koetting@bah-bonn.de



Dr. Uwe May

Leiter der Abteilung Gesundheitsökonomie / Grundsatzfragen Selbstmedikation im Bundesverband der Arzneimittel-Hersteller e.V.

Dr. Uwe May absolvierte das Studium der Volkswirtschaftslehre in Bonn. Seit 1995 ist er im Bundesverband der Arzneimittel-Hersteller e. V. (BAH) in Bonn tätig und ist dort heute für die Bereiche Gesundheitsökonomie und Grundsatzfragen Selbstmedikation verantwortlich. Er ist als Lehrbeauftragter im Fachbereich Medizin-Ökonomie an der RFH Köln tätig.

Kontakt: may@bah-bonn.de



Versorgungs-Intelligenz aus dem Norden

Intelligente Verträge

Stakeholder TaskForce

Care Maps

Festbetragsrechner

Klinikspiegel

EBM-Dossier

EPC HealthCare GmbH

EPC HealthCare GmbH
Alte Rabenstraße 32
20148 Hamburg

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

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